



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาหาความสัมพันธ์ของ การรับรู้ภาวะสุขภาพ ความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม โดยได้ทบทวนวรรณกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นเนื้อหาสาระสำคัญเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. โรคเบาหวาน ได้แก่ ความหมายของโรคเบาหวาน สาเหตุของโรคเบาหวาน อาการทางคลินิกของโรคเบาหวาน การวินิจฉัยโรค การรักษาโรคเบาหวาน บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

2. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย พฤติกรรมด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพที่ประกอบด้วย พฤติกรรมการตรวจตามนัด พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับเมตาบอลิซึม แสดงอาการโดยมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งเป็นผลมาจากความผิดปกติของการหลั่งอินซูลิน และ/หรือการออกฤทธิ์ของอินซูลิน ภาวะที่ระดับน้ำตาลในเลือดสูงอย่างเรื้อรัง ทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะในร่างกายในร่างกายระยะยาว เกิดการเสียหายที่ และอวัยวะที่สำคัญหลายอวัยวะทำงานล้มเหลว ได้แก่ ตา ไต หัวใจ ระบบประสาท และหลอดเลือด (The Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus, 2543 อ้างถึงใน ภาวนา กิริติยตวงศ์, 2544:26) ในปี 1998 คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญการวินิจฉัยและการแบ่งประเภทของโรคเบาหวานได้แบ่งประเภทของโรคเบาหวานตามสาเหตุของการเกิดโรคออกเป็น 4 ประเภทคือ เบาหวานชนิดที่ 1 เบาหวานชนิดที่ 2 เบาหวานชนิดอื่นๆ และเบาหวานที่เกิดจากการตั้งครรภ์ ด้านอุบัติการณ์ของการเกิดโรคเบาหวานที่พบว่าสูงที่สุดคือ เบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบว่าสูงถึง 90-95% (Olson, 2000:177)

เบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม มักพบในคนอายุมากกว่า 35 ปี ที่มีความผิดปกติที่สำคัญ 2 ประการ (ภาวนา กิริติยตวงศ์, 2544:28; สารัช สุนทรโยธิน, 2545:26)

ประการแรกคือ มีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติ ในภาวะที่ร่างกายมีการหลั่งอินซูลินน้อยกว่าปกติทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง มีอาการแสดงของโรคเบาหวานแต่ยังไม่ทำให้เกิดภาวะคีโตอะซิโดซิส ทั้งนี้เพราะร่างกายยังพอมีอินซูลินอยู่ในระดับที่สามารถนำกลูโคสเข้าเซลล์ได้บ้าง จึงไม่สลายไขมัน และมีโปรตีนมาใช้เป็นพลังงาน ร่างกายจึงไม่เกิดภาวะกรดคั่ง แต่เกิดภาวะวิกฤตจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากแทน (Hyperglycemic Hyperosmolar Non-Ketotic Coma: HHNC)

ประการที่สองคือ เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน (Insulin Resistance) คือ ภาวะที่รีเซพเตอร์ต่ออินซูลินที่เนื้อเยื่อมีจำนวนลดลง ทำให้มีการใช้น้ำตาลทางกล้ามเนื้อลดลง หรืออินซูลินจับกับรีเซพเตอร์ได้ แต่มีความผิดปกติในการทำปฏิกิริยาในเซลล์ ทำให้เนื้อเยื่อไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้ได้ นอกจากนี้ยังมีการผลิตน้ำตาลจากตับเพิ่มขึ้น

อาการและอาการแสดง

1. ปัสสาวะบ่อยและมาก (Polyuria) เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินขีดจำกัดของไตคือ 180 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ทำให้น้ำตาลถูกขับออกทางปัสสาวะและดึงเอาน้ำออกมาด้วย เนื่องจากเกิดออสโมติกไดยูเรซิส (Osmotic diuresis) บริเวณท่อไต (Renal tubular) น้ำจึงเข้ามาบริเวณนี้มาก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยและมาก

2. คอแห้ง กระหายน้ำ (Polydipsia) เมื่อร่างกายเสียน้ำ เนื่องจากปัสสาวะบ่อยและมาก ศูนย์ควบคุมความกระหายน้ำ (Thirst center) ถูกกระตุ้นทำให้รู้สึกกระหายน้ำมาก จึงต้องดื่มน้ำเพิ่มขึ้น

3. หิวบ่อย กินจุ (Polyphagia) เนื่องจากร่างกายไม่สามารถนำกลูโคสไปใช้เป็นพลังงานได้ จึงสลายเนื้อเยื่อส่วนต่างๆมาใช้เป็นพลังงานเพื่อชดเชยภาวะนี้ ทำให้มีอาการหิวบ่อย รับประทานอาหารมากแต่น้ำหนักลด

4. น้ำหนักลด (Weight loss) เนื่องจากร่างกายต้องสลายไขมันและโปรตีนที่เก็บสะสมไว้ในเนื้อเยื่อไปใช้เป็นพลังงานแทนกลูโคส ทำให้มีการสูญเสียเนื้อเยื่อและกล้ามเนื้อฝ่อลีบ น้ำหนักจึงลดลง

5. เป็นแผลหายแต่หายยาก เนื่องจากอัตราการสร้างโปรตีนลดลง ในขณะที่อัตราการสลายโปรตีนเพิ่มขึ้น ทำให้การซ่อมแซมเนื้อเยื่อเกิดขึ้นช้า และอาจมีอาการเนื้อเน่าตามปลายนิ้วมือ นิ้วเท้า เนื่องจากหลอดเลือดตีบตันและการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาท

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน (Diabetes-specific complications)

ธงชัย ประภูภานวัตร (2545) อธิบายเกี่ยวกับภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเบาหวานไว้ว่า เป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นโดยตรงจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา ไต และเส้นประสาท

1. ภาวะแทรกซ้อนที่จอประสาทตา (Diabetic retinopathy) เป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดตาบอดในประเทศที่เจริญแล้ว เช่น ในสหรัฐอเมริกา โดยพบอุบัติการณ์ของการเกิดหลังจากเป็นเบาหวาน 20 ปี ได้ถึงร้อยละ 90 ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 และร้อยละ 60 ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

2. ภาวะแทรกซ้อนที่ไต (Diabetic nephropathy) ภาวะ Diabetic nephropathy เป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดภาวะไตวายเรื้อรัง ตลอดช่วงชีวิตของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 จะมีโอกาสที่จะป่วยเป็นโรคไตวายเรื้อรังประมาณร้อยละ 35 และร้อยละ 10 สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่เนื่องจากผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีสัดส่วนที่มากกว่าผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 มากจึงไม่แปลกใจที่ส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเบาหวานที่มีไตวายเรื้อรังจะเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

3. ภาวะแทรกซ้อนที่เส้นประสาท (Diabetic neuropathy) การศึกษาในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 1 พบภาวะ Diabetic neuropathy ได้น้อยมากในผู้ป่วยที่เป็นเบาหวานมานานน้อยกว่า 5 ปี และอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หลังจาก 5 ปี

ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป จึงไม่ทราบว่าเริ่มเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่เมื่อใด ดังนั้นจึงพบภาวะ Diabetic neuropathy เมื่อได้รับวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานได้ถึงร้อยละ 20 และอุบัติการณ์จะเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ตามระยะเวลาที่เป็น โดยจะพบได้ถึงร้อยละ 50 ภายหลังจากป่วยเป็นโรคเบาหวานมานานกว่า 10 ปี

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

การวินิจฉัยโรคเบาหวานสามารถทำได้โดยการตรวจน้ำตาลกลูโคสในเลือดซึ่งมีเกณฑ์การวินิจฉัยดังต่อไปนี้ (วิทยา ศรีมาดา, 2545: 450)

1. มีอาการแสดงที่สำคัญของโรคเบาหวาน ร่วมกับระดับน้ำตาลในพลาสมาในเวลาใดก็ตามมีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 200 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ อาการของโรคเบาหวาน ได้แก่ ตื่นน้ำมาก ปัสสาวะมาก น้ำหนักตัวลด โดยไม่ทราบสาเหตุ ทั้งที่รับประทานอาหารมากกว่าปกติ อ่อนเพลีย บางรายมีอาการคันตามผิวหนัง เป็นฝีบ่อย ๆ อาจมีอาการตามัว

2. ระดับน้ำตาลในพลาสมาขณะอดอาหาร หรือก่อนรับประทานอาหารเข้า (Fasting Plasma Glucose: FPG) มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ โดยขณะอดอาหาร หมายถึง การงดรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่ให้พลังงานเป็นเวลาอย่างน้อย 8 ชั่วโมง

การรักษาโรคเบาหวาน

ยาที่ใช้รักษาโรคเบาหวานมี 2 กลุ่มใหญ่คือ ยาเม็ดลดน้ำตาลและยาฉีดอินซูลิน

1. ยาเม็ดลดน้ำตาลมีอยู่ 3 กลุ่ม คือ ยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (Insulin secretagogues), ยาที่เพิ่ม insulin sensitivity (insulin sensitizer) และยาที่ลดการดูดซึมของกลูโคส (วิทยา ศรีมาดา, 2545: 67-68)

กลุ่มที่ 1 ยาที่กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน (Insulin secretagogues)

ก. Sulfonyluria ใช้เมื่อรักษาโดยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายแล้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมได้หรืออาจใช้พร้อมกับการควบคุมอาหาร และออกกำลังกายตั้งแต่แรก ออกฤทธิ์กระตุ้นการหลั่งอินซูลิน ลด hepatic glucose output และเพิ่ม insulin sensitivity แต่การออกฤทธิ์ส่วนใหญ่เกิดจากการกระตุ้นการหลั่งอินซูลินโดยผ่านทาง sulfonyluria receptor ซึ่งเป็น ATP- dependence K⁺ channel ที่ plasma membrane ของ beta ทำให้ cytosolic calcium เพิ่มขึ้น เป็นผลให้มีการหลั่งอินซูลิน

ข. Non-Sulfonyluria insulin secretagogues ออกฤทธิ์เร็ว มี half life สั้นเพียง 1 ชม. ทำให้อุบัติการณ์ของน้ำตาลต่ำพบน้อย ออกฤทธิ์แบบเดียวกับ Sulfonyluria มีประสิทธิภาพใกล้เคียงกัน เนื่องจาก Half life สั้นจึงต้องรับประทานก่อนอาหารแต่ละมื้อประมาณ 15 นาที

กลุ่มที่ 2 ยาที่เพิ่ม Insulin sensitivity (Insulin sensitizer)

1) Biguanide ใช้เมื่อรักษาด้วยยากกลุ่ม sulfonylurias ขนาดเต็มที่แล้วไม่ได้ผล อาจให้ biguanides ร่วมด้วย เพื่อทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลงดียิ่งขึ้น (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 28; Lemone and Burke, 2000: 743) ออกฤทธิ์ลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่กระตุ้นการหลั่งอินซูลินจากตับอ่อน ยับยั้งการสร้างกลูโคสจากตับ ทำให้เนื้อเยื่อต่างๆ ใช้กลูโคสมากขึ้น ลดการดูดซึมกลูโคสจากทางเดินอาหาร ใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่อ้วน และรักษาด้วย

Sulfonyluria แล้วไม่ได้ผล (Lemone and Burke, 2000: 743) ห้ามใช้ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 29)

2) Thiazolidinedione ออกฤทธิ์เพิ่ม Insulin sensitivity โดยการเพิ่มการใช้กลูโคสของกล้ามเนื้อ และลดการสร้างกลูโคสจากตับ

กลุ่มที่ 3 ยาที่ลดการดูดซึมของกลูโคส ออกฤทธิ์ยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ Glucosidase ที่ผนังลำไส้ ซึ่งเป็นเอนไซม์ที่สำคัญต่อการย่อยสารอาหารประเภทแป้ง Dextrin maltose และ sucrose ให้เป็นน้ำตาลโมเลกุลเดี่ยว ทำให้ลดการดูดซึมกลูโคส ใช้ได้ผลดีต่อการลดระดับน้ำตาลหลังอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อาจใช้เดี่ยวๆหรือร่วมกับยาเม็ดและอินซูลิน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 มักใช้ร่วมกับการฉีดอินซูลิน (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 29-30) ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว (Lemone and Burke, 2000: 743)

2. ยาฉีดอินซูลิน ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการปล่อยกลูโคสจากตับ และเพิ่มการใช้กลูโคสโดยเนื้อเยื่อปลายทางเช่น กล้ามเนื้อ ไขมัน ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ถ้าจำเป็นต้องใช้ยาแพทย์ส่วนใหญ่นิยมใช้ยาเม็ดก่อนการฉีดยา เพราะสะดวกมากกว่า (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 29-30) แต่ถ้าใช้ยาเม็ดแล้วไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ต้องเปลี่ยนมาใช้ในการฉีดอินซูลิน (Lemone and Burke, 2000: 743) แต่ในกรณีก็ต้องฉีดยาตั้งแต่ต้น สำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 ต้องรักษาโดยการฉีดอินซูลินตั้งแต่แรก และส่วนใหญ่ต้องฉีดวันละ 2 ครั้ง หรือมากกว่านั้นขึ้นไป (ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2539: 29-30)

