



พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดยะลา

ซูไมยะ เต็งสาแม* มณีรัตน์ อีระวิวัฒน์** สุปรียา ตันสกุล** นิรัตน์ อิมามิ*

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดยะลา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 312 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบโดยเริ่มจากสุ่มอำเภอ ตามด้วยสุ่มมัสยิดที่ตั้งอยู่ในอำเภอที่สุ่มได้ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตามเกณฑ์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติไค-สแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สันผลวิจัยพบว่าผู้นำศาสนาอิสลามส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 33-86 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.7 และการศึกษาด้านศาสนาอยู่ในระดับชานาวิยะห์ ร้อยละ 36.5 ผู้นำศาสนาอิสลามมีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งอยู่ระหว่าง 1-40 ปี โดยเฉลี่ย 11.35 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ

เกษตรกรรม มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 59.0 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ในกลุ่มปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เรื่องโภชนาการกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ในการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ กลุ่มปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชน กลุ่มปัจจัยเสริม ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐบาล บุคคลในครอบครัวและเพื่อนผู้นำศาสนาอิสลาม

คำสำคัญ: พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ, โภชนาการ, ผู้นำศาสนาอิสลาม

* นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาสุขภาพศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของโลก องค์การอนามัยโลกได้ระบุว่าในปี พ.ศ.2554 ทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจำนวน 36 ล้านคน จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 57 ล้านคน คิดเป็นอัตราร้อยละ 63 จากจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด¹ ในประเทศไทยจากรายงานสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2551-2555² พบว่าจำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกโรคอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2555 พบผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 1,009,385 ราย มีอัตราผู้ป่วยสูงสุดเท่ากับ 1,570.6 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือโรคเบาหวานจำนวน 674,826 ราย อัตราผู้ป่วย 1,050.1 ต่อประชากรแสนคน โรคหัวใจขาดเลือดจำนวน 274,753 ราย อัตราผู้ป่วย 427.5 ต่อประชากรแสนคน และโรคหลอดเลือดสมองใหญ่หรืออัมพฤกษ์ อัมพาต จำนวน 227,848 ราย อัตราผู้ป่วย 354.5 ต่อประชากรแสนคน สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น การบริโภคอาหารไขมันสูง ขาดการออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร่วมกับการมีภาวะเสี่ยง ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ³ ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้เป็นปัจจัยที่สามารถควบคุมและป้องกันได้

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นเรื่อง การส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และลดหรือกำจัดปัจจัยเสี่ยงต่างๆ โดยส่งเสริมให้ประชาชนเกิดการรวมกลุ่มเพื่อสร้างเสริมสุขภาพภายใต้นโยบาย 6 อ. ซึ่งได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัยสิ่งแวดล้อม อโรคยา และอบายมุข

โดยเฉพาะเรื่องอาหาร นับเป็นเรื่องที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากถ้าบริโภคอาหารได้ถูกต้องครบตามความต้องการของร่างกายแล้ว จะทำให้ร่างกายเจริญเติบโตเป็นปกติทั้งร่างกายและสติปัญญา⁴

ในจังหวัดยะลา ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม ซึ่งมีวัฒนธรรมในการดำเนินชีวิตมีความแตกต่างกับสังคมทั่วไป ในด้านการบริโภคอาหาร จะเลือกบริโภคเฉพาะอาหารที่อนุมัติตามหลักการอิสลาม⁵ โดยลักษณะอาหารที่นิยมบริโภค ได้แก่ อาหารรสเค็มๆ มันๆ และอาหารทอด เช่น แกงไตปลา น้ำบูดู เนื้อติดมัน โรตีสี่ มะตะบะ รวมถึงการดื่มชาและกาแฟ ซึ่งเป็นวิถีชีวิตที่ปฏิบัติกันมายาวนาน⁶ ศาสนาอิสลามมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตและขนบธรรมเนียมประเพณีของประชาชนอย่างมาก มุสลิมจะยึดมั่นในหลักคำสอนของศาสนาอย่างเคร่งครัด และให้ความสำคัญกับผู้นำศาสนามากกว่าผู้นำในด้านอื่นๆ การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้นำศาสนาอิสลามจึงมีความสำคัญ เนื่องจากผู้นำศาสนาสามารถเป็นแบบอย่างที่ดีและยังมีอิทธิพลต่อศาสนิกชนในการสั่งสอนและแนะนำประชาชนในชุมชนได้ ที่ผ่านมามีการตรวจสอบสุขภาพประจำปีของผู้นำศาสนา ต่างคนต่างไปตรวจกันเองไม่ได้มีการรวบรวมข้อมูลไว้โดยเฉพาะ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของผู้นำศาสนาอิสลามในจังหวัดยะลา เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องพิจารณาให้การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้นำศาสนาอิสลามได้มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม อีกทั้งยังเป็นแบบอย่างในการปฏิบัติแก่ประชาชนในชุมชนอีกด้วย

