

## 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 ประชาชนเจ็บป่วยด้วยภาวะของโรคที่เกี่ยวข้องทางเดินหายใจ เป็นอันดับแรก รองลงมา คือ โรคระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็นกระดูกและข้อ และโรคระบบทางเดินอาหาร ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม เพื่อพิจารณาถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยของประชาชน พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคของต่อมไทรอยด์ โรคภูมิแพ้ และโรคระบบประสาทจิตเวชมีแนวโน้มสูงขึ้น (สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ 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 คือมุ่งสู่สุขภาพะ แทนที่จะมุ่งหวังเพียงการลดการเจ็บป่วยหรือการตายเท่านั้น 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) ที่มุ่งเน้นให้สังคมไทยมีสุขภาพะที่ดี มีการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน และมีความปลอดภัยในการดำเนินชีวิต (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549: 36-39) นอกจากนี้ กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (กองสุศึกษา, 2547) ได้กำหนดให้มีสุขบัญญัติแห่งชาติขึ้นมาเพื่อเป็นข้อกำหนดให้ประชาชนทุกคนได้พึงปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจนเป็นนิสัย อันจะนำไปสู่การมีสุขภาพดี สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ มีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข 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 กินยาระบาย พบร้อยละ 10 มีการออกกำลังกายลดลงกว่าในเด็กและลดลงเรื่อยๆเมื่อมีอายุสูงขึ้น และมีวัยรุ่นร้อยละ 51 เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เหล้าเริ่มดื่มอายุ 13 ปี และจากการสำรวจเกี่ยวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของประชากรในปี 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/อยู่ไม่นิ่ง และ (4) ปัญหาด้านอารมณ์ คิดเป็นร้อยละ 73.9, 29.6, 27.8 และ 13.9 ตามลำดับ

นอกจากนี้ หนึ่งในปัญหาสำคัญของวัยรุ่นไทยอย่างปัญหาโรคเอดส์และการมีความคิดเรื่องเพศสัมพันธ์แบบผิดๆ ที่เผยแพร่ข้อมูลโดย สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) (อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, 2553: ออนไลน์) พบว่า ปัจจุบันเยาวชน ร้อยละ 32.4 มองการอยู่ร่วมกันก่อนแต่งเป็นเรื่องปกติ การมีคู่นอนชั่วคราว การขายบริการทางเพศโดยเต็มใจมีจำนวนมากขึ้น และเยาวชนอายุต่ำกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม มีแนวโน้มที่สูงขึ้น อีกทั้งยังพบเด็กเยาวชนในโรงเรียนและมหาวิทยาลัยเป็นโรคเอดส์มากขึ้น ประกอบกับข้อมูลการสำรวจวัยรุ่นในระดับมัธยมศึกษาในกรุงเทพมหานคร โดย รศ. พญ. สุวรรณา เรืองกาญจนเศรษฐ์ ผู้อำนวยการศูนย์สร้างเสริมสุขภาพวัยรุ่น คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (อ้างถึงในสถาบันวิจัยประชากรและสังคม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2547: 93-94) พบว่า นักเรียนมัธยมศึกษาร้อยละ 10 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยเพศชายมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 13.5 ส่วนวัยรุ่นหญิงมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 7.5 และนักเรียนชั้นมัธยมหนึ่ง เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 2 โดยไม่เคยใส่ถุงยางอนามัยเลย ดังนั้น ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น เป็นปัญหาที่ป้องกันได้ โดยมีการดูแลสุขภาพตนเองที่เหมาะสมและการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ก็เป็นอีกวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน

จากที่กล่าวมาข้างต้น วัยรุ่นตอนต้นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์ และจิตใจ และมีโอกาสเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมเข้าไปเกี่ยวข้องกับสิ่งที่เป็น

อันตรายต่อสุขภาพ สรุปได้ 6 ประการ ได้แก่ การบริโภคอาหารและยาที่ไม่ถูกต้อง การออกกำลังกายที่ลดลง การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ปัญหาสุขภาพจิต และการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

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

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

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



บทบาทสำคัญต่อการปรับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิมได้ ซึ่งเห็นได้จากโรงเรียนมัธยมที่สอนศาสนาอิสลาม ซึ่งจะมีเนื้อหาการเรียนการสอนที่เกี่ยวข้องกับศาสนาเข้ามามีบทบาทต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพในการดำรงชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก เช่น การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การรักษาความสะอาดของร่างกาย เป็นต้น โดยจะมุ่งเน้นให้วัยรุ่นมุสลิมมีสุขภาพที่แข็งแรง ดังบทบัญญัติที่สำคัญทางศาสนาอิสลามด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอนามัย จากหะดิษของนบีมุฮัมมัด (ศ็อลลัลลอฮุอะลัยฮิวะซัลลัม) ความว่า

“มุสลิมที่แข็งแรงนั้นดีกว่าและเป็นที่ยรักของอัลลอฮ์ (ซุบฮานาฮูวะตะอาลา) มากกว่ามุสลิมที่อ่อนแอ”

“แข็งแรง” หมายถึง ความเข้มแข็งทั้งกายและใจตลอดจนความเข้มแข็งในด้านอื่นๆ จากหะดิษตอนนี้ชี้ให้เห็นว่า อิสลามให้ความสำคัญในเรื่องของความแข็งแรงและการมีสุขภาพดีของมนุษย์ อิสลามไม่ส่งเสริมให้ชาวมุสลิมมีความอ่อนแอ (สาเหอะอับลเลาะห์ อัลยุฟรีและคณะ, 2532)

จากนัยของบทบัญญัติของศาสนาอิสลาม ซึ่งชาวมุสลิมทุกคนพึงปฏิบัติอย่างเคร่งครัดเป็นเหตุผลหนึ่งที่สันนิษฐานว่า กลุ่มวัยรุ่นมุสลิมเป็นกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแตกต่างจากประชากรกลุ่มอื่นๆ ของไทยซึ่งมีหลายเชื้อชาติ ศาสนา เนื่องจากมุสลิมมีความผูกพันกับศาสนา และศาสนามีบทบาทสำคัญในการวางหลักการแห่งการกระทำของวัยรุ่นมุสลิม และเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่ช่วยให้วัยรุ่นมุสลิม สามารถปรับปรุงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพให้เข้ากับสถานการณ์ตามหลักศาสนาได้อย่างเหมาะสม อย่างไรก็ตามในกรณีของวัยรุ่นมุสลิมในสังคมเมือง เช่น กรุงเทพมหานคร ที่อาจได้รับอิทธิพลของวัฒนธรรมตะวันตกเป็นอย่างมาก ทำให้ค่านิยมและการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เต็มไปด้วยมลภาวะ ปัญหาแหล่งเสื่อมโทรมและปัญหาการจราจร ซึ่งสภาวะดังกล่าวนี้ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิมทำให้สุขภาพไม่แข็งแรง เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้ง่าย

ในขณะที่ประเทศไทยยังมิได้มีการศึกษาการดูแลสุขภาพของตนเองของกลุ่มวัยรุ่นมุสลิมดังกล่าวแต่อย่างใด ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม มัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม เขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งผู้วิจัยคาดว่าจะประโยชน์อย่างยิ่งต่อการค้นหาแนวทางการพัฒนาและการส่งเสริมป้องกันที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมให้มีสุขภาพที่แข็งแรง ป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นกับวัยรุ่นมุสลิม 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 จันทรธรม (2528: 1) ให้ความหมายของวัยรุ่น คือ วัยที่สิ้นสุดความเป็นเด็ก เป็นวัยที่เข้าสู่วัยผู้ใหญ่ โดยถือเอาความพร้อมทางร่างกายเป็นเครื่องตัดสิน อันเป็นระยะที่ร่างกายมีความเจริญเติบโตของระบบอวัยวะเพศ และสามารถทำงานได้เต็มที่ คือเพศหญิงมีประจำเดือนครั้งแรก และในเพศชายมีการผลิตเซลล์สืบพันธุ์ การเริ่มต้นเข้าสู่วัยรุ่นของเด็กหญิงและเด็กชายไม่พร้อมกัน โดยเด็กหญิงจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุประมาณ 12 ปี และเด็กชายจะเริ่มเข้าสู่วัยรุ่นเมื่ออายุประมาณ 14 ปี

ประภาเพ็ญ สุวรรณและคณะ (2541: 26) กล่าวว่า วัยรุ่น เป็นวัยที่กั้นระหว่างเด็กกับความเป็นผู้ใหญ่ เป็นวัยแห่งการเจริญเติบโต วัยแห่งการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ เป็นวัยที่รักความอิสระ ต้องการพึ่งพิงตนเอง ชอบโต้เถียง และอาจเกิดความขัดแย้งกับครอบครัวได้ง่าย รวมทั้งเป็นวัยที่ต้องเผชิญกับปัญหา เนื่องจากเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต บางคนเรียกวัยนี้ว่า วัยวิกฤต เพราะต้องเผชิญกับปัญหาในการปรับตัว วัยรุ่นมักตัดสินใจวู่วาม และแสดงอารมณ์อย่างรุนแรงและรวดเร็ว

สำหรับการกำหนดช่วงอายุของวัยรุ่น มีนักวิชาการได้กำหนดช่วงอายุของวัยรุ่นไว้แตกต่างกัน ดังนี้

ศรีเรือน แก้วกังวาน (2540: 329) ได้แบ่งช่วงวัยรุ่นออกเป็น 3 ระยะ คือ โดยใช้เกณฑ์ความเป็นเด็ก-ผู้ใหญ่ ตัดสิน คือ

- 1) ช่วงวัยแรกเริ่ม อายุระหว่าง 12-15 ปี มีพฤติกรรมค่อนข้างเป็นเด็กอยู่มาก
- 2) ช่วงวัยรุ่นตอนกลาง อายุระหว่าง 16-17 ปี มีพฤติกรรมก้ำกึ่งระหว่างความเป็นเด็กและผู้ใหญ่
- 3) ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 18-25 ปี กระบวนการพฤติกรรมค่อนข้างไปทางผู้ใหญ่

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 แต่จะเพิ่มในด้านเจตคติและความรู้สึกนึกคิด ในลักษณะที่ค่อยเป็นค่อยไป มีลักษณะบุคลิกภาพภายนอกที่ดึงดูดความสนใจเพศตรงกันข้าม เช่น โบหน้าอิมเม็บ ดวงตาเป็นประกาย ผมดำนุ่มสลวย มีลักษณะของความเป็นหญิงและความเป็นชายที่เด่นชัด

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 เสียงจะแตกพรวดและห้าวขึ้น ส่วนในเพศหญิงจะเริ่มมีประจำเดือน มีหน้าอก สะโพกผาย และเริ่มมีขนขึ้นตามรักแร้ และอวัยวะเพศเช่นเดียวกับเพศชาย ทั้งนี้ร่างกายจะเริ่มย่างเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ พัฒนาการด้านร่างกาย ในทัศนะอิสลามนั้นเมื่อเด็กชายเริ่มมีฝันเปียกและเด็กหญิงเริ่มมีประจำเดือนครั้งแรก ถือว่าเด็กผู้นั้นได้เข้าสู่วัยบรรลุนิติภาวะจะต้องปฏิบัติศาสนกิจต่างๆ เช่นเดียวกับผู้ใหญ่ทุกประการ เช่น การละหมาดฟรัดู 5 เวลา การแต่งกายตามหลักศาสนา การสังคม (ฟรัดูกิฟายะฮฺ) ด้านหลักศาสนาอิสลาม การอาบน้ำวาญิบต่างๆ การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน การเรียนคัมภีร์อัลกุรอานและวิชาการอื่นๆ การปฏิบัติตนตามแบบอย่างนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) การดูแลสุขภาพตนเองและการป้องกันโรคทั้งแก่ตนเองและสังคม (วิทยาลัยอิสลาม, 2535: 151-156)



