

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม  
ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร



นางสาวนิยวาเฮร์ วาแวนิ

# ศูนย์วิทยพัทยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2553

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS AFFECTING SELF-CARE OF MUSLIM ADOLESCENTS  
IN SECONDARY SCHOOLS WITH ISLAMIC COURSES IN  
BANGKOK METROPOLITAN AREA



Miss Niyawahay Wawaeni

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Arts Program in Demography

College of Population Studies

Chulalongkorn University

Academic Year 2010

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม  
ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร

โดย

นางสาวนิยาวาเฮร์ วาแวนิ

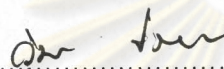
สาขาวิชา

ประชากรศาสตร์

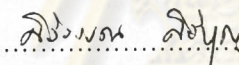
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

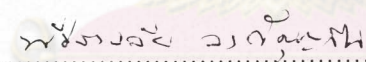
รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรวลัย วงศ์บุญสิน

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

  
..... คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

  
..... ประธานกรรมการ  
(นางสาวศิริวรรณ ศิริบุญ)

  
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.พัชรวลัย วงศ์บุญสิน)

  
..... กรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉรา เอ็นซ์)

  
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังศินันท์ อินทรกำแหง)

นิยามาเฮร์ วาเวนิ : ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมใน  
โรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร (FACTORS  
AFFECTING SELF-CARE OF MUSLIM ADOLESCENTS IN SECONDARY  
SCHOOLS WITH ISLAMIC COURSES IN BANGKOK METROPOLITAN AREA)  
อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ.ดร.พัชรารัตน์ วงศ์บุญสิน, 194 หน้า.

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงปัจจัยที่มี  
อิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนา  
อิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากตัวอย่างจำนวน 600 ราย ซึ่งกลุ่ม  
ตัวอย่างเป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความ  
แปรปรวน การวิเคราะห์ถดถอยอย่างง่าย การวิเคราะห์ถดถอยพหุและการวิเคราะห์การ  
ถดถอยแบบพหุขั้นตอน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ใน  
ระดับปานกลาง ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนและผลการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย  
พบว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ 0.05 มี  
ทั้งสิ้น 11 ตัวแปร คือ เพศ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ผู้ที่นักเรียน  
อาศัยอยู่ด้วย การรับข้อมูลด้านสุขภาพ สังเกตของโรงเรียน ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติด้าน  
สุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการ  
ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา อย่างไรก็ดี ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุ พบว่า มี 17 ตัวแปร  
สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 30.4 ที่ระดับ  
นัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน พบว่า มี 5 ตัวแปรที่มี  
อิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรเจตคติ  
ด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีที่สุด คือ ร้อยละ 19.3  
รองลงมา คือ ตัวแปรการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย ความเชื่อ  
อำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และเพศ ตามลำดับ ส่วนตัวแปรอิสระที่เหลือไม่สามารถเพิ่มอำนาจ  
การอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สาขาวิชา      ประชากรศาสตร์      ลายมือชื่อนิติ..... นินทาเฮร์ วาเวนิ  
ปีการศึกษา      2553      ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก..... พัทธกร วงศ์บุญสิน

## 5286859651 : MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORDS : SELF-CARE OF MUSLIM ADOLESCENTS

NIYAWAHAY WAWAENI : FACTORS AFFECTING SELF-CARE OF MUSLIM ADOLESCENTS IN SECONDARY SCHOOLS WITH ISLAMIC COURSES IN BANGKOK METROPOLITAN AREA. ADVISOR: ASSOC.PROF. PATCHARAWALAI WONGBOONSIN, Ph.D., 194 pp.

This study purports to investigate self-care and factors affecting self-care of Muslim adolescents in secondary schools with Islamic courses in Bangkok Metropolitan Area. 600 Muslim students were investigated, based a self-administrated questionnaire. The study relies upon analysis of variance, simple, multiple and stepwise multiple regression analyses.

The study finds the samples moderately taking care of themselves while the analyses of variance and simple regression indentify these 11 variables carrying impact on their self-care at the 0.05 significance level: sex; GPA score; marital status of parents; person whom student are lodging with; acquired heath information; school type; health-related knowledge; health-related attitude; internal belief in health-related self-control; belief in health-related power of others; and practice in religious activities. The multiple regressions reflect 17 independent variables with power to explain about 30.4 percent of the variance of self-care at the 0.05 significance level. The stepwise multiple regression analysis reveals that there are 5 variables affecting the self-care of the students at the 0.05 significance level, with the attitude toward self-care as the prime factor explaining the variation of self-care, 19.3 percent, followed by practice in religious activities, persons whom student are lodging with, belief in health-related power of others and sex. The remaining independent variables play no role in increasing the explanatory power at the 0.05 significance level.

Field of Study : Demography

Academic Year : 2010

Student's Signature Niyawahay Wawaeni

Advisor's Signature Patcharawali Wongboonsin

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จได้ ด้วยอำนาจของอัลลอฮฺ (ซุบฮานาฮูวาตาอาลา) ผู้ทรงเมตตาปรานีเสมอ ที่ทรงประสงค์ให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดีและด้วยความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากบรรดาคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิ และบุคคลหลายๆท่าน

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.พัชรพลชัย วงศ์บุญสิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาใช้เวลาอันมีค่ายิ่งในการให้คำแนะนำ ความรู้ แนวคิด และสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการทำวิทยานิพนธ์ ตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ ขอขอบพระคุณอาจารย์ ศิริวรรณ ศิริบุญ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัชฌรา เอ็นท์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อังคินันท์ อินทรกำแหง กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ให้คำแนะนำและชี้ข้อบกพร่องต่างๆในการปรับปรุงแก้ไข จนวิทยานิพนธ์มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอขอบพระคุณคณาจารย์วิทยาลัยประชากรศาสตร์ ที่ได้ให้ความรู้และอบรมสั่งสอนศิษย์จนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยและทุนสนับสนุนการเขียนบทความเพื่อตีพิมพ์วารสารวิชาการ จากโครงการวิจัยเรื่อง “ปฏิสัมพันธ์ของพลวัตทางประชากรกับความมั่นคงของมนุษย์ในสังคมไทย” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการส่งเสริมการวิจัยในอุดมศึกษาและการพัฒนา มหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2554 ขอขอบคุณวิทยาลัยประชากรศาสตร์ และบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้มอบทุนการศึกษาแก่ผู้วิจัยในระหว่างที่ศึกษาอยู่

ขอขอบคุณ ครู อาจารย์ โรงเรียนกลุ่มตัวอย่างทั้ง 14 โรงเรียน ที่ได้ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือผู้วิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดีรวมทั้งนักเรียนกลุ่มตัวอย่างทุกคนที่สละเวลาให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณเพื่อนนิสิต รุ่นพี่ รุ่นน้อง และเจ้าหน้าที่วิทยาลัยประชากรศาสตร์ทุกท่าน ที่ให้ความช่วยเหลือในระหว่างการศึกษาและการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ และขอบคุณ สิบตำรวจโทรัฐวิศ ไพบูลย์ ที่ให้กำลังใจ อีกทั้งคอยห่วงใยผู้วิจัยเสมอ

สุดท้ายนี้ ขอขอบคุณบิดา มารดา ที่ให้การสนับสนุน และช่วยเหลือในทุกๆด้านมาโดยตลอด และขอบคุณญาติพี่น้องและกัลยาณมิตรทุกท่านที่คอยให้กำลังใจเสมอมา และหากมีข้อผิดพลาดประการใดจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออภัยไว้แต่เพียงผู้เดียว

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญภาพ.....	ฏ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฑ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	6
1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี.....	6
1.4 กรอบแนวคิดของการศึกษา.....	43
1.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	46
1.6 สมมติฐานของการศึกษา.....	61
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	62
2 ระเบียบวิธีวิจัย.....	63
2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	63
2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	69
2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	72
2.4 นิยามศัพท์.....	73
2.5 นิยามตัวแปร.....	73
2.6 การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล.....	79
2.7 ขอบเขตของการศึกษา.....	80
2.8 ข้อจำกัดของการศึกษา.....	80

บทที่	ช หน้า
3	ผลการศึกษา..... 81
	3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง..... 81
	3.2 การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง..... 98
	3.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง..... 101
	3.3.1 การวิเคราะห์การแปรผันสองทาง..... 101
	3.3.2 การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง..... 120
4	สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ..... 132
	4.1 สรุปผลการศึกษา..... 133
	4.2 อภิปรายผลการศึกษา..... 137
	4.3 ข้อเสนอแนะ..... 142
	รายการอ้างอิง..... 146
	ภาคผนวก..... 159
	ภาคผนวก ก ..... 160
	ภาคผนวก ข ..... 161
	ภาคผนวก ค..... 171
	ภาคผนวก ง ..... 179
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์..... 194

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนประชากรและขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม จำแนกตามโรงเรียนที่สังกัด.....	66
2	สัดส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (อาสาสมัครแบบสอบถาม) จำแนกตามชั้นปีและเพศ.....	68
3	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของตัวแปรภายใต้ปัจจัยด้านประชากร.....	83
4	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของตัวแปรภายใต้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ.....	85
5	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละของตัวแปรภายใต้ปัจจัยด้าน สิ่งแวดล้อมทางสังคม.....	87
6	การกระจายร้อยละของการรับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ.....	88
7	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของการรับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ.....	89
8	การกระจายร้อยละของผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ.....	90
9	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของความรู้ด้านสุขภาพ.....	91
10	การกระจายร้อยละของผู้ที่มีเจตคติด้านสุขภาพ.....	92
11	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของเจตคติด้านสุขภาพ.....	93
12	การกระจายร้อยละของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ.....	94
13	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ.....	94
14	การกระจายร้อยละของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ.....	95
15	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ.....	96
16	การกระจายร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา.....	97

ตารางที่	หน้า
17	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา..... 98
18	การกระจายร้อยละของการดูแลสุขภาพตนเอง..... 99
19	การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดของการดูแลสุขภาพตนเอง..... 101
20	ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามปัจจัยด้านประชากร..... 103
21	ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจ..... 105
22	ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ทางสังคม..... 108
23	ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามปัจจัยด้านจิตวิทยาและ วัฒนธรรม..... 111
24	การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายของกลุ่มตัวอย่าง..... 115
25	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร..... 122
26	การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุของกลุ่มตัวอย่าง..... 124
27	การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอนของกลุ่มตัวอย่าง..... 131
28	สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง..... 136
29	ผลการทดสอบแบบสอบถามของค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนกของ ความรู้ด้านสุขภาพ..... 172
30	ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริงของค่าความยากง่ายและอำนาจจำแนกของ ความรู้ด้านสุขภาพ..... 173
31	ผลการทดสอบแบบสอบถามของค่าความเชื่อมั่นของเจตคติด้านสุขภาพ..... 175
32	ผลการทดสอบแบบสอบถามของค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจภายใน ตนด้านสุขภาพ..... 176
33	ผลการทดสอบแบบสอบถามของค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจบุคลากร ทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ..... 176
34	ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริงของค่าความเชื่อมั่นของเจตคติด้านสุขภาพ..... 177
35	ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริงของค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจ ภายในตนด้านสุขภาพ..... 178

ตารางที่		หน้า
36	ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริงของค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจ บุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ.....	178
37	ค่า Durbin-Watson ของตัวแปรอิสระ.....	193



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญภาพ

ภาพที่	หน้า
1.1 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับจำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....	179
1.2 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน.....	179
1.3 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับรายได้ของครอบครัว.....	180
1.4 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับการรับข้อมูลด้านสุขภาพ.....	180
1.5 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับความรู้ด้านสุขภาพ.....	181
1.6 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับเจตคติด้านสุขภาพ.....	181
1.7 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ.....	182
1.8 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ....	182
1.9 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา.....	183
2.1 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....	183
2.2 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน.....	184
2.3 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของรายได้ของครอบครัว.....	184
2.4 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของการรับข้อมูลด้านสุขภาพ.....	185
2.5 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของความรู้ด้านสุขภาพ.....	185
2.6 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของเจตคติด้านสุขภาพ.....	186
2.7 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ.....	186
2.8 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ.....	187
2.9 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา.....	187
3.1 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน.....	188
3.2 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน.....	188
3.3 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของรายได้ของครอบครัว.....	189
3.4 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของการรับข้อมูลด้านสุขภาพ.....	189
3.5 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของความรู้ด้านสุขภาพ.....	190
3.6 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของเจตคติด้านสุขภาพ.....	190

ภาพที่		หน้า
3.7	ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ.....	191
3.8	ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ.....	191
3.9	ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา.....	192



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร.....	45



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเจริญก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว สภาพสังคมและสิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไปทั้งทางด้านเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและสารสนเทศ โดยเปลี่ยนจากสังคมชนบทเป็นสังคมเมือง เปลี่ยนจากภาคเกษตรกรรมมาสู่ภาคอุตสาหกรรม แม้ว่าผลจากการพัฒนาประเทศที่ผ่านมา ได้สร้างความเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจให้แก่สังคมไทยอย่างน่าพอใจ แต่อีกด้านหนึ่งกำลังเกิดปัญหาสังคมและสุขภาพตามมาอย่างมากมาในการปรับตัวไม่ทันต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วของสังคมทั้งในเมืองและชนบท (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2545: 169) จากข้อมูลการสำรวจภาวะการเจ็บป่วยของประชาชนระหว่าง พ.ศ. 2534-2549 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ประชาชนเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่เกี่ยวข้องกับทางเดินหายใจ เป็นอันดับแรก รองลงมา คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ และโรคระบบทางเดินอาหาร ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เพื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไร้ท่อ โรคภูมิแพ้ และโรคระบบประสาทจิตเวชมีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2550: 164)

เมื่อพิจารณาภาพรวมปัญหาสุขภาพของคนไทย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2548-2549 พบว่า ปัญหาสุขภาพที่สำคัญในอันดับต้นของการตาย คือ มะเร็งทุกชนิด โรคหัวใจ อุบัติเหตุ ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดในสมอง ปอดอักเสบและโรคอื่นๆของปอด เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551: 68) และข้อมูลปัญหาสุขภาพจิต ระหว่างปี พ.ศ. 2548-2549 พบว่า ผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่พบส่วนใหญ่ คือ โรคจิต โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคลมชัก และติดยาเสพติด เป็นต้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551: 64) จะเห็นได้ว่าผลตามมาจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวในช่วงต้นเป็นผลที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ โดยเฉพาะโรคที่ไม่ติดต่อ ซึ่งสามารถป้องกันได้ ด้วยการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสม ซึ่งหากไม่มีการป้องกันหรือมีมาตรการที่ควบคุม ส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองที่ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ ก็เป็นการง่ายที่จะสามารถมีสุขภาพที่ดีได้

หนึ่งในพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ควรให้ความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในขณะนี้ คือ การดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น อันจะเป็นการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้ตรงกับปัญหา เพราะการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมนั้น นอกจากจะเป็นเชิงของการรักษาฟื้นฟูแล้ว ยังเป็นในเชิงส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคด้วย (เอี่ยมพร ทองกระจาย, 2533: 44-45)

การกำหนดนโยบายแผนพัฒนาของรัฐ ที่เกี่ยวกับสุขภาพคนไทยในอนาคต ปรากฏอยู่ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544) ซึ่งนับเป็นครั้งแรกที่ได้มีความพยายามอย่างเป็นทางการโดยภาครัฐเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพในเชิงบวก คือมุ่งสู่สุขภาพที่ จะมุ่งหวังเพียงการลดการเจ็บป่วยหรือการตายเท่านั้น โดยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ว่าเป็นทุนที่สำคัญ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539: 5)

แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ.2545-2549) ได้ระบุว่า ต้องการให้คนไทยมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกายและใจ สังคมไทยทุกส่วนมีจิตสำนึกรับผิดชอบร่วมกันในการสร้างบุคคล ครอบครัว และชุมชน มีความศรัทธาเชื่อมั่นในศักยภาพของตน ในการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม จากที่เคยให้ความสนใจสุขภาพเสีย (ill health) มาให้ความสนใจกับสุขภาพดี (good health) พัฒนาคนให้เป็นคนที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านความรู้ ปัญญา ทั้งกายและใจ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2544: 37-48)

สำหรับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554) ที่มุ่งเน้นให้สังคมไทยมีสุขภาพที่ดี มีการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน และมีความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549: 36-39) นอกจากนี้ กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (กองสุศึกษา, 2547) ได้กำหนดให้มีสุขบัญญัติแห่งชาติขึ้นมา เพื่อเป็นข้อกำหนดให้ประชาชนทุกคนได้พึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นสุขนิสัย อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างเป็นสุข และได้กำหนดให้วันที่ 28 พฤษภาคมของทุกปี เป็นวันสุขบัญญัติแห่งชาติ

การพัฒนาสุขภาพนั้นเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของคน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในวัยเรียน เป็นวัยที่มีความสำคัญมาก เป็นวัยที่เริ่มเปลี่ยนจากวัยเด็ก เข้าสู่ผู้ใหญ่ และเป็นวัยที่อ่อนแอ ขาดประสบการณ์ไม่สามารถคุ้มครองตนเองได้อย่างเต็มที่ (อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์, 2540: 1)

จากข้อมูลปัญหาด้านสุขภาพของวัยรุ่นไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2553: ออนไลน์) ในปี 2553 นี้ ยังน่าเป็นห่วง จากการสำรวจ วัยรุ่นอายุเฉลี่ย 13-17 ปี จาก 21 จังหวัดทั่วประเทศ รวมจำนวน 43,693 คน เป็นชาย 20,213 คน หญิง 23,480 คน โดยสำรวจพฤติกรรม 5 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ การใช้สารเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การป้องกันอุบัติเหตุจราจร การกินอาหารและการควบคุมน้ำหนักตัว การแสดงอารมณ์รุนแรง และการออกกำลังกาย พบว่า วัยรุ่นกินอาหารไม่ถูกต้อง โดยกินผักผลไม้สดน้อยกว่ามาตรฐานคือ วันละ



400-600 กรัม มากถึงร้อยละ 59 และยังใช้วิธีควบคุมน้ำหนักตัวผิดๆ เช่น กินยาลดน้ำหนัก กินยา ระบาย พบร้อยละ 10 มีการออกกำลังกายลดลงกว่าในเด็กและลดลงเรื่อยๆเมื่อมีอายุสูงขึ้น และมี วัยรุ่นร้อยละ 51 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เฉลี่ยเริ่มดื่มอายุ 13 ปี และจากการสำรวจเกี่ยวกับ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรในปี พ.ศ. 2550 พบว่า สถิติการสูบบุหรี่ของวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้น โดยวัยรุ่นอายุ 11-14 ปี มีจำนวน 7,335 คน ที่สูบบุหรี่เป็นประจำในปีพ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นจากปี 2549 เท่ากับร้อยละ 38.46 สำหรับวัยรุ่นกลุ่มอายุ 15-18 ปี มีจำนวน 228,219 คน ที่สูบบุหรี่เป็นประจำในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นจากปี 2549 มากถึงร้อยละ 12.72 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551: 105-106)

ปัญหาต่อมาคือ ปัญหาสุขภาพจิต โดย นายแพทย์ชาติรี บานชื่น อธิบดีกรมสุขภาพจิต เผยถึงปัญหานี้ว่า ปัญหาสุขภาพจิตของเด็กวัยรุ่นไทยนั้นจะเป็นปัญหาด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ (1) ปัญหาความสัมพันธ์กับเพื่อน (2) ปัญหาพฤติกรรมก้าวร้าว (3) ปัญหาสมาธิสั้น/อยู่ไม่ นิ่ง และ (4) ปัญหาด้านอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 73.9, 29.6, 27.8 และ 13.9 ตามลำดับ

นอกจากนี้ หนึ่งในปัญหาสำคัญของวัยรุ่นไทยอย่างปัญหาโรคเอดส์และการมีความคิด เรื่องเพศสัมพันธ์แบบผิดๆ ที่เผยแพร่ข้อมูลโดย สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) (อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, 2553: ออนไลน์) พบว่า ปัจจุบันเยาวชน ร้อยละ 32.4 มองการอยู่ร่วมกันก่อนแต่งเป็นเรื่องปกติ การมีคู่นอนชั่วคราว การ ขายบริการทางเพศโดยเต็มใจมีจำนวนมากขึ้น และเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์โดยไม่ พร้อม มีแนวโน้มที่สูงขึ้น อีกทั้งยังพบเด็กเยาวชนในโรงเรียนและมหาวิทยาลัยเป็นโรคเอดส์มากขึ้น ประกอบกับข้อมูลการสำรวจวัยรุ่นในระดับมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร โดย รศ. พญ. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ ผู้อำนวยการศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี (อ้างถึงในสถาบันวิจัยประชากรและสังคม และสำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ, 2547: 93-94) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาร้อยละ 10 เคยมีเพศสัมพันธ์ แล้ว โดยเพศชายมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 13.5 ส่วนวัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 7.5 และ นักเรียนชั้นมัธยมหนึ่ง เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 2 โดยไม่เคยใส่ถุงยางอนามัยเลย ดังนั้น ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ โดยมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ เหมาะสมและการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหา สุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และจิตใจ และมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมเข้าไปเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็น

อันตรายต่อสุขภาพ สรุปได้ 6 ประการ ได้แก่ การบริโภคอาหารและยาที่ไม่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่ลดลง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ปัญหาสุขภาพจิต และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

งานศึกษาของประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2541: 28) ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าวเกิดขึ้น จากสาเหตุส่วนใหญ่ คือ ความอยากรู้อยากลอง และปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้มาจาก พฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสมของวัยรุ่น ที่อาจจะส่งผลให้เกิดโรคไม่ติดต่อต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคทางจิต และโรคติดต่อร้ายแรง เช่น โรคเอดส์ ซึ่งนับวันมีแนวโน้มที่สูงขึ้น อีกทั้งส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยทำงาน และวัยสูงอายุด้วย หากประชากรกลุ่มนี้ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับสุขภาพแล้ว ก็จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตหรือมีการเปลี่ยนแปลงไปไม่เป็นไปตามวัยที่ควร อันจะส่งผลต่อไปสู่วัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นการกำลังหลักของชาติในวันข้างหน้า

สำหรับข้อมูลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิม ยังไม่พบรายงานการศึกษา แต่มีการกล่าวถึงในงานศึกษาของศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติ และคณะ (2548: 11) ซึ่งสะท้อนเกี่ยวกับวิถีชีวิตของสังคมชาวมุสลิมซึ่งมีการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม จากการดำรงชีวิตของชาวมุสลิม ซึ่งส่วนใหญ่ล้วนอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม สังเกตได้จากแหล่งที่ตั้งของมัสยิด กล่าวคือ หากมีมัสยิดเป็นการบอกได้ว่า จะมีชาวมุสลิมอาศัยอยู่เป็นกลุ่มสังคมชาวมุสลิมในบริเวณนั้น และมีการพึ่งพาอาศัยของคนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ทั้งนี้เมื่อมีปัญหาจะมีการสอบถามการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในชุมชน เช่นเดียวกับการแก้ปัญหาเรื่องสุขภาพ หากมีผู้เจ็บป่วยเกิดขึ้นในชุมชน ผู้ที่เป็นสมาชิกในชุมชน จะรู้กันอย่างถ้วนหน้า และจะพยายามหาวิถีทางเพื่อช่วยเหลือสมาชิกของชุมชนเป็นอย่างดี อีกทั้งวิถีชีวิตของมุสลิมนั้นมีระเบียบประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ และการปฏิบัติเป็นเอกลักษณ์ที่เด่นชัด เนื่องจากหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม จะเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตในเกือบทุกแง่มุม ทั้งในระดับนโยบายทั่วไปและระดับการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน

ฟารีดา อิบรอฮิม (ฟารีดา อิบรอฮิม, 2535: 22-27) กล่าวว่า ไม่มีพฤติกรรมใดของมนุษย์ที่พึงชอบข้ายคำสอนของศาสนาอิสลาม เพราะคำสอนของศาสนาอิสลามถือเป็นธรรมนูญแห่งชีวิต ดังนั้นมุสลิมจะมีการนำหลักการทางศาสนา มาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตทั้งทางด้านสุขภาพ กาย จิตใจ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นมุสลิมซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญ เพราะเป็นวัยที่บรรลุนิติภาวะจะต้องปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ทุกประการ รวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันโรคทั้งแก่ตนเองและสังคม และที่สำคัญเวลาที่ใช้ชีวิตของกลุ่มวัยรุ่นมุสลิมส่วนใหญ่อยู่ในโรงเรียน ทั้งนี้โรงเรียนก็เป็นสถานที่หนึ่ง ที่มี

บทบาทสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิมได้ ซึ่งเห็นได้จากโรงเรียนมัธยมที่สอนศาสนาอิสลาม ซึ่งจะมีเนื้อหาการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเข้ามามีบทบาทต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก เช่น การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น โดยจะมุ่งเน้นให้วัยรุ่นมุสลิมมีสุขภาพที่แข็งแรง ดังบทบัญญัติที่สำคัญทางศาสนาอิสลามด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอนามัย จากหะดีษของนบีมุฮัมมัด (คือลัลลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม) ความว่า

“มุสลิมที่แข็งแรงนั้นดีกว่าและเป็นที่ยรักของอัลลอฮ์ (ซุบฮานาฮูวะตะอาลา) มากกว่ามุสลิมที่อ่อนแอ”

“แข็งแรง” หมายถึง ความเข้มแข็งทั้งกายและใจตลอดจนความเข้มแข็งในด้านอื่นๆ จากหะดีษตอนนี้ชี้ให้เห็นว่า อิสลามให้ความสำคัญในเรื่องของความแข็งแรงและการมีสุขภาพดีของมนุษย์ อิสลามไม่ส่งเสริมให้ชาวมุสลิมมีความอ่อนแอ (สาเหอะอับลุเลาะห์ อัลยุฟรีและคณะ, 2532)

จากนัยของบทบัญญัติของศาสนาอิสลาม ซึ่งชาวมุสลิมทุกคนพึงปฏิบัติอย่างเคร่งครัด เป็นเหตุผลหนึ่งที่สันนิษฐานว่า กลุ่มวัยรุ่นมุสลิมเป็นกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่นๆของไทยซึ่งมีหลายเชื้อชาติ ศาสนา เนื่องจากมุสลิมมีความผูกพันกับศาสนา และศาสนามีบทบาทสำคัญในการวางหลักการแห่งการกระทำของวัยรุ่นมุสลิม และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นมุสลิม สามารถปรับปรุงพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพให้เข้ากับสถานการณ์ตามหลักศาสนาได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในกรณีของวัยรุ่นมุสลิมในสังคมเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร ที่อาจได้รับอิทธิพลของวัฒนธรรมตะวันตกเป็นอย่างมาก ทำให้ค่านิยมและการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยมลภาวะ ปัญหาแหล่งเสื่อมโทรมและปัญหาการจราจร ซึ่งสภาวะดังกล่าวนี้ จะส่งผลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิมทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย

ในขณะที่ประเทศไทยยังมิได้มีการศึกษาการดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มวัยรุ่นมุสลิมดังกล่าวแต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม มัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะประโยชน์อย่างยิ่งต่อการค้นหาแนวทางการพัฒนาและการส่งเสริมป้องกันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับวัยรุ่นมุสลิม เพื่อสอดคล้องกับสังคม วัฒนธรรม วิถีชีวิตของมุสลิม ผู้ซึ่งเป็นอนาคตของชาติได้อย่างมีคุณภาพและเหมาะสมต่อไป

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร

1.2.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร

## 1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี

ในงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นพื้นฐานและแนวทางในการวิจัย โดยแยกเป็นประเด็นต่างๆดังนี้

1.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่น

1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาอิสลามและโครงสร้างศาสนาอิสลาม

1.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

1.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

1.3.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

1.3.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

1.3.3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพ

1.3.3.5 การวัดการดูแลสุขภาพตนเอง

1.3.4 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

1.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับวัยรุ่นและพัฒนาการของวัยรุ่น

1.3.1.1 ความหมายของวัยรุ่นและการแบ่งช่วงอายุของวัยรุ่น

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 (ราชบัณฑิตยสถาน, 2532: 8) ได้ให้ความหมายวัยรุ่น (Adolescence) ว่า ช่วงระยะเวลาหนึ่งในการเจริญเติบโตของมนุษย์ คือระหว่างวัยแตกเนื้อสาว ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาทางเพศ ซึ่งดำเนินไปอย่างรวดเร็วกับวัยผู้ใหญ่เต็มตัว

Dusek (1987: 4-5 อ้างถึงในพรพิมล เจียมนาครินทร์, 2539: 11) ได้ให้ความหมายของคำว่าวัยรุ่น (Adolescence) คือ วัยที่เชื่อมระหว่างการเป็นเด็กกับการเป็นผู้ใหญ่ อันเป็นระยะที่ต้องปรับพฤติกรรมวัยเด็กไปสู่พฤติกรรมแบบผู้ใหญ่ที่สังคมนั้นยอมรับ เด็กวัยรุ่นจึงไม่ใช่เป็นเพียงการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย แต่หมายถึงการเจริญเติบโตทางสังคม ซึ่งอยู่ในกรอบวัฒนธรรมของแต่ละที่

สุชา จันทร์ธอม (2528: 1) ให้ความหมายของวัยรุ่น คือ วัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เป็นวัยที่ ย่างเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยถือเอาความพร้อมทางร่างกายเป็นเครื่องตัดสิน อันเป็นระยะที่ร่างกายมี ความเจริญเติบโตของระบบอวัยวะเพศ และสามารถทำงานได้เต็มที่ คือเพศหญิงมีประจำเดือน ครั้งแรก และในเพศชายมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์ การเริ่มต้นเข้าสู่วัยรุ่นของเด็กหญิงและเด็กชายไม่ พร้อมกัน โดยเด็กหญิงจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุประมาณ 12 ปี และเด็กชายจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเมื่อ อายุประมาณ 14 ปี

ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ (2541: 26) กล่าวว่า วัยรุ่น เป็นวัยที่กั้นระหว่างเด็กกับ ความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยแห่งการเจริญเติบโต วัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นวัย ที่รักความอิสระ ต้องการพึ่งพิงตนเอง ชอบโต้เถียง และอาจเกิดความขัดแย้งกับครอบครัวได้ง่าย รวมทั้งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหา เนื่องจากเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต บางคนเรียกวัยนี้ ว่า วัยวิกฤต เพราะต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัว วัยรุ่นมักตัดสินใจวู่วาม และแสดงอารมณ์อย่าง รุนแรงและรวดเร็ว

สำหรับการกำหนดช่วงอายุของวัยรุ่น มีนักวิชาการได้กำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นไว้แตกต่างกัน ดังนี้

ศรีเรื่อน แก้วกังวาน (2540: 329) ได้แบ่งช่วงวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ โดยใช้เกณฑ์ ความเป็นเด็ก-ผู้ใหญ่ ตัดสิน คือ

- 1) ช่วงวัยแรกรุ่น อายุระหว่าง 12-15 ปี มีพฤติกรรมค่อนข้างเป็นเด็กอยู่มาก
- 2) ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง อายุระหว่าง 16-17 ปี มีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างความเป็น เด็กและผู้ใหญ่
- 3) ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 18-25 ปี กระบวนการพฤติกรรมค่อนข้างไป ทางผู้ใหญ่

พรพิมล เจียมนาครินทร์ (2539: 22) วัยรุ่นสามารถแบ่งช่วงพัฒนาการได้เป็น 3 ตอน คือ

1) วัยรุ่นตอนต้น (Early Adolescence) เด็กหญิงจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นก่อนเด็กชาย โดยจะเข้าสู่ช่วงอายุวัยรุ่นตอนต้นระหว่าง 13-15 ปี และเด็กชายจะอยู่ในช่วงระหว่าง 15-17 ปี เป็นช่วงที่ร่างกายของเด็กหญิงและเด็กชายมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมบูรณ์มาก

2) วัยรุ่นตอนกลาง (Middle Adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 15-18 ปี และเด็กชายจะอยู่ในช่วงระหว่าง 17-19 ปี มีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายลดลง แต่จะเพิ่มในด้าน เจตคติและความรู้สึกนึกคิด ในลักษณะที่ค่อยเป็นค่อยไป มีลักษณะบุคลิกภาพภายนอกที่ดึงดูด ความสนใจเพศตรงกันข้าม เช่น โบหน้าอิมเอิบ ดวงตาเป็นประกาย ผมดำนุ่มสลวย มีลักษณะของ ความเป็นหญิงและความเป็นชายที่เด่นชัด

3) วัยรุ่นตอนปลาย (Late Adolescence) เด็กหญิงจะมีอายุระหว่าง 18-20 ปี และเด็กชายจะมีอายุระหว่าง 19-21 ปี เป็นระยะที่พัฒนาการด้านต่างๆเข้าสู่วุฒิภาวะอย่างสมบูรณ์แบบ พัฒนาการด้านอารมณ์ และความรู้สึกนึกคิดและสติปัญญาจะเจริญเติบโตอย่างเต็มที่ เด็กวัยนี้มีความพยายามที่จะปรับตัวให้เข้ากับสังคม พยายามหัดคิดและตัดสินใจในเรื่องต่างๆด้วยตนเอง แก้ปัญหาด้วยตนเอง มีความกระตือรือร้นที่จะแสดงให้เห็นว่าตนเองไม่ใช่เด็กอีกต่อไป มีความต้องการในการสร้างความประทับใจในเรื่องต่างๆ และพิสูจน์ให้เห็นความสามารถว่าตนทำได้ และต้องการสิทธิเท่าเทียมกับผู้ใหญ่

โดยสรุป วัยรุ่น เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและสังคม และสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ เนื่องจากมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาวัยรุ่นในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยจึงนิยามนักเรียนวัยรุ่นมัธยมศึกษาตอนต้น หมายถึงบุคคลที่มีอายุระหว่าง 12-15 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับช่วงอายุของวัยรุ่นตอนต้นที่กำลังศึกษาในมัธยมศึกษาในครั้งนี้

### 1.3.1.2 พัฒนาการของวัยรุ่น

สำหรับวัยรุ่นมุสลิมที่ศึกษาในครั้งนี้ เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่จะเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปเป็นผู้ใหญ่ และมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ สติปัญญาและสังคม โดยประภาเพ็ญ สุวรรณ และคณะ (2541: 28) ได้แบ่งพัฒนาการของวัยรุ่นออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1) **พัฒนาการด้านร่างกาย** วัยรุ่นจะมีการเจริญเติบโตของร่างกายมากในช่วงนี้ เพศชายจะมีการหลั่งน้ำอสุจิในเวลาหลับ มีขนขึ้นตามแขน ขา ริมฝีปาก รักแร้ และอวัยวะเพศ มีหนวดเครา เสียงจะแตกพร่าและห้าวขึ้น ส่วนในเพศหญิงจะเริ่มมีประจำเดือน มีหน้าอก สะโพกผาย และเริ่มมีขนขึ้นตามรักแร้ และอวัยวะเพศเช่นเดียวกับเพศชาย ทั้งนี้ร่างกายจะเริ่มย่างเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ พัฒนาการด้านร่างกาย ในทัศนะอิสลามนั้นเมื่อเด็กชายเริ่มมีฝั้นเปียกและเด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก ถือว่าเด็กผู้นั้นได้เข้าสู่วัยบรรลุนิติภาวะจะต้องปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ทุกประการ เช่น การละหมาดฟروض 5 เวลา การแต่งกายตามหลักศาสนา การสังคม (ฟิรฎุกิฟายะฮฺ) ด้านหลักศาสนาอิสลาม การอาบน้ำวาญิบต่างๆ การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การเรียนคัมภีร์อัลกุรอานและวิชาการอื่นๆ การปฏิบัติตนตามแบบอย่างนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) การดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันโรคทั้งแก่ตนเองและสังคม (วิทยาลัษยัลอิสลาม, 2535: 151-156)

2) **พัฒนาการทางอารมณ์** มักจะมีอารมณ์ที่รุนแรงและมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง จึงมักจะขัดแย้งกับผู้ใหญ่ อารมณ์ต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ ความกลัว เช่น กลัวว่าจะปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้ ความกังวลใจ เช่น การสอบ การเรียน เป็นต้น ความโกรธ โดยมักแสดงอารมณ์ก้าวร้าวรุนแรงขาดความยั้งคิดได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ ความรักซึ่งมีทั้งรักตนเอง เอาใจใส่ในเรื่องความสวยความงามของร่างกาย มีความรักเพื่อน รักและเทิดทูนบุคคลในดวงใจ ซึ่งอาจจะเป็นนักกีฬาหรือดารา ซึ่งตนเองต้องการเอามาเป็นแบบอย่าง รวมทั้งความรักในเพศตรงข้าม ความอิจฉาริษยาชอบเอาชนะคู่แข่งต่อสู้ เข้มแข็งต่อสู้ง่าย ซึ่งนำไปสู่การต่อสู้และเกิดความรุนแรงได้ง่าย และอารมณ์ที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น อีกประการหนึ่งคือ ความอยากรู้อยากเห็น อยากรลอง ทั้งในทางดีและทางเลื่อม จึงพบว่าการลองสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือยาเสพติด ตลอดจนการมีพฤติกรรมทางเพศเป็นครั้งแรกจะเกิดมากที่สุดในช่วงนี้ ในส่วนของศาสนาอิสลาม ถือว่าพัฒนาการด้านนี้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้คนเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม รู้จักอยู่ร่วมกันในสังคม

ทั้งนี้พัฒนาการด้านอารมณ์ของวัยรุ่นส่วนหนึ่งอยู่ที่บิดามารดา ซึ่งจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่ลูก (วิทยาลัยลัยอิสลาม, 2535: 154) ซึ่งท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) กล่าวไว้ความว่า

*“การกระทำทุกอย่างของพ่อแม่เป็นแบบอย่างของลูกๆ จึงเป็นแบบอย่างที่ดี ลูกต้องตามหลักศาสนา แก่พวกเขา”*

ดังนั้นผู้ปกครองจะต้องระลึกไว้เสมอว่า การกระทำของตนเองจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่บุตรหลาน

3) **พัฒนาการทางสติปัญญา** วัยรุ่นจะมีพัฒนาการทางสติปัญญาที่ทำให้ความสามารถคิดพิจารณาหาเหตุผลต่างๆ ได้ สามารถแสดงความคิดเห็นกับคนอื่น สามารถประเมินว่าคนอื่นรู้สึกกับเราอย่างไร มีผู้กล่าวว่า วัยนี้เป็นวัยแห่งการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและคนรอบข้าง เป็นวัยแห่งการสร้างเจตคติที่ดีงาม เป็นวัยแห่งการคิดอย่างเป็นระบบและมีเหตุผล และเป็นวัยที่เริ่มวาดหวังอนาคตของตนเอง

พัฒนาการด้านสติปัญญาของวัยรุ่นในทัศนะอิสลามนั้น หมายถึง การพัฒนาด้านความรู้ทั้งทางศาสนาและความรู้พื้นฐานที่จะเป็นอาชีพในอนาคต ซึ่งศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการศึกษาเพื่อพัฒนาสติปัญญา ดังที่นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ได้กล่าวไว้ว่า

*“จงศึกษาหาความรู้ตั้งแต่อยู่ในเปลจนถึงหลุมฝังศพ”*

จะเห็นได้ว่าศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการศึกษาเพื่อพัฒนาสติปัญญาของมนุษย์ โดยการส่งเสริมให้มุสลิมทุกเพศทุกวัยชวนหาความรู้อยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (วิทยาลัยลัยอิสลาม, 2535: 153-159)

4) **พัฒนาการทางสังคม** วัยรุ่นจะรักความเป็นอิสระ เป็นตัวของตัวเอง ชอบมีโลกส่วนตัว มีห้องของตนเองเป็นสัดส่วน มีของใช้ส่วนตัว และต้องการการยอมรับจากคนรอบข้าง ทั้งพ่อแม่ ผู้ปกครอง และกลุ่มเพื่อน วัยนี้จะมีการแต่งกายพิถีพิถัน เอาใจใส่ในบุคลิกภาพของตนเอง ต้องการให้ทุกคนยอมรับว่าตนเองเป็นผู้ใหญ่แล้ว จะมีการรวมกลุ่มในหมู่เพศเดียวกันและต่อมาจะมีเพื่อนต่างเพศและคนรัก ส่วนหลักการของศาสนาอิสลาม จะเห็นว่าวัยรุ่นมุสลิมมีวิถีชีวิตในสังคมแตกต่างจากวัยรุ่นอื่นๆ โดยเฉพาะการแต่งกาย เนื่องจากศาสนาอิสลามได้บัญญัติให้มุสลิมแต่งกายแบบฉบับของผู้นับถือศาสนาอิสลาม ดังโองการในคัมภีร์อัลกุรอาน ซูเราะฮ์อัลอะรอฟ อายะฮ์ที่ 27 ความว่า

“โอ้วงศ์วานอาดัมเอ๋ย แท้จริงเราได้ประทานเครื่องแต่งกายมาให้แก่พวกเจ้า เพื่อที่จะปกปิดส่วนที่พึงละอายของพวกเจ้า และเป็นเครื่องประดับ แต่เครื่องแต่งตัวแห่งความยำเกรงนั้นแหละเป็นสิ่งที่ดียิ่ง นั่นเป็นส่วนหนึ่งจากบรรดาสัญญาอันแห่งอัลลอฮ์ (ซุบฮาย) เพื่อพวกเจ้าจะได้สำนึก”

หลักการของศาสนาอิสลามดังกล่าว ทำให้วัยรุ่นมุสลิมมีวิถีชีวิตในสังคมแตกต่างจากวัยรุ่นอื่นๆ โดยเฉพาะการแต่งกาย การแต่งกายของสตรีมุสลิมนั้นต้องปกปิดให้มิดชิดยกเว้นใบหน้าและมือ จะแต่งกายตามสมัยนิยมที่ขัดต่อศาสนบัญญัติไม่ได้ การแต่งกายสำหรับชายนั้นต้องแต่งให้สุภาพ สะอาด ต้องปกปิดระหว่างสะดือและหัวเข่า และได้กำชับไว้ว่าห้ามผู้ใดเปิดเผยอวัยวะส่วนนั้นต่อคนอื่น ส่วนรูปแบบของเสื้อผ้าจะอยู่ในรูปแบบใดก็ได้ ไม่จำกัดว่าต้องเป็นโสร่งหรือกางเกง (ดลมนรรัตน์ บากา และแวอุซซิง มะแดเฮาะ, 2533: 171-174) ดังนั้นจะเห็นได้ว่าวัยรุ่นมุสลิมจะแต่งกายตามหลักศาสนาอิสลามมากกว่าจะแต่งตัวตามสมัยนิยมซึ่งแตกต่างจากวัยรุ่นโดยทั่วไป

### 1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาอิสลามและโครงสร้างศาสนาอิสลาม

#### 1.3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาอิสลาม

ศาสนาเป็นความเชื่อของมนุษย์ มีอิทธิพลต่อสังคมและการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แต่ละศาสนามีความเชื่อ การถือปฏิบัติและข้อกำหนดที่แตกต่างกัน อิสลามเป็นศาสนาหนึ่งที่มีวิธีการดำเนินชีวิตภายใต้โครงสร้างทางสังคมในกรอบแห่งศาสนาอิสลาม อันมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำความสันติสุขมาให้แก่มนุษยชาติ และเป็นความสันติสุขที่ครอบคลุมทั้งโลกนี้และโลกหน้า

อิสลาม หมายถึง การมอบน้อมต่อพระผู้เป็นเจ้าแต่พระองค์เดียวอย่างสิ้นเชิง เพื่อความสันติ และปฏิเสธที่จะยอมรับความคิด กฎหมาย และทำสิ่งใดๆที่ขัดกับทางนำที่ได้รับจากพระองค์ อัลลอฮ์ (ซุบฮาย) และศาสนาอิสลาม จัดอยู่ในประเภทของ เอกเทวนนิยม (Monotheism) คือศาสนาที่นับถือพระเจ้าองค์เดียว และคำว่า “อิสลาม” เป็นคำที่มีความหมายรวมถึง ความสุข



ความมั่นคง สภาวะสงบ ทางแห่งความสงบและการยอมรับต่อสภาวะของพระผู้เป็นเจ้า อิสลามคือ ศาสนาหรือคำสอนของพระผู้เป็นเจ้าที่ได้แจ้งมาแก่ท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) เพื่อให้ท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ในฐานะเป็นศาสนทูตของพระผู้เป็นเจ้า นำไปเผยแพร่สั่งสอน ชี้แนะให้มนุษย์ยึดมั่นและปฏิบัติในการดำรงชีวิต คำสอนดังกล่าว คือ คัมภีร์อัลกุรอาน (นุรุดดีน สารีมีง, 2540 : 79-91; เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535: 6-7) แต่ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะเรียกว่า “มุสลิม” อันหมายถึง ผู้ที่นอบน้อมต่อพระผู้เป็นเจ้าแต่เพียงผู้เดียว มีวัฒนธรรมอิสลามในการดำเนินชีวิต และกำหนดพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งมุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติตามวัฒนธรรมอิสลามที่ปรากฏในคัมภีร์อัลกุรอาน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535: 7-8)

### 1.3.2.2 โครงสร้างศาสนาอิสลาม

โครงสร้างของศาสนาอิสลาม ประกอบด้วยหลักการสำคัญ 3 ประการ คือ หลักศรัทธา หลักปฏิบัติ และหลักคุณธรรม ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1.3.2.2.1 หลักศรัทธา (รูกันอิหม่าน) มี 6 ประการ คือ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535: 16-48)

#### (1) ศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าอัลลอฮ์ (ซุบฮาย)

มุสลิมทุกคนจะต้องศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าเพียงองค์เดียว ไม่ตั้งสิ่งอื่นใดขึ้นเป็นภาคี ทำการเคารพสักการะ พระเจ้าในนามศาสนาอิสลามว่า อัลลอฮ์ (ซุบฮาย) นอกจากมุสลิมจะศรัทธาว่ามีพระเจ้าเพียงองค์เดียวแล้ว มุสลิมจะต้องศรัทธาต้องยอมรับในคุณลักษณะของพระผู้เป็นเจ้า เช่น พระองค์ทรงรู้ ทรงเห็น ทรงได้ยินทุกสรรพสิ่งทั้งมวล ทรงเมตตากรุณา ทรงยุติธรรม ฯลฯ ดังใจความในคัมภีร์อัลกุรอาน บทที่ 112 โองการที่ 1-4 บัญญัติไว้ว่า

“จงกล่าวเถิด(นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ)) ว่า อัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ทรงมีอยู่องค์เดียว ทรงเป็นที่พึ่งของสรรพสิ่งทั้งมวล ทรงไม่มีบุตร ไม่ทรงเป็นบุตรใครและไม่มีแบบอย่างใดๆ ที่เทียบกับพระองค์ได้”

หากมุสลิมคนใดเข้าถึงหลักการศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าอย่างถ่องแท้ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลนั้น เพราะจะเป็นสิ่งที่ทำให้เขาละเว้นความชั่ว กระทำแต่ความดี มีพลังหรือกำลังใจในการเผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ

#### (2) ศรัทธาในบรรดามลาอิกะฮ์

มลาอิกะฮ์เป็นบ่าวของพระเจ้าประเภทหนึ่ง มีคุณสมบัติแตกต่างจากมนุษย์ เช่น ไม่กิน ไม่ดื่ม ไม่นอน ไม่มีเพศ ไม่กระทำความผิดตามอารมณ์ชอบ มนุษย์ไม่ทราบรูปร่างที่แท้จริง คือ ไม่อาจ

เห็นตัวตนได้ แต่มลาอิกะฮ์สามารถแปลงร่างต่างๆได้ตามบัญชาของพระเจ้า มลาอิกะฮ์ ถูกสร้างเป็นจำนวนมาก โดยมีชื่อและหน้าที่แตกต่างกัน เช่น

- ญิบรออิล มีหน้าที่ นำโองการจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้าของมาถ่ายทอดให้แก่ท่านนบี
- รกิบ มีหน้าที่ บันทึกความดีของมนุษย์
- อติดี มีหน้าที่ บันทึกความชั่วของมนุษย์
- อิศรออิล มีหน้าที่ ถอดวิญญาณมนุษย์จากร่าง
- มุลกัร-นกีร มีหน้าที่ สัมภาษณ์ผู้ตายในหลุมฝังศพ

ผู้ที่เป็นมุสลิมได้สมบรูณ์ จะต้องศรัทธาว่ามลาอิกะฮ์มีจริง ซึ่งการศรัทธาในข้อนี้มีผลดีแก่มนุษย์ที่จะทำให้เขาทำแต่ความดี ละเว้นความชั่ว เพราะแต่ละคนจะมีมลาอิกะฮ์คอยบันทึกความดี ความชั่วอยู่ตลอดเวลา

### (3) ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์

คัมภีร์ในศาสนาอิสลาม ชื่อว่า “คัมภีร์อัลกุรอาน” ซึ่งเป็นคัมภีร์ฉบับสุดท้ายที่อัลลอฮ์ (ซุบฮาน) ประทานมายังมนุษยชาติโดยผ่านทางนบีมุฮัมมัด (ศ็อลย) แต่ก่อนหน้านี้พระองค์ได้ประทานคัมภีร์มาให้มนุษยชาติ โดยผ่านทางศาสดาต่างๆมาแล้ว ทั้งหมดมีจำนวน 104 เล่ม แต่ที่สำคัญมี 4 คัมภีร์ คือ

- คัมภีร์เตอราต ประทานให้แก่ นบีมูซา (อลัยฮิสลาม) หรือโมเสส
- คัมภีร์อินญีล ประทานให้แก่ นบีอีซา (อลัยฮิสลาม) หรือพระเยซู
- คัมภีร์ซามูร ประทานให้แก่ นบีดาวูด (อลัยฮิสลาม) หรือเดวิด
- คัมภีร์อัลกุรอาน ประทานให้แก่ นบีมุฮัมมัด (ศ็อลย)

คัมภีร์ต่างๆ ทั้งหมดพอสรุปคำสอน ได้ 2 ประการ คือ ประการแรก สอนถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และพระเจ้า และประการที่สอง สอนถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ด้วยกัน

### (4) ศรัทธาในบรรดาศาสนทูต

มุสลิมต้องศรัทธาว่า พระเจ้าทรงคัดเลือกบุคคลในหมู่มนุษยชาติ ให้เป็นผู้สื่อสารนำบทบัญญัติของพระองค์มาสั่งสอนแก่มนุษยชาติทุกยุคทุกสมัย ดั่งใจความจากคัมภีร์อัลกุรอานตอนหนึ่งว่า

“สำหรับทุกประชาชาตินั้นมีผู้นำ”

ผู้ที่ได้รับโองการจากพระเจ้าจำแนกได้ 2 ประเภท คือ

1) นบีหรือศาสดา หมายถึง ผู้ที่ได้รับโองการมาเพื่อปฏิบัติตามที่พระผู้เป็นเจ้าทรงใช้และงดเว้นในสิ่งที่พระองค์ทรงห้าม โดยเฉพาะตนเองเท่านั้น ไม่มีหน้าที่ต้องเผยแพร่ต่อบุคคลทั่วไป

2) รอซูลหรือศาสนทูต เป็นนบีเช่นกันแต่มีหน้าที่มากกว่านบี กล่าวคือ ต้องนำโองการที่ได้รับจากพระเจ้า มาเผยแพร่แก่มนุษยชาติโดยทั่วไป

ศาสดาหรือนบี นับตั้งแต่การสร้างโลก มีจำนวน 124,000 ท่าน แต่ศาสนทูตที่สำคัญและกล่าวในคัมภีร์อัลกุรอาน มี 25 ท่าน

#### (5) การศรัทธาในวันพิพากษา

มุสลิมต้องศรัทธาว่าโลกนี้ (โลกดุนยา) เป็นโลกแห่งการทดลอง เป็นโลกที่จะต้องมียันแตกสลาย ซึ่งวันนั้นเรียกว่า วันกิยามะฮฺ หรือวันแห่งการพิพากษา เป็นวันที่ทุกชีวิตจะบังเกิดอีกครั้งหนึ่ง เพื่อถูกชำระการงานที่เขาได้ประกอบไว้ในโลกนี้ ความเชื่อที่ว่า การงานของมนุษย์ไม่สูญหาย ต้องมีการตอบแทนเสมอ นั่น เป็นหลักหนึ่งของการศรัทธาในวันสุดท้ายและวันปรโลก ผู้ใดตระหนักว่ามีการตอบแทนผลดีผลชั่วของตนในวันปรโลก ผู้นั้นก็จะระมัดระวังในการงานและความประพฤติของตนมากขึ้น

อนึ่งเมื่อสิ่งมีชีวิตได้กำเนิดขึ้นอีกครั้งในวันสิ้นโลกหรือวันแห่งการพิพากษาแล้ว ทุกชีวิตจะมีชีวิตอันเป็นวันตรีนในโลกที่เรียกว่า อาคีรัต

#### (6) การศรัทธาต่อกฎกำหนดสภาพการณ์

กฎกำหนดสภาพการณ์ คือระเบียบอันรัดกุมที่พระผู้เป็นเจ้าได้กำหนดไว้แก่จักรวาลแก่โลกแก่มนุษยชาติ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) กฎที่ตายตัว เมื่อประสบกับผู้ใดแล้วหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทุกอย่างดำเนินการไปตามประสงค์ เช่น การถือกำเนิด ชาติพันธุ์ รูปร่างหน้าตา การโคจรของดวงดาว การแปรปรวนของดินฟ้าอากาศ ฯลฯ

