



แบบรายงานผล

ภายหลังการเข้ารับการฝึกอบรม คุณาน ประชุมสัมมนาวิชาการ นำเสนอผลงานวิชาการ ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานนอกเป็นผู้จัด

ตามบันทึกข้อความเรื่องขออนุมัติไปนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการระดับชาติพะเยาวิจัย ครั้งที่ 14 และขอจัดสรรเงินงบประมาณเป็นจำนวนเงิน 9,784 บาท (เก้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบสี่บาทถ้วน) ที่ 001. พย.02.67/2202 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2568 ซึ่งข้าพเจ้า อาจารย์ ดร. ศุภามณ จันทรสกุล ตำแหน่งอาจารย์ ประจำภาควิชาการพยาบาลครอบครัวและการผดุงครรภ์ สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์อัครราชกุมารี ราชวิทยาลัย จุฬารักษ์ ได้รับอนุมัติให้ไป นำเสนอผลงานวิชาการ ใน การประชุมวิชาการระดับชาติ “พะเยาวิจัย ครั้งที่ 14” บทบาทมหาวิทยาลัยกับการพัฒนานักจัดการเชิงพื้นที่ (University role for area manager development) ระหว่างวันที่ 21 -24 มกราคม 2568 จัดโดย มหาวิทยาลัยพะเยา ณ อาคาร ๙๙ ปี พระอุบาลีคุณูปมาจารย์ (ปวง ธรรมปัญโญ) มหาวิทยาลัยพะเยา เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น เป็นเงิน 9,784 บาท (เก้าพันเจ็ดร้อยแปดสิบสี่บาทถ้วน)

บัดนี้เสร็จสิ้นการนำเสนอผลงานวิชาการในประเทศแล้ว จึงขอรายงานผล ในหัวข้อ ต่อไปนี้

1. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการประชุมวิชาการในประเทศ
2. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
3. ความคิดเห็นต่อการประชุมวิชาการดังกล่าว เช่น เนื้อหา ความคุ้มค่า วิทยากร การจัดทำ หลักสูตร เป็นต้น

ขอรายงานข้อมูลที่ได้รับจากการนำเสนอผลงานวิชาการ โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ) ดังนี้

1. เนื้อหาในการนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมวิชาการระดับชาติพะเยาวิจัย ครั้งที่ 14

ปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิม

ในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก

Determinants of Health and Health behaviors of Muslim women

in Nonthaburi Province and Eastern Bangkok

ศุภามณ จันทรสกุล^{1*}, บุญส่ง สุประดิษฐ์¹, ชนินทร์ จักรภพโยธิน¹ และ คชารัตน์ ปรีชล¹

Suphamon Chansakul^{1*}, Boonsong Supradith¹, Chanin Chakrapopyodhin¹ and Kacharat Prechon¹

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมใน จ.นนทบุรี และกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีมุสลิมจำนวน 400 คน อายุ 15 - 49 ปี มีภูมิลำเนาในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเที่ยงผ่านเกณฑ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติอ้างอิง Independent t-test และ One way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า

สตรีมุสลิมมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมในระดับมาก ($\bar{x} = 3.74$, $SD. = 0.41$) โดยปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากอิทธิพลของสถานการณ์มากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ ความรู้สีก่อนเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้อุปสรรค

สตรีมุสลิมที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.811$, $\text{Sig}=.000$)

สตรีมุสลิมที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส (มีสถานภาพ หย่า ม่าย แยกทางกัน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.108$, $\text{Sig}=.036$)

สตรีมุสลิมที่ประกอบอาชีพปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.321$, $\text{Sig}=.000$)

สตรีมุสลิมที่มีฐานะ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย กลุ่มที่มีรายได้พอกับรายจ่าย และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่ายมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F\text{-test}=14.527$, $\text{Sig}=.000$) เมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า ทุกกลุ่มเศรษฐฐานะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดีและสตรีมุสลิมที่ปัจจุบันมีโรคประจำตัวปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

สตรีมุสลิมที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ภูมิสำเนา) ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: ปัจจัยกำหนดสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, สตรีมุสลิม

Abstract

This research aims to study the determinants of health and health behaviors among Muslim women in Nonthaburi Province and Eastern Bangkok. The sample comprised 400 Muslim women aged 15 to 49 years, residing in Nonthaburi Province and Eastern Bangkok. A purposive sampling method was employed, utilizing a questionnaire as the research instrument, which demonstrated content validity and reliability. Data analysis was conducted using descriptive statistics and hypothesis testing through independent t-tests and One-way ANOVA. The findings revealed that:

Muslim women exhibited overall health behaviors at a high level ($\bar{x} = 3.74$, $SD = 0.41$), primarily influenced by situational influences, followed by perceived benefits of action, activity-related affect, interpersonal influences, perceived self-efficacy, and perceived barriers to action.

2. Muslim women with education levels Higher than secondary high school significantly demonstrated health behaviors than those with Primary and secondary high school ($t = 4.811$, $\text{Sig} = .000$).

3. Muslim women receiving spousal support significantly demonstrated health behaviors than those without spousal support (including divorced, widowed, or separated) ($t = 2.108$, $\text{Sig} = .036$).

4. Employed Muslim women also significantly exhibited health behaviors than their unemployed counterparts ($t = 4.321$, $\text{Sig} = .000$).

5. There were significant differences in health behaviors among Muslim women across three socioeconomic groups: those with income more than expenses, those with income equal to expenses, and those with Expenses more than income ($F\text{-test} = 14.527$, $\text{Sig} = .000$). Pairwise comparisons indicated significant differences in overall health behaviors, perceived benefits of action and perceived barriers to action among all socioeconomic groups.

6. there was no significant difference in health behaviors between Muslim women currently healthy and those with chronic illnesses.

