

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธ ของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

Development of the Modification Model of Buddhist Health Care for the Elderly Chachoengsao Province

อุบลรัตน์ วิเชียร* ดำรงค์ศักดิ์ สอนแจ้ง เจษฎา บุญราศรี
Ubonrat Vichean* Dumrongsak Sornjaeng Jedsada Boonrasri
วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร, ชลบุรี, ประเทศไทย 20000
Sirindhorn College of Public Health, Chonburi, Thailand 20000

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยใช้กิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธดังนี้ 1. อาหารคู่สุขภาพ 2. ออกกำลังกายสร้างสุขภาพ 3. 3 ส.สร้างได้ด้วยตัวเรา (สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) 4. สูงวัยร่วมด้วย ช่วยกันเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบ ผลภายในกลุ่มตัวอย่างสถิติที่ใช้ Paired samples t – test

ผลการวิจัยพบว่า 1) คะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังใช้กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพก่อนและหลังใช้กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 3) คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจก่อนและหลังใช้กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ารูปแบบ การดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุมีความเหมาะสมสอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างและชุมชน ทำให้การดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวันควรนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นๆต่อไป

คำสำคัญ : รูปแบบการดูแลสุขภาพ, วิถีพุทธ, ผู้สูงอายุ

Abstract

This study was aimed develop of the Modification Model of Buddhist Health Care for the Elderly Chachoengsao Province. The sample consisted of 30 elderly people in the socially dependent group aged 60 years and over. By using Buddhist health care activities, which consisted of Activity 1. Healthy Food 2. Exercises for Health 3. 3 S. Build by Ourselves (Prayer, Meditation, Dharma Discussions) 4.Older adults join together. Collect data using questionnaires. The statistics used to analyze the data were percentage, mean, standard deviation and compare the results within the statistical sample using Paired samples t – test.

*Corresponding Author : *E-mail : krapuk2001@hotmail.com

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

วันที่รับ (received) 23 พ.ค. 2565 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 17 ก.ค. 2565 วันที่ตอบรับ (accepted) 23 ก.ค. 2565

The results of the research showed that mean scores 1) The after the intervention an average more knowledge scores higher than before intervention ($p < .05$) 2) The mean scores after the intervention an average more behavior scores higher than before intervention ($p < .05$) 3) The mean scores after the intervention an average more satisfaction scores higher than before intervention ($p < .05$). It shows that Model of Buddhist Health Care for the Elderly is appropriate and consistent with the lifestyle of the sample group and the community. Make health care in the Buddhist way of the elderly a part of daily life should be applied in other agencies.

Keyword : Health care model, Buddhist, Elderly

บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในแต่ละปีโดยในปี 2563 มีจำนวนผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 18.7 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ ซึ่งถือได้ว่าประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มากขึ้นเรื่อยๆ จากการสำรวจการทำงานของประชากรหรือการสำรวจแรงงานในปี 2563 พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุที่ทำงาน 4.7 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 36.9 จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้น 12.75 ล้านคน ซึ่งส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1.62 ล้านคน ภาคเหนือ 1.07 ล้านคน ภาคใต้ 6.10 แสนคน และกรุงเทพมหานคร 2.81 แสนคน ลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุพบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวตามลำพังในครัวเรือนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2554 ร้อยละ 8.6 ปี 2557 ร้อยละ 8.7 ปี 2560 ร้อยละ 10.8 และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับสมาชิกอื่นๆ ในครัวเรือน ร้อยละ 89.2¹ กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายและสนับสนุนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุทุกกลุ่มโดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ กลุ่มสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องสนับสนุนบริการด้านสุขภาพและสังคม ในการจัดระบบระยะยาวในพื้นที่นั้นต้องมีบุคลากรที่ทำหน้าที่ในการจัดระบบ รวมทั้งต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) เพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครต่างๆ²

จังหวัดฉะเชิงเทรามีการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยโดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและผู้ที่ต้องได้รับการดูแลทั้งในชุมชนและที่บ้านเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District Health System ; DHS) คือการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ส่งเสริมให้ประชาชนและชุมชนพึ่งตนเองไม่ทอดทิ้งกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุ

มีเป้าหมายเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนเป็นระบบการทำงานด้านสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันของทุกภาคส่วนผ่านกระบวนการจัดการความรู้เน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) จากผลการสำรวจพบว่า จำนวนของประชากรผู้สูงอายุเพิ่มไปอย่างรวดเร็วในปี พ.ศ. 2561 จำนวน 116,342 คน ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 121,318 คน และ พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 127,535 คน ตามลำดับ และมีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 28,777.29 ต่อแสนประชากร รองลงมาเป็นโรคเบาหวาน 22,364.96 ต่อแสนประชากรและโรคติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน 17,584.46 ต่อแสนประชากร จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า แนวทางในการวางแผนดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมคิดร่วมทำในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้องโดยบูรณาการระบบบริการสาธารณสุขที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุจัดสวัสดิการสงเคราะห์อย่างเป็นธรรม พัฒนาศักยภาพครอบครัวหรือจิตอาสาในการดูแลและสร้างสัมพันธ์ภาพทางสังคมของผู้สูงอายุทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้³

คณะผู้วิจัยปฏิบัติงานด้านสุขภาพพบว่า ผู้สูงอายุส่วนมากยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมทั้งขาดแรงจูงใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้สูงอายุที่ได้รับการเสริมสร้างแรงจูงใจจะช่วยให้รับรู้ปัญหาและมองเห็นอุปสรรคในการไปถึงเป้าหมายนั้น รวมทั้งส่งเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองอีกด้วย⁴ ผู้วิจัยจึงมีสนใจศึกษาการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์⁵ ร่วมกับการประยุกต์ใช้หลักธรรมวิถีพุทธคือ ไตรสิกขา 3 คือ ศีล สมาธิ และปัญญา มาใช้ดำเนินกิจกรรมโดยหลักของศีลช่วยให้บุคคลสำรวมระวังในเรื่องของความประพฤติทางร่างกาย วาจาให้มีความเป็นปกติร่วมกับการสวดมนต์เป็นประจำเป็นการพัฒนา

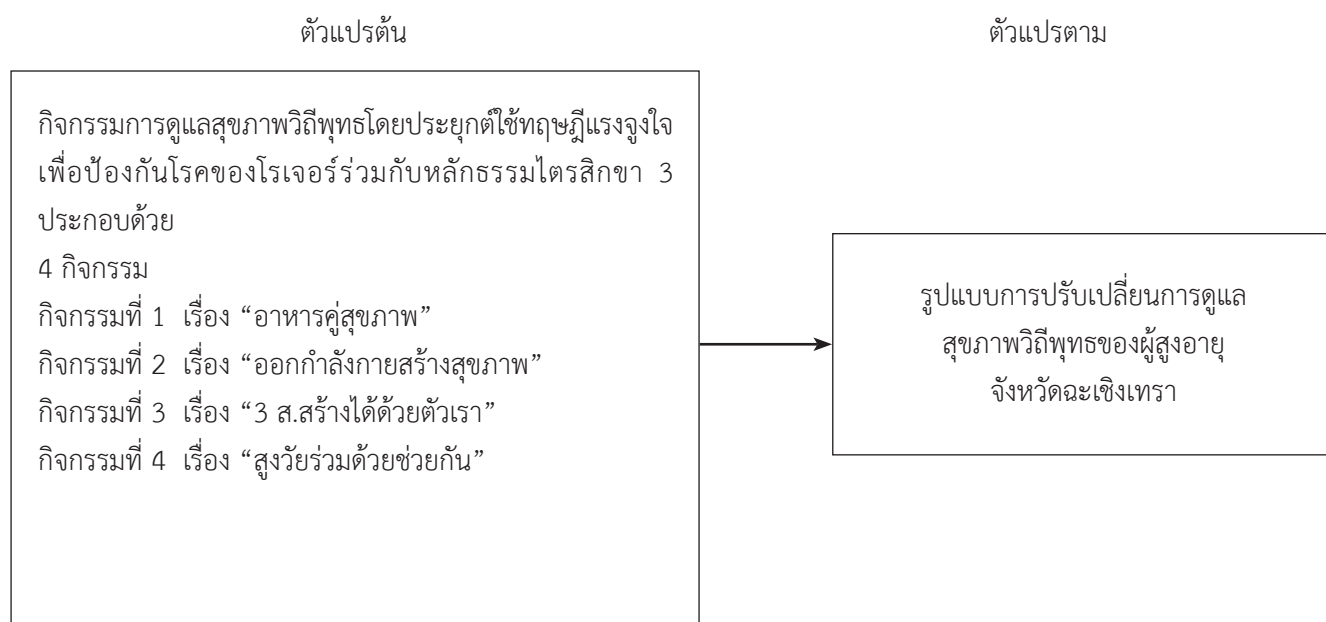
ในเรื่องของพฤติกรรมโดยมีส่วนสำคัญที่ควรเน้นคือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมทางกายภาพหรือโลกแห่งวัตถุ ส่วนหลักของสมาธิช่วยให้บุคคลสำรวจพัฒนาจิตใจเพื่อเตรียมพร้อมสู่การพัฒนาปัญญาต่อไปหลักของปัญญาคือการสนทนธรรมช่วยให้บุคคลเห็นทุกสิ่งตามความเป็นจริงเกิดปัญญาในการดำรงชีวิต⁷ การประยุกต์ใช้หลักพระพุทธศาสนาร่วมกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความสุขทั้งทางร่างกาย จิตใจและอารมณ์ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความพึงพอใจสามารถดูแลสุขภาพก่อให้เกิดรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและความต้องการในการปรับเปลี่ยนสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ
3. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ ดังแสดงในภาพประกอบที่ 1



ภาพประกอบที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

คำถามการวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทราเป็นอย่างไร
2. องค์ประกอบของรูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา มีอะไรบ้าง

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ มากกว่าก่อนใช้กิจกรรม
2. หลังใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ มากกว่าก่อนใช้กิจกรรม
3. หลังใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพ มากกว่าก่อนใช้กิจกรรม

วิธีดำเนินการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการ 3 ระยะดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 เตรียมการ

โดยการศึกษาข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหา ร่วมกับการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกตกลุ่มตัวอย่าง และทบทวนงานวิจัยและเตรียมกลุ่มตัวอย่าง ชุมชนและเตรียมเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ดำเนินการวางแผนกิจกรรมการดูแล สุขภาพวิถีพุทธและนำกิจกรรมไปใช้ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

วางแผน (Plan) โดยนำข้อมูลจากระยะเตรียมการ มาใช้วางแผนในการร่างกิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ โดยมีการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน

ปฏิบัติการ (Action) ดำเนินการตามกิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจของโรเจอร์(1983) ร่วมกับการประยุกต์ใช้หลักธรรมวิถีพุทธคือ ไตรสิกขา³

ติดตามประเมิน (Observation) ผู้วิจัยมีติดตามประเมินความก้าวหน้าในการดำเนินงานโดยการสังเกตสัมภาษณ์ สอบถามทุกสัปดาห์และประชุมร่วมกันกับกลุ่มตัวอย่างทุก 2 สัปดาห์ หลังจากดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง รวมทั้งหมด 9 สัปดาห์

สะท้อนผล (Reflection) สรุปและประเมินผลการดำเนินงานของกิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ รวมทั้งสะท้อนผลเพื่อวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคและปัจจัยสู่ความสำเร็จ

ระยะที่ 3 ประเมินผล

ประเมินผลรูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ไม่มีปัญหาด้านการพูด การฟังและการเขียน มีทั้งเพศหญิงและเพศชายอาศัยอยู่ในจังหวัดฉะเชิงเทราเป็นสมาชิกในชมรมจำนวน 85 ชมรม จำนวนสมาชิกในชมรม 70,731 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยอาศัยความน่าจะเป็น (Probability Sampling) คัดเลือกได้ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุตำบลท่าข้าม จังหวัดฉะเชิงเทรา โดยเลือกวิธีการจับ

ฉลากร่วมกับใช้เกณฑ์การคัดผู้ยินยอมตนเข้าร่วมกิจกรรมจำนวน 30 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (Inclusion criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้

1. เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลท่าข้ามมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน
2. มีความสามารถรับรู้สื่อความหมายความเข้าใจ อ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารกันได้
3. มีความสมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือเข้าร่วมกิจกรรมในการทำวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) สำหรับงานวิจัย ดังนี้

1. มีความเจ็บป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้
2. ย้ายออกนอกเขตพื้นที่ตำบลท่าข้ามระหว่างการวิจัย
3. เป็นผู้ที่มีปัญหาในการสื่อสารและการรับรู้ในช่วงที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. กิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 กิจกรรมดังต่อไปนี้ กิจกรรมที่ 1 อาหารคู่สุขภาพ กิจกรรมที่ 2 ออกกำลังกายสร้างสุขภาพ กิจกรรมที่ 3 ส.สร้างได้ด้วยตัวเราและ กิจกรรมที่ 4 สุขวัยร่วมด้วยช่วยกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 แบบ ดังนี้

แบบที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

แบบที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณคือ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลจำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลมีลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ มีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale) 5 คำตอบจำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 ความพึงพอใจในกิจกรรมการดูแลสุขภาพ

วิถีพุทธมีลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating scale)
5 คำตอบ จำนวน 20 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ มีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน
เพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)
โดยมีค่า CVI. มากกว่า 0.8 ขึ้นไป

2. นำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ
ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คนและนำผลมาคำนวณหาค่า
ความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ด้วยวิธีการหาค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha
Coefficient) ค่าความเที่ยงของความรู้เท่ากับ 0.76 ค่าความ
เที่ยงของพฤติกรรมเท่ากับ 0.78 และค่าความเที่ยงของ
ความพึงพอใจเท่ากับ 0.81 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะ
กรรมการการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย
การสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดชลบุรี ในการประชุม
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม เมื่อวันที่ 29 พ.ย. 64
ตามรหัสโครงการเลขที่ 2021/T17 แล้วจึงดำเนินการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติ ได้แก่ ร้อยละ
ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบผลภายใน
กลุ่มตัวอย่าง สถิติที่ใช้ Paired samples t – test

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาและ
ความต้องการในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ จังหวัด
ฉะเชิงเทรา

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างจำแนกตามคุณลักษณะ
ส่วนบุคคลจำนวน 30 คน ส่วนมากเป็นเพศหญิงจำนวน 25 คน
เพศชาย 5 คน สถานะทางครอบครัวส่วนมากเป็นหัวหน้า
ครอบครัว 16 คน มีอายุระหว่าง 65-69 ปี มีสถานภาพสมรส
ระดับการศึกษาจบประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้าง
และธุรกิจส่วนตัวหลักธรรมที่ใช้ในชีวิตประจำวันคือสวดมนต์
รองมาเป็นสันทนาธรรมและนั่งสมาธิ กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก
ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่โรคประจำตัวป่วยเป็นโรคความดัน
โลหิตสูง รองมาเป็นโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูงตาม

ลำดับและไม่มีโรคประจำตัว 6 คน เดิมประชาชนในพื้นที่
ประกอบอาชีพทางการเกษตรและประมงเป็นหลัก แต่ใน
ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่ในพื้นที่เข้ามาประกอบอาชีพใน
โรงงานอุตสาหกรรมเนื่องจากการประกอบอาชีพทางด้าน
การเกษตรกรรมไม่ได้ผล มีปัญหาด้านการขาดแคลนน้ำ
เพื่อการเกษตรเนื่องจากบางฤดูกาลน้ำทะเลขึ้นสูงไม่สามารถ
นำน้ำมาใช้เพื่อการเกษตรได้คงเหลืออาชีพเดิมบ้างคือ ประมง
ปากอ่าว ซึ่งยังพอได้ผลพอสมควรและการประกอบอาชีพ
ทางการประมงที่สำคัญ คือ การเลี้ยงปลากระพงขาวบริเวณริม
แม่น้ำบางปะกง การเลี้ยงกุ้งกุลาดำและการเลี้ยงปูทะเลจึงมีการ
ทำปลาเค็ม ปลาร้า กุ้งแห้งและอาหารทะเลตากเค็มไว้รับ
ประทานเกือบทุกบ้าน ประกอบกับวิถีการดำเนินชีวิตที่
เปลี่ยนแปลงไปประชาชนไปทำงานนอกบ้าน ไม่มีเวลา
ในการเตรียมอาหารจึงซื้ออาหารสำเร็จรูปที่ปรุงแต่งรสชาติ
หวานมันเค็ม ใส่สารกันเสีย สารปรุงแต่งรสชาติทำให้อาหาร
ชวนรับประทานและเก็บได้นานทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง
เพิ่มขึ้นทุกปี

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากการสนทนากลุ่มและการ
สัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า

ประธานชมรมผู้สูงอายุผู้สูงอายุส่วนมากมีโรคเรื้อรัง
แต่ควบคุมอาหารไม่ค่อยได้เนื่องจากสภาพพื้นที่ติดแม่น้ำ
บางปะกงจึงมีการนำอาหารทะเลมาหมักเกลือตากไว้รับประทาน
นานๆ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านผู้สูงอายุมี
ความรู้แต่ควบคุมอาหารไม่ค่อยได้ชอบรับประทานรสเค็มทำ
ปลาเค็ม ปูเค็ม ส่วนมากซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทานกัน

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ป่วยส่วนมากควบคุมอาหาร
ไม่ค่อยได้ นำอาหารทะเลมาตากเช่น ปลาเค็มกุ้งแห้ง ปูตองเค็ม
 ฯลฯ และซื้ออาหารสำเร็จรูปรับประทานรสชาติเข้มข้น ช่วง
รณรงค์จะให้ความร่วมมือดี

ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“มีให้ความรู้ด้านสุขภาพในวันประชุมแต่ไม่ค่อยทำ
กัน แถวน้ำอาหารทะเลตากเค็มมีกันเกือบทุกบ้าน...” (ผู้ให้ข้อมูล
ประธานชมรมผู้สูงอายุ)

“ควบคุมอาหารไม่ค่อยได้ยังตอนนี้ไม่ค่อยทำ
กับข้าวกันซื้ออาหารถุงตามตลาดนัดคะ..(ผู้ให้ข้อมูลอาสา
สมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน)

“ผู้ป่วยคุมอาหารไม่ค่อยได้ส่วนมากซื้ออาหาร
สำเร็จรูปและมีอาหารทะเลตากแห้งกันเกือบทุกบ้าน...”

(ผู้ให้ข้อมูลเจ้าหน้าที่สาธารณสุข)

2. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุ จังหวัดฉะเชิงเทรา

วงจรที่ 1 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมประเมินปัญหาด้านสุขภาพและร่างกิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุเพื่อนำไปปฏิบัติ รวมทั้งมีการแบ่งหน้าที่และผู้รับผิดชอบ

วงจรที่ 1 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ กลุ่มตัวอย่างดำเนินการตามกิจกรรมกิจกรรมที่ 1 “อาหารคู่สุขภาพ” และกิจกรรมที่ 2 “ออกกำลังกายสร้างสุขภาพ” นัดครั้งต่อไป 2 สัปดาห์

วงจรที่ 1 ขั้นตอนที่ 3 และ 4 ติดตามประเมินและสะท้อนผล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างส่งตัวแทนมานำเสนอผลการปฏิบัติหลังนำไปใช้พบว่า กลุ่มตัวอย่างขาดแรงจูงใจและศูนย์กลางในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเสนอให้มีจัดทำ ป้ายสะกิดใจ ขึ้น เพื่อเตือนในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและจัดตั้งชมรมคิธรรมนำใจขึ้นเพื่อเป็นศูนย์กลางในการดำเนินกิจกรรมผู้วิจัยนัดครั้งต่อไป 2 สัปดาห์ นำมาสู่การพัฒนากิจกรรมในวงจรที่ 2

วงจรที่ 2 ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างมานำเสนอผลการปฏิบัติหลังนำไปใช้ รวมทั้งร่างแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธ

วงจรที่ 2 ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการ (Action) ผู้วิจัยจัดกิจกรรมการเรียนรู้การดูแลสุขภาพวิถีพุทธโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของโรเจอร์ในกิจกรรมที่ 3 เรื่อง “3 ส.สร้างได้ด้วยตัวเรา” โดยประยุกต์หลักธรรมคือไตรสิกขา 3 ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย 1. การสวดมนต์ 2. นั่งสมาธิด้วยหลักสติปัฏฐาน 4 ตามแนวหลวงพ่อเทียน

จิตสุโธและ 3. สนทนาธรรม มาจัดกิจกรรมโดยมีพระสงฆ์มาให้ความรู้และแนวทางในการปฏิบัติ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเสนอกิจกรรมที่ 4 ส่งวัยร่วมด้วยช่วยกันจำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย 1. ด้านอาหาร 2. ด้านการออกกำลังกาย 3. ด้านอารมณ์ และร่วมกับเทศบาลตำบลท่าข้ามจัดกิจกรรมทำความสะอาดและทำนุบำรุงวัดท่าข้ามฯ นัดครั้งต่อไป 2 สัปดาห์ เพื่อนำเสนอผลการปฏิบัติ

วงจรที่ 2 ขั้นตอนที่ 3 และ 4 ติดตามประเมินและสะท้อนผล ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างส่งตัวแทนมานำเสนอผลการปฏิบัติหลังนำไปปฏิบัติพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากสามารถสวดมนต์ นั่งสมาธิและสนทนาธรรมได้แต่บางคนต้องไปทำงานนอกบ้านช่วงเช้าทำได้เป็นครั้งคราวแต่ก่อนนอนสามารถทำได้ทุกคน กลุ่มตัวอย่างร่วมกันปรับแผนกิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธโดยมีการจัดตั้งไลน์กลุ่มคิธรรมนำใจเพื่อเป็นศูนย์กลางในการกระตุ้นเตือนและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมมีการส่งเสริมความรู้ คลิปวีดิทัศน์เกี่ยวกับการสวดมนต์ นั่งสมาธิและสนทนาธรรมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความตระหนักรู้และสามารถปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่องและเสนอให้กลุ่มคิธรรมนำใจ เป็นแกนนำในการจัดหาวิทยากรให้ความรู้ด้านสุขภาพและการปฏิบัติสวดมนต์ นั่งสมาธิและสนทนาธรรมในวันประชุมผู้สูงอายุอีกทางหนึ่งด้วย นอกจากนี้ยังมีเครือข่ายด้านสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในวันจัดประชุมประจำเดือนของผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดความร่วมมือ การส่งเสริมสนับสนุนและเกิดความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุต่อไป

3. ผลการประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุจังหวัดฉะเชิงเทรา

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังใช้กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

กิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้กิจกรรม	3.37	0.61	15.92	0.001
หลังใช้กิจกรรม	4.50	0.55		

*p<.05

จากตารางที่ 1 พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพวิถีพุทธก่อนและหลังใช้กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 3.37 และ 4.50 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความรู้

ก่อนและหลังใช้กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังใช้กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n=30)

กิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้กิจกรรม	2.64	0.58	12.75	0.001
หลังใช้กิจกรรม	3.90	0.36		

*p<.05

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพวิถีพุทธก่อนและหลังใช้กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2.64 และ 3.90 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนและหลังใช้กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธก่อนและหลังใช้กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (n = 30)

กิจกรรม	$\bar{X}$	S.D.	t	P-value
ก่อนใช้กิจกรรม	2.80	0.56	14.20	0.001
หลังใช้กิจกรรม	3.86	0.34		

*p<.05

จากตารางที่ 3พบว่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธก่อนและหลังใช้กิจกรรมของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2.80 และ 3.86 ตามลำดับ คะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธก่อนและหลังใช้กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลของกิจกรรมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้าน การดูแลสุขภาพวิถีพุทธ ดังต่อไปนี้

1. มีศูนย์กลางด้านการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุโดยมีชมรมคณาจารย์และมิชชันนารีคณาจารย์ในการติดต่อสื่อสารงาน
2. มีการดูแลสุขภาพแบบ 3 อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) มาใช้ในกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุโดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และความต้องการของกลุ่มตัวอย่าง
3. องค์ประกอบเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีการเชื่อมโยงกันประกอบด้วย ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนร่วมกับหน่วยงานด้านสุขภาพ
4. มีการใช้ป้ายสะกิดใจและประยุกต์ใช้หลัก 3 ส.

(สวดมนต์ สมาธิ สันทนาธรรม) ในการดูแลสุขภาพ

6. ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจและความพึงพอใจในการดำเนินงาน

7. ผู้สูงอายุทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและร่วมกันดำเนินการ

การอภิปรายผลการวิจัย

สมมติฐานที่ 1 หลังใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพมากกว่าก่อนใช้กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้กิจกรรมมีความรู้ระดับน้อย 8 คน ร้อยละ 26.67 มีความรู้ระดับปานกลาง 16 คน ร้อยละ 53.33 หลังใช้กิจกรรมมีความรู้ 25 คน ร้อยละ 83.33 มีความรู้ระดับปานกลาง 5 คน ร้อยละ 16.67 เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 3 อ. พบว่าก่อนและหลังใช้กิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้กิจกรรมมีการรับรู้เฉลี่ย 3.37 และหลังใช้กิจกรรมมีการรับรู้เฉลี่ย 4.50 ผลการเปลี่ยนแปลงความรู้

เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ 3 อ. พบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังใช้กิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความรู้น้อยกว่าก่อนใช้กิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 หลังใช้กิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการดูแลสุขภาพมากกว่าก่อนใช้กิจกรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความรู้พฤติกรรมปฏิบัติและการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .05⁸

สมมติฐาน 2 หลังใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธ กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพมากกว่าก่อนใช้กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้กิจกรรมมีพฤติกรรมระดับพอใช้ 6 คน ร้อยละ 20.00 มีพฤติกรรมระดับควรปรับปรุง 24 คน ร้อยละ 80.00 หลังใช้กิจกรรมมีพฤติกรรมระดับดี 11 คน ร้อยละ 36.67 มีพฤติกรรมระดับพอใช้ 19 คน ร้อยละ 63.33 เปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ พบว่าก่อนและหลังใช้กิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้กิจกรรมมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุเฉลี่ย 2.64 และหลังใช้กิจกรรมมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเฉลี่ย 3.90 ผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังใช้กิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าก่อนใช้กิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า หลังใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพมากกว่าก่อนใช้กิจกรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า การเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองหลังการพัฒนามีแนวโน้มสูงขึ้น⁹ และความรู้และพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01¹⁰

สมมติฐาน 3 หลังใช้กิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธ กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในกิจกรรมการดูแลสุขภาพวิถีพุทธมากกว่าก่อนใช้กิจกรรม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้กิจกรรมมีความพึงพอใจระดับน้อย 22 คน ร้อยละ 73.33 มีความพึงพอใจระดับปานกลาง 8 คน ร้อยละ 26.67 หลังใช้กิจกรรมมีความพึงพอใจระดับปานกลาง 12 คน ร้อยละ 40.00 มีความพึงพอใจระดับดี 18 คน ร้อยละ 60.00 เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธพบว่า ก่อนและหลังใช้กิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

พฤติกรรมผลคะแนนเฉลี่ยพบว่า กลุ่มตัวอย่างก่อนใช้กิจกรรมมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธเฉลี่ย 2.80 และหลังใช้กิจกรรมมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธเฉลี่ย 3.86 ผลการเปลี่ยนแปลงความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุพบว่า กลุ่มตัวอย่างหลังใช้กิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพวิถีพุทธมากกว่าก่อนใช้กิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า หลังใช้กิจกรรมการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธกลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจในการดูแลสุขภาพมากกว่าก่อนใช้กิจกรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาที่ว่า การฝึกจิตโดยใช้สติปัฏฐานสี่เป็นการเจริญสติพิจารณาให้รู้เท่าทันและรู้แจ้งในทุกข์เมื่อปฏิบัติอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดสันติสุขภาวะทั้งกายและใจ¹¹ และกระบวนการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง นำจุดแข็งคือวิถีชีวิตประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชนวิถีพุทธมาปรับใช้ในการแก้ไขปัญหา¹²

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุจังหวัดฉะเชิงเทรา มีความเหมาะสม สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตของกลุ่มตัวอย่างและชุมชน ทำให้การดูแลสุขภาพวิถีพุทธของผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในหน่วยงานอื่นๆ ต่อไป

2. พัฒนากลุ่มตัวอย่างให้เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้กับกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

3. พัฒนากลุ่มภาคีเครือข่ายสุขภาพที่รับผิดชอบ มีการแบ่งความรับผิดชอบชัดเจน เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ชมรมผู้สูงอายุ เทศบาล เป็นต้น เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและสร้างเครือข่ายในการดำเนินกิจกรรม

4. สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่องโดยการจัดกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความตระหนักและเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติตัวเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตประจำวัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุควร มีกลุ่ม Care giver และอาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามาร่วม

กิจกรรม เพื่อจะได้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2. พัฒนาการดูแลสุขภาพทุกกลุ่มวัยโดยการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือและความยั่งยืนในกิจกรรมโดยมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะ

3. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัว ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อหาปัญหาและแนวทางร่วมกัน

References

1. National Statistical Office. Annual Report 2020. Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Board; 2020. (in Thai)
2. Department of Health Planning Division. Project to develop a long-term care system for the elderly in an integrated community. Bangkok: Department of Health; 2020. (in Thai)
3. Chachoengsao Provincial Public Health Office. Health status in 2020. Chachoengsao: Department of Health; 2020. (in Thai)
4. Milinjaroonpong N, srisupanan M, Chantramolee S and Suwan P. The model of health care for the elderly by the home group with community participation Ubonratchathani-Province. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2018; 19 (special edition): 173-184. (in Thai)
5. Phudankeng S and Uthit P. Effect of Motivation Program to Promote Life is following suicidal thoughts in patients with binge eating disorder. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2018; 18 (special edition): 85-93. (in Thai)
6. Roger, R.W. Cognitive and psysiological processes in fear appeals and attitude change : A revised theory of protection motivation. In J. Cacioppo & R. Petty (Eds.), Social Psycopsysiology. New York : Giuldford Press; 1983.
7. Phrakhru Srithammawophon. Application of the Tri-Sikkha for Human Capital Development in the 21st Century. University Chulalongkorn-rajavidyalaya; 2019. (in Thai)
8. Patpornphairot W, Chantaramolee S, Suwan P and Honnirun P. Model of health care in the Buddhist way of the elderly Ranong Province. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2020; 21(1): 157-166. (in Thai)
9. Wattana S and Sinthuwongsanon D. The results of changing health behaviors with Buddhist methods for The service users are at risk of aged 35 years and over for diabetes. Case study of Thongchai Nuea Subdistrict Pak Thong Chai District Nakhonratchasima Province. Journal of Health Promotion and Environmental Health 2019; 13 (30). (in Thai)
10. Morasakul B, Phanthasee P, Phonakorn W and Treebamrung S. Health behaviors related to disease. high blood pressure and diabetes A case study of people in the Legacy Garden Home village community Sanan Rak Municipality Pathum Thani Province. Journal of Public Health Nurses 2021; 35 (1). (in Thai)
11. Pukkaew W, Thammaso H and Watthanapradit K. Model of mindfulness development for Promoting peace for the elderly with dependency. Journal of Peace Studies Perspective Maha University Chulalongkorn-rajavidyalaya 2020; 8 (additional edition) : 108-120. (in Thai)
12. Patanabundit S, Daenghan T and Ratnanno P. System drive health by using the Buddhist community health constitution Nong Ta Kai Subdistrict Pho Chai District Roi Et Province. Thammasat Academic Journal Mahachulalongkornrajavidyalaya University Khon Kaen Campus 2019; 9(2). (in Thai)