

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

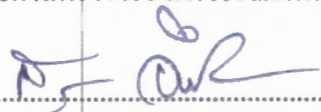
อชิรญาณ์ มาตเจือ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
สิงหาคม 2560
ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยบูรพา

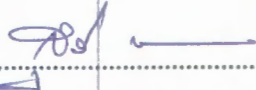
คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณา
วิทยานิพนธ์ของ นางสาวอชิรญาณ์ มาตเจือ ฉบับนี้แล้ว เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัย
บูรพาได้

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

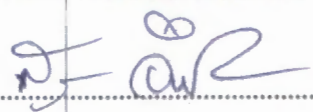

..... อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)

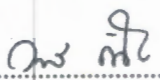

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวรรณมา จันทร์ประเสริฐ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



..... ประธาน
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุธี ทองวิเชียร)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง)


..... กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุพรรณมา จันทร์ประเสริฐ)


..... กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ)

คณะพยาบาลศาสตร์อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของมหาวิทยาลัยบูรพา


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.นุชจิ ไซมมงคล)

วันที่..... ๒๒ ..เดือน .. กันยายน .. พ.ศ. 2560

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดีด้วยความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วรรณรัตน์ ลาวัณ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และรองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ จันทน์ประเสริฐ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งให้ความกรุณาแนะนำการศึกษา ค้นคว้า หาความรู้ เทคนิค วิธีการ ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ ตลอดจนได้การสนับสนุนและให้กำลังใจเสมอมา ผู้วิจัยตระหนัก และซาบซึ้งใจในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สุที ทองวิเชียร ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วาริ กังใจ คณะกรรมการในการสอบปากเปล่าวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ ข้อเสนอแนะ ในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงฉมาพร ไกยชน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฤฎี ทูลศิริ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร คุณรุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์ และคุณอมรรัตน์ ปานไต่ะ ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ และให้คำแนะนำ เพื่อมาปรับปรุงเครื่องมือให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณพระคุณ สาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา รวมทั้งบุคลากร ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณเป็นอย่างยิ่ง สำหรับกลุ่มตัวอย่างชาวไทยมุสลิมทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี และเสียสละเวลา ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยดี

ขอขอบคุณอาจารย์ผู้สอนในหลักสูตรการพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชนทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ ความเข้าใจในวิชาการด้านต่าง ๆ รวมถึง ปลุกจิตสำนึกในการทำงาน เพื่อพัฒนาแนวความคิดทั้งในงานวิทยานิพนธ์และการทำงานปัจจุบัน ทำให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จ

สุดท้ายนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ และสมาชิกในครอบครัวทุกท่าน รวมทั้ง เพื่อนร่วมหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต เพื่อนร่วมงานสายวิชาชีพทุกท่าน ที่ได้ให้กำลังใจ และให้ความช่วยเหลือมาโดยตลอด จนผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ได้สำเร็จ

อชิรญาณ์ มาตเจือ

53920609: สาขาวิชา: การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน; พย.ม. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน)

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ/ ด้านโภชนาการ/ ชาวไทยมุสลิม

อชิรญาณ์ มาตเจือ: ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาว
ไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา (FACTORS PREDICTING NUTRITIONAL
HEALTH-PROMOTION BEHAVIOR OF THAI MUSLIM IN BANGNAMPRIAO DISTRICT,
CHACHOENGSAO PROVINCE) คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์: วรรณรัตน์ ลาวัง, Ph.D.,
สุวรรณมา จันทรประเสริฐ, ส.ค. 93 หน้า. ปี พ.ศ. 2560.

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เป็นแนวทางที่จะนำไปสู่การพัฒนา
ภาวะสุขภาพทุกกลุ่มคน การวิจัยนี้เป็นแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม กลุ่มตัวอย่าง
เป็นชาวไทยมุสลิมที่อาศัยในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 280 คน
ซึ่งได้มาจากกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 เครื่องมือที่ใช้
เป็นแบบสอบถามครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การรับรู้ประโยชน์
ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล
และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ
แบบขั้นตอน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 20-70 ปี เฉลี่ย 44.67 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 71.8 จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ไม่มีโรคประจำตัว และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพทางกายใน
ระดับดี กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโภชนาการในภาพรวม พฤติกรรมด้านการ
รับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย ด้านความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ และด้านอาหารที่
ควรรับประทานอยู่ในระดับสูง ในขณะที่พฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงอยู่ใน
ระดับปานกลาง โดยพบว่า ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($\beta = .239, p < .001$) อายุ
($\beta = .233, p < .001$) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ($\beta = .226, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคของ
การปฏิบัติ ($\beta = -.186, p < .001$) เป็นปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน
โภชนาการของชาวไทยมุสลิมได้ร้อยละ 26.8

จากผลการศึกษาที่มีข้อเสนอแนะว่า พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและบุคลากรด้านสุขภาพ
ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม
ให้มากขึ้น โดยส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรม ลดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ
พฤติกรรม และเพิ่มการสนับสนุนให้ครอบครัว เพื่อน ชุมชนมุสลิมร่วมให้ข้อมูลข่าวสาร ชมเชย
และเป็นต้นแบบที่ดีในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

53920609: MAJOR: COMMUNITY NURSE PRACTITIONER; M.N.S.

(COMMUNITY NURSE PRACTITIONER)

KEYWORDS: HEALTH-PROMOTION BEHAVIOR/ NUTRITIONAL/ THAI MUSLIM

ACHIRAYA MARTJUEA: FACTORS PREDICTING NUTRITIONAL HEALTH-PROMOTION BEHAVIOR OF THAI MUSLIM IN BANGNAMPRIAO DISTRICT, CHACHOENSAO PROVINCE. ADVISORY COMMITTEE: WANNARAT LAWANG, Ph.D., SUWANNA JUNPRASERT, Dr.P.H. 93 P. 2017.

Nutritional health-promotion behavior is a significant strategy that lead to improve health for all people. This predictive correlational research aimed to identify the factors predicting nutritional health-promotion behavior of Thai Muslims. Participants of the study were 280 Thai Muslims in Bangnampriao district, Chachoengsao province who were recruited based on multistage random sampling. Data were collected in March, 2017 using questionnaires including nutritional health-promotion behavior, perceived benefits of action, perceived barriers to action, perceived interpersonal influences, and situational influences. Data were analyzed by descriptive statistics and multiple regressions.

The results revealed that the majority of sample were female with ages ranged from 20 to 70 years ($M = 44.67$, $SD = 12.34$), elementary education level, and no disease. The perception of physical health was rated at a good level. The overall and three elements of nutritional health-promotion behavior, including the safety food consumption, the variety foods consumption, and the healthy food consumption, were rated at high levels. The unhealthy food avoidance was rated at moderate level. Results also indicated that perceived benefits of action ($\beta = .239$, $p < .001$), age ($\beta = .233$, $p < .001$), perceived interpersonal influences, ($\beta = .226$, $p < .001$) and perceived barriers to action ($\beta = -.186$, $p < .001$) could explain the variation of the nutritional health-promotion behavior of Thai Muslims by 26.8%.

Results suggest that community nurse practitioners and other health providers should pay more attention to improving nutritional health-promotion behavior of Thai Muslims. They should promote perceived benefits of action and also reduce perceived barriers to action, encourage families, friends, and the Muslim community member to provide information, compliments and role models.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ฌ
บทที่	
1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	6
สมมติฐานของการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์เฉพาะ	8
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	10
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	10
ชาวไทยมุสลิมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	17
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม	25
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	37
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	37
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	41
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย.....	46
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	47
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง	48
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	48

สารบัญ (ต่อ)

บทที่	หน้า
4 ผลการวิจัย	50
ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง	50
ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	53
ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	54
ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	57
5 สรุปผลและอภิปรายผล	60
สรุปผลการวิจัย	60
อภิปรายผลการวิจัย	61
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้	66
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	67
บรรณานุกรม	68
ภาคผนวก	76
ภาคผนวก ก	77
ภาคผนวก ข	79
ภาคผนวก ค	84
ประวัติย่อของผู้วิจัย	93

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า	
1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะประชากร	51
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ ภาวะสุขภาพ.....	52
3	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และการแปลผล จำแนกตามปัจจัยการรับรู้ที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการแยกรายด้าน และโดยรวม	54
4	ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ แยกรายด้านและโดยรวม	55
5	ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ จำแนกรายข้อ	55
6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ (Y) กับอายุ (X_1) การเจ็บป่วย (X_2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X_3) การศึกษา (X_4) การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติ (X_5) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (X_6) การรับรู้อิทธิพล ระหว่างบุคคล (X_7) และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ (X_8)	58
7	ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่าง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อายุ การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ.....	59

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
2	แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง	27
3	ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	40

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ประชากรทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย กำลังเผชิญอยู่ในปัจจุบัน ดังรายงานขององค์การอนามัยโรค (World Health Organization [WHO], 2014) พบว่า ประมาณ 2 ใน 3 (ร้อยละ 63.8) ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประชากรโลก มีสาเหตุมาจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ที่พบว่า ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 (วิชัย เอกพลากร, 2553) ซึ่งสาเหตุสำคัญของโรคดังกล่าวคือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และความเครียด (WHO, 2014; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) จากปัญหาและสาเหตุของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังข้างต้น องค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) จึงรณรงค์ให้ทุกประเทศดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ผ่านแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020) ที่เน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชาชนให้เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต ซึ่งประเทศไทยยึดปฏิบัติและพยายามดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรม (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557)

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นมิติสำคัญทางสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติและยกระดับสุขภาพ เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขและบรรลุการมีสุขภาพที่ดี (Pender, Murdaugh, & Parson, 2011) ซึ่งหนึ่งในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่องค์การอนามัยโลกเน้น และให้ความสำคัญคือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (WHO, 2013) ทั้งนี้พฤติกรรมบริโภคที่ดี ต้องประกอบด้วย การรับประทานอาหารที่หลากหลายให้ครบ 5 หมู่ รับประทาน 3 มื้อ รับประทานข้าวเป็นหลักสลับอาหารประเภทแป้งบางมื้อ รับประทานผักให้มาก รับประทานผลไม้เป็นประจำ รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน รับประทานถั่วสลับบ้าง รับประทานไขมันพอกควร เลี่ยงอาหารหวานมันเค็ม หมักดองสำเร็จรูป ดื่มนมทุกวัน ดื่มน้ำให้เพียงพอ และงดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงรับประทานอาหารที่สะอาดและปลอดภัย (กองสุศึกษา

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) แต่ผลการสำรวจกลับพบว่า ประชากรโลกบริโภคเนื้อสัตว์ ร้อยละ 29 เนื้อหมู ร้อยละ 14 เนื้อปลาเพียง ร้อยละ 10 นม ร้อยละ 15 ผักและผลไม้ ร้อยละ 11 (Tatiana, Michael, & Kelly, 2014) สอดคล้องกับประเทศไทยที่ผลการสำรวจสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2555-2556 พบว่า คนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไป มีพฤติกรรมเลือกบริโภคอาหารบางประเภท คือ รับประทานผักผลไม้ปริมาณน้อยเพียง ร้อยละ 25.5 แต่กลับนิยมรับประทานอาหารจานด่วนถึง ร้อยละ 79.3 รับประทานขนมหวาน ร้อยละ 50.7 และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 48.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) พฤติกรรมดังกล่าวจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ประเทศไทยตระหนักและให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาพฤติกรรมด้านโภชนาการที่เกิดขึ้นจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยสร้างเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการที่ถูกต้องเหมาะสม กล่าวคือ ส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้สดเพิ่มขึ้น ลดอาหารเค็ม ลดอาหารหวาน และลดอาหารไขมันสูง ควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย ซึ่งจะนำไปสู่วิถีชีวิตพอเพียง เพื่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของชีวิต อย่างไรก็ตาม ในการปฏิบัติตามนโยบายดังกล่าว ให้ประสบความสำเร็จพยาบาลและบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับบริบททางสังคมและค่านิยมถึงความเป็นพหุวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่ เป็นสำคัญ (Leininger, 2002) เนื่องจากสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นพื้นฐานความคิด ความเชื่อ และค่านิยมที่ถือปฏิบัติสืบทอดต่อกันมา (วันทนา นาว์วัน, ถ้ายอง ปลั่งกลาง และชุมพล พิษพันธ์ไพศาล, 2558) และมีความสำคัญต่อการปฏิบัติพฤติกรรมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนในสังคมนั้น ๆ (บุญเรือง ขาวนวล, 2551) เช่น วัฒนธรรมการรับประทานอาหารประจำวัน หรือข้อห้ามในการรับประทานอาหารบางประเภทของแต่ละชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งชุมชนผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร (มธุรพร ภาคพรต, 2550) ดังนั้น พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของกลุ่มประชากรที่มีลักษณะเฉพาะทางบริบทสังคมและวัฒนธรรมอย่างผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม จึงเป็นสิ่งที่พยาบาลและบุคลากรสุขภาพจำเป็นต้องทำความเข้าใจ เพื่อนำไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพให้ประสบความสำเร็จ

ประเทศไทยมีประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามหรือที่เรียกว่า ชาวไทยมุสลิมอยู่ประมาณ ร้อยละ 4.2 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) ซึ่งชาวไทยมุสลิมดั้งเดิมเดินทางมาจากอาหรับ อินเดีย และเปอร์เซีย มาทางเกาะสุมาตรา และแหลมมลายู ปัจจุบันชาวไทยมุสลิมกระจายอยู่ทั่วประเทศ ไทย โดยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคใต้ของประเทศโดยเฉพาะ 3 จังหวัดชายแดน ได้แก่ จังหวัดยะลา ปัตตานี และนราธิวาส แต่ก็มีบางส่วนที่อพยพย้ายถิ่นฐานมาตั้งรกรากในภาคเหนือ ได้แก่

จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดแม่ฮ่องสอน จังหวัดแพร่ และภาคกลาง ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดพระนครศรีอยุธยา จังหวัดนนทบุรี จังหวัดปทุมธานี รวมทั้งจังหวัดฉะเชิงเทรา จากการสำรวจพบว่า ชาวไทยมุสลิมในทุกภาคของประเทศ เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โดยมีสาเหตุสำคัญคือ พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม (ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ, 2549) สิ่งสำคัญในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคือ การสร้างเสริมสุขภาพชาวไทยมุสลิมตามนโยบายของประเทศ โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านโภชนาการที่ต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมของศาสนาอิสลาม และบริบทวิถีการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิมแต่ละพื้นที่

วิถีการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิม จะดำเนินชีวิตตามกฎเกณฑ์ของศาสนาอย่างเคร่งครัด ซึ่งการรับประทานอาหารก็เช่นเดียวกันต้องเป็นไปตามบทบัญญัติของศาสนาอิสลาม คือ การบริโภคอาหารจะต้องบริโภคอาหารที่อนุมัติ (ฮาลาล) บริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์ และบริโภคอาหารแต่พอควร (พงษ์เทพ สุธีรัฐ และยุซุฟ นิมะ, 2552 ก) ประกอบกับชาวไทยมุสลิมยังได้รับวัฒนธรรมการรับประทานอาหารจากชาวอาหรับ อินเดีย และเปอร์เซีย ซึ่งมักเป็นอาหารที่มีส่วนประกอบของเนื้อสัตว์และไขมันสูง มีการใช้น้ำมันในการประกอบอาหาร เช่น ข้าวถั่ว ข้าวหมกไก่ ข้าวน้ำมัน อีกทั้งในงานบุญประเพณีต่าง ๆ มักจะมีอาหารพิเศษซึ่งเป็นสัญลักษณ์ทางวัฒนธรรมเพิ่มเติมอีก เช่น แกงมัสมั่น แกงกรูหม่า เป็นต้น (กรมศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ, 2545) ถึงแม้โดยทั่วไปชาวไทยมุสลิมจะมีความเหมือนในวัฒนธรรมการรับประทานอาหารบางส่วน แต่พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของมุสลิมในพื้นที่ต่าง ๆ ของประเทศก็มีความแตกต่างกันตามวิถีการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่ สิ่งแวดล้อมและการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวก (ทิพย์กมล อิสลาม, 2557) ดังนั้น การศึกษาพฤติกรรมของมุสลิมเฉพาะของแต่ละพื้นที่จึงเป็นสิ่งจำเป็น

จากผลการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาพฤติกรรมของมุสลิมแต่ละพื้นที่ ที่ผ่านมา พบว่าส่วนใหญ่เป็นการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพชาวไทยมุสลิมในภาพรวม (จุลรัตน์ สกลราษฎร์, 2555; พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจาวรุวรรณ วิโรจน์, 2558; ตดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, 2551; วิภาวี ปิ่นนพศรี, 2550; วิรยา บุญรินทร์, 2553; ศศิกาญจน์ สกลปัญญวัฒน์, 2557) มีเพียงบางการศึกษาที่เน้นศึกษาเจาะลึกเฉพาะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการคือ การศึกษาของ ชูโมยะ เด็งสาแม (2558) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้นำศาสนาเฉพาะจังหวัดยะลา ซึ่งพบว่า 3 ใน 5 (ร้อยละ 59.0) ของผู้นำศาสนา มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง แต่ยังไม่พบหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงการศึกษาเจาะลึกด้านโภชนาการในกลุ่มชาวไทยมุสลิมในแต่ละพื้นที่ภาคกลางของประเทศไทยที่มีความต่างทางสิ่งแวดล้อมและวิถีการดำเนินชีวิตกับพื้นที่

3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่ต้องการการเติมเต็ม

การอธิบายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง จำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่สามารถเชื่อมโยงปัจจัยทั้งเกี่ยวข้องกับบุคคลและสิ่งแวดล้อมได้ ผู้วิจัยจึงประยุกต์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ซึ่งเป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับว่า สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ บุคคลให้คุณค่าการพัฒนาทางบวก มีการแสดงความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน สามารถตระหนักรู้ในตนเอง และจะแสวงหาทางควบคุมพฤติกรรมของตนเองและพยายามให้บรรลุความสำเร็จ Pender et al. (2011) ยังกล่าวถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้อย่างชัดเจน ทั้งภายในตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเมื่อนำมาปรับร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการชาวไทยมุสลิม มีหลายประการประกอบด้วย อายุ การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ตามวิถีการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิม

จากปัจจัยข้างต้น อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงวุฒิภาวะของแต่ละบุคคล อายุที่แตกต่างกันจะทำให้มีพฤติกรรมที่ต่างกัน มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิต และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่แตกต่างกัน (รสรินทร์ แก้วตา, 2551) การเจ็บป่วยมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามสาเหตุของการเจ็บป่วย และมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์, 2558) การรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นการประเมินภาวะสุขภาพของตนเองในภาพรวม หากบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีก็จะมีความต้องการดูแลและสร้างเสริมสุขภาพตนเอง (ทิพย์กมล อิสลาม, 2557; ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญ โยธาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และวีรณัฐ รอบสันติสุข, 2558) การศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อการดูแลตนเอง ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ของความรู้ในการตัดสินใจ ซึ่งอาจส่งผลถึงความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์, 2558)

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นลักษณะของแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหาร และสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร (มธุรส บุญแสน, 2557; ศศิกัญจน์

สกุลปัญญาวัฒน์, 2557) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวาง ทั้งภายในและภายนอกที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้ จึงจูงใจให้บุคคลหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์และอำนาจทำนายกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (รสรินทร์ แก้วตา, 2551; ทิพย์กมล อิสลาม, 2557) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นความเชื่อ ความคิด หรือทัศนคติ ของคนอื่น ที่มีอิทธิพลต่อความคิดของชาวไทยมุสลิม ซึ่งแหล่งของอิทธิพล ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่ การได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อโฆษณาต่าง ๆ ตลอดจนสังคมมุสลิมที่พบว่า มีผลต่อ พฤติกรรมการบริโภค (Nadira, Subha, & Susmita, 2014; วิริยา บุญรินทร์, 2553) ปัจจัยสุดท้ายคือ การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นความคิดและทัศนคติต่อลักษณะของกิจกรรมต่าง ๆ ของชาวไทยมุสลิม ทั้งการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และบริบทตามประเพณีต่าง ๆ ในสังคม ซึ่งทำให้เวลาและลักษณะอาหารแตกต่างจากการดำเนินชีวิตปกติ (ปราณี จันทศรี, 2547) และส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างชัดเจน

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพประชาชนในพื้นที่ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งมีชาวไทยมุสลิมอาศัยอยู่มากกว่าครึ่ง (สำนักงาน สาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2558) จากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว พบ อัตราป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เพิ่มสูงขึ้นกล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2555, 2556, 2557 และปี พ.ศ. 2558 มีประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรคเรื้อรังคิดเป็นอัตราป่วย 323.2, 395.7, 405.8 และ 423.2 ต่อประชากรพันคนตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2558) จากการสำรวจ พฤติกรรมการบริโภคอาหารวัยทำงาน ปี พ.ศ. 2558 และ 2559 พบว่า มีพฤติกรรมด้านโภชนาการ ไม่เหมาะสมร้อยละ 28.1 และ 32.4 (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2559) ดังนั้น การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และต้องคำนึงถึงความเป็นมุสลิม ซึ่งชาวไทยมุสลิมในอำเภอบางน้ำเปรี้ยวจะมีวิถีการดำเนินชีวิตสอดคล้องตามบทบัญญัติของศาสนา อิสลามเหมือนมุสลิมทั่วประเทศ แต่มีลักษณะวัฒนธรรม สังคม และประเพณีที่แตกต่างกับบริบท สังคมมุสลิมภาคอื่น ๆ ของประเทศ จากมูลเหตุข้างต้น ประกอบกับยังไม่พบการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมในบริบทดังกล่าวโดยตรง ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาเจาะลึก ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งผลการวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูล พื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีการดำเนินงานสนับสนุนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิมในพื้นที่ ซึ่งจะช่วยให้คนกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้น้อยลง อันจะนำมา

ซึ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดี อีกทั้งยังเป็นการพัฒนาบทบาทการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลประชาชนในชุมชนให้มีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
2. เพื่อศึกษาอำนาจในการทำนายของปัจจัยอายุ การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

สมมติฐานของการวิจัย

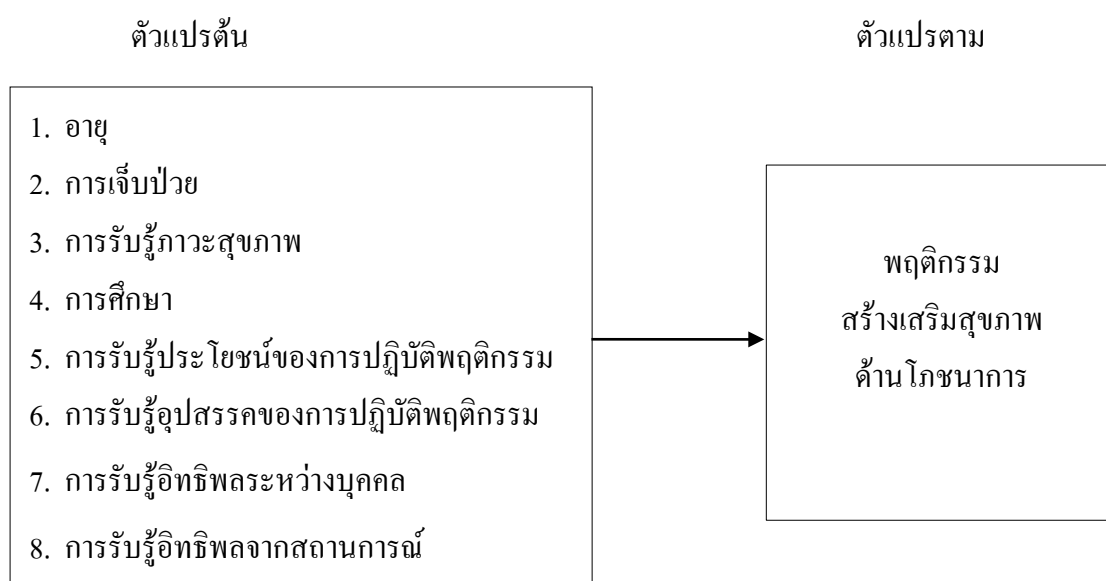
อายุ การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's health promotion model) (Pender et al., 2011) มาใช้ในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ซึ่งรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์เป็นหนึ่งในรูปแบบทางการพยาบาลที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถอธิบายรูปแบบพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กล่าวคือ บุคคลประกอบด้วยกาย จิต สังคม วิญญาณ ที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม คือ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็จะถูกปรับเปลี่ยนโดยสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา บุคคลจะแสวงหาสิ่งสร้างสรรค์ในชีวิต และพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลของการเปลี่ยนแปลงกับความมั่นคง ทั้งนี้บุคคลจะให้คุณค่าแก่การกระทำหรือการพัฒนาตนเองในทิศทางบวก โดยพฤติกรรมสร้างเสริมของบุคคลถือเป็นการกระทำทางบวกของวิถีชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อการยกระดับสุขภาพของบุคคลเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพะ โดยการแสดงศักยภาพทางด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ผ่านการตระหนักรู้ของตนเอง