2) กฎที่ไม่ตายตัว โดยดำเนินการไปตามสัมพันธระหว่างเหตุและผล กิจกรรมต่างๆ อยู่ในดุลยพินิจของมนุษย์ในอันที่จะใช้สติปัญญาที่พระเจ้าประทานมา เลือกรับปฏิบัติตามข้อห้าม ข้อใช้ต่างๆ

1.3.2.2.2 หลักปฏิบัติ (รูกันอิสลาม) มี 5 ประการ คือ (เสาวนีย์ จิตต์  
หมวด, 2535: 48-113)

### (1) การปฏิญาณตน

การปฏิญาณตน ถือได้ว่าเป็นหัวใจของการเป็นมุสลิม มุสลิมจะกล่าวปฏิญาณตนว่า

“*อัสฮะดุอันลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮุ วะอัสฮะดุอันนะมุฮัมมัดร์รอซูลุลลอฮุ*” มีความหมาย  
ว่า “ข้าพเจ้าขอปฏิญาณว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮุ (ซุบฮาย) และแท้จริงนบีมุฮัมมัด  
(ศ็อลย) เป็นศาสนทูตของอัลลอฮุ (ซุบฮาย)”

การปฏิญาณตนเป็นหลักปฏิบัติที่สรุปมาจากความศรัทธา ที่แบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ

(1) การศรัทธาหรือการเชื่อในพระองค์อัลลอฮุ (ซุบฮาย) และคำสั่งของพระองค์  
คือ คัมภีร์อัลกุรอาน

(2) การศรัทธาหรือการเชื่อในนบีมุฮัมมัด (ศ็อลย) และคำสอนรวมทั้งแบบฉบับ  
ของท่านคือ ซุนนะหุ

### (2) การนมาซหรือการละหมาด 5 เวลา

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การปฏิญาณตน คือข้อสรุปของความศรัทธา ซึ่งจะควบคุม  
พฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของมุสลิม ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่าในส่วนของหลักปฏิบัติ “การละหมาด” จึงเป็น  
พิธีกรรมที่สำคัญที่สุด เป็นข้อบังคับแก่มุสลิมทั้งชายและหญิง ซึ่งจะต้องปฏิบัติทุกวัน

คำว่า “นมาซหรือละหมาด” ที่ใช้กันในภาษาไทย คือ คำมาจากภาษาอาหรับว่า “*อัศเศาะ  
ลาต*” แปลว่า “การขอคุดอูหรือการขอพร”

การละหมาด คือ การแสดงออกซึ่งความศรัทธาในพระองค์อัลลอฮุ (ซุบฮาย) ซึ่งใน  
คัมภีร์อัลกุรอาน พระองค์ได้ทรงลงโองการไว้ว่า

“*และฉัน(อัลลอฮุ (ซุบฮาย)) มิได้สร้างญินและมนุษย์เพื่ออื่นใด(โดยไร้จุดหมาย) เว้นแต่ให้  
เคารพภักดีฉัน”*

“*จงดำรงไว้ซึ่งการละหมาด แท้จริงการละหมาดเป็นหน้าที่ของผู้ศรัทธา ตามเวลาที่  
กำหนดไว้”*

การละหมาด เป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนทั้งชายและหญิง ที่จะต้องปฏิบัติไปจนวาระ  
สุดท้ายของชีวิต โดยถือความจำเป็นเริ่มบรรลุดุสศานภาวะ กล่าวคือ หญิงตั้งแต่เริ่มมีรอบเดือนและ  
ชายเมื่อเข้าสู่ความเป็นหนุ่ม (ผู้ที่ได้รับการยกเว้น ได้แก่ หญิงขณะมีรอบเดือนและหลังคลอดบุตร)  
โดยกำหนดให้ละหมาดวันละ 5 เวลา ได้แก่ เวล่าย่ำรุ่ง เวลากลางวัน เวลาเย็น เวลาพลบค่ำ และ

เวลากลางคืน สำหรับวันศุกร์ในตอนบ่าย เป็นสิ่งบังคับสำหรับชายที่จะต้องละหมาดรวมกันที่มีสยิด

การละหมาด นอกจากจะได้รับผลตอบแทนจากอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ทั้งโลกนี้และโลกหน้า อย่างมหาศาลแล้ว ยังเป็นการขัดเกลาจิตใจตนเองให้สะอาดอยู่ตลอดเวลาและเป็นการฝึกเอาชนะตนเอง ไม่ตามอารมณ์ใฝ่ต่ำ ฝึกความหนักแน่นอดทน เพื่อเสริมสร้างพลังจิตใจให้เข้มแข็งอดทน นอกจากนั้นการละหมาดยังเท่ากับการฝึกสิ่งต่างๆ เหล่านี้ อาทิ การรักษาความสะอาด ความรับผิดชอบในหน้าที่ ความตรงต่อเวลา ความอดทน ความมีระเบียบวินัย ความเสมอภาค ฯลฯ ตลอดจนยังเท่ากับการบริหารหรือออกกำลังกายโดยปริยาย

### (3) การถือศีลอด

การถือศีลอด คือการละเว้นจากการกิน การดื่มและการร่วมเพศในเวลากลางวัน ละเว้นจากการพูดจาเหลวไหล การคิดในเรื่องอกุศล และการประพฤตชั่วในที่ลับและที่แจ้ง

การถือศีลอดจะกระทำในเดือน ที่ 9 ของฮิจเราะห์ศักราช ซึ่งเรียกว่า เดือนรอมฎอน วัตถุประสงค์ของการถือศีลอดก็เพื่อขัดเกลาจิตใจให้ผ่องแผ้ว มีคุณธรรมและสำรวมตน แสดงถึงความเสมอภาคในอิสลาม แสดงความซื่อสัตย์ เป็นการฝึกความอดทนอดกลั้น และการรักษาความบริสุทธิ์ในกายกรรม วาจากรรม มโนกรรม ฯลฯ

### (4) การบริจาคชะกาต

ชะกาต กล่าวได้ว่า เป็นข้อปฏิบัติของหลักเศรษฐศาสตร์อิสลาม ที่ต้องการลดช่องว่าง ความแตกต่างของฐานะเศรษฐกิจ กล่าวคือ เป็นทั้งการป้องกันและการแก้ไขปัญหาความยากจน อันเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในสังคมโดยทั่วไป

ชะกาต เป็นหลักปฏิบัติอันหนึ่งที่มุสลิมส่วนใหญ่จะต้องปฏิบัติในทุกกรอบ 1 ปี กล่าวคือ ชะกาต เป็นการจ่ายทานบังคับสำหรับมุสลิมที่มีทรัพย์สินเงินทองตามจำนวนที่ถูกกำหนดไว้ จะต้องจ่ายให้แก่ผู้มีสิทธิรับตามอัตราที่ได้ถูกกำหนดไว้แล้วเช่นกัน ภายในทุกกรอบ 1 ปี หรือตามเวลาที่กำหนด อิสลามถือว่า จำนวนของทรัพย์สินที่ถูกนำไปจ่ายเป็นทานชะกาตนั้น ยังความเจริญและงอกงามให้แก่ส่วนที่เหลือจากที่จ่ายไปและเป็นการชำระกิเลสของผู้บริจาคด้วย

### (5) การประกอบพิธีฮัจญ์

ฮัจญ์ เป็นหลักปฏิบัติประการสุดท้าย ใน 5 ประการ ซึ่งบังคับแต่เฉพาะผู้ที่มีความสามารถเพียงพอ กล่าวคือ มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและทรัพย์สิน ตลอดจนความปลอดภัยในการเดินทางในการประกอบพิธีฮัจญ์ 1 ครั้งในชีวิต

“ฮัจญ์” แปลว่า การมุ่งไปสู่หรือการเยือน หมายถึง การเดินทางมุ่งไปสู่บัยตุลลอฮฺ หรือ อัล-กะอฺบะฮฺ ณ นครมักกะฮฺ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เพื่อประกอบศาสนกิจ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติและตามกำหนดเวลาที่กำหนด

**3.2.2.3 หลักคุณธรรม (อิหฺซาน)** เป็นหลักที่เกี่ยวข้องกับจริยธรรม เพื่อแสดงพฤติกรรมที่ดีงามออกมา (ประยูรศักดิ์ ชลาชนเดชะและคณะ, 2539: 244-246)

อิสลามสอนว่า การกระทำขึ้นอยู่กับเจตนา และปณิธานเป็นสำคัญ ซึ่งก็จำเป็นต้องอยู่บนรากฐานแห่งหลักศรัทธาดังกล่าวด้วย มิฉะนั้นกรรมที่ได้ประกอบขึ้น ก็จะไม่ส่งผลในฐานะที่เป็นกรรมที่ประกอบตามมติของบุคคลหรือคณะบุคคล แทนที่จะเป็นการกระทำตามพระบัญญัติแห่งพระเจ้า

คุณความดีที่บุคคลพึงประกอบด้วยจิตใจที่มีศรัทธาดังกล่าวมีดังนี้

- การปฏิบัติตามธรรมวินัย
- การทำคุณต่อบิดามารดา
- การสงเคราะห์ผู้ยากไร้
- การรักษาคำมั่นสัญญา
- ความซื่อตรงในการติดต่อแลกเปลี่ยนซื้อขายกัน
- การชวนชวหายหาเลี้ยงชีพในทางสุจริต
- การศึกษาหาความรู้
- มีมารยาทดีและมีความสุขภาพอ่อนโยน
- การเชิญชวนกันทำความดี หรือเรียกร้องตักเตือนกันให้ละเว้นความชั่ว
- ความอดกลั้นและอดทนต่อความยากลำบาก
- ให้ความร่วมมือในการรักษาความสงบเรียบร้อยของบ้านเมือง
- **การรักษาสุขภาพอนามัยและความสะอาด**
- การสู้เพื่อรักษาถิ่นที่อยู่และสิทธิเสรีภาพ ฯลฯ

สิ่งที่ถือว่าเป็นความชั่ว นอกจากสิ่งที่ตรงข้ามกับข้างต้นนี้แล้ว เช่น การขาดศรัทธาต่ออัลลอฮฺ (ซุบฮาย) การเนรคุณต่อบิดามารดาหรือต่อผู้มีพระคุณ ความเกียจคร้าน การทุจริตต่อหน้าที่การงานหรือต่อบุคคลอื่น ฯลฯ แล้วยังมีระบุไว้เป็นข้อห้ามพิเศษอีก คือ

- ห้ามเสพของมีนเมาและยาเสพติดให้โทษทุกชนิด
- ห้ามเล่นการพนัน
- ห้ามกระทำการลามกอนาจาร
- ห้ามการสำส่อนเล่นชู้

- ห้ามการเอาวัดเอาเปรียบ โดยเฉพาะต่อเด็กกำพร้าหรือผู้ที่ยากจนกว่า
- ห้ามรับหรือให้สินบน
- ห้ามล้อเลียนตากตางผู้อื่นอย่างดูถูกเหยียดหยาม
- ห้ามรำลึกบุญคุณ
- ห้ามกินดอกเบี๋ย
- ห้ามทำลายทรัพย์สินหรือปัจจัยยังชีพ
- ห้ามกักตุนเพื่ออภิสิทธิ์ของตนอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเพื่อค้ำกำไรเกินควร
- ห้ามอำพรางหรือให้การเท็จ
- ห้ามก่อเหตุวุ่นวายจลาจล
- ห้ามการฆาตกรรม
- ห้ามนินทาว่าร้ายต่อกัน
- ห้ามระแวงโดยปราศจากมูลเหตุ
- ห้ามรับประทานอาหารเนื้อสัตว์ที่ตายเอง เนื้อสุกร เนื้อสุนัข เนื้อสัตว์ที่

ดูร้าย ฯลฯ เว้นแต่คับขันจริงๆ ก็อนุโลมให้รับประทานได้เพราะความจำเป็น

ดังนั้นจะเห็นได้ว่า โครงสร้างทั้งสามจะมีความสัมพันธ์กัน โดยมุสลิมทุกคน ต้องมีความศรัทธา ซึ่งถือว่าเป็นหัวใจสำคัญของศาสนาอิสลาม และเมื่อเกิดความศรัทธาอย่างแท้จริงแล้ว มุสลิมทุกคนต้องแสวงหาความรู้เกี่ยวกับคำสอนและหลักปฏิบัติของศาสนา ซึ่งถือว่าเป็นหน้าที่หลักของมุสลิมทุกคนที่จะต้องศึกษาตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย เพื่อนำไปปฏิบัติตามหลักปฏิบัติที่ถูกต้องของศาสนาอย่างเคร่งครัด

### 1.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

#### 1.3.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

สุขภาพ (Health) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization หรือ WHO) หมายถึง ภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมด้วยดี มิใช่เพียงปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย, 2548: 8)

ศ.นพ. ประเวศ วะสี (2545: 5) ได้ให้นิยามความหมายของสุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ สุขภาวะในมิติทั้ง 4 เชื่อมโยงสัมพันธ์และเป็นปัจจัยต่อกัน เช่น เมื่อพูดถึงสุขภาวะทางสังคม ย่อมมีองค์ประกอบแห่งสุขภาวะทางกาย ทางจิต และทางจิตวิญญาณ เชื่อมโยงอยู่ด้วย

นิตยา เพ็ญศิริรักษา (2544: 42) ให้ความหมายของสุขภาพว่า คือ สภาวะที่รู้สึกเป็นสุขและไม่เจ็บป่วยเป็นโรค ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อยู่ในสังคมสิ่งแวดล้อมที่ดี รวมทั้งมีจิตสำนึกที่ดีต่อตนเองและสังคม

พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2545: 12) ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งมิติทางจิตวิญญาณ (มโนธรรม) ทางสังคม ทางกายและทางจิต มิได้เฉพาะถึงการไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น

Hales (2001: 14 อ้างถึงในพรสุข หุ่นนิรันดร์, 2545: 12) ได้กล่าวถึงสุขภาพคือ เป็นกระบวนการใช้และปกป้องทรัพยากรทั้งหมดในร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ตลอดจนครอบครัว ชุมชน และสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ สุชาติ โสภประยูร และคณะ (2542: 13-14) ได้กล่าวถึงสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต ดังนี้

สุขภาพทางกาย หมายถึง สภาพทางร่างกายที่มีความเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย สะอาด แข็งแรงและสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทุพพลภาพ พร้อมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรคหรือต้านทานโรคเป็นอย่างดี

สุขภาพทางจิต หมายถึง ความสามารถทางจิตในการปรับตัวของเราให้เข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคตได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ สามารถอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มิได้หมายถึงเฉพาะการไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น

### 1.3.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพ(Health related behavior) หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัย ซึ่งแบ่งออกเป็นพฤติกรรมอนามัย พฤติกรรมเจ็บป่วยและพฤติกรรมบทบาทคนเจ็บดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณและสวิง สุวรรณ, 2534: 86; พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 2540: 141-174)

1) พฤติกรรมอนามัย (health behavior) หมายถึง พฤติกรรมต่างๆที่บุคคลที่มีสภาวะสุขภาพปกติ หรือไม่มีอาการแสดงของความเจ็บป่วย รวมถึงผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและภาวะไม่เสี่ยง กระทำหรือปฏิบัติโดยมีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริม คุ้มครอง ปกป้องสุขภาพตน หรือป้องกันการเกิดโรค อันตราย หรือภาวะทุพพลภาพ (ill health) ที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและสารอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ถูกหลักโภชนาการและปลอดภัย การคาดเข็มขัดนิรภัยขณะขับหรือโดยสารรถยนต์ การตรวจร่างกาย การไม่สูบบุหรี่ การไปตรวจมะเร็งปากมดลูก ซึ่งกล่าวไว้ว่า พฤติกรรมอนามัยเป็นพฤติกรรมป้องกันโรค (preventive behavior)



2) พฤติกรรมเจ็บป่วย (illness behavior) หมายถึงพฤติกรรมใดๆที่บุคคลรู้ว่าคุณภาพของตนเองมีสุขภาพหรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติ แสวงหาผู้ช่วยเหลือ เช่น ปรีกษาเพื่อนฝูง พ่อแม่ คู่ครอง ญาติ หรือไปพบแพทย์เพื่อตรวจรักษา ซึ่งการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมเจ็บป่วยอย่างไร ขึ้นอยู่กับการที่บุคคลเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติต่อการเจ็บป่วยนั้น อาจเป็นการเรียนรู้จากค่านิยมที่ได้ปลูกฝังมาหรืออาจเป็นการเรียนรู้ที่เกิดโดยเหตุผลทางปฏิบัติ

3) พฤติกรรมบทบาทคนเจ็บ (sick role behavior) หมายถึง พฤติกรรมใดๆที่บุคคลได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ หรือผู้ที่มีหน้าที่การรักษาว่าเป็นคนเจ็บป่วยแล้วได้ปฏิบัติตามบทบาทที่กำหนด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วยนั้นๆ เช่น การรับประทานอาหารตามแพทย์สั่ง การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การลดหรือเลิกที่จะทำให้อาการของโรคเป็นมากขึ้น

Harris และ Guten (1972: 28 อ้างถึงในสิริวรรณ เคนผาพงศ์, 2543: 4) ได้อธิบายความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ในเชิงการป้องกันโรค โดยเรียกว่า การป้องกันโรคเพื่อสุขภาพ (Health protective behavior) หมายถึง การกระทำใดๆของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี เช่น การนอนหลับ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในอันที่จะป้องกันโรค

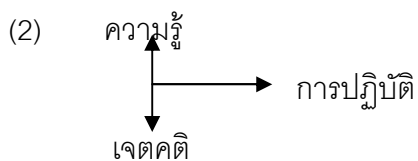
พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2545: 79) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือผลเสียต่อสุขภาพ แล้วแต่กรณี นอกจากนี้พฤติกรรมยังรวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้ และเจตคติที่มีต่อสุขภาพอีกด้วย

สุชาติ โสมประยูร (2525: 44) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความสามารถในการแสดงออกของบุคคลเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัดได้

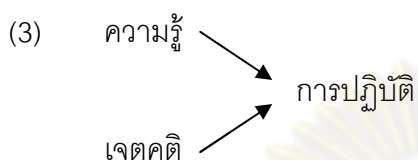
นิภา มนูญปัจจุ (2528: 68) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างมักไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ จะเกิดขึ้นรวมๆและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การเสริมพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจะช่วยเป็นช่องทางเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างอื่นเสมอ และได้สรุปความสัมพันธ์ของพฤติกรรมไว้ 4 ลักษณะ ดังนี้

(1) ความรู้ → เจตคติ → การปฏิบัติ

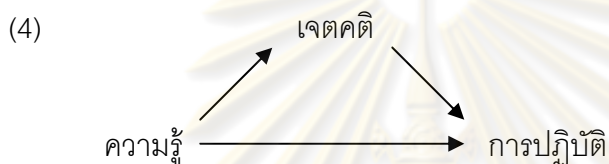
ความรู้ทำให้เกิดเจตคติ แล้วส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้และเจตคติมีความสัมพันธ์กันและเป็นสภาวะเสริมซึ่งกันและกัน แล้วทำให้เกิดการปฏิบัติตามมา



ความรู้และเจตคติเป็นเอกเทศต่อกันและต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้



ความรู้มีผลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปฏิบัติ สำหรับผลทางอ้อมจะเป็นผลต่อเจตคติเสียก่อนแล้วจึงเกิดการปฏิบัติตามมา

ดังนั้น พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติใดๆของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดการมีสุขภาพชีวิตที่ดี โดยบุคคลสามารถแสดงออกเกี่ยวกับสุขภาพทั้งในด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่สามารถสังเกตและวัด โดยการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้รูปแบบความสัมพันธ์ของความรู้และเจตคติและการปฏิบัติในรูปแบบที่ 3 เนื่องจาก ความรู้และเจตคติเป็นเอกเทศต่อกันและต่างก็ทำให้เกิดการปฏิบัติได้ ซึ่งงานศึกษาในครั้งนี้ใช้กรณีของวัยรุ่นมุสลิม

### 1.3.3.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1987: 1-20) ให้ความหมายการดูแลสุขภาพตนเองว่า คือ การดำเนินกิจกรรมสุขภาพด้วยตนเองของปัจเจกบุคคล ครอบครัว กลุ่มเพื่อน กลุ่มผู้ร่วมงานและชุมชน โดยรวมถึงการตัดสินใจในเรื่องเกี่ยวข้องกับสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงการรักษาสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค และการปฏิบัติตนหลังจากรับบริการ

พรสุข หุ่นิรันดร์ (2545: 22) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในการกระทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การบำบัดรักษาด้วยตนเอง การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจภายหลังการเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการพึ่งพาตนเองทางสุขภาพ ซึ่งเป็นวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมและสังคม

สมจิต หนูเจริญกุล (2533: 127-140) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม หรือกระทำด้วยตนเองเพื่อให้ดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมการดำเนินชีวิตหรือพฤติกรรมแบบแผนของชีวิต (Life style behavior) ที่จะส่งผลต่อการมีสุขภาพดี เช่น การปฏิบัติตนเกี่ยวกับการรักษาความสะอาดของร่างกาย ได้แก่ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การอาบน้ำ แปรงฟัน สระผมฯลฯ

มัลลิกา มัติโก (2530: 86) กล่าวถึงการดูแลสุขภาพตนเองไว้ 2 ลักษณะ

1) การดูแลตนเองในสภาวะปกติ เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรงอยู่เสมอ ประกอบด้วยกิจกรรมที่สำคัญ 2 ประการ ประการแรก คือ ส่งเสริมสุขภาพ ให้ปราศจากการเจ็บป่วย เป็นการกระทำอย่างสม่ำเสมอในขณะที่มีสุขภาพแข็งแรง เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข และประการหลัง คือ การป้องกันโรค เป็นการกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรค เช่น การไปรับวัคซีนป้องกันโรค

2) การดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณเองเจ็บป่วย อาจมีการตัดสินใจด้วยตนเองหรือจากครอบครัวหรือจากเครือข่ายสังคม มีองค์ประกอบอยู่ 4 ระดับคือ

- ก. การดูแลสุขภาพตนเองของปัจเจกบุคคล
- ข. การดูแลสุขภาพตนเองของครอบครัว
- ค. การดูแลสุขภาพตนเองโดยเครือข่ายทางสังคม
- ง. การดูแลสุขภาพตนเองโดยบุคคลหรือกลุ่มในชุมชน

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2530: 86) ได้สรุปเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า เป็นกระบวนการด้านสุขภาพที่ประชาชนกระทำด้วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผดุงรักษาสุขภาพ ป้องกันโรค ตลอดจนฟื้นฟูสภาพร่างกายหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดังกล่าวมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของบุคคลเป็นระบบการบริการสุขภาพขั้นพื้นฐานจากเจ้าหน้าที่ของรัฐระดับล่างสุด ถือเป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งการบริการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับนั้น จะต้องมีความสอดคล้องกับสถานการณ์และศักยภาพการดูแลตนเองของประชาชนเป็นสำคัญ

Lewin (1984: 177-200 อ้างถึงในรัชนี้ ผิวทอง, 2546: 10) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเอง คือ กระบวนการที่บุคคลสามัญชนคนหนึ่ง ๆ ทำหน้าที่ด้วยตนเอง ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคในระดับขั้นพื้นฐานตามระบบบริการสาธารณสุข

Gantz (1999: 1-12 อ้างถึงในสิริวรรณ เคนผาพงศ์, 2543: 7) ได้แสดงทัศนะของการดูแลสุขภาพตนเองว่าครอบคลุมประเด็นต่างๆดังนี้

- 1) เป็นสถานการณ์และปรากฏการณ์ทางสังคม
- 2) เป็นความสามารถในการปฏิบัติตนและการตัดสินใจ
- 3) เป็นเงื่อนไขของความรู้ ทักษะ ค่านิยม แรงจูงใจ การเชื่อในอำนาจ และความสามารถของตนเอง
- 4) เป็นนโยบายทางสังคม กฎหมายหรือข้อบังคับที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล

Orem (1985: 89 อ้างถึงในเบญจมาศ นาควิจิตร, 2551: 23-24) ได้กำหนดจุดมุ่งหมายในการดูแลตนเองไว้ดังนี้

- 1) ส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ รวมถึงพัฒนาการของบุคคลให้มีประสิทธิภาพตามกำหนด
- 2) ดำรงไว้ซึ่งโครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของร่างกายเพื่อดำเนินชีวิตตามปกติ
- 3) ป้องกัน ควบคุม หรือบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรค
- 4) ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไปแล้ว
- 5) ส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี

นอกจากนี้ Orem (1991: 29-40 อ้างถึงในสิริวรรณ เคนผาพงศ์, 2543: 7-8) ได้ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นกิจกรรมที่แต่ละคนปฏิบัติ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี เป็นการกระทำที่จริงจัง มีระเบียบและขั้นตอน ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ลักษณะตามภาวะสุขภาพ คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะที่มีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพหรือเมื่อเจ็บป่วยนั่นเอง นอกจากนี้ Orem ยังได้กล่าวถึงความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care demand) อันเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่งๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการและทำให้เกิดผาสุก ประกอบด้วยการดูแลตนเองที่จำเป็น 3 ด้าน คือ

(1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิการของบุคคล ซึ่งจำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่ต้องปรับเปลี่ยนเหมาะสมกับระยะพัฒนาการและจุดประสงค์ของกิจกรรม การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

- 1.1) การได้รับอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอ
- 1.2) การพักผ่อนและการออกกำลังกาย
- 1.3) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 1.4) การป้องกันอันตรายที่จะพึงมีต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิการ
- 1.5) การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ความสามารถตนเองและระบบสังคม

(2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการของบุคคลในระยะต่างๆของชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆและเหตุการณ์ที่มีผลเสียต่อพัฒนาการ เช่น การเสียชีวิตของคู่สมรสหรือบิดามารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องเพื่อส่งเสริมพัฒนาการ เพื่อวัตถุประสงค์ดังนี้

2.1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเข้าสู่วุฒิภาวะ โดยเริ่มพัฒนาการตั้งแต่อยู่ในครรภ์จนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่

2.2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ เช่น การจัดการเพื่อบรรเทาความเครียด ปัญหาการปรับตัวทางจิตสังคม ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือพิการ การสูญเสียญาติมิตร การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต การเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย และการที่ต้องเสียชีวิต

(3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะที่มีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือตามความเหมาะสมจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย รวมทั้งการรับรู้สนใจ การดูแลติดตามผลของพยาธิสภาพและผลที่กระทบพัฒนาการ

สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ จะศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร ตามแนวคิดของ Orem ทั้ง 3 ด้าน โดยศึกษาการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของวัยรุ่นมุสลิม

#### 1.3.3.4 แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพ

บทบัญญัติที่สำคัญทางศาสนาอิสลามด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (สาเห อับดุลเลาะห์ อัลญารีและคณะ, 2532: 1-42)

ศาสนาอิสลามเป็นแนวทางแห่งชีวิต เป็นศาสนาที่เน้นทุกแง่ทุกมุมในชีวิตมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นด้านความเชื่อที่ตั้งอยู่บนหลักพระเจ้าเพียงองค์เดียว ซึ่งถือว่าเป็นแกนหลักด้านการปฏิบัติเพื่อ ความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ตามรูปแบบต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้แล้ว หรือด้านอื่นๆ เช่น การศึกษา การเมือง สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งการรักษาพยาบาล เป็นต้น ถ้ามองในด้าน ความสัมพันธ์แล้ว ส่วนแรก คือความสัมพันธ์ของมนุษย์กับอัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ส่วนนี้เรียกว่า “อิบาดะฮ์” และอีกส่วนหนึ่งก็คือ ความสัมพันธ์ของมนุษย์ต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งสองส่วนนี้มี ความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น ไม่อาจจะแยกออกจากกันได้เลย

ในส่วนของการรักษาพยาบาล การรักษาสุขภาพและการอนามัยที่ดี เป็นการปฏิบัติทั้งต่อ ตนเองและปฏิบัติต่อผู้อื่น โดยเริ่มตั้งแต่ตนเอง คนในครอบครัวของตนเองไปจนถึงสังคมภายนอก โดยส่วนรวม อย่างไรก็ตามพื้นฐานของสิ่งเหล่านี้วางรากฐาน “อิบาดะฮ์” เช่น การรักษาความ สะอาดระดับพื้นฐานที่สุด คือ การอาบน้ำละหมาดเพื่อเตรียมตัวสำหรับการละหมาด การอาบน้ำ ละหมาดก็ล้วนเป็นอิบาดะฮ์ แต่ในขณะเดียวกันการรักษาความสะอาดนั้นเป็นพื้นฐานของการ พยาบาลและการรักษาสุขภาพอนามัย

สุขภาพอนามัยตามเจตคติของอิสลามนั้น ไม่แตกต่างจากเจตคติอื่นๆทั่วไป คือ การ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ความคิดและจิตใจ มิใช่เฉพาะการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ เท่านั้น

การป้องกันโรค คือ การคุ้มครองบุคคลและสังคมให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด ซึ่งมีวิธีดังต่อไปนี้ คือ ดำเนินมาตรการป้องกันโรคต่างๆและจัดการระบอบที่เกิดขึ้นและดูแลสุขภาพโดยการ ปรับปรุงสภาพของชีวิตและจัดโรคต่างๆ ตลอดจนสาเหตุของความตึงเครียดของประสาท ในแง่ ความหมายอาจจะไม่รู้สึกละเอียดแตกต่างไปจากทัศนคติอื่นๆ แต่ในเรื่องของวิธีการบางประการนั้น อาจจะมี ความแตกต่างอยู่บ้าง

การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของภาระหน้าที่หรือความรับผิดชอบ ของมนุษย์ต่อตนเอง ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามที่ได้ศึกษาหาความรู้ในเรื่องของศาสนาย่อมจะต้องรู้ เข้าใจและตระหนักในเรื่องนี้ดี ความหวังอันสูงส่งของมุสลิม คือ ความรักจากอัลลอฮ์ (ซุบฮาย) และสรรงสรรคิ์ในวันแห่งการตอบแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและ อนามัย

ภาวะและหน้าที่หรือความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลต่อตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและเป็นพื้นฐานโดยทั่วไป ได้แก่ การรักษาความสะอาด โภชนาการ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การพักผ่อน การกีฬาและการออกกำลังกาย การรักษาสุขภาพจิต พฤติกรรมทางเพศ และการรักษาโรค ดังนี้

### (1) การรักษาความสะอาด

การรักษาความสะอาด เป็นพื้นฐานของการรักษาสุขภาพอนามัยและการพยาบาล เพราะความสกปรกนั้น เป็นบ่อเกิดของโรคหรือความชั่วร้ายต่างๆ อิสลามมีความละเอียดอ่อนในเรื่องนี้มาก จึงได้พยายามแยกแยะระหว่างสิ่งที่เรียกว่า สะอาดและสกปรก หรือนะญิสนี้ออกเป็นประเภทต่างๆ ตลอดจนได้กำหนดวิธีการในการทำความสะอาดของแต่ละประเภทแตกต่างกัน ศาสนาอิสลามมิได้แบ่งเฉพาะสิ่งสกปรกเท่านั้น หากยังได้แบ่งชนิดของน้ำที่จะนำมาเพื่อทำความสะอาดอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำที่จะใช้ในการอาบน้ำละหมาด ดังหะดีษของท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ความว่า

“การละหมาดจะไม่เป็นที่ยอมรับ หากปราศจากความสะอาด ผู้ศรัทธาย่อมไม่ปล่อยให้ร่างกายสกปรก”

จากข้อมูลดังกล่าว ชี้ให้เห็นถึงการให้ความสำคัญอย่างสูงของความสะอาด ศาสนาอิสลามจะไม่ถือว่าคนๆหนึ่งเป็นมุสลิมที่แท้จริง ถ้าหากเขาไม่รักษาความสะอาดของร่างกายของเขา และไม่หลีกเลี่ยงความสกปรก สุขภาพและความสะอาดนอกจากจะมีคุณค่าทางกายภาพแล้วยังมีผลอย่างมากในการสร้างความบริสุทธิ์แก่ตนเอง อิสลามถือว่าความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของอิบาเดฮ์ ชั้นแรกของศาสนาอิสลาม คือต้องอาบน้ำและกล่าวคำปฏิญาณ เช่น การรักษาความสะอาดศีรษะและผม การรักษาความสะอาดมือและเล็บ การรักษาความสะอาดปากและฟัน การรักษาความสะอาดขน การรักษาความสะอาดอวัยวะเพศ การรักษาความสะอาดเครื่องแต่งกาย และการรักษาความสะอาดภาชนะต่างๆ เป็นต้น

### (2) โภชนาการในอิสลาม

ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องโภชนาการเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากโภชนาการนั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง หลักการพื้นฐานในเรื่องโภชนาการ คือ การเลือกอาหารที่ดี มีคุณค่าสูง การทำความสะอาดอาหาร การทำความสะอาดก่อนบริโภคและการเตรียมอาหาร

ศาสนาอิสลามห้ามบริโภคสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายและในทางตรงกันข้ามอิสลามสั่งให้บริโภคสิ่งที่ดีๆ ที่อัลลอฮ์ (ซุบฮาน) เตรียมไว้แล้ว ทั้งที่อยู่บนบกและในทะเลซึ่งมีเป็นจำนวนมากมหาศาล

คัมภีร์อัลกุรอาน ได้ระบุเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไว้ ตามซูเราะฮ์ที่ 2 (อัลบะกออฮ์) อายะฮ์ ที่ 168 ความว่า

“โอ้มวลมนุษย์ พวกเจ้าจงบริโภคจากสิ่งที่มีอยู่ในพื้นภพเถิดเฉพาะสิ่งที่ยอนุมัติ อีกทั้งที่มีคุณประโยชน์เท่านั้น และเจ้าทั้งหลายอย่าได้เดินตามทางมารร้าย เพราะมันเป็นศัตรูอันชัดเจน”

ซูเราะฮ์ ที่ 5 (อัลมาดิอะฮ์) อายะฮ์ ที่ 3 ความว่า

“แท้จริง เป็นสิ่งที่ต้องห้ามสำหรับสุเจ้าบริโภคสัตว์ตายเอง เลือดเนื้อสุกรและสัตว์ที่เชือดรัดตายที่ถูกตีจนตาย ที่พลัดตกจากที่สูง ชนกันตาย ที่สัตว์ป่าดุร้ายจับกิน ยกเว้นที่สุเจ้าเชือดทัน และสัตว์ที่ฆ่าบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ด้วย”

### (3) การสูบบุหรี่

บุหรี่ไม่มีปรากฏในสมัยของท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) แต่อยู่ในอิสลามได้มีตัวบทชัดเจนมากมายที่ระบุดอกคลุมถึงการห้ามสิ่งที่เป็นอันตราย หรือสิ่งที่จะก่อความเดือดร้อนแก่ผู้อื่นหรือสิ่งที่ทำความเสียหายแก่ทรัพย์สิน (อิสลามกับยาเสพติด, 2536: 159-162)

อัลลอฮ์ (ซุบฮาน) ได้กล่าวไว้ว่า

“และเขา นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) อนุมัติแก่พวกเขา ซึ่งสิ่งที่ดิ้งามต่างๆและห้ามซึ่งสิ่งที่น่ารังเกียจ”

บุหรี่เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ มีอันตราย และมีกลิ่นเหม็น จึงเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ

นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ได้กล่าวไว้ว่า

“ผู้ใดกลืนสารพิษแล้วฆ่าชีวิตตนเอง ในวันกิยามะฮ์ หรือวันแห่งการพิพากษา สารพิษนั้นจะปรากฏในมือเขา แล้วเขาจะกลืนสารพิษนั้นในนรกตลอดไป”

บุหรินั้นมีสารนิโคติน ซึ่งสามารถฆ่าชีวิตผู้สูบบ่อยครั้งอย่างช้าๆ ผู้ที่สูบบุหรี่นี้จะได้รับการลงโทษเช่นกัน

### (4) การดื่มสุรา

เครื่องดื่ม ซึ่งเป็นที่ต้องห้ามของมุสลิม คือ สิ่งที่ทำให้มีเมามากทุกชนิด ไม่ว่าจะเมามากเมาน้อยก็ตาม ฉะนั้น เหล้า เบียร์ น้ำผลไม้ที่เจือบรั่นดี อาหารที่เจือด้วยของเหล่านี้ เป็นที่ต้องห้ามแก่มุสลิมชายและหญิงทุกคน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2524: 417,457-458)

นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ได้กล่าวไว้ว่า

“ทุกสิ่งที่ทำให้มีเมามากเป็นสิ่งที่ปิดสติปัญญา และทุกสิ่งที่ทำให้มีเมามากเป็นสิ่งต้องห้าม”

“บุคคลที่ศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ (ซุบฮาน) และวันสิ้นโลกแล้ว จงอย่าร่วมสำหรับที่มีสุรา”



### (5) การพักผ่อน

การพักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพของมนุษย์ ศาสนาอิสลามจึงได้กำหนดให้มีการพักผ่อนในรูปแบบต่างๆทั้งกายและใจ

การพักผ่อนลักษณะแรก คือ การพักผ่อนในลักษณะอิบาดะฮ์ หรือการปฏิบัติเพื่อการจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮายา) ตามรูปแบบที่ศาสนากำหนด เช่นการละหมาดและการถือศีลอด

อิริยาบถของการละหมาดนั้น เป็นการปฏิบัติที่เน้นทั้งกายและใจ ตั้งแต่ต้นจนจบ เช่น การยืน โค้ง นิ่ง และกราบ(ซุบฮุด) ล้วนแต่เป็นท่าหลักหรือพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ในด้านสุขภาพนั้นการที่มนุษย์ได้อยู่ในอิริยาบถนั้นหรือเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอิริยาบถตามขั้นตอนของการละหมาดแล้วก็สามารถที่จะช่วยในกระบวนการของกายภาพบำบัดภายในตัว

ส่วนสภาพทางจิตใจนั้น ตลอดระยะเวลาของการละหมาดจะต้องมีจิตใจจดจ่อกับการเคารพและระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮายา) เป็นการเสริมสร้างสมาธิและผลพลอยได้ ก็คือ จะทำให้จิตใจมีความเข้มแข็งและสุขสงบ ทำให้คนมีความนอบน้อมถ่อมตน

ช่วงเวลาของการละหมาด ที่แบ่งออกเป็น 5 ช่วงนั้น เพื่อให้มนุษย์ได้พักผ่อนทั้งกายและใจ จะได้ผ่อนคลายความเครียด เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับชีวิตในแต่ละช่วงของเวลา

การพักผ่อนในลักษณะที่สอง คือ การถือศีลอด ซึ่งนอกจากกระทำเพื่อแสดงออกถึงความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮายา) แล้วยังมีผลต่อสุขภาพและอนามัยในแง่ของการพักผ่อนอีกด้วย หลังจากที่มีมนุษย์ทำงานหนักมาตลอดทั้งปีก็ควรจะมีการพักผ่อนเป็นเวลาหนึ่งเดือนในลักษณะต่อไปนี้

1) พยายามควบคุมสติอารมณ์ให้มากที่สุดเพื่อทำลายความเครียด โดยการไม่กระทำหรือคิดในสิ่งที่ให้ความรู้สึกสับสน โกรธแค้น อิจฉาริษยา โกรธ หลง เป็นต้น

2) พยายามระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮายา) ตลอดเวลา เพื่อจิตใจจะได้สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน มีจิตใจมั่นคง นอบน้อมถ่อมตน

3) ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มในเวลากลางวัน เพื่อให้เกิดความอดทนและพักผ่อนระบบการย่อยอาหารที่ต้องทำงานหนักมาทั้งปี

การถือศีลอดที่ได้กล่าวมานี้ เป็นการถือศีลอดภาคบังคับที่ต้องปฏิบัติปีละ 1 ครั้ง ตลอดหนึ่งเดือนของเดือนรอมฎอน (เป็นเดือนหนึ่งในสิบสองเดือนของอิสลาม)

นอกจากนี้ ศาสนาอิสลาม ยังได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับการพักผ่อนของมนุษย์ เกี่ยวกับการพักผ่อนนอนหลับของมนุษย์ เพื่อช่วยให้มนุษย์ได้ผ่อนคลายความตึงเครียด หลักฐานที่เกี่ยวข้องกับการพักผ่อน ดังปรากฏในคัมภีร์อัลกุรอาน ซูเราะฮ์ที่ 10 (ยูนุส) อายะฮ์ที่ 67

“พระองค์เป็นผู้ทรงบันดาลกลางคืนแก่พวกเขา เพื่อพวกเขาจะพักผ่อนในเวลานั้นและดลบันดาลรางวัลให้แจ่มกระจ่าง แท้จริงนั้นเป็นสัญลักษณ์ต่างๆสำหรับกลุ่มชนที่ได้ยิน”

### (6) การกีฬาและการออกกำลังกาย

ศาสนาอิสลามสนับสนุนเรื่องการออกกำลังกาย แม้แต่อิริยาบถของการปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน ก็เป็นที่มาของการออกกำลังกายง่ายๆ เหมาะสมกับทุกเพศทุกวัย เช่น ทำยืน ยกมือ โด่งเงย กราบ นั่งพัก และหันหน้าไปทางขวาและซ้าย ทำซ้ำกันหลายๆครั้ง นอกจากนี้ยังมีหลักฐานว่า นบีมุฮัมมัด(ศ็อลฯ) เคยออกกำลังกาย ด้วยการวิ่งแข่งกับภรรยาของท่าน ท่านให้ออกกำลังกาย ด้วยการสอนลูกให้ว่ายน้ำ ยิงธนู และในสมัยท่านได้มีการแข่งขันกีฬา เช่น แข่งม้า แข่งอูฐ เป็นต้น (มานี ซูไทย, 2544: 341)

### (7) การรักษาสุขภาพจิต

การรักษาสุขภาพจิตใจ คือการป้องกันหรือการขจัดความเครียดทางประสาท ซึ่งเกี่ยวกับการละหมาด การระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮาย) การถือศีลอด การเสียสละเพื่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ความอดทน ความนอบน้อม ความสงบและสามารถเผชิญกับความยากลำบาก การทดสอบ อุบัติเหตุและความเจ็บไข้ได้ป่วย อิสลามห้ามอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังและฆ่าตัวตาย แต่ให้มนุษย์มีความร่วมมือกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันเพื่อจะได้แบ่งเบาภาระในชีวิต

นอกจากนี้ ศาสนาอิสลามยังได้กำหนดให้มีความศรัทธาต่อกฎกำหนดสภาวการณหรือระเบียบอันรัดกุมที่พระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าได้กำหนดไว้แก่โลกแก่มนุษยชาติ ซึ่งมีทั้งที่เกิดขึ้นที่เราหลีกเลี่ยงไม่ได้และมีทั้งที่เป็นไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลที่ผูกพันกับสติปัญญาของมนุษย์ที่อัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ประทานมา ความศรัทธาในเรื่องนี้ จะสามารถขจัดความเครียดและสร้างความเชื่อมั่นในการที่จะดำรงชีวิตต่อไป

### (8) พฤติกรรมทางเพศ

ศาสนาอิสลาม มีความเชื่อว่า ความต้องการทางเพศ เป็นความต้องการอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติของมนุษย์ ทั้งนี้เพื่อเป็นการอยู่รอดของเผ่าพันธุ์มนุษย์ ความรู้สึกทางเพศนั้น เป็นพลังขับเคลื่อนอย่างหนึ่งในตัวมนุษย์ที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการทางเพศที่จะต้องได้รับการตอบสนอง ดังนั้นเพื่อเป็นการป้องกันที่จะตามมา ศาสนาอิสลามจึงได้กล่าวถึงแนวทางที่ยับยั้งมิให้มนุษย์มีพฤติกรรม การตอบสนองความต้องการทางเพศที่ไม่เหมาะสม (จารีก เช่นเจริฎู และมุหัมมัด พายับ, ม.ป.ป: 6-12) ไว้ดังนี้

8.1) การศรัทธาในอัลลอฮ์ (ซุบฮาย) เพื่อให้มุสลิมประพฤติปฏิบัติอยู่ในกรอบที่ศาสนาอิสลามกำหนด ซึ่งการศรัทธาต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ก็ต้องปฏิบัติตามหลักคำสอน และหลัก

ปฏิบัติของศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การปฏิญาณตน การละหมาด และการถือศีลอด นอกจากนี้การศรัทธาต่ออัลลอฮฺ (ซุบฮฺฮา) ยังเป็นวิธีการบังคับจิตใจให้มนุษย์มีคุณธรรม อันมีผลต่อการสกัดกั้นปัญหาสังคม ซึ่งหมายถึงการประเวณีนอกสมรสด้วย

8.2) ศาสนาอิสลามได้กำหนดโทษแก่ผู้ที่จะละเมิดประเวณีอย่างชัดเจน และรุนแรง เทียบเท่ากับการฆ่าคนโดยเจตนา ทั้งนี้เพื่อให้มุสลิมหลีกเลี่ยงจากการผิดประเวณีนอกสมรส และรักษาร่วมเพศแบบวิปริตวิตถาวร เช่น การรักร่วมเพศหรือการร่วมเพศทางทวารหนัก ดังคำกล่าวในหะดิษที่รายงานจากอับนุอับบาส ที่ว่า

“*ณ อัลลอฮฺ (ซุบฮฺฮา) นั้น ไม่มีบาปใดที่ยิ่งใหญ่กว่าการที่ชายได้มอบก้อนเนื้อลงในมดลูกของหญิงที่เขาไม่มีสิทธิ์ (ละเมิดประเวณี)*”

8.3) ศาสนาอิสลามสนับสนุนการใช้ชีวิตคู่ที่ผ่านการสมรสอย่างถูกต้อง และไม่สนับสนุนการใช้ชีวิตเดี่ยว รวมทั้งการตอนอวัยวะเพศในลักษณะขั้นที่แบบจีนโบราณ หรือบำเพ็ญตนเป็นนักพรตหรือนักบวชที่ไม่ยุ่งเกี่ยวกับสตรีเพศ ซึ่งผลจากการสนับสนุนเช่นนี้ ทำให้ประเวณีนอกสมรสถูกระงับไปโดยปริยาย และทำให้มนุษย์ปลอดภัยจากอันตรายทางเพศ และยังเป็นการเพิ่มจำนวนประชากรมุสลิม เพื่อสืบทอดศาสนาต่อไป

8.4) ศาสนาอิสลาม ห้ามปฏิบัติกิจกรรมที่จะนำมาซึ่งการประเวณีนอกสมรส ซึ่งเป็นการป้องกันตั้งแต่ต้นเหตุ กล่าวคือ ศาสนาอิสลาม มิได้ห้ามแต่การประเวณีนอกสมรสเพียงอย่างเดียว แต่ยังห้ามเข้าใกล้สิ่งที่จะนำไปสู่การผิดประเวณี เช่น สื่อลามกต่างๆ สถานบริการอาบอบนวด สถานเริงรมย์ บาร์ ไนต์คลับ สถานลีลาศ การเดินร่า การดื่มสุราและของมีนเมา ยาเสพติด นอกจากนี้ศาสนาอิสลามยังปิดกั้นหนทางซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่จะนำไปสู่การประเวณีนอกสมรส แม้จะเป็นเพียงเล็กน้อยก็ตาม ซึ่งการกระทำเหล่านั้นมีมากมาย และมุสลิมควรป้องกันตั้งแต่ต้นเหตุ เช่น

8.4.1) การสบตาเพศตรงข้ามด้วยความปรารถนา เพราะดวงตาเป็นกุญแจไปสู่ความรู้สึก และการมองอาจเป็นจุดเริ่มต้นของการผิดประเวณี ดังกวีในยุคเก่าคนหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า

“*ทุกกิจการเริ่มต้นด้วยการมอง เพลิงใหญ่ไหม้ไหม้เฉพาะดวงไฟ ประกายเดียว*”

(ยุซุฟ กือรฎอวี, 2539: 199-201) ด้วยเหตุนี้อัลลอฮฺ (ซุบฮฺฮา) ได้บัญชาชายหญิงมุสลิมให้ลดสายตาต่ำ ห้ามสบสายตาเพศตรงข้ามด้วยสายตาที่สื่อถึงความต้องการทางเพศ พร้อมกันปกป้องส่วนที่ยั่วชวนความรู้สึกทางเพศไว้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงที่ไม่เหมาะสมในขั้นต่อไป

8.4.2) การสัมผัสเพศตรงข้ามที่ไม่เป็นที่อนุมัติในศาสนาอิสลาม เป็นการถูกเนื้อต้องตัวของบุคคลที่มีใช้สามีภรรยา กัน ศาสนาอิสลามห้ามแตะเนื้อต้องตัวกันแม้จะเป็นคู่รักหรือคู่หมั้นกันก็ตาม

8.4.3) การอยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้าม ศาสนาอิสลามไม่ส่งเสริมให้หญิงชายที่สามารถแต่งงานกันได้มาอยู่ปะปนกัน และห้ามไม่ให้หญิงชายอยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสองในที่ลับตาผู้อื่น

8.4.4) ให้หญิงแต่งกายให้ปกปิดมิดชิดเปิดเฉพาะหน้าและมือ แบบเสื้อเรียบๆ สีไม่ฉูดฉาด เสื้อผ้าไม่บาง ไม่รัดรูป ไม่แต่งกาย เพื่อโอ้อวด และไม่ให้หญิงใส่น้ำหอมเมื่อออกจากบ้าน เพื่อไม่ให้ยั่วยวนความรู้สึกทางเพศแก่เพศตรงข้าม (อามีนะห์ ดำรงผล, 2544: 121-123)

### (9) การรักษาโรค

อิสลามให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรค เมื่อเกิดโรคแล้วให้รีบรักษา ไม่ให้ปล่อยละเลยให้ตัวเองตกอยู่ในความเสียหายและปล่อยให้ตัวเองอยู่ในสภาพที่สิ้นหวัง และเมื่อต้องมีการรักษาแล้วก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้ และไม่ให้นำไปรับการรักษาด้วยเวทมนต์ คาถา

#### 1.3.3.5 การวัดการดูแลสุขภาพตนเอง

การวัดการดูแลสุขภาพ มีผู้ศึกษาการวัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยการศึกษากการดูแลสุขภาพของบุคคล ต้องศึกษาผ่านทาง การแสดงพฤติกรรมสุขภาพดังนี้ (รัชนี ผิวทอง, 2546: 25-27)

Rosenstock (1974: 328-335) ได้วัดพฤติกรรมสุขภาพโดยผ่านพฤติกรรม 4 ด้าน คือ การออกกำลังกาย การไม่สูบบุหรี่ การควบคุมอาหาร และการรักษาความสะอาดของร่างกาย

Langlie (1977: 244-260) วัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมย่อย 11 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการเดินถนน การขับรถ การสูบบุหรี่ สุขนิสัย การรับมือคุ้มกันโรค การดูแลฟัน การตรวจสุขภาพประจำปี การรับการทดสอบการเป็นโรคในห้องปฏิบัติการ การเข้าเข็มขัดนิรภัย การกิน และการออกกำลังกาย

Walsh (1985: 353-356) วัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมเฉพาะ 6 ด้าน ได้แก่ การกิน การออกกำลังกาย การช้ยา และการหลีกเลี่ยงจากการเสพยาที่ไม่มีประโยชน์ การจัดการความเครียด การรักษาความปลอดภัย และการพบแพทย์เพื่อตรวจสุขภาพ

Pender (1987: 221-229) ได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้เป็นตัวชี้วัด (Indicators) ในการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัยสุขภาพ (The Life Style and Health – Habits Assignment: LHHA) เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทางบวก 10 ด้าน คือ ความสามารถในการดูแลตนเองทั่วไป การปฏิบัติด้านโภชนาการ การออกกำลังกายรวมถึงกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน

รูปแบบการนอนหลับ การขจัดความเครียด การบรรลุเป้าหมายในชีวิต จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

นอกจากนี้กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (กองสุขภาพ, 2547) ได้กำหนดแนวทางการสร้างสุขภาพที่ดีไว้ 10 ประการ ซึ่งจะครอบคลุมในทุก ๆ เรื่องของการสร้างสุขภาพที่จะทำ ให้เด็กและเยาวชน ตลอดจนประชาชนไปสู่เป้าหมาย “คนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง” โดยมีแนวทางปฏิบัติขั้นพื้นฐานตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการ คือ

### 1. ดูแลรักษาร่างกายและของใช้ให้สะอาด

- (1) อาบน้ำให้สะอาดทุกวันอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
- (2) สระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- (3) ตัดเล็บมือ เล็บเท้าให้สั้นอยู่เสมอ
- (4) ถ่ายอุจจาระเป็นเวลาทุกวัน
- (5) ใส่เสื้อผ้าที่สะอาด ไม่อับชื้น และเหมาะสมกับสภาพอากาศ
- (6) จัดเก็บของใช้ให้เป็นระเบียบ

### 2. รักษาฟันให้แข็งแรงและแปรงฟันทุกวันอย่างถูกต้อง

- (1) แปรงฟันให้สะอาดอย่างทั่วถึง ทุกซอกทุกด้านนาน 2 นาทีขึ้นไป อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง เช้าและก่อนนอนและแปรงลิ้นทุกครั้งหลังการแปรงฟัน
- (2) เลือกใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
- (3) กินอาหารที่มีแร่ธาตุ และวิตามินซึ่งมีประโยชน์ต่อฟัน หลีกเลี่ยงการกินลูกอม ทอฟฟี่ หรือขนมหวานเหนียว
- (4) ตรวจสุขภาพในช่องปากด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ และไปพบทันตบุคลากรอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง
- (5) ใช้ฟันให้ถูกหน้าที่

