

การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา

อรรณวิทย์ สิงห์ศาลาแสง*, พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์**, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพของพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง กลุ่มเป้าหมายเป็นพระสงฆ์ จำนวน 25 รูป การศึกษาแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และวิถีชีวิตของพระสงฆ์ที่สัมพันธ์กับชุมชน พฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ และภาวะสุขภาพพระสงฆ์ ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพของพระสงฆ์ดำเนินการตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ การสะท้อนผล และระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบที แบบสองกลุ่มสัมพันธ์กัน และ การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า หลังจากการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์เป็นดังนี้ (1) พระสงฆ์มีค่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง ($t=7.15$, $p<0.001$) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค ($t=2.96$, $p=0.002$) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ($t=3.30$, $p<0.001$) การรับรู้ความสามารถของตนเอง ($t=3.03$, $p=0.002$) ความคาดหวังของผลดีจากการปฏิบัติ ($t=4.22$, $p<0.001$) และการปฏิบัติตัวในด้านสุขภาพตามหลัก 4 อ. ($t=4.27$, $p<0.001$) และ (2) พระสงฆ์ที่มีค่าอัตราการกรองของไต (GFR) อยู่ในเกณฑ์ปกติมากขึ้นเป็นร้อยละ 68.00 ภาวะไขมันในเลือดสูงลดลงเหลือร้อยละ 44.00 และพระสงฆ์ทุกรูปที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน สามารถควบคุมได้ จึงประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ทั้งนี้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการปฏิบัติต่อพระสงฆ์ รวมกับการพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเองให้กับพระสงฆ์ด้วย

คำสำคัญ : การพัฒนาศักยภาพ, พระสงฆ์, โรคเรื้อรัง, ภาวะแทรกซ้อน

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

** รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Corresponding author, email: atthawit.s@kkumail.com, Tel. 080-3762044

Received : April 6, 2021; Revised : June 9, 2021; Accepted : September 30, 2021

Potential Development among Monks on Disease Protection and Complication of Chronic Disease, NongPhluang Subdistrict, Jakkarat District, Nakhon Ratchasima Province

Atthawit Singasalasang*, Bhuddhipong Satayavongthip**, Tongtip Salawongluk**

Abstract

This action research aimed to develop the monks' potential in preventing disease and complications from chronic diseases. The study targets were 25 monks. The study was divided into 3 phases: including phase I, studied the relevant situation and way of life, health conditions, and health behavior of monks in community; phase II was the process of monks' potential development as an action research concept consisting of planning, action, observation, and reflection; and phase III, studied results of the development process in term of health behaviors and health problem managements. The mean scores of outcomes were compared by paired t-test analysis.

Thereafter, results from monks' potential development were as follows: (1) the monks had a statistically higher mean score of related-health behaviors than before the development, including the knowledge of chronic diseases ($t=7.15$, $p<0.001$), the perceived severity ($t=2.96$, $p=0.002$), the perceived susceptibility ($t=2.96$, $p=0.002$), the self-efficacy ($t=3.30$, $p=0.002$), the response efficacy ($t=3.03$, $p<0.001$) and the practices of four elements in chronic diseases management ($t=4.22$, $p<0.001$), and (2) the normal level of glomerular filtration rate (GFR) increased to 68.00%. The level of hyperlipidemia decreased to 44.00%, the risk of stroke was reduced to 16.00%, and (3) All of monks with hypertension and diabetes mellitus had been continuously controlled. There were achieved as the objectives. However, on taking care of the monks is necessary to community participation and stakeholders in the proceeding, as well as the development of self-health care for the monks.

Keywords : Potential development, Monks, Chronic disease, Complications

* Assistant Professor, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

** Associate Professor, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Corresponding author, email: atthawit.s@kkumail.com, Tel. 080-3762044

Received : April 6, 2021; **Revised :** June 9, 2021; **Accepted :** September 30, 2021

ความสำคัญของปัญหาการวิจัย

ความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่พระพุทธศาสนาให้ความสำคัญ ดังพุทธพจน์ที่ว่า “อโรคยา ปรมาลาภา ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องดูแลรักษา รวมถึงป้องกันไม่ให้เกิดความเจ็บป่วย พระพุทธองค์ทรงให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพแข็งแรง โดยยึดหลักการสำคัญ คือการใช้ทางธรรมนำทางโลก และมาตรการสำคัญในการดำเนินการ 5 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัย ที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญาและทางสังคม ตลอดจนการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระสงฆ์แข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข ภายใน 10 ปี (พ.ศ.2560-2569) (พระครูพิพิธสุตาทรร และคณะ, 2560)

