

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแล สุขภาพพระสงฆ์และพระสงฆ์ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์

ชนิษฐา วัชรวิทย์เจริญ, พย.ค.^{1*}

วิไลวรรณ ประธิเก, PhD.²

หทัยรัตน์ ชลเจริญ, พย.ม.³

เพ็ญประภา สุธรรมมา, วท.ม.⁴

(วันที่ส่งบทความ: 21 เมษายน 2566; วันที่แก้ไข: 11 มีนาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 12 มีนาคม 2567)

บทคัดย่อ

พระสงฆ์ได้รับการถวายอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพและมีการออกกำลังกายที่ไม่เหมาะสม ส่งผลทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง งานวิจัยกึ่งทดลองแบบวัดซ้ำกลุ่มเดียวมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ และเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยวัดก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมแล้ว 3 เดือน ผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการเสริมสร้างศักยภาพตามรูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน โดยเป็นแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์จำนวน 32 คน และพระสงฆ์ที่ได้รับการดูแลสุขภาพจากแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์จำนวน 30 รูป เครื่องมือที่ใช้คือโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน แบบประเมิน “บาตรไทย ไกลโรค สำหรับบวรवास” ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ 0.85 และแบบประเมิน “พินิจ โภชนา ปานะ กายะ กิจกรรม” สำหรับพระสงฆ์ ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์เพิ่มขึ้นจากก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน ($p = .002$) เช่นเดียวกับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของพระสงฆ์เพิ่มขึ้นทั้งก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$) ดังนั้น โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนสามารถใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกถวายอาหารของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการเลือกกินอาหารและเพิ่มกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์ได้

คำสำคัญ: พระสงฆ์, การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน, แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์

¹ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่โจ้

² นักวิชาการอิสระ

³ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

*ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ชนิษฐา วัชรวิทย์เจริญ, อีเมล: Khanitta_ws@mju.ac.th

The Effects of a Community Empowerment Program on Behavioral Modification among Buddhist Monks' Healthcare Leaders and Buddhist Monks to Prevent Non-Communicable Disease

Khanitta Wisitcharoen, PhD.^{1*}

Wilaiwan Pathike, PhD.²

Hatairat Chonjaroen M.N.S.³

Penprapa Suthamma M.Sc.⁴

(Received: April 21st, 2023; Revised: March 11th, 2024; Accepted: March 12th, 2024)

Abstract

Thai Buddhist monks are at risk of health problems due to inappropriate exercise and dietary choices, leading to chronic non-communicable diseases. This Quasi-experimental study with repeated measurements on the same group aimed to compare the behavior of Buddhist monks' healthcare leaders in selecting food offerings for Buddhist monks to prevent chronic non-communicable diseases and to compare the behavior of the monks themselves in preventing such diseases. The repeated measurements were taken before, immediately after, and three months after the program. The study included 32 volunteer healthcare leaders and 30 Buddhist monks who met the inclusion criteria. The research employed the Community Empowerment program and used the "Bat Thai Klai Rok for Laymen (Healthy Monks Healthy Bowl for Layman)" assessment tool (Cronbach's alpha coefficient of 0.85), as well as the "Pinit Phochana Pana Ka and activity (Food, Drink, Waist and Walk for Buddhist monk)" assessment tool for Buddhist monk behavior (Cronbach's alpha coefficient of 0.83). Data analysis involved descriptive statistics, One-way Analysis of Variance (ANOVA) and repeated measures. The results showed that the average scores of the healthcare leaders' behavior in food selection to prevent chronic diseases among monks were increased immediately and three months after the project ($p = .002$). Similarly, the average scores of the monks' own behavior significantly were increased both immediately and three months after the project ($p = .014$). Thus, the community empowerment program effectively influenced the food choices of the healthcare leaders and changed the monks' food selection behavior while promoting increased physical activity among the Buddhist monks.

Keywords: Buddhist monk, community empowerment, Buddhist monks' healthcare leaders

¹ Faculty of Nursing, Maejo University

² Independent Academic and Research Service

³ Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

⁴ Assistance Professor, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot University

* Corresponding author: Khanitta Wisitcharoen, E-mail: Khanitta_ws@mju.ac.th

บทนำ

พระสงฆ์ เป็นผู้สืบทอดพระพุทธศาสนา ในการที่จะปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์นั้น จะต้องมีความสุขกายและใจที่สมบูรณ์แข็งแรง การฉันอาหารในแต่ละมื้อนั้นเป็นไปเพียงเพื่อให้ฉันธำนิฉันไปอย่างปกติโดยไม่สามารถเลือกชนิดของอาหารได้ โดยประเพณีทางวัฒนธรรมของไทยประชาชนซึ่งเป็นพุทธศาสนิกชนจะเป็นผู้นำอาหารมาถวายพระสงฆ์ ส่วนใหญ่พระสงฆ์จะมีโยมอุปฐาก ทำหน้าที่คอยถวายอาหารอยู่เป็นประจำ นอกจากนี้แล้วยังมีประชาชนจำนวนหนึ่งที่นำอาหารมาถวายในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนาตามโอกาสเพื่อทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่ญาติผู้ล่วงลับไปแล้ว ซึ่งมีทั้งอาหารคาวและอาหารหวานจำนวนมากโดยไม่ได้คำนึงถึงคุณค่าทางด้านโภชนาการ สิ่งนี้จึงเป็นอีกสาเหตุปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ได้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2562)