### 3. ล้างมือให้สะอาดก่อนกินอาหารและหลังการขับถ่าย

- (1) ดูแลรักษามือให้สะอาดและมีสุขภาพดี
- (2) ล้างมือด้วยวิธีที่ถูกต้องด้วยสบู่ทุกครั้ง ก่อนเตรียมและปรุงอาหาร
- (3) ล้างมือด้วยวิธีที่ถูกต้องด้วยสบู่ทุกครั้ง ก่อนกินอาหาร
- (4) ล้างมือด้วยวิธีที่ถูกต้องด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังหยิบจับสิ่งสกปรก
- (5) ล้างมือด้วยวิธีที่ถูกต้องด้วยสบู่ทุกครั้ง หลังการขับถ่าย
- (6) ล้างมือด้วยวิธีที่ถูกต้องด้วยสบู่ทุกครั้ง ก่อนและหลังสัมผัสผู้ป่วย

#### 4. กินอาหารสุก สะอาด ปราศจากสารอันตราย และหลีกเลี่ยงอาหารรสจัด สีฉูดฉาด

- (1) เลือกซื้ออาหารที่สด สะอาด ปลอดภัย
- (2) ปรงและกินอาหารให้ถูกสุขลักษณะและสุกเสมอ
- (3) กินอาหารครบ 5 หมู่ แต่ละหมู่ให้หลากหลาย ในสัดส่วนที่เหมาะสม
- (4) ดื่มนมให้เหมาะสมกับวัย
- (5) ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว

#### 5. งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน และการสำส่อนทางเพศ

- (1) งดบุหรี่ สุรา สารเสพติด การพนัน
- (2) มีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบ งดการสำส่อนทางเพศและมีเพศสัมพันธ์ที่

ปลอดภัย

#### 6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น

- (1) การกระตุ้นเตือนให้คนในครอบครัวเห็นความสำคัญของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนที่มีต่อครอบครัว และตระหนักถึงความสำคัญของการอยู่ร่วมกันในครอบครัวอย่างมีความสุข
- (2) ครอบครัวต้องมีหลักเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกัน หรือการปฏิบัติต่อกัน
- (3) ครอบครัวต้องมีการเตรียมวางแผนพัฒนาสัมพันธภาพของครอบครัวให้ปรับเปลี่ยนตามสภาพการณ์ที่อาจจะเปลี่ยนแปลงไป เพื่อคงความรัก ความอบอุ่นให้มีในครอบครัว

#### 7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท

- (1) ระวังระวังในการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น ไฟฟ้า เต้าแก๊สของมีคม จุดธูปเทียนบูชาพระ ไม้ขีดไฟ เป็นต้น
- (2) ระวังระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายแห่งความปลอดภัยจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจากโรงฝึกงาน ห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเลี่ยงการชุมนุมห้อมล้อมในขณะที่เกิดอุบัติเหตุ

## 8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี

- (1) เคลื่อนไหวออกแรงในชีวิตประจำวันสะสมอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน
- (2) ออกกำลังกายที่เป็นแบบแผน 3-5 วันต่อสัปดาห์
- (3) ตรวจสุขภาพประจำปีตามความเหมาะสม และมีประสิทธิผลตามวัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

## 9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

- (1) หมั่นหากิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความร่าเริงแจ่มใสให้ตัวเอง
- (2) สร้างความสนุกสนานและกระตือรือร้นให้กับชีวิต
- (3) มองโลกในแง่ดี ในแง่ที่ให้ประโยชน์ มองบางเรื่องที่น่ารำคาญเป็นเรื่องตลกขบขัน
- (4) เมื่อมีปัญหาไม่สบายใจ ควรหาทางผ่อนคลายโดยการปรึกษาผู้ใกล้ชิด ที่ไว้ใจได้หรือเข้าหาสิ่งบันเทิงใจ เช่น เล่นกีฬา ฟังเพลง ดูภาพยนตร์ เป็นต้น
- (5) พัฒนาจิตใจให้เข้มแข็งและอารมณ์มั่นคง ด้วยการฝึกความมีสติ รู้เท่าทันอารมณ์ของตนเองและฝึกสมาธิ

## 10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

- (1) ลดหรือหลีกเลี่ยงการใช้วัสดุอุปกรณ์ที่ก่อให้เกิดมลภาวะต่อสิ่งแวดล้อม เช่น โฟม พลาสติก สเปร์ย เป็นต้น
- (2) ทิ้งขยะในที่รองรับและกำจัดขยะในบ้านทุกวัน
- (3) มีและใช้ส้วมที่ถูกต้องลักษณะ
- (4) มีการกักน้ำทิ้งในครัวเรือนและโรงเรียนที่ถูกต้อง
- (5) ใช้ทรัพยากรอย่างประหยัด
- (6) อนุรักษ์และพัฒนาสิ่งแวดล้อม เช่น ชุมชน ป่า น้ำ สัตว์ป่า เป็นต้น

โดยสรุป การวัดการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมนั้น ผู้วิจัยได้เน้นศึกษาแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพ แบบการวัดพฤติกรรมของนักวิชาการ และ 10 แนวทางสร้างสุขภาพ ในเรื่องพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามสุขบัญญัติแห่งชาติ 10 ประการดังกล่าวข้างต้น เพื่อเป็นแนวทางในการวัดการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม โดยศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองตามแนวคิดของโอเรียม (1991: 29-40 อ้างถึงในสิริวรรณ เคนผาพงศ์, 2543: 7-8) ทั้ง 3 ด้าน คือ ศึกษาการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของวัยรุ่น

มุสลิม จากการเปลี่ยนแปลงในทุกๆด้านของวัยรุ่น จะพบว่า วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องมาจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการของวัยรุ่น ทั้งทางด้านร่างกาย และอารมณ์ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงตามภาวะของสุขภาพของวัยรุ่นที่จะมีผลต่อพัฒนาการของตนเอง ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการของแต่ละบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยผู้ใหญ่ ถึงแม้ว่าประชากรวัยรุ่นทั้งหลายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการดังกล่าว ในทำนองเดียวกันกับวัยรุ่นมุสลิมที่มีปัจจัยทางศาสนาและวัฒนธรรม ซึ่งเข้ามาเกี่ยวข้องในวิถีชีวิตด้วย ดังนั้น วัยรุ่นมุสลิม จะต้องมีการปรับเปลี่ยนในการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ที่จะส่งผลต่อสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นมุสลิมโดยตรง สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของวัยรุ่นมุสลิม โดยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) **การบริโภคอาหารและยา** คือ รับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้มีความหลากหลาย รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารเช้าในขนาดพอเหมาะ รับประทานอาหารน้ำตาลแต่พอควร รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วลิสงแห้ง เป็นประจำ ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย กินอาหารที่มีไขมันแต่พอควร กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน ลดปริมาณการบริโภคเกลือและอาหารที่มีโซเดียม รับประทานอาหารที่มีส่วนป้องกันมะเร็ง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยควรปรึกษาตามแพทย์สั่ง รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น (กฤติยา จันทรหอม, 2542: 17) และในศาสนาอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องโภชนาการเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากโภชนาการนั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง หลักการพื้นฐานในเรื่องโภชนาการ คือ การเลือกอาหารที่ดี มีคุณค่าสูง และอาหารที่เป็นสิ่งที่ต้องห้ามของมุสลิมคือ สัตว์ที่ตายในอากาศต่างๆคือตายเอง เลือด สุกรหรือหมู สัตว์ที่ถูกฆ่าจากจุดประสงค์เพื่อบูชาหรือเคารพ สัตว์ที่เชือดโดยไม่ระบุนามของพระเจ้าอัลลอฮฺ (ซุบฮฺ) และห้ามกินสัตว์ที่มีเขี้ยวเล็บต่างๆ สัตว์เลื้อยคลาน เป็นต้น (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2524: 409-416)

(2) **การสูบบุหรี่** จัดเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายชนิดหนึ่งที่ทำให้โทษ และก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและร่างกายของผู้สูบ ประกอบกับบุหรี่ยังมีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งวงการแพทยนานาชาติ ถือว่าเป็นสารเสพติด อีกทั้งนิโคตินเป็นตัวการที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ติดบุหรี่ และหันกลับไปสูบบุหรี่จนทำให้เพิ่มปริมาณการสูบบุหรี่ขึ้นเรื่อยๆ และที่สำคัญในบุหรี่ยังมีสาร 43 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็งที่ก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็งในปอด โรคหัวใจ โรคไตและอวัยวะของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ดังนั้นบุหรี่ยังเป็นสิ่งที่ไม่ควรหลีกเลี่ยง (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2553: ออนไลน์) สำหรับในศาสนาอิสลามได้ระบุนครออบคลุมถึงการห้ามสิ่งที่เป็นอันตราย หรือสิ่งที่จะก่อความ



เดือดร้อนแก่ผู้อื่นหรือสิ่งที่ทำให้ความเสียหายแก่ทรัพย์สิน ดังนั้นบุนหรี ถือว่า เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ มีอันตรายต่อชีวิตและคนรอบข้าง (อิสลามกับยาเสพติด, 2536: 159-162)

(3) **การดื่มสุรา** จัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ทำให้โทษและก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและร่างกายของผู้บริโภค ประกอบกับสุรามีฤทธิ์กดประสาท เมื่อเสพเข้าไปในปริมาณมากๆ จะทำให้เกิดอาการมึนงง จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ดังนั้นสุรา จึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง (อาภาศิริวงศ์ ณ ออยุธยา, 2537: 3; เทพินทร์ พัชรานุรักษ์, 2541: 21-23; ไสรัตน์ กลับลีลา, 2541: 30) สำหรับในศาสนาอิสลามเครื่องดื่ม ซึ่งเป็นที่ต้องห้ามของมุสลิม คือ สิ่งที่ทำให้มึนเมาทุกชนิด ไม่ว่าจะเมาเพียงเล็กน้อยก็ตาม ฉะนั้น เหล้า เบียร์ น้ำผลไม้ที่เจือบรันดี อาหารที่เจือด้วยของเหล่านี้ เป็นที่ต้องห้ามแก่มุสลิมชายและหญิงทุกคน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2524: 417,457-458)

(4) **การออกกำลังกาย** เป็นการทำให้ร่างกายได้ใช้แรงงานหรือกำลังงาน เพื่อให้ร่างกายทั้งหมดหรือส่วนใดส่วนหนึ่งเกิดการเคลื่อนไหวหรือเป็นกระบวนการที่ทำให้คนเกิดการเคลื่อนไหว เพื่อให้อวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกายพร้อมที่จะทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ต้องมีการเคลื่อนไหวทุกส่วนของร่างกาย ต้องค่อยเป็นค่อยไป แล้วค่อยๆ เพิ่มปริมาณทีละน้อยจนร่างกายอยู่ตัว อย่างน้อยควรออกกำลังกายให้ได้ 15-30 นาที แต่ระวังอย่าให้เกินกำลัง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง ขณะออกกำลังกายต้องปล่อยจิตใจให้วางเฉย อย่าคิดถึงเรื่องงาน หรือเรื่องไม่สบายใจ การออกกำลังกายในตอนเช้าดีที่สุด เพราะจะได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ และได้แสงแดดตอนเช้าซึ่งมีรังสีอัลตราไวโอเล็ต และห้ามออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (กรมสุขภาพจิต, 2540: 5) และในทางศาสนาอิสลามในส่วนของภาระหมาด ถือว่าเป็นท่าของการออกกำลังกายอีกด้วย

(5) **การพักผ่อนร่างกายและจิตใจ** ต้องการพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความเมื่อยล้าของร่างกายที่เกิดจากการทำงาน การพักผ่อนกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเปลี่ยนอิริยาบถการดูรายการโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การทำงานอดิเรกต่างๆ การพักผ่อนที่ดีที่สุด คือ การนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะทุกส่วนของร่างกายได้พัก (หวานใจ ขาวพัฒน์วรรณ, 2543: 28) เช่นเดียวกับศาสนาอิสลามที่ให้ความสำคัญกับการพักผ่อนนอนหลับของมนุษย์ และในทางศาสนาอิสลาม ยังให้ความสำคัญกับการพักผ่อนในลักษณะอิบาดะฮ์ หรือการปฏิบัติเพื่อการจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ตามรูปแบบที่ศาสนากำหนด เช่นการละหมาดและการถือศีลอดอีกด้วย

(6) **การจัดการความเครียด** เมื่อบุคคลมีความเครียด ย่อมกระทบกระเทือนต่อภาวะดุลยภาพของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับตัวและการแก้ไขปัญหา เพื่อให้เกิดภาวะดุลยภาพตามเดิม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้สึกนึกคิด อารมณ์ และพฤติกรรมต่างๆ พฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกเมื่อเผชิญกับสิ่งที่มาคุกคามหรือปัญหาที่เกิดขึ้นนี้เรียกว่า พฤติกรรมเผชิญความเครียด การตอบสนองของบุคคลมีลักษณะแตกต่างกัน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ตอบสนองได้อย่างเหมาะสมและกลุ่มที่ตอบสนองอย่างไม่เหมาะสม

6.1) กลุ่มที่ตอบสนองอย่างเหมาะสม จะมีลักษณะ คือ บุคคลจะตระหนักว่าเขา กำลังตกอยู่ในภาวะเครียด จะรู้ถึงสภาพการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดและเข้าใจถึงความต้องการทั้งภายนอกและภายในสังคม ขณะเดียวกันก็ตระหนักเกี่ยวกับความสามารถของตน ในการที่จะรับมือกับความเครียดนั้น หมายถึง การเข้าใจว่าอะไรกำลังดำเนินอยู่ สภาพการณ์ที่บุคคลต้องแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการลดความต้องการภายนอก บุคคลจะค้นหาวิธีการที่จะขจัดสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การเปลี่ยนแปลงวิธีการไปสู่เป้าหมาย การตัดสินใจว่าอะไรสำคัญ เป็นอันดับแรกที่ต้องเลือกทำก่อน การจัดสรรเวลา การมีความกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น การกระทำบางสิ่งบางอย่างเพื่อลดความต้องการภายใน หมายถึง การใช้เวลาในการผ่อนคลายของร่างกาย การปรับเปลี่ยนลักษณะการคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ การปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ การพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ผลของการตอบสนองต่อความเครียดที่เหมาะสม จะมีผลดีในระยะยาว ความเครียดจะลดลงได้ด้วยความพยายามของบุคคลนั่นเอง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น การพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาทำให้มีสุขภาพดีขึ้น เป็นการเพิ่มภูมิต้านทานของบุคคลที่มีต่อความเครียดในอนาคต สำหรับการปฏิบัติเพื่อสร้างความพร้อมทั้งร่างกายและจิตใจสำหรับเผชิญความเครียด ได้แก่ การพูดคุยกับคนที่ไว้วางใจ การฝึกผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ เช่น การเดินเล่น อ่านหนังสือ กิจกรรมสันทนาการ การทำสิ่งที่สนใจและชื่นชอบ (วันชัย ไชยประสิทธิ์, 2532: 109-115)

6.2) กลุ่มตอบสนองที่ไม่เหมาะสม มีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดปัญหาเพิ่มขึ้น โดยไม่ได้ตระหนักว่ากำลังตกอยู่ในภาวะเครียด แม้ว่าจะมีอาการทางกาย ทางจิตใจและทางพฤติกรรมปรากฏเป็นสัญญาณให้รู้เพื่อการปรับตัวก็ตาม โดยไม่เข้าใจว่าอะไรกำลังเกิดขึ้น ไม่เข้าใจถึงสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด ลักษณะเช่นนี้มักมีการแปลความหมายของอาการเหล่านั้นอย่างผิดๆและแปลความหมายของสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นไปอย่างไม่สมเหตุสมผล มีการคาดหมายแต่เหตุการณ์ที่เลวร้าย หรือผลอันเลวร้ายที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีอาการทางกายซึ่งเป็นผลจากภาวะเครียดนั้นมากขึ้น ทำให้เกิดวิตกกังวลกับอาการเหล่านั้น ความวิตกกังวลก่อให้เกิดความวุ่นวายใจและความวุ่นวายใจก็ยิ่งทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะมี

ลักษณะของอาการหลักหนีต่อสภาพการณ์ ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล จะปลีกตัวออกไปจากสังคม ก้าวร้าว กินเหล้ามากขึ้น ใ้ยาระงับประสาทแบบผิดๆ ติดยา มีปัญหา ในที่สุดก็กลายเป็นคนป่วย ผลในระยะยาว คือ การสูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง และพัฒนาไปสู่ปัญหาที่สอง เช่น ความวิตกกังวลแบบกลัวอย่างรุนแรง การที่ต้องพึ่งพายา การติดสุรา ติดยา ติดบุหรี่ ต้องพบกับความเจ็บป่วยและมีอาการซึมเศร้า แต่ละคนจะมีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันไป เช่น แก้ปัญหาแบบวุ่นวาย การหนีปัญหา การตำหนิตนเอง การโยนความผิดให้ผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป: 28) การหาเหตุผลมาลบล้าง การดำเนินคดีคนอื่น และการพูดก๊วปวนมา (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2539: 25-27) การรักษาสุขภาพจิตใจตามหลักศาสนาอิสลาม คือการป้องกันหรือการขจัดความเครียดทางประสาท ซึ่งเกี่ยวกับการละหมาด การระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) การถือศีลอด การเสียสละเพื่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ความอดทน ความนอบน้อม ความสงบและสามารถเผชิญกับความยากลำบาก การทดสอบ อุบัติเหตุและความเจ็บไข้ได้ป่วย อิสลามห้ามอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังและฆ่าตัวตาย แต่ให้มนุษย์มีความร่วมมือกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันเพื่อจะได้แบ่งเบาภาระในชีวิต

(7) **พฤติกรรมทางเพศ** คือ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเอดส์ ได้แก่ การเที่ยวสถานเริงรมย์ การอ่านหนังสือกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การจับมือถือแขน การกอดจูบ การอยู่ตามลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้าม การแตะต้องสัมผัสร่างกายกับเพศตรงข้ามในเชิงชู้สาว การชักนำของเพื่อนต่อการมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการหรือคู่นอนโดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย และการมีเพศสัมพันธ์ขณะมีอาการมีนมาจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ หรือการใช้สารเสพติด (เลิศลักษณ์ บุญรอด, 2543: 5; สุพัตรา พรหมเรนทร์, 2550: 22) ซึ่งตามหลักศาสนาอิสลามถือว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศดังกล่าว เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศตามหลักศาสนาอิสลาม อันได้แก่ ความต้องการทางเพศ และการตอบสนองพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมนั้น ถือว่าอาจนำไปสู่การประเวณีนอกสมรสได้ และศาสนาอิสลามได้วางแนวทางการปฏิบัติที่เป็นกรอบตามศาสนาอิสลามที่กำหนดไว้ เพื่อยับยั้งไม่ให้มุสลิมมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

#### 1.3.4 แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 185-186) ได้รวบรวมองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้

(1) องค์ประกอบด้านจิตวิทยา ได้แก่ วุฒิภาวะ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อค่านิยม ความสนใจ การจูงใจ ความคับข้องใจ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมส่วนบุคคล

(2) องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัวกลุ่มบุคคล ในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

2.1) ครอบครัว พฤติกรรมทางสุขภาพบางอย่างๆ ได้รับอิทธิพลมาจากสถาบันครอบครัวมาก บางครอบครัวพ่อแม่อาจจะปลูกฝังนิสัยในการรับประทานอาหารบางอย่างหรือไม่ให้ลูกรับประทานอาหาร เช่น ไม่รับประทานเนื้อสัตว์ ไม่รับประทานผัก หรือรับประทานอาหารสุกๆ ดิบๆ นอกจากนี้ในเรื่องอาหารแล้ว ครอบครัวยังมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติด้านอื่นๆ เป็นต้น อิทธิพลจากการชักจูงแนะนำและการปฏิบัติของพ่อแม่ หรือสมาชิกคนอื่นในครอบครัวจะมีผลอย่างมากต่อพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

2.2) กลุ่มบุคคลในสังคม อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก โดยในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติคล้ายๆกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเด็กวัยรุ่น พฤติกรรมสุขภาพที่เขายึดถืออาจจะมีผลดีและผลเสียต่อสุขภาพ อิทธิพลของกลุ่มจะมีมากหรือน้อยต่อพฤติกรรมสุขภาพขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพหรือการยึดถือของกลุ่ม

2.3) สถานภาพทางสังคม สถานภาพทางสังคมแตกต่างกันของบุคคลจะมีผลทำให้พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน การปฏิบัติตนของสมาชิกในชุมชนที่มีสถานภาพทางสังคมแตกต่างกันจะเกี่ยวข้องกับตำแหน่งหน้าที่ ระดับการศึกษาและเศรษฐกิจ

2.4) วัฒนธรรม วัฒนธรรมเป็นมรดกทางสังคม ที่ครอบคลุมทุกสิ่งทุกอย่างที่แสดงออกถึงวิถีชีวิตของมนุษย์ ในสังคมกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมใดสังคมหนึ่ง วัฒนธรรมของชาวไทยที่มีผลก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพนั้นมีหลายอย่างเช่น ชาวเขาไม่นิยมอาบน้ำเพราะกลัวเครื่องแต่งกาย เครื่องประดับจะเก่าเร็ว การงดของแสลงหรือ"ชะล่า" ของประชาชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือไม่ให้กินกับข้าวมาก การงดอาหารปกติทุกชนิดในคนป่วย หรือหญิงหลังคลอดใหม่ๆ กินได้เฉพาะข้าวกับเกลือของคนในภาคเหนือ ซึ่งข้อห้ามเหล่านี้มีผลเสียโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เชื่อถือ บางข้อห้ามก็เกิดผลดีต่อสุขภาพ เช่น การให้หญิงหลังคลอดดื่มน้ำต้มสุก ห้ามหญิงตั้งครรรภ์นั่งบนชั้นบันได หรือห้ามหญิงมีครรภ์ดูการฆ่าสัตว์ เป็นต้น

2.5) ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างมากและมีผลต่อสุขภาพประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพระพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทานอาหารแต่พอควรไม่ให้กินเกินไปหรืออิมเกินไป หลักธรรมซึ่งกล่าวถึงการปรับตัวทางด้านจิตใจ อารมณ์ ข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลามก่อน"ทำละหมาด" จะต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด จะเห็นว่าหลักคำสอนและข้อปฏิบัติดังกล่าว มีผลต่อสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

(3) องค์ประกอบทางด้านเศรษฐกิจ เศรษฐกิจของประชาชนมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษา ซึ่งขณะเดียวกันก็มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพด้วย ในกลุ่มประชาชนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี มักจะมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องทางด้านสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามถ้าฐานะเศรษฐกิจของประชาชนดี โอกาสที่จะมีการศึกษาที่ดีก็มีมาก การศึกษาช่วยให้บุคคลมีความรู้ที่ถูกต้อง มีความฉลาดจะสามารถเลือกการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นผลให้เขามีสุขภาพที่ดี

(4) องค์ประกอบทางการศึกษา ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการศึกษาของประชาชนที่แตกต่างกัน มีผลต่อความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพอนามัยของประชาชน และประชาชนที่มีการศึกษาน้อยมักจะมีความรู้เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาน้อย

(5) องค์ประกอบทางการเมือง ที่มีผลต่อสุขภาพ นโยบายทางการเมืองของประเทศไทย มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของการบริการการรักษาพยาบาล กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่จัดให้กับประชาชน กฎหมาย หรือข้อบังคับที่จะมีผลต่อสุขภาพบางอย่าง

จากแนวคิดของประภาเพ็ญ สุวรรณ มีตัวกำหนดหลายระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว และระดับสังคม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงส์และคณะ (2542: 11-12) ซึ่งได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยและสรุปว่ามีตัวกำหนด (Common determinants) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในด้านต่างๆ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ตัวกำหนดระดับบุคคล ระดับครอบครัว และระดับสังคม ดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

#### ตัวกำหนดระดับบุคคล

##### ก. ปัจจัยด้านประชากร

- เพศ
- อายุ
- การย้ายถิ่น

##### ข. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตวิทยา

- เชื้อชาติ
- สถานภาพการสมรส
- การศึกษา
- อาชีพ
- รายได้
- ประสบการณ์
- ความรู้
- เจตคติ
- จิตสำนึก
- ระดับสติปัญญา
- ความเชื่ออำนาจในตน/นอกตน

##### ค. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

- วิถีชีวิต
- ค่านิยม
- ความเชื่อ
- วัฒนธรรมความปลอดภัย

#### ตัวกำหนดระดับครอบครัว

##### ก. ปัจจัยด้านประชากร

- ขนาดครอบครัว
- ลักษณะครอบครัว (เดี่ยว/ขยาย)
- การย้ายถิ่นของครอบครัว

##### ข. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม

- ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัว
- ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว
- ความสัมพันธ์เชิงอำนาจของสมาชิกในครอบครัว
- แบบแผนการเลี้ยงดูบุตร
- อิทธิพลของเทคโนโลยีและการสื่อสารสมัยใหม่ต่อครอบครัว

##### ค. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

- วิถีชีวิตของครอบครัว
- ค่านิยมของครอบครัว
- ความเชื่อของครอบครัว
- วัฒนธรรมความเชื่อ (Cultural lag)
- วัฒนธรรมความปลอดภัย

#### ตัวกำหนดระดับสังคม

##### ก. ปัจจัยด้านประชากร

- โครงสร้างทางอายุและเพศของประชากรในสังคม
- แบบแผนการย้ายถิ่น

##### ข. ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม

- การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม
- ความเป็นเมือง
- ความเป็นอุตสาหกรรม
- ความเป็นโลกาภิวัตน์
- การมีส่วนร่วมของประชากรในสังคม
- ทรัพยากรของชุมชน/สังคม

##### ค. ปัจจัยด้านวัฒนธรรม

- วิถีชีวิต
- ค่านิยม
- บรรทัดฐานทางสังคม
- วัฒนธรรมความปลอดภัย

##### ง. ปัจจัยด้านสถาบัน

- ระบบการเมือง
- ระบบการศึกษา
- ระบบบริการสาธารณสุข
- ระบบโครงสร้างพื้นฐาน (infrastructure)
- ระบบการสื่อสารและเทคโนโลยีสมัยใหม่

ที่มา: เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติกซ์ และคณะ (2542: 11-12)

นอกจากนี้ในเรื่องสุขภาพ ก็ยังมีแนวคิดที่กล่าวถึง **เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง** และเจตคติด้านสุขภาพ ซึ่งประภาเพ็ญ สุวรรณ และเบญจา ยอดดำเนิน – แอ๊ดติจส์ และคณะ ได้บรรจุตัวกำหนดดังกล่าวในปัจจัยด้านจิตวิทยา ว่าเป็นตัวกำหนดระดับบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ดวงเดือน พันธุมนาวิน (2524: 5-9 อ้างถึงในเบญจมาศ นาควิจิตร, 2551: 41-42) ได้กล่าวถึง เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

เจตคติ (Attitude) หมายถึง การที่บุคคลประเมินสิ่งใดในลักษณะความชอบหรือไม่ชอบ เจตคติจะรวมความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อว่สิ่งนั้นมีประโยชน์หรือโทษไว้ด้วย

เจตคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการด้วยกัน คือ

1) ความรู้เชิงประมาณค่า (Cognitive component) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับวัตถุสิ่งของหรือเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษสูงต่ำเพียงใด และความรู้เชิงประมาณค่านี้ จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลด้วย

2) ความรู้สึก (Affective component) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลในลักษณะชอบหรือไม่ชอบ พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งนั้นๆ การที่บุคคลรู้ว่าสิ่งใดมีโทษ บุคคลนั้นจะรู้สึกไม่ชอบหรือเกลียดสิ่งนั้น ส่วนมากแล้วความรู้สึกพอใจของบุคคลต่อสิ่งใดๆ มักจะเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติและเกิดขึ้นสอดคล้องกับความรู้สึกประมาณค่าต่อสิ่งนั้นๆ ด้วย

3) ความพร้อมที่จะกระทำ (Behavior intention component or action tendency component) หมายถึง ความพร้อมที่บุคคลจะแสดงออกมาในรูปการช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนหรือยอมรับต่อสิ่งที่ตนพอใจหรือเห็นว่ามีประโยชน์ แต่ในทางตรงกันข้าม ถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่สิ่งนั้นมีโทษ เขาก็จะปฏิเสธ และไม่สนับสนุนส่งเสริมสิ่งนั้น

นอกจากนี้องค์ประกอบทั้ง 3 ประการ ที่เป็นตัวเนื้อหาแล้ว เจตคดียังมีลักษณะอีก 2 ประการ คือ

1) มีทิศทาง (Direction) หมายถึง เจตคติของบุคคลที่มีทิศทางไปในทางบวกหรือลบ ดีหรือเลว พอใจหรือไม่พอใจต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง หรือสถานการณ์หนึ่งสถานการณ์ใด

2) เจตคติมีปริมาณ (Magnitude) หมายถึง ความเข้มหรือความรุนแรง กล่าวคือ บุคคลที่มีเจตคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดรุนแรงสูง และเจตคติต่อสิ่งอีกสิ่งหนึ่งไม่รุนแรงหรือเบา ปริมาณเหล่านี้ขึ้นอยู่กับความสำคัญของสิ่งของหรือสถานการณ์นั้น

โดยสรุป เจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองในการศึกษาครั้งนี้ หมายถึง ความคิด ความรู้สึกของวัยรุ่นมุสลิมที่มีการมองเห็นคุณค่าและประโยชน์รวมถึงโทษของการกระทำ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้สึกพอใจและไม่พอใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความมุ่งกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความรู้เชิงประเมินค่าว่ามีประโยชน์หรือโทษ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ และความพร้อมที่จะกระทำให้เป็นไปตามความคิดและความรู้สึกในการดูแลสุขภาพตนเองของ นักเรียนชายและหญิงที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในแง่บวกและลบ

สำหรับ แนวคิดเกี่ยวกับ **ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจบังเอิญด้านสุขภาพ** ซึ่งเบเนจยา ยอดดำเนิน – แอ็ดติ๊ก และคณะ ได้บรรจุตัวกำหนดดังกล่าวในปัจจุบันด้านจิตวิทยา ว่าเป็นตัวกำหนดระดับบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเช่นเดียวกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Rotter (1966: 1 อ้างถึงในศิริพร สถิตยัถาวร, 2540: 47) ได้กล่าวว่า ความเชื่อมีอิทธิพลต่อการแสวงหาพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลใดมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อ โดยที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงก็ตาม การที่บุคคลมีพฤติกรรมต่างกันไปนั้น เนื่องมาจากความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอำนาจควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป

แนวคิดความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนนั้น เป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดย Rotter (1966: 2 อ้างถึงในวิลาลินี แฝ่วชนะ, 2541: 36) ได้สรุปลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนว่า

- 1) ความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองว่าเป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น
- 2) ความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นการรับรู้เหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นผลมาจากอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคชะตาเคราะห์กรรม อำนาจเหนือธรรมชาติและอำนาจผู้อื่น เป็นต้น ผู้ที่มีความเชื่อประเภทนี้จะมีความคิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น

สำหรับการประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ได้มีการพัฒนาขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 จนกระทั่งปี ค.ศ.1966 ได้ดัดแปลงใหม่ เรียกเครื่องมือนี้ว่า I-E Scale (Internal-External Locus of Control) เป็นการวัดมิติเดียว ซึ่งแบ่งความเชื่อออกเป็น 2 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ต่อมาในปี ค.ศ.



1973 Levenson (Levenson ,1975 อ้างถึงใน วราภรณ์ นารินทร์, 2540: 35) ได้พัฒนาขึ้นใหม่ โดยใช้ I-E Scale เป็นฐานและแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ ความเชื่ออำนาจภายในตน ความเชื่ออำนาจผู้อื่น และความเชื่ออำนาจบังเอิญ ซึ่งต่อมา Wallston,Wallston and Devellis (Wallston, Wallston and Devellis , 1978: 160-170 อ้างถึงในจุฬา กุลฉิม, 2548: 11-12) ได้ดัดแปลงแนวคิดดังกล่าวในปี ค.ศ. 1978 เรียกว่า Multidimensional Health Locus of control Scale (MHLC) โดยแบ่งความเชื่อออกเป็น 3 ด้าน คือ

1) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ (Internal health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าสามารถควบคุมพฤติกรรมต่างๆได้โดยความสามารถของตนเอง

2) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ (Power other health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่าบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้บุคคลมีสุขภาพดี หรือบุคลากรทางสาธารณสุขเป็นคนควบคุมสุขภาพ และเชื่อว่าการที่พบบุคลากรทางสาธารณสุขโดยสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จะช่วยให้ตนเองมีสุขภาพดี

3) ความเชื่ออำนาจแห่งความบังเอิญด้านสุขภาพ (Chance health locus of control) เป็นความเชื่อที่บุคคลเชื่อว่า สุขภาพหรือการเจ็บป่วยเกิดจากโอกาส หรือโชคชะตา ที่ไม่สามารถควบคุมได้

อย่างไรก็ตาม ในการนำแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้นั้น ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Wallston, Wallston and Devellis (Wallston, Wallston, Devellis, 1978: 160-170 อ้างถึงในจุฬา กุลฉิม, 2548: 11-12) เนื่องจากเป็นแนวคิดใหม่ที่ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยผู้วิจัยเลือกการวัดความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ คือ การตระหนักว่าสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนไม่ว่าจะเป็นสิ่งที่ดีหรือไม่ดี ส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการกระทำของตนเองและตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมต่างๆได้โดยความสามารถของตนเอง และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ คือ ความเชื่อหรือคาดหวังบุคคลว่าการที่ตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้น จากการเชื่อบุคลากรทางสาธารณสุข จะช่วยให้ตนเองมีสุขภาพดี เพื่อสอดคล้องกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของวัยรุ่นมุสลิม

#### 1.4 กรอบแนวคิดของการศึกษา

จากการทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎีที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ได้แก่แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่สรุปว่ามีตัวกำหนด (Common determinants) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในด้านต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม กรุงเทพมหานคร

เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะตัวแปรระดับบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้นการศึกษา ตัวแปรระดับบุคคลดังกล่าวนี้ จะมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพโดยตรง นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้นำตัวแปร ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และสถานภาพสมรสของผู้ปกครองมาร่วมศึกษาด้วย ส่วนตัวแปรที่กำหนดระดับครอบครัว ผู้วิจัยยังได้นำส่วนปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม ได้แก่ อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง รายได้ของครอบครัว และผู้วิจัยได้นำตัวแปร เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย การรับข้อมูลด้านสุขภาพ เขตที่ตั้งของโรงเรียน และสังกัดของโรงเรียน โดยนำมาเป็นปัจจัยทางเศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมทางสังคม สำหรับปัจจัยทางจิตวิทยาและวัฒนธรรม ก็จะประกอบด้วยความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เนื่องจากพิจารณาเห็นว่าปัจจัยดังกล่าว เป็นปัจจัยที่ทำให้นักเรียนมีโอกาสปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมและต่อเนื่องจนเกิดเป็นพฤติกรรมอย่างถาวรได้ และการศึกษาในครั้งนี้ก็มุ่งเน้นที่การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคลเป็นหลัก โดยสามารถสรุปเป็นแผนภาพเพื่อแสดงกรอบแนวคิดในการศึกษาในครั้งนี้ ดังปรากฏในแผนภาพที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา



ที่มา: ปรับจากประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526:185-186) และเบญจฯ ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์ และคณะ (2542:11-12)

## 1.5 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นอกจากการทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้ว ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม เพื่อศึกษาว่าปัจจัยที่กำหนดไว้ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไร โดยมีรายละเอียดดังนี้

### 1) เพศ

โดยธรรมชาติแล้ว เพศนอกจากจะบ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายแล้ว ยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และสังคมอีกด้วย ดังนั้นเพศที่แตกต่างกัน จึงน่าจะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันด้วย

จากการศึกษาของ อรุณ อบเชย (2548: 93) พบว่าเพศของประชาชน ในเขตตำบลบางแพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ สดุดี ภูห้อยไสย (2541: 140) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยนักเรียนหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมหมาย สุพรรณภพ (2541: 51) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยนักเรียนหญิงมีส่วนของผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับสูงกว่านักเรียนชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของธัญญา ดีปานวงศ์ (2541: 76) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านปฏิบัติของนักเรียน ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540-2544) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนหญิงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540-2544) สูงกว่านักเรียนชาย และการศึกษาของสุกัญญา ไผทโสภณ (2540: 47) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย

ในทางตรงกันข้ามงานศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 74) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนชาย มีคะแนนการดูแลสุขภาพสูงกว่านักเรียนหญิง และจากการศึกษาของนวรรตน์ จิโรดิภิน (2549: 57) ที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษาชาย

อาชีวศึกษา จังหวัดปราจีนบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาชายมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีในสัดส่วนสูงกว่านักศึกษาหญิง

ผลจากการศึกษาที่ผ่านมา แม้จะค้นพบว่าไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่ก็อาจสรุปได้ว่า เพศมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยมีแนวโน้มว่า เพศหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนหญิงจะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย

## 2) ระดับชั้นการศึกษา

ดัชนีชี้วัดระดับของการพัฒนาประเทศประการหนึ่ง คือ คุณภาพของประชากรของประเทศ ขณะเดียวกันประชากรที่มีคุณภาพนั้นส่วนหนึ่งน่าจะเกิดจากการมีการศึกษาที่ดี ระดับชั้นการศึกษาที่เพิ่มขึ้น น่าจะมีผลให้นักเรียนคิดและปฏิบัติอย่างมีเหตุผลและมีคุณภาพมากขึ้น นำไปสู่การดูแลสุขภาพที่แตกต่างกันด้วย

ทั้งนี้จากผลการศึกษาของสุรพงศ์ คล้ายเกตุ (2550: 102) พบว่าระดับชั้นปีที่ศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดสระบุรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยนักศึกษาที่มีระดับชั้นการศึกษาสูง มีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักศึกษาที่ระดับชั้นการศึกษาต่ำ สอดคล้องกับการศึกษา สุวีรัตน์ รุ่งเรืองและสมเกียรติ สุขนันทพงศ์ (2549: 42) พบว่า นักเรียนที่เรียนระดับชั้นปีที่ 1 ระดับชั้นปีที่ 2 ระดับชั้นปีที่ 3 ระดับชั้นปีที่ 4 และระดับชั้นปีที่ 5 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักศึกษาที่มีระดับชั้นการศึกษาสูง มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่านักศึกษาที่ระดับชั้นการศึกษาต่ำ ในทำนองเดียวกันกับงานวิจัยของถนอมวรรณ อยู่ขำ (2547: 71) ที่ศึกษาในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาต้น ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2546 ทั่วประเทศ พบว่า นักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษาต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษาสูง มีคะแนนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายสูงกว่านักเรียนที่ระดับชั้นการศึกษาต่ำ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของปาริชาติ สุขสวัสดิพร (2543: 121) กลับพบว่า ระดับชั้นปีที่ศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักศึกษาที่มีระดับชั้นปีที่แตกต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน และการศึกษาของนวรรตน์ จิรโคภิน (2549: 82) พบว่า นักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษาต่ำกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีในสัดส่วนที่สูงกว่านักศึกษาที่มีระดับชั้นการศึกษาสูงกว่า อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลจากการศึกษา แม้จะค้นพบว่าไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยคาดว่า เมื่อบุคคลมีระดับชั้นการศึกษาสูงน่าจะทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ และน่าจะมีการปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษาสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษาต่ำกว่า

### 3) ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม

ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม จะแสดงถึงสติปัญญาของนักเรียน ที่สามารถนำความรู้ต่างๆจากการเรียนมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม โดยที่นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยที่แตกต่างกัน จึงน่าจะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันด้วย

จากผลการศึกษาของถนอมวรรณ อยู่ชุ่ม (2547: 72) พบว่า นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนต่างกัน มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหาร ด้านการป้องกันการใช้สารเสพติด ด้านการออกกำลังกาย และด้านการจัดการความเครียดโดยใช้กิจกรรมนันทนาการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยที่นักเรียนที่มีผลการเรียนสูง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา ปานชูเชิด (2547: 87) พบว่า ผลการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนที่มีผลการเรียนสูง จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนต่ำ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเอี่ยมพร พลอยประดิษฐ์ (2544: 132) พบว่า นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับสูงและปานกลางมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาเสพติดดีกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับต่ำและการศึกษาของสุดดี ภูห่องไผ่ (2541: 143) พบว่า ผลการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 โดยนักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสูงกว่า มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยต่ำกว่า

ผลการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงสรุปได้ว่าผลการเรียนเฉลี่ยสะสม มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมต่ำกว่า

#### 4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของนักเรียน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน เนื่องจากครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยจะมีศักยภาพในการจัดหาอาหารและสนับสนุนด้านอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย ได้เพียงพอว่าครัวเรือนที่มีสมาชิกมาก อีกทั้งถ้าครัวเรือนมีสมาชิกน้อยหรือเป็นครัวเรือนที่มีขนาดเล็ก ย่อมทำให้ผู้ปกครองมีโอกาสที่จะดูแลเอาใจใส่สุขภาพของบุตรหลานได้อย่างทั่วถึง

จากการศึกษาของของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 63) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 โดยนักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า ในขณะที่การศึกษาของสกฤตนา บุญนารากร (2541: 76) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง แต่มีความสัมพันธ์ทางลบกับเจตคติกับการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และมีความสัมพันธ์ทางลบกับการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของสมหมาย สุพรรณภพ (2541: 54) พบว่า นักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า มีสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับสูงใกล้เคียงกับนักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า

ผลการศึกษาที่ผ่านมา ไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยคาดว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือน ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า น่าจะมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า

#### 5) สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง

สถานภาพการสมรสของผู้ปกครอง น่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพตนเองของนักเรียน ทั้งนี้ความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างผู้ปกครองและบุตร บ้านที่ผู้ปกครองรักใคร่กันย่อมทำให้บ้านมีความสุข หากครอบครัวมีความสุข ก็ย่อมทำให้บุตรมีความสุขและมีความมั่นคงทางด้านร่างกายและจิตใจ มีแนวโน้มที่จะมีการดูแลสุขภาพที่ดีได้ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีความสุข รวมทั้งความใกล้ชิดระหว่างผู้ปกครองและบุตร เป็นสื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในทางตรงกันข้ามหากครอบครัวใดมีปัญหา คือ

ผู้ปกครองแยกทางกัน ก็จะทำให้บุตร ไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร ส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพที่เป็นปัญหาต่างๆตามมาได้ ดังนั้น สถานภาพสมรสของผู้ปกครองที่แตกต่างกันของนักเรียน อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่แตกต่างกันด้วย

จากการศึกษาของ นวรัตน์ จิรโคภิน (2549: 64) พบว่า นักศึกษาที่หัวหน้าครัวเรือนอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส ทำให้ทั้งคู่มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในบ้าน และมีเวลาให้กับนักศึกษา มากกว่า สามารถให้คำแนะนำช่วยเหลือนักศึกษาในด้านต่างๆรวมไปถึงการดูแลสุขภาพได้ดีกว่า หัวหน้าครัวเรือนที่มีสถานภาพสมรสอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของอุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์ (2540: 178) กลับพบว่า สถานภาพสมรสของบิดามารดา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักศึกษาที่มีสถานภาพสมรสของบิดามารดา สมรสอยู่ด้วยกัน หม้าย หย่า และแยกกันอยู่ มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

ผลจากการศึกษาที่ผ่านมาถึงแม้จะไม่สอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคาดว่าสถานภาพการสมรสของผู้ปกครองที่แตกต่างกัน อาจทำให้นักเรียนมีโอกาสในการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีสถานภาพการสมรสหม้ายหรือหย่าหรือแยกกันอยู่

## 6) อาชีพของผู้ปกครอง

อาชีพมีความสัมพันธ์กับระดับการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจ ผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสเลือกอาชีพและมีรายได้ดี และการมีรายได้สูงย่อมส่งผลต่ออำนาจการซื้อสิ่งของเครื่องอุปโภคบริโภค เครื่องอำนวยความสะดวกและการซื้อบริการทางด้านสาธารณสุขที่มีคุณภาพต่อตนเองและบุคคลในครอบครัวได้ ดังนั้นอาชีพของผู้ปกครองน่าจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน

จากการศึกษาของสมหมาย สุพรรณภพ (2541: 86) พบว่านักเรียนที่มีผู้ปกครองประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมมีสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับสูง สูงกว่านักเรียนที่มีผู้ปกครองประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี ผิวทอง (2546: 93) พบว่า อาชีพของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาที่มีผู้ปกครองอาชีพรับราชการ หรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมสูงกว่านักศึกษาที่มีผู้ปกครองอาชีพอื่นๆ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 59-60) ซึ่งพบว่า อาชีพของบิดาและมารดากับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนมีความสัมพันธ์เชิงบวก อย่างไม่มีนัยสำคัญทาง



สถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนที่มีบิดามารดาประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจมีคะแนนการดูแลสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มีบิดามารดาประกอบอาชีพอื่น และการศึกษาของนวัตน์ จิรโคภิน (2549: 62-63) พบว่าอาชีพของหัวหน้าครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาที่มีหัวหน้าครัวเรือนประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักศึกษาที่มีหัวหน้าครัวเรือนประกอบอาชีพอื่น ในขณะที่การศึกษาของกรรณิการ์ ตั้งสกุล (2540: 151) กลับพบว่า อาชีพบิดาและมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสกุณา บุญนารากร (2541: 73) ที่พบว่าอาชีพบิดาและมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของนักเรียน

ผลจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่พบทวนมาจนถึงแม้จะไม่สอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคาดว่า อาชีพผู้ปกครองน่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน โดยเฉพาะนักเรียนที่มีผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ น่าจะมีโอกาสในการรับรู้สิ่งใหม่ๆ รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ เช่น การรับข้อมูลด้านสุขภาพเร็วกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพอื่น

#### 7) เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน

สภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ดังนั้นนักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับแตกต่างกัน น่าจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันด้วย

จากการศึกษาของอรุณ อบเชย (2548: 94) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง โดยประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่ามีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่าประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ คำพรรณ (2542: 79) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่ามีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพสูงกว่าประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิชณี ผิวทอง (2546: 94) พบว่า ค่าใช้จ่ายรายเดือนของนักศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจะตรงกันข้ามกับการศึกษาของนวัตน์ จิรโคภิน (2549: 59-60)

พบว่า รายได้ของนักเรียนกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองไม่มีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้ที่มีรายได้แตกต่างกันมีการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา วงศ์วิลาสชัย (2547: 83) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้แตกต่างกันมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาที่ผ่านมา แม้ว่าจะไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยคาดว่า การที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับมากกว่า น่าจะทำให้นักเรียนมีความสามารถในการใช้จ่ายและการบริโภคสิ่งต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่ำกว่า

#### 8) รายได้ของครอบครัว

ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพ เพราะผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี ย่อมมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนการเข้าถึงการบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการจัดการเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น รายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน น่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่แตกต่างกันด้วย

จากการศึกษาของสุวีรัตน์ รุ่งเรืองและสมเกียรติ สุขนันทพงศ์ (2549: 43) พบว่า รายได้รวมของครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 62) พบว่า รายได้ของครอบครัวกับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี ผิวทอง (2546: 74) พบว่า รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของปิยวรรณ คำพันธุ์ (2542: 107) พบว่า รายได้ครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้ที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 50,000 บาท มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มอื่น และการศึกษาของกิริยา ลากเจริญวงศ์ (2543: 77) ยังพบว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่ามีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงสรุปได้ว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่านักเรียนที่

อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า

### 9) ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย

ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย น่าจะมีส่วนสำคัญในการที่จะส่งเสริมการดูแลสุขภาพของนักเรียน เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง และการควบคุมให้นักเรียนมีการปฏิบัติอย่างจริงจังจนเป็นสุขนิสัยในด้านการดูแลสุขภาพของนักเรียน น่าจะเป็นสิ่งหนึ่งที่จะเป็นการสร้างนิสัยเกี่ยวกับการเอาใจใส่การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนได้

จากการศึกษาของสุรพงษ์ คล้ายเกตุ (2550: 115) พบว่าผู้ที่นักศึกษาอยู่ด้วยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่นักศึกษาที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักศึกษาที่อาศัยอยู่ตามลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ จิระโสภิต (2549 : 58) พบว่าผู้ที่นักศึกษาอาศัยอยู่ด้วยกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักศึกษาที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว และการศึกษาของนิลภา จิระรัตนวรรณ (2541: 69-70) พบว่า ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จะมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านสุขภาพจิต และด้านสุขบัญญัติแห่งชาติ ดีกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดา หรือมารดา หรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 64) กลับพบว่า ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยกับการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลจากการศึกษาที่ผ่านมา แม้ว่าจะไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคาดว่า ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยน่าจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน โดยที่หากผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยคือ บิดาและมารดา จะได้รับการอบรมสั่งสอน ตักเตือนและเอาใจใส่ด้านการดูแลสุขภาพมากกว่าอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว

## 10) ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

การศึกษาเป็นกระบวนการขัดเกลาทางสังคมช่วยให้บุคคลมีความรู้ ความเข้าใจและพัฒนาดตนเองให้ดีขึ้นในทุกๆด้าน นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นดัชนีหนึ่งที่ใช้วัดฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลได้ กล่าวคือ ในทางสังคมระดับการศึกษาจะสะท้อนถึงความรู้ ความเข้าใจ เทคนิคและวิทยาการใหม่ๆ การได้รับข่าวสาร การเรียนรู้และการสั่งสมประสบการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและมีโลกทัศน์กว้างขึ้น ในทางเศรษฐกิจระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับรายได้ การศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้บุคคลมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและได้ค่าจ้างแรงงานที่สูงขึ้น ประกอบกับการมีโอกาสได้รับข่าวสารต่างๆด้านสุขภาพ ย่อมส่งผลให้มีโอกาสที่จะส่งเสริมการดูแลสุขภาพของบุตรหลานได้ดีกว่าครอบครัวที่ผู้ปกครองมีการศึกษาดำกว่า (สิริวรรณ เคนผาพงศ์, 2543: 22)

จากการศึกษาของสมหมาย สุพรรณภพ (2541: 55) พบว่า นักเรียนที่มีผู้ปกครองที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามีสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับสูงกว่านักเรียนที่มีผู้ปกครองมีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 60-61) พบว่า ระดับการศึกษาของบิดาและระดับการศึกษาของมารดากับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง มีความสัมพันธ์เชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวีรัตน์ รุ่งเรืองและสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2549: 43) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของบิดาและระดับการศึกษาของมารดามีผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของนวรรตน์ จิรโคภิน (2549: 61-62) กลับพบว่า ระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาดังกล่าว แม้ว่าจะไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยคาดว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า จะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีผู้ปกครองมีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาดำกว่า

## 11) การรับข้อมูลด้านสุขภาพ

สื่อมีอิทธิพลต่อความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานและแบบแผน การดำเนินชีวิต (Freedman, 1970: 252 อ้างถึงในจุฬา กุลฉิม, 2548: 21) เพราะการเปิดรับข่าวสารจะช่วยกระตุ้นในกระบวนการคิด ไตร่ตรอง และนำไปสู่การปฏิบัติได้ ดังนั้น ถ้านักเรียนมีการเปิดรับข้อมูลด้านสุขภาพแตกต่างกัน น่าจะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันด้วย

จากงานศึกษาของนอร์ตัน จีโรสกิน (2549: 68) พบว่า การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักศึกษาที่มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักศึกษาที่มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 74) พบว่า การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนที่มีคะแนนการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีระดับการดูแลสุขภาพในระดับสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ ตั้งสกุล (2540: 137) สมหมาย สุพรรณภพ (2541: 49 )และอรุณ อบเชย (2548: 98) ที่ค้นพบในทิศทางเดียวกันคือ การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

อย่างไรก็ตามงานศึกษาของ จุฬา กุลฉิม (2548: 59) กลับพบว่า การรับข่าวสารด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอมอร โพธิ์ประสิทธิ์ (2548: 117) พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาข้างต้นแม้ว่าจะไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ส่วนใหญ่แล้วการได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพต่ำกว่า

## 12) เขตที่ตั้งของโรงเรียน

เขตที่ตั้งของโรงเรียน เป็นตัวแปรหนึ่งที่ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา เนื่องด้วยเขตที่ตั้งของโรงเรียน มักมีความแตกต่างทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และด้านอื่นๆ เช่น เครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวก การได้รับข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งการเรียนรู้ด้านต่างๆ ดังนั้นนักเรียนที่

อยู่ในเขตที่ตั้งของโรงเรียนที่แตกต่างกัน อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่แตกต่างกันด้วย