พระสงฆ์ไทยเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยงหนึ่งที่กำลังเผชิญปัญหาโรคเรื้อรังอันเนื่องมาจากวิถีธรรมะปฏิบัติอย่างมีข้อจำกัด อาทิ การบริโภคอาหารที่พุทธศาสนิกชนนำมาถวาย และวิธีการออกกำลังกายด้วยกิริยาที่สำรวม ข้อมูลจากการรายงานคำรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ในโรงพยาบาลสงฆ์ และโรงพยาบาลของรัฐ พบว่ามีค่าใช้จ่ายสูงถึงปีละ 300 ล้านบาท และข้อมูลโรงพยาบาลสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2560 พบว่ามีพระสงฆ์มารับการตรวจรักษา จำนวน 71,037 ราย มีภาวะไขมันในเลือดสูง 7,315 ราย หรือร้อยละ 10.30 โรคความดันโลหิตสูง 5,472 ราย หรือร้อยละ 7.70 และโรคเบาหวาน 5,090 ราย หรือร้อยละ 7.17 และจากการศึกษาภาวะสุขภาพพระสงฆ์ จำนวน 246 รูป พบว่าร้อยละ 45.10 มีภาวะอ้วน และร้อยละ 43.10 มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2560) สอดคล้องกับการศึกษาของมินตรา สาระรักษ์, วรารัตน์ สังวะลี และ วิลาศ คำแพงศรี (2560) ที่พบว่า พระสงฆ์เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 14.70 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 65.60 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 18.80 และยังพบว่าปัจจัยด้านดัชนีมวลกาย วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย การตรวจสุขภาพประจำปี และความถี่ในการตรวจสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระสงฆ์ นอกจากนี้การศึกษาของ เฉลิมพล ตันสกุล, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และเพ็ญจันทร์ โรจนวิภาต (2560) พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 80.70 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย ส่วนใหญ่ใช้วิธีการพึ่งพาตนเอง ร้อยละ 78.90 เวลาเป็นไข้ ตัวร้อน ด้วยการซื้อยารับประทานเองและส่วนใหญ่ไม่ตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งวิถีปฏิบัติเหล่านี้ล้วนส่งผลให้พระสงฆ์เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

ภายใต้ข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมของพระสงฆ์นั้น โดยพระสงฆ์สามารถที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นปกติ เพียงจะต้องอยู่ในกรอบไม่เกินเลยหรือกระทำตนจนเป็นที่น่ารังเกียจ และขัดต่อพระธรรมวินัยที่กำหนดไว้ตั้งแต่ในสมัยอดีตกาล (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560) ซึ่งจากการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ที่ผ่านมาพบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับความเสี่ยงสูง และมีการออกกำลังกายยังไม่สม่ำเสมอ (ชมพูนุท สิงห์มณี และคณะ, 2560) ซึ่งนำไปสู่ภาวะโภชนาการที่ไม่ปกติ ดังการศึกษาของ ศราวิณ ผาจันทร์ และ เบญจา มุกตพันธ์ (2558) ที่พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ($BMI \geq 23$ กก./ม²) ร้อยละ 50.00 และอ้วนลงพุง (เส้นรอบเอว ≥ 90 ซม.) ร้อยละ 27.20 นอกจากนี้ยังพบว่า พระสงฆ์ที่ฉันของหวานมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักเกินและอ้วน เป็น 2.45 เท่าของพระสงฆ์ที่ไม่ฉันของหวาน ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภคที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม และการศึกษาของ ศศิกานต์ ศรีมณี และ คณะ (2556) พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของอาหาร การรับรู้ความสามารถแห่งตน และอายุของพระสงฆ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภค ส่วนปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมบริโภคของพระสงฆ์ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์ ส่วนการศึกษา สนธนา สีฟ้า (2560) นั้นพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์การบริโภคอาหารอยู่ในระดับมาก แต่พระภิกษุ

ส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติเนื่องจากต้องฉันทอาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย โดยส่วนใหญ่เป็นอาหารประเภทไขมันสูง ทั้งนี้จึงจำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อน ซึ่งในกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลนั้น จะต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพในตัวบุคคล ตามแนวคิดของ โรเจอร์ (Roger, 1983) ที่กล่าวว่าการที่จะทำให้บุคคลเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น จะต้องมีการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพให้มีการรับรู้ความรุนแรงและโอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค โดยการใช้สื่อที่บุคคลเกิดความตระหนัก มีการรับรู้ความสามารถของตนเองและมีความคาดหวังของผลดีของการปฏิบัตินั้นๆ ด้วย

จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของพื้นที่ตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา มีวัดทั้งหมด 5 แห่ง มีพระสงฆ์ จำนวน 31 รูป พระสงฆ์ส่วนใหญ่อายุ 35 ปีขึ้นไป ร้อยละ 90.32 พบว่ามีพฤติกรรมสูบบุหรี่ถึงร้อยละ 77.42 นอกจากนี้ยังพบว่า ผลการดำเนินการติดตามสุขภาพพระสงฆ์ของหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในพื้นที่ตำบลหนองพลวง ทั้ง 2 แห่ง (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ) มีข้อมูลที่แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังประกอบด้วย โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 74.19 โรคเบาหวาน ร้อยละ 61.29 ไขมันในเลือด ร้อยละ 45.16 และภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ร้อยละ 51.61 (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ, 2561; โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ, 2561) ซึ่งตามบริบทชุมชนที่เป็นอยู่นั้น สามารถวิเคราะห์สาเหตุที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ ส่วนหนึ่งมาจากการถวายเป็นพุทธบูชาด้วยอาหารที่มีรสหวานมัน และเค็ม ถวายน้ำปานะที่ใส่น้ำตาล และการออกกำลังกายโดยการเดินจงกรม ไม่นำไปสู่การป้องกันโรคหรือป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของตำบลหนองพลวงที่ผ่านมา ยังไม่มีประสิทธิภาพมากพอที่จะทำให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง โดยยังไม่มีแนวทางในการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์เพื่อให้มีทักษะที่สามารถนำไปดูแลสุขภาพตนเองได้ และยังขาดความร่วมมือของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ จึงเห็นได้ว่าพระสงฆ์ในพื้นที่ยังมีปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามข้อมูลข้างต้น

