

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย

Factors Predicting Health Promoting Behaviors among Buddhist Monks in Chiang Rai Province

อลงกรณ์	สุขเรืองกูล	พย.ม.*	Alongkorn	Sukrueangkul	M.N.S.*
ทวีลักษณ์	วรรณฤทธิ์	พย.ด.**	Taweeluk	Vannarit	D.S.N.**
ประทับจิต	บุญสร้อย	พย.ม.*	Prathabjit	Boonsoi	M.N.S*
ไพโรจน์	อุตศรี	วท.บ.*	Pairojana	Autsri	B.S.*

บทคัดย่อ

คนไทยจะถวายภัตราหารที่อร่อยแด่พระสงฆ์ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรทและไขมันสูง ประกอบกับความเชื่อที่ว่าพระสงฆ์ต้องสำรวม ทำให้พระสงฆ์ไม่ค่อยออกกำลังกาย จึงยิ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 ในพระสงฆ์จำนวน 359 รูป สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอนและเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 1) แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ 2) แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ 3) แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ 4) แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ และ 5) แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพระสงฆ์ เครื่องมือผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน

ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ได้ร้อยละ 38.70 ($r = .622$, $p < .001$)

ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ และเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือสร้างโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ต่อไป

คำสำคัญ: ปัจจัยทำนาย, พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์, พระสงฆ์

* *อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเชียงราย*

* *Lecturer, Faculty of Nursing, Chiang Rai College*

** *ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*

** *Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University*

Abstract

Thai people usually offer the delicious food which is high in carbohydrate and fat to the monk cooperate with the belief that exercise is forbidden for Buddhist monks. Therefore, risk to health problems is increased. The purpose of this descriptive study was to delineate the predicting ability of perceived benefit and barriers of health promoting behaviors, perceived self-efficacy and perceived social support to health promoting behaviors among Buddhist monks in Chiang Rai Province. Subjects were 359 monks residence in the temples of Chiang Rai Province who were purposively selected. The research instruments consisted of a 1) health promoting behaviors questionnaire, 2) perceived benefits of health promoting behaviors questionnaire, 3) perceived barriers of health promoting behaviors questionnaire, 4) perceived self-efficacy questionnaire, and 5) perceived social support questionnaire. The content validity and reliability of the research instruments were tested. Data were analyzed by using descriptive statistics and stepwise multiple regression.

The study results demonstrated that perceived benefits and barriers of health promoting behaviors and perceived social support together accounted for 38.70% of health promoting behaviors among Buddhist monks *(p < .001)*.

The results of this study could be used as the data base to enhance health promoting behaviors program among Buddhist monks.

Keyword: Factors predicting, Health promoting behaviors among buddhist monks, Buddhist monks

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมไทยเป็นสังคมที่ประชาชนส่วนใหญ่นับถือพระพุทธศาสนา โดยมีพระสงฆ์เป็นตัวแทนของพระพุทธเจ้าในการเผยแพร่หลักธรรมะ ซึ่งในสังคมไทยจะมีการถวายภัตตาหารแก่พระสงฆ์ และสิ่งที่นำมาถวายมักเป็นสิ่งที่ฆราวาสคิดว่าดีที่สุด เช่น อาหารที่อร่อย ซึ่งอาหารเหล่านี้มักมีคาร์โบไฮเดรทและไขมันสูง พระสงฆ์ต้องรับภัตตาหารดังกล่าว โดยไม่สามารถปฏิเสธได้ รวมทั้งพระสงฆ์จะต้องเป็นผู้ที่สำรวม และเคร่งครัดในพระวินัย ไม่สามารถออกกำลังกายเพื่อสุขภาพได้ ทำให้พระสงฆ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาที่เกิดจากการรับประทานอาหารเพิ่มมากขึ้น