จากการทบทวนงานวิจัย ยังไม่พบการศึกษาเขตที่ตั้งของโรงเรียน แต่พบตัวแปรในลักษณะของการอาศัยอยู่ในเขตเมืองกับการอาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งผลการวิจัยส่วนใหญ่ พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท เช่นจากการวิจัยของสมหมาย สุพรรณภพ (2541: 53) และสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 64) พบว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีสัดส่วนของผู้มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ซึ่งเมื่อพิจารณาสภาพแวดล้อมของโรงเรียนในเขตกรุงเทพมหานครนั้น จะพบว่า เขตที่ตั้งของโรงเรียน ที่อยู่ในเขตชั้นใน เป็นเขตพื้นที่ที่อยู่ในสภาพแวดล้อมใจกลางเมือง มากกว่าเขตชั้นกลางหรือเขตชั้นนอก ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตชั้นใน จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตชั้นกลางหรือเขตชั้นนอก

### 13) สังเกตของโรงเรียน

โรงเรียนถือว่ามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสติปัญญา ทั้งภาคความรู้ ลักษณะนิสัยและทักษะการปฏิบัติ คุณธรรมและจริยธรรมอย่างเป็นระบบ ตลอดจนการจัดกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์โดยตรงกับนักเรียน ดังนั้นนักเรียนที่อยู่ในสังกัดของโรงเรียนที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของนักเรียนที่แตกต่างกันด้วย

จากการทบทวนงานวิจัย ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับอิทธิพลของสังกัดของโรงเรียน ที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน แต่ผู้วิจัยคาดว่า สังกัดของโรงเรียน น่าจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ทั้งนี้นโยบายการศึกษาของแต่ละโรงเรียนก็มีความแตกต่างกันที่จะผลักดันให้นักเรียนเรียนรู้อาสาสมัครกับการสอนศาสนาอิสลามที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าโรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน ที่มีการเรียนการสอนวิชาสามัญควบคู่กับการสอนศาสนาอิสลาม จะมีการนำหลักการทางศาสนาการสอนเพิ่มเติมนอกเหนือจากหลักสูตรสามัญกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ วิชาจริยธรรม เอกภาพ (เตาฮีด) คัมภีร์อัลกุรอาน วนะชะของท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลลา) เป็นต้น มาช่วยในการเรียนการสอนตามหลักคำสอนทางศาสนา เนื้อหาการเรียนการสอนก็จะแตกต่างกับโรงเรียนที่สอนวิชาสามัญทั่วไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาและสังกัดกรุงเทพมหานคร

#### 14) ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างถูกต้อง รวมถึงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ หากบุคคลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะนำมาสู่การเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ดังนั้นผู้ที่มีความรู้ต่างกัน จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับนักเรียนที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน น่าจะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันด้วย

จากผลการศึกษาของสุรพงษ์ คล้ายเกตุ (2550: 117) เห็นได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ จิโรโสภิน (2549: 71) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬ่า กุลฉิม (2548: 60) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของสมหมาย สุพรรณภพ (2541: 67) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และการศึกษาของสุวีรัตน์ รงเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2549: 42) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

อย่างไรก็ตาม การศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 56) กลับพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ (2548: 61) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของทวิรัตน์ ทองดี (2545: 58) เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์ (2548: 104) และกฤษฎา วงศ์วิลาสชัย (2548: 87) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแตกต่างกัน มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาแม้ว่าจะไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยคาดว่า ความรู้ด้านสุขภาพ น่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า

### 15) เจตคติด้านสุขภาพ

เจตคติ เป็นความเชื่อ และความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนที่บุคคลแสดงออกด้านการปฏิบัติได้ เจตคติด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ถ้านักเรียนมีเจตคติที่ดี ก็ย่อมส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพของตนเองของนักเรียนที่ดีได้ แต่ทางกลับกันหากนักเรียนมีเจตคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ ก็อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมด้านลบที่อาจตามมา

จากผลการศึกษาวิจัยของสุรพงศ์ คล้ายเกตุ (2550: 118) พบว่า เจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวีรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2549: 42) ที่พบว่า เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ (2548: 61) ที่พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของจุฬิภา กุลฉิม (2548: 60) ที่พบว่า เจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 74) พบว่า เจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพสูงกว่าจะมีการดูแลสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพต่ำกว่า และการศึกษาของนุชระพี สุทธิกุล (2540: 51) พบว่า เจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

ผลการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพต่ำกว่า

### 16) ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิดของนักเรียนเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง โดยมีความเชื่อว่า การที่ตนเองมีสุขภาพที่ดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับกระทำของตนเอง จึงมีการแสวงหาความรู้เพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง (Strickland, 1978: 1,211 อ้างถึงใน วิลาสินี แฝวชนะ, 2541: 7-9) โดยการที่นักเรียนมีความเชื่อดังกล่าว อาจช่วยให้มีการดูแลและเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีมากขึ้น



การศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ไม่มีผู้ที่ศึกษาในกลุ่มที่ใกล้เคียงกัน จากผลการศึกษาของจุฬาลงกรณ์ (2548: 60) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับการศึกษาของชมภู วิสุทธิเมธีการ (2540: 109) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาสินี แผ้วชนะ (2541: 93) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ผู้วิจัยจึงคาดว่าความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ น่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจากผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จะมีความรู้สึกมั่นใจในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ และพร้อมที่จะยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเองที่เกิดกับสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำกว่า

#### 17) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิดของนักเรียนเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง โดยมีความเชื่อว่า การที่พบบุคลากรทางสาธารณสุขสม่ำเสมอ ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี(Strickland, 1978:1211 อ้างถึงใน วิลาสินี แผ้วชนะ, 2541: 7-10) โดยการที่นักเรียนมีความเชื่อดังกล่าว อาจช่วยให้มีการแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติและมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องมากขึ้น

การศึกษาความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ไม่มีผู้ที่ศึกษาในกลุ่มที่ใกล้เคียงกัน จากผลการศึกษาของจุฬาลงกรณ์ (2548: 61) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรารักษ์ นารินทร์ (2540: 88) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาที่ผ่านมาโดยส่วนใหญ่พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยจึงคาดว่าความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ น่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องจาก “ผู้อื่น” ในที่นี้หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข สำหรับผู้เชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ก็จะมีการปฏิบัติตนเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง เพราะอยู่ภายใต้คำแนะนำ และการดูแลสุขภาพของแพทย์หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

และผู้ที่มีความเชื่อดังกล่าว จะเกิดความเชื่อมั่นในคำแนะนำเหล่านั้น จึงนำไปสู่การปฏิบัติที่เคร่งครัด (จุฬา กุลฉิม, 2548: 25) ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพต่ำกว่า

### 18) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ศาสนามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างมากและมีผลต่อสุขภาพประชาชนด้วยเช่นกัน ข้อปฏิบัติของศาสนาอิสลามก่อน “ทำละหมาด” จะต้องมีการชำระร่างกายให้สะอาด มีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526: 186) และที่สำคัญการละหมาด ส่งผลดีต่อสุขภาพกายและใจด้วย ดังนั้นการที่นักเรียนมีความเชื่อทางศาสนาและมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ อาจช่วยให้มีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีมากขึ้น

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอิสลามมีผลต่อการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิม แต่พบการศึกษาความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดของนักเรียน จากการศึกษาของรอฮานี เจอะอาแซ (2548: 73) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดของวัยรุ่นไทยมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการจัดการความเครียดของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และจากการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นมุสลิม จากการศึกษาของกรรณา ไชยประสิทธิ์ (2547: 39) ที่ศึกษาความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นมุสลิมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย: จังหวัดนราธิวาส พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นมุสลิม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยผู้วิจัยได้ตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำกว่า

## 1.6 สมมติฐานของการศึกษา

จากผลการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม โดยมีสมมติฐานหลักและสมมติฐานรองในการศึกษาครั้งนี้ว่า

### สมมติฐานหลัก

นักเรียนที่มีลักษณะด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และด้านจิตวิทยา วัฒนธรรม ที่แตกต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน

### สมมติฐานรอง

การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย สมมติฐานรอง ดังนี้

1. นักเรียนหญิง จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย
2. นักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษาสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษิต่ำกว่า
3. นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมต่ำกว่า
4. นักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า
5. นักเรียนที่ผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีสถานภาพการสมรสหย่าหรือแยกกันอยู่
6. นักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพอื่น
7. นักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่ำกว่า
8. นักเรียนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า
9. นักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว
10. นักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษิต่ำกว่า

11. นักเรียนที่มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพต่ำกว่า
12. นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตชั้นใน จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตชั้นกลางหรือเขตชั้นนอก
13. นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาหรือสังกัดกรุงเทพมหานคร
14. นักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า
15. นักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพต่ำกว่า
16. นักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพต่ำกว่า
17. นักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพต่ำกว่า
18. นักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำกว่า

### 1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1.7.1) ได้ทราบถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร
- 1.7.2) เพื่อเป็นข้อมูลการดำเนินงานของ สถาบันการศึกษา ศูนย์แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย และศูนย์บริการสาธารณสุข ในการวางแผนงานด้านการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิม ในการปรับปรุงพัฒนาและส่งเสริมสนับสนุนเรื่องการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิมให้มีสุขภาพที่ดี
- 1.7.3) เพื่อเป็นแนวทางข้อเสนอแนะเชิงวิชาการในการศึกษากลุ่มวัยรุ่นมุสลิมและงานวิจัยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรนักเรียนในกลุ่มอื่นๆต่อไป

## บทที่ 2

### ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แบบสอบถามอย่างมีโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บข้อมูลดำเนินการโดยส่งแบบสอบถามให้ผู้ตกเป็นตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเองในวันเดียวกัน ทั้งนี้เพื่อไม่ให้มีการเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขคำตอบ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

#### 2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**2.1.1 ประชากรเป้าหมาย** คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับการสอนสามัญ เขตกรุงเทพมหานคร ปีการศึกษา 2553 จากข้อมูลพบว่า โรงเรียนที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับการสอนสามัญ มีทั้งหมด 14 โรงเรียน และมีนักเรียนจำนวน 6,065 คน โดยแบ่งเป็นนักเรียนชายจำนวน 3,210 คน และนักเรียนหญิง จำนวน 2,855 คน (กระทรวงศึกษาธิการ, 2553: ออนไลน์) ดูภาคผนวก ก ประกอบ

#### 2.1.2 ขนาดตัวอย่าง

การศึกษานี้คำนวณขนาดของตัวอย่าง โดยใช้สูตร Taro Yamane (Yamane, 1977 อ้างถึงใน บุญธรรม กิจปริดาภิสิทธิ์, 2540: 71) จะได้จำนวนตัวอย่างดังนี้

$$\text{สูตร} \quad n = \left( \frac{N}{1 + N(e)^2} \right)$$

เมื่อ

$n$  = ขนาดตัวอย่าง

$N$  = จำนวนประชากรทั้งหมด

$e$  = ค่าความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ = .05

แทนค่าในสูตร

$$\begin{aligned} n &= \left( \frac{6,065}{1 + 6,065(.05)^2} \right) \\ &= \frac{6,065}{16.16} \\ &= 375.31 \end{aligned}$$

หมายความว่า จำนวนตัวอย่างที่น้อยที่สุด ไม่ควรต่ำกว่า 375 คน

### 2.1.3 วิธีการเลือกตัวอย่าง

จากการคำนวณขนาดของตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ต้องใช้กลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 375 ราย และเพื่อป้องกันปัญหาการส่งคืนแบบสอบถามไม่ครบและเพื่อความเหมาะสมกับขนาดประชากรที่ศึกษา ผู้วิจัยจึงกำหนดการเก็บแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่างไว้ 600 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified random sampling) คือ

1. ผู้วิจัยได้แบ่งประเภทของโรงเรียนตามสังกัดของโรงเรียนที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับการสอนสามัญปี 2553 เบื้องต้นพบว่าโรงเรียนที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับการสอนสามัญในกรุงเทพมหานคร มีจำนวนทั้งสิ้น 14 โรงเรียน โดยโรงเรียนดังกล่าวนั้นสังกัดกรมสามัญศึกษา จำนวน 1 โรงเรียน (กระทรวงศึกษาธิการ, 2553: ออนไลน์) สังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน จำนวน 6 โรงเรียน (สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน, 2553: ออนไลน์) และสังกัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 7 โรงเรียน (กระทรวงศึกษาธิการ, 2553: ออนไลน์)

2. เพื่อให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงและครอบคลุมทุกโรงเรียนที่มีระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และมีการเรียนการสอนศาสนาอิสลามควบคู่กับการสอนสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาทุกโรงเรียน โดยแบ่งตามสังกัดของโรงเรียนที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับการสอนสามัญในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวนทั้งสิ้น 600 ราย ผู้วิจัยกำหนดจำนวนตัวอย่างในแต่ละโรงเรียนในสัดส่วนที่เท่าๆกัน โดยแบ่งออกเป็นชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 200 ราย ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 จำนวน 200 ราย และชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 จำนวน 200 ราย เพื่อให้เป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษา ใช้สูตรคำนวณหาขนาดตัวอย่างในแต่ละกลุ่มด้วยวิธี Probability Proportional to Size หรือ PPS (William, 1977: 93 อ้างถึงใน มริน เปรมปรี, 2552: 57 ) ตามที่ปรากฏในตารางที่ 1

$$\text{สูตร} \quad n_h = \frac{n \times N_h}{N}$$

ซึ่งในที่นี้

$n_h$  = ขนาดของตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม

$N_h$  = จำนวนประชากรในแต่ละกลุ่ม

$N$  = จำนวนประชากรทั้งหมด

$n$  = ขนาดตัวอย่างทั้งหมด

ตัวอย่างเช่น การคำนวณหาขนาดตัวอย่างของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนอิสลามวิทยาลัยแห่งประเทศไทย

$$\begin{aligned} n_h &= \frac{501 \times 200}{2,117} \\ &= 47.33 \end{aligned}$$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนอิสลามวิทยาลัยแห่งประเทศไทย มีจำนวน 47 ราย



ศูนย์วิทยพัทยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 1** รายชื่อโรงเรียน จำนวนนักเรียน และจำนวนนักเรียนที่ตกเป็นตัวอย่างที่คำนวณได้  
แต่ละโรงเรียนจำแนกตามโรงเรียนที่สังกัด ดังนี้

ชื่อโรงเรียน	พื้นที่เขต	จำนวน นักเรียน	ขนาด ตัวอย่าง	นักเรียน ม.1	จำนวน ตัวอย่าง	นักเรียน ม.2	ขนาด ตัวอย่าง	นักเรียน ม.3	ขนาด ตัวอย่าง
<b>โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา</b>									
1. โรงเรียนอิสลามวิทยาลัย แห่งประเทศไทย	ทุ่งครุ	1,526	150	501	47	538	52	487	51
<b>โรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน</b>									
1. โรงเรียนบางกอกศึกษา และบางกอกวิद्याมูลนิธิ	ลาดพร้าว	410	41	151	14	129	13	130	14
2. โรงเรียนอิสลามสันติชน	ลาดพร้าว	768	76	247	23	241	23	280	30
3. โรงเรียนอัลกุรออฮ์วิทยา	ประเวศ	220	22	70	7	81	8	69	7
4. โรงเรียนศาสนวิทยา	หนองจอก	250	25	96	9	70	7	84	9
5. โรงเรียนอัลวารูนอิสลาม	ห้วยขวาง	83	9	23	2	36	4	24	3
6. โรงเรียนสอนศาสนา ศาสนูปถัมภ์	ประเวศ	167	17	61	6	32	3	74	8
<b>โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร</b>									
1. โรงเรียนสุเหร่าทรายกองดิน	มีนบุรี	582	58	234	22	191	19	157	17
2. โรงเรียนสุเหร่าลำแขก	หนองจอก	284	28	96	9	100	10	88	9
3. โรงเรียนสุเหร่าจรเข้ขบ	ประเวศ	242	24	94	9	76	7	72	8
4. โรงเรียนสุเหร่าบ้านดอน	วัฒนา	153	15	44	4	61	6	48	5
5. โรงเรียนสุเหร่าชีรอ	สะพานสูง	115	12	44	4	58	7	13	7
6. โรงเรียนสุเหร่าแสนแสบ	คลองสามวา	398	38	128	12	141	14	129	12
7. โรงเรียนหนองจอกพิทยา นุสรณ์มัธยม	หนองจอก	867	85	328	32	300	28	239	25
<b>รวม</b>		<b>6,065</b>	<b>600</b>	<b>2,117</b>	<b>200</b>	<b>2,054</b>	<b>200</b>	<b>1,894</b>	<b>200</b>



3. เนื่องด้วยหลักเกณฑ์ของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ได้กำหนดไว้ว่า การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องเป็นไปโดยความสมัครใจ โดยผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ ผู้วิจัยจึงได้กำหนดวิธีการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

3.1) หลังจากได้รายชื่อโรงเรียนและจำนวนนักเรียนตัวอย่างแล้ว ประชากรที่ตกเป็นตัวอย่างจะได้อำนาจการใช้วิธีการอาสาสมัคร โดยให้ประชากรที่ตกเป็นตัวอย่างมีความสะดวกใจมากที่สุดที่จะเข้าร่วมโครงการในรูปของการอาสา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือ เรื่องขออนุญาตทางโรงเรียนเข้าไปรับสมัครอาสาสมัครตอบแบบสอบถามโดยการเปิดรับสมัครอาสาสมัครในช่วงพักเที่ยงและช่วงเวลาหลังเลิกเรียนของโรงเรียนเพื่อไม่ให้เป็นภาระละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของนักเรียนแต่ให้เป็นไปโดยความสมัครใจในการให้ข้อมูล โดยจำนวนอาสาสมัครที่เปิดรับในแต่ละโรงเรียน จำแนกตามชั้นปีที่ศึกษาและเพศในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน ดังปรากฏในตารางที่ 2



คุรุวิทยุทยทรพยากร  
จุพาลงกรณัฒหาวิทยาฬัย

ตารางที่ 2 จำนวนตัวอย่าง (อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม) จำแนกตามชั้นปีและเพศ

ชื่อโรงเรียน	มัธยมศึกษา ปีที่ 1		รวม	มัธยมศึกษาปี ที่ 2		รวม	มัธยมศึกษาปี ที่ 3		รวม	รวม ทั้งหมด
	ชาย	หญิง		ชาย	หญิง		ชาย	หญิง		
<b>1. โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา</b>										
1. โรงเรียนอิสลามวิทยาลัยแห่งประเทศไทย	23	24	47	26	26	52	25	26	51	150
<b>2. โรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน</b>										
1. โรงเรียนบางกอกศึกษาและบางกอกวิทยามูลนิธิ	7	7	14	6	7	13	7	7	14	41
2. โรงเรียนอิสลามสันติชน	12	11	23	12	11	23	15	15	30	76
3. โรงเรียนอัลกุรออวิทยยา	4	3	7	4	4	8	4	3	7	22
4. โรงเรียนศาสนวิทยา	5	4	9	3	4	7	4	5	9	25
5. โรงเรียนอัลวารูนอิสลาม	1	1	2	2	2	4	2	1	3	9
6. โรงเรียนสอนศาสนาศาสนาอนุปภักดิ์	3	3	6	1	2	3	4	4	8	17
<b>3. โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร</b>										
1. โรงเรียนสุเหร่าทวายกองดิน	11	11	22	10	9	19	9	8	17	58
2. โรงเรียนสุเหร่าลำแขก	4	5	9	5	5	10	5	4	9	28
3. โรงเรียนสุเหร่าจรเข้ขบ	4	5	9	4	3	7	4	4	8	24
4. โรงเรียนสุเหร่าบ้านดอน	2	2	4	3	3	6	2	3	5	15
5. โรงเรียนสุเหร่าชีรอ	2	2	4	3	3	6	1	1	2	12
6. โรงเรียนสุเหร่าแสนแสบ	6	6	12	7	7	14	6	6	12	38
7. โรงเรียนหนองจอกพิทยานุสรณ์	16	16	32	14	14	28	12	13	25	85
<b>รวม</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>200</b>	<b>600</b>

3.2) เมื่อได้จำนวนอาสาสมัครตอบแบบสอบถามที่ต้องการ

ผู้วิจัยได้มอบหนังสือสำหรับการขออนุญาตจากผู้ปกครอง โดยผู้วิจัยได้ทำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับนักเรียน และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง/ผู้ดูแล โดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่ต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที จำนวน 120 ข้อ ด้วยตนเอง โดยมอบให้นักเรียนในช่วงพักเที่ยงและช่วงเวลาหลังเลิกเรียนของโรงเรียน ในกรณีที่ผู้ปกครองมารับในช่วง

หลังเลิกเรียน ก็ได้รับหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับนักเรียน และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง/ผู้ดูแล ได้กลับทันที แต่ถ้าผู้ปกครองไม่ได้มารับนักเรียนด้วยตนเอง ก็จะมีนัดกับนักเรียนในวันรุ่งขึ้น ให้นำหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับนักเรียน และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับผู้ปกครอง/ผู้ดูแล มายังผู้วิจัย โดย ผู้วิจัยก็ส่งแบบสอบถามให้ผู้ตกเป็นตัวอย่างกรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยรอรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเองในวันเดียวกัน

## 2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการทดสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามอย่างมีโครงสร้าง ที่ผู้วิจัยศึกษาจากแนวคิด เอกสาร และงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเอง จากนั้นผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ เพื่อขอความเห็นหรือข้อเสนอแนะ

สำหรับแบบสอบถามที่สร้างขึ้น แบ่งออกเป็น 7 ส่วน (ดูรายละเอียดภาคผนวก ข) ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนและผู้ปกครองของนักเรียน

ส่วนที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งอาศัยแนวคิดหลักปฏิบัติ (รูกันอิสลาม) (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535: 46-117) และหลักปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง นำมาใช้ให้เหมาะสมกับงานวิจัยครั้งนี้

ส่วนที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นการประยุกต์แนวคำถามจากงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนหน้านี้นี้ คืองานวิจัยของ นวรัตน์ จิรโคภิน (2549) รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ (2548) ถนอมวรรณ อยู่ช้า (2547) สิริวรรณ เคนผางศ์ (2543) การศึกษางานวิจัยเรื่องชีวิตคนไทยสุขภาพดี ในกลุ่มสุขภาพวัยรุ่น (13-18 ปี) โดยพรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์และคณะ (2548) และงานศึกษาวิจัย เรื่องการบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและโภชนาการและหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข โดยชอफीยะห์ นิมะและคณะ (2552)

ส่วนที่ 4 เจตคติด้านสุขภาพ ซึ่งสร้างจากแนวคิดว่าด้วยเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของดวงเดือน พันธุมนาวิน (2524) โดยอาศัยแนวคำถามจากงานวิจัยของจิราภรณ์ เทพหนู (2540) โดยเป็นการนำมาปรับใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้

ส่วนที่ 5 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจบุคคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ ซึ่งอาศัยแนวคำถามจากงานวิจัยของเบญจมาศ นาควิจิตร (2551) จุฬ่า กุลฉิม (2548) วิลาสินี แผ้วชนะ (2541) และวราภรณ์ นารินทร์ (2540) โดยนำมาปรับใช้ในงานวิจัยในครั้งนี้

ส่วนที่ 6 การดูแลสุขภาพตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งอาศัยเนื้อหาความรู้จาก การศึกษางานวิจัยของ ถนอมวรรณ อยู่ขำ (2547) รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ (2548) รชธานี เจาะอาแซ (2548) นวรัตน์ จิรโสภิต (2549) พิชญ์สินี วาณิชพราหม์ (2549) กรรณิกา ไชยประสิทธิ์ (2549) สิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543) ประกอบกับงานศึกษาวิจัยเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี ในกลุ่ม สุขภาพวัยรุ่น (13-18 ปี) โดยพรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์และคณะ (2548) และผลการวิจัย เรื่อง การบูรณาการองค์ความรู้ปรัชญาวิทยาศาสตร์อิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: อาหารและ โภชนาการและหลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข โดยซอฟียะห์ นิมะ และคณะ (2552)

ส่วนที่ 7 การรับข้อมูลด้านสุขภาพ ซึ่งอาศัยแนวคำถามจากงานวิจัยของจุฬาลักษณ์ กุลฉิม (2548) ประกอบกับแนวทางการวิเคราะห์ผู้รับสารของยุบล เบ็ญจรงค์กิจ (2542)

จากนั้นผู้วิจัย ทำการทดสอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาทำการทดสอบ ดังนี้

1) การทดสอบหาค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ในส่วนคำถามที่ เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้มีความยากง่ายพอเหมาะกับผู้ตอบ และมีอำนาจในการจำแนก สิ่งที่ต้องการวัด คือ สามารถแยกผู้รู้กับผู้ไม่รู้ออกจากกันได้อย่างชัดเจน โดยพิจารณาค่าความยาก ง่ายของคำตอบจากการใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละข้อ เนื่องจากค่าคะแนน ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 0-1 ดังนั้น ถ้าค่าคะแนนเข้าใกล้ 1 แสดงว่าข้อคำถามนั้นง่าย เกินไป แต่ถ้าข้อคำถามเข้าใกล้ 0 แสดงว่าข้อคำถามนั้นยากเกินไป ซึ่งข้อคำถามที่มีค่าความยาก ง่ายพอเหมาะ ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.2-0.8 คะแนน (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, 2540: 197)

ข้อคำถามวัดความรู้ด้านสุขภาพ การตรวจสอบหาความยากง่ายและอำนาจ จำแนกจะทำพร้อมกัน สูตรที่คำนวณหาโดยประมาณ คือ สูตรของจอห์นสัน (Johnson, 1951 อ้างถึงในศิริชัย กาญจนวาสี, 2544: 181-184) โดยนำมาตรวจให้คะแนนของแต่ละคน เรียงคนที่ ได้คะแนนจากมากไปหาน้อย แล้วแบ่งเป็นกลุ่มสูงกับกลุ่มต่ำ ร้อยละ 27 จากนั้นนำกลุ่มสูงและ กลุ่มต่ำไปหาจำนวนผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ แล้วแทนค่าในสูตร

$$p = \frac{R_H + R_L}{N_H + N_L}$$

หรือ

$$p = \frac{P_H + P_L}{2}$$

$$r = \frac{R_H - R_L}{N_H \text{ or } N_L}$$

หรือ

ในเมื่อ

$$r = P_H - P_L$$

$$p = \text{ความยากง่าย}$$

$$r = \text{อำนาจจำแนก}$$

$$R_H = \text{จำนวนผู้ที่ตอบถูกในกลุ่มสูง}$$

$$R_L = \text{จำนวนผู้ที่ตอบถูกในกลุ่มต่ำ}$$

$$N_H = \text{จำนวนผู้ที่ตอบทั้งหมดในกลุ่มสูง}$$

$$N_L = \text{จำนวนผู้ที่ตอบทั้งหมดในกลุ่มต่ำ}$$

$$P_H = \frac{R_H}{N_H} \quad \text{และ} \quad P_L = \frac{R_L}{N_L}$$

2) การทดสอบค่าความเชื่อมั่นในส่วนชุดของข้อคำถามที่เกี่ยวกับเจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ตามแบบสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Reliability coefficient) อัลฟาของครอนบาค เพื่อให้มีความเชื่อถือได้ โดยตามปกติแล้วค่าความเชื่อมั่นในความสอดคล้องของชุดข้อคำถามที่ยอมรับได้ ควรมีค่ามากกว่า 0.7 (สุชาติ ประสิทธิ์สินธุ์, 2544: 254)

ผลจากการทดสอบ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ผลจากการทดสอบแบบสอบถาม และผลจากการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริง รายละเอียดของการศึกษาในส่วนนี้ มีดังนี้

### 1) ผลจากการทดสอบแบบสอบถาม

ผู้วิจัย ได้ทำการทดสอบแบบสอบถามกับนักเรียนกลุ่มตัวอย่างในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามควบคู่กับการสอนสามัญ และมีลักษณะทางประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา เพื่อปรับปรุงแบบสอบถามให้เหมาะสม ซึ่งในกรณีนี้คือ โรงเรียนอิสลามสมุทรปราการ (มะซอฮอนุสรณ์) อำเภอบางบ่อ จังหวัดสมุทรปราการ โดยตัวอย่างจำนวน 60 ตัวอย่าง

จากการทดสอบความยากง่ายและอำนาจจำแนกรายข้อ พบว่า มีข้อคำถามความรู้ด้านสุขภาพ ที่ไม่ผ่านเกณฑ์ความยากง่ายและ/หรืออำนาจจำแนกจำนวน 5 ข้อ ผู้วิจัยจึงตัดข้อคำถามเหล่านั้นออก ผลที่ได้พบว่า มีข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์จำนวน 20 ข้อ จากข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค)

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามเจตคติด้านสุขภาพ ได้ค่าประมาณ 0.8 และค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ได้ค่าประมาณ 0.8 ส่วน

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ได้ค่าประมาณ 0.8 จึงสรุปได้ว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อคำถามทั้งหมดเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค)

## 2) ผลจากการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริง

ผู้วิจัย ได้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามอย่างมีโครงสร้าง จากกลุ่มตัวอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 600 ราย ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลามที่มีอยู่ทั้งหมด 14 โรงเรียน เขตกรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตาม การศึกษาในครั้งนี้ได้รับคำแนะนำจากกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้เพิ่มตัวแปรการสูบบุหรี่ ในแบบสอบถามที่เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้เพิ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในคำถามข้อที่ 310 และ 311 และเจตคติด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยได้เพิ่มตัวแปรที่เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ในคำถามข้อที่ 406 และ 407 ตามคำแนะนำจากกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ด้วย เนื่องจากตัวแปรการสูบบุหรี่ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีผลกระทบและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่ โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งอยู่ในวัยที่อยากรู้ อยากลอง โดยอาจจะเริ่มจากการสูบบุหรี่ ซึ่งนอกจากจะส่งผลต่อสุขภาพผู้สูบแล้วยังนำไปสู่ความเสี่ยงของการเกิดโรคต่างๆ คือ โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพอง หลอดลมอักเสบ หัวใจและหลอดเลือดตีบตัน มะเร็งช่องปาก มะเร็งหลอดอาหารและกระเพาะอาหาร (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2553: ออนไลน์)

ผลการทดสอบความยากง่ายและอำนาจจำแนกรายข้อ พบว่า ข้อคำถามความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 21 ข้อ ผ่านเกณฑ์ความยากง่ายและ/หรืออำนาจจำแนกจำนวน 18 ข้อ และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 ข้อ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค)

ผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามเจตคติด้านสุขภาพ ได้ค่าประมาณ 0.7 และค่าความเชื่อมั่นของข้อคำถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ได้ค่าประมาณ 0.7 ส่วนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ได้ค่าประมาณ 0.7 จึงสรุปได้ว่า ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นของข้อคำถามทั้งหมดเหมาะสมตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ (ดูรายละเอียดในภาคผนวก ค)

## 2.3 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลทั้งจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิที่เป็นเอกสารและแหล่งข้อมูลปฐมภูมิด้วยการเก็บข้อมูลของนักเรียน ดังนี้

2.3.1 ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ: การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) เป็นการเก็บข้อมูล เพื่อศึกษาแนวคิด ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลสถิติ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการสร้างแบบสอบถาม การสุ่มตัวอย่าง และประกอบกรวิเคราะห์ข้อมูล

2.3.2 ใช้ข้อมูลปฐมภูมิ: การเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลด้วยการส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งข้อมูลที่รวบรวมจากแบบสอบถามนั้นจะถูกเก็บเป็นความลับ มีการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล และเมื่อการวิจัยเสร็จสมบูรณ์แล้ว ผู้วิจัยได้ทำลายแบบสอบถามทั้งหมด ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ผู้วิจัยได้ขออนุญาตทางโรงเรียนเข้าไปตั้งซุ้มรับสมัคร ผู้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามในช่วงพักเที่ยงและช่วงหลังเลิกเรียนภายในวันเดียวกัน โดยผู้ตอบแบบสอบถาม เป็นผู้กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง และผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามคืนเมื่อกรอกเสร็จ

## 2.4 นิยามศัพท์

การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัย ให้นิยามศัพท์ที่เกี่ยวข้องดังนี้

**การดูแลสุขภาพของตนเอง** หมายถึง การปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของวัยรุ่นมุสลิมที่กระทำอย่างจริงจังโดยมีเป้าหมายเพื่อการดำรงชีวิต ด้านสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ซึ่งประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเอง 3 ด้าน ได้แก่ การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย

**วัยรุ่นมุสลิม** หมายถึง นักเรียนวัยรุ่นที่นับถือศาสนาอิสลามและกำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่1-3 ภาคการศึกษาปลาย ปีการศึกษา 2553 ในเขตกรุงเทพมหานคร

**โรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม** หมายถึง โรงเรียนที่มีระดับชั้นมัธยมศึกษาที่มีการเรียนการสอนทั้งวิชาศาสนาและวิชาสามัญควบคู่กันไป ในเขตกรุงเทพมหานคร

## 2.5 นิยามตัวแปร

### 2.5.1 ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามของการศึกษาครั้งนี้ คือ **การดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม** ซึ่งประกอบด้วย การดูแลสุขภาพตนเอง 3 ด้าน คือ การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ การบริโภคอาหารและยา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด และพฤติกรรมทางเพศ เป็นการวัดแบบจัดช่วง (Interval Scale) จากคะแนนของการปฏิบัติหรือกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้มีสุขภาพดี และเป็นการสร้างคำถามทางบวกและคำถามทางลบ โดยมีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามทางบวก	คำถามทางลบ	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นประจำ	0

ดังนั้นข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 31 ข้อ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 62 คะแนน

## 2.5.2 ตัวแปรอิสระ

การศึกษาครั้งนี้แบ่งตัวแปรอิสระ เป็น 4 กลุ่มปัจจัย คือ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยา วัฒนธรรม

### ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ

1. **เพศ** หมายถึง รูปที่แสดงให้ทราบว่า เป็นหญิงหรือชายของนักเรียนที่ตอบแบบสอบถาม เป็นการวัดแบบจัดกลุ่ม (Nominal Scale) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) ชาย
- 2) หญิง

2. **ระดับชั้นการศึกษา** หมายถึง ระดับชั้นของการศึกษาของนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ ณ ปัจจุบัน เป็นการวัดแบบจัดอันดับ (Ordinal Scale) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) มัธยมศึกษาปีที่ 1
- 2) มัธยมศึกษาปีที่ 2
- 3) มัธยมศึกษาปีที่ 3

3. **ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม** หมายถึง ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนที่เป็นระดับคะแนนเฉลี่ยสะสมของทุกวิชา นับตั้งแต่เริ่มเรียนในการศึกษาภาคต้น ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จนถึงการศึกษาภาคต้นของปีการศึกษา 2553 มีระดับการวัดแบบจัดอันดับ (Ordinal Scale) แบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

- 1) ต่ำกว่า 2.00
- 2) 2.01 – 2.75
- 3) 2.76 – 3.25
- 4) 3.26 – 3.59
- 5) 3.60 – 4.00



4. **จำนวนสมาชิกในครัวเรือน** หมายถึง จำนวนสมาชิกทั้งหมดของครัวเรือนที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งมีระดับการวัดแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้จัดกลุ่มใหม่เป็นการวัดแบบจัดอันดับ (Ordinal Scale) โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) 2-6 คน
- 2) 7-11 คน
- 3) 12 คนขึ้นไป

5. **สถานภาพการสมรสของผู้ปกครอง** หมายถึง สถานะการใช้ชีวิตคู่ตามที่ เป็นอยู่จริงของผู้ปกครองของนักเรียน ซึ่งมีระดับการวัดแบบจัดกลุ่ม (Nominal Scale) โดยแบ่ง ออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

- 1) อยู่ด้วยกัน
- 2) หม้าย
- 3) หย่า
- 4) แยกกันอยู่
- 5) อื่นๆระบุ.....

**ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย 3 ตัวแปร คือ**

1. **อาชีพของผู้ปกครอง** หมายถึง อาชีพหลักที่ผู้ปกครองของนักเรียนใช้เวลา ส่วนใหญ่ ในการประกอบอาชีพ เป็นการวัดแบบจัดกลุ่ม (Nominal Scale) โดยการศึกษาในครั้งนี้ แบ่งอาชีพผู้ปกครองของนักเรียน ออกเป็น 6 กลุ่ม คือ

- 1) เกษตรกรรมของตนเองหรือครอบครัว คือ ทำนา ทำไร่ ทำสวน ประมง หรือ เลี้ยงสัตว์
- 2) ค้าขาย
- 3) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- 4) รับจ้างในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม บริการ หรือรับจ้างทั่วไป
- 5) ทำงานบ้าน
- 6) ไม่ได้ประกอบอาชีพ

2. **เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน** หมายถึง ค่าใช้จ่ายที่นักเรียนได้รับต่อเดือน ไม่รวมค่าเล่าเรียนและค่าที่พัก ซึ่งมีระดับการวัดแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) ทั้งนี้ในการ

วิเคราะห์ข้อมูล ได้จัดกลุ่มใหม่เป็นการวัดแบบจัดอันดับ (Ordinal Scale) โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1) 300-999 บาท
- 2) 1,000-1,999 บาท
- 3) 2,000-2,999 บาท
- 4) 3,000 บาทขึ้นไป

**3. รายได้ของครอบครัว** หมายถึง รายได้โดยรวมของบุคคลในครอบครัว ประกอบด้วย รายได้ของบิดาและ/หรือมารดาและ/หรือบุตรที่ประกอบอาชีพ มีรายได้และให้การอุดหนุนครอบครัว รวมแล้วเฉลี่ยต่อเดือน ซึ่งมีระดับการวัดแบบอัตราส่วน (Ratio Scale) ทั้งนี้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้จัดกลุ่มใหม่เป็นการวัดแบบจัดอันดับ (Ordinal Scale) โดยแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ

- 1) 2,000-9,999 บาท
- 2) 10,000-19,000 บาท
- 3) 20,000-49,000 บาท
- 4) 50,000 บาทขึ้นไป

**ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วย 5 ตัวแปร คือ**

**1. ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย** หมายถึง ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย และเป็นผู้ที่มีบทบาทในการคุ้มครองดูแลนักเรียน เป็นการวัดแบบจัดกลุ่ม (Nominal Scale) โดยแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม คือ

- 1) บิดาและมารดา
- 2) บิดา
- 3) มารดา
- 4) ญาติ
- 5) บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ
- 6) อยู่คนเดียว

**2. ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง** หมายถึง การศึกษาชั้นสูงสุดที่ผู้ปกครองของนักเรียนสำเร็จการศึกษา เป็นการวัดแบบจัดอันดับ (Ordinal Scale) โดยแบ่งออกเป็น 7 กลุ่ม คือ

- 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ
- 2) ป.1- ป.6 หรือ ป.7

- 3) ม.1-ม.3
- 4) ม.4-ม.6 หรือ ปวช.
- 5) ปวส. หรือ อนุปริญญา
- 6) ปริญญาตรี
- 7) สูงกว่าปริญญาตรี

**3. การรับข้อมูลด้านสุขภาพ** หมายถึง ความถี่ของการรับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่างๆ ภายในระยะเวลา 1 ปี เป็นการวัดแบบจัดช่วง (Interval Scale) ซึ่งมีข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ จากนั้นนำคะแนนมารวมกัน มีคะแนนต่ำสุด 0 คะแนน และคะแนนสูงสุด 26 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- ป่วยครั้ง	ให้	2	คะแนน
- นานๆ ครั้ง	ให้	1	คะแนน
- ไม่ได้รับ	ให้	0	คะแนน

**4. เขตที่ตั้งของโรงเรียน** หมายถึง บริเวณเขตพื้นที่การศึกษาของโรงเรียนที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน เป็นการวัดแบบจัดกลุ่ม (Nominal Scale) โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

- 1) เขตชั้นใน
- 2) เขตชั้นกลาง
- 3) เขตชั้นนอก

**5. สังกัดของโรงเรียน** หมายถึง ประเภทของโรงเรียนที่นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบันตามลักษณะของการกำกับดูแล เป็นการวัดแบบจัดกลุ่ม (Nominal Scale) โดยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- 1) โรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน
- 2) โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา/สังกัดกรุงเทพมหานคร

### ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม ประกอบด้วย 5 ตัวแปร

**1. ความรู้ด้านสุขภาพ** หมายถึง ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพทั้ง 3 ด้าน คือ การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ได้แก่ การบริโภคอาหารและยา การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด และพฤติกรรมทางเพศ เป็นการวัดแบบจัดช่วง (Interval Scale)

จากข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ ถ้าตอบถูกจะได้ 1 คะแนน และถ้าตอบผิดจะไม่ได้คะแนน จากนั้น นำคะแนนมารวมกัน ได้คะแนนต่ำสุด 0 คะแนน คะแนนสูงสุด 21 คะแนน

2. **เจตคติด้านสุขภาพ** หมายถึง เจตคติของนักเรียนต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการด้วยกัน คือ ความรู้เชิงประเมินค่าว่ามีประโยชน์หรือโทษ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ และความพร้อมที่จะกระทำ โดยเป็นไปตามความคิดและความรู้สึกในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการวัดแบบจัดช่วง (Interval Scale) ได้แก่ แบบประเมินค่า 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด จากข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ นำคะแนนมารวมกัน ได้คะแนนต่ำสุด 22 คะแนน และคะแนนสูงสุด 110 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำถามทางบวก	คำถามทางลบ	คะแนน
น้อยที่สุด	มากที่สุด	1
น้อย	มาก	2
ปานกลาง	ปานกลาง	3
มาก	น้อย	4
มากที่สุด	น้อยสุด	5

3. **ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ** หมายถึง ระดับความเชื่อว่า การที่ตนเองมีสุขภาพดีหรือไม่ดีนั้นขึ้นอยู่กับการกระทำของตนเอง เป็นการวัดแบบจัดช่วง (Interval Scale) โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ตัวเลือก คือ จริงมากที่สุด จริงมาก จริงปานกลาง จริงน้อย และจริงน้อยที่สุด และนำคะแนนมารวมกัน จากข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ นำคะแนนมารวมกัน ได้คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

คำตอบ	คะแนน
จริงมากที่สุด	5
จริงมาก	4
จริงปานกลาง	3
จริงน้อย	2
จริงน้อยสุด	1

4. **ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ** หมายถึง ระดับความเชื่อที่ว่า การพบบุคลากรสาธารณสุขสม่ำเสมอ ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพดี เป็นการวัดแบบจัดช่วง (Interval Scale) โดยมีคำตอบให้เลือกและการให้คะแนน เช่นเดียวกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ มีข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ นำคะแนนมารวมกัน ได้คะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และคะแนนสูงสุด 20 คะแนน

5. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในการดำเนินชีวิตประจำวันของมุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอิสลามตามหลักปฏิบัติ 5 ประการ ได้แก่ การปฏิญาณตน การละหมาด การถือศีลอด การบริจาคชะกาต และการประกอบพิธีฮัจญ์ สำหรับการบริจาคชะกาต เป็นหลักปฏิบัติสำหรับมุสลิมที่มีความพร้อมทั้งด้านทุนทรัพย์ และการประกอบพิธีฮัจญ์ เป็นหลักปฏิบัติสำหรับผู้ที่มีความสามารถทั้งร่างกายและทุนทรัพย์

สำหรับงานวิจัยในครั้งนี้ เป็นการวิจัยในกลุ่มวัยรุ่นมุสลิม ซึ่งเป็นวัยที่ไม่มีความพร้อมด้านทุนทรัพย์ เนื่องจากไม่มีรายได้หลักเป็นของตนเองทำให้ไม่สามารถปฏิบัติหลักปฏิบัติใน 2 ประการนี้ได้ ดังนั้นจึงศึกษาเฉพาะการปฏิญาณตน การละหมาด และการถือศีลอด เท่านั้น

โดยแบ่งระดับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ประกอบด้วยการปฏิญาณตน การละหมาด และการถือศีลอด เป็นการวัดแบบจัดช่วง (Interval Scale) จากคะแนนของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และเป็นการสร้างคำถามทางบวกและคำถามทางลบ โดยมีคำตอบให้เลือก 3 ตัวเลือก คือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

คำถามทางบวก	คำถามทางลบ	คะแนน
ปฏิบัติเป็นประจำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย	2
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	1
ไม่เคยปฏิบัติเลย	ปฏิบัติเป็นประจำ	0

ดังนั้นข้อคำถามทั้งหมดจำนวน 13 ข้อ มีคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 0 คะแนน และคะแนนสูงสุดเท่ากับ 26 คะแนน

## 2.6 การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ในการนำเสนอข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างนั้น เป็นการนำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ สถิติร้อยละ ส่วนข้อมูลระดับช่วงนำเสนอข้อมูลเพิ่มด้วยค่าคะแนนต่ำสุด ค่าคะแนนสูงสุด ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) เพื่อศึกษา ค่าเฉลี่ยรวมของการดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระดับ 2 ตัวแปร คือ ตัว

แปรอิสระกับตัวแปรตาม ซึ่งเป็นการศึกษาความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของกลุ่มต่างๆตามนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยใช้วิธีวิเคราะห์ถดถอย เนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเองมีการวัดแบบจัดช่วง อนึ่งก่อนที่จะทำการวิเคราะห์การถดถอยนั้น ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบข้อมูลตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอยเพื่อไม่ให้เกิดความคลื่อนคลาดและขาดความน่าเชื่อถือ ได้แก่ ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ค่าความแปรปรวนของค่าคลื่อนคลาดเป็นค่าคงที่ ค่าคลื่อนคลาดมีการแจกแจงแบบปกติ และค่าคลื่อนคลาดเป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดการวิเคราะห์ดังนี้

3.1) การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐาน ซึ่งเป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระว่ามีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือไม่ และมีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่

3.2) การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระทั้งกลุ่ม สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้เพียงใด และเมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรตัวอื่นแล้ว ตัวแปรอิสระตัวใดบ้างที่สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตาม

3.3) การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระตัวใดสามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้ดีที่สุด และตัวแปรอิสระตัวใดที่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามในลำดับถัดไป และตัวแปรเหล่านี้ สามารถอธิบายการแปรผันของตัวแปรตามได้มากน้อยเพียงใด

## 2.7 ขอบเขตของการศึกษา

งานวิจัยนี้ เป็นการศึกษากลุ่มวัยรุ่นมุสลิม ซึ่งเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ซึ่งอาจมีลักษณะการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างจากประชากรในพื้นที่อื่น ดังนั้นการนำงานวิจัยในครั้งนี้ไปประกอบในการศึกษาหรือใช้ในการอ้างอิง จึงควรทำด้วยความระมัดระวัง

## 2.8 ข้อยกจำกัดของการศึกษา

ด้วยข้อจำกัดของเวลาและงบประมาณ การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ เป็นการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเท่านั้น ผู้วิจัยไม่สามารถสังเกตการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม

## บทที่ 3

### ผลการศึกษา

ในบทนี้เป็นการนำเสนอผลการศึกษารื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีจำนวนกรณีตัวอย่างทั้งสิ้น 600 ราย โดยแบ่งการนำเสนอผลการศึกษาเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 3 เป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของการนำเสนอแต่ละส่วน มีดังต่อไปนี้

#### 3.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในส่วนนี้ เป็นการพรรณนาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้การแจกแจงอัตราร้อยละ สำหรับตัวแปรแบบแบ่งกลุ่ม (Categorical Variables) แต่ถ้าเป็นตัวแปรที่มีข้อมูลเชิงตัวเลข (Numerical Variables) นั้น นอกจากการแจกแจงอัตราร้อยละแล้ว มีการนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุดด้วย ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 4 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านประชากร มี 5 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ มี 3 ตัวแปร ได้แก่ อาชีพของผู้ปกครอง เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน และรายได้ของครอบครัว 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม มี 5 ตัวแปร ได้แก่ ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง การรับข้อมูลด้านสุขภาพ เขตที่ตั้งของโรงเรียน และสังกัดของโรงเรียน และ 4) ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม มี 5 ตัวแปร ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา รายละเอียดของการศึกษาในส่วนนี้ มีดังนี้

##### 3.1.1 ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วยตัวแปร เพศ ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ผลการศึกษาปรากฏดังตารางที่ 3 มีรายละเอียดดังนี้

### 1) เพศ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่เท่ากันคือ ร้อยละ 50.0 เนื่องด้วยเป็นการกำหนดของผู้วิจัยที่ต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งสองในสัดส่วนที่เท่ากัน

### 2) ระดับชั้นการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1- 3 โดยมีสัดส่วนเท่าๆกัน กล่าวคือ ผู้ที่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ร้อยละ 34.0) และผู้ที่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ 3 มีสัดส่วนเท่ากัน (ร้อยละ 33.0) ทั้งนี้เป็นการกำหนดของผู้วิจัยที่ต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 ชั้นปีในสัดส่วนที่เท่าๆกัน

### 3) ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม

กลุ่มตัวอย่างมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.26-3.59 และผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.76-3.25 ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 27.2 และ ร้อยละ 26.7 ตามลำดับ) รองลงมา คือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.01-2.75 (ร้อยละ 21.7)

### 4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

กลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน เฉลี่ยเท่ากับ 5.59 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.229 โดยจำนวนสมาชิกในครัวเรือนต่ำสุด 2 คน และมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนสูงสุด 15 คน และเมื่อแบ่งจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ซึ่งมีจำนวนสมาชิกที่มีสมาชิกในครัวเรือน 2-6 คน มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 75.5) รองลงมาคือ ที่มีสมาชิกในครัวเรือน 7-11 คน (ร้อยละ 21.2) และที่มีสมาชิกในครัวเรือน 12 คนขึ้นไป (ร้อยละ 3.3)

### 5) สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ผู้ปกครอง (ร้อยละ 74.2) มีสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน ตามด้วยกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองมีสถานภาพสมรสแยกกันอยู่/หย่า (ร้อยละ 20.3) และสถานภาพสมรสหม้าย (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ



ตารางที่ 3 การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของตัวแปรภายใต้ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	300	50.0
หญิง	300	50.0
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
<b>ระดับชั้นการศึกษา</b>		
มัธยมศึกษาปีที่ 1	204	34.0
มัธยมศึกษาปีที่ 2	198	33.0
มัธยมศึกษาปีที่ 3	198	33.0
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
<b>ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม</b>		
ต่ำกว่า 2.00	34	5.7
2.01 – 2.75	130	21.7
2.76 – 3.25	160	26.7
3.26 – 3.59	163	27.2
3.60 – 4.00	113	18.8
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
<b>จำนวนสมาชิกในครัวเรือน</b>		
2-6 คน	453	75.5
7-11 คน	127	21.2
12 คนขึ้นไป	20	3.3
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
	ค่าเฉลี่ย = 5.59	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.229
	ค่าต่ำสุด = 2	ค่าสูงสุด = 15

(ยังมีต่อ)

### ตารางที่ 3 (ต่อ)

ปัจจัยด้านประชากร	จำนวน	ร้อยละ
<b>สถานภาพการสมรสของผู้ปกครอง</b>		
อยู่ด้วยกัน	445	74.2
หย่า	33	5.5
แยกกันอยู่	47	7.8
รวม	75	12.5
	600	100.0

#### 3.1.2 ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปร อาชีพของผู้ปกครอง เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน และรายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาปรากฏดังตารางที่ 4 มีรายละเอียดดังนี้

##### 1) อาชีพของผู้ปกครอง

กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสาม มีผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรมบริการ หรือรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 36.7) รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย (ร้อยละ 31.7) และอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 19.0)

##### 2) เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน

เงินใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนของนักเรียนมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1,606 บาท และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 973.559 ค่าต่ำสุด คือ 300 บาท และค่าสูงสุด คือ 9,000 บาท และเมื่อแบ่งเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียนต่อเดือน ออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 1,000-1,999 บาท (ร้อยละ 48.5) รองลงมาคือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 300-999 บาท (ร้อยละ 24.0) กลุ่มตัวอย่างที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 2,000-2,999 บาท (ร้อยละ 14.5) และกลุ่มตัวอย่างที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน 3,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 13.0)

##### 3) รายได้ของครอบครัว

รายได้ของครอบครัวต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 19,818 บาท และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1,815.446 ค่าต่ำสุด คือ 2,000 บาท และค่าสูงสุด คือ 200,000 บาท และเมื่อแบ่งรายได้ของครอบครัวต่อเดือน ออกเป็น 4 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าหนึ่งในสาม ที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 10,000-19,999 บาท (ร้อยละ 37.5) รองลงมา คือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในช่วงระหว่าง 20,000-49,999

บาท (ร้อยละ 30.8) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ในระหว่าง 2,000-9,999 บาท (ร้อยละ 8.3) และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือน 50,000 บาทขึ้นไป (ร้อยละ 8.3)

**ตารางที่ 4** การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของตัวแปรภายใต้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อาชีพของผู้ปกครอง</b>		
เกษตรกรของตนเองหรือครอบครัว	28	4.7
ค้าขาย	190	31.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	114	19.0
รับจ้างในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม บริการ หรือรับจ้างทั่วไป	220	36.7
ทำงานบ้าน	43	7.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	5	0.8
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
<b>เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน</b>		
300-999 บาท	144	24.0
1,000-1,999 บาท	291	48.5
2,000-2,999 บาท	87	14.5
3,000 บาทขึ้นไป	78	13.0
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
ค่าเฉลี่ย = 1,606.00	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 937.559	
ค่าต่ำสุด = 300	ค่าสูงสุด = 9,000	