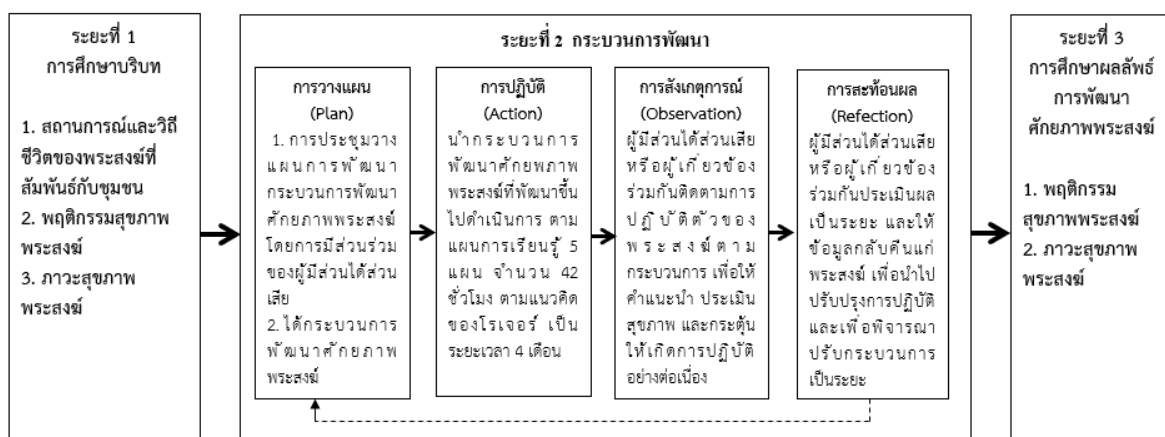
ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง ด้วยการประยุกต์ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and Mc Taggard (1998) ประกอบด้วย ขั้นวางแผน ขั้นปฏิบัติ ขั้นสังเกตการณ์ และขั้นสะท้อนผล ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของ Roger (1983) มาใช้ในการจัดลำดับเนื้อหาการให้ความรู้ การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ รวมถึงการเสริมสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่มีแนวปฏิบัติที่ง่ายและมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับบริบทพระสงฆ์ซึ่งจะส่งผลให้สามารถป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง และภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ด้านความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 4อ. ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง และภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ เคมมิส และ แม็คแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1998) ประกอบด้วย 1) การวางแผน (Planning) 2) การลงมือปฏิบัติงาน (Action) 3) การสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation) และ 4) การสะท้อนการปฏิบัติงาน (Reflection) ร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ของ Roger (1983) ในการออกแบบกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพของพระสงฆ์ ประกอบด้วย การให้ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลการปฏิบัติตัว และการปฏิบัติพฤติกรรมตามหลัก 4อ. การวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพ และระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์การพัฒนา ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยของการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ที่มีประชากรเป้าหมายคือ พระสงฆ์ที่อยู่ประจำวัดในเขตพื้นที่ตำบลหนองพลวง อำเภोजักราช จังหวัดนครราชสีมา ทั้ง 5 วัด ประกอบด้วย วัดบ้านบุ วัดหนองจอก วัดขามทุ่ง วัดโคกพระ และวัดหนองพลวง จำนวน 31 รูป (องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพลวง, 2561) กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 25 รูป ส่วนอีก 6 รูป ที่ไม่เข้าร่วมการวิจัยเนื่องจากเป็นพระที่รอกำหนดการลาสิกขา ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยโดยพระสงฆ์จะต้องปฏิบัติตัวตามรูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 4 เดือน

2. การดำเนินการวิจัยเครื่องมือที่ใช้ และการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

2.1 ระยะที่ 1 การศึกษาบริบท ประกอบด้วย

1) การศึกษาสถานการณ์และวิถีชีวิตของพระสงฆ์ที่สัมพันธ์กับบริบทชุมชน โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ตัวแทนพระสงฆ์ ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ ตัวแทนจากองค์กรบริหารส่วนตำบลหนองพลวง และ ตัวแทน อสม. รวมทั้งสิ้นจำนวน 12 คน เพื่อร่วมกันให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ในพื้นที่ โดยใช้แบบบันทึกการสนทนากลุ่มแบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

2) การศึกษาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง โดยใช้แบบสอบถามศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 7 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา พฤติกรรมสุขภาพ และโรคประจำตัว 2) ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (ใช่ ไม่แน่ใจ และ ไม่ใช่) 3) การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง 4) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง 5) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 6) ความคาดหวังในผลการปฏิบัติตัว โดยมีข้อคำถามส่วนละ 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (เห็นด้วย ไม่แน่ใจ และ ไม่เห็นด้วย) และ 7) พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 4อ. จำนวน 15 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ (ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบางครั้ง และ ไม่ปฏิบัติเลย) โดยผู้วิจัยนำคะแนนมารวมเป็นคะแนนรายด้าน เพื่อหาค่าเฉลี่ยของแต่ละด้าน แล้วนำไปเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพของพระสงฆ์ ทั้งนี้แบบสอบถามได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67 ขึ้นไป จึงได้นำไปทดลองใช้ในพระสงฆ์ที่จำวัดในพื้นที่ตำบลสัมฤทธิ์ ที่อำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 รูป และนำไปหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม พบว่า แบบสอบถามความรู้ มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.78 และแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลการปฏิบัติตัว และ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 4อ. มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha-Coefficient) เท่ากับ 0.79, 0.82, 0.72, 0.76 และ 0.72 ตามลำดับ

3) การศึกษาภาวะสุขภาพพระสงฆ์ก่อนการพัฒนาศักยภาพโดยใช้แบบสำรวจสภาวะสุขภาพพระสงฆ์ ประกอบด้วย การเจ็บป่วยและโรคประจำตัว

2.2 ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ประกอบด้วย

1) ขั้นวางแผน (Planning) ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาใช้ประกอบการพัฒนารูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ โดยการวางแผนแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วย ตัวแทนพระสงฆ์ ตัวแทนผู้นำชุมชน ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ จาก รพ.สต. บ้านบุ และ รพ.สต. โคกพระ ตัวแทนจากองค์กรบริหารส่วนตำบลหนองพลวง และตัวแทน อสม. จำนวน 12 คน เพื่อร่วมกันออกแบบกระบวนการและกิจกรรมในการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ซึ่งจะได้รูปแบบหรือกระบวนการที่จะนำไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังต่อไป

2) ขั้นปฏิบัติ (Action) โดยนำรูปแบบหรือกระบวนการที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ตามระยะเวลาของการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน โดยมีพระสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 25 รูปซึ่งต้องปฏิบัติตามกระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 4 เดือน แล้วประเมินผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การทำงานของไต และ ภาวะไขมันในเลือด

3) ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation) ขั้นตอนนี้ทีมวิจัยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันติดตามการปฏิบัติตัวของพระสงฆ์ตามกระบวนการ เพื่อให้คำแนะนำ ประเมินสุขภาพ และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสังเกตการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบหรือกระบวนการที่กำหนดไว้ และสังเกตการเปลี่ยนแปลงของพระสงฆ์ที่เกิดขึ้น

4) ขั้นสะท้อนผล (Reflection) ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผู้เกี่ยวข้อง ร่วมกันประเมินผลเป็นระยะ และให้ข้อมูลกลับคืนแก่พระสงฆ์ เพื่อนำไปปรับปรุงการปฏิบัติ และเพื่อพิจารณาปรับกระบวนการเป็นระยะนำผลที่ได้จากการสังเกต การประเมิน มาสรุปผลการดำเนินการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ หากยัง

ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย จะต้องมีการนำไปปรับปรุงในขั้นตอนวางแผนอีกครั้ง และดำเนินการตามวงจรของการวิจัยเชิงปฏิบัติการอีกรอบ

โดยใช้แบบบันทึกการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ในการกำหนดรูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์

2.3 ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา ประกอบด้วย

1) การประเมินผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ โดยประเมินความรู้ การรับรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ ตามองค์ประกอบด้านต่างๆ ประกอบด้วย ความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของโรคเรื้อรัง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง ความคาดหวังในผลของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 4อ. โดยใช้แบบสอบถามศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรค ฉบับเดียวกับการศึกษาบริบท

2) การประเมินภาวะสุขภาพพระสงฆ์ โดยใช้แบบบันทึกการสำรวจสภาวะสุขภาพพระสงฆ์หลังการพัฒนา ประกอบด้วย ระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลสะสมในเลือด การทำงานของไต และภาวะไขมันในเลือด

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ ข้อมูลกิจกรรมการจัดการเรียนรู้ตามแผนการเรียนรู้เพื่อใช้ในการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลศักยภาพ และข้อมูลภาวะสุขภาพพระสงฆ์ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา โดยการหาค่าจำนวน และร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยศักยภาพพระสงฆ์ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ โดยใช้สถิติอ้างอิง Paired t-test

4. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการป้องกันสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยผ่านการพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาใบรับรองเลขที่ HE -023-2561 ลงวันที่ 26 กรกฎาคม 2561

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้นำเสนอผลการวิจัยตามกระบวนการวิจัยที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาศักยภาพ

1.1 พระสงฆ์ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 25 รูป พบว่า มีอายุเฉลี่ย 56.42 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.35 ปี โดยพระสงฆ์อายุมากที่สุด 68 ปี อายุน้อยที่สุด 37 ปี และจำพรรษาเฉลี่ย 18.62 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.92 ปี โดยพระสงฆ์พรรษามากสุด 36 ปี และมีพรรษาน้อยสุด 2 ปี

