

# กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม เพื่อแก้ไขภาวะโภชนาการ ในพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน ในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก

กัญชลี ไหว่อง

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

วันรับ 20 กรกฎาคม 2565, วันแก้ไข 7 พฤศจิกายน 2565, วันตอบรับ 14 พฤศจิกายน 2565.

## บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการ และเพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการในพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน เลือกรูปแบบเป้าหมายแบบจำเพาะเจาะจง ได้แก่ กลุ่มพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินในเขตอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 25 รูป บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 10 คน กรรมการชุมชน จำนวน 5 คน และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 5 คน ใช้ระยะเวลาศึกษาวิจัย 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า บริบทและสถานการณ์การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ด้านโภชนาการมีปัจจัยกำหนดสุขภาพหลายปัจจัยส่งผลให้พระสงฆ์มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง ได้แก่ คุณภาพของอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต ความรู้ ทักษะในการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ รวมถึงกิจกรรมทางกายที่ไม่ถูกต้อง ส่วนกระบวนการพัฒนาแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการมุ่งให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมุ่งเน้นผลสามวิธีเพื่อการสร้างความรู้ทางด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) การสร้างและพัฒนาสื่อ 2) การใช้รูปแบบต้นแบบด้านสุขภาพผสมผสานการใช้รูปแบบเพื่อนช่วยเพื่อน 3) การสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ด้านโภชนาการ ผลลัพธ์การศึกษาพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติตัว มีความมั่นใจจากการปฏิบัติตนจนเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง มีความพร้อมในการเป็นต้นแบบพระสงฆ์สุขภาพดีและสามารถสื่อสารสุขภาพได้ ข้อค้นพบสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหามาแบบบูรณาการ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเป็นเจ้าของปัญหาาร่วมกัน ส่งผลต่อปัญหาที่เกิดขึ้นจากปัจจัยซับซ้อนถูกแก้ไขอย่างยั่งยืน ข้อเสนอแนะการดำเนินการ กระบวนการค้นหาพระสงฆ์รอบรู้ด้านสุขภาพแล้วเสริมพลังเพื่อสร้างพระสงฆ์ต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง โดยมีบุคลากรสาธารณสุขทำบทบาทเป็นพี่เลี้ยงพร้อมทั้งสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

**คำสำคัญ :** พระสงฆ์ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภาวะค่าดัชนีมวลกายเกิน

# Participatory development process for solving of nutritional problems among BMI overweight Buddhist monk, Wang Thong District, Phitsanulok Province.

Kuncharee Vaivong

Health Promotion Center 2

Received 20 July 2022, Revised 7 November 2022, Accepted 14 November 2022.

## Abstract

This research is a participatory action research. The objectives were to study the community context and situation of self-care in nutrition and to study Participatory development process for solving of nutritional problems among BMI overweight Buddhist monk. Purposive sampling was used, i.e. the group of monks with group of BMI Overweight 25 Buddhist Monks in Wang Thong District, Phitsanulok Province and 10 public health personnel, 5 community committees and 5 public health volunteers. 3 months to research. Context and situation of health care for monks in nutrition There are many determinants of health affecting monks to have symptoms of non-communicable diseases such as quality of food received from alms, knowledge, skills in nutrition practice. Physical activity as well as inappropriate health behaviors the development process for solving nutritional problems focuses on stakeholder participation. And focuses on integrating methods for building health literacy, namely 1) creating and developing media; 2) using a health model combined with peer-to-peer model; 3) creating and developing a nutrition learning plan. The results of the study found that. There has been a change in obtaining the correct knowledge. Have skills in self-care and behavior; have confidence from the Practice by seeing results that occur on their own They are ready to be role models for monks and able to communicate their health. Key findings include participation. In developing and solving integrated problems make problems caused by complex factors be solved. Stakeholders share ownership of the problem. Suggestions for the implementation of the selecting for monks who are well versed in health, to strengthen the power to create a model monk to be a leader in health promotion with public health personnel acting as mentors and creating a learning process together

**Keywords:** Buddhist monk, Behavior Modification Process, BMI Overweight

## ■ บทนำ

จากสภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคติดต่อไม่เรื้อรังในร่างกายของมนุษย์ เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ภาวะไขมันในเส้นเลือดสูง

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้กับประชากรทุกคนทุกกลุ่มวัย ไม่เว้นแม้แต่ในประชากรกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ก็สามารถพบปัญหานี้ได้เช่นเดียวกัน อาหารส่วนใหญ่ที่ได้จากการรับบิณฑบาตกว่าร้อยละ 90 จะเป็นอาหารชุดยอดนิยม เช่น แกงเขียวหวาน พะโล้ ผัดกะเพรา

ของทอด อาหารที่มีรสจัด รวมถึงน้ำปานะที่มีรสหวาน ซึ่งล้วนแล้วแต่เมื่อพระภิกษุสงฆ์ฉันแล้ว จะเสี่ยงต่อการอาพาธด้วยโรคอ้วน โรคเบาหวาน ถึงร้อยละ 45 ซึ่งจะกลายเป็นโรคเรื้อรังที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในภายหลัง<sup>(1)</sup>

จากข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2559 จากรายงานข้อมูลของกรมการแพทย์ พบว่า พระสงฆ์ - สามเณรอาพาธมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคไขมันในเลือดสูง 9,609 ราย โรคความดันโลหิตสูง 8,520 ราย โรคเบาหวาน 6,320 ราย โรคไตวายเรื้อรัง 4,320 ราย และโรคข้อเข่าเสื่อม 2,600 ราย<sup>(1)</sup> มีผลคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ สามเณรทั่วประเทศคัดกรอง 138,715 รูป จากทะเบียนพระสงฆ์ 348,433 รูป จากวัดทั่วประเทศ 41,142 วัด พบว่า พระสงฆ์กลุ่มสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ 52.3 จากร้อยละ 60.3 ในปี 2549 พระสงฆ์อาพาธกลับเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28.5 จากร้อยละ 17.5 ในปี 2549<sup>(2)</sup> ส่วนในเขตสุขภาพที่ 2 พระภิกษุ - สามเณร อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรองร้อยละ 80.96 เป็นกลุ่มเสี่ยง 10.76 และสงสัยป่วยร้อยละ 4.33 จะเห็นได้ว่า ในเขตสุขภาพที่ 2 พบกลุ่มที่เสี่ยงและสงสัยป่วย มากกว่าภาพรวมของประเทศ<sup>(3)</sup>

จากสถานการณ์ข้างต้น พบว่าสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและเหมาะสม ได้แก่ การรับประทานอาหาร ที่พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกกินอาหารเองได้ ต้องฉันอาหารตามที่ฆราวาสนำอาหารมาถวาย ด้านการเคลื่อนไหวออกแรงกายหรือการออกกำลังกาย สถานภาพของพระสงฆ์ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค รวมไปถึงการจัดการอารมณ์และความเครียด จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนให้พระสงฆ์และวัดมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางสุขภาพชุมชนและจิตสภาวะแวดล้อมที่ดีให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ สถานการณ์การเกิดปัญหาดังกล่าวข้างต้นสามารถป้องกันได้ ถ้าหากพระภิกษุสงฆ์มี

พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม มีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ หากมีกระบวนการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม สอดคล้องกับสถานการณ์และบริบทที่เฉพาะของพระสงฆ์ จะเป็นการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์และการมุ่งเน้นชุมชนมีส่วนร่วมสร้างความรู้ความเข้าใจด้านอาหารโภชนาการที่ถูกต้องส่งผลต่ออาหารที่นำมาถวายพระ

