

**นิพนธ์ต้นฉบับ**

**พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตาม  
วิถีใหม่: กรณีศึกษาชุมชนวัดหลวงพรหมวาส อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี**

**ณัฐวรรณ วรพิสุทธิวงศ์<sup>1\*</sup> และพิตรพิบูล ธารภูธร<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง กรุงเทพมหานคร

\*ผู้นิพนธ์ที่ให้การติดต่อ E-mail: natthawan.wor@gmail.com

Received date: October 31, 2023; Revised date: December 19, 2023; Accepted date: December 21, 2023

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุชุมชนวัดหลวงพรหมวาส อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 400 คน โดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูล สถิติที่ใช้ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยการสร้างเสริมสุขภาพประกอบด้วย 3 ปัจจัย ปัจจัยนำพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้และการรับรู้ประโยชน์ในระดับดีร้อยละ 39.75 ในระดับปานกลางร้อยละ 42.00 ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าถึงแหล่งบริการการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 45.75 และปัจจัยเสริมพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับน้อยร้อยละ 39.50 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในระดับมากร้อยละ 38.25 ซึ่งปัจจัยทั้งสามมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 โดยมีค่าความสัมพันธ์กับปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้ร้อยละ  $r=0.317$  และการรับรู้ประโยชน์  $r=0.378$  ตามลำดับ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับปานกลาง  $r=0.402$  และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสาร และการได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับต่ำ  $r=0.277$  และในระดับปานกลาง  $r=0.527$  ตามลำดับ โดยผลงานวิจัยใช้เป็นข้อมูลกำหนดโปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

**คำสำคัญ:** การสร้างเสริมสุขภาพ, ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย, วิถีใหม่

## Health Promotion Behaviors of Elders with Thai Traditional Medicine Wisdom of the New Normal: A Case Study of Wat Luang Phromwat Community, Phanatnikhom District, Chonburi Province

Natthawan Worapisuttiwong<sup>1\*</sup> and Pitpiboonl Tarputan<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Thai Traditional Medicine, Faculty of Science Ramkhamhaeng University, Bangkok

\*Corresponding Author E-mail: natthawan.wor@gmail.com

### Abstract

The purposes of this descriptive research were to study health promotion of elders with Thai Traditional Medicine Wisdom of the New normal and factors relating health promotion of elderly people with Thai Traditional Medicine Wisdom of the New normal. The total numbers of the elderly people in the Wat Luang Phromwat Community, Phanatnikhom District, Chonburi Province were 400 people. The analysis of the data is done using descriptive statistics such as percentage, mean, standard deviation, and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

The research results demonstrated that the health promotion behaviors of elderly people were a moderate level. The factors for health promotion consist of 3 factors. Predisposing factors, in which most elderly people have knowledge and their perception of benefits of health promotion, were found to be good at 39.75 %, and moderate at 42.00%, respectively. The enabling factors for the access to health promotion service resources were a moderate level, 45.75%. The reinforcing factor for receiving information from various media of the most elderly people were a lower level, 39.50 %. The most of elderly people received social supports at a high level, 38.25 %. All three factors were significantly related to health promotion at a level of 0.001. The relation with predisposing factors is low: correlation values for knowledge and perceived benefits are  $r = 0.317$  and  $r = 0.378$ , respectively. The relationship with access to health promotion service sources (enabling factor) is at a moderate level, with correlation value of  $r = 0.402$ . The relationship with reinforcing factors; the correlation values for receiving news and for receiving support are low with  $r = 0.277$ , and moderate with  $r = 0.527$ , respectively. The research results can be used as information to set a health education program of promoting health in order to appropriately improve the behavior.

**Keywords:** Health Promotion, Thai Traditional Medicine Wisdom, New Normal

## บทนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564 การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุทำให้มีผลต่อการพัฒนาประเทศ การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ การใช้งบประมาณด้านต่าง ๆ รวมถึงงบประมาณด้านสุขภาพ ภาครัฐจึงได้มีมาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมผู้สูงอายุ กำหนดในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545 – 2564) กำหนดให้มีการขับเคลื่อน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพตนเอง เบื้องต้นของผู้สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมการรวมกลุ่มขององค์กรผู้สูงอายุ เป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญ มีการพัฒนาที่ยั่งยืน โดยบูรณาการด้านสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชนเข้าด้วยกัน<sup>(1)</sup> โดยที่มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมผู้สูงอายุ มีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน คือ การมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี อธิบายถึงองค์ประกอบสำคัญของการเป็นผู้สูงอายุที่มีพลัง ประกอบด้วย การมีสุขภาพดี มีความมั่นคงหรือการมีหลักที่ประกันในชีวิต ซึ่งการที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพัง ควรได้รับการส่งเสริมให้เป็นผู้ที่มีพลัง ส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองให้เหมาะสม<sup>(2)</sup> ซึ่งรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปีพ.ศ. 2565 พบว่าประเทศไทยมีประชากรตามหลักฐานทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ประชากร 66 ล้านคน จะมีผู้สูงอายุ 13 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, มส.ผส.)<sup>(3)</sup> ในการศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้กำหนดเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุตามทฤษฎีภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยซึ่งกล่าวไว้ในคัมภีร์เวชศึกษาเกี่ยวกับวัยต่างๆ ของมนุษย์ไว้ว่า อายุสมุฏฐานของมนุษย์แบ่งออกเป็น 3 วัย กล่าวคือ ปฐมวัย มัชฌิมวัยและปัจฉิมวัย โดยที่ผู้สูงอายุจัดอยู่ในช่วงปัจฉิมวัยมีอายุตั้งแต่ 32 ปี ขึ้นไป จนถึงสิ้นอายุขัย<sup>(4)</sup> เป็นช่วงอายุที่เริ่มมีความเสื่อมของร่างกายที่เหมาะสมในการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง มีความต้านทานต่อโรคเรื้อรังต่าง ๆ โรคติดเชื้อโควิด-19