จากการรักษาดังกล่าว จะเห็นว่าผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 1 และชนิดที่ 2 มีความแตกต่างกันในการเลือกชนิดของยาในการรักษา ซึ่งทำให้การรักษาตนเองของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีความแตกต่างกันไปด้วย ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการรักษาด้วยยารับประทานและยาฉีด เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยในกลุ่มนี้ ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยโรคเมื่ออายุมาก ทำให้ผู้ป่วยมีความยากลำบากในการปรับพฤติกรรม เพราะขัดกับนิสัยที่มีมาแต่เดิม

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ

1. เพิ่มระดับของภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีในปัจจุบันบุคคล ครอบครัว และชุมชน
2. ลดโอกาสของการเกิดความเจ็บป่วย และความพิการในปัจจุบันบุคคลและครอบครัว
3. ปรับปรุงความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล ครอบครัว และชุมชน
4. มีความสามารถในการช่วยเหลือให้ปัจเจกบุคคลและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้

5. เพิ่มระดับความสามารถของปัจเจกบุคคลและครอบครัว ในการประเมินความต้องการ เกี่ยวกับการรับบริการทางสุขภาพได้ด้วยตนเอง

6. ส่งเสริมให้ประชาชนในสังคมทั้งหมดมีวิถีชีวิต ซึ่งส่งเสริมสุขภาพ

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

1. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติอย่างเหมาะสม เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ

2. ให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วยเบาหวานแต่ละราย

3. ประเมินปัญหาเบื้องต้นและให้การดูแล เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจลุกลามขึ้น เช่น การตรวจสุขภาพเท้า การติดตามค้นหาข้อมูลผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อในการดูแลรักษาเบาหวาน

4. เป็นผู้ประสานงานและให้ข้อมูลแก่บุคลากรในทีมสหสาขา โดยทำหน้าที่เป็นผู้อยู่เคียงข้างผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

5. ป้องกันการเกิดเบาหวานแก่ญาติของผู้ป่วยเบาหวาน และบุคคลทั่วไปที่มีความเสี่ยงสูง บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

บทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่จะช่วยปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ตามข้อแนะนำของสุปราณี เสนาดีสัย (2544) สรุปได้ดังนี้คือ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการ ประเมินวินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อน จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรง และทางอ้อมที่เหมาะสมและเฉพาะเจาะจง โดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีหรืองานวิจัยเป็นพื้นฐานแก่ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรมและจรรยาบรรณ โดยประสานความร่วมมือและช่วยเหลือกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในทีมสุขภาพ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง โดยเป็นผู้ริเริ่ม คิดค้นและพัฒนาระบบการพยาบาลที่จะรองรับผู้ป่วยที่ จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัยที่สุด ส่งเสริม กระตุ้น และชี้แนะพยาบาลประจำการให้มีการพัฒนาเทคนิคและวิธีการพยาบาลใหม่ๆ เพื่อปรับปรุง คุณภาพการพยาบาล ร่วมมือในการสร้างและใช้มาตรฐานการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนประเมินคุณภาพการพยาบาลในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ ริเริ่มโครงการดูแล ผู้ป่วยโดยร่วมมือกับแพทย์และบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้การดูแลแบบสหสาขาวิชา ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการในการวางแผน การปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการ พยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแต่ละรายโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการ ปฏิบัติงาน

2. ด้านการให้ความรู้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการให้คำแนะนำ และ ให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแก่พยาบาลประจำการ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี ทางการพยาบาลและทฤษฎีอื่นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนคัดเลือกและแปลวารสารทางการพยาบาล

และทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง และเป็นประโยชน์ต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ เพื่อเสริมสร้างความรู้และความเข้าใจพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลให้ทันกับความก้าวหน้า รวมถึงช่วยเหลือและพัฒนากิจการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการ ด้วยการเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลและการสอนที่ข้างเตียงผู้ป่วย และเป็นผู้นำในการประชุมปรึกษาและตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ ตลอดจนให้ความรู้และเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงแก่นักศึกษาพยาบาลระดับต่างๆ ในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญและมีส่วนร่วมในการเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการ

3. ด้านการเป็นที่ปรึกษา ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการ เป็นที่ปรึกษาแก่พยาบาลประจำการในการประเมินปัญหา วางแผน ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่มีปัญหาซับซ้อน และหรือมีความยากลำบากในการปรับตัว โดยร่วมมือและปรึกษากับผู้บริหารในการควบคุมเทคนิคการให้การพยาบาลในสาขาที่รับผิดชอบ เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาลตามที่กำหนดไว้ และปรึกษากับแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางการพยาบาลในการร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และหาวิธีการแก้ไขที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ปลอดภัยมากที่สุด ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาพยาบาลระดับบัณฑิตศึกษาทั้งในเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ

4. ด้านการวิจัย ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการริเริ่มและส่งเสริมการทำวิจัยจากปัญหาที่พบในการปฏิบัติงาน โดยทำการคัดเลือก แปลผล และนำผลการวิจัยทางการพยาบาลและสาขาอื่นที่เกี่ยวข้องมาเผยแพร่ให้แก่พยาบาลประจำการได้ทราบ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม มีการประเมินและปรับปรุง ตลอดจนพัฒนาวิธีการปฏิบัติการพยาบาลด้วยการทำวิจัย และเผยแพร่ผลการวิจัยดังกล่าวให้แก่เพื่อนร่วมวิชาชีพ

5. ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงทางการปฏิบัติการพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงควรมีบทบาทในการร่วมมือกับผู้บริหารในการประเมิน และค้นคว้าเกี่ยวกับการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกที่ต้องการการเปลี่ยนแปลงและพัฒนา โดยการริเริ่มวางแผนและเปลี่ยนแปลงวิธีการปฏิบัติการพยาบาลตลอดจนระบบการพยาบาลในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ เพื่อที่จะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล โดยร่วมกับผู้บริหารในการตั้งเป้าหมาย วางแผน ทั้งระยะสั้นและระยะยาว และดำเนินนโยบาย ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ทุกสิ่งทุกอย่างที่คนกระทำขึ้นหรือปฏิบัติโดยมีความมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดสุขภาพและสวัสดิภาพ เช่น การรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ การสร้างภูมิคุ้มกันโรค การตรวจร่างกายสม่ำเสมอ และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ กิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสังเกตได้หรือไม่ได้ แต่สามารถจะวัดโดยใช้เครื่องมือพิเศษเพื่อบอกว่าพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นอย่างไร (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติหรือการแสดงออกของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพหรือลดเว้นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในสิ่งที่มีผลต่อสุขภาพ โดยอาศัยความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และการปฏิบัติตนทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันอย่างเหมาะสม (เฉลิมพล ดันสกุล, 2541: 9)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำหรือกิจกรรมใดๆ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เพียงพอ การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการพักผ่อนคลายความเครียด เป็นพฤติกรรมที่ถือปฏิบัติในชีวิตประจำวันอย่างต่อเนื่อง (Bedworth & Bedworth, 1982)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และยังรวมถึงการกระทำที่ทำให้ภาวะสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม (Pender, 1987)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลเชื่อว่า พฤติกรรมที่ทำให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี จึงกระทำ (Murray and Zentner, 1989)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำทางบวกของชีวิตที่มีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความสุขสมบูรณ์ของบุคคล การบรรลุเป้าหมายในชีวิตและความปรารถนาของบุคคล (Walker, et.al, 1990)

พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลหนึ่งกระทำเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดี ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม อันจะนำไปสู่ความปกติสุขและศักยภาพสูงสุดในบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นพฤติกรรมเช่นเดียวกับการดูแลตนเอง (กนกพร วิสุทธิกุล, 2540)

จากความหมายข้างต้น ผู้วิจัยได้เลือกใช้ความหมายตามแนวคิดของ Pender (1987) ที่กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การกระทำเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ และรวมถึงการกระทำที่ทำให้สุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม โดยส่วนรวมและการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยผู้วิจัยเลือกศึกษาพฤติกรรมสุขภาพตามสถานการณ์ด้านสุขภาพของมุสลิมไทย คือ พฤติกรรมด้านการบริโภค พฤติกรรมการออกกำลังกาย รวมถึงพฤติกรรมสุขภาพความ

รับผิดชอบด้านสุขภาพที่มีความสำคัญต่อการควบคุมโรคเบาหวานของผู้ป่วยเบาหวานมุสลิมซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา พฤติกรรมการตรวจตามนัด และพฤติกรรมป้องกันภาวะแทรกซ้อน

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, 2002)

Pender (2002) ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพไว้ว่า คือกระบวนการการแสดงออกของศักยภาพของมนุษย์ที่มีอยู่เดิมและที่สร้างขึ้นใหม่ ซึ่งนำไปสู่เป้าหมายโดยตรงของพฤติกรรมความสามารถในการดูแลตนเอง ความพึงพอใจในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ขณะที่การตัดสินใจเป็นสิ่งจำเป็นในการคงไว้ซึ่งความมั่นคงทางโครงสร้าง และความกลมกลืนกับเรื่องของสิ่งแวดล้อม ซึ่งหลักใหญ่ของสุขภาพยังรวมถึง อารมณ์ ทักษะคิด การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ความปรารถนาและการประสบความสำเร็จ และในการมองสุขภาพ Pender มองในภาพองค์รวมของบุคคล คือทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม โดยมีพื้นฐานการมองด้านสุขภาพจากข้อตกลงของทฤษฎีนี้ที่ว่าสุขภาพ คือสิ่งที่แสดงอย่างชัดเจนของการมีปฏิสัมพันธ์กันระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนมาเป็นการเพิ่มความซับซ้อนในตลอดช่วงของชีวิต Pender ได้ระบุว่าคำว่าสุขภาพ (Health) และคำว่า "ความเป็นอยู่ดี" (Wellness) เป็นคำที่สามารถใช้แทนกันได้

ในความเชื่อของ Pender (2002) เกี่ยวกับสุขภาพ และความเจ็บป่วยสืบทอดมาจากแนวคิดของ Sorochan and Oelbaum (1985) ที่กล่าวว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยเปรียบเสมือนเส้นขนานสองเส้นที่แยกออกจากกัน ซึ่งแตกต่างจากนักทฤษฎีอีกคนหนึ่ง คือ Dunt (1987) ที่เชื่อว่าสุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งที่มีความต่อเนื่องกัน ดังนั้น Pender จึงได้นำเสนอโมเดลเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วยในภาวะที่แตกต่างกัน แต่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน แสดงให้เห็นถึงระดับของสุขภาพที่ชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์กับประสบการณ์การเจ็บป่วย โดยความเจ็บป่วยเป็นแผนผังที่แสดงให้เห็นถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในกระบวนการของชีวิต อาจเป็นระยะสั้นๆ หรือระยะเวลาที่นาน ประสบการณ์ความเจ็บป่วยอาจเป็นอุปสรรค หรืออาจจะง่ายต่อการสร้างคำถามเรื่องสุขภาพที่ต่อเนื่องของคนหนึ่งคนใด ที่มีสุขภาพดี หรือสุขภาพไม่ดี และสามารถคงอยู่ได้ทั้งมีและไม่มีโรค

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender's Health Promoting Model) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีความคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) ซึ่งมีแนวคิดที่ว่า บุคคลจะเกิดการเปลี่ยนแปลงเมื่อเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงนั้นมีคุณค่า และการเปลี่ยนแปลงนั้นจะได้มาซึ่งประโยชน์ และจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social Cognitive Theory) โดยพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะไม่เกิดจากแรงผลักดันภายในเท่านั้น แต่จะมีแรงผลักดันจากปัจจัยภายนอกจากการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่ง Pender ได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ โดยการรวบรวมผลการวิจัยที่ศึกษาด้วยตนเองและจากผู้อื่น นำมาพัฒนาปรับปรุงรูปแบบใหม่ล่าสุดในปี ค.ศ.

