

Nutritional Consumption Behaviors of Thai Monks in Bangkok-noi District, Bangkok Metropolitan Area

Ajchariya Pongnumkul, Chongjit Saneha, Rungnapa Panithat,
Sasima Kusuma na Ayuthdaya, Tipapan Sangkapong

Corresponding author:

A. Pongnumkul

E-mail: nsapn@mahidol.ac.th

Ajchariya Pongnumkul RN MNS

Assistance Professor, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok, Thailand

Chongjit Saneha RN PhD

Assistance Professor, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok, Thailand

Rungnapa Panithat RN PhD

Assistance Professor, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok, Thailand

Sasima Kusuma na Ayuthdaya RN PhD

Associate Professor, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok, Thailand

Tipapan Sangkapong RN Med

Associate Professor, Faculty of Nursing,
Mahidol University, Bangkok, Thailand

Abstract:

Purpose: The purposes of this study were to: examine the nutritional consumption behaviors and the correlation among perceived benefit, perceived barriers, perceived self-efficacy, perceived health status, age, and consumption behaviors; and identify predictors for consumption behaviors of Thai monks in Bangkok-noi district, Bangkok Metropolitan area.

Design: Descriptive study

Methods: Two hundred monks who had been ordained and stayed at temples for at least 3 months were selected using the multistage random sampling method. A sample of 187 monks completed a questionnaire during the data collection period (October, 2008-February, 2009). The Health Status Questionnaire was used to collect data on participant demography, perceived benefit, perceived barriers, perceived self-efficacy, perceived health status, and consumption behaviors. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson's correlation and multiple regression.

Main findings: Results demonstrated that the sample had a moderate level in both total ($\bar{X} = 30.8$, $SD = 2.1$) and subsets of nutritional consumption behaviors composed of food ($\bar{X} = 18.2$, $SD = 1.9$) and beverages ($\bar{X} = 7.8$, $SD = 1.1$). The perceived benefit ($r = .254$), perceived self-efficacy ($r = .429$), age ($r = .284$), and perceived health status ($r = .230$) were positively significant related to the consumption behaviors ($p < .001$). The perceived barriers ($r = -.237$) was negatively significant correlated to the consumption behaviors ($p < .001$). Five factors explained only 29.9% of the consumption behaviors. Three factors that were statistically significant in predicting the consumption behaviors were: perceived self-efficacy ($\beta = .400$, $p < .001$), age ($\beta = .239$, $p < .001$) and perceived barriers ($\beta = -.211$, $p < .01$).

Conclusion and recommendations: Perceived self-efficacy, age, and perceived barriers can predict the consumption behaviors of Thai monks. Therefore, health care teams should provide age specific programs to promote perceived self-efficacy and to reduce perceived barriers in Thai monks in order to change their consumption behaviors.

Keywords: consumption behaviors, monks, Pender's Health Promotion Model

J Nurs Sci 2011;29(2): 37-45

พฤติกรรมกรรมการบริโกคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

อัจฉริยา พงษ์นุ่มกุล จงจิต เสน่หา รุ่งนภา พาณิตรรัตน์
ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา กิพาพันธ์ สังฆะพงษ์

Corresponding author :

อัจฉริยา พงษ์นุ่มกุล

E-mail: nsapn@mahidol.ac.th

อัจฉริยา พงษ์นุ่มกุล RN MNS

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

จงจิต เสน่หา RN PhD

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

รุ่งนภา พาณิตรรัตน์ RN PhD

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา RN PhD

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

กิพาพันธ์ สังฆะพงษ์ RN Med

รองศาสตราจารย์ ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ:

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมกรรมการบริโกคและความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอายุกับพฤติกรรมกรรมการบริโกคและศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าว ต่อพฤติกรรมกรรมการบริโกคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร

รูปแบบการวิจัย: การวิจัยเชิงพรรณนา

วิธีดำเนินการวิจัย: กลุ่มตัวอย่าง คือ พระภิกษุสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดเขตบางกอกน้อยตั้งแต่ 1 พรรษาขึ้นไป 200 รูป สุ่มตัวอย่างโดยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2552 มีพระภิกษุสงฆ์ที่ตอบแบบสอบถามครบถ้วน จำนวน 187 รูป วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย: พฤติกรรมกรรมการบริโกคของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งโดยรวม ($\bar{X} = 30.8, SD = 2.1$) และแยกรายด้าน ได้แก่ ด้านอาหาร ($\bar{X} = 18.2, SD = 1.9$) และด้านเครื่องดื่ม ($\bar{X} = 7.8, SD = 1.1$) จากการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ ($r = .254$) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ($r = .429$) อายุ ($r = .284$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโกคอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) การรับรู้ภาวะสุขภาพ ($r = .230$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโกค ($p < .01$) ส่วนการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโกค ($r = -.237, p < .01$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการบริโกค ปัจจัยทั้ง 5 ดังกล่าว สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมกรรมการบริโกคของพระภิกษุสงฆ์ได้ร้อยละ 29.9 ทั้งนี้มีเพียง 3 ปัจจัยที่สามารถร่วมอธิบายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือการรับรู้สมรรถนะของตนเอง ($\beta = .400, p < .001$) อายุ ($\beta = .239, p < .001$) และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโกค ($\beta = -.211, p < .01$)