ประเมินสมรรถนะของตนเอง และแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ยังคงเป็นรูปแบบที่สะท้อนความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างโมทัศน์ต่าง ๆ ที่สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้อย่างชัดเจน โดยระบุปัจจัยที่สำคัญนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมคือ ปัจจัยคุณลักษณะเฉพาะของบุคคลทั้งด้านชีววิทยา จิตวิทยา และสังคมวัฒนธรรม ปัจจัยประสบการณ์/ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ปัจจัยความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถตนเอง ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ ซึ่งเมื่อนำมาพิจารณาพร้อมกับการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม ประกอบด้วย อายุ การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ตามวิถีการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิม ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ขอบเขตของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพัทธ์ซึ่งทำนาย เพื่อศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมที่อาศัยอยู่พื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 280 คน เก็บข้อมูลระหว่าง วันที่ 1-31 มีนาคม พ.ศ. 2560

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ชาวไทยมุสลิม หมายถึง บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-70 ปี ที่มีสัญชาติไทย และนับถือศาสนาอิสลาม
2. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติเกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ครอบคลุมถึงเรื่องความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่ถูกสุขอนามัย โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ซึ่งจะวัดการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมใน 1 สัปดาห์ โดยวัดเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินานครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย
3. อายุ หมายถึง ระยะเวลา นับตั้งแต่เกิดจนถึงปัจจุบัน โดยนับอายุเต็มปีบริบูรณ์ หากมีอายุเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ให้ปัดขึ้นเป็นปีถัดไป
4. การเจ็บป่วย หมายถึง จำนวนโรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อย 1 เดือน
5. การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความรู้สึก ความคิดเห็นของชาวไทยมุสลิมต่อภาพรวมภาวะสุขภาพของตนเอง ที่ครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ประเมินจากประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้เป็นตัวเลข 0-10 (Numerical Rating Scales [NRS]) โดยปลายด้านซ้ายสุด (0 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองไม่แข็งแรงเลย/ ไม่ดีเลย/ แย่ ทั้งนี้ระดับการรับรู้สุขภาพจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามคะแนนไปทางด้านขวาของแบบวัด ซึ่งปลายด้านขวาสุด (10 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงมากที่สุด/ ดีที่สุด/ ดีเยี่ยม
6. การศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่ชาวไทยมุสลิมได้รับการศึกษาสูงสุด
7. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความคิด ความเชื่อของชาวไทยมุสลิมเกี่ยวกับประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ยกระดับสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความตื่นตัว การลดความรู้สึกเมื่อยล้า

ร่างกายแข็งแรง ป้องกันโรค เป็นต้น และการรับรู้ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ การได้รับการชื่นชม การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น ประเมินจากแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยวัดถึงความคิดเห็นของชาวไทยมุสลิมเป็น 5 ระดับ คือ เป็นประโยชน์มากที่สุด เป็นประโยชน์มาก เป็นประโยชน์ปานกลาง เป็นประโยชน์น้อย และไม่มีประโยชน์

8. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม หมายถึง ความคิด ความเชื่อของชาวไทยมุสลิมต่อกิจกรรมที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ประกอบด้วย การรับรู้อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความไม่ชอบ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา เป็นต้น และการรับรู้อุปสรรคภายนอก ได้แก่ ความยุ่งยาก ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ประเมินจากแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยวัดถึงความคิดเห็นของชาวไทยมุสลิมเป็น 5 ระดับ คือ เป็นอุปสรรคมากที่สุด อุปสรรคมาก อุปสรรคปานกลาง อุปสรรคน้อย และไม่เป็นอุปสรรค

9. การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล หมายถึง ความคิด ความเชื่อของชาวไทยมุสลิมต่อบุคคลรอบตัวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มบุคคลในชุมชนมุสลิม และบุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการได้รับการสนับสนุน ข้อมูลข่าวสาร และการเห็นต้นแบบการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ประเมินจากแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยวัดถึงความคิดเห็นของชาวไทยมุสลิมเป็น 5 ระดับ คือ อิทธิพลมากที่สุด อิทธิพลมาก อิทธิพลปานกลาง อิทธิพลน้อย และไม่มีอิทธิพล

10. การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ หมายถึง ความคิด ความเชื่อของชาวไทยมุสลิมต่อเหตุการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ประกอบด้วย สถานการณ์ตามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามบริบทการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิม และตามบริบทพื้นที่ ประเมินจากแบบสอบถามซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยวัดถึงความคิดเห็นของชาวไทยมุสลิมเป็น 5 ระดับ คือ อิทธิพลมากที่สุด อิทธิพลมาก อิทธิพลปานกลาง อิทธิพลน้อย และไม่มีอิทธิพล

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้รวบรวมเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยมีสาระสำคัญเรียงลำดับดังนี้

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
2. ชาวไทยมุสลิมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
3. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

สุขภาพเป็นภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่บุคคลรับรู้ได้ว่าตนมีความสุข ซึ่งเป็นสิ่งที่ทุกคนปรารถนาและเป็นกระบวนการพลวัตที่ไม่หยุดนิ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงอยู่ บุคคลจึงพยายามคงไว้ซึ่งสุขภาพโดยวิธีที่บุคคลใช้คือ การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (ประเวศ วะสี, 2554)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางความคิดของบุคคล ที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในจิตใจ และภายนอกอาจทำไปโดยรู้ตัว ไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ ผู้อื่นอาจสังเกตการกระทำนั้นได้และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้ (WHO, 2005) พฤติกรรมเป็นลักษณะการตอบสนองต่อสิ่งเร้าของบุคคล มีความเฉพาะเกิดขึ้นเป็นประจำตามระยะเวลา ไม่ว่าจะรู้สึกตัวและไม่รู้สึกตัวต่อเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ (Green & Kreuter, 1991) ที่บุคคลแสดงออกทั้งที่สังเกตเห็นได้และสังเกตไม่ได้ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ 1) พฤติกรรมภายใน (Covert behavior) ได้แก่ กิจกรรมหรือปฏิกิริยา สิ่งที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล เช่น ความคิด ความรู้ ความเชื่อ เจตคติ เป็นต้น 2) พฤติกรรมภายนอก (Overt behavior) ได้แก่ กิจกรรมหรือปฏิกิริยา สิ่งที่เกิดขึ้นจากตัวบุคคลที่สังเกตเห็นได้ เช่น ความสุภาพ ความคล่องแคล่ว ว่องไว ลักษณะท่าทาง เป็นต้น ดังนั้นพฤติกรรมจึงเป็นผลที่เกิดจากปฏิกิริยาของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ข้อเท็จจริงต่าง ๆ รวมทั้งการพัฒนาความสามารถและทักษะทางสติปัญญาการใช้ วิจัยารณญาณเพื่อประกอบการตัดสินใจตามระดับความสามารถต่าง ๆ คือ ความรู้ ความเข้าใจ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินค่า รวมถึงพฤติกรรมทางด้านจิตใจด้วย

ซึ่งหนึ่งในพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยตรงคือ พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือกิจกรรมใด ๆ ในด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ อันมีผลต่อภาวะสุขภาพของบุคคล (WHO, 2005) ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการกระทำต่อสุขภาพตนเอง โดยอาศัยความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด ค่านิยม ความรู้สึก และพฤติกรรมการปฏิบัติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ที่มีความเกี่ยวข้องกันอย่างสมดุล โดยลักษณะของพฤติกรรมสุขภาพ จะแบ่งเป็น พฤติกรรมที่พึงประสงค์หรือพฤติกรรมเชิงบวก และพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หรือพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยพฤติกรรมสุขภาพสามารถแบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

- 1) พฤติกรรมป้องกันโรค เป็นการปฏิบัติของบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดโรค เช่น การไม่สูบบุหรี่ การออกกำลังกาย การสวมหมวกนิรภัย การฉีดวัคซีน เป็นต้น
- 2) พฤติกรรมสุขภาพเมื่อรู้สึกไม่สบาย เป็นการปฏิบัติของบุคคลเมื่อมีอาการผิดปกติหรือเจ็บป่วย เช่น การนอนพักผ่อนอยู่บ้าน การแสวงหาการรักษาพยาบาล เป็นต้น
- 3) พฤติกรรมเมื่อเจ็บป่วย เป็นการปฏิบัติที่บุคคล กระทำ หลังจากได้รับการวินิจฉัยแล้ว (ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร, 2554) จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมที่กล่าวมาข้างต้นจะเป็นมโนทัศน์เชิงลบในการมองพฤติกรรมสุขภาพ แต่มโนทัศน์ ที่ควรให้ความสำคัญอย่างยิ่งคือ มโนทัศน์เชิงบวกในการมองพฤติกรรมสุขภาพ นั่นคือ พฤติกรรม ที่ยกระดับสุขภาพทั้งของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ซึ่งเป็นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parson, 1987) สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยเน้นให้ความสำคัญกับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเพิ่มศักยภาพของบุคคลในการ ควบคุมสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และช่วยให้บุคคลสามารถตอบสนองต่อ ความต้องการของความสามารถหรือเผชิญการเปลี่ยนแปลงกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้ (WHO, 2005) โดย Pender et al. (2011) ได้ให้ความหมายของการสร้างเสริมสุขภาพว่า เป็นการกระทำ ที่มุ่งยกระดับ ความเป็นปกติสุขหรือความผาสุกของชีวิต โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นการกระทำทางบวกของวิถีชีวิต มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล เพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพะ เพิ่มระดับความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง ครอบครัว และชุมชน อันจะนำมา ซึ่งการเป็นคนที่มีความสุขที่ดี เป็นทุนในการทำกิจกรรมและภารกิจในชีวิตประจำวันได้ตามบทบาท หน้าที่ความรับผิดชอบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เกิดจากการกระทำและปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ดี

Pender et al. (2011) ได้กล่าวถึง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไว้หลายด้าน ได้แก่ ด้านโภชนาการ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านการออกกำลังกาย ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านการพัฒนาทางด้านจิตวิญญาณ ซึ่งแต่ละพฤติกรรมมีความสำคัญแตกต่างกัน แต่จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมของคนเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และความเครียด (WHO, 2014; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) ส่งผลให้ประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ และโรคเบาหวาน (WHO, 2014) ซึ่งสอดคล้องกับรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 ที่พบว่า ประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.7 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 (วิชัย เอกพลากร, 2553) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) จึงให้ความสำคัญจึงรณรงค์ให้ทุกประเทศดำเนินการป้องกัน และควบคุม โรคไม่ติดต่อผ่านแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020) โดยเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม

หนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการการสร้างเสริมสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาคือ ด้านโภชนาการหรือการรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม และได้มีการกำหนดเป้าหมาย เรื่องการบริโภคเกลือหรือ โซเดียมในประชากร เพื่อให้ได้รับการบริโภคอาหารอย่างเหมาะสม โดยมีกลยุทธ์ 3 มาตรการ ได้แก่ 1) มาตรการลดการบริโภคเกลือ 2) มาตรการลดการบริโภคไขมันทรานส์ 3) การรณรงค์สร้างกระแสนี้นักด้านโภชนาการ (เนติมา คูณีย์, 2557) ซึ่งประเทศไทยยึดปฏิบัติและดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรม (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557) โดยเฉพาะการบริโภคอาหารทั้งเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้สด ลดอาหารเค็ม ลดอาหารหวาน และลดอาหารไขมันสูงควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย นำไปสู่วิถีพอเพียง สุขภาพพอเพียง เพื่อการมีสุขภาพที่ดีทั้งในระยะสั้นและระยะยาวของชีวิต (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่องค์การอนามัยโลก และประเทศไทยให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตที่ทำให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

อาหารเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อชีวิต ที่ช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโตแข็งแรงสมบูรณ์ สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ และมีผลต่อสุขภาพของร่างกายด้วย บุคคลควรบริโภคอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ ได้รับปริมาณเพียงพอต่อร่างกาย เหมาะสมตามวัยและสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบถ้วนตามความต้องการ และสามารถทำงานได้ปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นพวรรณ เปียเชื้อ (2552) ที่พบว่า พฤติกรรมการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย ($r = .13, p = .006$) และดัชนีมวลไขมัน ($r = .10, p = .029$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หากบริโภคอาหารที่ไม่ถูกต้องแล้ว ก็อาจก่อให้เกิดปัญหาทางโภชนาการทั้งภาวะทุพโภชนาการและภาวะโภชนาการเกิน และส่งผลก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อดังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555)

คำจำกัดความของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2013) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมด้านโภชนาการ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติที่เคยชินในการรับประทานอาหาร ได้แก่ ชนิดของอาหารที่รับประทาน จำนวนมือที่รับประทาน และอุปกรณ์ที่เข้าร่วมทั้งสุขนิสัยก่อนและหลังรับประทานอาหาร

Pender et al. (2011) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมด้านโภชนาการ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติพฤติกรรม และลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหาร เพื่อให้ร่างกายได้สารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการครบ 5 หมู่ ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย

ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติ เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหาร เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพครอบคลุมถึงเรื่องความหลากหลายของอาหารและจำนวนมือ อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่ถูกสุขอนามัย

องค์ประกอบของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ พบว่า นักวิชาการด้าน โภชนาการ (กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2555; สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) ได้พยายามกำหนด โภชนบัญญัติไว้เป็นแนว ในการบริโภคสำหรับคนไทยที่จะนำไปสู่การยกระดับสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรค ผู้วิจัย ได้สังเคราะห์แนวทางดังกล่าวและสรุปเป็นองค์ประกอบของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ 4 ประเด็น ได้แก่ 1) ความหลากหลายของอาหารและจำนวนมือ 2) อาหารที่ควรรับประทาน 3) อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง 4) อาหารที่ถูกสุขอนามัย ตามรายละเอียดดังนี้

1. ความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ

1.1 การรับประทานอาหารที่หลากหลายครบ 5 หมู่ คือ รับประทานอาหารหลาย ๆ ชนิด เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารต่าง ๆ ครบในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการสารอาหารแต่ละชนิด ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ไขมัน วิตามิน น้ำและยังมีสารอื่น ๆ เช่นใยอาหาร

1.2 จำนวนมื้อของอาหาร คือ การรับประทานอาหารให้ครบ 3 มื้อ โดยเฉพาะอาหารมื้อเช้าซึ่งถือว่าเป็นมื้อที่สำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ร่างกายและสมองได้รับพลังงานพร้อมที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพตลอดวัน อาหารเช้ายังช่วยลดโรค การรับประทานอาหารเช้าช่วยป้องกันโรคหัวใจและน้ำตาลในเลือดสูง

2. การรับประทานอาหารที่ควรรับประทาน/ สิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย รวมถึงประเภท ชนิด และปริมาณอาหารที่เหมาะสม คือ การเลือกประเภท ชนิด และปริมาณอาหารที่ควรรับประทานสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ดังนี้

2.1 ข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ ข้าวเป็นอาหารหลักของคนไทยเป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานสารอาหารที่มีมากในข้าว ได้แก่ คาร์โบไฮเดรต และโปรตีน โดยเฉพาะข้าวกล้องหรือข้าวซ้อมมือผลิตภัณฑ์จากข้าว และธัญพืชอื่น ๆ เช่น ถั่วเขียว ขนมหิน บะหมี่ เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงานเช่นเดียวกัน ดังนั้นการกินข้าวเป็นอาหารหลักในสัดส่วนที่พอเหมาะสลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ วันละ 10-12 ทัพพี จึงเป็นสิ่งที่ดีพึงปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การมีภาวะโภชนาการที่ดี

2.2 การรับประทานพืชผักให้มากและรับประทานผลไม้เป็นประจำ พืชผักและผลไม้เป็นแหล่งสำคัญของวิตามินและแร่ธาตุมีผลการวิจัยพบว่า สารแคโรทีนและวิตามินซีในพืชผักและผลไม้มีผลป้องกันไม่ให้ไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดและป้องกันมะเร็งบางประเภท ควรกินพืชผักทุกมื้อ วันละ 5 ทัพพี ให้หลากหลายชนิดสลับกันไป ส่วนผลไม้ควรกินประจำสม่ำเสมอ

2.3 การรับประทานปลา วันละ 10-12 ซ่อนโต๊ะ ซึ่งปลาเป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดีย่อยง่ายไขมันต่ำในปลามีฟอสฟอรัสสูง ช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรงโดยเฉพาะถ้ากินปลาเล็กปลาน้อย นอกจากนี้ปลาทะเลทุกชนิดมีสารโอโอซินช่วยป้องกันไม่ให้เป็นโรคขาดสารอาหาร

2.4 เนื้อสัตว์ไม่ติดมันการกินเนื้อสัตว์ไม่ติดมันเป็นประจำ ไม่เพียงแต่จะทำให้ร่างกายได้รับโปรตีนอย่างเพียงพอเท่านั้น แต่จะทำให้ลดการสะสมไขมันในร่างกายด้วย

2.5 ไข่เป็นอาหารที่ให้โปรตีนสูงมีแร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็นควรให้กินไข่วันละ

2.6 ถั่วเมล็ดแห้งเป็นแหล่งโปรตีนที่ดีหาง่าย ราคาถูก และมีให้เลือกมากมาย ควรกิน ถั่วเมล็ดแห้งสลับกับเนื้อสัตว์เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่ครบถ้วนมากยิ่งขึ้น ถ้วยยังให้พลังงานแก่ร่างกายอีกด้วย

2.7 งาเป็นอาหารที่ให้โปรตีนไขมันวิตามิน โดยเฉพาะวิตามินอี แคลเซียม จึงควรกิน งาเป็นประจำ

2.8 ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัยนมประกอบไปด้วย แร่ธาตุที่สำคัญคือแคลเซียม และฟอสฟอรัสซึ่งช่วยให้กระดูกและฟันแข็งแรง หญิงตั้งครรภ์ เด็กวัยเรียน วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และผู้สูงอายุควรดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว ควบคู่ไปกับการออกกำลังกาย ก่อนการซื้อนมทุกครั้ง ควรสังเกตวันหมดอายุข้างกล่องก่อนทุกครั้ง

2.9 ดื่มน้ำให้เพียงพอวันละ 6-8 แก้วต่อวันหรือ 2,000 ซีซี เพื่อให้ร่างกายได้รับความสมดุลของแร่ธาตุ ซึ่งน้ำจะช่วยให้สุขภาพเปล่งปลั่งสดใส ผิวหนังไม่แห้งกร้าน เพิ่มการไหลเวียนโลหิต ช่วยให้สมองทำงานไว ชะลอความแก่ทำให้เซลล์ทำให้เซลล์ไม่ขาดน้ำ ช่วยควบคุมอุณหภูมิ และช่วยระบบย่อยอาหารอีกด้วย

3. อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง/ สิ่งที่เป็นโทษต่อร่างกาย คือ การเลือกประเภท ชนิด และปริมาณอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงหรือเป็นโทษต่อร่างกาย มีดังนี้

3.1 อาหารที่มีไขมันสูง ไม่มีประโยชน์ ควรรับประทานแต่พอควร เนื่องจากไขมัน เป็นสารอาหารที่ให้พลังงาน และความอบอุ่นแก่ร่างกายไขมันได้จากพืชและสัตว์ ไขมันในอาหาร ถ้าได้ในปริมาณมากเกินไป จะกลายเป็นไขมันสะสมและทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ได้ ซึ่งไขมันแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทอิ่มตัวและประเภทไม่อิ่มตัว ไขมันอิ่มตัวได้มาจากเนื้อสัตว์ หนังสัตว์ทุกชนิด และมีมากในไขแดงเครื่องในสัตว์ โดยเฉพาะตับอาหารทะเลบางประเภท เช่น ปลาหมึก หอยนางรม เป็นต้น วิธีการประกอบอาหารมีส่วนทำให้ปริมาณไขมันในอาหารเพิ่ม มากขึ้น โดยเฉพาะอาหารประเภททอดผัด และอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ จึงควรกินแต่พอควร แต่ไม่ควรงดอย่างเด็ดขาด เพื่อไม่ให้ร่างกายขาดไขมันควรรับประทานอาหาร โดยใช้วิธีต้ม ปิ้ง นึ่ง ย่าง จะมีไขมันน้อยกว่า

3.2 อาหารที่มีรสหวานจัด คนไทยนิยมรับประทานอาหารรสจัดและใช้เครื่องปรุงรส เพื่อทำให้อาหารอร่อยรสอาหาร ที่มักเป็นปัญหาและก่อให้เกิดโทษต่อร่างกายมาก คือ หากรับประทานอาหารรสหวานจัด จะทำให้ฟันผุและเกิด โรคอ้วน รวมถึงอาจเสี่ยงต่อการเกิด โรคเบาหวานได้ ดังนั้นการรับประทานอาหารรสไม่จัด จึงเป็นผลดีต่อสุขภาพ ควรลดการเติม เครื่องปรุงที่ไม่จำเป็น และปรับเปลี่ยนมารับประทานอาหารแบบไทย

3.3 อาหารที่มี รสเค็มจัด (โซเดียม) โซเดียมที่เราบริโภคกันเป็นประจำก็คือ โซเดียมที่อยู่ในรูปของ เกลือแกง (เกลือ มีส่วนประกอบอยู่ 2 อย่าง คือ โซเดียมกับคลอไรด์) น้ำปลา ซึ่งมีรสเค็ม แต่ยังมีอาหารอีกมากชนิดที่ไม่มีรสเค็ม แต่มีโซเดียมแฝงอยู่สูงมาก หากกินรสเค็มจัด จะมีโอกาสเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง และมีโอกาสเป็นโรคมะเร็งในกระเพาะอาหารอีกด้วย ซึ่งจากการสำรวจพบว่า คนไทยบริโภคเกลือที่มีอยู่ในอาหารและเครื่องปรุงรส โดยเฉลี่ยวันละประมาณ 7 กรัม

3.4 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ จะมีโทษและเป็นอันตรายต่อสุขภาพและสูญเสียทรัพย์สินอย่างมากมาย ซึ่งเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์นั้น รวมหมายถึง สุรา เบียร์ ไวน์ บรั่นดี ตลอดจนเครื่องดื่มทุกชนิดที่มีแอลกอฮอล์ผสม โดยผลของการดื่มแอลกอฮอล์มีโทษต่อร่างกาย เช่น เป็นโรคตับแข็ง รวมทั้งมีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ขาดสติเสียการทรงตัวสมรรถภาพการทำงานลดลง ทำให้เกิดความประมาทเป็นสาเหตุสำคัญที่ก่อให้เกิดอุบัติเหตุบนท้องถนน

4. อาหารที่ถูกสุขอนามัย เป็นอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน ซึ่งอาหารสามารถปนเปื้อนได้จากหลายสาเหตุ อาจมาจากเชื้อโรค พยาธิ สารเคมีที่เป็นพิษและสารปนเปื้อนอื่น ๆ เช่น สารบอแรกซ์ สารกันรา สารฟอกขาว ฟอร์มาลิน และยาฆ่าแมลง รวมถึงอาหารสำเร็จรูปควรบรรจุในภาชนะที่เหมาะสม มีฉลากถูกต้อง บอกวันหมดอายุ ส่วนประกอบ ชื่ออาหาร สถานที่ผลิต ทั้งนี้การปนเปื้อนอาจเกิดจากกระบวนการผลิตการปรุง และจำหน่ายอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ จึงควรเลือกกินอาหารที่สะอาดผลิตจากแหล่งที่เชื่อถือได้ โดยใช้หลักการปรุงประกอบตามหลัก 3ส. สุกเสมอ สงวนคุณค่าอาหาร สะอาดปลอดภัย เพื่อให้ผู้บริโภคมีสุขภาพอนามัยที่ดี ควรจะต้องรู้จักวิธีเลือกซื้อการปรุงประกอบอาหารให้สะอาดปลอดภัยและมีคุณค่าครบถ้วนทางโภชนาการ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ผลการสำรวจในประชากรโลกกลับพบว่า ส่วนใหญ่บริโภคเนื้อสัตว์ ร้อยละ 29 เนื้อหมู ร้อยละ 14 เนื้อปลาเพียงร้อยละ 10 นม ร้อยละ 15 ผักและผลไม้ ร้อยละ 11 (Tatiana et al., 2014) สอดคล้องกับประเทศไทยที่สำรวจสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2555-2556 ที่พบว่า คนไทยอายุ 6 ปีขึ้นไปมีพฤติกรรมเลือกบริโภคอาหารบางประเภท รับประทานผักผลไม้ปริมาณน้อยเพียง ร้อยละ 25.5 แต่กลับนิยมรับประทานอาหารจานด่วนถึงร้อยละ 79.3 รับประทานขนมหวาน ร้อยละ 50.7 และรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ร้อยละ 48.1 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นพวรรณ เปี้ยชื่อ (2552) ได้ศึกษาความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาลชั้นปี 1-4 จำนวน 519 คน พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดกับอาหารและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร

คิดเป็นร้อยละ 63.4, 72.7 และ 54.1 ของคะแนนรวมตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับอาหารโซเดียมค่อนข้างน้อย และมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมในการรับประทานอาหารที่มีโซเดียม ร้อยละ 59.1 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ประเทศไทยตระหนักและให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563 โดยสร้างเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการบริโภคอาหาร กล่าวคือ ส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้สดเพิ่มขึ้น ลดอาหารเค็ม ลดอาหารหวาน และลดอาหารไขมันสูง (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข, 2555) ซึ่งจะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการหรือการบริโภคอาหารนั้น มีผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล ถ้าได้รับการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ไม่เหมาะสม จะนำมาซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมในอนาคต

ชาวไทยมุสลิมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ชาวไทยเป็นชาติที่มีวัฒนธรรมที่หลากหลาย และยอมรับวัฒนธรรมของการเข้ามาของมุสลิม (กรมศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ, 2545) เกิดการผสมผสานทางวัฒนธรรม จนกลายเป็นความหลากหลายทางวัฒนธรรม ตามสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป รวมถึงขนบธรรมเนียมและประเพณี

ชาวไทยมุสลิม

ศาสนาอิสลามได้เข้ามาสู่ประเทศตั้งแต่ก่อนสมัยสุโขทัยโดยมีอิทธิพลอยู่บนแหลมมลายูก่อนแล้ว เพราะมีหลักฐานปรากฏว่าชาวมุสลิมจากประเทศอาหรับและอินเดียได้เข้ามาทำการค้าและเผยแพร่ศาสนาอิสลามผ่านทางประเทศอินโดนีเซีย และมาเลเซียแก่ผู้ที่อยู่บนเกาะสุมาตราและแหลมมลายู เรียกว่า ชาวมลายู ซึ่งเป็นกลุ่มชนซึ่งอาศัยอยู่จำนวนมากในจังหวัดทางภาคใต้ของประเทศไทยตั้งแต่จังหวัดปัตตานี จังหวัดนราธิวาส และจังหวัดยะลา รวมไปถึงบางส่วนของจังหวัดสงขลา เรียกคนไทยกลุ่มนี้ว่า ออแอมซิชัย (Orang siam) หรือชาวมลายูปัตตานี ในสมัยกรุงศรีอยุธยาประมาณคริสต์ศักราช 1590-1605 ได้มีพ่อค้าชาวอาหรับจากประเทศเปอร์เซีย ชื่อ “เอกอะหมัด” เข้ามาตั้งหลักแหล่งและค้าขาย ต่อมาได้รับการแต่งตั้งจากพระมหากษัตริย์ไทยคือพระเจ้าทรงธรรมให้เป็นเจ้าพระยาเอกอะหมัด ตำแหน่งสมุหนายก ว่าราชการทางฝ่ายเหนือ ท่านผู้นี้ได้เป็นบรรพบุรุษของตระกูลไทยในปัจจุบันหลายตระกูล

สำหรับชาวมลายูปัตตานี หรือชาวมุสลิมในจังหวัดภาคใต้ของไทยจึงเป็นชนพื้นเมืองมาแต่ดั้งเดิม มิได้สืบเชื้อสายมาจากชาวมุสลิมที่เข้ามาทำการค้า หรืออพยพมาจากดินแดนอื่น เพราะมีหลักฐานปรากฏว่าชนชาติดั้งเดิมเหล่านี้ได้เข้ามาตั้งถิ่นฐานอยู่บนแหลมมลายู ตั้งแต่ก่อนคริสต์ศักราชเป็นเวลา 43 ปี และมีอาณาจักรสำคัญ คือ อาณาจักรลังกาซู ต่อมาประมาณคริสต์ศักราช

220 คนชาตินี้ก็ได้ก่อตั้งอาณาจักรขึ้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช และในคริสต์ศักราช 658 เกิดอาณาจักรขึ้นใหม่ คือ อาณาจักรศรีวิชัย มีอิทธิพลแผ่ไปทั่วแหลมมลายู และอาณาจักรที่จังหวัดนครศรีธรรมราช ก็ตกอยู่ในอำนาจของอาณาจักรศรีวิชัยด้วย จนกระทั่งถึงคริสต์ศตวรรษที่ 8 อาณาจักรศรีวิชัยเสื่อมอำนาจลง และอาณาจักรใหม่เกิดขึ้นแทนที่ คือ อาณาจักรมัชปาหิต ต่อมาเมื่อถึงคริสต์ศักราช 1401 อาณาจักรนี้ก็เสื่อมสลายลง และอิทธิพลของศาสนาอิสลาม ก็ได้แผ่เข้าแทนที่วัฒนธรรมอินเดียที่เคยมีอยู่ในบริเวณนี้ประมาณปลายคริสต์ศตวรรษที่ 8 ถึงต้นคริสต์ศตวรรษที่ 9 ศาสนาอิสลามได้เข้าฝังรกรากในอาณาจักรปัตตานี ซึ่งก่อตั้งโดยพระยาตนกูคันดารา และขยายตัวไปครอบคลุมจังหวัดชายแดนภาคใต้

ต่อมาในสมัยรัชกาลที่ 1 ได้เกิดสงครามและรัฐปัตตานีแพ้สงคราม ชาวมลายูปัตตานีจึงถูกกวาดต้อนไปเป็นเชลยศึกมาทำเกษตรกรรมอยู่ในภาคกลาง โดยเฉพาะในกรุงเทพฯ จึงถูกเรียกว่า ออเมซอนายูบาเกาะ (Orang Melayu Bangkok) ในปัจจุบันเชื้อสายชาวไทยมุสลิมกลุ่มนี้อาศัยกระจายตัวอยู่ทั่วประเทศ (พิสิทธิ ชงพุดชา, 2554; ระพีพรรณ มุหะหมัด, 2556) ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานครในพื้นที่สี่แยกบ้านแขกเลยไปจนถึงฝั่งธนบุรี เขตมีนบุรีและเขตหนองจอก จังหวัดนนทบุรีในพื้นที่อำเภอปากเกร็ด จังหวัดปทุมธานีในพื้นที่คลองประชาแก่ง คลองบางโพธิ์เหนือ และคลองหนึ่ง จังหวัดฉะเชิงเทราในพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยว รวมทั้งในจังหวัดอยุธยาเอง ก็มีชุมชนชาวไทยเชื้อสายมลายูอยู่ที่คลองตะเคียนใต้เกาะอยุธยา

ชาวมุสลิมทุกคนจะให้ความสำคัญศาสดาแก่องค์อัลเลาะห์ พระเจ้าองค์เดียวแห่งศาสนาอิสลาม (กรมศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ, 2545; พิสิทธิ ชงพุดชา, 2554; ระพีพรรณ มุหะหมัด, 2556) เป็นชาวมุสลิมที่เคร่งครัดในศาสนา และมีการทำละหมาดในมัสยิด หรือสุเหร่า และมีการแสวงบุญไปยังนครเมกกะห์ มีการถือศีลอด และหลังจากการถือศีลอดนั้นก็จะมีเทศกาลฮารีรายอ การแต่งงาน (มาแก่ปูโล๊ะ) การเข้าสู่หนัด (มะโชะฮาวี) เพื่อแสดงว่าตนเป็นชาวมุสลิม ซึ่งวิถีชีวิตของชาวมุสลิมในภาคใต้ส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพด้านการเกษตร ด้วยการเพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ และทำการประมง ซึ่งส่วนใหญ่จะมีฐานะยากจน พอมีพอกิน ส่วนมุสลิมในภาคอื่น ๆ โดยส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเป็นพ่อค้าเนื้อเป็นหลัก และมีฐานะค่อนข้างดี ในเขตภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ชาวมุสลิมจะมีฐานะดี เป็นเจ้าของที่ดินที่มีราคาสูงและชาวมุสลิมส่วนใหญ่จะเลือกที่อยู่ติดกับแม่น้ำลำคลอง ประกอบอาชีพที่หลากหลาย (พิสิทธิ ชงพุดชา, 2554; ระพีพรรณ มุหะหมัด, 2556)

วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวมุสลิม

วัฒนธรรม คือ ลักษณะที่แสดงถึงความเจริญ ความเป็นระเบียบ ความกลมเกลียว และความก้าวหน้าของชาติ รวมถึงศีลธรรมอันดีงามของประชาชน (พิสิทธิ ชงพุดชา, 2554)

วัฒนธรรมจึงเป็นลักษณะการดำเนินชีวิตที่ได้มีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนในการดำรงชีวิตในสังคมของตนเอง และได้มีความสัมพันธ์กับสังคมอื่น ๆ ที่อยู่ติดต่อกันหรือสถานที่เดียวกัน หรือชนชาติที่ต่างกัน ในการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ นำมาเป็นวัฒนธรรมของตนเองในการคัดแปลงแก้ไขให้สอดคล้องกับความเหมาะสมของสภาพวัฒนธรรมเดิมที่มีอยู่ ซึ่งวัฒนธรรมเป็นตัวกำหนดปัจจัย 4 ได้แก่ เครื่องนุ่งห่ม อาหาร ที่อยู่อาศัย และการรักษาโรค ดังนั้น วัฒนธรรมอาหารจึงเป็นวัฒนธรรมหนึ่งที่เป็นลักษณะของการกำหนดการกระทำของชุมชนและสังคมในการดำเนินชีวิตและส่งผลต่อภาวะสุขภาพ สามารถพิจารณาวัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวมุสลิมได้ 3 ประเด็น คือ 1) วัฒนธรรมการบริโภคอาหารตามบทบัญญัติของศาสนา 2) วัฒนธรรมการบริโภคอาหารตามถิ่นกำเนิด 3) วัฒนธรรมการบริโภคอาหารตามลักษณะของพื้นที่ที่อาศัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. วัฒนธรรมการบริโภคอาหารตามบทบัญญัติของศาสนา แนวทางของการปฏิบัติการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิมได้มีการวางมาตรการเพื่อสร้างจิตสำนึกให้กับมุสลิมในเรื่องของอาหารและเสริมสร้างสุขภาพของชาวมุสลิมที่เหมือนกัน 3 มาตรการ คือ 1) การบริโภคแต่อาหารที่อนุมัติ (ฮาลาล) 2) การบริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์ และ 3) การบริโภคอาหารแต่พอควร (กรมศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ, 2545; พงษ์เทพ สุธีรวุฒิ และยูซุฟ นิมะ, 2552 ก; อารง สุทธศาสตร์, 2538) ดังนี้

1.1 การบริโภคอาหารที่อนุมัติ อาหารฮาลาล หมายถึง อาหารที่ได้ผ่านกรรมวิธีในการทำ ผสมปรุง ประกอบหรือแปรสภาพตามศาสนบัญญัติ เป็นการรับประกันว่า ชาวมุสลิมโดยทั่วไปสามารถบริโภคอาหารหรืออุปโภคสินค้า หรือบริการต่าง ๆ ได้โดยสนิทใจ สามารถสังเกตผลิตภัณฑ์ว่าเป็นฮาลาล หรือไม่ ได้จากการประทับตรา ฮาลาล ที่ข้างบรรจุภัณฑ์นั้น สิ่งต้องห้าม (หะรอม) ตามศาสนบัญญัติ (ห้ามใช้ผลิตภัณฑ์ฮาลาลโดยเด็ดขาด) มีดังนี้

1.1.1 สัตว์ที่ห้ามนำมาบริโภค ดังนี้

1.1.1.1 สุนัข หมูป่า ลิง แมว

1.1.1.2 สัตว์ที่กินเนื้อเป็นอาหารและมีกรงเล็บ เช่น สิงโต เสือ หมี

1.1.1.3 สัตว์มีพิษหรือสัตว์นำโรค เช่น หนู ตะขาบ แมงป่อง

1.1.1.4 สัตว์มีพิษและเป็นอันตราย เช่น งู

1.1.1.5 สัตว์ที่น่ารังเกียจ เช่น หนอน แมลงวัน

1.1.1.6 สัตว์ที่ไม่อนุญาตให้ฆ่า เช่น มด ผึ้ง นกหัวขวาน

1.1.1.7 สัตว์ที่มีลักษณะเช่นเดียวกับลา เช่น ล่อ

1.1.1.8 สัตว์ที่ตายเอง

1.1.1.9 สัตว์ที่ถูกรัดคอตาย ถูกตี หรือขว้างจนตายตกจากที่สูงลงมาตาย
ถูกขวิดตาย ถูกสัตว์อื่นกัดกินตาย

1.1.1.10 สัตว์ที่ถูกเชือดเพื่อบูชายัญ

1.1.1.11 สัตว์ที่ถูกเชือดโดยกล่าวนามอื่น นอกจากอัลลอฮ์

1.1.2 สัตว์ที่ถูกเชือดโดยผู้เชือดที่เป็นไปตามบทบัญญัติ

1.1.2.1 ต้องเป็นมุสลิมหรือชาวคัมภีร์ที่เชือดสัตว์ตามวิธีการอิสลาม

1.1.2.2 มีสุขภาพจิตสมบูรณ์

1.1.2.3 ไม่เป็นโรคติดต่อที่สังคมรังเกียจ

1.1.3 กลวิธีที่ผ่านการเชือดที่เป็นไปตามบทบัญญัติ

1.1.3.1 ให้กล่าวนามของอัลลอฮ์เมื่อเริ่มเชือด (บิสมิลลาฮ์ อัลลอฮุอักบัร)

1.1.3.2 ควรหันหน้าไปทางกิบลัต

1.1.3.3 ควรเชือดโดยต่อเนื่องในคราวเดียวกัน

1.1.3.4 เชือดให้หลอดลม หลอดอาหาร และเส้นเลือด 2 ข้างล้าออกจากกัน

1.1.3.6 สัตว์ต้องตายเพราะการเชือดก่อนนำไปดำเนินการอย่างอื่น

1.1.3.6 สัตว์น้ำ ศาสนาอิสลามอนุญาติให้บริโภคได้โดยไม่ต้องเชือด

1.1.4 อุปกรณ์การเชือด เป็นของมีคม

1.1.5 การเก็บรักษา การขนส่งและการนำออกจำหน่าย ต้องไม่ปะปน

กับสิ่งต้องห้ามตามบัญญัติศาสนาอิสลาม

1.2 การบริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์ คือ อาหารที่มีคุณค่าทางด้านโภชนาการ
ซึ่งถูกต้องตามหลัก ต้องเป็นอาหารที่ดี สะอาดมีคุณค่าสูง และมีคุณภาพเป็นประการสำคัญ สิ่งที่ได้
ต้องก่อให้เกิดการพัฒนาทำให้ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ อาหารและโภชนาการเป็นพื้นฐานที่สำคัญ
ข้อปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไม่ใช่อาหารที่ให้โทษต่อ
ร่างกายดังนั้นอิสลามจึงห้ามสิ่งมีเนมาและสิ่งเสพติดทุกชนิด แต่อาจมีโทษเมื่อเข้าสู่ร่างกาย

1.3 การบริโภคอาหารแต่พอควร คือ ปริมาณอาหารที่รับประทานไม่มากเกินไป
ในแต่ละหมู่ต้องได้ในสัดส่วนที่เหมาะสม ในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
(พงษ์เทพ สุธีรัฐดี และยูซุฟ นิมะ, 2552 ก) การบริโภคมากเกินไปจะเป็นโรคบั่นทอนสุขภาพ เช่น
โรคอ้วน มีไขมันสูง ซึ่งเป็นต้นเหตุแห่งโรคที่จะติดตามมา การรับประทานอาหารควรรับประทาน
อาหารที่ร่างกายต้องการ รับประทานอาหารแต่พอดีกับความต้องการ โดยหลักของการรับประทานอาหาร
อาหารน้อยเกินไปจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย และทำให้เกิดความบกพร่องต่าง ๆ ถือเป็นข้อห้าม
ของการปฏิบัติตามบทบัญญัติของศาสนา และการรับประทานแบบเฉพาะเจาะจงแต่ประเภทเดียว

เช่น รับประทานแต่ผัก ไม่รับประทานอาหารอื่น ๆ ดังนั้นการรับประทานอาหารเกินขีดจำกัด ความต้องการของร่างกายที่ควรได้รับ จนทำให้เกิดความบกพร่องแก่ร่างกาย จนทำให้บกพร่อง ต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาถือว่าการกระทำที่ละเมิดต่อศาสนา (พงษ์เทพ สุธีรวิทย์ และยูซุฟ นิมะ, 2552 ข)

อาจกล่าวได้ว่า จากแนวทางตามบทบัญญัติของศาสนาในการบริโภคอาหารสอดคล้องกับการมีข้อตกลงต่าง ๆ กับตนเอง ทางด้านศาสนาถือเป็นการกระทำที่ละเมิดต่อศาสนา เนื่องจากเป็นการไปตั้งกฎข้อห้ามในส่วนที่ศาสนาอนุญาตไว้แล้ว แต่ถ้ามีเหตุทางการแพทย์ในเรื่องของการเลือกบริโภคอาหารบางชนิดจากการเกิดโรคนั้น ๆ ถือว่าไม่ผิดหลักศาสนา วิธีชีวิตหรือแบบแผนสุขภาพของไทยมุสลิมที่ต้องมีหลักของศาสนาในการปฏิบัติเพื่อเป็นไปตามประเพณีหรือข้อปฏิบัติที่กำหนดมาส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

2. วัฒนธรรมการบริโภคอาหารตามถิ่นกำเนิด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจุบัน วัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่ชาวไทยมุสลิมทุกกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็กลุ่มมุสลิมคาม ยะวา เจ้าเซ็น อินเดีย และมลายู ลักษณะของอาหารที่ใช้ในชีวิตประจำวัน คือ อาหารไทย ส่วนอาหารจัดเลี้ยงเป็นอาหารแขกที่จัดเป็นสำหรับคาวหวาน อาหารที่กินคู่กับแกงมักเป็นอาหารประเภทแป้ง และข้าวที่หุงเป็นพิเศษในการใส่เครื่องเทศ (พิสิทธิ์ ชงพุดชา, 2554; สุณีย์ วัฒนายน, 2557) ซึ่งอาหารของชาวไทยมุสลิมกลุ่มต่าง ๆ สามารถแบ่งได้ดังนี้

2.1 อาหารที่มีในทุกกลุ่ม ได้แก่ ข้าวเหนียวเหลืองหน้าไก่ ข้าวหุงหรือข้าวหมก แกงมัสมั่น แกงกรูหม่ากรูหม่าเป็นแกงกะทิที่คู่มากับแกงมัสมั่น มักปรุงเป็นคู่ แกงกรูหม่าเป็นแกงออกสีเขียว เพราะใช้ พริกชี้ฟ้า รากผักชี ใบผักชีและใบสาระแหน่ เครื่องแกงเหมือนแกงมัสมั่น แต่ออก รสเปรี้ยว คำว่า “กรูหม่า” มาจากชื่อเรียกผลของอินทผลาลัม แต่เดิมมีผลของกรูหม่าดิบหรือสุกเป็นส่วนประกอบ ในการปรุงใหม่แกงมีรสอมเปรี้ยวหรือมีสีอมเขียว แกงกรูหม่ามีสองชนิด คือกรูหม่ากะทิ กับกรูหม่าน้ำมัน (แต่เดิมแกงกับเนื้อไก่ แพะ แกะ) แกงเปรี้ยว (แกงเนื้อกับถั่ว แยกเจ้าเซ็น เรียกแกงกาลจา เพราะคำว่าดาลหรือดาลจา หมายถึงถั่ว แกงชนิดนี้ใช้เนื้อแพะหรือเนื้อแกะ จึงมีส่วนผสมของใบสะมะหฺรุษ ชาวยะวาเรียกใบกระหรี ซึ่งจะมิกลั่นจนจัดเพื่อดับคาวจากเนื้อสัตว์) แกงกระหรี ถั่วเต็ยวแกง ถั่วเต็ยวแยกเป็นอาหารที่รับจากมุสลิมยูนาน ที่เราเรียกว่า ข้าวซอย แต่แปลงเครื่องปรุงจากผักกาดดอง เป็นถั่วงอกสด เต้าหู้ฝอย ใช้โป้วสับ ถั่วยทอด (ถั่วยแยก) และขนมดา

2.2 อาหารที่มีเฉพาะกลุ่ม

กลุ่มมุสลิมเชื้อสายจาม-ชูลอจู บอบอซาเด็ก อาปา อาปมจิมกะหรี ขนมชู้ กบอบอเฮย บอบอฮวน แกงปากหลุม

กลุ่มมุสลิมเชื้อสายยะวา-โลเป็ด (ขนมทำจากข้าวเหนียวผสมข้าวเจ้า ห่อด้วยใบตอง มัดจนแน่น แล้วนำไปต้มเหมือนข้าวต้มน้ำอุ่น) สะเม็น (การหุงข้าวด้วยน้ำมันถั่ว) แองรอต๊ะ แองป็นตัง (แองปลาโดยเฉพาะปลาโอ หรือปลาหูนา มีเครื่องปรุงหอมชอย กระเทียมชอย พริกชอย ตะไคร้ชอยและขมิ้นชอย) แองสั่ม ไข่ใส่กั๋งและปะจารี (เครื่องปรุงจากตับประรด หรือมะเขือยาว) เต็มเปี (ถั่วเหลืองหมัก) หล่อนตอง (ข้าวต้มที่มัดแน่นในกรวยใบตอง เวลารับประทานต้องหั่นเป็น ชิ้นพอคำ รับประทานคู่กับแองรอต๊ะ) แองสุมัน (คล้ายแองเหลืองภาคใต้) ข้าวผัดยะวาหรือยะว้อ ขนมะจลือ (ขนมปรุงจากแป้งข้าวเหนียวผสมน้ำตาล และน้ำใบเตย หยอดลงพิมพ์ก่อนนำไปผิง มีลักษณะคล้ายขนมครกถึงคโปร์) ขนมกุฎปือน (คล้ายขนมต้มใส่เป็นมะพร้าว คลุกน้ำตาลมะพร้าว) ขนมปู้ชิตัด (ข้าวเหนียวสีโศกหน้าสังขยา) ขนมคัมแดง (คล้ายข้าวเหนียวเปียก แต่ใช้น้ำตาล มะพร้าว) ขนมคัมขาว (คล้ายขนมปลากิม) ข้าวเหนียวหัวหงอก ขนมนานาซารี (คล้ายตะโก้แต่ใส่ใน เป็นกล้วย) สลัดแขกหรือสลัดอิน โดสะเต๊ะ (เนื้อสัตว์หมักเครื่องเทศผสมขมิ้นปั้งย่าง) อะป้า อัมบั้ง ขนมหาตุ โบ โป๊ะ

กลุ่มมุสลิมเชื้อสายมลายู-อาป้า สะเต๊ะเนื้อ ข้าวปัดหรือคัมปัด สลัดแขก

กลุ่มมุสลิมเชื้อสายอินเดีย-โรตีมะตะบะ

กลุ่มมุสลิมเชื้อสายแขกเจ้าเซ็น-กะباب หุุ่ม ขนมะหลั่ว ขนมหุตุ สลิม ฮะลิต้า น้ำจิงมะนิค้ำ ข้าวเปียกขนม ขนมหัศกอด น้ำชะระบัต และน้ำจิงปรุง