อย่างไรก็ตามการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์เป็นการดำเนินงานกับปัจจัยต่างๆ ในสังคมที่มีมิติที่ซับซ้อนและเชื่อมโยงกัน การดำเนินงานเพื่อความยั่งยืนในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวจึงต้องให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาคือการดำเนินการวิจัยดังกล่าวจึงมุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นหัวใจของการดำเนินการ โดยยึดหลักการจาก Mohamad NA, et al<sup>(4)</sup> กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งของชุมชน เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตที่มองเป็นองค์รวมตามความหมาย “สุขภาพ” ที่จัดการโดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นการแสดงถึงศักยภาพของชุมชนที่เป็นกระบวนการจัดการสุขภาพเป็นประโยชน์เบื้องต้นในการปรับคุณภาพชีวิต โดยต้องมีการพัฒนาทุนทางสังคมให้มีทักษะและความเข้มแข็งของชุมชนที่ทำงานร่วมกัน โดยเกิดประโยชน์สำหรับชุมชนเอง การดำเนินการวิจัยดังกล่าวจึงมุ่งเน้นให้ความสำคัญต่อการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ของพระกิตติญาณเมธี (สมเกียรติ งามญวงค์)<sup>(5)</sup> เรื่อง การส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี พบว่ากิจกรรมการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมด้านการส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรีควรใช้หลักการปฏิบัติ 6 ข้อของกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา อนามัยสิ่งแวดล้อมและอบายมุข และในงานศึกษาชิ้นเดียวกันได้กล่าวถึงสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพ

พระสงฆ์ว่า ขาดความคล่องตัวในการส่งเสริมดูแลสุขภาพ ขาดการดูแลต่อเนื่องและเฝ้าติดตาม ขาดกิจกรรมรณรงค์การให้ความรู้ เพื่อลดละเลิกพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกันระหว่างวัดและหน่วยงาน ตลอดจนองค์กรและประชาชนในชุมชน ขาดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนและพระสงฆ์ในการบริโภคอาหารจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในขณะที่เดียวกันมีงานวิจัยของอรอุมา เลหาพิบูลย์กุล<sup>(6)</sup> กล่าวถึงการสร้างเครือข่ายภาคีระหว่างผู้นำด้านพระสงฆ์และผู้นำด้านการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพ เช่น โรงพยาบาล สาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมเพื่อสุขภาพประจำอำเภอ และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อหาแนวทางและสร้างรูปแบบให้เหมาะสมกับพระสงฆ์โดยการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อคัดกรองพระสงฆ์และให้คำปรึกษา ดูแลรักษาได้อย่างถูกต้อง ให้ความรู้เกี่ยวกับรูปแบบและวิธีการปฏิบัติตนให้ถูกต้องแก่พระสงฆ์ จากการทบทวนงานวิจัยและพัฒนาใหม่ๆ ในช่วงต่อมามีงานพัฒนาบทบาทและความสำคัญของพระคิลานุ ปัญญากรที่มีต่อการปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในหมู่คณะสงฆ์พระคิลานุ ปัญญากรจึงเปรียบเสมือนแพทย์ประจำวัดของพระสงฆ์ที่ต้องศึกษาเรียนรู้ วัตรกรรมทางสุขภาพและหมั่นปฏิบัติฝึกฝนให้มีความเชี่ยวชาญในด้านปฐมพยาบาล เพื่อการสร้างภูมิคุ้มกันทางสุขภาพให้ พระสงฆ์ และเอื้อประโยชน์ต่อการดำรงชีวิต โดยใช้วิธีการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ตามภูมิปัญญาท้องถิ่นและแผนปัจจุบันควบคู่กันไป<sup>(7)</sup> อนึ่งการศึกษาบทบาทของพระคิลานุ ปัญญากรในการปฏิบัติหน้าที่เพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและการเผยแพร่องค์ความรู้ด้านสุขภาพของพระคิลานุ ปัญญากรให้กับพระสงฆ์ในพื้นที่ได้ทราบ เพื่อเป็นการเฝ้าระวังพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยงให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัยต่อไป

จะเห็นได้ว่าจากงานวิจัยที่ผ่านมามีความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในหลากหลายวิธีการ รวมถึงการสร้างเครือข่ายภาคีระหว่างผู้นำด้านพระสงฆ์ และช่วงต่อมามีการพัฒนาพระคิลานุ ปัญญากร แต่ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ก็ยังคงเพิ่มขึ้น เป็นปัญหาที่มีความสำคัญเร่งด่วน

จากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นจึงได้จัดทำโครงการพัฒนากระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารของพระสงฆ์ที่มีภาวะค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เกินมาตรฐานแบบมีส่วนร่วม โดยเลือกพื้นที่ศึกษาอำเภอวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งเป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทวิถีชีวิตที่กำลังเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว อีกทั้งยังมีความพร้อมและความต้องการพัฒนาของเครือข่ายบริการสาธารณสุข รวมถึงปัญหาดังกล่าวเป็นความต้องการของคณะสงฆ์ในพื้นที่ในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ การศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์การดูแลตนเองทางด้านโภชนาการของพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน รวมถึงพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การแก้ไขปัญหาการรับประทานอาหารและการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐานแบบมีส่วนร่วมเกิดการพัฒนาและขยายต่อรูปแบบที่สอดคล้องเหมาะสมต่อไป

## ■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและสถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองด้านโภชนาการของพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เกินมาตรฐาน
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาและแก้ไขปัญหาภาวะโภชนาการในพระสงฆ์ที่มีค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) เกินมาตรฐาน แบบมีส่วนร่วม

## ■ นิยามคำศัพท์

**ภาวะโภชนาการเกิน<sup>(8)</sup>** หมายถึง มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23 kg/m<sup>2</sup>

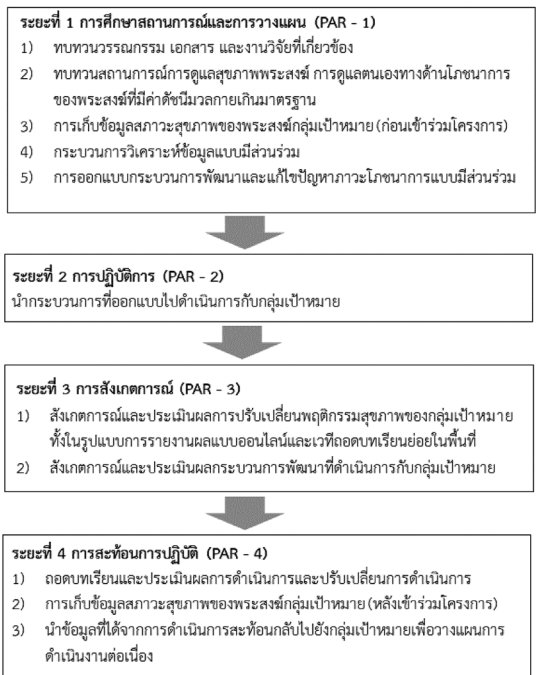
**อ้วนลงพุง<sup>(9)</sup>** หมายถึง รอบเอวที่มีค่ามากกว่าส่วนสูงหารด้วย 2 โดยส่วนสูงมีหน่วยเป็นเซนติเมตร

**เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเกินเกณฑ์<sup>(9)</sup>** หมายถึง ค่ามากกว่า 20%

**มวลกล้ามเนื้ออย่างคึกฤติ<sup>(10)</sup>** หมายถึง ค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 kg/m<sup>2</sup>

**ระดับไขมันในช่องท้องเกินเกณฑ์<sup>(11)</sup>** หมายถึง ระดับ 9-20

## ■ กรอบแนวคิดการวิจัย



## ■ วิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) โดยใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การศึกษาแบบย้อนหลัง (Retrospective Study) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-dept Interview) ร่วมกับการสนทนากลุ่ม

(Focus Group Discussion) และการสังเกต (Observation) กระบวนการเก็บข้อมูลสอดคล้องตามกระบวนการวิจัย โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR - 1)** เป็นการทบทวนวรรณกรรม เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงบริบทของชุมชน (ได้แก่ ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน ข้อมูลเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การดูแลสุขภาพ ความรู้ทางโภชนาการ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1. ด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลจากข้อมูลปฐมภูมิ (Primary Data) จากการสังเกต การสอบถาม และการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยนักวิจัย รวมถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่ และประเด็นการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ การเก็บข้อมูลสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์โดยใช้แบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ส่วนข้อมูลสุขภาพทั่วไป ได้แก่ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง ระดับไขมันในช่องท้อง เก็บข้อมูลจากเครื่องวัดส่วนสูง และเครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย (ก่อนเข้าร่วมโครงการ) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ทั้งหมดมาวิเคราะห์ สังเคราะห์ เพื่อออกแบบกระบวนการแก้ไขและพัฒนา ร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน และกรรมการชุมชน คณะสงฆ์ และอาสาสมัครสาธารณสุข

**ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR - 2)** นำกระบวนการแก้ไขและพัฒนาที่ร่วมกันออกแบบ นำไปปฏิบัติการในพื้นที่ร่วมกับกลุ่มพระสงฆ์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชนและกรรมการชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยมีกำหนดการอบรมเชิงปฏิบัติการจำนวน 3 ครั้ง มีการติดตามผ่านกลุ่มออนไลน์ตลอดระยะเวลาดำเนินการ

**ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (PAR - 3)** มีการติดตามผ่านการถอดบทเรียนในเวทีอบรมเชิงปฏิบัติการตามขั้นตอนที่ 2 จำนวน 3 ครั้ง ร่วมกับกลุ่มพระสงฆ์

และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากร สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและกรรมการชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุข การรายงานผลการปฏิบัติ ตนของกลุ่มเป้าหมายและการติดตามผ่านกลุ่ม ออนไลน์อย่างต่อเนื่อง

**ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนสะท้อนการ ปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR - 4)** การเก็บ ข้อมูลสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ (ก่อนเข้าร่วม โครงการ) และใช้รูปแบบการถอดบทเรียนตาม แนวทางการถอดบทเรียนแบบย้อนหลังและการ ประเมินผลเชิงคุณภาพ ร่วมกับกลุ่มพระสงฆ์และ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากร สาธารณสุข ผู้นำชุมชนและกรรมการชุมชนและ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยกระบวนการดังกล่าว มีการถอดบทเรียนย่อย ๆ ในระหว่างที่ดำเนินการ มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการในระหว่าง ดำเนินการไปพร้อมกัน

เลือกกลุ่มเป้าหมายการวิจัยแบบจำเพาะ เจาะจง (Purposive Sampling) ได้แก่ กลุ่ม พระสงฆ์ที่ภาวะโภชนาการเกิน สัมครใจเข้าร่วม ตามกระบวนการวิจัยในเขตอำเภอวังทอง จังหวัด พิษณุโลก จำนวน 25 รูป (จาก 14 วัด 7 ตำบล ในพื้นที่อำเภอวังทอง) บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้บริหารหน่วยงานสาธารณสุข แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักวิทยาศาสตร์การกีฬา นักวิชาการเผยแพร่ นักประชาสัมพันธ์ จำนวน 10 คน และกลุ่มผู้นำ ชุมชน (ผู้ใหญ่บ้าน) และกรรมการชุมชนที่มีความ พร้อมจะเข้าร่วมกระบวนการวิจัย จำนวน 5 คน จากจำนวน 7 ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความ พร้อมจะเข้าร่วมกระบวนการวิจัยจำนวน จำนวน 5 คน กำหนดเกณฑ์การดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนไว้ชัดเจน เช่น การเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ และการเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นพื้นที่ศึกษา เป็นต้น ซึ่งเป็นการขจัดความอคติในทางการวิจัย ของผู้วิจัยจึงเป็นการตรวจสอบความตรงไปแล้ว ขึ้นหนึ่ง นอกจากนี้ผู้วิจัยยังได้ใช้การตรวจสอบ ข้อมูลแบบสามเส้า (Data source triangulation) โดยอาศัยวิธีการของ Denzin<sup>(12)</sup> เป็นการตรวจ

สอบโดยพิจารณาแหล่งเวลา แหล่งสถานที่ และ แหล่งบุคคลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ ถ้าข้อมูลต่าง เวลาถิ่นจะเหมือนกันหรือไม่ ถ้าข้อมูลต่างสถานที่ จะเหมือนกันหรือไม่ และถ้าบุคคลผู้ให้ข้อมูล เปลี่ยนไปข้อมูลจะเหมือนเดิมหรือไม่ จากนั้นจึง นำมาวิเคราะห์ ประกอบเข้าด้วยกัน การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ยึดวิธีการวิเคราะห์ ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหาและการสร้าง ข้อสรุป

● **เครื่องมือที่ใช้วิจัย** 1) สายวัดรอบเอว 2) อุปกรณ์วัดส่วนสูง 3) เครื่องวัดความดันโลหิต ที่ผ่านการสอบเทียบปีละ 1 ครั้ง 4) เครื่องวัด วิเคราะห์ค่าน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เปอร์เซนต์ไขมันในร่างกาย ระดับไขมันในช่อง ท้อง มวลกล้ามเนื้อร่างกาย 5)แบบสอบถามข้อมูล ด้านพฤติกรรม ผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือโดย ประยุกต์จากเครื่องมือของ รัชฎา จอปลา, และ คณะ<sup>(13)</sup> มีทั้งหมด 25 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็น แบบปลายเปิด เป็นคำถามด้านบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 23, 24, และ 25 และคำถามด้านลบ 22 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1-22 โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 4 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และไม่เคย ปฏิบัติ และทำการทดสอบหาความเที่ยงโดยวัด Cronbach's Coefficient Alpha มีค่าเท่ากับ 0.8 ใช้ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน 2565 – กรกฎาคม 2565 ขอบเขตทางด้านเนื้อหา การศึกษาครั้งนี้มุ่งนำเสนอ บริบทชุมชนและ สถานการณ์การดูแลสุขภาพตนเองทางด้าน โภชนาการของพระสงฆ์ที่ส่งผลต่อค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน และองค์ความรู้ที่เป็น บทเรียน (Lesson Learned) ที่เกิดขึ้นจากการ พัฒนาสุขภาพการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของพระสงฆ์ด้านโภชนาการ เพื่อยกระดับเป็น รูปแบบการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์แบบมีส่วนร่วม พร้อมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนา

● **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับ เอกสารรับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดพิษณุโลก วันที่ 22 เมษายน 2565 เลขที่โครงการวิจัย 006/2565

## ■ ผลการศึกษา

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผนการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR - 1)

กระบวนการศึกษาด้านบริบทชุมชนและสถานการณ์โภชนาการและสุขภาพของพระสงฆ์

1.1 บริบทพื้นฐานของชุมชน พบว่าสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปของสังคม ส่งผลทำให้วิถีชุมชนเปลี่ยนไปด้วย ชุมชนส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรมและมีบางส่วนที่รับจ้างทั่วไป ด้านรูปแบบการทำบุญ ตักบาตรพระสงฆ์ในพื้นที่อำเภอวังทอง จากเดิมชุมชนปรุงอาหารเองและนำอาหารที่ปรุงเองเป็นอาหารสำหรับใส่บาตรพระสงฆ์ด้วย แต่วิถีปัจจุบันที่เร่งรีบ รวมถึงส่วนหนึ่งทำงานนอกบ้านทำให้มีข้อจำกัดด้านเวลา คนในชุมชนพึ่งพาอาหารปรุงสำเร็จ มีความง่าย สะดวกสบายในการซื้อหาจากตลาดมาเป็นอาหารสำหรับใส่บาตรถวายพระมากขึ้น อาหารดังกล่าวไม่สามารถควบคุมคุณภาพได้ รวมถึงอาหารชุดสำเร็จรูปพร้อมใส่บาตร เช่น แกงที่มีส่วนผสมของกะทิ อาหารทอด อาหารรสจัด (หวาน มัน เค็ม) รวมถึงเครื่องดื่ม (น้ำปानะ) ที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม กาแฟกระป๋อง น้ำอัดลม ชาเขียว รวมถึงเครื่องดื่มชูกำลังจากการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชนท่านหนึ่งให้ข้อมูลในประเด็นนี้ว่า “วิถีชีวิตชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปมีความเร่งรีบมากขึ้น ต้องการความสะดวกสบายและรวดเร็วมากขึ้น เนื่องด้วยการประกอบอาชีพนอกบ้าน ทำให้ไม่มีเวลาในการเตรียมอาหาร ดังนั้นการทำบุญ ตักบาตร ชาวบ้านจึงอาศัยการซื้ออาหารสำเร็จเพื่อนำมาถวายพระ และอาหารสำเร็จรูปล้วนแต่เป็นอาหารที่ปรุงขึ้นมีรสจัด ทั้งเค็มจัด หวานจัด และใส่สารปรุงแต่ง และที่สำคัญที่เป็นปัจจัยที่เอื้อให้เกิดวิถีชีวิตแบบนี้คือ หมู่ 4 มีตลาดเข้าด้วย อีกทั้งเวลามีงานบุญ ไม่ว่าจะป็นงานศาสนพิธีต่าง ๆ งานแต่งงาน งานขึ้นบ้านใหม่