2002 (Pender, 2002: 68-74) โดยมีรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบด้วยมโนทัศน์หลัก 3 มโนทัศน์ คือ

1. **ประสบการณ์และลักษณะส่วนบุคคล** (Individual Characteristics and Experiences) บุคคลแต่ละคนจะมีประสบการณ์เฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งมีผลกระทบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในภายหลังความสำคัญของผลกระทบจะขึ้นอยู่กับพฤติกรรม เป้าหมายที่นำมาพิจารณา การเลือกวัดปัจจัยพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอดีต หรือลักษณะส่วนบุคคลในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ จึงอาจเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์สูงกับพฤติกรรมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจง แต่ไม่ใช่ทั้งหมดของพฤติกรรมสุขภาพหรือมีความสัมพันธ์เฉพาะในกลุ่มประชากรเป้าหมายเท่านั้น แต่ไม่ใช่ประชากรทั้งหมด ประกอบด้วย

1.1 **พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องในอดีต** (Prior Related Behavior) ปัจจัยพฤติกรรมด้านพฤติกรรมในอดีต ตัวทำนายที่ดีที่สุดคือ ความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมที่เหมือนๆ กัน หรือคล้ายกันกับการปฏิบัติพฤติกรรมที่ผ่านมาในอดีต ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบโดยตรงและโดยอ้อมที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลโดยตรงของพฤติกรรมในอดีตต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันอาจเกี่ยวกับนิสัย ซึ่งจะนำเข้าไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมโดยอัตโนมัติโดยให้ความสนใจในรายละเอียดเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้นเล็กๆ น้อยๆ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นแต่ละครั้งจะเพิ่มพูนความหนักแน่นของลักษณะนิสัย และยิ่งหนักแน่นมากขึ้นด้วยการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ ส่วนผลโดยอ้อมของพฤติกรรมในอดีตมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ประโยชน์ (Benefit) และความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Self-related affect) ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของแบนดูรา (Bandura) กล่าวว่า เมื่อแสดงพฤติกรรมแล้วได้รับข้อมูลป้อนกลับจะเป็นแหล่งสำคัญของข้อมูลความสามารถหรือทักษะของตน (Pender, 2002: 69) ซึ่งแบนดูราเรียกว่า การคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นจะทำให้บุคคลนั้นมีโอกาสที่จะแสดงพฤติกรรมซ้ำได้มากขึ้น อุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมเป็นประสบการณ์และแหล่งข้อมูลในความทรงจำ ที่เปรียบราวกับเครื่องคิดเลขที่ต้องข้ามให้พ้น เพื่อจะได้ประสบความสำเร็จในการแสดงพฤติกรรม พฤติกรรมที่เกิดขึ้นทุกๆ ครั้งจะมีอารมณ์และความรู้สึกเกิดร่วมด้วย ความรู้สึกทางบวกหรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่างหรือภายหลังการแสดงพฤติกรรมจะเก็บรวบรวมไว้ในความทรงจำ เพื่อเป็นข้อมูลที่นำมาพิจารณาไตร่ตรองเมื่อจะเข้าสู่พฤติกรรมในภายหลัง พฤติกรรมในอดีตจะถูกนำมาเสนอในลักษณะการปรับแต่งประวัติพฤติกรรมทางบวก โดยยกประเด็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรม สอนวิธีให้ผู้รับบริการสามารถฟันฝ่าอุปสรรคทั้งหลายเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว และก่อให้เกิดความสามารถในระดับที่สูงขึ้น และให้ความรู้สึกทางบวกในความสำเร็จของการแสดงออกในอดีต รวมทั้งให้ข้อมูลป้อนกลับทางบวก

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal Factors) ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นตัวทำนายพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งถูกปรับแต่งด้วยการพิจารณาไตร่ตรอง ประกอบด้วย

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพของบุคคล (Personal biologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น อายุ (Age) เครื่องชี้วัดขนาดของร่างกาย (Body mass index) ภาวะเจริญพันธุ์ (Pubertal status) ภาวะหมดระดู (Menopausal status) ความแข็งแรง (Strength) ความกระฉับกระเฉง (Agility) ความสมดุลของร่างกาย (Balance) หรือ ความสามารถในการออกกำลังกาย (Aerobic capacity)

1.2.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาของบุคคล (Personal psychologic factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self-esteem) แรงจูงใจในตนเอง (Self-motivation) และการรับรู้ภาวะสุขภาพ (Perceived health status)

1.2.3 ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของบุคคล (Personal sociocultural factors) ประกอบด้วยตัวแปรต่างๆ เช่น เชื้อชาติ (Race) เผ่าพันธุ์ (Ethnicity) วัฒนธรรม (Acculturation) การศึกษา (Education) และสถานะเศรษฐกิจและสังคม (Socioeconomic status)

ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมสุขภาพ แต่ปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ ดังนั้นจึงไม่ค่อยนำมาใช้เป็นตัวแปรในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกิจกรรมพยาบาล

2. ความคิดและความรู้สึกเฉพาะต่อพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ตัวแปรกลุ่มนี้ได้รับการพิจารณาว่าเป็นตัวแปรหลักที่สำคัญในการจูงใจ และนำไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลโดยผ่านกิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย

2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Benefits of Action) เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมเฉพาะใดๆ โดยขึ้นอยู่กับการคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวก หรือการเสริมแรงของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมนั้น สอดคล้องกับทฤษฎีการคาดหวังคุณค่า (Expectancy-Value Theory) ที่กล่าวว่า การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นสิ่งสำคัญของการจูงใจที่อยู่บนพื้นฐานของผลลัพธ์ที่บุคคลได้จากประสบการณ์ที่ผ่านมาโดยตรง หรือประสบการณ์ที่ได้จากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะใช้เวลาและแหล่งประโยชน์ในการทำกิจกรรม ที่น่าจะเพิ่มประสบการณ์ของตนเองไปในทางบวก ประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมอาจเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอก ตัวอย่างของประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายใน ได้แก่ การเพิ่มขึ้นของการตื่นตัว (Increase alertness) และการลดความรู้สึกเหนื่อยล้า (Decreases feeling of fatigue) ประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอก ได้แก่

รางวัลที่เป็นทรัพย์สินเงินทองหรือปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สิ่งเหล่านี้เป็นผลที่ได้จากการมีพฤติกรรม ในระยะแรกประโยชน์ที่เกิดขึ้นภายนอกอาจจะเป็นแรงจูงใจสำคัญในการปฏิบัติพฤติกรรม แต่ ต่อมาประโยชน์ภายในอาจจะมีพลังจูงใจให้มีพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องมากกว่า ความสำคัญของการคาดหวังประโยชน์และ ความสัมพันธ์ของประโยชน์ที่เกิดจากการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพจะเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมสุขภาพ

2.2 การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived Barriers to Action) การคาดการณ์ถึงอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นอาจเป็นสิ่งที่ คาดคะเนหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงก็ได้ การรับรู้อุปสรรคนั้นประกอบด้วย การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มี ประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก หรือใช้เวลานานในการ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ อุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งกั้นขัดขวาง และต้นทุนของบุคคลในการปฏิบัติ พฤติกรรมนั้น การเกิดความไม่พึงพอใจในการเลิกปฏิบัติพฤติกรรมที่มีผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การ สูบหรี่หรือการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ก็ถือว่าเป็นอุปสรรคอีกอย่างหนึ่งได้ อุปสรรคมักจะเป็น แรงจูงใจที่ทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพต่ำและอุปสรรคมีมาก การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพจะเกิดขึ้นได้ยาก แต่เมื่อ ความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำมีมาก ขึ้น การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเสนอในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพนี้มี ผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง โดยเป็นตัวขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และมีผลโดยอ้อมในการลดความตั้งใจในการวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรม

2.3 การรับรู้ความสามารถของตน (Perceived Self-Efficacy) เป็นการตัดสินใจ ความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกิจกรรม โดยไม่คำนึงถึงว่าบุคคลนั้นจะมี ทักษะหรือไม่ แต่เป็นการตัดสินใจว่าบุคคลสามารถใช้ทักษะที่ตนมีได้อย่างไร การตัดสินใจ ความสามารถของบุคคลแตกต่างจากความคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) โดย การรับรู้ความสามารถในตนเองเป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมให้ สำเร็จ ในขณะที่ความคาดหวังในผลลัพธ์เป็นการตัดสินใจที่ผลลัพธ์ เช่นผลประโยชน์ ค่าใช้จ่าย เป็นต้น การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ ดี และถูกต้องเหมาะสมความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มี ความรู้สึกที่ตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีความรู้ การเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถ ในตนเอง มีพื้นฐานมาจากข้อมูล 4 ประการ คือ

1) การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่บรรลุผลสำเร็จจากการได้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นและ ประเมินการปฏิบัตินั้นตามมาตรฐานของตนหรือการประเมินที่ได้รับจากบุคคลอื่น

2) ประสบการณ์จากการสังเกตการปฏิบัติของผู้อื่น และนำมาประเมินเปรียบเทียบกับตนเอง

3) การชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ทำให้บุคคลสามารถดึงเอาความสามารถที่มีอยู่ในตนเองออกมาใช้ในการปฏิบัติพฤติกรรม

4) สรีรภาพ เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความเจ็บ ความสงบ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้บุคคลนำมาใช้ตัดสินความสามารถของตนเอง

ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเสนอว่า ความรู้สึกนึกคิดสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติมีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อมีความรู้สึกนึกคิดทางบวกมากขึ้น การรับรู้ความสามารถก็จะมากขึ้น ในทางกลับกันการรับรู้ความสามารถของตนเองก็มีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ยิ่งรับรู้ว่ามีความสามารถมากเท่าใดก็ยิ่งทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายลดลงมากขึ้นเท่านั้น ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรคและความตั้งใจในการวางแผนกระทำพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

2.4 ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ (Activity-related Affect) ความรู้สึกของตนเองที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังพฤติกรรม เป็นพื้นฐานของการกระตุ้นพฤติกรรมของตนเอง การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกเหล่านี้ อาจเป็นระดับน้อยๆ ปานกลางหรือรุนแรง และถูกตัดสินด้วยความคิด เก็บไว้ในความจำ และนำมาเป็นกระบวนการคิดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมในเวลาต่อมา การตอบสนองทางด้านอารมณ์ความรู้สึกต่อพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในขณะนั้น (Activity-related) อารมณ์ของตนเองในขณะนั้น (Self-related) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับบริบทในขณะนั้น (Context-related) ผลของความรู้สึกที่เกิดขึ้นจะมีอิทธิพลต่อบุคคลในการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำอีก หรือคงพฤติกรรมนั้นให้ยาวนานขึ้น อารมณ์ความรู้สึกร่วมกับพฤติกรรมสะท้อนเป็นปฏิกริยาถูกไขแสดงถึงความต่อเนื่องด้านอารมณ์ความรู้สึกโดยตรง หรือตอบสนองในทุกขั้นตอนตลอดการมีพฤติกรรมนั้น อาจเป็นความรู้สึกด้านบวกหรือด้านลบก็ได้ ได้แก่ ความรู้สึกสนุก ความรู้สึกปลื้มปิติหรือเบิกบานใจ ความรู้สึกเพลิดเพลิน ความรู้สึกรังเกียจ หรือความรู้สึกไม่พึงพอใจ พฤติกรรมที่เกิดขึ้นร่วมกับความรู้สึกด้านบวกจะส่งผลให้บุคคลนั้นปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอีก ในทางกลับกันถ้าเป็นความรู้สึกด้านลบมักจะหลีกเลี่ยง ในบางพฤติกรรมจะมีทั้งความรู้สึกในด้านบวกและด้านลบ ดังนั้นความสัมพันธ์ที่สมดุลระหว่างอารมณ์ความรู้สึกจึงต้องดูที่ความสมดุล ระหว่างความรู้สึกทางบวกและความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้นก่อน ระหว่าง และภายหลังการแสดงพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ นั้นแตกต่างจากการประเมินด้านทัศนคติตามแนวคิดของฟิชไบน์และแอสเซน (Fishbein and

Ajzen) การประเมินในแง่ของทัศนคติสะท้อนถึงการประเมินทางด้านอารมณ์ความรู้สึกของผลลัพธ์เฉพาะของพฤติกรรมมากกว่าการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่พอเหมาะของพฤติกรรมโดยตัวมันเอง (Pender, 2002:71) ดังนั้นความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่นเดียวกับมีอิทธิพลทางอ้อมโดยผ่านความสามารถในตนเองและความตั้งใจในการวางแผนว่าจะกระทำพฤติกรรม

2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) คือ ความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมความเชื่อ หรือทัศนคติของบุคคลอื่น ความคิดเหล่านี้อาจจะตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงได้ แหล่งข้อมูลเบื้องต้นของอิทธิพลระหว่างบุคคลในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ คือ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน และบุคลากรทางสุขภาพ อิทธิพลระหว่างบุคคลได้แก่ บรรทัดฐานสังคม (ความคาดหวังของผู้อื่น) การสนับสนุนทางสังคม (อุปสรรคและการให้กำลังใจ) และการเป็นแบบอย่าง (เป็นการเรียนรู้จากบุคคลอื่น โดยผ่านการสังเกตการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพพฤติกรรมเฉพาะนั้นๆ) กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลทั้ง 3 กระบวนการนี้ แสดงให้เห็นถึงอารมณ์ความรู้สึกของบุคคลที่นำไปสู่การมี พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จากการศึกษาสุขภาพและส่วนที่เกี่ยวข้อง บรรทัดฐานของสังคมเป็นตัวกำหนดมาตรฐานของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งบุคคลสามารถที่จะยอมรับหรือปฏิเสธได้ การสนับสนุนทางสังคมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแหล่งช่วยเหลือที่ได้รับจากผู้อื่น การเป็นแบบอย่างที่ทำติดต่อกันมา ประกอบขึ้นเป็นพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญของการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง ขณะเดียวกันก็มีผลทางอ้อมโดยเป็นแรงกดดันต่อสังคมหรือส่งเสริมให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพการวางแผนในการที่จะปฏิบัติ โดยกระตุ้นให้คิดที่จะปฏิบัติ หรือกระตุ้นให้บุคคลวางแผนที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นๆ คนแต่ละคนมีความแตกต่างกันในด้านความไวต่อความรู้สึก แบบอย่าง และการสรรเสริญของผู้อื่น อย่างไรก็ตามการให้แรงจูงใจอย่างเพียงพอตามแนวทางของอิทธิพลระหว่างบุคคลมีผลสะท้อนในแต่ละคนต้องใส่ใจต่อพฤติกรรมความปรารถนา และการเข้ากับบุคคลอื่นได้โดยทำให้เขาเหล่านั้นสมบรูณ์ทำให้คล้ายๆ กับเป็นการเรียนรู้คือการเลียนแบบพฤติกรรม