7. Likewise, variations in physical environments (residential locations) did not significantly impact health behaviors.

These findings highlight the importance of educational level, spousal support, employment status, and socioeconomic factors in influencing health behaviors among Muslim women in the studied regions.

Keywords: Determinants of Health, Health behaviors of Muslim women, Muslim women

บทนำ

สถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงที่มีแนวโน้มไม่ดีขึ้น ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (BMI>25 Kg./m²) ภาวะอ้วนลงพุง ภาวะไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดสูง และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับความชุกของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น [1] ส่วนปัญหาสุขภาพของสตรีมุสลิมสอดคล้องกับสถานการณ์พฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนไทย โดยพบโรคเรื้อรังสูง ได้แก่ ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง เบาหวาน และ ความดันโลหิตสูง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคอาหารในชีวิตประจำวันและงานเทศกาลต่างๆ โดยอาหารส่วนมากเป็นอาหารไขมันสูง แป้ง น้ำตาล อาหารที่มีรสเค็ม และมีกะทิเป็นส่วนประกอบ [2] [3] [4] ปัจจุบันกำหนดสุขภาพเป็นตัวกำหนดสถานะทางสุขภาพของบุคคลและส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันของบุคคล ปัจจุบันกำหนดสุขภาพประกอบด้วย ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม ประชากรและสิ่งแวดล้อม [5] [6] ในการประชุมวิชาการของมหาวิทยาลัยยอร์ก เมืองโตรอนโต ปี ค.ศ. 2010 ได้กล่าวถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพของประเทศแคนาดา ซึ่งระบุปัจจัยกำหนดสุขภาพที่เป็นผลต่อการส่งเสริมสุขภาพของบุคคลไว้ ได้แก่ รายได้และสถานะทางสังคม การมีงานทำและสภาพการทำงาน การศึกษา ความปลอดภัยด้านอาหาร สภาพแวดล้อมทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ความเท่าเทียมทางเพศ วัฒนธรรม การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพส่วนบุคคล พัฒนาการในวัยเด็ก ปัจจัยทางชีวภาพและพันธุกรรม [7] ซึ่งสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานเพื่อติดตามความเท่าเทียมกันทางปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 2024 ที่กล่าวถึงปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพประกอบด้วย ความมั่นคงทางเศรษฐกิจและความเท่าเทียมกัน การศึกษา สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ บริบททางสังคมและชุมชน การปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ [8] ปัจจุบันกำหนดสุขภาพเป็นต้นเหตุของปัญหาพฤติกรรมสุขภาพ โดยปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกันส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพและมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันของบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยกำหนดสุขภาพ การลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ เพื่อหาแนวทางสร้างสุขภาพที่ดีของประชาชน [9]

พฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender's Health-Promotion Model) ประกอบด้วย 6 ปัจจัย ได้แก่ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม โดยเมื่อบุคคลรับรู้ประโยชน์ทำให้เกิดแรงจูงใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม หากบุคคลรับรู้อุปสรรคมากจะลดความตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่หากมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคน้อยจะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมนั้นมากขึ้น 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อรับรู้ความสามารถของตนเองสูงเท่าใดจะรับรู้อุปสรรคน้อยลง และมีเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลเกิดความรู้สึกจะมีการตอบสนองด้านอารมณ์และมีผลต่อความรู้สึกนึกคิดที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อารมณ์ความรู้สึกทั้งด้านบวกและด้านลบมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นปัจจัยระหว่างบุคคลที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ 6) อิทธิพลจากสถานการณ์ทำให้เกิดพฤติกรรมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล [10] [11] จากปัญหาสุขภาพของสตรีมุสลิม ความสำคัญของปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวข้างต้น ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมสุขภาพในสตรีมุสลิมที่มีปัจจัยกำหนดสุขภาพแตกต่างกัน ได้แก่ ระดับการศึกษา การสนับสนุนจากคู่สมรส การประกอบอาชีพ เศรษฐฐานะ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และภาวะสุขภาพในปัจจุบัน โดยศึกษาสตรีมุสลิมจากชุมชนมุสลิมทำอิฐและเกาะเกร็ดในจังหวัดนนทบุรี และชุมชนมุสลิมเขตหนองจอก มีนบุรี คลองสามวา และประเวศในกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก เนื่องจากเป็นชุมชนที่มีประชากรมุสลิมหนาแน่นและเป็นมุสลิมสายขาว-มลายูเช่นเดียวกับมุสลิมทางภาคใต้ซึ่งเป็นมุสลิมกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย [12] [13] ผลการศึกษาจะทำให้ทราบว่าสตรีมุสลิมที่มีปัจจัยกำหนดสุขภาพแตกต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพของสตรีมุสลิมที่สอดคล้องกับปัจจัยกำหนดสุขภาพของบุคคลต่อไป

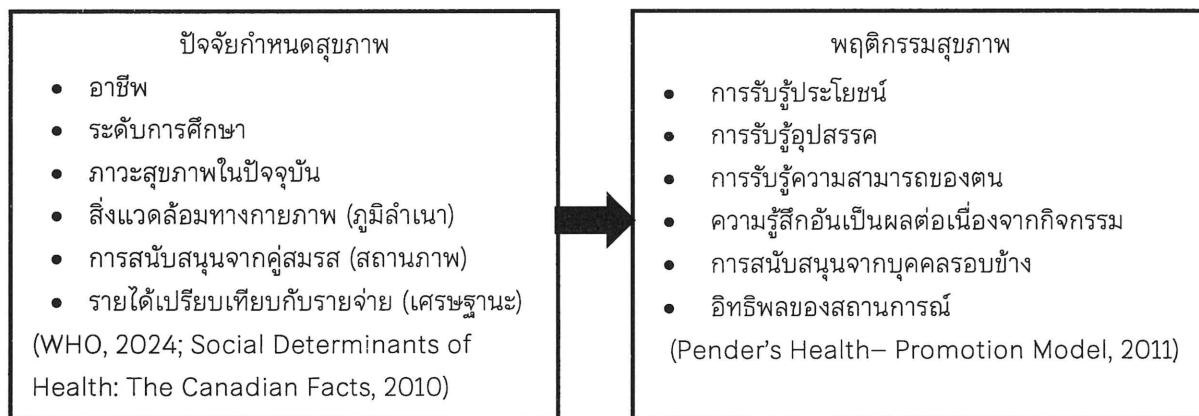
วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรี และกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก

สมมติฐานการวิจัย

1. สตรีมุสลิมที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น
2. สตรีมุสลิมที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส (มีสถานภาพคู่ ทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนสมรส) มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส (มีสถานภาพ หย่า ม่าย แยกทางกัน)
3. สตรีมุสลิมที่ประกอบอาชีพมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ
4. สตรีมุสลิมที่มีเคราะหฐานต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย กลุ่มที่มีรายได้พอกับรายจ่าย และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่ม
5. สตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดีมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีโรคประจำตัว
6. สตรีมุสลิมที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ภูมิสำเนา) ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งในโครงการวิจัยเรื่อง นิเวศวิทยาทางสังคม ปัจจัยทางจิตวิทยา และพฤติกรรมสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพการเจริญพันธุ์ของสตรีมุสลิมในกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก : การวิจัยผสมวิธี ซึ่งผ่านการพิจารณาการทำวิจัยในมนุษย์ราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ (EC 005/2566) และคณะกรรมการจริยธรรมในคนกรุงเทพมหานคร (EO16qs/66) และได้รับหนังสืออนุญาตเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการอิสลามประจำกรุงเทพมหานคร ประชากรเป็นสตรีมุสลิมวัยเจริญพันธุ์ที่มีช่วงอายุ 15 - 49 ปี มีภูมิสำเนาในจังหวัดนนทบุรี ได้แก่ ชุมชนท่าอิฐ ชุมชนเกาะเกร็ด และมีภูมิสำเนาในกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก ได้แก่ เขตหนองจอก เขต มีนบุรี เขตคลองสามวา และเขตประเวศ ซึ่งเป็นประชากรที่นับจำนวนได้ไม่แน่นอน (Infinite population) ผู้วิจัยเลือกตัวอย่างแบบเจาะจงโดยประสานงานกับผู้ประสานงานชุมชนมุสลิม ได้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นอาสาสมัครสตรีมุสลิมจำนวน 400 คน ในการเก็บข้อมูลผู้วิจัยชี้แจงโครงการวิจัย มีการขออนุญาตอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยด้วยความความสมัครใจ และลงนามในการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามสตรีมุสลิมเกี่ยวกับข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยกำหนดสุขภาพ ได้แก่ การสนับสนุนจากคู่สมรส (สถานภาพ) อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้เทียบกับรายจ่าย (เคราะหฐาน) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ภูมิสำเนา) ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน และพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิม แบบสอบถามผ่านการพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC > 0.67 ทุกข้อ ผ่านเกณฑ์ โดยค่าความตรงเชิงเนื้อหาที่ผ่านเกณฑ์ควรมี IOC $\geq$ 0.50 [14] และมีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.908 ผ่านเกณฑ์ โดยค่าความเที่ยงที่ผ่านเกณฑ์ควรมี Cronbach's Alpha $\geq$ 0.70 [15] การวิเคราะห์ข้อมูลวิจัยด้วยสถิติพรรณนา โดยข้อมูลที่มีมาตรวัดตัวแปรระดับ Nominal และ Ordinal วิเคราะห์ด้วยความถี่และร้อยละ ข้อมูลที่มีมาตรวัดตัวแปรระดับ Interval และ Ratio วิเคราะห์ด้วยค่า Min., Max., $\bar{x}$, Median, SD. ส่วนสถิติอ้างอิงวิเคราะห์ด้วย Independent t-test และ One way ANOVA ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบข้อมูลมีการแจกแจงปกติ Kolmogorov-Smirnov มีค่า Sig = .200 ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวนโดยพิจารณาค่านัยสำคัญของ Levene's Test ถ้า Sig. > .05 อ่านค่า t-test ที่ Equal variances assumed ถ้า Sig. < .05 อ่านค่า t-test ที่ Equal variances not assumed ส่วนการวิเคราะห์ One way ANOVA ทดสอบความเท่ากันของความแปรปรวน (Homogeneity of variance test) ด้วยสถิติ Levene ถ้า Sig. > .05 แสดงว่า Equal variances assumed ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ F-test และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วย LSD

ถ้า Sig. < .05 แสดงว่า Equal variances not assumed ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Welch-test และเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ด้วย Games-Howell [16] [17]