ด้วยสถานการณ์ในช่วงเดือนธันวาคมปี พ.ศ.2562 เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 เริ่มแพร่ระบาดครั้งแรกที่เมืองอู่ฮั่น ประเทศจีนที่ส่งผลกระทบต่อหลายประเทศทั่วโลก จนองค์การอนามัยโลกต้องประกาศให้โรค COVID-19 ถือเป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก เนื่องจากพบผู้ป่วยและผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดการเสียชีวิต มีผลกระทบต่อสุขภาพ การดำรงชีวิตประจำวัน การท่องเที่ยว และระบบเศรษฐกิจทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย<sup>(5)</sup> โดยที่สถานการณ์โควิด-19 ในประเทศไทย ระลอกใหม่ช่วงเมษายน-กันยายน 2564 มีผู้ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 11,646 ราย<sup>(6)</sup> (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) และจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ.2565 ช่วงมกราคม-มิถุนายน ผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 2,271,445<sup>(7)</sup> จากสถานการณ์โควิด-19 ส่งผลกระทบต่อหลายด้านดังกล่าวข้างต้น แต่ประเทศไทยสามารถควบคุมป้องกันโรคโควิด-19 ได้ดี ได้รับการยกย่องจากสถาบันชั้นนำต่าง ๆ ของโลก เช่น มหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ ว่าเป็น 1 ในประเทศที่จัดการกับปัญหาโควิด-19 ได้ดีอันดับต้น ๆ ของโลกทางเลือกหนึ่งในการป้องกันโรคโควิด-19 คือ การส่งเสริมผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพการพัฒนาสมรรถนะของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่หรือในช่วงภายหลังการระบาดของโรคโควิด-19 ซึ่งเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุควรได้รับความรู้ด้านสุขภาพและทักษะการปฏิบัติที่เป็นปัจจัยในการสร้างเสริมสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้ปลอดภัยจากโรคต่าง ๆ เพื่อลดอัตราการใช้บริการการรักษาในโรงพยาบาล โดยนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยในด้านเวชกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การตรวจคลำร่างกายภายนอกเบื้องต้น การหลีกเลี่ยงมูลเหตุของการเกิดโรค 8 ประการ ตามคัมภีร์เวชศึกษา เกสัชกรรมไทยพื้นฐาน ได้แก่ การรับประทานพืชผักสมุนไพร อาหารพื้นบ้านและการนวดไทยพื้นฐาน ได้แก่ การนวดตนเอง กายบริหารแบบไทย มาบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่

ชุมชนตำบลวัดหลวง (วัดหลวงพรหมวาส) อำเภอนันทนิคม จังหวัดชลบุรี เป็นชุมชนเก่าแก่มากกว่า 7,000 ปี พบอารยธรรมโบราณของมนุษย์ก่อนประวัติศาสตร์ พื้นที่อุดมไปด้วยทรัพยากรธรรมชาติทั้งทางบกและทางทะเล มีอาหารการกินหลากหลาย มีวัฒนธรรม ประเพณีที่สืบทอดกันมาช้านาน สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีความเชื่อ เป็นองค์ความรู้ที่สืบทอดกันมาภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมในชุมชนดังกล่าว ย่อมเอื้อประโยชน์ที่จะนำทรัพยากร ภูมิปัญญาที่มีมาบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพตามวิถีใหม่<sup>(8)</sup> ซึ่งเป็นชุมชนที่มีผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสนใจจะศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวิถีใหม่ กรณีศึกษาชุมชนวัดหลวงพรหมวาส อำเภอนันทนิคม จังหวัดชลบุรีจากการสำรวจ ณ โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลวัดหลวง สถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่มารับบริการ ในปี พ.ศ. 2565 พบว่า โรคพบบ่อยที่ผู้สูงอายุมา  
รับบริการคือโรคเรื้อรังและโรคโควิด-19 มีสถิติการรับบริการดังนี้ โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 247 ราย  
โรคเบาหวานจำนวน 547 รายโรคโควิด-19 จำนวน 336 ราย<sup>(9)</sup>