2) พัฒนาการทางอารมณ์ มักจะมีอารมณ์ที่รุนแรงและมีความเชื่อมั่นในตนเองสูง จึงมักจะขัดแย้งกับผู้ใหญ่ อารมณ์ต่างๆ เหล่านี้ได้แก่ ความกลัว เช่น กลัวว่าจะปรับตัวเข้ากับกลุ่มเพื่อนไม่ได้ ความกังวลใจ เช่น การสอบ การเรียน เป็นต้น ความโกรธ โดยมักแสดงอารมณ์ก้าวร้าวรุนแรงขาดความยั้งคิดได้ง่ายกว่าวัยอื่นๆ ความรักซึ่งมีทั้งรักตนเอง เอาใจใส่ในเรื่องความสวยงามของร่างกาย มีความรักเพื่อน รักและเทิดทูนบุคคลในดวงใจ ซึ่งอาจจะเป็นนักกีฬาหรือดารา ซึ่งตนต้องการเอามาเป็นแบบอย่าง รวมทั้งความรักในเพศตรงข้าม ความอิจฉาริษยาชอบเอาชนะคู่ต่อสู้ เข้มแข็งต่อสู้ง่าย ซึ่งนำไปสู่การต่อสู้และเกิดความรุนแรงได้ง่าย และอารมณ์ที่มีความสำคัญต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น อีกประการหนึ่งคือ ความอยากรู้อยากเห็น อยากลอง ทั้งในทางดีและทางเลว จึงพบว่าการลองสูบบุหรี่ ดื่มสุรา หรือยาเสพติด ตลอดจนการมีพฤติกรรมทางเพศเป็นครั้งแรกจะเกิดมากที่สุดในช่วงนี้ ในส่วนของศาสนาอิสลาม ถือว่าพัฒนาการด้านนี้เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้คนเป็นสมาชิกที่ดีของสังคม รู้จักอยู่ร่วมกันในสังคม

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

“การกระทำทุกอย่างของพ่อแม่เป็นแบบอย่างของลูกๆ จงเป็นแบบอย่างที่ดี ถูกต้องตามหลักศาสนา แก่พวกเขา”

ดังนั้นผู้ปกครองจะต้องระลึกไว้เสมอว่า การกระทำของตนเองจะต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้แก่บุตรหลาน

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

พัฒนาการด้านสติปัญญาของวัยรุ่นในทัศนะอิสลามนั้น หมายถึง การพัฒนาด้านความรู้ทั้งทางศาสนาและความรู้พื้นฐานที่จะเป็นอาชีพในอนาคต ซึ่งศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการศึกษาเพื่อพัฒนาสติปัญญา ดังที่นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ได้กล่าวไว้ว่า

“จงศึกษาหาความรู้ตั้งแต่อายุในเปลจนถึงหลุมฝังศพ”

จะเห็นได้ว่าศาสนาอิสลามให้ความสำคัญกับการศึกษาเพื่อพัฒนาสติปัญญาของมนุษย์ โดยการส่งเสริมให้มุสลิมทุกเพศทุกวัยขวนขวายหาความรู้อยู่ตลอดเวลา ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (วิทยาลัยอิสลาม, 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 ความเป็น

“โอ้อัศวานอาดัมเอ๋ย แท้จริงเราได้ประทานเครื่องแต่งกายมาให้แก่พวกเจ้า เพื่อที่จะปกปิดส่วนที่พึงละอายของพวกเจ้า และเป็นเครื่องประดับ แต่เครื่องแต่งตัวแห่งความยำเกรงนั้นแหละเป็นสิ่งที่ดียิ่ง นั้นเป็นส่วนหนึ่งจากบรรดาสัญญาอันแห่งอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) เพื่อพวกเจ้าจะได้สำนึก”

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

### 1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาอิสลามและโครงสร้างศาสนาอิสลาม

#### 1.3.2.1 แนวคิดเกี่ยวกับศาสนาอิสลาม

ศาสนาเป็นความเชื่อของมนุษย์ มีอิทธิพลต่อสังคมและการดำเนินชีวิตของมนุษย์ แต่ละศาสนาจะมีความเชื่อ การถือปฏิบัติและข้อกำหนดที่แตกต่างกัน อิสลามเป็นศาสนาหนึ่งที่มีวิธีการดำเนินชีวิตภายใต้โครงสร้างทางสังคมในกรอบแห่งศาสนาอิสลาม อันมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำความสันติสุขมาให้แก่มนุษยชาติ และเป็นความสันติสุขที่ครอบคลุมทั้งโลกนี้และโลกหน้า

อิสลาม หมายถึง การมอบน้อมต่อพระผู้เป็นเจ้าแต่พระองค์เดียวอย่างสิ้นเชิง เพื่อความสันติ และปฏิเสธที่จะยอมรับความคิด กฎหมาย และทำสิ่งใดๆ ที่ขัดกับทางนำที่ได้รับจากพระองค์ อัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) และศาสนาอิสลาม จัดอยู่ในประเภทของ เอกเทวนิยม (Monotheism) คือศาสนาที่นับถือพระเจ้าองค์เดียว และคำว่า “อิสลาม” เป็นคำที่มีความหมายรวมถึง ความสุข



ความมั่นคง สภาวะสงบ ทางแห่งความสงบและการยอมรับต่อสภาวะของพระผู้เป็นเจ้า อิสลาม คือ ศาสนาหรือคำสอนของพระผู้เป็นเจ้าที่ได้แจ้งมาแก่ท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) เพื่อให้ท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ในฐานะเป็นศาสนทูตของพระผู้เป็นเจ้า นำไปเผยแพร่อำนาจสอน ชี้แนะให้มนุษย์ยึดมั่น และปฏิบัติในการดำรงชีวิต คำสอนดังกล่าว คือ คัมภีร์อัลกุรอาน (นุรุดดีน สารีมิง, 2540 : 79-91; เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535: 6-7) แต่ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามจะเรียกว่า “มุสลิม” อันหมายถึง ผู้ที่ นอบน้อมต่อพระผู้เป็นเจ้าแต่เพียงผู้เดียว มีวัฒนธรรมอิสลามในการดำเนินชีวิต และกำหนด พฤติกรรมต่างๆ 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 (ซุบฮาฯ)

มุสลิมทุกคนจะต้องศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าเพียงองค์เดียว ไม่ตั้งสิ่งอื่นใดขึ้นเป็นภาคี ทำ การเคารพสักการะ พระเจ้าในนามศาสนาอิสลามว่า อัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) นอกจากมุสลิมจะศรัทธา ว่ามีพระเจ้าเพียงองค์เดียวแล้ว มุสลิมจะต้องศรัทธาต้องยอมรับในคุณลักษณะของพระผู้เป็นเจ้า เช่น พระองค์ทรงรู้ ทรงเห็น ทรงได้ยินทุกสรรพสิ่งทั้งมวล ทรงเมตตากรุณา ทรงยุติธรรม ฯลฯ ดัง ใจความในคัมภีร์อัลกุรอาน บทที่ 112 โองการที่ 1-4 บัญญัติไว้ว่า

“จงกล่าวเถิด(นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ)) ว่า อัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ทรงมีอยู่องค์เดียว ทรงเป็นที่ พึ่งของสรรพสิ่งทั้งมวล ทรงไม่มีบุตร ไม่ทรงเป็นบุตรใครและไม่มีแบบอย่างใดๆ ที่เทียบกับ พระองค์ได้”

หากมุสลิมคนใดเข้าถึงหลักการศรัทธาในพระผู้เป็นเจ้าอย่างถ่องแท้ ก็จะเป็นประโยชน์ต่อ บุคคลนั้น เพราะจะเป็นสิ่งที่ทำให้เขาละเว้นความชั่ว กระทำแต่ความดี มีพลังหรือกำลังใจในการ เผชิญกับเหตุการณ์ต่างๆ

#### (2) ศรัทธาในบรรดามลาอิกะฮ์

มลาอิกะฮ์เป็นบ่าวของพระเจ้าประเภทหนึ่ง มีคุณสมบัติแตกต่างจากมนุษย์ เช่น ไม่กิน ไม่ ต้ม ไม่นอน ไม่มีเพศ ไม่กระทำการใดๆ ตามอารมณ์ชอบ มนุษย์ไม่ทราบรูปร่างที่แท้จริง คือ ไม่อาจ

เห็นตัวตนได้ แต่มลาอิกะฮ์สามารถแปลงร่างต่างๆได้ตามบัญชาของพระเจ้า มลาอิกะฮ์ ถูกสร้างเป็นจำนวนมาก โดยมีชื่อและหน้าที่แตกต่างกัน เช่น

- ญิบรออิล มีหน้าที่ นำโองการจากพระเจ้าผู้เป็นเจ้านายมาถ่ายทอดให้แก่ท่านนบี
- รกิบ มีหน้าที่ บันทึกความดีของมนุษย์
- อติด มีหน้าที่ บันทึกความชั่วของมนุษย์
- อิสรออิล มีหน้าที่ ถอดวิญญาณมนุษย์จากร่าง
- มุลกัร-นกีร มีหน้าที่ สัมภาษณ์ผู้ตายในหลุมฝังศพ

ผู้ที่เป็มุสลิมได้สมบูรณ์ จะต้องศรัทธาว่ามลาอิกะฮ์มีจริง ซึ่งการศรัทธาในข้อนี้มีผลดีแก่มนุษย์ที่จะทำให้เขาทำแต่ความดี ละเว้นความชั่ว เพราะแต่ละคนจะมีมลาอิกะฮ์คอยบันทึกความดี ความชั่วอยู่ตลอดเวลา

### (3) ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์

คัมภีร์ในศาสนาอิสลาม ชื่อว่า “คัมภีร์อัลกุรอาน” ซึ่งเป็นคัมภีร์ฉบับสุดท้ายที่อัลลอฮ์ (ซุบฮานะ) ประทานมายังมนุษยชาติโดยผ่านทางนบีมุฮัมมัด (ศ็อละ) แต่ก่อนหน้านั้นพระองค์ได้ประทานคัมภีร์มาให้มนุษยชาติ โดยผ่านท่านศาสดาต่างๆมาแล้ว ทั้งหมดมีจำนวน 104 เล่ม แต่ที่สำคัญมี 4 คัมภีร์ คือ

- คัมภีร์เตารอต ประทานให้แก่ นบีมูซา (อลัยฮิสลาม) หรือโมเซส
- คัมภีร์อินญีล ประทานให้แก่ นบีอีซา (อลัยฮิสลาม) หรือพระเยซู
- คัมภีร์ซาบูร ประทานให้แก่ นบีดาวูด (อลัยฮิสลาม) หรือเดวิด
- คัมภีร์อัลกุรอาน ประทานให้แก่ นบีมุฮัมมัด (ศ็อละ)

คัมภีร์ต่างๆ ทั้งหมดพอสรุปคำสอน ได้ 2 ประการ คือ ประการแรก สอนถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และพระเจ้า และประการที่สอง สอนถึงความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์ด้วยกัน

### (4) ศรัทธาในบรรดาศาสนทูต

มุสลิมต้องศรัทธาว่า พระเจ้าทรงคัดเลือกบุคคลในหมู่มนุษยชาติ ให้เป็นผู้สื่อสารนำบทบัญญัติของพระองค์มาสั่งสอนแก่มนุษยชาติทุกยุคทุกสมัย ดังใจความจากคัมภีร์อัลกุรอานตอนหนึ่งว่า

“สำหรับทุกประชาชาตินั้นมีผู้นำ”

ผู้ที่ได้รับโองการจากพระเจ้าจำแนกได้ 2 ประเภท คือ



1) นปีหรือศาสดา หมายถึง ผู้ที่ได้รับโองการมาเพื่อปฏิบัติตามที่พระผู้เป็นเจ้าทรงใช้และงดเว้นในสิ่งที่พระองค์ทรงห้าม โดยเฉพาะตนเองเท่านั้น ไม่มีหน้าที่ต้องเผยแพร่ต่อบุคคลทั่วไป

2) ร่อซูลหรือศาสนทูต เป็นนบีเช่นกันแต่มีหน้าที่มากกว่านปี กล่าวคือ ต้องนำโองการที่ได้รับจากพระเจ้า มาเผยแพร่แก่มนุษยชาติโดยทั่วไป

ศาสดาหรือนบี นับตั้งแต่การสร้างโลก มีจำนวน 124,000 ท่าน แต่ศาสนทูตที่สำคัญและกล่าวในคัมภีร์อัลกุรอาน มี 25 ท่าน