สรุปและข้อเสนอแนะ จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง อายุ และการรับรู้อุปสรรคสามารถร่วมอธิบายพฤติกรรมกรรมการบริโกคได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรทางสุขภาพและผู้เกี่ยวข้องจึงควรส่งเสริม หรือจัดโปรแกรมเพื่อให้พระภิกษุสงฆ์มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น รับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโกคน้อยลง โดยคำนึงถึงภาวะสุขภาพตามช่วงอายุให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: พฤติกรรมกรรมการบริโกค พระภิกษุสงฆ์ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

ความสำคัญของปัญหา

พระภิกษุสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีแนวโน้มมีปัญหาและขาดการดูแลด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องของการบริโภค จากการศึกษางานวิจัยหลายๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า พฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์อยู่ในระดับต่ำถึงพอใช้^{1,2} โดยอาหารที่พระภิกษุสงฆ์ฉันส่วนใหญ่เป็นอาหารที่มีคาร์โบไฮเดรตสูงและโปรตีนต่ำ นอกจากนี้พระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถเลือกซื้ออาหารได้เอง ต้องได้รับการอวดจากฆราวาส สภาวะการณ์ปัจจุบันโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร ฆราวาสส่วนใหญ่นิยมซื้ออาหารสำเร็จรูปถวายพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งอาหารปรุงสำเร็จมักเป็นอาหารที่มีรสหวานและเค็ม รวมทั้งไขมันสูง³ จากผลสำรวจสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานครปี พ.ศ. 2547¹ พบว่าพระภิกษุสงฆ์ ร้อยละ 38.1 มีน้ำหนักตัวเกินเกณฑ์มาตรฐาน ร้อยละ 27.7 ความดันโลหิตตัวบนสูงกว่าระดับปกติและ ร้อยละ 15.3 ความดันโลหิตตัวล่างสูงกว่าระดับปกติและจากสถิติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ประจำปี พ.ศ. 2548⁴ พบว่า โรคที่พระภิกษุสงฆ์อาพาธมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะลมปอดโป่งพอง โรคหัวใจและหลอดเลือด และไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ จากผลการสำรวจพระสงฆ์ทั่วประเทศตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549-2552 ของโรงพยาบาลสงฆ์พบว่า ร้อยละ 29.5 ของพระภิกษุสงฆ์อาพาธโดยโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน สาเหตุส่วนใหญ่ของการอาพาธมาจากพฤติกรรมการฉันภัตตาหารของพระสงฆ์และอาหารที่พุทธศาสนิกชนนำไปถวาย⁵

จึงกล่าวได้ว่า การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหา และปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม เป็นยุทธศาสตร์สำคัญที่จะทำให้พระภิกษุสงฆ์มีสุขภาพที่แข็งแรง การวิจัยครั้งนี้ได้นำ Health Promotion Model (HPM) ของ Pender⁶ มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพื่อหาพฤติกรรมการบริโภค ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและทำนายพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งการศึกษานี้ได้นำปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ (perceived benefits of action) การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ (perceived barriers to action) และการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (perceived self-efficacy) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอายุ มาใช้ในการศึกษา