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ	จำนวน	ร้อยละ
<b>รายได้ของครอบครัว</b>		
2,000-9,999 บาท	140	23.3
10,000-19,999 บาท	225	37.5
20,000-49,999 บาท	185	30.8
50,000 บาทขึ้นไป	50	8.3
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
ค่าเฉลี่ย = 19,817.95	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1,815.446	
ค่าต่ำสุด = 2,000	ค่าสูงสุด = 200,000	

### 3.1.3 ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วยตัวแปรที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง เขตที่ตั้งของโรงเรียน สังกัดของโรงเรียน และการรับข้อมูลด้านสุขภาพ ผลการศึกษาปรากฏดังตารางที่ 5, 6 และ 7 มีรายละเอียดดังนี้

#### 1) ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย

กลุ่มตัวอย่างประมาณสามในสี่ พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (ร้อยละ 72.2) รองลงมาคือ อาศัยอยู่กับมารดา (ร้อยละ 11.0) และอาศัยอยู่กับญาติ (ร้อยละ 9.7)

#### 2) ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

ผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสาม สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 33.0) รองลงมาคือ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ปกครองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 20.5) ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 19.8) และระดับปริญญาตรี (16.3)

#### 3) เขตที่ตั้งของโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่างสามในสี่ เป็นนักเรียนที่มาจากโรงเรียนในเขตชั้นนอก (ร้อยละ 74.5) รองลงมาคือ เขตชั้นใน (ร้อยละ 23.5) และเขตชั้นกลาง (ร้อยละ 2.0) ตามลำดับ

#### 4) สังกัดของโรงเรียน

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มาจากโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา/สังกัดกรุงเทพมหานคร มากกว่า โรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน (ร้อยละ 68.3 เปรียบเทียบ ร้อยละ 31.7)

ตารางที่ 5 การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ของตัวแปรภายใต้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
<b>ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย</b>		
บิดาและมารดา	433	72.2
บิดา	25	4.2
มารดา	66	11.0
ญาติ	58	9.7
บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	15	2.5
อยู่คนเดียว	3	0.5
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
<b>ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง</b>		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	0.2
ป.1- ป.6 หรือป.7	198	33.0
ม.1-ม.3	123	20.5
ม.4-ม.6 หรือ ปวช.	119	19.8
ปวส. หรือ อนุปริญญา	40	6.7
ปริญญาตรี	98	16.3
สูงกว่าปริญญาตรี	21	3.5
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
<b>เขตที่ตั้งของโรงเรียน</b>		
เขตชั้นใน	141	23.5
เขตชั้นกลาง	12	2.0
เขตชั้นนอก	447	74.5
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>

(ยังมีต่อ)

## ตารางที่ 5 (ต่อ)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม	จำนวน	ร้อยละ
<b>สังกัดของโรงเรียน</b>		
โรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน	190	31.7
โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา/สังกัดกรุงเทพมหานคร	410	68.3
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>

## 5) การรับข้อมูลด้านสุขภาพ

ในช่วงปี พ.ศ. 2553 นี้ การรับข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเป็นรายข้อ (ตารางที่ 6) ซึ่งเรียงลำดับตามแหล่งข้อมูลที่รายงานว่าได้รับบ่อยครั้งสูงสุดสามอันดับแรกของแหล่งข้อมูล พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสมาชิกในครัวเรือนมากที่สุด (ร้อยละ 64.7) รองลงมาคือ ครู/อาจารย์ในโรงเรียน (ร้อยละ 58.8) และเพื่อน (ร้อยละ 49.7) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพบ่อยครั้งต่ำที่สุด คือ แหล่งข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 23.5) เจ้าหน้าที่/บุคลากรในโรงเรียน (ร้อยละ 23.5) และแผ่นพับ/ใบปลิว (ร้อยละ 24.8)

## ตารางที่ 6 การกระจายร้อยละของการรับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ (N= 600)

แหล่งข้อมูล	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
1. สมาชิกในครัวเรือน (บิดา มารดา พี่น้อง ญาติ)	64.7	33.8	1.5
2. ครู/อาจารย์ในโรงเรียน	58.8	35.0	6.2
3. เพื่อน	49.7	46.3	4.0
4. โทรทัศน์	48.5	47.5	4.0
5. การจัดกิจกรรมในโรงเรียน/การจัดนิทรรศการในโรงเรียน	46.0	49.5	4.5
6. อินเทอร์เน็ต	44.0	45.5	10.5
7. หนังสือพิมพ์	41.2	47.7	11.1
8. วิทยู	33.5	52.5	14.0
9. นิตยสาร/วารสาร	28.5	55.3	16.2
10. ป้ายประกาศต่างๆ/โปสเตอร์	25.7	60.5	13.8
11. แผ่นพับ/ใบปลิว	24.8	59.0	16.2
12. เจ้าหน้าที่/บุคลากรในโรงเรียน	23.5	61.5	15.0
13. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	23.5	59.8	16.7

เมื่อแบ่งคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม พบว่า กลุ่มตัวอย่างได้คะแนนเฉลี่ยของการรับข้อมูลด้านสุขภาพเท่ากับ 16.76 คะแนน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.445 คะแนนต่ำสุด คือ 2 คะแนน และคะแนนสูงสุด คือ 26 คะแนน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 44.0) มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนในช่วงระหว่าง 15-19 คะแนน รองลงมาคือ เป็นผู้ที่มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือมีคะแนนในช่วงระหว่าง 2-14 คะแนน และผู้ที่มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือมีคะแนนในช่วงระหว่าง 20-26 คะแนน (ร้อยละ 26.5) ดังปรากฏในตารางที่ 7

**ตารางที่ 7** การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของการรับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆ

การรับข้อมูลด้านสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(2-14 คะแนน)	177	29.5
ระดับปานกลาง	(15-19 คะแนน)	264	44.0
ระดับสูง	(20-26 คะแนน)	159	26.5
<b>รวม</b>		<b>600</b>	<b>100.0</b>
	ค่าเฉลี่ย = 16.76	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 4.445	
	ค่าต่ำสุด = 2	ค่าสูงสุด = 26	

### 3.1.4 ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม

ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรมประกอบด้วยตัวแปร ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีรายละเอียดดังนี้

#### 1) ความรู้ด้านสุขภาพ

ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพเป็นรายชื่อ ผู้วิจัยวัดด้วยข้อคำถามจำนวน 21 ข้อ (ตารางที่ 8) พบว่า ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ อาหารมือเช้า เป็นมือที่สำคัญที่สุด (ร้อยละ 96.7) รองลงมาคือ ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ควรได้รับการพักผ่อนให้มากๆ (ร้อยละ 96.2) และการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ (ร้อยละ 95.3) ส่วนในข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ เมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น (ร้อยละ 25.0) และยาที่ต้องรับประทานหลังอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารทันที (ร้อยละ 33.7) สำหรับความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

ตอบคำถามผิดในเรื่องที่เกี่ยวกับการดื่มสุราไม่มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 27.8) รองลงมาคือ วิธีที่ป้องกันการเกิดปัญหาทางเพศในวัยเรียนที่ดี คือไม่คบเพื่อนต่างเพศ (ร้อยละ 50.3) และศาสนาอิสลามอนุญาตให้ชายหญิงที่ไม่ได้แต่งงานกันถูกเนื้อต้องตัวกันได้ (ร้อยละ 26.7)

**ตารางที่ 8** การกระจายร้อยละของผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (N= 600)

ข้อคำถาม	ตอบถูก	ตอบผิด
1. อาหารมือเช้า เป็นมื้อที่สำคัญที่สุด	96.7	3.3
2. ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ควรได้รับการพักผ่อนให้มากๆ	96.2	3.8
3. การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยผ่อนคลายความเครียดได้	95.3	4.7
4. อาหารหลัก 5 หมู่ของคนไทยคือ เนื้อสัตว์ ข้าว ไขมัน ผักและผลไม้	94.5	5.5
5. การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 15 - 30 นาที	93.3	6.7
6. การใช้ผ้าปิดจมูกและปากเวลาไอหรือจาม จะช่วยไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้	92.8	7.2
7. ความเครียดเป็นสาเหตุให้ร่างกายและจิตใจอ่อนแอ จึงทำให้เป็นโรคต่างๆได้	92.5	7.5
8. การรับประทานอาหารประเภทแป้ง อย่าง ทอด หรือไหม้เกรียมมีสารก่อมะเร็ง	91.3	8.7
9. นิโคตินเป็นสารที่ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีอาการติดบุหรี่	89.2	10.8
10. การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ คือ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	88.5	11.5
11. ยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนอาหาร 15-30 นาที	86.2	13.8
12. การอดนอนส่งผลให้ประสิทธิภาพการจดจำของสมองดีขึ้น	82.3	17.7
13. การตัดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ช่วยลดปัญหาการติดเชื้อและการอักเสบของทางเดินปัสสาวะในเพศชายได้	82.0	18.0
14. การสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดตีบและอุดตัน	81.0	19.0
15. การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมงทำให้ร่างกายคลายความเครียดได้	76.7	23.3
16. ศาสนาอิสลามอนุญาตให้ชายหญิงที่ไม่ได้แต่งงานกันถูกเนื้อต้องตัวกันได้	73.3	26.7
17. การดื่มสุราไม่มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคหัวใจ	72.2	27.8
18. การรับประทานอาหารประเภทแป้งมากๆ ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพราะมีพลังงานสูง	59.5	40.5
19. วิธีที่ป้องกันการเกิดปัญหาทางเพศในวัยเรียนที่ดี คือไม่คบเพื่อนต่างเพศ	49.7	50.3
20. ยาที่ต้องรับประทานหลังอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารทันที	33.7	66.3
21. เมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น	25.0	75.0



ความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาปรากฏในตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้โดยเฉลี่ย 16.52 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 21 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 37.0) มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง คือ มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 18-21 คะแนน รองลงมา คือ ผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 16-17 คะแนน (ร้อยละ 36.2) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 26.8) เป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 6-15 คะแนน

**ตารางที่ 9** การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(6-15 คะแนน)	161	26.8
ระดับปานกลาง	(16-17 คะแนน)	217	36.2
ระดับสูง	(18-21 คะแนน)	222	37.0
<b>รวม</b>		<b>600</b>	<b>100.0</b>
	ค่าเฉลี่ย = 16.52	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.145	
	ค่าต่ำสุด = 6	ค่าสูงสุด = 21	

## 2) เจตคติด้านสุขภาพ

ข้อคำถามเกี่ยวกับเจตคติด้านสุขภาพเป็นรายข้อ ประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการด้วยกัน คือ ความรู้เชิงประเมินค่าว่ามีประโยชน์หรือโทษ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ และความพร้อมที่จะกระทำ โดยเป็นไปตามความคิดและความรู้สึกในการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยวัดด้วยข้อคำถามจำนวน 22 ข้อ (ตารางที่ 10) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติด้านสุขภาพในระดับมากหรือมากที่สุดเกือบทุกข้อคำถาม และเมื่อพิจารณาถึงเจตคติด้านสุขภาพในข้อคำถามทางลบที่เกี่ยวกับศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีเจตคติด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุด คือ ฉันชอบเมื่อมีเพื่อนต่างเพศ ขวนเทียวตามลำพังสองต่อสอง (ร้อยละ 50.8) รองลงมา การดื่มสุรา ทำให้สามารถพูดคุยได้อย่างสนุกสนาน (ร้อยละ 47.2) การรักษาด้วยเวทมนต์ คาถา ช่วยรักษาโรคและความเจ็บป่วยได้ (ร้อยละ 45.6) และการสูบบุหรี่ ช่วยทำให้คลายเครียดจากการทำงานได้ (ร้อยละ 39.5)

ตารางที่ 10 การกระจายร้อยละของผู้ที่มีเจตคติด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (N= 600)

ข้อคำถาม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ฉันชอบรับประทานผลไม้มากกว่าของหวาน	25.5	36.2	33.5	4.3	0.5
*2. ฉันชอบรับประทานเนื้อสัตว์ที่ติดมัน	7.3	15.9	32.3	26.2	18.3
3. การดื่มน้ำสะอาดมาก ทำให้ผิวพรรณดี	43.7	33.7	20.7	1.8	0.2
4. การอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ	61.0	21.7	13.0	3.7	0.7
5. การนอนดึกทำให้เฉื่อยชา	28.0	30.2	27.3	11.2	3.3
6. การสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้สูบบมีอายุสั้นมากขึ้น	46.2	23.8	15.5	5.7	8.8
*7. การสูบบุหรี่ ช่วยทำให้คลายเครียดจากการทำงานได้	9.7	8.7	20.5	21.7	39.5
*8. การดื่มสุรา ทำให้สามารถพูดคุยได้อย่างสนุกสนาน และเป็นกันเองมากขึ้น	8.2	11.3	15.5	17.8	47.2
9. การดื่มสุรา ทำให้สมองเสื่อม	45.2	20.3	15.5	7.2	11.8
*10. การออกกำลังกายยิ่งเหนื่อยมากขึ้น ยิ่งเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย	40.0	25.3	20.8	8.2	5.7
11. การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้	67.8	22.2	7.2	2.0	0.8
12. การนอนหลับอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เป็นการพักผ่อนที่ดี และมีประโยชน์	42.5	28.0	18.0	7.7	3.8
*13. การรักษาด้วยเวทมนต์ คาถา ช่วยรักษาโรค และความเจ็บป่วยได้	6.8	7.3	16.0	24.3	45.6
14. การทำงานบ้านต่างๆด้วยตนเอง จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง	27.7	34.2	28.0	7.2	3.0
15. ฉันพร้อมที่จะดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย	42.8	37.2	15.2	3.8	1.0
16. การพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนที่ใกล้ชิด ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้	48.2	30.3	17.2	2.8	1.5
17. การถือศีลอด ทำให้มีความสงบและเข้มแข็งขึ้น	60.0	24.8	11.5	2.2	1.5
18. การละหมาด จะช่วยป้องกันหรือจัดความเครียดได้	58.8	25.5	11.7	2.2	1.8
*19. ฉันชอบอ่านหนังสือนวนิยาย ที่มีบทรักเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์	5.0	9.8	22.0	25.5	37.7
*20. ฉันชอบเมื่อมีเพื่อนต่างเพศ ชวนเที่ยวตามลำพังสองต่อสอง	4.8	5.2	18.8	18.4	52.8
21. ฉันชอบหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จาก บุคลากรทางการแพทย์	13.3	21.5	43.3	15.2	6.7
22. ฉันพอใจที่ฉันดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วย	44.0	29.4	20.0	3.8	2.8

หมายเหตุ : \* คือ ข้อคำถามทางลบ

เจตคติด้านสุขภาพ ผลการศึกษารากฏในตารางที่ 11 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพโดยเฉลี่ย 85.39 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 56 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 105 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 59.0) มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพในระดับที่ปานกลาง คือมีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 80-94 คะแนน รองลงมา คือ ผู้ที่มีเจตคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ต่ำ คือ มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 56-79 คะแนน (ร้อยละ 24.5) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 16.5) เป็นผู้ที่มีเจตคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือมีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 95-105 คะแนน

**ตารางที่ 11** การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของเจตคติด้านสุขภาพ

เจตคติด้านสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(56-79 คะแนน)	147	24.5
ระดับปานกลาง	(80-94 คะแนน)	354	59.0
ระดับสูง	(95-105 คะแนน)	99	16.5
<b>รวม</b>		<b>600</b>	<b>100.0</b>
	ค่าเฉลี่ย = 85.39	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.073	
	ค่าต่ำสุด = 56	ค่าสูงสุด = 105	

### 3) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพรายข้อ ผู้วิจัยวัดด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ (ตารางที่ 12) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในระดับมากหรือมากที่สุดเกือบทุกข้อคำถาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**ตารางที่ 12** การกระจายร้อยละของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ (N= 600)

ข้อคำถาม	จริง	จริง	จริง	จริง	จริง
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. สุขภาพของฉันดีขึ้นมาได้ ด้วยการหมั่นดูแลสุขภาพด้วยตัวฉันเอง	46.7	36.0	16.3	1.0	0.0
2. เมื่อเจ็บป่วย การดูแลตนเองมากขึ้น จะทำให้ฉันหายป่วยเร็วขึ้น	33.7	31.0	25.8	6.8	2.7
3. ฉันดูแลสุขภาพตนเองได้	31.3	45.0	20.7	2.3	0.7
4. การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับฉัน ล้วนเกิดจากพฤติกรรมของฉันโดยสิ้นเชิง	25.8	30.2	35.0	7.0	2.0

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ผลการศึกษาปรากฏในตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพโดยเฉลี่ย 15.89 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 7 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 20 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 39.2) มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในระดับปานกลาง คือมีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 15-17 คะแนน รองลงมาคือ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 7-14 คะแนน (ร้อยละ 30.5) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 30.3) เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพระดับสูง คือ มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 18-20 คะแนน

**ตารางที่ 13** การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(7-14 คะแนน)	183	30.5
ระดับปานกลาง	(15-17 คะแนน)	235	39.2
ระดับสูง	(18-20 คะแนน)	182	30.3
<b>รวม</b>		<b>600</b>	<b>100.0</b>
ค่าเฉลี่ย = 15.89		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.542	
ค่าต่ำสุด = 7		ค่าสูงสุด = 20	

#### 4) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ข้อคำถามเกี่ยวกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพเป็นรายข้อ (ตารางที่ 14) พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพค่อนข้างมากเกือบทุกข้อคำถาม

**ตารางที่ 14** การกระจายร้อยละของผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ จำแนกรายข้อ  
(N= 600)

ข้อคำถาม	จริง	จริง	จริง	จริง	จริง
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เมื่อเจ็บป่วย ควรรีบพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อรับการรักษา	36.8	36.4	20.3	5.2	1.3
2. การที่ฉันหายป่วยเร็วขึ้น มาจากที่ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	33.3	33.3	26.0	4.7	2.7
3. เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่เกิดกับฉัน ฉันเชื่อถือในตัวแพทย์ที่ฉันรับการรักษา	25.7	38.0	27.5	6.3	2.5
4. ที่ฉันรู้ว่า ร่างกายของฉันมีความผิดปกติมาจากแพทย์เท่านั้นที่สามารถวินิจฉัยโรคของฉันได้	16.7	33.7	32.2	12.2	5.3

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ผู้วิจัยวัดด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ผลการศึกษปรากฏในตารางที่ 15 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ โดยเฉลี่ย 15.14 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 4 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 20 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 40.2) มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพในระดับปานกลาง คือมีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 14-16 คะแนน รองลงมาคือ ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 17-20 คะแนน (ร้อยละ 32.8) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 27.0) เป็นผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพในระดับต่ำ คือ มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพในช่วงระหว่าง 4-13 คะแนน

ตารางที่ 15 การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(4-13 คะแนน)	162	27.0
ระดับปานกลาง	(14-16 คะแนน)	241	40.2
ระดับสูง	(17-20 คะแนน)	197	32.8
<b>รวม</b>		<b>600</b>	<b>100.0</b>
ค่าเฉลี่ย = 15.14		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.964	
ค่าต่ำสุด = 4		ค่าสูงสุด = 20	

#### 5) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ข้อคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ปฏิบัติเป็นประจำ เป็นรายข้อ (ตารางที่ 16) พบว่า ในด้านการปฏิญาณตน (ข้อคำถามที่ 1-2) โดยเกือบสามในสี่ (ร้อยละ 71.7) ของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิญาณตนอยู่ระดับที่สูง ส่วนในด้านการละหมาด (ข้อคำถามที่ 3-9) กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีการระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ในขณะที่ด้านการละหมาด (ร้อยละ 63.4) และด้านการถือศีลอด (ข้อคำถามที่ 10-13) พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถือศีลอดในเดือนรอมฎอนครบทุกวัน ยกเว้นเจ็บป่วย (ร้อยละ 41.5) อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาถึงภาพรวมของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นบางครั้งมากที่สุดเกือบทุกด้าน

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 16 การกระจายร้อยละของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำแนกรายข้อ (N= 600)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ฉันกล่าวปฏิญาณตนว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮฺ(ซุบฮฺ)และท่านนบีมุฮัมมัด(คือล) เป็นศาสนทูตของพระองค์	71.7	28.0	0.3
*2. ในขณะที่ฉันกล่าวปฏิญาณตน ฉันไม่ได้ระลึกถึงอัลลอฮฺ (ซุบฮฺ)และท่านนบีมุฮัมมัด (คือล)	10.8	38.8	50.4
3. ฉันละหมาดครบวันละ 5 เวลา	29.7	65.8	4.5
4. ฉันระลึกถึงอัลลอฮฺ(ซุบฮฺ) ในขณะที่ฉันละหมาด	63.4	35.8	0.8
*5. ฉันไม่ละหมาด เมื่อฉันไม่มีเวลา	8.5	70.5	21.0
*6. ฉันละหมาด เมื่อพ่อแม่หรือผู้ปกครองบังคับ	13.2	49.0	37.8
7. ฉันตื่นมาละหมาดตอนหัวรุ่ง(ซุบฮฺ) ได้ทันเวลา	26.2	61.2	12.7
*8. ฉันนึกถึงเหตุการณ์ต่างๆที่ผ่านมาในชีวิตขณะละหมาด	15.2	66.2	18.7
9. ในช่วงถือศีลอด ฉันละหมาดซุนนะตะระวีฮฺ นอกจากละหมาดวันละ 5 ครั้ง	30.7	60.0	9.3
*10. ฉันแสดงอารมณ์โกรธและใช้ถ้อยคำไม่สุภาพกับบุคคลอื่นๆ เมื่อฉันรู้สึกหิว ในขณะที่ถือศีลอด	3.7	38.5	57.8
11. ฉันถือศีลอดในเดือนรอมฎอนครบทุกวัน ยกเว้นฉันเจ็บป่วย	41.5	50.7	7.8
*12. ฉันนินทาหรือพูดโกหก ในขณะที่ฉันถือศีลอด	3.3	63.0	33.7
13. ฉันอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ในระหว่างที่ฉันถือศีลอด	30.7	60.0	9.3

หมายเหตุ : \* คือ ข้อคำถามทางลบ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาผู้วิจัยวัดด้วยข้อคำถามจำนวน 13 ข้อ ผลการศึกษาปรากฏในตารางที่ 17 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยเฉลี่ย 15.92 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 8 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 24 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 37.5) มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับปานกลาง คือมีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในช่วงระหว่าง 15-17 คะแนน รองลงมาคือ ผู้ที่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในช่วงระหว่าง 8-14 คะแนน (ร้อยละ 33.5) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 29.0) เป็นผู้ที่มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับสูง คือ มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในช่วงระหว่าง 18-24 คะแนน

**ตารางที่ 17** การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา		จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ	(8-14 คะแนน)	201	33.5
ระดับปานกลาง	(15-17 คะแนน)	225	37.5
ระดับสูง	(18-24 คะแนน)	174	29.0
<b>รวม</b>		<b>600</b>	<b>100.0</b>
ค่าเฉลี่ย = 15.92		ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 2.935	
ค่าต่ำสุด = 8		ค่าสูงสุด = 24	

### 3.2 การดูแลสุขภาพตนเอง

ข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติเป็นรายข้อ ดังปรากฏในตารางที่ 18 พบว่าการปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในช่วงปี 2553 ที่กระทำอย่างจริงจัง โดยมีเป้าหมายเพื่อการดำรงชีวิตด้านสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีนั้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดห้าอันดับแรก คือ การอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา (ร้อยละ 65.2) รองลงมาคือ การนอนหลับในแต่ละวัน 6-8 ชั่วโมง (ร้อยละ 62.2) การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ (ร้อยละ 57.7) การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยการรับประทานยา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด (ร้อยละ 57.3) และ การดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์จากนม (ร้อยละ 56.7)

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการดูแลสุขภาพตนเองบางอย่างที่ควรปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังเห็นได้จาก การที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง เช่น การรับประทาน



อาหารที่มีรสจัด เช่น เปรี้ยว เผ็ดจัด เค็มจัด (ร้อยละ 32.5) รองลงมาคือ การแยกตัวอยู่คนเดียว เมื่อรู้สึกเครียด (ร้อยละ 30.3) การดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม (ร้อยละ 20.5) และการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมัน (ร้อยละ 19.0) เมื่อพิจารณาถึงการดูแลสุขภาพตนเองในข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำด้านการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 7.5) การดื่มสุรา (ร้อยละ 6.2) การกอดจูบ/ยินยอมเปิดโอกาสให้เพศตรงกันข้ามถูกเนื้อต้องตัว จับมือถือแขนได้เมื่ออยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสอง (ร้อยละ 5.2) การดูวิดีโอที่มียิปต์และฉากรักของหนุ่มสาวกับคู่รักตามลำพังสองต่อสอง (ร้อยละ 3.5) และการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงกันข้าม (ร้อยละ 2.2)

**ตารางที่ 18** การกระจายร้อยละของการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกรายข้อ (N= 600)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1. ฉันรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้	57.7	42.0	0.3
2. ฉันดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์จากนม	56.7	42.8	0.5
3. ฉันดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว	53.8	44.5	1.7
4. ฉันล้างมือก่อนรับประทานอาหาร	41.8	56.0	2.2
5. ฉันล้างมือหลังรับประทานอาหาร	48.3	48.2	3.5
*6. ฉันดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม	20.5	73.2	6.3
*7. ฉันรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมัน	19.0	67.2	13.8
*8. ฉันรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เปรี้ยว เผ็ดจัด เค็มจัด	32.5	58.0	9.5
9. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหนัก ฉันจะพบแพทย์เพื่อรับการรักษา	55.8	41.8	2.4
10. เมื่อเจ็บป่วยฉันจะรับประทานยา และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด	57.3	40.3	2.4
11. ฉันจะอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา	65.2	32.5	2.3
12. ฉันหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตนเองก่อนการเจ็บป่วย	47.0	48.0	5.0
13. ฉันหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตนเองหลังการเจ็บป่วย	40.5	54.0	5.5
14. เมื่อฉันเป็นไข้หวัด ไม่สบาย ฉันจะเช็ดตัว แทนการอาบน้ำ	45.7	46.0	8.3
*15. ฉันสูบบุหรี่	7.5	14.3	78.2

(ยังมีต่อ)

ตารางที่ 18 (ต่อ)

ข้อคำถาม	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
*16. ฉันดื่มสุรา	6.2	14.0	79.8
17. ฉันออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง	31.8	60.8	7.4
18. ฉันออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที	35.0	56.7	8.3
*19. ฉันรับประทานอาหารจนอิ่มก่อนออกกำลังกาย	16.2	49.5	34.3
20. ฉันเริ่มออกกำลังกายจนกระทั่งเหงื่อออก	45.2	49.2	5.7
21. ในแต่ละวันฉันนอนหลับ 6-8 ชั่วโมง	62.2	34.7	3.1
22. เมื่อฉันเกิดความเครียด ฉันจะพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนที่ใกล้ชิด	42.8	50.5	6.7
23. ฉันอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน หรือฟังคัมภีร์อัลกุรอาน เมื่อฉันรู้สึกไม่สบายใจ	33.3	59.0	7.7
24. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือคนที่ใกล้ชิด	44.2	52.2	3.7
25. เมื่อฉันรู้สึกไม่สบายใจ ฉันจะละหมาดและขอพรจากอัลลอฮ์(ซุบฮาย)	44.0	51.2	4.8
*26. ฉันจะแยกตัวอยู่คนเดียวเมื่อฉันรู้สึกเครียด	30.3	54.2	15.5
*27. ฉันกอดจูบ/ยินยอมเปิดโอกาสให้เพศตรงกันข้ามถูกเนื้อต้องตัว จับมือถือแขนได้เมื่ออยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสอง	5.2	19.0	75.8
*28. ฉันอยู่กับเพศตรงกันข้ามสองต่อสองในที่ลับตาคน	2.2	10.8	87.0
*29. ฉันดูวิดีโอที่มีบทรักและฉากรักของหนุ่มสาวกับคู่รักตามลำพังสองต่อสอง	3.5	20.2	76.3
*30. ฉันไปเที่ยวงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพศตรงกันข้ามในเวลากลางคืน	3.5	14.8	81.7
*31. ฉันมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงกันข้าม	2.2	4.7	93.2

หมายเหตุ: \* คือ ข้อคำถามที่ไม่ควรปฏิบัติ

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นตัวแปรตามในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยวัดการดูแลสุขภาพตนเองจากข้อคำถาม 31 ข้อ ผลการศึกษาดังปรากฏในตารางที่ 19 แสดงว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉลี่ย 44.30 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 23 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด 60 คะแนน โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองในช่วงระหว่าง 41-45 คะแนน (ร้อยละ 61.2) รองลงมาคือ ผู้ที่มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองในช่วงระหว่าง 23-40 คะแนน (ร้อยละ 24.8) ส่วนที่เหลือ (ร้อยละ 14.0) เป็นผู้ที่มีการดูแลสุขภาพตนเองในระดับสูง คือ มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองในช่วงระหว่าง 46-60 คะแนน

**ตารางที่ 19** การกระจายความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (23-40 คะแนน)	149	24.8
ระดับปานกลาง (41-45 คะแนน)	367	61.2
ระดับสูง (46-60 คะแนน)	84	14.0
<b>รวม</b>	<b>600</b>	<b>100.0</b>
	ค่าเฉลี่ย = 44.30	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.715
	ค่าต่ำสุด = 23	ค่าสูงสุด = 60

### 3.3 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการวิเคราะห์ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 โดยแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง และส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง มีรายละเอียดดังนี้

#### 3.3.1 การวิเคราะห์การแปรผันสองทาง

การวิเคราะห์ในส่วนนี้ ใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวน โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และศึกษาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของกลุ่มต่างๆ ตามนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA) และใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis) เพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองหรือไม่เพียงใด

และมีความสัมพันธ์ในทิศทางใด ตลอดจนความสัมพันธ์ดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือไม่ มีรายละเอียด ดังนี้

### 3.3.1.1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยใช้วิธีการวิเคราะห์ความแปรปรวน (Analysis of Variance: ANOVA)

การศึกษาในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรภายใต้ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

หนึ่ง ในการศึกษาส่วนนี้ ตัวแปรบางตัวได้ถูกจัดกลุ่มใหม่ เพื่อความเหมาะสมในการวิเคราะห์ ได้แก่ ตัวแปรผลการเรียนเฉลี่ยสะสม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน รายได้ของครอบครัว ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง สำหรับผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองของตัวแปรอิสระต่างๆที่นำเสนอในกรอบแนวคิดของการวิจัย มีสาระสำคัญพอสรุปได้ดังนี้

#### ปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วยตัวแปร เพศ ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ผลการศึกษาปรากฏดังตารางที่ 20

##### 1) เพศ

ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าเพศชาย (ค่าเฉลี่ย 45.19 เปรียบเทียบ 43.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

##### 2) ระดับชั้นการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 44.78) รองลงมา คือ ผู้ที่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (ค่าเฉลี่ย 44.60) และ ผู้ที่ศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ค่าเฉลี่ย 44.54) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

##### 3) ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองแปรผันตามผลการเรียน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสูงขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นไป อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระหว่าง

3.60-4.00 มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 45.71) รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.26-3.59 (ค่าเฉลี่ย 45.17) และ กลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระหว่าง 2.76-3.25 (ค่าเฉลี่ย 43.62)

#### 4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมาก (6 คนขึ้นไป) มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อย (ต่ำกว่า 5 คน) (ค่าเฉลี่ย 44.39 เปรียบเทียบ 44.24) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 5) สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองไม่ได้อยู่ด้วยกัน (ค่าเฉลี่ย 44.78 เปรียบเทียบ 42.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 20** ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามปัจจัยด้านประชากร

ปัจจัยด้านประชากร	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>เพศ</b>			
ชาย	43.40	300	5.968
หญิง	45.19	300	5.311
รวม	44.30	600	5.715
F	= 15.059		P-value = 0.00
<b>ระดับชั้นการศึกษา</b>			
มัธยมศึกษาปีที่ 1	43.60	204	5.910
มัธยมศึกษาปีที่ 2	44.78	198	5.671
มัธยมศึกษาปีที่ 3	44.54	198	5.510
รวม	44.30	600	5.715
F	= 2.425		P-value = 0.09

(ยังมีต่อ)

## ตารางที่ 20 (ต่อ)

ปัจจัยด้านประชากร	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม</b>			
ต่ำกว่า 2.75	43.13	164	5.637
2.76 - 3.25	43.62	160	5.786
3.26 - 3.59	45.17	163	5.654
3.60 - 4.00	45.71	113	5.376
รวม	44.30	600	5.715
F	= 6.780		P-value = 0.00
<b>จำนวนสมาชิกในครัวเรือน</b>			
ต่ำกว่า 5 คน	44.24	357	5.587
6 คนขึ้นไป	44.39	243	5.909
รวม	44.30	600	5.715
F	= 0.098		P-value = 0.76
<b>สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง</b>			
อยู่ด้วยกัน	44.78	445	5.618
ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	42.92	155	5.785
รวม	44.30	600	5.715
F	= 12.457		P-value = 0.00

**ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ**

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปร อาชีพของผู้ปกครอง เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน และรายได้ของครอบครัว ผลการศึกษาปรากฏดังตารางที่ 21 มีรายละเอียดดังนี้

**1) อาชีพของผู้ปกครอง**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองไม่ได้ทำงาน / รับจ้างในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม / บริการ / รับจ้างทั่วไปหรืออาชีพอื่น มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 44.50) รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (ค่าเฉลี่ย 44.15) และกลุ่มตัวอย่างที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพค้าขาย (ค่าเฉลี่ย 44.07)

อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงให้เห็นว่า ค่าเฉลี่ยของอาชีพของผู้ปกครอง ทั้ง 3 กลุ่ม ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก ด้วยเหตุนี้ จึงพบมีความแตกต่างดังกล่าว

## 2) เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนน้อยกว่า 1,000 บาท มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 44.69) รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือน 2,000 บาทขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 44.27) และกลุ่มตัวอย่างที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนอยู่ระหว่าง 1,000 – 1,999 บาท (ค่าเฉลี่ย 43.98) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 3) รายได้ของครอบครัว

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 44.66) รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาทขึ้นไป (ค่าเฉลี่ย 44.12) และกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000 – 10,999 บาท (ค่าเฉลี่ย 43.96) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 21 ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>อาชีพของผู้ปกครอง</b>			
ค้าขาย	44.07	190	5.735
รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	44.15	114	6.604
ไม่ได้ทำงาน / รับจ้างในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม / บริการ / รับจ้างทั่วไปหรืออาชีพอื่น	44.50	296	5.335
รวม	44.30	600	5.715
F	= 0.382		P-value = 0.68

(ยังมีต่อ)

## ตารางที่ 21 (ต่อ)

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน</b>			
ต่ำกว่า 1,000 บาท	44.69	203	5.903
1,000 – 1,999 บาท	43.98	232	5.522
2,000 บาทขึ้นไป	44.27	165	5.752
รวม	44.30	600	5.715
F	= 0.841		P-value = 0.43
<b>รายได้ของครอบครัว</b>			
ต่ำกว่า 10,000 บาท	44.12	235	5.640
10,000-19,999 บาท	43.96	130	6.066
20,000 บาทขึ้นไป	44.66	235	5.593
รวม	44.30	600	5.715
F	= 0.821		P-value = 0.44

**ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม**

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ประกอบด้วยตัวแปรผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง เขตที่ตั้งของโรงเรียน สังกัดของโรงเรียน และการรับข้อมูลด้านสุขภาพ ผลการศึกษาปรากฏดังตารางที่ 22 มีรายละเอียดดังนี้

**1) ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่พักอาศัยอยู่กับบิดามารดา มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในรูปแบบอื่น รูปแบบอื่นในที่นี้ หมายถึง พักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา/ญาติ/บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ และอยู่คนเดียว (ค่าเฉลี่ย 44.82 เปรียบเทียบ 42.94) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**2) ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง**

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ปกครองมีการศึกษาระดับสูงกว่ามัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 44.48) รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ปกครองมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 44.46) และกลุ่มตัวอย่างที่มีผู้ปกครองไม่ได้



เรียน/ประถมศึกษา (ค่าเฉลี่ย 43.96) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 3) เขตที่ตั้งของโรงเรียน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มาจากโรงเรียนในเขตชั้นใน มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มาจากโรงเรียนในเขตชั้นกลางและชั้นนอก (ค่าเฉลี่ย 44.75 เปรียบเทียบ 44.16) อย่างไรก็ตามผลการศึกษาดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 4) สังกัดของโรงเรียน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มาจากโรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มาจากโรงเรียนในสังกัดกรมสามัญศึกษาและกรุงเทพมหานคร (ค่าเฉลี่ย 45.27 เปรียบเทียบ 43.85) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 5) การรับข้อมูลด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองแปรผันตามการรับข้อมูลด้านสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพสูงขึ้น มีค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 20-26 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 45.74) รองลงมา คือ เป็นผู้คะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่ปานกลาง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 15-19 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 43.94) และผู้ที่คะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 2-14 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 43.55)

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย</b>			
บิดาและมารดา	44.82	433	5.625
อยู่ในรูปแบบอื่น	42.94	167	5.740
รวม	44.30	600	5.715
F	= 13.338		P-value = 0.00
<b>ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง</b>			
ไม่ได้เรียน/ประถมศึกษา	43.96	199	5.821
มัธยมศึกษา	44.46	242	5.235
สูงกว่ามัธยมศึกษา	44.48	159	6.273
รวม	44.30	600	5.715
F	= 0.522		P-value = 0.59
<b>เขตที่ตั้งของโรงเรียน</b>			
เขตชั้นใน	44.72	141	5.057
เขตชั้นกลาง/เขตชั้นนอก	44.16	459	5.901
รวม	44.30	600	5.715
F	= 1.161		P-value = 0.28
<b>สังกัดของโรงเรียน</b>			
สำนักงานศึกษาเอกชน	45.27	190	4.972
กรมสามัญศึกษา / กรุงเทพมหานคร	43.85	410	5.981
รวม	44.30	600	5.715
F	= 1.161		P-value = 0.28

(ยังมีต่อ)

## ตารางที่ 22 (ต่อ)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>การรับข้อมูลด้านสุขภาพ</b>			
ระดับต่ำ (2-14 คะแนน)	43.55	177	5.705
ระดับปานกลาง (15-19 คะแนน)	43.94	264	5.307
ระดับสูง (20-26 คะแนน)	45.74	159	6.145
รวม	44.30	600	5.715
F	= 12.457		P-value = 0.00

**ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม**

ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรมประกอบด้วยตัวแปร ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีรายละเอียดดังนี้

**1) ความรู้ด้านสุขภาพ**

ผลการศึกษพบว่า ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองแปรผันตามความรู้ด้านสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้น มีค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 18-21 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 45.23) รองลงมา คือ เป็นผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 16-17 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 44.34) และผู้ที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 6-15 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 42.96)

**2) เจตคติด้านสุขภาพ**

ผลการศึกษพบว่า ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองแปรผันตามเจตคติด้านสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 95-105 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 48.09) รองลงมา คือ เป็นผู้ที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพอยู่ใน

ระดับปานกลาง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 80-94 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 44.53) และผู้ที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 56-79 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 41.18)

### 3) ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองแปรผันตามความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพสูง ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 18-20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 45.60) รองลงมา คือ เป็นผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 15-17 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 44.44) และผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 7-14 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 42.81)

### 4) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองแปรผันตามความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูง ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 17-20 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 45.60) รองลงมา คือ เป็นผู้ที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 14-16 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 44.25) และผู้ที่มีคะแนนการความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 4-13 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 42.78)

### 5) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองแปรผันตามการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยกลุ่มตัวอย่างที่ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูง ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับสูง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 18-24 คะแนน มีค่าเฉลี่ยการดูแลสุขภาพตนเองสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 46.45) รองลงมา คือ เป็นผู้ที่คะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 15-17 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 44.39) และผู้ที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำ คือ มีคะแนนในช่วงระหว่าง 8-14 คะแนน (ค่าเฉลี่ย 42.33)

ตารางที่ 23 ค่าเฉลี่ยของการดูแลสุขภาพตนเอง จำแนกตามปัจจัยด้านจิตวิทยาและ  
วัฒนธรรม

ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน
<b>ความรู้ด้านสุขภาพ</b>			
ระดับต่ำ (6-15 คะแนน)	42.96	161	6.224
ระดับปานกลาง (16-17 คะแนน)	44.34	217	5.523
ระดับสูง (18-21 คะแนน)	45.23	222	5.337
รวม	44.30	600	5.715
F	= 7.553		P-value = 0.00
<b>เจตคติด้านสุขภาพ</b>			
ระดับต่ำ (56-79 คะแนน)	41.18	147	5.549
ระดับปานกลาง (80-94 คะแนน)	44.53	354	5.144
ระดับสูง (95-105 คะแนน)	48.09	99	5.397
รวม	44.30	600	5.715
F	= 51.437		P-value = 0.00
<b>ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ</b>			
ระดับต่ำ (7-14 คะแนน)	42.81	183	5.421
ระดับปานกลาง (15-17 คะแนน)	44.44	235	5.818
ระดับสูง (18-20 คะแนน)	45.60	182	5.551
รวม	44.30	600	5.715
F	= 11.378		P-value = 0.00
<b>ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ</b>			
ระดับต่ำ (4-13 คะแนน)	42.78	162	5.562
ระดับปานกลาง (14-16 คะแนน)	44.25	241	5.758
ระดับสูง (17-20 คะแนน)	45.60	197	5.494
รวม	44.30	600	5.715
F	= 11.255		P-value = 0.00

(ยังมีต่อ)

## ตารางที่ 23 (ต่อ)

ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม	การดูแลสุขภาพตนเอง		
	ค่าเฉลี่ย	จำนวน (คน)	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
<b>การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา</b>			
ระดับต่ำ (8-14 คะแนน)	42.33	201	5.286
ระดับปานกลาง (15-17 คะแนน)	44.39	225	5.625
ระดับสูง (18-24 คะแนน)	46.45	174	5.537
รวม	44.30	600	5.715
F	= 26.339		P-value = 0.00

## 3.3.1.2 การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย (Simple Regression Analysis)

การวิเคราะห์โดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยนี้มีเงื่อนไข คือ ทั้งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามต้องมีระดับการวัดตั้งแต่ระดับช่วงขึ้นไป หรือหากข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขดังกล่าว ต้องแปลงค่าตัวแปรที่มีระดับการวัดต่ำกว่าระดับช่วงให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ที่มีค่า 2 ค่า คือ ค่า 0 และ ค่า 1

การศึกษาครั้งนี้ มีตัวแปรอิสระที่ต้องแปลงเป็นตัวแปรหุ่น 9 ตัว คือ ตัวแปรเพศ ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง อาชีพของผู้ปกครอง ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง เขตที่ตั้งของโรงเรียน และสังกัดของโรงเรียน ทั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดค่ากลุ่มรายการที่สนใจเท่ากับ 1 และกลุ่มอ้างอิงเท่ากับ 0 ดังนี้

1) เพศ	กำหนดให้	เพศหญิง	เท่ากับ 1
		เพศชาย	เท่ากับ 0
2) ระดับชั้นการศึกษา	กำหนดให้	มัธยมศึกษาปีที่ 3	เท่ากับ 1
		มัธยมศึกษาปีที่ 2	เท่ากับ 0
		มัธยมศึกษาปีที่ 1	เท่ากับ 0
3) ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม	กำหนดให้	3.60 – 4.00	เท่ากับ 1
		3.26 – 3.59	เท่ากับ 1
		2.76 – 3.25	เท่ากับ 0
		2.01 – 2.75	เท่ากับ 0
		ต่ำกว่า 2.00	เท่ากับ 0

4) สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง	กำหนดให้	อยู่ด้วยกัน	เท่ากับ 1
		หม้าย	เท่ากับ 0
		หย่า	เท่ากับ 0
		แยกกันอยู่	เท่ากับ 0
5) อาชีพของผู้ปกครอง	กำหนดให้	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	เท่ากับ 1
		เกษตรกรรมของตนเอง	เท่ากับ 0
		หรือครอบครัว	
		ค้าขาย	เท่ากับ 0
		รับจ้างในภาคเกษตรกรรม	เท่ากับ 0
		อุตสาหกรรม บริการ หรือรับจ้างทั่วไป	
6) ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย	กำหนดให้	ทำงานบ้าน	เท่ากับ 0
		ไม่ได้ทำงาน	เท่ากับ 0
		บิดาและมารดา	เท่ากับ 1
		บิดา	เท่ากับ 0
		มารดา	เท่ากับ 0
		ญาติ	เท่ากับ 0
7) ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	กำหนดให้	บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ	เท่ากับ 0
		อยู่คนเดียว	เท่ากับ 0
		สูงกว่าปริญญาตรี	เท่ากับ 1
		ปริญญาตรี	เท่ากับ 1
		ปวส. หรือ อนุปริญญา	เท่ากับ 0
		ม.4-ม.6หรือปวช.	เท่ากับ 0
8) เขตที่ตั้งของโรงเรียน	กำหนดให้	ม.1-ม.3	เท่ากับ 0
		ป.1- ป.6 หรือป.7	เท่ากับ 0
		ไม่ได้เรียนหนังสือ	เท่ากับ 0
		เขตชั้นใน	เท่ากับ 1
		เขตชั้นกลาง	เท่ากับ 0
		เขตชั้นนอก	เท่ากับ 0

9) สังกัดของโรงเรียน	กำหนดให้	โรงเรียนสังกัด	เท่ากับ 1
		สำนักงานศึกษาเอกชน	
		โรงเรียนสังกัด	เท่ากับ 0
		กรมสามัญศึกษา	
		สังกัดกรุงเทพมหานคร	

นอกจากเงื่อนไขในเรื่องระดับการวัดของตัวแปรแล้ว ผู้วิจัยจำเป็นต้องตรวจสอบข้อมูลว่าเป็นไปตามเงื่อนไขอื่นๆของการวิเคราะห์การถดถอยหรือไม่ ทั้งนี้หากข้อมูลไม่เป็นไปตามเงื่อนไขจะส่งผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร ทำให้ผลการศึกษาคเลี่ยนคลาดและขาดความน่าเชื่อถือได้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550: 328-342) โดยเงื่อนไขอื่นๆของการวิเคราะห์การถดถอยมีดังต่อไปนี้

- 1) ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง
- 2) ค่าความแปรปรวนของค่าคลื่อนคลาดเป็นค่าคงที่
- 3) ค่าคลื่อนคลาดมีการแจกแจงแบบปกติ
- 4) ค่าคลื่อนคลาดเป็นอิสระต่อกัน

ผลการตรวจสอบ พบว่า ตัวแปรเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน และรายได้ของครอบครัว ไม่ได้มีความสัมพันธ์เชิงเส้นกับการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงเปลี่ยนรูปแบบการกระจายตัวของตัวแปรเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน และรายได้ของครอบครัวใหม่ โดยเปลี่ยนการกระจายตัว ด้วยการให้  $\ln$  ส่วนผลการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ปรากฏในตารางที่ 24 โดยมีรายละเอียดดังนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ตารางที่ 24 การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายของกลุ่มตัวอย่าง (n=600)

ตัวแปรอิสระ	a	b	t	r	ผลการทดสอบทิศทางและ นัยสำคัญทางสถิติ
1. เพศหญิง (1)	44.403	1.790	3.881*	0.157	✓
2. มัธยมศึกษาปีที่ 3 (2)	44.182	0.345	0.713	0.029	X
3. ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมสูงกว่า 3.26 (3)	43.370	2.017	4.374*	0.176	✓
4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	44.251	0.009	0.081	0.003	X
5. สถานภาพสมรสของผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน (4)	42.916	1.864	3.530*	0.143	✓
6. อาชีพของผู้ปกครองรับราชการ/รัฐวิสาหกิจ (5)	44.333	-0.184	-0.309	0.013	X
7. log ของเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน	46.296	-0.276	-0.661	0.027	X
8. log ของรายได้ของครอบครัว	40.744	0.369	1.109	0.045	X
9. อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา (6)	42.940	1.882	3.652*	0.148	✓
10. การศึกษาของผู้ปกครองระดับปริญญาตรีและสูงกว่า (7)	44.108	0.969	1.641	0.067	X
11. การรับข้อมูลด้านสุขภาพ	41.552	0.164	3.142*	0.127	✓
12. เขตชั้นใน (8)	44.169	0.593	1.077	0.044	X
13. สังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน (9)	43.846	1.427	2.863*	0.116	✓
14. ความรู้ด้านสุขภาพ	36.797	0.487	5.251*	0.210	✓

ตารางที่ 24 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ	a	b	t	r	ผลการทดสอบทิศทางและ นัยสำคัญทางสถิติ
15. เจตคติด้านสุขภาพ	20.641	0.487	4.550*	0.210	✓
16. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	36.797	0.472	5.251*	0.210	✓
17. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ	38.794	0.363	4.695*	0.189	✓
18. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	34.050	0.644	8.465*	0.331	✓

หมายเหตุ

a = ค่าคงที่

b = สัมประสิทธิ์การถดถอย

t = สถิติการทดสอบแบบที

r = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

\* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

✓ = มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ X = มีทิศทางไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

- (1) กลุ่มอ้างอิง คือ นักเรียนชาย (2) กลุ่มอ้างอิง คือ ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 (3) กลุ่มอ้างอิง คือ ผลการเรียนเฉลี่ยต่ำกว่า 3.26 (4) กลุ่มอ้างอิง คือ หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่  
 (5) กลุ่มอ้างอิง คือ เกษตรกรรมของตนเอง/ครอบครัวหรือค้าขาย รับจ้างในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม บริการ รับจ้างทั่วไป ทำงานบ้าน และไม่ได้ทำงาน  
 (6) กลุ่มอ้างอิง คือ บิดา/มารดา/ญาติ/บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ/อยู่คนเดียว (7) กลุ่มอ้างอิง คือ ผู้ปกครองมีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี (8) กลุ่มอ้างอิง คือ เขตชั้นกลางและเขตชั้นนอก  
 (9) กลุ่มอ้างอิง คือ สังกัดกรมสามัญศึกษาและสังกัดกรุงเทพมหานคร

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ในการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายนี้เป็นเพียงการวิเคราะห์ในระดั 2 ตัวแปร ซึ่งสามารถดูทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระที่ละตัว โดยไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ เพราะฉะนั้นจึงพิจารณาได้เพียงว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นนั้นระหว่างตัวแปรตาม กับตัวแปรอิสระแต่ละตัวเป็นไปตามสมมติฐานหรือไม่ เป็นลำดับแรก จากนั้นจึงจะได้มีการวิเคราะห์ด้วยการถดถอยแบบพหุ เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ ซึ่งจะให้ความสัมพันธ์ที่แท้จริง และจะมีการอภิปรายผลโดยละเอียดประกอบกับการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุต่อไป

### 1) เพศ

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่านักเรียนหญิงมีแนวโน้มการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานเพื่อการวิจัยว่า นักเรียนหญิงจะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย ซึ่งผลการวิเคราะห์ปรากฏว่า ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ นักเรียนหญิงมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย

### 2) ระดับชั้นการศึกษา

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นการศึกษากับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ นักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษาสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 3) ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผลการเรียนเฉลี่ยสะสม พบว่า ตัวแปรทั้งสอง มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมต่ำกว่า

### 4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ นักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า ซึ่งมีทิศทางเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 5) สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรสของผู้ปกครองกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า มีทิศทางเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ นักเรียนที่ผู้ปกครองอยู่ด้วยกัน จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีสถานภาพการสมรสของผู้ปกครอง หม้ายหรือหย่าหรือแยกกันอยู่

### 6) อาชีพของผู้ปกครอง

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาชีพของผู้ปกครองกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางลบ ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 7) เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียนกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางลบ กล่าวคือ นักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่ำกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับสูงกว่า ซึ่งมีทิศทางเป็นไปในทางตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 8) รายได้ของครอบครัว

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัวกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ นักเรียนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 9) ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วยกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้น สามารถสรุปได้ว่า นักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว

### 10) ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษาของผู้ปกครองกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า ตัวแปรทั้งสองมีความสัมพันธ์ทางบวก กล่าวคือ นักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาต่ำ

กว่า โดยสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 11) การรับข้อมูลด้านสุขภาพ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับข้อมูลด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า นักเรียนที่มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า นักเรียนที่มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 12) เขตที่ตั้งของโรงเรียน

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่ตั้งของโรงเรียนกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตชั้นใน จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตชั้นกลางหรือเขตชั้นนอก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 13) สังกัดของโรงเรียน

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสังกัดของโรงเรียนกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตชั้นใน มีคะแนนการดูแลสุขภาพสูงกว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนเขตชั้นกลางหรือเขตชั้นนอก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 14) ความรู้ด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า นักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า นักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้และความสัมพันธ์ดังกล่าว เป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 15) เจตคติด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเจตคติด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า นักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า นักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

#### 16) ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า นักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพสูงกว่า มีคะแนน

การดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 17) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพกับการดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า นักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 18) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา พบว่า นักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าวเป็นความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการวิเคราะห์การแปรผันสองทางโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวน โดยการเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง และศึกษาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของตัวแปรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 11 ตัวแปร คือ เพศ ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย การรับข้อมูลด้านสุขภาพ สังกัดของโรงเรียน ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติด้านสุขภาพความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนกับการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย พบว่าตัวแปรเพศ ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย การรับข้อมูลด้านสุขภาพ สังกัดของโรงเรียน ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนเองด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ยังคงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ในทิศทางที่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรที่เหลือ มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 3.3.2 การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง

ในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตาม คือ คะแนนการดูแลสุขภาพตนเองกับตัวแปรอิสระทั้ง 18 ตัว โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ และเพื่อทดสอบว่าตัวแปรอิสระใดมีอิทธิพลที่สุดต่อคะแนนการดูแลสุขภาพตนเอง ผู้วิจัยได้แบ่งการ

นำเสนอออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression Analysis) และส่วนที่ 2 เป็นการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) สำหรับการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุนั้น (Multiple Regression Analysis) มีเงื่อนไข คือ ตัวแปรอิสระแต่ละคู่ต้องไม่สัมพันธ์กันสูงเกินกว่า 0.75 (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์, 2548: 150) ไม่งั้นนั้นจะไม่สามารถแยกอิทธิพลของตัวแปรหนึ่งออกจากตัวแปรอีกตัวแปรหนึ่งได้

ทั้งนี้ผลการตรวจสอบเงื่อนไขดังกล่าว พบว่า มีตัวแปรอิสระ 1 คู่ที่มีความสัมพันธ์กันสูงกว่า 0.75 ได้แก่ ตัวแปรผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยและตัวแปรสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง (ค่าสหสัมพันธ์เท่ากับ 0.797) ดังนั้น การใช้การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุจึงไม่สมควรนำตัวแปรผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยและตัวแปรสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง มาเป็นตัวแปรอิสระในสมการร่วมกันได้ เนื่องจากอาจจะมีปัญหาจากความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) อันส่งผลกระทบต่อข้อกำหนดเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยกับการดูแลสุขภาพตนเองเท่ากับ 0.148 ส่วนค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรสถานภาพสมรสของผู้ปกครองกับการดูแลสุขภาพตนเองมีค่าเท่ากับ 0.143 ซึ่งบ่งชี้ว่า ตัวแปรผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วยมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าตัวแปรสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตัดตัวแปรสถานภาพสมรสของผู้ปกครองออกไปจากการคำนวณ ดังปรากฏในตารางที่ 25

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 25 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	
1. เพศ	1																			
2. ระดับชั้นการศึกษา	-0.035	1																		
3. ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม	0.201**	-0.121**	1																	
4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	-0.019	-0.078	-0.072	1																
5. สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง	0.027	0.042	-0.066	-0.028	1															
6. อาชีพของผู้ปกครอง	-0.025	0.058	0.056	-0.094*	0.024	1														
7. เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน	-0.014	0.084*	-0.079	-0.004	0.006	0.155**	1													
8. รายได้ของครอบครัว	-0.059	0.006	0.084*	-0.008	0.059	0.253**	0.279**	1												
9. ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย	-0.033	0.033	-0.061	-0.007	0.797**	0.026**	-0.017	0.059	1											
10. ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	-0.063	0.042	0.044	0.001	0.026	0.324**	0.232**	0.339**	-0.008	1										
11. การรับข้อมูลด้านสุขภาพ	0.125**	0.061	0.060	0.019	0.013	0.069	0.126**	0.057	0.048	0.058	1									
12. เขตที่ตั้งของโรงเรียน	0.012	0.054	-0.086*	-0.030	0.076	0.072	0.265**	0.246**	0.081*	0.286**	0.049	1								
13. สังกัดของโรงเรียน	-0.007	0.071	0.076	-0.048	0.173**	0.081*	0.231**	0.254**	0.143	0.290**	0.057	0.687**	1							
14. ความรู้ด้านสุขภาพ	0.175**	0.163**	0.089*	0.013	-0.044	-0.022	0.006	0.018	-0.082*	0.014	0.015	0.044	0.093*	1						
15. เจตคติด้านสุขภาพ	0.211	0.043	0.228**	-0.006	-0.012	0.009	-0.022	0.046	0.000	0.040	0.089*	0.044	0.110**	0.380**	1					
16. ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ	-0.117**	0.017	0.062	-0.008	0.016	0.060	-0.044	0.032	0.049	0.074	0.146**	-0.060	-0.039	0.005	0.211**	1				
17. ความเชื่ออำนาจบุคคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ	-0.048	-0.081*	-0.020	0.069	0.008	-0.102*	-0.067	-0.060	0.075	-0.082*	0.191**	-0.105**	-0.101*	-0.013	0.123**	0.439**	1			
18. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	0.049	0.128**	0.222**	0.020	0.050	0.049	0.008	0.101*	0.028	0.073	0.032	0.071	0.226**	0.062	0.240**	0.085*	0.006	1		
19. การดูแลสุขภาพตนเอง	0.157**	0.029	0.176**	0.003	0.143**	-0.013	-0.037	0.043	0.148**	0.067	0.127**	0.044	0.116**	0.183**	0.440**	0.210**	0.189**	0.331**	1	

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). \* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).