ในปี พ.ศ. 2559 พระสงฆ์และสามเณรทั่วประเทศจำนวน 122,680 ราย มีการเจ็บป่วยด้วยไม่ติดต่อเรื้อรังมากที่สุด คือโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 15.2 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 14.6 และโรคเบาหวานร้อยละ 10.8- นอกจากนี้ พบว่า สุขภาพของพระสงฆ์และสามเณรในเขตกรุงเทพมหานคร มีสุขภาพดีลดลงจากร้อยละ 60.3 เป็นร้อยละ 28.5 พบพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ สูบบุหรี่ โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และจากข้อมูลของโรงพยาบาลสงฆ์ในปีพ.ศ. 2559 พบว่า 5 อันดับแรกที่มีการรักษา คือ โรคไขมันในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง และโรคข้อเข่าเสื่อม (กรมอนามัย, กองแผนงาน, 2561)

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้ดำเนินงาน โครงการบูรณาการพัฒนาด้านแบบเพื่อการจัดการด้านสุขภาพขององค์กรวม องค์กรฯโมเดล เพื่อพัฒนาพื้นที่ต้นแบบจากชุมชนรอบมหาวิทยาลัย โดยทำการสำรวจสุขภาพคนในชุมชนและพระสงฆ์ตำบลบางปลากรด อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า พระสงฆ์มีเส้นรอบเอวมากกว่า 90 เซนติเมตร ร้อยละ 43.1 พระสงฆ์มีค่า BMI มากกว่าเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 64.8 และมีระดับค่าความดันโลหิตสูงกว่า 130/90 มิลลิเมตรปรอท ร้อยละ 45.1 (มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, ส่วนกิจการเพื่อสังคม, 2565) และจากการวิเคราะห์ข้อมูลเมื่อเดือนธันวาคม 2564 ร่วมกับองค์กรในพื้นที่ตำบลบางปลากรด อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก พบว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่ จะมีพฤติกรรมการเลือกซื้ออาหารปรุงสำเร็จรูป จากร้านค้าในชุมชนที่มีแคลอรีสูง เพื่อถวายพระสงฆ์ เช่น แกงกะทิ อาหารทอด ขนมไทย ขนมถูกกรอบอบ เครื่องดื่มชูกำลังและน้ำปานะรสหวาน ซึ่งส่งผลต่อภาวะโภชนาการของพระสงฆ์ จากข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ มาจากการฉันอาหารที่ไม่เหมาะสม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแกงที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ อาหารทอดที่มีไขมันสูง และขนมหวานที่มีแคลอรีสูง อีกทั้งยังมีการฉันน้ำปานะที่มีน้ำตาลสูง (ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ และ วิไลวรรณ ประธิเก, 2562) นอกจากนี้ กิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกาย พระธรรมวินัยกำหนดให้พระสงฆ์ต้องมีกิริยาสำรวม และการบริหารร่างกายเป็นไปเพื่อให้ฉันธำนิฉันอยู่ได้ ดังนั้นพระพุทธรเจ้าได้กำหนดให้พระสงฆ์เดินจงกรม ทำความ

สะอาดที่อยู่อาศัย กวาดลานวัด และเดินบิณฑบาต เพื่อให้ฉันร่ำเดินไปอย่างปกติ ทำให้พระสงฆ์มีกิจกรรมทางกายน้อย ส่งผลให้พระสงฆ์ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงและโรคเบาหวาน (ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ และคณะ, 2561) ดังนั้น พฤติกรรมการถวายอาหารที่เหมาะสมและส่งเสริมการออกกำลังกาย ต้องอาศัยความร่วมมือของคนในชุมชน โดยเน้นในเรื่องการปรับเปลี่ยนอาหารที่นำมาถวาย เพราะการคัดสรรอาหารให้พระสงฆ์ จะส่งผลให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดี (จงจิตร อังคะวานิช และคณะ, 2560)

แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ คือ โยมอุปฐาก อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านหรือผู้นำชุมชนที่มีความใกล้ชิดกับพระสงฆ์ เป็นผู้ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และเป็นผู้สร้างความตระหนักและสนับสนุนให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ โดยการถ่ายทอดความรู้ไปยังประชาชนในชุมชน รวมถึงสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ไปยังองค์กรต่างๆ ซึ่งแนวทางที่จะนำไปสู่การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในเรื่องพฤติกรรมการเลือกถวายอาหารแก่พระภิกษุสงฆ์ คือ การใช้กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน (Community empowerment) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ชุมชนเกิดความตระหนัก มีความรู้ มีทักษะ และมีการลงมือปฏิบัติของชุมชนเพื่อช่วยป้องกันและลดโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ได้

