

การสร้างมาตรการร่วมของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด  
โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีส่วนร่วมของ  
ตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน

Creating policy participation of health behavior in village for reduce cancer,  
hypertension and cardiovascular disease in Maelan, Li District, Lamphun Province

ณัฐกฤษฎ์ ธรรมกวินวงศ์ ส.ด.\*

ชญารัตน์ นุ่มดี พย.บ.\*\*

คนัย ศรีวงศ์ คน.ม..\*\*\*

\*สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

\*\*โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแม่ลาน

\*\*\*องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลาน

### บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง การสร้างมาตรการร่วมของหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ของตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน โดยมีวัตถุประสงค์การวิจัย 1) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็งโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด 2) เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรการร่วมของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด 3) เพื่อศึกษาและเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็งโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด 4) เพื่อสร้างมาตรการร่วมของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) สร้างมาตรการ ด้วยกระบวนการ A-I-C (Appreciation- Influence-Control) ประชากรเป็นประชาชนตัวแทนจาก 7 หมู่บ้านของตำบลแม่ลานจำนวน 60 คน ใช้แบบสอบถาม ความรู้ การมีส่วนร่วม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบค่าที (Pair t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพ หลังการได้รับความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับสุรา และการจัดการความเครียด มีความรู้อยู่ในระดับดี ร้อยละ 84.59 เมื่อเปรียบเทียบ ความรู้ก่อนและหลังการได้รับความรู้ มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การมีส่วนร่วมดำเนินงานการสร้างมาตรการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่าในภาพรวม การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.72) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วมตัดสินใจอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.79) ผลการเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังจากมีส่วนร่วมสร้างมาตรการฯ มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น หลังจากมีส่วนร่วมสร้างมาตรการฯ การสร้างมาตรการร่วมของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลด

โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ตำบลแม่ลาน ประกอบด้วย 5 มาตรการ ดังนี้ 1) มาตรการด้านอาหาร เน้นจัดเลี้ยงอาหารแบบบุฟเฟ่ต์ ในงานบุญตามประเพณีและงานชาวดำของหมู่บ้าน 2) มาตรการด้านการออกกำลังกาย เน้นจัดประเภทกีฬาให้เหมาะสมกับชุมชน และกำหนดวันออกกำลังกายของชุมชน สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละอย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป 3) มาตรการด้านสุรา เน้นงดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิดในงานบุญตามประเพณีและงานชาวดำของหมู่บ้าน 4) มาตรการด้านบุหรี่ยุคใหม่ เน้นให้เป็นบ้านปลอดบุหรี่ สื่อสารและชักชวนให้ประชาชน เลิกสูบบุหรี่ รวมทั้งการบังคับใช้กฎหมาย 5) มาตรการด้านความเครียด เน้นกิจกรรมคลายเครียด และการให้คำปรึกษา การให้ความรู้ และฝึกปฏิบัติ

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมสุขภาพ, มาตรการร่วม, การมีส่วนร่วม

## Abstract

Creating policy participation of health behavior in village for reduce cancer, hypertension and cardiovascular disease in Maelan, Li District Lamphun Province with the objectives were 1) to study and compared the knowledge about health behavior change, reducing cancer, hypertension and cardiovascular disease 2) to study participation in creating policy participation of health behavior in village for reduce cancer, hypertension and cardiovascular disease 3) Compare the health behavior change, reducing cancer, hypertension and cardiovascular disease 4) Creating policy participation of health behavior in village for reduce cancer, hypertension and cardiovascular disease in Maelan, Li District Lamphun Province. Research design to participatory action research. Creating policy participation by AIC (Appreciation-Influence-Control) process. Population were 60 from villages in Maelan. Data were analyzed by Pair t-test.

Result After obtaining knowledge of nutrition, exercise, smoking, alcohol and stress management were good 84.59%. Compare before and after obtaining knowledge were statistically significant at the 0.05 level. Participation of creating policy participation of health behavior in village for reduce cancer, hypertension and cardiovascular disease were average 3.72, Decision-making were average 3.79. Health behavior change were significant at the 0.05 level after creating policy participation. Creating policy participation consists of 5 component : 1) Nutrition were focus on catering buffet in the traditional village. 2) Exercise were focus on sports of community and exercise 3 times per week for at least 30 minutes 3) Alcohol were not alcoholic in the traditional village 4) Smoking were focus on non-smoking in house and communicate and

persuade people in community non-smoking with law enforcement 5) Stress were focus on relaxation activities stress and counseling.