คณะผู้วิจัยในฐานะที่ปฏิบัติงานในคณะพยาบาลศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล ซึ่งเป็นสถาบันการศึกษาทางสุขภาพที่มีเป้าหมายในการจัดการศึกษาเพื่อนำไปสู่สังคมที่มีสุขภาพะอีกทั้งมีวิสัยทัศน์ที่จะมุ่งไปสู่การสร้างเสริมสุขภาพในชุมชน การศึกษาครั้งนี้ จึงเลือกทำการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร เนื่องจากอยู่บริเวณใกล้เคียงคณะพยาบาลศาสตร์ ซึ่งคณะฯ ควรมีบทบาทในการให้การช่วยเหลือด้านการดูแลสุขภาพ ในฐานะผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนารูปแบบการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร ให้มีความถูกต้องเหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดีต่อพุทธศาสนิกชนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำ การรับรู้อุปสรรคต่อการกระทำ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพและอายุ กับพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ และทำนายจากการทำนายปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ พระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร ที่จำพรรษาอยู่ในวัดเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร จำนวน 688 รูป เกณฑ์ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการประมาณจากจำนวนประชากร โดยจำนวนประชากร 100-999 ใช้ขนาดตัวอย่างร้อยละ 25 ของประชากร คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 172 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็น 200 รูป เลือกกกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน จาก 4 แขวงการปกครองคณะสงฆ์ ได้จำนวนวัด 8 แห่ง คือ วัดระฆังโฆสิตารามราชวรวิหาร วัดฉิมทายกาวาส วัดชินรสาาราม วัดดงมูลเหล็ก วัดเจ้าอาม วัดบางขุนนนท์ วัดเพลงวิปัสสนา และวัดดุสิตาราม เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างวัดละ 10-30 รูป ตามสัดส่วนประชากรแต่ละวัด เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้ 1) อายุพรรษาการบวชตั้งแต่ 1 พรรษาขึ้นไป 2) อ่านและเขียนภาษาไทยได้ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนตุลาคม 2551 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2552 โดยพระสงฆ์ที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ ครบถ้วน มีจำนวน 187 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามจำนวน 6 ส่วน เกี่ยวกับการสำรวจสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร ของพิทยา จารุพูนผล และคณะ¹ ที่สร้างตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับใช้ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 2-5 เป็นแบบวัดการรับรู้ด้านต่างๆ 4 ด้าน และส่วนที่ 6 เป็นแบบวัดพฤติกรรมการบริโภค มีข้อคำถามทั้งด้านบวกและลบ ซึ่งให้ตอบลักษณะประมาณค่า 4 ระดับ คือ การรับรู้/ปฏิบัติด้านนั้นๆ มากที่สุด (4คะแนน) จนถึงรู้น้อยที่สุด/ไม่ปฏิบัติเลย (1คะแนน) โดยข้อคำถามทางบวกกำหนดน้ำหนักคะแนนเท่ากับ 4 ถึง 1 คะแนน ส่วนข้อคำถามทางลบกำหนดคะแนน 1-4 ตามลำดับ ค่าคะแนนในแต่ละตัวแปร นำมาแบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best 7 คือ ค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุด หารด้วยระดับชั้นคือ 3 ระดับ รายละเอียดของเครื่องมือส่วนที่ 2-6 มีดังนี้

ส่วนที่ 2 แบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ จำนวน 7 ข้อ กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองโดยเปรียบเทียบสุขภาพในอดีตและปัจจุบันกับคนวัยเดียวกัน รวมทั้งปัญหาสุขภาพตนเองในปัจจุบัน ลักษณะคำตอบคือ ใช่แน่นอน ถึง ไม่ใช่แน่นอน ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 7-28 คะแนน ช่วงคะแนน 7-14 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพไม่ดี 14.1-21 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพปานกลาง และ 21.1-28 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ภาวะสุขภาพดี

ส่วนที่ 3 แบบวัดการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภค จำนวน 6 ข้อ ลักษณะคำตอบคือ ไม่เคยได้รับประโยชน์เลย ได้รับประโยชน์น้อย ได้รับประโยชน์มาก และได้รับประโยชน์มากที่สุด ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 6-24 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนน 6-12 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์น้อย 12.1-18 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์ปานกลาง และ 18.1-24 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้ประโยชน์มาก

ส่วนที่ 4 แบบวัดการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภค จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำตอบ คือ มีความสะดวกในการปฏิบัติมากที่สุด จนถึง มีความสะดวกในการปฏิบัติน้อยที่สุด ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-20 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนน 5-10 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคน้อย 10.1-15 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้อุปสรรคปานกลาง และ 15.1-20 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้

อุปสรรคมาก

ส่วนที่ 5 แบบวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภค จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคือไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เลย จนถึง สามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้มากที่สุด ให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 ตามลำดับ ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 10-40 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนน 10-20 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองน้อย 20.1-30 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองปานกลาง และ 30.1-40 คะแนน หมายถึง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองมาก

ส่วนที่ 6 แบบวัดพฤติกรรมการบริโภค ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ แบ่งเป็นด้านการบริโภคอาหาร 8 ข้อ และด้านการบริโภคเครื่องดื่ม 3 ข้อ ลักษณะคำตอบคือ ไม่เคยปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย (1-3ครั้ง/สัปดาห์) ปฏิบัติเป็นส่วนมาก (4-6ครั้ง/สัปดาห์) และปฏิบัติเป็นประจำ (ทุกวัน) ข้อคำถามทางบวก ให้คะแนนตั้งแต่ 1-4 ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามทางลบให้คะแนน 4-1 ตามลำดับ ค่าคะแนนรวมอยู่ในช่วง 11-44 คะแนน การแปลผลช่วงคะแนน 11-22 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคไม่ดี 22.1-33 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคปานกลาง และ 33.1-44 คะแนน หมายถึง มีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคมาก

แบบสอบถามทุกชุดดังกล่าว ผ่านทดสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือกับพระภิกษุสงฆ์ที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย โดยใช้สูตรการหาค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดการรับรู้ภาวะสุขภาพ = .71 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม = .73 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม = .76 การรับรู้สมรรถนะของตนเอง = .79 และแบบวัดพฤติกรรมการบริโภคได้ค่าความเชื่อมั่น = .78

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหิดล ตามใบอนุญาต เลขที่ MU-IRB COA. No.2008/013.0705 ผู้วิจัยชี้แจงข้อมูลอย่างชัดเจนถึงสิทธิในการเข้าร่วมวิจัยขึ้นกับความสมัครใจและมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ การวิจัยครั้งนี้ไม่ก่อให้เกิดความเสี่ยง แต่อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม ข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ และใช้เพื่อประโยชน์ในทางวิชาการ โดยนำเสนอผลที่ได้ในภาพรวมเท่านั้น จากนั้นขอความ

อนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถาม พร้อมให้กลุ่มตัวอย่าง
เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมวิจัยไว้เป็นหลักฐานทุกราย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับเจ้าคณะเขตบางกอกน้อย และ
เจ้าอาวาสทั้ง 8 แห่ง เพื่อขออนุญาตและขอความอนุเคราะห์
ในการเก็บข้อมูล โดยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ
ดำเนินการให้ได้รับทราบ เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว จึงดำเนินการ
คัดเลือกพระภิกษุสงฆ์ที่มีคุณสมบัติตรงตามลักษณะของกลุ่ม
ตัวอย่างที่กำหนด กำหนดวันเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง พร้อมให้
ข้อมูลเกี่ยวกับการวิจัย ดำเนินการแจกแบบสอบถามด้วย
ตนเอง และเก็บกลับคืนในเวลา 1 เดือน ได้รับแบบสอบถาม
กลับคืนทั้งหมด 194 ชุด ภายหลังตรวจสอบความสมบูรณ์
ของแบบสอบถามพบว่า ตอบไม่ครบถ้วน 7 ชุด จึงคัดออก
จากการศึกษา ดังนั้นแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้มี
ทั้งสิ้น 187 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล คะแนนพฤติกรรมการ
บริโภคและปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้อง โดยคำนวณค่า
ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความ
สัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภค โดยใช้
สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และหาอำนาจการ
ทำนายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภค โดยใช้การ
วิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

ผลการวิจัย

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 187 รูป ประมาณครึ่งหนึ่ง
(ร้อยละ 51.3) มีอายุ 40 ปีขึ้นไป โดยมีอายุเฉลี่ย 42.0 ปี (SD
= 16.5) ระยะเวลาอุปสมบท 1-5 พรรษา ร้อยละ 36.4 ไม่
ได้อุปสมบทเป็นสามเณรมาก่อน ร้อยละ 59.4 ประมาณ 1 ใน
3 ของกลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาสายสามัญสูงกว่าปริญญาตรี
(ร้อยละ 31.5) และจบการศึกษาปริญญาตรี (แผนกธรรม)
ในระดับนักธรรมชั้นเอก ร้อยละ 62.6 ศึกษาปริญญาตรี
(แผนกบาลี) ร้อยละ 43.9 โดยในกลุ่มนี้ศึกษาระดับ
เปรียญธรรม 1-3 ประโยค คิดเป็นร้อยละ 19.3 กลุ่มตัวอย่าง

ร้อยละ 70 มีรายได้จากการรับกิจนิมนต์ อยู่ในช่วง 1,000 –
5,000 บาทต่อเดือน มีโรคประจำตัว ร้อยละ 29.9 โดยจำนวน
นี้อาพาด้วยโรคภูมิแพ้ (44.8%) ความดันโลหิตสูง (41.4%)
เบาหวาน (31%) หัวใจ (27.6%) และไขมันในเลือดสูง
(27.6%)

2. ปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภค

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับรู้ภาวะสุขภาพ (\bar{X} = 21.0,
SD = 3.1) การรับรู้อุปสรรค (\bar{X} = 13.6, SD = 2.6) และการ
รับรู้สมรรถนะของตนเอง (\bar{X} = 28.8, SD = 3.0) อยู่ในระดับ
ปานกลาง ยกเว้นมีการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรม
สุขภาพ (\bar{X} = 18.9, SD = 2.4) ที่อยู่ในระดับดี (ตารางที่ 1)

การรับรู้อุปสรรค กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสิ่งที่เป็นอุปสรรค
มากที่สุดในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพคือ การไม่สามารถฉัน
อาหารได้ครบ 5 หมู่ทุกวัน เพราะไม่มีโอกาสเลือกชนิดอาหาร
เอง (\bar{X} = 3.3, SD = 0.7) และการรับนิมนต์มักขาดอาหาร
ประเภทผักและผลไม้ (\bar{X} = 2.9, SD = 0.8) ส่วนหัวข้อที่กลุ่ม
ตัวอย่างรับรู้เป็นอุปสรรคน้อยที่สุดคือ การไม่เต็มนมทุกวัน
(\bar{X} = 2.4, SD = 0.8) และการไม่สามารถงดฉันอาหารรสจัด
(\bar{X} = 2.4, SD = 0.8) การรับรู้สมรรถนะของตนเอง กลุ่ม
ตัวอย่างรับรู้ในสมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรม
บริโภคมากที่สุดคือ การงดฉันอาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ (\bar{X} =
3.2, SD = 0.9) การหลีกเลี่ยงการฉันอาหารประเภทแป้ง ย่าง
ที่ไหม้เกรียม (\bar{X} = 3.0, SD = 0.7) หัวข้อที่รับรู้ในสมรรถนะ
ของตนเองน้อยที่สุดคือ การฉันอาหารได้ครบ 5 หมู่เป็น
ประจำทุกวัน (\bar{X} = 2.7, SD = 0.8) การงดเครื่องดื่มประเภทชู
กำลัง (\bar{X} = 2.8, SD = 0.94) และการฉันผักผลไม้เป็นประจำ
ทุกวัน (\bar{X} = 2.9, SD = 0.7) การรับรู้ประโยชน์ กลุ่มตัวอย่าง
รับรู้ถึงประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคมากที่สุดคือ
การฉันอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำ จะทำให้ร่างกายได้รับ
สารอาหารครบถ้วน (\bar{X} = 3.5, SD = 0.6) รองลงมาคือ
การฉันอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำทุกวัน สามารถ
ป้องกันโรคหัวใจและทำให้การขับถ่ายเป็นปกติ (\bar{X} = 3.5, SD
= 0.6) ส่วนการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม
บริโภคน้อยที่สุดคือ การฉันอาหารประเภทแป้ง ย่างที่
ไหม้เกรียม ไม่ก่อให้เกิดโทษต่อร่างกาย (\bar{X} = 2.8, SD = 0.9)

ตารางที่ 1 คะแนนปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค

การรับรู้	ช่วงคะแนน	คะแนนที่	\bar{X} , SD	ระดับ
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	7-28	10-28	21.0, 3.1	ปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์	6-24	12-24	18.9, 2.4	ดี
การรับรู้อุปสรรค	5-20	5-20	13.6, 2.6	ปานกลาง
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	10-40	13-40	28.8, 3.0	ปานกลาง

3. พฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์

กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมการบริโภคโดยรวม (\bar{X} = 30.8, SD = 2.1) และรายด้าน ทั้งด้านการบริโภคอาหาร (\bar{X} = 18.2, SD = 1.9) และเครื่องดื่ม (\bar{X} = 7.8, SD = 1.1) อยู่ในระดับปานกลางเช่นเดียวกัน (ตารางที่ 2) ด้านการบริโภคอาหารพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคเป็นส่วนใหญ่จนถึงเป็นประจำดังนี้ ฉันทอาหารเช้า

ร้อยละ 21.9 ฉันทอาหารประเภทผักและผลไม้ร้อยละ 32.1 ฉันทอาหารครบ 5 หมู่ร้อยละ 41.3 ด้านการดื่มเครื่องดื่ม ดื่มชา กาแฟร้อยละ 51.2 และดื่มน้ำอัดลมร้อยละ 30 กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 40 ปี (ร้อยละ 64.2) มีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลมเป็นส่วนใหญ่ถึงเป็นประจำมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุ 40 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 44.8)

ตารางที่ 2 คะแนนพฤติกรรมการบริโภคโดยรวม และรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง

พฤติกรรมการบริโภค	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมการบริโภคโดยรวม	30.8	2.1	ปานกลาง
รายด้าน - อาหาร	18.2	1.9	ปานกลาง
- เครื่องดื่ม	7.8	1.1	ปานกลาง

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์

การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (r = .429, p < .001) อายุ (r = .284, p < .001) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภค (r = .254, p < .001) และ

การรับรู้ภาวะสุขภาพ (r = .230, p < .01) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภค การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภค (r = -.237, p < .01) มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6
1. พฤติกรรมการบริโภค	1.000					
2. การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.230**	1.000				
3. การรับรู้ประโยชน์	.254***	.438***	1.000			
4. การรับรู้อุปสรรค	-.237**	-.180*	-.213*	1.000		
5. การรับรู้สมรรถนะ	.429***	.387***	.412***	-.003NS	1.000	
6. อายุ	.284***	.093NS	.071NS	-.075NS	.073NS	1.000

* p < .05 ** p < .01 *** p < .001 ns = p > .05

ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างคือ การรับรู้สมรรถนะของตนเองการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรม อายุและการรับรู้ภาวะสุขภาพ โดยสามารถร่วมกันอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมการบริโภคได้ร้อยละ 29.9 (p < .001) ทั้งนี้

ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการบริโภคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติประกอบด้วย การรับรู้สมรรถนะของตนเอง (β = .400, p < .001) อายุ (β = .239, p < .001) และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภค (β = -.211, p < .01) (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และพฤติกรรมการบริโภค

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value
การรับรู้ประโยชน์	.105	.102	.552	.582
การรับรู้อุปสรรค	-.234	-.211	-3.272	.001
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.324	.400	5.806	< .001
การรับรู้ภาวะสุขภาพ	.078	.080	.442	.659
อายุ	.089	.239	3.797	< .001

$$R = .547, R^2 = .299$$

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร

ผลการศึกษาค้นคว้าพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการบริโภคทั้งโดยรวมและรายด้านคือ ด้านการบริโภคอาหารและด้านการบริโภคเครื่องดื่มอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิทยา จารุพูนผล และคณะ¹ Janbok⁸ ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี และโสภะ เอียววิจิตร⁹ เมื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยนี้กับการวิจัยพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในต่างจังหวัดพบว่า ผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัตสัน รักขันโท อเนก คงขุนทด และสุมาลัย กาญจนะ³ และศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต¹⁰

ด้านการบริโภคอาหาร จากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่า อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต มักขาดผัก ผลไม้ ทำให้ไม่สามารถฉันทอาหารครบ 5 หมู่ อีกทั้งอาหารบางส่วนมีรสเค็ม และมัน ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพ จากสาเหตุข้างต้นอาจมีผลให้พฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์อยู่ในระดับปานกลาง ปัญหา-อุปสรรคดังกล่าว สอดคล้องกับงานวิจัยหลายๆ งานวิจัยที่พบว่า อาหารที่พระสงฆ์ได้รับจากการบิณฑบาตหรือถวายนั้น มีแคลอรีและคาร์โบไฮเดรตสูง โปรตีนต่ำและขาดคุณค่าทางโภชนาการ^{2,8,12} ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจส่งเสริมให้เกิดโรคเรื้อรังได้ การศึกษาครั้งนี้จึงพบว่า เกือบ 1 ใน 3 ของกลุ่มตัวอย่างเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจและไขมันในเลือดสูง ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต¹⁰ ที่พบว่าพระภิกษุสงฆ์ 1 ใน 4 มีโรคประจำตัว โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน

ด้านการบริโภคเครื่องดื่ม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างดื่มชา กาแฟ