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า มีงานวิจัยที่ใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการสร้างศักยภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในพระสงฆ์ ผลการศึกษาพบว่า แนวคิดนี้ สามารถเสริมศักยภาพของชุมชนให้ผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้ (Wisitcharoen et al., 2016) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยดังกล่าว ดำเนินงานในพื้นที่เขตภาคเหนือ ซึ่งมีบริบททางวัฒนธรรมและวิถีความเป็นอยู่ที่แตกต่างจากภาคกลาง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนให้มีความสอดคล้องกับบริบทของภาคกลาง เพื่อให้แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกถวายอาหาร เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ โดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนของ Rissel (1994) ร่วมกับกรอบแนวคิดเรื่อง “การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์” ของขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ และ วิไลวรรณ ปะริเท (2562) และประยุกต์ใช้สื่อจากโครงการสงฆ์ไทย ไกลโรค ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ มาใช้ประกอบในการดำเนินงาน เพื่อเพิ่มศักยภาพของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยการพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ตำบลบางปลากรด อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก โดยการนำเสนอครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) แบบวัดซ้ำ แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยระหว่างช่วงเวลา (ANOVA: Repeated measures, within factors) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง 4 กุมภาพันธ์ 2565 ถึง 30 ตุลาคม 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษานี้ มี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ คือ โยมอุปัฏฐาก จำนวน 10 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 30 คน และผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน รวมเป็นจำนวน 50 คน เป็นผู้ให้การดูแลพระสงฆ์ในวัดประสิทธิเวช วัดอรุณฉายาราม วัดกลางคลอง 30 วัดสันติธรรมราษฎร์บำรุงและวัดบางปลากรด ซึ่งเป็นวัดในเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านบน ตำบลบางปลากรด อำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก และ 2) กลุ่มพระสงฆ์ ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก มีจำนวนทั้งสิ้น 345 รูป

ผู้วิจัยกำหนดขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ โดยใช้การประมาณค่าขนาดตัวอย่างจากโปรแกรม G power version 3.1.9.7 สำหรับการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ แบบ 1 กลุ่มเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยระหว่างช่วงเวลา (ANOVA: Repeated measures, within factors) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ $\alpha = 0.05$ อำนาจการทดสอบ 0.80 และกำหนดค่าขนาดของผล Effect size f เท่ากับ 0.25 (Medium Effect size) (Cohen, 1977) ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้จากโปรแกรมได้จำนวนตัวอย่างที่จะต้องให้มีจำนวนไม่น้อยกว่า 28 คน ทั้งนี้ได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการขาดหายไปจากโครงการวิจัย (follow-up rate) และการถอนตัวออกจากโครงการ (drop-out rate) ร้อยละ 10 จากการคำนวณด้วยสูตรคำนวณปรับขนาดตัวอย่าง ($n = 28 / (1 - 0.10)$) ได้จำนวนตัวอย่างซึ่งมีจำนวนไม่น้อยกว่า 31.11 คน ดังนั้นจึงกำหนดขนาดตัวอย่างจำนวน 32 คน

กลุ่มแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ในการศึกษาครั้งนี้คือ 1) อาศัยอยู่ในตำบลบางปลากรดไม่น้อยกว่า 6 เดือน 2) สามารถอ่านและพูดภาษาไทยได้ 3) อายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป 4) เป็นผู้จัดเตรียมอาหารและดูแลพระสงฆ์ภายในชุมชนที่อาศัยอยู่ 5) เป็นที่เคารพนับถือของคนในชุมชน หรือเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะถูกคัดออกเมื่อเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนดในกิจกรรม

กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ จะถูกคัดเลือกเข้าในการศึกษาครั้งนี้แบบเฉพาะเจาะจงเมื่อ 1) เป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาในตำบลบางปลากรดและได้รับการขึ้นทะเบียนในอำเภองครักษ์ จังหวัดนครนายก 2) สามารถอ่าน

และพูดภาษาไทยได้ 3) ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้พระสงฆ์จะถูกคัดออกเมื่อพระสงฆ์ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ลาสิกขาขณะเก็บรวบรวมข้อมูล หรือเข้าร่วมกิจกรรมไม่ครบตามกำหนดในกิจกรรม

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยขออนุมัติการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับพิจารณาโครงการวิจัยที่ทำในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ SWUEC415/2564E ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2565 ซึ่งการวิจัยนี้ ข้อมูลต่าง ๆ ของอาสาสมัครจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริง รวมถึงการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นภาพรวม นอกจากนี้ มีใบยินยอมโดยบอกกล่าว (informed consent form) ให้อาสาสมัครลงนาม รวมถึงบรรยายความเสี่ยงและความไม่สะดวกสบายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ หรือสังคม ที่อาสาสมัครอาจจะประสบจากคำถามในแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนของ Rissel (1994) ร่วมกับแนวคิดเรื่อง “การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์” ของขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ และ วิไลวรรณ ปะธิเก (2562) และประยุกต์ใช้สื่อจากโครงการสงฆ์ไทย ไกลโรค ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โดยเน้นการสร้างตระหนักและศักยภาพให้แก่ชุมชน เพื่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ของชุมชน

เนื้อหาของโปรแกรม ประกอบด้วย การพัฒนาศักยภาพส่วนบุคคลทั้งความรู้และทักษะเกี่ยวกับเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การระบุปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหาของชุมชน การสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมของชุมชน การถ่ายทอดความรู้ของชุมชนและการประเมินและติดตามสุขภาพของพระสงฆ์

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านบน อาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลอนามัยชุมชน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโภชนาการ หลังจากได้รับข้อคิดเห็นนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้นำเสนอโปรแกรมต่อที่ประชุมโครงการการพัฒนาสื่อและหลักสูตรโภชนาการสามเณรสมวัยและการขับเคลื่อนสุขภาพพระสงฆ์และสามเณรโดยภาคร่วม สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และแก้ไขตามข้อเสนอแนะของที่ประชุม

2. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ประกอบด้วยข้อมูล เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และความพอเพียงของรายได้ ส่วนข้อมูลของกลุ่มพระสงฆ์ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษาและวัดที่จำพรรษา

3. แบบประเมินพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ผู้วิจัยใช้แบบประเมิน “บาตรไทย ไกลโรค สำหรับฆราวาส” ซึ่งเครื่องมือพัฒนาโดย จงจิตร อังคะทวานิช (2557) และได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยแบบประเมินจำนวน 7 ข้อ คะแนนเต็ม 70 คะแนน เป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale มี 3 ระดับ ได้แก่ *ทุกครั้งเตรียมของใส่บาตร* = 10 คะแนน *เตรียมเป็นครั้งคราว* = 5 คะแนน และ *ไม่เตรียมเลย* = 0 คะแนน

4. แบบประเมินพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผู้วิจัยใช้แบบประเมินสงฆ์ไทย ไกลโรค “พินิจ โภชนา ปานะ กายะ กิจกรรม” ซึ่งเครื่องมือพัฒนาโดยจงจิตร อังคะทวานิช (2557) และได้รับอนุญาตจากผู้พัฒนาเครื่องมือวิจัย โดยแบบประเมินจำนวน 10 ข้อ คะแนนเต็ม 100 คะแนน เป็นมาตรวัดแบบ Likert Scale มี 3 ระดับ ได้แก่ *เป็นประจำ (5-7 วัน/สัปดาห์)* = 10 คะแนน *เป็นครั้งคราว (1-4 วัน/สัปดาห์)* = 5 คะแนน และ *ไม่เคยเลย* = 0 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำแบบประเมินพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ และแบบประเมินพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีความใกล้เคียงกับประชากรที่จะศึกษา จำนวน 30 คน แล้วนำมาคำนวณค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เครื่องมือ “แบบประเมินพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ (บาตรไทย ไกลโรค สำหรับฆราวาส)” ผลการทดสอบคุณภาพแบบประเมินได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85 และ “แบบประเมินพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (พินิจ โภชนา ปานะ กายะ กิจกรรม)” ผลการทดสอบคุณภาพแบบประเมินได้ค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.83

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล หลังจากที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมตามกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน โปรแกรมประกอบด้วย 5 ขั้นตอนของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ระยะเวลา 8 เดือน โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

1. กลุ่มแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์

ขั้นตอนที่ 1 สัปดาห์ที่ 1-3 ก่อนเริ่มโปรแกรม ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์และประเมินพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ผู้วิจัยพัฒนาความรู้ของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยใช้วิธีการอภิปรายร่วมกันเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภัยของอาหารต่อสุขภาพ การเลือกใช้วัตถุดิบในการประกอบอาหาร วิธีการปรุงอาหาร และการเลือกอาหารปรุงสุกสำเร็จรูปถวายแด่พระสงฆ์ โดยใช้ข้อมูลจากหนังสือบาตรไทยไกลโรคและครัวไทยไกลโรค รวมถึงให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมของพระสงฆ์

ภายหลังจากพัฒนาความรู้ ผู้วิจัยฝึกทักษะแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการถ่ายทอดความรู้เรื่องการเลือกใช้วัตถุดิบในการประกอบอาหาร ให้กลุ่มแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้ปรุงอาหาร โดยลดกะทิและเพิ่มนมวัวเพื่อเพิ่มแคลเซียม การจัดอาหารในแต่ละมื้อให้เพิ่มผักและผลไม้ที่มีรสไม่หวานจัด รวมถึงการเลือกปಾನะหวานน้อยและการเลือกอาหารปรุงสุกสำเร็จรูปถวายแด่พระสงฆ์ เป็นต้น โดยใช้ข้อมูลจากหนังสือบาตรไทยไกลโรคและครัวไทยไกลโรค

ขั้นตอนที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมโดยให้แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์เข้าร่วม Round Table Group Discussion เพื่อหาข้อสรุปและกำหนดบทบาทของชุมชนในการสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์

ขั้นตอนที่ 3 สัปดาห์ที่ 5 มอบหมายให้แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ถ่ายรูปอาหารที่ชาวบ้านนำมาถวายพระสงฆ์ เพื่อร่วมวิเคราะห์ภาพถ่ายอาหารและระบุปัญหาที่พบในชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 สัปดาห์ที่ 5 จัดให้กลุ่มแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์เข้าแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับกลุ่มแกนนำต่างๆในชุมชน เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้ใหญ่บ้าน กลุ่มผู้สูงอายุ และผู้ที่ถวายอาหารแด่พระสงฆ์เป็นประจำ เพื่อการสร้างความเข้าใจการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยการหาแนวร่วมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์

ขั้นตอนที่ 5 สัปดาห์ที่ 6-8 จัดให้แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์และกลุ่มแกนนำต่างๆในชุมชน ร่วมกันสร้างแนวทางการปฏิบัติของชุมชนสำหรับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ และถ่ายทอดความรู้ให้แก่คนในชุมชน เช่น แม่ครัวที่วัด ผู้ที่ใส่บาตรเป็นประจำ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่ค้าที่ขายอาหารเพื่อการใส่บาตร เป็นต้น โดยการสาธิตการประกอบอาหารและสาธิตย้อนกลับ โดยใช้สื่อการสอนของโครงการสงฆ์ไทย ไกลโรค และให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่วัด หลังจากนั้น ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์และประเมินพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 8 โดยเป็นการประเมินครั้งที่ 2