ผลการศึกษา

สตรีมุสลิมที่ตอบแบบสอบถามจำนวน 400 คน ผลวิจัยข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า สตรีมุสลิมมีอายุเฉลี่ย 35 ปี มีอายุน้อยที่สุด 16 ปี มีอายุมากที่สุด 49 ปี สตรีมุสลิมมีน้ำหนักเฉลี่ยในปัจจุบัน 67.90 kg. มีน้ำหนักมากที่สุด 140 kg. น้ำหนักน้อยที่สุด 35 kg. ส่วนสูงโดยเฉลี่ยของสตรีมุสลิม 158.45 cm. ส่วนสูงมากที่สุด 182 cm. ส่วนสูงน้อยที่สุด 140 cm. ปัจจัยกำหนดสุขภาพของสตรีมุสลิม ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรสพบว่า สตรีมุสลิมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่จำนวน 356 คน (ร้อยละ 89.00) มีระดับการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 232 คน (ร้อยละ 58.00) ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพจำนวน 314 คน (ร้อยละ 78.50) เศรษฐฐานะส่วนใหญ่สตรีมุสลิมมีรายจ่ายมากกว่ารายได้จำนวน 188 คน (ร้อยละ 47.00) อาสาสมัครส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาในกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก เขตหนองจอก จำนวน 186 คน (ร้อยละ 46.50) ดัชนีมวลกายโดยเฉลี่ยของสตรีมุสลิม 27.02 Kg/m² ดัชนีมวลกายมากที่สุด 56.08 Kg/m² ดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 14.57 Kg/m² นำเสนอข้อมูลดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยกำหนดสุขภาพของสตรีมุสลิม (n=400)

ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยกำหนดสุขภาพ	f	%	Min.	Max.	$\bar{x}$	Median	SD.
อายุ (ปี)			16.00	49.00	35.87	36.00	8.23
การสนับสนุนจากคู่สมรส (สถานภาพ)							
คู่ (ทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนสมรส)	356	89.00					
แยกทางกัน หย่า ม่าย	44	11.00					
ระดับการศึกษา							
ประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้น	168	42.00					
การศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	232	58.00					
อาชีพ							
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	86	21.50					
ประกอบอาชีพ	314	78.50					
รายได้เทียบกับรายจ่าย (เศรษฐฐานะ)							
รายจ่ายมากกว่ารายได้	188	47.00					
รายได้พอกับรายจ่าย	187	46.80					
รายได้มากกว่ารายจ่าย	25	6.30					
สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ภูมิลำเนา)							
เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร	186	46.50					
เขตมีนบุรี กรุงเทพมหานคร	64	16.00					
เขตประเวศ กรุงเทพมหานคร	52	13.00					
เขตคลองสามวา กรุงเทพมหานคร	48	12.00					
ชุมชนท่าอิฐ-เกาะเกร็ด จ.นนทบุรี	50	12.50					
ภาวะสุขภาพในปัจจุบัน							
แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว	262	65.50					
มีโรคประจำตัว	138	34.50					
น้ำหนักในปัจจุบัน (Kg.)			35.00	140.00	67.90	65.50	17.07
ส่วนสูง (Cm.)			140.00	182.00	158.45	158.00	6.24
ดัชนีมวลกาย (BMI) (Kg/m ²)			14.57	56.08	27.02	26.26	6.58

เมื่อพิจารณาการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพพบว่า สตรีมุสลิมส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเฉลี่ยในระดับมาก ($\bar{x}$ = 3.74, SD. = 0.41) พิจารณารายด้านพบว่า สตรีมุสลิมปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเนื่องจากอิทธิพลของสถานการณ์มากที่สุด รองลงมาคือ การรับรู้ประโยชน์ ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง การรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้อุปสรรค โดยคะแนนเฉลี่ยรายด้านอันดับ 1 ถึง 4 อยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ความสามารถของตน และการรับรู้อุปสรรค มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง นำเสนอข้อมูลดังตารางที่ 2 ตารางที่ 2 พฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมในจังหวัดนนทบุรีและกรุงเทพมหานครฝั่งตะวันออก (n=400)

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	Median	SD.	ระดับ	อันดับ
พฤติกรรมสุขภาพ	3.74	3.73	0.41	มาก	

พฤติกรรมสุขภาพ	$\bar{x}$	Median	SD.	ระดับ	อันดับ
การรับรู้ประโยชน์	4.15	4.22	0.59	มาก	2
การรับรู้อุปสรรค	3.24	3.22	0.73	ปานกลาง	6
การรับรู้ความสามารถของตน	3.48	3.50	0.59	ปานกลาง	5
ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม	3.94	4.00	0.61	มาก	3
การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง	3.61	3.51	0.51	มาก	4
อิทธิพลของสถานการณ์	4.21	4.20	0.61	มาก	1

ทดสอบสมมติฐานที่ 1 สตรีมุสลิมที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า สตรีมุสลิมที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.811$, $Sig.=.000$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สตรีมุสลิมที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และอิทธิพลของสถานการณ์ มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของสตรีมุสลิมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 3 ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมที่มีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นและสตรีมุสลิมที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้น ($n=400$)

พฤติกรรมสุขภาพ	สูงกว่า มัธยมศึกษาตอนต้น ($n=232$)			ประถมศึกษาและ มัธยมศึกษาตอนต้น ($n=168$)			Levene's Test (Sig.)	t	Sig.
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ			
พฤติกรรมสุขภาพ	3.82	0.39	มาก	3.62	0.41	มาก	.382	4.811	.000**
การรับรู้ประโยชน์	4.23	0.56	มาก	4.03	0.60	มาก	.214	3.506	.001**
การรับรู้อุปสรรค	3.25	0.71	ปานกลาง	3.22	0.75	ปานกลาง	.771	0.412	.681
การรับรู้ความสามารถของตน	3.59	0.57	มาก	3.33	0.57	ปานกลาง	.794	4.585	.000**
ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่อง ๙	4.09	0.56	มาก	3.72	0.62	มาก	.139	6.246	.000**
การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง	3.67	0.50	มาก	3.52	0.53	มาก	.144	3.055	.002**
อิทธิพลของสถานการณ์	4.29	0.55	มาก	4.10	0.68	มาก	.000	2.934	.004**