**Keyword :** Health behavior, Creating policy participation, Participation

## บทนำ

ปัญหาของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของโลก ส่วนใหญ่ปัจจัยเสี่ยงมาจาก พฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของประชาชน อันเป็นผลมาจากอิทธิพลความเจริญ ทางเศรษฐกิจ เทคโนโลยีและสังคม ทำให้ประชาชน ขาดความตระหนักในการรักษาสุขภาพ การขาด การออกกำลังกาย บริโภคอาหารที่มีรสจัด อาหารที่ไขมันสูง การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ มีความเครียดเรื้อรังจากการทำงาน ภาระหนี้สิน ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รวมถึงการสูบบุหรี่ องค์การอนามัยโลกคาดการณ์อัตราการตายของประชากรโลกในปี 2565 อาจจะมีประมาณ 25 ล้านคน ปัจจุบัน จำนวนการตายประมาณ 17.5 ล้านคน สาเหตุหลักจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นปัญหาแรกๆ ของ หลายประเทศ ( World Health Organization, 2559) จากรายงานการประเมินระดับความรู้ด้าน สุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนวัยทำงาน(15-59 ปี) ภาพรวมประเทศไทยในปีงบประมาณ 2559 พบว่า ระดับความรู้ด้านสุขภาพ ตามหลัก 3อ.2ส.(อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ สุรา บุหรี่) ของกลุ่มวัยทำงานส่วนใหญ่ อยู่ในระดับไม่ดี และด้านพฤติกรรม พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี คือ พฤติกรรมบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ในเขตสุขภาพที่ 1,2,3,4,5,6,7 และ 12 เสนอแนะให้ภาครัฐ ภาคเอกชนและเครือข่ายสังคมที่มีบทบาทในการดำเนินงาน สร้างเสริมสุขภาพ ควรร่วมกันพัฒนาและบูรณาการยุทธศาสตร์การดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (กองสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

ข้อมูลการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2559 พบว่าอัตราป่วย ต่อประชากรแสนคนด้วย โรคความดันโลหิต เท่ากับ 14.06 อัตราป่วยต่อประชากรแสนคนด้วย โรคเบาหวาน เท่ากับ 6.75 สถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นทุกปี พ.ศ.2559เขตสุขภาพที่ 1 มี ประชาชนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง อัตรา 1,345 ต่อแสนประชากร ในทุกกลุ่มอายุ เมื่อพิจารณา รายจังหวัดพบว่า จังหวัดลำพูน มีประชาชนป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงเป็นอันดับแรก อัตรา 2064.10 ต่อแสนประชากร รองลงมาได้แก่ จังหวัดเชียงราย และจังหวัดน่าน อัตรา 1661, 1556.51 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ และสถิติผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของอำเภอลี้ จังหวัดลำพูน อัตรา 1265.19 ต่อแสนประชากร และสภาวะสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไปตำบลแม่ลาน อำเภอ ลี้ จังหวัดลำพูน พบว่า ประชาชนเสี่ยงต่อการป่วยโรคความดันโลหิตสูง คิดเป็นร้อยละ 27.65 (สำนัก นโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ตำบลแม่ลาน มีจำนวน 7 หมู่บ้าน 949 หลังคาเรือน ประชากรอยู่จริง 2,518 คนประชากร ประชากรวัยแรงงานช่วงอายุ 40-54 ปีมีจำนวนมาก อาจส่งผล ในอนาคตที่จะทำให้ประชากรวัยสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น ประชากรส่วนใหญ่มีอาชีพทำสวนลำไย เป็นอาชีพ

หลักและทำไร่ข้าวโพดเพียงบางส่วน ประชากรในวัยแรงงานประมาณร้อยละ 20 ได้อพยพไปทำงานใน นิคมอุตสาหกรรมลำพูนและกรุงเทพมหานคร พบว่าอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงของตำบลแม่ลาน ด้วยอัตรา 708.53 ต่อแสนประชากร ในทุกกลุ่มอายุ(สำนักนโยบายยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) และจากการสำรวจข้อมูล พฤติกรรมเสี่ยงภาวะเสี่ยงจากการทำงาน ปัญหาสุขภาพและการ เจ็บป่วย ขององค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลานปี 2559พบว่ามีความเสี่ยงสุขภาพรวม ร้อยละ 24.22 ประกอบด้วย สูบบุหรี่ร้อยละ53.29 ดื่มสุราเป็นประจำ ร้อยละ 46.87 ใช้สารเคมีในการเกษตรโดย ป้องกันตนเองไม่เหมาะสม ร้อยละ 83.33 ปัญหาการดูแลรักษาสุขภาพ ได้แก่ กินยา/ฉีดยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 34.31 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำได้ยาก/มีข้อจำกัด ร้อยละ 24.44 ขาดความตระหนักใน การใส่ใจดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน จึงทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดัน โลหิตสูง และเบาหวาน เพิ่มมากขึ้น สาเหตุมาจากขาดการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร ประเภทหวานจัด เค็มจัด และมันจัด การกินผักน้อย มีความเครียดไม่รู้จักรักวิธีการผ่อนคลายความเครียด ให้กับตนเอง รวมทั้งการสูบบุหรี่ และดื่มสุรา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2560)

ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาเรื่อง การสร้างมาตรการร่วมของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหมู่บ้าน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างมีส่วนร่วมของ ตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน ผลการวิจัยที่ได้ หมู่บ้านสามารถนำไปเป็นมาตรการนโยบายของ หมู่บ้าน ตำบล และภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งเสริม การดำเนินงานการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในหมู่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ต่อไปในอนาคต

### วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research ประชากร คือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน จำนวน 608 คน กลุ่ม ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ได้มาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดย วิธีการกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion Criteria) จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแกนนำ และกลุ่มดำเนินการที่เป็นตัวแทนของชุมชน ในการดำเนินงานการพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ประกอบด้วยตัวแทนองค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลาน, ผู้นำหมู่บ้าน, ตัวแทนคณะกรรมการ หมู่บ้าน, ตัวแทนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, ตัวแทนโรงเรียน, ตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุข, ตัวแทนชมรมผู้สูงอายุ และตัวแทนประชาชนใน 7 หมู่บ้าน ตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน ได้มา โดยวิธีการกำหนดคุณสมบัติ (Inclusion Criteria) คือ อายุ 35 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย, ไม่เป็นโรคติดต่อร้ายแรง, ไม่เป็นผู้พิการ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย แบบสอบถามความรู้ด้านการบริโภคอาหาร, ออกกำลังกาย, ความเครียด, สูบบุหรี่ และการดื่มสุรา และแบบสอบถามการมีส่วนร่วมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เมื่อสร้างเสร็จแล้ว

ได้นำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาให้มีความตรง ครบถ้วน และปรับภาษาให้กะทัดรัด ชัดเจน ตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ แบบสอบถามหลังผ่านการตรวจสอบ มีความเที่ยง (Reliability) แบบ ความคงที่ภายใน (Internal consistency) ด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) (บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ, 2543) คือ ความรู้มีค่าความเที่ยง 0.83, การมีส่วนร่วม มีค่าความเที่ยง 0.87 และพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าความเที่ยงคือ 0.84 กระบวนการสร้างมาตรการหมู่บ้าน ใช้การจัดเวที ประชาคม (AIC) จัดทำร่างฯ นำร่างมาตรการฯ ไปทดลองใช้ในหมู่บ้านนำร่อง แล้วจัดประชุมเพื่อวิพากษ์ เสนอแนะมาตรการฯ และจัดทำเป็นมาตรการฉบับสมบูรณ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ด้วยการทดสอบค่าที (Pair t-test), วิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis) แบบอุปนัย (Analytic Inductive) โดยการจำแนกและจัดระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy) การศึกษานี้ได้รับการอนุมัติ รับรองการพิทักษ์สิทธิตัวอย่างจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เลขที่ E2560/017 วันที่ 29 กันยายน 2560

### ผลการศึกษา

**ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของชุมชน** ตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน หลังการอบรม การให้ความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ ความรู้เกี่ยวกับ สุรา และการจัดการความเครียด เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือด พบว่า โดยรวมผู้เข้าประชุมสามารถตอบคำถามถูกร้อยละ 84.59 ถือว่ามีความรู้ในระดับดี มีตอบผิดเพียง ร้อยละ 15.41 เมื่อเปรียบเทียบ ความรู้ของชุมชน ก่อนและหลังการประชุมให้ความรู้ พบว่ามีความ แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้เข้าประชุมมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังจากการเข้ารับการ อบรมความรู้สุขภาพ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบความรู้ ของชุมชนตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน ก่อนและหลัง การประชุมให้ความรู้

ความรู้	N	$\bar{x}$	SD	t
ก่อนรับการอบรม	60	23	.76	6.66*
หลังรับการอบรม	60	37	.68	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**การมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรการร่วมของหมู่บ้าน** เพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่า การมีส่วนร่วมดำเนินงานการสร้าง มาตรการฯ ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.72) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านการมีส่วนร่วม ตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.79)

**การปฏิบัติตัวเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** ในด้านการบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, การสูบบุหรี่, การดื่มสุรา และการจัดการความเครียด พบว่า ส่วนใหญ่ประชาชนมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น(ค่าเฉลี่ย 3.28) เมื่อเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ก่อนและหลังจากมีส่วนร่วมสร้างมาตรการฯ พบว่า มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดีขึ้น หลังจากมีส่วนร่วมสร้างมาตรการฯ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของชุมชนตำบลแม่ลาน อำเภอสี จังหวัดลำพูน ก่อน และหลังการมีส่วนร่วมสร้างมาตรการฯ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	N	$\bar{x}$	SD	t
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	60	2.35	.41	7.147*
หลังเข้าร่วมโครงการ	60	2.64	.28	

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**สร้างมาตรการร่วมของหมู่บ้าน** เพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ตำบลแม่ลาน อำเภอสี จังหวัดลำพูน พบว่า หลังจากทีมวิจัยได้ใช้กระบวนการ AIC (Appreciation Influence Control) ในการสร้าง มาตรการร่วมฯ ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชนจนได้ภาพฝันของตำบล คือ “ กินดี อยู่ดี ชีวิตนี้ มีสุข ” แล้วร่วมกันค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชนในตำบลแม่ลาน แล้วนำมากำหนดเป็นมาตรการฯ จำนวนทั้งหมด 5 ด้าน ได้แก่ มาตรการที่ 1 ด้านอาหาร ประกอบด้วยการจัดเลี้ยงอาหารแบบบุฟเฟ่ต์ ในงานบุญตามประเพณีและงานवाद้าของหมู่บ้าน, หลีกเลี้ยงการใช้โฟมและพลาสติกเป็นภาชนะบรรจุอาหาร , ไม่ปรุงอาหารแบบสุกๆดิบๆ ในงานบุญตามประเพณีและงานवाद้าของหมู่บ้าน, ส่งเสริมให้เน้นผลไม้และน้ำเปล่าแทนขนมหวานและเครื่องดื่มน้ำตาล ในการจัดอาหารว่าง, ส่งเสริมปรับวิธีการบริโภคอาหาร โดย กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ ลดการแพร่กระจายเชื้อ, ส่งเสริมให้ปลูกผักสวนครัว รั้วกินได้ ผักอินทรีย์ ผักปลอดสารพิษ และสนับสนุนให้ทุกครัวเรือน นำขยะ/เศษอาหาร นำไปทำปุ๋ยหมัก หรือ ปุ๋ยชีวภาพ

มาตรการที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล, โรงเรียน,รพ.สต.และชุมชน ส่งเสริมสนับสนุนเรื่องการออกกำลังกาย เช่น ความรู้ อุปกรณ์การออกกำลังกาย และสถานที่ตามความเหมาะสม, กำหนดวันออกกำลังกายของชุมชน สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ อย่างน้อย 30 นาทีขึ้นไป,จัดประเภทกีฬาให้เหมาะสมกับชุมชนและกลุ่มวัย เช่น แอโรบิก, โยคะ, เดินเร็ว,วิ่งเหยาะๆ และอื่นๆ

มาตรการที่ 3 ด้านสุรา ประกอบด้วย การงดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ในงานบุญตามประเพณีและงานवाद้าของหมู่บ้าน, กำหนดวันเวลา งดการซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในร้านค้าในชุมชน ทุกวันพระและวันสำคัญตามประเพณีของชุมชน, ทำข้อตกลงร่วมกันโดยปลูกจิตสำนึกจากรุ่นสู่รุ่นสู่รุ่นเพื่อ ลด ละ เลิก สุรา

มาตรการที่ 4 ด้านบุหรี ประกอบด้วย องค์การบริหารส่วนตำบล/ผู้นำชุมชน ชื่นชมบ้านที่ไม่สูบบุหรี และบุคคลตัวอย่างในการเลิกสูบบุหรี มอบป้ายบ้านนี้ปลอดบุหรีและ ใบประกาศชื่นชมบุคคลตัวอย่าง, จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ รมรงค์เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี เช่น ติดป้ายงดสูบบุหรีในงานต่างๆ และสื่อสารให้ประชาชน พร้อมชักชวนผู้ที่สูบให้เลิกสูบบุหรี, ทำข้อตกลงร่วมกับร้านค้าในชุมชน งดจำหน่ายบุหรีแก่เยาวชน, บังคับใช้กฎหมายและข้อตกลงชุมชน เพื่อกำหนดค่าปรับผู้ไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง

มาตรการที่ 5 ด้านความเครียด ประกอบด้วย ทำข้อตกลงร่วมกันในประเภทกิจกรรมคลายเครียด และจัดสถานที่ส่วนรวม วันเวลาที่จะร่วมทำกิจกรรม, จัดให้มีหน่วยงานให้คำปรึกษา เมื่อปัญหาเกิดความเครียดหรือซึมเศร้ายรวมทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ เกี่ยวกับการลดความเครียด และการบำบัดแก่ชุมชน, ส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการสำหรับชุมชน ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต วัฒนธรรมของชุมชน เพิ่มความสุข ให้มีสุขภาพจิตที่ดี

### วิจารณ์

จากผลการศึกษาที่ได้ข้อค้นพบ เกี่ยวกับการวิจัย มาตรการร่วมของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาสู่หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ของตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน ในด้านความรู้ พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพของชุมชนตำบลแม่ลาน อำเภอลี้ จังหวัดลำพูน หลังการอบรมการให้ความรู้เรื่อง การบริโภคอาหาร, การออกกำลังกาย, การสูบบุหรี, การดื่มสุรา และการจัดการความเครียด มีความแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้เข้าอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นหลังจากเข้ารับการอบรม สอดคล้องกับ เพนเดอร์(Pender, 1996) ได้ให้แนวคิดไว้ว่า ความรู้ ความเข้าใจ และความรู้สึคนึกคิดที่เฉพาะเจาะจงกับพฤติกรรม เป็นตัวแปรที่มีความสำคัญในการจูงใจมากที่สุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจะเป็นเสริมแรงในทางบวก สามารถเกิดได้ทั้งภายในและภายนอกก็ได้ ประชาชนที่เป็นตัวแทนของตำบลที่เข้าร่วมกิจกรรมทุกคน รับรู้ถึง ผลลัพธ์ของมาตรการร่วมเมื่อมีการใช้ จะทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตดี บรรลุตามเป้าหมายที่ร่วมกันคิดไว้ว่า “กินดี อยู่ดี ชีวิตนี้ มีสุข” สอดคล้องกับงานวิจัยของ Shu-xia Li Ling Zhang (2013) พบว่าการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความตระหนักด้านสุขภาพ ความมีประสิทธิผลในตนเอง เสนอแนะให้ปรับปรุงพฤติกรรมสุขภาพ อภิชาติ เจริญยุทธ (2552) พบว่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติตน และพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน

การมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรการร่วมๆ พบว่า ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ซึ่งผลการวิจัยของปานชีวา ณ หนองคาย(2551) พบว่าหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมและรายด้านดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี คือ การออกกำลังกาย

พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด และเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการมีส่วนร่วมในการสร้างมาตรการฯ พบว่า การปฏิบัติตัวเพื่อ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้น หลังจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Health-promoting Behavior) เป็นพฤติกรรมเป้าหมายซึ่งจะก่อให้เกิดผลต่อสุขภาพในทางบวกต่อผู้ปฏิบัติโดยสามารถนำไปใช้ได้กับการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการผสมผสานเข้ากับรูปแบบการดำเนินชีวิต เนื่องจากประชาชนตำบลแม่ลาน มีความตั้งใจที่ต้องการปรับเปลี่ยนการใช้ชีวิตประจำวัน ให้มีสุขภาพดีขึ้นต่อไปเรื่อย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจึงเป็นจุดเริ่มต้นของการเปลี่ยนแปลง สอดคล้องกับ Pender(1996) กล่าวถึงความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (Health Responsibility) เป็นความตระหนักต่อสุขภาพของตนเอง เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจ เอาใจใส่ต่อภาวะสุขภาพของตน โดยการศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี สอดคล้องกับ สุจิตรา เหมวิเชียร (2550) พบว่า แรงจูงใจด้านสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือนได้ สอดคล้องกับ อุทัย เสริมศรี (2553) พบว่า ปัจจัยกระบวนการและผลของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน คือ 1) ผู้นำชุมชนเป็นแบบอย่าง 2) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแบบพึ่งองค์กรชุมชน 3) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมุ่งความสำเร็จ 4) พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม จึงอาจกล่าวได้ว่า โปรแกรมการเรียนรู้โดยการจัดการวางแผนแบบมีส่วนร่วม (AIC) และการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค มีผลทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น ส่งผลให้เกิดการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี

มาตรการร่วมของหมู่บ้านเพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ตำบลแม่ลาน อำเภอฉะเชิงเทรา จังหวัดฉะเชิงเทรา ประกอบด้วย 5 มาตรการ ได้แก่