#### (5) การศรัทธาในวันพิพากษา

มุสลิมต้องศรัทธาว่าโลกนี้ (โลกดุนยา) เป็นโลกแห่งการทดลอง เป็นโลกที่จะต้องมียันแตกสลาย ซึ่งวันนั้นเรียกว่า วันกิยามะฮ์ หรือวันแห่งการพิพากษา เป็นวันที่ทุกชีวิตจะบังเกิดอีกครั้งหนึ่ง เพื่อถูกชำระการงานที่เขาได้ประกอบไว้ในโลกนี้ ความเชื่อที่ว่าการทำงานของมนุษย์ไม่สูญหาย ต้องมีการตอบแทนเสมอ นั่น เป็นหลักหนึ่งของการศรัทธาในวันสุดท้ายและวันปรโลก ผู้ใดตระหนักว่ามีการตอบแทนผลดีผลชั่วของตนในวันปรโลก ผู้นั้นก็จะระมัดระวังในการงานและความประพฤติของตนมากขึ้น

อนึ่งเมื่อสิ่งมีชีวิตได้กำเนิดขึ้นอีกครั้งในวันสิ้นโลกหรือวันแห่งการพิพากษาแล้ว ทุกชีวิตจะมีชีวิตอันเป็นนิรันดร์ในโลกที่เรียกว่า อาคีรัต

#### (6) การศรัทธาต่อกฎกำหนดสภาวะการณ์

กฎกำหนดสภาวะการณ์ คือระเบียบอันรัดกุมที่พระผู้เป็นเจ้าได้กำหนดไว้แก่จักรวาลแก่โลกแก่มนุษยชาติ แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

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

2) กฎที่ไม่ตายตัว โดยดำเนินการไปตามสัมพันธะระหว่างเหตุและผล กิจกรรมต่างๆอยู่ในดุลยพินิจของมนุษย์ในอันที่จะใช้สติปัญญาที่พระเจ้าประทานมา เลือกปฏิบัติตามข้อห้าม ข้อใช้ต่างๆ

|                                 |              |
|---------------------------------|--------------|
| สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ |              |
| ห้องสมุดงานวิจัย                |              |
| วันที่.....                     | 04 ต.ค. 2555 |
| เลขทะเบียน.....                 | 249036       |
| เลขเรียกหนังสือ.....            |              |



### 1.3.2.2 หลักปฏิบัติ (รูกันอิสลาม) มี 5 ประการ คือ (เสาวนีย์ จิตต์

หมวด, 2535: 48-113)

#### (1) การปฏิญาณตน

การปฏิญาณตน ถือได้ว่าเป็นหัวใจของการเป็นมุสลิม มุสลิมจะกล่าวปฏิญาณตนว่า

“อัสฮะดุอันลาอิลลาฮะอิลลัลลอฮฺ วะอัสฮะดุอันนะมุฮัมมัดร่อซูลุลลอฮฺ” มีความหมายว่า “ข้าพเจ้าขอปฏิญาณว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮฺ (ซุบฮาฯ) และแท้จริงนบีมุฮัมมัด (คือลฯ) เป็นศาสนทูตของอัลลอฮฺ (ซุบฮาฯ)”

การปฏิญาณตนเป็นหลักปฏิบัติที่สรุปมาจากความศรัทธา ที่แบ่งออกเป็น 2 ประการ คือ

(1) การศรัทธาหรือการเชื่อในพระองค์อัลลอฮฺ (ซุบฮาฯ) และคำสั่งของพระองค์ คือ คัมภีร์อัลกุรอาน

(2) การศรัทธาหรือการเชื่อในนบีมุฮัมมัด (คือลฯ) และคำสอนรวมทั้งแบบฉบับของท่านคือ ซุนนะหฺ

#### (2) การนมาซหรือการละหมาด 5 เวลา

ตามที่ได้กล่าวมาแล้วว่า การปฏิญาณตน คือข้อสรุปของความศรัทธา ซึ่งจะควบคุมพฤติกรรมหรือวิถีชีวิตของมุสลิม ฉะนั้นจึงกล่าวได้ว่าในส่วนของหลักปฏิบัติ “การละหมาด” จึงเป็นพิธีกรรมที่สำคัญที่สุด เป็นข้อบังคับแก่มุสลิมทั้งชายและหญิง ซึ่งจะต้องปฏิบัติทุกวัน

คำว่า “นมาซหรือละหมาด” ที่ใช้กันในภาษาไทย คือ คำมาจากภาษาอาหรับว่า “อัศเศาะลาต” แปลว่า “การขออภัยหรือการขอพร”

การละหมาด คือ การแสดงออกซึ่งความศรัทธาในพระองค์อัลลอฮฺ (ซุบฮาฯ) ซึ่งในคัมภีร์อัลกุรอาน พระองค์ได้ทรงลงโอการไว้ว่า

“และฉัน(อัลลอฮฺ (ซุบฮาฯ)) มิได้สร้างญินและมนุษย์เพื่ออื่นใด(โดยไร้จุดหมาย) เว้นแต่ให้เคารพภักดีฉัน”

“จงดำรงไว้ซึ่งการละหมาด แท้จริงการละหมาดเป็นหน้าที่ของผู้ศรัทธา ตามเวลาที่กำหนดไว้”

การละหมาด เป็นหน้าที่ของมุสลิมทุกคนทั้งชายและหญิง ที่จะต้องปฏิบัติไปจนวาระสุดท้ายของชีวิต โดยถือความจำเป็นเริ่มบรรลุนิติภาวะ กล่าวคือ หญิงตั้งแต่เริ่มมีรอบเดือนและชายเมื่อเข้าสู่ความเป็นหนุ่ม (ผู้ที่ได้รับการยกเว้น ได้แก่ หญิงขณะมีรอบเดือนและหลังคลอดบุตร) โดยกำหนดให้ละหมาดวันละ 5 เวลา ได้แก่ เวลาย่ำรุ่ง เวลากลางวัน เวลาเย็น เวลาพลบค่ำ และ



เวลากลางคืน สำหรับวันศุกร์ในตอนบ่าย เป็นสิ่งบังคับสำหรับชายที่จะต้องละหมาดรวมกันที่มัสยิด

การละหมาด นอกจากจะได้รับผลตอบแทนจากอัลลอฮ์ (ชูปฮาย) ทั้งโลกนี้และโลกหน้าอย่างมหาศาลแล้ว ยังเป็นการขัดเกลาจิตใจตนเองให้สะอาดอยู่ตลอดเวลาและเป็นการฝึกเอาชนะตนเอง ไม่ตามอารมณ์ใฝ่ต่ำ ฝึกความหนักแน่นอดทน เพื่อเสริมสร้างพลังจิตใจให้เข้มแข็งอดทน นอกจากนั้นการละหมาดยังเท่ากับการฝึกสิ่งต่างๆ เหล่านี้ อาทิ การรักษาความสะอาด ความรับผิดชอบในหน้าที่ ความตรงต่อเวลา ความอดทน ความมีระเบียบวินัย ความเสมอภาค ฯลฯ ตลอดจนยังเท่ากับการบริหารหรือออกกำลังกายโดยปริยาย

### (3) การถือศีลอด

การถือศีลอด คือการละเว้นจากการกิน การดื่มและการร่วมเพศในเวลากลางวัน ละเว้นจากการพูดจาเหลวไหล การคิดในเรื่องอกุศล และการประพฤติชั่วในที่ลับและที่แจ้ง

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

### (4) การบริจาคชะกาต

ชะกาต กล่าวได้ว่า เป็นข้อปฏิบัติของหลักเศรษฐกิจอิสลาม ที่ต้องการลดช่องว่างความแตกต่างของฐานะเศรษฐกิจ กล่าวคือ เป็นทั้งการป้องกันและการแก้ไขปัญหาคะยากจน อันเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในสังคมโดยทั่วไป

ชะกาต เป็นหลักปฏิบัติอันหนึ่งที่มุสลิมส่วนใหญ่จะต้องปฏิบัติในทุกรอบ 1 ปี กล่าวคือ ชะกาต เป็นการจ่ายทานบังคับสำหรับมุสลิมที่มีทรัพย์สินเงินทองตามจำนวนที่ถูกกำหนดไว้ จะต้องจ่ายให้แก่ผู้ที่มีสิทธิ์รับตามอัตราที่ได้ถูกกำหนดไว้แล้วเช่นกัน ภายในทุกรอบ 1 ปี หรือตามเวลาที่กำหนด อิสลามถือว่า จำนวนของทรัพย์สินที่ถูกนำไปจ่ายเป็นทานชะกาตนั้น ยังความเจริญและงอกงามให้แก่ส่วนที่เหลือจากที่จ่ายไปและเป็นการชำระกิเลสของผู้บริจาค์นั้นด้วย

### (5) การประกอบพิธีฮัจญ์

ฮัจญ์ เป็นหลักปฏิบัติประการสุดท้าย ใน 5 ประการ ซึ่งบังคับแต่เฉพาะผู้ที่มีความสามารถเพียงพอ กล่าวคือ มีความพร้อมทั้งทางด้านร่างกายและทรัพย์สิน ตลอดจนความปลอดภัยในการเดินทางในการประกอบพิธีฮัจญ์ 1 ครั้งในชีวิต

“ฮัจญ์” แปลว่า การมุ่งไปสู่หรือการเยือน หมายถึง การเดินทางมุ่งไปสู่บัยตุลลอฮ์ หรือ อัล-กะอฺบะฮ์ ณ นครมักกะฮ์ ประเทศซาอุดีอาระเบีย เพื่อประกอบศาสนกิจ โดยมีขั้นตอนการปฏิบัติ และตามกำหนดเวลาที่กำหนด

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

อิสลามสอนว่า การกระทำขึ้นอยู่กับเจตนา และปณิธานเป็นสำคัญ ซึ่งก็จำเป็นต้องอยู่บนรากฐานแห่งหลักศรัทธาดังกล่าวด้วย มิฉะนั้นกรรมที่ได้ประกอบขึ้น ก็จะไม่ส่งผลในฐานะที่เป็นกรรมที่ประกอบตามมติของบุคคลหรือคณะบุคคล แทนที่จะเป็นการกระทำตามพระบัญญัติแห่งพระผู้เป็นเจ้า

คุณความดีที่บุคคลพึงประกอบด้วยจิตใจที่มีศรัทธาดังกล่าวมีดังนี้

- การปฏิบัติตามธรรมวินัย
- การทำคุณต่อบิดามารดา
- การสงเคราะห์ผู้ยากไร้
- การรักษาความมั่นคงสัญญา
- ความซื่อตรงในการติดต่อแลกเปลี่ยนซื้อขายกัน
- การขวนขวายหาเลี้ยงชีพในทางสุจริต
- การศึกษาหาความรู้
- มีมารยาทดีและมีความสุภาพอ่อนโยน
- การเชิญชวนกันทำความดี หรือเรียกร้องดักเตือนกันให้ละเว้นความชั่ว
- ความอดกลั้นและอดทนต่อความยากลำบาก
- ให้ความร่วมมือในการรักษาความสงบเรียบร้อยของบ้านเมือง
- การรักษาสุขภาพอนามัยและความสะอาด
- การสู้เพื่อรักษาถิ่นที่อยู่และสิทธิเสรีภาพ ฯลฯ

สิ่งที่ถือว่าเป็นความชั่ว นอกจากสิ่งที่ตรงข้ามกับข้างต้นนี้แล้ว เช่น การขาดศรัทธาต่ออัลลอฮ์ (ซูบฮายา) การเนรคุณต่อบิดามารดาหรือต่อผู้มีพระคุณ ความเกียจคร้าน การทุจริตต่อหน้าที่การงานหรือต่อบุคคลอื่น ฯลฯ แล้วยังมีระบุไว้เป็นข้อห้ามพิเศษอีก คือ

- ห้ามเสพของมึนเมาและยาเสพติดให้โทษทุกชนิด
- ห้ามเล่นการพนัน
- ห้ามกระทำการลามกอนาจาร
- ห้ามการสาส์นเล่นชู้