* Sig. < .05 ** Sig. < .01

ทดสอบสมมติฐานที่ 2 สตรีมุสลิมที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส (มีสถานภาพคู่ ทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนสมรส) มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส (มีสถานภาพ หย่า ม่าย แยกทางกัน) ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า สตรีมุสลิมที่มีสถานภาพคู่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีสถานภาพ หย่า ม่าย แยกทางกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=2.108$, $Sig.=.036$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สตรีมุสลิมที่มีสถานภาพคู่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีสถานภาพ หย่า ม่าย แยกทางกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=3.104$, $Sig.=.002$) ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และอิทธิพลของสถานการณ์ ของสตรีมุสลิมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 4 ตารางที่ 4 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมที่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส (สถานภาพคู่) และสตรีมุสลิมที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส (แยกทางกัน หย่า ม่าย) ($n=400$)

พฤติกรรมสุขภาพ	สถานภาพคู่ ($n=356$)			แยกทางกัน หย่า ม่าย ($n=44$)			Levene's Test (Sig.)	t	Sig.
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ			
พฤติกรรมสุขภาพ	3.76	0.41	มาก	3.61	0.41	มาก	.824	2.108	.036*
การรับรู้ประโยชน์	4.18	0.57	มาก	3.90	0.67	มาก	.309	3.104	.002**
การรับรู้อุปสรรค	3.26	0.72	ปานกลาง	3.05	0.75	ปานกลาง	.826	1.853	.065
การรับรู้ความสามารถของตน	3.49	0.58	ปานกลาง	3.43	0.67	ปานกลาง	.096	0.543	.587
ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่อง ๙	3.94	0.61	มาก	3.87	0.59	มาก	.845	0.782	.434
การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง	3.61	0.52	มาก	3.62	0.44	มาก	.153	-0.193	.847
อิทธิพลของสถานการณ์	4.22	0.60	มาก	4.10	0.69	มาก	.198	1.253	.211

* Sig. < .05 ** Sig. < .01

ทดสอบสมมติฐานที่ 3 สตรีมุสลิมที่ประกอบอาชีพมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า สตรีมุสลิมที่ประกอบอาชีพมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t=4.321$, Sig.=.000) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า สตรีมุสลิมที่ประกอบอาชีพปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม และอิทธิพลของสถานการณ์ มากกว่าสตรีมุสลิมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างของสตรีมุสลิมทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมที่ประกอบอาชีพและสตรีมุสลิมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (n=400)

	ประกอบอาชีพ (n=314)			ไม่ได้ประกอบอาชีพ (n=86)			Levene's Test (Sig.)	t	Sig.
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ			
พฤติกรรมสุขภาพ	3.78	0.39	มาก	3.57	0.42	มาก	.543	4.321	.000**
การรับรู้ประโยชน์	4.19	0.55	มาก	3.99	0.67	มาก	.019	2.599	.011*
การรับรู้อุปสรรค	3.31	0.72	ปานกลาง	3.00	0.71	ปานกลาง	.846	3.470	.001**
การรับรู้ความสามารถของตน	3.51	0.58	มาก	3.36	0.61	ปานกลาง	.209	2.197	.029*
ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่อง ๔	3.98	0.61	มาก	3.76	0.60	มาก	.822	3.042	.003**
การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง	3.63	0.51	มาก	3.53	0.53	มาก	.446	1.554	.121
อิทธิพลของสถานการณ์	4.27	0.58	มาก	4.00	0.69	มาก	.092	3.537	.000**

* Sig. < .05 ** Sig. < .01

ทดสอบสมมติฐานที่ 4 สตรีมุสลิมที่มีเคราะหฐานะต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย กลุ่มที่มีรายได้พอกับรายจ่าย และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่ม ทดสอบด้วย One way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า สตรีมุสลิมที่มีเคราะหฐานะต่างกัน 3 กลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (F-test=14.527, Sig.=.000) เมื่อพิจารณาารายด้านพบว่า สตรีมุสลิมที่มีเคราะหฐานะต่างกัน 3 กลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม และอิทธิพลของสถานการณ์ แตกต่างกันอย่างน้อย 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพจากการได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างของสตรีมุสลิมทั้งสามกลุ่มไม่แตกต่างกัน แสดงดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมที่มีเคราะหฐานะต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย กลุ่มที่มีรายได้พอกับรายจ่าย และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย (n=400)

	รายจ่ายมากกว่ารายได้ (n=188)			รายได้พอกับรายจ่าย (n=187)			รายได้มากกว่ารายจ่าย (n=25)			F	Welch	Sig.
	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ	$\bar{x}$	SD.	ระดับ			
พฤติกรรมสุขภาพ	3.64	0.40	มาก	3.79	0.38	มาก	4.05	0.46	มาก	14.527		.000**
การรับรู้ประโยชน์	4.03	0.63	มาก	4.21	0.50	มาก	4.52	0.56	มาก	10.171		.000**
การรับรู้อุปสรรค	3.11	0.69	ปานกลาง	3.30	0.72	ปานกลาง	3.85	0.67	มาก	13.310		.000**
การรับรู้ความสามารถ ของตน	3.42	0.59	ปานกลาง	3.51	0.55	มาก	3.71	0.73	มาก	3.416		.034*
ความรู้สึกอันเป็นผล ต่อเนื่อง ๔	3.88	0.59	มาก	3.96	0.60	มาก	4.19	0.80	มาก	3.172		.043*
การสนับสนุนจาก บุคคลรอบข้าง	3.55	0.50	มาก	3.65	0.49	มาก	3.72	0.73	มาก	2.509		.083
อิทธิพลของสถานการณ์	4.11	0.63	มาก	4.29	0.56	มาก	4.33	0.75	มาก	4.484		.015*