วัฒนธรรมอาหารของไทยมุสลิมอาจสรุปได้ดังนี้ 1) วัฒนธรรมการรับประทานอาหาร เป็นสำหรับควา-หวาน มีผ้าปูรองสำหรับอาหาร และวัฒนธรรมการรับประทานอาหาร เป็นการเปียกข้าว ด้วยนิ้วสามนิ้วของราชสำนักและชนชั้นสูง ซึ่งได้รับอิทธิพลแบบเปอร์เซีย เพราะเป็นวัฒนธรรมของ ชนชั้นสูงเช่นเดียวกัน ในปัจจุบันกลุ่มมุสลิมที่ธนบุรี ก็ยังเปียกข้าวอยู่แบบนี้ 2) การหุงข้าวเจ้าแบบ พิเศษที่มีเครื่องเทศเป็นส่วนประกอบสำคัญคือ ลูกเสลหรือลูกกระวานเทศ และหญ้าฝรั่น (Saffron) คลุกเคล้าแต่งสีและกลิ่น และใช้น้ำมันเนยรดเมล็ดข้าวที่หุงแล้ววิธีการนี้เป็นของเปอร์เซีย และอาหารที่ครัวไทยรับผ่านมาทางกลุ่มเจ้าเซ็น แต่เนื่องจากหญ้าฝรั่นเป็นอาหารหายาก และราคาแพง ครัวไทยจึงเปลี่ยนมาใช้ผงขมิ้นแบบอินเดียและมลายูซึ่งสามารถปลูกได้ในประเทศไทยแทน 3) การหุงข้าวเหนียว แบบมัดใบตองแน่น แล้วนำไปต้มจนเนื้อแน่นรวมกัน เป็นกรรมวิธี การหุงข้าวเหนียวแบบยะวา เรียกว่า โลเป็ด ซึ่งกรรมวิธีนี้ให้อิทธิพลในการทำขนมเหนียว ขนมหัศกอดน้ำอุ่น และข้าวต้มจิมของไทย 4) แองใส่กะทิ เครื่องแองพริกจิง และเครื่องเทศของไทย เช่น แองพะเนง แองมัสมัน ซึ่งได้รับอิทธิพลหลายกลุ่ม ทั้งเปอร์เซีย อินเดีย มลายู จาม โดยแองของ ชาวเปอร์เซีย จะนิยมใช้น้ำมันเนย และเครื่องเทศพวกลูกผักชี ยี่หระ กระจวาน ดอกจันทร์ อบเชยป็น และใส่หญ้าฝรั่น ส่วนแองมลายู อินเดีย จาม จะใช้เครื่องเทศหนักกว่าการใช้กะทิ 5) ส่วนเนื้อสัตว์

หมักเรียกว่า สะเต๊ะ ส่วนอาหารปิ้งหรือย่าง เรียกว่า กะباب 6) เครื่องเคียง เรียกว่า อาจาต ประกอบด้วย แดงกวาซอย หอมแดงซอย พริกชี้ฟ้าซอย ปรงรสเปรี้ยวหวานตามรสแบบไทย 7) การใช้หอมเจียว โรยหน้าขนมและอาหารต่าง ๆ รวมถึง เมล็ดถั่วและเมล็ดอัลมอนด์ต่าง ๆ โดยได้รับอิทธิพลมาจากอาหารแขกและอาหารเปอร์เซีย

วัฒนธรรมการรับประทานอาหารของชาวมุสลิม เฉพาะกลุ่มที่มีลักษณะของอาหารที่แตกต่างกันตามถิ่นอาศัย และการได้รับการถ่ายทอดสืบสานประเพณี ในการทำอาหารในแต่ละภาค ซึ่งได้มีการศึกษาวัฒนธรรมอาหาร ทั้งนี้ถึงแม้ว่า วัฒนธรรมการบริโภคจะเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัยปัจจุบัน ศาสนาอิสลามได้มีข้อกำหนดเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไว้อย่างละเอียด และเข้มงวด แต่ก็มีความยืดหยุ่นเพียงพอ ที่จะสามารถทำให้มุสลิมดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งต้องเป็นไปตามบทบัญญัติของศาสนา

3. วัฒนธรรมการบริโภคอาหารตามลักษณะของพื้นที่ที่อาศัย ซึ่งในแต่ละพื้นที่ประเพณีในสถานการณ์พิเศษขึ้นอยู่กับประเพณีต่าง ๆ จำเป็นจะต้องให้ความสำคัญกับบริบททางสังคม และคำนึงถึงความเป็นเหตุวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่เป็นสำคัญ (Leininger, 2002) เนื่องจากสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้เป็นพื้นฐานความคิด ความเชื่อ และค่านิยมที่ถือปฏิบัติสืบทอดต่อกันมาของประชาชนในสังคมนั้น ๆ (วันทนา เนาว่าวัน และคณะ, 2558) และยังมีส่วนสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล (บุญเรือง ขาวนวล, 2551) เช่น ช่วงถือศีลอดก็จะมีคนทำอาหารมาขายจำนวนมาก งานบุญจะได้บริโภคอาหารบางอย่างเริ่มสูญหายไป เนื่องทำอาหารทานน้อยลงตลอดจนไม่มีการสืบต่อในการทำอาหาร (มธุรพร ภาคพรต, 2550) แต่วัฒนธรรมวิถีชีวิตชุมชนมุสลิมยังคงมีอยู่ตามประเพณี ได้แก่ ประเพณีการเกิด การฝากครรภ์ การตัดผมไฟ การขึ้นเปล การเรียนภาษาอาหรับ พิธีสู่นัด พิธีดื่มมัสการอ่าน พิธีนิกะห์ พิธีละหมาด กิจกรรมวันตรุษสำคัญ และงานศพอาหาร ที่นิยมทำรับประทานในวิถีชีวิต และกิจกรรมวัฒนธรรมของชุมชน เช่น ข้าวหมก ทั้งไก่ แพะ และเนื้อวัว แกงมัสมั่นทำทั้งไก่ เนื้อวัว และเนื้อแพะ ปะป๊า เป็นอาหารเสี่ยงทายในงานมงคลของชุมชนบ้านประตู่ชัยโดยเฉพาะมะตะบะ และ โรตีสายไหม (วันทนา เนาว่าวัน และคณะ, 2558) วัฒนธรรมการรับประทานอาหารประจำวัน หรือข้อห้ามในการรับประทานอาหารบางประเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งศาสนาอิสลามที่มีความเฉพาะเกี่ยวกับการบริโภคอาหาร (มธุรพร ภาคพรต, 2550)

ดังนั้น วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม ตามบทบัญญัติของศาสนา การบริโภคอาหารตามถิ่นกำเนิด และการบริโภคอาหารตามลักษณะของพื้นที่ที่อาศัย ต้องได้รับการศึกษาที่มีความสำคัญยิ่งด้านพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เพราะด้วยสังคมที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันในกลุ่มประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม ที่มีคุณลักษณะเฉพาะทางบริบทของสังคมและวัฒนธรรมอย่างชัดเจน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ ที่เป็นสิ่งสำคัญยิ่ง ในการดำรงชีวิตและส่งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของไทยมุสลิม

เมื่อพิจารณาจากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ ของชาวไทยมุสลิม ร่วมกับวัฒนธรรมของมุสลิม ในการสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ กล่าวคือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของไทยมุสลิมมีความสอดคล้องกับวัฒนธรรม การบริโภคอาหารซึ่งส่งผลต่อพฤติกรรมบริโภคอาหาร และมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งประกอบด้วย 1) การรับประทานอาหารหลัก 5 หมู่ เป็นไปตามหลักของศาสนาในการปฏิบัติ ไม่ใช่อาหารที่ให้โทษต่อร่างกายดังนั้นอิสลามจึงห้ามสิ่งมีเมาและสิ่งเสพติดทุกชนิด แต่อาจมีโทษ เมื่อเข้าสู่ร่างกาย ควรบริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์ที่มีข้อกำหนดแต่มีความยืดหยุ่นที่จะทำให้ มุสลิมดำรงชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข (สรรค์สะคราญ เชื้อวานาวิน, 2544) 2) การบริโภคแต่พอควร รวมถึงจำนวนมื้ออาหาร ประเภท ชนิด และปริมาณด้วย ต้องไม่มากเกินไปเพียงพอต่อความต้องการ ของร่างกาย รวมไปถึงพฤติกรรมบริโภคนำไปสู่การปฏิบัติ จากการศึกษาพบว่า ชาวไทยมุสลิม ปรุงอาหาร โดยวิธีการใช้น้ำมันประกอบอาหารสูงถึง ร้อยละ 84 ไขมันเกลือหรือน้ำปลาเค็มในอาหาร ปรุงถึงร้อยละ 47 และอาหารที่นิยมมาบริโภคล้วนแต่มีความเฉพาะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้ เกิดการเจ็บป่วยได้จากการบริโภคอาหารที่มีรสเค็ม เช่น ปลาเค็ม เนื้อเค็ม และอาหารที่มีไขมันสูง ประกอบอาหาร (ศิริพันธ์ ตรีมงคลทิพย์ และอรทัย สารกุล, 2548) ซึ่งอาหารในชีวิตประจำวัน เป็นอาหารไทย เพราะ อาหารอิสลามมีขั้นตอนการทำที่ยุ่งยากประกอบกับเครื่องปรุงมีรสชาติ เผ็ดร้อน ไม่เหมาะกับการรับประทานทุกวัน สอดคล้องกับบทบัญญัติของศาสนาว่า ต้องรับประทาน อาหารแต่พอดี กับความต้องการโดยหลักการแล้ว การรับประทานอาหารน้อยเกินไปจนทำให้เป็น อันตรายต่อร่างกาย และทำให้บกพร่องต่อหน้าที่การงาน (พงษ์เทพ สุธีรุฒิ และยูซุฟ นิมะ, 2552 ก) 3) การบริโภคอาหารที่อนุมัติ อาหารฮาลาล ชาวไทยมุสลิมถือว่าเป็นอาหารที่สะอาดและมีคุณค่า มากกว่าอาหารชนิดอื่น (พิทักษ์ สุภนันทการ, 2552)

ชาวไทยมุสลิมยังคงยึดหลักปฏิบัติตามแนวทางของศาสนาอิสลามในการบริโภคอาหาร ทุกยุคทุกสมัย ซึ่งการให้ความสำคัญกับสุขภาพยังขาดการตระหนักรู้ถึงอันตรายของโรคที่เกิดจาก การบริโภคอาหาร ถึงแม้จะมีการใช้เทคโนโลยีเพื่ออำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ปาณชรา มินะกนิษฐ, 2551) แต่ยังคงพบว่า ผู้นำศาสนาให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการและมีทัศนคติที่ดีต่อการส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการในชุมชน (ชูไมยะ เต็งสาแม, 2558) เพราะในปัจจุบันการเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารและกิจกรรมต่าง ๆ ทำได้โดยง่ายซึ่งมีผลต่อ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคทั้งสิ้น

ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาในชาวไทยมุสลิม ที่มีวัฒนธรรม และบทบัญญัติของการบริโภคอาหารที่ส่งผลต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ที่อาจทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพนั้นรวมถึงความแตกต่างของชุมชนในแต่ละพื้นที่ที่มีการสืบสานวัฒนธรรมประเพณีในการบริโภคอาหารที่เข้ากับยุคสมัยในการดำเนินชีวิตปัจจุบัน

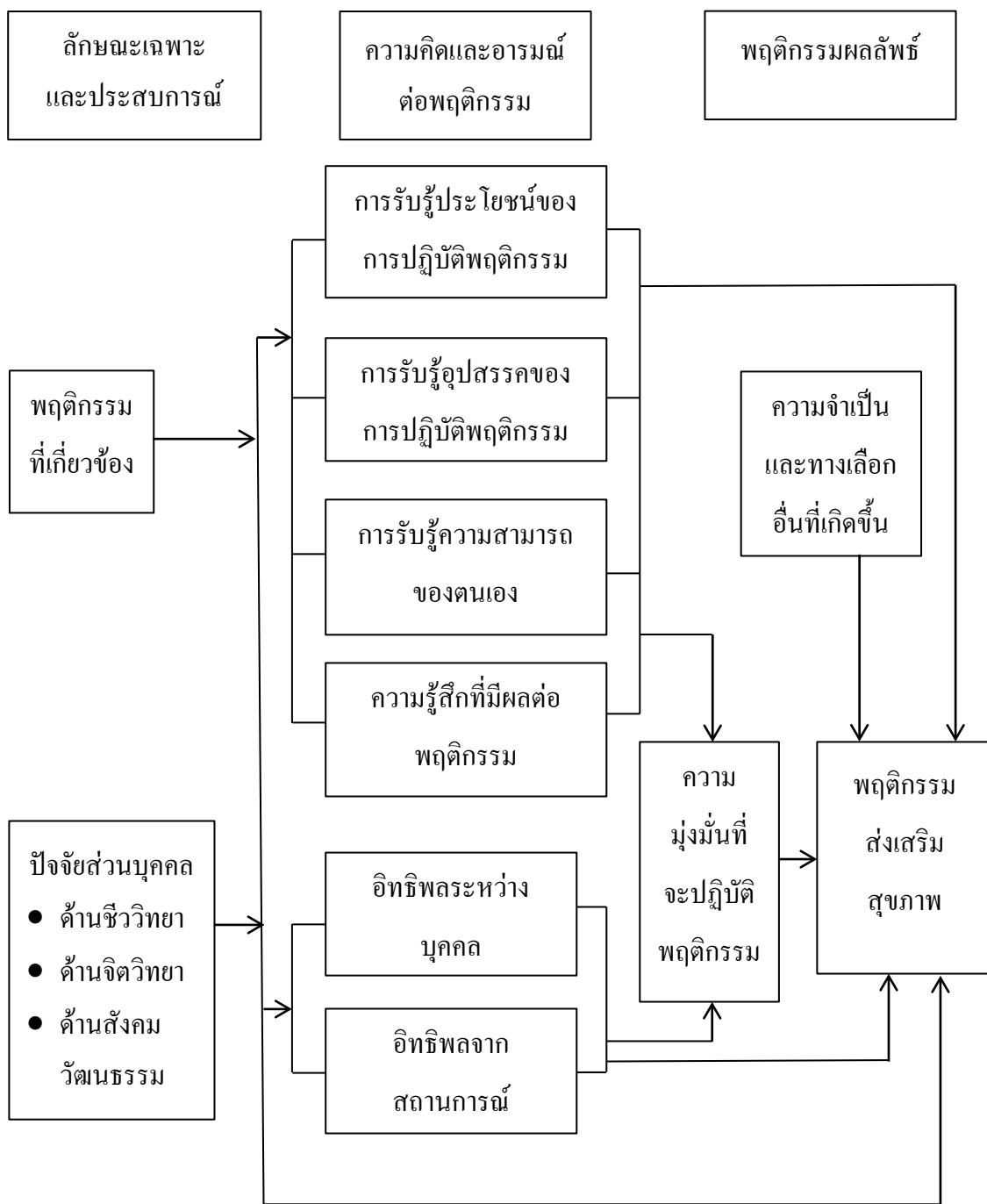
ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นมิติสำคัญทางสุขภาพที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลมีการปฏิบัติ และพัฒนาสุขภาพเพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขและบรรลุการมีสุขภาพที่ดี (Pender et al., 2011) ซึ่งความสำคัญของสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวทางข้อตกลงเบื้องต้นที่นำไปสู่ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพนั้น บุคคลต้องมีความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์ของตนเอง บุคคลต้องตระหนักรู้ในตนเอง บุคคลให้คุณค่าการพัฒนาทางบวกและพยายามให้บรรลุความสำเร็จ บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และบุคคลแสวงหาทางควบคุมพฤติกรรมของตนเอง

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender

หนึ่งในมิติของการสร้างเสริมสุขภาพจากการทบทวนวรรณกรรมได้มีแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไว้มากมาย แต่หนึ่งในแนวคิดทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพนั้น คือ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) เป็นแบบจำลองการเข้าถึงความสามารถของบุคคล (A competence or approach oriented model) เป็นความเชื่อพื้นฐานที่ได้กล่าวไว้ว่า บุคคลแสวงหาภาวะการมีชีวิตที่สร้างสรรค์ โดยการแสวงหาความสามารถด้านสุขภาพที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตน บุคคลมีความสามารถในการสะท้อนการตระหนักรู้ในตนเอง รวมทั้งสามารถประเมินสมรรถนะของตนเองได้ บุคคลให้คุณค่าแก่การเจริญเติบโตในทิศทางบวกและพยายามที่จะบรรลุความสำเร็จในการยอมรับความสมดุลของการเปลี่ยนแปลงกับความมั่นคง บุคคลแสวงหาการควบคุมพฤติกรรมของตนเอง บุคคลประกอบด้วยกาย จิต สังคม วิญญาณ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เข้ากับตนเอง และในขณะเดียวกันก็จะถูกปรับเปลี่ยน โดยสิ่งแวดล้อมรอบตัวและความเป็นอยู่อย่างต่อเนื่องตลอดเวลา บุคลากรด้านสุขภาพเป็นสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในระยะต่าง ๆ ของการดำรงชีวิต และในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น บุคคลต้องเริ่มปรับเปลี่ยนแบบแผนของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อม ที่นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพนั้น มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดยได้กล่าวถึงความสำคัญของกระบวนการเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ที่ได้รับรู้ถึงการเป็น ไปของสิ่งที่

จะกระทำก่อน แล้วนำไปปฏิบัติ จนเกิดการปฏิบัติพฤติกรรม ตลอดจนการปฏิบัติพฤติกรรมจนกลายเป็นแบบแผนในการดำเนินชีวิตต่อไป ซึ่งรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพของ Pender ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์หลัก ได้แก่ ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม และพฤติกรรมผลลัพธ์ โดยอธิบายปัจจัยที่มีความสำคัญหรือมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) ดังภาพที่ 2 ดังนี้



ภาพที่ 2 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพฉบับปรับปรุง (Pender et al., 2011)

จากภาพที่ 2 ตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender สามารถอธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมได้ดังนี้

1. ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual characteristics and experiences) ลักษณะเฉพาะและประสบการณ์ของบุคคลที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในมโนทัศน์หลักนี้ เพนเดอร์ได้เสนอ มโนทัศน์ย่อยไว้คือ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล โดยมโนทัศน์ทั้งสองมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพบางพฤติกรรมหรือในบางกลุ่มประชากรเท่านั้น

1.1 พฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมในอดีตที่ผ่านมา หรือความบ่อย จนเกิดความเคยชินในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจากการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมจะมีอิทธิพลโดยตรง ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความถี่ การจดจ่อ การทำซ้ำ ๆ ของการปฏิบัติ จะกลายเป็นนิสัย (Habit formation) และบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเอง โดยอัตโนมัติ ซึ่งแม้เพียงตั้งใจเล็กน้อย ก็จะสามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ทันที แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมบุคคลในปัจจุบันที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยเฉพาะ

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นรูปแบบของการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย สภาวะวัยรุ่นสภาวะหมดประจำเดือน ความจุปอด ความแข็งแรงของร่างกาย ความกระฉับกระเฉง และความสมดุลของร่างกาย

1.2.2 ปัจจัยด้านจิตวิทยา ได้แก่ ความมีคุณค่าในตนเองแรงจูงใจในตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง

1.2.3 ปัจจัยด้านสังคมวัฒนธรรม ได้แก่ สัญชาติชาติพันธุ์ วัฒนธรรม การศึกษา และสถานะทางสังคมเศรษฐกิจ

จะเห็นได้ว่าโดยปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วยหลายด้าน อาจมีอิทธิพลและส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้

2. ความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม (Behavior-specific cognition and affect) เป็นมโนทัศน์หนึ่ง ในการสร้างกลยุทธ์ วิธีการ หรือกิจกรรม เพื่อสร้างแรงจูงใจให้กับบุคคล ได้มีการพัฒนาหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งประกอบด้วย 5 มโนทัศน์ดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived benefits of action) หมายถึง ความเชื่อ ความคาดหวัง ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้

มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรม จะเป็นแรงเสริม ที่ทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ไม่ว่าจะเป็นประสบการณ์ในอดีต หรือปัจจุบัน จะส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมในทางบวกโดยประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน ได้แก่ การเพิ่มความตื่นตัวหรือการลดความรู้สึกเมื่อย่ำลำ ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น ได้แก่ การได้รับรางวัลด้วยเงินทอง หรือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เกิดขึ้นจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรม ในระยะนั้น ๆ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์จากภายนอกจะเป็นการรับรู้ที่มากกว่าประโยชน์ภายใน เนื่องจากประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง มากกว่าขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อของบุคคลเป็นหนึ่งในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวก แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญ แต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived barriers to action) หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่เพียงพอ ถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอกได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวย ในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารทั้งทางตรงและทางอ้อมของบุคคล

2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived self-efficacy) หมายถึง ความเชื่อมั่นของบุคคลนั้น ๆ เกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพราะเมื่อบุคคลเชื่อว่าตนเองนั้น สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ ภายใต้อุปสรรคหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ อาจมีผลต่อการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม ทั้งเพิ่มและลดลงได้ ซึ่งในการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีอิทธิพลทั้งทางตรง และทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลผ่านการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมที่วางไว้

2.4 ความรู้สึกที่มีต่อพฤติกรรม (Activity-related affect) หมายถึง ความรู้สึกในทางบวกหรือลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างและหลังการปฏิบัติพฤติกรรม การตอบสนองความรู้สึกนี้อาจมีน้อย ปานกลาง หรือ มาก ต่อพฤติกรรม จะประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ ความน่าสนใจของกิจกรรมหรือพฤติกรรม (Activity-related) ความรู้สึกต่อตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรม (Self-related) หรือสภาพแวดล้อมหรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับการทำกิจกรรม (Context-related) ซึ่งความรู้สึกที่ดีหรือความรู้สึกทางบวก ที่มีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่ถ้านักศึกษาเกิดความรู้สึกต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในทางลบ ก็จะมีผลให้บุคคลหลีกเลี่ยงในการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) หมายถึง พฤติกรรม ความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่นรอบข้างที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ ครอบครัว (พ่อแม่ พี่น้อง) เพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ นอกจากนี้ อิทธิพลระหว่างบุคคลหมายความรวมถึง บรรทัดฐาน (ความคาดหวังหรือความเชื่อของบุคคลที่สำคัญ กลุ่มบุคคลชุมชน) ซึ่ง Pender ได้กล่าวถึงการสนับสนุนทางสังคม (เกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมของตนเอง ในการสนับสนุน ทั้งด้านวัตถุ ข้อมูลและข่าวสาร) รวมถึงการเป็นต้นแบบหรือแบบอย่างที่ดี (การเรียนรู้จากการสังเกตผู้อื่นที่กระทำพฤติกรรมนั้น ๆ)

2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situational influences) หมายถึง ความคิดและการรับรู้ของบุคคล เกี่ยวกับสถานการณ์ต่าง ๆ หรือบริบทของการใช้ชีวิตประจำวัน ที่เอื้อหรือขัดขวางต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงสถานการณ์ที่ไม่คาดหวัง ในการสนับสนุนให้เกิดการเพิ่มหรือลดความต้องการในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยบุคคลจะเลือกทำกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกดี สอดคล้องกับวิถีชีวิตและสภาพแวดล้อมของตนเอง โดยรู้สึกถึงความปลอดภัย และความมั่นคง เมื่อปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าสภาพแวดล้อมนั้นไม่ใช่สิ่งที่มาคุกคาม หรือสภาพแวดล้อมตามสถานการณ์ที่น่าสนใจ รู้สึกคุ้นเคย ทำให้เกิดแรงดึงดูดหรือ เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

3. พฤติกรรมผลลัพธ์ (Behavioral outcome) เป็นองค์ประกอบของการเกิดพฤติกรรมผลลัพธ์ ซึ่งประกอบด้วย 3 อย่าง ดังนี้

3.1 ความมุ่งมั่นที่จะปฏิบัติพฤติกรรม (Commitment to a plan of actions) ความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ที่เป็นกระบวนการคิดรู้ ประกอบด้วยความตั้งใจที่จริงจัง ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมซึ่งสอดคล้องกับเวลา บุคคล สถานที่ โดยอาจทำร่วมกับผู้อื่นได้ ทั้งมีกลยุทธ์ที่ชัดเจน ในการปฏิบัติพฤติกรรม หรือเป็นแรงเสริมแรงบวกในการปฏิบัติพฤติกรรม โดยความตั้งใจ

และกลยุทธ์นี้จะเป็นตัวผลักดัน ให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้น ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ด้านความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม จะมีอิทธิพล โดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

3.2 ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้น (Immediate competing demands and preferences) เป็นความจำเป็นอื่น ๆ หรือทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นทันทีทันใด ก่อนที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพตามที่วางแผนไว้ และอาจทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ตามที่ได้วางแผนไว้กับพฤติกรรมอื่น เนื่องจากบุคคลไม่สามารถควบคุมตนเอง (Self-regulation) จากความชอบ ความพอใจของตนเอง และความต้องการของบุคคลอื่น พฤติกรรมที่เกิดขึ้น โดยทันทีทันใดจะเป็นพฤติกรรมที่อยู่เหนือการควบคุม หรืออาจควบคุมได้น้อย เนื่องจากเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมไม่สามารถรับรู้ล่วงหน้าได้ ดังนั้น ความจำเป็นและทางเลือกอื่น จึงเป็นปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีอิทธิพลต่อความมุ่งมั่นในแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ อย่างไรก็ตาม ความจำเป็นอื่นและทางเลือกอื่นที่เกิดขึ้นนี้ไม่ควรจะเกิดขึ้นบ่อยครั้ง เพราะถ้าเกิดขึ้นบ่อย แสดงว่าบุคคลนั้นพยายามหาเหตุผลมาอ้าง เพื่อจะไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health-promoting behavior) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย และผลของปฏิบัติพฤติกรรม ในแบบจำลองสร้างเสริมสุขภาพของ Pender ซึ่งเป็นตัวบ่งชี้โดยตรงต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพ การจะประสบผลสำเร็จในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้น ต้องปรับภาวะสุขภาพให้เข้ากับการใช้ชีวิตประจำวัน จะส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกช่วงของการดำเนินชีวิต