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Survey Research) โดยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม ถึง ธันวาคม พ.ศ. 2556 ศึกษาในกลุ่มผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดยะลาที่ดำรงตำแหน่งอิหม่าม คอเต็บ และ บิหลั่นประจำมัสยิด จำนวน 1,407 คน⁷ กำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 312 คน จากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อการประมาณสัดส่วนของแดนเนียล⁸

เลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

- 1) เลือกพื้นที่ศึกษาโดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ตามเขตพื้นที่ ได้แก่ อำเภอเมือง และ อำเภอรอบนอก
 - 2) ในเขตอำเภอรอบนอก คัดเลือกอำเภอที่มีจำนวนมัสยิดมากที่สุด 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอรามัน อำเภอเยหา และอำเภอบันนังสตา
 - 3) คำนวณขนาดตัวอย่างในแต่ละอำเภอ โดยใช้อัตราส่วนตามสูตร Proportional allocation
 - 4) เลือกกลุ่มตัวอย่างผู้นำศาสนาอิสลามแบบง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับฉลากรายชื่อมัสยิด โดยแต่ละมัสยิดจะทำการเก็บข้อมูลจากผู้นำศาสนาอิสลามทั้ง 3 ตำแหน่ง คืออิหม่าม คอเต็บ และบิหลั่น
- การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH 2013-141

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ส่วน ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรู้เรื่องโภชนาการกับการส่งเสริมสุขภาพ 3) การรับรู้ในการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ 4) ทักษะคิดต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ 5) ปัจจัยเอื้อที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ 6) ปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ด้านโภชนาการ และ 7) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านพฤติกรรมศาสตร์ 3 ท่าน จากนั้นนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้นำศาสนาอิสลามซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 50 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงในส่วนความรู้เรื่องโภชนาการกับการส่งเสริมสุขภาพ เท่ากับ 0.861 การรับรู้ในการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.790 และทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ เท่ากับ 0.633

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านต่างๆกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square Test) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

ผลการศึกษา

คุณลักษณะทางประชากรและสังคม

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีอายุอยู่ระหว่าง 33-86 ปี อายุเฉลี่ย 55.81 ปี ประมาณครึ่งหนึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 51-65 ปี (ร้อยละ 49) เกือบทุกคนมีสถานภาพสมรส และเกือบครึ่งหนึ่งมีระดับการศึกษาสายสามัญอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 48.7 สำหรับการศึกษาสายศาสนา ประมาณ 1 ใน 3 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับชานาวิยะห์ ร้อยละ 36.5 กลุ่มตัวอย่าง



ประมาณ 2 ใน 3 มีอาชีพเกษตร/ทำสวน ร้อยละ 65.7 รองลงมาคือ สอนศาสนา ร้อยละ 17.3 ระยะเวลาดำรงตำแหน่ง กลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งอยู่ระหว่าง 1-40 ปี โดยเฉลี่ย 11.35 ปี กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีระยะเวลาดำรงตำแหน่งอยู่ใน

ช่วง 1-10 ปี ร้อยละ 57.4 สำหรับดัชนีมวลกายพบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีระดับดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 18.5-24.9 กก./ม² ร้อยละ 56.7 รองลงมาคือเกินเกณฑ์ คือ 25.0-29.9 กก./ม² ร้อยละ 22.4 (ตารางที่ 1)

Table 1 Number and Percentage of the Sample by Demographic Characteristic Variables (n=312).