* Sig. < .05 ** Sig. < .01

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม และอิทธิพลของสถานการณ์ ผลการเปรียบเทียบทั้งสามกลุ่มเคราะหฐานะเป็นรายคู่พบว่า ทุกกลุ่มเคราะหฐานะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่ารายจ่ายมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ความสามารถของตนและความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม แตกต่างจากกลุ่มที่มีรายจ่ายมากกว่ารายจ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีรายได้พอกับรายจ่ายมีพฤติกรรมสุขภาพด้านอิทธิพลของสถานการณ์ แตกต่างจากกลุ่มที่มีรายจ่ายมากกว่ารายจ่ายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม และอิทธิพลของสถานการณ์ โดยเปรียบเทียบทั้งสามกลุ่มเศรษฐกิจเป็นรายคู่ (n=400)

	Levene's Test (Sig.)	การเปรียบเทียบรายคู่	ระดับนัยสำคัญ (Sig.)		
			รายจ่ายมากกว่า รายได้	รายได้พอกับ รายจ่าย	รายได้มากกว่า รายจ่าย
พฤติกรรมสุขภาพ	.407	รายจ่ายมากกว่ารายได้ รายได้พอกับรายจ่าย รายได้มากกว่ารายจ่าย	.001** .000** .002**		
การรับรู้ประโยชน์	.023	รายจ่ายมากกว่ารายได้ รายได้พอกับรายจ่าย รายได้มากกว่ารายจ่าย	.006** .001** .036*		
การรับรู้อุปสรรค	.689	รายจ่ายมากกว่ารายได้ รายได้พอกับรายจ่าย รายได้มากกว่ารายจ่าย	.010* .000** .000**		
การรับรู้ ความสามารถ ของตน	.102	รายจ่ายมากกว่ารายได้ รายได้พอกับรายจ่าย รายได้มากกว่ารายจ่าย	.103 .018* .115		
ความรู้สึกอันเป็นผล ต่อเนื่อง ฯ	.054	รายจ่ายมากกว่ารายได้ รายได้พอกับรายจ่าย รายได้มากกว่ารายจ่าย	.216 .016* .069		
อิทธิพลของ สถานการณ์	.026	รายจ่ายมากกว่ารายได้ รายได้พอกับรายจ่าย รายได้มากกว่ารายจ่าย	.011* .368 .971		

* Sig. < .05 ** Sig. < .01

ทดสอบสมมติฐานที่ 5 สตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดีมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมากกว่าสตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีโรคประจำตัว ทดสอบด้วยสถิติ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า สตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดีและสตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีโรคประจำตัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดีและสตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีโรคประจำตัว (n=400)

	Levene's Test (Sig.)	$\bar{x}$	SD.	แปลผล	t	Sig.
พฤติกรรมสุขภาพ	.986				0.826	.409
แข็งแรงดี (n=262)		3.75	0.41	มาก		
มีโรคประจำตัว (n=134)		3.71	0.40	มาก		

ทดสอบสมมติฐานที่ 6 สตรีมุสลิมที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ภูมิลำเนา) ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกัน ทดสอบด้วย One way ANOVA ผลการวิจัยพบว่า สตรีมุสลิมแต่ละภูมิลำเนามีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมจำแนกตามสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ภูมิลำเนา) (n=400)

	n	Levene's Test (Sig.)	$\bar{x}$	SD.	แปลผล	F	Sig.
พฤติกรรมสุขภาพ		.079				1.123	.345
หนองจอก กรุงเทพมหานคร	186		3.75	0.42	มาก		
มีนบุรี กรุงเทพมหานคร	64		3.64	0.46	มาก		
ประเวศ กรุงเทพมหานคร	52		3.73	0.37	มาก		
คลองสามวา กรุงเทพมหานคร	48		3.76	0.40	มาก		
ท่าอิฐ-เกาะเกร็ด จ.นนทบุรี	50		3.79	0.35	มาก		