มาตรการด้านที่ 1 ด้านอาหาร ประกอบด้วย การจัดเลี้ยงอาหารแบบบุฟเฟ่ต์, ไม่ปรุงอาหารแบบสุกๆดิบๆ ,หลีกเลี่ยงการใช้โฟม พลาสติก เป็นภาชนะ, เน้นผลไม้และน้ำเปล่าแทนขนมหวานและเครื่องดื่มน้ำตาลสูง ในการจัดอาหารว่าง ในงานบุญตามประเพณีและงานชาวตาของหมู่บ้าน และส่งเสริมให้ใช้ช้อนกลาง รวมทั้งการปลูกผักสวนครัวที่เป็นผักปลอดสารพิษ อีกทั้งสนับสนุนให้ทุกคนนำขยะจากเศษอาหาร ไปทำปุ๋ยชีวภาพ สอดคล้องกับ อนงค์ นิลกำแหง (2550) พบว่าการปฏิบัติตนในด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายเพื่อลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือดในการป้องกันโรคหลอดเลือดหัวใจ ลดลงหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

มาตรการที่ 2 ด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วย ชุมชนให้การส่งเสริมสนับสนุนความรู้ อุปกรณ์ และสถานที่เกี่ยวกับการออกกำลังกายแก่ประชาชน, กำหนดวันออกกำลังกายของชุมชน, จัดประเภทกีฬาให้เหมาะสมกับชุมชน การสร้างเสริมสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย เป็นการพัฒนาระบบการหายใจให้มีประสิทธิภาพ กล้ามเนื้อมีความอดทน อัครีย์ ใจตุ้ย(2550) พบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกาย ของเผ่ากะเหรี่ยงและเผ่าอาข่าอยู่ในระดับดี ราตรี ผลสาลี(2559) ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรู้เรื่องการออกกำลังกาย รับรู้ความสามารถตนเองในการออกกำลังกาย ความคาดหวังผลลัพธ์ของการออกกำลังกายเพื่อควบคุมโรค



ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการออกกำลังกาย และสมรรถภาพทางกายด้านความจุปอด ดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีประสิทธิภาพ ทำให้ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้

มาตรการที่ 3 ด้านสุรา ประกอบด้วย การงดเลี้ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ทุกชนิด ในงานบุญตามประเพณีและงานชาวตำของหมู่บ้าน การงดการซื้อขายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในร้านค้าในชุมชน ทุกวันพระและวันสำคัญตามประเพณีของชุมชน และการปลูกจิตสำนึก ลด ละ เลิก สุรา ศิราณี ศรีหาภาค (2553) พบว่าสุราเป็นวิถีประเพณีของชาวบ้าน ซึ่งคนส่วนใหญ่มองการบริโภคสุราว่าเป็นเรื่องปกติ กว่าจะรับรู้ว่าสุราคือต้นเหตุของปัญหา ก็มีเหตุรุนแรงเกิดขึ้นในกลุ่มวัยรุ่นและชุมชน จนไม่สามารถควบคุมได้ จึงทำให้ชุมชนลุกขึ้นมาเคลื่อนไหวแก้ปัญหาด้วยวิถีประชาคมชาวบ้านด้วยวิธีการ “โสเหล่” โดยการนำของเจ้าอาวาสวัดผู้สังฆมนตรีมีจนเกิดเป็นทุน 3 ประเภทคือ ทุนทางพลังความเชื่อ และแรงศรัทธาในศาสนา เป็นวัฒนธรรมชุมชนที่เข้มแข็ง ทุนทางสัมพันธ์ภาพที่ดีของผู้นำในชุมชน บ้าน วัด โรงเรียน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่มีความเป็นเอกภาพในการแก้ปัญหา และทุนทางการดำรงชีวิตที่มีคุณธรรมและช่วยเหลือสังคมของผู้นำ เป็นทุนทางศีลธรรม ที่ทำให้เกิดศรัทธาและเป็นพลังนำไปสู่การขับเคลื่อนแก้ปัญหา การศึกษาครั้งนี้ต้องการแสดงให้เห็นว่า การแก้ปัญหาสุราที่ฝังรากลึกทางวัฒนธรรมต้องอาศัยทุนในชุมชนที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของชุมชน เป็นผู้ปฏิบัติการจึงจะเกิดการเคลื่อนไหวเพื่อปรับเปลี่ยนประเพณีปฏิบัติการบริโภคสุราของชาวบ้าน