แม้กระทั่งงานศพ อาหารที่นำมาถวายพระล้วนแต่เป็นอาหารดี ๆ ในมุมมองของชาวบ้านอาหารดี ๆ เป็นอาหารที่อุดมไปด้วยไขมัน หวาน มัน เค็ม และอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพ สิ่งเหล่านี้จึงเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงทางด้านสุขภาพสำหรับพระสงฆ์” (นาย ค, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565)

1.2 สถานการณ์การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ของหน่วยงานสาธารณสุข แนวความคิดการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอวังทอง คือพยายามป้องกันกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เจ็บป่วย และกลุ่มป่วยไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อน ลดอัตราการป่วยหนัก สำหรับกลุ่มเป้าหมายพระเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่ทางสาธารณสุขให้ความสำคัญอย่างมาก มีเป้าหมายเพื่อยกระดับพระสงฆ์เป็นบุคคลรอบรู้สุขภาพ (Health Literacy People : HLP) และวัดรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy Organization : HLO) การดำเนินการที่ผ่านมามีหน่วยงานสาธารณสุขมีนโยบายหรือแนวทาง ดังนี้ 1) มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ความรู้ให้กับประชาชน ส่งเสริมให้พุทธศาสนิกชนใส่บาตร หรือ ถวายอาหารสุขภาพด้วยเมนูสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม แก่พระสงฆ์ 2) มีการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ปีละ 1 ครั้ง 3) มีการจัดการอบรมพระภิกษุสามเณร และ 4) การร่วมพัฒนาให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ส่วนหนึ่งวิเคราะห์แนวทางแนวคิดดังกล่าวสรุปจากข้อมูลส่วนหนึ่งจากการสัมภาษณ์ที่บอกว่า “พฤติกรรมบริโภคอาหารของพระสงฆ์จึงไม่เพียงมีความเกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ แต่ยังเกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นและบริบทแวดล้อม ดังนั้นการแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืนจะเกี่ยวข้องกับความรู้สุขภาพของพระสงฆ์เองด้วย” (นาย ส, สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565)

กระบวนการส่งเสริมพระสงฆ์ มีกิจกรรมหนึ่งที่สำคัญคือ การพัฒนาพระภิกษุสามเณรของศูนย์อานามย์ที่ 2 ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่ายังไม่มีความมั่นใจชุดความรู้ที่ได้รับ รวมถึงการฝึกทักษะที่ไม่เอื้อให้เกิดทักษะที่

สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) มีความท้าทายในการดำเนินการเป็นอย่างมาก เพราะเกิดจากปัจจัยทางด้านพฤติกรรม และส่วนหนึ่งปัญหาดังกล่าวมีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ได้แก่ พระญาติโยม ผู้ปรุงอาหาร ฯลฯ และยังพบว่าการขับเคลื่อน การพัฒนาพระสงฆ์ในมิติต่าง ๆ จากฝ่ายฆราวาสถึงพระสงฆ์จะมีความง่ายมากขึ้น ถ้าสามารถเข้าถึงระดับผู้บริหารของพระตามโครงสร้างการบริหารคณะสงฆ์ เช่น เจ้าคณะอำเภอ กระบวนการสั่งการจะเป็นไปตามลำดับตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ จนถึงระดับเจ้าอาวาส

**1.3 สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมาย** จากข้อมูลที่เกิดขึ้นรวบรวมพบว่า พฤติกรรมของพระสงฆ์เสี่ยงก่อให้เกิดโรค คือ สูบบุหรี่ มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ บริโภคอาหารไม่เหมาะสม ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเลือกพิจารณาอาหารถึงแม้ว่าฝ่ายทางพระสงฆ์เองพยายามให้ความรู้แก่ญาติโยม แต่ด้วยความเคยชิน รวมถึงค่านิยมที่ผิด ๆ รวมถึงบางครั้งพระสงฆ์เองก็ไม่สามารถปฏิเสธในการฉันภัตตาหารที่โยมมาถวายได้ อีกปัจจัยหนึ่งพบว่าทางด้านพระสงฆ์พบว่าพระรุ่นใหม่ยังมีพฤติกรรมบริโภคอาหารที่คล้ายกับคนรุ่นใหม่ในสังคม สอดคล้องกับข้อมูลสัมภาษณ์เชิงลึกจากพระสงฆ์รูปหนึ่ง ให้ข้อมูลว่า “พบว่าพระมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในหลายรูป ในสภาพความเป็นจริงของสังคมในปัจจุบัน ญาติโยมที่ใส่บาตรมักนิยมใส่อาหารสำเร็จรูปที่ซื้อมาจากตลาด และอาหารเหล่านั้นเป็นอาหารที่มีส่วนประกอบของกะทิอีกทั้งมีสารปรุงรส (ผงชูรส) เป็นอาหารหวานจัด เค็มจัด ล้วนแล้วแต่เป็นปัจจัยสำคัญต่อสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งแตกต่างจากในอดีตที่ญาติโยมประกอบอาหารเอง เป็นอาหารพื้นบ้าน ปัจจุบันมีน้อยมาก” (พระครู ก, สัมภาษณ์ เมื่อวันที่ 26 เมษายน 2565) ในด้านการส่งเสริมสุขภาพที่พระสงฆ์ได้ปฏิบัติอยู่แล้ว ได้แก่ การเดินบิณฑบาต กวาดลานวัด ทำกิจกรรม

ต่าง ๆ ภายในวัดที่มีการใช้แรงกาย ถือว่าเป็นการออกกำลังกายแบบสะสม แต่ก็ยังมีพระสงฆ์ส่วนหนึ่งยังมีวิถีที่เนือยนิ่งอยู่ และจากการวิจัยพบว่าในด้านความต้องการทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ต้องการให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี แข็งแรง ปราศจากโรคร้าย ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในวิถีชีวิตประจำวันยังไม่ถูกต้องและยังส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์ ไม่ว่าจะเป็นการออกกำลังกายที่ไม่สม่ำเสมอ แม้ว่ากิจของพระสงฆ์จะมีการเดินบิณฑบาตในทุกวันก็ตาม รวมถึงรูปแบบการฉันอาหารที่ยังมีการเลือกฉันอาหารตามความอยากเป็นหลัก รวมถึงปัจจัยอื่นที่ญาติโยมนำอาหารที่ไม่ส่งเสริมสุขภาพใส่บาตร

**1.4 สภาวะโภชนาการและสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมายการวิจัยที่มีค่า BMI เกินมาตรฐาน (ก่อนเริ่มโครงการ)** จากข้อมูลการตรวจคัดกรองสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มอายุส่วนใหญ่คือ ช่วงอายุ 25-45 ปี จำนวน 14 รูป (ร้อยละ 56.0) รองลงมาคือช่วงอายุระหว่าง 46-59 ปี จำนวน 8 รูป (ร้อยละ 32.0) จากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพ ประกอบด้วย เส้นรอบเอว<sup>(8)</sup> พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (จำนวน 22 รูป หรือร้อยละ 88.0) อ้วนลงพุง ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)<sup>(8)</sup> ส่วนใหญ่อยู่ในอ้วนระดับ 1b (30.0-34.9 kg/m<sup>2</sup>) จำนวน 10 รูป (ร้อยละ 40.0) รองลงมาคือ อ้วนระดับ 1a (25.0-29.9 kg/m<sup>2</sup>) จำนวน 5 รูป (ร้อยละ 20.0) เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย<sup>(9)</sup> ส่วนใหญ่เกินเกณฑ์ (>20%) จำนวน 23 รูป (ร้อยละ 92.0) มวลกล้ามเนื้อ (skeletal muscle mass index : SMI)<sup>(10)</sup> ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ (≤ 7 kg/m<sup>2</sup>) จำนวน 25 รูป (ร้อยละ 100.0) และระดับไขมันในช่องท้อง<sup>(11)</sup> ส่วนใหญ่เกินเกณฑ์ (ระดับ 9-20) จำนวน 23 รูป (ร้อยละ 92.0)

จากการศึกษาข้อมูลโรคประจำตัวหรือโรคทางระบบที่แพทย์ระบุ ประกอบด้วยโรคเบาหวาน ฉะนั้นยาประจำ จำนวน 6 รูป (ร้อยละ 24.0) ความดันโลหิตสูง ฉะนั้นยาประจำ จำนวน 8 รูป (ร้อยละ 32.0) ไขมันในเลือดสูง ฉะนั้นยาประจำ



จำนวน 6 รูป (ร้อยละ 24.0) ภูมิแพ้ ฉันทยาประจำ จำนวน 2 รูป (ร้อยละ 8.0) และโรคประจำตัวอื่น ๆ ฉันทยาประจำ จำนวน 10 รูป (ร้อยละ 40.0) ด้านการจัดการตนเองในข้อมูลด้านพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหว/ออกแรง/ออกกำลังกาย อารมณ์ น้ำ นอน และการสูบบุหรี่ (โดยรวม)<sup>(13)</sup> ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่มีระดับการจัดการตนเองอยู่ในระดับดี จำนวน 17 รูป (ร้อยละ 68.0)

### กระบวนการวางแผนพัฒนาและแก้ไขภาวะโภชนาการ

จากข้อมูล 1.1 – 1.4 จึงนำมาสู่กระบวนการวางแผนพัฒนาและแก้ไขปัญหภาวะโภชนาการในพระสงฆ์ที่มีค่า BMI เกินมาตรฐานเขตอำเภอวังทองแบบมีส่วนร่วมโดยการมีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียดังต่อไปนี้ พระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการวิจัย, เจ้าคณะอำเภอวังทอง, นักวิจัย, บุคลากรสาธารณสุขแบบสหวิชาชีพ ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับ สสจ. พิษณุโลก ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก, สสอ. วังทอง, อปท. ในเขตอำเภอวังทอง, อาสาสมัคร ข้อเสนอในที่ประชุมระดมความคิดเห็น ให้มุ่งเน้นการพัฒนาและแก้ไขปัญหาอย่างยั่งยืน โดยยึดกระบวนการสร้างความรอบรู้ในกลุ่มพระสงฆ์เป้าหมายเป็นหลัก โดยมีกระบวนการเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญห ดังนี้ 1) การสร้างและพัฒนากการสื่อสารสุขภาพตามแนวทางรอบรู้ทางด้านสุขภาพ มุ่งเน้นประเด็นโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยการผลิตสื่อแบบมีส่วนร่วม ออกแบบและพัฒนาสื่อที่มีความจำเพาะเจาะจงตามแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้กับกลุ่มพระสงฆ์และกลุ่มชุมชน โดยสื่อดังกล่าวเป็นบทความสั้นสำหรับหอกระจายข่าวประจำชุมชนที่สื่อสารในทุกวันก่อนนำเสนอข่าวสารทั่วไป, รูปแบบการสื่อสารข้อมูลออนไลน์ที่จำเพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายพระสงฆ์, ไปสเตอร์และไวนิลที่สกัดข้อความสำคัญ ใช้สำหรับติดประชาสัมพันธ์ที่วัดและสถานที่ศูนย์กลางในชุมชน สำหรับประชาชนที่มาทำบุญที่วัด 2) การใช้รูปแบบ

ต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Health Support group) คัดเลือกต้นแบบที่เป็นพระสงฆ์สุขภาพดี และมีรูปแบบการปรับเปลี่ยนตนเองอย่างมีวินัย โดยพระสงฆ์ต้นแบบกลุ่มนี้จะทำบทบาทเป็นผู้สื่อสารสุขภาพ ผู้นำการแลกเปลี่ยนภายในกลุ่ม มีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยงในกลุ่มปิดออนไลน์ และในช่วงของการประชุมกลุ่มแบบออนไลน์ 3) การสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ ที่วิจัยมีการสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความจำเป็นและความต้องการในการรับข้อมูล

### ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR - 2)

กระบวนการพัฒนาและแก้ไขปัญหอย่างมีส่วนร่วม ในระหว่างเดือนเมษายนถึงมิถุนายน 2565 มีดังต่อไปนี้

1) การสร้างและพัฒนากการสื่อสารสุขภาพตามแนวทางรอบรู้ทางด้านสุขภาพ เห็นประเด็นโภชนาการและการออกกำลังกาย โดยมีกระบวนการดังนี้ 1.1) ทีมผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลจากเวทีสนทนากลุ่ม ปรับเปลี่ยนรูปแบบการสื่อสารสุขภาพแบบเดิมและใช้แนวคิดการสร้างสื่อแบบใช้ key message เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์และกลุ่มชุมชน 1.2) นำผลที่ได้มาการออกแบบและพัฒนาสื่อที่มีความจำเพาะเจาะจงตามแนวทางการสื่อสารเพื่อสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพเพื่อนำไปใช้กับกลุ่มพระสงฆ์และกลุ่มชุมชน ผลผลิตในขั้นตอนนี้เป็นบทความสั้นสำหรับหอกระจายข่าวประจำชุมชน ในช่วงเช้าของทุกวันก่อนการสื่อสารข่าวสารทั่วไป ตามปกติ, รูปแบบการสื่อสารข้อมูลออนไลน์ที่จำเพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายพระสงฆ์ในกลุ่มออนไลน์แบบปิด, ไปสเตอร์และไวนิลที่สกัดข้อความสำคัญใช้สำหรับติดประชาสัมพันธ์ที่วัดและสถานที่ศูนย์กลางในชุมชน

### 2) การใช้รูปแบบต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อน

ช่วยเพื่อน (Health Support group) โดยมีการดำเนินการดังนี้ 2.1) ที่มิวิจัยได้ออกแบบกระบวนการโค้ชชิ่ง (Group Coaching) และการให้คำปรึกษา (Group Counseling) โดยมีพระสงฆ์ต้นแบบ 1:5 รูป แลกเปลี่ยนเรียนรู้ 2.2) สร้างกระบวนการเรียนรู้ และสร้างแรงบันดาลใจผ่านการปฏิบัติเป็นกลุ่มให้คำปรึกษา (Group Counseling) เป็นกลุ่มออนไลน์ที่เป็นกลุ่มปิดเฉพาะ มีบุคลากรทางด้านสาธารณสุขเข้าไปเป็นผู้เลี้ยงและสนับสนุนความรู้ผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ แบ่งปันรูปภาพและกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของสมาชิกเพื่อสร้างแรงบันดาลใจระหว่างกันและข้อมูลเพื่อฝึกทักษะการออกกำลังกายเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม

3) การสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ โดยมีการดำเนินการดังนี้ 3.1) ที่มิวิจัยมีการสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ โดยการวิเคราะห์สภาพปัญหา ความจำเป็นและความต้องการในการรับรู้ข้อมูล 3.2) ออกแบบและจัดทำแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ สำหรับพระสงฆ์นำไปใช้เป็นส่วนหนึ่งในการสร้างกระบวนการเรียนรู้ในเวทีเรียนรู้แบบออนไลน์และออนไซต์ กิจกรรมดังกล่าวดำเนินการโดยทีมงานศูนย์อนามัยโดยมีนักวิจัยและบุคลากรที่เกี่ยวข้องดำเนินการร่วมกัน

**ขั้นตอนที่ 3 ขั้นตอนสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (PAR - 3)**

มีการติดตามผ่านการถอดบทเรียนในเวทีอบรมเชิงปฏิบัติการตามขั้นตอนที่ 2 จำนวน 3 ครั้ง การรายงานผลการปฏิบัติตนของกลุ่มเป้าหมายและการติดตามผ่านกลุ่มออนไลน์อย่างต่อเนื่อง ในขั้นตอนนี้ทางผู้วิจัยได้นำกระบวนการที่ได้ออกแบบตามแนวทางพัฒนาและแก้ไขปัญหายังมีส่วนร่วมนำไปใช้กับกลุ่มเป้าหมายการวิจัยพร้อมประเมินผลผ่านเวทีถอดบทเรียนย่อยในพื้นที่

