

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ของประชาชนอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา*

นัยนา ยอดระบำ¹ มณฑา เก่งการพานิช²

นิรัตน์ อิมามี่² ธราดล เก่งการพานิช²

¹ นักศึกษาหลักสูตร วท.ม.(สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

² ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อส่งเสริม พฤติกรรม การถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ของประชาชน ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา กลุ่มตัวอย่างมี จำนวน 32 คน กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ขั้นวางแผน (Plan) เป็นขั้นเตรียมการโดยการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ การวางแผนออกแบบโปรแกรมสุขศึกษา และการเตรียมการก่อนนำไปปฏิบัติ 2) ขั้นนำแผนไปปฏิบัติ (Act) เป็นขั้นดำเนินการวิจัยจัดกิจกรรมตาม โปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับความสามารถตนเอง จำนวน 5 ครั้ง ครั้งที่ 1-3 เพื่อสร้างความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายอาหารไม่เหมาะสมแด่พระสงฆ์ การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ และสร้างสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ ครั้งที่ 4-5 เพื่อกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างมีการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง 3) ขั้นสังเกตการเปลี่ยนแปลง (Observe) เป็นการประเมินผลการเปลี่ยนแปลงด้วยแบบสัมภาษณ์ และ 4) ขั้นสะท้อนผลการดำเนินงาน (Reflect) เป็นการสรุปเพื่อสะท้อนผลและปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ ให้แก่กลุ่มเป้าหมายและชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติ Wilcoxon signed – rank test

ผลการศึกษาพบว่า หลังจัดโปรแกรมสุขศึกษา ประชาชน กลุ่มตัวอย่างมี ด้านความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายอาหารไม่เหมาะสมแด่พระสงฆ์ การรับรู้ความสามารถตนเองในการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ความคาดหวังในผลดีของการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ และพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ดีกว่าหรือเหมาะสมมากกว่าก่อน จัดโปรแกรม สุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ข้อเสนอแนะคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรจัดทำโครงการรณรงค์และกิจกรรมกระตุ้นให้ประชาชนถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ทั้งในระดับชุมชนและระดับบุคคลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ : วิจัยปฏิบัติการ / อาหารสุขภาพ / พระสงฆ์

Correspondence: ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์

มหาวิทยาลัยมหิดล E-mail: mondha.ken@mahidol.ac.th

* วิทยานิพนธ์ปริญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

An Action Research to Promote Healthy Food Offering Behaviors to Monks of People in Takuapa District, Phang-Nga Province*

Naiyana Yodrabum¹ Mondha Kengganpanich²

Nlirat Imame² Tharadol Kengganpanich²

¹ Student of M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Behavioral Sciences

² Department of Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

ABSTRACT

This action research aimed to promote behavior of offering healthy food to monks in two villages of Bangnaisee Sub-district, Takuapa District, Phang-Nga Province, thirty-two samples who were selected in accordance with the inclusion criteria and participated in this process. This action research composed of four stages; the first is planning stage or preparation stage which analysis of composed of monks' health problem, planning health education program, and preparation before program implementation. The second is action stage or research implementation which the Health Belief Model and Self-Efficacy Theory were applied to set up five sessions in which the first three activities aimed to enhance the participants' knowledge about healthy food offered to monks, perceived susceptibility of diseases from unhealthy food offering behavior to monks, perceived self-efficacy, outcome expectation of the benefits from healthy food offering behavior to monks and promote cues to actions. The fourth and the fifth activities were implemented by aiming to motivate the participants to offer healthy food to monks appropriately and continuously. The third stage is observational stage for evaluating the changes by interviewed questionnaire. As well the fourth stage is reflection stage for providing feedback about the outcome, problems and obstacles to target people and community. The data between before and after program implementation were analyzed by using the Wilcoxon signed-rank test.

The research outcomes indicated that after the health education program had been implemented sample group had knowledge about healthy food offering to monks, perceived susceptibility of diseases from unhealthy food offering behavior to monks, perceived self-efficacy, outcome expectation of the benefits from offering healthy food to monks, and behaviors regarding offering healthy food to monks were better than those before health education program implementation with statistical significance. ($p < 0.001$). It is recommended that sub-district health promoting hospitals should organize campaigns and activities aimed to stimulate people in the community to offer healthy food to monks continuously both at the community and individual levels.