ดังนั้นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender จึงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล ที่สามารถปฏิบัติและพัฒนาสุขภาพ เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุข และบรรลุการมีสุขภาพที่ดี ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งหนึ่งในพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีได้นั้น คือ ด้านโภชนาการ เพราะเป็นปัจจัย 4 ในการดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ได้เน้นปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ ในกลุ่มชาวไทยมุสลิม ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมการบริโภคอาหาร

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

จากการทบทวนปัจจัยของเพนเดอร์ร่วมกับทบทวนวรรณกรรม เมื่อพิจารณาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการชาวไทยมุสลิมมีหลายประการ ประกอบด้วย อายุ การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ตามวิถีการดำเนินชีวิตของไทยมุสลิม ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้ได้มีตัวแปรเกี่ยวกับเรื่องของปัจจัยส่วนบุคคลดังนี้

1. อายุ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีววิทยา ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) เป็นพื้นฐานบ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึก ซึ่งอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ จากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาของ วิภาวี ปิ่นนพศรี (2550) ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในอำเภอถ้ำลูกกา จังหวัดปทุมธานี จำนวน 400 คน อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ($\chi^2 = 31.89$, $p < .01$) สอดคล้องกับ รสรินทร์ แก้วตา (2551) ที่ศึกษาพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิปดี จำนวน 400 คน อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิปดี ($r = .14$, $p < .01$) และการศึกษาของ ทิพย์กมล อิสลาม (2557) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย จำนวน 304 คน อายุมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.05$) ดังนั้นอายุเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่อาจมีความสัมพันธ์และอำนาจทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ

2. การเจ็บป่วย เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านชีววิทยา ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) มีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลตามสาเหตุของการเจ็บป่วยกับความแข็งแรงของร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการได้ จากการศึกษาของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์ (2558) พบว่า การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลร่วมทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .188$, $p = .05$) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การเจ็บป่วยเป็นภาวะสุขภาพ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ในแต่ละบุคคล จะสัมพันธ์กันหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยอย่างอื่นด้วย ที่ส่งผลทำนายให้มีความสัมพันธ์ต่อภาวะสุขภาพได้

3. การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านจิตวิทยา ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) เป็นการรับรู้ภาวะสุขภาพภายในภาพรวม ที่บ่งบอกถึงความแข็งแรงของสุขภาพ แต่ผ่านมาทางจิตใจในการประเมินตนเอง เป็นความคิดเห็น และความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพ และประเมินระดับภาวะสุขภาพของตนเองที่มีผลกระทบต่อร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลพฤติกรรม ความรับผิดชอบและเอาใจใส่ในการดูแลตนเองที่กระทบถึงจิตใจได้ และจากการศึกษา

ของ ปวีตรา จริยสกุลวงศ์ และคณะ (2558) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = .31, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์กมล อิสลาม (2557) พบว่า มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .08, p = 0.12$) อาจสรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพนั้นมีความสัมพันธ์ขึ้นกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกายที่อาจส่งผลทำนายถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

4. การศึกษาเป็นปัจจัยส่วนบุคคลด้านสังคม ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) มีลักษณะถึงการได้รับความรู้ต่าง ๆ ตามระดับการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติต่อการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการแสวงหาข้อมูลความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนการใช้แหล่งประโยชน์ของความรู้ จึงสามารถตัดสินใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ การศึกษาของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์ (2558) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .09, p = .05$) และมีอิทธิพลสามารถร่วมทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 8.8 ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่า บุคคลที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองได้ดีจึงเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการส่งผลทำนายกับพฤติกรรมสุขภาพได้

5. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรมตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2011) ลักษณะของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ที่มีพื้นฐานความเชื่อมาจากทฤษฎีความคาดหวัง การให้คุณค่า (Expectancy-value theory) การรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นบุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นให้ผลทางบวกต่อตนเองประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจจะเป็นทั้งประโยชน์ภายนอกและภายใน ยกตัวอย่างเช่น ประโยชน์จากภายใน ได้แก่ การเพิ่มความตื่นตัว หรือการลดความรู้สึกเมื่อยล้า ส่วนประโยชน์จากภายนอกนั้น ได้แก่ การได้รับรางวัลด้วยเงินทอง หรือการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดี ซึ่งความเป็นไปได้ของการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เกิดขึ้นจากผลของการปฏิบัติพฤติกรรมในระยะนั้น ๆ ซึ่งการรับรู้ประโยชน์จากภายนอกจะเป็นการรับรู้ที่มากกว่าประโยชน์ภายใน เนื่องจากประโยชน์ภายในนั้นจะส่งผลให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องมากกว่า ขนาดของความคาดหวังและความสัมพันธ์ของประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ก็เป็นผลกระทบอย่างหนึ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพ ความเชื่อของบุคคลเป็นหนึ่ง ในประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือความคาดหวังผลที่เกิดขึ้นในทางบวก แม้ว่าอาจจะไม่สำคัญแต่ก็จำเป็นในพฤติกรรมเฉพาะบางอย่าง ซึ่งการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในการรับประทานอาหารที่เหมาะสมนั้น เพื่อให้ได้ทั้งปริมาณและคุณภาพ จากการทบทวนงานวิจัย

เกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพจากการศึกษาของ มธุรส บุญแสน (2557) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้ ($R^2 = 0.36, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกัญจน์ สกุลปัญญาวัฒน์ (2557) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวมุสลิม ($r = .17$) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมนี้ เป็นความเชื่อของบุคคลโดยคาดหวังประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มโนทัศน์นี้

6. การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม เป็นปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ลักษณะของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อหรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งอุปสรรคดังกล่าวประกอบด้วย อุปสรรคภายในและภายนอกของบุคคล อุปสรรคภายใน ได้แก่ ความขี้เกียจ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา ไม่พึงพอใจถ้าต้องปฏิบัติพฤติกรรมและความเข้าใจผิดเกี่ยวกับพฤติกรรม เป็นต้น อุปสรรคภายนอก ได้แก่ สถานภาพทางเศรษฐกิจ ขาดแคลนสิ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติพฤติกรรม เช่น ค่าใช้จ่ายสูง การรับรู้ว่ายาก สภาพอากาศ และความไม่สะดวก เป็นต้น อุปสรรค ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนี้ อาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริง หรือเป็นสิ่งที่บุคคลคาดคิดก็ได้ซึ่งมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรม และมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพถึงร้อยละ 79 ซึ่งจากการศึกษาของ รสรินทร์ แก้วตา (2551) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ($r = .45, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์กมล อิสลาม (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .13, p < .01$) อาจกล่าวได้ว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์และอำนาจทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ทั้งทางตรงและทางอ้อมของบุคคล

7. การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal influences) เป็นปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ลักษณะของอิทธิพลระหว่างบุคคลของชาวมุสลิมมีทั้งในเรื่องของศาสนาที่มีความเคร่งครัด

ตามบทบัญญัติ แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในด้าน โภชนาการแล้ว สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรม การบริโภคนั้น ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว สังคม ในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นไปได้ง่ายและส่งผลเป็นอย่างมาก ซึ่งจากการศึกษาของ วิทยา บุญรินทร์ (2553) นักศึกษาได้รับข้อมูล ข่าวสารจากสื่อโฆษณาต่าง ๆ อยู่ในระดับมากและได้รับคำแนะนำสนับสนุนในการบริโภคอาหาร จากบุคคลอื่นอยู่ในระดับมาก ($r = .39, p = .05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Nadira et al. (2014) พบว่า สภาพแวดล้อมของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค รวมถึงกลุ่มเพื่อน ที่มีความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารด้วย จะเห็นได้ว่า การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลมี อิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและมีผลทางอ้อมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรม ด้าน โภชนาการ

8. การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์ต่อพฤติกรรม ตามรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ลักษณะของประเพณี วัฒนธรรมของ การดำเนินชีวิตซึ่งชาวไทยมุสลิมมีกิจกรรมทางศาสนาต่าง ๆ มากมาย อาทิเช่น ประเพณีการถือศีลอด ในเดือนรอมฎอน ที่เป็นข้อกำหนดของศาสนาอิสลามในการปฏิบัติถ้าบุคคลใดทำไม่ได้ ต้องมีการ ทำบุญให้กับคนที่ด้อยกว่าหรือการทำทาน ประเพณีการละหมาด ที่จะต้องทำ 5 เวลาทุกวัน และเพศชายจะต้องไปทำละหมาดที่มัสยิดในวันศุกร์เมื่อไม่ติดภาระกิจใด ประเพณีการเกิด การแต่งงาน การตายและพิธีฮัจย์ จากการศึกษาของ สุรีย์ เสดบุญ (2549) การทำกิจกรรมทางศาสนา ส่งผลทำให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัว เครือญาติ ความสามัคคี และสัมพันธ์ด้านชุมชน ความเสียสละ และการปฏิบัติตามหลักจริยธรรม ด้านศาสนาและความเชื่ออย่างเคร่งครัด และการบริโภคอาหารในโอกาสประเพณีต่าง ๆ ต้องไม่เป็นอาหารต้องห้ามทางศาสนา ต้องเป็น อาหารที่สะอาด บริโภคหลังจากที่ทำพิธีเสร็จแล้ว และการบริโภคอาหารในโอกาสฉลองความสำเร็จ หรือประสพโชค เป็นอาหารที่แตกต่างจากโอกาสปกติต้องปรุงด้วย เนื้อวัว และเนื้อแพะ ปรุงขึ้น ใหม่บริโภคเมื่อเดียวหลังจากเสร็จพิธีทางศาสนา (ปราณี จันทร์ศรี, 2547) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า การรับรู้ อิทธิพลจากสถานการณ์ส่งผลต่อพฤติกรรมด้าน โภชนาการอย่างชัดเจน

ส่วนปัจจัยในเรื่องของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องที่ไม่ได้นำมาศึกษา เนื่องจากการปฏิบัติ พฤติกรรมในอดีต ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยอัตโนมัติ แม้อาศัยความตั้งใจ เพียงเล็กน้อยก็สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ แต่การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษา พฤติกรรมบุคคลในความเป็นอยู่ปัจจุบันต่อการรับรู้การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้าน โภชนาการ และส่วนด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นความเชื่อมั่นของบุคคลนั้น ๆ เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการบริหารจัดการและกระทำพฤติกรรมใด ๆ ภายใต้อุปสรรค ในการปฏิบัติ

พฤติกรรม ซึ่งมีความคล้ายคลึงกันกับการรับรู้พฤติกรรมของบุคคล ที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม จึงไม่ได้นำมาศึกษาในงานวิจัยครั้งนี้และจากปัจจัยอื่น ๆ ดังกล่าวข้างต้น อาจกล่าวได้ว่า การศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม เพื่อที่จะสร้างเสริมสุขภาพทางด้านโภชนาการให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง จะส่งผลให้ประชาชน เสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้น้อยลง รับรู้ถึงการปฏิบัติตัวและการดูแลภาวะสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม และทำให้วิถีการดำเนินชีวิตเปลี่ยนไป รวมถึงมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี เป็นหนึ่งในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ที่มีจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ ปัญหาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม เพื่อค้นหา คัดกรองโรค ให้คำปรึกษา แนะนำ ให้ข้อมูลในการชี้แนะเพื่อสร้างทัศนคติที่ดี เพื่อหาแนวทางในการพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมในแบบแผนการดำเนินชีวิตของชาวไทยมุสลิมให้มี คุณภาพมากยิ่งขึ้นต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา มีรายละเอียดวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา เป็นชาวไทยมุสลิมที่อาศัยในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 28,975 คน (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว, 2559)

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นชาวไทยมุสลิมที่อาศัยในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 280 คน ที่มีคุณสมบัติดังนี้

1. บุคคลทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20-70 ปี ที่มีสัญชาติไทยและนับถือศาสนาอิสลาม
2. อาศัยอยู่ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา อย่างน้อย 6 เดือน
3. สามารถเข้าใจ สื่อสาร อ่านและเขียนภาษาไทยได้
4. มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ ในกรณีที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ต้องได้รับการทำ

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002 (Mini- Mental State Examination: Thai version) ที่พัฒนาโดย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) โดยต้องมีคะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ ดังนี้

- 4.1 ผู้สูงอายุที่ เรียนระดับประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 17 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)
- 4.2 ผู้สูงอายุที่ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 22 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)
5. เป็นผู้ที่มีสามารถพิจารณาตัดสินใจในการรับประทานได้ด้วยตนเอง

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ในการวิจัยครั้งนี้ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อให้เพียงพอต่อการใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple regression analysis) การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง กำหนดโดยการควบคุมความคลาดเคลื่อนชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติเท่ากับ .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) เท่ากับ .80 และเนื่องจากยังไม่มีการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยการทำนายพฤติกรรมด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมที่คล้ายคลึงมาก่อน ดังนั้นผู้วิจัยจึงกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) ระหว่างขนาดเล็กถึงขนาดกลางคือ .06 (Polit & Beck, 2012; p. 423) เมื่อเปิดตารางสำเร็จรูปสำหรับสถิติถดถอยพหุคูณ (Table for multiple regression) ของ Polit and Beck (2012, p. 442) ที่มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 8 ตัว ได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 242 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ และความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ของที่คำนวณได้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2555) การศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 280 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

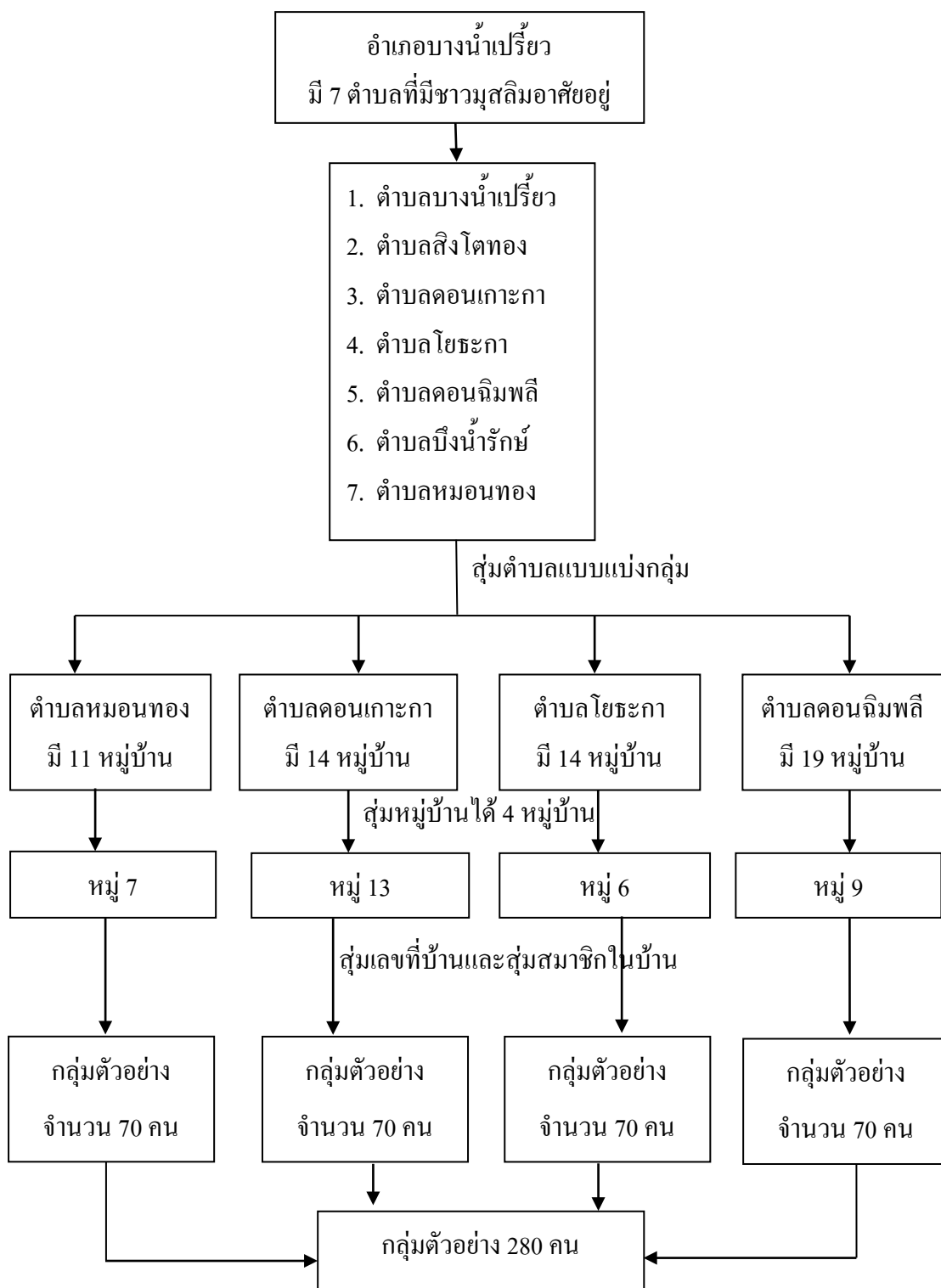
ขั้นตอนที่ 1 การเลือกตำบลตัวอย่าง อำเภอบางน้ำเปรี้ยวมี 10 ตำบล ผู้วิจัยพิจารณาเลือกพื้นที่ศึกษา คือ ตำบลที่ประชาชนทั้งหมดในพื้นที่ ที่นับถือศาสนาอิสลาม มีทั้งหมด 7 ตำบลตัวอย่าง ได้แก่ ตำบลบางน้ำเปรี้ยว ตำบลหมอนทอง ตำบลสิงโตทอง ตำบลคอนเกาะกา ตำบลโยธะกา ตำบลคอนนิมพลี และตำบลบึงน้ำรักษ์

ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตำบลตัวอย่าง เนื่องจากแต่ละตำบลที่ประชาชนนับถือศาสนาอิสลาม มีลักษณะทางกายภาพ และสังคม คล้ายคลึงกันทั้ง 7 ตำบล ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster sampling) โดยจับฉลากชื่อตำบลได้ 4 ตำบลตัวอย่าง ได้แก่ ตำบลหมอนทอง ตำบลคอนเกาะกา ตำบลโยธะกา และตำบลคอนนิมพลี

ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มหมู่บ้านตัวอย่าง เนื่องจากแต่ละหมู่บ้าน มีลักษณะทางกายภาพ ลักษณะทางสังคม และมีนิสัยเหมือนกัน ผู้วิจัยทำการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม โดยจับฉลากชื่อหมู่บ้าน ตำบลละ 1 หมู่บ้าน ได้ทั้งหมด 4 หมู่บ้านตัวอย่าง ดังนี้ หมู่ 13 (ตำบลคอนเกาะกา) หมู่ 6 (ตำบลโยธะกา) หมู่ 8 (ตำบลคอนนิมพลี) และหมู่ 7 (ตำบลหมอนทอง)

ขั้นตอนที่ 4 การสุ่มชาวไทยมุสลิมตัวอย่าง ผู้วิจัยพิจารณาสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากเลขที่บ้านในหมู่บ้านของแต่ละหมู่บ้านตัวอย่าง หลังจากนั้นดำเนินการสุ่มคุณสมบัติของสมาชิกภายในบ้านที่สุ่มตามคุณสมบัติ หากพบว่าผู้มีคุณสมบัติหลายคน จะทำการสุ่มอย่างง่ายมาเพียง 1 คน เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงจะเก็บข้อมูลจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบทุกหมู่บ้าน ๆ ละ 70 คน รวมได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 280 คน

ในกรณีที่จับฉลากได้ผู้สูงอายุ จะทำการทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ถ้าผ่านจะทำเก็บรวบรวมข้อมูล แต่ถ้าไม่ผ่านจะทำการสุ่มเลือกคนใหม่ กรณีบ้านนั้นสมาชิกที่เหลือไม่มีคุณสมบัติครบตามกำหนด จะทำการสุ่มบ้านเลขที่ขึ้นมาใหม่ ดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนข้างต้น (ดังภาพที่ 3)



ภาพที่ 3 ขั้นตอนการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้สำหรับคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง เป็นการคัดกรองสภาพสมองของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-THAI 2002 (Mini-Mental State Examination: Thai version) ที่พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2542) มีจำนวน 11 ข้อ ครอบคลุม 1) การรับรู้เวลาในปัจจุบัน 2) การรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน 3) การบันทึกความจำ 4) การใช้สมาธิและการคำนวณ 5) การระลึกความจำระยะสั้น 6) การบอกชื่อสิ่งของที่เห็น 7) การพูดซ้ำ คำที่ได้ยิน 8) การเข้าใจความหมายและการทำตามคำสั่ง 9) การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ 10) การเขียนภาษาอย่างมีความหมาย 11) การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตาและมือ โดยต้องมีคะแนนประเมินผ่านเกณฑ์ดังนี้

1.1 ผู้สูงอายุที่ เรียนระดับประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 17 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

1.2 ผู้สูงอายุที่ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา ต้องได้คะแนน > 22 (คะแนนเต็ม 30 คะแนน)

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน

2.1 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1.1 แบบสอบถามข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีจำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา และรายได้ แบบสอบถามส่วนนี้ มีลักษณะคำถามเป็นปลายเปิดและปิด โดยเดิมข้อความลงในช่องว่างและเป็นข้อให้เลือกตอบตามความเป็นจริง

2.1.2 แบบสอบถามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ มีจำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับจำนวน โรคเรื้อรังที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างน้อย 1 เดือน และข้อคำถามการรับรู้ภาวะสุขภาพ ใช้ในการประเมินความรู้สึก ความคิดเห็นของชาวไทยมุสลิมต่อภาพรวมภาวะสุขภาพของตนเอง ที่ครอบคลุมถึงความแข็งแรงของสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยประเมินภาวะสุขภาพตามการรับรู้เป็นตัวเลข 0-10 (Numerical Rating Scales [NRS]) จากปลายด้านซ้ายสุด (0 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองไม่แข็งแรงเลย/ ไม่ดีเลย ทั้งนี้ระดับการรับรู้สุขภาพจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามคะแนนไปทางด้านขวาของแบบวัด ซึ่งปลายด้านขวาสุด (10 คะแนน) หมายถึง การรับรู้ว่าคุณภาพของตนเองแข็งแรงมากที่สุด/ ดีที่สุด/ ดีเยี่ยม ให้กลุ่มตัวอย่างวงกลม

รอบตัวเลขที่ตรงกับการรู้ภาวะสุขภาพของตนเองที่สุด (สหัชยา ไพบูลย์วรชาติ, 2558)

2.2 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ใช้ประเมินการกระทำหรือการปฏิบัติ เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารของชาวไทยมุสลิม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ โดยประเมินจากแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามแนวทางโภชนาการกระทรวงสาธารณสุข (สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2555) จำนวน 24 ข้อ ครอบคลุมเรื่องความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ อาหารที่ควรรับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่ถูกสุขอนามัย โดยมีข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ข้อ 1-8 และข้อ 20-24 และข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ข้อ 9-19 แบ่งลักษณะการปฏิบัติเป็น 5 ระดับ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ

5 คะแนน = ปฏิบัติประจำ	หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 7 วัน/ สัปดาห์
4 คะแนน = ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 5-6 วัน/ สัปดาห์
3 คะแนน = ปฏิบัติบางครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 3-4 วัน/ สัปดาห์
2 คะแนน = ปฏิบัตินานครั้ง	หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรม 1-2 วัน/ สัปดาห์
1 คะแนน = ไม่ปฏิบัติเลย	หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติกิจกรรมข้อนั้นเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 24-120 คะแนน การแปลผลคะแนนถ้าคะแนนสูง คือ ชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน เพื่อการพรรณนา แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน แสดงว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับต่ำ

2.3 ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ใช้ประเมินความคิด ความเชื่อของชาวไทยมุสลิมเกี่ยวกับประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ยกระดับสุขภาพของตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) จำนวน 26 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้ประโยชน์ภายใน ได้แก่ การเพิ่มความตื่นตัว การลดความรู้สึกเมื่อย่ำแย่ ร่างกายแข็งแรง ป้องกันโรค เป็นต้น และการรับรู้ประโยชน์ภายนอก ได้แก่ การได้รับการชื่นชมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น แบ่งลักษณะการรับรู้เป็น 5 ระดับ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ

5 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง รับรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์มากที่สุด

4 คะแนน = มาก หมายถึง รับรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์มาก

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง รับรู้ว่าพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ปานกลาง