ในด้านกระบวนการเพื่อพัฒนาและแก้ไขปัญหา 3 กระบวนการข้างต้น พบว่า 1) การสร้าง

และพัฒนาการสื่อสารสุขภาพตามแนวทางรอบรู้ทางด้านสุขภาพ มุ่งเน้นประเด็นโภชนาการและการออกกำลังกาย เกิดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อค้นหาความต้องการในการรับรู้ข่าวสารที่เป็นประโยชน์ มีความจำเพาะเจาะจงต่อการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงเป็นสื่อที่เข้าใจง่าย นำไปใช้รวมถึงประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ เช่นบทความสั้นสามารถสื่อสารผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้านในทุกวันช่วงเช้า โปสเตอร์และไวนิลที่สกัด Key message ใช้สำหรับติดประชาสัมพันธ์ที่วัดและสถานที่ศูนย์กลางในชุมชนทำให้การเข้าถึงข่าวสารสำคัญได้ง่าย รวมถึงข้อความสามารถสร้างการจดจำให้กับผู้อ่านได้ ในส่วนองค์ความรู้ที่สกัดเฉพาะเพื่อสื่อสารในกลุ่มออนไลน์ ก็ได้รับการสะท้อนบทเรียนจากกลุ่มเป้าหมายว่า เป็นความรู้ที่สามารถนำไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ง่ายและเกิดผลการเปลี่ยนแปลง

2) การใช้รูปแบบต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Health Support group) พบว่า การที่พระสงฆ์มีต้นแบบที่เป็นพระสงฆ์ด้วยกัน ทำให้การสื่อสารเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดการสร้างแรงบันดาลใจในกลุ่มกันเอง ส่วนองค์ความรู้ที่จำเป็นจะมีการสื่อสารในทุกวันในกลุ่มสื่อสารออนไลน์แบบผิด 3) การสร้างและพัฒนาแผนการเรียนรู้ทางด้านโภชนาการ เนื่องด้วยรูปแบบการออกแบบแผนการเรียนรู้เกิดจากการมีส่วนร่วมระหว่างกลุ่มเป้าหมายการวิจัยและผู้วิจัย จึงสามารถสกัดประเด็นการเรียนรู้ที่จำเป็นและเพียงพอต่อการเป็นองค์ความรู้เพื่อการตัดสินใจและนำไปสู่การปฏิบัติ ได้เป็นอย่างดี

**ขั้นตอนที่ 4 ขั้นตอนสะท้อนการปฏิบัติแบบมีส่วนร่วม (PAR - 4)**

สภาวะสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมายการวิจัยที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (ภายหลังการดำเนินโครงการ) พบว่า **เส้นรอบเอว<sup>(8)</sup>** พบว่าเส้นรอบเอวเฉลี่ยครั้งที่ 2 (23 มิ.ย. 65) เท่ากับ 101.48 ซม. ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ

106.04 ซม. ค่าดัชนีมวลกาย<sup>(9)</sup> พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยครั้งที่ 2 (ภายหลังดำเนินโครงการ) เท่ากับ 31.43 kg/m<sup>2</sup> ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ 32.36 kg/m<sup>2</sup> และพระสงฆ์มีน้ำหนักปกติ (BMI เท่ากับ 18.5-22.9 kg/m<sup>2</sup>) เพิ่มขึ้นจำนวน 2 รูป (ร้อยละ 8.0) **เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย<sup>(9)</sup>** พบว่าเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายเฉลี่ยครั้งที่ 2 (ภายหลังดำเนินโครงการ) เท่ากับ 30.89 ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ 31.86 **มวลกล้ามเนื้ออย่างง่าย (skeletal muscle mass index : SMI)<sup>(10)</sup>** พบว่า มวลกล้ามเนื้ออย่างง่ายเฉลี่ยครั้งที่ 2 (ภายหลังดำเนินโครงการ) เท่ากับ 9.14 ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ 9.18 **ระดับไขมันในช่องท้อง<sup>(11)</sup>** พบว่าระดับไขมันในช่องท้องเฉลี่ยครั้งที่ 2 (ภายหลังดำเนินโครงการ) เท่ากับ 11.64 ลดลงจากครั้งที่ 1 (ก่อนเริ่มดำเนินโครงการ) เท่ากับ 11.92

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์จากการสนทนากลุ่ม พฤติกรรมการจัดการทางด้านโภชนาการ พบว่าเปลี่ยนแปลงจากเดิม กล่าวคือ มีความตระหนักในการเลือกกินอาหารมากขึ้น ส่งผลให้ลดอาหารหวาน มัน เค็ม ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือพระสงฆ์บางรูปก็สามารถงดอาหารกลุ่มดังกล่าวไปเลย ทำให้น้ำหนักของพระสงฆ์หลายรูปลดลง รวมถึงอาการของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่มีอาการที่ดีขึ้น จากการเก็บข้อมูลแบบสนทนากลุ่มมีการสะท้อนบทเรียนต่าง ๆ ดังนี้

“น้ำหนักลดลง ได้ปรับเปลี่ยนการกินผลไม้ เช่น การกินทุเรียนก็ควบคุมให้น้อยลง ระวังระวังอาหารการกิน ตั้งใจว่าจะลดน้ำหนักต่อไป” (พระรูปที่ 1, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“เมื่อก่อนไม่ได้ดูแลตัวเองเท่าไร แต่หลังจากที่เข้าร่วมก็เริ่มระวังในการกินลดของที่มีไขมันสูง และของหวานรู้สึกได้ว่าสุขภาพดีขึ้น” (พระรูปที่ 2, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“ได้เปลี่ยนแปลงตัวเองมากขึ้นลดอาหารหวาน + มันเหมือนมีเครื่องเตือนใจเมื่อได้เข้าโครงการให้เราได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเรา” (พระรูปที่ 4, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“พฤติกรรมการกินได้เปลี่ยนแปลงให้กินช้าลงใช้เวลาให้นานขึ้นเพื่อให้ปริมาณนั้นลดลงในการกินแต่ละครั้งและปริมาณที่กินปกติจากสองจานปัจจุบันนี้ก็ลดลงเหลือแค่หนึ่งจาน” (พระรูปที่ 8, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“เป้าหมายของตนเองคือการลดน้ำหนักของตัวเองให้ได้ การกินอาหารก็ต้องระมัดระวังโดยตนเองได้ลดของมัน และของเค็ม แต่ของหวานยังคงกินอยู่ แต่ได้ลดความหวานลง เพราะเป็นโรคเบาหวานถ้าลดเลยก็จะเกิดอาการเวียนหัว น้ำหนักลดลง 1 กก. มีพุงใจแล้วน้ำหนักไม่เพิ่มขึ้น แต่ลดลงก็รู้สึกดีใจเพราะเรามีพฤติกรรมไม่ดีแบบนี้มานานแล้ว และจะเน้นคุมอาหารจะค่อยปรับไปเรื่อย ๆ” (พระรูปที่ 13, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

พฤติกรรมออกกำลังกาย พระสงฆ์ก็เปลี่ยนแปลงไปด้วย ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายแต่พระสงฆ์ให้ความสำคัญในการเดินบิณฑบาต การเดินจงกรม การทำสมาธิ ประโยชน์ การกวาดลานวัด ฤดูกาล หรือแม้กระทั่งการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ก็ถือเป็นการออกกำลังกายตามกิจวัตร 10 ของพระสงฆ์ที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพและไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย มีแนวโน้มในการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอมากขึ้น

“ชีวิตเปลี่ยนแปลงไปในการควบคุมอาหารและออกกำลังกายมากขึ้นน้ำหนักลดลง 7 กก. จากการวัดน้ำหนัก ก่อนเข้าร่วมโครงการรู้สึกจิตใจสบายขึ้น” (พระรูปที่ 6, สนทนากลุ่ม วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

“ได้ออกกำลังกายทุกวัน เช่น กวาดลานวัดพฤติกรรมการกินก็เป็นแปลงคือควบคุมปริมาณในการกินและรู้สึกว่าร่างกายมีความคล่องแคล่วมากขึ้น” (พระรูปที่ 11, สนทนากลุ่ม