- ห้ามการเอาวัดเอาเปรียบ โดยเฉพาะต่อเด็กกำพร้าหรือผู้ที่อ่อนแอกว่า
- ห้ามรับหรือให้สินบน
- ห้ามล้อเลียนถากถางผู้อื่นอย่างดูถูกเหยียดหยาม
- ห้ามรำลึกบุญคุณ
- ห้ามกินดอกเบ๊ยะ
- ห้ามทำลายทรัพย์สินหรือปัจจัยยังชีพ
- ห้ามกักตุนเพื่ออภิสิทธิ์ของตนอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือเพื่อค้ำกำไรเกินควร
- ห้ามอำพรางหรือให้การเท็จ
- ห้ามก่อเหตุวุ่นวายจลาจล
- ห้ามการฆาตกรรม
- ห้ามินทาว่าร้ายต่อกัน
- 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 เพ็ญศิริินภา (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 โสมประยูร และคณะ (2542: 13-14) ได้กล่าวถึงสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิต ดังนี้

สุขภาพทางกาย หมายถึง สภาพทางร่างกายที่มีความเจริญเติบโตและพัฒนาก้าวหน้า สมวัย สะอาด แข็งแรงและสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บและทุพพลภาพ พร้อมทั้งมีภูมิคุ้มกันโรคหรือต้านทานโรคเป็นอย่างดี

สุขภาพทางจิต หมายถึง ความสามารถทางจิตในการปรับตัวของพวกเราให้เข้ากับสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมต่างๆทั้งในอดีต 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) หมายถึงพฤติกรรมใดๆที่บุคคลรู้ว่าตนเองมีสภาวะสุขภาพหรือมีอาการแสดงที่ผิดปกติ แสวงหาผู้ช่วยเหลือ เช่น ไปปรึกษาเพื่อนฝูง 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 การกระทำใดๆของบุคคลที่กระทำเป็นปกติและสม่ำเสมอเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพที่ดี เช่น การนอนหลับ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ซึ่งเป็นการกระทำที่มีความสำคัญในอันที่จะป้องกันโรค

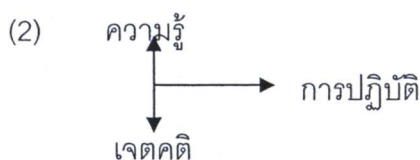
พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2545: 79) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผลต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดยแสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำ และไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ หรือผลเสียต่อสุขภาพ แล้วแต่กรณี นอกจากนี้พฤติกรรมยังรวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้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

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

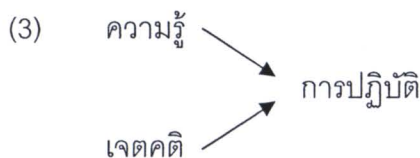
นิภา มนูญปิฎ (2528: 68) ให้ความหมายไว้ว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติตนด้านสุขภาพซึ่งเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด แต่ละอย่างมักไม่เกิดขึ้นโดยอิสระ จะเกิดขึ้นรวมๆและพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน การเสริมพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งจะเป็นช่องทางเสริมสร้างพฤติกรรมอย่างอื่นเสมอ และได้สรุปความสัมพันธ์ของพฤติกรรมไว้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

(1) ความรู้ → เจตคติ → การปฏิบัติ

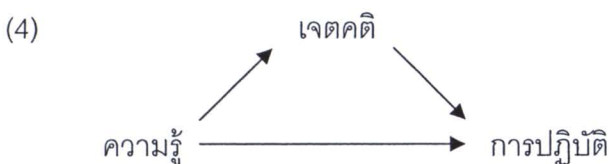
ความรู้ทำให้เกิดเจตคติ แล้วส่งผลให้เกิดการปฏิบัติตามมา



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 นุ่นนิรันดร์ (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 เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลรับรู้ว่าคุณภาพตนเองเจ็บป่วย อาจมีการตัดสินใจด้วยตนเองหรือจากครอบครัวหรือจากเครือข่ายสังคม มีองค์ประกอบอยู่ 4 ระดับคือ

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

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

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

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

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

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 เป็นการกระทำที่ตั้งใจ 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





ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- 1.1) การได้รับอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอ
- 1.2) การพักผ่อนและการออกกำลังกาย
- 1.3) การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังและการมี
- 1.4) การป้องกันอันตรายที่จะพึงมีต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิการ
- 1.5) การส่งเสริมหน้าที่และพัฒนากการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้

ความสามารถตนเองและระบบสังคม

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

2.1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่จะช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเข้าสู่วุฒิภาวะ โดยเริ่มพัฒนาการตั้งแต่วัยในครรภ์จนกระทั่งเติบโตเป็นผู้ใหญ่

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 (สาเหอะ अबดุลเลาะห์ อัลยุฟรีและคณะ, 2532: 1-42)

ศาสนาอิสลามเป็นแนวทางแห่งชีวิต เป็นศาสนาที่เน้นทุกแง่ทุกมุมในชีวิตมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นด้านความเชื่อที่ตั้งอยู่บนหลักพระเจ้าเพียงองค์เดียว ซึ่งถือว่าเป็นแกนหลักด้านการปฏิบัติเพื่อความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ตามรูปแบบต่างๆ ที่ได้กำหนดไว้แล้ว หรือด้านอื่นๆ เช่น การศึกษา การเมือง สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งการรักษาพยาบาล เป็นต้น ถ้ามองในด้านความสัมพันธ์แล้ว ส่วนแรก คือความสัมพันธ์ของมนุษย์กับอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ส่วนนี้เรียกว่า “อิบาดะฮ์” และอีกส่วนหนึ่งก็คือ ความสัมพันธ์ของมนุษย์ต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น ไม่อาจจะแยกออกจากกันได้เลย

ในส่วนของการรักษาพยาบาล การรักษาสุขภาพและการอนามัยก็ดี เป็นการปฏิบัติทั้งต่อตนเองและปฏิบัติต่อผู้อื่น โดยเริ่มตั้งแต่ตนเอง คนในครอบครัวของตนเองไปจนถึงสังคมภายนอก โดยส่วนรวม อย่างไรก็ดีตามพื้นฐานของสิ่งเหล่านี้วางรากฐาน “อิบาดะฮ์” เช่น การรักษาความสะอาดระดับพื้นฐานที่สุด คือ การอาบน้ำละหมาดเพื่อเตรียมตัวสำหรับการละหมาด การอาบน้ำละหมาดก็ล้วนเป็นอิบาดะฮ์ แต่ในขณะเดียวกันการรักษาความสะอาดนั้นเป็นพื้นฐานของการพยาบาลและการรักษาสุขภาพอนามัย

สุขภาพอนามัยตามเจตคติของอิสลามนั้น ไม่แตกต่างจากเจตคติอื่นๆ ทั่วไป คือ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ความคิดและจิตใจ มิใช่เฉพาะการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น

การป้องกันโรค คือ การคุ้มครองบุคคลและสังคมให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด ซึ่งมีวิธีดังต่อไปนี้ คือ ดำเนินมาตรการป้องกันโรคต่างๆ และจัดการระบอบที่เกิดขึ้นและดูแลสุขภาพโดยการปรับปรุงสภาพของชีวิตและจัดการโรคต่างๆ ตลอดจนสาเหตุของความตึงเครียดของประสาท ในแง่ความหมายอาจจะไม่รู้สึกแตกต่างไปจากทัศนคติอื่นๆ แต่ในเรื่องของวิธีการบางประการนั้น อาจจะมีมีความแตกต่างอยู่บ้าง

การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของภาระหน้าที่หรือความรับผิดชอบของมนุษย์ต่อตนเอง ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามที่ได้ศึกษาหาความรู้ในเรื่องของศาสนาย่อมจะต้องรู้เข้าใจและตระหนักในเรื่องนี้ดี ความหวังอันสูงส่งของมุสลิม คือ ความรักจากอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) และสรรงสรรคิโนวันแห่งการตอบแทน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัย



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

### (1) การรักษาความสะอาด

การรักษาความสะอาด เป็นพื้นฐานของการรักษาสุขภาพอนามัยและการพยาบาล เพราะความสกปรกนั้น เป็นบ่อเกิดของโรคหรือความชั่วร้ายต่างๆ อิสลามมีความละเอียดอ่อนในเรื่องนี้มาก จึงได้พยายามแยกแยะระหว่างสิ่งที่เรียกว่า สะอาดและสกปรก หรือนะบูซันนี้ออกเป็นประเภทต่างๆ ตลอดจนได้กำหนดวิธีการในการทำความสะอาดของแต่ละประเภทแตกต่างกัน ศาสนาอิสลามมิได้แบ่งเฉพาะสิ่งสกปรกเท่านั้น หากยังได้แบ่งชนิดของน้ำที่จะนำมาเพื่อทำความสะอาดอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำที่จะใช้ในการอาบน้ำละหมาด ดังหะดิษของท่านนบีมุฮัมมัด (คือลฯ) ความว่า

“การละหมาดจะไม่เป็นที่ยอมรับ หากปราศจากความสะอาด ผู้ศรัทธาย่อมไม่ปล่อยให้ร่างกายสกปรก”

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

### (2) โภชนาการในอิสลาม

ศาสนาอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องโภชนาการเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากโภชนาการนั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง หลักการพื้นฐานในเรื่องโภชนาการ คือ การเลือกอาหารที่ดี มีคุณค่าสูง การทำความสะอาดอาหาร การทำความสะอาดก่อนบริโภคและการเตรียมอาหาร

ศาสนาอิสลามห้ามบริโภคสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายและในทางตรงกันข้ามอิสลามสั่งให้บริโภคสิ่งที่ดีๆ ที่อัลลอฮ์ (ซุบฮานฯ) เตรียมไว้แล้ว ทั้งที่อยู่บนบกและในทะเลซึ่งมีเป็นจำนวนมากมหาศาล

คัมภีร์อัลกุรอาน ได้ระบุเกี่ยวกับการบริโภคอาหารไว้ ตามซูเราะฮ์ที่ 2 (อัลบะกอรอฮ์) อายะฮ์ ที่ 168 ความว่า

“โอ้มวลมนุษย! พวกเจ้าจงบริโภคจากสิ่งที่มีอยู่ในพื้นภพเกิดเฉพาะสิ่งที่อนุมัติ อีกทั้งที่มีคุณประโยชน์เท่านั้น และเจ้าทั้งหลายอย่าได้เดินตามทางมารร้าย เพราะมันเป็นศัตรูอันชัดเจน”

ซูเราะฮ์ ที่ 5 (อัลมาอิดะฮ์) อายะฮ์ ที่ 3 ความว่า

“แท้จริง เป็นสิ่งที่ต้องห้ามสำหรับสุเจ้าบริโภคสัตว์ตายเอง เลือดเนื้อสุกรและสัตว์ที่เชือดรัดตายที่ถูกตีจนตาย ที่พลัดตกจากที่สูง ชนกันตาย ที่สัตว์ป่าดุร้ายจับกิน ยกเว้นที่สุเจ้าเชือดทัน และสัตว์ที่ฆ่าบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ด้วย”

### (3) การสูบบุหรี่

บุหรี่ไม่มีปรากฏในสมัยของท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) แต่ในอิสลามได้มีตัวบทชัดเจนมากมายที่ระบุครอบคลุมถึงการห้ามสิ่งที่เป็นอันตราย หรือสิ่งที่จะก่อความเดือดร้อนแก่ผู้อื่นหรือสิ่งทำความเสียหายแก่ทรัพย์สิน (อิสลามกับยาเสพติด, 2536: 159-162)

อัลลอฮ์ (ซุบฮาน) ได้กล่าวไว้ว่า

“และเขา นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) อนุมัติแก่พวกเขา ซึ่งสิ่งที่ดีงามต่างๆและห้ามซึ่งสิ่งที่น่ารังเกียจ”

บุหรี่เป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ มีอันตราย และมีกลิ่นเหม็น จึงเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ

นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ได้กล่าวไว้ว่า

“ผู้ใดกลืนสารพิษแล้วฆ่าชีวิตตนเอง ในวันกิยามะฮ์ หรือวันแห่งการพิพากษา สารพิษนั้นจะปรากฏในมือเขา แล้วเขาจะกลืนสารพิษนั้นในนรกตลอดไป”

บุหรินั้นมีสารนิโคติน ซึ่งสามารถฆ่าชีวิตผู้สูบบ่อยครั้งอย่างช้าๆ ผู้ที่สูบบุหรี่นี้จะได้รับการลงโทษเช่นกัน