2.6 อิทธิพลด้านสถานการณ์ (Situational influences) การรับรู้และความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อสถานการณ์หรือบริบทใดๆ ที่อำนวยความสะดวกหรือขัดขวางต่อการแสดงพฤติกรรม อิทธิพลสถานการณ์ที่มีต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่เหมาะสม คุณลักษณะที่ต้องการ และในเรื่องของความสวยงามของสิ่งแวดล้อม Kaplan and Kaplan ซึ่งเป็นผู้เขียนเกี่ยวกับเรื่องการคืนความเป็นธรรมชาติให้กับสภาพแวดล้อมนั้นได้ตื่นตัวเรื่องของสภาพแวดล้อม (Pender, 2002: 72) โดยคำนึงว่าจะทำอย่างไรให้สภาพแวดล้อมมีผลต่อสุขภาพหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ บุคคลจะถูกชักจูงให้ปฏิบัติและกระทำอย่างมีความสามารถได้ดี ในสถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมซึ่งบุคคลรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ไป

ด้วยกันได้มากกว่าความรู้สึกไปด้วยกันไม่ได้ ความรู้สึกผูกพันมากกว่าความรู้สึกแตกแยก ปลอดภัยและมั่นใจมากกว่าความรู้สึกไม่ปลอดภัยและถูกคุกคาม สภาพแวดล้อมที่ตึงใจและ น่าสนใจเป็นบริบทที่จูงใจให้บุคคลปรารถนาจะกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ในรูปแบบการ ส่งเสริมพฤติกรรมที่ปรับปรุงใหม่นี้ อิทธิพลด้านสถานการณ์ได้รับการให้ความหมายใหม่และมี อิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมต่อพฤติกรรมสุขภาพ สถานการณ์อาจมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมโดย การแสดงให้เห็นในสภาพแวดล้อมนั้นโดยใส่สัญลักษณ์ หรือสิ่งที่ต้องปฏิบัติ เช่น การติดป้ายว่า "ห้ามสูบบุหรี่" แสดงให้เห็นสัญลักษณ์ที่เป็นที่ต้องการของสถานการณ์ที่นั่นว่าต้องการพฤติกรรม การงดสูบบุหรี่ หรือบริษัทที่ต้องการให้มีเสียงเบาหรือป้องกันการได้ยิน หรือรับฟังเสียงที่ดังต้องติด ป้ายประกาศให้ทราบทั่วกัน ทั้งสองสถานการณ์นี้เป็นการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสุขภาพ อิทธิพลของสถานการณ์อาจเป็นกุญแจสำคัญที่จะพิจารณาสิ่งใหม่ขึ้นมาและเป็นกลวิธีที่มี ประสิทธิภาพสำหรับเอื้ออำนวยและคงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีนั้นไว้

3. ผลที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรม (Behavioral outcome) การกำหนดความตั้งใจเพื่อวาง แผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเป็นจุดเริ่มของการเกิดพฤติกรรม ความตั้งใจนี้จะดึงให้บุคคลเข้า สู่และผ่านพฤติกรรม ไปได้ นอกจากนี้ถ้ามีความต้องการอื่นเข้ามาแทรก ที่บุคคลนั้นไม่ได้กระทำสิ่งที่ ตั้งใจไว้

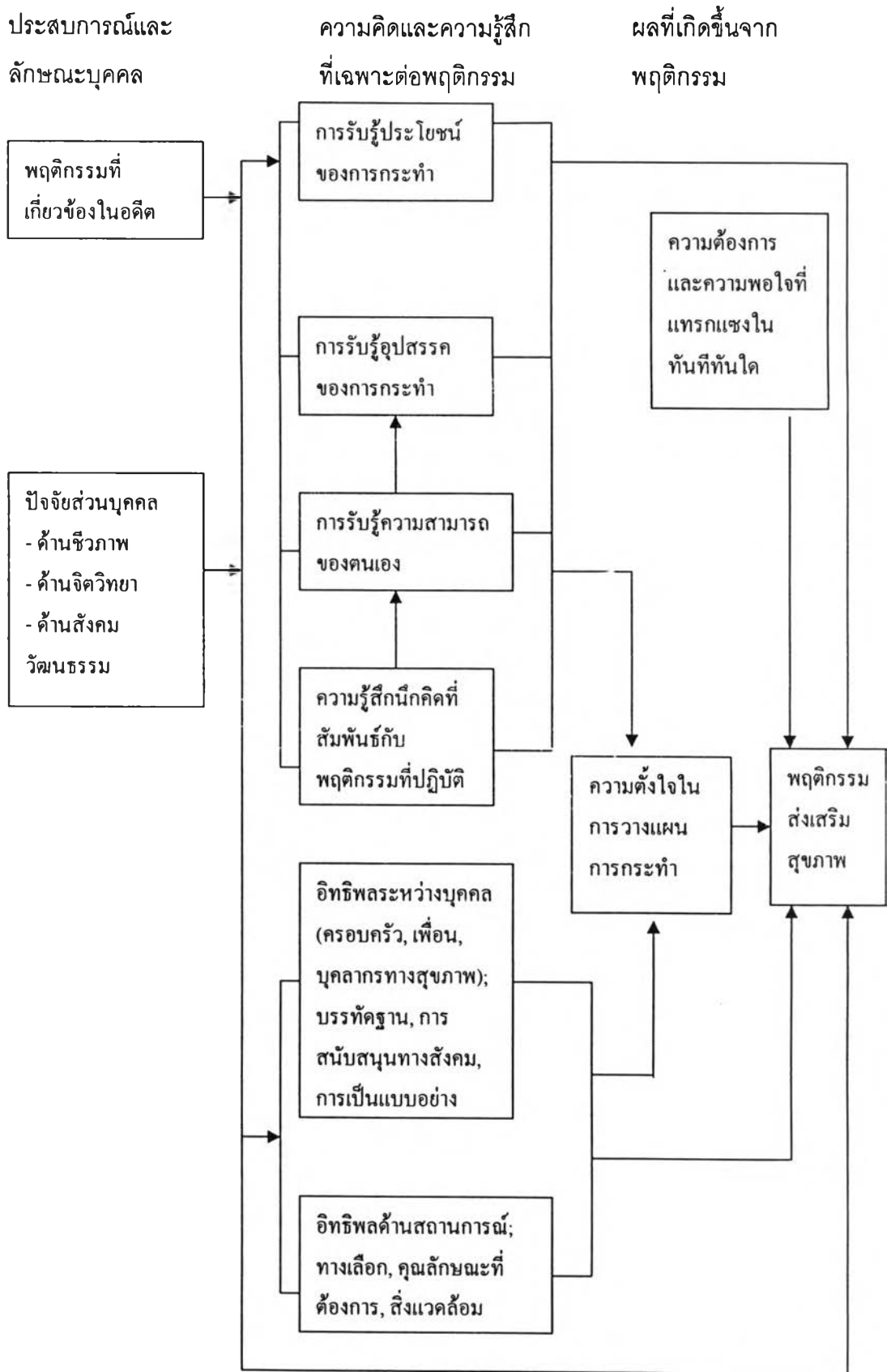
3.1 ความตั้งใจในการวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Commitment to a plan of action) พฤติกรรมของมนุษย์โดยทั่วไปจะเป็นระบบมากกว่าไม่เป็นระบบ ตามที่ Ajzen and Fishbein ได้กล่าวว่า ความตั้งใจนั้นเป็นตัวสำคัญที่กำหนดการแสดงพฤติกรรมนั้นด้วยความ เต็มใจ ความตั้งใจที่จะปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ในรูปแบบใหม่ของแบบจำลอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ภายใต้กระบวนการทางด้านความรู้สึกความเข้าใจ ได้แก่

- ความตั้งใจที่มีต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเฉพาะ ในเวลา และสถานที่ที่ กำหนดกับบุคคลที่เฉพาะหรือโดยลำพัง โดยไม่คำนึงถึงว่าจะมีสิ่งใดๆ เข้ามาแทรก
 - วิเคราะห์หาวิธีการที่จะทำให้เกิดแรงเสริมในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นต่อไป
- ต้องการหาวิธีการที่เฉพาะในการปฏิบัติที่จะใช้กับพฤติกรรมที่มีความแตกต่างกัน เพื่อให้กลายเป็น ความตั้งใจที่จะวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรม การวางแผนเพื่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนี้ทำ ร่วมกันระหว่างพยาบาล และผู้ช่วยเพื่อให้เกิดการปฏิบัติได้สำเร็จ ตัวอย่างเช่น วิธีการที่ใช้แบบ ข้อตกลงร่วมกันในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกิจกรรมอย่างหนึ่ง โดยฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ตกลงกับอีก ฝ่ายหนึ่งว่าจะได้รับรางวัลถ้าความตั้งใจที่จะกระทำนั้นคงมีอยู่ วิธีการนี้ผู้ช่วยสามารถที่จะเลือก พฤติกรรมทางสุขภาพที่เสริมแรงตามที่พวกเขาชอบ และสามารถเลือกขั้นตอนในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมที่พวกเขาต้องการ ความตั้งใจเพียงอย่างเดียว โดยไม่สัมพันธ์กับวิธีการนั้นจะบังเกิดผล

ในความตั้งใจดี (Good intentions) แต่มักจะล้มเหลวในการแสดงออกถึงพฤติกรรมสุขภาพที่มีคุณค่า

3.2 ปัจจัยความต้องการและความพอใจที่แทรกแซงในทันทีทันใด (Immediate competing demands and preferences) หมายถึง พฤติกรรมทางเลือกอื่นที่แทรกเข้ามาในความคิด ซึ่งสามารถจะกระทำได้ก่อนที่เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามที่ได้วางแผนไว้ ความต้องการแทรกแซงที่ถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกอื่นๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งบุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับต่ำ เนื่องจากเงื่อนไขด้านสิ่งแวดล้อม เช่น ความรับผิดชอบในการทำงานหรือการดูแลครอบครัว ถ้าไม่ตอบสนองความต้องการนั้น จะส่งผลร้ายต่อตนเองหรือบุคคลสำคัญในชีวิตได้ ส่วนความพอใจแทรกแซงถูกมองว่าเป็นพฤติกรรมทางเลือกที่ให้ผลตอบแทนที่มากกว่า หรือเหนือกว่าที่บุคคลสามารถควบคุมได้ในระดับสูง ซึ่งสามารถทำให้ล้มเลิกพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ เมื่อพอใจพฤติกรรมที่มาแทรกแซงความสามารถในการเอาชนะปัจจัยความพอใจที่แทรกแซงขึ้นอยู่กับความสามารถของเขาที่จะควบคุมตนเอง (Self-regulating) ในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยความต้องการและความพึงพอใจที่แทรกแซงเข้ามาในทันทีทันใด กระทบโดยตรงต่อความเป็นไปได้ที่จะเกิดพฤติกรรมสุขภาพและมีผลต่อความตั้งใจได้พอสมควร

3.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promotion behavior) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นจุดสุดท้าย หรือผลลัพธ์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพในรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะใช้เพื่อคงไว้ซึ่งผลที่เกิดขึ้นจากสุขภาพในทางบวก (Attaining positive health outcomes) ของผู้รับบริการโดยตรง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเมื่อผสมผสานไปกับแบบแผนชีวิต จะส่งผลให้เสริมสร้างสุขภาพ เพื่อความสามารถในการทำหน้าที่และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นตลอดพัฒนาการทุกระยะของชีวิต



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (Pender, 2002)

3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม

3.1 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

3.1.1 ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพ

Becker(1974: 82-99 Cite in ปลื้มจิต โชติกะ, 2544: 17) กล่าวถึง รูปแบบการรับรู้ภาวะสุขภาพไว้ในแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพว่า การที่บุคคลจะเกิดการรับรู้ ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาหรือให้ความร่วมมือในการรักษานั้น . จะต้องมีความพร้อมที่จะปฏิบัติ (Readiness to take action) การรับรู้ภาวะสุขภาพดังกล่าวประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว และแรงจูงใจด้านสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ดังกล่าวทำให้บุคคลพิจารณาถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และผลที่คาดว่าจะได้รับว่ามีมากน้อยเพียงใด มีการเปรียบเทียบระหว่างประโยชน์ของการปฏิบัติกับอุปสรรคที่ขัดขวางการปฏิบัติและต้องมีแรงจูงใจด้านสุขภาพ เพื่อแสวงหาความรู้ คำแนะนำและวิธีปฏิบัติตัว

Hiatt et.al (1984) ให้ความหมายของ การรับรู้ภาวะสุขภาพว่า หมายถึง ความคิดความเข้าใจของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ ซึ่งการรับรู้ภาวะสุขภาพขึ้นอยู่กับระดับของภาวะสุขภาพและการยอมรับในการเจ็บป่วย