1.2 การศึกษาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรัง พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 4 อ. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 80.00, 72.00, 84.00, 76.00, 76.00 และ 72.00 ตามลำดับ

1.3 การศึกษาภาวะสุขภาพพระสงฆ์ที่สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมก่อนการพัฒนา พบว่า มีพฤติกรรมสูบบุหรี่ร้อยละ 48.00 (12 รูป) เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 16.00 (4 รูป) โรคเบาหวาน ร้อยละ 16.00 (4 รูป) ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 68.00 (17 รูป) และภาวะไตเสื่อมระยะที่ 1-3 ร้อยละ 48.00 (12 รูป)

2. ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพ

กระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเรื้อรังด้วยการอบรมเชิงปฏิบัติการ โดยมีแผนการเรียนรู้ 5 แผน ใช้เวลาในการดำเนินการ 42 ชั่วโมง ดำเนินการโดยทีมเครือข่ายสุขภาพ จำนวน 8 คน ประกอบด้วย ตัวแทนบุคลากรสาธารณสุข จาก รพ.สต. บ้านบุ และ รพ.สต. โคกพระ 2 คน ตัวแทนจากองค์กรบริหารส่วนตำบลหนองพลวง 1 คน ตัวแทน อสม. 2 คน และทีมวิจัย 3 คน แผนการเรียนรู้มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 แผนการเรียนรู้ที่ 1 การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และไตเสื่อม จำนวน 12 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งละ 6 ชั่วโมง เมื่อวันที่ 9 สิงหาคม 2561 และ 9 กันยายน 2561

2.2 แผนการเรียนรู้ที่ 2 การให้ความรู้และฝึกทักษะการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ด้วยหลัก 4 อ. ได้แก่ อารมณ์ดีมีจิตปล่อยวาง อาหารสุขภาพ ออกกำลังกาย และ เอาพิษออก ได้แก่ ดื่มน้ำ นวดมีนวด เทำ กัวซา เข็มมือแช่เท้า และการใช้สมุนไพรปรับสมดุล ใช้เวลา 12 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น 2 ครั้ง ครั้งละ 6 ชั่วโมง เมื่อวันที่ 10 สิงหาคม 2561 และ 10 กันยายน 2561

2.3 แผนการเรียนรู้ที่ 3 การเยี่ยมวัด เพื่อประเมินความรู้และติดตามการปฏิบัติตามพฤติกรรมตามหลัก 4อ. เดือนละ 1 ครั้งๆ ละ 3 ชั่วโมง ติดต่อกัน 4 เดือน รวม 12 ชั่วโมง

2.4 แผนการเรียนรู้ที่ 4 การประเมินภาวะสุขภาพ เพื่อให้เห็นผลดีของการปฏิบัติ โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ หลังจากเข้าร่วมกิจกรรม 4 เดือน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง

2.5 แผนการเรียนรู้ที่ 5 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการนำผลดีของการปฏิบัติ โดยการเปรียบเทียบผลการประเมินสภาวะสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมหรือการปฏิบัติตามหลัก 4อ. มาแลกเปลี่ยนกันระหว่างพระสงฆ์กับพระสงฆ์ และพระสงฆ์กับประชาชน รวมถึงผู้นำชุมชน ใช้เวลา 3 ชั่วโมง ดำเนินการในวันที่ 23 พฤศจิกายน 2561 ณ วัดหนองพลวง

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์

การจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของแต่ละแผนนั้น ดำเนินมากกว่า 2 รอบ ทั้งนี้ก็เพราะว่าการเรียนรู้ของพระสงฆ์แต่ละรูปมีศักยภาพการเรียนรู้ไม่เท่ากัน หรือมีข้อจำกัดในการเข้าร่วมกิจกรรม จึงมีพระสงฆ์อยู่ตลอดการวิจัยได้ จำนวน 25 รูป โดยมีผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ดังนี้

3.1 หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พระสงฆ์มีความรู้เรื่องโรคเรื้อรัง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังของผลดีของการปฏิบัติ และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 4 อ. สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ก่อนและหลังการพัฒนา (n=25)

ตัวแปร	Mean	S.D.	Mean diff.	95%CI of Mean diff.	t-test	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรัง						
ก่อน	15.61	2.04				
หลัง	19.48	1.78	3.87	2.78-4.95	7.15	<0.001
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค						
ก่อน	7.05	1.47				
หลัง	8.23	1.34	1.18	0.38-1.98	2.96	0.002
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง						
ก่อน	7.66	2.03				
หลัง	9.46	1.82	1.80	0.70-2.89	3.30	<0.001
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
ก่อน	6.83	3.11				
หลัง	8.92	1.48	2.09	0.70-3.47	3.03	0.002
ความคาดหวังของผลดีของการปฏิบัติ						
ก่อน	6.49	2.66				
หลัง	8.96	1.21	2.47	1.29-3.64	4.22	<0.001
พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 4อ.						
ก่อน	31.62	7.52				
หลัง	38.21	1.67	6.59	3.49-9.68	4.27	<0.001