อภิปรายและสรุปผล

ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 1 พบว่าสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พิจารณารายด้านพบการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม การสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และอิทธิพลของสถานการณ์ มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ความสามารถของตนในระดับมาก ส่วนสตรีมุสลิมที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ความสามารถของตนในระดับปานกลาง อภิปรายผลการวิจัยได้ว่าระดับการศึกษาทำให้บุคคลมีความคิดเชิงเหตุผลจึงเห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและรับรู้ได้ว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นระดับการศึกษาจึงเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นันทนาถ ช่วยสกุล และ ภากร ช่วยสกุล (2562) ที่พบว่าระดับการศึกษาและระดับความรู้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [18] ส่วนพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรคของสตรีมุสลิมทั้งสองกลุ่มระดับการศึกษาอยู่ในระดับปานกลางและไม่แตกต่างกัน อภิปรายผลการวิจัยได้ว่าอุปสรรคไม่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิมที่มีระดับการศึกษาต่างกันอาจเป็นเพราะการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในบางเรื่องเป็นสิ่งที่จำเป็นต้องทำแม้จะมีอุปสรรคบ้างในการปฏิบัติ หรืออาจเป็นเพราะยังไม่ได้ปฏิบัติจึงไม่พบอุปสรรคในการปฏิบัติซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญชนา สุวรรณชาติ, อำภพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์ (2567) ที่พบว่าเมื่อบุคคลยังไม่ได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองจึงทำให้ยังไม่เกิดการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ [19] ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 2 พบว่าสตรีมุสลิมที่มีสถานภาพคู่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีสถานภาพ หย่า ม่าย แยกทางกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า สตรีมุสลิมที่มีสถานภาพคู่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์มากกว่าสตรีมุสลิมที่มีสถานภาพ หย่า ม่าย แยกทางกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่มีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตน ความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และอิทธิพลของสถานการณ์ไม่แตกต่างกัน โดยพฤติกรรมสุขภาพด้านความรู้สึกอันเป็นผลต่อเนื่องจากกิจกรรม การได้รับการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง และอิทธิพลของสถานการณ์ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้ความสามารถของตนและการรับรู้อุปสรรคมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า การมีสถานภาพคู่ทำให้สตรีมุสลิมได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจากสามีและสมาชิกในครอบครัว แต่ที่ทั้งสองกลุ่มมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้างไม่แตกต่างกัน เนื่องจากบุคคลรอบข้างเป็นบุคคลที่ไม่ใช่สมาชิกในครอบครัวของสตรีมุสลิมได้แก่ ญาติ เพื่อน เพื่อนบ้าน บุคคลในชุมชน เป็นต้น ตามคำสอนในศาสนาอิสลามมีหลักศาสนบัญญัติที่เกี่ยวกับครอบครัวดังนี้ “ครอบครัวประกอบด้วยสามี ภรรยาและลูก คำสั่งของอิสลามเกี่ยวกับครอบครัวนั้นชัดเจน กล่าวคือ อิสลามกำหนดให้ผู้ชายเป็นผู้รับผิดชอบในการทำงานและจัดหาสิ่งจำเป็นต่อการดำรงชีวิตให้แก่ภรรยาและลูก” [20] การสนับสนุนจากสามีจึงเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพของสตรีมุสลิม [21] ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 3 พบว่าสตรีมุสลิมที่ประกอบอาชีพมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี มากกว่าสตรีมุสลิมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 4 พบว่าสตรีมุสลิมที่มีเคราะหฐานะต่างกัน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่มีรายได้มากกว่ารายจ่าย กลุ่มที่มีรายได้พอกับรายจ่าย และกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่ารายจ่าย มีพฤติกรรมสุขภาพแตกต่างกันโดยเมื่อเปรียบเทียบรายคู่พบว่า ทุกกลุ่มเคราะหฐานะมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนั้นยังพบว่าสตรีมุสลิมที่ประกอบอาชีพ และสตรีมุสลิมที่มีเคราะหฐานะรายได้มากกว่ารายจ่ายและรายได้พอกับรายจ่าย มีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ในขณะที่สตรีมุสลิมที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ และสตรีมุสลิมที่มีเคราะหฐานะรายจ่ายมากกว่ารายได้มีการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า การประกอบอาชีพและระดับเคราะหฐานะที่เพียงพอต่อการดำรงชีพทำให้สตรีมุสลิมรับรู้ตนเองว่ามีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของวริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม (2564) ที่พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [22] ดังนั้นการมีงานทำและระดับเคราะหฐานะจึงเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 5 พบว่าสตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันแข็งแรงดีและสตรีมุสลิมที่มีภาวะสุขภาพในปัจจุบันมีโรคประจำตัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน โดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก อภิปรายผลการวิจัยได้ว่า การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพจึงทำให้สตรีมุสลิมทั้งที่แข็งแรงดีและมี

โรคประจำตัวมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก หรืออาจเป็นเพราะเมื่อสตรีรับรู้ว่าคุณมีโรคประจำตัวจึงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อไม่ให้โรคประจำตัวแย่ลงกว่าเดิม ดังนั้นภาวะสุขภาพในปัจจุบันจึงเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล สอดคล้องกับผลการศึกษางานของ วรวิทย์ และพัชรา พลเยี่ยม (2564) ที่พบว่าสตรีที่ไม่มีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [22] ผลการวิจัยตามสมมติฐานที่ 6 พบว่าสตรีมุสลิมที่มีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (ภูมิสำเนา) ต่างกันมีพฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน โดยมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับมาก อภิปรายผลการวิจัยได้ว่าถึงแม้สตรีมุสลิมจะมีสิ่งแวดล้อมทางกายภาพจากภูมิสำเนาที่ต่างกันแต่ชุมชนมุสลิมในการศึกษาเป็นมุสลิมที่มีรากเหง้าเดียวกับมุสลิมทางภาคใต้ซึ่งเป็นมุสลิมกลุ่มที่ใหญ่ที่สุดในประเทศไทย [12] [13] และชุมชนมุสลิมในการศึกษายังมีการติดต่อกับครอบครัวทางภาคใต้อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งมุสลิมไม่ว่าจะอยู่ที่ใดย่อมต้องมีการปฏิบัติตามหลักคำสอนของศาสนาอิสลาม [23] และคำสอนตามหลักศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการรับผิดชอบต่อสุขภาพโดยการรักษาสุขภาพเป็นหน้าที่ (วาฮิบ) ที่ชาวมุสลิมต้องปฏิบัติ [24] ดังนั้นการปฏิบัติตามหลักศาสนาจึงเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพโดยมีความสัมพันธ์การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของสตรีมุสลิม ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษางานของ คณิศร์ และสุรสิทธิ์ วิชิระจร (2557) ที่พบว่าปัจจัยด้านหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามและปัจจัยด้านพฤติกรรมปฏิบัติตามวัฒนธรรมอิสลามสามารถทำนายคุณภาพชีวิตของสตรีมุสลิมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [25] ผลการวิจัยที่ได้ในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ต่อกับนักวิชาการที่สนใจศึกษาปัจจัยกำหนดสุขภาพ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสตรีมุสลิม ประโยชน์ต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในงานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มสตรีมุสลิม ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยครั้งนี้ต่อยอดสำหรับการวิจัยครั้งต่อไปควรพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยนำปัจจัยกำหนดสุขภาพของบุคคลมาวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของสตรีมุสลิม โดยเฉพาะควรเน้นบทบาทให้ชุมชนมุสลิมและครอบครัวได้มีส่วนร่วม มีการประสานงานกับผู้นำศาสนาอิสลามในพื้นที่ โดยนำคำสอนตามหลักศาสนาอิสลามเกี่ยวกับการรับผิดชอบต่อสุขภาพมาเป็นหลักในการพัฒนาแนวทางการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพและแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในกลุ่มสตรีมุสลิมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์ และกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม ที่สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยปีงบประมาณ พ.ศ. 2566-2568 ตลอดจนอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2566.
2. รุสมีนา นิมาะ. ประสบการณ์การจัดการภาวะอ้วนของหญิงมุสลิม. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2557.
3. พวงผกา คงวัฒนานนท์ และ ประพนธ์ โอทะกานนท์. การรับรู้ภาวะสุขภาพ วิถีชีวิต และการเป็นแกนนำสร้างเสริมสุขภาพ ของสตรีมุสลิมในบริบทไทยภาคกลาง. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2562; 27(4): 89-98.
4. พัชรี รัศมีแจ่ม, ปรีศนา อัครชนพล, พรทิพย์ ลีมีธีระยศ และ กมลทิพย์ ขลังธรรมเนียม. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ชาวไทยมุสลิมที่มีภาวะความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2561; 19(37): 56-68.
5. เพ็ญ สุขมาก. [อินเทอร์เน็ต]. สุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ และระบบประเมินผลกระทบ; สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2567. ได้จาก: https://ppi.psu.ac.th/food/upload/forum/paper_1923_62d4ce5ecda5e62d4ce.pdf
6. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาดูงานการวิจัยกำหนดสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2566.
7. Mikkonen, J., & Raphael, D. Social Determinants of Health: The Canadian Facts. Toronto: York University School of Health Policy and Management. 2010.