Mc Dowell newell (1987) cited in ชลธิชา สงวนวงษ์ (2539) อธิบายว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดของบุคคลที่สะท้อนถึงการประเมินภาวะสุขภาพโดยทั่วไปของบุคคล

Orem, (1991: 152-153) ได้กำหนดการรับรู้ภาวะสุขภาพ ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งในส่วนประกอบของความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่จะทำให้บุคคลมีการดูแลตนเองเกิดขึ้น การรับรู้ภาวะสุขภาพทำให้บุคคลเกิดความคิด ความเข้าใจในเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเป็นเบื้องต้น และนำไปสู่การทำให้บุคคลตระหนักและเห็นความสำคัญของสิ่งที่ตนได้รับรู้ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้บุคคลมีพฤติกรรมไปตามที่รับรู้

Pender, (1996: 68) กล่าวว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ ความเข้าใจ และความรู้สำนึกคิดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก่อให้เกิดแรงจูงใจที่จะโน้มน้าวและกระตุ้นให้บุคคลเกิดความรับผิดชอบและเอาใจใส่ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพที่ดี

ศิริพร ชัมภลิจิต (2533) ให้ความหมายของการรับรู้ภาวะสุขภาพว่า เป็นความคิดความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง

สรุปได้ว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม วัดจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิม ที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานที่ปรับจาก เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) คะแนนรวมมาก หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับดี

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพสามารถประเมินอาจทำได้โดยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (Self related health) ซึ่งเป็นการสังเกตตนเอง และการรับรู้ต่ออาการต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง และตัดสินความรุนแรงของอาการเหล่านั้น (Golick, 1986)

จิระประภา ภาวิไล (2535) ศึกษาการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้ป่วยภายหลังการผ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจ ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ จาก สิริจร พัวศิริ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ช่วง ได้แก่ เป็นจริงทั้งหมด จริงเป็นบางส่วน ไม่แน่ใจ ไม่จริงเป็นส่วนมาก ไม่จริงทั้งหมด ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .75

ชื่นชีวัน โพธิ์รุ่ง (2540) ศึกษาการรับรู้ภาวะสุขภาพกับการดูแลตนเองของตำรวจจราจรในกรุงเทพมหานคร ได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook และคณะ(1996) ประกอบด้วยข้อคำถาม 26 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างมาก เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยเลย ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .82

มธุรส จันทรแสงศรี (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และแรงสนับสนุนทางสังคม กับการปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุแขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร ได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จากแนวคิดของ Pender (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มี น้อย ปานกลาง มาก เครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพจากแบบประเมิน การรับรู้ภาวะสุขภาพของ เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยมากที่สุด

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

รวีวรรณ ยศวัฒน์ (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพ บทบาทหน้าที่และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ ที่รับบริการในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่จำนวน 100 คน พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรับรู้สุขภาพดีที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดีจะมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพิน เพียรมงคล (2537) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรก จำนวน 107 รายพบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของหญิงครรภ์แรก โดยส่วนรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพโดยส่วนรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .001 และในการศึกษาของ ดุษฎีบูล บุตรสีทา (2543) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน การรับรู้ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ จำนวน 112 คน พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ด้านแรงสนับสนุนจากครอบครัวและสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวม และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2524) ได้อธิบายเกี่ยวกับชาวไทยมุสลิมกับความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ไว้ว่า ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลาม หมายถึง ผู้นอบน้อมมอบตนต่อพระเจ้า แต่เพียงผู้เดียวอย่างสิ้นเชิง ซึ่งจะมีความหมายที่ครอบคลุมพฤติกรรมของมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย มีวัฒนธรรมอิสลามเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต และกำหนดพฤติกรรมต่าง ๆ รวมทั้งพฤติกรรมอนามัยด้วยมุสลิมทุกคนจะต้องปฏิบัติตามวัฒนธรรมอิสลามที่ปรากฏอยู่ในคัมภีร์อัลกุรอาน และซุนนะฮ์

โครงสร้างสำคัญของศาสนาอิสลาม ซึ่งมุสลิมที่ดีและสมบูรณ์ต้องมีอยู่ในตนเองอย่างครบถ้วนและถูกต้อง มี 2 ประการ คือ หลักศรัทธาและหลักปฏิบัติ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หลักการศรัทธาในอิสลาม

มูลนิธินัดิซน (2546) ได้อธิบายเกี่ยวกับหลักการศรัทธาในอิสลามมี 6 ประการด้วยกันคือ
1. ศรัทธาในอัลลอฮ์

2. ศรัทธาในบรรดามลาอิกะฮ์
3. ศรัทธาในคัมภีร์ของพระองค์
4. ศรัทธาในบรรดาศาสนทูต
5. ศรัทธาในวันสุดท้ายและวันแห่งการฟื้นคืนชีพ
6. ศรัทธาในกฎแห่งความดีความชั่วจากอัลลอฮ์

หลักการปฏิบัติในอิสลาม

Hyder Gulum (2003) กล่าวถึงหลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามไว้ว่าการยืนยันความศรัทธาด้วยการปฏิบัติ ความศรัทธาทั้ง 6 ประการเป็นหลักการสำคัญพื้นฐานของอิสลามที่มุสลิมจะต้องมีอยู่ประจำใจ แต่ความศรัทธาเพียงอย่างเดียวนั้น ยังไม่เป็นการเพียงพอ เพราะในอิสลามความศรัทธาที่แท้จริงจะต้องแสดงผลของมันออกมาให้เห็น เป็นการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และเพื่อให้แน่ใจว่าคนที่มีความศรัทธาในหลักการ 6 ประการ ดังกล่าวยังคงยืนยันในความศรัทธานั้นอย่างมั่นคงอัลลอฮ์ก็ได้ทรงวางภารกิจสำคัญให้เขาปฏิบัติ 5 ประการ หรือที่เรียกกันว่าหลักการอิสลาม 5 ประการนั้นคือ

1. การกล่าวคำปฏิญาณตนว่า "ลาอิลาฮะ อิลลัลลอฮ มุฮัมมัดร่อซูลุลลอฮ์" (ซึ่งแปลว่า"ไม่มีพระเจ้าอื่นใดนอกจากอัลลอฮ์และมุฮัมมัดเป็นร่อซูลของอัลลอฮ์")
2. การนมาซหรือละหมาด (หรือในภาษาอาหรับเรียกว่า "เศาะลาฮ์")
3. การถือศีลอดในเดือนรอมฎอน
4. การจ่ายซะกาต
5. การทำฮัจญ์

บทบัญญัติที่สำคัญทางศาสนาอิสลามด้านสุขภาพอนามัย (สาเหอะอัब्ดุลเลาะห์ อัลญุฟรีและคณะ, 2532 : 1-42)

ศาสนาอิสลามเป็นแนวทางแห่งชีวิต เป็นศาสนาที่เน้นทุกแง่ทุกมุมในชีวิตมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นด้านความเชื่อที่ตั้งอยู่บนหลักของพระเจ้าองค์เดียว ซึ่งถือว่าเป็นแกนหลักด้านการปฏิบัติเพื่อความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ตามรูปแบบต่าง ๆ ที่ได้กำหนดไว้แล้วหรือในด้านอื่น ๆ เช่น การศึกษา การเมือง สังคม เศรษฐกิจ รวมทั้งการรักษาพยาบาล เป็นต้น อีกนัยหนึ่งอิสลามกำหนดแนวทางปฏิบัติของมนุษย์ต่ออัลลอฮ์ต่อตนเองและต่อผู้อื่น ถ้ามองในด้านของความสัมพันธ์แล้ว ส่วนแรกคือความสัมพันธ์ของมนุษย์กับอัลลอฮ์ ส่วนนี้เรียกว่า "อิบาดะฮ์" และอีกส่วนหนึ่งก็คือความสัมพันธ์ของมนุษย์ต่อตนเองและผู้อื่น ทั้งสองส่วนนี้มีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น ไม่อาจจะแยกออกจากกันได้เลย

ในส่วนของการรักษาพยาบาล การรักษาสุขภาพและการอนามัยก็ดีเป็นการปฏิบัติทั้งต่อตนเองและปฏิบัติต่อผู้อื่น โดยเริ่มต้นตั้งแต่ตนเอง คนในครอบครัวของตนเองไปจนถึงสังคมภายนอกโดยส่วนรวม อย่างไรก็ตามพื้นฐานของสิ่งเหล่านี้วางรากฐานของ“อียาตะฮฺ” เช่น การรักษาความสะอาดระดับพื้นฐานที่สุด คือ การอาบน้ำละหมาดเพื่อเตรียมตัวสำหรับการละหมาด การอาบน้ำละหมาดที่ดี การละหมาดก็ล้วนเป็นอียาตะฮฺ แต่ในขณะเดียวกันการรักษาความสะอาดนั้นเป็นพื้นฐานของการพยาบาลและการรักษาสุขภาพอนามัย

อิสลามให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาสุขภาพอนามัย ดังจะเห็นได้จากหะดีษของท่านรซูลุลลอฮฺ ความว่า “มุสลิมที่แข็งแรงนั้นดีกว่าและเป็นที่ยรักของอัลลอฮฺมากกว่ามุสลิมที่อ่อนแอ”

“แข็งแรง” หมายถึง ความเข้มแข็งทั้งกายและใจตลอดจนความแข็งแรงในด้านอื่น ๆ จากหะดีษตอนนี้ชี้ให้เห็นว่าอิสลามให้ความสำคัญในเรื่องของความแข็งแรงและการมีสุขภาพดีของมนุษย์ อิสลามไม่ส่งเสริมให้ชาวมุสลิมมีความอ่อนแอ

สุขภาพและอนามัยตามทัศนคติของอิสลามนั้น ไม่แตกต่างไปจากทัศนคติอื่น ๆ ทั่วไป คือ เป็นการป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพของร่างกาย ความคิดและจิตใจ มิใช่เฉพาะการปราศจากโรคภัยไข้เจ็บเท่านั้น

การป้องกันโรค คือ การคุ้มครองบุคคลและสังคมให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด ซึ่งมีวิธีดังต่อไปนี้ คือ ดำเนินมาตรการป้องกันโรคต่าง ๆ และบริหารจัดการระบาดของโรคถ้าหากมีการระบาดเกิดขึ้นและดูแลสุขภาพโดยการปรับปรุงสภาพของชีวิตและจัดโรคต่าง ๆ ตลอดจนสาเหตุแห่งความตึงเครียดของประสาท ในแง่ของความหมายอาจจะไม่รู้สึกละเอียดแตกต่างไปจากทัศนคติอื่น ๆ แต่ในเรื่องของวิธีการบางประการนั้น อาจจะมีแตกต่างอยู่บ้าง

การรักษาสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เป็นส่วนหนึ่งของภาระหน้าที่หรือความรับผิดชอบของมนุษย์ต่อตนเอง ผู้ที่นับถือศาสนาอิสลามที่ได้ศึกษาหาความรู้ในเรื่องของศาสนาย่อมจะต้องรู้เข้าใจและตระหนักในเรื่องนี้ดี ความหวังอันสูงส่งของมุสลิม คือความรักจากอัลลอฮฺและสรรเสริญสรรคดีในวันแห่งการตอบแทน ดังนั้นหะดีษของท่านรซูลุลลอฮฺที่ได้ยกมากล่าวแล้วในตอนนั้นมีความสำคัญมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัย

ภาระและหน้าที่หรือความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลต่อตนเองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้มีอยู่มากมาย ที่เห็นได้ชัดเจนและเป็นพื้นฐานโดยทั่วไปที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้ คือ การรักษาความสะอาดของร่างกาย การดูแลรักษาสุขภาพและโภชนาการ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

การรักษาความสะอาด

การรักษาความสะอาดเป็นพื้นฐานของการรักษาสุขภาพอนามัยและการพยาบาล เพราะความสกปรกนั้นเป็นบ่อเกิดของโรคหรือความชั่วร้ายต่าง ๆ อิสลามมีความละเอียดอ่อนในเรื่องนี้มาก จึงได้พยายามแยกแยะระหว่างสิ่งที่เรียกว่า สะอาดและสกปรก หรือนะญิสนี้ออกเป็นประเภท

ต่าง ๆ ตลอดจนได้กำหนดวิธีการในการทำความสะอาดของแต่ละประเภทแตกต่างกันไป อิสลามมิได้แบ่งเฉพาะสิ่งสกปรกเท่านั้น หากยังได้แบ่งชนิดของน้ำที่จะนำมาเพื่อทำความสะอาดอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งน้ำที่จะใช้ในการอาบน้ำละหมาด และทำความสะอาดหลายตอน ดังตัวอย่างพร้อมกับหะดิษต่อไปนี้

หะดิษของท่านซุลลุลลอฮฺ ความว่า "การละหมาดจะไม่ใช่ที่ยอมรับ หากปราศจากความสะดวก ผู้ศรัทธาย่อมไม่ปล่อยให้ร่างกายสกปรก"