3.2 สุขภาพพระสงฆ์หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า พระสงฆ์มีค่า GFR ปกติ สูงขึ้นจากร้อยละ 52.00 (13 รูป) เป็นร้อยละ 68.00 (17 รูป) มีภาวะไขมันเกินในกระแสเลือดลดลงจากร้อยละ 68.0 (17 รูป) เหลือร้อยละ 44.00 (11 รูป) พระสงฆ์ที่เป็นโรคความดันสูง จำนวน 4 รูป สามารถควบคุมระดับความดันไม่เกิน 140/90 และ พระสงฆ์ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 4 รูป มีภาวะน้ำตาลสะสมในเลือดอยู่ในระดับดีหรือไม่เกินร้อยละ 6.50

อภิปรายผลการวิจัย

ผู้วิจัยได้อภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

1. การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง พบว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ประกอบด้วย แผนการเรียนรู้จำนวน 5 แผน ใช้เวลา 42 ชั่วโมง โดยพระสงฆ์ปฏิบัติตัวตามรูปแบบหรือกระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ที่พัฒนาขึ้น เป็นระยะเวลา 4 เดือน สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาหลักสูตรของทาบ (Taba, 1971) และเป็นไปตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของ เคมมิส และ แมคแทกการ์ด (Kemmis & Mc Taggart, 1998) และการพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านสุขภาพของ ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2553) รวมถึงการศึกษาของ ชลลดา ง่อนสำโรง และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์ (2562) ซึ่งเป็น กระบวนการพัฒนาศักยภาพที่สร้างขึ้นจากสภาพปัญหาและความต้องการของพระสงฆ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ชุมชนมีส่วนร่วม

โดยเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการตั้งแต่การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตการณ์ และการสะท้อนผลของการปฏิบัติ โดยดำเนินการไม่ต่ำกว่า 2 รอบ รวมถึงให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และ ด้านการศึกษาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการวัด/ประเมินผลของแผนการเรียนรู้ต่างๆ ที่กำหนดไว้ในรูปแบบพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ แล้วผู้วิจัยปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ โดยพบว่าแผนการเรียนรู้ตรงตามวัตถุประสงค์และสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน รวมถึงมีการนำแผนการเรียนรู้ไปทดลองใช้ เพื่อตรวจสอบความชัดเจนก่อนนำไปใช้ ซึ่งพบว่าพระสงฆ์สามารถเรียนรู้และปฏิบัติตามแผนการเรียนรู้ได้นับเป็นแผนการสอนที่มีความสมบูรณ์

2. ผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพตามแผนการเรียนรู้ พระสงฆ์มีความรู้ มีการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และพฤติกรรมดูแลสุขภาพ สูงขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 อันนำไปสู่การมีพฤติกรรมตามหลัก 4อ. ที่ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิกันต์ ศรีมณี และ คณะ (2556) ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของอาหาร การรับรู้ความสามารถแห่งตน และ อายุของพระสงฆ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการบริโภค และการศึกษาของ พิระพล หมีเอี่ยม และ ธนัช กนกเทศ (2563) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุ ทั้งนี้อาจเป็น เพราะว่าการพัฒนาศักยภาพตามแผนการเรียนรู้ โดยจัดการเรียนรู้ที่เน้นการเรียนรู้เป็นกลุ่มและบริบทของผู้เรียนตามสภาพจริง เช่น การตรวจคัดกรองโรคจากห้องปฏิบัติ การทำให้พระสงฆ์ได้รับรู้ว่าตนเองกำลังเผชิญปัญหาทั้งด้านความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ร่วมกับการได้รับความรู้และฝึกทักษะวิธีการป้องกันโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ ทำให้พระสงฆ์เรียนรู้อย่างตั้งใจและร่วมมือในการปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดของ รุทเวล (Rothwell, 1999) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้จากการเผชิญกับสภาพปัญหาจริงที่เกิดขึ้น ผู้เรียนจะพยายามเรียนรู้และร่วมมือปฏิบัติ เพื่อแก้ปัญหาที่นั้น เช่นเดียวกับแนวคิดของ โรเจอร์ (Roger, 1983) ที่กล่าวว่า การที่มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรค โดยให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค นั้น จะต้องกระตุ้นให้บุคคลนั้นได้รับรู้ถึงอันตรายของการเกิดโรคพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันโรค ผลดีของการมีพฤติกรรมป้องกันโรค เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ ที่เน้นการเรียนรู้ควบคู่กับการปฏิบัติ สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ (Action learning) ของ แมคกิล และ บีทตี้ (McGill & Beaty, 2000) และ แมคกิลและ บรอกแบงค์ (McGill & Brockbank, 2004) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้จากการปฏิบัติ จะเป็นการเชื่อมโยงการเรียนรู้จากทฤษฎีสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม เป็นการเรียนรู้ที่สร้างขึ้นบนความสัมพันธ์ของการสะท้อนความคิดกับการปฏิบัติที่ สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่เกิดจากการเสริมสร้างสมรรถนะตามความต้องการและสภาพปัญหาของท้องถิ่น นอกจากนี้การจัดกิจกรรมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพระสงฆ์และบุคคลที่เป็นตัวแทนด้านสุขภาพภายใต้บรรยากาศแบบกัลยาณมิตรตามแนวคิดของ แบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่าการที่จะให้บุคคลเปลี่ยนพฤติกรรมตามจุดมุ่งหมายนั้น จะต้องมีการจัดประสบการณ์การเรียนรู้จากตัวแบบ การได้เห็นความสำเร็จของตนเอง การจัดกระบวนการเรียนรู้อย่างกัลยาณมิตร การเรียนรู้ตามสภาพจริง การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมปฏิบัติที่ยั่งยืนนั้น จะต้องได้เห็นผลลัพธ์ของการปฏิบัติ โดยที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสังคม สามารถประเมินผลตนเองได้ มาใช้ในการจัดกิจกรรมพัฒนา สอดคล้องกับแนวคิดของ ปีเตอร์ เซงเก (Senge, Peter M., 1990) ที่ว่าการที่บุคคลจะปฏิบัติงานร่วมกันให้บรรลุวัตถุประสงค์และมีความสุขนั้น จะต้องได้รับการพัฒนาองค์ความรู้ระดับบุคคลและระดับกลุ่ม เพื่อพัฒนากระบวนการดำเนินงานให้