### 3.3.2.1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุของการดูแลสุขภาพตนเองกับตัวแปรอิสระทั้งหมด 17 ตัว ปรากฏดังตารางที่ 26 สรุปได้ว่า กลุ่มตัวแปรอิสระที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรอิสระทั้งหมดร่วมกันอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 30.4 ( $R^2 = 0.304$ ) และภายหลังจากการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆแล้ว มีตัวแปร 5 ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ตัวแปรเพศ ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุกับผลการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย พบว่าตัวแปรเพศ ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ยังคงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า ตัวแปรดังกล่าวข้างต้น มีความสัมพันธ์ในลักษณะเดียวกันทั้งการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ ดังนั้นจึงถือว่าตัวแปรดังกล่าวมีความสัมพันธ์ที่แท้จริงกับการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม

ในขณะที่ 5 ตัวแปรที่ให้ผลไม่สอดคล้องกันระหว่างการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายกับการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ คือ ตัวแปรผลการเรียนเฉลี่ยสะสม การรับข้อมูลด้านสุขภาพ สังกัดของโรงเรียน ความรู้ด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่ายนั้น เป็นการวิเคราะห์ในระดั 2 ตัวแปร ซึ่งไม่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆที่อาจมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม แต่การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุเป็นการวิเคราะห์ที่มีการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ โดยนำตัวแปรอิสระทุกตัวเข้าสมการการถดถอยพร้อมกันในขั้นตอนเดียว ดังนั้น ไม่ว่าตัวแปรอิสระตัวใดจะมีอิทธิพลต่อตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หรือไม่ ก็จะถูกควบคุมอิทธิพลทุกตัวแปร

ตารางที่ 26 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุของกลุ่มตัวอย่าง (n=600)

ตัวแปรอิสระ	b	Beta	t
(a)	11.773		2.636*
1) เพศ	0.903	0.079	2.120*
2) ระดับชั้นการศึกษา	-0.165	-0.014	-0.372
3) ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม	0.400	0.035	-0.914
4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	-0.019	-0.007	-0.210
5) อาชีพของผู้ปกครอง	-0.616	-0.042	-1.125
6) logของเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน	-0.193	-0.019	-0.491
7) logของรายได้ของครอบครัว	-0.018	-0.002	-0.056
8) ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย	1.764	0.138	3.881*
9) ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	0.842	0.059	1.470
10) การรับข้อมูลด้านสุขภาพ	0.089	0.007	0.133
11) เขตที่ตั้งของโรงเรียน	0.037	0.003	0.060
12) สังกัดของโรงเรียน	0.059	0.046	1.260
13) ความรู้ด้านสุขภาพ	0.124	0.046	1.202
14) เจตคติด้านสุขภาพ	0.194	0.308	7.581*
15) ความเชื่ออำนาจในตนเองด้านสุขภาพ	0.161	0.071	1.773
16) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ	0.199	0.103	2.572*
17) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	0.446	0.229	6.081*
<b>R = 0.551</b>	<b>R<sup>2</sup> = 0.304</b>	<b>F = 14.957*</b>	

หมายเหตุ : \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระทั้งหมด 17 ตัวแปร กับการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ภายหลังจากการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆแล้ว เป็นดังนี้

### 1) เพศ

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ภายหลังจากที่ควบคุมด้วยตัวแปรอิสระตัวอื่นๆแล้ว พบว่านักเรียนหญิงมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะความแตกต่างระหว่างเพศ นอกจากจะบ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายของนักเรียนแล้ว อีกทั้งยังเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดความแตกต่างทางด้านค่านิยม และยังเป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน และ

สังคมอีกด้วย กล่าวคือ นักเรียนหญิงมักจะเป็นผู้ที่มีความรอบคอบในการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนมีนิสัยที่ชอบความท้าทายน้อยกว่านักเรียนชาย จึงอาจจะส่งผลให้มีการแสดงออกถึงการดูแลสุขภาพตนเองที่ต่างกันได้อีกทั้งตัวแปรการดูแลสุขภาพตนเองที่ศึกษา รวมถึงเรื่องเหล่านี้และบุหรืไว้ด้วย ซึ่งนักเรียนหญิง มักไม่มีพฤติกรรมดังกล่าว ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า นักเรียนหญิงมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย

## 2) ระดับชั้นการศึกษา

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ระดับชั้นการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งต่างไปจากสมมติฐานที่ตั้งไว้ จึงสรุปได้ว่า ระดับชั้นการศึกษาไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ แม้ว่าระดับชั้นการศึกษา จะเป็นสิ่งที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจในแต่ละด้านของนักเรียน แต่ถ้าหากเรียนระดับชั้นสูงกว่า แต่ไม่ได้มีวิชาที่เกี่ยวกับสุขภาพมากกว่า หรือไม่สามารถนำความรู้ หลักการต่างๆ มาประยุกต์ใช้ใน ชีวิตประจำวัน ก็อาจส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองไม่มีความแตกต่างกัน ดังนั้น ระดับชั้น การศึกษาจึงไม่ใช่ตัวกำหนดของการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน

## 3) ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จึงสรุปได้ว่า ผลการเรียนเฉลี่ยสะสมไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือไม่ว่านักเรียนจะมีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมสูงหรือต่ำ ก็ไม่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง อาจจะเป็น เพราะการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงกัน คือ อยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นและบริบทชีวิต ที่ไม่แตกต่างกัน อีกทั้งผลการเรียน คือ ผลการเรียนวิชาภาคบังคับ หากวิชาที่เรียนมาไม่เกี่ยวข้องกับ เนื้อหาด้านสุขภาพ ถึงจะได้คะแนนมากหรือน้อย ก็ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น ผลการ เรียนเฉลี่ยสะสมที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

## 4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถสรุปได้ว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่า ไม่ว่านักเรียนจะอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากหรือน้อย ก็ไม่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ แม้ว่าครัวเรือนจะมีจำนวนสมาชิกจำนวนมาก แต่ถ้า ผู้ปกครองแต่ละคนต่างก็มีการดูแลสุขภาพในระดับสูง ก็อาจทำให้นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเอง ในระดับสูงด้วย แต่ในทางกลับกัน หากนักเรียนอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกจำนวนน้อย

แต่ผู้ปกครอง ปล่อยละเลย ขาดการดูแลเอาใจใส่สุขภาพของนักเรียน ก็น่าเป็นเหตุผลหนึ่งให้ นักเรียนไม่สนใจในการดูแลสุขภาพตนเอง กล่าวคือ จำนวนสมาชิกในครัวเรือนที่แตกต่างกัน ไม่มีผล ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

#### 5) อาชีพของผู้ปกครอง

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า อาชีพของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลสุขภาพตนเอง และความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งต่างไปจาก สมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถสรุปได้ว่า อาชีพของผู้ปกครองไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะ ไม่ว่าจะผู้ปกครองประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ หรือประกอบอาชีพอื่น ก็ไม่ได้ หมายความว่า จะส่งผลให้มีความรู้และถ่ายทอดสิ่งต่างๆ ให้แก่นักเรียนรวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองนักเรียนได้ ดังนั้น อาชีพของผู้ปกครองจึงไม่ใช่ตัวกำหนดของการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน

#### 6) เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียนมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลสุขภาพตนเอง และความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งต่างไปจาก สมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถสรุปได้ว่า เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียนไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะ นักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับต่อเดือนน้อยกว่า มีการใช้เงินนั้นไปใช้จ่ายในการบริโภคสิ่งต่างๆ เพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับสูงกว่า ดังนั้น เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียนจึงไม่ใช่ตัวกำหนดของการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน

#### 7) รายได้ของครอบครัว

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลสุขภาพตนเอง และความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งต่างไปจาก สมมติฐานที่ตั้งไว้ สามารถสรุปได้ว่า รายได้ของครอบครัวไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ แม้ว่ารายได้ของครอบครัว จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้นักเรียนมีอำนาจในการใช้จ่ายที่แตกต่างกัน แต่ก็ได้หมายความว่า จะส่งผลต่อโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนได้ ดังนั้น รายได้ของครอบครัว จึงไม่ใช่ตัวกำหนดของการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน

### 8) ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วยมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ นักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะ จากการดูแลเอาใจใส่ ความใกล้ชิดของบิดามารดา และการควบคุมให้นักเรียนมีการปฏิบัติอย่างจริงจัง จนเป็นนิสัยในด้านดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน น่าจะเป็นสิ่งหนึ่งที่จะเป็นการสร้างนิสัยเกี่ยวกับการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนได้

### 9) ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ระดับการศึกษาของผู้ปกครองไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งในทางสังคมระดับการศึกษาของผู้ปกครองจะสะท้อนถึงความรู้ ความเข้าใจ เทคนิคและวิทยาการใหม่ๆ การได้รับข่าวสาร การเรียนรู้และการสังสรรค์กับเพื่อนต่าง ๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและมีโลกทัศน์กว้างขึ้น ในทางเศรษฐกิจระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับรายได้ การศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้บุคคลมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและได้ค่าจ้างแรงงานที่สูงขึ้น ประกอบกับการมีโอกาสได้รับข่าวสารต่างๆ ด้านสุขภาพ แต่ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแม้เด็กที่มีผู้ปกครองมีระดับการศึกษาสูง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะส่งผลให้มีโอกาสที่จะส่งเสริมการดูแลสุขภาพของนักเรียนได้ ดังนั้น ระดับการศึกษาของผู้ปกครองที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

### 10) การรับข้อมูลด้านสุขภาพ

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การรับข้อมูลด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การรับข้อมูลด้านสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง โดยข้อเท็จจริงแล้วสื่อ ถือว่ามีอิทธิพลต่อความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ ค่านิยม บรรทัดฐานและแบบแผน การดำเนินชีวิต (Freedman, 1970: 252 อ้างถึงในจุฬา กุลฉิม, 2548: 21) เพราะการเปิดรับข่าวสารจะช่วยกระตุ้นในกระบวนการคิด ไตร่ตรอง และนำไปสู่การปฏิบัติได้ แต่ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะ สื่อต่างๆที่เข้ามาในชีวิตประจำวันของนักเรียน ไม่ว่าจะ เป็น จากสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และสื่อมวลชน เนื้อหาของข้อมูลด้านสุขภาพที่ได้รับอาจไม่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองที่นักเรียนสนใจ หรือไม่ได้ นำข้อมูลที่ได้รับมาปฏิบัติ ประยุกต์ใช้เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพ

ตนเองของนักเรียนได้ ดังนั้นการรับข้อมูลด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

### 11) เขตที่ตั้งของโรงเรียน

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า เขตที่ตั้งของโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า เขตที่ตั้งของโรงเรียนไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า เขตที่ตั้งของโรงเรียน มีความแตกต่างทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม ประชากร และด้านอื่นๆ เช่น เครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวก การได้รับข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งการเรียนรู้ด้านต่างๆที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ซึ่งในที่นี้นักเรียนที่มาจากเขตชั้นใน ก็ไม่ได้หมายความว่า จะได้รับเครื่องใช้ เครื่องอำนวยความสะดวก การได้รับข้อมูล ข่าวสาร รวมทั้งการเรียนรู้ด้านต่างๆที่อาจจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนได้ ประกอบกับที่ตั้งของโรงเรียนในกรุงเทพมหานครจะมีลักษณะที่ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก เนื่องด้วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ใกล้เคียงกัน ดังนั้น นักเรียนที่อยู่ในเขตที่ตั้งของโรงเรียนที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

### 12) สังกัดของโรงเรียน

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า สังกัดของโรงเรียนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า สังกัดของโรงเรียนไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้โรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน สังกัดกรมสามัญศึกษาและสังกัดกรุงเทพมหานคร ที่มีนโยบายระบบการศึกษาของแต่ละโรงเรียนที่จะผลักดันให้นักเรียนเรียนรู้วิชาสามัญกับการสอนศาสนาอิสลามที่ไม่แตกต่างกันมากนัก ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า นักเรียนที่มาจากสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน ไม่ได้หมายความว่า จะมีความแตกต่างของการเรียนการสอนวิชาสามัญควบคู่กับการสอนศาสนาอิสลาม เนื่องจากการเรียนการสอนทางด้านศาสนาที่เพิ่มเติมเพิ่มเติมเนื่องจากหลักสูตรกรมสามัญ กระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ วิชาจริยธรรม เอกภาพ (เตาฮีด) คัมภีร์อัลกุรอาน วจนะของท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) เป็นต้น มาช่วยในการเรียนการสอนตามหลักคำสอนทางศาสนา แต่ทั้งนี้ นักเรียนอาจจะไม่ได้นำมาปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวัน ในการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ดังนั้น สังกัดของโรงเรียนที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

### 13) ความรู้ด้านสุขภาพ

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะแม้นักเรียนมีความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า จะนำความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาพที่ได้ มาประยุกต์ใช้ชีวิตประจำวันที่จะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนได้ ดังนั้น คะแนนความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

### 14) เจตคติด้านสุขภาพ

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า เจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ นักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพต่ำกว่า ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เจตคติ เป็นความเชื่อ และความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนที่บุคคลแสดงออกด้านการปฏิบัติได้ เจตคติด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ถ้านักเรียนมีเจตคติที่ดี ก็ย่อมส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่ดีได้ ซึ่งดวงเดือน พันธุมนาวิน (2524: 5-9 อ้างถึงในเบญจมาศ นาควิจิตร, 2551: 41-42) ได้กล่าวถึงเจตคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการด้วยกัน คือ 1. ความรู้เชิงประมาณค่า (Cognitive component) 2. ความรู้สึก (Affective component) และ 3. ความพร้อมที่จะกระทำ (Behavior intention component or action tendency component) ดังนั้นสามารถชี้ให้เห็นว่า นักเรียนมีเจตคติที่ดีต่อสุขภาพ มีความคิด มีความรู้สึกที่มีการมองเห็นคุณค่าและประโยชน์รวมถึงโทษของการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้สึกพอใจและไม่พอใจในการกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง และมีความมุ่งกระทำพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ส่งผลให้การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่เหมาะสมตามมาด้วย

### 15) ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ และความสัมพันธ์ดังกล่าว ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพไม่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทั้งนี้อาจอธิบายได้ว่า นักเรียนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพสูง แต่ก็ไม่ได้หมายความว่า นักเรียนที่มีความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จะมีความรู้สึกมั่นใจในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพ และพร้อมที่จะยอมรับผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำของตนเองที่เกิดกับสุขภาพ หรืออาจจะไม่สามารถเข้าใจได้ว่าที่มาของสุขภาพที่ตนเองใน

สภาพที่เป็นอยู่เป็นเพราะการกระทำของตนเองโดยทั้งสิ้น อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น ยังเด็กมาก จึงยังไม่เชื่อว่ามีอำนาจในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น นักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน ไม่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนแตกต่างกัน

#### 16) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ นักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพต่ำกว่า เนื่องจาก “ผู้อื่น” ในที่นี้หมายถึง บุคลากรทางการแพทย์หรือสาธารณสุข ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า นักเรียนที่มีความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ ทั้งเชื่อถือในองค์ความรู้ที่ได้รับคำแนะนำ เชื่อถือในวิธีการรักษา ตลอดจนอุปกรณ์เครื่องมือและสถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้นักเรียนมีความเชื่อดังกล่าวมีความรู้สึกมั่นใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติเช่นนั้นแล้วก็จะทำให้ตนเองหายจากโรค หรือมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีที่สุด

#### 17) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ นักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำกว่า ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของนักเรียน มีผลต่อคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ทั้งในแง่การดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันของบุคคล ส่วนในแง่ของอิสลามนั้นอัลลอฮฺ (ซุบฮาน) ได้ให้มุสลิมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อเป็นการเคารพและจงรักภักดีต่ออัลลอฮฺ (ซุบฮาน) เป็นเหตุผลสำคัญ แต่ผลที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ก่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่เหมาะสมได้

#### 3.3.2.2 การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน ปรากฏดังตารางที่ 27 สรุปได้ว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 5 ตัวแปร ซึ่งร่วมอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 29.1 โดยตัวแปรเจตคติด้านสุขภาพสามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีที่สุด คือ ร้อยละ 19.3 รองลงมา คือ ตัวแปรการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย ความเชื่ออำนาจผู้อื่น



ด้านสุขภาพ และเพศ ที่สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 ร้อยละ 2.0 ร้อยละ 1.7 และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรอิสระตัวอื่นๆไม่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

**ตารางที่ 27** การวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณขั้นตอนของกลุ่มตัวอย่าง (n=600)

ตัวแปรอิสระ	b	Beta	t	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>change</sub>
(a)	12.440		6.783		
1. เจตคติด้านสุขภาพ	0.291	0.348	9.484	0.193	0.193
2. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	0.464	0.238	6.691	0.247	0.054
3. ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย	1.702	0.134	3.851	0.267	0.020
4. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ	0.266	0.138	3.944	0.284	0.017
5. เพศ	0.943	0.083	2.328	0.291	0.006
<b>F = 47.981*</b>					

หมายเหตุ : \* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง สรุปได้ว่า ภายใต้อัจฉริยะต่างๆ มีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง คือ ตัวแปรภายใต้อัจฉริยะด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม ได้แก่ เจตคติด้านสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ แสดงให้เห็นว่า จิตวิทยาและวัฒนธรรม ก่อให้เกิดการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคลทั้งในทางที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมได้ ตัวแปรภายใต้อัจฉริยะด้านประชากร ได้แก่ เพศ นอกจากจะบ่งบอกถึงความแตกต่างด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนได้ และตัวแปรภายใต้อัจฉริยะด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม ได้แก่ ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยคือบิดามารดา นอกจากดูแล เอาใจใส่ และควบคุมให้นักเรียนมีการปฏิบัติอย่างจริงจังในด้านการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว ยังช่วยกระตุ้นให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีได้ ซึ่งถือว่าสถาบันครอบครัว เป็นสถาบันทางสังคมที่มีอิทธิพลในการหล่อหลอมและสร้างเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนได้

ประเด็นที่น่าสนใจ ก็คือ ตัวแปรภายใต้อัจฉริยะด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วย อาชีพของผู้ปกครอง เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน และรายได้ของครอบครัว ที่คาดว่าจะมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง กลับไม่พบผลการศึกษาในครั้งนี้ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า นักเรียนที่มีผู้ปกครองประกอบอาชีพที่แตกต่างกัน เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน และรายได้ของครอบครัวไม่มีความแตกต่างกันในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง

## บทที่ 4

### สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวางที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองรวมถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ใน โรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลามที่มีอยู่ทั้งหมด 14 โรงเรียน ในเขตกรุงเทพมหานคร โดย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามอย่างมีโครงสร้างจากกรณีตัวอย่างนักเรียนระดับชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 600 ราย ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมในการสำรวจ โดย กรอกแบบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้อาศัยกรอบแนวคิดหลัก สองประการ โดยนำมาบูรณาการแนวคิดเป็นกรอบของการวิจัย คือ 1) แนวคิดเกี่ยวกับ องค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ โดยได้มีการรวบรวมองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อ พฤติกรรมสุขภาพหลายด้าน อาทิ องค์ประกอบด้านจิตวิทยา องค์ประกอบด้านสังคมและ วัฒนธรรม และองค์ประกอบด้านเศรษฐกิจ เป็นต้น และ 2) แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของ คนไทยซึ่งเน้นว่ามีตัวกำหนดร่วม (Common determinants) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม สุขภาพอนามัยในด้านต่างๆ โดยแบ่งตัวแปรอิสระออกเป็น 4 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านประชากร ประกอบด้วยตัวแปร เพศ ระดับชั้นการศึกษา ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม จำนวนสมาชิกในครัวเรือน และสถานภาพสมรสของผู้ปกครอง 2) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปร อาชีพของ ผู้ปกครอง เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียนและรายได้ของครอบครัว 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทาง สังคม ประกอบด้วยตัวแปร ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง การรับ ข้อมูลด้านสุขภาพ (จากสื่อบุคคล สื่อเฉพาะกิจ และ สื่อมวลชน) เขตที่ตั้งของโรงเรียน และสังกัด ของโรงเรียน 4) ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม ประกอบด้วยตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติ ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติ กิจกรรมทางศาสนา

บทนี้จะแบ่งการนำเสนอออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรก เป็นการสรุปผลการศึกษา ส่วนที่ 2 การอภิปรายผล และส่วนที่ 3 เป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อผู้ที่เกี่ยวข้องกับ งานด้านการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการสำหรับผู้สนใจศึกษาใน เรื่องทำนองเดียวกัน โดยมีรายละเอียดดังนี้

#### 4.1 สรุปผลการศึกษา

การสรุปผลการศึกษานี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วนย่อย คือ ส่วนแรก เป็นการสรุปผลการศึกษาเกี่ยวกับลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 เป็นการสรุปผลการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง และส่วนที่ 3 เป็นการสรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 4.1.1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 600 ราย ภายใต้ปัจจัยด้านประชากร พบว่า เพศหญิงและเพศชายในสัดส่วนที่เท่ากัน โดยกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 มีสัดส่วนเท่าๆกัน มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมระหว่าง 3.26-3.59 เป็นสัดส่วนสูงสุด มีจำนวนสมาชิกที่มีสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ย 6 คน และมีผู้ปกครองสถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน เป็นสัดส่วนสูงสุด

ส่วนลักษณะทั่วไปภายใต้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า มีผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้างในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรมบริการ หรือรับจ้างทั่วไปมีสัดส่วนสูงสุด มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน 1,606 บาท และมีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 19,818 บาท

สำหรับลักษณะทั่วไปภายใต้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม พบว่า พักอาศัยอยู่กับบิดาและมารดามีสัดส่วนสูงสุด มีผู้ปกครองสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาที่มีสัดส่วนสูงสุด มีคะแนนการรับข้อมูลด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง เป็นนักเรียนที่มาจากโรงเรียนในเขตชั้นนอกมีสัดส่วนมากที่สุด และมาจากโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษามีสัดส่วนมากที่สุด

และปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม พบว่า มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง และคะแนนเจตคติด้านสุขภาพในระดับปานกลาง นอกจากนี้มีคะแนนความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ตลอดจนมีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับปานกลาง

##### 4.1.2 การดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองโดยเฉลี่ย 44.30 คะแนน มีการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง คือมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในช่วงระหว่าง 41-45 คะแนน และเมื่อพิจารณาข้อคำถามเกี่ยวกับความถี่ในการปฏิบัติเป็นรายข้อ พบว่าการปฏิบัติหรือการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของกลุ่มตัวอย่างในช่วงปี 2553 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุดห้าอันดับแรก คือ การอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา รองลงมาคือ การนอนหลับในแต่ละวัน 6-8 ชั่วโมง การรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้ การดูแลตนเองเมื่อ

เจ็บป่วยด้วยการรับประทานยา และการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด และ การดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์จากนม

อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการดูแลสุขภาพตนเองบางอย่างที่ควรปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น ดังเห็นได้จาก การที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เปรี้ยว เผ็ดจัด เค็มจัด รองลงมาคือ การแยกตัวอยู่คนเดียว เมื่อรู้สึกเครียด การดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม และการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมัน เมื่อพิจารณาถึงการดูแลสุขภาพตนเองในข้อคำถามที่เกี่ยวกับหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การกอดจูบ/ยินยอมเปิดโอกาสให้เพศตรงกันข้ามถูกเนื้อต้องตัว จับมือถือแขนได้เมื่ออยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสอง การดูวิดีโอที่มีบทรักและฉากรักของหนุ่มสาวกับคู่รักตามลำพังสองต่อสอง และการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงกันข้าม

#### 4.1.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ผลการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง และผลการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง ดังปรากฏในตารางที่ 24 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 1) ผลการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง

ผลการวิเคราะห์การแปรผันสองทางโดยใช้เทคนิคการวิเคราะห์ความแปรปรวน พบว่า ค่าเฉลี่ยกับการดูแลสุขภาพตนเองของตัวแปรอิสระทั้ง 18 ตัวแปร ที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 11 ตัวแปร คือ เพศ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย การรับข้อมูลด้านสุขภาพ สังเกตของโรงเรียน ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เมื่อพิจารณาเปรียบเทียบผลการวิเคราะห์การวิเคราะห์ความแปรปรวน กับการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย พบว่าตัวแปรเพศ ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย การรับข้อมูลด้านสุขภาพ สังเกตของโรงเรียน ความรู้ด้านสุขภาพ เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ยังคงเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ในทิศทางที่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## 2) ผลการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง

ในการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง ใช้เทคนิคการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน ผลสรุปมีดังนี้

### 2.1) ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ

ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุของการดูแลสุขภาพตนเองกับตัวแปรอิสระทั้งหมด 17 ตัว พบว่า ตัวแปรอิสระทั้งหมดรวมกันอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 30.4 ( $R^2 = 0.304$ ) และภายหลังจากการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆแล้ว มีตัวแปร 5 ตัวแปร ที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ ตัวแปร เพศ ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

### 2.2) ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุขั้นตอน พบว่า ตัวแปรอิสระที่สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มี 5 ตัวแปร ซึ่งรวมอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 29.1 โดยตัวแปรเจตคติด้านสุขภาพ สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีที่สุด คือ ร้อยละ 19.3 รองลงมา คือ ตัวแปรการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และเพศ ที่สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 5.4 ร้อยละ 2.0 ร้อยละ 1.7 และร้อยละ 0.6 ตามลำดับ ส่วนตัวแปรอิสระตัวอื่นๆไม่สามารถเพิ่มอำนาจการอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 28 สรุปผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

ตัวแปร	การวิเคราะห์ การแปรผันสองทาง	การวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง	
	- การวิเคราะห์ ความแปรปรวน และ - การวิเคราะห์ การถดถอยอย่างง่าย	การวิเคราะห์ การถดถอยแบบพหุ	การวิเคราะห์ การถดถอยแบบ พหุขั้นตอน
1) เพศ	✓ *	✓ *	5 *
2) ระดับชั้นการศึกษา	X	X	
3) ผลเรียนเฉลี่ยสะสม	✓ *	✓	
4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	X	✓	
5) สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง	✓ *		
6) อาชีพของผู้ปกครอง	X	X	
7) เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน	X	X	
8) รายได้ของครอบครัว	X	X	
9) ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย	✓ *	✓ *	3 *
10) ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	X	✓	
11) การรับข้อมูลด้านสุขภาพ	✓ *	✓	
12) เขตที่ตั้งของโรงเรียน	X	✓	
13) สังกัดของโรงเรียน	✓ *	✓	
14) ความรู้ด้านสุขภาพ	✓ *	✓	
15) เจตคติด้านสุขภาพ	✓ *	✓ *	1 *
16) ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ	✓ *	✓	
17) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ	✓ *	✓ *	4 *
18) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	✓ *	✓ *	2 *
	R <sup>2</sup>	0.304	0.291

หมายเหตุ: ✓ = มีทิศทางและนัยสำคัญทางสถิติเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

X = มีทิศทางและนัยสำคัญทางสถิติไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

\* = มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

1 = อธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีที่สุด

2-5 = อธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอันดับที่ 2-5

R<sup>2</sup> = สัมประสิทธิ์การตัดสินใจ

## 4.2 อภิปรายผล

การศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อย่างไรก็ตาม ยังคงมีการดูแลสุขภาพตนเองบางอย่างที่ควรปรับปรุงให้เหมาะสมยิ่งขึ้น (ตารางที่ 18) เห็นได้จาก การที่กลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เปรี้ยว เผ็ดจัด เค็มจัด (ร้อยละ 32.5) รองลงมาคือ การแยกตัวอยู่คนเดียว เมื่อรู้สึกเครียด (ร้อยละ 30.3) การดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม (ร้อยละ 20.5) และการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมัน (ร้อยละ 19.0) เมื่อพิจารณาถึงการดูแลสุขภาพตนเองในข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำด้านการสูบบุหรี่ (ร้อยละ 7.5) การดื่มสุรา (ร้อยละ 6.2) การกอดจูบ/ยินยอมเปิดโอกาสให้เพศตรงกันข้ามถูกเนื้อต้องตัว จับมือถือแขนได้เมื่ออยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสอง (ร้อยละ 5.2) การดูวิดีโอที่มียิบtrak และฉากรักของหนุ่มสาวกับคู่รักตามลำพังสองต่อสอง (ร้อยละ 3.5) และการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงกันข้าม (ร้อยละ 2.2) ถึงแม้ว่าร้อยละในการปฏิบัติเป็นประจำในการดูแลสุขภาพตนเองจะน้อย แต่สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นมุสลิมแล้ว ถือว่า พฤติกรรมเหล่านี้ ไม่ควรจะเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ควรมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพราะอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของนักเรียนในอนาคตได้ ดังนั้นข้อมูลดังกล่าว น่าจะเป็นประเด็นหนึ่งที่ผู้เกี่ยวข้องกับการวางแผนงานด้านการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ควรให้ความรู้ในเรื่องเหล่านี้ให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีของวัยรุ่นมุสลิมนั่นเอง

ส่วนผลจากการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ในการวิเคราะห์การแปรผันสองทาง และการวิเคราะห์การแปรผันหลายทาง เป็นที่น่าสังเกตว่า มีตัวแปรที่พบนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย แต่กลับไม่พบนัยสำคัญทางสถิติในการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ คือ ตัวแปรผลการเรียนเฉลี่ยสะสม การรับข้อมูลด้านสุขภาพ สังเกตของโรงเรียน ความรู้ด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระในการวิเคราะห์การแปรผันสองทางเป็นความสัมพันธ์ที่ยังไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระตัวอื่นๆ หรือเรียกว่าเป็นความสัมพันธ์ลวง ที่เกิดจากตัวแปรตัวอื่นๆ ในสมการ แต่ในขณะที่เดียวกันพบว่า ตัวแปรเพศ ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย เจตคติด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์ในลักษณะเดียวกันทั้งการวิเคราะห์ความแปรปรวน

การวิเคราะห์การถดถอยอย่างง่าย และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุ เพราะฉะนั้นจึงถือว่าตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์ที่แท้จริงกับการดูแลสุขภาพภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม

เมื่อพิจารณาตัวแปรที่สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม พบว่า มีตัวแปร 5 ตัวแปร ที่สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพภาพตนเอง โดยตัวแปรที่อยู่ภายใต้ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม ได้แก่ เจตคติด้านสุขภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ตัวแปรที่อยู่ภายใต้ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม คือ ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย และตัวแปรที่อยู่ภายใต้ปัจจัยด้านประชากร คือ เพศ ซึ่งเมื่อเรียงลำดับความสำคัญของตัวแปรแล้ว อิทธิพลของตัวแปรอิสระแต่ละตัวมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีสาระสำคัญ พอสรุปได้ดังนี้

1) ตัวแปรเจตคติด้านสุขภาพเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีที่สุด โดยนักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพต่ำกว่า น่าจะเป็นเพราะ เจตคติที่ดีด้านสุขภาพเป็นความเชื่อ และความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนที่บุคคลแสดงออกด้านการปฏิบัติได้ โดยผู้ที่มีเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน ย่อมนำไปสู่ความคิด ความรู้สึกที่มีการมองเห็นคุณค่าและประโยชน์รวมถึงโทษของการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้สึกพอใจและไม่พอใจในการกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และมีความมุ่งกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความรู้เชิงประเมินค่าว่ามีประโยชน์หรือโทษ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ และนำไปสู่ความพร้อมที่จะกระทำให้เป็นไปตามความคิดและความรู้สึกในการดูแลสุขภาพตนเองในท้ายที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพงษ์ คล้ายเกตุ (2550: 118) สุรวิรัตน์ รงเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2549: 42) รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ (2548: 61) จุฬิภา กุลฉิม (2548: 60) สิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 74) และ นุชระพี สุทธิกุล (2540: 51) ที่ให้ความสำคัญกับเจตคติด้านสุขภาพ ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถสร้างเสริมเจตคติที่ดีให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองได้

2) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีผลต่อคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมเป็นลำดับที่สอง โดยนักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำกว่า ทั้งนี้ในแง่การดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันของบุคคล ส่วนในแง่ของอิสลามนั้น อัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ได้ให้มุสลิมทุกคนปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อเป็นการเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาย) เป็นเหตุผลสำคัญ แต่ผลที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ก่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ซึ่งอาจจะเป็นเพราะ ศาสนาอิสลามมีหลักคำสอนและหลักปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแล



สุขภาพตนเองไว้อย่างชัดเจน และมุสลิมทุกคนต้องปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะในระหว่างการศึกษาปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นช่วงเวลาที่นักเรียนระลึกถึงหลักคำสอนของศาสนาได้ดีที่สุด คำสอนของศาสนาจึงอาจเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ช่วยให้เตือนสติและช่วยให้เกิดสมาธิ ส่งผลให้นักเรียนสามารถเลือกที่จะปฏิบัติในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองในทางที่เหมาะสมได้ ซึ่งการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอิสลาม มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม แต่พบการศึกษาความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดของนักเรียน ของรอฮานี เจาะอาแซ (2548: 73) และจากการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นมุสลิม ของกรรณา ไชยประสิทธิ์ (2547: 39) ดังนั้น เมื่อตัวแปรเรื่องนี้มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน จึงควรส่งเสริมให้นักเรียนตระหนักและหมั่นประพฤติปฏิบัติให้อยู่ในหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานั้น นักเรียนควรปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งนอกจากเป็นการเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาน) แล้ว ยังจะช่วยให้นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีขึ้นอีกด้วย

3) ผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย มีผลต่อคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมเป็นลำดับที่สาม โดยนักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะการที่อยู่อาศัยกับบิดาและมารดาจะแสดงถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีในระดับหนึ่ง ดังนั้น สถาบันครอบครัว ถือว่ามีความสำคัญที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมได้มากกว่าอาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว ประกอบกับข้อมูลวัยรุ่นมุสลิมที่ศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในความปกครองของบิดามารดา การที่บิดามารดา อบรม สั่งสอน ตักเตือน ดูแลเอาใจใส่ด้านการดูแลสุขภาพและควบคุมให้นักเรียนมีการปฏิบัติอย่างจริงจังในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของนักเรียน ส่งผลให้การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนดียิ่งขึ้น โดยสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพงศ์ คล้ายเกตุ (2550: 115) นวรัตน์ จิระโคภิน (2549 : 58) และ นิลภา จิระรัตนวรรณ (2541: 69-70) ที่ให้ความสำคัญกับผู้ที่พักอาศัยอยู่ด้วย ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองได้

4) ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีผลต่อคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมเป็นลำดับที่สี่ โดยนักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพต่ำกว่า โดยความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ เป็นความรู้สึกนึกคิดของนักเรียนเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของ

ตนเอง โดยมีความเชื่อว่า การที่พบบุคลากรทางสาธารณสุขสม่ำเสมอ ทำตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ จัดเป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี (Strickland, 1978:1211 อ้างถึงใน วิลาลินี แฝวชนะ, 2541: 7-10) ดังนั้น ผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ก็คือผู้ที่มีความเชื่อมั่นในกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขนั่นเอง ในลักษณะที่นักเรียนมั่นใจด้านคุณสมบัติความสามารถในอำนาจบุคลากรทางสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการควบคุมดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการรักษาโรคในทางศาสนาอิสลาม ซึ่งเน้นการเร่งบำบัดรักษา เมื่อเกิดโรค ไม่ให้ปล่อยปละละเลยให้ตัวเองตกอยู่ในความเสียหายและปล่อยให้ตัวเองอยู่ในสภาพที่สิ้นหวัง และเมื่อต้องมีการรักษาแล้วก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้ และไม่ไปรับการรักษาด้วยเวทมนต์คาถา (สาเหอะอับลูเลาะห์ อัลยุฟรีและคณะ, 2532: 1-42) ข้อมูลที่ค้นพบสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2548: 61) และ วราภรณ์ นารินทร์ (2540: 88) ซึ่งพบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง

5) เพศ มีผลต่อคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมเป็นลำดับที่ห้า โดยนักเรียนหญิง มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย ซึ่งความแตกต่างระหว่างเพศ มีเพียงบ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกายของนักเรียนหากแต่ยังส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่แตกต่างกันด้วย ซึ่งในข้อค้นพบที่ว่า นักเรียนหญิง มีความเข้าใจใส่เรื่องการดูแลสุขภาพตนเองและมีแนวโน้มในการดูแลสุขภาพตนเองในทางที่เหมาะสมกว่านั้น สอดคล้องกับการศึกษาของอรุณ อบเชย (2548: 93) สดุดี ภูห่องไสย (2541: 140) สมหมาย สุพรรณภพ (2541: 51) ธัญญา ดีปานวงศ์ (2541: 76) และ สุกัญญา ไผทโสภณ (2540: 47) ที่ค้นพบว่า เพศ เป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองได้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม โดยผู้วิจัยนำแนวคิดหลักสองประการ คือ แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ที่ได้รวบรวมองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่สรุปว่ามีตัวกำหนดร่วม (Common determinants) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัย พบว่ามีตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 อยู่ 5 ตัวแปร และจากการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุพบว่า ตัวแปรอิสระร่วมกันอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้ร้อยละ 30.4 ( $R^2 = 0.304$ ) ซึ่งการศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมในครั้งนี้ สามารถนำกรอบแนวคิดในการศึกษา มาประยุกต์หรืออธิบายเพิ่มเติมรายละเอียดในส่วนต่างๆ เพื่อให้เหมาะสมกับการศึกษาในประเด็นเชื่อมโยงอื่นๆต่อไปได้

### ข้อค้นพบที่น่าสนใจจากการศึกษาในครั้งนี้

1. การรับข้อมูลด้านสุขภาพ จากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการรับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งข้อมูลต่างๆค่อนข้างมาก และเมื่อพิจารณาการรับข้อมูลด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายชื่อ ซึ่งเรียงลำดับตามแหล่งข้อมูลที่รายงานมา ได้รับบ่อยครั้งสูงสุดสามอันดับแรก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับข้อมูลด้านสุขภาพจากสมาชิกในครัวเรือนมากที่สุด (ร้อยละ 64.7) รองลงมา คือ ครู/อาจารย์ในโรงเรียน (ร้อยละ 58.8) และเพื่อน (ร้อยละ 49.7) จากข้อค้นพบดังกล่าว อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดรับสารด้านการดูแลสุขภาพจากสื่อบุคคลค่อนข้างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่ใกล้ชิด ซึ่งสิริพรรณ วิบูลย์จันทร์ (2542: 9) กล่าวว่า สื่อบุคคล จัดได้ว่า เป็นสื่อที่มีอิทธิพลในด้านการจูงใจ การสร้างเจตคติ และการนำไปสู่การประพฤติปฏิบัติได้ เพราะเป็นสื่อที่ให้ความรู้สึกใกล้ชิดมากกว่า

2. ความรู้ด้านสุขภาพ จากข้อมูล พบว่า ข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ อาหารมือเช้า เป็นมือที่สำคัญที่สุด (ร้อยละ 96.7) รองลงมาคือ ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ควรได้รับการพักผ่อนให้มากๆ (ร้อยละ 96.2) และการทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ (ร้อยละ 95.3) ส่วนในข้อความที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ เมื่อเจ็บป่วยไม่สบาย การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น (ร้อยละ 25.0) และยาที่ต้องรับประทานหลังอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารทันที (ร้อยละ 33.7) สำหรับความรู้ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามผิดในเรื่องที่เกี่ยวกับการดื่มสุราไม่มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคหัวใจ (ร้อยละ 27.8) รองลงมาคือ วิธีที่ป้องกันการเกิดปัญหาทางเพศในวัยเรียนที่ดี คือ ไม่คบเพื่อนต่างเพศ (ร้อยละ 50.3) และศาสนาอิสลามอนุญาตให้ชายหญิงที่ไม่ได้แต่งงานกันถูกเนื้อต้องตัวกันได้ (ร้อยละ 26.7) แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างยังไม่เข้าใจถึงวิธีการดูแลสุขภาพตนเอง และหลักปฏิบัติที่เกี่ยวข้องศาสนาในเรื่องบทบัญญัติที่สำคัญทางศาสนาอิสลามด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพพจนานามย์ที่ถูกต้องและเหมาะสม ดังนั้น ข้อมูลดังกล่าวน่าจะเป็นประเด็นหนึ่งที่ผู้เกี่ยวข้องกับการวางแผนงานด้านการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิม ควรให้ความรู้ในเรื่องเหล่านี้ให้มากขึ้น เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีในแนวทางที่ถูกต้องตามหลักศาสนาต่อไป

3. เจตคติด้านสุขภาพ คือ ข้อคำถามเจตคติด้านสุขภาพในข้อคำถามทางลบที่เกี่ยวกับศาสนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติด้านสุขภาพในระดับน้อยที่สุด คือ ฉันทชอบเมื่อมีเพื่อนต่างเพศ ชวนเที่ยวตามลำพังสองต่อสอง (ร้อยละ 50.8) รองลงมาคือ การดื่มสุรา ทำให้สามารถพูดคุยได้อย่างสนุกสนาน (ร้อยละ 47.2) การรักษาด้วยเวทมนต์ คาถา ช่วยรักษาโรคและความเจ็บป่วยได้ (ร้อยละ 45.6) และการสูบบุหรี่ ช่วยทำให้คลายเครียดจากการทำงานได้ (ร้อยละ 39.5) จากข้อค้นพบดังกล่าว อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพ

ตนเอง พร้อมทั้งสามารถนำหลักคำสอนของศาสนาอิสลามมาปรับใช้ในวิถีชีวิตประจำวันในเรื่องการดูแลสุขภาพได้ ดังนั้นข้อมูลดังกล่าว น่าจะเป็นประเด็นหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนงานด้านการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ควรจะส่งเสริมหรือสนับสนุนในเรื่องหลักคำสอนทางศาสนาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ที่จะช่วยทำให้การดูแลสุขภาพตนเองที่ดีของวัยรุ่นมุสลิม

#### 4.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นประโยชน์ให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือผู้ที่สนใจศึกษาในประเด็นเชื่อมโยงอื่นๆ โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย และข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ มีรายละเอียดดังนี้

##### 4.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ที่สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการหรือกำหนดนโยบายในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนี้

1) จากผลการศึกษาถึงการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมในครั้งนี้ พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างบางส่วนมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เปรี้ยว เผ็ดจัด เค็ม การแยกตัวอยู่คนเดียวเมื่อรู้สึกเครียด การดื่ม ชา กาแฟ น้ำอัดลม และการรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมันหรืออาหารที่มีไขมัน เมื่อพิจารณาถึงการดูแลสุขภาพตนเองในข้อคำถามที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเป็นประจำด้านการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การกอดจูบ/ยินยอมเปิดโอกาสให้เพศตรงกันข้ามถูกเนื้อต้องตัว จับมือถือแขนได้เมื่ออยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสอง การดูวิดีโอที่มียิปทริกและฉากรักของหนุ่มสาวกับคู่รักตามลำพังสองต่อสอง และการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงกันข้าม ถึงแม้ว่าร้อยละในการปฏิบัติเป็นประจำในการดูแลสุขภาพตนเองจะน้อย แต่สำหรับในกลุ่มวัยรุ่นมุสลิมแล้ว ถือว่าพฤติกรรมเหล่านี้ ไม่ควรที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสมดังกล่าว ควรมีการปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมยิ่งขึ้น เพราะอาจส่งผลต่อสุขภาพของนักเรียน ด้วยเหตุนี้ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง อาทิ ศูนย์บริการสาธารณสุข สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา รวมถึงสถาบันครอบครัว ควรเข้ามามีส่วนในการรณรงค์ให้ความรู้ เกี่ยวกับประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง รวมถึงผลจากการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสม พร้อมทั้งชี้แนะ แนวทาง การดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้อง ตลอดจนชี้แนะแนวทาง การประพฤติปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและหลักปฏิบัติในแนวทางที่ถูกต้อง เพื่อกระตุ้นให้นักเรียนมีการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมและถูกต้องนำไปสู่สุขภาพที่ดีของวัยรุ่นมุสลิมในอนาคตต่อไป

2) เนื่องจากผลการศึกษาค้างนี้ พบว่า เจตคติด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมมากที่สุด โดยนักเรียนที่มีเจตคติด้านสุขภาพสูง จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงขึ้นไปด้วย เพราะฉะนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สถาบันการศึกษา หรือ สถาบันศาสนา ควรจะดำเนินการส่งเสริมถึงวิธีการสร้างเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน โดยมุ่งเน้นให้ความสำคัญเกี่ยวกับการสร้างความรู้ ความเข้าใจ ผลจากการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในด้านชีวภาพ กายภาพ และสังคม หรือ อาจจะจัดกิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพตนเอง เช่น การจัดนิทรรศการ จัดกิจกรรมให้ความรู้ หรือ อาจจะสอดแทรกเนื้อหา ความรู้ การดูแลสุขภาพตนเองในรายวิชาสุขศึกษาหรือพลศึกษา ซึ่งสิ่งเหล่านี้ อาจจะทำให้ให้นักเรียนได้รับรู้ และเข้าใจ มีความรู้ลึก มองเห็นคุณค่าและประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองมากยิ่งขึ้น

3) ตัวแปรการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม นักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาต่ำกว่า ทั้งในแง่การดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันของบุคคล ส่วนในแง่ของอิสลามนั้น อัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ได้ให้มุสลิมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เพื่อเป็นการเคารพภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาย) เป็นเหตุผลสำคัญ แต่ผลที่ได้จากการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ก่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม ดังนั้น บุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงศึกษาธิการ ควรจะให้มีเนื้อหาวิธีการดูแลสุขภาพตนเองกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา โดยอาจจะเพิ่มเนื้อหาสอดแทรกในรายวิชาอิสลามศึกษา ทั้งการศึกษาในระบบ หรือ นอกกระบบ เพื่อให้นักเรียนได้เรียนรู้ และปฏิบัติที่ถูกต้อง และ สถาบันการศึกษา ควรจะจัดสถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในโรงเรียน เพื่อให้เป็นทางเลือกหนึ่งของนักเรียนที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาได้โดยง่าย เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมได้

4) ตัวแปรความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม โดยนักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพต่ำกว่าผู้ที่มีความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ คือ ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุขนั่นเอง เป็นความเชื่อที่นักเรียน เชื่อว่า การเชื่อในอำนาจบุคลากรทางสาธารณสุข ทำให้นักเรียนมีสุขภาพดี ดังนั้น บุคลากรทางสาธารณสุข ควรจะดำเนินการเผยแพร่ถึงความรู้ในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ให้คำแนะนำถึงวิธีการรักษาสุขภาพ ตลอดจนความพร้อมของอุปกรณ์เครื่องมือ เทคโนโลยี ที่มีความสะดวก รวดเร็ว และทันสมัย รวมถึงการให้การดูแลรักษาที่เป็นมิตร

เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการรับการรักษากับบุคลากรทางสาธารณสุข ตลอดจนอบรมให้ความรู้และแนวทางการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง โดยเฉพาะด้านโภชนาการและสุขภาพจิตของนักเรียน อาจเป็นทางเลือกหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดแรงจูงใจให้นักเรียนมีความรู้สึกมั่นใจ และพร้อมที่จะปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด เพราะเชื่อว่า หากปฏิบัติเช่นนั้นแล้ว ก็จะทำให้นักเรียนหายจากโรคหรือมีสุขภาพที่ดีขึ้นได้

5) ตัวแปรผู้ที่อาศัยอยู่ด้วย เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพสภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม โดยนักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดามีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาเพียงคนเดียวหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว ดังนั้นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับนักเรียน เช่น บิดามารดา พี่หรือญาติ มีบทบาทสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรหาวิธีการในการส่งเสริมให้ผู้ปกครองเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง คอยดูแล เอาใจใส่ และกระตุ้นให้นักเรียนมีการปฏิบัติอย่างจริงจังในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ตลอดจนเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่เด็กด้วย

6) เพศ เป็นตัวแปรอีกตัวแปรหนึ่งที่สำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม โดยนักเรียนหญิง มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย ดังนั้น การที่นักเรียนหญิง มีความเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น นับว่าเป็นเรื่องที่ดี โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานภาครัฐหรือภาคเอกชน ควรมีการสนับสนุนในการจัดกิจกรรมให้นักเรียน โดยการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ให้นักเรียนชาย เห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มขึ้น เพื่อให้นักเรียนชายมีความสนใจและเห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม

#### 4.3.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ผู้ที่สนใจศึกษากการดูแลสุขภาพตนเอง ควรพิจารณาเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ คือ

1) การศึกษาครั้งนี้ มุ่งศึกษาเฉพาะการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานครเท่านั้น ซึ่งเป็นเพียงมิติหนึ่งของการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น ผู้ที่สนใจศึกษาประเด็นด้านการดูแลสุขภาพตนเอง อาจขยายขอบเขตของการศึกษาให้ครอบคลุมถึงกลุ่มตัวอย่างกลุ่มอื่นได้ เช่น กลุ่มวัยเด็ก กลุ่มวัยแรงงาน กลุ่มผู้สูงอายุ หรือกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในนอกระบบการศึกษา เนื่องจากกลุ่มดังกล่าวมีวิถีชีวิต ความคิด ความเชื่อ และเจตคติที่แตกต่างกัน เพื่อให้ทราบและเกิดความเข้าใจในเรื่องปัจจัย

ตัวกำหนดในการดูแลสุขภาพตนเอง อันจะเป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพตนเอง ให้มีความถูกต้องและเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2) การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษา วิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง โดยใช้แบบสอบถามอย่างมีโครงสร้างในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้ที่สนใจศึกษาประเด็นด้านการดูแลสุขภาพตนเอง อาจใช้การศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม อาทิ การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) หรือ การสังเกตการณ์ เป็นต้น เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์ ชัดเจน และลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น

3) การประยุกต์ใช้แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526: 185-186) และเบญญา ยอดดำเนิน-แอ็ดติภัก และคณะ (2542: 11-12) สามารถอธิบายการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมได้ในระดับหนึ่ง ดังจะเห็นได้จากผลการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุที่แสดงว่าตัวแปรอิสระตามกรอบแนวคิดที่ปรับมาใช้ นั้นสามารถอธิบายการแปรผันของการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญ



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- ภรรณภา ไชยประสิทธิ์. 2547. **ความรู้และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอิสลามต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นมุสลิมระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย: จังหวัดนราธิวาส**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ภรรณิการ์ ตั้งสกุล. 2540. **ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเองบางประการของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภรรณิกา เทพหนู. 2541. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่นเรียน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภฤติยา จันทร์หอม. 2542. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนายทหารประทวนในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภฤชฎา วงศ์วิลาศชัย. 2547. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในชุมชนเขตดอนเมือง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์เพื่อการพัฒนา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- กนกวรรณ จันทร์แดง. 2541. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำอิสลาม จังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2552. **การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล**. พิมพ์ครั้งที่ 15. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร.
- กิริยา ลาภเจริญวงศ์. 2543. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของสตรีวัยหมดระดู: กรณีศึกษาในเขตเมืองและเขตชนบท จังหวัดราชบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารึก เซ็นต์เจริญ และมุหัมมัด พายัพ. (ม.ป.ป.) **เพศสัมพันธ์ในอิสลาม**. กรุงเทพมหานคร: ส.วงศ์เสงี่ยม.