Demographic Characteristics	Number	Percentage
1. Age (years)		
<35	4	1.3
36-50	99	31.7
51-65	153	49.0
>65	56	17.9
Mean (SD)	55.81 (10.46)	
Min, Max	33, 86	
2. Time duration of being Islamic leader (years)		
1-10	179	57.4
11-20	91	29.2
>21	42	13.5
Mean (SD)	11.35 (8.67)	
Min, Max	1, 40	
3. Marital status		
Single	4	1.3
Married	302	96.8
Widow	5	1.6
Separation	1	0.3
4. Academic education level		
Primary school or lower	152	48.7
Secondary school	54	17.3
High school	76	24.4
Diploma	7	2.2
Bachelor degree	16	5.1
Master degree or higher	7	2.2



Table 1 Number and Percentage of the Sample by Demographic Characteristic Variables
(n=312). (cont.)

Demographic Characteristics	Number	Percentage
5. Religious education level		
Tadeeka	41	13.1
Ibtidaiya	42	13.5
Mutawassita	66	21.2
Sanawiya	114	36.5
Bachelor degree	41	13.1
Master degree or higher	8	2.6
6. Occupation		
Agriculturist	205	65.7
Religious teacher	54	17.3
Trader	33	10.6
Employee	20	6.4
7. Body mass index		
< 18.5 (underweight)	16	5.1
18.5-24.9 (normal)	174	55.8
25.0-29.9 (overweight)	71	22.8
> 30.0 (obesity)	15	4.8

22

**ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
ด้านโภชนาการ**

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 59.0 โดยมีความรู้เรื่องโภชนาการกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.1 รองลงมาอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 20.5 มีการรับรู้ในการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.5 มีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 67 กลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 ใน 3 ได้รับปัจจัยเอื้อในด้านการเข้าถึงแหล่งจำหน่าย

อาหารและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชนในระดับต่ำ ร้อยละ 83.7 ในด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 90.1 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 72.1

ความสัมพันธ์ของตัวแปรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ

ปัจจัยนำทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ความรู้เรื่องโภชนาการกับการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ในการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ และทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์



กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.282 0.329 และ 0.303 ตามลำดับปัจจัยเอื้อต่อการเข้าถึงแหล่งอาหารและการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.284 ปัจจัยด้าน

การได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติความสัมพันธ์ของปัจจัยเสริมกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เท่ากับ 0.223 (ตารางที่ 2)

Table 2 The Association between Factors and Nutritional Promotion Behaviors.

Factor	r	p
1. Predisposing factor		
Knowledge about nutrition and health promotion	0.282	<0.001
Perceived significance of nutritional promotion	0.329	<0.001
Attitude toward nutritional promotion for health	0.303	<0.001
2. Enabling factor		
Access to food distribution source and nutritional promotion activities in the community	0.284	<0.001
Receiving nutritional information	0.098	0.083
3. Reinforcing factor		
Receiving social support	0.223	<0.001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าความรู้เรื่องโภชนาการกับการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ($r=0.282$, $p<0.001$) โดยระดับความรู้เรื่องโภชนาการกับการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.1 รองลงมาคืออยู่ในระดับสูง ร้อยละ 39.4 สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีความรู้ดี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการก็จะดีตามไปด้วย

ซึ่งมานี ชูไทย⁹ ได้กล่าวไว้ว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเมื่อเขาได้รับข่าวสารที่ถูกต้อง รู้ถึงประโยชน์ที่จะนำมาใช้สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร¹⁰ พบว่า ความรู้มีความความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยังเป็นปัจจัยที่มีอำนาจในการทำนายพฤติกรรมการบริโภคอาหารอีกด้วย