KEY WORDS : ACTION RESEARCH / HEALTHY FOOD OFFERING BEHAVIOR/ MONK

Correspondence: Asst. Prof. Mondha Kengganpanich Department of Health Education and Behavioral Sciences,
Faculty of Public Health, Mahidol University

*Thesis of M.Sc. (Public Health) Major in Health Education and Behavioral Sciences, Faculty of Public Health, Mahidol University

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา สํารวจสุขภาพพระสงฆ์จากทุกวัด จำนวน 149 รูป พบว่าสุขภาพของพระสงฆ์แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ ร้อยละ 59.1 กลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 16.1 และกลุ่มป่วย ร้อยละ 24.8 โรคที่พบมากคือโรคเบาหวาน ร้อยละ 10.8 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 8.1⁽¹⁾ จากรายงาน แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์เกือบครึ่งหนึ่งมีภาวะเสี่ยงและ ปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรค ไม่ติดต่อ เรื้อรังที่กำลังเป็นปัญหาของสังคมโลกและประเทศไทย เป็นที่ทราบกันดีว่า สาเหตุของปัญหาโรคเรื้อรังมาจากพฤติกรรมเสี่ยงหลักๆ คือ การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การไม่ออกกำลังกาย ภาวะความเครียด การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ / สิ่งเสพติด และการสูบบุหรี่ จากผลการศึกษาวิจัยหลายการวิจัยสรุปถึงปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ว่ามีสาเหตุสำคัญมาจากการฉันภัตตาหารของพระสงฆ์ อันเนื่อง มาจากการถวายอาหารไม่เหมาะสม ของประชาชน⁽²⁻⁵⁾ และพระสงฆ์ไม่ได้อยู่ในสถานภาพที่จะเลือกอาหารเองได้อย่างอิสระ ต้องพึ่งพาภัตตาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย และงานวิจัยที่ผ่านมา ยังได้แสดงให้เห็นว่า พระสงฆ์มีความรู้ในการเลือกฉันภัตตาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกายถึงร้อยละ 96.5⁽⁶⁻⁷⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้วิจัยที่ได้ทำการสัมภาษณ์พระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ใน อำเภอตะกั่วป่า ได้ข้อ ค้นพบสำคัญ 3 ประเด็นคือ 1) พระสงฆ์รับรู้ถึงผลดีจาก

การฉันภัตตาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ 2) พระสงฆ์ต้องฉันภัตตาหารที่ญาติโยมนำมาถวายให้ได้อย่างไม่มีทางเลือก 3) พระสงฆ์รับรู้ปัญหาในการฉันภัตตาหารที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพ นอกจากนี้ จากการ สัมภาษณ์ประชาชนที่ถวายอาหารแด่พระสงฆ์ จำนวน 22 ราย พบว่า อาหารที่นิยมถวายแด่พระสงฆ์ คือ กลุ่มอาหารคาว ได้แก่ หมูคั่วเกลือ หมูพะโล้ ปลาเค็มทอด แกงกะทิ สำหรับอาหารหวาน ได้แก่ ขนมทองหยิบสังขยา ขนมชั้น ซึ่งเป็นเมนูเค็ม มัน หวาน ที่เสี่ยงต่อสุขภาพ และ ส่วนใหญ่มีความรู้ไม่ถูกต้องเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ กอปรกับความเชื่อว่าการถวายอาหารดีๆ แด่พระสงฆ์จะทำให้ได้บุญมาก ความชอบของผู้ถวายอาหาร และความชอบของผู้ที่ล้วงลิบไปแล้ว ทำให้ประชาชน ถวายอาหารตามความเชื่อ มากกว่าความถูกต้องของอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ ซึ่งข้อเสนอแนะจากงานวิจัย ที่ผ่านมามีข้อเสนอแนะในทิศทางเดียวกันว่า ควรหาแนวทางปรับปรุงการถวายอาหารของประชาชน โดยถวายอาหารที่เหมาะสมสำหรับสุขภาพพระสงฆ์ ลดอาหารหวาน มัน เค็ม และเพิ่มผักผลไม้ให้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์⁽²⁻⁶⁾ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ผู้เกี่ยวข้อง และ ข้อมูลสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในพระสงฆ์พบว่า สาเหตุของปัญหาที่สำคัญ เกิดจากประชาชนมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ การรับรู้ที่ไม่ ถูกต้องเกี่ยวกับ

โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายเป็นอาหารไม่เหมาะสมแต่พระสงฆ์ ดังนั้น การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้จึงประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁽⁸⁾ ร่วมกับทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)⁽⁹⁾ และแนวคิดกระบวนการกรกลุ่ม (Group Process)⁽¹⁰⁾ พัฒนาโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริมการถวายเป็นอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ของประชาชน เพื่อให้พระสงฆ์ได้ฉันภัตตาหารที่เหมาะสมกับสุขภาพ อันจะเกิดผล ดีต่อภาวะ สุขภาพ ของพระสงฆ์ ลดภาวะเสี่ยงจากโรคเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตโดยรวมที่ส่งผลต่อการพัฒนาจิตและจิตวิญญาณของบุคคล ชุมชนและสังคมในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยใช้ โปรแกรมสุขศึกษา ที่ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับความสามารถตนเอง ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรถวายเป็นอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ของประชาชน

สมมติฐานการวิจัย

หลังสิ้นสุด ดกรวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้ โปรแกรมสุขศึกษาที่ ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับความสามารถตนเอง สามารถทำให้ ชุมชนและ ประชาชนกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรถวายเป็นอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ในทิศทางที่ดีขึ้นมากกว่าก่อนเข้าร่วมการวิจัย ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายในที่เกี่ยวกับการถวายเป็นอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ดีขึ้น ประกอบด้วย 1) ความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ 2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายเป็นอาหารไม่เหมาะสมแต่พระสงฆ์ 3) การรับรู้ความสามารถตนเอง และ 4) ความคาดหวังในผลดีของการถวายเป็นอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์

2. การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอก คือ พฤติกรรมกรถวายเป็นอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ดีขึ้น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนที่ 1 วางแผน (Plan) ขั้นตอนที่ 2 นำแผนไปปฏิบัติ (Act) ขั้นตอนที่ 3 สังเกตการเปลี่ยนแปลง (Observe) และขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการดำเนินการ (Reflect)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัยคือ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 7 และหมู่ที่ 9 ตำบลบางนายสี อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา นับถือศาสนาพุทธ กลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 28 คน ผู้วิจัยได้กำหนดตัวชี้วัดและเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากทำ การค้นหากลุ่มตัวอย่าง ได้ผู้ยินยอมตนและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยด้วยกันทั้งสิ้น 35 คน

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างคัดเลือก ตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้ 1) เป็นผู้ถวายอาหารแด่พระสงฆ์อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ด้วยวิธีการใส่บาตรหรือนำอาหารไปถวายที่วัด 2) สัมครใจและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมในการวิจัย 3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้งจนครบโปรแกรม ซึ่งจากการดำเนินกิจกรรม กลุ่มตัวอย่าง ที่สามารถเข้าร่วมได้ตามเงื่อนไขครั้งนี้ รวม 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด

ชนิดที่ 1 กระบวนการที่ใช้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เป็นเครื่องมือที่ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับความสามารถตนเองในการออกแบบกระบวนการและโปรแกรมสุขภาพซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนในกระบวนการดำเนินการวิจัย

ชนิดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ ประชาชนใช้เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย แบ่งเป็น 6 ส่วน คือ ข้อมูลคุณลักษณะประชากร จำนวน 15 ข้อ ความรู้เกี่ยวกับอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ จำนวน 13 ข้อ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายอาหารไม่เหมาะสมแด่พระสงฆ์ จำนวน 15 ข้อ การรับรู้ความสามารถตนเองในการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ จำนวน 12 ข้อ ความคาดหวังในผลดีของการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ จำนวน 15 ข้อ

ซึ่งได้ทดสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหาและด้านโครงสร้าง จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ก่อนนำเครื่องมือไปทดลองใช้ และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ พบว่า ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายอาหารไม่เหมาะสมแด่พระสงฆ์ ด้านการรับรู้ความสามารถตนเองในการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ด้านความคาดหวังในผลดีของการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.91, 0.88 และ 0.89 ตามลำดับ สำหรับความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ หาค่าความเที่ยงด้วยสูตรคูเดอริชาร์ด สัน (Kuder -Richardson: KR-20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.71 2)

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังได้รับอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยตามเอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2012-151 จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

การวิจัย เชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเตรียมการ หรือขั้นวางแผน (Plan)

โดยการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ ออกแบบและ วางแผนการจัดโปรแกรมสุขภาพ และเตรียมการก่อนนำแผนไปปฏิบัติ ประชุมผู้นำผู้เกี่ยวข้องและอาสาสมัครสาธารณสุข ช รวม 143 คน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการวิจัย คือ การนำแผนไปปฏิบัติ (Act)

การนำแผนไปสู่การปฏิบัติ โดยในแผนมีการทำกิจกรรมตามโปรแกรมสุขศึกษา จำนวน 5 ครั้ง ๆ ละ 2 ชั่วโมง ใช้เวลา 8 สัปดาห์ มีรายละเอียดดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 เก็บข้อมูลก่อนเริ่มโปรแกรมสุขศึกษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์ (Pre-test) และทำการติดป้ายประชาสัมพันธ์ ประกาศเสียงตามสาย เกี่ยวกับโครงการ

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมสุขศึกษาครั้งที่ 1 เพื่อสร้างความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายอาหารไม่เหมาะสมแด่พระสงฆ์ และสร้างสิ่งชี้ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 2 เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง และสร้างความคาดหวังในผลดีของการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์

สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมสุขศึกษา ครั้งที่ 3 เพื่อประเมินการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ โดยให้ประชาชนนำสุขภาพของตนเองอาหารไปถวายแด่พระสงฆ์ สมาชิกกลุ่มและผู้วิจัยร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหา เพื่อปรับปรุงการถวายอาหารให้ถูกต้องมากขึ้น

สัปดาห์ที่ 5 ไม่มีกิจกรรมสุขศึกษา

สัปดาห์ที่ 6 จัดกิจกรรมกระตุ้น ครั้งที่ 1 โดยกลุ่มตัวอย่างนำอาหารสุขภาพของตนเองไปถวายแด่พระสงฆ์ เพื่อประเมินอาหารสุขภาพ แล้ว

ให้กลุ่มร่วมกันอภิปรายกลุ่ม หาแนวทางแก้ไข ปัญหา (สัปดาห์ที่ 7 ไม่มีกิจกรรมสุขศึกษา)

สัปดาห์ที่ 8 จัดกิจกรรมกระตุ้น ครั้งที่ 2 และเก็บข้อมูลหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขศึกษา (Post-test) โดยกลุ่มตัวอย่างนำอาหารสุขภาพของตนเองไปถวายแด่พระสงฆ์ เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสม ของการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ โดยให้กลุ่มตัวอย่างประเมินการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ด้วยตนเอง เพื่อหาแนวทางแก้ปัญหาร่วมกัน สุดท้ายผู้วิจัยสรุปผลการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ของกลุ่มตัวอย่างพร้อมข้อเสนอแนะ

หมายเหตุ ในระหว่างดำเนินโปรแกรมหลายกิจกรรมมีการปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสมของชุมชนเป็นระยะ ซึ่งเกิดจากการพูดคุยหรือในกลุ่มในระหว่างที่มีการสรุปกิจกรรมในแต่ละครั้ง

ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผลการวิจัย คือ สังเกตการเปลี่ยนแปลง (Observe)

ผู้วิจัยประเมินผลกิจกรรมตามโปรแกรม สุขศึกษา ซึ่งทำในสัปดาห์ที่ 1 ก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการในสัปดาห์ที่ 8 และในระหว่างจัดกระบวนการมีการประเมินเป็นระยะเพื่อปรับกระบวนการ ซึ่งการประเมินจะใช้ทั้งแบบสัมภาษณ์ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย แบบสังเกตและแบบบันทึก

ขั้นตอนที่ 4 สะท้อนผลการดำเนินการ (Reflect) มีการประเมินในระหว่างกระบวนการในสัปดาห์ที่ 6 เป็นต้นมาจะมีการประเมินพฤติกรรม

การถวายอาหารและนำมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้และหาแนวทางในการปรับเปลี่ยนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และ ในสัปดาห์ที่ 8 มีการแจ้งผลลัพธ์ ของการดำเนินงานให้แก่กลุ่มเป้าหมาย และสรุป จุดดี จุดแข็งร่วมกัน รวมถึงการพูดคุยแนวทาง การปรับพฤติกรรมให้เหมาะสมและต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความแตกต่างของพฤติกรรม การถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ระหว่างก่อน และหลัง การวิจัย ด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

กลุ่มตัวอย่าง เกือบทั้งหมด เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.9 มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 50 ปี ร้อยละ 37.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 53.1 จบระดับประถม ศึกษา ร้อยละ 71.9 อาชีพ เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 56.3 มีรายได้ต่อเดือนตั้งแต่ 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 46.9

การถวายอาหารแด่พระสงฆ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างถวายอาหารแด่พระสงฆ์ด้วยวิธีการใส่บาตร ร้อยละ 87.5 จำนวน 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ความถี่ในการถวายอาหารแด่พระสงฆ์ คือ ทำทุกวันพระ ร้อยละ 65.6 รองลงมาคือ ทำเป็นประจำ และทำตามความสะดวก ร้อยละ 46.9 โดยนำ

อาหารไปถวายแด่พระสงฆ์หรือใส่บาตรเป็นประจำ ที่สำนักสงฆ์ ไกลหมู่บ้าน อาหารที่นำไปถวายแด่พระสงฆ์เป็นอาหารที่ปรุงด้วยตนเอง ร้อยละ 78.1 ที่เหลือร้อยละ 21.9 ซื้อจากร้านจำหน่ายอาหาร ในหมู่บ้าน สำหรับ อาหารที่ถวายแด่พระสงฆ์ครั้งล่าสุดส่วนใหญ่เป็นอาหารที่ปรุงเอง เช่นกัน ร้อยละ 71.9 โดยผู้ดูแลหลักเรื่องอาหารในครอบครัวคือผู้เข้าร่วมโครงการเอง ร้อยละ 87.5

ประวัติการมีโรคประจำตัว พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 56.2 มีโรคประจำตัว โดยครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 50.0 มีโรคประจำตัว 1 โรค โรคที่พบมากที่สุดคือ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 44.4 และโรคหอบ ร้อยละ 33.3

ความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์

ก่อนเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 11.03 จากคะแนนเต็ม 13 คะแนน และเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้ว พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 13 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 1.97 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายอาหารไม่เหมาะสมแด่พระสงฆ์

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายอาหารไม่

เหมาะสมแต่พระสงฆ์เท่ากับ 57.28 จากคะแนนเต็ม 75 คะแนน หลังเข้าร่วมโครงการพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยงเท่ากับ 75 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายอาหารไม่เหมาะสมแต่พระสงฆ์ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 17.72 คะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

การรับรู้ความสามารถตนเองในการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์เท่ากับ 49.94 จากคะแนนเต็ม 60 คะแนน และเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองเท่ากับ 58.75 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถตนเองในการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ก่อนและหลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 8.81 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ความคาดหวังในผลดีของการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง มีความคาดหวัง ในผลดีของการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เท่ากับ 50.47 จากคะแนนเต็ม และเมื่อเข้าร่วมโครงการแล้วพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดีเท่ากับ 71.28 เมื่อเปรียบเทียบ

คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ ก่อนและ หลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 20.81 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

พฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์

พฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์จำแนกตามกลุ่มอาหาร หวาน มัน เค็ม พบว่า ก่อนเข้าร่วมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ อยู่ในเกณฑ์ดีคือ คะแนนพฤติกรรมคิดเป็นร้อยละ 81.78 กล่าวคือ ส่วนใหญ่ ถวาย อาหาร กลุ่มไม่เค็ม ร้อยละ 90.6 กลุ่มอาหารไม่หวาน ร้อยละ 62.5 และกลุ่มอาหารไม่มัน ร้อยละ 53.1 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการถวายอาหารกลุ่มมันยังคงเป็นปัญหา โดยเมนูที่พบได้แก่ ต้มข่าหมูหน่อไม้สด ไข่พะโล้หมูติดมัน หมูคั่วเกลือ มีส่วนผสม ปาท่องโก๋ ส่วนเมนูขนมหวานจัดอยู่ในกลุ่มอาหารหวาน คือ ข้าวต้มมัด ข้าวเหนียวสังขยาและถวายผลไม้รสไม่หวานน้อยกว่าขนมหวาน อย่างไรก็ตาม หลังเข้าร่วม โครงการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น กล่าวคือ มีค่าคะแนนพฤติกรรมเฉลี่ย คิดเป็นร้อยละ 97.92 คือ ส่วนใหญ่มีการถวายอาหารถูกต้องคือ อยู่ในกลุ่มอาหารไม่เค็ม และไม่มัน ร้อยละ 96.9 เท่ากัน และอาหารไม่หวาน ร้อยละ 90.6 ซึ่งสังเกตได้ว่ามีเมนูอาหารคาวที่จัดอยู่ในกลุ่มอาหารสุขภาพมาก

ขึ้น เช่น เน้นเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน เพิ่มผักมากขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีขึ้น ร้อยละ 56.3 เมื่อ
 สำหรับเมนูอาหารหวานนั้น ส่วนใหญ่เป็นผลไม้รส เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการถวายเป็น
 ไม่หวานมากกว่าขนมหวาน เมื่อเปรียบเทียบ อาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ หลัง-ก่อนเข้าร่วมการ
 คะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการถวายอาหารแต่ วิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น 16.14 คะแนน
 พระสงฆ์ ก่อนและหลัง เข้าร่วมการวิจัย พบว่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตาม หลัง-ก่อนเข้าร่วมการวิจัย (n=32)

ตัวแปรตาม	n	\bar{x}	sd	z	p-value
ความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์					
ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	32	11.03	1.82	-4.22	< 0.001 ^a
หลังเข้าร่วมการวิจัย	32	13.00	0.00		
ผลต่าง		1.97			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายอาหารไม่เหมาะสมแต่พระสงฆ์					
ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	32	57.28	13.06	-4.47	< 0.001 ^a
หลังเข้าร่วมการวิจัย	32	75.00	0.00		
ผลต่าง		17.72			
การรับรู้ความสามารถตนเองในการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์					
ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	32	49.94	7.16	-4.46	< 0.001 ^a
หลังเข้าร่วมการวิจัย	32	58.75	2.36		
ผลต่าง		8.81			
ความคาดหวังในผลดีของการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์					
ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	32	50.47	13.38	-4.87	< 0.001 ^a
หลังเข้าร่วมการวิจัย	32	71.28	6.36		
ผลต่าง		20.81			
พฤติกรรมการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์					
ก่อนเข้าร่วมการวิจัย	32	81.78	19.15	-3.68	< 0.001 ^a
หลังเข้าร่วมการวิจัย	32	97.92	5.04		
ผลต่าง		16.14			

อภิปรายผล

จากการดำเนินวิจัยโดยใช้โปรแกรมที่ประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)⁽⁸⁾ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy Theory)⁽⁹⁾ และกระบวนการกลุ่ม (Group Process)⁽¹⁰⁾ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการถวายเป็นอาหารสุขภาพ แต่พระสงฆ์ของประชาชนนั้น สามารถทำให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าวในทิศทางที่ดีขึ้นและเหมาะสมมากกว่า ก่อนเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้เนื่องจาก

1) โปรแกรมสุขภาพที่จัดขึ้นเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ที่พยายามปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้สอดคล้องกับบริบทของประชาชนและชุมชน ซึ่งจุดเด่นของการวิจัยเชิงปฏิบัติการคือ ประชาชนได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริง เพื่อหาข้อสรุป ในการแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ มีการปรับปรุงแก้ไข จนกระทั่งผลการปฏิบัติงานนั้นสามารถแก้ไขปัญหาได้สำเร็จ เช่นเดียวกับงานวิจัยนี้ กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้การนำอาหารสุขภาพของตนเองไปถวายแด่พระสงฆ์ และมีการอภิปรายกลุ่มเพื่อประเมินอาหารสุขภาพของตนเองทุกครั้ง หากพบว่า ยังมีพฤติกรรมการถวายเป็นอาหารที่ไม่เหมาะสม สมาชิกภายในกลุ่มจะร่วมกันหาแนวทางปรับปรุงแก้ไข ซึ่งปัญหาที่พบในเรื่องการถวายเป็นอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ประชาชนไม่สามารถเลือกอาหารสุขภาพจากร้านจำหน่ายอาหารในหมู่บ้านได้ สมาชิกกลุ่มจึงเสนอให้กลุ่มตัวอย่าง ำปรุงอาหารถวายแด่

พระสงฆ์ด้วยตนเอง โดยใช้เมนูสุขภาพที่มีอยู่ในท้องถิ่น และวัตถุดิบที่หาได้ง่าย

2) การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับความสามารถตนเอง และแนวคิดกระบวนการกลุ่มนั้น มีการใช้หลายเทคนิควิธีการตามกลวิธีสุขภาพศึกษา อาทิ

- การอภิปราย กลุ่ม ช่วยให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการถวายเป็นอาหารไม่เหมาะสมแด่พระสงฆ์ การรับรู้ความสามารถตนเองในการถวายเป็นอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ ความคาดหวังในผลดีของการถวายเป็นอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ และพฤติกรรมการถวายเป็นอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์เพิ่มขึ้น เพราะการอภิปรายกลุ่มเป็นกระบวนการที่สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการออกความคิดเห็น มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เพื่อหาทางแก้ปัญหาพร้อมกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงระยะเวลาสั้นๆ⁽¹⁰⁾

- การบรรยายประกอบสไลด์ ซึ่งในการบรรยายนั้นผู้วิจัยได้นำเสนอสไลด์ที่เป็นรูปภาพมากกว่าเป็นตัวหนังสือ การยกตัวอย่างอาหารสุขภาพที่มีอยู่ในท้องถิ่น อีกทั้งได้เปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ซักถามในประเด็นที่สงสัย ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบสองทาง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

- การนิมนต์พระสงฆ์มาร่วมสนทนาธรรม ในหัวข้อ "อาหารกับสุขภาพ" เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการรับรู้ปัญหาในการฉันทาอาหาร

ของพระสงฆ์ มีการพูดคุยซักถามในประเด็นที่สงสัย เนื่องจากพระสงฆ์เป็นบุคคลที่สมาชิกภายในกลุ่มให้ความเชื่อถือ ศรัทธามากที่สุด ดังนั้น เมื่อพระสงฆ์ได้มาสนทนารธรรม จึงเป็นเหมือนกับการเปลี่ยนความเชื่อเดิมของกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่ถูกต้องให้เป็นความเชื่อใหม่ที่ถูกต้องมากขึ้น

- การฝึกวิเคราะห์เมนูอาหารจากอาหารของกลุ่มตัวอย่างที่ได้ถวายแต่พระสงฆ์ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างสามารถวิเคราะห์เมนูอาหารสุขภาพได้ถูกต้อง และนำไปปฏิบัติได้จริง
- การติดป้ายรณรงค์ มอบโปสเตอร์ คู่มือแนวทางการดื่มน้ำให้ได้บุญ เป็นการสร้างสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ เพื่อกระตุ้นให้มีพฤติกรรมถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์
- การทบทวนความรู้เดิมด้วยการเล่นเกมก่อนเริ่มกิจกรรมใหม่ทุกครั้ง เพื่อเป็นการทดสอบความรู้ ความเข้าใจของกลุ่มตัวอย่าง และสร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้มีความสุขสนุกสนานไม่เครียด
- การเรียนรู้ผลสำเร็จจากประสบการณ์ถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ด้วยตนเอง คือ การประเมินอาหารของตนเองที่ถวายแต่พระสงฆ์ในสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าตนเองสามารถทำได้เหมาะสมหรือไม่ การฝึกทักษะคิดเมนูอาหารสุขภาพ เพื่อเพิ่มความมั่นใจในการรับรู้ความสามารถตนเอง การได้เห็นตัวแบบทั้งทางบวกและทางลบ การพูดคุยจากผู้วิจัยและตัวแบบ เพื่อให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดแรงจูงใจในการ

ถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์ รวมถึงการกระตุ้นทางอารมณ์ด้วยการสร้างสัมพันธ์ภาพทุกครั้งที่พบกัน ทำให้หลังเข้าร่วมการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมถวายอาหารแต่พระสงฆ์เหมาะสมมากกว่า ก่อนเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยการถวายอาหารสุขภาพแต่พระสงฆ์สูงกว่า ก่อนเข้าร่วมการวิจัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการ ผลการวิจัย สอดคล้องกับ แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ของมาร์แชล เชน เบกเคอร์ (Marshall H. Becker)⁽¹¹⁾ ที่ว่าการเพิ่มสิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติ คือ สิ่งกระตุ้นหรือแรงจูงใจที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลคนนั้น เช่น อาการไม่สุขสบาย ความเจ็บปวด หรือเป็นสิ่งที่ภายนอกที่มากกระตุ้น เช่น การได้รับข่าวสารหรือรณรงค์จากสื่อมวลชน คำแนะนำของแพทย์ เพื่อน หรือผู้อื่น การเจ็บป่วยของสมาชิกภายในครอบครัว แรงกดดันหรือแรงสนับสนุนทางสังคม ในงานวิจัยนี้ได้ใช้สิ่งภายนอกที่มากกระตุ้น ได้แก่ การรณรงค์จากสื่อมวลชนและคำแนะนำของพระสงฆ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ธัญลักษณ์ โมราษฏร์⁽¹²⁾ เพ็ญพิชชา สรโยธิน รัตนภวนนท์⁽¹³⁾ และ Tussing L และ Novakofski KC⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Resnicow K และคณะ⁽¹⁵⁾ Campbell MK, Hudson MA, Resnicow K,

Blakeney N, Paxtan A, Baskin M.⁽¹⁶⁾ Wiist WH และ Flack JM⁽¹⁷⁾ ที่พบว่ากรให้พระเป็นผู้ถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพเพื่อเปลี่ยนความเชื่อของกลุ่มตัวอย่าง มีผลต่อการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ยังเป็นไปตาม ทฤษฎีความสามารถตนเองของ อัลเบิร์ต แบนดูรา (Albert Bandura)⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า ความเชื่อในความสามารถตนเอง จะมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานเฉพาะอย่างได้ ซึ่งมีงานวิจัยที่ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ และเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เกี่ยวกับพฤติกรรมบริโภคอาหารของ อารยา ทิพย์วงศ์⁽¹⁸⁾ พิกุล ดินามาส⁽¹⁹⁾ และ พิชามญช์ ภูเจริญ⁽²⁰⁾ พบว่า หลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มตัวอย่างรับรู้ความสามารถตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จุดอ่อนของการวิจัย

งานวิจัยนี้ทำในพื้นที่ที่ผู้วิจัยปฏิบัติงานในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมและประเมินผลด้วยตนเอง ทั้งหมดอาจมีผลต่อความเกรงใจและการตอบคำถามที่เอนเอียงในทางบวก จึง ควรให้บุคคลภายนอกเป็นผู้ประเมินทั้งก่อนและหลังการจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับชุมชน

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรจัดกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนักถึงการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ โดยจัดให้มีโครงการรณรงค์การถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์แก่ประชาชน การจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในมิติอื่นๆ การสร้างสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ โดยจัดอบรมผู้ประกอบการร้านจำหน่ายอาหารสำเร็จรูป การประกาศเสียงตามสายในชุมชน การจัดนิทรรศการให้ความรู้เรื่องอาหารสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ที่วัด จัดตั้งกลุ่มเครือข่ายถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ในชุมชนและขยายผลในระดับอำเภอ ส่งเสริมให้มีจิตอาสาในชุมชน เพื่อทำหน้าที่กระตุ้นเตือนให้ประชาชนในชุมชนมีความตระหนักในการถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์
2. ผู้นำชุมชนควรส่งเสริมให้ประชาชนนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาใช้ในระดับครอบครัว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนารูปแบบการวิจัยให้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) และทำในระดับชุมชน โดยใช้แนวคิดนิเวศวิทยา (Ecological model) ซึ่งต้องดำเนินการทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องระดับบุคคล และสิ่งแวดล้อม

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง การ ถวาย อาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์กับภาวะเสี่ยงหรือโรคที่ เกิดกับพระสงฆ์ เพื่อช่วยให้เห็นผลของการถวาย อาหารสุขภาพชัดเจนมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอตะกั่วป่า . รายงานการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ . พังงา: เอกสารอัดสำเนา, 2550.
2. บุญยีน แสงงาม. หลวงพี่ก็มีหัวใจ. (ออนไลน์). Available at <http://www.foodresources.org/news/3/10/08/5459>. (Accessed October 8, 2010).
3. สายัณห์ สวัสดิ์ศรี และคณะ . รายงานวิจัย ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระ รุดงค์ ครั้งที่ 1 ประจำปี พ.ศ.2548. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมพระพุทธศาสนาแห่งประเทศไทย, 2548.
4. อภิรักษ์ คำเสนาะ . การครองชีวิตเพื่อการ ส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง อุบลราชธานี . [วิทยานิพนธ์ ศึกษาศาสตร มหาบัณฑิต สาขาส่งเสริมสุขภาพ]. เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัย เชียงใหม่, 2549.
5. ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต, ปราวณปรีญา โคสะสุ, ศิรดา ศรีโส ภา. พระสงฆ์กับสุขภาพของ พระภิกษุสงฆ์ใน จังหวัดอุบลราชธานี. หนังสือ ประกอบงานอีสานสร้างสุข ปี 51-52 พระสงฆ์ กับสุขภาพะ . อุบลราชธานี : วีแคนเวอร์วิธ เอกซ์เพรส, 2552. 1-4.
6. สุวัฒน์ รักขันโท , อเนก คงขุนทด , สุมาลัย กาญจนะ. รายงานการวิจัยพฤติกรรมกรรมการดูแล สุขภาพตนเอง ของพระภิกษุในเขตภาคใต้ ตอนบน. สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ห้องเรียนสุราษฎร์ธานี วัดพัฒนาราม (พระอารามหลวง), 2551.
7. จารินี ยศปัญญา และวันเพ็ญ ศิวารมย์ . อนามัยผู้สูงอายุ-ชุมชนทรัพยากรความรู้ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (ออนไลน์). Available at <http://203.157.64.28:81/groupcontents.php>. (Accessed October 5 , 2010).
8. Rosenstock I. Historical Origins of the Health Belief Model. HEALTH EDUC QUART. 1974; 2(4): 328-35.
9. Bandura A. Self-efficacy. The exercise of control. New York: W.H. Freeman, 1997.
10. Marram GD. The Group Approach in Nursing Practice. 2nd ed. St.Louis: Mosby, 1978.
11. Becker MH. The Health Belief Model and Sick Role Behavior. HEALTH EDUC QUART. 1974; 2 (4): 409-419.
12. ธัญลักษณ์ โมราษฎร์ . ผลของการใช้ โปรแกรมส่งเสริมโภชนาการโดยการ ประยุกต์แบบ บแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรงพยาบาล

- ขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาโภชนาการชุมชน]. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2548.
13. เพ็ญพิชชา สร้อยอิน รัตนภวนนท์ . ประสิทธิภาพของโปรแกรมการส่งเสริมโภชนาการเพื่อปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการเพื่อสุขภาพ . [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)]. สาขาโภชนวิทยา] กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2541.
 14. Tussing L, Novakofski KC. Osteoporosis Prevention Education: Behavior Theories and Calcium Intake. J AM DIET ASSOC. 2005; 105: 92-7.
 15. Resnicow K, Wallace DC, Jackson A, Digirolamo A, Odom E, Wang T, et al. Dietary change through African American churches: baseline results and program description of the eat for life trial. J CANC EDUC. 2000; 15 (3): 156-63.
 16. Campbell MK, Hudson MA, Resnicow K, Blakeney N, Paxtan A, Baskin M. Church-Based Health Promotion Interventions: Evidence and Lessons Learned. ANNU REV PUBL HEALTH. 2007; 28: 213-34.
 17. Wiist WH, Flack JM. A Church-Based Cholesterol Education Program. PUBLIC HEALTH REP. 1990; 105(4): 381-88.
 18. อารยา ทิพย์วงศ์ . ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ จังหวัดกาญจนบุรี . [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์]. กรุงเทพฯ ฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2553.
 19. พิกุล ดินามาส. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมมารับประทานอาหารของผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดหัวใจ . [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ]. เชียงใหม่ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2550.
 20. พิชามณัฐ ภูเจริญ. ประสิทธิภาพของการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนในผู้สูงอายุที่มีภาวะความดันโลหิตสูง . [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. นครปฐม : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน , 2550.