2 คะแนน = น้อย หมายถึง รับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์น้อย
 1 คะแนน = ไม่มีเลย หมายถึง รับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์น้อยที่สุด
 หรือไม่มีเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 26-130 คะแนน การแปลผลคะแนนถ้าคะแนนสูง คือ ชาวไทย
 มุสลิมมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน เพื่อการพรรณนา แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ
 (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรม
 อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้ถึงความถึงประโยชน์ของพฤติกรรม
 อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรม
 อยู่ในระดับต่ำ

2.4 ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน
 โภชนาการ ใช้ประเมินความคิด ความเชื่อของชาวไทยมุสลิมต่อกิจกรรมที่ขัดขวางการปฏิบัติ
 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริม
 สุขภาพของ Pender et al. (2011) จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุมการรับรู้อุปสรรคภายใน ได้แก่
 ความไม่ชอบ ความไม่รู้ ไม่มีเวลา เป็นต้น และการรับรู้อุปสรรคภายนอก ได้แก่ ความยุ่งยาก
 ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก ค่าใช้จ่ายที่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม แบ่งลักษณะ
 การรับรู้เป็น 5 ระดับ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ

5 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง รับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อ
 การปฏิบัติพฤติกรรมมากที่สุด

4 คะแนน = มาก หมายถึง รับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อ
 การปฏิบัติพฤติกรรมมาก

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง รับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อ
 การปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง

2 คะแนน = น้อย หมายถึง รับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อ
 การปฏิบัติพฤติกรรมอุปสรรคน้อย

1 คะแนน = ไม่มีเลย หมายถึง รับรู้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อ
 การปฏิบัติพฤติกรรมน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 12-60 คะแนน การแปลผลคะแนนถ้าคะแนนสูง คือ ชาวไทยมุสลิมมีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง
เกณฑ์การแปลผลคะแนน เพื่อการพรรณนา แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม
อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม
อยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้ถึงอุปสรรคของพฤติกรรม
อยู่ในระดับต่ำ

2.5 ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ใช้ประเมินความคิด ความเชื่อของชาวไทยมุสลิมต่อบุคคลรอบตัวที่เป็นเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว (พ่อ แม่ พี่ น้อง) เพื่อน กลุ่มบุคคลในชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข ที่สามารถสนับสนุนการปฏิบัติ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์รูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุมอิทธิพลทั้งความคาดหวัง การชักชวน การให้การสนับสนุนด้านวัตถุ ข้อมูลข่าวสาร และอารมณ์ ตลอดจนเป็นแบบอย่าง การปฏิบัติ แบ่งลักษณะการรับรู้เป็น 5 ระดับ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ

5 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง รับรู้ว่าคุณคัดงกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติ
พฤติกรรมมากที่สุด

4 คะแนน = มาก หมายถึง รับรู้ว่าคุณคัดงกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติ
พฤติกรรมมาก

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง รับรู้ว่าคุณคัดงกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติ
พฤติกรรมปานกลาง

2 คะแนน = น้อย หมายถึง รับรู้ว่าคุณคัดงกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติ
พฤติกรรมน้อย

1 คะแนน = น้อยที่สุด หมายถึง รับรู้ว่าคุณคัดงกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติ
พฤติกรรมน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 16-80 คะแนน การแปลผลถ้าคะแนนสูง คือ อิทธิพลระหว่าง บุคคลในการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน เพื่อการพรรณนา แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลอยู่ในระดับต่ำ

2.6 ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ ใช้ประเมินความคิดความเชื่อของชาวไทยมุสลิมต่อเหตุการณ์ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้สร้างขึ้นเอง โดยประยุกต์รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) จำนวน 8 ข้อ ครอบคลุมสถานการณ์ตามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามบริบทการดำเนินชีวิตของชาวมุสลิม และตามบริบทพื้นที่ แบ่งลักษณะการรับรู้เป็น 5 ระดับ และกำหนดเกณฑ์การให้คะแนนคือ

5 คะแนน = มากที่สุด	หมายถึง	รับรู้สถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมากที่สุด
4 คะแนน = มาก	หมายถึง	รับรู้สถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมาก
3 คะแนน = ปานกลาง	หมายถึง	รับรู้สถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง
2 คะแนน = น้อย	หมายถึง	รับรู้สถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย
1 คะแนน = น้อยที่สุด	หมายถึง	รับรู้สถานการณ์นั้นมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมน้อยที่สุด

คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 8-40 คะแนน การแปลผลคะแนนถ้าคะแนนสูง คือ อิทธิพลจากสถานการณ์ ในการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน เพื่อการพรรณนา แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ สูง ปานกลาง ต่ำ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 3.68-5.00 คะแนน แสดงว่า มีการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์อยู่ในระดับสูง

คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.67 คะแนน	แสดงว่า มีการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ อยู่ในระดับปานกลาง
คะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 คะแนน	แสดงว่า มีการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทั้งหมดจะถูกนำไปตรวจสอบคุณภาพ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความเหมาะสมในการใช้ภาษา และการจัดลำดับเนื้อหาของแบบสอบถาม โดยตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามทั้งหมด ได้แก่ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และได้รับการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ หลังจากแก้ไขตามคำแนะนำแล้ว นำไปหาคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้ชำนาญการด้านอายุรกรรม 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน 1 ท่าน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจัดการรายกรณีด้านโรคเรื้อรังนับถือศาสนาอิสลาม (Case manager) 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลชุมชน 2 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษาผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ และนำผลการพิจารณาของผู้ทรงคุณวุฒิ มาคำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (Content validity index หรือ CVI) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราฎร์, 2555) จากสูตรนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

ได้ผลดังนี้ ค่าความตรงของแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.96 ส่วนแบบสอบถามด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ เท่ากับ 1.00 ทุกชุด

2. การตรวจสอบความเป็นปรนัย (Objectivity) และความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้ โดยพิจารณาจากคำตอบและการตอบของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์ โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชนทั่วไปตำบลสิงโตทอง จังหวัดฉะเชิงเทรา จำนวน 30 คน

เพื่อ วิเคราะห์และการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .77, .94, .95, .93 และ .81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการตอบแบบสอบถาม ซึ่งมีรายละเอียดการเก็บข้อมูลดังนี้
ขั้นเตรียมการ

1. ผู้วิจัยเสนอเค้าโครงวิทยานิพนธ์และเครื่องมือการวิจัย เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โดยรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 12-01-2560
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา เสนอต่อสำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขออนุญาตในการเข้าถึงข้อมูลกับผู้ตอบแบบสอบถามผ่านโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
ขั้นดำเนินการ
 1. ผู้วิจัยติดต่อประสานงานกับหัวหน้าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากรายชื่อในระบบฐานข้อมูลตามทะเบียนราษฎร์ของพื้นที่ที่สุ่มได้ และมีคุณสมบัติตรงตามงานวิจัย
 2. ผู้วิจัยประสานงานกับอาสาสมัครประจำหมู่บ้านในหมู่บ้านที่ได้ทำการเก็บตัวอย่างขอความร่วมมือในการนัดกลุ่มตัวอย่างในการเก็บข้อมูล ถ้าไม่พบนัดกลุ่มตัวอย่างใหม่ และดำเนินการเข้ามาเก็บข้อมูลอีกครั้ง
 3. ผู้วิจัย เข้าสถานที่เก็บข้อมูลตามที่ได้นัดหมาย ในการเก็บแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมอธิบายวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล อธิบายเกี่ยวกับแบบสอบถาม และชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง เมื่อกลุ่มตัวอย่างให้ความยินยอมเข้าร่วมในการวิจัย จึงดำเนินการในการให้ผู้ตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30 นาที และถ้าเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที
 4. หลังจากเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถามแล้ว ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความถูกต้อง และความสมบูรณ์ของข้อมูล ถ้า พร้อมทั้งกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้
 5. ผู้วิจัยได้นำข้อมูลแบบสอบถามทั้งหมด 280 ชุด ไปทำการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลและผลกระทบที่เกิดขึ้นได้กับผู้เข้าร่วมวิจัย ดังนั้น ก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงมีการนำงานวิจัยเข้าสู่กระบวนการพิจารณาความเห็นชอบ จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย บูรพา โดยรับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 12-01-2560 และมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ประโยชน์ของการวิจัย สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยในการปฏิเสธ การเข้าร่วมงานวิจัย หรือถอนตัวออกจากงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล ซึ่งการปฏิเสธ ไม่มีผลกระทบใด ๆ หลังจากนั้นขอความร่วมมือให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยแสดงความยินยอม โดยการ ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว จึงเริ่มการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัย จะถูกเก็บเป็นความลับ มีการใช้รหัสแทนชื่อผู้เข้าร่วมงานวิจัย ไม่มีการเปิดเผยชื่อผู้เข้าร่วมวิจัย และการนำเสนอข้อมูลเป็นไปในภาพรวม โดยจะทำลาย หลังเผยแพร่ผลงานวิจัยเรียบร้อยแล้วหนึ่งปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจนครบแล้ว นำข้อมูลมาตรวจสอบความสมบูรณ์ และความถูกต้อง แล้วนำมาให้คะแนนและลงรหัสเตรียมข้อมูล เพื่อนำไปคำนวณข้อมูลด้วย โปรแกรมสำเร็จรูป โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล โดยการแจกแจงความถี่ จำนวน และร้อยละ
2. วิเคราะห์คะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยการหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่าง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการกับอายุ การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ โดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) ดังนี้
 1. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเป็น Interval scale และมีการแจกแจงปกติ
 2. ตัวแปรต้น มีทั้งหมด 8 ตัว คือ อายุ และการศึกษา เป็น Ratio scale การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์เป็น Interval scale

การเจ็บป่วย เป็น Norminal scale ที่มีคำตอบ 2 ตัวเลือก (Dichotomous choices) ได้แปลงให้อยู่ในรูปตัวแปรหุ่น (Dummy variable) ดังนี้ 0 = ไม่เจ็บป่วย, 1 = มีการเจ็บป่วย

3. ค่าความคลาดเคลื่อนต้องมีการแจกแจงแบบปกติมีค่าเฉลี่ย = 0 และเป็นอิสระต่อกัน (ไม่มี Autocorrelation) ทดสอบจากการ Plot normal curve ของค่า Residual พบว่า Residual มีการกระจายแบบปกติ มีค่าเฉลี่ย = 0 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.28 และจากการวิเคราะห์ค่า Durbin-Watson ได้เท่ากับ 1.99 ซึ่งเข้าใกล้ 2 แสดงว่า ค่าความคลาดเคลื่อนมีอิสระต่อกัน (จุพาลักษณ์ บารมี, 2551)

4. ตัวแปรต้นและตัวแปรตามต้องเป็นอิสระต่อกัน ไม่มี Multicollinearity โดยการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) พบว่า ไม่มีตัวแปรต้นคู่ใด ที่มีความสัมพันธ์กันเองในระดับสูง (ค่า $r < .85$) (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

5. ไม่มี Multivariate outliers พิจารณาจากการกระจายของค่า Residual ทุกค่าอยู่ในช่วง ± 3

6. ค่าความแปรปรวน ไม่มีลักษณะที่แสดงถึงความสัมพันธ์กันในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นชาวไทยมุสลิมที่อาศัยในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 280 คน โดยเก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ทั้งที่บ้าน ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งจะนำเสนอการศึกษาแบบบรรยายประกอบตาราง 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ข้อมูลคุณลักษณะประชากร
 - 1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ
2. ปัจจัยการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
 - 2.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
 - 2.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
 - 2.3 การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล
 - 2.4 การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์
3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
4. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างชาวไทยมุสลิมมีอายุระหว่าง 21-70 ปี มีอายุเฉลี่ย 44.67 ปี ($SD = 12.34$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.8) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 77.5) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 81.7) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 65.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.6) และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 70.0) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลคุณลักษณะประชากร ($n = 280$)

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-40 (วัยผู้ใหญ่ตอนต้น)	112	40.0
41-59 (วัยกลางคน)	127	45.4
60-70 (วัยผู้สูงอายุตอนต้น)	41	14.6
Min = 21, Max = 70, $M = 44.67$, $SD = 12.34$		
เพศ		
หญิง	201	71.8
ชาย	79	28.2
สถานภาพ		
คู่	217	77.5
โสด	43	15.4
หม้าย/ หย่าร้าง หรือแยกกันอยู่	21	7.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	136	48.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	45	16.1
มัธยมศึกษาตอนปลาย	66	23.6
ปวส./ อนุปริญญา	10	3.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	23	8.1
รายได้		
เพียงพอและเหลือเก็บ	49	17.5
เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ	134	47.9
ไม่เพียงพอ	97	34.6

1.2 ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.6) และมากกว่า 1 ใน 5 มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 21.4) โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวตั้งแต่ 1-3 โรค โดยโรคที่พบ 3 อันดับแรก คือ โรคเบาหวาน (ร้อยละ 6.1) โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 5.7) และโรคหอบหืด (ร้อยละ 2.5) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการรับรู้ภาวะสุขภาพพบว่า ตนเองมีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 70.0) (รายละเอียดดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ ($n = 280$)

ข้อมูลการเจ็บป่วยและการรับรู้ภาวะสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
จำนวน โรคประจำตัว		
ไม่มี	220	78.6
มี	60	21.4
จำนวน 1 โรค	42	70.0
มากกว่า 1 โรค	18	30.0
Min = 0, Max = 3, $M = 0.29$, $SD = 0.60$		
โรคเบาหวาน		
มี	17	6.1
โรคความดันโลหิตสูง		
มี	16	5.7
โรคหอบหืด		
มี	7	2.5
โรคอื่น ๆ		
มี (ไขมันสูง, ภูมิคุ้มกันบกพร่อง)	2	0.8
การรับรู้ภาวะสุขภาพ		
สุขภาพแข็งแรงดี (7-10)	196	70.0
สุขภาพปานกลาง (4-6)	78	27.9
สุขภาพไม่แข็งแรง (0-3)	6	2.1
Min = 2, Max = 10, $M = 8$, $SD = 1.85$		

ส่วนที่ 2 ปัจจัยการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ผลการวิจัยปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ได้ผลดังนี้

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.23, SD = 0.42$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้ประโยชน์ภายในและการรับรู้ประโยชน์ภายนอกอยู่ในระดับสูง ($M = 4.24, SD = 0.43$ และ $M = 4.09, SD = 0.70$ ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

2.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.80, SD = 0.87$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้อุปสรรคภายในอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.81, SD = 0.88$) และการรับรู้อุปสรรคภายนอกอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.75, SD = 0.93$) (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

2.3 การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.82, SD = 0.77$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลด้านบุคลากรสาธารณสุขและครอบครัวอยู่ในระดับสูง ($M = 3.99, SD = 0.79$ และ $M = 3.79, SD = 0.66$ ตามลำดับ) ส่วนการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลด้านกลุ่มเพื่อนและกลุ่มบุคคลในชุมชนมุสลิมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.50, SD = 0.81$ และ $M = 3.46, SD = 0.77$ ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

2.4 การรับรู้อิทธิพลของสถานการณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อิทธิพลของสถานการณ์ต่าง ๆ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27, SD = 0.70$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด คือการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ด้านการปฏิบัติกิจกรรมตามประเพณี ด้านบริบทพื้นที่ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ($M = 3.38, SD = 0.81$; $M = 3.16, SD = 0.61$ และ $M = 3.14, SD = 0.79$ ตามลำดับ) (รายละเอียดดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และการแปลผล จำแนกตามปัจจัยการรับรู้ที่เกี่ยวข้อง
กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการแยกรายด้าน และ โดยรวม ($n = 280$)

ปัจจัยการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ	คาด ประมาณ	คะแนน จริง	ค่า เฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน	แปลผล
การรับรู้ประโยชน์	1.00-5.00	2.88-5.00	4.23	0.42	สูง
1. การรับรู้ประโยชน์ภายใน	1.00-5.00	2.83-5.00	4.24	0.43	สูง
2. การรับรู้ประโยชน์ภายนอก	1.00-5.00	1.50-5.00	4.09	0.70	สูง
การรับรู้อุปสรรค	1.00-5.00	1.00-5.00	2.80	0.87	ปานกลาง
1. การรับรู้อุปสรรคภายใน	1.00-5.00	1.00-5.00	2.81	0.88	ปานกลาง
2. การรับรู้อุปสรรคภายนอก	1.00-5.00	1.00-5.00	2.75	0.93	ปานกลาง
การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล	1.00-5.00	1.38-5.00	3.82	0.77	สูง
1. ครอบครัว	1.00-5.00	1.20-5.00	3.79	0.66	สูง
2. กลุ่มเพื่อน	1.00-5.00	1.00-5.00	3.50	0.81	ปานกลาง
3. กลุ่มบุคคลในชุมชนมุสลิม	1.00-5.00	1.00-5.00	3.46	0.77	ปานกลาง
4. บุคลากรสาธารณสุข	1.00-5.00	1.00-5.00	3.99	0.79	สูง
การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์	1.00-5.00	1.50-4.75	3.27	0.70	ปานกลาง
1. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	1.00-5.00	1.00-5.00	3.14	0.79	ปานกลาง
2. การปฏิบัติกิจกรรมตามประเพณี	1.00-5.00	1.00-5.00	3.38	0.81	ปานกลาง
3. บริบทของพื้นที่	1.00-5.00	1.00-5.00	3.16	0.61	ปานกลาง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.88, SD = 0.49$)

เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย ด้านความหลากหลายของอาหาร และจำนวนมื้อ และอาหารที่ควรรับประทานอยู่ในระดับสูง ($M = 4.66, SD = 0.51; M = 4.26, SD = 0.86$ และ $M = 3.73, SD = 0.73$ ตามลำดับ) มีเฉพาะด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.55, SD = 0.74$) (รายละเอียดดังตารางที่ 4)

เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า ทุกข้อในพฤติกรรมด้านการรับประทานอาหารที่ถูกสุขอนามัย และด้านความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้ออยู่ในระดับสูง และส่วนด้านการรับประทานอาหารที่ควรรับประทานมีข้อที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว และการรับประทาน โปรตีนจากเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน และด้านการรับประทานอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงมีข้อที่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ได้แก่ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และหลีกเลี่ยงการรับประทานขนมกรุบกรอบหรือขนมกินเล่น นอกจากนี้ยังอยู่ในระดับปานกลาง (รายละเอียดดังตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเฉลี่ยปรับฐาน และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ แยกรายด้านและโดยรวม ($n = 280$)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	คาดประมาณ	คะแนนจริง	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
ความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ	1.00-5.00	1.00-5.00	4.26	0.86	สูง
อาหารที่ควรรับประทาน	1.00-5.00	2.00-5.00	3.73	0.73	สูง
อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง	1.00-5.00	1.40-4.70	3.55	0.74	ปานกลาง
อาหารที่ถูกสุขอนามัย	1.00-5.00	2.83-5.00	4.66	0.51	สูง
โดยรวม	1.00-5.00	2.96-4.54	3.88	0.49	สูง

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ จำแนกรายข้อ ($n = 280$)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
ความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ			
1. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน	3.83	0.85	สูง
2. รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ในแต่ละวัน	4.48	0.85	สูง
3. รับประทานอาหารเป็นหลักสลับกับแป้งเป็นบางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน บะหมี่ เป็นต้น ในแต่ละวัน	3.32	1.04	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
4. รับประทานโปรตีนจากเนื้อปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่ว และงาในปริมาณ 10-12 ช้อนโต๊ะต่อวัน หรือไข่วันละ 1 ฟอง	3.69	0.93	สูง
5. รับประทานผักสดหรือผักปรุงสุก วันละไม่น้อยกว่า 5 ทักษิ	3.40	1.08	ปานกลาง
6. รับประทานผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด เช่น ฝรั่ง แอปเปิ้ล ชมพู แก้วมังกร เป็นต้น วันละไม่น้อยกว่า 5 ทักษิ	3.56	0.97	ปานกลาง
7. ดื่มนมอย่างน้อยวันละ 1 แก้ว หรือ 1 กล่อง	3.22	1.28	ปานกลาง
8. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6-8 แก้ว (ประมาณ 250 ซีซี/แก้ว) อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง	4.59	0.70	สูง
9. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่มีไขมันสูง เช่น เนื้อสัตว์ติดมัน เครื่องในสัตว์ ปลาหมึก เป็นต้น	3.40	1.03	ปานกลาง
10. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงด้วยกะทิเลี้ยวแตกมัน เช่น แกงเผ็ด กรูหม่า มัสมัน ต้มข่า ก๋วยเตี๋ยวแกง เป็นต้น	3.18	0.96	ปานกลาง
11. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ปรุงโดยใช้น้ำมัน (เช่น การทอด การผัด)	2.15	1.07	ปานกลาง
12. หลีกเลี่ยงการเติมน้ำตาลเพิ่ม เมื่อรับประทานอาหารประเภท ก๋วยเตี๋ยวหรือขนมจีน	2.95	1.15	ปานกลาง
13. หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมหวานที่มีรสหวาน เช่น ฝอยทอง ขนมไทย เบเกอรี่ ไอศกรีม อื่น ๆ	3.25	1.07	ปานกลาง
14. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม น้ำหวาน น้ำผลไม้ ชา กาแฟ เป็นต้น	2.99	1.28	ปานกลาง
15. หลีกเลี่ยงการเติมน้ำปลาพริก เกลือ ซีอิ๊ว ซอสปรุงรสเพิ่ม เมื่อรับประทานอาหารแต่ละมื้อ	3.19	1.28	ปานกลาง
16. หลีกเลี่ยงการรับประทานขนมกรุบกรอบ หรือขนมกินเล่น เช่น มันฝรั่งทอดข้าวเกรียบ เป็นต้น	3.71	1.16	สูง
17. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสำเร็จรูป อาหารแห้ง หรืออาหารหมักดอง เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ไส้กรอก ปลาเค็ม กระเทียม/หน่อไม้ดอง ผลไม้ดอง เป็นต้น	3.47	0.99	ปานกลาง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	<i>M</i>	<i>SD</i>	แปลผล
18. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า ไวน์ เบียร์ ขาดองเหล้า เป็นต้น อาหารที่ถูกสุขอนามัย	4.83	0.48	สูง
19. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ	4.74	0.54	สูง
20. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่ อยู่เสมอ	4.60	0.70	สูง
21. รับประทานอาหารที่ปกปิดสนิท มีฉลาก	4.60	0.64	สูง
22. ตรวจสอบเพื่อพิจารณาคุณภาพอาหาร หรือวันหมดอายุ	4.58	0.70	สูง
23. ล้างมือทุกครั้งก่อนและหลังรับประทานอาหาร	4.65	0.57	สูง
24. ใช้ช้อนกลาง เมื่อรับประทานอาหารร่วมกับบุคคลอื่น	4.69	0.61	สูง

ส่วนที่ 4 ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

การวิจัยครั้งนี้ได้ศึกษาอำนาจทำนายของปัจจัยต่าง ๆ อายุ การเจ็บป่วย การรับรู้ภาวะสุขภาพ การศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมโดยใช้สถิติวิเคราะห์สมการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ($r = .356$) รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r = .308$) อายุ ($r = .272$) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ โรคประจำตัว ($r = .122$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .118$) (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ได้แก่ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ($r = -.270$) และตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ ($r = -.145$) และการศึกษา ($r = -.137$) ตามลำดับ (รายละเอียดดังตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (Y) กับอายุ (X_1) การเจ็บป่วย (X_2) การรับรู้ภาวะสุขภาพ (X_3) การศึกษา (X_4) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (X_5) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (X_6) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล (X_7) และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ (X_8) ($n = 280$)

ตัวแปร	Y	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8
Y	1.000								
X1	.272***	1.000							
X2	.122*	.354***	1.000						
X3	.118*	-.087	-.267***	1.000					
X4	-.137*	-.595***	-.260***	.073	1.000				
X5	.308***	-.061	-.015	.194***	.036	1.000			
X6	-.270***	-.131*	.072	-.047	.105	-.084	1.000		
X7	.356***	.132*	-.039	.228***	-.111	.301***	-.148*	1.000	
X8	-.145*	-.227***	-.108**	.016	.154**	.215***	.287**	-.013	1.000

$p < .05^*$, $p < .01^{**}$, $p < .001^{***}$

การวิเคราะห์อำนาจในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เมื่อพิจารณาในการนำตัวแปรทั้งหมดมาวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ที่ระดับนัยสำคัญ $p < .001$ เรียงตามลำดับความสัมพันธ์ พบว่า ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($\beta = .239$, $p < .001$) อายุ ($\beta = .233$, $p < .001$) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล ($\beta = .226$, $p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ($\beta = -.186$, $p < .001$) โดยสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวมุสลิมอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทราได้ ร้อยละ 26.8 (รายละเอียดดังตารางที่ 7)

