

การพัฒนา รูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์,ปร.ค.¹

ผกาสรณ์ อุไรวรรณ, พย.ม.²

จริญญา แก้วสกุลทอง, พย.ม.²

ปภาสินี แซ่ด้วง, พย.ม.²

(วันที่ส่งบทความ: 15 ก.พ.2562; วันที่แก้ไข: 27 ต.ค. 2562; วันที่ตอบรับ: 27 พ.ย. 2562)

บทคัดย่อ

การถวายความรู้พระภิกษุสงฆ์ที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้พระภิกษุสงฆ์มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา รูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์และศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบ การวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ประกอบด้วย ระยะที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพและความต้องการโดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและสัมภาษณ์พระภิกษุสงฆ์ ระยะที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิดของการเรียนรู้ทฤษฎีความสามารถตนเองและแนวคิดของโมเดลการส่งเสริมสุขภาพระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบ และระยะที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ โดยแบบแผนการทดลองเป็นแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุสงฆ์ในเขตภาคใต้ตอนบนซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย จำนวน 60 รูป เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยได้แก่แบบสอบถามความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองและแบบประเมินความพึงพอใจของรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และหาความเชื่อมั่นครอนบาคแอลฟาในพระภิกษุสงฆ์ 30 รูปได้เท่ากับ .87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบค่าทีแบบวัดกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพตนเองมี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย การมีจุดประสงค์การถวายความรู้ กระบวนการถวายความรู้ การประเมินผลการถวายความรู้ และการให้ข้อมูลย้อนกลับ ผลการทดสอบประสิทธิผลของรูปแบบเมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ พบว่าคะแนนหลังการถวายความรู้ตามรูปแบบสูงกว่าคะแนนก่อนการถวายความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t(60) = 3.84, p < .05$) และความพึงพอใจต่อรูปแบบมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($M = 4.49, SD = 0.44$)

คำสำคัญ: รูปแบบถวายความรู้, การดูแลด้านสุขภาพ, พระภิกษุสงฆ์

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ(ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ(ด้านการสอน), วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

¹Corresponding author: matthawan@bensurat.ac.th

Development of Health Education Model for Monks

Matthawan Leeyutthanont, Ph.D.¹

Phakasorn Uraiwan, MN.S.²

Jarinya Kaewsakulthong, MN.S.²

Paparsinee Saetew, MN.S.²

(Received: February 15th, 2019; Revised: Oct 27th, 2019; Accepted: Nov 27th, 2019)

Abstract

The effectiveness of the monk health education model helps monks to promote their self-health care behaviors. The purposes of the research were to develop the monk health education model and to evaluate the effectiveness of the model. The study encompassed four phases: 1) the situational analysis and the need assessment 2) the design and development of the monk health education model, based on Glaser's Learning Model, Bandura's Self Efficacy Theory, and Pender's Health Promotion Model 3) the model implementation, and 4) the model evaluation. The design of the study was quasi-experimental research conducted with one group of samples (pre and post-test). The participants were 60 monks from the upper southern provinces of Thailand, recruited by simple random sampling. The measurements included the self-health care ability and the satisfaction of the health education model. All instruments were validated by three experts and tested its reliability with 30 monks, yield Cronbach's Alpha coefficient of .87. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-test. The findings revealed that the monk health education model required five components of cooperative, networks, instructional purposes, learning and instructional process, learning and instructional evaluation and feedback. The effectiveness of the model was measured by comparing the overall pre and post-test scores for self-efficacy competency. The result has shown that after the experiment the monk gained significantly higher score than before the experiment ($t(60) = 3.84, p < .05$). The monks satisfied with the model at a high level ($M = 4.49, SD = 0.44$).

Keyword : health education model, health care, monks

¹Register nurse, Senior Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Surat-Thani,

²Register nurse, Professional Level, Boromarajonani College of Nursing, Surat-Thani

¹Corresponding author: matthawan@bcnsurat.ac.th

บทนำ

ด้วย “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560” เรื่อง การดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ ที่กำหนดให้ดำเนินการวัดการส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพทั่วประเทศและมีเป้าหมายในการขับเคลื่อนมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ 3 ประเด็น คือ พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพของตนเอง ชุมชนและสังคมกับการดูแลปฏิญาณพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย และบทบาทพระสงฆ์เป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม รวมทั้งพระภิกษุสงฆ์เป็นผู้มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและถือว่าเป็นผู้นำด้านจิตวิญญาณในชุมชนและสังคม อีกทั้งการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ นับเป็นภารกิจภายใต้กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (พระราชวรณีย์ (พลอากาศโร), พระมงคลวราร (สมบัติญาณวโร), พระมงคลธรรมวิธาน (สำเร็จภูริจิตโต), และวีระศักดิ์ พุทธาศรี, 2560) จากธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติดังกล่าว ส่งผลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ต่อยอดงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ เน้นการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ การรักษาและบริการสาธารณสุขอย่างครอบคลุมและทั่วถึง นอกจากนี้พระภิกษุสงฆ์เป็นผู้ที่มีบทบาทในชุมชนจึงสามารถเป็นผู้นำด้านสุขภาพที่ดีให้กับคนในชุมชนนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาพที่ดีได้