หลักฐานต่าง ๆ ดังกล่าวนั้นชี้ให้เห็นถึงการให้ความสำคัญอย่างสูงของความสะดวก อิสลามจะไม่ถือว่าคน ๆ หนึ่งเป็นมุสลิมที่แท้จริง ถ้าหากเขาไม่รักษาความสะดวกร่างกายของเขา และไม่หลีกเลี่ยงความสกปรก สุขภาพและความสะดวกนอกจากจะมีคุณค่าทางกายภาพแล้วยังมีผลอย่างมากในการสร้างความบริสุทธิ์แก่ตนเอง อิสลามถือว่าความสะดวกเป็นส่วนหนึ่งของการทำอิบาดะฮฺ ชั้นแรกของการนับถือศาสนาอิสลาม คือต้องอาบน้ำและกล่าวคำปฏิญาณตน ซึ่งการปฏิบัติเรื่องความสะดวกของศาสนาอิสลาม พอที่จะยกตัวอย่างได้ดังนี้

การรักษาความสะดวกศีรษะและผม

ศีรษะเป็นส่วนหนึ่งของร่างกายที่ต้องทำความสะอาดในขั้นตอนของการอาบน้ำละหมาด อยู่แล้ว ดังอัลกุรอานซูเราะฮฺ ที่ 5 (อัลมาอิดะฮฺ) อายะฮฺ ที่ 7 ความว่า "โอ้บรรดาผู้ศรัทธาทั้งหลาย เมื่อพวกเจ้ามุ่งหมายที่จะทำละหมาด พวกเจ้าก็จง (ทำวุฎูอ์ก่อนโดย) ล้างหน้าของพวกเจ้ามือของพวกเจ้าจนถึงข้อศอก และพวกเจ้าจงเช็ดศีรษะและ (จงล้าง) เท้าของพวกเจ้าจนถึงตาตุ่มและหากพวกเจ้ามีเยนะบะฮฺ (สภาพหลังการมีประเวณีหรือหลังอสุจิ) พวกเจ้าจงชำระ (ร่างกาย) ให้สะอาดในการรักษาความสะดวกและความเป็นระเบียบเรียบร้อยของเส้นผม" ท่านรอซุลลุลลอฮฺ ได้กล่าวความว่า "ผู้ใดมีผม จงดูแลรักษามัน" ญาบิร บินอับดุลลอฮฺ รายงานว่าท่านรอซุลลุลลอฮฺ ได้เห็นชายผู้หนึ่งผมรุงรัง ท่านก็ได้กล่าวว่า "ชายผู้นี้ไม่มีสิ่งใดสำหรับจัดผมของเขา (ให้เรียบร้อย) กระนั้นหรือ"

การรักษาความสะดวกมือและเล็บ

อิสลามเน้นความสะดวกของมืออย่างมากทีเดียว ทั้งนี้เนื่องจากว่าในแต่ละวัน มือจะสัมผัสกับสิ่งต่าง ๆ มากมาย ดูเหมือนจะมากกว่าอวัยวะอื่น ๆ การติดต่อเชื้อโรค เช่น เมื่อจับมือกับผู้ป่วยหรือแตะต้องอาหารที่สกปรก หลังจากการเข้าส้วมพยาธิบางชนิดแพร่ออกจากผู้ป่วยโดยผ่านมือของเขา ตัวหรือไข่ของมันจะซ่อนอยู่ในเล็บจากนั้นก็ย้ายไปที่คนปกติ ในเรื่องการรักษาความสะดวกมือ นั้น อิสลามได้กำหนดให้มือเป็นส่วนหนึ่งของร่างกาย ที่ต้องทำความสะอาดในขั้นตอนของการอาบน้ำละหมาด ส่วนหลักฐานอื่น ๆ ที่กำหนดให้ทำความสะอาดมือ นั้น ขอยกบางส่วน คือหะดิษของท่านรอซุลลุลลอฮฺ ความว่า "เมื่อบ่าวของอัลลอฮฺอาบน้ำละหมาด เขาล้างมือของเขาแน่นอนบาปทั้งหลายจะออกจากมือทั้งสองของเขาและจากใต้เล็บของเขา" "ผู้ใดที่เข้านอนใน

5) การโภชนาการบริเวณอวัยวะเพศ

การรักษาความสะอาดเครื่องแต่งกาย

ในการละหมาดนั้น นอกจากจะต้องขัดสิ่งสกปรกออกจากร่างกายแล้ว ยังต้อง
ระมัดระวัง

ในเรื่องความสะอาดของเครื่องแต่งกายหรือเครื่องนุ่งห่มให้สะอาดอยู่เสมอ ดังหลักฐาน
จากอัล-กุรอาน และหะดีษ ดังต่อไปนี้

อัล-กุรอานซูเราะฮ์ที่ 74 (อัลมุดซซิริ) อายะฮ์ที่ 4 ความว่า "เครื่องแต่งกายของสุเจ้าจงทำ
ความสะอาด" หะดีษของท่านร่อซูลุลลอฮ์ ความว่า "จงสวมเครื่องแต่งกายสีขาวเพราะมันเป็น
การดีที่สุด" จากการรายงานว่าครั้งหนึ่งท่านร่อซูลุลลอฮ์ ได้เห็นผู้หนึ่งสวมผ้าสกปรกท่านกล่าวว่า
"เขาไม่สามารถหาน้ำสะอาดซักเสื้อผ้าของเขากระนั้นหรือ" "อิสลามยังได้กำหนดให้รักษาความ
สะอาดและความสง่างามในที่ชุมชน เช่น ในการละหมาดวันศุกร์ โดยส่งเสริมให้สวมชุดต่างหาก
จากชุดที่ใช้ในการทำงาน"

การรักษาความสะอาดภาชนะต่าง ๆ

ภาชนะต่าง ๆ ต้องดูแลให้อยู่ในความสะอาดเสมอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งภาชนะสำหรับใส่
อาหารต้องไม่ปล่อยให้โดนสิ่งสกปรก หรือที่อิสลามเรียกว่า "นะฎิษ" ถ้าโดนสิ่งสกปรกประเภท
หนัก เช่น หมู หรือน้ำลายของสุนัขให้ล้างด้วยน้ำหกครั้ง และน้ำผสมดินหนึ่งครั้งและการล้างต้อง
ล้างโดยให้น้ำที่ไหลผ่านไปได้

การโภชนาการในอิสลาม

อิสลามให้ความสำคัญในเรื่องโภชนาการเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้เนื่องจากการโภชนาการนั้นมี
อิทธิพลต่อสุขภาพของมนุษย์โดยตรง หลักการพื้นฐานในเรื่องโภชนาการ คือ การเลือกอาหารที่ดี มี
คุณค่าสูง การทำความสะอาดอาหาร การทำความสะอาดก่อนบริโภคและการเตรียมอาหาร

อิสลามห้ามบริโภคสิ่งที่จะทำให้ขาดสติสัมปชัญญะ ทำให้ระบบประสาทเสื่อม ก่อ
อันตรายแก่ร่างกายและในทางตรงกันข้าม อิสลามสั่งให้บริโภคสิ่งที่ดี ๆ ที่อัลลอฮ์ได้เตรียมไว้แล้ว
ทั้งที่อยู่บนบกและในทะเลซึ่งมีเป็นจำนวนมากมหาศาล

อิสลามห้ามกินและดื่มสิ่งที่จะเป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่น ซากสัตว์ เลือด เนื้อหมู
ยาเสพติดและเหล้า อิสลามสนับสนุนให้กินเนื้อที่ศาสนานูมิตี จะเป็นสัตว์บก สัตว์น้ำและอาหาร
ที่ผลิตจากเนื้อดังกล่าว ตลอดจนสนับสนุนให้กินน้ำผึ้ง ลูกอินทผลัมและอาหารที่มีแร่ธาตุทุกชนิด

อัล-กุรอานได้ระบุเกี่ยวกับการบริโภคไว้ดังนี้ ซูเราะฮ์ที่ 2 (อัลบะกอรอฮ์) อายะฮ์ที่ 168
ความว่า "โอ้มวลมนุษย์ พวกเจ้าจงบริโภคจากสิ่งที่มีอยู่ในพื้นภพเกิดเฉพาะสิ่งที่ถูกอนุมัติ อีกทั้งที่มี
คุณประโยชน์เท่านั้นและเจ้าทั้งหลายอย่าได้เดินตามทางของมารร้าย เพราะมันเป็นศัตรูอันชัดเจน"

ซูเราะฮ์ที่ 5 (อัลมาอิดะฮ์) อายะฮ์ที่ 96 ความว่า "เป็นที่อนุมัติสำหรับพวกเจ้าทั้งหลาย สัตว์ทั้งหลาย และอาหารจากมัน เพื่ออำนวยความสะดวกแก่พวกเจ้าและเพื่อผู้เดินทาง..."

ซูเราะฮ์ที่ 5 (อัลมาอิดะฮ์) อายะฮ์ที่ 91 ความว่า "เจ้าทั้งหลายจงบริโภคจากสิ่งที่อัลลอฮ์ได้ทรงประทานแก่พวกเจ้า เฉพาะสิ่งอนุมัติที่ดี และเจ้าทั้งหลายจงยำเกรงอัลลอฮ์ ซึ่งพวกเจ้าเป็นผู้ศรัทธา ในพระองค์"

อัล-กูรออัน ได้กำหนดอาหารต้องห้ามไว้ ดังนี้ "แท้จริงเป็นที่ต้องห้ามสำหรับสุเจ้าซึ่งซาก สัตว์ตาย เลือดเนื้อสุกรและสัตว์ที่ถูกนำมาฆ่าแล้วนาม (สิ่งอื่น ๆ) ขณะเชือดนอกรู้นอกจากอัลลอฮ์ แต่ผู้ใดอยู่ในภาวะคับขัน โดยเขามีผู้ใช้ผู้ทรยศและไม่ใช้ผู้ละเมิดแน่นอน ย่อมไม่เป็นบาปสำหรับเขา แท้จริง อัลลอฮ์ทรงให้อภัยสิ่ง อิกทั้งทรงเมตตายิ่ง"

ซูเราะฮ์ที่ 5 (อัลมาอิดะฮ์) อายะฮ์ที่ 3 ความว่า "แท้จริง เป็นที่ต้องห้ามสำหรับสุเจ้าบริโภค สัตว์ตายเอง เลือดเนื้อสุกรและสัตว์ที่เชือดรัดคอตาย ที่ถูกตีจนตาย ที่พลัดตกจากที่สูงตาย ชนกัน ตาย ที่สัตว์ป่าดุร้ายจับกินยกเว้นที่สุเจ้าเชือดทันและสัตว์ที่ฆ่าเพื่อบูชาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ด้วย"

การพักผ่อน

การพักผ่อนเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสุขภาพของมนุษย์ อิสลามจึงได้กำหนดให้มีการพักผ่อนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งกายและใจ

การพักผ่อนลักษณะแรกก็คือ การพักผ่อนในลักษณะของอิบะดะฮ์ หรือการปฏิบัติเพื่อการ จงรักภักดีต่ออัลลอฮ์ ตามรูปแบบที่ศาสนากำหนด เช่น การละหมาดและการถือศีลอด

อิริยาบถของการละหมาดนั้น เป็นการปฏิบัติที่เน้นทั้งกายและใจ ตั้งแต่ต้นจนจบ เช่น การ ยืน โค้ง นั่ง และกราบ (ซูด) ล้วนแล้วแต่เป็นท่าหลักหรือพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ใน ด้านสุขภาพนั้นการที่มนุษย์ได้อยู่ในอิริยาบถหรือเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอิริยาบถตามขั้นตอนของ การละหมาดแล้วก็สามารถที่จะช่วยในกระบวนการของกายภาพบำบัดไปในตัว

ส่วนสภาพทางจิตใจนั้น ตลอดระยะเวลาของการละหมาดจะต้องมีจิตใจจดจ่อกับการ เคารพและระลึกถึงอัลลอฮ์ เป็นการเสริมสร้างสมาธิและผลพลอยได้ ก็คือจะทำให้จิตใจมีความ เข้มแข็งและสุขสงบ ทำให้เป็นคนที่มีความนอบน้อมต่อมตน

ช่วงเวลาของการละหมาด ที่แบ่งออกเป็น 5 ช่วงนั้น เพื่อให้มนุษย์ได้พักผ่อนทั้งกายและใจ จะได้ผ่อนคลายความเครียด เตรียมพร้อมที่จะเผชิญกับชีวิตในแต่ละช่วงของเวลา

การพักผ่อนในลักษณะที่สองก็คือการถือศีลอด ซึ่งนอกจากจะกระทำเพื่อแสดงออกถึง ความจงรักภักดีต่ออัลลอฮ์แล้วยังมีผลต่อสุขภาพและอนามัยในแง่ของการพักผ่อนอีกด้วย หลังจากที่มีมนุษย์ทำงานหนักมาตลอดทั้งปีก็ควรจะมีการพักผ่อนเป็นเวลาหนึ่งเดือนในลักษณะ ต่อไปนี้

- 1) พยายามควบคุมสติอารมณ์ให้มากที่สุดเพื่อทำลายความเครียด โดยการไม่กระทำหรือคิดในสิ่งที่จะรู้ความรู้สึกให้สับสน โกรธแค้น อิจฉาริษยา โกรธ หลง เป็นต้น
- 2) พยายามระลึกถึงอัลลอฮ์ตลอดเวลา เพื่อจิตใจจะได้สงบ ไม่ฟุ้งซ่านมีจิตใจมั่นคง นอบน้อมต่อมตน
- 3) ไม่รับประทานอาหารหรือดื่มในเวลากลางวัน เพื่อให้เกิดความอดทนและพักผ่อนระบบการย่อยอาหารที่ต้องทำงานหนักมาทั้งปี