### (4) การดื่มสุรา

เครื่องดื่ม ซึ่งเป็นที่ต้องห้ามของมุสลิม คือ สิ่งที่ทำให้มึนเมาทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นเมามาก เมาน้อยก็ตาม ฉะนั้น เหล้า เบียร์ น้ำผลไม้ที่เจือบรัณดี อาหารที่เจือด้วยของเหล่านี้ เป็นที่ต้องห้ามแก่มุสลิมชายและหญิงทุกคน (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2524: 417,457-458)

นบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) ได้กล่าวไว้ว่า

“ทุกสิ่งที่ทำให้มึนเมา เป็นสิ่งที่ปกปิดสติปัญญา และทุกสิ่งที่ทำให้มึนเมา เป็นสิ่งที่ต้องห้าม”

“บุคคลที่ศรัทธาต่อองค์อัลลอฮ์ (ซุบฮาน) และวันสิ้นโลกแล้ว จงอย่าร่วมสำรับที่มีสุรา”



### (5) การพักผ่อน

การพักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพของมนุษย์ ศาสนาอิสลามจึงได้กำหนดให้มีการพักผ่อนในรูปแบบต่างๆทั้งกายและใจ

การพักผ่อนลักษณะแรก คือ การพักผ่อนในลักษณะอิบาดะฮ์ หรือการปฏิบัติเพื่อการจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ตามรูปแบบที่ศาสนากำหนด เช่นการละหมาดและการถือศีลอด

อิริยาบถของการละหมาदनั้น เป็นการปฏิบัติที่เน้นทั้งกายและใจ ตั้งแต่ต้นจนจบ เช่น การยืน ไค้ งั่ง และกราบ(ซุญุด) ล้วนแต่เป็นท่าหลักหรือพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ในด้านสุขภาพนั้นการที่มนุษย์ได้อยู่ในอิริยาบถนั้นหรือเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอิริยาบถตามขั้นตอนของการละหมาดแล้วก็สามารถที่จะช่วยในกระบวนการกายภาพบำบัดภายในตัว

ส่วนสภาพทางจิตใจนั้น ตลอดระยะเวลาของการละหมาดจะต้องมีจิตใจจดจ่อกับการเคารพและระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) เป็นการเสริมสร้างสมาธิและผลพลอยได้ ก็คือ จะทำให้จิตใจมีความเข้มแข็งและสุขสงบ ทำให้คนมีความนอบน้อมต่อมตน

ช่วงเวลาของการละหมาด ที่แบ่งออกเป็น 5 ช่วงนั้น เพื่อให้มนุษย์ได้พักผ่อนทั้งกายและใจ จะได้ผ่อนคลายความเครียด เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับชีวิตในแต่ละช่วงของเวลา

การพักผ่อนในลักษณะที่สอง คือ การถือศีลอด ซึ่งนอกจากกระทำให้แสดงออกถึงความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) แล้วยังมีผลต่อสุขภาพและอนามัยในแง่ของการพักผ่อนอีกด้วย หลังจากที่มีมนุษย์ทำงานหนักมาตลอดทั้งปีก็ควรจะมีการพักผ่อนเป็นเวลาหนึ่งเดือนในลักษณะต่อไปนี้

1) พยายามควบคุมสติอารมณ์ให้มากที่สุดเพื่อทำลายความเครียด โดยการไม่กระทำหรือคิดในสิ่งที่ให้ความรู้สึกสับสน โกรธแค้น อิจฉาริษยา โกรธ หลง เป็นต้น

2) พยายามระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ตลอดเวลา เพื่อจิตใจจะได้สงบ ไม่ฟุ้งซ่าน มีจิตใจมั่นคง นอบน้อมต่อมตน

3) ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มในเวลากลางวัน เพื่อให้เกิดความอดทนและพักผ่อนระบบการย่อยอาหารที่ต้องทำงานหนักมาทั้งปี

การถือศีลอดที่ได้กล่าวมานี้ เป็นการถือศีลอดภาคบังคับที่ต้องปฏิบัติปีละ 1 ครั้ง ตลอดหนึ่งเดือนของเดือนรอมฎอน (เป็นเดือนหนึ่งในสิบสองเดือนของอิสลาม)

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

“พระองค์เป็นผู้ทรงบันดาลกลางคืนแก่พวกเจ้า เพื่อพวกเจ้าจะพักผ่อนในเวลานั้นและดลบันดาลรางวัลให้แจ่มกระจ่าง แท้จริงนั้นเป็นสัญลักษณ์ต่างๆสำหรับกลุ่มชนที่ได้ยิน”

#### (6) การกีฬาและการออกกำลังกาย

ศาสนาอิสลามสนับสนุนเรื่องการออกกำลังกาย แม้แต่อิริยาบถของการปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน ก็เป็นท่าของการออกกำลังกายง่ายๆ เหมาะสมกับทุกเพศทุกวัย เช่น ท่ายืน ยกมือ ไค่งเอย กราบ นั่งพัก และหันหน้าไปทางขวาและซ้าย ทำซ้ำกันหลายๆครั้ง นอกจากนี้ยังมีหลักฐานว่า นบีมุฮัมมัด(ศ็อลฯ) เคยออกกำลังกาย ด้วยการวิ่งแข่งกับภรรยาของท่าน ท่านให้ออกกำลังกาย ด้วยการสอนลูกให้ว่ายน้ำ ยิงธนู และในสมัยท่านได้มีการแข่งขันกีฬา เช่น แข่งม้า แข่งอูฐ เป็นต้น (มานี ชูไทย, 2544: 341)

#### (7) การรักษาสุขภาพจิต

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

นอกจากนี้ ศาสนาอิสลามยังได้กำหนดให้มีความศรัทธาต่อกฎกำหนดสภาวะการณ์หรือระเบียบอันรัดกุมที่พระผู้เป็นเจ้าได้กำหนดไว้แก่โลกแก่มนุษยชาติ ซึ่งมีทั้งที่เกิดขึ้นที่เราหลีกเลี่ยงไม่ได้และมีทั้งที่เป็นไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลที่ผูกพันกับสติปัญญาของมนุษย์ที่อัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ประทานมา ความศรัทธาในเรื่องนี้ จะสามารถจัดการความเครียดและสร้างความเชื่อมั่นในการที่จะดำรงชีวิตต่อไป

#### (8) พฤติกรรมทางเพศ

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

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



ปฏิบัติของศาสนาอิสลามที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การปฏิญาณตน การละหมาด และการถือศีลอด นอกจากนี้การศรัทธาต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ยังเป็นวิธีการบังคับจิตใจให้มนุษย์มีคุณธรรม อันมีผลต่อการสกัดกั้นปัญหาสังคม ซึ่งหมายถึงการประเวณีนอกสมรสด้วย

8.2) ศาสนาอิสลามได้กำหนดโทษแก่ผู้ที่ละเมิดประเวณีอย่างชัดเจน และรุนแรง เทียบเท่ากับการฆ่าคนโดยเจตนา ทั้งนี้เพื่อให้มุสลิมหลีกเลี่ยงจากการผิดประเวณีนอกสมรส และรักษาร่วมเพศแบบวิปริตวิถิตถาร เช่น การรักร่วมเพศหรือการร่วมเพศทางทวารหนัก ดังคำกล่าวในหะดิษที่รายงานจากอับนุอับบาส ที่ว่า

“ณ อัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) 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 การเต้นรำ การดื่มสุราและของมีเมา ยาเสพติด นอกจากนี้ศาสนาอิสลามยังปิดกั้นหนทางซึ่งเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่จะนำไปสู่การประเวณีนอกสมรส แม้จะเป็นเพียงเล็กน้อยก็ตาม ซึ่งการกระทำเหล่านั้นมีมากมาย และมุสลิมควรป้องกันตั้งแต่ต้นเหตุ เช่น

8.4.1) การสบตาเพศตรงข้ามด้วยความปรารถนา เพราะดวงตาเป็นกุญแจไปสู่ความรู้สึก และการมองอาจเป็นจุดเริ่มต้นของการผิดประเวณี ดังกวีในยุคเก่าคนหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า

“ทุกกิจการเริ่มต้นด้วยการมอง เพลิงใหญ่ไหม้ไหม้เดียวเพราะดวงไฟ ประกายเดียว” (ยุซุฟ ก็อรรฏอวี, 2539: 199-201) ด้วยเหตุนี้อัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ได้บัญชาชายหญิงมุสลิมให้ลดสายตาลงต่ำ ห้ามสบสายตาทะลุตรงข้ามด้วยสายตาที่สื่อถึงความต้องการทางเพศ พร้อมกันปกป้องส่วนที่ยั่ววนความรู้สึกทางเพศไว้ ทั้งนี้เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงที่ไม่เหมาะสมในขั้นต่อไป



8.4.2) การสัมผัสเพศตรงข้ามที่ไม่เป็นท่อนุมิตินศาสนาอิสลาม เป็นการถูกเนื้อต้องตัวของบุคคลที่มีใช้สามีภรรยา กัน ศาสนาอิสลามห้ามแตะเนื้อต้องตัวกันแม้จะเป็นคู่รักหรือคู่หมั้นกันก็ตาม

8.4.3) การอยู่ตามลำพังกับเพศตรงข้าม ศาสนาอิสลามไม่ส่งเสริมให้หญิงชายที่สามารถแต่งงานกันได้มาอยู่ปะปนกัน และห้ามไม่ให้หญิงชายอยู่ด้วยกันตามลำพังสองต่อสองในที่ลับตาผู้อื่น

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

### (9) การรักษาโรค

อิสลามให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรค เมื่อเกิดโรคแล้วให้รีบรักษา ไม่ให้ปล่อยละเลยให้ตัวเองตกอยู่ในความเสียหายและปล่อยให้ตัวเองอยู่ในสภาพที่สิ้นหวัง และเมื่อต้องมีการรักษาแล้วก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้ และไม่ให้ไปรับการรักษาด้วยเวทมนต์ คาถา

#### 1.3.3.5 การวัดการดูแลสุขภาพตนเอง

การวัดการดูแลสุขภาพ มีผู้ศึกษาการวัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยการศึกษาการดูแลสุขภาพของบุคคล ต้องศึกษาผ่านทางการแสดงพฤติกรรมสุขภาพดังนี้ (รัชณี 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 พฤติกรรมการเดินทาง การขับรถ การสูบบุหรี่ สุขนิสัย การรับภูมิคุ้มกันโรค การดูแลฟัน การตรวจสุขภาพประจำปี การรับการทดสอบการเป็นโรคในห้องปฏิบัติการ การใช้เข็มขัดนิรภัย การกิน และการออกกำลังกาย

Walsh (1985: 353-356) วัดพฤติกรรมสุขภาพ โดยแบ่งเป็นพฤติกรรมเฉพาะ 6 ด้าน ได้แก่ การกิน การออกกำลังกาย การเข้ายา และการหลีกเลี่ยงจากการเสพยาที่ไม่มียาประโยชน์ 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 การจัดการความเครียด การบรรลุเป้าหมายในชีวิต จุดมุ่งหมายในชีวิต การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การควบคุมสภาวะแวดล้อม และการใช้ระบบบริการทางสุขภาพ

นอกจากนี้กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข (กองสุขศึกษา, 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)ปรุงและกินอาหารให้ถูกสุขลักษณะและสุกเสมอ
- (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 งดการสำส่อนทางเพศและมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

#### 6. สร้างความสัมพันธ์ในครอบครัวให้อบอุ่น

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

#### 7. ป้องกันอุบัติเหตุด้วยการไม่ประมาท

- (1) ระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุภายในบ้าน เช่น ไฟฟ้า เต้าแก๊สของมีคม จดรูปเทียนบูชาพระ ไม่ขีดไฟ เป็นต้น
- (2) ระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุในที่สาธารณะ เช่น ปฏิบัติตามกฎหมายแห่งความปลอดภัยจากการจราจรทางบก ทางน้ำ ป้องกันอันตรายจากโรงฝึกงาน ห้องปฏิบัติการ เขตก่อสร้าง หลีกเลี่ยงการชุมนุมห้อมล้อมในขณะเกิดอุบัติเหตุ