ด้วยองค์ความรู้ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบองค์รวมที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทย  
มิได้มองความเจ็บป่วยว่าเกิดจากเชื้อโรค แต่เชื่อว่ามาจากปัจจัยหลาย ๆ อย่าง ได้แก่ การสังเกตความผิดปกติของ  
ร่างกาย ความไม่สมดุลของธาตุในร่างกาย มูลเหตุของการเกิดโรคตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย อาหารจากพืชผัก  
สมุนไพร การบริหารร่างกายด้วยกายบริหารแบบฤๅษีดัดตน เป็นต้น ซึ่งแนวทางในการบำบัดรักษาตามภูมิปัญญา  
การแพทย์แผนไทย คือ การสร้างความสมดุลของร่างกายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีภูมิต้านโรคที่ดี ด้วยการ  
สมุนไพร 9 รส การรับประทานอาหารสมุนไพรพื้นบ้าน การอบสมุนไพร การนวดไทยพื้นฐานด้วยตนเองและฝึกกาย  
บริหารแบบไทย ซึ่งเป็นการนำภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยพื้นฐานมาบูรณาการในการสร้างเสริมสุขภาพของ  
ผู้สูงอายุ ทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุมีความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจ ตลอดจนมีการเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตชุมชน  
และสิ่งแวดล้อม ช่วงที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ประชาชนต้องอยู่แต่ในบ้าน การรักษาพยาบาลและ  
การดูแลสุขภาพจากหน่วยงานของรัฐ ไม่สามารถดูแลได้ครอบคลุมทุกพื้นที่ การที่ผู้สูงอายุสามารถนำสมุนไพร 9 รส  
มาใช้เป็นอาหารหรือที่เรียกว่าอาหารเป็นยานอกจากนี้สมุนไพรช่วยปรับความสมดุลร่างกาย ช่วยป้องกันโรคถ้า  
ผู้สูงอายุในชุมชนสามารถสร้างเสริมสุขภาพตนเองให้แข็งแรง ก็จะมีภูมิต้านทานโรคที่ดี เป็นการป้องกันและสร้าง  
เสริมสุขภาพให้ปลอดภัยจากโรคติดเชื้อโควิด-19หรือช่วยฟื้นฟูร่างกายผู้สูงอายุหลังจากการเคยเป็นโรคติดเชื้อ  
โควิด-19ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของ  
ผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ กรณีศึกษาชุมชนวัดหลวงพรหมวาส อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรีและศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อ  
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถี  
ใหม่ เป็นข้อมูลการกำหนดแผนดำเนินงานสุขศึกษา กิจกรรมการเรียนรู้และเสริมทักษะปฏิบัติการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุให้ถูกต้อง เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับ  
ภาครัฐกำหนดนโยบายในการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุ

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่และ  
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่  
กรณีศึกษาชุมชนวัดหลวงพรหมวาส อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรี

## กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและ  
การปฏิบัติตนตามวิถีใหม่แนวคิด Precede Model หรือ Precede Framework ซึ่งเป็นกระบวนการวิเคราะห์เพื่อ  
วางแผนการดำเนินงานสุขศึกษา โดยใช้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมาโดย Lawrence W. Green<sup>(10)</sup> นำมาสร้างแผนการ  
ดำเนินงานโดยกำหนดให้ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริม  
สุขภาพปัจจัยเอื้อ ได้แก่การเข้าถึงแหล่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสาร  
เกี่ยวกับสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ จากสื่อต่างๆการได้รับแรง  
สนับสนุนทางสังคมจากบุคคล เป็นตัวแปรอิสระ และมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์  
แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ เป็นตัวแปรตาม ดังภาพที่ 1

## ระเบียบวิธีศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม 2565

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ประชากรผู้สูงอายุ (ปัจฉิมวัย) ตามคัมภีร์เวชศึกษาของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่อาศัยอยู่ในชุมชนตำบลวัดหลวง (วัดหลวงพรมवास) อำเภอพนสนนิคม จังหวัดชลบุรีช่วงอายุ 32 จนถึงสิ้นอายุชั้ย<sup>(4)</sup>ซึ่งมีเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)ดังนี้ 1) เป็นผู้สูงอายุ(ปัจฉิมวัย) ตามคัมภีร์เวชศึกษาของภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีอายุตั้งแต่ 32 จนถึงสิ้นอายุชั้ย 2) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนวัดหลวงพรมवास อำเภอพนสนนิคม จังหวัดชลบุรีณ เวลาปัจจุบัน 3) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยและเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีดังนี้ 1) มีความพิการทางร่างกายหรือนอนติดเตียง 2) เป็นโรคติดต่อหรือโรคติดเชื้อที่รุนแรง 3) มีความผิดปกติในเรื่องการได้ยิน 4) มีความผิดปกติทางสมอง

กลุ่มตัวอย่าง (Sample) เป็นประชากรทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่มีอายุ 32 จนถึงสิ้นอายุชั้ย อาศัยอยู่ในตำบลวัดหลวง (วัดหลวงพรมवास) จำนวน 385คนที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % ระดับความคลาดเคลื่อน 5 %โดยใช้สูตรของTaro Yamane<sup>(11)</sup> ในการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างออกจากโครงการวิจัย ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น จึงใช้กลุ่มตัวอย่าง 400 คนโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ(Accidental Sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลทางชีวสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ รายได้ที่ได้รับเฉลี่ยต่อเดือน เป็นข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ (Check list) และคำถามปลายเปิด (Open ended) จำนวน 4 ข้อ

2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ (ข้อมูลปัจจุบัน)ได้แก่แนวคิดตนเองและการฝึกกายบริหารแบบไทยเป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (Check list) จาก 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยเลือกเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1 - 10 คะแนนเกณฑ์การให้คะแนนลักษณะตัวเลือก3 คำตอบ คือ ใช่ ไม่ใช่ และ ไม่ทราบ โดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดและไม่ทราบได้ 0 คะแนน โดยการแปลค่า<sup>(12)</sup> ระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

3. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ (ปัจฉิมวัย) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประเมินรวมค่า (Summated rating scale)<sup>(13)</sup> ที่มีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 4 ระดับ คือเห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ รับรู้ประโยชน์การรับประทานอาหารพื้นบ้าน รับรู้ประโยชน์การนวดตนเองและการบริหารแบบไทย เป็นต้นโดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 6 - 24 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนเห็นด้วยอย่างมาก มีค่าคะแนน=4 เห็นด้วยมีค่าคะแนน=3 ไม่เห็นด้วย มีค่าคะแนน=2 ไม่เห็นด้วยอย่างมาก มีค่าคะแนน=1 โดยการแปลค่า ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ

4. แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ (ปัจฉิมวัย) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประเมินรวมค่า มีมาตรวัด 4 ระดับ คือ มากที่สุด มาก น้อย ไม่มี โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีจำนวน 5 ข้อซึ่งเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับสถานพยาบาลการแพทย์แผนไทยบริการด้านสุขภาพในชุมชน มีสถานที่ออกกำลังกายเพียงพอ มีสถานบริการด้านการออกกำลังกายราคาถูกในชุมชน มีร้านค้าจำหน่ายพืชผักสมุนไพร ผักพื้นบ้าน เครื่องดื่มสมุนไพรโดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 5-20 คะแนนซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนมากที่สุดมีค่าคะแนน=4 มาก มีค่าคะแนน=3 น้อย มีค่าคะแนน=2 ไม่มี มีค่าคะแนน=1 โดยการแปลค่า ระดับการเข้าถึงแหล่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

5. แบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ (ปัจฉิมวัย) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) มีมาตรวัด 4 ระดับ คือ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับน้อย ไม่ได้รับเลย โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 5 ข้อ ได้แก่การได้รับข่าวสารทางสื่อโทรทัศน์ สื่อ

วิทยุกระจายเสียง สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออินเทอร์เน็ต โทรศัพท์มือถือผ่านช่องทางไลน์ เฟสบุ๊คและอื่น ๆ โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 5 – 20 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนน ได้รับมากที่สุด มีค่าคะแนน=4 ได้รับมากมีค่าคะแนน=3 ได้รับน้อย มีค่าคะแนน=2 ไม่ได้รับ มีค่าคะแนน=1 โดยมีการแปลค่าระดับการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

6. แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล (ปัจจัยเสริม) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) มีมาตรวัด 4 ระดับ คือ ได้รับมากที่สุด ได้รับมาก ได้รับน้อย ไม่ได้รับเลย โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว มีจำนวน 11 ข้อได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการได้รับคำแนะนำและสนับสนุนจากบุคคล ให้รับประทานผักพื้นบ้านเครื่องดื่มสมุนไพร อาหารรสอ่อนเพื่อป้องกันโรคโควิด-19 เป็นต้น โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 11 - 44 คะแนนซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนได้รับมากที่สุดมีค่าคะแนน=4 ได้รับมาก มีค่าคะแนน=3 ได้รับน้อย มีค่าคะแนน= 2 ไม่ได้รับ มีค่าคะแนน=1 โดยมีการแปลค่าระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล

7. แบบสอบถามพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตรประเมินรวมค่า (Summated Rating Scale) มีมาตรวัด 4 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติน้อย ไม่ได้ปฏิบัติ โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 12 ข้อได้แก่ การรับประทานอาหารพื้นบ้าน นวดตนเองและกายบริหารแบบไทย เป็นต้น โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 12 – 48 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนปฏิบัติมากที่สุด มีค่าคะแนน= 4 ปฏิบัติมาก มีค่าคะแนน=3 ปฏิบัติน้อยมีค่าคะแนน=2 ไม่ได้ปฏิบัติ มีค่าคะแนน= 1 โดยมีการแปลค่าระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้ ก่อนนำมาตรวจสอบด้วยค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยใช้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence; IOC) ในการประเมิน ซึ่งจากการทดสอบได้ค่าความเที่ยงอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 ซึ่งได้ปรับข้อคำถามให้ถูกต้องตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ และนำไปทดลองใช้ (Try-Out) กับผู้สูงอายุ ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ที่ตำบลแปลงยาว อำเภอสำโรง จังหวัดฉะเชิงเทราหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.854 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.638 แบบสอบถามการเข้าถึงแหล่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.925 แบบสอบถามการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพเท่ากับ 0.536 แบบสอบถามการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคล เท่ากับ 0.981 และแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.887

#### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง หมายเลขรับรอง RU-HRE 65/0065

#### วิธีการเก็บข้อมูล

ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีดังนี้

1. สืบค้นและประสานหน่วยงานในชุมชนตำบลวัดหลวง โดยประสานนายกอบต.วัดหลวง สสจ.ชลบุรี สสอ.พนัสนิคมและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดหลวง (วัดหลวงพรหมवास) ตามลำดับ

2. คณะผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยประสาน อสม. ของหมู่บ้านแต่ละหมู่บ้านในชุมชน เพื่อเป็นผู้ช่วยในการเก็บข้อมูลร่วมกับคณะวิจัย โดยนัดประชุมชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูล และคัดกรองผู้ให้ข้อมูลตามแบบสอบถามตามเกณฑ์การคัดเข้า-การคัดออก โดยการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญ พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและแบบฟอร์มการยินยอมเข้าร่วมการวิจัย รวมถึงการพิทักษ์สิทธิความเป็นส่วนตัว การปกปิดความลับของผู้เข้าร่วมวิจัย

3. เก็บรวบรวมแบบสอบถามที่ได้รับ ตรวจสอบความสมบูรณ์ หากมีข้อมูลไม่ครบก็จะประสานขอสม. ในแต่ละหมู่บ้านเพื่อนำแบบสอบถามไปเก็บข้อมูลเพิ่มเติม ก่อนบันทึกข้อมูลและนำข้อมูลไปวิเคราะห์

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ใช้สถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearsons Correlation Coefficient)<sup>(11)</sup> โดยใช้เกณฑ์ในการพิจารณาความสัมพันธ์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้