การถือศีลอดที่ได้กล่าวมานี้ เป็นการถือศีลอดภาคบังคับที่ต้องปฏิบัติปีละ 1 ครั้ง ตลอดหนึ่ง

เดือนของเดือนรอมฎอน (เป็นเดือนหนึ่งในสิบสองเดือนของอิสลาม) นอกจากการถือศีลอดดังกล่าวแล้วยังมีการถือศีลอดภาคส่งเสริมและสนับสนุนให้ปฏิบัติตามท่านรอซูลุลลอฮ์ ได้ปฏิบัติเป็นประจำ คือ วันจันทร์และวันพฤหัสบดี ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความประสงค์ของเราไม่ได้บังคับ

หลักฐานเกี่ยวกับการพักผ่อน ดังปรากฏในอัล-กุรอาน ซูเราะฮ์ที่ 10 (ยูนุส) อายะฮ์ที่ 67 "พระองค์เป็นผู้ทรงดลบันดาลกลางคืนแก่พวกเขา เพื่อพวกเขาจะพักผ่อนในเวลานั้นและดลบันดาลกลางวันให้แจ่มกระจ่าง แท้จริงนั้นเป็นสัญลักษณ์ต่าง ๆ สำหรับกลุ่มชนที่ได้ยิน"

การรักษาสุขภาพจิต

การรักษาสุขภาพจิตใจก็คือการร้องกันหรือการขจัดความเครียดทางประสาท ซึ่งเกี่ยวกับการละหมาด การระลึกถึงอัลลอฮ์ การถือศีลอด การเสียสละเพื่ออัลลอฮ์ ทั้งนี้ก็เพื่อให้เกิดความเข้มแข็ง ความอดทน ความนอบน้อม ความสงบและสามารถเผชิญกับความยากลำบาก การทดสอบ อุบัติเหตุและความเจ็บไข้ได้ป่วย อิสลามหันมาอยู่ในสภาพที่สิ้นหวังและฆ่าตัวตาย แต่ให้มนุษย์มีความร่วมมือกัน มีความเห็นอกเห็นใจกัน เพื่อจะได้แบ่งเบาภาระในชีวิต

อิสลามยังได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ เพื่อป้องกันความตึงเครียดทั้งหลายในสังคม เช่น การพนัน การกินดอกเบี้ย รูปแบบของการบันเทิงที่ไม่ดี และความสับสนวุ่นวาย เป็นต้น

อิสลามยังได้กำหนดให้มีความศรัทธาต่อกฎแห่ง "เกาะฎอฮ์" และ "เกาะดร์" หมายถึงศรัทธาในกฎกำหนดสภาวะการณหรือระเบียบอันรัดกุมที่พระเจ้าเป็นผู้เป็นเจ้าของได้กำหนดไว้แก่โลก แก่มนุษยชาติ ซึ่งมีทั้งที่เกิดขึ้นที่เราหลีกเลี่ยงไม่ได้และมีทั้งที่เป็นไปตามความสัมพันธ์ระหว่างเหตุและผลที่ผูกพันกับสติปัญญาของมนุษย์ที่อัลลอฮ์ประทานมาเพื่อเลือกปฏิบัติตามข้อห้ามข้อใช้

ความศรัทธาในเรื่องนี้ จะสามารถขจัดความเครียดและสร้างความเชื่อมั่นในการที่จะดำรงชีวิตต่อไป

การรักษาโรค

อิสลามให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรค เมื่อเกิดโรคแล้วให้รีบรักษา ไม่ให้ปล่อยปละละเลยให้ตัวเองตกอยู่ในความเสียหายและปล่อยให้ตัวเองอยู่ในสภาพที่สิ้นหวัง และเมื่อต้องมีการรักษาแล้ว ก็ต้องหาผู้เชี่ยวชาญในด้านนี้

ความสำคัญในการรักษาโรคจะเห็นได้จากหะดิษต่อไปนี้ ความว่า "มีคนอาหรับพื้นเมืองได้ถามท่านรอซูลุลลอฮฺ ว่า "เราควรรักษาโรคหรือไม่ โอ้ท่านรอซูลุลลอฮฺ" ท่านรอซูลุลลอฮฺตอบว่า "ใช่ ท่านควรรักษาโรคนั้น โอ้บ่าวของอัลลอฮฺท่านจงรักษาโรค เพราะอัลลอฮฺจะไม่ส่งโรคต่าง ๆ โดยปราศจากการส่งยาที่เหมาะสมกับโรคนั้น ๆ โรคทุกชนิดมีการรักษา ยกเว้นมีโรคเดียวเท่านั้นที่ไม่สามารถรักษาได้" "โรคอะไรหรือที่ไม่สามารถรักษาได้" คนอาหรับดังกล่าวถาม "โรคชราเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้และไม่มียารักษา" ท่านรอซูลุลลอฮฺตอบ ยังมีหะดิษของท่านรอซูลุลลอฮฺอีก ความว่า "แท้จริงอัลลอฮฺได้ส่งโรคลงมาแล้วส่งยาอัลลอฮฺได้กำหนดยาไว้สำหรับแต่ละโรค ดังนั้นท่านจงรักษาเถิดและท่านจงอย่ารักษาในสิ่งที่ต้องห้าม"

สรุป ความเชื่อทางด้านศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หมายถึง หลักศรัทธา หลักปฏิบัติของศาสนาอิสลามที่ส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของอิสลามิกชน

การประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

การประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพสามารถประเมินได้หลายวิธี ได้แก่ การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์ ดังนี้

สาดี เฉลิมวรรณพงศ์ (2530) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า การรับรู้ความเชื่อทางด้านศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของชาวไทยมุสลิมอยู่ในระดับสูง

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยใช้แบบจากแบบประเมินความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ของสาดี เฉลิมวรรณพงศ์ (2530) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยน้อยที่สุด เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยมาก เห็นด้วยมากที่สุด ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .73

ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

จากการศึกษาของสาดี เฉลิมวรรณพงศ์ (2530) ในกลุ่มชาวไทยมุสลิมที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 290 คน พบว่า มีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก แต่งานวิจัยที่ผ่านมาพบปัญหาต่าง ๆ เช่น การศึกษาของ อนันต์ สุไลมาน (2526) และเยาวรัตน์ ประปักษ์ขาม (2526) พบว่ามีความเชื่อทางศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ และมีอุปสรรคอื่น ๆ ที่ทำให้ไปใช้บริการสาธารณสุขไม่ได้ ส่วนตัวแปรเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลและรายได้ของครอบครัวไม่มีผลต่อความเชื่อทางศาสนาเกี่ยวกับสุขภาพ

และจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาความเชื่อทางด้านศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในรูปแบบการหาความสัมพันธ์

3.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

Pender (2002) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการวางแผนของบุคคลที่จะปฏิบัติพฤติกรรมเฉพาะใด ๆ โดยขึ้นอยู่กับ การคาดการณ์ถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้น การคาดการณ์ถึงประโยชน์เป็นการแสดงออกทางจิตใจโดยคำนึงถึงผลทางบวกหรือการเสริมแรงของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น ๆ

Martin (1996) cite in ศิริมา วงษ์แหลมทอง (2542) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพมักเกี่ยวข้องกับการรับรู้ประโยชน์ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย จิตใจ และสังคม

ดวงเดือน พันธุโยธี (2539) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองในทางบวกว่าเป็นอย่างไร จากความคาดหวังต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองในทางบวก โดยเฉพาะความคาดหวังเกี่ยวกับประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากการได้ปฏิบัติแล้วว่าจะลดความเสี่ยงที่จะเกิดโรค หรือการรับรู้ว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นจะช่วยลดความรุนแรงของโรคที่ตนเองเป็นอยู่ได้ บุคคลที่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่นนี้จะให้ความร่วมมือและพร้อมที่จะปฏิบัติตาม และถ้าพฤติกรรมที่ปฏิบัติไปแล้วนั้นเกิดผลดีต่อตนเองก็จะมี การกระทำพฤติกรรมนั้นอย่างสม่ำเสมอและคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ ตลอดไป

ธนพร วงษ์จันทร์(2543) กล่าวว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพว่าเป็นความรู้สึกรู้สึกดี ความเข้าใจ หรือการรับรู้ด้านต่างๆ ของบุคคลที่สามารถป้องกันอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งการที่บุคคลจะยอมรับและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้นั้นบุคคลต้องมีการรับรู้ประโยชน์หรือข้อดีของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

โดยสรุป การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง การรับรู้การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลว่า พฤติกรรมนั้นมีผลทางบวกกับสุขภาพ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ช่วยคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีและ สามารถป้องกันภาวะเจ็บป่วย

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสามารถประเมินได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

ดวงเดือน พันธุโยธี (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการออกกำลังกาย และพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ในจังหวัดเชียงใหม่ ได้พัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้แนวคิดของ Pender (1996) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วยเป็นบางส่วน ไม่แน่ใจ เห็นด้วยเป็นบางส่วน และเห็นด้วยอย่างยิ่ง ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .84

ธนพร วงษ์จันทร์ (2543) ศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน ได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการส่งเสริมสุขภาพโดยใช้แนวคิดของ Pender (1996) ลักษณะแบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ เป็นจริงมากที่สุด เป็นจริงมาก เป็นจริงน้อย ไม่เป็นจริง เครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .86

ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้พัฒนาแบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของ Pender (1996) ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .85

วราภรณ์ โตเต็มศักดิ์ (2543) ได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ต่อพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคเบาหวานตามกรอบแนวคิดของ Pender (1987) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย เครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานของ เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

Guo Hong (1999) ได้ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และแรงจูงใจของพยาบาล จำนวน 134 คน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ กิจกรรมทางกาย การรับประทานอาหาร ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การเจริญทางจิตวิญญาณ การจัดการกับความเครียด และการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ จำนวน

200 ราย พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ.

การรับรู้อุปสรรคตามแนวคิดของ Pender (2002) การรับรู้สิ่งที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อาจเป็นการคาดคะเนหรือเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงก็ได้ขัดขวางไม่ให้นุคคลปฏิบัติพฤติกรรมหรือจิตใจให้หลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับความไม่มีประโยชน์ ความไม่สะดวกสบาย การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบากหรือใช้เวลามากในการทำกิจกรรม การรับรู้อุปสรรคมักเป็นแรงจูงใจที่ทำให้หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรม เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการกระทำดีและอุปสรรคมาก การกระทำจะเกิดขึ้นได้ยาก แต่เมื่อความพร้อมในการกระทำสูงและอุปสรรคมีน้อย ความเป็นไปได้ที่จะกระทำจะมีมากขึ้น

Nies, Vollman & Cook (1999) ให้ความหมาย ของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางไม่ให้อาจสามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้ ประกอบด้วย การมีภาระที่ต้องรับผิดชอบมาก ขาดความเข้าใจและขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติ และความเหนื่อยล้า

Verhoef, Hamm, & Love (1993) ให้ความหมาย การรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายว่าเป็นสิ่งที่ขัดขวางหรือมีผลทางด้านลบต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แบ่งออกเป็นอุปสรรคภายในและอุปสรรคภายนอก อุปสรรคภายใน ได้แก่ ขาดความตั้งใจ ขาดระเบียบวินัยในตนเอง ความเหนื่อยล้า ขาดความสนใจ และอุปสรรคภายนอก ได้แก่ ไม่มีเวลา ขาดบุคคลที่ร่วมปฏิบัติด้วย การรับผิดชอบภาระในบ้านและทำงานประจำ

Sechrist et al. (1987) cite in ปรัชญา ดาสา (2544) ให้ความหมายของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพว่า เป็นการที่บุคคลรับรู้ถึงสิ่งขัดขวางต่อพฤติกรรมออกกำลังกายภายใน 4 ด้าน คือ การใช้เวลา สภาพแวดล้อม การขาดการสนับสนุน จากครอบครัวหรือสังคม และความพร้อมของร่างกาย

สรุป การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมเกี่ยวกับสิ่งที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยอุปสรรคด้านร่างกาย ด้านเวลา และด้านเศรษฐกิจ

การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ Sechrist et al. (1987) ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย (EBBS) จากแนวคิดของ

Pender (1987) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 65 ข้อ แบ่งเป็นการรับรู้ประโยชน์ต่อการออกกำลังกายจำนวน 45 ข้อ และการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายจำนวน 20 ข้อ โดยคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายแปลผลในทางตรงข้าม เมื่อนำแบบวัดไปใช้กับผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพดี อายุ 18-88ปี จำนวน 664 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีบางข้อคำถามที่ไม่มีความสัมพันธ์กันจึงตัดออกจนเหลือจำนวน 43 ข้อ นำมาหาค่าความเชื่อมั่นโดยรวมได้เท่ากับ .95 ด้านการรับรู้ประโยชน์ต่อการออกกำลังกายจำนวน 29 ข้อ ได้ .95 และด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายจำนวน 14 ข้อ ได้ .87 โดยบางการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายเป็น 4 ด้านคือ การใช้เวลา 3 ข้อ สภาพแวดล้อมของการออกกำลังกาย 6 ข้อ การขาดแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม 2 ข้อ ความพร้อมของร่างกาย 3 ข้อ แบบวัดที่ปรับปรุงแล้วสามารถใช้วัดได้ทั้ง 2 ด้าน หรือแยกวัดเป็นรายด้าน

ปรัชญา ดาสา (2544) ศึกษาพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของอาจารย์สตรีมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้พัฒนาแบบวัดการรับรู้อุปสรรคต่อการออกกำลังกายของ Sechrist et.al (1987) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ การใช้เวลา 3 ข้อ ด้านสภาพแวดล้อม 6 ข้อ ด้านการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม 2 ข้อ และความพร้อมของร่างกาย 3 ข้อ ลักษณะคำตอบทั้ง 4 ด้าน เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .87

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานของ เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) ซึ่งสร้างโดยแนวคิดของ Pender (1987) จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ

Irvine, Saunder, Blank, & Carter, 1990 ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานใน 4 ด้านคือ ด้านการบริโภคอาหาร การบริโภคยา การตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด และการออกกำลังกาย จำนวน 214 ราย พบว่าการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่างๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เหยียน จุน (1991) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคต่อการออกกำลังกายและกิจกรรมการออกกำลังกายใน นักศึกษาหญิงระดับปริญญาตรีของมหาวิทยาลัย ชุนยัตเซน เมืองกวางโจว จำนวน 217 คน พบว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงลบกับกิจกรรมการออกกำลังกาย

ภายในนักศึกษาระดับปริญญาตรี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 และการศึกษาของ GUO HONG (1999) ศึกษาการรับรู้ประโยชน์ อุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจ และแรงจูงใจของพยาบาล จำนวน 134 คน พบว่าการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลมีความสัมพันธ์ทางลบกับแรงจูงใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจของผู้ป่วย

3.5 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ

ความหมายของการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การรับรู้ความสามารถของตนตามแนวคิดของ Pender (2002) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตน เป็นการตัดสินใจความสามารถของบุคคลว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จ การรับรู้เกี่ยวกับทักษะและความสามารถเป็นแรงจูงใจสำคัญของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเหมาะสม ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถและทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งส่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถและไม่มีทักษะ

Bandura (1986) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง การที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนที่จะจัดการ และดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

Lawrance & Mcleroy (1986) กล่าวว่า การรับรู้ความสามารถเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการทางความคิด และมีความสำคัญคือ เป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้และการกระทำ

Owen & Froman, (1992: 90) cite in วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) กล่าวว่า บุคคลที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะเริ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและแสวงหาความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งแสวงหาการรักษาตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย

สรุป การรับรู้ความสามารถของตน หมายถึง ความคิดเห็นของผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมเกี่ยวกับความเชื่อมั่นในความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพว่าสามารถกระทำได้ ซึ่งประกอบด้วยความเชื่อมั่นด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในการการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินการรับรู้ความสามารถของตนในการการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพสามารถประเมินได้หลายวิธี ได้แก่ การใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

วันดี แยมจันทร์ฉาย (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้พัฒนาแบบวัดความสามารถ

ของตนเองจากแนวคิดของ Shere (1982) ประกอบด้วยข้อคำถาม 23 ข้อ การตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าของ Likert scale 14 ระดับ ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .86

จิตระการ ศุภรดี (2543) ศึกษาการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของสตรีที่ต้องโทษในเรือนจำ ได้พัฒนาแบบประเมินการรับรู้ความสามารถแห่งตนตามแนวคิดของ Shere และคณะ (1982) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 อันดับ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยค่อนข้างมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย ไม่เห็นด้วย ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .80

จิราภรณ์ ฉลาภูวัฒน์ (2541) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ปอดหลังได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง จากกรอบแนวคิดของ Bandura (1997) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด เครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .83

ดรุณี ดลรัตนภัทร (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของผู้ใหญ่วัยกลางคน ได้พัฒนาแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน จากแนวคิดของ Pender (1996) ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ได้แก่ มั่นใจมากที่สุด มั่นใจมาก มั่นใจปานกลาง มั่นใจเล็กน้อย ไม่มั่นใจเลย เครื่องมือมีความเชื่อมั่นเท่ากับ .88

สำหรับการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยปรับปรุงแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานของ เยาวเรศ สมทรัพย์ (2543) จำนวนข้อคำถาม 6 ข้อ

ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนกับพฤติกรรมสุขภาพ

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตน ดังนี้ จิตระการ ศุภรดี (2543) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพสตรีที่ต้องโทษในเรือนจำกลาง จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 210 ราย พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนมีความสัมพันธ์ทางบวกอย่างมีนัยสำคัญในระดับต่ำกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพโดยรวมและรายด้านคือ ด้านความสำเร็จในชีวิตแห่งตน ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ และการสนับสนุนระหว่างบุคคล แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถแห่งตนกับแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกาย ด้านโภชนาการและการจัดการกับความเครียด สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญจิต อินเหยี่ยว (2542) ศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนและพฤติกรรมการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาอาชีวศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 792 คน พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักของนักศึกษาอาชีวศึกษาโดยรวมมีการรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง และเมื่อพิจารณาการรับรู้

ความสามารถของตนเป็นรายด้านพบว่านักศึกษาอาชีวศึกษามีการรับรู้ความสามารถของตนเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักจากการได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น และการชั่งด้วยคำพูดอยู่ในระดับค่อนข้างสูง

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สาลี เฉลิวรรณพงษ์ (2530) ได้ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปหรือโรงพยาบาลชุมชนในสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้จำนวน 290 คน พบว่า ความเชื่อด้านศาสนาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอยู่ในระดับสูงมาก

ธีรพันธ์ วรรณศิริ (2532) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระดับน้ำตาลกลูโคสในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานภายหลังจากการเดินบนสายพานเลื่อน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินเพศหญิง อายุ 30-60 ปี ที่มารับการรักษาในคลินิกโรคเบาหวานโรงพยาบาลมหาราช จำนวน 20 ราย พบว่าระดับกลูโคสในเลือดภายหลังจากออกกำลังกายลดลงกว่าก่อนออกกำลังกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

สมศักดิ์ วราอศวปติ (2535) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลินที่โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน อายุตั้งแต่ 40 ขึ้นไป ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลนครพิงค์ จำนวน 45 คน และติดตามสัมภาษณ์แบบลึกพร้อมกับการสังเกตที่บ้านของผู้ป่วยที่คัดเลือกไว้แบบเจาะเจาะจง จำนวน 7 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีแบบแผนการใช้ยาโดยดูลักษณะเม็ดยาภายนอก ได้แก่ รูปร่าง ขนาด และสีของเม็ดยาร่วมกับการจดจำวิธีการใช้ยา โดยผู้ป่วยไม่สนใจฉลากบอกวิธีใช้ยาและชื่อยา เนื่องจากการรับรู้ชื่อยาทำได้ยาก ผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ไม่ดีส่วนใหญ่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องเพราะเข้าใจวิธีการใช้ยาผิด หรือมืออาหารของผู้ป่วยไม่ตรงกับเวลาที่แพทย์กำหนดให้รับประทานยา โดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานวันละหลายครั้ง ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยาในบางมื้อ และมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับยาของโรงพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยบางส่วนมีการลดขนาดยา รับประทานยาในเวลาไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะยาที่ได้รับประทานก่อนอาหารเช้า ผู้ป่วยมักรับประทานยาก่อนอาหารเกิน 30 นาที ผู้ป่วยบางส่วนไม่มารับการตรวจและรับยาตามนัด และมีการปฏิบัติเมื่อขาดยาที่อาจเป็นอันตรายได้แก่ ชื่อยาตามตัวอย่างมารับประทาน

กนกวรรณ จันทร์แดง (2540) ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้นำอิสลามในจังหวัดปัตตานี จำนวน 330 คน พบว่า ผู้นำศาสนาอิสลามร้อยละ 99 มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ

จันทรา บริสุทธิ์ (2540) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพกับผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวานโรงพยาบาลในภาคเหนือตอนล่างจำนวน 240 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานบางรายซื้อยาเบาหวานมาใช้เอง เนื่องจากบางครั้งไม่สามารถมาตรวจได้ ยานหมดจึงไปซื้อยาที่ร้านขายยา โดยจะนำตัวอย่างไปให้ที่ร้านขายยาดู ผู้ป่วยร้อยละ 17.1 ใช้น้ำสมุนไพรร่วมกับการรักษาของแพทย์ และการใช้น้ำสมุนไพรผู้ป่วยจะไม่บอกให้แพทย์ทราบเพราะเกรงว่าจะถูกตำหนิ หรือกลัวแพทย์จะไม่ให้ใช้

เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงโรคเบาหวานในภาคตะวันตก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับรักษาที่โรงพยาบาลเจ้าพระยามรราช จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลพหลพลพยุหเสนา จังหวัดกาญจนบุรี และโรงพยาบาลราชบุรี จำนวน 200 คน พบว่าผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่นิยมใช้น้ำมันพืชในการปรุงอาหาร ชอบรับประทานข้าวขาว ปลายน้ำจืด และผักกับน้ำพริก ส่วนใหญ่รับประทานอาหารไม่ตรงเวลา และบางรายมีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ส่วนผลไม้ จะรับประทานผลไม้ประเภท ส้ม ฝรั่ง ชมพู เนื่องจากช่วงที่ศึกษาอยู่ในช่วงเดือนมกราคม – กุมภาพันธ์ ซึ่งจะมีผลไม้ดังกล่าวจำนวนมาก ส่วนผลไม้ที่มีรสหวาน เช่น ผลไม้สุก ทูเรียน ลิ้นจี่ ลำไย ผู้ป่วยเบาหวานไม่ได้รับประทานเนื่องจากไม่ใช่ฤดูกาล

จารุพันธ์ สมณะ (2541) ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีการเลือกรูปแบบในการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับตนเอง ได้แก่ การวิ่งเหยาะๆ เดินเร็ว ปั่นจักรยาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง

จารุพันธ์ สมณะ (2541) ได้ศึกษาผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการเยี่ยมบ้านที่มีผลต่อการลดลงของระดับน้ำตาลในเลือดและควบคุมภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลแม่อน จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 15 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำและภาวะน้ำตาลในเลือดสูง มีการปฏิบัติ ไม่เหมาะสมคือ การรับประทานอาหารไม่เป็นเวลา และรับประทานอาหารหลังรับประทานยานานเกิน 1 ชั่วโมง และมีบางรายดื่มสุราร่วมด้วย

จันทรา บริสุทธิ์ (2540) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 64.2 ไม่ได้ออกกำลังกาย โดยให้เหตุผลว่าเนื่องจากทำไม่ไหว และคิดว่าทำงานทุกวัน ได้ออกกำลังกายอยู่แล้ว บางรายบอกว่าไม่มีเวลา ซ้อมเข้าเสื่อมและไม่เคยทำมาก่อน

มาลี จำนงผล (2540) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันออก กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา

จำนวน 200 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างออกกำลังกายเพียงร้อยละ 51.0 ผู้ที่ไม่ออกกำลังกายให้เหตุผลว่าการทำงานคือการออกกำลังกายร้อยละ 32.6 ไม่มีเวลาออกกำลังกายร้อยละ 35.7 และเหนื่อยง่ายเนื่องจากสุขภาพไม่ดีร้อยละ 19.4

จันทรา บริสุทธิ์ (2540) เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคเหนือตอนล่าง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเบาหวานที่มารับการรักษาที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลในภาคเหนือตอนล่าง พบว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 81.3 นั่งไขว่ห้าง นั่งพับเพียบ หรือนั่งยองๆ ร้อยละ 62.1 ไม่ได้บริหารท่าเลย เนื่องจากไม่ทราบว่าต้องบริหาร ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะตัดเล็บโค้งๆตามรูปเล็บ บางรายใช้มีดตัดเล็บหรือหนัสนา ตาปลาของตนเอง แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้านทุกครั้ง

เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540) เรื่องพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในภาคตะวันตก พบว่ากลุ่มตัวอย่างบางรายจะตัดเล็บโค้งตามรูปเล็บ บางรายไว้เล็บยาว และบางรายไม่ได้ตัดเล็บ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการนั่งไขว่ห้างหรือนั่งพับเพียบ โดยเฉพาะเวลาไปวัด

Toda และ Kanehisa (2004) ได้ศึกษาระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานในช่วงเดือนรอมฎอนทางตอนใต้ของประเทศซาอุดีอาระเบีย พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่เป็นมุสลิมจะมีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในช่วงถือศีลอด คือการงดรับประทานอาหารในเวลากลางวัน การละหมาดตามเวลา การสวดมนต์ตามคัมภีร์อัลกุรอาน และพยายามควบคุมอารมณ์ไม่ให้โมโหหงุดหงิดง่าย เป็นต้น จากการปฏิบัติดังกล่าวทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเช่น มีภาวะขาดน้ำ (Dehydration) และมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงในช่วงกลางวันและมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในช่วงกลางวัน แต่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