## 8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพประจำปี

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

## 9. ทำจิตใจให้ร่าเริงแจ่มใสอยู่เสมอ

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

## 10. มีสำนึกต่อส่วนรวม ร่วมสร้างสรรค์สังคม

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

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

มุสลิม จากการเปลี่ยนแปลงในทุกๆ ด้านของวัยรุ่น จะพบว่า วัยรุ่นมีการเปลี่ยนแปลงในระบบการดูแลสุขภาพตนเอง เนื่องมาจากมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านพัฒนาการของวัยรุ่น ทั้งทางด้านร่างกาย และอารมณ์ ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงตามภาวะของสุขภาพของวัยรุ่นที่จะมีผลต่อพัฒนาการของตนเอง ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองจะแตกต่างไปตามระยะพัฒนาการของแต่ละบุคคลตั้งแต่วัยเด็ก จนถึงวัยรุ่นใหญ่ ถึงแม้ว่าประชากรวัยรุ่นทั้งหลายนั้นมีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการดังกล่าว ในทำนองเดียวกันกับวัยรุ่นมุสลิมที่มีปัจจัยทางศาสนาและวัฒนธรรม ซึ่งเข้ามาเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตด้วย ดังนั้น วัยรุ่นมุสลิม จะต้องมีการปรับเปลี่ยนในการดูแลสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตน ที่จะส่งผลต่อสุขภาพของนักเรียนวัยรุ่นมุสลิมโดยตรง สอดคล้องกับสังคมและวัฒนธรรมของวัยรุ่นมุสลิม โดยมีการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ดังนี้

(1) การบริโภคอาหารและยา คือ รับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่แต่ละหมู่ให้มีความหลากหลาย รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ รับประทานอาหารเช้าในขนาดพอเหมาะ รับประทานอาหารน้ำตาลต่ำพอควร รับประทานอาหารที่มีเส้นใยอาหารอย่างสม่ำเสมอ รับประทานปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วลิสงแห้ง เป็นประจำ ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย กินอาหารที่มีไขมันต่ำพอควร กินอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน ลดปริมาณการบริโภคเกลือ และอาหารที่มีโซเดียม รับประทานอาหารที่มีส่วนป้องกันมะเร็ง เมื่อมีอาการเจ็บป่วยควรใช้ยาตามแพทย์สั่ง รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น (กฤติยา จันทรหอม, 2542: 17) และในศาสนาอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องโภชนาการเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากโภชนาการนั้นมีอิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง หลักการพื้นฐานในเรื่องโภชนาการ คือ การเลือกอาหารที่ดี มีคุณค่าสูง และอาหารที่เป็นสิ่งที่ต้องห้ามของมุสลิมคือ สัตว์ที่ตายในอาการต่างๆ คือตายเอง เลือด สุกรหรือหมู สัตว์ที่ถูกฆ่าจากจุดประสงค์เพื่อบูชาหรือเคารพ สัตว์ที่เชือดโดยไม่ระบูนามของพระเจ้าอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) และห้ามกินสัตว์ที่มีเขี้ยวเล็บต่างๆ สัตว์เลื้อยคลาน เป็นต้น (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2524: 409-416)

(2) การสูบบุหรี่ จัดเป็นสารเสพติดที่ถูกกฎหมายชนิดหนึ่งที่ทำให้โทษ และก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและร่างกายของผู้สูบ ประกอบกับบุหรี่มีสารนิโคตินเป็นส่วนประกอบ ซึ่งวงการแพทยนานาชาติ ถือว่าเป็นสารเสพติด อีกทั้งนิโคตินเป็นตัวการที่ทำให้ผู้สูบบุหรี่ติดบุหรี่ และหันกลับไปสูบบุหรี่อีกจนทำให้เพิ่มปริมาณการสูบบุหรี่ขึ้นเรื่อยๆ และที่สำคัญในบุหรี่มีสาร 43 ชนิดที่เป็นสารก่อมะเร็ง ที่ก่อให้เกิดโรคต่างๆ เช่น โรคมะเร็งในปอด โรคหัวใจ โรคไตและอวัยวะของระบบทางเดินปัสสาวะ เป็นต้น ดังนั้นบุหรี่ จึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่, 2553: ออนไลน์) สำหรับในศาสนาอิสลามได้ระบุครอบคลุมถึงการห้ามสิ่งที่เป็นอันตราย หรือสิ่งที่จะก่อความ



เดือดร้อนแก่ผู้อื่นหรือสิ่งที่ทำความเสียหายแก่ทรัพย์สิน ดังนั้นบุหรี่ย่อมเป็นสิ่งที่น่ารังเกียจ มีอันตรายต่อชีวิตและคนรอบข้าง (อิสลามกับยาเสพติด, 2536: 159-162)

(3) **การดื่มสุรา** จัดเป็นสารเสพติดชนิดหนึ่งที่ทำให้โทษและก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพและร่างกายของผู้บริโภค ประกอบกับสุรามีฤทธิ์กดประสาท เมื่อเสพเข้าไปในปริมาณมากๆ จะทำให้เกิดอาการมึนงง จนไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ดังนั้นสุรา จึงเป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยง (อาภาศิริวงศ์ ณ อยุธยา, 2537: 3; เทพินทร์ พัทธนาภิรักษ์, 2541: 21-23; ไสรัตน์ กลับลีลา, 2541: 30) สำหรับในศาสนาอิสลามเครื่องดื่ม ซึ่งเป็นที่ห้ามของมุสลิม คือ สิ่งที่ทำให้มีเมามากทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็นเมามาก เมาน้อยก็ตาม ฉะนั้น เหล้า เบียร์ น้ำผลไม้ที่เจือปนแอลกอฮอล์ 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 ขณะออกกำลังกายต้องปล่อยจิตใจให้ว่างเฉย อย่าคิดถึงเรื่องงาน หรือเรื่องไม่สบายใจ การออกกำลังกายในตอนเช้าดีที่สุด เพราะจะได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ และได้แสงแดดตอนเช้าซึ่งมีรังสีอัลตราไวโอเลต และห้ามออกกำลังกายหลังรับประทานอาหารอย่างน้อย 4 ชั่วโมง (กรมสุขภาพจิต, 2540: 5) และในทางศาสนาอิสลามในส่วนของภรรยา หมายความว่าห้ามการออกกำลังกายอีกด้วย

(5) **การพักผ่อนร่างกายและจิตใจ** ต้องการพักผ่อนเพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด ลดความเมื่อยล้าของร่างกายที่เกิดจากการทำงาน การพักผ่อนกระทำได้หลายวิธี ได้แก่ การเปลี่ยนอิริยาบถการดูรายการโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การทำงานอดิเรกต่างๆ การพักผ่อนที่ดีที่สุด คือ การนอนหลับวันละ 6-8 ชั่วโมง เพราะทุกส่วนของร่างกายได้พัก (หวานใจ ขาวพัฒนวรรณ, 2543: 28) เช่นเดียวกับศาสนาอิสลามที่ให้ความสำคัญกับการพักผ่อนนอนหลับของมนุษย์ และในทางศาสนาอิสลาม ยังให้ความสำคัญกับการพักผ่อนในลักษณะอิบาดะฮ์ หรือการปฏิบัติเพื่อการจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาน) 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 สภาพการณ์ที่บุคคลต้องแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการลดความต้องการภายนอก บุคคลจะค้นหาวิธีการที่จะขจัดสภาพการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การเปลี่ยนแปลงวิธีการไปสู่เป้าหมาย การตัดสินใจว่าอะไรสำคัญ เป็นอันดับแรกที่ต้องเลือกทำก่อน การจัดสรรเวลา การมีความกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น การกระทำให้บางสิ่งบางอย่างเพื่อลดความต้องการภายใน หมายถึง การใช้เวลาในการผ่อนคลายของร่างกาย การปรับเปลี่ยนลักษณะการคิดที่ไม่เป็นประโยชน์ การปลดปล่อยอารมณ์ที่เก็บกดไว้ การพยายามเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล ผลของการตอบสนองต่อความเครียดที่เหมาะสม จะมีผลดีในระยะยาว ความเครียดจะลดลงได้ด้วยความพยายามของบุคคลนั่นเอง ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากยิ่งขึ้น การพัฒนาทักษะในการแก้ไขปัญหาก็ทำให้มีสุขภาพดีขึ้น เป็นการเพิ่มภูมิคุ้มกันของบุคคลที่มีต่อความเครียดในอนาคต 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 ความวิตกกังวลก่อให้เกิดความไม่แน่ใจและความไม่แน่ใจก็ยิ่งทำให้มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พฤติกรรมที่เกิดขึ้นจะมี

ลักษณะของอาการหลักหนีต่อสภาพการณ์ ซึ่งก่อให้เกิดความวิตกกังวล จะปลื้งตัวออกไปจากสังคม ก้าวร้าว กินเหล้ามากขึ้น ใช้จ่ายระดับประสาธแบบผิดๆ ติดยา มีปัญหา ในที่สุดก็กลายเป็นคนป่วย ผลในระยะยาว คือ การสูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง และพัฒนาไปสู่ปัญหาที่สอง เช่น ความวิตกกังวลแบบกลัวอย่างรุนแรง การที่ต้องพึ่งพาอาศัย การติดสุรา ติดยา ติดบุหรี่ ต้องพบกับความเจ็บป่วยและมีอาการซึมเศร้า แต่ละคนจะมีการแก้ปัญหาที่แตกต่างกันไป เช่น แก้ปัญหาแบบวู่วาม การหนีปัญหา การตำหนิตนเอง การโยนความผิดให้ผู้อื่น (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป: 28) การหาเหตุผลมาลบล้าง การดำเนินิตีเยนผู้อื่น และการพูดวกไปวนมา (เนงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, 2539: 25-27) การรักษาสุขภาพจิตใจตามหลักศาสนาอิสลาม คือการป้องกันหรือการจัดความเครียดทางประสาธ ซึ่งเกี่ยวกับการละหมาด การระลึกถึงอัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) การถือศีลอด การเสียสละเพื่ออัลลอฮ์ (ซุบฮาฯ) ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ความอดทน ความนอบน้อม ความสงบและสามารถเผชิญกับความยากลำบาก การทดสอบ อุปธิเหตุและความเจ็บไข้ได้ป่วย อิสลามห้ามอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังและฆ่าตัวตาย แต่ให้มนุษย์มีความร่วมมือกัน มีความเห็นอกเห็นใจกันเพื่อจะได้แบ่งเบาภาระในชีวิต

(7) **พฤติกรรมทางเพศ** คือ พฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะโรคเอดส์ ได้แก่ การเที่ยวสถานเริงรมย์ การอ่านหนังสือกระตุ้นอารมณ์ทางเพศ การจับมือถือแขน การกอดจูบ การอยู่ตามลำพังสองต่อสองกับเพศตรงข้าม การแตะต้องสัมผัสร่างกายกับเพศตรงข้ามในเชิงขู้สาว 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 ภูมิภาวะ ความต้องการ เจตคติ ความเชื่อค่านิยม ความสนใจ การจูงใจ ความคับข้องใจ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้ มีอิทธิพลอย่างมากต่อพฤติกรรมส่วนบุคคล



(2) องค์ประกอบด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อสุขภาพได้แก่ ครอบครัวกลุ่มบุคคลในสังคม สถานภาพทางสังคม วัฒนธรรม และศาสนา ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ การพัฒนาความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติตนทางสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น ดังต่อไปนี้

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

2.2) กลุ่มบุคคลในสังคม อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้มาก โดยในกลุ่มเด็กที่มีอายุรุ่นราวคราวเดียวกันมักจะมีความคิด ความเชื่อและการปฏิบัติคล้ายๆ กัน 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 ห้ามหญิงตั้งครรภ์นั่งบนชั้นบันได หรือห้ามหญิงมีครรภ์ดูการฆ่าสัตว์ เป็นต้น

2.5) ศาสนา ศาสนามีอิทธิพลอย่างมากต่อการดำเนินชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนอย่างมากและมีผลต่อสุขภาพประชาชนด้วยเช่นกัน คำสอนในพระพุทธศาสนาที่กล่าวถึงการรับประทานอาหารแต่พอควรไม่ให้น้อยเกินไปหรืออึดเกินไป 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 และประชาชนที่มีการศึกษาต่ำมักจะมีความรู้เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ประชาชนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีความรู้ เจตคติและการปฏิบัติทางสุขภาพถูกต้องกว่าผู้ที่ได้รับการศึกษาต่ำ