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับพระภิกษุสงฆ์ในเขตภาคใต้ได้มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการดำเนินการ โดย

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุราษฎร์ธานีร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต 11 จังหวัดสุราษฎร์ธานีได้ดำเนินถวายความรู้พระภิกษุสงฆ์มาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553 -2560 ลักษณะกิจกรรมการถวายความรู้ส่วนใหญ่เป็นการบรรยายให้ความรู้ทางสุขภาพ ผลการถวายความรู้พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระคัมภีร์ปานกลาง และบางรูปยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการถวายความรู้การดูแลสุขภาพยังไม่มีรูปแบบการถวายความรู้และองค์ประกอบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการถวายความรู้ที่มีการกำหนดเนื้อหา แต่ไม่มีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและการประเมินความรู้ก่อนการสอน ไม่มีจุดมุ่งหมายที่เฉพาะเป็นรายบุคคล และขาดการให้ข้อมูลย้อนกลับ (มีกฎวรณีย์ พุทธธานนท์, 2560) ซึ่งมีผลให้การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง (Perceived self-efficacy) ยังค่อนข้างน้อย

การที่บุคคลรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ต้องพัฒนามาจากปัจจัย 4 ด้าน คือ ประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติด้วยตนเองและได้รับการประเมินจากผู้อื่น ประสบการณ์ทางอ้อมโดยสังเกตการณ์ปฏิบัติของผู้อื่นแล้วมาเปรียบเทียบกับตนเอง การถูกชักจูงด้วยคำพูดของผู้อื่น ซึ่งทำให้สามารถนำเอาความสามารถที่ตนเองมีอยู่มาใช้ในการปฏิบัติ และ สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ผ่อนคลาย ซึ่งเกิดขึ้นจากการที่บุคคลตัดสินใจความสามารถของตน (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015) หากบุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนสูงจะช่วยให้เขาประสบความสำเร็จ และ

มีความเป็นอยู่ที่ดี และการรับรู้ความสามารถของตนเอง จะเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำนายหรือตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง (อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุณีย์ ละกะปิ่น และขวัญใจ อำนาจสัจย์เชื้อ, 2555) โดยการที่บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ บุคคลนั้นต้องมีความรู้และทักษะการดูแลตนเองที่ถูกต้อง มีความเชื่อถึงคุณค่าและประโยชน์ของการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งการที่ผู้เกี่ยวข้องร่วมกัน วางแผนกำหนดทิศทาง และผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ (วนิดา ครุรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพัยค์ม, ภัทธา เล็กวิจิตรธาดา, อัจฉรา จินายน, และกัญญา สุวรรณศิริจันทร์, 2553) ดังนั้นรูปแบบของการดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพของตนเองสำหรับพระภิกษุสงฆ์ ต้องมีองค์ประกอบที่ครอบคลุมและผู้ที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ กำหนดจุดประสงค์ชัดเจน มีกระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเอง และมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (Kelder, Hoelscher & Perry, 2015)

จากปัญหาและความสำคัญข้างต้น ผู้วิจัยเห็นความสำคัญจึงได้พัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ เพื่อให้ได้รูปแบบที่มีประสิทธิผล ที่ส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์ได้รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพและมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ดังนี้
 - 2.1 เปรียบเทียบความสามารถในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์
 - 2.2 ศึกษาความพึงพอใจต่อการดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์

คำจำกัดความ

รูปแบบดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ หมายถึง สภาพการณ์ของการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ ที่ผู้วิจัยได้สังเคราะห์ ทฤษฎีและแนวคิดของระบบการเรียนรู้ของเกลเซอร์ (Glaser, 1965) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Kelder et al., 2015) และแนวคิดของโมเดลการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2015) ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) จุดประสงค์การดูแลสุขภาพ 3) กระบวนการดูแลสุขภาพ 4) การประเมินผลการดูแลสุขภาพและ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ

ประสิทธิผลของการดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ หมายถึง ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ การรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองในด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลด้านสุขภาพกายและการดูแลสุขภาพจิต รวมทั้งคะแนนความพึงพอใจต่อการได้รับดูแลสุขภาพการดูแลสุขภาพ

สมมุติฐานการวิจัย

1. พระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการถวายความรู้ การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ตามรูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ยในด้านความสามารถในการดูแล สุขภาพตนเอง หลังถวายความรู้สูงกว่าก่อนถวาย ความรู้

2. พระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการถวายความรู้ การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ตามรูปแบบ มีความพึงพอใจต่อการถวายความรู้การดูแลสุขภาพ ในระดับดี

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและสังเคราะห์ ทฤษฎีและแนวคิดของระบบการเรียนรู้ของเกล เซอร์ (Glaser, 1977) ที่มีองค์ประกอบ ได้แก่ จุดประสงค์ของการสอน การประเมินบุคคลก่อน สอน กระบวนการเรียนรู้ การประเมินผลการเรียนรู้ และข้อมูลป้อนกลับแนวคิดทฤษฎีความสามารถ ตนเองของแบนดูรา (Kelder et al., 2015) ที่กล่าวว่า กระบวนการเรียนรู้ที่ทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถ (Efficacy expectations) สูงและคาดหวังในผลลัพธ์ (Outcome expectations) สูง จะส่งผลต่อความสำเร็จในการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมสุขภาพของตนเองโดยการจัดกิจกรรม ได้แก่ การกระทำที่สำเร็จด้วยตนเอง (Mastery experiences) การได้เห็นตัวอย่างการกระทำของ ผู้อื่น (Vicarious experiences) การพูดชักจูง (Verbal persuasion) และการกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotion arousal) และโมเดลการส่งเสริมสุขภาพของ เพนเดอร์ (Pender et al., 2015) ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (General competence in self care) การปฏิบัติด้านโภชนาการ (Nutrition practices) การออกกำลังกาย (Physical activity)

และการดูแลด้านสุขภาพจิต มี 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) จุดประสงค์ การถวายความรู้ 3) กระบวนการถวายความรู้ ได้แก่ การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การใช้ตัว แบบ การพูดชักจูง และ การสร้างแรงจูงใจในการ ดูแลสุขภาพ 4) การประเมินผลการถวายความรู้ และ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ

วิธีดำเนินการวิจัย

ดำเนินการวิจัยในลักษณะการวิจัยและ พัฒนา (Research and development) แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สภาพและความ ต้องการ

เป็นการศึกษาวิเคราะห์สภาพข้อมูลพื้นฐาน จากเอกสาร วิเคราะห์ในขั้นนี้ ประกอบด้วย 1) การศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและความสามารถในการดูแลตนเองของพระภิกษุสงฆ์ 2) ศึกษา และวิเคราะห์กิจกรรมและวิธีการถวายความรู้การ ดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในการดำเนินการ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่ผ่านมา ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2553-2560 โดยการ ถอดบทเรียนเกี่ยวกับ “การสร้างเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรค สำหรับพระภิกษุสงฆ์” จากการ สนทนากลุ่ม (Focus group discussions) กับผู้รับผิดชอบโครงการและคณะดำเนินการ ผู้แทน จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 11 จ.สุราษฎร์ธานี และผู้เข้าร่วมโครงการ คือ พระภิกษุสงฆ์จำนวน 120 รูป 3) สังเคราะห์แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบถวายความรู้การ ดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์

ขั้นตอนที่ 2 การออกแบบและพัฒนารูปแบบ

เป็นขั้นที่ดำเนินการร่วมกันทั้งการออกแบบและพัฒนากับการศึกษาวิจัยผู้วิจัยได้นำผลวิเคราะห์ในขั้นที่ 1 มาจัดทำเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย และร่างรูปแบบและนำไปตรวจสอบความสมเหตุสมผล โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นอาจารย์พยาบาล จำนวน 3 ท่านตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความเป็นไปได้ของรูปแบบ และนำผลที่ได้จากการตรวจสอบร่างรูปแบบไปแก้ไขและปรับปรุง

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการทดลองใช้รูปแบบ

เป็นการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นในขั้นตอนที่ 2 ไปทดลองใช้โดยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The one-group pretest-posttest design) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุสงฆ์ เข้ารับการอบรมพระนักเทศน์ในเขตภาคใต้ตอนบน ประจำปี 2561 จำนวน 70 รูป คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของทาโร ยามานะ (Yamane, 1973 อ้างถึงใน ชีรวุฒิ เอกะกุล, 2543) ที่ระดับความคาดเคลื่อนจากกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 5 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 59.57 ผู้วิจัยจึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 60 รูป และทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อเป็นกลุ่มทดลองดำเนินการแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดสองครั้ง ใช้เวลาทดลอง 2 สัปดาห์ รวมถึงการใช้วิธีการสังเกต สอบถามและสนทนากลุ่มเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการถวายเป็นการดูแลสุขภาพตามรูปแบบที่สร้างขึ้น

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการประเมินผลและปรับปรุงรูปแบบ

เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากประเมินผลไปปรับปรุงรูปแบบในทุกขั้นตอนให้มีความสมบูรณ์และมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาอนุมัติการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ธานี เลขที่ 2018/10 โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงเป็นลายลักษณ์อักษร ให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และวิธีดำเนินการวิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ตอบแบบสอบถามมีอิสระในการเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และผู้เก็บข้อมูลสนทนาคด้วยความเคารพอ่อนน้อม โดยใช้ศัพท์ของพระภิกษุสงฆ์สนทนาคด้วยความเคารพและอ่อนน้อม เมื่อมีการประเมินภาวะสุขภาพหรือการตรวจร่างกาย ได้ขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ทุกครั้ง จัดสถานที่ให้เหมาะสมและไม่อยู่ตามลำพังกับพระภิกษุสงฆ์

วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ dependent t-test

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้
ขั้นตอนที่ 1 ผลการศึกษาวิเคราะห์สภาพและความต้องการ

ผลการศึกษาวิเคราะห์สภาพและความต้องการ พบว่า ลักษณะกิจกรรมการถวายเป็นความรู้ส่วนใหญ่ เป็นการบรรยายให้ความรู้ทางสุขภาพ พระภิกษุสงฆ์มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระระดับปานกลาง และบางรูปยังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองได้ ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะการถวายเป็นการดูแลสุขภาพยังไม่มีรูปแบบการถวายเป็นความรู้และองค์ประกอบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นการถวายเป็นความรู้ที่มีการ

กำหนดเนื้อหา แต่ไม่มีการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองและการประเมินความรู้ก่อนการสอน ไม่มีจุดมุ่งหมายที่เฉพาะเป็นรายบุคคล และขาดการให้ข้อมูลย้อนกลับ

ขั้นตอนที่ 2 ผลการออกแบบและพัฒนาารูปแบบ

ส่วนที่ 1 ผลของการออกแบบและพัฒนาารูปแบบ

จากการสังเคราะห์แนวคิดทฤษฎีในขั้นตอนที่ 1 รูปแบบถวายเป็นความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) จุดประสงค์การถวายเป็นความรู้ 2) กระบวนการถวายเป็นความรู้ ประกอบด้วยขั้นตอนการสร้างมาตรฐานในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ การประเมินสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การใช้ตัวแบบด้านการดูแลสุขภาพ การพูดคุยถึงเพื่อให้เกิดกำลังใจต่อการดูแลสุขภาพ การสร้างพลังและการกระตุ้นเตือนต่อการดูแลสุขภาพ 3) การประเมินผลการถวายเป็นความรู้ และ 4) การให้ข้อมูลย้อนกลับ

ส่วนที่ 2 ผลการตรวจสอบร่างรูปแบบ

นำรูปแบบที่ร่างขึ้น ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) ในความสมเหตุสมผลเชิงทฤษฎี ความเป็นไปได้ และความสอดคล้อง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับตัวชี้วัด ระหว่าง .67-1.00 และมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายถวายเป็นความรู้สำหรับพระภิกษุสงฆ์เป็นองค์ประกอบแรกและได้นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลตนเองไปใช้กับพระภิกษุสงฆ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป และนำมาคำนวณค่า

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค(Cronbach's Alpha coefficient)ได้เท่ากับ .87 และได้รูปแบบผังแผนภูมิที่ 1

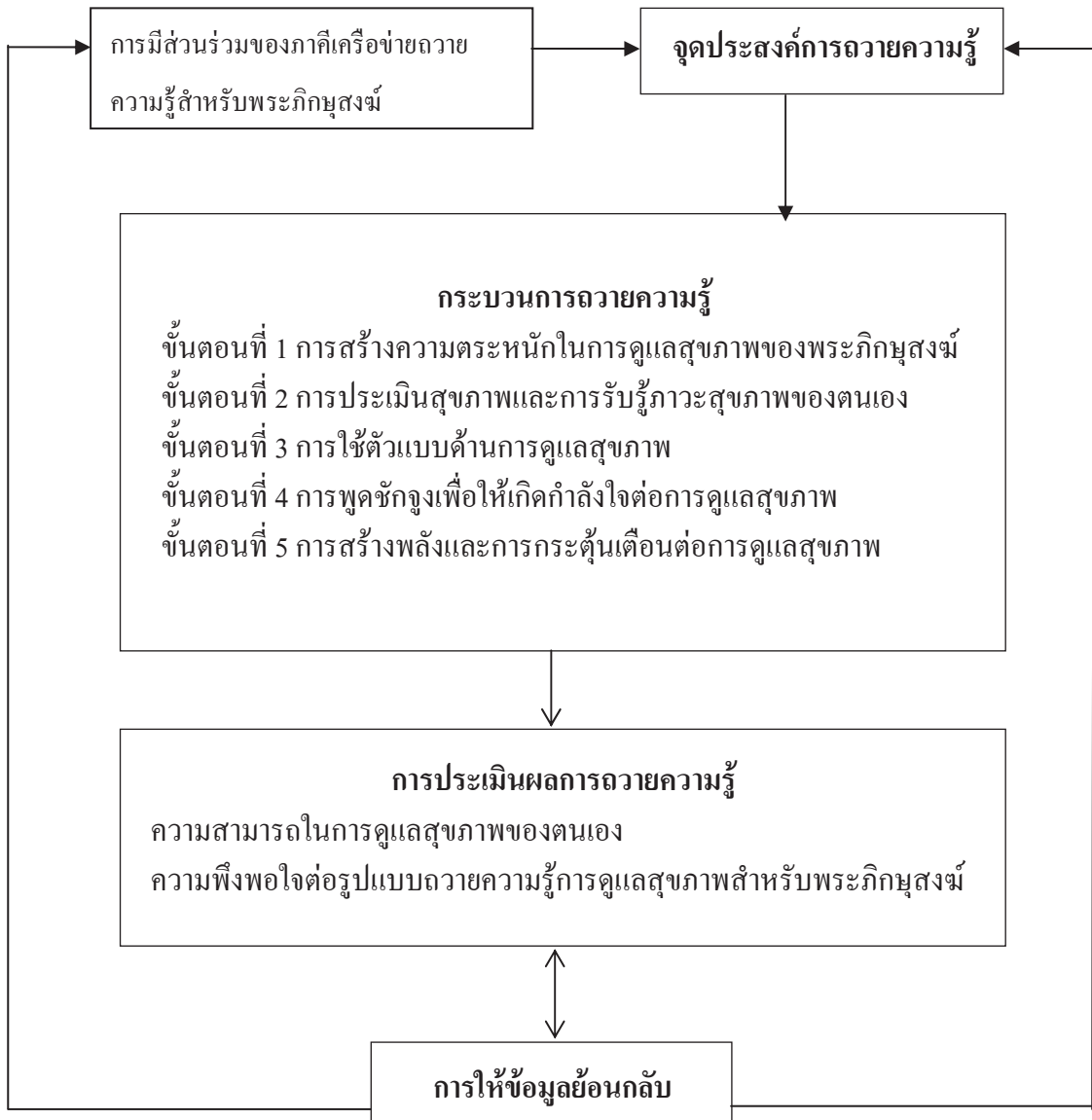
ขั้นตอนที่ 3 ผลการทดลองใช้รูปแบบ เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นพระภิกษุสงฆ์ในเขตภาคใต้ ที่เข้ารับการอบรมพระนักเทศน์ ณ วัดพระอารามหลวงแห่งหนึ่งใน จ.สุราษฎร์ธานี ส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 20-30 ปี (ร้อยละ 30) ระดับการศึกษาทางธรรม นักธรรมชั้นเอก (ร้อยละ 70) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 53.33) มีระดับดัชนีมวลกายปกติ (ร้อยละ 60) ไม่ชอบรับประทานอาหารหวาน มัน เค็ม (ร้อยละ 58.33) ดื่มน้ำกาแฟ (ร้อยละ 81.67) ไม่ออกกำลังกายเลย (ร้อยละ 30)

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ที่ได้รับการถวายเป็นความรู้ตามรูปแบบถวายเป็นความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์

คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวม หลังการทดลองใช้รูปแบบการถวายเป็นความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 1.



แผนภูมิที่ 1 แสดงขั้นตอนการออกแบบและพัฒนารูปแบบ

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวม ก่อนและหลังการทดลองการใช้รูปแบบของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติ *Dependent t-test* (N = 60)

กลุ่มตัวอย่าง	M	SD	df	t	p
ก่อน ใช้รูปแบบ	3.49	0.50	59	3.84	.00*
หลัง ใช้รูปแบบ	3.81	0.42	59		

*p<.05

สำหรับความพึงพอใจต่อการถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ในภาพรวม พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.49 คะแนน ($SD=0.44$) จากคะแนนเต็ม 5 คะแนน และจำแนกความพึงพอใจในแต่ละด้านกระบวนการและขั้นตอนการถวายความรู้และความรู้ที่ได้รับสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้พบว่ามีความพึงพอใจระดับดีทุกด้าน

ขั้นตอนที่ 4 ผลการประเมินการใช้รูปแบบและปรับปรุงรูปแบบ

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง ยังคงเดิม 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) จุดประสงค์การถวายความรู้ 3) กระบวนการถวายความรู้ ได้แก่ การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ การใช้ตัวแบบ การพูดชักจูงและ การสร้างแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ 4) การประเมินผลการถวายความรู้และ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย มีประเด็นอภิปรายผลได้ดังนี้

รูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ มีลักษณะเด่นที่มีองค์ประกอบของรูปแบบชัดเจน 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย 2) จุดประสงค์การถวายความรู้ 3) กระบวนการถวายความรู้ 4) การประเมินผลการถวายความรู้ 5) การให้ข้อมูลย้อนกลับ เป็นองค์ประกอบที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก ทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกัน (Glaser, 1977) และมีขั้นตอนกระบวนการถวายความรู้ด้านสุขภาพที่

ผ่านการทดลอง ที่ส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์ มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดังที่ ทิศนา แจมมณี (2560) ได้กล่าวของรูปแบบการสอนหรือการถวายความรู้ จะต้องเป็นสภาพหรือลักษณะที่จัดขึ้นอย่างเป็นระบบระเบียบตามหลักปรัชญาทฤษฎีหลักการ แนวคิดหรือความเชื่อต่างๆ โดยประกอบด้วยกระบวนการหรือขั้นตอนในการสอนหรือการถวายความรู้ รวมทั้งวิธีและเทคนิคการสอนหรือการถวายความรู้ ที่สามารถช่วยให้สภาพการสอนหรือการถวายความรู้ นั้นเป็นไปตามทฤษฎี หลักการหรือแนวคิดยึดถือ และรูปแบบจะต้องได้รับการพิสูจน์ทดสอบหรือยอมรับว่ามีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ หัวหน้าคณะสงฆ์ สำนักงานพระพุทธศาสนา หน่วยงานด้านสาธารณสุข ได้แก่ งานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสำหรับพระภิกษุสงฆ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาล และสถาบันการศึกษาพยาบาลและการสาธารณสุข ที่เห็นความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ มีการประชุมออกแบบกิจกรรมและทำข้อตกลงร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของปวีณาวิงคาม, จตุพร เหลืองอุบล, และบัณฑิต วรรณประพันธ์ (2559) พบว่า ปัจจัยการทำงานที่ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ การสร้างความรู้สึกร่วมกัน ความรับผิดชอบหรือการตกลงร่วมกันและการสนับสนุนจากภาคส่วนในพื้นที่ จะทำให้มีการขับเคลื่อนและมีทิศทางเดียวกัน และสอดคล้องกับงานวิจัยของพระครูสุวิธานพัฒน์ บัณฑิต และคณะ (2558) เรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยการเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่ได้แนวทางการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและ

การฟื้นฟูสภาพ และมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน ผลการดำเนินงานมีการจัดระบบบริการสุขภาพในด้านต่างๆ ที่เหมาะสมกับบริบทของพระภิกษุสงฆ์ หลังการดำเนินงานประเมินพฤติกรรมสุขภาพของภิกษุสงฆ์ พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินงานทุกมิติ และมีข้อเสนอแนะคือ วัตถุประสงค์ในการพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์และเป็นวัดต้นแบบส่งเสริมสุขภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ควรมีการกิจสำคัญในการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ผู้การเป็นบุคคลต้นแบบที่ดีด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตปัญญาและกระทรวงสาธารณสุข ควรรับนโยบายที่จะสร้างระบบสุขภาพของพระสงฆ์ในด้านต่างๆ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายจะทำให้มีการกำหนดจุดประสงค์ในการถวายนความรู้การดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ได้ชัดเจน

สำหรับองค์ประกอบที่ 2 จุดประสงค์การถวายนความรู้ ที่มีความชัดเจน และการแจ้งจุดประสงค์ให้แก่พระภิกษุสงฆ์ที่เข้ารับการถวายนรู้ทราบ (Informing the learner of the objective) จะทำให้พระภิกษุสงฆ์ทราบถึงเป้าหมายหรือผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการถวายนรู้โดยเฉาะ และเห็นแนวทางที่การถวายนรู้นั้น จะนำไปสู่จุดหมายได้เป็นอย่างดี และผู้ถวายนรู้สามารถกำหนดพฤติกรรมที่คาดหวังของพระภิกษุสงฆ์ ที่สอดคล้องกับจุดประสงค์ได้ (Glaser, 1977)

องค์ประกอบที่ 3 กระบวนการถวายนรู้ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ที่มีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงกันซึ่งจะนำไปสู่การเกิดความสามารถของตนเอง กล่าวคือในแต่ละขั้นตอนจะพัฒนาพระ

ภิกษุสงฆ์ให้เห็นความสำคัญและตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง มีทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพและรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง การปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสมและมีกำลังใจอย่างเพียงพอ มีความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ซึ่งความคาดหวังนี้เป็นสิ่งสำคัญที่จะตัดสินว่าบุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างต่อเนื่องต่อไป โดยปัจจัยที่ทำให้เกิดความสามารถของตนเอง จะมาจากแหล่งความเชื่อในความสามารถที่มีการเรียนรู้จากประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จหรือไม่สำเร็จ การใช้ตัวแบบที่เห็นผู้อื่นกระทำแล้วประสบความสำเร็จ จะทำให้บุคคลรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเองมากขึ้น การพูดคุยจูงใจโดยใช้คำพูดที่จะช่วยเสริมความคาดหวังในความสามารถของตนเอง บุคคลจะมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำกิจกรรมต่างๆ ได้ รวมทั้งการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งบุคคลที่มีความรู้สึกในความสามารถของตนเองสูง จะสามารถกระตุ้นทางอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kelder et al., 2015) ดังนั้นกระบวนการถวายนรู้พระภิกษุสงฆ์จะทำให้พระภิกษุสงฆ์มีการรับรู้ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้

องค์ประกอบที่ 4 การประเมินผลการถวายนรู้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญขององค์ประกอบหนึ่งที่จะวัดและตัดสินว่า รูปแบบการถวายนรู้และกระบวนการถวายนรู้มีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด การประเมินผล โดยเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลองถวายนรู้ตามรูปแบบของพระภิกษุสงฆ์และความพึงพอใจต่อรูปแบบดังกล่าว จะเป็นตัวสะท้อนถึงรูปแบบที่ได้กำหนดขึ้นเพื่อนำมาพัฒนาและปรับปรุงให้มี

ประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น และสุดท้ายองค์ประกอบที่ 5 การให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยใช้วิธีการสังเกตสัมภาษณ์ การอภิปรายให้ข้อเสนอแนะและการสนทนากลุ่ม ทำให้ได้ข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนารูปแบบการถวายความรู้ได้ จากองค์ประกอบของรูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าแต่ละองค์ประกอบมีความเชื่อมโยงและสัมพันธ์กัน และมีกระบวนการดำเนินการถวายความรู้พระภิกษุสงฆ์ให้เป็นไปตาม “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560” จึงเสมือนการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ที่ให้บุคคลมีทั้งความรู้และความเชื่อที่ถูกต้อง มีความสามารถในการปฏิบัติตัว มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง รวมทั้งเกิดพลังอำนาจของชุมชน จนนำไปสู่ความสามารถในการดูแลตนเองได้ (ขวัญเมืองแก้วดำเกิง, 2561)

สำหรับประสิทธิผลของรูปแบบถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ ที่พบว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองในภาพรวม หลังการทดลองใช้รูปแบบการถวายความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงกว่าก่อนการทดลอง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อแยกรายด้าน พบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการฉันทาอาหารด้านการประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลตนเอง หลังการทดลองใช้รูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงกว่าก่อนการทดลอง คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองด้านการออกกำลังกายก่อนการทดลองและหลังการทดลองใช้รูปแบบถวายความรู้การดูแลด้านสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์

ไม่แตกต่างกัน และประเมินความพึงพอใจภาพรวมต่อการถวายความรู้ที่อยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากมีกระบวนการถวายความรู้ที่มีความชัดเจนและเป็นระบบ ที่ทำให้พระภิกษุสงฆ์รับรู้ภาวะสุขภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น คือมีความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติในการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี โดยใช้ขั้นตอนที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ดังกล่าว มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักรู้ในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ โดยหัวหน้าคณะสงฆ์และผู้รับผิดชอบโครงการหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ร่วมกำหนดวัตถุประสงค์และชี้แจงวัตถุประสงค์ ปรับทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพ สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้พระภิกษุสงฆ์เห็นความสำคัญและรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลตนเอง (เกษแก้ว เสียงเพราะ, 2561)

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง โดยมีการตรวจคัดกรองสุขภาพกายและสุขภาพจิต ได้แก่ การตรวจน้ำตาลในกระแสเลือด การตรวจร่างกาย เช่น วัดความดันโลหิต น้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว วัดสายตา ประเมินความเจ็บปวด ความไม่สุขสบาย การนอนไม่หลับ การจัดการกับความเครียด การประเมินความสามารถการดูแลด้านสุขภาพของตนเอง และเมื่อประเมินแล้ว เจ้าหน้าที่ที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ได้ให้ข้อมูลผลการประเมินสุขภาพเบื้องต้นแก่พระภิกษุสงฆ์เป็นรายบุคคล วิธีการดังกล่าวจะทำให้พระภิกษุสงฆ์มีความตื่นตัวและสะท้อนถึงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและ

ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ผ่าน มาประสบการณ์ของความสำเร็จของตนเอง ถือเป็น ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความคาดหวังในความสามารถ ของตนเองมากที่สุด (Pender et al., 2015)

ขั้นตอนที่ 3 การใช้ตัวแบบด้านการดูแลสุขภาพที่ดีโดยเสนอหรือยกตัวอย่างตัวแบบ ที่มี การดูแลสุขภาพที่ดี จะทำให้พระภิกษุสงฆ์ได้เห็น ประสบการณ์หรือตัวอย่างความสำเร็จของผู้อื่น จะ ทำให้พระภิกษุสงฆ์เกิดการเลียนแบบและรับรู้เกี่ยวกับ ความสามารถของตนเองมากขึ้น (Kelder et al., 2015)

ขั้นตอนที่ 4 การพูดชักจูงเพื่อให้เกิดกำลังใจ ต่อการดูแลสุขภาพโดยวิทยากรที่มีความเชี่ยวชาญ และเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ บรรยาย ความสำคัญของการดูแลสุขภาพ ปัญหาทางสุขภาพ ที่พบในพระภิกษุสงฆ์ การส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรค ความสามารถในการดูแลตนเองด้าน พฤติกรรมสุขภาพได้แก่ การพิจารณาในการบริโภค อาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพกาย และ การดูแลสุขภาพจิตเป็นต้น ซึ่งการชักจูงโดยใช้คำพูด จะช่วยให้พระภิกษุสงฆ์เกิดกำลังใจ และพลังใจ ในความสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ (McEwen & Wills, 2019) ซึ่งพระภิกษุสงฆ์สามารถ ดูแลสุขภาพในด้านการฉันทาอาหารและด้าน การประเมินภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองได้ ระดับดีสำหรับด้านการออกกำลังกาย พระภิกษุ สงฆ์มีความสามารถในการดูแลตนเองในด้านนี้ได้ ค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการพูดชักจูงยังไม่ สามารถทำให้พระภิกษุสงฆ์รับรู้ภาวะสุขภาพและ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกรออกกำลังกาย ดังนั้นพฤติกรรมสุขภาพด้านการออกกำลังกายยังเป็นพฤติกรรมที่พระภิกษุสงฆ์จะต้องได้รับการส่งเสริม

เสริมสุขภาพต่อไป

ขั้นตอนที่ 5 การสร้างพลังและการ กระตุ้นเตือนต่อการดูแลสุขภาพมีช่องทางใน การกระตุ้นเตือน เช่น การติดตามพบพระภิกษุ เพื่อกระตุ้นเตือนในการดูแลสุขภาพ โดยเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข การสร้างกลุ่มไลน์และโทรศัพท์ติดตาม พฤติกรรมสุขภาพ สำหรับพระภิกษุเพื่อกระตุ้นการ รับรู้และสร้างแรงจูงใจ จะช่วยให้พระภิกษุสงฆ์ มีแรงจูงใจและสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งกระบวนการกระตุ้นความสามารถ ที่ประกอบด้วยกระบวนการรู้คิด จะช่วยให้บุคคล เคารพเหตุการณ์และพัฒนาแนวทางที่จะควบคุมสิ่งที่มี ผลต่อวิถีชีวิตของเขา กระบวนการการจูงใจ จะ ถูกกำกับโดยความคาดหวังของบุคคลนั้นๆ บุคคล จะกระทำเมื่อเขามีความเชื่อว่าเขาทำได้ การจูงใจ จะมีอิทธิพลต่อความหวังในผลลัพธ์ของการกระทำ นั้นๆ (Kelder et al., 2015)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรนำรูปแบบถวายนความรู้การดูแลสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ไปใช้ในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคให้พระภิกษุสงฆ์ ในเขตพื้นที่อื่นๆต่อไป

2. กระบวนการถวายนความรู้เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ ควรมีการ และกิจกรรมที่เป็นรูปธรรม ทำให้บุคคลมีความคาดหวังในความสามารถสูงและคาดหวังในผลลัพธ์ สูง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ได้แก่ การบริโภค

อาหาร การออกกำลังกาย การมีการจัดการกับ
อารมณ์ที่เหมาะสม การประเมินและสุขภาพของ
ตนเองเบื้องต้น

2. ควรศึกษาความพร้อมและการ
ดำเนินงานเพื่อให้เป็นวัดต้นแบบส่งเสริมสุขภาพ
ในพื้นที่อื่นๆ

เอกสารอ้างอิง

เกษแก้ว เสียงเพราะ. (2561). *สุขศึกษาและ
พฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์
แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). *ความรอบรู้ด้าน
สุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจและนำไปใช้*.
กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์
พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).

ทิสนา แฉมมณี. (2560). *ศาสตร์การสอนองค์ความรู้
เพื่อการจัดการกระบวนการเรียนรู้ที่มี
ประสิทธิภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 21)*. กรุงเทพฯ:
สุภากรพิมพ์.

ธีรวุฒิ เอกะกุล. (2543). *ระเบียบวิธีวิจัยทาง
พฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์*.
อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี.

ปวีณา ว่างคาม, จตุพร เหลืองอุบล, และบัณฑิต
วรรณประพันธ์. (2559). กระบวนการสร้าง
ความร่วมมือและบูรณาการการทำงานใน
พื้นที่เพื่อพัฒนามาตรฐานการดำเนินงาน
ของกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาล
ตำบลหมูสี อำเภอปากช่อง จังหวัด
นครราชสีมา. *วารสารวิทยาลัยพยาบาล
บรมราชชนนี นครราชสีมา*. 22(2), 35-47.

วนิดา คุรงค์ฤทธิชัย, จริยาวัตร คมพักษณ์, ภัทรา
เล็กวิจิตรธาดา, อัจฉรา จินายน, และกันยา

สุวรรณคีรีจันทร์. (2553). *การสร้างเสริม
สุขภาพ: แนวคิด หลักการและการประยุกต์
ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล*.
สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

พระครูสุวิธาน พัฒนบัณฑิต, ธวัลรัตน์ แดงหาญ,
และสร้อยญา วังขวิช. (2558). การพัฒนา
รูปแบบการดูแลสุขภาพของครอบครัวของ
พระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้น
การมีส่วนร่วมของเครือข่าย. *วารสาร
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัด
ขอนแก่น*. 22(2), 117-130.

พระราชวรมุนี (พลอากาศโร), พระมงคลวราร
(สมบัติญาณวโร), พระมงคลธรรม
วิธาน (สำเร็จฤทธิจิตโต), และวีระศักดิ์
พุทธานศรี. (2560). *ธรรมเนียมสุขภาพ
พระสงฆ์แห่งชาติพุทธศักราช 2560*.
นนทบุรี: บริษัทไอ.เอส. พริ้นติ้งเฮ้าส์จำกัด
พิมพ์.

มัญจวรรณ ลียุทธานนท์. (2560). *รายงานการถอด
บทเรียนโครงการส่งเสริมสุขภาพและ
ป้องกันโรคสำหรับพระภิกษุสงฆ์ใน
เขตภาคใต้*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
สุราษฎร์ธานี.

อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์,
ละก่าปิ่น, และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ.
(2555). *การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน
โรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและ
ทฤษฎีสู่การปฏิบัติ*. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

Glaser, R. (1977). *Adaptive education: Individual
diversity and learning*. New York: Holt,

Rinehart and Winton.

- Kelder, S. H., Hoelscher, D. & Perry, C. L. (2015).
Individuals, environments, and health
behaviors. In Glanz, K., Rimer,
B.K., & Viswanath, K. (Eds.) *Health
Behavior: Theory, research, and practice*
(5th ed., pp. 182-203). San Francisco, CA:
Jossey-Bass.
- McEwen, M. & Wills, M.E. (2019). *Theoretical
Basis for Nursing* (5th ed.). China: Wolters
Kluwer Health.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. A. (2015).
Health Promotion in Nursing Practice
(7th ed.). Saddle River, NJ: Pearson
Education Inc.