ดังนั้นจึงสามารถเขียนสมการได้ดังนี้

สมการในรูปแบบของคะแนนดิบ

$$\text{พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ} = 2.463 + 0.187 (X_5) + 0.177 (X_7) + 0.006 (X_1) - 0.069 (X_6)$$

สมการในรูปแบบของคะแนนมาตรฐาน

$$\text{พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ} = 0.239 (X_5) + 0.233 (X_1) + 0.226 (X_7)$$

-

$$0.186 (X_6)$$

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์เชิงทำนายระหว่าง พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ
กับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ อายุ การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล
และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ ($n = 280$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอย		<i>t</i>	<i>p</i> -value
	b	Beta		
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ (X_5)	.187	.239	4.387	< .001
อายุ (X_1)	.006	.233	4.413	< .001
การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล (X_7)	.177	.226	4.108	< .001
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ (X_6)	-.069	-.186	-3.529	< .001
ค่าคงที่	2.463		12.105	< .001

$R = .518, R^2 = .268, R^2_{adj} = .258, F = 12.456, p < .001$

บทที่ 5

สรุปผลและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นชาวไทยมุสลิม ที่อาศัยในเขตอำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 280 คน โดย แบบสอบถามด้านพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ วิเคราะห์ และการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .75, .92, .95, .94 และ .77 ตามลำดับ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2560 ซึ่งเครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม โดยให้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ทั้งที่บ้าน ชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างชาวไทยมุสลิมมีอายุระหว่าง 21-70 ปี มีอายุเฉลี่ย 44.67 ปี ($SD = 12.34$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 71.8) มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 77.5) จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 81.7) มีรายได้เพียงพอ (ร้อยละ 65.6) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.6) และมีการรับรู้ภาวะสุขภาพว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี (ร้อยละ 70.0)

2. กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ ภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 4.23, SD = 0.42$) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.80, SD = 0.87$) การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.82, SD = 0.77$) และการรับรู้อิทธิพลของสถานการณ์ต่าง ๆ ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.27, SD = 0.70$)

3. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.88, SD = 0.49$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย ด้านความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ และอาหารที่ควรรับประทานอยู่ในระดับสูง ($M = 4.66, SD = 0.51$;

$M = 4.26$, $SD = 0.86$ และ $M = 3.73$, $SD = 0.73$ ตามลำดับ) มีเฉพาะด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.55$, $SD = 0.74$)

4. ผลของศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายพบว่า ตัวแปรการรับรู้ประโยชน์ อายุ อิทธิพลระหว่างบุคคล และการรับรู้อุปสรรค สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทราได้ ร้อยละ 26.8

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสามารถอภิปรายผล ตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิมในภาพรวมอยู่ในระดับสูง อาจสืบเนื่องมาจากรัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับการรณรงค์แก้ไขปัญหามหาวิกฤตสุขภาพ โดยสร้างเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะการบริโภคอาหาร กล่าวคือ ส่งเสริมการบริโภคผักและผลไม้สดเพิ่มขึ้น ลดอาหารเค็ม ลดอาหารหวาน และลดอาหารไขมันสูง (สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2555) สอดคล้องกับแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (Global action plan for the prevention and control of NCDs 2013-2020) ที่เน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพประชาชนให้เหมาะสม ลดปัจจัยเสี่ยง ต่อการเกิดโรค และสร้างสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต ซึ่งประเทศไทยยึดปฏิบัติและพยายามดำเนินการตามนโยบายดังกล่าวอย่างเป็นทางการ (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557) ก่อให้เกิดผลลัพธ์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ดีขึ้น

จากผลการวิจัยพบว่า ชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ 3 ประเด็น ได้แก่ 1) อาหารที่ถูกสุขอนามัย 2) ความหลากหลายของอาหาร และจำนวนมื้อ 3) อาหารที่ควรรับประทาน เป็นด้านที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับสูง ทั้งนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมด้านโภชนาการด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย เป็นไปตามวัฒนธรรมการบริโภคอาหารตามบทบัญญัติของศาสนาที่กล่าวไว้ว่า การบริโภคอาหารที่อนุมัติเป็นอาหารฮาลาล และสิ่งต้องห้ามตามศาสนบัญญัติทั้งสัตว์ที่ห้ามมาบริโภค กลวิธีการปฏิบัติ อุปกรณ์ที่ใช้ รวมถึงการเก็บรักษาต้องไม่ปะปน เป็นไปตามบทบัญญัติ ชาวไทยมุสลิมถือว่าเป็นอาหารที่สะอาดและมีคุณค่ามากกว่าอาหารชนิดอื่น (พิทักษ์ สุภนันทการ, 2552) จึงทำให้ด้านอาหารที่ถูกสุขอนามัย จึงเป็นไปตามบทบัญญัติศาสนาและมีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง และพฤติกรรมด้านความหลากหลายของอาหารและจำนวนมื้อ รวมถึงอาหาร

ที่ควรรับประทาน บทบัญญัติศาสนาได้กล่าวไว้ว่า ควรบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และบริโภค แต่พอควร การบริโภคอาหารที่มีความหลากหลาย ถือว่ามีคุณประโยชน์ ประกอบกับต้องมีคุณภาพ เป็นประการสำคัญ อาหารที่ดี สะอาด มีคุณค่าสูง เป็นไปตามข้อปฏิบัติในการรับประทานอาหาร ซึ่งต้องรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ไม่ใช่อาหารที่ให้โทษต่อร่างกายโดยเฉพาะ ดังนั้น สิ่งมีเนื้อมาและสิ่งเสพติดทุกชนิด ซึ่งหากปฏิบัติถือว่าเป็นการกระทำที่ละเมิดต่อศาสนา (พงษ์เทพ สุธีรวิทย์ และยูซุฟ นิมะ, 2552 ข) รวมทั้งต้องบริโภคอาหารแต่พอควร ก็คือต้องรับประทานอาหาร แต่พอดีกับความต้องการโดยหลักการแล้ว การรับประทานอาหารน้อยเกินไปจนทำให้เป็นอันตราย ต่อร่างกาย และทำให้บกพร่องต่อหน้าที่การงาน (พงษ์เทพ สุธีรวิทย์ และยูซุฟ นิมะ, 2552 ก) ซึ่งถูกต้องตามหลักศาสนา จึงทำให้ทั้ง 2 ด้านนี้มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงอยู่ในระดับ ปานกลาง อาจสืบเนื่องมาจากวัฒนธรรมการบริโภคอาหารตามถิ่นกำเนิดของอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ที่รับวัฒนธรรมการบริโภคอาหารมาจากอินเดีย และมลายู มีลักษณะการบริโภคอาหาร ที่เป็นอาหารประเภทแป้ง มักจะรับประทานคู่กับแกง และลักษณะของข้าวจะหุงโดยการใส่ เครื่องเทศต่าง ๆ เช่น ข้าวหมกทั้งไก่ แพะ และเนื้อวัว แกงมัสมั่นทำทั้งไก่ เนื้อวัวและเนื้อแพะ (พิสิทธิ์ ชงพุดชา, 2554; สุณีย์ วัชตณายน, 2557) ยังมีการเข้าร่วมประเพณีอีกมากมาย ได้แก่ ประเพณีการเกิด การฝากครรภ์ การตัดผมไฟ การขึ้นเปล การเรียนภาษาอาหรับ พิธีสูนัต พิธีดื่มมัสกอรอ่าน พิธีนิกะห์ พิธีละหมาด กิจกรรมวันตรุษสำคัญและงานศพอาหาร ที่ยังนิยม รับประทานอาหารตามวัฒนธรรมดั้งเดิมของชุมชน คือ อาหาร และขนมหวาน (ทองหยอด ฝอยทอง) (สรรค์สะคราญ เชี่ยวนาวิน, 2544) ประกอบกับอำเภอบางน้ำเปรี้ยวเป็นชุมชน ที่มีการขยายตัวด้านเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างจึงมีอำนาจในการตัดสินใจเลือกซื้อประเภท อาหาร สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกสบายในการแสวงหาการบริโภค จึงส่งผลต่อพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพได้

2. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม

จากผลการศึกษาพบว่า อิทธิพลระหว่างบุคคล อายุ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทราได้ ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอำนาจ ในการทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\beta = .239, p < .01$) สอดคล้องกับ สมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า เมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์แล้วทำให้เพื่อความตื่นตัว และตระหนักถึง

การดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) ที่พฤติกรรมต้องยกระดับสุขภาพทั้งของตนเอง ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ มธุรส บุญแสน (2557) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ พฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารและสามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพ ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้ ($R^2 = 0.36, p < .01$) และสอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกานจน์ สฤตปัญญวัฒน์ (2557) ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุชาวมุสลิม ($r = .17$) ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการได้

2. อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอำนาจในการทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ ($\beta = .233, p < .01$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า อายุทำให้มี พฤติกรรมดีขึ้น เนื่องจากอายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล มีอำนาจในการตัดสินใจเลือกซื้อ จะเพิ่มขึ้นตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบ การสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) อายุจึงเป็นพื้นฐานการบ่งชี้ความแตกต่างด้าน พัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึก และมีอิทธิพลต่อบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาวี ปิ่นนพศรี (2550) อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ ($\chi^2 = 31.89, p < .01$) และ รสรินทร์ แก้วตา (2551) อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ รับประทานอาหารและออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาชิปดี ($r = .14, p < .01$) และการศึกษาของ ทิพย์กมล อิสลาม (2557) อายุมีอิทธิพลทางอ้อมต่อพฤติกรรมการสร้าง เสริมสุขภาพ ($r = -.05$) ดังนั้น อายุจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลร่วมทำนาย พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้

3. การรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล มีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอำนาจในการทำนายกับ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ($\beta = .226, p < .01$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ความคาดหวัง การชักชวน แนะนำ การชื่นชมและการเป็นต้นแบบ ของครอบครัว เพื่อน กลุ่มบุคคลในชุมชน บุคลากรทางการแพทย์ และผู้นำศาสนา ในการสนับสนุนการปฏิบัติ พฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) กล่าวคือ ลักษณะของอิทธิพลระหว่างบุคคลของชาวมุสลิมมีทั้งในเรื่องของศาสนาที่มีความเคร่งครัด ตามบทบัญญัติ แนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนในด้านโภชนาการแล้ว สิ่งแวดล้อมที่มีผลนั้น ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว สังคม ในการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเป็นไปได้ง่ายและส่งผล เป็นอย่างมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิรยา บุญรินทร์ (2553) นักศึกษาได้รับข้อมูลข่าวสาร

จากสื่อโฆษณาต่าง ๆ อยู่ในระดับมากและได้รับคำแนะนำสนับสนุนในการบริโภคอาหารจากบุคคลอื่นอยู่ในระดับมาก ($r = .39, p = .05$) และการศึกษาของ Nadira et al. (2014) พบว่าสภาพแวดล้อมของครอบครัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค รวมถึงกลุ่มเพื่อนที่มีความสำคัญในการเลือกรับประทานอาหารด้วย ดังนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์และมีอิทธิพลร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการได้ โดยผ่านแรงผลักดันทางสังคม (Social pressure) หรือความมุ่งมั่นต่อแผนการปฏิบัติพฤติกรรมด้าน โภชนาการ

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบและมีอำนาจในการทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ ($\beta = -.186, p < .01$) สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ความไม่ชอบ ความไม่รู้ ความไม่มีเวลา ความยุ่งยาก ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวก และค่าใช้จ่าย ทำให้ส่งผลถึงความไม่พึงพอใจ ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2011) กล่าวถึงลักษณะของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ความเชื่อ หรือการรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางที่ทำให้บุคคลไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีผลต่อความตั้งใจที่จะกระทำพฤติกรรมและมีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ รสรินทร์ แก้วตา (2551) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของบุคลากรคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี ($r = .45, p < .01$) และการศึกษาของ ทิพย์กมล อิสลาม (2557) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมอิทธิพลทางอ้อมต่อ การสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .13, p < .01$) ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ และมีอิทธิพลร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการได้

5. การเจ็บป่วย ไม่มีอำนาจในการทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ถึงแม้ว่ามีก็เป็นเพียงโรคเดียว ทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่แตกต่างกัน จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ($r = .122, p < .05$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์ (2558) พบว่า การเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกและมีอิทธิพลร่วมทำนายกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .188, p = .05$) และมีอิทธิพลสามารถร่วมทำนายกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ร้อยละ 8.8 ดังนั้น การเจ็บป่วยเป็นภาวะสุขภาพที่มีความสัมพันธ์แต่ไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการได้

6. การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไม่มีอำนาจในการทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เป็นความคิดเห็นและความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีความรับผิดชอบและเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพของตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับคืออยู่แล้ว กลุ่มตัวอย่างอาจคิดว่าไม่จำเป็นต้องแสวงหาภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม เพราะมีสุขภาพดีไม่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จึงทำให้ไม่มีความจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ($r = .118, p < .05$) ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ ปวีตรา จรรย์สกุลวงศ์ และคณะ (2558) พบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพมีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพ ($\beta = .31, p < .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์กมล อีสลาม (2557) มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อพฤติกรรมการสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุ ($r = .08, p = 0.12$) ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพ จึงมีความสัมพันธ์แต่ไม่อาจทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้

7. การศึกษา ไม่มีอำนาจในการทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจาก ปัจจุบันการแสวงหาความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ ได้รับข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ หรือกระตุ้นการปฏิบัติพฤติกรรม ได้จากหลายช่องทางสื่อสาร จึงทำให้บุคคลที่มีการศึกษาระดับใดก็ตาม สามารถไตร่ตรองและตัดสินใจแหล่งประโยชน์ของความรู้ในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ ($r = -.137, p < .05$) ซึ่งขัดแย้งการศึกษาของ พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจาวรุวรรณ วิโรจน์ (2558) พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวก ($r = .09, p = .05$) และมีอิทธิพลสามารถร่วมทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพร้อยละ 8.8 และสอดคล้องกัน ดังนั้น การศึกษาจึงมีความสัมพันธ์แต่ไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้

8. การรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ ไม่มีอำนาจในการทำนายกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อาจเนื่องมาจาก วัฒนธรรมการบริโภคในวิถีของพื้นที่อำเภอบางน้ำเปรี้ยวไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งด้านปฏิบัติตามหลักจริยธรรมด้านศาสนาความเชื่อ และการบริโภคอาหาร อิทธิพลจากสถานการณ์ต่าง ๆ จึงไม่สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ ($r = -.145, p < .05$) ดังนั้น อิทธิพลจากสถานการณ์ต่าง ๆ จึงมีความสัมพันธ์แต่ไม่มีอำนาจทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้

ดังนั้นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ ยังคงเป็นรูปแบบที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสามารถอธิบายปรากฏการณ์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถนำไปปฏิบัติ ปรับใช้และพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล

ครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ดำเนินชีวิตได้อย่างดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขและบรรลุการมีสุขภาพที่ดีได้ทุกสถานการณ์และบริบทของแต่ละพื้นที่ที่นำไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผลจากสมการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง สามารถใช้เป็นแนวทางในการ สนับสนุนให้ประชาชนมุสลิมมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการได้ โดยเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ และลดการรับรู้อุปสรรค ผ่านการส่งเสริมการจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หรือเวทีเสวนาทางด้านสุขภาพ ให้ครอบครัว บุคคลในชุมชน ผู้นำศาสนา เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อสนับสนุน

2. ผลจากการวิจัยนี้ พบว่า อายุสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรมีการมุ่งเน้นส่งเสริมให้กลุ่มประชากรที่มีอายุน้อยทั้งใน โรงเรียน และชุมชน มีความตระหนักเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ โดยผ่านกิจกรรมที่เพิ่มการรับรู้ประโยชน์ ลดการรับรู้อุปสรรค สนับสนุนกลุ่มเพื่อนและครอบครัวให้เข้ามามีส่วนร่วมด้วย

3. ผลจากการวิจัยนี้ พบว่าชาวไทยมุสลิมมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการเกี่ยวกับด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยงยังอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรทางการแพทย์ ควรมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของชาวไทยมุสลิม ด้วยวิธีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโทษของอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง ซึ่งเป็นการให้คำแนะนำ ทั้งระดับบุคคลและเป็นกลุ่ม ทั้งในสถานบริการ หรือสถานที่จัดโครงการเกี่ยวกับสุขภาพ เพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพดียิ่งขึ้น

4. ผู้บริหารสามารถนำผลการทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม ไปเป็นข้อเสนอแนะในการกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ตามแผนการดำเนินงานดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อผ่านแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ พ.ศ. 2556-2563 (Global action plan for the prevention and control of non-communicable diseases 2013-2020) ที่เน้นการกำหนดนโยบายตามบริบทของมุสลิม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาโปรแกรม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเพิ่มความรู้ด้านการรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การลดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ในกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มผู้นำศาสนา เพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านโภชนาการ
2. ควรมีการพัฒนารูปแบบการให้สุขศึกษา เกี่ยวกับข้อมูลด้านอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ได้จริงและเกิดประโยชน์ต่อไป

บรรณานุกรม

- กรมศาสนา กระทรวงศึกษาธิการ. (2545). *ศาสนาอิสลามในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: กรมศาสนา.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *แผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554)*.
กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaihd.com/html/show.php?SID-115>
- กัลยา นาคเพ็ชร์. (2547). *จิตวิทยาสำหรับพยาบาล*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุภา.
- ขวัญเมือง แก้วคำเกิง และนฤมล ศรีเพชรศรีอุไร. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์นิเวศธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- คณะอนุกรรมการส่งเสริมการคุ้มครองผู้บริโภคด้านมาตรฐานฮาลาล. (2557). *คู่มือฮาลาลเบื้องต้น สำหรับผู้ที่สนใจทั่วไป: ฮาลาลคืออะไร ทำอย่างไรให้ฮาลาล*. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา.
- จรุง วรบุตร. (2550). *พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนวัยกลางคน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- จาดุรนต์ ตั้งสังวรธรรมะ, สายพิน หัตถิรัตน์ และวิจนา ลีละพัฒนะ. (2553). การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการใช้ยาในช่วงเดือนถือศีลอดของผู้ป่วยมุสลิมที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ*, 17(2), 70-86.
- จารุวรรณ ไผ่ตระกูล และนะฤนทร จุฬากาญจน์. (2559). ความเข้าใจทางด้านวัฒนธรรมเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิม. *วารสารมหาวิทยาลัยนราวาสราชนครินทร์*, 8(2), 142-152.
- จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). *สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS*. ชลบุรี: ศรีศิลป์การพิมพ์.
- จุลีสรัตน์ สกฤตราษฎร์. (2555). พฤติกรรมการบริโภคอาหารของหญิงตั้งครรภ์. *พุทธชินราชเวชสาร*, 29(2), 180-189.
- ชูไมยะ เต็งสาแม. (2558). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำศาสนาจังหวัดยะลา. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล*, 45(1), 18-27.

- ทิพย์กมล อิสลาม. (2557). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุไทย อำเภอเกาะยาว จังหวัดพังงา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต.
- ทิพย์ภา เชษฐ์ไชยลิต. (2541). *จิตวิทยาพัฒนาการสำหรับพยาบาล*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นพวรรณ เปี้ยเชื้อ. (2552). *ความรู้ทางโภชนาการ ทักษะคิดเกี่ยวกับอาหาร พฤติกรรมการรับประทาน อาหารและภาวะโภชนาการของนักศึกษาพยาบาล*. *วารสารรามาชิตี*, 15(1), 48-59.
- เนติมา คุณิย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์*. กรุงเทพฯ: ยู แอนด์ ไอ อินเตอร์ มีเดีย จำกัด.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2555). *การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย: คุณสมบัตินิการวัดเชิงจิตวิทยา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญเรือง ขาวนวล. (2551). *การจัดการตนเองของชุมชนเพื่อพัฒนาสุขภาพในชุมชนมุสลิม*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวศ วะสี. (2553). *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพ อภิวัดน์ชีวิตสังคม*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. (2554). *ปฏิรูปประเทศไทย ปฏิรูปจิตสำนึก*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูป.
- ปราณี จันทศรี. (2547). *วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม อำเภอเมือง จังหวัดสตูล*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ปรีชาชาญ แก้วนุ้ย. (2556). *การผสมผสานทางวัฒนธรรมระหว่างไทยพุทธและไทยมุสลิมภาคใต้ตอนล่าง*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ปวีตรา จริยสกุลวงศ์, วิชชุดา เจริญกิจการ, วันเพ็ญ ภิญ โยภาสกุล, ศรีนรัตน์ ศรีประสงค์ และวีรนุช รอบสันติสุข. (2558). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น*. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 7(3), 26-36.

- ปานทรา มีนะกนิษฐ. (2551). *ชาวไทยมุสลิม: วิถีชีวิตและโลกทัศน์การพัฒนาคุณภาพชีวิต*.
 วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนาชนบทศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พงษ์เทพ สุธีรวุฒิ และยูซุฟ นิมะ. (2552 ก). *บูรณาการองค์ความรู้บทบาทบุญดีศาสนาอิสลาม
 กับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและยา*. สงขลา: สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พงษ์เทพ สุธีรวุฒิ และยูซุฟ นิมะ. (2552 ข). *บูรณาการองค์ความรู้โรคเรื้อรังอิสลาม*. สงขลา:
 สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พลากร ดวงเกตุ. (2551). *ภาวะสุขภาพจิตของประชากรวัยแรงงานไทย: การประชุมวิชาการ
 ประชากรศาสตร์แห่งชาติ 2553*. กรุงเทพฯ: สมาคมนักประชากรไทย.
- พันชิตรา สิงห์เขียว. (2558). *พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและความต้องการบริการ
 ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก*. *วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร*,
 23(3), 46-59.
- พานทิพย์ แสงประเสริฐ และจารุวรรณ วิโรจน์. (2558). *ปัจจัยการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน
 กิ่งเมืองกิ่งชนบทแห่งหนึ่งในเขตปริมณฑลกรุงเทพมหานคร*. *วารสารวิทยาศาสตร์
 และเทคโนโลยี*, 23(1), 113-126.
- พิทักษ์ สุภนันท์การ. (2552). *แนวโน้มตลาดอาหารฮาลาลสู่ความเป็นไลฟ์สไตล์*. กรุงเทพฯ:
 เพียร์สัน เอ็ดดูชั่น อินโด ไชน่า.
- พิสิทธิ์ ชงพุดชา. (2554). *วัฒนธรรมการบริโภคอาหารนานาชาติ*. กรุงเทพฯ: กวิภัส โอเอ.
- มธุรพร ภาคพรต. (2550). *วัฒนธรรมอาหารของชาวไทยมุสลิมชุมชนบางหลวง เขตธนบุรี
 กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติ กระทรวงวัฒนธรรม.
- มธุรส บุญแสน. (2557). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและ
 การออกกำลังกายของกำลังพลที่มีภาวะอ้วนลงพุงค่ายนวมินทรราชินี จังหวัดชลบุรี*.
วารสารพยาบาลทหารบก, 15(2), 312-319.
- รสรินทร์ แก้วตา. (2551). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมมารับประทานอาหาร
 และออกกำลังกายของบุคลากร คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี*. วิทยานิพนธ์
 วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย,
 มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ระพีพรรณ นูหะหมัด. (2556). *อิสลามกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน: กรณีศึกษาชุมชนมัสยิดกมลาอุลอิสลาม คลองแสนแสบ กรุงเทพมหานคร*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการสิ่งแวดล้อม, บัณฑิตวิทยาลัย, สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร. (2551). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากร: กรณีศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(2), 151-162.
- วันทนา เนาว่าวัน, ล้ำของ ปลั่งกลาง และชุมพล พิษพันธ์ไพศาล. (2558). *การศึกษาเพื่อพัฒนาการท่องเที่ยวเชิงสร้างสรรค์สัมพัทธ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น: กรณีศึกษาผลิตภัณฑ์อาหารวัฒนธรรมมุสลิมชุมชนเมืองเทศบาลพระนครศรีอยุธยา*. อยุธยา: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา.
- วิชัย เอกพลากร. (2553). *รายงานการสำรวจสุขภาพคนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552*. นนทบุรี: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิภาวี ปั้นนพศรี. (2550). *พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของประชากรในอำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี*. วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการตลาด, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร
- วิรยา บุญรินทร์. (2553). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษาระดับอุดมศึกษา จังหวัดอุบลราชธานี*. *วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุตรศน์*, 5(1), 154-163.
- วีรวรรณ ห้วยหงษ์ทอง. (2547). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพครูประถมศึกษา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานครปฐม เขต 1 และเขต 2*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศศิกาญจน์ สกุลปัญญวัฒน์. (2557). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุชาวมุสลิม: กรณีศึกษาดำบลอกรักษ์ อำเภองกรักษ์ จังหวัดนครนายก*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 353-360.
- ศิรินันท์ ตรีมงคลทิพย์ และอรทัย สารกุล. (2548). *วัฒนธรรมการบริโภคอาหารของชาวไทยมุสลิม: มุมมองด้านสุขภาพ*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี.
- ศิริเพ็ญ สุภกาญจนกันติ. (2549). *การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของชาวมุสลิมในประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). *พฤติกรรมกรรมการบริโภคของคนไทย*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2554). *รายงานสุขภาพคนไทย 2554: เอชไอเอ กลไกพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อชีวิตและสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). *การทบทวนวรรณกรรม: สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2542). *แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002*. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- สรศักดิ์ศรัณยู เขียวนาวิน. (2544). *หน้าที่ของวัฒนธรรมอาหารอิสลามที่มีต่อวิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชามนุษยวิทยา, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สหทยา ไพบูลย์วรชาติ. (2558). *Pain assessment and measurement*. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2552). *การสำรวจพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2556). *การสำรวจพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของประชากร*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2557). *สามโนประชากรประชากรและเคหะ พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว. (2558). *รายงานประจำปี 2554-2558*. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว. (2559). *รายงานประจำปี 2559*. ฉะเชิงเทรา: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอบางน้ำเปรี้ยว.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563* (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักนโยบายและแผนยุทธศาสตร์. (2554). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย พ.ศ. 2554-2563*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุจิตต์ วงษ์เทศ. (2547). *รัฐปัตตานีใน 'ศรีวิชัย' เก่าแก่กว่ารัฐสุโขทัยในประวัติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มติชน.