การรับรู้ในการให้ความสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม



ส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ($r=0.329$, $p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 4 ให้ความสำคัญมากที่สุดในเรื่องของการเลือกกินอาหารสะอาด อาจเนื่องมาจากเป็น บทบัญญัติที่ถูกกล่าวไว้ในอัล-กุรอานความว่า “และจงบริโภคจากสิ่งที่อัลลอฮ์ได้ทรงให้เครื่องยังชีพแก่ สู่เจ้าซึ่งสิ่งที่อนุมัติ(สะอาด)และที่ดีมีประโยชน์และ จงยำเกรงต่ออัลลอฮ์ ผู้ซึ่งพวกเจ้าศรัทธาในพระองค์” ซึ่งมุสลิมจะให้ความสำคัญกับการปฏิบัติตามบทบัญญัติ เป็นอย่างมากนอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน ร้อยละ 34.3 ที่ให้ความสำคัญมากที่สุดในเรื่องของการเลือก กินอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี¹¹ พบว่า การรับรู้ความสำคัญของ สุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีอำนาจในการทำนาย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย

ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการ ($r=0.303$, $p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตาม สมมติฐานที่ตั้งไว้ ผลจากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67 มีทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาใน มิติย่อยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีในเรื่องของ การบริโภคอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การดื่มนม และการกินผักเป็นประจำ อย่างไรก็ตามจะพบว่า ทัศนคติในเรื่องการหลีกเลี่ยงอาหารไขมันที่จัดใน งานบุญนั้นเป็นสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าเป็นการยาก ที่ผู้นำศาสนาจะหลีกเลี่ยงได้ อาจเนื่องมาจากบทบาท ทางสังคมและวัฒนธรรมประจำท้องถิ่น ซึ่งสุปรียา ตันสกุล¹² ได้กล่าวไว้ว่าแหล่งเกิดเจตคตินั้นส่วนหนึ่ง ได้แก่ วัฒนธรรม บทบาททางสังคม รวมไปถึงกลุ่มเพื่อน

และกลุ่มอ้างอิงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจมาศ คำตา¹³ ที่ศึกษาความรู้ ทัศนคติ และ พฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพของครู มัธยมศึกษาในจังหวัดนนทบุรี พบว่าทัศนคติมีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ

ปัจจัยเอื้อ ซึ่งประกอบด้วยการเข้าถึงแหล่งอาหาร และการมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ในชุมชน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.284$, $p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.7 ได้รับปัจจัยเอื้อ ในระดับต่ำ เมื่อพิจารณาในมิติย่อยพบว่า ในด้านของ การเข้าถึงแหล่งจำหน่ายอาหารซึ่งพิจารณาจาก การเตรียมอาหารในครอบครัวพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เกินครึ่งหนึ่งมีอาหารประเภทผักเกือบทุกมื้อ สอดคล้อง กับการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในอำเภออัมพวา จังหวัด สมุทรสงคราม¹⁴ พบว่า การมีและเข้าถึงแหล่งทรัพยากร ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพและมีอำนาจในการทำนายพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพอีกด้วย ในด้านของกิจกรรมส่งเสริม สุขภาพด้านโภชนาการในชุมชน พบว่าชุมชนหรือ มัสยิดส่วนใหญ่ไม่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ด้านโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกวรรณ จันทรแดง¹⁵ ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริม สุขภาพของผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี พบว่า การมีโครงการ/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ สามารถ ทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด

การได้รับการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ ($r=0.223$, $p<0.001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับ



แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 72.1 สอดคล้องกับงานวิจัยของชุดิเดช เจริญดอน และคณะ¹⁶ ซึ่งได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชนบทอำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุเกือบทั้งหมดได้รับการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับต้องปรับปรุงร้อยละ 96.0 แรงสนับสนุนจากสังคมไม่ว่าจะเป็นสมาชิกในครอบครัว เพื่อน คนในชุมชน หรือเจ้าหน้าที่ของหน่วยงานรัฐบาลเป็น สิ่งที่มีความสำคัญมาก เพราะเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่จะ ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษา ของสุรศักดิ์ สุนทร และคณะ¹⁷ ซึ่งได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ ตำบลหนองบ่อ อำเภอสองพี่น้อง จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า บุคคลที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานอาหาร มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของบุคลากรโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า¹⁸ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลมีความสัมพันธ์ ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการอิสลาม ประจำจังหวัดยะลาในการอำนวยความสะดวกในการ เก็บข้อมูล และขอบคุณกลุ่มผู้นำศาสนาอิสลาม จังหวัดยะลาที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้