2. พระสงฆ์

พระสงฆ์ที่ถูกคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง จะเข้าร่วมกิจกรรมในการให้ข้อมูลสุขภาพรวมถึงได้รับดูแลจากแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยการเยี่ยมพระสงฆ์ที่วัด ซึ่งพระสงฆ์จะเข้าร่วมกิจกรรมภายในวัดที่จำพรรษา ตั้งแต่สัปดาห์ที่ 6 และแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์จะติดตามเยี่ยมพระสงฆ์ โดยการประเมินระดับความดันโลหิต เส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายของพระสงฆ์เป็นประจำทุก 1 เดือน เพื่อติดตามภาวะสุขภาพของพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 3 เดือน และผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์และประเมินพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเมื่อสิ้นสุดเดือนที่ 8 โดยเป็นการประเมินครั้งที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

1 ข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยใช้สถิติบรรยาย ได้แก่ ความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ และเปรียบเทียบพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (One-way Analysis of Variance (ANOVA) with repeated measure) โดยงานวิจัยฉบับนี้ ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์ Multivariate โดยการปรับค่าด้วยวิธีการ Greenhouse-Geisser และทดสอบความแตกต่างรายคู่เปรียบเทียบ (Post-Hoc Test) โดยใช้ Bonferroni' test เพื่อทดสอบความแตกต่างที่เกิดขึ้นว่ามีคู่ใดบ้างที่มีความแตกต่างกัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป และพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และพระสงฆ์

กลุ่มตัวอย่างแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์จำนวน 32 คน อายุระหว่าง 22-70 ปี อายุเฉลี่ย 51.28 ปี ($SD = 14.25$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 23 คน (ร้อยละ 71.9) ครึ่งหนึ่งของจำนวนทั้งหมดจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป และมีรายได้มีความพอเพียง ส่วนข้อมูลกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบเนื่องจากลาสิกขา ดังนั้น จึงเหลือพระสงฆ์ในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 รูป อายุระหว่าง 21-74 ปี อายุเฉลี่ย 46.37 ปี ($SD = 15.42$) ส่วนใหญ่จำพรรษาที่วัดประสิทธิเวช (ร้อยละ 36.7) และจบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษา (ร้อยละ 36.7) ข้อมูลพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ และพฤติกรรมของพระสงฆ์ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ และพฤติกรรมของพระสงฆ์ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้น โปรแกรมทันที และหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน

ตัวแปร	ก่อนเริ่มโปรแกรม	เสร็จสิ้นโปรแกรมทันที	หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
พฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์			
1. ท่านเตรียมข้าวใส่บาตรโดยผสมข้าวกล้องกับข้าวขาว	4.38 (3.97)	5.00 (3.36)	5.63 (3.05)
2. ท่านเตรียมกับข้าวใส่บาตรโดยใส่ผักมากขึ้น	5.78 (3.14)	7.19 (3.10)	7.03 (2.50)
3. ท่านเตรียมกับข้าวใส่บาตรโดยมีเนื้อปลาเป็นส่วนประกอบของอาหาร	6.41 (2.91)	6.72 (2.73)	6.88 (2.46)
4. ท่านเตรียมกับข้าวใส่บาตรทั้งคาวและหวาน โดยใช้นมแทนกะทิ ประมาณครึ่งหนึ่ง	4.69 (3.10)	5.47 (2.56)	6.25 (2.54)
5. ท่านเตรียมน้ำปานะที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงน้ำปานะประเภทที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำหวาน น้ำผลไม้ ชา กาแฟ น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง	4.06 (3.90)	6.56 (4.10)	6.56 (4.30)
6. ท่านจัดน้ำปานะใส่บาตรให้มีโปรตีนร่วมด้วย เช่น นมวัว หรือโยเกิร์ต	4.84 (3.47)	7.03 (3.33)	7.19 (3.10)
7. ท่านเตรียมอาหารสำหรับภิกษุฉันต์ โดยให้มีอาหารประเภทผักและปลาอย่างพอเพียง	7.66 (3.11)	7.50 (3.36)	7.50 (2.84)
คะแนนเฉลี่ยรวม	37.81 (14.64)	45.47 (12.60)	47.03 (10.84)
พฤติกรรมของพระสงฆ์			
1. ฉันข้าวไม่เกิน 3 ทัพพี ต่อมื้อ	6.33 (3.46)	8.17 (3.34)	7.50 (3.15)
2. ฉันผัก อย่างน้อยวันละ 3 ทัพพี	4.50 (3.56)	7.00 (3.12)	7.00 (2.82)
3. ฉันผักพร้อมข้าว ปริมาณผักอย่างน้อยเท่าๆ กับปริมาณข้าว	5.00 (3.212)	6.83 (3.08)	6.00 (3.32)
4. ฉันปลาอย่างน้อยวันละ 3 ช้อนโต๊ะ	5.67 (3.41)	6.00 (3.81)	5.67 (3.41)
5. ฉันอาหารทั้งคาวและหวาน ที่มี กะทิ ไม่เกิน วันละ 3 ช้อนโต๊ะ	5.33 (3.20)	5.50 (3.560)	7.5 (9.35)
6. ถ้าจำเป็นต้องฉันน้ำปานะที่เสริมพลังงาน เลือกนมวัว ไขมันต่ำ หรือโยเกิร์ตชนิดข้น	4.33 (3.88)	4.50 (3.79)	5.33 (3.93)
7. ลดน้ำปานะ ประเภทที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง	4.67 (3.46)	4.00 (4.24)	5.00 (3.71)