- สุนีย์ วัฒนายน. (2557). 6 อาหารท้องถิ่น วัฒนธรรมการกินแบบพื้นบ้าน สืบสานสู่อาเซียน. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์*, 1(1), 34-44.
- สุภาภรณ์ วรอรุณ. (2554). ปัจจัยที่มีอิทธิพลของการออกกำลังกายของนักศึกษาพยาบาลในวิทยาลัยพยาบาลเครือข่ายภาคกลาง สังกัดสถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(1), 52-61.
- สุภาภรณ์ อนุรักษอุดม. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. *วารสารรามาชิปดี*, 16(2), 155-168.
- สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ. (2553). *ตำราการตรวจรักษาโรคทั่วไป หลักการวินิจฉัยโรค 280 โรค และการดูแลรักษา* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- สุริย์ เสดบุญ. (2549). *ศึกษาประเพณีในรอบชีวิตชาวไทยมุสลิมตำบลเจ๊ะบิลง อำเภอเมืองจังหวัดสตูล*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาไทยคดีศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- สุวรรณณี โคนุช. (2554). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของสตรีตั้งครรภ์อายุมากกว่า 35 ปี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 4(2), 79-93.
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด. (2535). *วัฒนธรรมอิสลาม*. กรุงเทพฯ: ทางนำ.
- อรุณ บุญชม. (2548). *คลังวิชาการสุขภาพมุสลิม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อานัต ฆมานสนิท. (ม.ป.ป.). *วิถีชีวิตชาวไทยมุสลิม*. กรุงเทพฯ: คณะอักษรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อารง สุทธศาสน์. (2538). *ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับศาสนาอิสลาม: เอกสารการสอนชุดวิชาพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมของการเมืองไทยหน่วยที่ 1-7*. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัย-ธรรมมาธิราช.
- Alicia, A. T., Neville, O., Maike, N., & David, W. D. (2014). Sedentary behaviors and subsequent health outcomes in adults: A systematic review of longitudinal studies 1996-2011. *American Journal of Preventive Medicine*, 41(2), 207-215.
- Best, J. W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Gochman, D. S. (1988). *Health behavior: Emerging research perspectives*. New York: Plenum Press.
- Green, L. W., & Kreuter, M. F. (1991). *Health promotion planning: An education and environment approach* (2nd ed). Toronto: Mayfield.

- Hanneman, A., & Mark, R. (2005). *Introduction to social network methods*. California: University of California.
- Kroeze, W., Werkman, A., & Brug, J. (2006). *A systematic review of randomized trials on the effectiveness of computer-tailored education on physical activity and dietary behaviors*. CA Rotterdam: University Medical Center Rotterdam.
- Leininger, M. (2002). A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192.
- Macharie, D. (1978). *Medical sociology* (2nd ed). New York: Free Press.
- Murray, R. B., & Zentner, J. P. (1993). *Nursing assessment and health promotion strategies through the life-span* (5th ed.). Norwalk-Connecticut: Appleton & Lange.
- Nadira, M., Subha, R., & Susmita, M. (2014). *Eating behaviors and body weight concerns among adolescent girls*. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1155/2014/257396s>
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, A. M. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2nd ed.). Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, 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.). New York: J. B. Lippincott.
- Robbins, L. B., Gretebeck, K. A., Kazanis, A. S., & Pender, N. J. (2006). Girls on the move program to increase physical activity participation. *Nursing Research*, 55(3), 206-216.
- Tatiana, A., Michael, W. L., & Kelly, D. B. (2014). The impact of food prices on consumption: A systematic review of research on the price elasticity of demand for food. *American Journal of Public Health*, 100(2), 216 - 222.
- Walker, S. N., Kerr, M. J., Pender, N. J., & Sechrist, K. R. (1990). A spanish language of the health promotion lifestyle. *Nursing Research*, 39(30), 258-273.
- World Health Organization [WHO]. (2005). *Health promotion in hospitals: Evidence and quality management*. Geneva: WHO.
- World Health Organization [WHO]. (2013). *Global action plan for the prevention and control noncommunicable disease 2013-2020*. Geneva: WHO.

World Health Organization [WHO]. (2014). *Global status report on noncommunicable disease 2014* “*Attaining the nine global noncommunicable disease targets, a shared responsibility*”. Geneva: WHO.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงจมาพร ไกยชน แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านอายุรกรรม
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนัญชิตาคุณฤๅ ทูลศิริ อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิสากร กรุงไกรเพชร อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
4. คุณรุ่งลาวัลย์ รัตนพันธุ์ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลยางใหญ่
5. คุณอมรรัตน์ ปานโต๊ะ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลจัดการรายกรณีด้าน โรคเรื้อรัง
โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

ภาคผนวก ข

หนังสือรับรองผลการพิจารณาจริยธรรม

เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ไบอินยอมเข้าร่วมการวิจัย



แบบรายงานผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา
Factors Predicting Nutritional Health-promoting Behaviors of Thai Muslim in Bangnampriao District,
Chachoengsao Province

ชื่อนิติ นางสาวชัชฎาภรณ์ มาตเจือ

รหัสประจำตัวนิติ 53920609

หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ภาคพิเศษ)

ผลการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยฯ มีมติเห็นชอบ รับรองจริยธรรมการวิจัย รหัส 12 - 01 - 2560

โดยได้พิจารณารายละเอียดการวิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นแล้ว ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ

1) การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของมนุษย์ที่ใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ ชาวไทยมุสลิม ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 20-70 ปี จำนวนทั้งหมด ไม่เกิน 280 ราย สถานที่เก็บรวบรวมข้อมูลคือ บ้าน หรือสถานที่สะดวกในหมู่ 13 ตำบลดอนเกาะกา หมู่ 6 ตำบลโยธะกา หมู่ 9 ตำบลดอนนิมพลี และหมู่ 7 ตำบลหมอนทอง อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

2) วิธีการที่เหมาะสมในการได้รับความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย (Informed consent) รวมทั้งการปกป้องสิทธิประโยชน์และรักษาความลับของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3) การดำเนินการวิจัยอย่างเหมาะสม เพื่อไม่ก่อความเสียหายหรืออันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

การรับรองจริยธรรมการวิจัยนี้มีกำหนดระยะเวลาหนึ่งปี นับจากวันที่ออกหนังสือฉบับนี้ ถึงวันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2561

อนึ่ง กรณีที่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเพิ่มเติม ใดๆ ของการวิจัยนี้ ขณะอยู่ในช่วงระยะเวลาให้การรับรองจริยธรรมการวิจัย ขอให้ผู้วิจัยส่งรายงานการเปลี่ยนแปลงต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยเพื่อขอรับรอง (เพิ่มเติม) ก่อนดำเนินการวิจัยด้วย

วันที่ให้การรับรอง 14 เดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2560

ลงนาม.....

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา วัชรสินธุ์)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา



เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของชาวไทยมุสลิม
อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

รหัสจริยธรรมการวิจัย 12-01-2560

ชื่อผู้วิจัย นางสาวอชิรญาณ์ มาตเจือ

การวิจัยครั้งนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการของชาวไทยมุสลิม ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามที่การศึกษาวินิจฉัยกำหนด เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมการวิจัย สิ่งที่จะต้องปฏิบัติคือตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริงด้วยตัวของท่านเอง แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง (แบบ MMSE-Thai 2002) ส่วนที่ 2 เป็นเครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยอีก 6 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ 3) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ 4) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ 5) แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล และ 6) แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งจะใช้เวลาทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที การวิจัยนี้อาจจะไม่ใช่ประโยชน์กับท่านโดยตรงแต่ผลการวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมหรือกลวิธีการดำเนินงานสนับสนุนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการให้เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตและวัฒนธรรมของชาวไทยมุสลิมในพื้นที่ ซึ่งจะทำให้คนกลุ่มดังกล่าวมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้น้อยลง อันจะนำมาซึ่งพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี

การเข้าร่วมโครงการวิจัยของท่านครั้งนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ท่านมีสิทธิในการปฏิเสธการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้ โดยไม่ส่งผลกระทบต่อท่าน และผู้ที่ท่านให้การดูแลทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลของท่าน โดยใช้รหัสตัวเลขแทนการระบุชื่อ-สกุล หรือสิ่งใด ๆ ที่อาจจะอ้างอิงหรือทราบว่าเป็นของท่าน ข้อมูลท่านที่เป็นแบบสอบถามและใบอนุญาตการยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจะถูกเก็บอย่างมิดชิดและปลอดภัย ในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อก ส่วนข้อมูลที่เก็บในคอมพิวเตอร์จะถูกใส่รหัสผ่าน โดยจะมีเพียงผู้วิจัย และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ ทั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเสนอ

ผลการวิจัยในภาพรวมซึ่งภายหลังผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่แล้ว ข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลาย

หากท่านมีข้อสงสัยประการใด สามารถสอบถามได้โดยตรงจากผู้วิจัยในวันทำการ รวบรวมข้อมูล หรือสามารถติดต่อสอบถามเกี่ยวกับการวิจัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลาที่ นางสาวอชิรญาณ์ มาตเจือ หมายเลขโทรศัพท์ 081-819-4580 หรือที่ ผศ.ดร.วรรณรัตน์ ลาวัง อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก หมายเลขโทรศัพท์ 038-102843

นางสาวอชิรญาณ์ มาตเจือ

ผู้วิจัย

หากท่านได้รับการปฏิบัติที่ไม่ตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้ ท่านจะสามารถแจ้งให้ประธาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมฯ ทราบได้ที่ เลขานุการคณะกรรมการจริยธรรมฯ ฝ่ายวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา โทร. 038-102823



ใบยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

.....
 ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของชาวไทยมุสลิม
 อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัย ถึงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย วิธีการวิจัย ประโยชน์ที่เข้าร่วมการวิจัยอย่างละเอียด และมีความเข้าใจ ดีแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วม โครงการวิจัยนี้ด้วยความเต็มใจ และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิก การเข้าร่วมงานวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ และการบอกเลิกการเข้าร่วมงานวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อข้าพเจ้า

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจ ไม่มีปิดบัง ซ่อนเร้น จนข้าพเจ้าพอใจ ข้อมูลเฉพาะเกี่ยวกับตัวข้าพเจ้า จะถูกเก็บไว้เป็นความลับและจะเปิดเผย ในภาพรวมที่เป็นการสรุปผลการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว และมีความเข้าใจในดีทุกประการ และได้ลงนาม ในใบยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม

(.....)

ลงนาม.....พยาน

(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย

(นางสาวอชิรญาณ์ มาตเจือ)

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เลขที่แบบสอบถาม.....

ตัวอย่างแบบสอบถาม

การวิจัยเรื่อง “ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ของชาวไทยมุสลิม อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

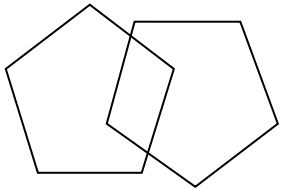
เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง (แบบ MMSE-Thai 2002)

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังรายละเอียดดังนี้

- | | |
|---|--------------|
| 1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล | จำนวน 7 ข้อ |
| 2. แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ | จำนวน 24 ข้อ |
| 3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์สร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการ | จำนวน 26 ข้อ |
| 4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคสร้างเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการ | จำนวน 12 ข้อ |
| 5. แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล | จำนวน 16 ข้อ |
| 6. แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ต่าง ๆ | จำนวน 8 ข้อ |

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย : (MMSE-Thai 2002)

- คำชี้แจง** 1. แบบทดสอบนี้ไม่ใช้กับผู้สูงอายุที่ตาบอด หูหนวก หรือมีคะแนนภาวะซึมเศร้ามากกว่า หรือเท่ากับ 25 คะแนน ตามแบบประเมินความเศร้าในผู้สูงอายุไทย (ข้อ 4.1)
2. ในกรณีที่ผู้สูงอายุอ่านไม่ออก เขียนไม่ได้ ไม่ต้องทำข้อ 4, 9 และ 10

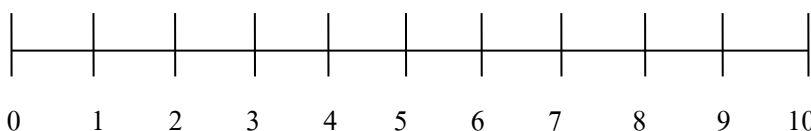
ข้อคำถาม	บันทึกคำตอบทุกครั้ง (ทั้งคำตอบ ที่ถูกต้องและผิด)	คะแนน
1. Orientation for Time (5 คะแนน) (ตอบถูกข้อละ 1 คะแนน)		
1.1 วันนี้ วันที่เท่าไร		
1.2 วันนี้ วันอะไร		
1.3 เดือนนี้ เดือนอะไร		
1.4.....		
1.5.....		
10. Writing (1 คะแนน)		
ข้อความนี้เป็นคำสั่งให้คุณ (ตา, ยาย, ...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ ที่อ่านแล้วรู้เอง หรือมีความหมายมา 1 ประโยค		
11. Visuo-construction (1 คะแนน)		
ข้อนี้เป็นคำสั่ง “จงวาดให้เหมือนภาพตัวอย่าง” ในที่ว่างด้านข้าง ของภาพตัวอย่าง  รูปห้าเหลี่ยมต้องมีมุม 5 มุม ตามภาพตัวอย่าง การตัดกันต้องเกิด รูปสี่เหลี่ยมคี่ในทำตามได้ทั้งหมดจึงจะได้คะแนน 1 คะแนน		
คะแนนรวม		

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดให้ข้อมูลที่ตรงกับลักษณะของท่าน โดยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องคำตอบ หรือเติมตัวเลขหรือคำ ลงในช่องว่าง

1. ปัจจุบันท่านมีอายุปี (หากอายุเดือนมากกว่าหรือเท่ากับ 6 เดือน ให้ปัดขึ้น)
2. เพศ (1) ชาย (2) หญิง
3. ท่านมีสถานภาพสมรส
 (1) โสด (2) คู่
 (3) หม้าย (4) หย่าร้าง หรือ แยกกันอยู่
4. ท่านจบการศึกษาสูงสุด.....
5. ครอบครัวท่านมีรายได้ต่อเดือนเพียงพอกับค่าใช้จ่ายหรือไม่
 (1) เพียงพอและเหลือเก็บ (2) เพียงพอ แต่ไม่เหลือเก็บ
 (3) ไม่เพียงพอ
6. ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการรักษาจากแพทย์หรือไม่
 (0) ไม่มี
 (1) มีระบุ.....
7. ในปัจจุบัน ท่านรับรู้ถึง ภาวะสุขภาพ (ร่างกาย จิตใจ และสังคม) ของท่านเป็นอย่างไร
 หาก เลข 0 หมายถึง สุขภาพของท่านไม่แข็งแรงเลย/ ไม่ดีเลย/ แย่มาก ๆ
 เลข 10 หมายถึง สุขภาพของท่านแข็งแรงมากที่สุด/ ดีที่สุด/ ดีเยี่ยม
 เลือกว่าภาวะสุขภาพของท่านอยู่ที่เลขใด (ให้วงกลม ตัวเลขที่ท่านเลือก)



ไม่ดีเลย

ดีมาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินการกระทำหรือการปฏิบัติ เกี่ยวกับการเลือกรับประทานอาหารเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของท่าน ครอบคลุมการรับประทาน อาหารครบ 5 หมู่ จำนวนมื้ออาหาร เวลารับประทาน ประเภท ชนิด ปริมาณอาหารที่ควร รับประทาน อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง และอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน กรุณาทำ เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ขอให้ตอบคำถามเดียวและ ตอบให้ครบทุกข้อ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

- | | | | |
|-----------|------------|---------|-------------------------------------|
| 5 คะแนน = | ประจำ | หมายถึง | ท่านปฏิบัติกิจกรรม 7 วัน/ สัปดาห์ |
| 4 คะแนน = | บ่อยครั้ง | หมายถึง | ท่านปฏิบัติกิจกรรม 5-6 วัน/ สัปดาห์ |
| 3 คะแนน = | บางครั้ง | หมายถึง | ท่านปฏิบัติกิจกรรม 3-4 วัน/ สัปดาห์ |
| 2 คะแนน = | นานครั้ง | หมายถึง | ท่านปฏิบัติกิจกรรม 1-2 วัน/ สัปดาห์ |
| 1 คะแนน = | ปฏิบัติเลย | หมายถึง | ท่านไม่เคยปฏิบัติตามข้อนี้เลย |

ในหนึ่งสัปดาห์ ท่านปฏิบัติพฤติกรรมต่อไปนี้ บ่อยครั้งเพียงใด	(5) ประจำ 7 วัน	(4) บ่อยครั้ง 5-6 วัน	(3) บางครั้ง 3-4 วัน	(2) นานครั้ง 1-2 วัน	(1) ไม่เลย
1. ท่านรับประทานอาหารครบ 5 หมู่ ในแต่ละวัน					
2. ท่านรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ (เช้า กลางวัน เย็น) ในแต่ละวัน					
3. ท่านรับประทานข้าวเป็นหลักสลับกับแป้งเป็น บางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยวขนมจีน บะหมี่ เป็นต้น ในแต่ละวัน					
4.					
5.					
23. ท่านล้างมือทุกครั้ง ก่อนและหลังรับประทานอาหาร					
24. ท่านใช้ช้อนกลาง เมื่อรับประทานอาหาร ร่วมกับบุคคลอื่น					

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความคิดและความเชื่อของท่านเกี่ยวกับประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการที่ช่วยยกระดับสุขภาพของท่าน กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ขอให้ตอบคำถามเดียวและตอบให้ครบทุกข้อ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์มากที่สุด

4 คะแนน = มาก หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์มาก

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์ปานกลาง

2 คะแนน = น้อย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์น้อย

1 คะแนน = ไม่มีเลย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวเป็นประโยชน์น้อยที่สุดหรือไม่เป็นเลย

ท่านคิดว่า พฤติกรรมต่อไปนี้ เป็นประโยชน์ มากน้อยเพียงใด	(5) มาก ที่สุด	(4) มาก	(3) ปาน กลาง	(2) น้อย	(1) น้อยที่สุด/ ไม่มีเลย
1. การรับประทานอาหาร 5 หมู่ ทำให้ได้รับสารอาหาร ที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย					
2. การรับประทานอาหาร 3 มื้อ ทำให้ร่างกายตื่นตัว และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน					
3. การรับประทานอาหารข้าวเป็นอาหารหลักสลับกับแป้ง เป็นบางมื้อ ช่วยเพิ่มพลังงานให้กับร่างกาย					
4.					
5.					
25. การรับประทานอาหารสุขภาพ เช่น ข้าวกล้อง ผัก ผัก แกงเลียง แกงส้ม เป็นต้น ทำให้ท่านได้รับการชื่นชม					
26. การเป็นแบบอย่างที่ดีในการรับประทานอาหารที่ สอดคล้องกับหลักคำสอนของศาสนา ทำให้ท่านเข้า กับคนในชุมชนได้					

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความคิดและความเชื่อของท่านเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ขอให้ตอบคำถามเดียวและตอบให้ครบทุกข้อ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่ สิ่งดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมากที่สุด

4 คะแนน = มาก หมายถึง ท่านรับรู้ว่ สิ่งดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมาก

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง ท่านรับรู้ว่ สิ่งดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง

2 คะแนน = น้อย หมายถึง ท่านรับรู้ว่ สิ่งดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมอุปสรรคน้อย

1 คะแนน = ไม่มีเลย หมายถึง ท่านรับรู้ว่ สิ่งดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมน้อยที่สุดหรือไม่เป็นเลย

ท่านคิดว่า พฤติกรรมต่อไปนี้ เป็นอุปสรรค มากน้อยเพียงใด	(5) มาก ที่สุด	(4) มาก	(3) ปาน กลาง	(2) น้อย	(1) น้อยที่สุด/ ไม่มีเลย
1. การไม่ชอบรับประทานผัก หรือผลไม้บางชนิด					
2. การไม่ชอบรับประทานถั่ว เมล็ดธัญพืช หรืองา					
3. การขาดความรู้เรื่อง ประเภท ชนิดของอาหารที่ควร รับประทาน หรือควรหลีกเลี่ยง					
4.					
5.					
11. การมีเงินจำกัดในการซื้ออาหารที่มีประโยชน์บางชนิด เช่น ผัก ผลไม้หรือข้าวกล้อง					
12. การมีเงินจำกัดในการซื้ออาหารจากแหล่งขายที่มี คุณภาพมาตรฐาน					

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคล

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความคิดและความเชื่อของท่านต่อบุคคลรอบตัวที่เป็นเครือข่ายทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน กลุ่มบุคคลในชุมชน และบุคลากรทางสุขภาพ ที่สามารถสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ขอให้ตอบคำถามเดียวและตอบให้ครบทุกข้อ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณคนดังกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมมากที่สุด

4 คะแนน = มาก หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณคนดังกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมมาก

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณคนดังกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง

2 คะแนน = น้อย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณคนดังกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย

1 คะแนน = น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณคนดังกล่าวสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

ท่านคิดว่า บุคคลรอบตัวต่อไปนี้มียิทธิพล มากน้อยเพียงใด	(5) มาก ที่สุด	(4) มาก	(3) ปาน กลาง	(2) น้อย	(1) น้อยที่สุด/ ไม่มีเลย
1. ครอบครัว คาดหวังเรื่องการดูแลสุขภาพของท่าน					
2. ครอบครัว ชักชวนท่านให้รับประทานอาหารสุขภาพ					
3.					
4.					
5.					
15. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออสม. ให้คำชมเชย เมื่อเห็นท่านรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หรือหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นโทษ					
16. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออสม. เป็นต้นแบบแก่ท่านในการรับประทานอาหารเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ					

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้อิทธิพลจากสถานการณ์ต่าง ๆ

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความคิดและความเชื่อของท่าน ต่อสถานการณ์หรือบริบทที่สามารถเอื้อหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด (ขอให้ตอบคำถามเดียวและตอบให้ครบทุกข้อ) โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

5 คะแนน = มากที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณสถานการณ์นั้นมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมากที่สุด

4 คะแนน = มาก หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณสถานการณ์นั้นมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมาก

3 คะแนน = ปานกลาง หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณสถานการณ์นั้นมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมปานกลาง

2 คะแนน = น้อย หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณสถานการณ์นั้นมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมน้อย

1 คะแนน = น้อยที่สุด หมายถึง ท่านรับรู้ว่าคุณสถานการณ์นั้นมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

ท่านคิดว่า สถานการณ์หรือบริบทต่อไปนี้ มีอิทธิพล มากน้อยเพียงใด	(5) มาก ที่สุด	(4) มาก	(3) ปาน กลาง	(2) น้อย	(1) น้อยที่สุด/ ไม่มีเลย
1. การละหมาดในทุกวันศุกร์ หรือทำกิจกรรมที่มีสยิด จะมีการจัดอาหารจำนวนมาก หลากหลายให้เลือกรับประทาน					
2. ในวันสำคัญ หรือช่วงเทศกาลถือศีลอด จะมีการจัดอาหารจำนวนมาก หลากหลายให้เลือกรับประทาน					
3.					
4.					
5.					
6. ร้านสะดวกซื้อในชุมชน ขายอาหารสำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบ					