

การพัฒนาโปรแกรมอบรมสำหรับประชาชนในชุมชน: อาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์

Development of Training Program for Persons in Community: Healthy Foods for Monks

ทวีทรัพย์ จูมศิลป์* ลัทธิ ปิยะบัณฑิตกุล

Taweessup Joomsil* Lukawee Piyabanditkul

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขอนแก่น ประเทศไทย 40002

Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand 40002

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ และประเมินประสิทธิผลโปรแกรมในด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม การวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้โปรแกรม และ 4) การประเมินผล เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างอายุ 45-79 ปี จำนวน 99 คน โดยใช้แบบสัมภาษณ์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) กลุ่มตัวอย่างแบ่ง เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ 52 คน ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์ 2) ระยะออกแบบและพัฒนา 17 คน เข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 1 และ 3) ระยะทดลองใช้โปรแกรม 30 คน เข้าร่วมโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 2 และทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัยพบว่า 1) โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ฉบับสมบูรณ์ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ จำนวน 8 กิจกรรม ได้แก่ ขึ้นประสบการณ์ 1 ครั้ง ขึ้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ 1 ครั้ง ขึ้นการสนทนาเชิงวิพากษ์ 1 ครั้ง และขึ้นการกระทำ 5 ครั้ง ซึ่งออกแบบโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงร่วมกับข้อมูลจากการวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชนและการทบทวนวรรณกรรม และ 2) ประสิทธิภาพของการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยคือ หน่วยบริการสุขภาพชุมชนสามารถนำโปรแกรมไปประยุกต์ใช้กับชุมชนได้เพื่อส่งเสริมให้คนในชุมชนมีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพ, พระสงฆ์

Abstract

This research and development had aimed to develop a training program for healthy food for monks and test and assess the effectiveness of the program in terms of knowledge, attitudes and behaviors of healthy food offered to monks of program participants. The research was divided into 4 phases. These were including Situation Analysis, Design and Development, Implementation and Evaluation using the interview method with interview form to collect in the sample aged 45-79 years of 99 people. The samples were selected using the Cluster Sampling method, which was divided into 3 groups: 1)The situation analysis phase sample group of 52 people provided qualitative data by interview. 2)The design and development phase samples, 17 people who participated in the program developed for the first time and 3)The Implementation phase samples, 30 people who participated in the second developed program and a comparative analysis was conducted for the difference in mean scores of the samples between before and after participating in the program using the Wilcoxon signed-rank test at a significant level at statistical .05.

Results found: 1) The complete healthy food training program for offering to monks has a total duration of 8 weeks in 8 learning plans. These were Experience 1 time, Critical reflection 1 time, Reflective discourse 1 time and Action 5 times. Design activities by applying the Transformative Learning theory with data from community situation analysis and literature review. and 2)The effectiveness of the program trial was found After participating in the program, the sample group had average knowledge scores, attitudes and behaviors regarding healthy food for monks that were significantly higher than before participating in the program ($p<.05$) Suggestions from research are Community health services can apply the program to the community to encourage people in the community to have a level of knowledge, attitudes and behaviors of offering healthy food to monks are increasing.

Keywords: Training Program of Healthy Food, Monks

บทนำ

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญและจำเป็นต่อการดำรงชีวิต จัดเป็นสิ่งสำคัญที่มีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้รับประทาน การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพและถูกหลักโภชนาการจะส่งผลให้มีสุขภาพที่แข็งแรง แต่ในทิศทางตรงกันข้ามหากรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการจะก่อให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพได้เช่นเดียวกัน โดยเฉพาะการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่ร้อยละ 90 โรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีสาเหตุมาจาก พฤติกรรมการเลือกรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม¹ พระสงฆ์ จัดเป็นบุคคลหนึ่งในชุมชนที่ไม่สามารถเลือกรับประทานอาหารได้ ต้องฉันอาหารตามที่ฆราวาสตักบาตรหรือนำมาถวาย โดยส่วนใหญ่นิยมเลือกอาหารคาวหวานที่ปรุงอร่อยสุดฝีมือตามความชอบของตนเองหรือครอบครัวและผู้ที่ต้องการอุทิศส่วนกุศลไปให้ ประกอบกับสถานภาพพระสงฆ์ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ประเทศไทยปัจจุบันพบว่าพระสงฆ์จำนวนมากมีปัญหาสุขภาพ จากการสำรวจข้อมูลด้านสุขภาพของพระสงฆ์ โดยกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ที่ตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศเปรียบเทียบผล 10 ปีย้อนหลัง โดยได้สำรวจใน ปี พ.ศ. 2559 และปี พ.ศ. 2549 พบว่า พระสงฆ์กลุ่มที่มีสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ 52.3 จากเดิมร้อยละ 60.3 และมีพระสงฆ์กลุ่มอาพาธเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 28.5 จากร้อยละ 17.5 โดยข้อมูลแสดงให้เห็นว่า โรคที่พระสงฆ์อาพาธสูงสุด 3 อันดับแรก คือ 1) โรคไขมันในเลือดสูง 2) โรคความดันโลหิตสูง และ 3) โรคเบาหวาน ซึ่งล้วนเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการฉันอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ² และในเขตเทศบาลรัตนวาริศรีเจริญ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ มีพระสงฆ์ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพร้อยละ 40 มีค่าดัชนีมวลกาย

เกินปกติร้อยละ 35 แบ่งเป็นภาวะอ้วนร้อยละ 15 ภาวะท้วมร้อยละ 20 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 20 ซึ่งโรคที่พบคือโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคไขมันในเลือดสูง ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 15, 10 และ 10 ตามลำดับ

จากข้อมูลพบว่าการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาการบริโภคที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ² และด้วยบริบทด้านการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์มีความแตกต่างจากคนทั่วไป อีกทั้งมีข้อจำกัดมากมายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ โดยเฉพาะเรื่องการเลือกกินอาหารและบริบทของพระสงฆ์ที่ต้องเคร่งในหลักพระธรรมวินัย การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขได้ยาก เนื่องจากตามพระธรรมวินัยพระสงฆ์จะไม่ร้องขอการตรวจสุขภาพ ยกเว้นการมารับการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วย อีกทั้งการให้บริการเชิงรุกของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิมีไม่มากพอที่จะสามารถตอบสนองให้บริการได้อย่างทั่วถึงทุกพื้นที่ เนื่องจากผู้ให้บริการในระดับปฐมภูมิน้อยเมื่อเทียบกับปริมาณงานที่ต้องรับผิดชอบ เพราะต้องให้บริการและดูแลด้านสุขภาพแก่ทุกคนในชุมชน และจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดหลักสูตรหรือโปรแกรมเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ พบว่ามีการศึกษาเฉพาะการสร้างแนวทางเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์เท่านั้น แต่ไม่พบการศึกษาที่มุ่งพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเรื่องอาหารเพื่อสุขภาพพระสงฆ์ในกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้องโดยตรง³ อีกทั้งในเขตเทศบาลรัตนวารศรีเจริญยังไม่เคยให้บริการเชิงรุกในประเด็นการสร้างองค์ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการถวายอาหารที่ดีต่อสุขภาพพระสงฆ์ จากปรากฏการณ์ทางการแพทย์ที่เกิดขึ้น ผู้วิจัยจึงมีจุดมุ่งหมายที่จะพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ ในกลุ่มวัยทำงานตอนปลายถึงวัยผู้สูงอายุตอนกลางที่มีอายุระหว่าง 45-79 ปี เนื่องจากเป็นวัยที่เกี่ยวข้องกับการเข้าวัดทำบุญและการถวายอาหารแด่พระสงฆ์มากที่สุด เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโปรแกรมตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา

สุขภาพพระสงฆ์ที่เกิดจากอาหาร เป็นการเสริมสร้างให้ชุมชนมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารที่ส่งผลดีต่อสุขภาพของพระสงฆ์ ลดการเจ็บป่วยที่สามารถป้องกันได้จากการถวายอาหารที่ก่อให้เกิดโรคในพระสงฆ์ รวมทั้งเป็นการส่งเสริมให้กลุ่มวัยทำงานและผู้สูงอายุในชุมชนเกิดการพัฒนาทักษะด้านความรู้เรื่องอาหารสุขภาพ เพิ่มแรงจูงใจการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมสังคม รวมทั้งลดความเบื่อหน่ายและการแยกตัวออกจากสังคมของผู้สูงอายุได้⁴ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในอนาคต

คำถามการวิจัย

โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ ในเขตเทศบาลรัตนวารศรีเจริญ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ เป็นอย่างไร

สมมติฐานการวิจัย

หลังเข้าร่วมโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ กลุ่มตัวอย่างมีระดับคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเรื่องการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม

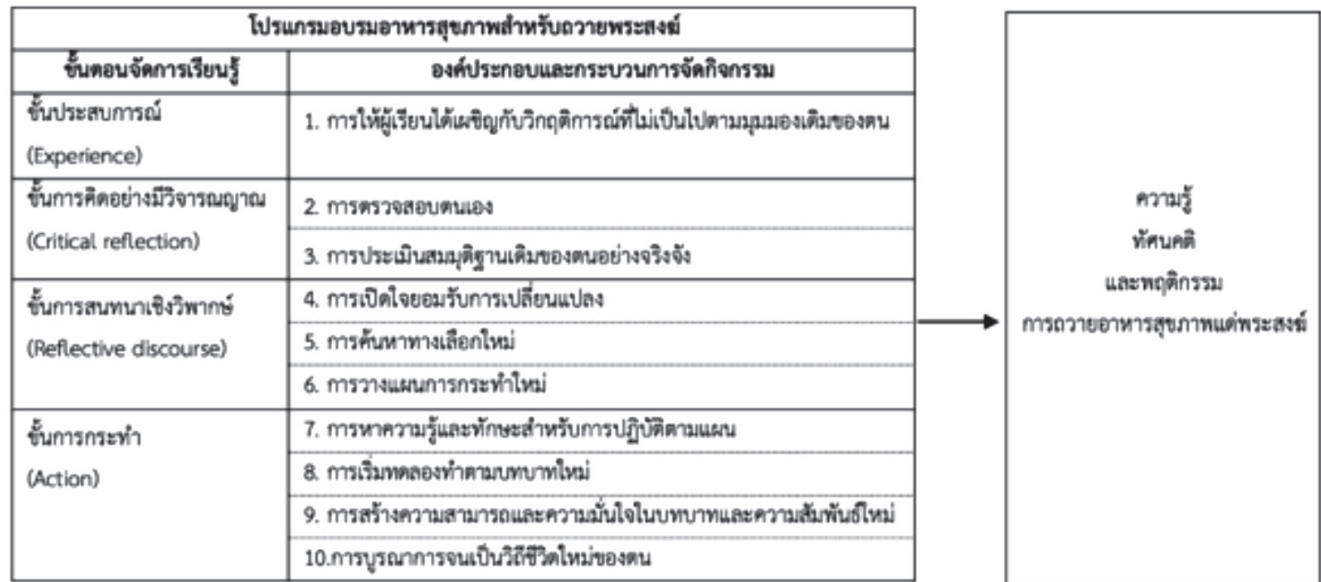
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ สำหรับประชาชนอายุ 45-79 ปี ในเขตเทศบาลรัตนวารศรีเจริญ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ
2. เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ กับประชาชนอายุ 45-79 ปี เขตเทศบาลรัตนวารศรีเจริญ อำเภอหัวตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ ในด้านความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

ตัวแปรต้น

ตัวแปรตาม



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ พัฒนาขึ้นโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง (Transformative Learning theory) ของเมซีโรว์⁵ ดังภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) แบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การออกแบบและพัฒนา 3) การทดลองใช้โปรแกรม และ 4) การประเมินผล

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 45-79 ปี และอาศัยอยู่ในเขตเทศบาลรัตนวาสิรีเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอำนาจเจริญ

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling) และจากนั้นทำการจับฉลากชื่อกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ใส่คืน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ 1) เป็นผู้มีพฤติกรรมถวายอาหารแด่พระสงฆ์ประจำอย่างน้อย 8 ครั้งต่อเดือน และไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร เช่น หูหนวก หูตึง ตาบอด หรือเป็นใบ้ และ

2) เป็นผู้ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมของโปรแกรมได้ครบทุกครั้ง ใช้เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) คือ 1) ผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นอุปสรรคต่อการวิจัย เช่น ผู้ป่วยที่มีภาวะสับสนฉับพลัน (Delirium) หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia) และ 2) ผู้ที่เป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายเชื้อ เช่น วัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อ (Pulmonary tuberculosis) หรือมีประวัติเสี่ยงสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 (COVID19) เป็นต้น และมีเกณฑ์การถอนตัว (Withdrawal Criteria) คือ 1) ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยร้ายแรงระหว่างดำเนินการวิจัย ส่งผลให้ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดในโปรแกรมได้ เช่น หัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน สมองขาดเลือดเฉียบพลัน การเกิดความพิการระหว่างการดำเนินการวิจัยหรือเสียชีวิต เป็นต้น 2) ผู้ที่มีเหตุจำเป็นต้องย้ายถิ่นฐานโดยไม่ได้ทำการวางแผนล่วงหน้า และ 3) ผู้ที่ขาดการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนดในโปรแกรมมากกว่า 2 ครั้งขึ้นไปในการวิจัยครั้งนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 99 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามกระบวนการวิจัย ได้แก่ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 52 คน 2) การออกแบบและพัฒนา 17 คน และ 3) การทดลองใช้โปรแกรม 30 คน ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่ม จะต้องไม่เป็นกลุ่มเดียวกัน ซึ่งการได้มาของกลุ่มตัวอย่างมีวิธีการคำนวณ ดังนี้

1. ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน⁶ จากประชากรอายุ 45-79 ปี ที่มีพฤติกรรมทำบุญตักบาตรหรือถวายอาหาร แต่พระสงฆ์อย่างน้อย 8 ครั้ง/เดือน พบว่ามีจำนวนเฉลี่ยเท่ากับ 60 คน กำหนดให้ $N = 60$ จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 52 คน

2. ระยะการออกแบบและพัฒนา จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁷ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับขนาดใหญ่ = 0.8, ระดับนัยสำคัญกำหนดค่าที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power) = 0.8 และทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษาและเผื่อมีการถอนตัวร้อยละ 15 จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 17 คน⁸

3. ระยะการทดลองใช้โปรแกรม จำนวนขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power⁷ โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล (Effect size) ที่ระดับขนาดใหญ่ = 0.8, ระดับนัยสำคัญกำหนดค่าที่ .05 และอำนาจการทดสอบ (Power) = 0.8 และทำการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้ครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษาและเผื่อมีการถอนตัวร้อยละ 20 จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน⁹

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน และประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของเมซีโรว์ มาใช้พัฒนาและออกแบบกิจกรรมให้มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน ประกอบด้วยการจัดการเรียนรู้ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นประสบการณ์ ขั้นการคิดอย่างมีวิจารณญาณ ขั้นการสนทนาเชิงวิพากษ์ และขั้นการกระทำ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องสูตรสำเร็จ 8 วิธีนี้โรคภัย, แนวปฏิบัติการปรุงอาหารตามหลัก 4 ส 2 ล และน้ำปานะหวานน้อยสำหรับพระสงฆ์ตามหนังสือครัวไทยไกลโรค 4.0 สำนักงานกองทุนสนับสนุนและสร้างเสริมสุขภาพ⁹ แบ่งออกเป็น 2 ชุด ดังนี้

2.1 เครื่องมือระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส โรคประจำตัว แหล่งที่มาของอาหารที่นำถวายแด่พระสงฆ์ และความถี่ของการถวายอาหารแด่พระสงฆ์ใน 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 คำถามปลายเปิดเรื่องความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการถวายอาหารแด่พระสงฆ์ จำนวน 5 ข้อ

2.2 เครื่องมือระยะการออกแบบและพัฒนา และระยะการทดลองใช้โปรแกรม แบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส โรคประจำตัว แหล่งที่มาของอาหารที่นำถวายแด่พระสงฆ์ และความถี่ของการถวายอาหารแด่พระสงฆ์ใน 1 สัปดาห์

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์เรื่องความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์เรื่องทัศนคติการถวายอาหารสำหรับพระสงฆ์ จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์เรื่องพฤติกรรมการถวายอาหารสำหรับพระสงฆ์ จำนวน 15 ข้อ

โดยเกณฑ์การแบ่งระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเรื่องการถวายอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ ผู้วิจัยนำคะแนนที่ได้จากการสัมภาษณ์มาแบ่งกลุ่มคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Best¹⁰ ดังนี้

ด้านความรู้ ระดับมาก 8-10 คะแนน, ระดับปานกลาง 4-7 คะแนน และระดับน้อย 0-3 คะแนน

ด้านทัศนคติ ระดับมาก 31-45 คะแนน, ระดับปานกลาง 16-30 คะแนน และระดับน้อย 1-15 คะแนน

ด้านพฤติกรรม ระดับมาก 31-45 คะแนน, ระดับปานกลาง 16-30 คะแนน และระดับน้อย 1-15 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ด้วยการคำนวณด้วยดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index : CVI) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ประเมินและพิจารณาความชัดเจน สอดคล้องและครอบคลุมเนื้อหาของเครื่องมือ พบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาทั้งฉบับ = 0.92 และสามารถจำแนกเป็นรายด้านได้ดังนี้

1) ด้านความรู้ = 0.92, 2) ด้านทัศนคติ = 0.95 และ
3) ด้านพฤติกรรม = 0.87 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้¹¹

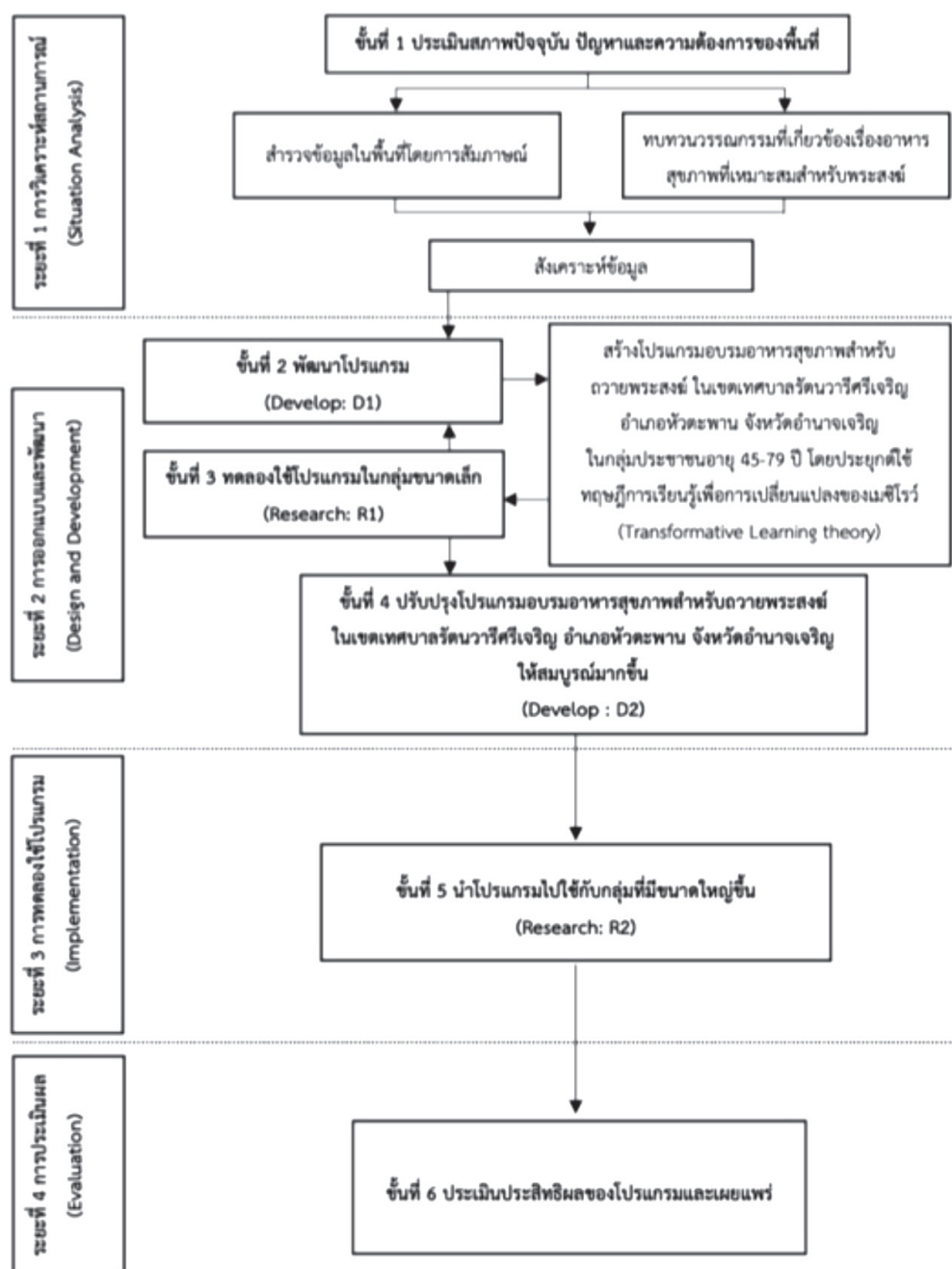
2. การทดสอบหาความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยการนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มผู้ที่มีอายุ 45-79 ปี จำนวน 30 คน ที่ลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา พบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับ = 0.931 และสามารถจำแนกเป็นรายด้านได้ดังนี้ 1) ด้านความรู้ = 0.84, 2) ด้านทัศนคติ = 0.91 และ 3) ด้านพฤติกรรม = 0.81

สรุปผลการทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือทั้งฉบับอยู่ในระดับดีมาก¹²

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย HE642152 ลงวันที่ 15 กรกฎาคม 2564 ผู้วิจัยได้ยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่สำคัญ 3 หลักการ คือ หลักการเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตรายและหลักแห่งความยุติธรรม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

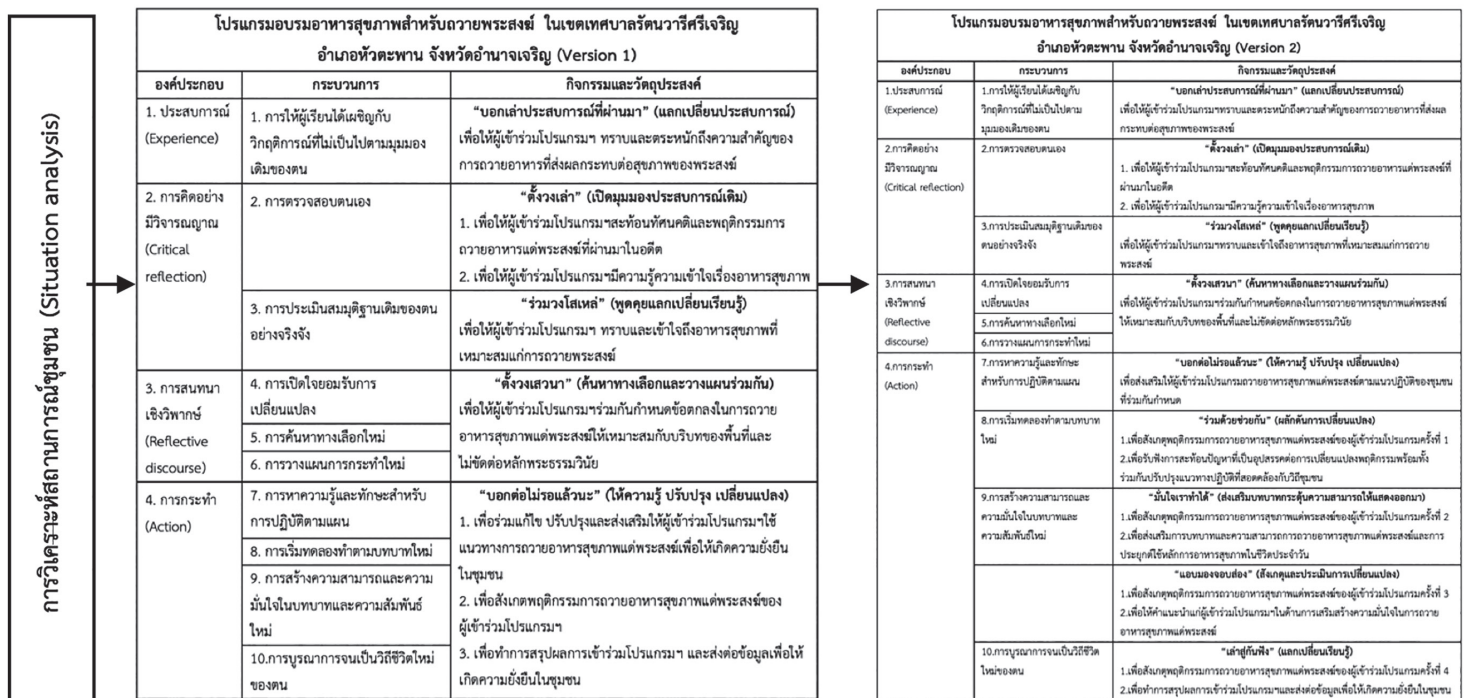


ภาพที่ 2 ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะการวิเคราะห์สถานการณ์ เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน ด้วยการใช้คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับความรู้เรื่องอาหารและสุขภาพ ความหมายของอาหารเพื่อสุขภาพ ประเภทอาหารที่ถวายแด่พระสงฆ์ ทศนคติเรื่องอาหารและเครื่องดื่มที่ควรนำมาถวายพระสงฆ์ และนำข้อมูลไปใช้ในการสร้างโปรแกรมครั้งที่ 1
2. ระยะการออกแบบและพัฒนา เก็บข้อมูลโดยการทดลองใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้นครั้งที่ 1 (Develop : D1) ในกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็กจำนวน 17 คน (Research : R1) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ และทำการสรุป ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมครั้งที่ 1 เพื่อนำข้อมูลและข้อเสนอแนะที่ได้ไปพัฒนาและปรับปรุงโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นในกระบวนการพัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 2
3. ระยะการทดลองใช้โปรแกรม เก็บข้อมูลโดยการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 2 (Develop : D2)

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์



โปรแกรมฯ ที่พัฒนาครั้งที่ 1

ภาพที่ 3 ขั้นตอนการพัฒนาโปรแกรม

โปรแกรมฉบับสมบูรณ์

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ชุมชน พบว่า

- 1) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 48.1 ขาดความรู้เรื่องอาหารและสุขภาพของผู้รับประทาน
- 2) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.8 ขาดความรู้เรื่องความหมายของอาหารเพื่อสุขภาพ
- 3) กลุ่มตัวอย่าง

ในกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดใหญ่ขึ้นจำนวน 30 คน (Research : R2) โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้เข้าร่วมโปรแกรมโดยใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ และทำการสรุป ประเมินผลการทดลองใช้โปรแกรมฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 27¹³ ด้วยการแจกแจงความถี่เป็นจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างระหว่างก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed-rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 (เนื่องจากการทดสอบการกระจายของข้อมูลไม่เป็นแบบปกติทั้ง 3 ระยะ ผู้วิจัยจึงต้องใช้สถิติไร้พารามิเตอร์ (Nonparametric Statistics) ในการวิเคราะห์ข้อมูล

- ร้อยละ 76.9 มีพฤติกรรมการถวายอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพพระสงฆ์
- 4) กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติเรื่องการเลือกใช้วิธีปรุงอาหาร การปรุงรสชาติอาหาร และการเลือกประเภทเครื่องดื่มเพื่อนำมาถวายพระสงฆ์ไม่เหมาะสมและอาจส่งผลเสียต่อ

สุขภาพของพระสงฆ์คิดเป็นร้อยละ 42.4, 50.0 และ 36.5 ตามลำดับ และ 5) กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.9 ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องผู้ถวายอาหารและความเกี่ยวข้องต่อสุขภาพของพระสงฆ์

1.2 การพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ครั้งที่ 1 พัฒนาขึ้นโดยใช้ข้อมูลระยะการวิเคราะห์สถานการณ์และการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของเมซีโรว์ ซึ่งโปรแกรมใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 1 ชั่วโมง จำนวน 4 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 1) บอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา 2) ตั้งวงเล่าร่วมวงสโหล 3) ตั้งวงเสวนา และ 4) บอกต่อไม่รอแล้วนะ โดยประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง 10 ขั้นตอน มาใช้ออกแบบกิจกรรมเพื่อปรับเปลี่ยนความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ผลการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า

1) **ข้อมูลทั่วไป** กลุ่มตัวอย่าง 17 คน เป็นเพศหญิงร้อยละ 100 มีอายุเฉลี่ย 67 ปี บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ประกอบอาหารร้อยละ 47.1 และมีพฤติกรรมการถวายอาหาร ≥ 4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ร้อยละ 76.5

2) **ระดับความรู้** ทัศนคติและพฤติกรรม การถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ พบว่า ก่อนเข้าร่วม

โปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม อยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ และทัศนคติเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก แต่ระดับพฤติกรรมนั้นยังคงอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม

เนื่องจากการพัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 1 ไม่สามารถปรับเปลี่ยนระดับพฤติกรรมได้ จึงต้องพัฒนาโปรแกรมให้สมบูรณ์มากขึ้น โดยเพิ่มการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมถวายอาหารสุขภาพเพื่อให้มีระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้น

1.3 การพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ครั้งที่ 2 พัฒนาโดยใช้ผลการทดลองใช้โปรแกรมครั้งที่ 1 ปัญหาข้อบกพร่องที่เกิดขึ้นขณะนำใช้โปรแกรม ข้อเสนอแนะ และการทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม โดยปรับกิจกรรมให้สอดคล้องกับพื้นที่และออกแบบตามองค์ประกอบ 4 ขั้นตอนของทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง ซึ่งโปรแกรมใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 8 กิจกรรม กิจกรรมประกอบด้วย 1) บอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา 2) ตั้งวงเล่า ร่วมวงสโหล 3) ตั้งวงเสวนา 4) บอกต่อไม่รอแล้วนะ 5) ร่วมด้วยช่วยกัน 6) มั่นใจเราทำได้ 7) แอบมอง จอบส่อง และ 8) เล่าสู่กันฟัง ดังภาพที่ 3

2. ผลการทดลองใช้โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์ฉบับสมบูรณ์ สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเรื่องอาหารสุขภาพ สำหรับพระสงฆ์	$\bar{X}$	S.D.	Min	Max	Wilcoxon		ระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม การถวายอาหารสุขภาพพระสงฆ์
					Signed-rank test		
					Z	P-value	
ด้านความรู้							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	5.50	0.90	3	7			มีความรู้ฯ ระดับปานกลาง
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	8.70	0.75	7	10	-5.06 ^b	<.001	มีความรู้ฯ ระดับมาก
ด้านทัศนคติ							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	23.93	2.30	18	28			มีทัศนคติฯ ระดับปานกลาง
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	36.67	1.95	34	43	-4.82 ^b	<.001	มีทัศนคติฯ ระดับมาก
ด้านพฤติกรรม							
ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	23.33	2.20	17	27			มีพฤติกรรมฯ ระดับปานกลาง
หลังเข้าร่วมโปรแกรม	33.77	1.92	31	38	-4.7 ^b	<.001	มีพฤติกรรมฯ ระดับมาก

b. Based on negative ranks. ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ตารางที่ 1 ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ พฤติกรรมและทัศนคติ ก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรม

2.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 30 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.7 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 62 ปี อายุมากที่สุด 77 ปี อายุน้อยที่สุด 45 ปี มีอายุระหว่าง 65-69 ปี ร้อยละ 30.0 ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 53.3 จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ร้อยละ 60 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 46.7 ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 66.7 เป็นผู้ประกอบอาหารด้วยตนเองร้อยละ 53.3 และมีพฤติกรรมการถวายอาหาร ≥ 4 ครั้งใน 1 สัปดาห์ ร้อยละ 86.7

2.2 ระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ของกลุ่มผู้ถวายอาหารพระสงฆ์เป็นประจำ จากการทดลองใช้โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 2 ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก ดังตารางที่ 1 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านความรู้ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีผลคะแนนพฤติกรรมเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์เท่ากับ 5.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.90 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 8.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.75

2) ด้านทัศนคติ ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีผลคะแนนพฤติกรรมเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์เท่ากับ 23.93 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.30 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 36.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.95

3) ด้านพฤติกรรม ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีผลคะแนนพฤติกรรมเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) โดยก่อนเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีผลคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์เท่ากับ 23.33

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.20 และหลังเข้าร่วมโปรแกรมพบค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเท่ากับ 33.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.92

การอภิปรายผลการวิจัย

1. การพัฒนาโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์

1.1 การศึกษาและการวิเคราะห์สถานการณ์ของพื้นที่ ก่อนพัฒนาโปรแกรมผู้วิจัยได้ศึกษาระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ถวายอาหารเป็นประจำในพื้นที่เป็นอันดับแรก เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นอยู่ และเข้าใจเหตุผลการปฏิบัติของคนในชุมชน นำมาผนวกกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อใช้พัฒนาโปรแกรมให้สอดคล้องกับบริบทชุมชน จากการทดลองใช้โปรแกรมพบว่า สามารถปรับเปลี่ยนระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม ของผู้เข้าร่วมโปรแกรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงบนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ที่ทำการสำรวจและวิเคราะห์ปัญหาเพื่อนำไปพัฒนารูปแบบ ผลพบว่า หลังการทดลองมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)¹⁴ และสอดคล้องกับการพัฒนาแนวทางสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนโรคความดันโลหิตสูง ที่ศึกษาสภาพการณ์ชุมชน ก่อนนำข้อมูลมาใช้ออกแบบบริการสุขภาพ ผลพบว่า กลุ่มเสี่ยงรับประทานที่เหมาะสม ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น และในเวลา 3 เดือนไม่มีผู้ป่วยความดันโลหิตสูงรายใหม่เกิดขึ้นในชุมชน¹⁵

1.2 แนวคิดที่นำมาใช้เป็นกรอบแนวคิดของการพัฒนาโปรแกรม ผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง⁵ (Transformative Learning theory) มาพัฒนาโปรแกรมเนื่องจาก ทฤษฎีประกอบด้วยกระบวนการจัดการเรียนรู้ที่ทำให้ผู้เรียนเกิดการเปลี่ยนแปลงได้ เริ่มจากการเรียนรู้และยอมรับประสบการณ์เดิมนำสู่การกำหนดเป้าหมายใหม่ เพื่อการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลและเป็นทฤษฎีที่สามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละชุมชนได้ “สอดคล้องกับชนิตดา ภูหงส์ทอง”¹⁶ ที่กล่าวว่ากระบวนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง เป็นทฤษฎีที่ช่วยสนับสนุนให้บุคคลบรรลุวัตถุประสงค์ต่าง ๆ ได้การประยุกต์ใช้ในการสอนผ่านกิจกรรมหรือวิธีการที่เหมาะสมกับธรรมชาติของผู้เรียน จะสามารถ สร้างการเปลี่ยนแปลงให้แก่ผู้เรียน

ทั้งทางด้านความรู้ที่เชื่อมโยงความไปสู่การปฏิบัติและทักษะต่าง ๆ ที่นำไปใช้ได้ในอนาคต และสอดคล้องกับศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ¹⁷ ที่กล่าวว่าการประยุกต์ใช้แนวทางการเรียนรู้สู่การเปลี่ยนแปลงของเมชีว์ในการจัดการเรียนรู้เป็นแนวทางที่ใช้พัฒนาศักยภาพของบุคคลให้ตระหนักรู้และเข้าใจตนเองจนสามารถสร้างการเรียนรู้ และความคิดใหม่ที่ถูกต้อง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงด้านการดูแลสุขภาพและการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องได้

ผู้วิจัยจึงเลือกทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงมาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเรื่องการถวายอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมตามทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงร่วมกับทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมพบว่า กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มระดับความรู้ เจตคติ การปฏิบัติและความถี่ของพฤติกรรมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁸ และสอดคล้องกับการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านความตระหนัก ด้านการรับรู้ และด้านพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹

2. ประสิทธิผลของโปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายพระสงฆ์

2.1 ระยะเวลาและช่วงเวลาของการทำกิจกรรม จากการทดลองใช้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 4 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 4 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 1 ชั่วโมง หลังทดลองใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้และระดับทัศนคติที่เพิ่มสูงขึ้นจากระดับปานกลางเพิ่มขึ้นเป็นระดับมาก แต่ยังคงมีระดับพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางเท่าเดิม ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมครั้งที่ 2 ขึ้น โดยได้เพิ่มกระบวนการติดตามและส่งเสริมพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์เพื่อให้มีระดับพฤติกรรมที่ดีขึ้น จากการทดลองใช้โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นครั้งที่ 2 ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน วันละ 1 ชั่วโมง 30 นาที หลังทดลองใช้โปรแกรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง

เป็นระดับมากทั้ง 3 ด้าน ซึ่งผลการวิจัยนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ และสอดคล้องกับการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารในประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่สอง ที่ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านความตระหนัก ด้านการรับรู้ความสามารถและด้านพฤติกรรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁹ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ที่ใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า หลังทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ การรับรู้ความสามารถและการปฏิบัติตัวสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)²⁰ จากข้อมูลแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่สามารถปรับเปลี่ยนระดับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพควรใช้เวลาในจัดกิจกรรมอย่างน้อย 8 สัปดาห์

2.2 วิธีการและเนื้อหากิจกรรมภายในโปรแกรม โปรแกรมอบรมอาหารสุขภาพสำหรับถวายแด่พระสงฆ์ฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ได้แก่ 1) บอกเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมา เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ 2) ตั้งวงเล่าและร่วมวงสอเล่ การสนทนากลุ่มย่อยเพื่อร่วมแสดงความคิดเห็น 3) ตั้งวงเสวนา การสนทนากลุ่มใหญ่เพื่อจัดทำแนวปฏิบัติของชุมชน 4) บอกต่อไม่รอแล้วนะ เพื่อให้ความรู้ผ่านการบรรยายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม 5) ร่วมด้วยช่วยกัน การประชุมกลุ่มเพื่อค้นหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน 6) มั่นใจเราทำได้ ส่งเสริมการปฏิบัติเพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรม 7) แอบมองจอบส่อง การร่วมรับฟังเพื่อหาทางออกของปัญหาที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และ 8) เล่าสู่กันฟัง เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ผลจากการทดลองใช้โปรแกรมนี้สนับสนุนสมมติฐานที่ตั้งไว้ พบว่า ผู้เข้าร่วมโปรแกรมมีระดับความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาการเสริมสร้างพลังอำนาจชุมชนในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์³ ที่พัฒนาโปรแกรมเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สนับสนุนให้ชุมชนตัดสินใจเพื่อแก้ปัญหาและผลักดันไปสู่การปฏิบัติ ผลพบว่าสามารถป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สรุปได้ว่ากระบวนการและกิจกรรมที่สามารถสร้างความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ของผู้เข้าร่วมโปรแกรม ประกอบด้วย 1) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้ข้อมูลเพื่อสร้างความตระหนักแก่ชุมชน 2) การใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อหาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมกับชุมชน 3) การส่งเสริมแนวปฏิบัติชุมชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน 4) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขและผลักดันแนวปฏิบัติสู่การนำไปใช้ได้จริง และ 5) การเกิดนโยบายแนวปฏิบัติชุมชนสู่การปฏิบัติอย่างยั่งยืน ซึ่งกิจกรรมสามารถยืดหยุ่นได้ตามโอกาสและบริบทชุมชน อาจลดหรือขยายบางกิจกรรมเพื่อให้มีความเหมาะสมกับชุมชนและกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมโปรแกรม ซึ่งวิธีการที่ใช้ดำเนินกิจกรรมอาจมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของพื้นที่ ทั้งนี้ผู้วิจัยสามารถพัฒนาออกแบบหรือเลือกใช้วิธีดำเนินกิจกรรมที่แตกต่างกันได้ เพื่อให้คนในชุมชนสามารถสร้างแนวปฏิบัติของชุมชนที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. โปรแกรมนี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นได้ แต่ผู้นำใช้โปรแกรมต้องศึกษาสถานการณ์ของพื้นที่ก่อนเพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการปฏิบัติที่อาจแตกต่างกัน เนื่องจากในแต่ละชุมชนมีปัจจัยด้านความแตกต่างของวิถีการดำเนินชีวิต ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างมาก ดังนั้นควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษาชุมชนมาประยุกต์ใช้ประกอบการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้โปรแกรมเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทของชุมชนมากขึ้น

2. หลักการสำคัญในการดำเนินกิจกรรม ต้องกระตุ้นให้ชุมชนเกิดการมีส่วนร่วมตลอดกระบวนการ โดยเฉพาะการสนทนากลุ่มของกิจกรรมตั้งวงเล่า ร่วมวงโสร่ง ตั้งวงเสวนา และร่วมด้วยช่วยกัน เพื่อให้ชุมชนได้ร่วมกันค้นหาทางเลือก และวางแผนในการสร้างแนวปฏิบัติที่เหมาะสมกับชุมชน จะส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมสามารถเพิ่มระดับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำโปรแกรมไปทดลองใช้กับพื้นที่อื่นนอกเขตเทศบาลรัตนวาปีศรีเจริญ เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรม

References

1. Sanee A. Self Management Program in Chronic Diseases. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(2): 129-34. (in Thai)
2. Angkatavanich J. The Situation of Nutrition Problems in Monks. Bangkok: Panyamit printing; 2016. (in Thai)
3. Wisitcharoen K. Community Empowerment to Prevent Non-Communicable Diseases among Thai Buddhist Monks. Journal of Health Science Boromarajonani College of NursingSunpasitthiprasong. 2019; 3(2): 1-16. (in Thai)
4. Reunthongdee U. Enhancing Older Adults' Health Promotion Activities by using Community-Based Participation, Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2022; 23(1): 274-81. (in Thai)
5. Suttinakorn W. Transformative Learning and Action Research. Bangkok: Siam Paritas Publishing Company; 2017. (in Thai)
6. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining Sample Size for Research Activities. Educational and Psychological Measurement [Serial online] 1970; 30(3): 607-10.
7. Thavatchai Vorapongsathron. Sample size calculation for research using G*POWER Program. Thailand Journal of Health Promotion and Environmental Health [Serial online] 2018; 41(2): 11-21. (in Thai)
8. Arun Jirawatkul. Statistics for health science research. 4nd ed. Bangkok: Wittayapat; 2015. (in Thai)
9. Angkatavanich J. Thai kitchen far from disease 4.0. 3rd ed. Bangkok: Panyamit printing; 2015. (in Thai)
10. Best, J. Research in Education. 3rd ed. New Jersey: Prentice hall; 1977.

11. Chaichanawirote U. Evaluation of Content Validity for Research Instrument. *Journal of Nursing and Health Sciences*. 2017; 11(2): 105-11. (in Thai)
12. Kanjanawasee S. Selecting appropriate statistical methods for research. 7nd ed. Bangkok: Chulalongkorn University Printing House; 2016. (in Thai)
13. Vanichbuncha K. Data Analysis with SPSS for Windows. Bangkok: Samlada printing house; 2017. (in Thai)
14. Rattanaagreeethakul S. Development Model of Quality of Life for Hypertension Patients on the basis of Family and Community. *Journal of Nursing and Education*. 2016; 8(3): 52-65. (in Thai)
15. Saengdet S. Guidelines to Promote Health for Pre-Hypertension in Community at Suratthani Province. *Journal of Nursing Science & Health*. 2012; 35(1): 39-47. (in Thai)
16. Poohongthong C. Transformative Learning: Challenges for instructors in Higher Education. *The Journal of Behavioral Science Behavioral Science Research Institute Srinakharinwirot University*. 2018; 24(1): 163-82. (in Thai)
17. Inchaithep S. Transformative Learning: A Nursing learning management in clinics. *Journal of Health Sciences Scholarship*. 2019; 6(1): 3-7. (in Thai)
18. Dusitkul C. Development of activity management using transformative learning theory and transtheoretical model for reducing alcohol drinking behaviors of undergraduate students [Master Thesis in Bachelor of Education]. Chulalongkorn University Printing House: Chulalongkorn University; 2018 (in Thai)
19. Ruengsiriwat N. An effectiveness of program applying the Transtheoretical Model in dietary consumption among population at risk for Diabetes Mellitus type 2. *Journal of Public Health Nursing*. 2013; 27(1): 74-87. (in Thai)
20. Onsideang S. The effectiveness of health promoting program for behaviors on chronic disease preventative of the middle aged people, Thung Kula Subdistrict, Suwannaphum District, RoiEt Province. *Thai Dental Nurse Journal*. 2016; 26(1): 91-101. (in Thai)