$\pm 0.81$  ถึง  $\pm 1.00$  หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับสูงมาก

$\pm 0.61$  ถึง  $\pm 0.80$  หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับสูง

$\pm 0.41$  ถึง  $\pm 0.60$  หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง

$\pm 0.21$  ถึง  $\pm 0.40$  หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำ

$0.00$  ถึง  $\pm 0.20$  หมายถึงมีความสัมพันธ์ระดับต่ำมาก

#### ผลการศึกษา

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูลทางชีวสังคม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 1. ข้อมูลทางชีวสังคม

ข้อมูลชีวสังคมของผู้สูงอายุจำนวน 400 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 62.50 อายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 43.75 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 60.75 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 56.25 ตามตารางที่ 1

##### 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจากการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์ของเพียร์สันพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 ซึ่งความรู้และการรับรู้ประโยชน์มีค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ  $r = 0.317$  และ  $r = 0.378$  ตามลำดับ ถัดมาค่าความสัมพันธ์กับการเข้าถึงแหล่งบริการการก่อสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าความสัมพันธ์  $r = 0.402$  และสุดท้ายจากผลของความสัมพันธ์กับการได้รับข่าวสารอยู่ในระดับต่ำ  $r = 0.277$  ค่าความสัมพันธ์กับการได้รับแรงสนับสนุนอยู่ในระดับปานกลาง  $r = 0.527$  ตามตารางที่ 2

##### 3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อปัจจัยเสริมและพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

###### 3.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้และการรับรู้ประโยชน์

ด้านความรู้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวิถีใหม่ ได้แก่ความรู้ในการสังเกตตัวเอง ถ้ามีแผลร้อนใน ภายในปากจะพบว่าร่างกายมีความร้อน ปากคอบแห้ง เป็นต้นมีความรู้ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 39.75 รองลงมามีความรู้ระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 36.75 และมีความรู้ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 23.50 ส่วนในด้านการรับรู้ประโยชน์ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 42.00 รองลงมามีการรับรู้ประโยชน์ระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 30.25 และมีการรับรู้ประโยชน์ระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 27.75

### 3.2 ปัจจัยเอื้อ คือ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการเข้าถึงแหล่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวิถีใหม่ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 45.75 รองลงมาได้มีการเข้าถึงระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 27.50 และมีการเข้าถึงระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 26.75

3.3 ปัจจัยเสริมได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม

ในด้านการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจากสื่อต่าง ๆ ในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 39.50 รองลงมาได้มีการได้รับข่าวสารระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 33.75 และมีการได้รับข่าวสารระดับปานกลาง คิดเป็น ร้อยละ 26.75 ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 38.25 รองลงมาได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 31.75 และได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00

### 3.4 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวิถีใหม่

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 39.75 รองลงมาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากคิดเป็นร้อยละ 31.25 และมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 29.00 ซึ่งข้อมูลปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ แสดงรายละเอียดตามตารางที่ 3

## อภิปรายผล

### 1. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่

จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 39.75 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของถาวร มาตันและคณะ<sup>(14)</sup> ที่ได้ศึกษาสภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา มั่นล้วนและคณะ<sup>(15)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านหนองโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่า พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกายและด้านการจัดการความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง แต่การศึกษาของสุนันทา โอศิริและคณะ<sup>(16)</sup> ที่ศึกษาเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย มีรูปแบบการศึกษาแตกต่างกัน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อศึกษาภูมิปัญญาไทยที่เหมาะสมสำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาหลักสูตร ฝึกอบรมและประเมินผล

### 2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

จากการผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น การส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงควรส่งเสริมทั้งปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมร่วมกัน ตามแนวคิด Precede Model ซึ่งจะได้อภิปรายรายละเอียดเกี่ยวกับปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในหัวข้อถัดไป

### 3. ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม

3.1 ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับต่ำ ค่าความสัมพันธ์  $r = 0.317$  ซึ่งการมีความรู้การสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ มีความหลากหลายของพืชสมุนไพร อาหารพื้นบ้านขนาดตนเองและกายบริหารแบบไทย เป็นต้น มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพในภาพรวม ระดับต่ำ ตามแนวคิด Precede Model ของ Lawrence W. Green<sup>(10)</sup> เป็นการวิเคราะห์