อ้างอิง

1. World Health Organization. 10 facts on noncommunicable diseases 2011. Available at http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/en/index.html, accessed November 26, 2012.
2. Ministry of Public Health, Bureau of Non Communicable Disease. Annual report 2013. The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King, 2013.
3. Ministry of Public Health, Bureau of Non Communicable Disease. Annual report 2011. The War Veterans Organization of Thailand under Royal Patronage of His Majesty the King, 2011.
4. Chulakarangka S. Basic nutrition. 6thed. Bangkok: Kasetsart University; 2010.
5. Korkiatphitak P. Potentiality of halal food production: a case study of Pattani Province. [M.A.Thesis]. Bangkok: National Institute of Development Administration; 2000.
6. Phantapak T. Factors influencing of health promotion behaviors in Muslim elders with hypertension. [M.S.Thesis]. Songkla: Prince of Songkla University; 2009.



7. Yala Provincial Office of Buddhism. Report on amount of temple, house of priest, church, mosque, Buddhist monk and novice in 2010. Yala, 2010.
8. Daniel WW. Biostatistics basic conceptual and methodology for the health sciences. 9th ed. John Wiley & Son INC; 2010.
9. Choothai M. Health education. Bangkok: Charernphol Printing; 1980.
10. Sriugsorn T. Factors affecting food consumption behaviors of elderly in Bangkok Metropolis. [Thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2008.
- 26 11. Chaityasit B. Health promoting behaviors of public health officer in Ubon Ratchatani. [Thesis]. Ubon Ratchatani: Ubon Rhatchathani Rajabhat University; 2008.
12. Tansakul S. Psychology and behavior change. Bangkok: Vitoon Binding & Printing; 2006.
13. Khamda B. Knowledge, attitude and behavior on food consumption for good health of high school teacher, Nonthaburi Province. [Thesis]. Bangkok: Rajamangala University of Technology Phra Nakhon; 2009.
14. Insupan S. Health promotion behaviors of public health volunteer in Amphawa District, SamutSongkhram Province. [Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2008.
15. Chandang K, Therawiwat M, Imamee N, Waithayametha B. Health promotion behaviors of Muslim leaders in Pattani Province. J Health Education 1999; 22: 66-80.
16. Jiandon C, Suwannapong N, Boonshuyar C, Howteerakul N. Quality of life of rural elderly in Wangnamkheaw District, Nakhonratchasima Province. Journal of Public Health 2011; 41(3): 229-39.
17. Sunthorn S, Mitarangkoon P, Jitaram P. Factors influencing of food consumption behaviors of elderly in Nongbor, Songpinong District, Suphanburi Province. [Thesis]. Sirindhorn College of Public Heath Suphanburi, Praboroma-rajchanok Institute of Heath Workforce Development; 2010.
18. Leengoun C. Factors related to health promoting behaviors of personnel in Phramongkutklao Hospital. [Thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2006.



Promotion of Nutritional Behavior by Islamic Leaders, Yala Province

Sumaiyah Dengsamae* Manirat Therawiwat** Supreya Tansakul** Nirat Imahee**

ABSTRACT

This survey research aimed to study the promotion of nutritional behaviors by Islamic leaders in Yala Province. A randomized sample of 312 leaders was chosen by systematic sampling method, with districts selected first, followed by the selection of mosques from the selected districts. The instrument used was a questionnaire that had been quality checked in accordance with standard criteria. Data were represented/analyzed by frequency, percentage, arithmetic mean, standard deviation, Chi-Square test, and Pearson's Product Moment Correlation. Results showed that participating Islamic leaders were between 33-86 years of age, 48.7 percent finished elementary school, and as to religious education, 36.5 percent finished "sanaweya" level. They had held their religious positions for

1-40 years (averaging 11.35 years), and most of them earned their living as agriculturists. Fifty-nine percent of leaders had a moderate level in promoting nutritional behaviors. The factors that were found to be significant to such nutritional promotion ($p < 0.001$) were: predisposing factors included knowledge about nutrition and health promotion, perceived significance of nutritional promotion, and attitudes toward nutritional promotion; enabling factors included access to food distribution sources and community nutritional promoting activities; and reinforcing factors included social support from government personnel, family members and other Islamic leaders.

Keywords: health promotion behavior, nutrition, Islamic leaders