มาตรการที่ 4 ด้านบุหรี ประกอบด้วย การให้การชื่นชมบ้านที่ไม่สูบบุหรี่ และบุคคลตัวอย่างในการเลิกสูบบุหรี่, การจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ รณรงค์เกี่ยวกับพิษภัยบุหรี, ทำข้อตกลงร่วมกับร้านค้าในชุมชนงดจำหน่ายบุหรีแก่เยาวชน, การบังคับใช้ตามกฎหมายและข้อตกลงของชุมชน มาตรการดังกล่าวเป็นการสร้างแรงจูงใจและการเสริมพลังทางบวก และเป็นกิจกรรมที่สร้างคุณค่าให้กับผู้สูบบุหรี่ Sollecito. W & Johnson. J (2012) กล่าวถึงปัจจัยการเสริมพลังอำนาจ โดยการเสริมพลังให้กับรายบุคคลมีอิทธิพลต่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ทีมงานมีกำลังใจ ทำให้สามารถขับเคลื่อนการพัฒนาจนบรรลุเป้าหมาย และงานวิจัยของ Mark S. Turbin (2000) การสูบบุหรี่เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างมีนัยสำคัญ กับตัวแปรพฤติกรรมแฝง เช่น การสูบบุหรี่ของวัยรุ่นสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมปัญหา โดยตรงและโดยอ้อม การเข้าไปส่งเสริมและป้องกันหรือลดการสูบบุหรี่ของวัยรุ่น ควรเน้นการมีส่วนร่วมให้มากขึ้น งานวิจัยของ สายใจ จารุจิตร(2556) พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการสูบบุหรี่เป็นประจำของนักเรียนชาย ได้แก่ ทศนคติต่อการสูบบุหรี่, การมีเพื่อนสนิทสูบบุหรี่, การมีพ่อแม่ยอมรับการสูบบุหรี่

มาตรการที่ 5 ด้านการจัดการความเครียด ประกอบด้วย การทำข้อตกลงร่วมกันในกิจกรรมคลายเครียด ทั้งสถานที่และวันเวลา, จัดให้มีหน่วยงานให้คำปรึกษาเมื่อปัญหาเกิดความเครียดหรือภาวะซึมเศร้ารวมทั้งการให้ความรู้ การฝึกปฏิบัติ เพื่อลดความเครียดแก่ชุมชน การส่งเสริมกิจกรรมนันทนาการสำหรับชุมชน ให้สอดคล้องกับวัฒนธรรม ประเพณีของชุมชน เนื่องจากความเครียดเป็นของชุมชน การช่วยเหลือเยียวยา การให้คำปรึกษาจึงเป็นเรื่องจำเป็น โดยเฉพาะการป่วยเป็นโรค

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่เพียงลำพัง ชุมชนต้องคอยเฝ้าระวัง และมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาอย่างจริงจังและต่อเนื่อง สอดคล้องกับวิจัยของ ปานชีวา ณ หนองคาย(2551) พบว่าหลังการดำเนินการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้สูงอายุที่อายุระหว่าง 70 – 79 ปี การจัดการกับความเครียดที่ดีขึ้นกว่าก่อนการจัดรูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

#### ข้อเสนอแนะ

1.การนำผลการวิจัย ที่เป็นมาตรการร่วมของหมู่บ้าน เพื่อพัฒนาหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ไปเป็นนโยบายการพัฒนาด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลาน และปรับกิจกรรมย่อยให้สอดคล้องกับประเพณีวัฒนธรรมของตำบล จะช่วยให้เกิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนที่ดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง

2.องค์การบริหารส่วนตำบลแม่ลาน ควรร่วมมือกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขทั้งภาครัฐและเอกชน จัดการประเมินสุขภาพประจำปี เพื่อจะได้นำปัญหาที่พบมาวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และวางแผนสร้างเสริมสุขภาพของชุมชนให้มีสุขภาพดีต่อไป

#### กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาอย่างสูง จาก รศ.ดร.สมเกียรติ สายธนู อธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง, ดร.ดวงใจ พุททวงศ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยและพัฒนา, ผู้ช่วยศาสตราจารย์สมศักดิ์ ศรีสุวรรณ คณบดีคณะวิทยาศาสตร์ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำในการทำวิจัย รวมทั้ง นายกองการบริหารส่วนตำบลแม่ลาน ให้พื้นที่ดำเนินการวิจัย

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ และนักศึกษาสาขาสาธารณสุขชุมชน ที่ช่วยเหลือในเก็บข้อมูลในการศึกษาวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี คณะผู้วิจัยหวังว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ และเป็นแนวทางในการพัฒนาและสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

#### เอกสารอ้างอิง

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2559).แนวทางและเกณฑ์ประกวดหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ลดโรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด. สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2560, จาก <http://www.hed.go.th/>.

กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2558).รายงานการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก๓๐.๒๕.ของกลุ่มวัยทำงานอายุ15-59 ปี. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2560 จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/310>

ชาย โพธิ์สิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ.พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : อมรินทร์ปริ้นติ้งฯ.

บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2543). การวิจัย การวัดและประเมินผล.พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ศรีอนันต์.

- ปานชีวา ณ หนองคาย.(2551) การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอุดรธานี.วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต สาขาสิ่งแวดล้อมการศึกษา. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล.(2552). การวิจัยเชิงคุณภาพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ. กรุงเทพฯ.วิทย์พัฒนา.
- ศิราณี ศรีหาภาค (2553) ศึกษาทุนในชุมชน : การเคลื่อนไหวแก้ปัญหาสุรา กรณีศึกษาชุมชนบ้านโคกใหญ่ อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น.วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 4,2(เม.ย.-มิ.ย. 2553) : 266-280.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. (2559). พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ. สืบค้นเมื่อ 30 มิถุนายน 2560 จาก <http://www.bps.ops.moph.go.th/>.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน กระทรวงสาธารณสุข. (2559). ข้อมูลตำบลแม่ลาน อ.ลี้ จ.ลำพูน สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2560 จาก <https://www.lamphunhealth.go.th/office/frontend/web/>.
- สุจิตรา เหมวิเชียร (2550) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดของสตรีไทยมุสลิมวัยหมดประจำเดือน.วิทยานิพนธ์พย.ม. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. จ.สงขลา.
- สายใจ จารุจิตร(2556) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เป็นประจำของนักเรียนชาย วิทยาลัยอาชีวศึกษา จังหวัดจันทบุรี. วารสารพยาบาลและการศึกษา.ปีที่8 ฉบับที่1 มค.-มีค. 2558.
- อรรถพงษ์ เพ็ชร์สุวรรณ. (2552). พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน : กรณีศึกษา ผู้รับบริการทางการแพทย์เขตสถานีอนามัย อำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ศศม. คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์. กรุงเทพมหานคร.
- อภิชาติ เจริญยุทธ (2552) การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองพะลาน อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา.
- อุทัย เสริมศรี(2553) ศึกษาแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนไทยลาว.วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์.
- อนงค์ นิลกำแหง (2550) ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด ของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชัยนาท. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต การส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์.
- อัศรีย์ ใจตุ้ย(2550) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของชาวไทยภูเขาเผ่ากะเหรี่ยงและชาวไทยภูเขาเผ่าอาข่าในตำบลดอยฮาง อำเภอมือง จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต

- สาธารณสุขศาสตร์สิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย.  
 องอาจ นัยวัฒน์.(2551).วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และ  
 สังคมศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่3.กรุงเทพฯ :สามลดา.
- Cokerham G, Cokerham W, (2010). Health and Globalization. Cambridge:Polity Press.
- Cohen, John M. and Uphoff, Norman T. (1977). Rural Participation:Concepts and  
 Measures for Project Design, Implementation and Evaluation. In Rural  
 Development Monograph No. 2 The Rural Development Committee Center  
 for International Studies, Cornell University, January.
- Miles, M.B, and Huberman, A.M. (1994). Qualitative Data Analysis,2nd Ed., 10-12  
 Newbury Park, CA: Sage.
- Mark S. Turbin, Richard Jessor, and Frances M. Costa.(2000). Adolescent Cigarette  
 Smoking: Health-Related Behavior or Normative Transgression. Prevention  
 Science, Vol. 1, No. 3, 2000.
- Pender, N. J. (1996). Health promotion in nursing practice (3rd ed.). Connecticut:  
 Appleton & Lange Stanford.
- Pender, N. J. (1982). Health promotion in nursing practice. New York:  
 Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R., & Stromborg, M.F. (1988). Development and  
 testing of the Health Promotion Model. Cardiovascular Nursing, 24(6), 41-43.
- Shu-xia Li, Ling Zhang (2013)Health behavior of hypertensive elderly patients and  
 influencing factors. Aging clinical and experimental research..25:275-281.
- Sollecito,William A. & Johnson, Juli K. (2012). Factors Influencing the Application and  
 Diffusion of CQI in Health Care, in Sollecito,W. and Johnson, J. (ed.),  
 Continuous Quality Improvement in Health Care: Theory, Implementations,  
 and Applications,4th ed. Jones and Bartlett, USA, pp. 49 – 74.
- World Health Organization.(1998). Health Promotion Glossary. Health Education and  
 Health Promotion Unit (HEP).Switzerland
- World Health Organization .(2017).Health Risks. สืบค้นเมื่อ 22 มิถุนายน 2560 จาก  
[http://www.who.int//topics/risk\\_factors/](http://www.who.int//topics/risk_factors/).