(5) องค์ประกอบทางการเมือง ที่มีผลต่อสุขภาพ นโยบายทางการเมืองของประเทศ ไทย มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ทั้งทางด้านความรู้ เจตคติและการปฏิบัติ เพราะนโยบายของประเทศจะชี้ให้เห็นถึงจำนวนและความเพียงพอของการบริการการรักษาพยาบาล กิจกรรมการสุขศึกษาที่จัดให้กับประชาชน 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



### 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

- สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว
- 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 – แอดติจ์ และคณะ ได้บรรจุตัวกำหนดดังกล่าวในปัจจัยด้านจิตวิทยา ว่าเป็นตัวกำหนดระดับบุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

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

เจตคติ (Attitude) หมายถึง การที่บุคคลประเมินสิ่งใดในลักษณะความชอบหรือไม่ชอบ เจตคติจะรวมความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อว่าสิ่งนั้นมีประโยชน์หรือโทษไว้ด้วย

เจตคติของบุคคลต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดนั้นจะประกอบไปด้วยองค์ประกอบ 3 ประการด้วยกัน คือ

1) ความรู้เชิงประมาณค่า (Cognitive component) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้เกี่ยวกับวัตถุสิ่งของหรือเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งนั้นๆ ว่าดีหรือเลว มีประโยชน์หรือโทษสูงต่ำเพียงใด และความรู้เชิงประมาณค่านี้นี้ 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 ถ้าบุคคลมีความรู้สึกว่าสิ่งนั้นมีโทษ 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 และมีความมุ่งมั่นกระทำพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งประกอบด้วย องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ ความรู้เชิงประเมินค่าว่ามีประโยชน์หรือโทษ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ และความพร้อมที่จะกระทำให้เป็นไปตามความคิดและความรู้สึกในการดูแลสุขภาพตนเองของ นักเรียนชายและหญิงที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองทั้งในแง่บวกและลบ

สำหรับ แนวคิดเกี่ยวกับ **ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจบังเอิญด้านสุขภาพ** ซึ่งเบเนจยา ยอดดำเนิน – แอ็ดติงก์ และคณะ ได้บรรจุตัวกำหนดดังกล่าวในปัจจัยด้านจิตวิทยา ว่าเป็นตัวกำหนดระดับ บุคคล ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเช่นเดียวกัน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

Rotter (1966: 1 อ้างถึงในศิริพร สถิตยธาวรร, 2540: 47) ได้กล่าวว่า ความเชื่อมีอิทธิพล ต่อการแสวงหาพฤติกรรมของบุคคล เมื่อบุคคลใดมีความเชื่ออย่างใด ความเชื่อนั้นจะเป็นตัว กำหนดให้บุคคลประพฤติปฏิบัติตามสิ่งที่ตนเชื่อ โดยทั้งๆที่บางครั้งความเชื่อนั้นไม่อยู่บนพื้นฐาน ของความเป็นจริงก็ตาม การที่บุคคลมีพฤติกรรมต่างกันออกไปนั้น เนื่องมาจากความรู้สึกนึกคิด และความเชื่อของแต่ละบุคคล ซึ่งมีอำนาจควบคุมตนเองให้ปฏิบัติในลักษณะที่แตกต่างกันออกไป

แนวคิดความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตนนั้น เป็นแนวคิดที่ ได้รับการพัฒนาการมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) โดย Rotter (1966: 2 อ้างถึงในวิลาลินี แฝ่วชนะ, 2541: 36) ได้สรุปลักษณะความเชื่ออำนาจภายในตนและ ความเชื่ออำนาจภายนอกตนว่า

- 1) ความเชื่ออำนาจภายในตน เป็นการรับรู้เหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเองว่า เป็นผลมาจากการกระทำหรือความสามารถของตนเอง ที่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น
- 2) ความเชื่ออำนาจภายนอกตน เป็นการรับรู้ว่าเหตุการณ์หรือสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง เป็นผลมาจากอิทธิพลของอำนาจภายนอกที่ไม่สามารถควบคุมได้ เช่น โชคชะตา เคราะห์กรรม อำนาจเหนือธรรมชาติและอำนาจผู้อื่น เป็นต้น ผู้ที่มีความเชื่อประเภทนี้จะมี ความคิดว่าตนเองไม่สามารถควบคุมเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น

สำหรับการประเมินความเชื่ออำนาจภายในตนและความเชื่ออำนาจภายนอกตน ได้มีการ พัฒนาขึ้นตามลำดับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1957 จนกระทั่งปี ค.ศ.1966 ได้ดัดแปลงใหม่ เรียกเครื่องมือนี้ ว่า I-E Scale (Internal-External Locus of Control) เป็นการวัดมิติเดียว ซึ่งแบ่งความเชื่อ ออกเป็น 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 หรือโชคร้ายที่ไม่อาจควบคุมได้

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 ได้แก่นแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของคนไทยที่สรุปว่ามีตัวกำหนด (Common determinants) ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพอนามัยในด้านต่างๆ สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิมในโรงเรียนมัธยมศึกษาที่สอนศาสนาอิสลาม กรุงเทพมหานคร



เนื่องจากมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองจะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน โดยเฉพาะตัวแปรระดับบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับชั้นการศึกษา ตัวแปรระดับบุคคลดังกล่าวนี้ จะมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพโดยตรง นอกจากนั้น ผู้วิจัยยังได้นำตัวแปร ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม 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

## แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษา

### ตัวแปรอิสระ

#### ปัจจัยด้านประชากร

- เพศ
- ระดับชั้นการศึกษา
- ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม
- จำนวนสมาชิกในครัวเรือน
- สถานภาพสมรสของผู้ปกครอง

#### ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ

- อาชีพของผู้ปกครอง
- เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน
- รายได้ของครอบครัว

#### ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม

- ผู้ที่นักเรียนพักอาศัยอยู่ด้วย
- ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง
- เขตที่ตั้งของโรงเรียน
- สังกัดของโรงเรียน

#### ปัจจัยด้านจิตวิทยาและวัฒนธรรม

- ความรู้ด้านสุขภาพ
- เจตคติด้านสุขภาพ
- ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ
- ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ
- การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

### ตัวแปรตาม

คะแนนการดูแลสุขภาพตนเอง  
ของวัยรุ่นมุสลิม

ที่มา: ปรับจากประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526:185-186) และเบญจา 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 ภูห่องไสย (2541: 140) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยนักเรียนหญิงมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนชาย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสมหมาย สุพรรณภพ (2541: 51) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านสุขภาพของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 โดยนักเรียนหญิงมีสัดส่วนของผู้ที่มีคะแนนพฤติกรรมด้านสุขภาพในระดับสูงกว่านักเรียนชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของธัญญา ดีปานวงศ์ (2541: 76) พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมด้านปฏิบัติของนักเรียน ตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540-2544) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนหญิงมีพฤติกรรมด้านการปฏิบัติตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขฉบับที่ 8 (2540-2544) สูงกว่านักเรียนชาย และการศึกษาของสุกัญญา ไผทโสภณ (2540: 47) พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยเพศหญิงมีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่าเพศชาย

ในทางตรงกันข้ามงานศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 74) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมปีที่ 3 ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนชาย มีคะแนนการดูแลสุขภาพสูงกว่านักเรียนหญิง และจากการศึกษาของนวรรตน์ จิรโคภิน (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 สุรวิรัตน์ รุ่งเรืองและสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2549: 42) พบว่า นักเรียนที่เรียนระดับชั้นปีที่ 1 ระดับชั้นปีที่ 2 ระดับชั้นปีที่ 3 ระดับชั้นปีที่ 4 และระดับชั้นปีที่ 5 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักศึกษาที่มีระดับชั้นการศึกษาสูง มีคะแนนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสูงกว่านักศึกษาที่ระดับชั้นการศึกษาต่ำ ในทำนองเดียวกันกับงานวิจัยของถนอมวรรณ อยู่ข้า (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 จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีระดับชั้นการศึกษาดำกว่า

### 3) ผลการเรียนรู้เฉลี่ยสะสม

ผลการเรียนเฉลี่ยสะสม จะแสดงถึงสติปัญญาของนักเรียน ที่สามารถนำความรู้ต่างๆจากการเรียนมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันและมีการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสม โดยที่นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยที่แตกต่างกัน จึงน่าจะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันด้วย

จากผลการศึกษาของถนอมวรรณ อยู่ขำ (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 นักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนในระดับสูงและปานกลางมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการป้องกันการเสพยาเสพติดดีกว่านักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระดับต่ำและการศึกษาของสดดี ภูทองไสย (2541: 143) พบว่า ผลการเรียนรู้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 โดยนักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสูงกว่า มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยต่ำกว่า

ผลการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงสรุปได้ว่าผลการเรียนเฉลี่ยสะสม มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีผลการเรียนเฉลี่ยสะสมต่ำกว่า



#### 4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนของนักเรียน เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน เนื่องจากครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยจะมีศักยภาพในการจัดหาอาหารและสนับสนุนด้านอุปกรณ์ที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย ได้เพียงพอว่าครัวเรือนที่มีสมาชิกมาก อีกทั้งถ้าครัวเรือนมีสมาชิกน้อยหรือเป็นครัวเรือนที่มีขนาดเล็ก ย่อมทำให้ผู้ปกครองมีโอกาสที่จะดูแลเอาใจใส่สุขภาพของบุตรหลานได้อย่างทั่วถึง

จากการศึกษาของของสิริวรรณ เคนผาผงค์ (2543: 63) พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์เชิงลบกับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05 โดยนักเรียนที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า มีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่กับในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า ในขณะที่การศึกษาของสกุณา บุญนารกร (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 น่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ทั้งนี้ความสัมพันธ์ในครอบครัวระหว่างผู้ปกครองและบุตร บ้านที่ผู้ปกครองรักใคร่กันย่อมทำให้บ้านมีความสุข หากครอบครัวมีความสุข ก็ย่อมทำให้บุตรมีความสุขและมีความมั่นคงทางด้านร่างกายและจิตใจ มีแนวโน้มที่จะมีการดูแลสุขภาพที่ดีได้ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข รวมทั้งความใกล้ชิดระหว่างผู้ปกครองและบุตร เป็นสื่อให้เกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว ในทางตรงกันข้ามหากครอบครัวใดมีปัญหา คือ

ผู้ปกครองแยกทางกัน ก็จะทำให้บุตร ไม่ได้รับการเอาใจใส่เท่าที่ควร ส่งผลให้มีการดูแลสุขภาพที่เป็นปัญหาต่างๆตามมาได้ ดังนั้น สถานภาพสมรสของผู้ปกครองที่แตกต่างกันของนักเรียน อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่แตกต่างกันด้วย

จากการศึกษาของ นวรัตน์ จิรโคภิน (2549: 64) พบว่า นักศึกษาที่หัวหน้าครัวเรือนอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส ทำให้ทั้งคู่มีโอกาสสร้างสัมพันธภาพที่ดีภายในบ้าน และมีเวลาให้กับนักศึกษา มากกว่า สามารถให้คำแนะนำช่วยเหลือนักศึกษาในด้านต่างๆรวมถึงการดูแลสุขภาพได้ดีกว่า 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 และการศึกษาของนวัรัตน์ จิรโคภิน (2549: 62-63) พบว่าอาชีพของหัวหน้าครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาที่มีหัวหน้าครัวเรือนประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักศึกษาที่มีหัวหน้าครัวเรือนประกอบอาชีพอื่น ในขณะที่การศึกษาของกรรณิการ์ ตั้งสกุล (2540: 151) กลับพบว่า อาชีพบิดาและมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของสกุณา บุญนารกร (2541: 73) ที่พบว่าอาชีพบิดาและมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนด้านสุขภาพของนักเรียน

ผลจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่บทวนมาถึงแม้จะไม่สอดคล้องกัน อย่างไรก็ตามผู้วิจัยคาดว่า อาชีพผู้ปกครองน่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน โดยเฉพาะนักเรียนที่มีผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ น่าจะมีโอกาสในการรับรู้สิ่งใหม่ๆ รับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านต่างๆ เช่น การรับข้อมูลด้านสุขภาพเร็วกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพอื่น