ตัวแปร	ก่อนเริ่มโปรแกรม	เสร็จสิ้นโปรแกรม ทันที	หลังเสร็จสิ้น โปรแกรม 3 เดือน
	M (SD)	M (SD)	M (SD)
8. หมั่นวัดรอบเอวด้วยประคดเอวรอบรู้ หรือสายวัดเอวรอบรู้ เพื่อให้ไม่เกินเกณฑ์ 85 ซม. หรือส่วนสูงหารสอง	2.00 (3.11)	2.67 (3.14)	3.83 (3.40)
9. ขยับขับเคลื่อนกาย ด้วยการเดินบิณฑบาต กวาดลานวัด เดินรอบอุโบสถ เดินจงกรม หรือ ทำงานเดินทั่วไป	8.33 (2.40)	9.33 (1.73)	9.5 (1.53)
10. ขยับขับเคลื่อนกาย อย่างน้อยวันละ 40 นาที ด้วยกิจกรรม การเดินหรือขยับกายที่เหมาะสม	8.00 (2.49)	8.50 (2.33)	9.00 (2.03)
คะแนนเฉลี่ยรวม	54.17 (14.80)	62.50 (17.51)	66.33 (19.74)

หมายเหตุ $n = 32$ (แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์); $n = 30$ (พระสงฆ์)

2. การเปรียบเทียบพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์เพิ่มขึ้นจากก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที อีกทั้งค่าคะแนนเฉลี่ยยังเพิ่มขึ้นหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .002

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยระหว่างพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	p-value
ภายในกลุ่ม (Time)	1557.813	2	847.643	7.516	.002*
ความคลาดเคลื่อน	6425.521	56.972	112.783		

หมายเหตุ n กลุ่มละ 32, * $p < .05$, SS = Sum Square, df = degree of freedom, MS = Mean Square, ^a Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error

เมื่อเปรียบเทียบ *Bonferroni Correction* เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .007$) นอกจากนี้ ยังพบความ

แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนเริ่มโครงการและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .010$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ โดยการทดสอบ Bonferroni

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์					
	หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที			หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน		
	MD	SE	p-value	MD	SE	p-value
กลุ่มทดลอง	-7.656	2.289	.007*	-9.219	2.894	.010*

หมายเหตุ n กลุ่มละ 32, * $p < .001$, MD = Mean Difference, SE = Standard Error

3. การเปรียบเทียบพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของพระสงฆ์เพิ่มขึ้นทั้งก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F ^a	p-value
ภายในกลุ่ม (Time)	2321.667	1.951	1189.882	4.640	.014*
ความคลาดเคลื่อน	14511.667	56.587	256.449		

หมายเหตุ n กลุ่มละ 30, * $p < .05$, SS = Sum Square, df = degree of freedom, MS = Mean Square, ^a Greenhouse-Geisser correction was used to reduce type I error

จากตารางที่ 5 เมื่อเปรียบเทียบ Bonferroni Correction เพื่อทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการเลือกถวายอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ พบว่า คะแนน

เฉลี่ยพฤติกรรมรวมของของพระสงฆ์ในการเลือกอาหารมีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .026$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยการทดสอบ Bonferroni

กลุ่มตัวอย่าง	พฤติกรรมพระสงฆ์ในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง					
	หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันที			หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือน		
	MD	SE	p-value	MD	SE	p-value
กลุ่มทดลอง	-8.33	3.76	.104	12.167	4.31	.026*

หมายเหตุ n กลุ่มละ 30, * $p < .001$, MD = Mean Difference, SE = Standard Error

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์และพระสงฆ์ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์

ผลการศึกษาพบ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมรวมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างก่อนเริ่มโปรแกรมและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .002$) ความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในครั้งนี้ เนื่องมาจากวิธีการให้ความรู้เพื่อพัฒนาศักยภาพของบุคคล (Personal development) ซึ่งเป็นกระบวนการแรกของการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ผ่านกระบวนการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ โดยการให้สุขศึกษาแบบรายกลุ่ม (Health education) ซึ่งกระบวนการให้สุขศึกษานี้ จะช่วยในการตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลทางด้านสุขภาพ ช่วยแก้ปัญหาและพฤติกรรมทางสุขภาพร่วมกับทีมสุขภาพ ตลอดจนสามารถช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก คุณภาพชีวิตและภาวะสุขภาพของคนได้ (Zhang & Chu, 2018)

กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ร่วมอภิปรายและวิเคราะห์ภาพถ่ายอาหารที่ประชาชนถวายให้พระสงฆ์ร่วมกันเพื่อระบุปัญหาที่พบในชุมชน และการอภิปรายบทบาทของชุมชนรวมถึงการกำหนดแนวทางของชุมชนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วยการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและนำประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์มาใช้ในการแลกเปลี่ยนร่วมกัน รวมถึงค้นหาวิธีที่เหมาะสมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ วิธีการนี้ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ โดยผู้เข้าร่วมอภิปรายจะร่วมแลกเปลี่ยนความคิดและทัศนคติรวมถึงการอภิปรายเหตุผลบนพื้นฐานของข้อมูลทางทฤษฎี แนวคิดและข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ (Rahmati et al., 2020)