สอดคล้องกับบริบทของตนเอง บางครั้งอาจจะเป็นสร้างเป็นกฎกติกาเพื่อเป็นหลักยึดในการปฏิบัติการ ดังเช่นการศึกษาครั้งนี้ พระสงฆ์ทุกรูปปฏิบัติตามหลักการดูแลสุขภาพด้วยตนเองโดยมีทีมสหวิชาชีพเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นที่ปรึกษาและพี่เลี้ยงตลอดการพัฒนา ดังนั้นการแก้ปัญหาพฤติกรรมจึงต้องอาศัยผู้มีความรู้ ความชำนาญจากหลายวิชาชีพพร้อมกันเพื่อแก้ปัญหา และต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนกระบวนคิด เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องเป็นการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่องหรือเป็นโปรแกรมที่จะช่วยให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยได้ ประกอบการวิจัยครั้งนี้ ได้เปิดโอกาสให้ชุมชนและเครือข่ายการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์เข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้พระสงฆ์ได้ดูแลสุขภาพด้วยตนเองตามหลัก 4อ. (อารมณ์ อาหาร ออกกำลังกาย และ เอาพิษออก) ส่งผลให้หลังการพัฒนาพระสงฆ์มีภาวะสุขภาพดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ พระครูสุวิธาน พัฒนบัณฑิต และคณะ (2558) ที่พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟู ตามหลัก 6อ. (ออกกำลังกาย อาหาร อารมณ์ อโรคยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และ อบายมุข) พระสงฆ์มีพฤติกรรมตามหลัก 6อ. สูงขึ้นกว่าก่อนพัฒนา นอกจากนี้ยังให้ข้อเสนอแนะว่า กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดเป็นนโยบายสร้างระบบดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้ครอบคลุมเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป และควรมีวัดต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพในเชิงบูรณาการ ทั้งการแพทย์แผนวิถีพุทธ การแพทย์สมัยใหม่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น และการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ทั้งนี้ควรพิจารณาอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับพระธรรมวินัยด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาครั้งนี้ที่มีการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของเครือข่ายและได้นำการแพทย์แผนปัจจุบันผสมผสานไปกับแพทย์ทางเลือก ที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และกับพระธรรมวินัย สอดคล้องกับแนวคิดของ เคมมิส และ แมคทาการ์ต (Kemmis & Mc Taggart, 1998) กล่าวว่าการร่วมมือกันต้องเป็นหมู่คณะจะกระทำคนเดียวไม่ได้ และต้องทำเป็นวงจรเพื่อปรับปรุงและพัฒนางาน จนกว่าจะค้นพบวิธีการแก้ไขที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน การศึกษาครั้งนี้ได้ข้อค้นพบว่า การนำข้อปฏิบัติตามหลัก 4อ. มากำหนดเป็นข้อปฏิบัติ 8 ประการหรือสามารถเรียกว่า ยา 8 ขนาน ประกอบด้วย ขนานที่ 1 การเลือกและวิธีการรับประทานอาหารที่เหมาะสมและถูกต้อง ขนานที่ 2 การทำอารมณ์ดีจิตปล่อยวาง ขนานที่ 3 การออกกำลังกาย และการเอาพิษออก ได้แก่ ขนานที่ 4 การแช่มือแช่เท้าด้วยน้ำสมุนไพร ขนานที่ 5 การนวดเท้า และการนวดมือแบบตีสัญจร โดยการนวด 2 ข้างมากระทบกัน มีทั้งหมด 8 ท่า ขนานที่ 6 การดื่มน้ำปรับสมดุล ขนานที่ 7 การกัฐา โดยการชูดเอาพิษออกบริเวณผิวหนัง และขนานที่ 8 การใช้สมุนไพร ทำให้พระสงฆ์สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพภายใต้ข้อจำกัดของการปฏิบัติตามหลักธรรมวินัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรังตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่เปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดเนื้อหาการเรียนรู้และออกแบบการจัดกิจกรรมการพัฒนาศักยภาพส่งผลให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพดีขึ้น ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในพื้นที่อื่น ๆ โดยต้องให้ความสำคัญกับการสร้างการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ และมีการนำข้อปฏิบัติ 8 ประการ หรือเรียกว่า ยา 8 ขนานมาใช้คือ 1) การฉันทตอาหาร 2) ออกกำลังกายด้วยการแกว่งแขน 3) อารมณ์ดีด้วยการทำจิตปล่อยวาง 4) การดื่มน้ำ 5) การใช้สมุนไพร 6) การแช่มือแช่เท้าในน้ำอุ่นสมุนไพร 7) การนวดฝ่าเท้าด้วยกะลา/ฝ่ามือด้วยการตีสัญจร และ 8) กัฐา โดยผู้ดำเนินกิจกรรมเพื่อพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ต้องมีการเรียนรู้ข้อปฏิบัติ 8 ประการและฝึกปฏิบัติจนมีทักษะที่ถูกต้องก่อนการดำเนินการ เพื่อจะได้สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะตามข้อปฏิบัติ 8 ประการได้