#### 7) เงินใช้จ่ายที่ได้รับของนักเรียน

สภาพทางเศรษฐกิจเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ดี ดังนั้นนักเรียนที่มีเงินใช้จ่ายที่ได้รับแตกต่างกัน น่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันด้วย

จากการศึกษาของอรุณ อบเชย (2548: 94) พบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มตัวอย่าง โดยประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่ามีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาของปิยวรรณ คำพรรณ (2542: 79) พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยสูงกว่ามีคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าประชาชนที่มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี ผิวทอง (2546: 94) พบว่า ค่าใช้จ่ายรายเดือนของนักศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจะตรงกันข้ามกับการศึกษาของนวัรัตน์ 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 เพราะผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี ย่อมมีโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่มีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ ตลอดจนการเข้าถึงการบริการได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งการจัดหาเครื่องใช้ต่างๆ เพื่ออำนวยความสะดวกในการดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้น รายได้ของครอบครัวที่แตกต่างกัน น่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่แตกต่างกันด้วย

จากการศึกษาของสุรวิรัตน์ รุ่งเรืองและสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2549: 43) พบว่า รายได้รวมของครอบครัว มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 62) พบว่า รายได้ของครอบครัวกับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรัชณี ผิวทอง (2546: 74) พบว่า รายได้ครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพด้านการออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของปิยวรรณ คำพันธุ์ (2542: 107) พบว่า รายได้ครอบครัวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยผู้ที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่า 50,000 บาท มีคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวมสูงกว่ากลุ่มอื่น และการศึกษาของกิริยา ลาภเจริญวงศ์ (2543: 77) ยังพบว่า สตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวมากกว่ามีพฤติกรรมดูแลสุขภาพดีกว่าสตรีกลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาที่ผ่านมาจะเป็นไปในทิศทางเดียวกัน จึงสรุปได้ว่ารายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่านักเรียนที่



อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้สูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีรายได้ต่ำกว่า

#### 9) ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย

ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วย น่าจะมีส่วนสำคัญในการที่จะส่งเสริมการดูแลสุขภาพของนักเรียน เนื่องจากการดูแลเอาใจใส่ของผู้ปกครอง และการควบคุมให้นักเรียนมีการปฏิบัติอย่างจริงจังจนเป็นนิสัยในด้านการดูแลสุขภาพของนักเรียน น่าจะเป็นสิ่งหนึ่งที่จะเป็นการสร้างนิสัยเกี่ยวกับการเอาใจใส่การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนได้

จากการศึกษาของสุรพงศ์ คล้ายเกตุ (2550: 115) พบว่าผู้ที่นักศึกษาอยู่ด้วยความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยที่นักศึกษาที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักศึกษาที่อาศัยอยู่ตามลำพัง สอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ จิระโคณ (2549 : 58) พบว่าผู้ที่นักศึกษาอาศัยอยู่ด้วยกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักศึกษาที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักศึกษาที่อาศัยอยู่กับบิดาหรือมารดาหรืออาศัยอยู่กับบุคคลอื่นหรืออยู่คนเดียว และการศึกษาของนิลภา จิระรัตนวรรณ (2541: 69-70) พบว่า ผู้ที่นักเรียนอาศัยอยู่ด้วยกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนที่อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา จะมีพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร ด้านสุขภาพจิต และด้านสุขภาพจิตแห่งชาติ 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 ความเข้าใจและพัฒนาตนเองให้ดีขึ้นในทุกๆด้าน นอกจากนี้ระดับการศึกษายังเป็นดัชนีหนึ่งที่ชี้วัดฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมของบุคคลได้ กล่าวคือ ในทางสังคมระดับการศึกษาจะสะท้อนถึงความรู้ ความเข้าใจ เทคนิคและวิทยาการใหม่ๆ การได้รับข่าวสาร การเรียนรู้และการสังสมประสบการณ์ต่างๆ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแนวคิดและมีโลกทัศน์กว้างขึ้น ในทางเศรษฐกิจระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับรายได้ การศึกษาที่สูงขึ้น ทำให้นักบุคคลมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดีและได้ค่าจ้างแรงงานที่สูงขึ้น 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 สุขนันทพงศ์ (2549: 43) ที่พบว่า ระดับการศึกษาของบิดาและระดับการศึกษาของมารดามีผลพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของนวรรตน์ จิรโสภณ (2549: 61-62) กลับพบว่า ระดับการศึกษาของหัวหน้าครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาดังกล่าว แม้ว่าจะไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยคาดว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาที่สูงกว่า จะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีผู้ปกครองมีระดับการศึกษาสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ผู้ปกครองมีระดับการศึกษาดำกว่า





## 11) การรับข้อมูลด้านสุขภาพ

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

จากงานศึกษาของนอร์ตัน จีโรกิน (2549: 68) พบว่า การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักศึกษาที่มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักศึกษาที่มีการเปิดรับข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวรรณ เคนผางค์ (2543: 74) พบว่า การได้รับข่าวสารด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนที่มีคะแนนการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงจะมีระดับการดูแลสุขภาพในระดับสูงว่านักเรียนที่มีคะแนนการได้รับข่าวสารด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์ ตั้งสกุล (2540: 137) สมหมาย สุพรรณภพ (2541: 49 )และอรุณ ออบเชย (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) สังกัดของโรงเรียน

โรงเรียนถือว่ามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาสติปัญญา ทั้งภาคความรู้ ลักษณะนิสัยและทักษะการปฏิบัติ คุณธรรมและจริยธรรมอย่างเป็นระบบ ตลอดจนการจัดกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์โดยตรงกับนักเรียน ดังนั้นนักเรียนที่อยู่ในสังกัดของโรงเรียนที่แตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของนักเรียนที่แตกต่างกันด้วย

จากการทบทวนงานวิจัย ยังไม่พบการศึกษาที่เกี่ยวกับอิทธิพลของสังกัดของโรงเรียน ที่มีต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน แต่ผู้วิจัยคาดว่า สังกัดของโรงเรียน น่าจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ทั้งนี้นโยบายการศึกษาของแต่ละโรงเรียนก็มีความแตกต่างกันที่จะผลักดันให้นักเรียนเรียนรู่วิชาสามัญกับการสอนศาสนาอิสลามที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่าโรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน ที่มีการเรียนการสอนวิชาสามัญควบคู่กับการสอนศาสนาอิสลาม จะมีการนำหลักการทางศาสนามาสอนเพิ่มเติมนอกเหนือจากหลักสูตรกรมสามัญกระทรวงศึกษาธิการ ได้แก่ วิชาจริยธรรม เอกภาพ (เตาฮีด) คัมภีร์อัลกุรอาน วะนะของท่านนบีมุฮัมมัด (ศ็อลฯ) เป็นต้น มาช่วยในการเรียนการสอนตามหลักคำสอนทางศาสนา เนื้อหาการเรียนการสอนก็จะแตกต่างกับโรงเรียนที่สอนวิชาสามัญทั่วไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดสำนักงานศึกษาเอกชน จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ในโรงเรียนสังกัดกรมสามัญศึกษาและสังกัดกรุงเทพมหานคร



#### 14) ความรู้ด้านสุขภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการสร้างพฤติกรรมให้เป็นไปอย่างถูกต้อง รวมถึงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ หากบุคคลขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพก็จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งจะนำมาสู่การเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ ดังนั้นผู้ที่มีความรู้ต่างกัน จึงก่อให้เกิดพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เช่นเดียวกับนักเรียนที่มีความรู้ด้านสุขภาพที่แตกต่างกัน น่าจะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกันด้วย

จากผลการศึกษาของสุรพงศ์ คล้ายเกตุ (2550: 117) เห็นได้ว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวรรตน์ จิรโคภิน (2549: 71) พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพกับพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของจุฬา กุลฉิม (2548: 60) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของสมหมาย สุพรรณภพ (2541: 67) พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และการศึกษาของสุรรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันทพงศ์ (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 มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษาแม้ว่าจะไม่เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แต่ผู้วิจัยคาดว่า ความรู้ด้านสุขภาพ น่าจะส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่านักเรียนที่มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่า

### 15) เจตคติด้านสุขภาพ

เจตคติ เป็นความเชื่อ และความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งเป็นส่วนที่บุคคลแสดงออกด้านการปฏิบัติได้ เจตคติด้านสุขภาพก็เช่นเดียวกัน ถ้านักเรียนมีเจตคติที่ดี ก็ย่อมส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนที่ดีได้ แต่ทางกลับกันหากนักเรียนมีเจตคติที่ไม่ดีเกี่ยวกับสุขภาพ ก็อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมด้านลบที่อาจตามมา

จากผลการศึกษาวิจัยของสุรพงศ์ คล้ายเกตุ (2550: 118) พบว่า เจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของนักศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุรรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ (2549: 42) ที่พบว่า เจตคติเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งทิพย์ ศรพรหมมาศ (2548: 61) ที่พบว่า เจตคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของนักเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ในทำนองเดียวกันกับการศึกษาของจุฬ่า กุลฉิม (2548: 60) ที่พบว่า เจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของสิริวรรณ เคนผาพงศ์ (2543: 74) พบว่า เจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 โดยนักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพสูงกว่าจะมีการดูแลสุขภาพดีกว่า นักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพต่ำกว่า และการศึกษาของนุชระพี สุทธิกุล (2540: 51) พบว่า เจตคติด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ.05

ผลการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า นักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพสูงกว่า จะมีคะแนนการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า นักเรียนที่มีคะแนนเจตคติด้านสุขภาพต่ำกว่า

### 16) ความเชื่ออำนาจในตนด้านสุขภาพ

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



การศึกษาความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ ไม่มีผู้ที่ศึกษาในกลุ่มที่ใกล้เคียงกัน จากผลการศึกษาของจุฬา กุลฉิม (2548: 60) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรวัยแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 สอดคล้องกับการศึกษาของชมภู วิสุทธิเมธีการ (2540: 109) พบว่า ความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยกลางคน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังสอดคล้องกับการศึกษาของวิลาสินี แฝวชนะ (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 แฝวชนะ, 2541: 7-10) โดยการที่นักเรียนมีความเชื่อดังกล่าว อาจช่วยให้มีการแสวงหาแนวทางในการปฏิบัติและมีการดูแลสุขภาพตนเองที่ถูกต้องมากขึ้น

การศึกษาความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ ไม่มีผู้ที่ศึกษาในกลุ่มที่ใกล้เคียงกัน จากผลการศึกษาของจุฬา กุลฉิม (2548: 61) พบว่า ความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวราภรณ์ 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 ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอิสลาม มีผลต่อการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิม แต่พบการศึกษาศาสนาและความเชื่อทางศาสนาและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีผลต่อพฤติกรรมการจัดการความเครียดของนักเรียน จากการศึกษาของ รอฮานี 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

จากผลการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสามารถใช้เป็นแนวทางในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพตนเองของวัยรุ่นมุสลิม โดยมีสมมติฐานหลักและสมมติฐานรองในการศึกษาครั้งนี้ว่า

### สมมติฐานหลัก

นักเรียนที่มีลักษณะด้านประชากร ด้านเศรษฐกิจ ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคม และด้านจิตวิทยา วัฒนธรรม ที่แตกต่างกัน จะมีการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างกัน

### สมมติฐานรอง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประกอบด้วย สมมติฐานรอง ดังนี้

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

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 ศูนย์แผนงานสร้างเสริมสุขภาพะมุสลิมไทย และศูนย์บริการสาธารณสุข ในการวางแผนงานด้านการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิม ในการปรับปรุงพัฒนาและส่งเสริมสนับสนุนเรื่องการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นมุสลิมให้มีสุขภาพที่ดี

1.7.3) เพื่อเป็นแนวทางข้อเสนอแนะเชิงวิชาการในการศึกษากลุ่มวัยรุ่นมุสลิมและงานวิจัยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรนักเรียนในกลุ่มอื่นๆต่อไป