8. World Health Organization (WHO) [Internet]. Operational framework for monitoring social determinants of health equity. Accessed 2024 October 11. Available from: <https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/equity-and-health>
9. นิภาพร เอื้อวัฒนะโชติมา. ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2559; 25(1): 147-156.
10. สุรินทร์ กลัมพากร. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน : การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร : เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์; 2561.
11. Pender, N.J., Murdaugh, C.L., Parsons, M.A. Health promotion in nursing practice. 6th ed. Boston: Pearson; 2011.
12. กองนโยบายและแผนงาน สำนักการวางแผนและพัฒนาเมือง กรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. รายงานการศึกษา การกระจายตัวของมัสยิดในเขตกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2563. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2567. ได้จาก:https://webportal.bangkok.go.th/public/user_files_editor/354/aboutcpud/study%20report/2564/ปี%2064/1.การกระจายตัวของมัสยิดในเขตกรุงเทพมหานคร%20พ.ศ.%202563.pdf
13. ไชยแสง กิระชัยวนิช. [อินเทอร์เน็ต]. ดำเนินแผ่นดิน-มัสยิดทำฮิญาบ จ.นนทบุรี. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 10 ตุลาคม 2567. ได้จาก: <https://www.sanook.com/news/315141/>.
14. Turner, R. C., & Carlson, L. Index of item-objective congruence for multidimensional items. International Journal of Testing. 2003; 3(2): 163-171.
15. Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. Psychometric theory. 3rd ed. New York: McGraw-Hill; 1994.
16. Delacre, M., Lakens, D., & Leys, C. Why psychologists should by default use Welch's t-test instead of Student's t-test. International Review of Social Psychology. 2017; 30(1): 92-101.
17. Moore, D. S., McCabe, G. P., & Craig, B. A. Introduction to the Practice of Statistics. 10th ed. W.H. Freeman; 2021.
18. นันทนาถ ช่วยสกุล และ ภากร ช่วยสกุล. [อินเทอร์เน็ต]. ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในกลุ่มวัยทำงาน เขตสุขภาพที่ 11. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2567. ได้จาก:
19. <https://hpc11.anamai.moph.go.th/th/owc-64/download/?did=215407&id=95631&reload=>
20. อัญชนา สุวรรณชาติ, อภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย รักติวงศ์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยที่มีภาวะอ้วน. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท. 2567; 6(1): 1-16.
21. มัสลิน มาหะมะ. [อินเทอร์เน็ต]. อิสลามกับสถาบันครอบครัว. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 14 ตุลาคม 2567. ได้จาก: <https://www.islammore.com/view/960>
22. ลินี่ กระลาสัย และ จารุรัตน์ ศรีรัตนประภาส. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2561; 26(1): 1-10.
23. วริยา บุญทอง และพัชรา พลเยี่ยม. [อินเทอร์เน็ต]. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ปี2564 เขตสุขภาพที่ 6. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2567. ได้จาก:
24. <https://hpc6.anamai.moph.go.th/th/general-of-3/download/?did=207681&id=80295&reload=>
25. ชูไวบะห์ โต๊ะดาหยง. อัตลักษณ์ และการรักษาอัตลักษณ์ของคนไทยเชื้อสายมลายูที่ย้ายถิ่นมาตั้งถิ่นฐานในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษา ชุมชนมุสลิม เสรีไทยซอย 4. [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพัฒนาสังคม) คณะพัฒนาลัทธิและสิ่งแวดลอม]. กรุงเทพมหานคร; สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2561.
26. ศรีสุตา วณาสีสิน และ ไผโรส มามะ. [อินเทอร์เน็ต]. การดูแลตนเองของพยาบาลตามหลักศาสนาอิสลาม. สืบค้นข้อมูลเมื่อวันที่ 13 ตุลาคม 2567. ได้จาก: https://www.nur.psu.ac.th/researchdb/file_warasarn
27. /15515journal2.pdf
28. คณิตา ชันธชัย และ สุรสิทธิ์ วชิรขจร. คุณภาพชีวิตสตรีมุสลิมในชุมชนตำบลคลองตะเคียน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2557; 40(2): 81-91.