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเกี่ยวกับภาวะผู้นำในกระบวนการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ในการป้องกันโรคและภาวะแทรกซ้อนของโรคเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
2. ควรมีการนำรูปแบบการวิจัยนี้ไปพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท โดยสามารถออกแบบกระบวนการพัฒนาศักยภาพตามความเหมาะสมของกลุ่มเป้าหมายและความร่วมมือจากชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *ข้อมูลด้านการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ ที่มารักษาตัวที่โรงพยาบาลสงฆ์*. สืบค้นจาก <https://www.hfocus.org/content/2018/06/15906>
- เฉลิมพล ต้นสกุล, รุ่งโรจน์ พุ่มริ้ว และเพ็ญจันทร์ โรจนวิภาต. (2560). *การศึกษาพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตทวิวัฒนา กรุงเทพมหานคร* (รายงานผลการวิจัย). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี.
- ชมพูนุท สิงห์มณี, วโรตม เสมอเชื้อ และ สมศรี สัจจะสกุลรัตน์. (2560). พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา. *วารสาร มจร นครน่านปริทรรศน์*, 1(1), 43-55.
- ชลลดา ง่อนสำโรง และทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. (2562). การพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนตาบอดสายตาดำเนินการ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารราชพฤกษ์*, 17(1), 102-110.
- ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์. (2553). *การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะทางด้านสุขภาพสำหรับครูทีมสุขภาพ จังหวัดนครราชสีมา* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล, นครราชสีมา.
- พระครูพิพิธสุตาทร และคณะ. (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560*. นนทบุรี: บริษัท โอ.เอส. พรีนติ้ง เฮาส์ จำกัด.
- พระครูสุวิธาน พัฒนบัณฑิตและคณะ. (2557). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น*, 22(2), 117-128.
- พีระพล หมีเอี่ยม และ ธนัช กนกเทศ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตอำเภอดาเก จังหวัดนครสวรรค์. *วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง*, 9(3), 1-12.
- มินตรา สารรักษ์, วรรัตน์ สังวะลี และ วิลาศ คาแพงศรี. (2560). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 19(1), 37-48.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบุ. (2561). *ข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์*. [เอกสารอัดสำเนา]. นครราชสีมา : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โคราซ มาร์เก็ตติ้ง แอนด์ โปรดักชั่น.
- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกพระ. (2561). *ข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์*. [เอกสารอัดสำเนา]. นครราชสีมา : ห้างหุ้นส่วนจำกัด โคราซ มาร์เก็ตติ้ง แอนด์ โปรดักชั่น.

- ศราวิณ ผาจันทร์ และ เบญจา มุกตพันธ์. (2558). ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของพระภิกษุสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 30(6), 552-561.
- ศศิกันต์ ศรีมณี และ คณะ. (2556). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์และพฤติกรรม การถวายภัตตาหารของประชาชน ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสยาม และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- สนธนา สีฟ้า. (2560). การศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). มหาวิทยาลัย สงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี, ปัตตานี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). *ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท โอ.เอส. พรินต์ติ้ง จำกัด.
- องค์การบริหารส่วนตำบลหนองพลวง. (2561). *รายงานการดำเนินงาน ประจำปี 2561*. นครราชสีมา: โรงพิมพ์ศิริอักษร.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Bloom, B.S. (1956). *Taxonomy of educational objectives: the classification of educational goals*. New York: McKay.
- Kemmis, S. and Mc Taggart, C. (1998). *The action research planner*. (3rd). Victoria: Deakin University.
- McGill, I. and Beaty, L. (2000). *Action Learning: A guide professional, management & Educational development*. London: Kogan Page.
- McGill, I. and Brockbank, A. (2004). *The Action Learning Handbook*. London: Routledge Falmer.
- Senge, P. M. (1990). *The fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday Currency.
- Rogers, R.W. (1983). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 91, 93 -114.
- Rothwell, W.J. (1999). *The Action Learning Guidebook*. California: Jossey - Bass/Pfeifer.
- Taba, H. (1971). *Curriculum Development: Theory and Practice*. New York: Harcourt.