- จังหวัดกรุงเทพมหานคร. 2553. **แผนที่กรุงเทพมหานคร 2553**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา:  
<http://www.thaitambon.com/whatsnew/BKKMap1256.gif> [2553, มิถุนายน 15].
- จิราภรณ์ เทพหนู. 2540. **ปัจจัยที่มีผลต่อการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย สายสามัญศึกษา ในจังหวัดพัทลุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จวีร์รัตน์ เพชรทอง. 2540. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของข้าราชการตำรวจภูธร จังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จุฬา กุลฉิม. 2548. **การดูแลสุขภาพของประชากรวัยแรงงานในชุมชนแออัด เขตบึงกุ่ม กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมภู วิสุทธิเมธีกุล. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้การควบคุมสุขภาพ และปัจจัยส่วนบุคคลกับพฤติกรรมส่งเสริมของสตรีวัยกลางคนในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชื่นฤทัย กาญจนะจิตรา และคนอื่นๆ. 2552. **สุขภาพคนไทย 2552 เพื่อสุขภาพจะแห่งมวลมนุษยย์หยุดความรุนแรง**. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ซอพิยะห์ นิเมะและคนอื่นๆ. 2552. **การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพอาหารและโภชนาการ**. สงขลา : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพภาคใต้ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดลมนรจณ์ บากา และแวอุเซ็ง มะแดเฮาะ. 2533. **อิสลามศึกษาเบื้องต้น**. ปัตตานี: วิทยาลัยอิสลามศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- ดวงเดือน พันธุมนาวิน. 2524. **ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวกับสุขภาพจิตและจริยธรรมของนักเรียนวัยรุ่น**. รายงานการวิจัยฉบับที่ 26 สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, กระทรวง. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. **เครื่องชี้ภาวะสังคมไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2551**. กรุงเทพมหานคร: ดอกเบี๋ย.

- เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, กระทรวง. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2551. **การสำรวจพฤติกรรมกาสูบหรี่และการดื่มสุราของประชากร พ.ศ. 2550.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- เทพินทร์ พัชรานุรักษ์. 2541. **พฤติกรรมกาบริโภคสุรา: ทบทวนองค์ความรู้ สถานการณ์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องภายใต้โครงการสืบสานวัฒนธรรมไทยสู่สุขภาพที่ยั่งยืน.** พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- ธัญญา ดีปานวงศ์. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมด้านการปฏิบัติของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สังกัดสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540-2544).** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ถนอมวรรณ อยู่ช้า. 2547. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น.** กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. 2539. **การลดความเครียดและการเสริมสร้างสุขภาพจิต.** กรุงเทพมหานคร: คู่มือสอนนักศึกษาคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. 2545. “ยุทธศาสตร์การพัฒนา: บทบาทนักสังคมสงเคราะห์กับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เก้า (2545-2549)”, **สังคมสงเคราะห์.** 10 (1): มกราคม-มิถุนายน. 169.
- นวรรตน์ จิระโคภิน. 2549. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกาดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นที่เป็นนักศึกษาสายอาชีวศึกษา: กรณีศึกษาจังหวัดปราจีนบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตยา เพ็ญศิริณา. 2544. **“สุขภาพและพฤติกรรม,” เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษาและการประชาสัมพันธ์งานสาธารณสุข หน่วยที่ 1-8.** นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- นิภา มนุญปิจุ. 2528. **การวิจัยทางสุขภาพศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต.
- นิลภา จิระรัตนวรรณะ. 2541. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- นุชระพี สุทธิกุล. 2540. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษา สังกัด กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นุชรัตน์ สาริมัง. 2540. **แนวทางศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความตายและการปฏิบัติต่อคนไข้ ในมรณวิถี.** สงฆลานครินทร์ 3, 1: 79-91.
- บุญชม ศรีสะอาด. 2537. **การพัฒนาการสอน.** กรุงเทพมหานคร: สุวีริยาสาส์น.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2531. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิช.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. **การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS FOR DOS & WINDOW.** กรุงเทพมหานคร: เจริญดีการพิมพ์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2540. **รวมบทความ การวิจัย การวัดและประเมินผล.** กรุงเทพมหานคร: ศรีอนันต์.
- เบญจมาศ นาควิจิตร. 2551. **ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและความสุขของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- เบญจา ยอดดำเนิน-แอ็ดติงค์ และคนอื่นๆ. 2542. **พฤติกรรมสุขภาพ: ปัญหา ตัวกำหนด และทิศทาง.** นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. 2550. **การสาธารณสุขไทย 2548-2550.** กรุงเทพมหานคร: องค์การส่งเสริมการค้าผ่านศึก.
- ปลัดกระทรวงสาธารณสุข, สำนักงาน. 2550. **ความรุนแรงของ ภัยรุนแรงไทย: พฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ.** กรุงเทพมหานคร: ปิยะอนันต์ พับลิชชิ่ง.
- ปาริชาติ สุขสวัสดิพร. 2543. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ค่านิยมทางสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในสถาบันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษาพยาบาล เขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2526. **พฤติกรรมสุขภาพ.** เอกสารการสอนชุดวิชาสุขภาพศึกษา หน่วยที่1-7. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ป. สัมพันธ์พานิชย์.

- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ. 2534. **พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา**. คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: เจ้าพระยาการพิมพ์.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ และคนอื่นๆ. 2541. **การศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดื่มแอลกอฮอล์ในเยาวชนไทย**. นครปฐม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประยูร ชลาชนเดชะ และคนอื่นๆ. 2539. **มุสลิมในประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โครงการหอสมุดกลางอิสลาม สายสกุล สุลด่านสุลัย.
- ประเวศ วะสี. 2545. **สุขภาพสังคมสู่สังคมสันติภาพ: มนุษย์พันธุกรรมร่วมกันได้**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปิยวรรณ คำพันธุ์. 2542. **ความรู้ เจตคติ ค่านิยม ความเชื่อและการรับรู้พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในชุมชนแออัด เขตบางรัก กรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรมศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรพันธ์ บุญยรัตพันธุ์และคณะ. 2548. **รายงานการวิจัย การศึกษาเครื่องชี้วัดคนไทยสุขภาพดี**. กรุงเทพมหานคร : คณะสาธารณสุขศาสตร์และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรพิมล เจียมนาครินทร์. 2539. **พัฒนาการวัยรุ่น**. กรุงเทพมหานคร: คอมฟอร์ม.
- พรสุข หุ่นนรินทร์. 2545. **เอกสารการสอนวิชา สุข 531 พฤติกรรมศาสตร์ทางสุขศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูต. 2540. **ระบาดวิทยาทางสังคม**. นครปฐม: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุข อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิชญ์สินี วาณิชพราหม์. 2549. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของเยาวชนไทยในกรุงเทพมหานคร**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพัฒนามนุษย์และสังคม บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพีไล ฤทธาคนานนท์. 2549. **พัฒนาการมนุษย์**. กรุงเทพมหานคร: คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พาริดา อิบรอฮีม. 2535. **สาระแห่งวิชาชีพการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.

- มานี ชูไทย. 2544. **รายงานการวิจัย หลักการอิสลามที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข**. กรุงเทพมหานคร: คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มัลลิกา มัติโก. 2530. **แนวความคิดและพัฒนาการของการดูแลสุขภาพตนเอง. ในพิมพ์วิสัยปริดาสต์ดีและคณะ (บรรณาธิการ). การดูแลสุขภาพตนเอง ทิศนะทางสังคมและวัฒนธรรม** หน้า2-39 นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, ศูนย์ข้อมูล. 2553. **การสูบบุหรี่กับสุขภาพ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://www.ashthailand.or.th/th/information\\_page.html](http://www.ashthailand.or.th/th/information_page.html) [2553, พฤศจิกายน 29].
- ไม่ปรากฏนามผู้แต่ง. 2537. **อิสลามกับยาเสพติด**. กรุงเทพมหานคร: สายสัมพันธ์.
- ยุบล เบ็ญจรงค์กิจ. 2542. **การวิเคราะห์ผู้รับสาร**. กรุงเทพมหานคร: โครงการตำราภาควิชาประชาสัมพันธ์ คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยูซุฟ ก็อรูอวี. 2539. **หะลาลและหะรอมในอิสลาม**. พิมพ์ครั้งที่3. บรรจง บินกาซัน, ผู้แปล. กรุงเทพมหานคร: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- ราชบัณฑิตยสถาน. 2532. **พจนานุกรมศัพท์สังคมวิทยา อังกฤษไทย**. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- รัชนี ผิวทอง. 2546. **พฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักศึกษา สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตพระนครเหนือ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาอุตสาหกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ. 2548. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนสตรีรัตนนทบุรีบางใหญ่ (นนทกิจพิศาล) จังหวัดนนทบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- รุจิรา ลาวัฒน์วัฒนวงศ์. 2545. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางอารมณ์ของวัยรุ่นในสถานศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา เขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตวิทยาให้คำปรึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

- รอฮานี เจอะอาแซ. 2548. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดของวัยรุ่นไทยมุสลิม ในโรงเรียนมัธยมศึกษาในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วราภรณ์ นารินทร์รักษ์. 2540. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายใน-ภายนอกตนด้านสุขภาพกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่มีภาวะความดันโลหิตสูง แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วันชัย ไชยสิทธิ์. 2532. **แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง สุขภาพจิต 12.** กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ .กรุงเทพมหานคร: การศาสนา. วิทยาลัยอิสลามศึกษา. 2535. **ครอบครัวมุสลิม.** ปัตตานี: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- วิลาสินี แผ้วชนะ. 2541. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่ออำนาจภายในตน ด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนด้านสุขภาพ การปฏิบัติตนเพื่อควบคุม ความรุนแรงของโรคเบาหวานกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกโรคเบาหวาน โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เลิศลักษณ์ บุญรอด. 2543. **การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. 2544. **ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม.** พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร สถิตถาวร. 2540. **ผลของการใช้ข้อมูลและการสนับสนุนทางอารมณ์ต่อความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดของผู้ป่วยที่มีความเชื่ออำนาจภายในตน-ภายนอกตนที่แตกต่างกัน.** สารนิพนธ์. สาขาวิชาจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- ศิริเพ็ญ ศุภกาญจนกันติและคณะ. 2548. **รายงานฉบับสมบูรณ์ การศึกษาการส่งเสริมสุขภาพของชาวมุสลิมในประเทศไทย.** กรุงเทพมหานคร: แผนงานสร้างเสริมสุขภาพมุสลิมไทย คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ศรีเรือน แก้วกังวาน. 2540. **จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 7.**  
กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศึกษาธิการ, กระทรวง. 2553. **โรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษากรุงเทพมหานคร. [ออนไลน์]**  
แหล่งที่มา: [http://gpa.moe.go.th/ent\\_succ/2544/0010/0010.htm](http://gpa.moe.go.th/ent_succ/2544/0010/0010.htm)  
[2553, มิถุนายน 15].
- ศึกษาธิการ, กระทรวง. 2553. **โรงเรียนสังกัดกรุงเทพมหานคร. [ออนไลน์]** แหล่งที่มา:  
<http://www.inspectbk.moe.go.th> [2553, มิถุนายน 15].
- ศึกษาธิการ, กระทรวง. สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน. 2553. **โรงเรียน  
สังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน. [ออนไลน์]** แหล่งที่มา: <http://www.opec.go.th>  
[2553, มิถุนายน 15].
- สกุณา บุญนรากร. 2541. **พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนประถมศึกษาปีที่  
5-6 ในสังกัดกองการศึกษาเทศบาลเมืองนราธิวาส จังหวัดนราธิวาส. วิทยานิพนธ์  
ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.**
- สดุดี ภูห่องไผ่. 2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนชั้น  
มัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
โทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาอนามัยครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานงานกองทุนสนับสนุนการ  
สร้างเสริมสุขภาพ. 2547. **สุขภาพคนไทย 2546.** กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง  
แอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2533. **การดูแลสุขภาพตนเองในการพยาบาล ทฤษฎีและการประยุกต์ทาง  
คลินิก ในลือชัย ศรีเงินยวง และทวีทอง หงส์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ). ยุทธศาสตร์เพื่อการ  
ดูแลสุขภาพตนเอง. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข  
มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- สมหมาย สุพรรณภพ. 2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียนชั้น  
ประถมศึกษาปีที่ 6 ในจังหวัดสุรินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชา  
ประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2553. **ฝ่าวิกฤติปัญหาชีวิตวัยรุ่นไทยในปี 53. [ออนไลน์]**  
แหล่งที่มา: <http://www.thaihealth.or.th/node/13557>. [2553, สิงหาคม 15].

- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2540. **คู่มือแนะนำ การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ  
กายและจิต.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.ป.) **หลักสูตรการฝึกอบรมเพื่อการดำเนินงาน  
คลินิกคลายเครียด.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. 2548. **รายงานสรุปผลการประเมินผล  
โครงการพัฒนาทิศทางการวิจัยด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ.**  
กรุงเทพมหานคร: กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. 2547. **กองสุขภาพ  
สุขภาพบัญญัติแห่งชาติ คณะกรรมการสุขภาพ.ศ.2541.** กรุงเทพมหานคร:  
กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- สาเหอะอับดุลเลาะห์ อัลยุฟรี และคณะ. 2532. **การรักษาสุขภาพตามแนวทางอิสลาม.**  
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี:  
คณะกรรมการระบาควิทยาแห่งชาติ.
- สิริพรรณ วิบูลย์จันทร์. 2542. **ความสัมพันธ์ระหว่างการเปิดรับข่าวสารกับการดูแลสุขภาพ  
ของสตรีวัยทอง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชานิติศาสตร์พัฒนาการ  
คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สิริวรรณ เคนผาพงศ์. 2543. **การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ใน  
จังหวัดนครราชสีมา.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์  
วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกัญญา ไผทโสภณ. 2543. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัด  
อุทัยธานี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา คณะครุศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุชา จันทร์เอม. 2528. **วัยรุ่น.** กรุงเทพมหานคร: อักษรบัณฑิต.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2544. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร:  
เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. 2548. **เทคนิคการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวแปรสำหรับการวิจัย  
ทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วน  
จำกัดสามลดา.
- สุชาติ โสมประยูร. 2525. **การสอนสุขภาพศึกษา.** กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.



- สุพัตรา พรหมเรนทร์. 2550. **พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนสาธิต มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- สุพัตรา สุภาพ. 2542. **สังคมวัฒนธรรมไทย ค่านิยม ครอบครัว ศาสนา ประเพณี.** พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- สุรพงศ์ คล้ายเกตุ. 2550. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา ในจังหวัดสระบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- สุรรัตน์ รุ่งเรืองและสมเกียรติ สุขนันตพงศ์. 2549. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.** รายงานการวิจัย. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- สำนักงานรัฐมนตรี, สำนักงาน. 2539. **สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่แปด พ.ศ.2540-2544.** กรุงเทพมหานคร: เม็ดทรายพริ้นติ้ง.
- สำนักงานรัฐมนตรี, สำนักงาน. 2544. **สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่เก้า พ.ศ.2545-2549.** กรุงเทพมหานคร: คูรุสภา ลาดพร้าว.
- สำนักงานรัฐมนตรี, สำนักงาน. 2549. **สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติ.แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบ พ.ศ.2550-2554.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- โสรัตน์ กลั้ววิลา. 2541. **ปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการติดยาเสพติดของนักเรียนระดับ มัธยมศึกษาตอนต้น.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมวิทยาและ มานุษยวิทยา คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด. 2524. **วัฒนธรรมอิสลาม.** พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพมหานคร: จูจีนไทย.
- เสาวนีย์ จิตต์หมวด. 2535. **วัฒนธรรมอิสลาม.** พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ทางนำ.
- หวานใจ ชาวพัฒนวรรณ. 2543. **พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดนครปฐม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- อภิญา ปานชูเชิด. 2547. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล แรงสนับสนุนทางสังคม การรับรู้สมรรถนะของตนเองกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่น เขตกรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรุณ อบเชย. 2548. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี ภายใต้โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- อัสนีนา แลหะ. 2547. **การใช้หลักศาสนาอิสลามสร้างความตระหนักในการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ของวัยรุ่นมุสลิม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อามีนะห์ ดำรงผล. 2544. **สาระนั้นเกี่ยวกับชีวิตมุสลิม.** กรุงเทพมหานคร: นันทา พับลิชชิ่ง.
- อาภา ศรีวงศ์ ณ ออยุธยา. 2537. **การผลิตและการดื่มสุราในประเทศไทย, สุรากับสังคมไทย: ข้อเสนอแนะและผลงานวิจัย.** (ม.ป.ท.)
- อุบลรัตน์ รุ่งเรืองศิลป์. 2540. **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดประจวบคีรีขันธ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอมอร โพธิ์ประสิทธิ์. 2548. **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคลากร โรงพยาบาลบางแพ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.
- เอี่ยมพร ทองกระจาย. 2533. **การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบายและยุทธวิธีเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข. ใน ลือชัย ศรีเงินยวงและทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง, หน้า 44-45, 63-67. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.**
- เอี่ยมพร พลอยประดิษฐ์. 2544. **พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการป้องกันยาเสพติดของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นในโรงเรียนมัธยมศึกษา กลุ่มสหวิทยาเขตจตุลุมงคล สังกัดกรมสามัญศึกษา กรุงเทพมหานคร.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต, สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

## ภาษาอังกฤษ

- Becker, M.H. and Maiman, L.A. 1975. Socio behavioral determinants of compliance with health and medical care recommendation. **Medical Care**.13 (January): 10-24.
- Dusek, J. B. 1987. **Adolescent Development and Behavior**. Englewood cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Freedman, L. 1970. **Social Psychology**. New York: Prentice-Hall.
- Gantz, S.B. 1990. " Self – care: perspective from six disciplines" **Holistic Nursing Practice**. 4 (February):1-12.
- Hales, D. 2001. **An Invitation to Health (6<sup>th</sup> edition )**. New York: The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc.
- Haris, A.E. and Guten, G.E. 1972. **Health Education and Health Promotion**. New York: Wiley.
- Johnson, A.P. 1951. **Notes on Suggested Index of Item Validity: The U-L index**. *Journal of Educational. Psychology*. 62, 49-50.
- Langlie, J. K. 1977. **Social Networks: Health Beliefs, and Preventive Behavior**. *Journal of Health and Social Behavior*. 8(Sept.), 244-260.
- Lewin, L.S. 1984. **The Lay Person as the Primary Care Practitioner**. New York: Public Health Report.
- Orem, D.E. 1985. **Nursing Concepts of Practice**. 3<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Book.
- Orem, D.E. 1991. **Nursing Concepts of Practice**. 4<sup>th</sup> ed. New York: McGraw-Hill Book.
- Pender, N.J. 1987. **Health Promotion in Nursing Practice**. 2<sup>nd</sup> ed. Norwalk Conn: Appleton & Lange.
- Rotter, J.B. 1966. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. **Psychological Monographs General and Applied**.
- Rosenstock, I. M. 1974. Historical origins of the health belief model. **Health Education Monograph Winter**. 2:329-335.
- Strickland, B.R. 1978. Internal expectancies and health-related behavior. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**.45 (December)

Walsh, V.R. 1985. **Health Belief and Practices of Rumors versus No runners.** Nursing Research, 34. 353 - 356.

Wallston, K.A., Wallston B.S., and Devellis, R. 1978. Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) Scales. **Health Education Monographs, 6(2).** (spring): 160-170.

World Health Organization. 1987. Primary prevention of essential hypertension. **Technical Report.** 686:1-20.

World Health Organization and The United Nations International Children's Emergency Fund. 2000. **Report from the Third Meeting of The Two Years Measurement Project. Conceptual Overviews: Risk and Protective factor in Relationship to Adolescent Behavior, Health and Development.** Washington D.C.



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

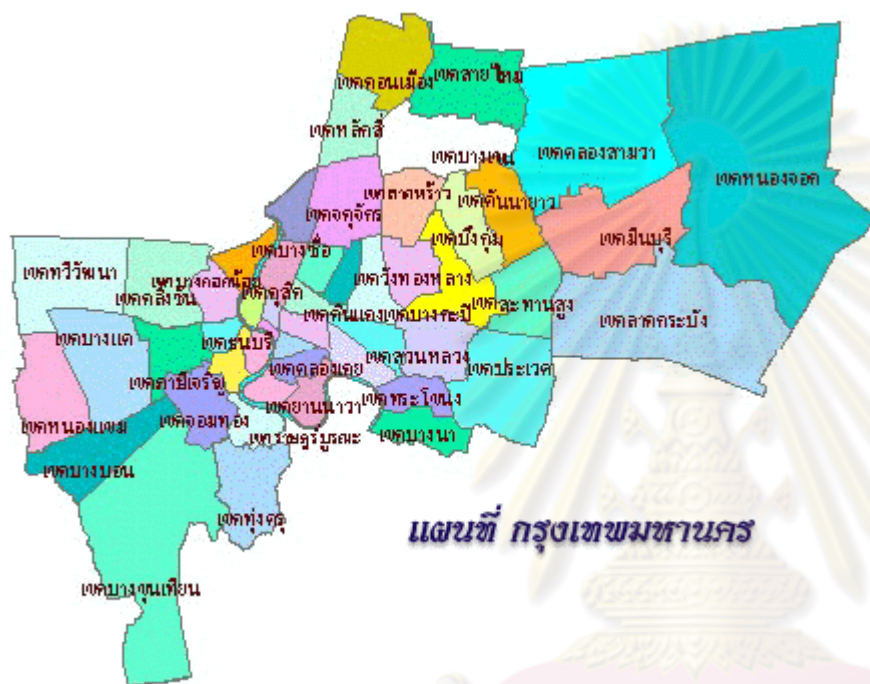


ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ภาคผนวก ก

รายชื่อโรงเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น  
ที่สอนศาสนาอิสลามควบคู่กับการสอนสามัญ กรุงเทพมหานคร



ที่มา: แผนที่กรุงเทพมหานคร (จังหวัดกรุงเทพมหานคร, 2553: ออนไลน์)

## เขตหนองจอก มี 3 โรงเรียน

- โรงเรียนศาสนวิทยา
- โรงเรียนสุเหร่าลำแขก
- โรงเรียนหนองจอกพิทยานุสรณ์  
มัธยม

## เขตประเวศ มี 3 โรงเรียน

- โรงเรียนอัลกุรออฮ์วิทยา
- โรงเรียนสอนศาสนา  
ศาสนูปถัมภ์
- โรงเรียนสุเหร่าจระเข้ขบ

## เขตลาดพร้าว มี 2 โรงเรียน

- โรงเรียนบางกอกศึกษาและ  
บางกอกวิทยามูลนิธิ
- โรงเรียนอิสลามสันติชน

## เขตทุ่งครุ มี 1 โรงเรียน

- โรงเรียนอิสลามวิทยาลัย  
แห่งประเทศไทย

## เขตห้วยขวาง มี 1 โรงเรียน

- โรงเรียนอัลวารูนอิสลาม

## เขตมีนบุรี มี 1 โรงเรียน

- สุเหร่าทรายกองดิน

## เขตวัฒนา มี 1 โรงเรียน

- โรงเรียนสุเหร่าบ้านดอน

## เขตสะพานสูง มี 1 โรงเรียน

- โรงเรียนสุเหร่าชีรอ

## เขตคลองสามวา มี 1 โรงเรียน

- โรงเรียนสุเหร่าแสนแสบ

## ภาคผนวก ข

เฉพาะเจ้าหน้าที่

ID 

--	--	--	--	--	--	--

## แบบสอบถามเพื่อการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม  
ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร

## คำชี้แจง

1. แบบสอบถามชุดนี้มีจุดประสงค์ เพื่อศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยจึงใคร่ขอความร่วมมือจากนักเรียนในการตอบคำถามทุกข้อ ตามความรู้ ความสามารถของนักเรียน โดยคำตอบของนักเรียนจะไม่ส่งผลกระทบต่อการศึกษาใดๆ ทั้งสิ้น ทั้งนี้ผู้วิจัยจะได้นำคำตอบทุกข้อของนักเรียน ไปใช้ในการวิจัย เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อการวางแผนการจัดให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่เด็กวัยรุ่นและหาแนวทางเพิ่มพูนความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นต่อไป โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 25-30 นาที และข้อมูลที่รวบรวมได้จากแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับ
2. แบบสอบถามมี 7 ส่วน แบ่งออกเป็น
  - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนและผู้ปกครองของนักเรียน
  - ส่วนที่ 2 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
  - ส่วนที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพ
  - ส่วนที่ 4 เจตคติด้านสุขภาพ
  - ส่วนที่ 5 ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและ  
ความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ
  - ส่วนที่ 6 การดูแลสุขภาพตนเองและพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
  - ส่วนที่ 7 การรับข้อมูลด้านสุขภาพ
3. ให้นักเรียนอ่านคำชี้แจงของแบบสอบถามแต่ละส่วนก่อนลงมือทำ หากไม่เข้าใจคำถามขอให้สอบถามทันที

ขอขอบคุณในความร่วมมือ

นางสาว นียาวาเฮร์ วาแวนิ

นิสิตหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ส่วนที่ 1

## ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน

**คำชี้แจง** ขอให้นักเรียนเลือกคำตอบที่ตรงกับคุณสมบัติของนักเรียนหรือผู้ปกครองของนักเรียน โดยทำเครื่องหมายวงกลม (○) ล้อมรอบคำตอบที่ถูกต้องที่สุด เพียงข้อเดียว หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

101. เพศของนักเรียนคือเพศใด

- 1) ชาย 2) หญิง

102. ปัจจุบันนักเรียนมีอายุเต็มเท่าไร

อายุ(ระบุ).....ปี

103. ปัจจุบันนักเรียนกำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาในระดับใด

- 1) มัธยมศึกษาปีที่ 1  
2) มัธยมศึกษาปีที่ 2  
3) มัธยมศึกษาปีที่ 3

104. เกรดเฉลี่ยสะสมของนักเรียนในการศึกษาภาคต้น ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จนถึงการศึกษาภาคต้นปีการศึกษา 2553 ที่ผ่านมาอยู่ในระดับใด

- 1) ต่ำกว่า 2.00  
2) 2.01 – 2.75  
3) 2.76 – 3.25  
4) 3.26 – 3.59  
5) 3.60 – 4.00

105. นักเรียนมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกี่คน (รวมทั้งตัวของนักเรียนด้วย)

จำนวน(ระบุ).....คน

106. โดยปกตินักเรียนอาศัยอยู่กับใคร

- 1) บิดาและมารดา  
2) บิดา  
3) มารดา  
4) ญาติ  
5) บุคคลอื่นที่ไม่ใช่ญาติ  
6) อยู่คนเดียว  
7) อื่นๆระบุ.....



107. สถานภาพสมรสของผู้ปกครองของนักเรียน ณ ปัจจุบัน เป็นอย่างไร

- 1) อยู่ด้วยกัน
- 2) หย่า
- 3) หย่า
- 4) แยกกันอยู่
- 5) อื่นๆระบุ.....

108. ผู้ปกครองของนักเรียนมีอาชีพอะไร

- 1) เกษตรกรรมของตนเองหรือครอบครัว คือ ทำนา ทำไร่ ทำสวน ประมง หรือ เลี้ยงสัตว์
- 2) ค้าขาย
- 3) รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ
- 4) รับจ้างในภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม บริการ หรือรับจ้างทั่วไป
- 5) ทำงานบ้าน
- 6) ไม่ได้ทำงาน เนื่องจาก.....
- 7) อื่นๆระบุ.....

109. นักเรียนได้รับค่าใช้จ่ายส่วนตัวโดยเฉลี่ย เดือนละเท่าไร (ไม่รวมค่าเล่าเรียน และค่าที่พัก)

จำนวนเงิน(ระบุ).....บาท

110. ผู้ปกครองของนักเรียน เรียนหนังสือสูงสุดจบเทียบชั้นใด

- 1) ไม่ได้เรียนหนังสือ
- 2) ป.1- ป.6 หรือป.7
- 3) ม.1-ม.3
- 4) ม.4-ม.6 หรือ ปวช.
- 5) ปวส. หรือ อนุปริญญา
- 6)ปริญญาตรี
- 7) สูงกว่าปริญญาตรี
- 8) อื่นๆระบุ.....

111. ครอบครัวของนักเรียนมีรายได้เฉลี่ยกี่บาทต่อเดือน (นับรวมเฉพาะบิดา มารดา และบุตรที่มีรายได้และส่งเงินให้ที่บ้าน)

จำนวนเงิน(ระบุ).....บาท

**ส่วนที่ 2**  
**การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาของนักเรียน**

**คำชี้แจง**           ให้นักเรียนทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติตนของนักเรียนที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

**คำถาม**           ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนได้ปฏิบัติเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาอย่างไร

ลำดับ	รายการ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
201	ฉันกล่าวปฏิญาณตน ว่าไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์ (ซุบฮาย) และท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลลา) เป็นศาสนทูตของพระองค์			
202	ในขณะที่ฉันกล่าวปฏิญาณตน ฉันไม่ได้ระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮาย) และท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลลา)			
203	ฉันละหมาดครบวันละ 5 เวลา			
204	ฉันระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮาย) ในขณะที่ฉันละหมาด			
205	ฉันไม่ละหมาด เมื่อฉันไม่มีเวลา			
206	ฉันละหมาด เมื่อพ่อแม่หรือผู้ปกครองบังคับ			
207	ฉันตื่นมาละหมาดตอนหัวรุ่ง (ซุบฮิ) ได้ทันเวลา			
208	ฉันนึกถึงเหตุการณ์ต่างๆที่ผ่านมาในชีวิตขณะละหมาด			
209	ในช่วงถือศีลอด ฉันละหมาดซุนนะตะระวีฮ์ นอกจากละหมาดวันละ 5 ครั้ง			
210	ฉันแสดงอารมณ์โกรธและใช้ถ้อยคำไม่สุภาพกับบุคคลอื่นๆ เมื่อฉันรู้สึกหิว ในขณะที่ถือศีลอด			
211	ฉันถือศีลอดในเดือนรอมฎอนครบทุกวัน ยกเว้นฉันเจ็บป่วย			
212	ฉันนินทาหรือพูดโกหก ในขณะที่ฉันถือศีลอด			
213	ฉันอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน ในระหว่างที่ฉันถือศีลอด			

### ส่วนที่ 3

#### ความรู้ด้านสุขภาพ

คำชี้แจง           ให้นักเรียนทำเครื่องหมายถูก (✓)ลงในช่องที่ตรงกับความเข้าใจของนักเรียน

คำถาม           นักเรียนมีความเข้าใจในรายการต่อไปนี้หรือไม่

ลำดับ	รายการ	ใช่	ไม่ใช่
301	อาหารหลัก 5 หมู่ของคนไทยคือ เนื้อสัตว์ ข้าว ไขมัน ผักและผลไม้		
302	การรับประทานอาหารประเภทแป้ง อย่าง ทอด หรือไหม้เกรียม มีสารก่อมะเร็ง		
303	อาหารมือเช้า เป็นมื้อที่สำคัญที่สุด		
304	การรับประทานอาหารประเภทแป้งมากๆ ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพราะมีพลังงานสูง		
305	ยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนอาหาร 15-30 นาที		
306	ยาที่ต้องรับประทานหลังอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารทันที		
307	เมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น		
308	การใช้ผ้าปิดจมูกและปากเวลาไอหรือจาม จะช่วยไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้		
309	ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ควรได้รับการพักผ่อนให้มากๆ		
310	นิโคตินเป็นสารที่ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีอาการติดยาหรือ		
311	การสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดตีบและอุดตัน		
312	การดื่มสุราไม่มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคหัวใจ		
313	การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ คือ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง		
314	การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 15 - 30 นาที		
315	การนอนหลับส่งผลให้ประสิทธิภาพการจดจำของสมองดีขึ้น		
316	ความเครียดเป็นสาเหตุให้ร่างกายและจิตใจอ่อนแอ จึงทำให้เป็นโรคต่างๆได้		
317	การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยผ่อนคลายความเครียดได้		
318	การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ทำให้ร่างกายคลายความเครียดได้		
319	การดัดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ช่วยลดปัญหาการติดเชื้อและการอักเสบของทางเดินปัสสาวะในเพศชายได้		
320	วิธีที่ป้องกันการเกิดปัญหาทางเพศในวัยเรียนที่ดี คือ ไม่คบเพื่อนต่างเพศ		
321	ศาสนาอิสลามอนุญาตให้ชายหญิงที่ไม่ได้แต่งงานกันถูกเนื้อต้องตัวกันได้		

**ส่วนที่ 4**  
**เจตคติด้านสุขภาพ**

**คำชี้แจง**                   ให้นักเรียนทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกของนักเรียนมากที่สุด

**คำถาม**                   นักเรียนมีความรู้สึกเกี่ยวกับข้อความนี้ต่อไปนี้อย่างไร

ลำดับ	รายการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
401	ฉันชอบรับประทานผลไม้มากกว่าของหวาน					
402	ฉันชอบรับประทานเนื้อสัตว์ที่ติดมัน					
403	การดื่มน้ำสะอาดมาก ทำให้ผิวพรรณดี					
404	การอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ					
405	การนอนดึกทำให้เฉื่อยชา					
406	การสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้สูบบุหรี่มีอายุสั้นมากขึ้น					
407	การสูบบุหรี่ ช่วยทำให้คลายเครียดจากการทำงานได้					
408	การดื่มสุรา ทำให้สามารถพูดคุยได้อย่างสนุกสนานและเป็นกันเองมากขึ้น					
409	การดื่มสุรา ทำให้สมองเสื่อม					
410	การออกกำลังกายยิ่งเหนื่อยมากๆ ยิ่งเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย					
411	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้					
412	การนอนหลับอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เป็นการพักผ่อนที่ดีและมีประโยชน์					
413	การรักษาด้วยเวทมนต์ คาถา ช่วยรักษาโรคและความเจ็บป่วยได้					
414	การทำงานบ้านต่างๆด้วยตนเอง จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง					
415	ฉันพร้อมที่จะดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย					
416	การพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนที่ใกล้ชิด ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้					
417	การถือศีลอด ทำให้มีความสงบและเข้มแข็งขึ้น					
418	การละหมาด จะช่วยป้องกันหรือขจัดความเครียดได้					
419	ฉันชอบอ่านหนังสือ นวนิยาย ที่มีบทรักเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์					
420	ฉันชอบเมื่อมีเพื่อนต่างเพศ ชวนเที่ยวตามลำพังสองต่อสอง					
421	ฉันชอบหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จากบุคลากรทางการแพทย์					
422	ฉันพอใจที่ฉันดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วย					

## ส่วนที่ 5

ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพและ  
ความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ

คำชี้แจง ให้นักเรียนทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อที่ตรงกับความรู้สึกรู้สึกของนักเรียนมากที่สุด  
คำถาม นักเรียนมีความรู้สึกเกี่ยวกับข้อความนี้ต่อไปนี้อย่างไร

ลำดับ	รายการ	จริง มาก ที่สุด	จริง มาก	จริง ปาน กลาง	จริง น้อย	จริง น้อย ที่สุด
<b>ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ</b>						
501	สุขภาพของฉันดีขึ้นมาได้ ด้วยการหมั่นดูแลสุขภาพด้วยตัวฉันเอง					
502	ฉันดูแลสุขภาพตนเองได้					
503	การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับฉัน ล้วนเกิดจากพฤติกรรมของฉันโดย สิ้นเชิง					
504	เมื่อเจ็บป่วย การดูแลตนเองมากขึ้นจะทำให้ฉันหายป่วยเร็วขึ้น					
<b>ความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ</b>						
511	ที่ฉันรู้ว่า ร่างกายของฉันมีความผิดปกติ มาจากแพทย์เท่านั้นที่ สามารถวินิจฉัยโรคของฉันได้					
512	การที่ฉันหายป่วยเร็วขึ้น มาจากที่ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ อย่างเคร่งครัด					
513	เมื่อเจ็บป่วย ควรรีบพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการ รักษา					
514	เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่เกิดกับฉัน ฉันเชื่อถือในตัวแพทย์ที่ฉันรับการ รักษา					

## ส่วนที่ 6

## การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน

คำชี้แจง ให้นักเรียนทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติตนของนักเรียนมากที่สุด

คำถาม ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนได้ปฏิบัติเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้หรือไม่อย่างไร

ลำดับ	รายการ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
601	ฉันรับประทานอาหารประเภทผักและผลไม้			
602	ฉันดื่มนมหรือผลิตภัณฑ์จากนม			
603	ฉันดื่มน้ำสะอาด วันละ 6-8 แก้ว			
604	ฉันล้างมือก่อนรับประทานอาหาร			
605	ฉันล้างมือหลังรับประทานอาหาร			
606	ฉันดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม			
607	ฉันรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ติดมัน หรืออาหารที่มีไขมัน			
608	ฉันรับประทานอาหารที่มีรสจัด เช่น เปรี้ยว เผ็ดจัด เค็มจัด			
609	เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหนัก ฉันจะพบแพทย์เพื่อรับการรักษา			
610	เมื่อเจ็บป่วยฉันจะรับประทานยา และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด			
611	ฉันจะอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา			
612	ฉันหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตนเองก่อนการเจ็บป่วย			
613	ฉันหมั่นสังเกตอาการผิดปกติของร่างกายตนเองหลังการเจ็บป่วย			
614	เมื่อฉันเป็นไข้หวัด ไม่สบาย ฉันจะเช็ดตัว แทนการอาบน้ำ			
615	ฉันสูบบุหรี่			
616	ฉันดื่มสุรา			
617	ฉันออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง			
618	ฉันออกกำลังกายแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 15-30 นาที			
619	ฉันรับประทานอาหารเช้าก่อนออกกำลังกาย			
620	ฉันเริ่มออกกำลังกายจนกระทั่งเหงื่อออก			
621	ในแต่ละวันฉันนอนหลับ 6-8 ชั่วโมง			
622	เมื่อฉันเกิดความเครียด ฉันจะพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนที่ใกล้ชิด			
623	ฉันอ่านคัมภีร์อัลกุรอาน หรือฟังคัมภีร์อัลกุรอาน เมื่อฉันรู้สึกไม่สบายใจ			
624	เมื่อฉันรู้สึกไม่สบาย ฉันจะขอความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวหรือคนที่ใกล้ชิด			
625	เมื่อฉันรู้สึกไม่สบายใจ ฉันจะละหมาดและขอพรจากอัลลอฮ์(ซุบฮาย)			
626	ฉันจะแยกตัวอยู่คนเดียวเมื่อฉันรู้สึกเครียด			

## ส่วนที่ 6 (ต่อ)

## พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน

คำชี้แจง ให้นักเรียนทำเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ตรงกับการปฏิบัติตนของนักเรียนมากที่สุด  
คำถาม ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนได้ปฏิบัติเกี่ยวกับสิ่งต่อไปนี้อย่างไร

## สำหรับนักเรียนชาย

ลำดับ	รายการ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
627	ฉันกอดจูบกับคูรัก เมื่ออยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสอง			
628	ฉันอยู่กับเพศตรงกันข้ามสองต่อสองในที่ลับตาคน			
629	ฉันดูวิดีโอที่มีบทรักและฉากรักของหนุ่มสาว กับคูรักตามลำพังสองต่อสอง			
630	ฉันไปเที่ยวงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพศตรงกันข้ามในเวลากลางคืน			
631	ฉันมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงกันข้าม			

## สำหรับนักเรียนหญิง

ลำดับ	รายการ	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ เป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ
627	ฉันยินยอมเปิดโอกาสให้เพศตรงกันข้ามถูกเนื้อต้องตัว จับมือถือแขนได้			
628	ฉันอยู่กับเพศตรงกันข้ามสองต่อสองในที่ลับตาคน			
629	ฉันดูวิดีโอที่มีบทรักและฉากรักของหนุ่มสาว กับคูรักตามลำพังสองต่อสอง			
630	ฉันไปเที่ยวงานเลี้ยงสังสรรค์กับเพศตรงกันข้ามสองต่อสองในเวลากลางคืน			
631	ฉันมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงกันข้าม			

**ส่วนที่ 7**  
**การรับข้อมูลด้านสุขภาพ**

**คำชี้แจง**           ให้นักเรียนทำเครื่องหมายถูก(✓) ในช่องที่ตรงกับคำตอบของนักเรียน  
**คำถาม**             ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนได้รับข้อมูลด้านสุขภาพจากแหล่งต่อไปนี้มากน้อยเพียงใด

ลำดับ	แหล่งข้อมูล	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยเลย
701	สมาชิกในครัวเรือน (บิดา มารดา พี่น้อง ญาติ)			
702	เพื่อน			
703	ครู/อาจารย์ในโรงเรียน			
704	เจ้าหน้าที่ / บุคลากรในโรงเรียน			
705	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			
706	โทรทัศน์			
707	วิทยุ			
708	อินเทอร์เน็ต			
709	หนังสือพิมพ์			
710	นิตยสาร/วารสาร			
711	ป้ายประกาศต่างๆ/โปสเตอร์			
712	แผ่นพับ/ใบปลิว			
713	การจัดกิจกรรมในโรงเรียน/การจัดนิทรรศการในโรงเรียน			
714	อื่นๆ (ระบุ) .....			

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\*\*\*\* ขอความสันติสุขจงมีแด่ท่าน \*\*\*\*\*

ขอขอบคุณเป็นอย่างสูง ที่กรุณาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม



## ภาคผนวก ค

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามสำหรับการศึกษาในครั้งนี้ ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการทดสอบความยากง่ายและอำนาจจำแนก และการทดสอบความเชื่อมั่น ซึ่งได้ผลการทดสอบดังนี้

#### 1. การทดสอบความยากง่ายและอำนาจจำแนก

ผู้วิจัยทดสอบความยากง่ายและอำนาจจำแนกรายข้อของข้อคำถามในส่วนที่ 3 คือ ความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 25 ข้อ โดยพิจารณาจากค่าความยากง่าย (P) ซึ่งควรมีค่าระหว่าง 0.2 ถึง 0.8 และควรมีค่าอำนาจจำแนก (R) ตั้งแต่ 0.2 ขึ้นไป ผลจากการทดสอบ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ ผลจากการทดสอบแบบสอบถาม และผลจากการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริง รายละเอียดของการศึกษาในส่วนนี้ มีดังนี้

1.1) ผลการทดสอบแบบสอบถาม พบว่า ข้อคำถามเรื่องความรู้ด้านสุขภาพผ่านเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น จำนวน 25 ข้อ ส่วนข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์อีก 5 ข้อ ผู้วิจัยได้ตัดข้อคำถามเหล่านี้ออกไป จึงเหลือข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์และใช้ในการศึกษาจำนวนทั้งสิ้น 20 ข้อ ดังปรากฏในตารางที่ 29

1.2) ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริง พบว่า ข้อคำถามความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 21 ข้อ ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวข้างต้น จำนวน 18 ข้อ และไม่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 3 ข้อ ดังปรากฏในตารางที่ 30

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 1.1) ผลการทดสอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 29 ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของความรู้ด้านสุขภาพ (N= 60)

ข้อที่	รายการ	ค่า (P)	ค่า (R)
1	อาหารหลัก 5 หมู่ของคนไทยคือ เนื้อสัตว์ ข้าว ไขมัน ผักและผลไม้	0.3	0.3
2	การรับประทานอาหารประเภทแป้ง อย่าง ทอด หรือไหม้เกรียม มีสารก่อมะเร็ง	0.7	0.3
3	อาหารมือเช้า เป็นมื้อที่สำคัญที่สุด	0.6	0.3
4	โปรตีน เกล็ดแร่ และวิตามิน ช่วยป้องกันและสร้างความต้านทานโรค	0.9	0.0*
5	การรับประทานอาหารประเภทแป้งมากๆ ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพราะมีพลังงานสูง	0.6	0.4
6	ยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนอาหาร 15-30 นาที	0.8	0.4
7	ยาที่ต้องรับประทานหลังอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารทันที	0.5	0.4
8	เมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น	0.4	0.3
9	การใช้ผ้าปิดจมูกและปากเวลาไอหรือจาม จะช่วยไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้	0.7	0.5
10	ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ควรได้รับการพักผ่อนให้มากๆ	0.7	0.3
11	สุรา เป็นเครื่องดื่มที่มีเมทิลแอลกอฮอล์ผสมอยู่	0.7	0.0*
12	สุรา เมื่อดื่มในปริมาณมากๆทำให้ร่างกายแข็งแรง	0.8	0.0
13	การดื่มสุราไม่มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคหัวใจ	0.8	0.3
14	การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ คือ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	0.8	0.3
15	การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 15 - 30 นาที	0.8	0.5
16	การออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มอายุ 1-1.5 ปี	0.5	-0.0*
17	การอดนอนส่งผลให้ประสิทธิภาพการจดจำของสมองดีขึ้น	0.8	0.3
18	ความเครียดเป็นสาเหตุให้ร่างกายและจิตใจอ่อนแอ จึงทำให้เป็นโรคต่างๆได้	0.7	0.5
19	การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยผ่อนคลายความเครียดได้	0.7	0.4
20	การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ทำให้ร่างกายคลายความเครียดได้	0.7	0.3
21	การละหมาด สามารถป้องกันหรือขจัดความเครียดได้	0.7	0.6
22	การตัดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ช่วยลดปัญหาการติดเชื้อและการอักเสบของทางเดินปัสสาวะในเพศชายได้	0.4	0.6
23	วิธีที่ป้องกันการเกิดปัญหาทางเพศในวัยเรียนที่ดี คือ ไม่คบเพื่อนต่างเพศ	0.4	0.4
24	ศาสนาสลามอนุญาตให้ชายหญิงที่ไม่ได้แต่งงานกันถูกเนื้อต้องตัวกันได้	0.6	0.3
25	การถือศีลอด เป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยยับยั้งความต้องการทางเพศได้	0.9	-0.6*

หมายเหตุ \* หมายถึง ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์

## 1.2) ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริง

ตารางที่ 30 ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของความรู้ด้านสุขภาพ (N= 600)

ข้อที่	รายการ	ค่า (P)	ค่า (R)
1	อาหารหลัก 5 หมู่ของคนไทยคือ เนื้อสัตว์ ข้าว ไขมัน ผักและผลไม้	0.7	0.2
2	การรับประทานอาหารประเภทแป้ง ย่าง ทอด หรือไหม้เกรียม มีสารก่อมะเร็ง	0.8	0.3
3	อาหารมือเช้า เป็นมือที่สำคัญที่สุด	0.8	0.2
4	การรับประทานอาหารประเภทแป้งมากๆ ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพราะมีพลังงานสูง	0.6	0.4
5	ยาที่ต้องรับประทานก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนอาหาร 15-30 นาที	0.8	0.3
6	ยาที่ต้องรับประทานหลังอาหาร ควรรับประทานหลังอาหารทันที	0.7	0.4
7	เมื่อเจ็บป่วย ไม่สบาย การออกกำลังกายจะทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น	0.3	0.2
8	การใช้ผ้าปิดจมูกและปากเวลาไอหรือจาม จะช่วยไม่ให้เชื้อโรคแพร่กระจายได้	0.9	0.1*
9	ผู้ป่วยในระยะพักฟื้น ควรได้รับการพักผ่อนให้มากๆ	0.8	0.4
10	นิโคตินเป็นสารที่ทำให้ผู้ที่สูบบุหรี่มีอาการติดบุหรี่	0.8	0.2
11	การสูบบุหรี่ทำให้หลอดเลือดตีบและอุดตัน	0.7	0.3
12	การดื่มสุราไม่มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคหัวใจ	0.7	0.5
13	การออกกำลังกายที่มีประสิทธิภาพ คือ การออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3-4 ครั้ง	0.9	0.1*
14	การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ควรใช้เวลา 15 - 30 นาที	0.8	0.2
15	การอดนอนส่งผลให้ประสิทธิภาพการจดจำของสมองดีขึ้น	0.8	0.4
16	ความเครียดเป็นสาเหตุให้ร่างกายและจิตใจอ่อนแอ จึงทำให้เป็นโรคต่างๆได้	0.8	0.2
17	การทำงานอดิเรกหรือกิจกรรมที่ชื่นชอบช่วยผ่อนคลายความเครียดได้	0.9	0.1*
18	การนอนหลับพักผ่อนอย่างน้อยวันละ 6 ชั่วโมง ทำให้ร่างกายคลายความเครียดได้	0.8	0.2
19	การดัดหนังหุ้มปลายอวัยวะเพศชาย ช่วยลดปัญหาการติดเชื้อและการอักเสบของทางเดินปัสสาวะในเพศชายได้	0.8	0.2
20	วิธีที่ป้องกันการเกิดปัญหาทางเพศในวัยเรียนที่ดี คือ ไม่คบเพื่อนต่างเพศ	0.5	0.4
21	ศาสนาอิสลามอนุญาตให้ชายหญิงที่ไม่ได้แต่งงานกันถูกเนื้อต้องตัวกันได้	0.7	0.4

หมายเหตุ \* หมายถึง ค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของข้อคำถามที่ไม่ผ่านเกณฑ์

## 2. การทดสอบความเชื่อมั่น

ผู้วิจัยทดสอบความเชื่อมั่นรายข้อของข้อคำถาม โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เพื่อทดสอบว่าข้อคำถามแต่ละข้อให้ผลของการวัดเหมือนกันหรือสอดคล้องกันหรือไม่ โดยข้อคำถามที่ดีควรมีค่าความเชื่อมั่นสูงกว่า 0.7

2.1) ผลการทดสอบแบบสอบถาม พบว่า ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของข้อคำถามในส่วนที่ 4 คือ เจตคติด้านสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.764 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ผ่านเกณฑ์ ส่วนข้อคำถามในส่วนที่ 5 คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ความเชื่ออำนาจบุคคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นในส่วนนี้ พบว่า ข้อคำถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.808 และข้อคำถามความเชื่ออำนาจบุคคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.839 ผลการศึกษาปรากฏดังตารางที่ 31, 32 และ 33