การถ่ายทอดความรู้ของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยสาธิตการประกอบอาหารตามสูตร “สงฆ์ไทย ไกลโรค” ควบคู่กับการอธิบายทางทฤษฎี และจัดให้มีการสาธิตย้อนกลับ เป็นการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) ซึ่งช่วยให้แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์บรรลุเป้าหมายผ่านกระบวนการของการเรียนอย่างเป็นลำดับขั้นตอน ส่งผลทำให้มีการเรียนรู้ที่ดีกว่าการบรรยายในชั้นเรียน (Ramadhan & Surya, 2017) นอกจากนี้ การหลีกเลี่ยงการใช้คำศัพท์ทางการแพทย์ในการสื่อสาร รวมถึงการตั้งคำถามโดยใช้คำถามปลายเปิด นำไปสู่ผลลัพธ์ทางบวกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการถวายอาหารแก่พระสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Chandra et al. (2018) ที่พบว่า การสร้างความไว้วางใจและการสื่อสารที่ดีต่อผู้ป่วย จะเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย เช่น การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและความพึงพอใจของผู้ป่วย

ผลการศึกษาพบว่า แกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมการใส่บาตรด้วยการเพิ่มผัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมนี้ สอดคล้องกับเนื้อหาที่สอน โดยเน้นให้ตระหนักถึงคุณค่าของผักและผลไม้ อาหารที่ให้กากใย เพื่อช่วยลดความเสี่ยงจากโรคมะเร็ง และให้พระสงฆ์ได้รับวิตามินและแร่ธาตุเพิ่มขึ้น (จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ, 2560) นอกจากนี้ กลุ่มแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ มีการเลือกน้ำปานะที่ลดปริมาณน้ำตาลและเพิ่มนมวัวในการถวายพระสงฆ์มากขึ้น และได้แนะนำให้มีการปรับเมนูกะทิให้เป็นเมนูสุขภาพ โดยใช้นมวัวรสจืดชนิดพร่องมันเนยหรือไขมันต่ำแทนกะทิตั้งแต่ครั้งต่อครั้ง โดยให้เหตุผลในเรื่องของการเสริมแคลเซียม (จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ, 2560) ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับการศึกษาของศนิกันต์ ศรีมณี และคณะ (2561) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์ของประชาชน

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระสงฆ์เพิ่มขึ้นทั้งก่อนเริ่มโปรแกรม หลังเสร็จสิ้นโปรแกรมทันทีและหลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .014$) แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ผ่านการติดตามภาวะสุขภาพของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยได้มีการติดตามประเมินผลระดับความดันโลหิต เส้นรอบเอวและดัชนีมวลกายของพระสงฆ์ทุกเดือน ผลการศึกษาที่ได้นี้ สอดคล้องกับการศึกษาของศนิกันต์ ศรีมณี และคณะ (2561) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์ เนื่องจากการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจและความตระหนักรู้ต่อการปฏิบัติ และการรับรู้ประโยชน์จากการปฏิบัติพฤติกรรมเป็นแรงเสริมทำให้บุคคลเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมตามประสบการณ์ในอดีตที่พบว่าพฤติกรรมนั้นจะส่งผลทางบวกต่อตนเอง (Pender et al., 2006) และผลการศึกษาครั้งนี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของอุมพร นิ่มตระกูล และ พระวิสิทธิ์ จิตวิสิทฺโธ (2563) ที่พบว่า พระสงฆ์ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโภชนาการและความรู้ด้านสุขภาพ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่มากกว่าพระสงฆ์ที่ไม่ผ่านการอบรม และสอดคล้องกับการศึกษาของสนธนา ศรีฟ้า (2560) พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่รับรู้เรื่องการรับประทานอาหารที่ถูกหลักโภชนาการจะ

ทำให้มีสุขภาพดี อย่างไรก็ตาม การเพิ่มกิจกรรมทางกายในพระสงฆ์ (แบบสอบถามข้อ 9 และ 10) ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติแต่มีแนวโน้มคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ซึ่งกลุ่มแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ได้สนับสนุนให้พระสงฆ์ได้มีกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า พระสงฆ์มีคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ยในข้อฉันทักอย่างน้อยวันละ 3 ทักษะ เพิ่มขึ้นรวมถึงฉันทักไม่น้อยกว่า 3 ทักษะและฉันทักได้ในปริมาณเท่ากับข้าว ผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับพฤติกรรมของกลุ่มแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ที่เพิ่มผักในกับข้าวที่ถวายพระ ดังนั้น พระสงฆ์จึงได้ฉันทักเพิ่มขึ้น ซึ่งการรับประทานอาหารที่มีกากใยเพิ่มขึ้น จะช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจ และช่วยเพิ่มวิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นอีกด้วย (Veronese et al., 2018)

สรุปผลการวิจัย

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของแกนนำผู้ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในการถวายอาหารแก่พระสงฆ์ และพระสงฆ์เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลือกอาหารเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชน สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพผ่านกรอบมให้ความรู้และพัฒนาศักยภาพของแกนนำชุมชนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการถวายอาหารแด่พระสงฆ์ และผลกระทบที่ตามมาทำให้พระสงฆ์เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

สนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากเป็นหน่วยงานที่ทำงานใกล้ชิดกับประชาชน และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินกิจกรรม

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้วิจัย ขอขอบคุณ โครงการการพัฒนาสื่อและหลักสูตร โภชนาการสามเณร สมวัยและการขับเคลื่อนสุขภาพพระสงฆ์และสามเณร โดยภาควิชา สันติสุข โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และ โครงการบูรณาการพัฒนาด้านแบบเพื่อการจัดการด้านสุขภาพองค์กรร่วม องค์กรภโมเดล ที่ได้มอบเงินทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลบ้านบน อำเภอองครักษ์ จังหวัดนครนายก รวมถึงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และชาวบ้านทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนตลอดการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กองแผนงาน. (2561). *โครงการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาสุขภาวะผู้สูงอายุและพระสงฆ์ ปี 2563* <https://doc.anamai.moph.go.th/index.php?r=str-project/view&id=3719>
- ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ, และ วิไลวรรณ ประธิเก. (2562). การเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์*, 3(2), 1-16.
- ขนิษฐา วิศิษฐ์เจริญ, วราภรณ์ บุญเชียง, และ วรรณเขตต์ หินเงิน. (2561). *โครงการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้าง พลังอำนาจชุมชนต่อความตระหนักในการป้องกันโรคเบาหวานในพระสงฆ์ ตำบลสันทรายมหาวงศ์ และตำบลสารภี อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่* (รายงานการวิจัย). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จงจิตร อังคทะวานิช. (2557). *การขยายผลสื่อสงฆ์ไทย ไกลโรค เพื่อนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขการเกิดโรคเรื้อรังและการมีสุขภาวะที่ยั่งยืน เพื่อพัฒนา “สงฆ์ต้นแบบโภชนาดี ชีวิตยั่งยืน” และ “ชมรवास เกื้อกูล หนุนโภชนาดี”* (รายงานวิจัย). สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- จงจิตร อังคทะวานิช, รุ่งนัตถ์ อำนวย, และ พรชนก เศรษฐอนุกุล. (2560). *บาตรไทย ไกลโรค 4.0* (พิมพ์ครั้งที่ 5). ปัญญมิตร การพิมพ์.
- มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ส่วนกิจการเพื่อสังคม. (2565). *รายงานโครงการบูรณาการพัฒนาด้านแบบเพื่อการจัดการด้านสุขภาวะองค์กรรวม องค์กรกษัโมเดล*. มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ศนิกานต์ ศรีมณี, ชนิตา มัททวงกูร, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, ระชี ดิษฐจร, และ พรณี ตรังคสันต์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์ของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม*, 19(37), 22-38.
- สนธนา ศรีฟ้า (2560). *การศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุในจังหวัดปัตตานี*. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท]. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
<https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11754/1/TC1421.pdf>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). *ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทย*.
<https://www.thaihealth.or.th/?p=221142>
- อุมาพร นิมิตระกูล, และ พระวิสิทธิ์ ฐิตวิสิฐโ (2563). พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากพระคิลานุปัฏฐากผู้พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1. *วารสารพุทธศาสตร์ศึกษา*, 11(1), 33-51.

- Chandra, S., Mohammadnezhad, M., & Ward, P. (2018). Trust and Communication in a Doctor- Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communications*, 3(3), 1-6.
<https://www.primescholars.com/articles/trust-and-communication-in-a-doctorpatient-relationship-a-literature-review.pdf>
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (Rev. ed.). Hillsdale, NJ, US, Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L. & Parsons, M. A. (2006). *Health Promotion in Nursing Practice* (4th ed.). Pearson Education, Inc.
- Rahmati, R., Khadivzadeh, T., & Esmaily, H. (2020). Comparison of the effect of two training methods (webinar and group discussion) on improving the attitude and performance of health workers in providing counseling with fertility promotion approach. *Journal of Education and Health Promotion*, 9(1), 1-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7709760/pdf/JEHP-9-280.pdf>
- Ramadhan, N., & Surya, E. (2017). The implementation of demonstration method to increase students' ability in operating multiple numbers by using concrete object. *International Journal of Sciences: Basic and Applied Research (IJSBAR)*, 34(2), 62-68.
- Rissel, C. (1994). Empowerment: The holy grail of health promotion? *Health Promotion International*, 9(1), 39-47.
- Veronese, N., Solmi, M., Caruso, M. G., Giannelli, G., Osella, A. R., Evangelou, E., Maggi, S., Fontana, L., Stubbs, B., & Tzoulaki, I. (2018). Dietary fiber and health outcomes: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 107(3), 436-444. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002916522028131?via%3Dihub>
- Wisitcharoen, K., Boonchieng, W., Suwanprapisa, T., & Buddhirakkul, P. (2016). The effects of a community empowerment program on community awareness and capacity among stakeholders in diabetes prevention in Buddhist monks. *ASR Chiang Mai University Journal of Social Sciences and Humanities*, 3(2), 133-149. <https://doi.org/10.12982/CMUJASR.2016.0008>
- Zhang, Y., & Chu, L. (2018). Effectiveness of systematic health education model for type 2 diabetes patients. *International journal of endocrinology*, 2018, 1-9. <https://doi.org/10.1155/2018/6530607>