จากการศึกษาสุขภาพของพระสงฆ์ในบริบทชุมชนอุตสาหกรรมของวัชรินทร์ ออละออ (2557) พบว่าประชาชนส่วนใหญ่ไม่มีเวลาและไม่พื้นที่ประกอบอาหาร แต่ยังคงต้องการตักบาตร จึงเลือกซื้ออาหารสำเร็จรูปที่จัดเป็นชุดใส่บาตร ลักษณะอาหารมักเน้นกะทิ ไขมันสูง และมีเนื้อสัตว์มากกว่าผัก และการศึกษาสุขภาพของพระสงฆ์ในบริบทของสังคมที่เริ่มเปลี่ยนแปลงสู่สังคมเมือง ของเดชา บัวเทศ, จีรวรรณ ชงจังหรีด และธันวา หอมจันทร์ (2555) พบว่า อาหารที่รับจากการบิณฑบาตเป็นจำพวกแป้ง น้ำตาล กะทิ และไขมัน ทำให้พระสงฆ์ป่วยเป็นโรคเรื้อรังมากขึ้น คล้ายกันกับการศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการฉันภัตตาหารของพระสงฆ์ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ของสุมิตรา มาเมือง (2545) ที่พบว่า อาหารส่วนใหญ่ที่พระสงฆ์ได้รับจากการบิณฑบาต มีคาร์โบไฮเดรทสูง โปรตีนต่ำ ไขมันสูง มีรสหวาน รสเค็ม รสเผ็ด ซึ่งล้วนเป็นอันตรายต่อสุขภาพทั้งสิ้น นอกจากนี้

ยังพบว่า พระสงฆ์ฉันภัตตาหาร สุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 60.50 ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ร้อยละ 48.50 ที่สำคัญมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน ร้อยละ 25 (บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธุ์, 2547) จึงไม่น่าแปลกใจที่การศึกษาของจงจิตร อังคทะวานิช และคณะ (2559) ที่ศึกษาปัญหาโภชนาการในพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคอ้วนและโรคเรื้อรังถึงร้อยละ 45 สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพของพระสงฆ์โดยมูลนิธิโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ (2554) พบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด

นอกจากเรื่องอาหารแล้ว พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ ของพระสงฆ์ก็พบว่ายังมีปัญหา เช่น จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์ขาดการออกกำลังกาย ร้อยละ 51.80 ขาดการตรวจสุขภาพประจำปีร้อยละ 88 (จันทร์จิรา จันทร์บก, 2548) อีกประการหนึ่ง คนไทยมักจะไปวัดเมื่อรู้สึกว่าตนเองมีความทุกข์ใจเพื่อพูดคุยกับพระสงฆ์ เพราะเชื่อว่าพระสงฆ์เป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ผู้ที่มีความทุกข์ พระสงฆ์ต้องรับฟังเรื่องต่างๆ ที่มีผู้มาปรึกษา จนอาจทำให้เกิดความเครียดตามมาในภายหลัง ดังการศึกษาของอัญชลี สุขเสวก (2548) เรื่องการเผชิญความเครียดของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีความเครียดสูงกว่าปกติถึงร้อยละ 54.30 และพระสงฆ์ร้อยละ 8.70 มีความเครียดอยู่ในระดับควรได้รับการรักษา นอกจากที่กล่าวมาแล้ว ยังพบว่าการสูบบุหรี่ก็เป็นปัญหาที่สำคัญในพระสงฆ์ เนื่องจากในบางพื้นที่ยังนิยมถวายบุหรี่แก่พระสงฆ์อยู่ เช่นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์ของโกเมน ควรหา, พรนภา หอมสินธุ์ และ รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2553) พบว่า พระสงฆ์มีการสูบบุหรี่ร้อยละ 64.20

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 6 ด้าน ประกอบด้วยด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางด้านร่างกาย โภชนาการ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด เพื่อยกระดับสถานะสุขภาพ ป้องกันหรือลดความรุนแรงของโรค และช่วยให้บุคคลบรรลุจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ (Pender, 1996) ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า การที่บุคคลจะกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่องขึ้นกับ 3 ปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านลักษณะส่วนบุคคลและประสบการณ์ 2) ปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม และ 3) ปัจจัยด้านผลลัพธ์ที่เกิดจากพฤติกรรม แต่เนื่องจากปัจจัยด้านการรับรู้และความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรมเป็นปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้และจูงใจให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด (Pender, 1996) ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาเฉพาะบางปัจจัยในกลุ่มนี้เท่านั้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ตัวแปรที่สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุ เพศ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคม (สุทธิดา พุฒทอง, 2551) แต่เนื่องจากพระสงฆ์ เป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ แต่มีลักษณะบริบททางสังคมและข้อกำหนดทางศาสนาที่แตกต่างจากประชากรทั่วไป ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพและสามารถปรับเปลี่ยนแก้ไขได้โดยบทบาทพยาบาล ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้

จังหวัดเชียงรายประชาชนส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อีกทั้งเป็นจังหวัดที่มีพรมแดนติดต่อกับต่างประเทศ ประชาชนมีการติดต่อไปมาหาสู่กัน วัฒนธรรมประเพณีต่างๆ มีลักษณะผสมผสาน จนเกิดเป็นวัฒนธรรมล้านนาที่เป็นเอกลักษณ์ (วัฒนธรรมจังหวัดเชียงราย, 2557) จากนโยบายการเปิดประเทศสู่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน ทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายของแรงงาน การค้า และเศรษฐกิจ ประชาชนส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับการประกอบอาชีพ ดำเนินชีวิตแบบเร่งรีบ (ปฏิมา พิมพ์สกุล และสุเทพ นิ่มสาย, 2558) ปัจจัยที่ถวายแก่พระสงฆ์จึงเปลี่ยนแปลงไปตามยุคสมัย (ปัทมา สุพรรณกุล และวัชรี ศรีทอง, 2558) ประกอบกับยังไม่พบการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย มีเพียงการศึกษาเฉพาะบางพฤติกรรมในภาคอื่น ซึ่งแตกต่างกันในบริบททางวัฒนธรรม ผู้วิจัย

จึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย

คำถามในการวิจัย

การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายได้หรือไม่ อย่างไร

กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ และคณะ (Pender et al., 2006) และการทบทวนวรรณกรรม พระสงฆ์มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพสูง การมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ในด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางด้านร่างกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการเจริญทางจิตวิญญาณ และด้านการจัดการกับความเครียด โดยการรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และได้รับการสนับสนุนทางสังคม น่าจะสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายได้

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (predictive correlational research design) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่จำวัดในจังหวัดเชียงรายจำนวน 3,278 รูป (สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดเชียงราย, 2557) คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างของเครซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970 อ้างในธานินทร์ ศิลป์จารุ, 2551) กำหนดความเชื่อมั่นร้อยละ 95 คำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้พระสงฆ์ 345 รูป เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการวิจัย ผู้วิจัยเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 ของขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Polit & Beck, 2004) คำนวณได้ 69 รูป ได้กลุ่มตัวอย่างรวม 414 รูป ผู้วิจัยสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) และเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 20-65 ปี 2) อุปสมบทมาแล้วอย่างน้อย 1 พรรษา 3) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยการเซ็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2559 การศึกษาครั้งนี้ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 394 ชุด มีแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 35 ชุด จึงเหลือแบบสอบถามที่สมบูรณ์ และสามารถวิเคราะห์ทางสถิติได้ 359 ชุด คิดเป็นร้อยละ 86.71 ของแบบสอบถามทั้งหมด

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) และการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ .97

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งพัฒนาโดยจันทร์จิรา จันทร์บก (2546) ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และการทบทวนวรรณกรรม ลักษณะของคำตอบเป็นมาตราวัด 4 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .91 จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือแล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ .96

4. แบบสอบถามการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 2006) และการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ 1.0 จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ .83

5. แบบสอบถามการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานครซึ่งพัฒนาโดยจันทร์จิรา จันทร์บก (2546) ตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .96 จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ .96

6. แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมของพระสงฆ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการแนวคิดของเฮ้าส์ (House, 1981) และการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน คำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาได้เท่ากับ .85 จากนั้นทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ แล้วนำมาคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยเชียงราย ตามหนังสือรับรองโครงการวิจัยเลขที่ 1/2558 และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายตามหนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัย หมายเลขการวิจัยเลขที่ 5/2559 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามที่กำหนด จากนั้นจึงแนะนำตัว แจ้งวัตถุประสงค์การวิจัย พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงชื่อในใบยินยอมแล้ว ผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถาม จนเข้าใจอย่างละเอียด และมอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างนำกลับไปทำ พร้อมกับนัดหมายเพื่อรับแบบสอบถามคืนอีก 2 สัปดาห์ต่อมา

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และตรวจสอบการแจกแจงของข้อมูล ด้วยสถิติ Kolmogorov-Smirnov Test พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมีการแจกแจงของข้อมูลเป็นโค้งปกติ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน และการสนับสนุนทางสังคมมีการแจกแจงของข้อมูลไม่เป็นโค้งปกติ จึงจัดกระทำข้อมูลให้เป็นตัวแปรหุ่น โดยแบ่งข้อมูลเป็น 2 ระดับ คือ เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยก่อนนำเข้าไปวิเคราะห์ จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์อำนาจการทำนายโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ ช่วงอายุ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 18.40 ($\bar{x}$ = 38.70, S.D = 13.06) ระยะเวลาการบวชเป็นพระสงฆ์ที่พบมากที่สุดคือ 1-4 พรรษา คิดเป็นร้อยละ 30.60 ($\bar{x}$ = 13.27, S.D = 11.75) กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 79.90 และมีโรคประจำตัวร้อยละ 20.30 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวส่วนใหญ่พบว่ามีโรคประจำตัว 1 โรค ร้อยละ 79.45 (ตารางที่1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระยะเวลาการบวชเป็นพระสงฆ์ ระดับการศึกษาสายสามัญชั้นสูงสุด ระดับการศึกษาทางธรรมชั้นสูงสุด และสถานะทางสุขภาพของพระสงฆ์ (n = 359)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) ($\bar{x}$ = 38.70, S.D =13.06, Range = 20-65)		
20-24	58	16.20
25-29	66	18.40
30-34	29	8.10
35-39	37	10.30
40-44	43	12.00
45-49	34	9.50
50-54	29	8.10
55-59	35	9.70
60 ปีขึ้นไป	28	7.80
ระยะเวลาในการบวชเป็นพระสงฆ์ (พรรษา)		
($\bar{x}$ = 13.27, S.D =11.75, Range = 1-44)		
1-4	110	30.60
5-9	65	18.10
10-14	45	12.50
15-19	39	10.90
20-24	28	7.80
25-29	24	6.70
30 พรรษาขึ้นไป	48	13.40
ระดับการศึกษาสายสามัญชั้นสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	3	8.00
ประถมศึกษา	33	9.20
มัธยมศึกษาตอนต้น	31	8.60
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	110	30.60
อนุปริญญา/ปวส.	36	10.00
ปริญญาตรี	119	33.10
สูงกว่าปริญญาตรี	27	7.50

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ ระยะเวลาการบวชเป็นพระสงฆ์ ระดับการศึกษาสายสามัญชั้นสูงสุด ระดับการศึกษาทางธรรมชั้นสูงสุด และสถานะทางสุขภาพของพระสงฆ์ (n = 359) (ต่อ)

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาทางธรรมชั้นสูงสุด		
ไม่ได้เรียนนักธรรม	25	7.00
นักธรรมชั้นตรี	42	11.70
นักธรรมชั้นโท	36	10.00
นักธรรมชั้นเอก	248	69.10
เปรียญธรรม	6	1.70
สถานะทางสุขภาพ		
ไม่มีโรคประจำตัว	286	79.70
มีโรคประจำตัว	73	20.30
มีโรคประจำตัว 1 โรค	58	79.45
มีโรคประจำตัว 2 โรค	12	16.44
มีโรคประจำตัว 3 โรค	3	4.11

2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายได้ร้อยละ 38.70 ($r = .622$, $p < .001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R) สัมประสิทธิ์การทำนาย (R^2) ของกลุ่มตัวอย่าง (n=359)

ตัวแปร	R	R^2	R change	F
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.604	.365	.365	204.906**
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม	.614	.378	.013	107.961**
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.622	.387	.009	74.643**

**p<.001

เมื่อวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแต่ละตัว พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปของคะแนนดิบ (b) เท่ากับ .600, .122 และ -.059 ตามลำดับ ส่วนค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยของปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพแต่ละตัวในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถทำนาย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้มากที่สุด (β = .552, p< .001) มีค่าคงที่เท่ากับ .767 และมีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายเท่ากับ .181 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบ (b) และในรูปคะแนนมาตรฐาน (β) ค่าคงที่และค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการทำนายของปัจจัยที่ทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=359)

ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	b	SE(b)	β	t
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	.600	.049	.552	12.123**
การสนับสนุนทางสังคม	.122	.044	.126	2.758*
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ	-.059	.025	-.096	-2.315*
ค่าคงที่ = .767; SE_{est} = ±.181				
R = .622; R^2 = .387; F = 74.643; p-value < .001				

**p<.001 * p<.05

จากผลการวิจัยในตารางที่ 3 สามารถเขียนสมการถดถอยได้ดังนี้

$\hat{Y}$ = .767+ .600X1 + .122X2 - .059X3

โดยกำหนดตัวแปรในสมการดังนี้

$\hat{Y}$ คือ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

X^1 คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

X^2 คือ การสนับสนุนทางสังคม

X^3 คือ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

การอภิปรายผล

ผลการศึกษา พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายได้ร้อยละ 38.70 (R2 = .387, r = .622, p< .001) (ตารางที่ 2) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด (β = .552, p< .001) รองลงมาได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม (β = .126, p< .05) และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (β = -.096, p< .05) ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายได้ (ตารางที่ 3) ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นตัวแปรแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ โดยสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 36.50 (r = .604, p< .001) (ตารางที่ 2) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อพระสงฆ์เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พระสงฆ์จะเกิดการคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่จะได้รับ โดยเลือกปฏิบัติพฤติกรรมที่จะส่งผลทางบวกต่อตนเอง ซึ่งประโยชน์ที่ได้รับ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม หรือเศรษฐกิจ ตลอดจนการได้รับคำชมเชยจากบุคคลรอบข้าง จะเป็นแรงกระตุ้นที่สำคัญให้พระสงฆ์ปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการศึกษาครั้งนี้พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด (β = .552, p< .001) เช่นเดียวกับธรรมนูญ ครองบุญเรือง (2553) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรคเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคได้ดีที่สุด (β = .263, p< .05) โดยสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคได้ร้อยละ 13.00 (p< .05) และจากการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานครของสุชาดา วงศ์สืบชาติ (2554) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในระดับมาก อธิบายได้ว่า เมื่อพระสงฆ์รับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพว่าส่งผลทางบวกต่อตนเอง ก็จะปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยต่อมาที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายได้ (β = .126, p< .05) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคม ร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 37.80 (r = .614, p< .001) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อพระสงฆ์เกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งทางด้านอารมณ์ ด้านเครื่องมือ สิ่งของ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการประเมินค่า (House, 1981) จะช่วยลดอุปสรรคและได้รับการส่งเสริมให้พระสงฆ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพมากขึ้น

การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้ (β = -.096, p< .05) โดยการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.70 (r = .622, p< .001) ซึ่งอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และได้รับการสนับสนุนทางสังคม จะทำให้บุคคลมีการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพลดลง และเกิดความมุ่งมั่นในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้น (Pender, 1996) ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของอัจฉริยา พงษ์นุ่มกุล และคณะ (2553) ที่ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุในเขตบางกอกน้อย (r = - .237, p < .01)

ส่วนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนั้น ถึงแม้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย (r = .405, p < .001) แต่ไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงรายได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า แม้พระสงฆ์จะมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ แต่ด้วยความเชื่อของพระสงฆ์ที่ว่าพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพบางประการ เช่น การออกกำลังกายเป็นการไม่สำรวมและขัดต่อวินัยสงฆ์ จึงทำให้ไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพนั้นๆ

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาครั้งนี้ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ และเป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมหรือสร้างโปรแกรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการวิจัยเชิงทดลองโดยสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย

เอกสารอ้างอิง

โกเมน ควรหา, พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์. (2553). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในพระสงฆ์จังหวัดระยอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 24*(3), 68-84.

จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ (2559). สงฆ์ไทยไกลโรค สร้างพระสงฆ์ต้นแบบโภชนาการดี. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.สืบค้นจาก http://www.thaihealth.or.th/Content/31149-ปัญหาโภชนาการของพระสงฆ์.html

จันทร์จิรา จันทร์บก. (2548). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์, มนัสนันท์ เงินสด, กันคณา วิหก และคณะ. (2553). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดนครนายก. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ ,5*(4), 333-343.

เดชา บัวเทศ, จีรวรรณ ชงจังหรีด และ ธันวา หอมจันทร์. (2555). *สุขภาพพระสงฆ์: รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี*. สระบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรค.

ธรรมนูญ ครองบุญเรือง. (2553). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ธานินทร์ ศิลป์จารุ. (2551). *การวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS (*พิมพ์ครั้งที่ 9). กรุงเทพฯ: บิสซิเนสอาร์แอนด์ดี.

บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธุ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์ในเขตภาคเหนือ* (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสาธารณสุข). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปฏิมา พิมพ์สกุล และ สุเทพ นิ่มสาย.(2558). การคาดการณ์ผลกระทบจากนโยบายประชาคมเศรษฐกิจอาเซียนต่ออุตสาหกรรมการค้าและการท่องเที่ยวในเขตเมืองชายแดนจังหวัดเชียงราย. *วารสารวิทยาการจัดการมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย,10(2),*15-42.

ปัทมา สุพรรณกุล และ วัชรี ศรีทอง. (2558). โมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดของพระสงฆ์ที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในเขตภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย. *วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 21(1)*, 95-109.

มูลนิธิโรงพยาบาล 50 พรรษา มหาวชิราลงกรณ. (2554). *การดูแลสุขภาพพระภิกษุสามเณรและประชาชน*. ปทุมธานี: ยูโฮเพ่น.

วัชรินทร์ ออละออ. (2554). สุขภาพพระสงฆ์ในบริบทชุมชนอุตสาหกรรม. *วารสารวิจัยสังคม. 34(5)*. 89-124.

ศนิกานต์ ศรีมณี, ชนิดา มัททวางกูร, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, กุลธิดา จันทร์เจริญ, เนตร หงษ์ไกรเลิศ และ นารี รมย์นุกูล. (2556). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

สุมิตรา มาเมือง. (2545). *ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการฉันภัตตาหารของพระสังฆาธิการที่ศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดเชียงราย. (2557). *ข้อมูลด้านศาสนาจังหวัดเชียงราย ประจำปี 2557*. ม.ป.ท.

สำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดเชียงราย. (2557). *ข้อมูลสารสนเทศสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดเชียงรายประจำปี 2557*. ม.ป.ท.

อัจฉริยา พงษ์นุ่มกุล, จงจิต เสน่หา, รุ้งนภา ผาณิตรัตน์, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และ ทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์. (2554). พฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. *Journal of Nursing Science, 29(2),* 37-45.

อัญชลี สุขเสวก.(2548). *การเผชิญความเครียดของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร* (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเอกอนามัยครอบครัว). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy the exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

House, J. S. (1981). *Work stressed social support*. London: Addison Wesley.

Pender, N. J. (1996). *Health promotion in nursing practice* (3rd ed.). Norwalk, CT: Appleton and Lange.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. N. (2006). *Health promotion in nursing practice* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2004). *Nursing research: Principles and methods* (6th ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.