แบบย้อนกลับซึ่งกล่าวว่า พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากปัจจัยต่าง ๆ โดยที่ความรู้ เป็นปัจจัยนำที่สำคัญในการส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ถึงแม้ว่าความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพสอดคล้องกับการศึกษาของดรณชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา<sup>(17)</sup> ที่ได้ศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาพบว่า ความรู้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมืองจังหวัดนครราชสีมา แต่แตกต่างกับการศึกษาของจันธิดา กมาลาสน์หิรัญ และคณะ<sup>(18)</sup> ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยมีความสำคัญที่ยังคงอยู่กับวิถีชุมชน ถ้าผู้สูงอายุมีคุณภาพแข็งแรงดีทั้งร่างกาย จิตใจและสิ่งแวดล้อม สามารถพึ่งพาตนเองได้ภายใต้กรอบแนวคิดความเชื่อประเพณีวัฒนธรรมที่ดำรงอยู่ในชุมชนนั้นๆ ส่วนในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 42 มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อยู่ในระดับต่ำ มีค่าความสัมพันธ์  $r = 0.378$  ซึ่งการรับรู้ประโยชน์การสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานอาหารที่มีสมุนไพรสร้อน ช่วยป้องกันโรคโควิด-19 รับรู้ประโยชน์ของการนวดตนเอง ช่วยบรรเทาอาการปวดเมื่อย เป็นต้น เป็นการรับรู้ที่เป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่เชื่อว่ามีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล<sup>(19)</sup> แต่การรับรู้ประโยชน์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ในระดับต่ำ  $r = 0.378$  ดังนั้น พฤติกรรมการสร้างสุขภาพ อาจเกิดขึ้นหรือไม่เกิดขึ้นก็ได้ อาจเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีการรับรู้ประโยชน์ แต่ยังขาดการนำไปใช้หรือนำไปปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆที่เป็นแรงกระตุ้นร่วมกันเป็นการวิเคราะห์ทางการศึกษาโดยศึกษาปัจจัยนำ ว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างสุขภาพหรือไม่อย่างไรแตกต่างกับการศึกษาของเสาวภา ชูวาและคณะ<sup>(20)</sup> ที่ได้ศึกษาการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง พบว่าการรับรู้คุณภาพบริการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง โดยรวม และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง โดยรวม นอกจากนี้การรับรู้คุณภาพบริการของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและแตกต่างกับการศึกษาของฉัตรศิริ วิภากริน และศศิวิภา มณีศิลป์<sup>(21)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนสะลงง-ชีเหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่าปัญหาในการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาด้านการศึกษาน้อย สุขภาพร่างกายไม่ค่อยแข็งแรง มีโรคประจำตัว ฯลฯ ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลางปัจจัยที่ทำให้ระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกันคือ อายุ และสถานภาพสมรส ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ทางสังคม

3.2 ปัจจัยเอื้อได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.75 ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับปานกลาง ค่าความสัมพันธ์  $r = 0.402$  จะเห็นได้ว่า การเข้าถึงแหล่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีร้านค้าจำหน่ายอาหารพื้นบ้าน เครื่องดื่มสมุนไพร อย่างพอเพียง เป็นต้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับสิ่งของหรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาจจะมีปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวซึ่งเป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการศึกษาของประจักษ์ เพ็ญโพธิ์<sup>(22)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 68.65 แต่มีส่วนที่แตกต่างกันคือ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ฯลฯ และปัจจัยด้านความคิดและอารมณ์

3.3 ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพไทยจากสื่อต่าง ๆ ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีการได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในระดับน้อย และผลการศึกษาพบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ค่าความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ  $r = 0.277$  ซึ่งการได้รับข่าวสารจากสื่อ เป็นสิ่งสนับสนุนในการแสดงพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุได้รับข่าวสารน้อย และมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่ำ ก็เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในระดับน้อยหรือไม่เกิดขึ้น ถ้าไม่มีปัจจัยอื่น ๆ มาร่วมในการแสดงพฤติกรรมดังกล่าวตามทฤษฎี Precede Model ซึ่งแตกต่างกับการศึกษาของฉัตรศิริ วิภาวิน และศศิวิภา มณีศิลป์ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนสะลงง-ซีเหล็ก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่พบว่า ปัญหาของการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาการศึกษา น้อย สุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีโรคประจำตัว ฯลฯ ผลการศึกษาระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในระดับมาก มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่ในระดับปานกลาง ค่าความสัมพันธ์  $r = 0.527$  อธิบายได้ว่าผู้สูงอายุที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในระดับมากจะมีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวิถีใหม่ในระดับที่มาก ถ้าได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในระดับน้อยก็จะมีพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวิถีใหม่ ในระดับที่น้อยหรืออาจจะมีพฤติกรรมเกิดขึ้น ถ้าไม่มีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลธิดา อ่อนแก้ว<sup>(23)</sup> ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทยชนะศึกผลการวิจัยพบว่าพฤติกรรม การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของตนเองในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพ พบว่า การสนับสนุนทางสังคม  $r = 0.345$  อายุ  $r = 0.125$  และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสมุนไพร  $r = 0.331$  มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## ข้อสรุป

จากการศึกษานี้ พบว่า พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่ อยู่ในระดับปานกลาง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์พฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุตามวิถีใหม่กรณีศึกษาชุมชนวัดหลวงพรหมวาส อำเภอพนสนิมคม จังหวัดชลบุรีคือ ปัจจัยนำ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพและการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวิถีใหม่ ปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงแหล่งบริการด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวิถีใหม่ ปัจจัยเสริม ได้แก่ การได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยตามวิถีใหม่จากสื่อต่าง ๆ และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลจากข้อสรุปจากการวิจัยจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น โดยเฉพาะในสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ระยะที่ 2 และภายหลังการระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 ซึ่งเป็นช่วงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ควรได้รับการฟื้นฟูสุขภาพให้แข็งแรง เพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันทั้งทางร่างกายจิตใจและสิ่งแวดล้อมแบบองค์รวม โดยใช้ทรัพยากรภายในชุมชน ใช้ภูมิปัญญาของคนไทย จึงเป็นที่มาของการสร้างเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษาโรค ตามวิถีใหม่ก็คือช่วงระยะภายหลังการผ่านสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อโควิด-19 มีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพอย่างมาก ทำให้เกิดวิถีใหม่ที่ประชาชนควรตระหนักถึงการป้องกันโรคและสร้างเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นประชากรหลักของประเทศ

## ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

### การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. นำผลการศึกษาไปใช้ในการวางแผนโปรแกรมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานสาธารณสุข อันจะเป็นประโยชน์กับผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุข รวมทั้งการเผยแพร่ภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

2. ทำโครงการบริการวิชาการการสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน เพื่อให้ความรู้ เสริมทักษะการปฏิบัติ ให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อส่งต่อความรู้ไปยังกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุภายในชุมชน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ต่อยอดการศึกษาในการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรในชุมชนเพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น น้ำมันนวดจากสมุนไพรต่างๆ การพัฒนาเครื่องต้มสมุนไพรเพื่อสุขภาพ เป็นต้น

#### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในการให้ทุนอุดหนุนการวิจัยจากงบประมาณรายจ่ายจากรายได้มหาวิทยาลัยรามคำแหง ประเภทมหาวิทยาลัย มา ณ โอกาสนี้

## ตาราง ภาพ และแผนภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทางชีวสังคมของผู้สูงอายุ (n = 400)

ข้อมูลทางชีวสังคม	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	250	62.50
ชาย	150	37.50
อายุ		
ต่ำกว่า 40 ปี	31	7.75
41-50 ปี	98	24.50
51-60 ปี	96	24.00
มากกว่า 60 ปี	175	43.75
สถานภาพ		
โสด	118	29.50
สมรส	243	60.75
หม้าย/หย่า/แยก	39	9.75
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
ต่ำกว่า 5,000 บาท	225	56.25
5,001-10,000 บาท	116	29.00
มากกว่า 10,000 บาท	59	14.75

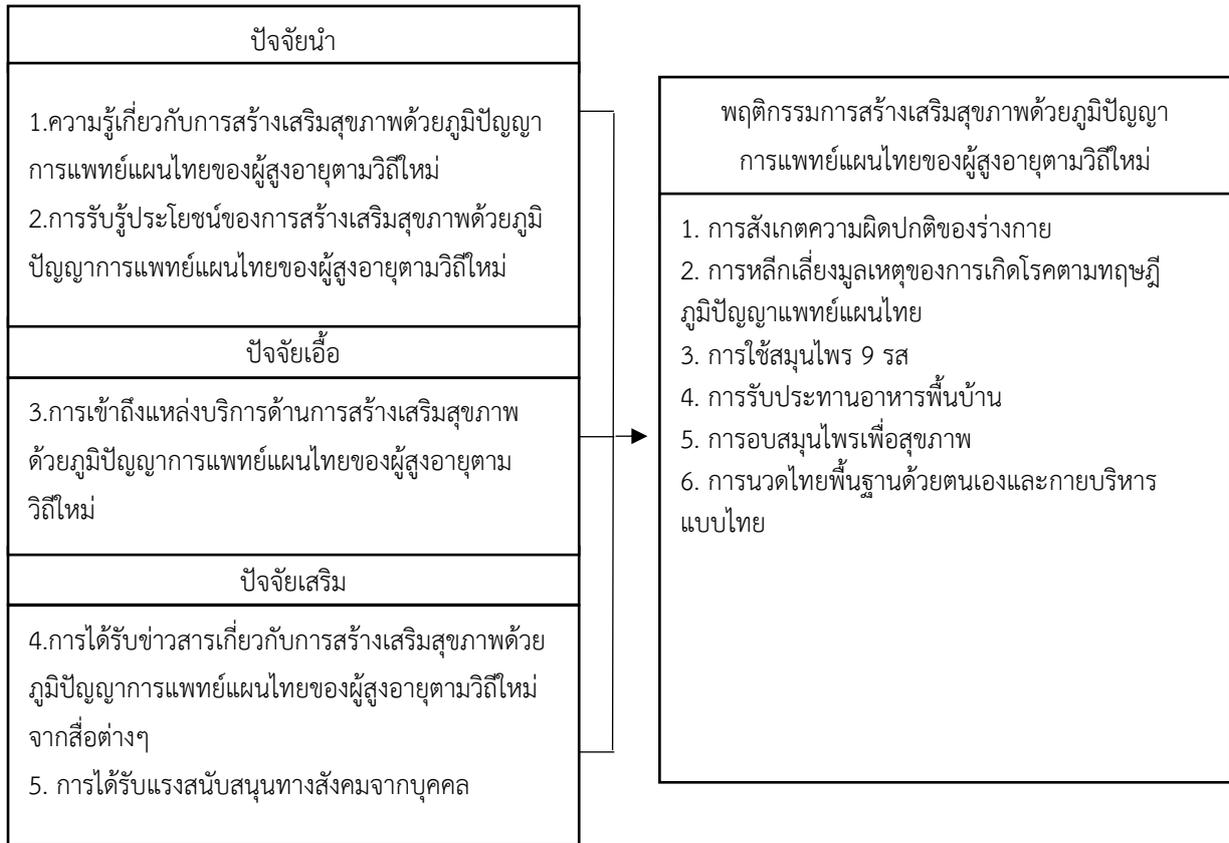
ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

	พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ		p-value	ระดับความสัมพันธ์
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)			
ปัจจัยนำ	ความรู้	$r = .317$	<0.000**	ระดับต่ำ
	การรับรู้ประโยชน์	$r = .378$	<0.000**	ระดับต่ำ
ปัจจัยเอื้อ	การเข้าถึงแหล่งบริการ	$r = .402$	<0.000**	ระดับปานกลาง
ปัจจัยเสริม	การได้รับข่าวสาร	$r = .277$	<0.000**	ระดับต่ำ
	การได้รับแรงสนับสนุน	$r = .527$	<0.000**	ระดับปานกลาง

\*\*p&lt; 0.001

ตารางที่ 3 ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมและระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (n = 400)