วันที่ 26 มิถุนายน 2565)

ความพึงพอใจของพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมายการวิจัยที่มีค่าดัชนีมวลกายเกินมาตรฐาน (ภายหลังการดำเนินโครงการ) ความรู้ของผู้เข้าร่วมกิจกรรม หลังเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับสูง จำนวน 21 รูป (ร้อยละ 84.0) ความรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนใหญ่สามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยมีความรู้ระดับสูงจำนวน 21 รูป (ร้อยละ 84.0) ผลการประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร พบว่า ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมโดยภาพรวม ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นระดับมากที่สุดจำนวน 17 รูป (ร้อยละ 68.0)

■ อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าวพบว่า เส้นรอบเอวเฉลี่ย ค่าดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายมีผลลัพธ์ที่ดี ส่วนมวลกล้ามเนื้ออย่างคี่เฉลี่ยลดลงหลังดำเนินโครงการ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายการศึกษามีกิจกรรมทางกายไม่สม่ำเสมอ หากจะได้ผลดีต้องมีกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอและเพียงพอ โดยกิจกรรมทางกายนั้นจะเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น จะมีผลทางบวกต่อระบบกล้ามเนื้อ ระบบหายใจและระบบไหลเวียนโลหิต<sup>(14)</sup> ส่วนปัจจัยด้านโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพ โดยส่วนใหญ่ให้ความสำคัญกับสารอาหารกลุ่มโปรตีน เป็นสารอาหารที่ช่วยรักษาซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายและเพิ่มมวลกล้ามเนื้อ การได้รับสารอาหารโปรตีนไม่เพียงพอจะส่งผลต่อสมรรถภาพของการออกกำลังกายและมวลกล้ามเนื้อ<sup>(15)</sup>

กระบวนการส่งเสริมสุขภาพทางด้านการจัดการโภชนาการสำหรับพระสงฆ์ที่มีภาวะค่าดัชนีมวลกายเกินแบบมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายการวิจัย

ทางผู้วิจัยได้นำกระบวนการที่ได้ ออกแบบตามแนวทางพัฒนาและแก้ไขปัญหาค

ผสานวิธีอย่างมีส่วนร่วมผ่านกระบวนการ 3 กระบวนการจากการระดมความคิดวิธีการแก้ไขปัญหา โดยมีหลักการการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค รวมถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากผลการวิจัยร่วมกับกลุ่มเป้าหมายมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีทักษะการดูแลตนเองและปฏิบัติตัว เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ฯลฯ มีทัศนคติที่ดีจากการเสริมพลังอำนาจในตัวเอง มีความมั่นใจจากการปฏิบัติตนจนเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เป็นตัวอย่างการปฏิบัติตน มีความพร้อมในการเป็นต้นแบบพระสงฆ์สุขภาพดีและสามารถสื่อสารสุขภาพได้ สอดคล้องกับแนวความคิดของ Rosenstock and IM<sup>(16)</sup> ที่เชื่อว่าการรับรู้ของบุคคลเป็นตัวบ่งชี้พฤติกรรม โดยบุคคลจะกระทำหรือเข้าไปใกล้กับสิ่งที่ตนพอใจ และคิดว่าสิ่งนั้นจะก่อให้เกิดผลดีต่อตนเอง และหนีห่างจากสิ่งที่ตนไม่ปรารถนา การที่บุคคลจะปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคนั้น แนวคิดในการดำเนินการตามแนวทางพัฒนาและแก้ไขปัญหาคผสานวิธีอย่างมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงสุขภาพตัวเองให้กับพระสงฆ์ ยังสอดคล้องกับ Becker and Marshall H<sup>(17)</sup> ที่นำทฤษฎีทางจิตสังคมมาวิเคราะห์พฤติกรรมอนามัยของบุคคล โดยเน้นแรงจูงใจทางด้านสุขภาพของบุคคลที่แสวงหาการรักษาโรค และเพิ่มองค์ประกอบร่วม โดยมีขั้นตอนในการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค รวมถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ กระบวนการแรงจูงใจด้านสุขภาพและปัจจัยอื่นๆ เช่น ความสม่ำเสมอในการดำเนินการ เป็นต้น

จากผลการวิจัยในด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ถือว่าเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ ได้แก่ คณะกรรมการชุมชน ญาติโยมที่มาทำบุญที่วัด อสม.และ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบวัดในแต่ละตำบล ได้มาร่วมกันแลกเปลี่ยนและวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ทำให้ได้ข้อเสนอที่เป็นทางเลือกในการออกแบบการพัฒนาที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายและสถานการณ์ของปัญหาในขณะนั้น การมีส่วนร่วมอย่างเข้มแข็งในกระบวนการวิจัยดังกล่าวยังสร้างให้เกิดความรู้สึกการเป็นเจ้าของปัญหา และโดยเฉพาะปัญหาสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีปัจจัยซับซ้อน เกี่ยวข้องกับผู้คนและปัจจัยเชิงสังคม วัฒนธรรมในหลากหลายมิติ การมีส่วนร่วมแสวงหาทางออกเป็นมรรควิธีการพัฒนาที่ยั่งยืน และการมีส่วนร่วมของชุมชนในประเด็นดังกล่าวจึงมีความสำคัญ สอดคล้องกับแนวคิดของชนินทรานันท์บุตร<sup>(18)</sup> ที่กล่าวถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสร้างเสริมสุขภาพในวิถีชีวิตของประชาชน จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วนในพื้นที่เป็นหลักพร้อมกันด้วย ที่ประกอบด้วย บุคคล กลุ่ม และองค์กรในพื้นที่ร่วมกันจัดดำเนินการเรื่องต่าง ๆ ให้เกิดการอยู่เย็นเป็นสุขของประชาชน จึงเป็นการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วนมีกระบวนการทำงานที่เชื่อมโยงกัน มีเป้าหมายร่วมกัน เป็นสิ่งที่จะบอกรับการพัฒนาของตำบล และยังสอดคล้องกับแนวคิดจากการวิจัยของ Mohamad NA, et al.<sup>(4)</sup> ที่กล่าวถึงการสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งของชุมชนเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในวิถีชีวิตที่มองเป็นองค์รวมตามความหมาย “สุขภาพ” ที่จัดการโดยชุมชนมีส่วนร่วมเป็นการแสดงถึงศักยภาพของชุมชนที่เป็นกระบวนการจัดการสุขภาพเป็นประโยชน์เบื้องต้นในการปรับคุณภาพชีวิต โดยต้องมีการพัฒนาทุนทางสังคมให้มีทักษะและความเข้มแข็งของชุมชนที่ทำงานร่วมกันโดยเกิดประโยชน์สำหรับชุมชนเอง

**การใช้กระบวนการโค้ชกลุ่มแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** จากผลการวิจัยพบว่า การใช้รูปแบบต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Health

Support group) ออกแบบกระบวนการโค้ชซึ่ง (Group Coaching) และการให้คำปรึกษา (Group Counseling) โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นโค้ช สร้างกระบวนการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มที่มีบริบทที่คล้ายคลึงกัน มีกระบวนการกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน และสร้างแรงบันดาลใจระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับประเด็นที่เป็นจุดอ่อนต้องพัฒนา พร้อมกับเสริมหนุนองค์ความรู้ที่ถูกต้อง ประสบความสำเร็จอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเป้าหมาย การวิจัยในครั้งนี้ กระบวนการดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ Wilson W and Pratt C.<sup>(19)</sup> ที่ชี้ว่าการแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กับบุคคลอื่นที่ต้องมีประสบการณ์ด้านสุขภาพที่คล้ายคลึงกัน จะเป็นวิธีช่วยให้บุคคลเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติ กระบวนการนี้ย่อมมีประสิทธิภาพ และยังสอดคล้องกับแนวคิดของ Schwartz CE and Sendor M.<sup>(20)</sup> ที่กล่าวถึง การแลกเปลี่ยน ประสบการณ์กันและกันจะทำให้กระบวนการ ซึมซับและประมวลองค์ความรู้ใหม่ ๆ มีประสิทธิภาพมากหากเกิดขึ้นระหว่างเพื่อนที่มีภูมิหลังคล้ายกันและมีประสบการณ์แบบเดียวกัน และสอดคล้องกับแนวคิดของ Helgeson VS, et al.<sup>(21)</sup> ได้สรุปไว้เพื่อบอกรับประสิทธิภาพของกระบวนการตามแนวทางนี้ว่า เพื่อนในกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันมากเพียงใด (เช่น ประสบการณ์ชีวิตใกล้เคียงกันและมีปัญหาด้านการดูแลสุขภาพตนเองที่คล้ายกัน) ยังมีโอกาสมากขึ้นที่กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อนจะนำไปสู่ความเข้าใจ เห็นใจรวมถึงถ้อยที่ถ้อยอาศัยกันมากขึ้น