2.2) ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริง พบว่า ผลการทดสอบความเชื่อมั่นของข้อคำถามในส่วนที่ 4 คือ เจตคติด้านสุขภาพ จำนวน 22 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.717 ซึ่งเป็นค่าความเชื่อมั่นที่ผ่านเกณฑ์ ส่วนข้อคำถามในส่วนที่ 5 คือ ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ความเชื่ออำนาจบุคคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ จำนวน 4 ข้อ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นในส่วนนี้ พบว่า ข้อคำถามความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.723 และข้อคำถามความเชื่ออำนาจบุคคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ ผ่านเกณฑ์จำนวน 4 ข้อ ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ 0.746 ผลการศึกษปรากฏดังตารางที่ 34, 35 และ 36

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## 2.1) ผลการทดสอบแบบสอบถาม

ตารางที่ 31 ค่าความเชื่อมั่นของเจตคติด้านสุขภาพ เมื่อข้อคำถามนี้ถูกตัดจากโมเดล  
(Cronbach's Alpha if Item Deleted) (N= 60)

ข้อที่	รายการ	ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ
1	ฉันชอบรับประทานผลไม้มากกว่าของหวาน	0.756
2	ฉันชอบรับประทานเนื้อสัตว์ที่ติดมัน	0.782
3	การดื่มน้ำสะอาดมาก ทำให้ผิวพรรณดี	0.776
4	การอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ	0.749
5	การนอนดึกทำให้เฉื่อยชา	0.756
6	การดื่มสุรา ทำให้สามารถพูดคุยได้อย่างสนุกสนานและเป็นกันเองมากขึ้น	0.734
7	การดื่มสุรา ทำให้สมองเสื่อม	0.744
8	การออกกำลังกายยิ่งเหนื่อยมากๆ ยิ่งเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย	0.754
9	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้มีความสุขจิตใจที่ดีได้	0.746
10	การนอนหลับอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เป็นการพักผ่อนที่ดีและมีประโยชน์	0.751
11	การรักษาด้วยเวทมนต์ คาถา ช่วยรักษาโรคและความเจ็บป่วยได้	0.740
12	การทำงานบ้านต่างๆด้วยตนเอง จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง	0.747
13	ฉันพร้อมที่จะดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย	0.744
14	การพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนที่ใกล้ชิด ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้	0.741
15	การถือศีลอด ทำให้มีความสงบและเข้มแข็งขึ้น	0.748
16	การละหมาด จะช่วยป้องกันหรือขจัดความเครียดได้	0.751
17	ฉันชอบอ่านหนังสือ นวนิยาย ที่มีบทเกี่ยวข้องกับกรณีพิพาท	0.768
18	ฉันชอบเมื่อมีเพื่อนต่างเพศ ชวนเที่ยวตามลำพังสองต่อสอง	0.765
19	ฉันชอบหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จากบุคลากรทางการแพทย์	0.777
20	ฉันพอใจที่ฉันดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วย	0.762
ค่าความเชื่อมั่นรวม		0.764

ตารางที่ 32 ค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เมื่อข้อคำถามนี้ถูกตัดจากโมเดล (Cronbach's Alpha if Item Deleted) (N= 60)

ข้อที่	รายการ	ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ
1	สุขภาพของฉันดีขึ้นมาได้ ด้วยการหันดูแลสุขภาพด้วยตัวฉันเอง	0.799
2	ฉันดูแลสุขภาพตนเองได้	0.725
3	การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับฉัน ล้วนเกิดจากพฤติกรรมของฉันโดยสิ้นเชิง	0.740
4	เมื่อเจ็บป่วย การดูแลตนเองมากขึ้นจะทำให้ฉันหายป่วยเร็วขึ้น	0.772
<b>ค่าความเชื่อมั่นรวม</b>		<b>0.808</b>

ตารางที่ 33 ค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ เมื่อข้อคำถามนี้ถูกตัดจากโมเดล (Cronbach's Alpha if Item Deleted) (N= 60)

ข้อที่	รายการ	ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ
1	ที่ฉันรู้ว่า ร่างกายของฉันมีความผิดปกติ มาจากแพทย์เท่านั้นที่สามารถวินิจฉัยโรคของฉันได้	0.832
2	การที่ฉันหายป่วยเร็วขึ้น มาจากที่ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	0.742
3	เมื่อเจ็บป่วย ควรรีบพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการรักษา	0.800
4	เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่เกิดกับฉัน ฉันเชื่อถือในตัวแพทย์ที่ฉันรับการรักษา	0.811
<b>ค่าความเชื่อมั่นรวม</b>		<b>0.839</b>

## 2.2) ผลการทดสอบกลุ่มตัวอย่างจริง

ตารางที่ 34 ค่าความเชื่อมั่นของเจตคติด้านสุขภาพ เมื่อข้อคำถามนี้ถูกตัดจากโมเดล  
(Cronbach's Alpha if Item Deleted) (N= 600)

ข้อที่	รายการ	ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ
1	ฉันชอบรับประทานผลไม้มากกว่าของหวาน	0.718
2	ฉันชอบรับประทานเนื้อสัตว์ที่ติดมัน	0.720
3	การดื่มน้ำสะอาดมาก ทำให้ผิวพรรณดี	0.707
4	การอ่านฉลากทุกครั้งก่อนใช้ยา เป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติ	0.700
5	การนอนดึกทำให้เฉื่อยชา	0.709
6	การสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้สูบบมีอายุสั้นมากขึ้น	0.711
7	การสูบบุหรี่ ช่วยทำให้คลายเครียดจากการทำงานได้	0.707
8	การดื่มสุรา ทำให้สามารถพูดคุยได้อย่างสนุกสนานและเป็นกันเองมากขึ้น	0.718
9	การดื่มสุรา ทำให้สมองเสื่อม	0.718
10	การออกกำลังกายยิ่งเหนื่อยมากๆ ยิ่งเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย	0.738
11	การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ช่วยให้มีสุขภาพจิตที่ดีได้	0.700
12	การนอนหลับอย่างน้อย 6 ชั่วโมง เป็นการพักผ่อนที่ดีและมีประโยชน์	0.715
13	การรักษาด้วยเวทมนต์ คาถา ช่วยรักษาโรคและความเจ็บป่วยได้	0.704
14	การทำงานบ้านต่างๆด้วยตนเอง จะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง	0.707
15	ฉันพร้อมที่จะดูแลสุขภาพตนเองอยู่เสมอ เพื่อป้องกันการเจ็บป่วย	0.700
16	การพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือคนที่ใกล้ชิด ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้	0.700
17	การถือศีลอด ทำให้มีความสงบและเข้มแข็งขึ้น	0.728
18	การละหมาด จะช่วยป้องกันหรือขจัดความเครียดได้	0.700
19	ฉันชอบอ่านหนังสือ นวนิยาย ที่มีบทรักเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์	0.715
20	ฉันชอบเมื่อมีเพื่อนต่างเพศ ชวนเที่ยวตามลำพังสองต่อสอง	0.706
21	ฉันชอบหาความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของตนเอง จากบุคลากรทางการแพทย์	0.720
22	ฉันพอใจที่ฉันดูแลตนเองไม่ให้เจ็บป่วย	0.700
<b>ค่าความเชื่อมั่นรวม</b>		<b>0.764</b>

ตารางที่ 35 ค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ เมื่อข้อคำถามถูกตัดจากโมเดล (Cronbach's Alpha if Item Deleted) (N= 600)

ข้อที่	รายการ	ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ
1	สุขภาพของฉันดีขึ้นมาได้ ด้วยการหันดูแลสุขภาพด้วยตัวฉันเอง	0.707
2	ฉันดูแลสุขภาพตนเองได้	0.747
3	การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับฉัน ล้วนเกิดจากพฤติกรรมของฉันโดยสิ้นเชิง	0.732
4	เมื่อเจ็บป่วย การดูแลตนเองมากขึ้นจะทำให้ฉันหายป่วยเร็วขึ้น	0.726
<b>ค่าความเชื่อมั่นรวม</b>		<b>0.723</b>

ตารางที่ 36 ค่าความเชื่อมั่นของความเชื่ออำนาจบุคลากรทางสาธารณสุขด้านสุขภาพ เมื่อข้อคำถามนี้ถูกตัดจากโมเดล (Cronbach's Alpha if Item Deleted) (N= 600)

ข้อที่	รายการ	ค่าความเชื่อมั่นรายข้อ
1	ที่ฉันรู้ว่า ร่างกายของฉันมีความผิดปกติ มาจากแพทย์เท่านั้นที่สามารถวินิจฉัยโรคของฉันได้	0.725
2	การที่ฉันหายป่วยเร็วขึ้น มาจากที่ฉันปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์อย่างเคร่งครัด	0.719
3	เมื่อเจ็บป่วย ควรรีบพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการรักษา	0.760
4	เมื่อเกิดการเจ็บป่วยที่เกิดกับฉัน ฉันเชื่อถือในตัวแพทย์ที่ฉันรับการรักษา	0.762
<b>ค่าความเชื่อมั่นรวม</b>		<b>0.746</b>



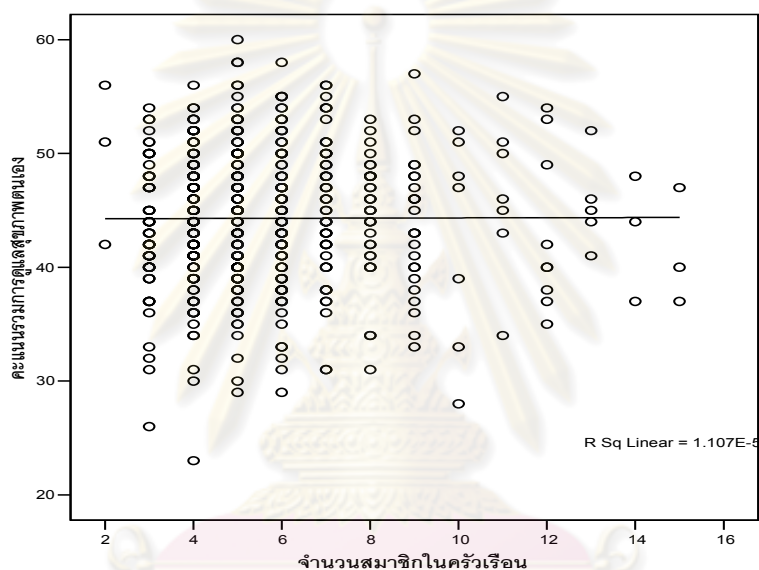
## ภาคผนวก ง

### การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอย

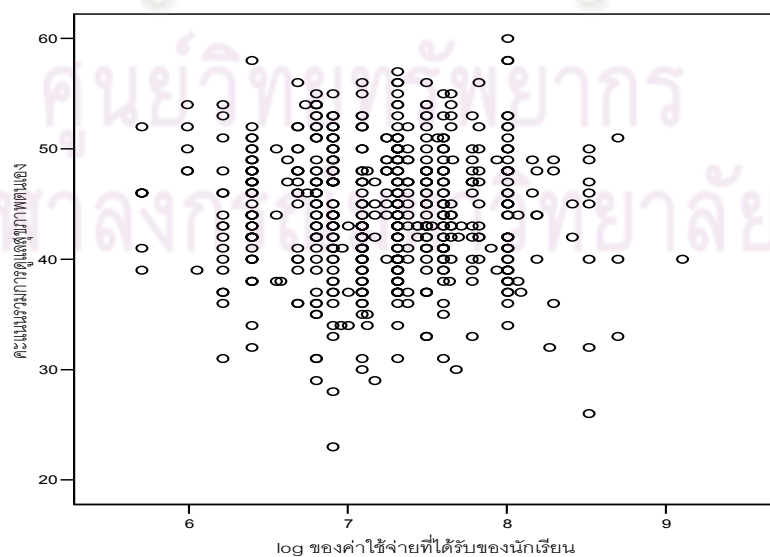
การตรวจสอบเงื่อนไขของการวิเคราะห์การถดถอย (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2550: 328-342) มีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ตัวแปรตามและตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง

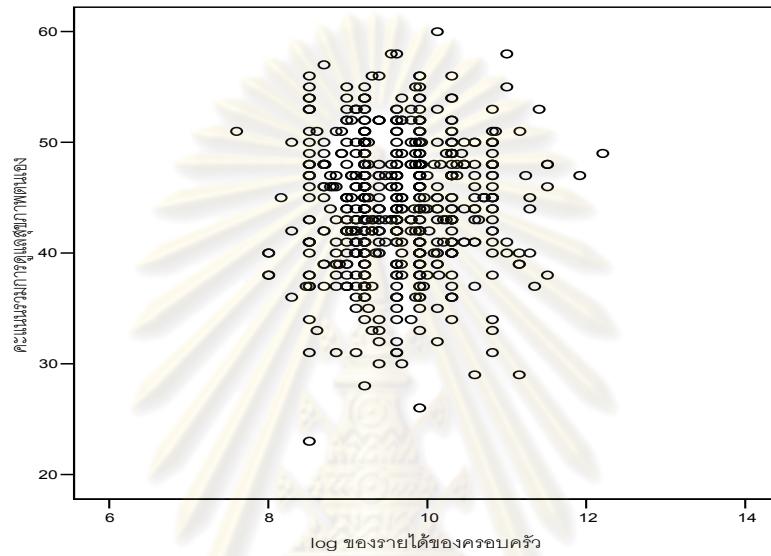
ผลการตรวจสอบ พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรงกับตัวแปรตาม ดังแสดงในรูปที่ 1.1-1.9



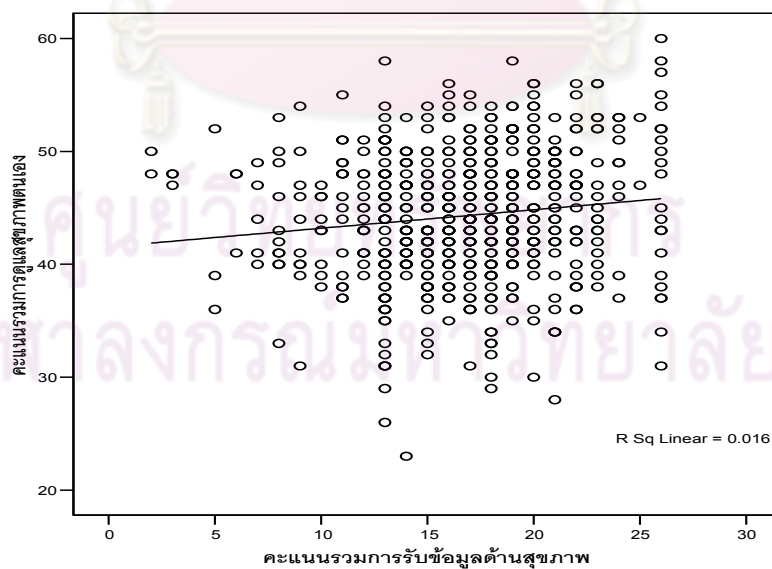
รูปที่ 1.1 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับจำนวนสมาชิกในครัวเรือน



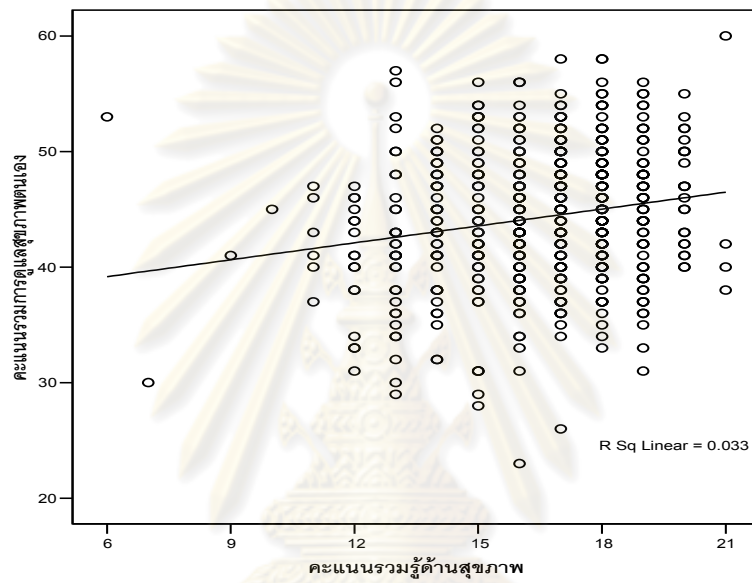
รูปที่ 1.2 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน



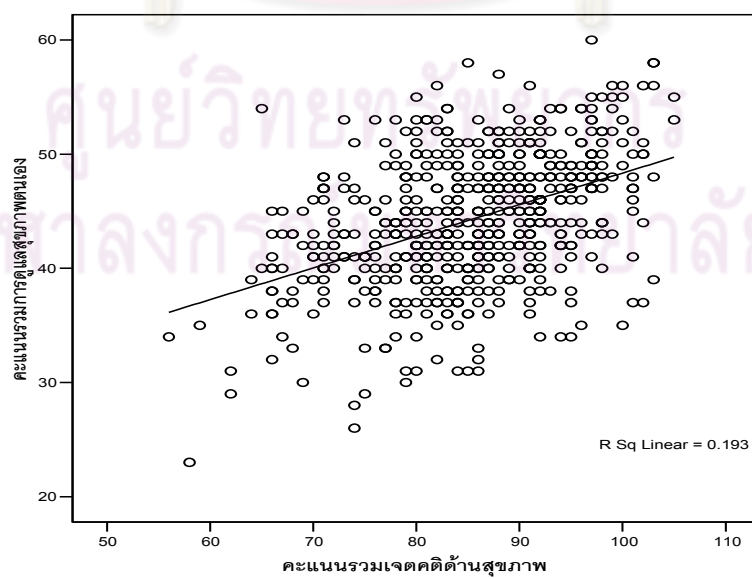
รูปที่ 1.3 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับรายได้ของครอบครัว



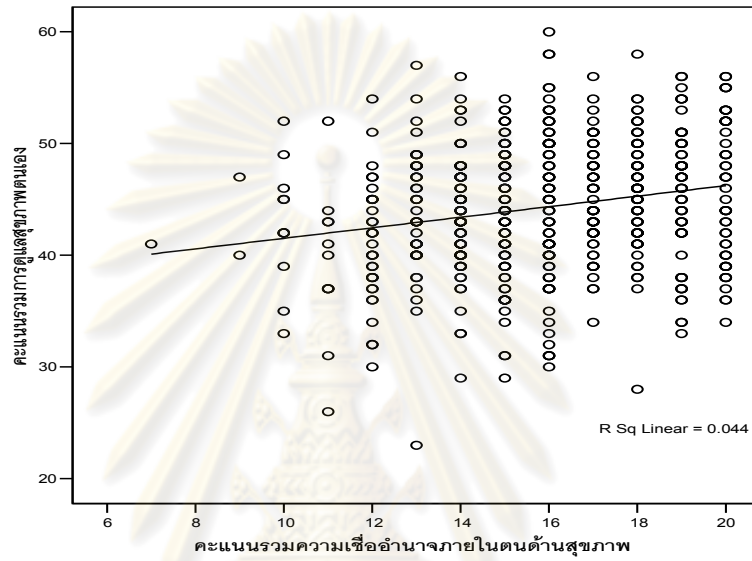
รูปที่ 1.4 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับการรับข้อมูลด้านสุขภาพ



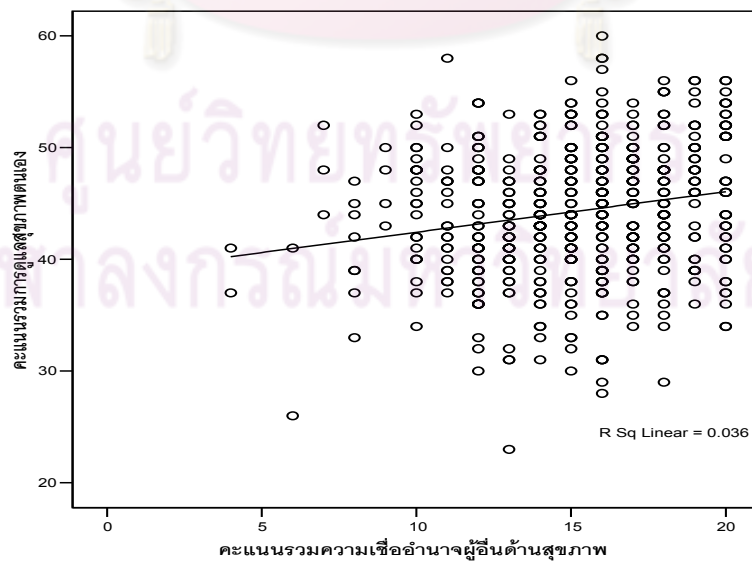
รูปที่ 1.5 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับความรู้ด้านสุขภาพ



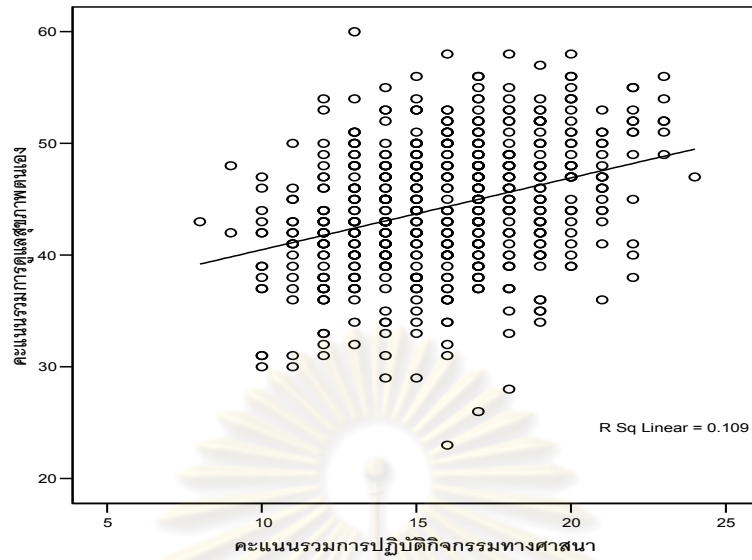
รูปที่ 1.6 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับเจตคติด้านสุขภาพ



รูปที่ 1.7 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ



รูปที่ 1.8 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ



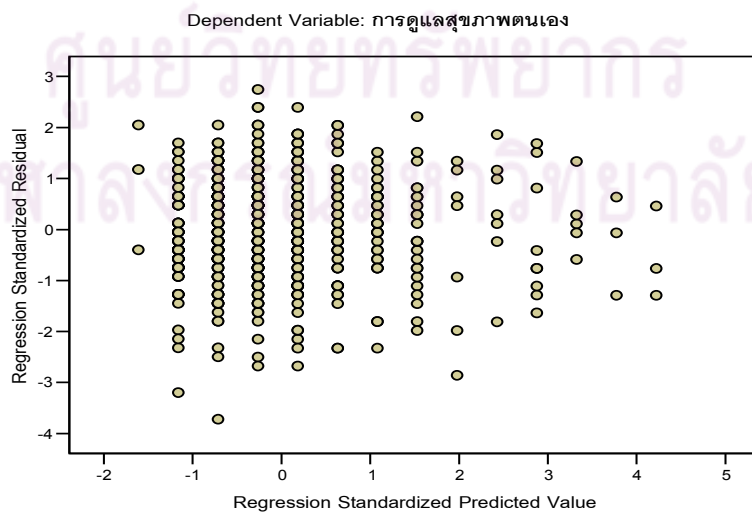
รูปที่ 1.9 การกระจายของการดูแลสุขภาพตนเองกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

## 2. ค่าความแปรปรวนของค่าเคลื่อนคลาดเป็นค่าคงที่

ผลการตรวจสอบพบว่าค่าความแปรปรวนของค่าเคลื่อนคลาดเป็นค่าคงที่ทุกค่าของตัวแปรอิสระ ดังแสดงในรูปที่ 2.1-2.9

ตัวแปรอิสระ : จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

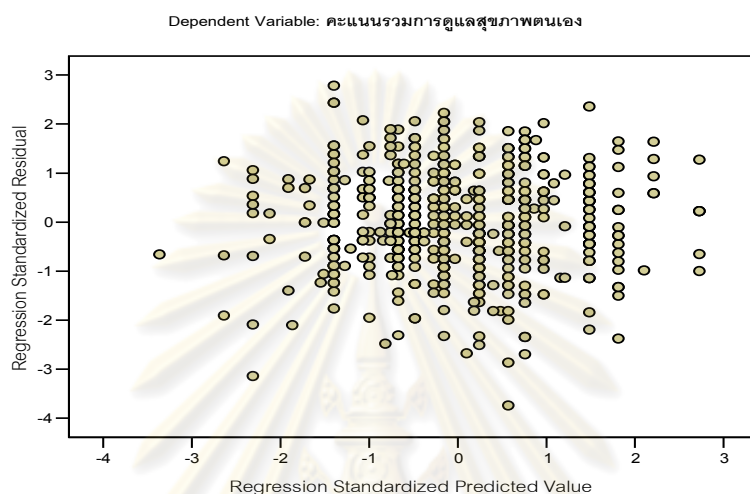
ตัวแปรตาม : การดูแลสุขภาพตนเอง



รูปที่ 2.1 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน

ตัวแปรอิสระ : เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน

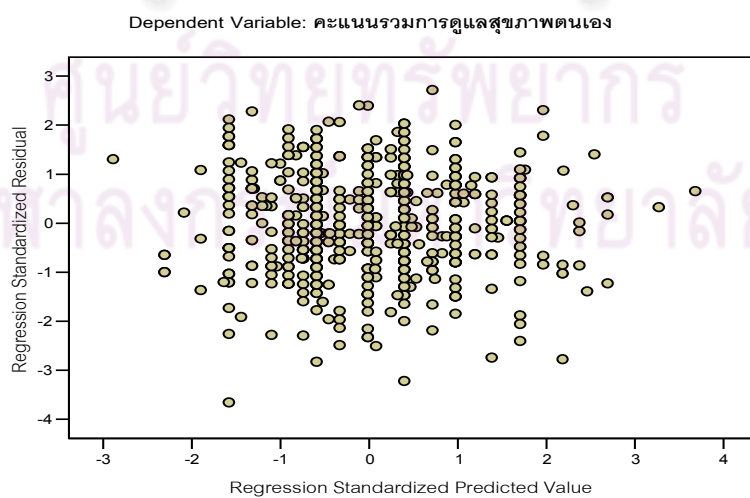
ตัวแปรตาม : การดูแลสุขภาพตนเอง



รูปที่ 2.2 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน

ตัวแปรอิสระ : รายได้ของครอบครัว

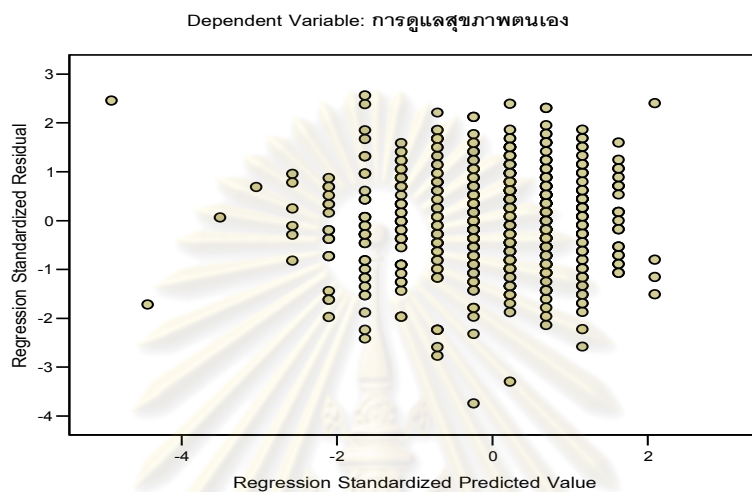
ตัวแปรตาม : การดูแลสุขภาพตนเอง



รูปที่ 2.3 การกระจายของค่าเคลื่อนคลาดของรายได้ของครอบครัว

ตัวแปรอิสระ : การรับข้อมูลด้านสุขภาพ

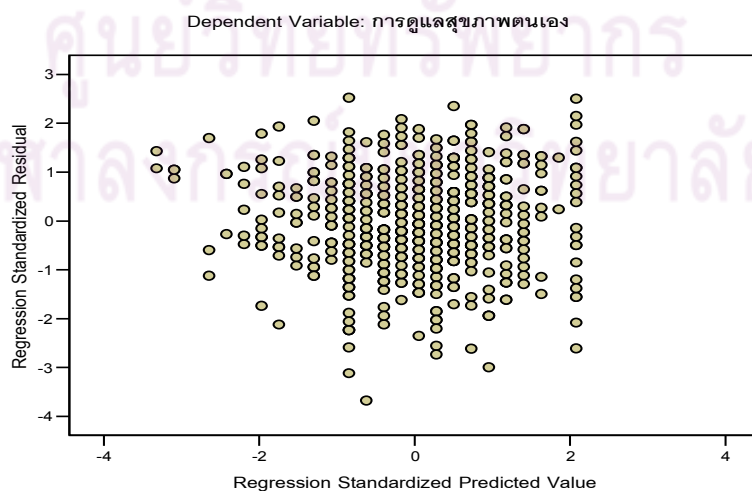
ตัวแปรตาม : การดูแลสุขภาพตนเอง



รูปที่ 2.4 การกระจายของค่าเคล็ดอนคลาดของการรับข้อมูลด้านสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ : ความรู้ด้านสุขภาพ

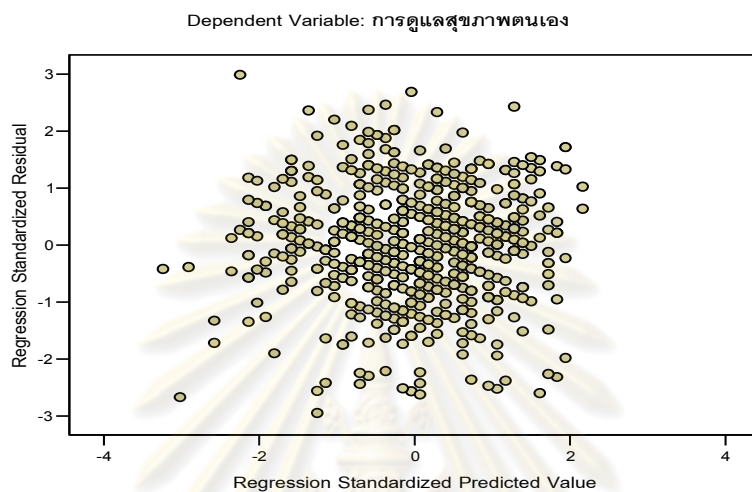
ตัวแปรตาม : การดูแลสุขภาพตนเอง



รูปที่ 2.5 การกระจายของค่าเคล็ดอนคลาดของความรู้ด้านสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ : เจตคติด้านสุขภาพ

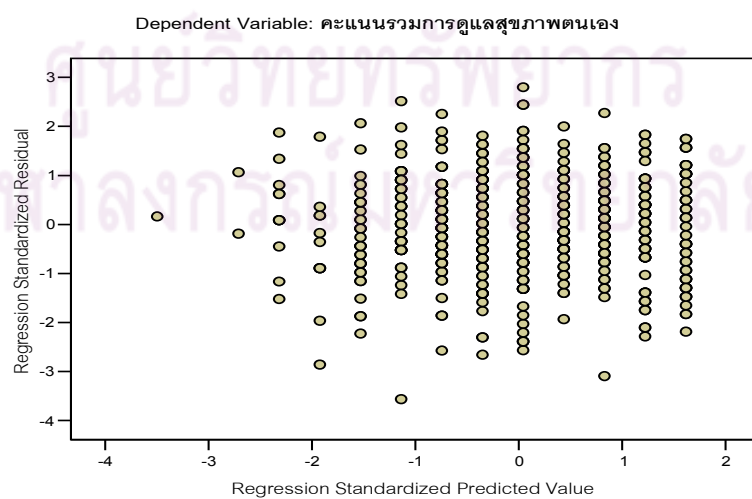
ตัวแปรตาม : การดูแลสุขภาพตนเอง



รูปที่ 2.6 การกระจายของค่าคลื่อนคลาดของเจตคติด้านสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ : ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม : การดูแลสุขภาพตนเอง

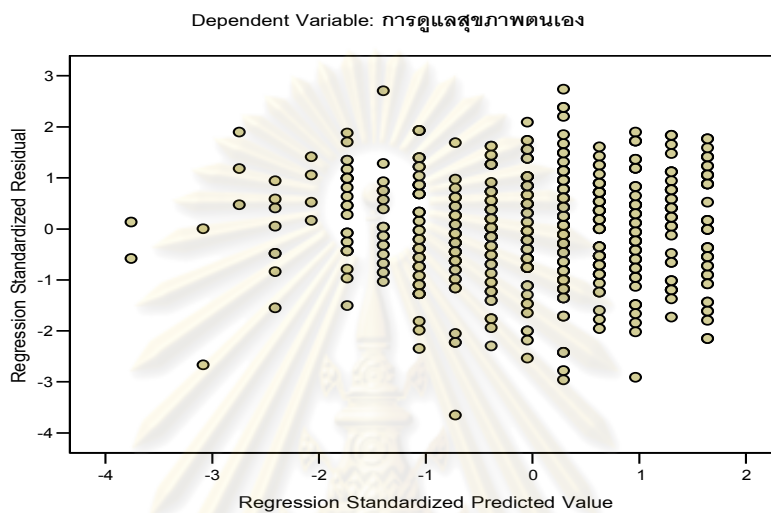


รูปที่ 2.7 การกระจายของค่าคลื่อนคลาดของความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ



ตัวแปรอิสระ : ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

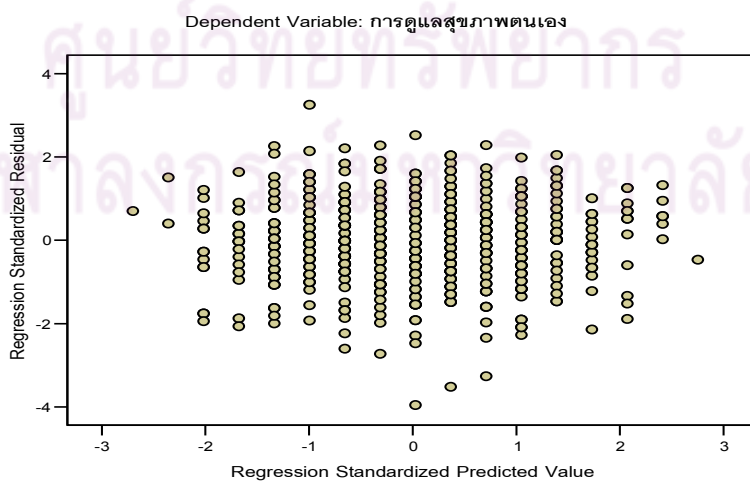
ตัวแปรตาม : การดูแลสุขภาพตนเอง



รูปที่ 2.8 การกระจายของค่าคลาดเคลื่อนคลาดของความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ

ตัวแปรอิสระ : การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

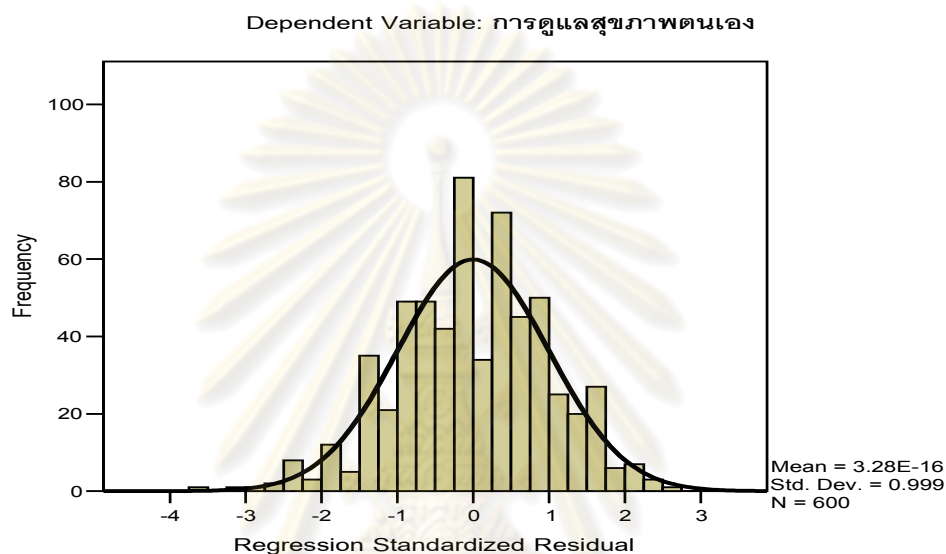
ตัวแปรตาม : การดูแลสุขภาพตนเอง



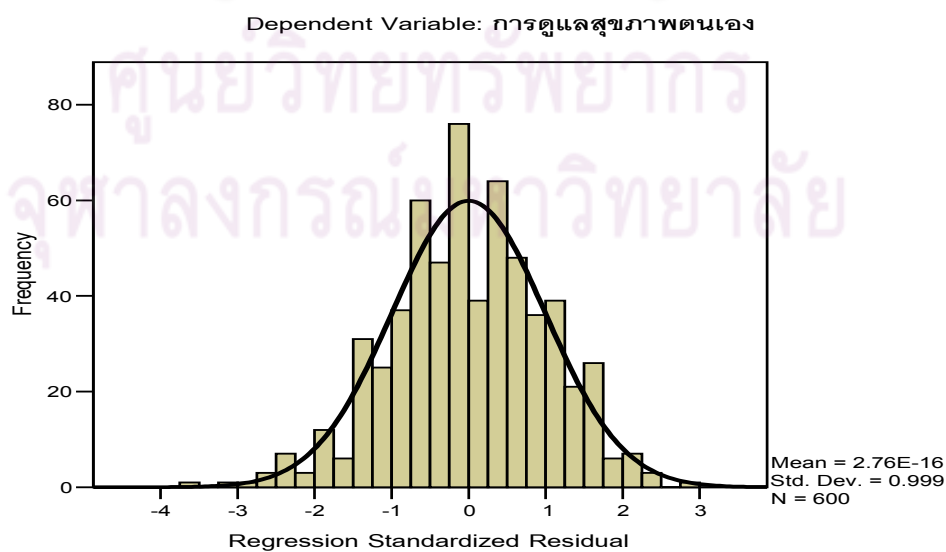
2.9 การกระจายของค่าคลาดเคลื่อนคลาดของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

### 3. ค่าเคลื่อนคลาดมีการแจกแจงแบบปกติ

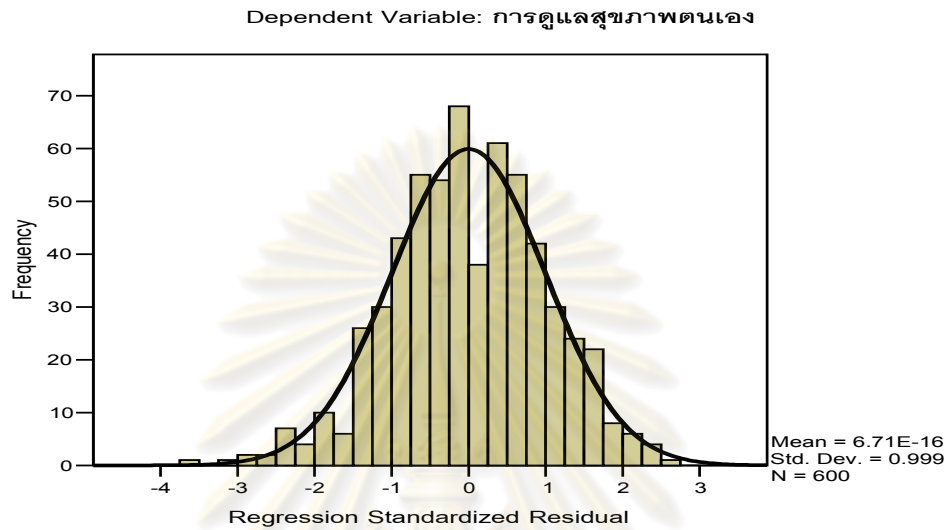
ผลการตรวจสอบพบว่า ค่าเคลื่อนคลาดของตัวแปรอิสระทุกตัวมีการแจกแจงแบบปกติ ดังแสดงในรูปที่ 3.1-3.9



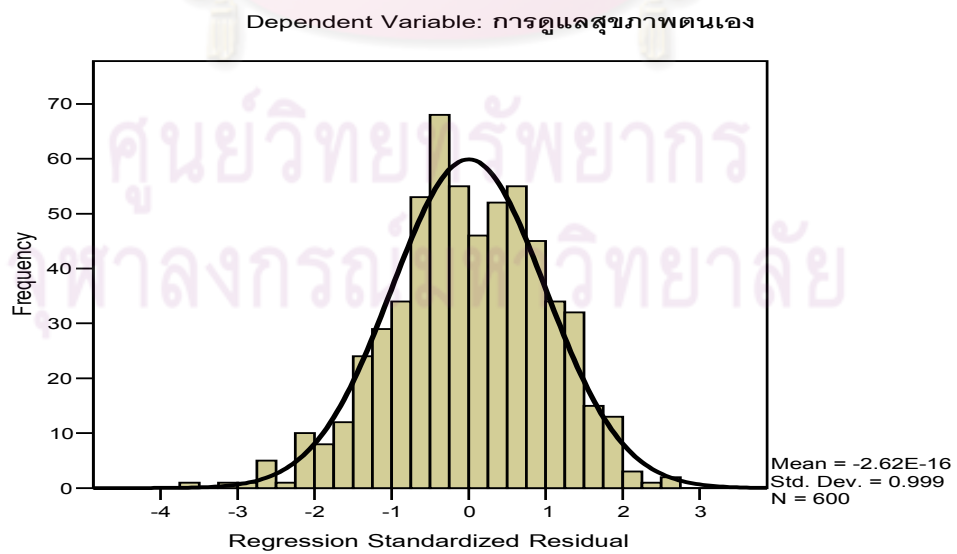
รูปที่ 3.1 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของจำนวนสมาชิกในครัวเรือน



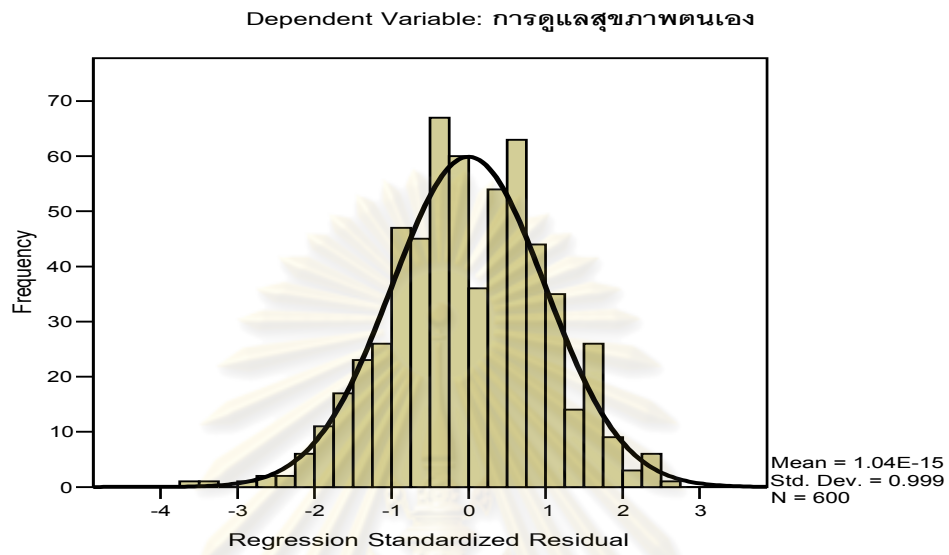
รูปที่ 3.2 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของเงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน



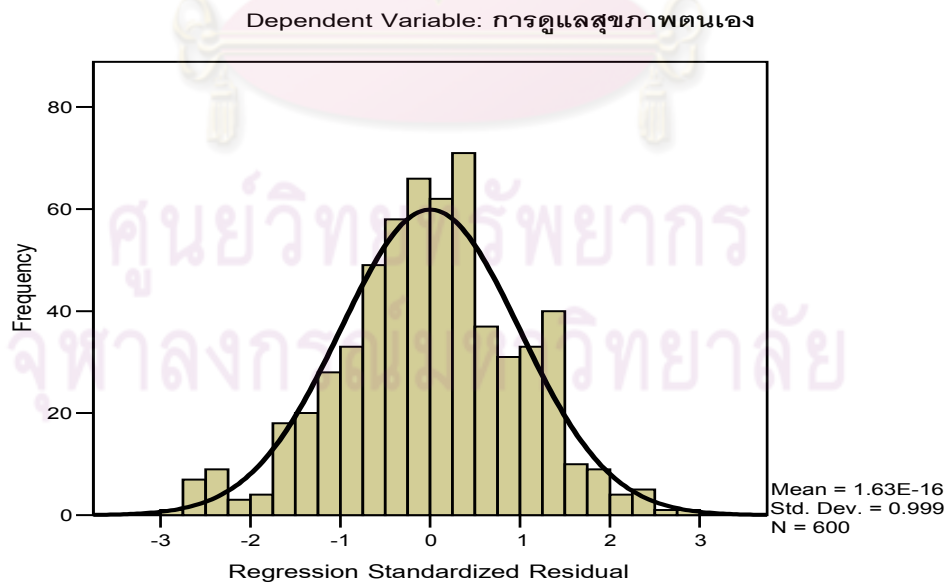
รูปที่ 3.3 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของรายได้ของครอบครัว



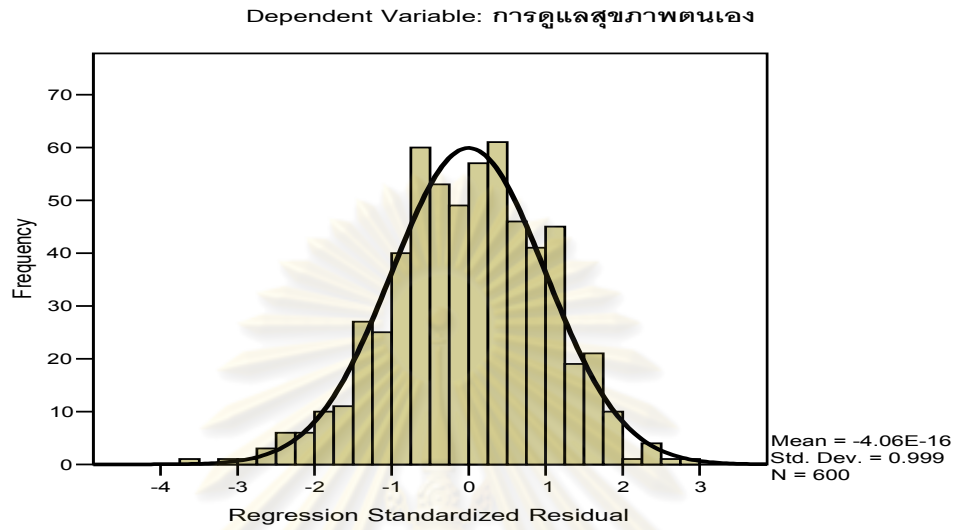
รูปที่ 3.4 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของการรับข้อมูลด้านสุขภาพ



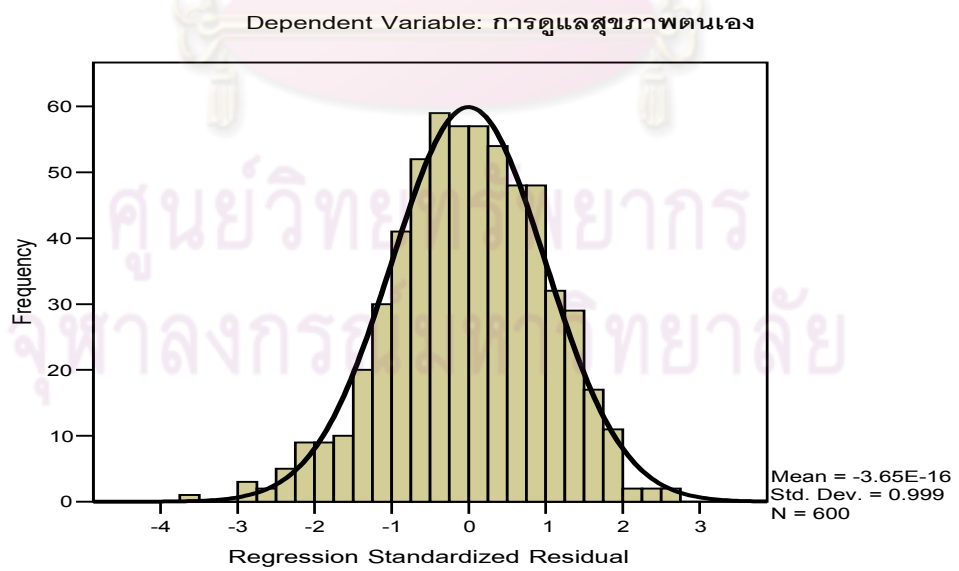
รูปที่ 3.5 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของความรู้ด้านสุขภาพ



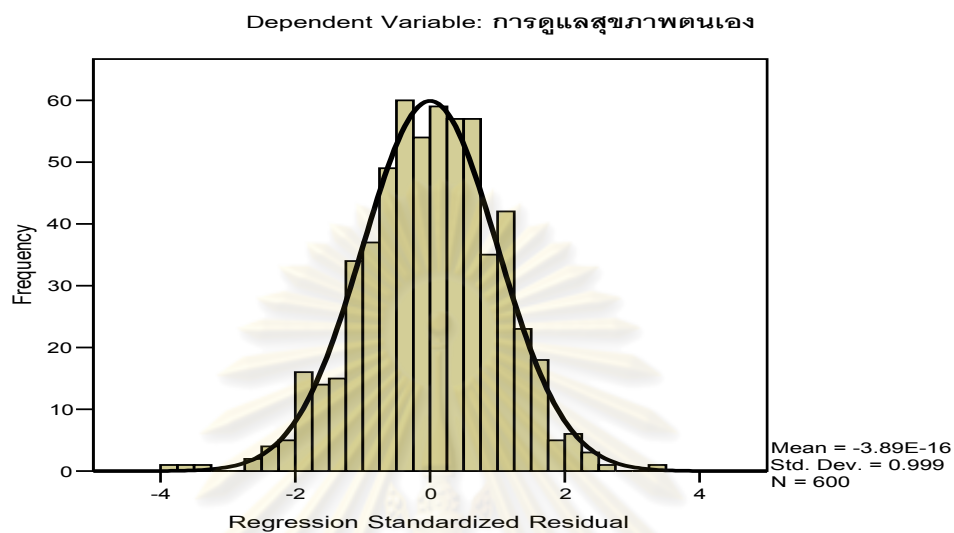
รูปที่ 3.6 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของเจตคติด้านสุขภาพ



รูปที่ 3.7 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของความเชื่ออำนาจภายในตน



รูปที่ 3.8 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของความเชื่ออำนาจผู้อื่น



รูปที่ 3.9 ฮิสโตแกรมของค่าเคลื่อนคลาดของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

#### 4. ค่าเคลื่อนคลาดเป็นอิสระต่อกัน

ผลการตรวจสอบพบว่าค่า Durbin-Watson ของตัวแปรอิสระทุกตัวมีค่าระหว่าง 1.5 ถึง 2.5 แสดงว่าค่าเคลื่อนคลาดเป็นอิสระต่อกัน ดังแสดงในตารางที่ 37

ตารางที่ 37 ค่า Durbin-Watson ของตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระ	ค่า Durbin-Watson
1. เพศ	1.722
2. ระดับชั้นการศึกษา	1.730
3. ผลเรียนเฉลี่ยสะสม	1.790
4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	1.730
5. สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง	1.745
6. อาชีพของผู้ปกครอง	1.729
7. เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน	1.729
8. รายได้ของครอบครัว	1.732
9. ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย	1.722
10. ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง	1.748
11. การรับข้อมูลด้านสุขภาพ	1.730
12. เขตที่ตั้งของโรงเรียน	1.734
13. สังกัดของโรงเรียน	1.758
14. ความรู้ด้านสุขภาพ	1.769
15. เจตคติด้านสุขภาพ	1.818
16. ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ	1.724
17. ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ	1.667
18. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	1.722

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวนิยาวาเฮร์ วาเวนิ เกิดเมื่อวันที่ 5 มกราคม พ.ศ.2528 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจากโรงเรียนประตูปุโพธิ์วิทยา อำเภอยะรัง จังหวัดปัตตานี ปีการศึกษา 2547 จากนั้นได้เข้าศึกษาต่อในระดับอุดมศึกษาและสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต สาขาวิชา รัฐประศาสนศาสตร์ วิชาเอก การบริหารและการปกครองท้องถิ่น จากคณะวิทยาการจัดการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ ในปีการศึกษา 2550 (จบสามปีครึ่ง) และหลังจากสำเร็จการศึกษาได้เข้าทำงานในตำแหน่งผู้ช่วยหัวหน้าแผนกวิจัยและสถิติ บริษัท ศูนย์การค้าไดอาน่าคอมเพล็กซ์ จำกัด อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จากนั้นได้ขออนุญาตลาศึกษาต่อในระดับปริญญาโท สาขาวิชา หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา ประชากรศาสตร์ วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2552 ระหว่างการศึกษารับทุนอุดหนุนการศึกษาจากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ ประจำปีการศึกษา 2552 และทุนอุดหนุนการศึกษาจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประจำปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งเจ้าหน้าที่ประสานงานโครงการ ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศูนย์วิทยพัชการ  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย