

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน Health Promoting Behaviors among Elders in Community

กมลฤ ถนอมสัตย์¹ พัทธ์พงษ์ บ่อมปราณี² ประพันธ์ ชันดิธีระกุล³
ภาณี นิลภรณ์³ และ ชนิษฐา ตั้งกิตติวัฒน์⁴

¹ภาควิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
kamollapoo@npru.ac.th

²โปรแกรมวิชาเกษตรศาสตร์และเทคโนโลยีการพืช คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
pitakpong@npru.ac.th

³โปรแกรมวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม
praphan@npru.ac.th and paranee@npru.ac.th

⁴โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพรงมะเดื่อ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองนครปฐม
muh-lek@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง จำนวน 119 คน ใช้วิธีสุ่มเลือกแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่งหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ .87 รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงพฤษภาคม 2556 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติทีและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านการออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ อยู่ในระดับดี ส่วนความรับผิดชอบต่อสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า พฤติกรรมออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด อยู่ในระดับน้อย สำหรับปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้แก่ อายุ ($r = -.28, p\text{-value} < .05$) กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก

ผลการศึกษาสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในด้านการออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด กลุ่มอายุมากมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอายุน้อย จึงควรได้รับการส่งเสริมอย่างจริงจัง

คำสำคัญ: พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุ ชุมชน

Abstract

Purpose of the Study: To investigate the relationship of demographic factors, e.g. gender, age, educational level, income with health promoting behaviors among elders in community.

Method: This study design was a cross sectional descriptive research. Multi-stage random sampling method was used to recruit 119 elders in community. The research instruments were questionnaires ascertaining demographic data and health promoting behaviors. The data were collected

from March to May, 2013. Descriptive statistics, independence t-test and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient were performed to analyze the data.

Finding: The overall health promoting behaviors score was at good level. Regarding each component of 5 health promoting behaviors including physical activity, stress management, nutrition, spiritual growth, and interpersonal relations were all at good level except the health responsibilities was at moderate. However there were a few health promoting activities which the subjects hardly performed. These included exercise, eating low fat diet and stress management. Regarding between the relationship health promoting behaviors, Age was only one significant factor being negatively correlated to health promoting behaviors. ($r = -.28$, p -value < .01)

Conclusions: Although the subjects in this study reported that youngers had score of health promoting behaviors than the elders. The elders therefore should improve their health promoting behaviors. There are recommended activities which the elders should do to improve their health promoting behaviors such as regularly exercise, and stress management.

Keywords: Health promoting behaviors, Elders, Community

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงตามพัฒนาการที่เสื่อมถอยลงมากมาย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และอารมณ์ เช่น การมองเห็น ปัญหาการได้ยิน การบดเคี้ยวอาหาร การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคกระเพาะ และโรคข้อเสื่อม มีแนวโน้มสูงขึ้น ตามลำดับ ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นสาเหตุหลักของการเกิดภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ รวมถึงมีแนวโน้มภาวะสมองเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ทำให้สูญเสียความคิด ความจำ และความสามารถในการทำงานและการตัดสินใจแล้ว เห็นได้ว่า ผู้สูงอายุไม่สามารถเลี่ยงการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และโรคต่างๆ ล้วนเป็น โรคเรื้อรังที่มีความซับซ้อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และ สังคมของบุคคล การที่บุคคลมีสุขภาพที่แข็งแรงสมบูรณ์จะทำให้บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งจะทำให้มีประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต สำหรับในยุคปัจจุบันนี้มีปัจจัยต่างๆเกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของบุคคลมากมาย และมีความซับซ้อนมากกว่าในอดีตเนื่องจากความเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมืองเปลี่ยนแปลงโดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ ผลการสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีการออกกำลังกายเพียงพอน้อยลง (ร้อยละ 12.8) [1] นอกจากนี้มีการบริโภคไขมันเพิ่มขึ้นแต่บริโภคเส้นใยน้อยลง และมีแนวโน้มการสูบบุหรี่และดื่มสุราเพิ่มขึ้นอีกด้วย [2] ประกอบกับการพัฒนาในยุคปัจจุบันไม่ว่าจะเป็นภาคเกษตรกรรม อุตสาหกรรม หรือหน่วยงานต่างๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน ทำให้บุคคลมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ตามมา และอาจเกิดโรคต่างๆ มากมายโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง สำหรับโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพพบว่า มีอุบัติการณ์สูงขึ้นอย่างมาก โดยในช่วงปีพ.ศ.2552 มีอัตราการป่วยด้วยโรคเรื้อรังสูงถึง 9,281.95 ต่อประชากรแสนคน สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยโรคเรื้อรังจังหวัดนครปฐมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบสถิติการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ปี 2544-2554 โดยพบว่า โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานในปี 2554 เพิ่มขึ้นจากปี 2544 ถึง 4.28 และ 2.65 เท่าตามลำดับ [3] ทำให้ต้องเสียงบประมาณในการดูแลสุขภาพค่อนข้างสูงประมาณปีละ 3 แสนล้านบาท และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นทุกปี

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ยังไม่มีงานวิจัยที่ปรากฏชัดเจนเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตามแบบจำลองพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ [4] ซึ่งอธิบายพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ประกอบด้วย การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยผลจากการศึกษาครั้งนี้ จะได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำมาวางแผนดำเนินการสร้างเสริม

พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงทุกระดับ ทั้งในระดับนโยบายตลอดจนระดับปฏิบัติการ สามารถที่จะดำเนินการพัฒนา และลดทอนปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นกำลังสำคัญเพื่อบรรเทาความทุกข์แก่ผู้ประสบทุกข์ต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยด้านบุคคลที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

3. การทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสามารถสรุปตัวแปรที่มีความชัดเจนสามารถใช้อธิบายความพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ โดยพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดังต่อไปนี้

เพศเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ เพศเป็นสิ่งที่บ่งบอกลักษณะที่บ่งบอกถึงการดูแลเอาใจใส่ตัวเอง ซึ่งนำไปถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยธรรมชาติแล้ว เพศหญิงจะมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดี และพิถีพิถันมากกว่าเพศชาย ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา [5-7] พบว่าเพศมีความสัมพันธ์พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

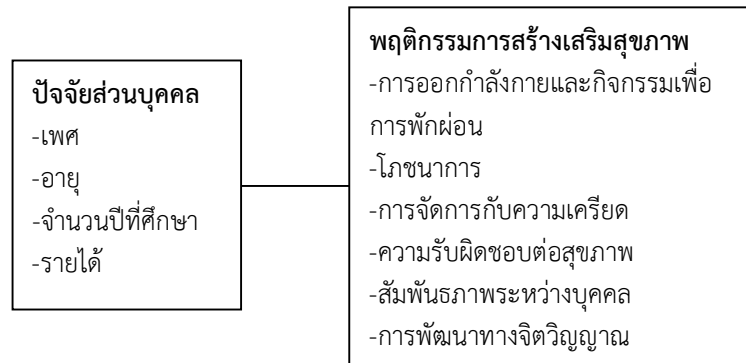
อายุ เป็นพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ อายุมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ [8] โดยการศึกษาของของกมลภูณอมสสัย และนงนุช เชาวน์ศิลป์ [9] ที่พบว่าอายุของอาสาสมัคร ศูนย์พักพิงผู้ประสบทุกข์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ส่วนการศึกษาของนกุล กองทรัพย์ [10] พบว่าอายุมีผลทางบวกเพียงเล็กน้อยต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่สร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษา มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลแตกต่างกัน โดยทั่วไปบุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ และการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ [11] ซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยให้คนมีประสิทธิภาพ และสามารถเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ บุคคลที่มีการศึกษาสูง ย่อมมีสติปัญญาในการพิจารณาสิ่งต่างๆอย่างมีเหตุผล มีความเข้าใจเกี่ยวกับ สิ่งแวดล้อมได้ถูกต้องมากกว่าที่มีการศึกษาต่ำ และจากการศึกษา พบว่า ระดับการศึกษาที่ต่างกันทำให้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของผู้สูงอายุแตกต่างกัน นั่นคือ ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษามีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษา

รายได้ สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลตนเองของบุคคล โดยผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยให้บุคคลสามารถดูแลตนเอง ให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ ตลอดจนการเข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกและส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเอง [4] พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4. กรอบแนวคิดในการวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเตอร์ [4] ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ การรับรู้ความสามารถแห่งตน การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้โอกาสเสี่ยง [5-10], [12-16] สำหรับการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะ เพศ อายุ การศึกษา และรายได้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

5. นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ มีการวัดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ประกอบด้วย ไม่เคยปฏิบัติ ถึงปฏิบัติทุกครั้ง โดยมีการแปลความหมายระดับคะแนนดังนี้

ระดับคะแนน 1.00 – 1.50 หมายถึง ต้องปรับปรุง

ระดับคะแนน 1.51 – 2.50 หมายถึง พอใช้

ระดับคะแนน 2.51 – 3.50 หมายถึง ดี

ระดับคะแนน 3.51 – 4.00 หมายถึง ดีมาก

6. วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross sectional Descriptive Research)

ประชากรเป็นผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครปฐม เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multistage Random Sampling) และยินยอมเข้าร่วมวิจัยโดยการตกลงด้วยวาจา ภายหลังจากได้รับการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยจากผู้วิจัยแล้วจำนวนทั้งสิ้น 119 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 สอบถามข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา และรายได้ ส่วนที่ 2 สอบถามข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยพัฒนาจากแบบจำลองพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (Health Promotion Model) ของเพนเดอร์ (Pender, 2006) ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน โภชนาการ การจัดการกับความเครียด ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการพัฒนาทางจิตวิญญาณ รวมจำนวน 47 ข้อ ลักษณะเป็นมาตรวัดมาตราส่วนประมาณค่า 4 อันดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา โดยทดสอบในผู้สูงอายุในชุมชน ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูลและพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจจะไม่มีผลต่อกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ โดยผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะภาพรวม และนำมาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งออกจากการศึกษาได้ก่อนที่การดำเนินการวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่เกิดผลเสียใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างอนุญาตและลงนามในยินยอมให้ทำการศึกษา จึงทำการเก็บข้อมูล รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึง พฤษภาคม 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ โดยวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพศด้วยสถิติพรรณนาสถิติที (Independence t-test) และหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ จำนวนปีที่ศึกษา และรายได้กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

7. ผลการวิจัย

1. เมื่อจำแนกตามข้อมูลทั่วไปพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนกลุ่มตัวอย่าง ส่วนมากเป็นเพศหญิงและอายุน้อยกว่า 75 ปี (ร้อยละ 63.87 และ 63.03 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.31) สำหรับจำนวนปีศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ศึกษาเฉลี่ย 7.43 ปี (\bar{X} = 7.43, SD = 3.42) ประมาณครึ่งหนึ่งสถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 51.26) ส่วนใหญ่มีบุตรและพักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 85.71 และ 90.76 ตามลำดับ) ส่วนมากไม่ทำงาน (ร้อยละ 64.71) สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนมากมีบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 69.7)

2. สำหรับการจำแนกข้อมูลตามภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยตรวจน้ำตาลในเลือด และเคยตรวจวัดความดันโลหิต (ร้อยละ 87.39 และ 98.28 ตามลำดับ) ดัชนีมวลกายส่วนมากปกติ (ร้อยละ 69.14) สำหรับพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนมากออกกำลังกาย (ร้อยละ 64.71) ส่วนใหญ่รับประทานครบ 3 มื้อ (เช้า-เที่ยง-เย็น) (ร้อยละ 80.67) ส่วนมากไม่รับประทานอาหารระหว่างมื้อ (ร้อยละ 64.71) ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา และนอนหลับเพียงพอ (ร้อยละ 94.95, 92.44 และ 85.71 ตามลำดับ)

3. เมื่อจำแนกระดับของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างภาพรวม พบว่าทุกด้าน อยู่ในระดับดี ยกเว้นด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ เมื่อเรียงลำดับด้านที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจากน้อยไปมาก 3 ลำดับ ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน (\bar{X} = 2.49, 2.52, 2.56, SD = 0.95, 0.73, 0.85 ตามลำดับ)

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาระดับของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง เป็นรายข้อพบว่า พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพรายข้อ พบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่มีคะแนนเฉลี่ยเรียงลำดับจากน้อยไปมากได้แก่ มักหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (\bar{X} = 1.51, SD = 0.60) สวมหมวกนิรภัยหรือรัดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่ยานพาหนะ (\bar{X} = 1.66, SD = 0.96) ออกกำลังกายโดยการบริหารร่างกาย (\bar{X} = 1.67, SD = 0.85) ปฏิบัติงานประจำที่ต้องใช้แรงติดต่อกันนาน 30 นาทีต่อครั้ง (\bar{X} = 1.72, SD = 0.89) ข้ามถนนโดยใช้ทางม้าลาย สะพานลอยหรือสัญญาณไฟแดง (\bar{X} = 1.73, SD = 0.91) และผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ (\bar{X} = 1.97, SD = 0.76) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้สูงอายุในชุมชน จำแนกระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ รายด้าน (n = 119)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การออกกำลังกายและกิจกรรมเพื่อการพักผ่อน			
1. ออกกำลังกายโดยการ ยืดเหยียดแขนขา	2.83	.97	ดี
2. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ครั้งละ 30 นาที	2.25	.81	พอใช้
3. ปฏิบัติงานประจำ ที่ต้องใช้แรงติดต่อกันนาน 30 นาทีต่อครั้ง	1.72	.89	พอใช้
4. ออกกำลังกายโดยการบริหารร่างกาย เช่น แอโรบิค การเดินเร็ว	1.67	.85	พอใช้
5. ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น การปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์	2.08	.97	พอใช้
6. มีเวลาในการพักผ่อนเพียงพอ	3.15	.73	ดี
7. นอนหลับสนิทอย่างน้อยคืนละ 6-8 ชั่วโมง	3.20	.79	ดี
8. ไม่ใช้ยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ	3.58	.81	ดีมาก
เฉลี่ย	2.56	.85	ดี
ด้านโภชนาการ			
9. ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว	3.22	.91	ดี
10. รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ เช่น ข้าว เนื้อ นม ไข่ ผัก ผลไม้	3.20	.73	ดี

ตารางที่ 1(ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
11. รับประทานอาหารตรงเวลาทั้ง 3 มื้อ	3.26	.80	ดี
12. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง เช่น อาหารทอด ขาหมู หนังกุ้ง	3.06	.94	ดี
13. รับประทานอาหาร ผัก/ผลไม้ ทุกมื้อของอาหาร	3.12	.71	ดี
14. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกและบรรจุในภาชนะที่สะอาด	2.03	.90	พอใช้
15. ไม่รับประทานอาหารรสจัด	3.79	.43	ดี
16. ไม่รับประทานอาหารประเภทขมวัน	2.94	.84	ดี
17. ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีสารเสพติด เช่น กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง หรือ น้ำอัดลม	3.29	.69	ดี
18. ไม่รับประทานอาหารหมักดอง	3.22	.78	ดี
เฉลี่ย	3.11	.77	ดี
การจัดการกับความเครียด			
19. ไม่มีอารมณ์โกรธ เครียดเมื่อถูกขัดใจ	3.45	.67	ดี
20. เมื่อเครียด หาสาเหตุและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้	2.31	.67	พอใช้
21. เมื่อไม่สบายใจ มักทำใจให้ปล่อยวางได้	2.52	.79	ดี
22. ผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ เช่น ฟังเพลง ดูหนัง อ่านหนังสือ	2.67	.79	ดี
22. ผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำกิจกรรมที่ชอบ	1.97	.76	พอใช้
23. ไม่ขี้บ่น จุกจิก จู้จี้	2.67	.88	ดี
24. มักหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด	1.51	.60	พอใช้
25. ไม่วิตกกังวลเมื่อเกิดปัญหา	2.84	.71	ดี
26. ไม่มีความขัดแย้งกับผู้อื่น	3.49	.59	ดี
27. ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	2.96	.93	ดี
เฉลี่ย	2.64	.74	ดี
ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ			
28. สวมหมวกนิรภัยหรือรัดเข็มขัดนิรภัยเมื่อขับขี่ยานพาหนะ	1.66	.96	พอใช้
29. ข้ามถนนโดยใช้ทางม้าลาย สะพานลอยหรือสัญญาณไฟแดง	1.73	.91	พอใช้
30. หลีกเลี่ยงการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ	2.66	.97	ดี
31. เลือกบริโภคอาหารที่มีฉลาก อย.	2.56	.89	ดี
32. เลือกซื้อผัก ผลไม้ที่ปลอดสารพิษ เช่น ยาฆ่าแมลง	2.71	.92	ดี
33. ตรวจสอบสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง	3.01	.99	ดี
34. ไม่ซื้อยาชุดจากร้านขายยามารับประทานเมื่อเจ็บป่วย	3.08	.94	ดี
เฉลี่ย	2.49	.95	พอใช้
สัมพันธภาพระหว่างบุคคล			
35. ทำกิจกรรมร่วมกับครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร	2.99	.99	ดี
36. ไปพบปะสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน เช่น ไปทำบุญ	3.06	.91	ดี
37. ให้ความร่วมมือและช่วยเหลือเพื่อน ในการทำงานส่วนรวม	2.63	.90	ดี
38. ยืมทักทายพูดคุยกับเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนร่วมงาน	2.85	.77	ดี
39. เมื่อเจ็บป่วยบุคคลในครอบครัวให้ความช่วยเหลือ	2.87	.83	ดี
40. ปรึกษาปัญหาเรื่องไม่สบายใจกับบุคคลในครอบครัว	2.83	.81	ดี
41. แสดงความชื่นชม ยินดี กับความสำเร็จของผู้อื่น	2.70	.77	ดี
เฉลี่ย	2.84	.85	ดี

ตารางที่ 1(ต่อ)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การพัฒนาทางจิตวิญญาณ			
42. แก้ปัญหาให้บุคคลอื่นที่มาขอความช่วยเหลือ	2.44	.73	พอใช้
43. ได้ทบทวนจุดดีและจุดด้อยของตนเอง	2.47	.72	พอใช้
44. ยอมรับคำติชมของผู้อื่นได้เมื่อทำงานผิดพลาด	2.56	.73	ดี
45. ให้ความช่วยเหลือเพื่อนบ้านด้วยความเต็มใจ	2.63	.72	ดี
46. ให้อภัย เมื่อมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน	2.67	.68	ดี
47. มีการกำหนดเป้าหมายในชีวิต	2.32	.79	พอใช้
เฉลี่ย	2.52	.73	ดี

4. การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างเพศชายและเพศหญิง พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการเปรียบเทียบค่าทีของผู้สูงอายุในชุมชน ระหว่างเพศชายและหญิง (n=119)

เพศ	\bar{X}	SD	t	df	P(2-tailed)
ชาย	2.37	.36	-.26	118	.80
หญิง	2.53	.29			

5. สำหรับการหาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ การศึกษา รายได้ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีเพียงปัจจัยด้านอายุที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .29$, p -value $< .01$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนปีที่ศึกษา รายได้ ของผู้สูงอายุในชุมชน (n=119)

ตัวแปร	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	
	r	p-value
อายุ	-.28**	<.05
จำนวนปีที่ศึกษา	.02	.83
รายได้	.17	.06

**p < 0.01

8. อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดี สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลเอาใจใส่จากสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากส่วนใหญ่มีบุตรและพักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 85.71 และ 90.76 ตามลำดับ) สิทธิการรักษาพยาบาล นอกจากนั้นยังสะท้อนถึงการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ซึ่งจากข้อมูลส่วนบุคคลพบว่าส่วนมากมีบัตรประกันสุขภาพ (ร้อยละ 69.7) ประกอบกับสถานบริการสุขภาพในพื้นที่มีการจัดบริการในพื้นที่ มีการดำเนินงานกิจกรรมการเยี่ยมครอบครัว และการใช้เครือข่ายเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลสุขภาพประชาชน ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพได้ง่าย จึงส่งผลให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม [12] ที่พบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดี

อายุที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ หมายความว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยจะมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีกว่ากลุ่มที่อายุมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของกมลภู ฤณอมสัณฑ์ และนงนุช เซวาน์ศิลป์ [10] ที่พบว่าอายุของอาสาสมัคร ศูนย์พักพิงผู้ประสูติทุกวัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ และการศึกษาของสุรรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ [13] ที่พบว่า อายุของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ และไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา [8], [9] เช่นเดียวกับ ทฤษฎีการเรียนรู้ของกาเย่ [14] ที่กล่าวว่าอายุเป็นพื้นฐานที่บ่งชี้ความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งในด้านร่างกายและความรู้สึกนึกคิด อายุจะเป็นตัวบ่งชี้วุฒิภาวะหรือความสามารถในการจัดการสิ่งแวดล้อม ภาวะจิตใจ และการรับรู้ ดังนั้นอายุจึงมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งจะเพิ่มตามอายุจนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และจะถอยลงเมื่อเมื่อเข้าสู่วันสูงอายุ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้อยกว่ากลุ่มที่อายุน้อย

เพศชายและหญิงมีพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของสุรสวัสดิ์ ชลธิ์ [16] และ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา [9], [13], [15] สามารถอธิบายได้ว่า ในยุคปัจจุบันเพศชายและหญิงมีโอกาสในการเรียนรู้จาก สื่อต่างๆเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเท่าเทียมกัน ซึ่งสื่อในปัจจุบันสามารถสื่อให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ จึงส่งผลให้พฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของเพศชายและหญิงไม่แตกต่างกัน

จำนวนปีที่ศึกษาไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา [15], [16] สามารถอธิบายได้ว่า การให้บริการสาธารณสุขในยุคปัจจุบันเน้นการให้บริการเชิงรุก โดยเฉพาะการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพ นอกจากการให้ความสำคัญกับการทำงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยังมีรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่หลากหลาย เช่น สื่อโทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น ทำให้ประชาชนทุกระดับการศึกษาสามารถเข้าถึงข้อมูลการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเท่าเทียมกัน และจากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 77.31) จึงทำให้ไม่เกิดความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษา กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

รายได้ ไม่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาของเพลินพิศ เชื้ออ่อน, สุรางค์ เมรานนท์และสุทธิ ชัตติยะ [17] และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของของสุรรัตน์ รุ่งเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์ [13] สามารถอธิบายได้ว่า รายได้ของคณะทำงาน ส่วนใหญ่เป็นรายได้ที่เกิดจากเงินเดือน ดังนั้นรายได้ดังกล่าวจึงไม่น่าจะเป็นสิ่งที่เอื้อให้เข้าถึงบริการได้อย่างเหมาะสม แต่ระบบของสวัสดิการที่รัฐให้ต่างหากที่เอื้อประโยชน์ให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเท่าเทียมกัน จึงทำให้ไม่เกิดความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

9. ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ยังมีการปฏิบัติ น้อย โดยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุมาก โดยเฉพาะเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และการจัดการความเครียดอย่างเหมาะสม

10. เอกสารอ้างอิง

- [1] สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2555). “การสำรวจพฤติกรรมการเล่นกีฬาหรือออกกำลังกายของผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2554”. วันที่ค้นข้อมูล 14 กุมภาพันธ์ 2556, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/theme_2-4-2.html
- [2] สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. (2553). “รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ.2550– 2552”. วันที่ค้นข้อมูล 20 ธันวาคม 2555, จาก http://www.boe.moph.go.th/files/report/ 20110411_52687420.pdf
- [3] สำนักงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ. (2555). “จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวาน”. วันที่ค้นข้อมูล 14 กุมภาพันธ์ 2556, จาก <http://thaincd.com/information-statistic/non-communicable-disease-data.php>
- [4] Pender, N. J., Murdaugh. C. L., & Parson M. A. (2006). “Health Promotion in Nursing Practice”. 5th ed. New Jersey: Pearson Education, Inc.
- [5] เทอดคุณ พันธการ. (2552). “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี”. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตร มหาบัณฑิต สาขาวิชาการสร้างเสริมสุขภาพ. มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.

- [6] ชลลดา ไชยกุลวัฒนา. (2549). “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคล จังหวัดอุบลราชธานี”. วารสารวิชาการ ,.บ.อ.8(2), 89-103.
- [7] อาธร อุคคิต, วันชัย ธรรมสังการ และสุเมธ พรหมอินทร์. (2551). “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามบทสุขบัญญัติแห่งชาติของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสตูล”. สงขลานครินทร์เวชสาร, 26(6), 527-538.
- [8] ภัทรจิต นิลราช. (2546). “ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพยาบาลวิชาชีพสตรีในจังหวัดสงขลา”. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- [9] กมลภู ถนอมสัตย์ และนงนุช เขาวนศิลป์ .(2555). “พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร ศูนย์พักพิงผู้ประสบอุทกภัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม”. เอกสารประกอบการประชุมระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม ครั้งที่ 4, 825-832.
- [10] นกุล กองทรัพย์ .(2550). “รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคลากรด้านสาธารณสุขในอำเภอ บ่อไร่ จังหวัดตราด”. ตราด: ผู้แต่ง.
- [11] ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). “ทัศนคติ: การวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอนามัย”. พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพมหานคร: พีระพัฒนา.
- [12] วิภาพร สิทธิศาสตร์ และสุชาดา สนวนุ่ม. (2550). “รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก”. สระบุรี : วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช.
- [13] สุรรัตน์ รงเรือง และสมเกียรติ สุขนันตพงศ์. (2554). “พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี”. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 17(1), 109-123.
- [14] Gagne, R.M. (1970). “The conditions of learning”. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- [15] ธาณี แก้วธรรมานุกุล, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, รุจิภาส ภูสว่าง, ดิลกา ไตรไพบูลย์, และวันเพ็ญ ทรงคำ) .(2551). “ปัจจัยทำนายการออกกำลังกายของผู้ช่วยพยาบาล”พยาบาลสาร ., 35(1), 22-35.
- [16] สุรัสวดี ชลธิ. (2551). “พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลเมืองมาบตาพุด จังหวัดระยอง”. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- [17] เพลินพิศ เชื้ออ่อนสุรางค์ เมรานนท์ , และสุทิตี ชัตติยะ. (2554). “พฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ ทางเลือกกระทรวงสาธารณสุข”. วารสารบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์, 5(1), 97-103.