## ■ สรุป

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับพระสงฆ์กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโครงการ จากกระบวนการเรียนรู้ของโครงการฯ ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกขั้นตอน และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการผสาน

วิธี ทั้งในกลุ่มออนไลน์และกระบวนการให้คำปรึกษา และการอบรมเชิงปฏิบัติการแบบออนไลน์ บรรยายภาคในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ มีความกระตือรือร้นของสมาชิกกลุ่มมีการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านการได้รับความรู้ที่ถูกต้อง มีทักษะในการดูแลตนเองและปฏิบัติตัว เช่น การเลือกรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ฯลฯ มีทัศนคติที่ดีจากการเสริมพลังอำนาจในตัวเอง มีความมั่นใจจากการปฏิบัติตนจนเห็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง เป็นตัวอย่างการปฏิบัติตน จากการนำเสนอกิจกรรมของพระสงฆ์ที่เปลี่ยนแปลงไป มีความพร้อมในการเป็นต้นแบบพระสงฆ์สุขภาพดี และสามารถสื่อสารสุขภาพได้

ข้อค้นพบสำคัญ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการพัฒนาและแก้ไขปัญหามาแบบบูรณาการทำให้ปัญหาที่เกิดจากปัจจัยซับซ้อนถูกแก้ไขผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความเป็นเจ้าของปัญหาาร่วมกัน กระบวนการโค้ชแบบกลุ่ม เสริมด้วยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน มีต้นแบบด้านสุขภาพในกลุ่มช่วยกระตุ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการออกแบบการสื่อสารที่เหมาะสมเพื่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายเป็นประเด็นสำคัญ

## ■ ข้อยกจำกัดของการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายงานวิจัยดังกล่าว ไม่ได้รวมเอากลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียสำคัญ ได้แก่ ผู้คนในชุมชนที่เป็นผู้ที่ต้องใส่บาตรหรือ

ถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์โดยตรง

## ■ ข้อเสนอแนะเพื่อนำไปใช้

ประเด็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์เป็นประเด็นที่มีความท้าทายด้วยปัจจัยต่างๆ กระบวนการดำเนินการที่เหมาะสมและสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงได้ คือ ค้นหาพระสงฆ์รอบรู้ด้านสุขภาพที่แล้วเสริมพลังสร้างพระสงฆ์ต้นแบบเพื่อเป็นแกนนำทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขทำบทบาทเป็นพี่เลี้ยงและสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน

## ■ ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

ควรมีการศึกษาที่มุ่งถึงรูปแบบการโค้ช มุ่งเน้นรูปแบบต้นแบบสุขภาพ (Role Model) ผสมผสานรูปแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Health Support group) เพื่อส่งเสริมสุขภาพและสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่จำเพาะกับบริบทของพระสงฆ์

เพื่อสร้างการเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพที่มีความเชื่อมโยงปัจจัยเชิงสังคมอย่างซับซ้อน งานวิจัยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการรับประทานอาหารของพระสงฆ์ ต้องการกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความสำคัญและครบถ้วน งานวิจัยครั้งต่อไปจึงต้องเพิ่มผู้คนในชุมชนที่เป็นผู้ที่ต้องใส่บาตรหรือถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์โดยตรง

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ภัยหายไข้ ใจหายทุกข์ [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 11 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaicam.go.th>
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2560 [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1016620200522094814.pdf>
3. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มพระภิกษุ-สามเณร อายุ 35 ปีขึ้นไป ได้รับการคัดกรอง และเสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 4 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php>

4. Mohamad NA, Talib A, Bt N, Bin Ahmad MF, Mad Shah IB, Leong FA, et al, Role of community capacity building construct in community development, International Journal of Academic Research 2012;4(1):172-6.
5. พระกิตติญาณเมธี (สมเกียรติ รัมัญวงศ์). การส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี. วารสารรัชต์ภาคย์ 2561;12(25):94-5.
6. อรุมา เลหาพิบูลย์กุล. วิธีการบำบัดรักษาสุขภาพเชิงพุทธบูรณาการ. วารสารสถาบันวิจัยญาณสังวร 2557;5(2):41.
7. พระสุกสะหวັນ บุคชะหมวน. การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.
8. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หุ่นดี สุขภาพดี ง่ายๆ แค่ปรับ 4 พฤติกรรม [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/webupload/6x22caac0452648c8dd1f534819ba2f16c/filecenter/Additional/005.pdf>
9. The Examination Committee of Criteria for “Obesity Disease” in Japan, Japan Society for the Study of Obesity. New criteria for “obesity disease” in Japan. Circ J 2002;66(11):987-92.
10. Chen LK, Woo J, Assantachai P, Auyeung TW, Chou MY, Iijima K, et al. Asian Working Group for Sarcopenia: 2019 consensus update on sarcopenia diagnosis and treatment. J Am Med Dir Assoc 2020;21(3):300-7.
11. ณิชชา สมหล่อ. การดูแลผู้ป่วยโรคอ้วนในเวชปฏิบัติ [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 10 มกราคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.rcot.org/datafile/\\_file/\\_doctor/a7ab874d0fc8818ba8baf201d3eeb2d5.pdf](http://www.rcot.org/datafile/_file/_doctor/a7ab874d0fc8818ba8baf201d3eeb2d5.pdf)
12. Denzin NK. The research act. New York: McGraw-Hill; 1982.
13. รัชฎา จอปา, คมขำ สุทธิ, กรรณิการ์ สุวรรณ และมนตรา พิเชฐวีรัชย์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสุขภาพสมรรถภาพหัวใจ ไขมันมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. ใน: สมพงษ์ ชัยโอภาณนท์, บรรณธิการ. การประชุมวิชาการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ครั้งที่ 11 ประจำปี 2561; วันที่ 27-29 มิถุนายน 2561; ณ โรงแรม มิวราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น กรุงเทพฯ; 2561 หน้า 261.
14. สมจินต์ โฉมวิวัฒนะชัย, สมฤดี เนียมหอม, สุจิตรา ดวงดี และ ธงชน เพิ่มบาศรี. ประสิทธิภาพการออกกำลังกายแบบแรงต้านในผู้สูงอายุ ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย : การบททวนอย่างเป็นระบบ. วารสารกรมการแพทย์ 2562;44(1): 47-51.
15. สิริวิชัย ณิชชาโชติสฤษฏ์. โภชนาการกับการออกกำลังกาย. กรุงเทพฯ: รวิวัน พรินต์ติ้ง กรุ๊ป; 2561.
16. Rosenstock IM. What research in motivation suggests for public health. Am J Public Health 1960;50 (3\_Pt\_1):295-302.
17. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. Health Education Monographs 1974;2(4):324-473.
18. ขนิษฐา นันทบุตร, ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน : แนวคิด เครื่องมือ การออกแบบ. กรุงเทพมหานคร: อูษาการพิมพ์; 2551.
19. Wilson W, Pratt C. The impact of diabetes education and peer support upon weight and glycemic control of elderly persons with noninsulin dependent diabetes mellitus (NIDDM). American Journal of Public Health 1987;77(5):634-5.
20. Schwartz CE, Sendor M. Helping others helps oneself: response shift effects in peer support. Soc Sci Med 1999;48(11):1563-75.
21. Helgeson VS, Cohen S, Schulz R, Yasko J. Group support interventions for women with breast cancer: who benefits from what?. Health psychology 2000;19(2):107-14.