ร้อยละ 52 และน้ำอัดลมร้อยละ 30 เป็นส่วนใหญ่ ถึงเป็นประจำทุกวัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต¹⁰ ที่พบว่าร้อยละ 62.4 ดื่มเครื่องดื่มประเภทชา กาแฟเป็นประจำ และจากการศึกษาของ สุกัญญา จงเอกวุฒิ และคณะ¹¹ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 53.1 ดื่มน้ำกาแฟ การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้เหตุผลของการบริโภคว่า รู้สึกหิวและกระหาย นอกจากนี้พระภิกษุสงฆ์ที่กำลังศึกษา และ/หรือปฏิบัติธรรม นิยมฉันชา กาแฟ อาจเนื่องจากในชา กาแฟมีสารคาเฟอีนผสมอยู่ ทำให้ผู้ดื่มรู้สึกสดชื่น ตื่นตัว อีกทั้งรูปแบบความนิยมของฆราวาสในการจัดชา กาแฟเป็นอาหารว่างสำหรับพระภิกษุสงฆ์ด้วย จากการศึกษาของ วชิรพันธ์ ชัยนนี¹³ พบว่า รูปแบบการจัดอาหารว่างสำหรับพระภิกษุสามเณรที่ศึกษาต่อที่มหาวิทยาลัยราชวิทยาลัย จังหวัดอยุธยา ประกอบด้วยโกโก้และกาแฟเป็นส่วนใหญ่ โดยจัดวางให้ภิกษุและสามเณรชงดื่มเอง ส่วนการฉันน้ำอัดลม จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่อายุน้อยกว่า 40 ปี มีพฤติกรรมดื่มน้ำอัดลมเป็นส่วนใหญ่ถึงเป็นประจำ มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อายุ 40 ปีขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี และโสภะ เอียววิจิตร⁹ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะอิทธิพลของการโฆษณาที่มุ่งเน้นคนรุ่นใหม่ วัยรุ่นและผู้ใหญ่วัยทำงาน ซึ่งการบริโภคน้ำอัดลมในปริมาณที่มาก จะทำให้ร่างกายได้รับปริมาณน้ำตาลและแคลอรีสูง ส่งผลให้เกิดโรคอ้วนและเบาหวานได้ง่าย จากการศึกษาของ สุกัญญา จงเอกวุฒิและคณะ¹¹ พบว่าการดื่มกาแฟและเครื่องดื่มบำรุงสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคเบาหวาน จากงานวิจัยของ พิทยา จารุพูนผลและคณะ¹ พบว่า พระภิกษุสงฆ์ในกรุงเทพมหานครมีน้ำหนักเกินมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 27.7 อาพาธด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 38.5 ของกลุ่มตัวอย่างที่เจ็บป่วย และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่าง อาพาธด้วยโรคเบาหวาน คิดเป็นร้อยละ 31 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด

2. ปัจจัยต่างๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองของพระภิกษุสงฆ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค สอดคล้องกับ Bandura¹⁴ ที่กล่าวว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นการเชื่อมโยงระหว่างความรู้สึกของบุคคลแต่ละบุคคลกับความพยายามที่จะแก้ปัญหาต่างๆ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ Janbok⁸ อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค ทั้งนี้เนื่องจากผู้ที่มีอายุมากย่อมผ่านประสบการณ์ต่างๆ มาก ทำให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความถูกต้องเหมาะสมได้มากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับงานวิจัยของ Janbok⁸ และอัจฉริยา พ่วงแก้วและคณะ¹⁵ ส่วนปัจจัยด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรคและการรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภค รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอายุ กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคนั้น ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนอิทธิพลของปัจจัยดังกล่าว ต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพใน Health Promotion Model บางส่วน โดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมิตรา มาเมื่อ³ และประภา ลิ้มประสูต¹⁶ การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค สอดคล้องกับงานวิจัยของ สุกัญญา จงเอกอุตม์และคณะ¹¹ เบนจมาศ เจริญสุข¹⁷ และนัยนา กาจนพิบูลย์¹⁸ จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างความเข้าใจและตระหนักรู้ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่รับรู้ว่ามีอุปสรรคน้อย จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีได้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Janbok⁸

ผลการวิเคราะห์สมการถดถอยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ และอายุ สามารถรวมอธิบายพฤติกรรมกรรมการบริโภคของกลุ่มตัวอย่างได้ร้อยละ 29.9 ทั้งนี้ปัจจัยที่สามารถอธิบายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี 3 ปัจจัยคือ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมและอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ Janbok⁸ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

พฤติกรรม และการรับรู้ภาวะสุขภาพร่วมอธิบายพฤติกรรมกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคว่า การเลือกฉันอาหารครบ 5 หมู่เป็นประจำ และการฉันอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำ ทุกวันนั้น ช่วยให้ร่างกายมีสุขภาพดี ในขณะที่เดียวกันกลุ่มตัวอย่างก็รับรู้ว่าการปฏิบัติกรรมดังกล่าวเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภค ด้วยข้อจำกัดของการครองตนเป็นสมณะเพศ อีกทั้งความเข้าใจของพระภิกษุสงฆ์เองที่คิดว่าไม่สามารถเลือกฉันอาหารที่มีอยู่ได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการวิจัยของ Janbok⁸ ทั้งนี้เนื่องจากงานวิจัยดังกล่าวศึกษาอำนาจการทำนายระหว่างปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์โดยรวม ไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะด้านการบริโภค อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการทำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มาใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ของ อรวรรณ ศรียุคตศุฑ และคณะ¹⁹

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะต่อการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภค การรับรู้อุปสรรค ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภค และอายุ เป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ พยาบาลจึงควรส่งเสริมให้ความรู้ ให้คำแนะนำ เพื่อให้กลุ่มพระภิกษุสงฆ์มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองเพิ่มขึ้น มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้อยลง โดยคำนึงถึงภาวะสุขภาพตามวัยและช่วงอายุให้เหมาะสมต่อไป

2. ควรให้ความสนใจกับกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่มีการรับรู้สมรรถนะต่อการปฏิบัติพฤติกรรมของตนเองน้อย มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติพฤติกรรมมาก และมีอายุน้อย เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มในการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคน้อย

3. ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการบริโภค โดยการใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัญหา และอุปสรรคที่ทำให้พระภิกษุสงฆ์ ไม่สามารถปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการบริโภคได้ และค้นหาศักยภาพและความสามารถที่มีอยู่ของพระภิกษุสงฆ์ที่จะคง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคให้มีความเหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. พิทยา จารพูนผล, สุพร อภินันทเวช, โชครชัย หมื่นแสงวทรัพย์ และอัญชลี สุขเสวก. สุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร. ม.ป.ท.; 2548. 245 หน้า.
2. สุวัฒน์ รักขันโท, อเนก คงขุนทด และสุมาลัย กาญจนะ. รายงานการวิจัยเรื่อง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน. ม.ป.ท.; 2551. 172 หน้า.
3. สมิตรา มาเมือง. ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการฉันทาอาหารของพระสังฆาธิการที่ศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545. 145 หน้า.
4. โรงพยาบาลสงฆ์. รายงานสถิติการเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในของพระภิกษุสงฆ์ ประจำปี พ.ศ. 2548. ม.ป.ท.; 2548.
5. โรงพยาบาลสงฆ์. ตะลิงพระสงฆ์อมโรค. หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ ฉบับวันที่ 16 สิงหาคม 2553: หน้า 1.
6. Pender NJ. Health promotion in nursing practice. 3rd ed. Stamford, CT: Appleton & Lange; 1996.
7. Best JW. Research in Science Education. 3rd ed. New Jersey; Englewood Cliff; 1997.
8. Janbok J. Factors influencing health promoting behavior among Buddhist monks in Bangkok metropolitan (Thesis) Bangkok metropolitan, University of Mahidol; 2005. 142 p.
9. ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี และโสภา เขียววิจิตร. การศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์. กรุงเทพฯ: ฝ่ายอบรมอนามัยในบ้าน สำนักงานกลางสภาภิกษุสงฆ์ไทย; 2542. 62 หน้า.
10. ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, ปราณปรียา โคละสุ และศิริดา ศรีโสภา. รายงานวิจัยสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี. [cited 2010 Aug 21]. Available from: URL: <http://guideubon.com/news/view.htm>
11. สุกัญญา จงเอกวุฒิ, เอก เกิดเต็มภูมิ และสำรองคุณวุฒิ. โครงการวิจัยสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับพระภิกษุตามแนวพระพุทธศาสนา จังหวัด
- อ่างทอง. [cited 2005]. Available from: URL: <http://pubnel.moph.go.th.htm>
12. สมพล วิมาลา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดเชียงใหม่. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2540. 141 หน้า.
13. วชิรพันธ์ ชัยนนธ์. คุณค่าทางโภชนาการของอาหารบริโภค และภาวะโภชนาการของภิกษุสามเณร: กรณีศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏรำไพพรรณี วิทยาลัย พระนครศรีอยุธยา. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541. 68 หน้า.
14. Bandura A. "Self-efficacy mechanism in human agency". American Psychologist. 1982 June 1: 37(4): 122-47.
15. อัจฉริยา พ่วงแก้ว, จันทรีเพ็ญ การิเวท, จันทิมา ฤกษ์เลื่อนฤทธิ์ และจงกลวรรณ มุลิกทอง. การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจของกลุ่มคนวัยทำงานในกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก. 2544; 14(1): 17-24.
16. ประภา ลัมประสูตร, แอนนี่ สารจินดาพงษ์ และวงเดือน สุวรรณศรี. ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก. พิษณุโลก: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร; 2543.
17. เมธจมาศ เจริญสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนวัยกลางคน ในเขตเทศบาลเมืองสุพรรณบุรี. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541. 171 หน้า.
18. นัยนา กาญจนพิบูลย์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ของชายวัยผู้ใหญ่ในชุมชนแออัดคลองเตย กรุงเทพมหานคร. (วิทยานิพนธ์) กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2544. 166 หน้า.
19. อรวรรณ ศรียุคศุภ, วันดี ไตสุขศรี, พิสมัย ไฟทอง และอัจฉรา กุลวิสุทธิ. การนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2548; 23(3): 43-54.