ปัจจัยนำ	ระดับความรู้เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
	ระดับดี (คะแนนตั้งแต่ 9.17 - 10.00)	159	39.75
	ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 6.80 - 9.16)	147	36.75
	ระดับไม่ดี (คะแนนตั้งแต่ 0.00 - 6.79)	94	23.50
ปัจจัยนำ	ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
	ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 20.31 - 24.00)	111	27.75
	ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 17.32 - 20.30)	168	42.00
	ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 12.00 - 17.31)	121	30.25
ปัจจัยเอื้อ	ระดับการเข้าถึงแหล่งบริการ	จำนวน	ร้อยละ
	ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 11.68 - 20.00)	110	27.50
	ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 8.89 - 11.67)	183	45.75
	ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 5.00 - 8.88)	107	26.75
ปัจจัยเสริม	ระดับการได้รับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่าง ๆ	จำนวน	ร้อยละ
	ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 13.41 - 20.00)	135	33.75
	ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 10.02 - 13.40)	107	26.75
	ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 5.00 - 10.01)	158	39.50
ปัจจัยเสริม	ระดับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
	ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 93.00 - 132.00)	153	38.25
	ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 74.25 - 92.99)	120	30.00
	ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 33.00 - 74.24)	127	31.75
พฤติกรรม	ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การสร้างเสริมสุขภาพ	ระดับมาก (คะแนนตั้งแต่ 30.81 - 48.00)	125	31.25
	ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ 25.70 - 30.80)	159	39.75
	ระดับน้อย (คะแนนตั้งแต่ 15.00 - 25.69)	116	29.00



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ.กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2564). สถิติผู้สูงอายุ. สืบค้นเมื่อ 25 ตุลาคม 2564 จาก: <http://www.dop.go.th/th/know>
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2560). รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา.
3. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.(2565). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2565. สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566, จาก: [http://www.thaitgri.org/.shrb,rN=bfw,j9hv<sup>1</sup>g8ktg\]pot8t](http://www.thaitgri.org/.shrb,rN=bfw,j9hv<sup>1</sup>g8ktg]pot8t)
4. มูลนิธิฟื้นฟูส่งเสริมการแพทย์ไทยเดิมฯและโรงเรียนอายุรเวทธารัง สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล (2550). ตำราการแพทย์ไทยเดิม (แพทยศาสตร์สงเคราะห์ ฉบับอนุรักษ์) เล่ม 1 ฉบับชำระ กรุงเทพมหานคร: ศุภานิชการพิมพ์.
5. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). สุขภาพคนไทย 2564 : COVID-19 มหันตภัยร้ายเย่าโลก. กรุงเทพมหานคร: บริษัท อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
6. ศูนย์บริการสถานการณ์โควิด-19. (2564). สถานการณ์โควิด-19 ประเทศไทย(เม.ย.-ก.ย. 2564).สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน2566, จาก: <http://www. Media.thaigov.go.th/>
7. ศูนย์บริการสถานการณ์โควิด-19. (2565). สถานการณ์ไวรัสโคโรนา 2019 (ม.ค.-มิ.ย. 2565).สืบค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2566, จาก:<http://www.Media.thaigov.go.th/>
8. ข้อมูลวัดหลวงพรหมवास ชลบุรี. (2564). สืบค้นเมื่อ11 เมษายน 2564, จาก <https://www.thaitanbon.com/tanbon/200603>
9. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดหลวง. (2565). รายงานสถิติผู้ป่วยพ.สต.ตำบลวัดหลวงประจำปี 2565.
10. Green,L.W. (1980). **Health Education Planning**: Mayfield Publishing Company, California
11. Yamane, Taro. (1967). **Statistics: An Introductory Analysis**,2nd Edition, New York: Harper and Row.
12. บุญเรียง ขจรศิลป์. (2539). **วิธีวิจัยทางการศึกษา**. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ฟิสิกส์-เซ็นเตอร์.
13. Likert, Rensis. (1961). **New pattern of Management**. New York: McGraw-Hill.
14. ถาวร มาตันและคณะ. (2558). **สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดสุโขทัย**. รายงานวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
15. กัลยา มั่นล้วนและคณะ. (2562). **พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองโพรง อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์**. บทความวิชาการ การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 สังคมผู้สูงวัย: โอกาสและความท้าทายของอุดมศึกษา.
16. สุนันทา โอศิริและคณะ. (2559). การสร้างเสริมผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย. **วารสารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา**, 11(2), 33-43.
17. ตรีญชนก พันธุ์สุมา และพงษ์สิทธิ์ บุญรักษา. (2564). ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโควิด 19 ของประชาชนในตำบลปรุใหญ่ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 36(5), 597-604.

18. จันธิตา กมาลาสน์หิรัญและคณะ. (2563). การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย 4 ภาค. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 29(1), 36-47.
19. กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2542). แนวคิด ทฤษฎีและการนำไปใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. นนทบุรี: โรงพิมพ์กองสุขศึกษา.
20. เสาวภา ชูวาและคณะ.(2563). การตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์แผนไทยของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานครแห่งหนึ่ง. บทความวิชาการ การประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 7
21. ฉัตรศิริ วิภาวินและศศิวิภา มณีศิลป์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนสะลงง-ซี้เหล็ก อำเภอมะริม จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการวิทยาลัยสันตพล, 6(2), 18-27.
22. ประจักษ์ เพ็ญโพธิ์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอวังทรายพูน จังหวัดพิจิตร. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม, 4(8), 210-223.
23. กุลธิดา อิ่นแก้ว. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทยชนะศึก. รายงานวิจัย. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชนะศึก.