



การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรัง
สำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
Development and Evaluation of Chronic Illness Preventive Guideline
for Thai Aged Buddhist Monks

อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง
Apisit Chuakompeng

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science in Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรัง
สำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
Development and Evaluation of Chronic Illness Preventive Guideline
for Thai Aged Buddhist Monks

อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง
Apisit Chuakompeng

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University

2559

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์
 สูงอายุของไทย
 ผู้เขียน นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง
 สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....ประธานกรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย) (รองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตนนท์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)

.....กรรมการ
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมาพร ปุญญโสพรรณ)

.....กรรมการ
 (ดร.มาริสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
 เวชปฏิบัติชุมชน

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....
(นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง)
นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อนและ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับ พระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
ผู้เขียน	นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ ซึ่งมี 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ 3) การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การยกร่างแนวปฏิบัติและ 5) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ และระยะทดลองเพื่อประเมินผลการใช้ ซึ่งมี 2 ขั้นตอน คือ 1) การทดลองใช้ (โดยใช้แบบประเมินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาล) และ 2) การประเมินผลลัพธ์ประเมินโดยวัดผลด้านคลินิก (ดัชนีมวลกาย ความยาวรอบเอวระดับความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซป) และด้านความพึงพอใจของผู้ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบสำคัญ 3 ส่วน คือ 1) การสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค และ 3) การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลพร้อมคู่มือและสมุดบันทึกสำหรับพระภิกษุสงฆ์ ร่วมกับแบบสอบถามพฤติกรรมและสมรรถนะในการป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ และแบบประเมินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาล โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ราย ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่สูงมาก (แนวปฏิบัติ = .95, คู่มือและสมุดบันทึก = .93, แบบสอบถามพฤติกรรมและสมรรถนะ = 1.0, แบบประเมินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ = 1.0) ผลการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมและสมรรถนะฯ และแบบประเมินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ฯ ด้วยวิธีทดสอบซ้ำในพระภิกษุสงฆ์ 10 รูป ผลพบว่าอยู่ในระดับที่สูงมากเช่นกัน (ค่าความสอดคล้องในการประเมิน เท่ากับ ร้อยละ 90.49 และ 100 ตามลำดับ)

จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับพระภิกษุสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง 30 รูป เป็นเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ภายหลังการทดลอง พระภิกษุสงฆ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ($M = 3.21$, $SD = .15$) และการรับรู้สมรรถนะในการป้องกันโรคเรื้อรัง ($M = 4.48$, $SD = .36$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($M = 3.05$, $SD = .20$ และ $M = 4.06$, $SD = .35$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับการประเมินผลลัพธ์ทางคลินิกภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความหนาไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซป ($M = 11.13$, $SD = 1.55$) และระดับน้ำตาลในเลือด ($M = 88.42$, $SD = 8.73$)

ลดลงจากก่อนการทดลอง ($M = 11.40$, $SD = 1.65$ และ $M = 93.93$, $SD = 15.07$ ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ส่วนค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอวและระดับความดันโลหิตหลังการทดลอง พบว่ามีค่าลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตามกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลภายใต้แนวปฏิบัติในระดับมากที่สุด

ผลการศึกษานี้สนับสนุนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ และควรมีการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิภาพของการใช้และติดตามผลในระยะยาวเพื่อประเมินความคงอยู่ของผลลัพธ์ในการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

Thesis Title	Development and Evaluation of Chronic Illness Preventive Guideline for Thai Aged Buddhist Monks
Author	Mr. Apisit Chuakompeng
Major Program	Community Nurse Practitioner
Academic Year	2016

Abstract

This study aimed to develop and evaluate a chronic illness preventive guideline for Thai aged Buddhist monks. Two phases of guideline development and evaluation were conducted. The first comprised 5 steps: 1) identifying and scoping of the problem, 2) identifying objectives, target group and outcomes, 3) searching and appraising evidences, 4) drafting the guideline, and 5) assessing the guideline quality. The second comprised 2 steps: 1) implementing (using nurses' implementation record), and 2) evaluating clinical outcomes (body mass index, waist circumference, blood pressure, blood sugar, triceps skinfold thickness) and clients' satisfaction.

The guideline comprised 3 main components namely, 1) raising awareness and self-esteem, 2) promoting behavioral adjustment, and 3) monitoring behavioral modification. The content validity index (CVI) of clinical nursing practice guideline couple with manual and self-record for preventing chronic illness, the questionnaires measuring behaviors and self-efficacy for preventing chronic illness, and nurses' implementation record were examined by a panel of 5 experts. All yielded high level of CVI (guideline = .95, manual and self-record = .93, behavioral and self-efficacy questionnaires = 1.0, nurses' implementation record = 1.0). The test-retest reliability was examined for the behavioral and self-efficacy questionnaires and nurses' implementation record within 10 Thai Buddhist monks and yielded high level of percentage of agreement between two-time measures (percentage of agreement= 90.49 & 100, respectively).

After completion of evaluation phase in 30 Thai Buddhist monks, the mean score of their behaviors ($M = 3.21$, $SD = .15$) and perceived self-efficacy ($M = 4.48$, $SD = .36$) on preventive chronic illness were statistically significantly higher than before ($M = 3.05$, $SD = .20$ & $M = 4.06$, $SD = .35$ respectively) ($p < .05$). In addition, the clinical outcomes after completing the utilization revealed that the mean scores of triceps skinfold thickness ($M = 11.13$, $SD = 1.55$) and blood sugar ($M = 88.42$, $SD = 8.73$)

were statistically significantly lower than before ($M = 11.40$, $SD = 1.65$ and $M = 93.93$, $SD = 15.07$ respectively) ($p < .05$). In contrast, the body mass index, waist circumference and blood pressure showed no statistically significant differences. However, client satisfaction on participation to the program reported by the elder monks was found to be a high level.

The study provides evidence supporting the utilization of the chronic illness preventive guideline for Thai aged Buddhist monks. However, further study should emphasize its effectiveness and sustainability in changing the preventive behaviors of the larger population.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณาและความอนุเคราะห์อย่างยิ่งจาก บุคคลหลายท่าน ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย และ ผู้ช่วย ศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาในการศึกษาครั้งนี้ ผู้เป็นที่รักและ เคารพ เป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ความเอาใจใส่ ชี้แนะแนวทางการแสวงหาความรู้ และให้กำลังใจ แก่ผู้ศึกษาซึ่งเป็นลูกศิษย์มาโดยตลอด ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ในการทำวิจัยซึ่ง นับเป็นสิ่งที่มีความค่าอย่างยิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.ปิยะนุช จิตตานุนท์ ดร.รจนา วิริยะสมบัติ คุณวริศรา แก้วกระเศรษฐ์ คุณอำไพ บุญศรี และพระครูปลัดวิจิตรธรรมโชติ (ดร.มีชัย) ผู้ทรงคุณวุฒิใน การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือวิจัย พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้ได้เครื่องมือที่มี คุณภาพ และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างและสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ กรุณาเสียสละเวลาเพื่อให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในแง่มุมต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ เพื่อให้การศึกษามี ความสมบูรณ์และมีคุณค่าในการนำไปใช้พัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มของ พระภิกษุสงฆ์สูงอายุมากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมวิชาชีพทุกท่าน ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการนำ แนวปฏิบัติไปทดลองใช้และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข และเป็นผู้ช่วยวิจัยในการศึกษาครั้งนี้

ขอบคุณเพื่อนๆ นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล เวชปฏิบัติชุมชน รุ่นที่ 6 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ รวมทั้งผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ของ ท่านอื่นๆที่มีส่วนในการช่วยเหลือ เป็นกำลังใจและอำนวยความสะดวกเพื่อให้การศึกษานี้ สามารถดำเนินการได้อย่างสะดวก ราบรื่น จนประสบความสำเร็จตลอดระยะเวลาการศึกษาด้วยดี

ท้ายสุดกราบระลึกพระคุณของคุณพ่อและคุณแม่ที่ปลูกฝังให้คุณค่าทางการศึกษา และครอบครัว ญาติพี่น้องทุกท่านที่ให้กำลังใจช่วยเหลือสนับสนุนให้มีกำลังใจและพยายามต่อสู้ อุปสรรคต่างๆจนทำให้ผู้ศึกษาเกิดพลังและแรงบันดาลใจในการศึกษาตลอดระยะเวลาการศึกษาครั้งนี้

อภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(12)
รายการภาพประกอบ.....	(13)
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	6
คำถามการวิจัย.....	6
กรอบแนวคิด.....	6
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ความสำคัญของการวิจัย.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
ปัญหาสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์ของไทย.....	11
สถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์.....	12
ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย.....	12
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ สูงอายุของไทย.....	13
แนวทางการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย.....	15
แนวคิดป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย.....	15
แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน.....	15
การประยุกต์ใช้แนวคิดการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ.....	17
หลักการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์.....	22
หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องในการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ สูงอายุ.....	24
แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย.....	26
องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในของพระภิกษุสงฆ์ สูงอายุของไทย.....	26
การประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในของพระภิกษุสงฆ์ สูงอายุของไทย.....	28

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	32
ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย....	32
ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล.....	36
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	41
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	42
ผลการวิจัย.....	42
การอภิปรายผล.....	50
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	60
สรุปผลการวิจัย.....	60
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	61
ข้อเสนอแนะ.....	62
เอกสารอ้างอิง.....	64
ภาคผนวก.....	75
ก. การคำนวณขนาดอิทธิพล.....	76
ข. โครงสร้างและกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ.....	77
ค. ตัวอย่างคู่มือป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย.....	80
ง. ตัวอย่างสมุดบันทึกพฤติกรรมกำป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ.....	81
จ. แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	82
ฉ. แบบประเมินประสิทธิภาพในการนำแนวปฏิบัติไปวางแผนกิจกรรม.....	83
ช. แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา.....	84
ซ. ผลการประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา.....	90
ฅ. การหาค่าความเที่ยงของแนวปฏิบัติ.....	99
ญ. การหาค่าความเที่ยงของการนำแนวปฏิบัติไปใช้.....	100
ฎ. ตารางสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์.....	101
ประวัติผู้เขียน.....	104

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	สรุปขั้นตอนและข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย.....	40
2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	44
3	เปรียบเทียบระดับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมแนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test).....	46
4	ผลการประเมินระดับความพึงพอใจและข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ หลังเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติ.....	47

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ สูงอายุของไทย.....	8
2	สรุปขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย	41

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ไทยกำลังเข้าสู่ภาวะวิกฤติ โดยพบว่ามีโรคระยะ 75 มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค โรคที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคทางกาย ได้แก่โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง (จาริณีและวันเพ็ญ, 2550; สุวัฒน์, เอนกและสุมาลัย, 2551) สอดคล้องกับรายงานผลการดำเนินงานโครงการหน่วยแพทย์พระราชทานเคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุสามเณรในพระราชูปถัมภ์ฯ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ ตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ จำนวน 94,928 รูป จาก 77 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2554 พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีค่าน้ำตาลในเลือดสูง (ร้อยละ 27.6) มีประวัติเป็นเบาหวาน (ร้อยละ 5.23) ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 4.01) (มูลนิธิ 50 พรรษามหาชिरาลงกรณ์, 2554) นอกจากนี้ วรรณภา (2552) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ร้อยละ 44.4 รองลงมา เป็นโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 11.7 และ 6.8 ตามลำดับ และมีภาวะไขมันในเลือดสูงร้อยละ 29.9

จากจำนวนพระภิกษุสงฆ์ที่มีปัญหาสุขภาพดังกล่าวนี้ ยังพบว่าพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ มีอัตราการป่วยมากที่สุด เห็นได้จากสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่าในปี 2557 มีพระภิกษุสงฆ์ที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์ อายุมากกว่า 70 ปี ถึงร้อยละ 22 ซึ่งจัดได้ว่าเป็นกลุ่มที่มีจำนวนมากที่สุด รองลงมาคือกลุ่มอายุ 65 – 69 ปี (ร้อยละ 11.4) และในจำนวนนี้มีพระภิกษุสงฆ์ที่เป็นผู้ป่วยนอกรายใหม่ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 2,160 รูป โรคเบาหวาน จำนวน 1,373 รูป โรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 534 รูป เช่นเดียวกับสถิติการเข้ารับการรักษาโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์ พ.ศ. 2557 จำนวน 14,105 รูป ในจำนวนนี้มีพระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อยู่ถึง 10,890 รูป ในขณะที่พระภิกษุสงฆ์วัยอื่นๆ มีเพียง 3,215 รูป (คิดเป็นสัดส่วน 3.39 ต่อ 1) (สถิติผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของเดชา (2553) ที่ระบุว่าในประเทศไทยมีพระภิกษุสงฆ์สูงอายุในสัดส่วนสามในสี่ของพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมดและในจำนวนนี้มีพระภิกษุสงฆ์สูงอายุสุขภาพดีเพียง ร้อยละ 20 นอกนั้นมีภาวะเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมีโรคประจำตัว ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ เป็นต้น (เดชา, 2553)

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ก็มีสาเหตุสำคัญมาจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงตามวัย รวมถึงการขาดการออกกำลังกายและพฤติกรรมมารับโภชนาการไม่เหมาะสม (จาริณีและวันเพ็ญ, 2550) จากสถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์พบว่ามีปัญหาสุขภาพไม่แตกต่างจากประชาชนทั่วไป โดยปัจจัยเสี่ยงที่พบส่วนใหญ่ล้วนเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพพระดับปัจเจกบุคคลเป็นสำคัญ อย่างไรก็ตามการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุนั้นอาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกเบื่อหน่าย

ท้อแท้ และไม่สนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพเนื่องจากพระภิกษุสงฆ์ไม่มีที่พึ่งพิง ส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลจากญาติโยมหรือเพื่อนสงฆ์ที่ให้การอุปฐากแต่ไม่ทั่วถึง (ภัทรพล, 2550) ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและความพิการต่างๆ ตามมา และอาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาปฏิบัติศาสนกิจ เช่น การทำสังฆกรรม หรือสังฆกิจต่างๆ ดังนั้นการมุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีจึงเป็นเรื่องที่สำคัญ

สำหรับวิถีการดำรงชีวิตของพระภิกษุสงฆ์นั้นมีความแตกต่างจากประชาชนทั่วไป ซึ่งมีพระธรรมวินัยเป็นกรอบในการปฏิบัติตนตามศีล 227 ข้อ เพื่อเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของพระภิกษุสงฆ์ ได้แก่ การเดินบิณฑบาต กวาดลานวัด และเดินจงกรม ซึ่งถือว่าเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระภิกษุสงฆ์ (พินิจ, 2554) หรือการให้รู้จักประมาณในการบริโภคอาหารเพื่อให้ชีวิตดำรงอยู่ได้อย่างสมดุลกับร่างกาย ไม่มากหรือน้อยเกินไป รวมถึงอาหารที่ฉันแล้วไม่มีโทษทั้งในปัจจุบันและอนาคตต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต (พระมหาจรรยา, 2550) สำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยใช้หลักการปฏิบัติในทางพระพุทธศาสนาที่เรียกว่า “สมถภาวนา” (การฝึกจิตให้สงบเป็นสมาธิ) และสุขภาวะทางปัญญา มีวิธีการปฏิบัติที่เรียกว่า “วิปัสสนาภาวนา” (การเจริญปัญญา การรู้แจ้งตามความเป็นจริง) ซึ่งวิธีการเหล่านี้เป็นตัวอย่างการดูแลรักษาสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ตั้งแต่สมัยพุทธกาล (พระธรรมโมลี, 2552)

อย่างไรก็ตาม วิถีการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติศาสนกิจของพระภิกษุสงฆ์ในปัจจุบันแตกต่างจากสมัยพุทธกาลอย่างมาก เช่น การเดินบิณฑบาตในระยะทางที่สั้นลง การเดินทางรับกิจนิมนต์ด้วยรถยนต์ การมีเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ มากมาย รวมไปถึงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ส่วนใหญ่มักจะเป็นอาหารสำเร็จรูป มีส่วนประกอบของไขมันและน้ำตาลที่ให้พลังงานสูง (พิทยา, สุพร, โชคชัย, และอัญชลี, 2548) การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ล้วนส่งผลให้โรคและการเจ็บป่วยที่มีสาเหตุหลักมาจากการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสมเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะปัญหาโรคเรื้อรังจากการศึกษาของพิชญ์วรา (2550) พบว่าพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่เชื่อว่าอาหารที่รับมาจากการบิณฑบาตเป็นการถวายจากความศรัทธาของญาติโยมรับมาแล้วต้องฉันเพื่อตอบสนองศรัทธา โดยส่วนใหญ่ญาติโยมมักจะถวายอาหารที่บรรพบุรุษชอบรับประทานในอดีตเพราะเชื่อว่าบุคคลที่ล่วงลับไปแล้วจะได้รับส่วนบุญนั้น เช่น ทองหยิบ ทองหยอด หมูติดมัน หรือของทอดต่างๆ (พิชญ์วรา, 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุมินตรา (2545) ที่พบว่าพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงใหม่มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 53.52 จากสถิติที่นำเสนอจะเห็นได้ว่าพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์เป็นประเด็นที่ควรให้ความสนใจ เนื่องจากพระภิกษุสงฆ์บริโภคอาหารเพียงวันละ 2 มื้อ แต่กลับพบว่ามีปัญหาภาวะโภชนาการเกินในอัตราสูงมาก และอีกสาเหตุหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มักจะทำได้น้อยเพราะกลัวผิดต่อพระธรรมวินัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขาดคำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง (ยุพยง, 2548) โดยพบว่าพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมการออกกำลังกายนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 44.4) และไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 17.5) มีเพียงร้อยละ 8.7 เท่านั้นที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (โรงพยาบาลสงฆ์, 2556) จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันพระภิกษุสงฆ์มีการบริโภคอาหารที่มีพลังงานสูงแต่ออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมทางกายน้อยทำให้เกิดการสะสมของพลังงานและไขมันส่วนเกินในร่างกาย ดังนั้นการลดความรุนแรงของกลุ่มโรคนี้ จึงมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุม

พฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม (โรงพยาบาลสงฆ์, 2552)

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุจึงต้องใช้แนวทางในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับวิธีการหรือโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่าโรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมดูแลสุขภาพ เช่น การออกกำลังกายที่ถูกต้องและเหมาะสมในผู้สูงอายุจะช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย ฟันฟูสมรรถภาพทางกาย ลดระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง หัวใจและหลอดเลือด (วนิดา และคณะ, 2553) นอกจากนี้สมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา ระบุว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานหากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการออกกำลังกายเพื่อลดน้ำหนักหรือควบคุม น้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติและบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะกลายเป็นโรคเบาหวานได้ในเวลาประมาณ 5-10 ปี (Munden, 2007) สำหรับการศึกษาการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานที่สำคัญ ได้แก่ การควบคุมอาหารที่มีรสเค็มและมัน โดยการจำกัดเกลือวันละไม่เกิน 6 กรัมจะทำให้ความดันโลหิตลดลง 2-8 มิลลิเมตรปรอท หลีกเลียงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว โคลเลสเตอรอล ผลิตภัณฑ์จากน้ำตาล เครื่องดื่มที่มีรสหวานและส่วนประกอบของเนื้อแดงโดยเปลี่ยนเป็นเนื้อปลาแทน (Joint National Committee, 2006) ในส่วนของการออกกำลังกาย โดยเฉพาะแบบแอโรบิก (aerobic exercise) เป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง เพราะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น (สารพี, 2555) และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายไวต่ออินซูลิน ทำให้การออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น (Li & Zhang, 2008)

นอกจากนี้ การศึกษาของทามิเลโตะและคณะ (2001) ยังได้พบว่าโปรแกรมการป้องกันโรคเบาหวานในผู้ที่มีความทนต่อกลูโคสบกพร่อง (impaired glucose tolerance: IGT) โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย สามารถลดอุบัติการณ์โรคเบาหวานถึงร้อยละ 58 สอดคล้องกับการศึกษาของ อิริคสัน, อิเรียซัน และ เวสเบิร์ก (Erickson, Eliason & Westborg, 2006) ที่พบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการออกกำลังกายที่ประกอบด้วยการเล่นโยคะและความทนทานเพื่อสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้ออย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือ 180 นาที/สัปดาห์ เช่น การเดินเร็ว การปั่นจักรยาน ร่วมกับการให้คำแนะนำด้านอาหารทำให้มีระดับความดันโลหิตลดลง 2-5 มิลลิเมตรปรอทต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ ผลของการออกกำลังกายยังช่วยลดน้ำหนัก และสามารถควบคุมน้ำหนักไม่ให้เพิ่มขึ้น (Warburton et al., 2010) ลดไขมันในช่องท้อง (intraabdominal fat) ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเกิดกลุ่มอาการเมตาบอลิก (metabolic syndrome) (American Diabetes Association, 2009) และ การศึกษาของวัฒนพล (2555) พบว่าโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีภาวะอ้วน โดยการเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคและภาวะแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม สามารถส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ดีขึ้นและค่าดัชนีมวลกายลดลงหลังการทดลองทั้งภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของวรรัตน์ (2551) พบว่าโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภค ขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนโดยใช้แผนการสอน ภาพพลิก

ตัวอย่างอาหาร ตัวแบบผู้สูงอายุและคู่มือพฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนัก พบว่าคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการบริโภคเพื่อควบคุมน้ำหนักเพิ่มขึ้น และค่าเฉลี่ยเส้นรอบเอวลดลงหลังการทดลองทั้ง ภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่ม จะเห็นว่าการปรับเปลี่ยนวิถีการดำรงชีวิต เช่น การเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมรับประทานอาหาร การลดน้ำหนักและการออกกำลังกายจะช่วยควบคุมอาการของกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและลดอุบัติการณ์การเกิดโรคได้

จากการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมาพบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมากมาย ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง ได้แก่ การส่งเสริมความรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่เหมาะสม (วัฒนพล, 2555; วรรัตน์, 2551) หรือการออกกำลังกายเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกาย (ยุพา, 2555; Li & Zhang, 2008) และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การบริโภคอาหารควบคู่กับการออกกำลังกาย (Erickson, Eliason & Westborg, 2006; Tuomilehto et al., 2001; Warburton et al., 2010) สำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่ามีผู้นำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการศึกษาหลายเรื่อง ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดหัวใจ ผล การศึกษาพบว่า การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นรูปแบบหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ (จิตราพันธ์, 2551) เกิดความมั่นใจ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (จันทิรา, 2552) และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ ดีอย่างต่อเนื่อง (วรรัตน์, 2551) ในการนำหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ในการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์สูงอายุซึ่งเป็น กลุ่มบุคคลที่มีวิถีการดำเนินชีวิตและความเชื่อที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไปนั้น จะต้องกระตุ้นให้พระภิกษุ สงฆ์เกิดการรับรู้และความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคต่างๆ (เดชา, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของพิชญ์วรา (2550) พบว่าการส่งเสริมให้พระภิกษุสงฆ์เกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่องนั้น พระภิกษุสงฆ์เองต้องมีความ พอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นรวมทั้งต้องมีความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างดี จึงจะมีประสิทธิภาพ สูงสุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวิมล (2553) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ($r = 0.43$) ($p < .01$) ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมาประยุกต์ใช้ ในการศึกษาครั้งนี้เนื่องจากการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนเป็นวิธีการที่มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ช่วยเพิ่มศักยภาพและความเชื่อมั่นของกลุ่มเป้าหมายในการจัดการโรคเรื้อรังได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (1997) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมการให้บุคคลสามารถรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมให้สำเร็จ ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองสูงย่อมมีความพยายามกระทำ กิจกรรมให้สำเร็จมากกว่าบุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะตนเองต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของลลิตา (2553) ได้พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กันในทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($r = 0.84$) ทั้งในด้านการควบคุมอาหาร ($r = 0.62$) และด้านการออก กกำลังกาย ($r = 0.60$) สำหรับการทบทวนวรรณคดีที่ผ่านมามีงานวิจัยอีกหลายเรื่องที่ได้้นำแนวคิดการ

ส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในกลุ่มสูงอายุ ได้แก่ การศึกษาของกนกวรรณ (2554) ที่ศึกษาถึงผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ และธีราณี (2551) ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของณัฐพร (2552) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลดน้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบวงเอวของหญิงก่อนวัยทองที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน และการศึกษาของวรรัตน์ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมการบริโภคขนาดของรอบเอวและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ซึ่งจากการศึกษาที่กล่าวมาแล้วข้างต้นต่างพบว่าคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมสุขภาพภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมที่ระดับน้อยกว่า 0.05 ช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจ มั่นใจและให้ความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น

จะเห็นได้ว่า รูปแบบต่าง ๆ ในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังนั้น ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้เหมาะสมมากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลการให้บริการสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพ พบว่าเจ้าหน้าที่ได้เน้นการส่งเสริมความรู้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมแล้วทุกครั้งที่พระภิกษุสงฆ์มารับบริการสุขภาพ โดยมีรูปแบบการให้ความรู้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ได้แก่ เอกสาร แผ่นพับให้ความรู้ ภาพพลิก แต่พบว่ายังไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ เนื่องจากใช้เวลาสั้นๆและเป็นการสื่อสารทางเดียว ขาดการประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคำแนะนำที่ได้รับ และซักถามความมั่นใจในการนำไปปฏิบัติ (วัฒนพล, 2555) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยโดยบูรณาการองค์ความรู้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับหลักการส่งเสริมสุขภาพตามหลักพระธรรมวินัยและแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อให้เกิดรูปแบบในการป้องกันโรคเรื้อรังที่มีมาตรฐาน มีความน่าเชื่อถือ และมีความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตตามหลักพระธรรมวินัย อันจะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุเกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในการปฏิบัติจนนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังได้ สำหรับแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้จะเป็นแนวทางให้พยาบาลสามารถปฏิบัติงานในการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นแนวทางเดียวกัน โดยยึดหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2001) พร้อมกับประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อันจะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพและช่วยลดค่าใช้จ่ายของประเทศในการดูแลรักษา ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์
สูงอายุไทย
2. เพื่อประเมินผลแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลในการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุ
สงฆ์สูงอายุไทย

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทยมีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทยมีความตรงเชิงเนื้อหา
เพียงใด
3. ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว ปริมาณไขมันใต้ผิวหนัง ระดับน้ำตาลในเลือด และ
ระดับความดันโลหิตของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ลดลงกว่าก่อนเข้า
ร่วมหรือไม่
4. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทยหลังได้รับ
การดูแลตามแนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมหรือไม่
5. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ
ไทยหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติสูงกว่าก่อนเข้าร่วมหรือไม่
6. ความพึงพอใจของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทยในการใช้คู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังอยู่
ในระดับใด

กรอบแนวคิด

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทย คือ
ข้อกำหนดกิจกรรมที่ออกแบบภายใต้ 3 แนวคิด ประกอบด้วย 1) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อ
ป้องกันโรคเรื้อรังจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ปรัชญาการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก
พระพุทธศาสนา และ 3) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ของแบนดูรา
(Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วสรุปแนวคิดทั้งสามเพื่อ
นำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบแนวปฏิบัติ ดังนี้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันโรคเรื้อรังพบว่าการใช้รูปแบบ
การบริโภคอาหารตามโซนสี ธงโภชนาการ การคำนวณพลังงานแคลลอรี่อาหาร และการเปรียบเทียบ
ให้เห็นข้อดี ข้อเสียของอาหารแต่ละชนิด (รสสุคนธ์, 2555; วัฒนพล, 2555 และ วราลี, 2553);
(หลักฐานระดับ 2) รวมทั้งการบันทึกรายการอาหารในการบริโภค (รุ่งตะวัน, 2557); (หลักฐานระดับ 2)
ร่วมกับการเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายในระดับปานกลางด้วยการเดินในผู้สูงอายุ
(Kelly, 2014); (หลักฐานระดับ 1) (Teixeira, 2012); (หลักฐานระดับ 2) (กนกวรรณ, 2553; ธีราณี,

2551; ปุณณวัรี, 2553; ยุพา, 2555 และวรัตน์, 2551); (หลักฐานระดับ 3.1) สามารถป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้การที่จะให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง เมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้อย่างไร บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติด้วยความมั่นใจซึ่งทฤษฎีดังกล่าวได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎีว่าสามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมได้มากกว่าทฤษฎีอื่น (Bandura, 1997) อย่างไรก็ตาม การนำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคเรื้อรังแก่พระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยนั้น จำเป็นต้องออกแบบแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของพระภิกษุสงฆ์ เพื่อให้เกิดร่วมมือและความมั่นใจในการปฏิบัติ

หลักการส่งเสริมสุขภาพตามปรัชญาพระพุทธศาสนาที่กล่าวว่า “การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” หรือ “อโรคยา ปรมา ลาภา” โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มีผลเกี่ยวเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปรัชญาพระพุทธศาสนา ดังนี้ 1) “โภชนาเมตตัญญุตาน” ซึ่งแปลว่า การรู้จักประมาณในการบริโภคอย่างรู้คุณค่าที่แท้จริงของอาหาร ตัดเสียซึ่งความโลภในอาหารหรือรสของอาหารอันจะนำความทุกข์มาสู่ร่างกายเป็นหลักการหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรค ถึงแม้ว่าพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถเลือกรับอาหารที่ญาติโยมถวายได้ แต่การมีสติในการพิจารณาอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลียงอาหารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ และ 2) การส่งเสริมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยการปฏิบัติตามศาสนกิจอย่างเคร่งครัด ออกบิณฑบาตโปรดญาติโยม ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่สามารถเผาผลาญพลังงานของร่างกายได้เหมาะสมกับสมณะสารูป (จจจิต, 2551) จะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและเกิดความผาสุกในชีวิต (พระธรรมโมลี, 2552)

สำหรับการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาธิวิจัยสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2001) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา 2) การกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 3) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล และระยะที่ 2 การประเมินแนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2) การปรับปรุงแนวปฏิบัติ และ 3) การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบการนำไปใช้ ซึ่งสามารถสรุปกรอบแนวคิดการศึกษาได้ ดังนี้ (ภาพ 1)

แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

การประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันโรคเรื้อรังร่วมกับแนวคิดส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) และหลักปรัชญาการสร้างเสริมสุขภาพตามปรัชญาพระพุทธศาสนา โดยมีขั้นตอนการพัฒนาตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2001) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ

1. การกำหนดประเด็นและขอบเขตปัญหา
2. กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์ทางสุขภาพ
3. การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์
4. การยกร่างแนวปฏิบัติ

การสืบค้นและประเมินคุณค่าหลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันโรคเรื้อรังตามหลัก PICO ของสถาบันโจนาบริกซ์ (JBI, 2014)

แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997)

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย

1. การให้คำแนะนำหรือการใช้คำพูดชักจูง โดยมีองค์ประกอบของเนื้อหา ดังนี้

1) หลักการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ อาหารโซนสี การคำนวณพลังงานแคลอรีอาหาร และการเปรียบเทียบให้เห็นข้อดี ข้อเสียของอาหารแต่ละชนิด (รสสุคนธ์, 2555; วัฒนพล, 2555 และวราลี, 2553); (หลักฐานระดับ 2) รวมทั้งการบันทึกรายการอาหารในการบริโภค (รุ่งตะวัน, 2557); (หลักฐานระดับ 2)

2) การเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายในระดับปานกลางด้วยการเดินในผู้สูงอายุ (Kelly, 2014); (หลักฐานระดับ 1) (Teixeira, 2012); (หลักฐานระดับ 2) (กนกวรรณ, 2553; ธีราณี, 2551; ปุณณูวีร์, 2553; ยุกา, 2555 และวรรรัตน์, 2551); (หลักฐานระดับ 3.1)

2. การเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์ โดยใช้คู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

3. การมีประสบการณ์ในความสำเร็จด้วยตนเอง จากการการบันทึกรายการอาหารในการบริโภค (รุ่งตะวัน, 2557); (หลักฐานระดับ 2) และการบันทึกการออกกำลังกาย การประเมินสุขภาพตนเองประจำวันด้วยการวัดรอบวงเอวเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงในแต่ละสัปดาห์ (จงจิตร, 2555); (หลักฐานระดับ 2)

4. การกระตุ้นทางร่างกายและอารมณ์ โดยการติดตามเยี่ยมที่วัดเพื่อสร้างความมั่นใจในการดูแลตนเอง

ระยะที่ 2 การประเมินผลแนวปฏิบัติ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา
2. การปรับปรุงแนวปฏิบัติ
3. การนำแนวปฏิบัติทดสอบการนำไปใช้

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง

2. คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

3. ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว ปริมาณไขมันในตับ ไขมันในเลือด ระดับความดันโลหิตและน้ำตาลในเลือด

4. ความพึงพอใจของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

ภาพ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

นียมศัพท์

1. แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย หมายถึง ข้อกำหนดสำหรับพยาบาลในการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ จากการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์แล้วนำมาสรุปเป็นแนวปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานปรัชญาของพระพุทธศาสนาและแนวความคิดรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยมีขั้นตอนการพัฒนาตามแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2001) โดยประกอบด้วยกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจ รวมทั้งการสร้างความมั่นใจในการนำความรู้ไปปรับใช้วางแผนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ด้วยการโน้มน้าวให้เห็นถึงผลกระทบของการมีพฤติกรรมสุขภาพไม่เหมาะสม และประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย การสร้างประสบการณ์ตรงผ่านการฝึกทักษะการเลือกรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ด้วยการเรียนรู้ผ่านตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้คู่มือป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ รวมถึงการส่งเสริมการมีประสบการณ์ในความสำเร็จด้วยตนเอง โดยการบันทึกรายการอาหารจากการบริโภค การออกกำลังกาย และเส้นรอบวงเอว รวมทั้งจัดให้มีการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมโดยการติดตามเยี่ยมที่วัด

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง หมายถึง การดำเนินกิจกรรมของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุตามแนวปฏิบัติฯ ประกอบด้วย การควบคุมอาหารและการออกกำลังกาย ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม

3. ดัชนีมวลกาย หมายถึง ค่าดัชนีที่คำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อใช้เปรียบเทียบความสมดุระหว่างน้ำหนักตัว ต่อความสูงของพระภิกษุสงฆ์ สูงอายุโดยนำน้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง) แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของค่าดัชนีมวลกาย (กรมอนามัย, 2554) ประเมินโดยเครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดส่วนสูง (stadiometer) โดยใช้ทศนิยมสองหลัก

4. เส้นรอบวงเอว หมายถึง ความยาวของเส้นรอบเอวที่วัดผ่านกึ่งกลางสะดือ โดยให้สายวัดขนานกับพื้น ดึงสายวัดให้ตึงแนบกับผิวหนัง วัดขณะหายใจออกสุด โดยขณะวัดต้องไม่แขม่วหรือเกร็งหน้าท้อง หน่วยเป็นเซนติเมตร (กรมอนามัย, 2554)

5. ความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง หมายถึง ปริมาณไขมันที่สะสมใต้ผิวหนัง ใช้ประเมินเพื่อเฝ้าระวังภาวะน้ำหนักเกิน เครื่องมือที่ใช้วัดคือ คีมคีบ (skin fold calliper) วัดไขมันใต้ผิวหนัง อ่านค่าเป็นมิลลิเมตร บริเวณที่นิยมวัดมากที่สุด คือ การวัดบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซพ (triceps) เพราะจะได้ค่ามาตรฐานและสะดวกในการประเมินมากที่สุด สำหรับค่ามาตรฐานในผู้ชายไม่เกิน 12.5 มิลลิเมตร (ผ่องศรี, 2553)

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย โดยมุ่งเน้นโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม ทำการศึกษาในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่จำพรรษาในวัด จังหวัดแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย จำนวน 30 รูป เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน – เดือนกันยายน พ.ศ. 2559

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการนำแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรัง ด้านการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายไปประยุกต์ใช้เป็นเครื่องมือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับบริบทของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ

2. ส่งเสริมให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุมีรูปแบบในการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เกิดความเชื่อมั่นในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ สามารถทำนุบำรุงพระพุทธศาสนาให้ยั่งยืน ต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ผู้วิจัยได้ศึกษา ทบทวนแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องโดยครอบคลุมเนื้อหาในประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ปัญหาสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
 - 1.1 ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
 - 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
2. แนวทางการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
 - 2.1 แนวคิดการป้องกันโรคเรื้อรัง
 - 2.2 แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน
 - 2.3 การประยุกต์ใช้แนวคิดการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
 - 2.2.1 การบริโภคอาหาร
 - 2.2.2 การออกกำลังกาย
 - 2.3 หลักการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์
 - 2.4 หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
3. แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
 - 3.1 องค์ประกอบของแนวการป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
 - 3.2 การประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ปัญหาสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ปัญหาสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ส่วนใหญ่มักเกิดจากความเสื่อมตามวัยและวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้ง่าย (โรงพยาบาลสงฆ์, 2556) หากไม่มีกระบวนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมจะทำให้ภาวะสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์และกลไกการทำงานบำรุงพระพุทธศาสนาของไทยอ่อนแอลง (สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2555) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาและสรุปหัวข้อประเด็นต่างๆ ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ในปัจจุบันปัญหาสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์เริ่มมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังจะเห็นได้จากผลการสำรวจสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ทั่วประเทศ ประจำปี 2551 จำนวน 80,945 รูป พบว่า ร้อยละ 44 สุขภาพดี ที่เหลืออีกร้อยละ 56 หรือจำนวน 45,333 รูป มีสุขภาพไม่ดี โดยอยู่ในขั้นที่ป่วยเป็นโรคแล้ว 24,937 รูป คิดเป็นร้อยละ 31 โรคที่พบมากที่สุด 5 อันดับ ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน อ้วน และถุงลมปอดโป่งพอง และมีพระภิกษุสงฆ์ จำนวน 20,396 รูป มีความเสี่ยงที่เกิดปัญหาสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 25 ส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด และโรคเบาหวาน (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) เมื่อจำแนกตามสัดส่วนของปัญหาสุขภาพในแต่ละช่วงวัย พบว่าพระภิกษุสงฆ์สูงอายุเป็นกลุ่มที่ต้องให้ความสำคัญในการดูแลมากที่สุด เนื่องจากมีจำนวนมากถึงสามในสี่ของพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมดของไทยและในจำนวนนี้มีสุขภาพดีอยู่เพียงร้อยละ 20 นอกนั้นมีภาวะเจ็บป่วยเป็นโรคเรื้อรังและมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และหัวใจ (เดชา, 2553) สอดคล้องกับสถิติของพระภิกษุสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสงฆ์ พ.ศ. 2553 จำนวน 14,105 รูป พบว่ามีพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปีอยู่ถึง 10,890 รูป ในขณะที่พระภิกษุสงฆ์วัยอื่นๆ มีเพียง 3,215 รูป (สถิติผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์, 2553) และภัทรพล (2550) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์ จำนวน 227 รูป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 69.39 ปี และอาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.1) รองลงมาเป็นโรคระบบหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 38.3) และโรคเบาหวาน (ร้อยละ 28.6) (ภัทรพล, 2550) สาเหตุที่สำคัญมาจากสภาพร่างกายที่เสื่อมลงรวมถึงการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรคเรื้อรังในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายไม่เหมาะสม (จาริณีและวันเพ็ญ, 2550)

พฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยนั้นมีความเสี่ยงอย่างยิ่งต่อการเกิดโรคเรื้อรัง จากการศึกษาของพิชญ์วรา (2550) พบว่าพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่เชื่อว่าอาหารที่รับมาจากการบิณฑบาตเป็นการถวายจากความศรัทธาของญาติโยมรับมาแล้วต้องฉันเพื่อตอบสนองศรัทธา โดยส่วนใหญ่ญาติโยมมักจะถวายอาหารที่บรรพบุรุษชอบรับประทานในอดีตเพราะเชื่อว่าบุคคลที่ล่วงลับไปแล้วจะได้รับส่วนบุญนั้น เช่น ทองหยิบ ทองหยอด หมูติดมัน หรือของทอดต่างๆ (พิชญ์วรา, 2550) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสุมินตรา (2545) ที่พบว่าพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงใหม่มีภาวะโภชนาการเกินถึงร้อยละ 53.52 และอีกสาเหตุหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการเกิดโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านการออกกำลังกาย ส่วนใหญ่มักจะทำได้น้อยเพราะกลัวผิดต่อพระธรรมวินัย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะขาดคำแนะนำในการปฏิบัติที่ถูกต้อง (ยุพยง และคณะ, 2548) โดยพบว่าพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีกิจกรรมการออกกำลังกายนานๆ ครั้ง (ร้อยละ 44.4) และไม่เคยออกกำลังกาย (ร้อยละ 17.5) มีเพียงร้อยละ 8.7 เท่านั้นที่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ 3 ครั้งต่อสัปดาห์ (โรงพยาบาลสงฆ์, 2549) ดังนั้นการลดความรุนแรงของกลุ่มโรคนี้ จึงมุ่งเน้นการป้องกันและควบคุมพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับปัจจัยต่างๆ มากมาย ได้แก่ อายุ พันธุกรรม พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย ความผิดปกติของร่างกาย (สมพล, 2540) สำหรับปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพนั้น สุปรีดา (2556) กล่าวว่าโดยทั่วไปมีปัจจัยหลักที่เข้ามาเกี่ยวข้อง 3 ด้าน คือ ด้านปัจเจกบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบสุขภาพ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ด้านปัจเจกบุคคล

พระภิกษุสงฆ์เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าและนำหลักธรรมคำสั่งสอนมาเผยแพร่แก่พุทธศาสนิกชน การอยู่ในเพศบรรพชิตจำเป็นต้องปฏิบัติตามพระธรรมวินัยที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป การเกิดโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุนั้นอาจเกิดจากหลายสาเหตุ จากการศึกษาของธรรมบุญ (2553) ได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล มีจำนวนตัวแปรอิสระ 4 ตัว ที่สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมได้ร้อยละ 44 คือการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (ร้อยละ 33) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค (ร้อยละ 7) และอายุพรรษา (ร้อยละ 4) สำหรับการส่งเสริมให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุเกิดการปฏิบัติตนด้านสุขภาพที่มีแบบแผนนั้น ควรส่งเสริมให้พระภิกษุสงฆ์เกิดการรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรค และแนวทางในการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงในการเกิดโรคต่างๆ ที่มักพบในผู้สูงอายุ รวมถึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เพื่อกระตุ้นให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุเกิดการรับรู้ และปฏิบัติตนให้หลีกเลี่ยงจากความเสี่ยงต่างได้อย่างเหมาะสม (ธรรมบุญ, 2553) สอดคล้องกับสุนันท์และวันเพ็ญ (2554) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายกพบว่า ความรู้และทัศนคติต่อการสร้างเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในเชิงบวก ($r = 0.28$ และ 0.33) ตามลำดับ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาในกลุ่มประชาชนทั่วไปพบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพก็ไม่แตกต่างกับกลุ่มพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ โดยการศึกษาของนนุช (2549) นภาพร (2552) สุมาลี, ชุติมา และปราณี (2551) พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในดูแลสุขภาพทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความมั่นใจและความตระหนักในการดูแลตนเองมากขึ้น

ด้านสิ่งแวดล้อม

จากสภาวะเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้การดำเนินชีวิตและการปฏิบัติศาสนกิจของพระภิกษุสงฆ์อาจมีความแตกต่างจากสมัยพุทธกาล เช่น การเดินบิณฑบาตในเมืองในระยะทางที่สั้นลง การเดินทางเพื่อรับกิจนิมนต์ที่สะดวกขึ้น รวมถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติศาสนกิจที่แตกต่างจากสมัยพุทธกาลเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้เกิดโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (โรงพยาบาลสงฆ์, 2553) จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายกพบว่า สถานที่ตั้งของวัดและสภาพแวดล้อมภายใน

วัดมีความสัมพันธ์กับการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = 0.29$) สอดคล้องกับการศึกษาของสุวัฒน์ (2551) พบว่าพระภิกษุสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดเขตเมืองและนอกเมือง มีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกัน โดยเฉพาะด้านการบริโภคอาหาร และด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาลพบว่าพระภิกษุสงฆ์ในเขตเมือง จะมีความเสี่ยงต่อการบริโภคอาหาร เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม บุหรี่ ได้ง่ายกว่า เพราะสะดวกในการ เข้าถึงการบริโภค อีกทั้งญาติโยมในเขตเมืองส่วนใหญ่มักจะถวายอาหารสำเร็จรูป เนื่องจากไม่มีเวลา ในการเตรียมและสะดวกในการซื้อหาไปถวาย แต่ในทางกลับกันพบว่าพระภิกษุสงฆ์ในเขตชนบท ถึงแม้จะมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสม แต่การเข้าถึงระบบ บริการสุขภาพก็น้อยกว่าพระภิกษุสงฆ์ในเขตเมือง เนื่องจากสถานที่ตั้งของวัดอยู่ห่างไกล ไม่สะดวกต่อ การเข้ารับบริการสุขภาพ สำหรับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองด้านอื่นๆ ไม่แตกต่างกัน

ด้านระบบสุขภาพ

สถานการณ์การดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขมี นโยบายพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขให้เอื้อต่อการรับบริการของพระภิกษุสงฆ์ และมีการพัฒนา ความสามารถในการดูแลตนเองของพระภิกษุสงฆ์และพัฒนาวัดต่างๆให้เป็นศูนย์กลางในการสร้าง เสริมสุขภาพ ตามแนวทางวัดส่งเสริมสุขภาพ โดยให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกัน ภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ (กรมอนามัย, 2555) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของรัฐที่ อำนาจความสะดวกแก่พระภิกษุสงฆ์ในการเข้ารับบริการสุขภาพ เช่น การยกเว้นค่ารักษาพยาบาล และการจัดช่องทางด่วนสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่เจ็บป่วยโดยไม่ต้องรอคิว แต่พบว่าพระภิกษุสงฆ์ให้ ความสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพค่อนข้างน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของธรรมบุญ (2553) พบว่า พระภิกษุสงฆ์สูงอายุยังไม่สามารถเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพ หรือการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเต็มที่ ทั้งนี้เกิดจากการมีรายได้ไม่เพียงพอต่อการรับบริการ รวมถึงความลำบากในการไปรับบริการทางด้านสุขภาพ (ธรรมบุญ, 2553) ส่วนใหญ่มักจะเข้ารับบริการในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยรุนแรงและมีอาการของโรค แทรกซ้อนต่าง ๆ เท่านั้น เนื่องจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจของ สงฆ์ได้ จากข้อจำกัดที่เกิดจากความเจ็บป่วยและสถานที่ในโรงพยาบาล (เรวัณ, 2555) สำหรับสวัสดิการ ทางสังคมพบว่าหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์น้อยมาก ขาด กิจกรรมหรือมาตรการในการสร้างเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพหลังการเจ็บป่วย สุดท้ายจึง ปล่อยให้วัดและพระภิกษุสงฆ์ในวัดดูแลกันเองตามแต่สภาพของแต่ละวัดจะทำได้ (เดชา, 2553)

โดยสรุป ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์โดยทั่วไปมีปัจจัย หลักที่เข้ามาเกี่ยวข้อง 3 ด้าน คือ ด้านปัจเจกบุคคล ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านระบบสุขภาพ ซึ่งเป็น ส่วนสำคัญที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการพัฒนาขีดความสามารถในการ รักษาพยาบาล และได้มีการปรับปรุงระบบบริการด้านสาธารณสุขเพื่ออำนวยความสะดวกให้พระภิกษุ สงฆ์ แต่โรคและการเจ็บป่วยกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ส่วนใหญ่มักเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ผลมาจากการ มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมความรู้ และเสริมสร้างความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวจะสามารถป้องกันโรคเรื้อรังได้ (ธีราณี , 2551; วรารัตน์, 2551; วราลี, 2554)

แนวคิดและหลักการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

แนวคิดและหลักการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยนั้นควรดำเนินการส่งเสริมความรู้ ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคให้ได้รับอาหารที่มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวออกกำลังกายให้มากขึ้น เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของวัฒนพล (2555) ที่กล่าวว่าการส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์เพื่อให้มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคหรือความเจ็บป่วยและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขนั้น ประกอบด้วย 1) ด้านการฉันทอาหาร คือ มีสติในการพิจารณาฉันทอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ และ 2) ด้านการออกกำลังกาย คือ ปฏิบัติหรือทำกิจกรรมต่างๆที่สามารถเผาผลาญพลังงานของร่างกายได้เหมาะสมกับสมณะสาธูป ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ศึกษา ทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังแล้วนำมาประยุกต์ใช้ในพระภิกษุสงฆ์ของไทย ดังนี้

แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

แนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน (Self-Efficacy Theory) ของแบนดูรา (1997) เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้บุคคลสามารถรับรู้หรือมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน โดยทราบว่า จะต้องทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้อย่างไร บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจมากยิ่งขึ้น จากการศึกษาของพิชญ์วรา (2550) พบว่าการส่งเสริมให้พระภิกษุสงฆ์เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อย่างต่อเนื่องนั้น พระภิกษุสงฆ์เอง ต้องมีความพอใจในการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นรวมทั้งต้องมีความมั่นใจในการปฏิบัติอย่างดี จึงจะมีประสิทธิภาพสูงสุดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นเดียวกับการศึกษาของสุวิมล (2553) ที่พบว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ($r = 0.43$) ($p < .01$)

จากที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยเพื่อให้เกิดพฤติกรรมใหม่ที่มีความเหมาะสมนั้น แบนดูรา (1997) ระบุว่าจะต้องมีการกระทำเป็นกระบวนการและมีขั้นตอนประกอบด้วยการใช้แหล่งสนับสนุนจาก 4 แหล่งด้วยกัน คือ

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experiences) ซึ่งแบนดูราเชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้บุคคลมีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อม ๆ กับการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถ จะกระทำเช่นนั้นได้ จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่าย ๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆ เพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

2) การใช้ตัวแบบ (modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่าเขาจะสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ถ้าเขาพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะ ของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าเขา มีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคล ที่มีความกลัวต่อสิ่งต่าง ๆ โดยที่ให้ผู้ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่าง ๆ เหล่านี้ได้ (Kazdin, 1974)

3) การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการบอกว่า บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างง่ายและใช้กันทั่วไป การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนักในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆ สร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไป และให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอน พร้อมทั้ง การใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในสภาพที่ถูกข่มขู่ ในการตัดสินใจถึงความวิตกกังวลและความเครียดของคนเรานั้นบางส่วนจะขึ้นอยู่กับกระตุ้นทางสรีระ การกระตุ้นที่รุนแรงทำให้การกระทำไม่ค่อย ได้ผลดี บุคคลจะคาดหวังความสำเร็จ เมื่อเขาไม่ได้อยู่ในสภาพการณ์ที่กระตุ้นด้วย สิ่งที่ไม่พึงพอใจ ความกลัวก็จะกระตุ้นให้เกิดความกลัวมากขึ้น บุคคลก็จะเกิดประสบการณ์ของความล้มเหลว อันจะทำให้ การรับรู้ เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลง

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ สูงอายุของไทยนั้น การนำเอาแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) มาใช้ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของพระภิกษุสงฆ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้สำเร็จตาม ความมุ่งหวัง พบว่าจากการทบทวนวรรณกรรมที่ได้มีผู้นำเอาทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมา ประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น กนกวรรณ (2554) ได้ศึกษาถึง ผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของ ผู้สูงอายุและศิราณี (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพ แต่ส่วนใหญ่เป็นการจัดโปรแกรมสุขศึกษา เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางทัศนคติและพฤติกรรม ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยมีความรู้มากขึ้น แต่ความรู้อย่างเดียวยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหรือบุคคลเกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (สุวิมล, 2549) ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการที่ทำให้บุคคลสามารถดูแล ตนเองได้สำเร็จคือ ความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ และความเชื่อ (นัยนา, 2549) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้านี้จึงได้ นำแนวคิด การส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (1997) มาใช้ซึ่งประกอบด้วย 4 วิธี คือ ประสบการณ์ ที่สำเร็จด้วยตนเอง ประสบการณ์ของผู้อื่น การพูดชักจูง และสถานะด้านร่างกายและอารมณ์มาประยุกต์ใช้ ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้บุคคลเกิดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนที่จะปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพเกิดขึ้น และต้องมีการประยุกต์ใช้ร่วมกับกิจกรรมที่มีความเหมาะสมกับ กลุ่มเป้าหมาย ดังที่จะกล่าวต่อไป

การประยุกต์ใช้แนวคิดการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

การประยุกต์ใช้แนวคิดการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทยนั้น จากการศึกษาทบทวนความรู้เกี่ยวกับวิธีการหรือโปรแกรมการป้องกันโรคเรื้อรัง พบว่ามีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งบอกว่าโรคเรื้อรังสามารถป้องกันได้ด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในด้านการบริโภคอาหาร (JNC, 2006; & Munden, 2007) และการออกกำลังกาย (Li & Zhang, 2008; West Berg, 2006) ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มุ่งเน้นการศึกษาแนวทางการป้องกันโรคเรื้อรังในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การบริโภคอาหาร

การบริโภคอาหารเป็นหัวใจหลักในการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดความแข็งแรง ช่วยซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอและเป็นแหล่งพลังงานของร่างกาย แต่ในทางตรงกันข้ามหากบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อสุขภาพ หรือปริมาณไม่เหมาะสมก็อาจเกิดโทษต่อร่างกายได้เช่นกัน (โรงพยาบาลสงฆ์, 2556) การบริโภคอาหารของพระภิกษุสงฆ์นั้นอาจมีความแตกต่างจากประชาชนทั่วไป คือ พระภิกษุสงฆ์สามารถฉันอาหารได้วันละ 2 มื้อ และไม่สามารถฉันอาหารได้เมื่อเลยเวลาเที่ยงวันไปแล้ว (จงจิต, 2551) อย่างไรก็ตามพระภิกษุสงฆ์เองก็ยังมีความต้องการพลังงานและปริมาณสารอาหารที่ร่างกายต้องได้รับอย่างเพียงพอ เพื่อซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และสร้างภูมิคุ้มกันโรค ถึงแม้ว่าพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถเลือกรับการถวายอาหารจากพุทธศาสนิกชนได้ แต่ก็สามารถเลือกชนิดและปริมาณของอาหารที่ฉันได้ โดยต้องมีสติในการพิจารณาอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายจึงขึ้นอยู่กับพระภิกษุสงฆ์แต่ละรูปว่าจะสามารถคำนึงถึงสุขภาพตนเองมากน้อยเพียงใด (พระพิพัฒน์, 2554) โดยเน้นที่การปรับลดปริมาณอาหารให้เกิดความสมดุลกับสัดส่วนของร่างกายและกิจกรรมทางกายของแต่ละบุคคล (ธีรานี, 2551) โดยผู้วิจัยได้ศึกษารูปแบบและวิธีการที่ใช้ในประเมินสัดส่วนการบริโภคอาหารเพื่อให้เกิดความสมดุลกับแต่ละบุคคล

1. การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินภาวะโภชนาการโดยการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวจริงกับน้ำหนักที่ควรจะเป็นว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ น้อยกว่าปกติ หรือมากกว่าปกติ เพื่อนำมากำหนดความต้องการพลังงานต่อวันโดยการหาดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) จากน้ำหนักและส่วนสูง โดยนำน้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง) แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของค่าดัชนีมวลกาย นอกจากนี้การประเมินภาวะโภชนาการในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุควรมีการประเมินด้วยวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น การวัดความยาวเส้นรอบเอวเพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุงและการประเมินไขมันใต้ผิวหนังเพื่อหาความเสี่ยงจากภาวะโภชนาการเกิน (โรงพยาบาลสงฆ์, 2556)

4. การบริโภคอาหารของพระภิกษุสงฆ์

การบริโภคอาหารหรือการฉันภัตตาหารของพระภิกษุสงฆ์ในทางพระพุทธศาสนานั้นมีข้อวัตรปฏิบัติ ซึ่งพระพุทธเจ้าตรัสไว้เป็นข้อบัญญัติให้แก่พระภิกษุสงฆ์ในเรื่องของการฉันภัตตาหารของพระภิกษุสงฆ์ โดยมีคำอธิบายอยู่ในคัมภีร์วิภังค์ กล่าวถึงโภชนะหรือของขบเคี้ยวที่พระพุทธเจ้าได้กำหนดไว้ คือ ภัตตาหารที่ทรงอนุญาตและภัตตาหารที่ทรงห้าม พอสรุปได้ ดังนี้ (พระเยื้อง, 2542)

ภัตตาหารที่ทรงอนุญาต ภัตตาหารทุกชนิดที่ทรงอนุญาตนั้นทรงให้ฉันได้แต่เป็นการอนุญาตที่มีเงื่อนไข คือจะต้องฉันภายในเวลาที่กำหนด แม้ในพระไตรปิฎกและอรรถกถาเมื่อกล่าวถึงชนิดภัตตาหารที่ฉัน หรือภัตตาหารที่มีผู้นำมาถวายจะกล่าวรวม ๆ ว่าเป็นของควรเคี้ยว (ขาหนียะ) ของควรฉัน (โภชนียะ) ไม่ระบุแน่ชัดว่าชนิดไหน แต่ก็หมายถึง ภัตตาหารที่ทรงอนุญาตไว้ว่าควรฉันได้ หรือเรียกว่า “ของฉัน” ได้แก่ โภชนะ 5 ชนิด ดังนี้

1. ข้าวสุก ได้แก่ ธัญชาติทุกชนิดที่หุงสุกแล้ว เช่น ข้าวเจ้า ข้าวเหนียว และข้าวฟ่าง เป็นต้น
2. กุมมาส ได้แก่ ขนมสดชนิดต่างๆ ที่จะบุดได้เมื่อเลยเวลาอันสมควร เช่น ขนมตาล และขนมเปียกปูน เป็นต้น
3. สัตตุ ได้แก่ ขนมแห้งต่าง ๆ ที่ไม่บุด เช่น กุ๊กกี้ หรือปังกรอบ เป็นต้น
4. ปลา ได้รวมเอาสัตว์น้ำชนิดอื่นที่ใช้เป็นอาหารเข้าไว้ด้วย
5. เนื้อ ได้แก่ เนื้อของสัตว์บก และนกบางชนิดที่ใช้เป็นอาหาร

ส่วนผลไม้ชนิดต่าง ๆ และพืชผักทั้งที่มีเหง้า และไม่มีเหง้า เช่น เผือก หรือมัน ไม่นับเป็นโภชนะแต่ก็จัดเป็นภัตตาหารที่สามารถฉันได้ แต่ต้องฉันภายในเวลาที่กำหนดเท่านั้น คือ ตั้งแต่เช้าถึงเที่ยงวัน หรือฉันได้เพียงมือเช้ากับมือกลางวัน ถ้าภิกษุสงฆ์ใดฉันของเคี้ยว ของฉันที่เป็นภัตตาหารในเวลาวิกาล คือ ตั้งแต่เที่ยงไปแล้วจนถึงวันใหม่ต้อง อาบัติปาจิตตีย์ สิกขาบทที่ 6 โภชนวรรค ในปาจิตตยิกัณฑ์ (จงจิต, 2552)

สรุป จะเห็นได้ว่าอาหารเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับร่างกายของพระภิกษุสงฆ์ โดยในแต่ละวันนั้นจะต้องได้รับสารอาหารให้ครบ 5 หมู่ โดยปกติพระภิกษุสงฆ์จะฉันอาหารได้เพียง 2 มื้อ นอกจากตอนที่อาพาธ และอยู่ในความดูแลของแพทย์ ถึงแม้ว่าพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถปฏิเสธอาหารที่ญาติโยมนำมาถวายได้ พระภิกษุสงฆ์ก็มีสิทธิ์ที่จะพิจารณาอาหารและเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณประโยชน์ต่อร่างกาย หลักในการบริโภคอาหารต้องคำนึงถึงพลังงานที่ร่างกายควรได้รับตามขนาดของร่างกาย น้ำหนักตัว กิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน เพื่อการมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง อันนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีต่อไป อย่างไรก็ตามการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพียงอย่างเดียวไม่สามารถป้องกันโรคเรื้อรังได้ จำเป็นต้องมีการสร้างความสมดุลของพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหารและการใช้พลังงานในการเผาผลาญจากกิจกรรมต่างๆในแต่ละวัน โดยพบว่า การออกกำลังกายเป็นวิธีการหนึ่ง ที่จะช่วยให้พระภิกษุสงฆ์บรรลุสู่เป้าหมายดังกล่าวได้

การออกกำลังกาย

การออกกำลังเป็นอีกหนึ่งเป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย การออกกำลังที่เหมาะสมจำเป็นต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง สำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่จริงแล้วจะมีวินัยบัญญัติต่างๆควบคุมอยู่ ซึ่งไม่สามารถทำได้โดยตรงเหมือนกับบุคคลโดยทั่วไป การออกกำลังกายสำหรับพระภิกษุสงฆ์นั้นมีความหมายเฉพาะในทางพระพุทธศาสนาเรียกว่า “บริหารชั้นธ” หรือ การบริหารร่างกาย (โรงพยาบาลสงฆ์, 2555) สำหรับกิจกรรมที่พระภิกษุสงฆ์ได้ปฏิบัติอยู่เป็นประจำอย่างต่อเนื่องที่ทำให้ร่างกายเคลื่อนไหวติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20-30 นาที และปฏิบัติมากกว่า 3 ครั้งต่อสัปดาห์ขึ้นไป มีหลายกิจกรรม เช่น การออกเดินบิณฑบาตโปรดญาติโยม การกวาดลานวัด การรดน้ำต้นไม้ การทำความสะอาดโบสถ์ ศาลา วัด เสนาสนะต่าง ๆ กิจกรรมเหล่านี้ก็ถือว่าการออกกำลังกายได้เช่นเดียวกัน (สมพล, 2540) สำหรับการออกกำลังกายตามหลักศาสนาพุทธ ได้ส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายด้วยวิธี “จงกรม” แปลว่าการเดินไปมาโดยสติกำกับ (จงจิต, 2552) ซึ่งถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกายที่เรียกว่า “กम्मชรูป” เพื่อเป็นการบริหารธาตุต่างๆของร่างกายให้มีการทำงาน เกิดการเผาผลาญพลังงานในร่างกาย โดยการเดินอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน วันละ 30 นาที หรือทำทุกวันจะทำให้ร่างกายแข็งแรง ดังนั้นพระธรรมนัยจึงกำหนดให้พระภิกษุสงฆ์ต้องบิณฑบาตทุกวันมิให้ขาด เพื่อให้สะดวกและสามารถเดินออกกำลังกายได้ตลอดเวลา สำหรับการออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นที่นอกเหนือจากนี้ ต้องคำนึงถึงรูปแบบและสถานที่ในการออกกำลังกาย เช่น สถานที่ออกกำลังกายต้องมิดชิด หรือห้ามออกกำลังกายที่โลดโผน เช่น ห้ามมิให้พระภิกษุสงฆ์วิ่งเพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุ หกล้ม กระแทก และยังคงไม่เหมาะสมแก่สมณเพศอีกด้วย (จงจิต, 2552) โดยผลดีของการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง มีดังนี้

1. ลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือด จากการศึกษาผลของการออกกำลังกาย พบว่าสามารถลดระดับของน้ำตาลที่อยู่ในกระแสเลือด (fasting plasma glucose) ได้เฉลี่ย 25 ± 19 mg/dl และลดระดับของระดับน้ำตาลที่เกาะในเม็ดเลือดแดง ได้เฉลี่ย 2.3 ± 1.8 mg/dl ภายหลังการออกกำลังกายนาน 3 เดือน (Li & Zhang, 2008)
2. ช่วยควบคุมน้ำหนักตัว โดยการออกกำลังกายมีผลในการใช้พลังงานของร่างกาย และถ้าออกกำลังกายในระดับปานกลางจะทำให้ระดับของความหิวลดลงสามารถคุมน้ำหนักได้ดียิ่งขึ้น (Warburton et al., 2010)
3. ลดระดับของความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) ลดลงเฉลี่ย 10-15 mmHg (วุฒิชัย, 2549)
4. ลดระดับของไขมันชนิด ไตรกลีเซอไรด์และ ไขมันชนิดเลว (LDL- cholesterol) ลงอย่างชัดเจน ประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ ภายหลังการออกกำลังกายนาน 3 เดือน ส่วนระดับของคอเลสเตอรอลอาจลดลงไม่มาก และไขมันชนิดดี (HDL- cholesterol) อาจเพิ่มขึ้นได้ แต่ต้องออกกำลังกายเป็นระยะเวลาเกินกว่า 3 เดือน (Warburton et al., 2010)
5. ผลดีทางด้านจิตใจ ได้แก่ การลดความเครียดทำให้อารมณ์ดีขึ้น มีความมั่นใจมากขึ้น รู้สึกว่าตนเองสุขภาพดีขึ้น และส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

6. ลดโอกาสเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด เนื่องจากผลดีของการลดระดับความดันโลหิต จากภาวะที่มีไขมันในเลือดลดต่ำลง ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดลง ประมาณ 50 เปอร์เซ็นต์ (Warburton et al., 2010)

7. ความแข็งแรงและความทนทานของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น (Li & Zhang, 2008)

สรุป จะเห็นว่าการออกกำลังกายมีประโยชน์ทั้งในด้านการเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกายและยังสามารถป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนต่างๆที่จะเกิดขึ้นตามมาได้หากมีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและถูกหลักการ ในส่วนของพระภิกษุสงฆ์ถึงแม้ว่าจะมีข้อจำกัดตามเรื่องของการทำงานอย่างสม่ำเสมอ สำหรับแนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระภิกษุสงฆ์เพื่อส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรงที่เหมาะสมตามหลักพระธรรมวินัยมีรายละเอียดดังนี้

แนวทางการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระภิกษุสงฆ์

การบริหารชั้น หรือการบริหารร่างกายในทางพระพุทธศาสนามี 2 ลักษณะ คือ เพื่อป้องกันโรคทำให้สุขภาพแข็งแรง และ เพื่อรักษาสุขภาพที่อ่อนแอ ดังนั้นก่อนการออกกำลังกายควรมีการประเมินตนเองก่อนว่ามีความเสี่ยงในการออกกำลังกายหรือไม่ โดยโรงพยาบาลสงฆ์ (2555) ได้จัดทำแนวทางเวชปฏิบัติเคลื่อนไหวร่างกายในพระภิกษุสงฆ์เพื่อให้สุขภาพแข็งแรง ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เส้นเลือดหัวใจอุดตัน ไขมันสูง และโรคอ้วน ที่สำคัญคือ การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพระบบหัวใจและหลอดเลือด หรือการออกกำลังกายแบบแอโรบิก (aerobic exercise) ลักษณะสำคัญของการออกกำลังกายชนิดนี้คือ มีการเคลื่อนไหวแขนและ/หรือขา รวมถึงลำตัวอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยไม่จำเป็นต้องหมายถึงการเดินแอโรบิกที่พระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถทำได้เนื่องจากไม่เหมาะสมกับสมณเพศ วิธีการที่เหมาะสมในพระภิกษุสงฆ์ที่สามารถทำได้โดยง่ายและเหมาะสมที่สุดในทุกวัยคือ การเดิน เช่น การเดินบิณฑบาตร การเดินจงกรม ซึ่งควรเดินต่อเนื่อง 30 นาที ขึ้นไป หรือเดิน 10-15 นาที 2-3 รอบ สะสมรวมกัน 30 นาที ต่อวัน หรือการทำงาน เช่น การกวาดลานวัด หากพระภิกษุสงฆ์มีข้อจำกัดเรื่องโอกาสและสถานที่ในการเดิน อาจนำอุปกรณ์การออกกำลังกายบางประเภทมาใช้ ได้ เช่น จักรยานปั่น ลู่วิ่ง ดรัมเบล แต่ควรกระทำในที่มืดชดก่อนและหลังการออกกำลังกาย ควรมีการอบอุ่นร่างกายและยืดเหยียดกล้ามเนื้อร่วมด้วยเพื่อป้องกันการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ ช่วยลดความตึงและเพิ่มความยืดหยุ่นของข้อต่อและกล้ามเนื้อ วิธีการอบอุ่นร่างกายอาจทำได้ โดยการทำงานเบาๆ หรือการเดินเร็วๆ ประมาณ 5-10 นาที จนร่างกายอบอุ่นขึ้นแล้วจึงเริ่มยืดเหยียดกล้ามเนื้อ โดยค่อยๆ ยืดจนสุดช่วงจนเริ่มรู้สึกตึงพอทนได้โดยไม่ปวดแล่งทำนั้นไว้ 10-30 วินาที จึงผ่อนคลาย ไม่ควรยืดอย่างรวดเร็วในลักษณะกระตุก ควรทำซ้ำ 3-4 ครั้งในแต่ละท่า และสามารถทำได้เป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง (โรงพยาบาลสงฆ์, 2555)

โดยสรุป การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่ถูกต้องเหมาะสมและการออกกำลังกายที่มีแบบแผนและถูกหลักการ จะสามารถป้องกันกลุ่มโรคเรื้อรังได้ อย่างไรก็ตามเพื่อส่งเสริมให้พระภิกษุสงฆ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจำเป็นต้องมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการออกแบบ

หลักการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

หลักการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปใช้อ้างอิงในการปฏิบัติงาน (evidence-base practice) ได้มีการพิสูจน์แล้วว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ในคุณภาพบริการที่ดี ทำให้เกิดรูปแบบในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย เนื่องจากแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นตัวชี้แนวทางการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติ การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างวิชาชีพ โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสความผิดพลาด ลดกิจกรรม ขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนหรือไม่จำเป็น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (NHMRC, 2001) โดยมีแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) เป็นเครื่องมือที่สำคัญ ที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์และการวิจัยกับการปฏิบัติ (จิตรและคณะ, 2543) ในการคัดเลือกและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ จะต้องมีการประเมินหลักฐานที่เป็นงานวิจัย โดยต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงการออกแบบงานวิจัย การควบคุมและการลดอคติที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินการวิจัย วิธีการวัดผลลัพธ์ เป็นต้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ต้องมีการพิจารณาคุณสมบัติของงานวิจัยที่นำมาทบทวน พิจารณาข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนว่า มีความไวต่อการนำไปใช้เพียงใด และข้อสรุปเชิงปริมาณได้รับการอภิปรายอย่างมีเหตุผลและเหมาะสม โดยคำนึงถึงการนำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาทางคลินิกหรือไม่

การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย จะมีการจัดแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์หลายระดับ ตั้งแต่ 3 ถึง 5 ระดับ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้พัฒนาจะต้องระบุว่าการเลือกใช้วิธีการวัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์กรใด และมีหลักการประเมินอย่างไร ในการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์หลายลักษณะ แต่ละลักษณะจะมีหลักในการพิจารณาที่คล้ายคลึงกัน ในการพิจารณาว่า จะนำหลักฐานระดับใดไปใช้ โดยส่วนใหญ่จะพยายามหาหลักฐานที่มีค่าระดับมาก่อนถ้าไม่มีก็จะพิจารณาหลักฐานที่ลดระดับลงไป (จิตรและคณะ, 2543) ในที่นี้จะขอกล่าวถึงรายละเอียดการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำเสนอโดยสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (The Joanna Briggs Institute, 2014) ดังต่อไปนี้

- ระดับ 1 งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทั้งหมด (experimental design)
- ระดับ 1a การทบทวนงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ (systematic review of randomized controlled trials [RCTs])
- ระดับ 1b การทบทวนงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม รวมทั้งงานวิจัยอื่นๆ อย่างเป็นระบบ (systematic review of RCTs and other study designs)
- ระดับ 1c งานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCTs)
- ระดับ 1d งานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม แต่ยังไม่สมบูรณ์ (pseudo - RCTs)

ระดับ 2 งานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (quasi-experimental designs)

ระดับ 2a การทบทวนงานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic review of quasi-experimental designs)

ระดับ 2b การทบทวนงานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มและงานวิจัยอื่นๆ ที่ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ต่ำกว่าอย่างเป็นระบบ (systematic review of quasi-experimental and other lower study designs)

ระดับ 2c งานวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้าแบบกึ่งทดลองและมีกลุ่มควบคุม (quasi-experimental prospectively controlled study)

ระดับ 2d งานวิจัยที่วัดก่อนและหลังการทดลอง/ศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม (pre-test – post-test or historic/retrospective control group study)

ระดับ 3 งานวิจัยศึกษาเชิงสังเกตแบบวิเคราะห์ (observational – analytic designs)

ระดับ 3a การทบทวนและเปรียบเทียบงานวิจัยไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบ (systematic review of comparable cohort studies)

ระดับ 3b การทบทวนและเปรียบเทียบงานวิจัยไปข้างหน้ากับงานวิจัยที่มีระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ต่ำกว่าอย่างเป็นระบบ (systematic review of comparable cohort studies and other lower study designs)

ระดับ 3c งานวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้าแบบมีกลุ่มควบคุม (cohort study with control group)

ระดับ 3d การศึกษารายกรณีแบบมีการควบคุม (case controlled study)

ระดับ 3e งานวิจัยเชิงสังเกตแบบไม่มีกลุ่มควบคุม (observational study without a control group)

ระดับ 4 งานวิจัยสังเกตแบบบรรยาย (observational - descriptive Studies)

ระดับ 4a การทบทวนงานวิจัยเชิงสังเกตแบบบรรยายอย่างเป็นระบบ (systematic review of descriptive studies)

ระดับ 4b การวิจัยเชิงบรรยาย ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (cross-section study)

ระดับ 4c การแบบศึกษารายกรณีหลายๆคน (case series)

ระดับ 4d การศึกษาแบบรายกรณี (case study)

ระดับ 5 งานวิจัยจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิก (expert opinion and bench research)

ระดับ 5a การทบทวนงานวิจัยจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (systematic review of expert opinion)

ระดับ 5b งานที่ศึกษาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

ระดับ 5c งานที่ศึกษาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิกผู้เดียว (bench research/single expert opinion)

โดยสถาบันใจแอนนาบิกซ์ได้แบ่งระดับข้อเสนอแนะของหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

A เป็นคำแนะนำที่สนับสนุนด้วยหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 1a, 1b

B เป็นคำแนะนำที่สนับสนุนด้วยหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 2, 3 หรืออ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 1 ที่สถานการณ์ทางคลินิกในงานวิจัยนั้น แตกต่างจากสถานการณ์ที่จะนำไปใช้

C เป็นคำแนะนำที่สนับสนุนด้วยหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 4 หรืออ้างอิงจากหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 2, 3 ที่สถานการณ์ทางคลินิกในงานวิจัยนั้น แตกต่างจากสถานการณ์ที่จะนำไปใช้

D เป็นคำแนะนำที่สนับสนุนด้วยหลักฐานทางวิชาการที่มีคุณภาพระดับ 5 หรือหลักฐานทางวิชาการทุกระดับคุณภาพที่มีปัญหาของความคงเส้นคงวา (inconsistent) และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่แน่นอน (inconclusive) เช่น RCT หรือ systematic review ที่มีค่า confident interval ที่กว้างมากหรือคร่อม 1 หรือ systematic review ที่ไม่มีความสอดคล้องเป็นไปในทางเดียวกัน (heterogeneity)

หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

จากการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ สามารถแบ่งหลักฐานออกเป็น 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) เกณฑ์การประเมินพระภิกษุสงฆ์เพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง 2) หลักการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย 3) รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง 4) รูปแบบของสื่อ และ 5) ระยะเวลาของแนวปฏิบัติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

การประเมินพระภิกษุสงฆ์สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง

การประเมินพระภิกษุสงฆ์สูงอายุเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เป็นการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อแยกภาวะสุขภาพและพฤติกรรม ซึ่งจะทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง 2) การประเมินปัจจัยเสี่ยงของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ และ 3) การประเมินองค์ประกอบของการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน

1. การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง โดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยมาใช้ในการตรวจคัดกรองและประเมินความเสี่ยง ซึ่งเป็นแนวทางการประเมินความเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โดยวิธีการศึกษาไปข้างหน้า (Cohort study) เพื่อที่จะทำนายความเสี่ยงผู้ที่จะเกิดโรคเบาหวานในอนาคต ประกอบด้วยปัจจัยหลายอย่างที่สามารถประเมินได้ด้วยแบบสอบถามโดยไม่ต้องตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและทำได้ในระดับชุมชน แล้วนำข้อมูลมาคำนวณเป็นคะแนน (Risk score) โดยแนวทางดังกล่าวได้เก็บรวบรวมปัจจัย

เสี่ยงจากการสอบถามและการตรวจร่างกายซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว โรคความดันโลหิตสูง และประวัติโรคเบาหวานในญาติสายตรง (พ่อ แม่ พี่ หรือ น้อง) เมื่อนำคะแนนของแต่ละปัจจัยเสี่ยงมารวมกัน คะแนนจะอยู่ในช่วง 0-17 คะแนน รายละเอียดของการแปลผลคะแนนความเสี่ยงที่ได้ต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งการวิจัยในครั้งนี้ ได้ทำการทดลองในผู้ที่มีคะแนนความเสี่ยง 6-17 คะแนน มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานใน 12 ปีข้างหน้ามากกว่าร้อยละ 20 (วราลี, 2554); (หลักฐานระดับ 2)

2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงของพระภิกษุสงฆ์ในการเกิดโรคเรื้อรังประกอบด้วย การประเมินโรคร่วม รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่ไม่เหมาะสม (Kelly, 2014); (หลักฐานระดับ 1) และ (Teixeira, 2012); (หลักฐานระดับ 2)

หลักการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการควบคุมอาหารและเพิ่มกิจกรรมทางกาย ดังนี้

1. การใช้รูปแบบการบริโภคอาหาร เช่น อาหารโซนสี ธงโภชนาการ อาหารหลักสมดุล (Kelly, 2014); (หลักฐานระดับ 1) การคำนวณพลังงานและปริมาณแคลอรีอาหาร และการเปรียบเทียบให้เห็นข้อดี ข้อเสียของอาหารแต่ละชนิด (รุ่งตะวัน, 2557); (หลักฐานระดับ 3.1)

2. การเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายด้วยการเดินเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุดของผู้สูงอายุ (Kelly, 2014; (หลักฐานระดับ 1) และ (Teixeira, 2012); (หลักฐานระดับ 2) สอดคล้องกับบทบัญญัติในทางพระพุทธศาสนาตามพุทธสาสนาที่กล่าวว่า “การมีไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ” หรือ “อโรคยา ปรมา ลาภา” จึงมีการให้พระภิกษุสงฆ์ทุกรูปได้ออกบิณฑบาตกวาดลานวัด เดินจงกรมทุกวันเพื่อ “บริหารชั้นดี” ทำให้ร่างกายแข็งแรง (จงจิต, 2551); (หลักฐานระดับ 4)

รูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย

การสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทยเพื่อให้เกิดความมั่นใจและสามารถปฏิบัติอย่างต่อเนื่องนั้นมีความสอดคล้องกับรูปแบบการปรับพฤติกรรมในด้านของการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ผู้ศึกษาจึงนำมาใช้เป็นรูปแบบในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการศึกษาครั้งนี้ ทั้งนี้เพื่อเป็นการส่งเสริม กระตุ้น และสร้างความมั่นใจให้กับพระภิกษุสงฆ์ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามองค์ประกอบ ดังนี้

1. ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (mastery experience) โดยการออกแบบกิจกรรมให้กลุ่มตัวอย่างได้ติดตามพฤติกรรมสุขภาพของตนเองด้วยการบันทึกผลในสมุดบันทึกแล้วเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมในแต่ละช่วงเวลา (รุ่งตะวัน, 2557); (หลักฐานระดับ 3)

2. การได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น (vicarious experience) โดยการให้

ตัวแบบ (Modeling) เป็นตัวแบบเล่าประสบการณ์ และความยากลำบากในการดูแลตนเอง สะท้อนให้กลุ่มเสี่ยงเห็นความสำคัญ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค (บุญยวีร์, จอมและจิราภรณ์, 2553); (หลักฐานระดับ 2) การให้ดูวิดีโอที่เร้าอารมณ์ (จงจิตร, 2555); (หลักฐานระดับ 2)

3. การใช้คำพูดชักจูง (verbal persuasion) เป็นการใช้คำพูดชักจูงเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ปฏิบัติพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย โดยให้ความรู้แบบกลุ่มผ่านการให้ความรู้ในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย เกิดความเชื่อว่าตนเองสามารถปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงได้ (Thomas & Elliott., 2009); (หลักฐานระดับ 2) (วราลี, 2553); (หลักฐานระดับ 2)

4. การกระตุ้นอารมณ์ (emotional arousal) จัดให้กลุ่มเป้าหมายมีการพูดคุยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเองและได้ระบายความรู้สึกโดยใช้กระบวนการกลุ่มด้วยกระตุ้นทางอารมณ์ มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ (เสาวณีย์, พัชราณี ,มันทนา และนิรัตน์ ,2554); (หลักฐานระดับ 2)

รูปแบบของสื่อ

สื่อเป็นส่วนสำคัญในการที่เพิ่มสมรรถนะของพระภิกษุสงฆ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกาย ซึ่งสามารถแบ่งได้ 2 ประเภท

1. สื่อแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยแบบบันทึกการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกาย (จงจิตร, 2555); (หลักฐานระดับ 2)
2. สื่อแบบไม่มีส่วนร่วม ประกอบด้วย ภาพพลิก คู่มือ แผ่นพับ หรือวิดีโอ ต่างๆ (วัฒนพล, 2555); (หลักฐานระดับ 2)

ระยะเวลาของโปรแกรม

ระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรมที่เหมาะสมและนิยมมากที่สุดอยู่ในช่วง 8-12 สัปดาห์ โดยใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมแต่ละครั้งอยู่ระหว่าง 45 นาที – 1 ชั่วโมง (วัฒนพล, 2555); (หลักฐานระดับ 2)

แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

องค์ประกอบของแนวปฏิบัติ

องค์ประกอบของแนวปฏิบัติประกอบ 3 ส่วน คือ 1) แนวทางการใช้แนวปฏิบัติ 2) แผนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย และ 3) คู่มือสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย โดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะ

แห่งตนของพระภิกษุสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง เป็นชุดกิจกรรมที่ออกแบบภายใต้ 3 แนวคิด ประกอบด้วย 1) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ปรัชญาการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักพุทธศาสนา และ 3) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้วสรุปแนวคิดทั้งสามเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบแนวปฏิบัติ ดังนี้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังพบว่า การใช้รูปแบบการบริโภคอาหารตามโซนสี ธงโภชนาการ และการคำนวณพลังงานแคลลอรี่อาหาร และการเปรียบเทียบให้เห็นข้อดี ข้อเสียของอาหารแต่ละชนิด (รสสุคนธ์, 2555; วัฒนพล, 2555 และวราลี, 2553); (หลักฐานระดับ 2) รวมทั้งการบันทึกรายการอาหารในการบริโภค (รุ่งตะวัน, 2557); (หลักฐานระดับ 2) ร่วมกับการเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริมสมรรถภาพทางกายในระดับปานกลางด้วยการเดินในผู้สูงอายุ (Kelly, 2014); (หลักฐานระดับ 1) (Teixeira, 2012); (หลักฐานระดับ 2) (กนกวรรณ, 2553; จิราณี, 2551; ปุณญวีร์, 2553; ยุกา, 2555 และวรัตน์, 2551); (หลักฐานระดับ 3.1) สามารถป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้การที่จะให้กลุ่มเป้าหมายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้นแบนดูรา (Bandura, 1997) เชื่อว่าถ้าบุคคลมีการรับรู้หรือมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน โดยทราบว่าจะต้องทำอะไรบ้าง เมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้อย่างไร บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจซึ่งทฤษฎีดังกล่าวได้ให้ข้อเสนอแนะเชิงทฤษฎีว่าสามารถทำนายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลและการคงอยู่ของพฤติกรรมได้มากกว่าทฤษฎีอื่น (Bandura, 1997) และเพื่อให้หลักฐานเชิงประจักษ์มีความเหมาะสมในการนำมาใช้ในการป้องกันโรคเรื้อรังแก่พระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยนั้น จำเป็นต้องออกแบบแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตและหลักปฏิบัติของพระภิกษุสงฆ์ ตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามหลักปรัชญาของพระพุทธศาสนา

หลักการส่งเสริมสุขภาพตามปรัชญาพระพุทธศาสนาที่กล่าวว่า “การไม่มีโรค เป็นลาภอันประเสริฐ” หรือ “อโรคยา ปรมา ลาภา” โดยเฉพาะโรคเรื้อรังที่มีผลเกี่ยวเนื่องมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมนั้น จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามปรัชญาพระพุทธศาสนา ดังนี้ 1) “โภชนมัตตัญญูตา” ซึ่งแปลว่า การรู้จักประมาณในการบริโภคอย่างรู้คุณค่าที่แท้จริงของอาหาร ตัดเสียซึ่งความโลภในอาหารหรือรสของอาหารอันจะนำความทุกข์มาสู่ร่างกายเป็นหลักการหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรค ถึงแม้ว่าพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถเลือกรับอาหารที่ญาติโยมถวายได้ แต่การมีสติในการพิจารณาฉันอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ และ 2) การส่งเสริมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยการปฏิบัติตามศาสนกิจอย่างเคร่งครัด ออกบิณฑบาตโปรดญาติโยม ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่สามารถเผาผลาญพลังงานของร่างกายได้เหมาะสมกับสมณะสาธูป (จงจิต, 2551) จะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและเกิดความผาสุกในชีวิต (พระธรรมโมลี, 2552)

สำหรับการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลโดยยึดหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2001) โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาและ

ขอบเขตของปัญหา 2) การกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 3) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การยกร่างแนวปฏิบัติทางการแพทย์ และการประเมินแนวปฏิบัติประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2) การปรับปรุงแนวปฏิบัติ และ 3) การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบการนำไปใช้

การประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทย

จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง พบว่า ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการแพทย์ควรมีการจัดทำแผนการประเมินไว้ล่วงหน้า โดยจัดทำแบบประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (กาญจนา, 2557) และมีการวางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล เช่น การใช้แบบสอบถาม การสังเกต หรือเก็บรวบรวมข้อมูลจากรายงานผู้ป่วย ช่วงเวลาในการประเมินมีทั้งการเปรียบเทียบก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ไปใช้ หรืออาจมีการประเมินผลระหว่างการดำเนินงานกิจกรรม การประเมินปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ทั้งทางด้านโครงสร้างและกระบวนการ ประเมินความพึงพอใจและทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติทางการแพทย์ (สุนิดา, 2552)

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเพื่อประเมินเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหลายแง่มุม ส่วนใหญ่จะศึกษาในประเด็นของความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ดังรายการต่อไปนี้ การพัฒนาคู่มือการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับครัวเรือนชนบทไทย (สุนิตย์, 2557) การพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ (กาญจนา, 2557) การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (เพ็ญญา, 2555)

นอกจากนี้ยังมีการประเมินด้านกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาล คือ การประเมินด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ ดังการศึกษาต่อไปนี้ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกในการพยาบาลผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด (ชาลิตา, พินิจ, ศรีวรรณและกานดา, 2551) การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนหลอดเลือดดำชนิดฝังใต้ผิวหนัง (ปานจิตรและคณะ, 2551) และผลลัพธ์การใช้แนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ (กาญจนา, 2557)

ส่วนการประเมินด้านอื่นๆ ได้แก่ การประเมินผลเชิงผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติทางการแพทย์ไปใช้ ดังการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการทำแผลอุบัติเหตุ ในโรงพยาบาลจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่ (จิราภรณ์, 2551) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย (อุสาค์และคณะ, 2551) การพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ (กาญจนา, 2557) การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (เพ็ญญา, 2555)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติด้านกระบวนการและผลลัพธ์ ตามประเด็นดังต่อไปนี้ ประสิทธิภาพในเชิงกระบวนการ ได้แก่ ความเป็นไปได้ของพยาบาลในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่ ความยากง่ายของแนวปฏิบัติ ความพึงพอใจของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และการประเมินประสิทธิผลในเชิงผลลัพธ์ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันการโรคเรื้อรัง คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดัชนีมวลกาย เส้นรอบวงเอว ปริมาณไขมันใต้ผิวหนังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไทยก่อนและหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการ 8 สัปดาห์ พบว่าสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบวงเอวได้ (วรรัตน์, 2551; จุฑาวดี, 2551) โดยมีองค์ประกอบในการประเมินตามรายละเอียด 3 ด้าน ดังนี้

1. การประเมินพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังใช้ในการประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในพระภิกษุสงฆ์ของไทย โดยประเมินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งผู้วิจัยได้นำเครื่องมือของวาราลี (2554) ที่ประเมินแล้วพบว่า เป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพโดยมีค่าความตรงเชิงเนื้อหา (CVI = 0.86) ผู้วิจัยจึงนำไปใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

1.1 แบบประเมินด้านการรับประทานอาหาร โดยพบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.79 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวก จำนวน 3 ข้อ และเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ

1.2 แบบประเมินด้านการออกกำลังกาย โดยพบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.84 ประกอบด้วยคำถามจำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกจำนวน 10 ข้อ และเชิงลบจำนวน 1 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราวัด 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ถึงปฏิบัติเป็นประจำ

1.3 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย โดยพบว่ามีค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) เท่ากับ 0.72 มีคำถามจำนวน 9 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่มั่นใจเลย ถึงมั่นใจมากที่สุด

2. การประเมินภาวะสุขภาพ ดังนี้

2.1 การหาค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) โดยการคำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อใช้เปรียบเทียบความสมดุลระหว่างน้ำหนักตัว ต่อความสูงของพระภิกษุสงฆ์ โดยนำน้ำหนักตัว (หน่วยเป็นกิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (หน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง) แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของค่าดัชนีมวลกาย (กรมอนามัย, 2553) ประเมินโดยเครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดส่วนสูง (stadiometer) โดยใช้ทศนิยมสองหลัก แล้วนำไปเทียบค่ามาตรฐาน

2.2 การวัดเส้นรอบวงเอว (waist circumference) เพื่อประเมินภาวะอ้วนลงพุง และภาวะไขมันสะสมในช่องท้องเกินเกณฑ์ ประเมินโดยการวัดความยาวของเส้นรอบเอวที่วัดผ่านกึ่งกลางสะดือ โดยให้สายวัดขนานกับพื้น ดึงสายวัดให้ตึงแนบกับผิวหนัง วัดขณะหายใจ

ออกสุด โดยขณะวัดต้องไม่แฉ่วหรือเกร็งหน้าท้อง หน่วยเป็นเซนติเมตร สำหรับเพศชายของไทยไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร (กรมอนามัย, 2553)

2.3 การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold thickness) เพื่อใช้ประเมินภาวะน้ำหนักเกิน เครื่องมือที่ใช้วัดคือ คีมคีบวัดไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold calliper) อ่านค่าเป็นมิลลิเมตร บริเวณที่นิยมวัดมากที่สุด คือ การวัดบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซพ (triceps) และกล้ามเนื้อสะบัก (subscapula) เพราะจะได้ค่ามาตรฐานมากที่สุด สำหรับค่ามาตรฐานในผู้ชายไม่เกิน 12.5 มิลลิเมตร

3. การประเมินความพึงพอใจของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุต่อการใช้คู่มือตามแนวปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจมีมาตรวัดความพึงพอใจแบบตัวเลข 0-10 การแปลความหมายระดับความพึงพอใจ ต้องมีค่ามากถึงมากที่สุดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 จึงถือได้ว่าผู้ที่มีความพึงพอใจต่อคู่มือ

สรุปผลการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การเกิดโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลแก้ไขทั้งในระดับจุลภาคและมหภาค จากสถิติระดับประเทศ ของกรมอนามัย โรงพยาบาลสงฆ์ และจากระดับพื้นที่พบพระภิกษุสงฆ์มีแนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกปี โรคและการเจ็บป่วยมักเกิดจากการมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายไม่เหมาะสม ซึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพมี 3 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านปัจเจกบุคคล เช่น ความรู้ ทักษะ และความเชื่อ 2) ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม เช่น การเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต มีสิ่งอำนวยความสะดวก และสื่อต่างๆ และ 3) ด้านระบบสุขภาพ ที่พระภิกษุสงฆ์ไม่ค่อยเข้ารับการตรวจรักษา ส่วนใหญ่จะไปรับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยรุนแรงเท่านั้น จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่าแนวทางการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยนั้นควรดำเนินการส่งเสริมความรู้ ความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคให้ได้รับอาหารที่มีคุณภาพมากขึ้น รวมทั้งมีการเคลื่อนไหวออกกำลังกายให้มากขึ้น เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 1) ด้านการฉันทอาหาร คือ มีสติในการพิจารณาฉันทอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ และ 2) ด้านการออกกำลังกาย คือ ปฏิบัติหรือทำกิจกรรมต่างๆที่สามารถเผาผลาญพลังงานของร่างกายได้เหมาะสมกับสมณะสาธูป แล้วนำมาประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติของพระภิกษุสงฆ์ โดยกระบวนการและมีขั้นตอนประกอบด้วยการใช้แหล่งสนับสนุนจาก 4 แหล่งด้วยกัน คือ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง และ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยบูรณาการร่วมกับปรัชญาการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักพระพุทธศาสนา เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตและหลักพระธรรมวินัย ดังนี้ 1) “โภชนเนมัตตัญญูตา” ซึ่งแปลว่า การรู้จักประมาณในการบริโภคอย่างรู้คุณค่าที่แท้จริงของอาหาร ตัดเสียซึ่งความโลภในอาหารหรือรสของอาหารอันจะนำความทุกข์มาสู่ร่างกายเป็นหลักการหนึ่งในการป้องกันการเกิดโรค ถึงแม้ว่าพระภิกษุสงฆ์ไม่สามารถเลือกรับอาหารที่ญาติโยมถวายได้ แต่การมีสติในการพิจารณาฉันทอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีอันตรายต่อสุขภาพ และ 2) การส่งเสริมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย

โดยการปฏิบัติตามศาสนกิจอย่างเคร่งครัด ออกบิณฑบาตโปรดญาติโยม ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่สามารถเผาผลาญพลังงานของร่างกายได้เหมาะสมกับสมณะสาธูปจะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและเกิดความผาสุกในชีวิต

สำหรับแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย มีองค์ประกอบของแนวปฏิบัติประกอบ 3 ส่วน คือ 1) แนวทางการใช้แนวปฏิบัติ 2) แผนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย และ 3) คู่มือสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย โดยการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของพระภิกษุสงฆ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง ที่ออกแบบภายใต้ 3 แนวคิด ประกอบด้วย 1) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังจากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ปรัชญาการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักพุทธศาสนา และ 3) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยสรุปแนวคิดทั้งสามเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการออกแบบแนวปฏิบัติ ดังนี้

จากการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง โดย 1) การประเมินภาวะโภชนาการ โดยการเปรียบเทียบน้ำหนักตัวจริงกับน้ำหนักที่ควรจะเป็น เพื่อนำมากำหนดพลังงานต่อวัน และ การวัดความยาวเส้นรอบวงเอวเพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงของภาวะอ้วนลงพุง และการประเมินไขมันใต้ผิวหนังเพื่อหาความเสี่ยงจากภาวะโภชนาการเกิน 2) การกำหนดพลังงานที่เหมาะสมในแต่ละวัน โดยการพิจารณาอาหารที่ฉันว่าส่งผลกระทบกับโรคที่เป็นอยู่หรือไม่ ควรบริโภคอาหารแต่พอดี และตามเวลา ไม่มากหรือน้อยเกินไป โดยพลังงานที่ร่างกายควรได้รับจากสัดส่วนการรับประทานอาหารเช้าควรขึ้นอยู่กับภาวะโภชนาการหรือขนาดของร่างกาย น้ำหนักตัว กิจกรรมที่ทำในแต่ละวัน 3) สัดส่วนอาหารที่เหมาะสม โดยมีการประยุกต์ใช้การบริโภคอาหารตามธงโภชนาการอาหารแลกเปลี่ยน ที่เหมาะสมกับความต้องการพลังงานใน 1 วัน เพื่อให้สามารถรับประทานอาหารเช้าให้มีความสมดุลเหมาะสมกับวัย เพศ กิจกรรม และองค์ประกอบของร่างกาย และ 2) การส่งเสริมพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย โดยการปฏิบัติตามศาสนกิจอย่างเคร่งครัด ออกบิณฑบาตโปรดญาติโยม ปฏิบัติกิจกรรมต่างๆที่สามารถเผาผลาญพลังงานของร่างกายได้เหมาะสมกับสมณะสาธูป จะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์มีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรงและเกิดความผาสุกในชีวิต สำหรับการประเมินผลแนวปฏิบัติ นั้น จากการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่าต้องมีการประเมินให้ครอบคลุมทั้งด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ส่วนการประเมินด้านอื่นๆ ได้แก่ การประเมินผลเชิงผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการ ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยใช้ระยะเวลาดำเนินการตามแนวปฏิบัติใช้ระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่าสามารถทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะเป็นแนวทางให้พยาบาลวิชาชีพมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนและมีมาตรฐานไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย อันจะส่งผลให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุมีภาวะสุขภาพที่ดี เป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพและช่วยลดค่าใช้จ่ายของประเทศในการดูแลรักษาต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย โดยยึดหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยสุขภาพและแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2001) ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย และ 2) การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา 2) การกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ 3) การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์ และ 4) การร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ประเด็นและขอบเขตของปัญหาที่จะนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ทบทวนนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ตามแนวคิด “วัดส่งเสริมสุขภาพ” ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์-สามเณรภายในวัดให้มีความเป็นอยู่ที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี (กรมอนามัย, 2555) อีกทั้งยังมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของรัฐเพื่ออำนวยความสะดวกแก่พระภิกษุสงฆ์ เช่น การยกเว้นค่ารักษาพยาบาลและการจัดช่องทางการให้บริการสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์ที่เจ็บป่วยโดยไม่ต้องรอคิว (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) แต่ในทางตรงกันข้ามกลับพบว่าพระภิกษุสงฆ์ให้ความสำคัญในการดูแลรักษาสุขภาพค่อนข้างน้อยโดยจะเข้ารับบริการสาธารณสุขต่อเมื่อเกิดการเจ็บป่วยรุนแรงและมีอาการของโรคแทรกซ้อนต่างๆ เกิดขึ้นเท่านั้น (กรมอนามัย, 2555) สำหรับด้านสวัสดิการจากสังคม พบว่าหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์น้อยมากและยังไม่มีแนวปฏิบัติที่เหมาะสมในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่เหมาะสมเพราะว่าพระภิกษุสงฆ์นั้นมีพระธรรมวินัย 227 ข้อ เป็นกรอบในการดำเนินชีวิต หากปฏิบัติตนไม่เหมาะสมอาจเป็นที่ติเตียนจากพุทธศาสนิกชน (โลกวจุช) และอาจส่งผลกระทบต่อความเลื่อมใสศรัทธาในพระพุทธศาสนา หรือขาดการยอมรับในการปฏิบัติจากพระภิกษุสงฆ์เองเพราะขัดกับพระธรรมวินัย ส่งผลให้ไม่สามารถป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ได้ตามเป้าหมายที่ต้องการโดยเฉพาะพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีความเสื่อมของร่างกายและมีความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังมากที่สุด

โดยสรุป การป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยนั้น นอกจากการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพให้สะดวกและรวดเร็วแล้ว จะต้องมีการออกแบบกิจกรรมให้สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของพระภิกษุสงฆ์ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังที่เหมาะสมและยั่งยืนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวัตถุประสงค์กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ของการดูแล

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ทิศทางที่ชัดเจนในการออกแบบแนวปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ในการศึกษารั้งนี้ คือ

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
2. เพื่อประเมินผลแนวปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรค และผลลัพธ์ทางคลินิกที่เกิดขึ้นสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

การดำเนินการโดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายของแนวปฏิบัติประกอบด้วย

1. กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติคือพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ
 2. กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ คือ พระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนด
- ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติคือ
1. พระภิกษุสงฆ์สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น

2. พระภิกษุสงฆ์สูงอายุแต่ละรูปได้รับปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังตามข้อกำหนดของกิจกรรม มีพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ทันท่วงที สอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการศึกษาแล้วนำไปวิเคราะห์และกำหนดเป็นรูปแบบในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

การดำเนินการ

1. รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด PICO ตามหลักการของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) ได้แก่
 - ประชากร (P: population) คือ กลุ่มผู้สูงอายุ พระภิกษุสงฆ์อายุผู้มีการเคลื่อนไหวหรือมีกิจกรรมทางกายน้อย

การปฏิบัติ (I: intervention) คือ โปรแกรม กระบวนการ รูปแบบ หรือ ข้อกำหนดในการปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มผู้สูงอายุหรือผู้มีกิจกรรมทางกายน้อยในด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย

การเปรียบเทียบ (C: comparison) คือ ไม่มีการเปรียบเทียบ

ผลลัพธ์ (O: outcome) คือ การระบุตัวชี้วัดของแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงหลังใช้แนวปฏิบัติฯ

2. ดำเนินการสืบค้น โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ดังนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ การป้องกันโรคในพระภิกษุสงฆ์ การสร้างเสริมสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์ การออกกำลังกายในพระภิกษุสงฆ์ การบริโภคอาหารในพระภิกษุสงฆ์, health prevention in elderly, physical activity in elderly,

3. ดำเนินการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เกี่ยวข้องตามคำสำคัญที่กำหนดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้ฐานข้อมูลของ PubMed, ProQuest, CINAHL, Science Direct, PSU knowledge bank, ThaiLIS และ CMU e-Theses ตลอดจนสืบค้นจากตำรา วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในห้องสมุด โดยกำหนดช่วงในการสืบค้นตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2560 หรือ ค.ศ. 2003-2017 หลังจากนั้นประเมินและจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้สืบค้นมา และเลือกข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปปรับใช้ในหน่วยงาน โดยการจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานเชิงประจักษ์ และ ระดับคำแนะนำหรือข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ในทางปฏิบัติของหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) ผลการสืบค้นจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ได้งานวิจัยจำนวน 12 เรื่อง ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 8 เรื่อง งานวิจัยกึ่งทดลอง 4 เรื่อง หลังจากนั้นนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยเลือกรูปแบบและวิธีการในการป้องกันโรคเรื้อรังที่เหมาะสมกับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ขั้นตอนที่ 4 การยกร่างแนวปฏิบัติทางการพยาบาล

วัตถุประสงค์เพื่อกำหนดองค์ประกอบเนื้อหาของร่างแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยโดยบูรณาการจากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ตามปรัชญาศาสนาพุทธร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความถูกต้อง น่าเชื่อถือและสามารถนำไปใช้ได้จริง ดังนี้

การดำเนินการ

1. ผู้วิจัยนำเอกสารหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ได้จากการสืบค้นมาวิเคราะห์แล้วสังเคราะห์ประเด็นที่สำคัญในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยและรวบรวมข้อเสนอแนะมาจัดระดับความน่าเชื่อถือและการนำไปใช้ จากนั้นนำข้อเสนอแนะที่ได้มาสรุป

เป็นประเด็นที่สำคัญในการนำไปใช้เพื่อออกแบบแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ดังตารางวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ (ภาคผนวก ก)

2. นำข้อเสนอแนะที่สรุปได้ไปร่างแนวปฏิบัติ โดยประยุกต์ใช้กรอบแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ตามปรัชญาศาสนาพุทธร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มาช่วยในการออกแบบแนวปฏิบัติ แล้วจัดทำคู่มือการใช้แนวปฏิบัติฉบับร่าง ประกอบด้วย ชื่อแนว ทางปฏิบัติ คำนำ สารบัญ ทิมพัฒนาแนวปฏิบัติ ความเป็นมาและความสำคัญ วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย ผลลัพธ์ ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติ สารสำคัญของแนวปฏิบัติ แผนภูมิแสดงขั้นตอนการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

3. สร้างแบบประเมินประสิทธิภาพในการนำแนวปฏิบัติไปวางแผนกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย (ดังภาคผนวก ฉ) เป็นแบบบันทึกการวางแผนกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ปัญหาและอุปสรรค โดยเก็บข้อมูลนี้เพื่อให้ทราบประสิทธิภาพการนำแนวปฏิบัติไปใช้ว่าได้มีการวางแผนกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยเพียงใด ลักษณะการบันทึกจะเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือวางแผนถูกต้องและวางแผนไม่ถูกต้องหรือไม่ได้วางแผน

4. สร้างแบบประเมินผลลัพธ์จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย แบ่งเป็น 2 ส่วน (ดังภาคผนวก ช) ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ประกอบด้วย อายุ ตำแหน่งทางคณะสงฆ์ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม โดยเก็บข้อมูลนี้เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลส่วนบุคคลของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุนั้นเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิผลในการเกิดโรคเรื้อรังหรือไม่

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกภาวะสุขภาพ ดังนี้

1. การหาค่าดัชนีมวลกาย (body mass index: BMI) โดยการคำนวณจากน้ำหนักและส่วนสูง เพื่อใช้เปรียบเทียบความสมดุลระหว่างน้ำหนักต่อความสูงของพระภิกษุสงฆ์ โดยนำน้ำหนักตัว (กิโลกรัม) หารด้วยส่วนสูง (เมตรยกกำลังสอง) แล้วนำไปเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานของค่าดัชนีมวลกาย (WHO, 2004) ประเมินโดยเครื่องชั่งน้ำหนักและเครื่องวัดส่วนสูงโดยใช้เทคนิคสองหลัก

2. การวัดเส้นรอบวงเอว (waist circumference) เพื่อประเมินภาวะอ้วนลงพุง และภาวะไขมันสะสมในช่องท้องเกินเกณฑ์ ประเมินโดยการวัดความยาวของเส้นรอบเอวที่วัดผ่านกึ่งกลางสะดือ โดยให้สายวัดขนานกับพื้น ดึงสายวัดให้ตึงแนบกับผิวหนัง วัดขณะหายใจออกสุด โดยขณะวัดต้องไม่แขม่วหรือเกร็งหน้าท้อง หน่วยเป็นเซนติเมตร สำหรับเพศชายของไทยไม่ควรเกิน 90 เซนติเมตร (WHO, 2004)

3. การวัดความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold thickness) เพื่อใช้ประเมินภาวะน้ำหนักเกิน เครื่องมือที่ใช้วัดคือ คีมคิบบัดไขมันใต้ผิวหนัง (skin fold calliper) อ่านค่าเป็นมิลลิเมตร ตำแหน่งในการวัด คือ กล้ามเนื้อต้นแขนด้านหลัง (tricept) แล้วนำไปเทียบกับตารางเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายจำแนกตามเพศและอายุโดยใช้เกณฑ์ที่ดัดแปลงจากกองวิทยาศาสตร์การกีฬา (2545)

4. ค่าความดันโลหิต เป็นการวัดความดันโลหิต หมายถึง แรงดันเลือดที่เกิดจากการที่หัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงทั่วร่างกายจะเพิ่มขณะที่หัวใจบีบตัวและลดลงขณะที่หัวใจคลาย การศึกษาครั้งนี้ใช้ Automatic Blood Pressure Measurement ที่ตำแหน่งแขนด้านซ้าย

5. ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว เป็นการคัดกรองโรคเบาหวานสำหรับบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคโดยไม่ต้องงดน้ำหรืออาหารถ้ามีค่ามากกว่าหรือเท่ากับ 110 มก./ดล. ควรได้รับการตรวจยืนยันด้วยค่าระดับน้ำตาลที่วัดจากพลาสมา (fasting plasma glucose)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีรายละเอียดแต่ละด้าน ดังนี้

1. แบบประเมินด้านการรับประทานอาหาร ประกอบด้วยคำถามจำนวน 16 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวก จำนวน 6 ข้อ และเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 4 ระดับ คือ ไม่ปฏิบัติเลย ถึงปฏิบัติสม่ำเสมอ

2. แบบประเมินด้านการออกกำลังกาย ประกอบด้วยคำถามจำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ และเชิงลบจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรวัด 4 ระดับคือ ไม่ปฏิบัติเลย ถึงปฏิบัติเป็นประจำ

3. แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 11 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายในเชิงบวกจำนวน 5 ข้อ และเชิงลบจำนวน 4 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ ไม่จริงเลย ถึงจริงที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความพึงพอใจของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุหลังเข้าร่วมแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย โดยใช้แบบสอบถามความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติโดยมาตรวัดความพึงพอใจแบบตัวเลข (numeric rating scales) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 1-10คะแนน และแบ่งเป็นช่วงคะแนนดังนี้ คือ คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ คะแนน 1-3 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับน้อย คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และ 7-10 คะแนนหมายถึง มีความพึงพอใจในระดับมาก (กาญจนา, 2557)

ระยะที่ 2 ระยะประเมินแนวปฏิบัติ

การประเมินแนวปฏิบัติในการศึกษาครั้งนี้มี 3 ขั้นตอน คือ 1) การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 2) การปรับปรุงแนวปฏิบัติ และ 3) การนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดสอบประสิทธิภาพและประสิทธิผลการนำไปใช้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความถูกต้อง ชัดเจน และครอบคลุมสาระสำคัญในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

เครื่องมือที่ใช้ในขั้นตอนนี้คือ

1. คู่มือป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย (ดั่งภาคผนวก ค)
2. สมุดบันทึกการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของพระภิกษุสงฆ์ (ดั่งภาคผนวก ง)
3. แบบสอบถามและแบบประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (ดั่งภาคผนวก ข, ซ)

การดำเนินการ

นำเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ คือ 1) คู่มือป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย 2) สมุดบันทึกการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย 3) คู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย และ 4) เครื่องมือประเมินต่างๆที่ใช้ในการประเมิน ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ จำนวน 2 ท่านและพระภิกษุสงฆ์ที่เชี่ยวชาญด้านจริยวัตรและพระธรรมวินัย จำนวน 1 รูป โดยใช้แบบประเมินที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เกณฑ์การตัดสินใจ 4 ระดับ (คะแนน 1-4) คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วย และ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งหากข้อเสนอแนะข้อใดมีการให้คะแนนระดับ 1 หรือ 2 ขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิระบุข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไขโดยผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (content validity index, CVI) ซึ่งโดยทั่วไปต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.80 (บุญใจ, 2550)

ขั้นตอนที่ 2 การปรับปรุงแก้ไขแนวปฏิบัติ

วัตถุประสงค์เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยที่ถูกต้อง สมบูรณ์และพร้อมใช้ในการนำไปทดสอบ

การดำเนินการ

นำแนวปฏิบัติที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา(รายละเอียดอยู่ในบทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล) มาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาทั้ง 2 ท่าน ตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปประเมินผลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีคุณสมบัติเพียงพอกับการนำไปใช้ในสถานการณ์จริง

การประเมินผลเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้ช่วยวิจัย จำนวน 1 ท่าน โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. มีทักษะในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ไม่ต่ำกว่า 2 ปี
3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ก่อนนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ได้มีการเตรียมผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และบันทึกผลตามแบบสอบถามเพื่อป้องกันอคติที่เกิดจากการประเมินผล (detection bias) จากการที่ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเอง โดยอธิบายขั้นตอน กระบวนการ ในการทำวิจัย รายละเอียดและวิธีการใช้แบบประเมินต่าง ๆ แก่ผู้ช่วยวิจัย และเปิดโอกาสให้ผู้ช่วยวิจัยสอบถามข้อสงสัยในการเก็บข้อมูล หากผู้ช่วยวิจัยไม่เข้าใจรายละเอียดการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยเป็นผู้ชี้แจงให้ผู้ช่วยวิจัยเข้าใจด้วยตนเอง ทั้งนี้ช่วงก่อนการทดลองผู้ช่วยวิจัยได้เก็บข้อมูลพร้อมกับผู้วิจัย เพื่อให้เกิดความเข้าใจและดำเนินการเก็บข้อมูลไปในทิศทางเดียวกัน

การประเมินผลเชิงกระบวนการ ดำเนินการตามขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1. ประสานขอข้อมูลสุขภาพพระภิกษุสงฆ์จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) เพื่อวางแผนในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. เข้าพบเจ้าคณะจังหวัดแห่งหนึ่งเพื่อขอข้อมูลพระภิกษุสงฆ์สูงอายุและวางแผนในการติดต่อเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้
 - 2.1 เป็นพระภิกษุสงฆ์อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป
 - 2.2 ระยะเวลาในการบวชไม่ต่ำกว่า 2 พรรษา (ปี)
 - 2.3 ไม่มีประวัติโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
 - 2.4 ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจนครบระยะเวลาของแนวปฏิบัติ
 - 2.5 สามารถสื่อสารภาษาไทย อ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยและสามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์กับผู้วิจัยได้
3. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการรวบรวมข้อมูลและอธิบายขั้นตอนในการปฏิบัติตามชุดรูปแบบกิจกรรมของแนวปฏิบัติแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูลเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันก่อนเริ่มใช้แนวปฏิบัติ
4. กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารพิทักษ์สิทธิและลงนามในเอกสาร
5. การหาค่าความเที่ยง (reliability) โดยแบ่งเป็น 2 ด้าน ดังนี้
 - 5.1 การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินโดยการตรวจสอบความเที่ยงภายนอกแบบคงที่ (stability test) ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน

10 รูป เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบวัดพฤติกรรมจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ โดยมีผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมและบันทึกผลข้อมูล แล้วนำผลที่ได้ทั้ง 2 ครั้งมาวิเคราะห์หาค่าร้อยละของความสอดคล้องในการวัดทั้งสองครั้ง (percentage of agreement) โดยกำหนดค่าอย่างน้อยต้องมากกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 จึงจะอยู่ในระดับดีมากหรือค่อนข้างสมบูรณ์ (Landis & Koch, 1977) ในกรณีค่าร้อยละของความสอดคล้องตรงกันน้อยกว่า ร้อยละ 80 ผู้วิจัยจะนำไปปรับปรุงแก้ไข ส่วนปัญหาและอุปสรรคเป็นการบรรยายด้วยคำถามปลายเปิด ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้มาสรุปแล้วนำไปปรับปรุงแนวปฏิบัติ นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (cronbach alpha coefficient) ซึ่งกำหนดค่าอย่างน้อยเท่ากับ .80 (บุญใจ, 2550)

5.2 การหาค่าความเที่ยงของผู้ประเมิน (rater reliability) เพื่อทดสอบค่าความเที่ยงภายในของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (intra-rater reliability) โดยการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้ใช้และปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) สร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง 2) การให้ความรู้และการสนับสนุนของทีมสุขภาพ และ 3) การติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินผลการปฏิบัติ ซึ่งมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้สังเกตและประเมิน (tester) การปฏิบัติตามแบบประเมิน (checklist) (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งในข้อกิจกรรมการดูแลโดยปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้ช่วยวิจัยจะสอบถามถึงเหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติ โดยประเมิน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ จากนั้นนำข้อมูลที่ได้อธิบายหาค่าความเที่ยงภายในของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (intra-rater reliability) โดยวิเคราะห์หาค่าร้อยละของความสอดคล้องในการวัดทั้งสองครั้ง (percentage of agreement)

การประเมินผลลัพธ์และความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้มีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง คือพระภิกษุสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่จำพรรษาในวัด จังหวัดหนึ่งในภาคใต้ของไทย โดยศึกษาหนึ่งกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มาจากการคำนวณค่าอิทธิพล (effect size) ใช้สูตรการคำนวณของโคเฮน (Cohen ascited in Polit & Beck, 2012) จากการศึกษาของวัฒนพล (2555) เรื่องโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและดัชนีมวลกายของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีภาวะอ้วน ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.90 นำมาใช้เพื่อเปิดตารางอำนาจการทดสอบเปิดตารางของโพลิส โดยกำหนดระดับนัยสำคัญหรือค่าแอลฟาเท่ากับ .05 ค่าอำนาจการทดสอบ (power of test) เท่ากับ 0.8 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 25 รูป ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 รูป เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างการศึกษ โดยสุ่มคัดเลือก ตามคุณสมบัติต่อไปนี้

1. เป็นพระภิกษุสงฆ์อายุ 60 ปีขึ้นไป
2. ระยะเวลาการบวชไม่ต่ำกว่า 1 พรรษา (1 ปี)
3. ไม่มีโรคประจำตัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
4. ยินดีเข้าร่วมการศึกษาจนครบระยะเวลาของแนวปฏิบัติ

5. สามารถสื่อสารภาษาไทย และอ่านและเขียนหนังสือภาษาไทยและสามารถติดต่อสื่อสารทางโทรศัพท์กับผู้วิจัยได้

การดำเนินการ

การประเมินประสิทธิผลและความพึงพอใจของแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ได้ดำเนินการดังนี้

1. ชี้แจงวัตถุประสงค์ การรวบรวมข้อมูล และอธิบายขั้นตอนในการปฏิบัติตามชุดรูปแบบกิจกรรมของแนวปฏิบัติแก่พระภิกษุสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

2. ให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารพิกษุสัทธาและลงนามในเอกสาร จากนั้นให้ตอบแบบสอบถามและประเมินภาวะสุขภาพเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยในสัปดาห์แรก โดยการมอบคู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุและสมุดบันทึกการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย จำนวน 1 ชุดต่อพระภิกษุสงฆ์ 1 รูป พร้อมแนะนำการใช้คู่มือ มีการติดตามเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ และเก็บข้อมูลอีกครั้งเมื่อเสร็จสิ้นการศึกษาในสัปดาห์ที่ 8 โดยให้ตอบแบบสอบถามและประเมินภาวะสุขภาพเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการใช้แนวปฏิบัติและประเมินความพึงพอใจของพระภิกษุสงฆ์กลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ดังภาคผนวก จ

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์ เพื่อประมวลผลและผลการวิเคราะห์ผลการทดลองใช้แนวปฏิบัติในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

การดำเนินการ

นำข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1 มาประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปและวิเคราะห์โดยใช้สถิติ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ความถี่ร้อยละค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. หาความเที่ยง (reliability) ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยหาค่าร้อยละของความสอดคล้องในการวัดทั้งสองครั้ง (percentage of agreement) โดยประเมิน 2 องค์ประกอบ ดังนี้

2.1 ความเห็นพ้องในการประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

2.2 ความเที่ยงภายในของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (intra-rater reliability) ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) โดยหาค่าร้อยละของความสอดคล้องในการวัดทั้งสองครั้ง (percentage of agreement)

3. เปรียบเทียบข้อมูลภาวะสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกายการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายก่อนและหลัง การใช้แนวปฏิบัติด้วยสถิติที (pair t-test)

4. ประเมินระดับความพึงพอใจของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุหลังการใช้แนวปฏิบัติโดยใช้สถิติบรรยายได้แก่ความถี่ร้อยละเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ คือ ผู้ใช้คู่มือต้องมีความพึงพอใจมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80

การพิทักษ์สิทธิผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

ในการพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของจริยธรรมในการทำวิจัยเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูลหรือเกิดผลกระทบน้อยที่สุด โดยการขออนุมัติการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการจริยธรรมทางการวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ จากนั้นทำการสร้างสัมพันธภาพและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยและพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีดำเนินการ การเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษา และรับรองว่าข้อมูลที่ได้อาจจะใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น ระหว่างการสัมภาษณ์ การประเมินภาวะสุขภาพ หรือการปฏิบัติกิจกรรมตามแนวปฏิบัติ หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกเครียด วิตกกังวล ไม่สบายใจสามารถยุติการดำเนินกิจกรรมได้ตลอดเวลา โดยผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึกและช่วยเหลือเบื้องต้นตามความเหมาะสม โดยผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัยจะถูกปกปิดเป็นความลับ สามารถออกจากการศึกษา วิจัยได้โดยไม่ต้องบอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย หากมีข้อคำถามหรือสงสัย สามารถติดต่อสอบถามผู้วิจัยได้ทุกเมื่อ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ให้ลงนามตามแบบฟอร์ม

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยโดยยึดหลักการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสมาธิวิชัยสุขภาพและแพทย์แห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2001) แนวคิดที่ใช้ประกอบด้วย 1) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ปรัชญาการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักพระพุทธศาสนา และ 3) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ผลการศึกษาจะนำเสนอตามลำดับขั้นตอนการดำเนินการวิจัยเป็น 2 ระยะ คือ 1) ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) ผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และการประเมินผลและตามด้วยการอภิปรายผลตามคำถามวิจัย ดังต่อไปนี้

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ

การศึกษาในระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ผลการศึกษานำเสนอในรูปแบบการบรรยายประกอบตาราง โดยแบ่งเป็น 3 ส่วน ประกอบด้วย (1) ผลการสังเคราะห์แนวปฏิบัติ (2) แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย และ (3) ผลการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ ตามรายละเอียด ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการสังเคราะห์แนวปฏิบัติ

ผลการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะใกล้เคียงกับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุทั้งในและต่างประเทศ จำนวน 12 เรื่อง ซึ่งเผยแพร่ระหว่าง พ.ศ. 2550 – 2560 (ระดับ 1=5 เรื่อง ระดับ 2 = 4 เรื่อง และระดับ 3 = 3 เรื่อง) ผลการวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์พบว่า นอกจากภาวะสุขภาพที่เสื่อมลงตามวัยแล้ว ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วยส่วนใหญ่ก็มีสาเหตุสำคัญมาจากการขาดการออกกำลังกายและพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม (จาริณี, วันเพ็ญ, 2550) ดังนั้น ผลสรุปข้อเสนอแนะที่ให้ผลดีในการปฏิบัติจากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าวสามารถจำแนกเป็น 2 ประเด็น คือ 1) การบริโภคอาหาร และ 2) การออกกำลังกาย นอกจากนี้แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ยังมีรายละเอียดกิจกรรมตามขั้นตอน ดังนี้ 1) การสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง และ 3) การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติม รวมทั้งให้กำลังใจและประเมินสภาพแวดล้อมของกลุ่มเป้าหมายแต่ละราย ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1

สรุปขั้นตอนและข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ขั้นตอน	ข้อเสนอแนะ
การสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ	<p>- การส่งเสริมให้มีการวิเคราะห์พฤติกรรม การดูแลตนเองและสะท้อนคิดเกี่ยวกับผลแทรกซ้อน ทำให้เกิดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (ยุพา, 2556)</p> <p>- การส่งเสริมให้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงและรับรู้ปัญหาโดยการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและวางแผนแก้ปัญหาของตนเอง ทำให้มีการพัฒนาศักยภาพเพื่อการป้องกันโรคเรื้อรัง (Kelly, 2014; ญัฐสุรางค์, 2554)</p>
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุ	<p>- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคโดยกระจายมื้ออาหารโดยไม่เน้นหนักมื้อใดมื้อหนึ่ง (สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, 2557) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีส่วนประกอบของไขมันอิ่มตัว (Pryde & Kannel, 2011) เน้นการบริโภคอาหารที่มีกากใยและคาร์โบไฮเดรตต่ำ เพิ่มการบริโภคปลา ผลไม้ และผักใบเขียว (Di Noia & Prochaska, 2010) โดยควบคุมสัดส่วนการบริโภคอาหาร คาร์โบไฮเดรตต่อโปรตีนต่อไขมันที่ 2 : 1 : 1 (Frank, 2006) ใช้ธงโภชนาการและอาหารโซนสีเป็นเครื่องมือ (รุ่งตะวัน, 2555) รวมทั้งการฝึกคำนวณพลังงานแคลลอรี่อาหารและการอ่านสลากโภชนาการ (Spencer, 2010; วัฒนพล, 2555; วราลี, 2553) สามารถเสริมทักษะและความมั่นใจในการบริโภคอาหารที่เหมาะสมได้</p> <p>- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยการตั้งเป้าหมายในการใช้พลังงานอย่างน้อย 1,000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ (Eriksson, Westborg & Eliasson, 2006) ด้วยการออกกำลังกายอย่างน้อยในระดับเบาและเพิ่มจนถึงระดับปานกลางในกรณีที่ไม่มีข้อห้าม (Teixeira, 2012) เช่น การเดิน หรือทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (Kelly, 2014; Teixeira, 2012; ศรีัญญา, 2551) ทำให้การทำงานของหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้น (สารพี, 2555) รวมทั้งการออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น (Li & Zhang, 2008)</p>
การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	<p>- การส่งเสริมความรู้และฝึกทักษะเพิ่มเติมเฉพาะเรื่อง รวมทั้งให้กำลังใจและประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ด้วยการติดตามเยี่ยมอย่างน้อย 2 ครั้ง ในระยะเวลา 8 สัปดาห์ (ปัญฑริย์, 2552; วัฒนพล, 2555) โดยใช้สมุดบันทึกประจำตัวในการติดตามพฤติกรรม (จงจิตร, 2555) จะทำให้เกิดการทบทวนความรู้ด้วยตนเอง จดจำและเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดียิ่งขึ้นอีกด้วย (วันดี, 2551)</p>

ส่วนที่ 2 แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

จากผลการสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ พบว่าโครงสร้างของแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย จำเป็นต้องมี 3 องค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุ และ 3) การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยบูรณาการ 3 แนวคิดในการพัฒนาประกอบด้วย 1) แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังจากการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ 2) ปรัชญาการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักพระพุทธศาสนา และ 3) แนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) สามารถสรุปขั้นตอนของแนวปฏิบัติได้ ดังภาพ 2



ภาพ 2 สรุปขั้นตอนการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ส่วนที่ 3 การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะในขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย เกี่ยวกับองค์ประกอบของแนวปฏิบัติในด้านความถูกต้อง ความเหมาะสมและความชัดเจนของแนวปฏิบัติ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แนวทางการใช้แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ พบว่าผู้เชี่ยวชาญได้ให้ข้อเสนอแนะ ดังนี้

1.1 ด้านความถูกต้อง พบว่า ผู้เชี่ยวชาญ 2 ท่าน มีความเห็นว่าเนื้อหา มีความถูกต้องและเหมาะสม ส่วนอีก 3 ท่าน ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแบบประเมินพฤติกรรม การป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ดังนี้ 1) เพิ่มเติมรายละเอียดการประเมิน ได้แก่ การมีโรคประจำตัวและยาที่รับประทานปัจจุบัน 2) ปรับปรุงข้อความถาม โดยยกตัวอย่างรายการอาหารที่พระภิกษุสงฆ์ฉันหรือรูปแบบการออกกำลังกายที่ปฏิบัติบ่อยๆในปัจจุบัน

1.2 ด้านความเหมาะสม พบว่า ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่าน มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติ มีความเหมาะสมเนื่องจากแผนการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนั้นมีความสอดคล้องกับความต้องการและบริบทของกลุ่มเป้าหมาย

1.3 ด้านความชัดเจน พบว่า ผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน มีความคิดเห็นว่าแนวปฏิบัติมีความชัดเจนและเหมาะสมแล้ว มีเพียง 1 ท่านที่ให้ข้อเสนอแนะว่าควรแสดงรายละเอียดของกิจกรรมของแผนในแต่ละครั้งให้ชัดเจน

2. คู่มือป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของคู่มือป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยทั้ง 3 ด้าน พบว่าผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านมีความคิดเห็นว่าคู่มือมีเนื้อหาสาระถูกต้องของและมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ (CVI=.93) มีเพียงด้านรูปแบบเท่านั้นที่ทั้ง 5 ท่านต่างให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง ดังนี้ 1) การปรับตัวอักษรและภาพประกอบบางส่วนให้มีขนาดที่ใหญ่ขึ้นเพื่อความสะดวกในการใช้เนื่องจากผู้ใช้คู่มือเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและ 2) ควรสรุปรายละเอียดของเนื้อหาให้กระชับ เนื้อหาใดที่สำคัญควรทำเป็นจุดเน้น เช่น กล่องข้อความหรือจุดเน้นเพื่อดึงดูดความสนใจและง่ายในการจดจำ

3. คู่มือบันทึกสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของคู่มือบันทึกสุขภาพ ทั้ง 3 ด้าน พบว่าผู้เชี่ยวชาญทั้ง 5 ท่านต่างมีความคิดเห็นว่าคู่มือมีความถูกต้องเหมาะสมทั้งในด้านของเนื้อหาและรูปแบบคู่มือ (CVI=.93) แต่ควรเพิ่มเติมในส่วนของการประเมินสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดัน

โลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังการเข้าร่วมแนวปฏิบัติเพราะเป็นหลักการประเมินผลที่มีมาตรฐานตามหลักสากล ส่วนด้านการนำไปใช้นั้น พบว่าผู้เชี่ยวชาญ 4 ท่าน มีความเห็นว่าคู่มือบันทึกสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุมีความเหมาะสมในการนำไปใช้แล้ว มีเพียง 1 ท่าน ที่มีข้อคิดเห็นว่าควรปรับปรุงรูปแบบการบันทึกให้สะดวกและง่าย โดยจัดหมวดหมู่ตามกลุ่มอาหาร เช่น ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และให้ระบุปริมาณที่บริโภคเพื่อประโยชน์ในการนำมาใช้คำนวณพลังงาน

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ

แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและนำไปปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญแล้วได้นำไปทดลองใช้กับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 10 รูป เพื่อหาค่าความเที่ยงของแนวปฏิบัติ ดังนี้

1. การหาค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ด้วยวิธีการทดสอบซ้ำ (test - retest reliability) โดยมีผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 2 ครั้ง ห่างกัน 1 สัปดาห์ เพื่อป้องกันอคติที่เกิดจากการประเมินผล (detection bias) จากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เพื่อยืนยันความเที่ยงของเครื่องมือ โดยนำผลที่ได้ทั้ง 2 ครั้งมาวิเคราะห์ความเห็นพ้องของแต่ละข้อคำถาม โดยคำนวณหาค่าร้อยละของความสอดคล้อง (percentage of agreement) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยรวมเท่ากับ 90.49 เมื่อพิจารณาตามรายด้านพบว่ามีความอยู่ระหว่าง ร้อยละ 88.13 – 93.33 (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก (บุญใจ, 2550) นอกจากนี้เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ยังได้ผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องภายใน (internal consistency) โดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (cronbarch alpha coefficient) ซึ่งการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94 ซึ่งอยู่ในระดับที่สูงมากเช่นกัน (ทศนีย์, 2543)

2. การหาค่าความเที่ยงของแนวปฏิบัติโดยวิธีทดสอบซ้ำ (test-retest reliability) เพื่อทดสอบค่าความเที่ยงภายในของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (intra-rater reliability) โดยผู้วิจัยได้ทำการทดลองใช้แนวปฏิบัติกับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุทั้ง 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังและ 3) การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และให้ผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินการปฏิบัติ (rater) ตามแบบประเมิน (checklist) (ภาคผนวก ฉ) โดยการทดลองใช้และประเมิน 2 ครั้ง ต่อรายห่างกัน 1 สัปดาห์ สำหรับกิจกรรมการดูแลใดที่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ ผู้วิจัยจะแจ้งเหตุผลที่ไม่ได้ปฏิบัติ ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยรวมร้อยละ 100 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก (ภาคผนวก ฉ) (บุญใจ, 2550)

การประเมินประสิทธิผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้

การประเมินประสิทธิผลการนำแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยไปใช้ โดยการนำแนวปฏิบัติไปทดสอบกับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ จำนวน 30 รูป โดยดำเนินกิจกรรมตามข้อกำหนดของแนวปฏิบัติ เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

ประเมินผลก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ โดยนำเสนอผลการวิจัยประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ข้อมูลภาวะสุขภาพ 3) ความแตกต่างของพฤติกรรมสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจำแนกตามก่อนและหลังการใช้แนวปฏิบัติ และ 4) ระดับความพึงพอใจหลังการใช้แนวปฏิบัติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

จากการนำแนวปฏิบัติไปใช้กับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป พบว่ามีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.10 ปี (SD = 4.57, Min-Max = 60-74) มีระยะเวลาการบวชเฉลี่ยเท่ากับ 4.27 ปี (SD = 2.89) ส่วนมากสำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) สำหรับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลีส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับเปรียญธรรมชั้นโท (ร้อยละ 73.33) เกือบกึ่งหนึ่งประกอบอาชีพก่อนบวช คือ รับจ้าง (ร้อยละ 40) โดยส่วนใหญ่แล้วไม่มีใบอนุญาตประจำตัว (ร้อยละ 70) มีเพียงส่วนน้อยที่มีการดำรงสมณศักดิ์ (ร้อยละ 13.33) สำหรับข้อมูลด้านสุขภาพนั้นเกือบครึ่งมีดัชนีมวลกาย (ร้อยละ 40) อยู่ในระดับน้ำหนักเกิน ส่วนเส้นรอบเอว (ร้อยละ 88.67) ระดับความดันโลหิตซิสโตลิก ไดแอสโตลิก และระดับน้ำตาลในเลือดพบว่าทั้งหมดอยู่ในระดับปกติ ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=30)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี) (Max = 74, Min = 60, M = 67.10, SD = 4.57)		
60-69	20	66.67
70-79	10	33.33
ระยะเวลาที่บวช (พรรษา) (Max = 11, Min = 2, M = 4.27, SD = 2.89)		
1-4	18	60.00
5-9	10	33.33
≥10	2	6.67
ระดับการศึกษาทางโลก		
ประถมศึกษา	18	60.00
มัธยมศึกษาตอนต้น	5	16.67
มัธยมศึกษาตอนปลาย/เทียบเท่า	5	16.67
ปริญญาตรี	2	6.67
ระดับการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลี		
เปรียญธรรมชั้นตรี (1-3 ประโยค)	6	20.00
เปรียญธรรมชั้นโท (4-6 ประโยค)	22	73.33
เปรียญธรรมชั้นเอก (7-9 ประโยค)	2	6.67
อาชีพก่อนบวช		
ข้าราชการ	3	10.00

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เกษตรกร	9	30.00
รับจ้าง	12	40.00
ค้าขาย	6	20.00
โยมอุปถัมภ์ประจำตัว	9	30.00
มี	21	70.00
ไม่มี		
การดำรงสมณศักดิ์		
มี	4	13.33
ไม่มี	26	86.67
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัม/เมตร ²)		
ปกติ (18.5-22.9)	9	30.00
น้ำหนักเกิน (23.0-24.9)	12	40.00
อ้วนระดับ 1 (25-29.9)	9	30.00
รอบเอว (เซนติเมตร)		
ปกติ (≤ 90)	26	88.67
เกินเกณฑ์ (> 90)	4	13.33
ระดับความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)		
ความดันซิสโตลิก		
ปกติ (≤ 120)	15	50.00
ค่อนข้างสูง (121 – 139)	12	39.96
สูง (140 – 159)	3	9.94
ความดันไดแอสโตลิก (ปกติ $\geq 60-90$)		
ปกติ (≤ 80)	25	83.35
ค่อนข้างสูง (90 – 99)	5	16.65
ระดับน้ำตาลปลายนิ้ว (มิลลิกรัม)		
ปกติ (≤ 110)	24	79.92
ผิดปกติ (> 110)	6	19.98
ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซป (มิลลิเมตร)		
7.6-8.8 (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 70)	2	6.67
8.9-10 (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 80)	4	13.33
10.1-11.3 (เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 90)	10	33.33
11.4-12.49 (ปกติ)	5	16.67
≥ 12.5 (เกินเกณฑ์มาตรฐาน)	9	30.00

ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมแนวปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง

การเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ผู้วิจัยได้ทดสอบการกระจายของข้อมูลโดยใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov sample test ก่อน พบว่าเป็นการแจกแจงแบบโค้งปกติ ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้สถิติทดสอบค่าเฉลี่ย Paired t-test ในการเปรียบเทียบระดับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้แนวปฏิบัติ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

จากการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมแนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างมีระดับความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซป (triceps skinfold thickness) และพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังดีกว่าก่อนการเข้าร่วมแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ส่วนระดับน้ำตาลในเลือดและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนดีกว่าก่อนการเข้าร่วมแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สำหรับตัวแปรอื่นๆ พบว่า ก่อนและหลังเข้าร่วมแนวปฏิบัติไม่นั้นไม่แตกต่างกัน ดังแสดงใน ตาราง 3

ตาราง 3
เปรียบเทียบระดับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังเข้าร่วมแนวปฏิบัติ โดยใช้สถิติ paired t-test ($N=30$)

ตัวแปร	ก่อนการเข้าร่วมแนวปฏิบัติ			หลังการเข้าร่วมแนวปฏิบัติ			t	p value
	Min-Max	M	SD	Min-Max	M	SD		
น้ำหนัก (ก.ก.)	54-79	67.90	6.54	54-78	67.85	6.50	1.36	.18
ดัชนีมวลกาย (ก.ก./ม. ²)	18.69-26.99	23.59	1.97	18.69-26.99	23.56	1.97	1.38	.18
รอบเอว (ซ.ม.)	70-100	89.77	8.32	70-98	89.70	8.13	2.15	.83
ระดับความดันโลหิต (มม./ปรอท)								
ความดันซิสโตลิก	114-138	124.20	6.91	112-138	122.13	5.82	1.55	.13
ความดันไดแอสโตลิก	62-89	77.93	6.52	62-89	77.03	7.31	.89	.50
ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซป (มม.)								
ความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซป (มม.)	8.40-14.40	11.34	1.65	8.20-13.90	11.13	1.55	4.12	.00
ระดับน้ำตาลในเลือด (ม.ก.)								
ระดับน้ำตาลในเลือด (ม.ก.)	78-140	93.93	15.07	74-112	88.42	8.73	2.44	.02
พฤติกรรมป้องกันโรค								
ด้านการบริโภคอาหาร		3.05	.20		3.21	.15	5.23	.00
ด้านการออกกำลังกาย		2.84	.04		2.95	.03	3.35	.00
การรับรู้สมรรถนะในการป้องกันโรคเรื้อรัง		3.43	.07		3.66	.06	4.55	.00
การรับรู้สมรรถนะในการป้องกันโรคเรื้อรัง		4.06	.35		4.18	.36	2.49	.02

ความพึงพอใจหลังเข้าร่วมแนวปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่าง

หลังทดลองใช้แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับความพึงพอใจต่อแนวปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด (7-10 คะแนน)

($M = 8.43$, $SD = .97$) โดยมีข้อเสนอแนะและความคิดเห็นเพิ่มเติม ดังแสดงใน ตาราง 4

ตาราง 4

ผลการประเมินระดับความพึงพอใจและข้อคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างพระภิกษุสงฆ์สูงอายุหลังเข้าร่วมการใช้แนวปฏิบัติ (N=30)

ผลการประเมิน	หลังเข้าร่วมแนวปฏิบัติ	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความพึงพอใจ ($Max = 10$, $Min = 7$, $M = 8.43$, $SD = .97$)		
7 คะแนน	6	20.00
8 คะแนน	9	30.00
9 คะแนน	11	36.70
10 คะแนน	4	13.30
ข้อเสนอแนะ / ความคิดเห็น (N=10)		
เพิ่มระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมให้มากกว่า 8 สัปดาห์	1	10.00
ควรทำกิจกรรมเป็นกลุ่มร่วมด้วย	2	20.00
กิจกรรมที่ทำแต่ละครั้งค่อนข้างนานต้องรีบไปทำกิจนิมนต์	4	40.00
อยากให้มีการตรวจประเมินเพิ่มเติม เช่น การตรวจสารเคมีในเลือด ตรวจไต หรือตรวจเอ็กซเรย์ปอด	1	10.00
อยากให้มีเครื่องออกกำลังกายในวัดจะได้ออกกำลังกายได้สะดวก	2	20.00

* มีเพียง 10 รายที่ให้ข้อมูล

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายผลตามคำถามการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุและ 2) ผลการประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง และ 3) การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งองค์ประกอบ

ดังกล่าวจะเป็นขั้นตอนของการปฏิบัติเพื่อนำไปสู่การป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ กลุ่มเป้าหมายได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากมีรูปแบบที่เฉพาะเจาะจงและสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต ของพระภิกษุสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย ซึ่งแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้มุ่งเน้นให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความ ตระหนักและความมั่นใจในการปฏิบัติ โดยมุ่งมั่น ตั้งใจจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้นอย่าง ต่อเนื่อง ตามแนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) โดยมีความแตกต่างกับรูปแบบในการจัดการด้าน สุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นการให้บริการในคลินิกโรคเรื้อรังในกลุ่มที่มี การเจ็บป่วยแล้วเท่านั้น (ถนอมจิตร, 2557) สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่มีน้ำหนักเกินนั้นส่วนใหญ่มักเข้ารับ ค่าปรึกษาในคลินิกไร้พุง (วรรัตน์, 2551) ซึ่งรูปแบบของกิจกรรมยังไม่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของ พระภิกษุสงฆ์สูงอายุ เนื่องจากขาดการประเมินความพร้อมและไม่มีการติดตามประเมินผลการปฏิบัติทำ ให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุขาดความตระหนักและขาดความมั่นใจในการปฏิบัติ จึงเป็นผลให้การแก้ไขปัญหา โรคเรื้อรังในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์สูงอายุไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร (วัฒนพล, 2558) องค์ประกอบของ แนวปฏิบัตินี้ชี้ให้เห็นถึงการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วม ของกลุ่มเป้าหมายในการร่วมวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งการติดตามเยี่ยมโดยมี คู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการ ส่งเสริมความรู้ ทักษะในการปฏิบัติ และสมุดบันทึกในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพรายบุคคล เพื่อใช้ในการ วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพ โดยมีรายละเอียดของแนวปฏิบัติในแต่ละองค์ประกอบดังนี้

1.1 การสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเอง โดยให้กลุ่มเป้าหมายอภิปรายและ ประเมินปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเองร่วมกับการสะท้อนคิดถึงผลแทรกซ้อนต่อสุขภาพ (กนกวรรณ, 2554) และจัดลำดับความสำคัญของปัจจัยเสี่ยงที่ต้องได้รับการแก้ไข (วรรัตน์, 2551) ตลอดจน ประเมินความสามารถและร่วมวางแผนในการจัดการสุขภาพตนเอง (กนกวรรณ, 2554) เป็นการส่งเสริมให้ พระภิกษุสงฆ์สูงอายุเกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง อย่างแท้จริง ทั้งนี้กิจกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ การออกกำลังกายสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายกับทีม สุขภาพนั้น ถือเป็นแนวทางที่เสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุให้เกิดความรับผิดชอบ ความกระตือรือร้นและความมั่นใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และก่อให้เกิดความพึงพอใจจากการได้มี โอกาสเลือกปฏิบัติตามแนวทางที่เหมาะสมกับแบบแผนการดำเนินชีวิตของตนเอง (วัฒนพล, 2558) โดย แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นภายใต้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพตามหลักพระธรรมวินัย โดยเน้นให้พระภิกษุสงฆ์ ตระหนักถึงคุณประโยชน์และโทษของอาหาร รู้จักพิจารณาอาหารก่อนบริโภค (พระครูวิธานกิจโกศล, 2557) และตระหนักในการออกกำลังกาย (บริหารพันธ์) ที่เหมาะสมเพื่อคงไว้ซึ่งความปกติของร่างกาย (กายานุคต ธรรม) (จงจิต, 2551) ซึ่งได้บูรณาการร่วมกับแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา Bandura, 1997) ที่กล่าวว่าหากส่งเสริมให้บุคคลสามารถรับรู้หรือมีความเชื่อในสมรรถนะแห่งตน โดยทราบว่าจะต้อง ทำอะไรบ้าง และเมื่อทำแล้วจะได้ผลตามที่คาดหวังไว้อย่างไร บุคคลนั้นก็จะปฏิบัติตามด้วยความมั่นใจ มากยิ่งขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญหทัย (2553) ที่พบว่าการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมี ความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.84$) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน ซึ่งมีการศึกษาหลายเรื่องได้นำแนวคิด ดังกล่าวมาใช้ในการส่งเสริมความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเองพบว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการ

บริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีผลทำให้ผู้สูงอายุมีดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว (กนกวรรณ, 2554 และวรรณ, 2551) และระดับความดันโลหิต (ธีราณี, 2551) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย

1.2 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องโดยมีทีมสุขภาพเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมความรู้แก่ผู้สูงอายุ (ธีราณี, 2551) ด้วยการให้ความรู้เบื้องต้นของโรคเรื้อรังและแนวทางการดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรายบุคคลเพื่อป้องกันโรคที่เหมาะสม ร่วมกับการสนับสนุนให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุถามตอบและแสดงความคิดเห็นเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ในประเด็นต่างๆ ร่วมกับการสาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสมณเพศ ได้แก่ การแกว่งแขน ลดพุง ลดโรค และท่ากายบริหารการยืดเหยียดกล้ามเนื้อเบื้องต้น (โรงพยาบาลสงฆ์, 2556) รวมทั้งการเลือกบริโภคอาหารตามหลักธงโภชนาการ อาหารโซนสี (Spencer, 2010) โดยใช้คู่มือป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ พร้อมทั้งมีการจัดบันทึกเพื่อติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สอดคล้องกับเบญจมาศ (2554) ที่ใช้ผู้วิจัยแสดงบทบาทเป็นผู้ให้ความรู้และฝึกทักษะการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายโดยให้ความรู้ผ่านสื่อการสนับสนุนคู่มือการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากทดลองมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีรูปแบบที่สำคัญคือ การให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การร่วมวางแผนการปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นซึ่งส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและสามารถเรียนรู้ได้เพิ่มขึ้น (สมจิต, 2544)

1.3 การติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังให้เกิดความต่อเนื่อง ประกอบด้วย การเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นผ่านการสะท้อนคิดเกี่ยวกับผลการปฏิบัติเทียบกับเป้าหมายที่วางไว้เพื่อประเมินผลการปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรคหรือข้อจำกัดที่พบระหว่างการปฏิบัติเพื่อนำมาวิเคราะห์และวางแผนในการแก้ปัญหาเพิ่มเติม (กนกวรรณ, 2554) นอกจากนี้ยังทำให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงประโยชน์และข้อบกพร่องจากการลงมือปฏิบัติของแต่ละรูปได้อย่างเหมาะสม (วรรณ, 2551) อีกประการหนึ่งคือการติดตามเยี่ยมทำให้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติสามารถประเมินสิ่งแวดล้อม วิถีชีวิต และความเป็นอยู่จริงเพื่อนำมาวางแผนการปรับเปลี่ยนวิธีการในการพัฒนาแนวปฏิบัติให้เกิดความเหมาะสม (กนกวรรณ, 2554) อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมกำลังใจกับกลุ่มเป้าหมายเมื่อสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม อันจะส่งผลให้เกิดความมั่นใจและคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นอย่างต่อเนื่อง (วรรณ, 2551) โดยข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่กล่าวมา ล้วนแต่มีผลทำให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติทั้งสิ้น ผลจากการใช้รูปแบบการเยี่ยมบ้านทำให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (กนกวรรณ, 2554; วรรณ, 2551 และ ธีราณี, 2551) นอกจากนี้ยังทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง (วัฒนพล, 2558) ดังนั้นการพัฒนาแนวปฏิบัตินี้จึงมีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการติดตามเยี่ยมเยียนที่วัด เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างกัน มีความไว้วางใจและเกิดบรรยากาศแห่งการเรียนรู้ กล่าวซักถามในประเด็นที่สงสัยหรือชี้แนะแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุแต่ละรูปต่อไป

2. ผลการประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ผลการประเมินแนวปฏิบัติดังกล่าวสามารถอภิปรายผลตามคำถามการวิจัยโดยแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) ด้านคุณภาพของแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ และ 2) ด้านผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ด้านคุณภาพของแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ คุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงในการนำไปใช้ ผลการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.95 ซึ่งมีความมากกว่า 0.80 แสดงว่าแนวปฏิบัติที่มีความน่าเชื่อถือและมีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ (Polit & Beck, 2012) เนื่องจากแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยมีการพัฒนาอย่างเป็นขั้นตอนภายใต้กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 2001) ร่วมกับหลักปรัชญาการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักพระพุทธศาสนาและแนวคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) เพื่อให้แนวปฏิบัติเกิดความสมบูรณ์ทั้งด้านเนื้อหาและมีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ โดยผู้วิจัยได้มีการรวบรวมข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความน่าเชื่อถือและทันสมัยจากฐานแหล่งข้อมูลต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศ ผ่านการพิจารณาคัดเลือกข้อเสนอแนะและวิธีปฏิบัติที่มีความเหมาะสมเพื่อนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญและมีประสบการณ์สูงในการพัฒนาแนวปฏิบัติกรพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุ ดังข้อคิดเห็นของ อรรวรรณ (2555) ที่ระบุว่าหากผู้ปฏิบัติเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขานั้นๆ ย่อมส่งผลให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาในคลินิกได้ตรงประเด็น สามารถเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ได้เหมาะสมกับบริบทของการปฏิบัติและวิเคราะห์ได้ว่าหลักฐานที่นำมาใช้นั้นมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการ ผู้ปฏิบัติและทรัพยากรที่มีอยู่ในหน่วยงานหรือไม่ สำหรับด้านการใช้สื่อประกอบของแต่ละกิจกรรมมีความถูกต้อง เหมาะสม เข้าใจง่าย มีภาพประกอบน่าอ่าน รูปเล่มสวยงาม อย่างไรก็ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อคิดเห็นในการปรับปรุงคู่มือให้มีความเหมาะสม ได้แก่ ปรับตัวอักษรและภาพประกอบให้มีขนาดใหญ่ขึ้นเพื่อความสะดวกกับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ รวมทั้งสรุปเนื้อหาให้กระชับ เนื้อหาใดที่สำคัญควรทำเป็นจุดเน้น เช่น กล่องข้อความที่ชัดเจนรวมทั้งปรับปรุงแบบบันทึกการบริโภคอาหารให้เป็นหมวดหมู่อาหารเพื่อให้สามารถนำไปคำนวณพลังงานจากอาหารที่บริโภคในแต่ละวันได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนิตย์ (2557) ที่ได้พัฒนาคู่มือสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุสำหรับครัวเรือนชนบทไทยพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการคู่มือและสื่อการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและบริบท จึงจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติที่เหมาะสม จากเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าแนวปฏิบัติปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีคุณภาพในด้านความตรงเชิงเนื้อหา

การศึกษาครั้งนี้นอกจากจะมีการประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ ยังมีการตรวจสอบความเที่ยงในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (rater reliability) โดยการหาค่าความ

เที่ยงแบบวัดคงที่ (intra-rater reliability) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยรวมเท่ากับ ร้อยละ 100 ซึ่งอยู่ในระดับสูงมาก (ภาคผนวก ก) (บุญใจ, 2551) ดังนั้นแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น เมื่อผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและด้านความเที่ยงแล้ว สามารถพิสูจน์ได้ว่าแนวปฏิบัติมีความครบถ้วน สมบูรณ์ และมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ รวมทั้งมีความน่าเชื่อถือในการนำไปเป็นแนวทางให้บุคลากรสาธารณสุขในใช้เป็นรูปแบบในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย อีกทั้งยังมีคู่มือการใช้ที่มีคำชี้แจงในการใช้อย่างชัดเจน สามารถทำความเข้าใจได้ง่าย เนื้อหากระชับและมีภาพประกอบที่ชัดเจน

2.2 ด้านผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ผลการศึกษานี้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันผลการใช้แนวคิดปรัชญาการสร้างเสริมสุขภาพตามหลักพระพุทธศาสนาและแนวความคิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (perceived self-efficacy) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ร่วมกับการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้อง โดยสามารถป้องกันหรือชะลอความรุนแรงของโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุกลุ่มตัวอย่างได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอประเด็นสำคัญในการอภิปรายผลด้านผลลัพธ์ ใน 2 ประเด็น คือ 1) ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง และ 2) การประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ดังนี้

2.2.1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพระภิกษุสงฆ์สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) คิดเป็นร้อยละ 66.67 โดยมีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 67.10 ปี (SD=4.57) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักจะพบการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังน้อยกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเสื่อมของร่างกายน้อยจึงยังสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพื่อป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังได้มากกว่ากลุ่มอื่นๆ (วิมลรัตน์, 2552) หากได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมแล้วจะส่งผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันหรือชะลอการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังได้ในอนาคต (ปัญญธร, 2553) สำหรับด้านการศึกษา ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 60) ทั้งนี้เนื่องจากในอดีตการศึกษาภาคบังคับอยู่ในระดับประถมศึกษาเท่านั้น สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลทั่วไปของประชากรพระภิกษุสงฆ์สูงอายุในประเทศไทย ซึ่งพบว่า ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา (วัฒนพล, 2558) อย่างไรก็ตามในยุคปัจจุบันสื่อวิทยุ โทรทัศน์หรือสื่อออนไลน์ต่างๆ รวมทั้งการพัฒนาาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกทำให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุได้รับข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น (ธรรมบุญ, 2553) สถานการณ์การเรียนรู้ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความสามารถในการนำความรู้ ประสบการณ์ด้านสุขภาพมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมตามหลักพระธรรมวินัยเพื่อคงไว้ซึ่งการมีภาวะสุขภาพที่ดี ต่อไป

ข้อมูลภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย

พระภิกษุสงฆ์สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีระดับน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตอยู่ในระดับปกติ อย่างไรก็ตาม พบว่าเกือบกึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 40) มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยมีระดับดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 23.0-24.9 กิโลกรัม/เมตร² (ค่าปกติเท่ากับ 18.5-22.9) ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วนจะมีอัตราการเกิดโรคเรื้อรังมากกว่าผู้ที่มีดัชนีมวลกายปกติถึง 4 เท่า (Warburton et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษามากมายที่พบว่าพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่มีระดับดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มาตรฐาน (≥ 23 กิโลกรัม/เมตร²) มักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (วัณพล, 2558; ฌโนมจิตร์, 2557) สำหรับค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวเท่ากับ 87.93 เซนติเมตร (ค่าปกติไม่เกิน 90 เซนติเมตร) และความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (triceps skinfold thickness) เท่ากับ 11.34 มิลลิเมตร (ค่าปกติไม่เกิน 12 มิลลิเมตร) ซึ่งจะเห็นว่าทั้งเส้นรอบเอวและความหนาของไขมันใต้ผิวหนัง (triceps skinfold thickness) นั้นมีค่าเฉลี่ยเกือบเกินค่ามาตรฐานซึ่งเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงการสะสมของไขมันส่วนเกินบริเวณช่องท้องและใต้ผิวหนัง จากการบริโภคอาหารเกินความต้องการ ซึ่งจะทำให้ร่างกายเปลี่ยนสภาพของอาหารที่บริโภคเป็นไขมันสะสมเพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษา ของ ฌโนมจิตร์ (2557) ที่พบว่าพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเกิน โดยมีความสัมพันธ์กับการบริโภคอาหารประเภทไขมันสูง ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มขึ้นของระดับความดันโลหิต หรือโรคไขมันในเลือด เบาหวาน และหัวใจ (สารพี, 2555)

โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษารั้งนี้ มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกับลักษณะของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ซึ่งสามารถเป็นตัวแทนและนำไปอ้างอิงถึงประชากรกลุ่มเป้าหมายได้ ทั้งคุณลักษณะทั่วไปและคุณลักษณะทางคลินิก

2.2.2 การประเมินผลแนวปฏิบัติกำกับการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

การศึกษารั้งนี้พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมกำกับการป้องกันโรคเรื้อรังและค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมในการทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสำหรับข้อมูลด้านคลินิกหลังเข้าร่วมการทดลองพบว่าระดับความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซ็ป (triceps skinfold thickness) และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน ส่วนผลการเปรียบเทียบค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอวและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังการทดลองพบว่าไม่แตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม เมื่อสิ้นสุดการทดลองกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมกำกับการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุภายใต้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ผลจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติดังกล่าว ยืนยันประสิทธิผลในการนำไปใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคเรื้อรังได้ ทั้งนี้ เนื่องจากพระภิกษุสงฆ์สูงอายุส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยผู้สูงอายุตอนต้น (60-69 ปี) ซึ่งมีความเสื่อมของร่างกายน้อยกว่าผู้สูงอายุวัยอื่น จึงสามารถรับรู้และการลงมือปฏิบัติได้ดีกว่า วัยกลางและวัยปลาย (วิมลรัตน์, 2552) นอกจากนี้ ในส่วนของ

ข้อมูลด้านระยะเวลาในการบวชนั้น พบว่า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาเพียง 1-4 พรรษาเท่านั้น ($M = 4.27$, $SD = 2.89$) ซึ่งอาจทำให้มีความไม่มั่นใจในการปรับเปลี่ยนการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้เหมาะสมตามหลักพระธรรมวินัย สอดคล้องกับการศึกษาของ อภิรักษ์ (2549) ที่พบว่าระยะเวลาการบวชที่นานจะมีผลต่อการครองชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ดีกว่ากลุ่มที่มีระยะเวลาการบวชเพียงสั้นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ที่เพิ่งผ่านการบวชไม่นานอาจขาดความรู้ ความเข้าใจด้านพระธรรมวินัยและสามารถนำมาประยุกต์ใช้ดูแลสุขภาพได้ค่อนข้างน้อย ดังนั้น การเสริมทักษะด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามหลักพระธรรมวินัย โดยให้โอกาสได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเองบ้าง ในการเลือกเมนูอาหารตามหลักธงโภชนาการ อาหารโซนสี และการฝึกคำนวณพลังงานอาหาร (Barbieri, 2009 & Spencer, 2010) รวมทั้งการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม (Kelly, 2014) โดยมีคู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังและสมุดบันทึกติดตามผลของการปฏิบัติ (รุ่งตะวัน, 2557) ย่อมทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายได้เหมาะสม (เพ็ญญา, 2555)

นอกจากนี้ ยังมีการติดตามประเมินผลโดยการติดตามเยี่ยมเยียนที่วัดซึ่งเป็นกลยุทธ์สำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างต่อเนื่อง โดยนำประสบการณ์ของความ สำเร็จมาเป็นตัวกระตุ้น จากการศึกษาวิจัยได้มีการติดตามเยี่ยมเพื่อให้คำแนะนำ สะท้อนคิดและสร้างความตระหนักรู้ต่อสุขภาพเป็นรายบุคคลนั้น จะเป็นผลดีในการเปิดโอกาสให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดความสนใจในการซักถาม สร้างบรรยากาศที่ทำให้รับรู้ถึงความห่วงใยและได้รับการดูแลเอาใจใส่จากพยาบาล ซึ่งทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมุ่งมั่น ตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้สำเร็จ (กนกวรรณ, 2554) สอดคล้องกับการศึกษาของธราณี (2551) และ วรรัตน์ (2551) ที่พบว่า การติดตามเยี่ยมนอกจากจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติเพิ่มขึ้นแล้ว การให้คำแนะนำที่ตรงกับสภาพปัญหารายบุคคลจะช่วยให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจและมุ่งมั่น ตั้งใจจนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ดีขึ้น ทั้งนี้แนวคิดของแบนดูรา (Bandura, 1997) ได้ระบุไว้ว่าการที่บุคคลจะรับเอาพฤติกรรมใดไว้นั้นจะขึ้นอยู่กับความคาดหวังในความสามารถของตนเอง (efficacy expectations) และความคาดหวังในผลลัพธ์ (outcome expectation) โดยมีความมั่นใจว่าจะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวได้จึงเลือกกระทำตามพฤติกรรมนั้น ทั้งนี้จากการศึกษา ของวัฒนพล (2558) พบว่าพระภิกษุสงฆ์สูงอายุมักมีการรับรู้ว่าตนเองมีความสามารถมากพอที่จะสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นได้ จึงเกิดความพยายามและตั้งใจลงมือปฏิบัติโดยคาดหวังในผลลัพธ์ที่ตนเองตั้งเป้าหมายไว้ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วหากพระภิกษุสงฆ์ตั้งเป้าหมายใดๆ ไว้แล้วมักจะมีการปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด เนื่องจากพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่ต่างรับรู้ถึงบทบาทการเป็นผู้สืบทอดและเผยแผ่พระพุทธศาสนา โดยเป็นผู้ธำรงคัมภีร์และรักษาศีลอย่างเคร่งครัด หากไม่ปฏิบัติตามที่ทำพันธสัญญาไว้จะเป็นการผิดศีลข้อที่ 4 ในด้าน “สังจวาที” คือการรักษาคำสัตย์ ซึ่งจะทำให้ตนเป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือ น่าเลื่อมใส ศรัทธา (ปัจจุโก) (จงจิตร, 2555) ด้วยเหตุนี้ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจึงมีผลทำให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุมิพฤติกรรมและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคเรื้อรังสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของพิกุล (2551) ที่พบว่าผู้สูงอายุก่อนที่ได้รับการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมรับประทานอาหารสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ธราณี (2551) ยังพบอีกว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนนอกจากจะมีผล

ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารอาหารที่สูงขึ้นแล้วยังส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอีกด้วย

เมื่อกลุ่มตัวอย่างได้ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการติดตามเยี่ยมเพื่อส่งเสริมกำลังใจ ให้คำปรึกษาและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ โดยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย คือ หลังเข้าร่วมแนวปฏิบัติพบว่าระดับความหนาของไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซป (tricept skinfold thickness) และระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมแนวปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากผลการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอทำให้ร่างกายไวต่ออินซูลินและออกอออกฤทธิ์ได้ดีขึ้น (Li & Zhang, 2008) ส่งผลให้ฮอร์โมนอินซูลินดึงน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ดีขึ้น (Erickson, Eliason & Westborg, 2006) ซึ่งอธิบายได้จากการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ลดปริมาณไขมัน ร่วมกับการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอมีผลทำให้เกิดการเผาผลาญไขมันส่วนเกินที่กระจายอยู่ตามเนื้อเยื่อในส่วนต่างๆของร่างกาย เช่น ในช่องท้อง (intra abdominal fat) หรือใต้ผิวหนังให้สลายกลายเป็นพลังงาน ทำให้กล้ามเนื้อกระชับมากขึ้น (American Diabetes Association, 2009)

อย่างไรก็ตาม ภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมในการทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นพบว่าระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว มีค่าเฉลี่ยลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งถ้าพิจารณาจากข้อมูลค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตก่อนการทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ ($M = 124.20/77.93$, $SD.=6.91/6.52$) และภายหลังจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างก็ยังคงสถานะของระดับความดันโลหิตในระดับปกติและยังพบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงอีกด้วย ($M = 122.13/77.03$, $SD.=5.82/7.31$) ซึ่งบ่งชี้ได้ว่าแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มตัวอย่างได้ดี ซึ่งจะเป็นผลดีในการชะลอหรือลดอุบัติการณ์การเกิดโรคความดันโลหิตสูงในอนาคตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของอิริคสัน, อีเรียซัน และเวสเบิร์ก (Erickson, Eliason & Westborg, 2006) ที่พบว่าโปรแกรมการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยการออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้งหรือ 180 นาที/สัปดาห์ ร่วมกับการให้คำแนะนำด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสมจะมีผลทำให้ระดับความดันโลหิตลดลง 2-5 มิลลิเมตรปรอทต่อสัปดาห์ โดยแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นนี้นอกจากจะมีการพัฒนาภายใต้แนวคิดที่เหมาะสมกับบริบทของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุแล้ว ยังมีคู่มือป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมความรู้และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภาพ ดังที่ถนอมจิตร (2557) ได้ทำการทดสอบประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการแพทย์ในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในคลินิกสงฆ์อาหารพบว่าคู่มือเป็นสื่อให้ความรู้ที่ช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุได้ทบทวนด้วยตนเอง สามารถจดจำและเข้าใจสิ่งต่างๆได้ดียิ่งขึ้นและส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ดีขึ้นและลดระดับความดันโลหิตได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผลลัพธ์ภายหลังจากการทดลองใช้แนวปฏิบัติในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุก่อนการทดลองพบว่ามีค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิตินั้น ถ้าพิจารณาจากข้อมูลค่าเฉลี่ยของดัชนีมวลกายหลังทดลองใช้แนวปฏิบัติ พบว่ามีค่าเฉลี่ยลดลงจากเดิม 0.03 กก./ม^2 กิโลกรัม/เมตร² และค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวมีค่าเฉลี่ยลดลง (0.07 เซนติเมตร) เช่นเดียวกัน ซึ่งเป็นแนวโน้มที่ดีในการป้องกันการเกิดโรคเรื้อรัง เพราะถึงแม้จะมีค่าลดลงไม่มากพอที่จะเป็นผลต่างในการวิเคราะห์เชิงสถิติ แต่ค่าเฉลี่ยที่พบจัดอยู่ในกลุ่มผู้มีน้ำหนักเกินเท่านั้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกนิยามว่าคนเอเชียที่มีภาวะอ้วน คือ ผู้ที่มีระดับดัชนีมวลกายมากกว่า 30 กก./ม^2 ขึ้นไป (WHO, 2004) ส่วน

ค่าเฉลี่ยของเส้นรอบเอวนั้นอยู่ในระดับปกติ ($M = 89.70$, $SD = 8.13$) คือไม่เกิน 90 เซนติเมตร (กรมอนามัย, 2550) โดยสรุปจะเห็นว่าพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่เข้าร่วมในการทดลองใช้แนวปฏิบัติ อาจยังต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไปอีกสักระยะ จึงจะเป็นผลต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอว เช่นเดียวกับการศึกษาของ กนกวรรณ (2554) ที่พบว่าต้องใช้เวลาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมถึง 16 สัปดาห์จึงจะมีผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อสิ้นสุดการทดลองใช้แนวปฏิบัติ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมในกิจกรรมป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุภายใต้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในระดับมากที่สุด ($M = 8.43$, $SD = .97$) โดยกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งให้คะแนนความพึงพอใจในระดับ 9 และ 10 คะแนน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการให้การดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรัง ทำให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุเกิดความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับในระดับมากที่สุดนี่อาจเป็นเพราะแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นได้มีการบูรณาการภายใต้ปรัชญาศาสนาพุทธซึ่งมีพระธรรมวินัยเป็นกรอบในการปฏิบัติ ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ให้ผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุและแนวคิดการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่มุ่งการเสริมสร้างความตระหนักและความมุ่งมั่น ตั้งใจ จนเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เช่นเดียวกับสุพัชรินทร์ (2556) ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมไว้ว่าในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังให้เกิดประสิทธิภาพนั้น ต้องประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีและปรัชญาต่างๆ ให้เหมาะสมกับบริบทและวัฒนธรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายในแต่ละพื้นที่ นอกจากนี้ แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ ได้ผ่านกระบวนการและขั้นตอนในการตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ โดยผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้พิจารณาแล้วว่าแนวปฏิบัตินี้มีความน่าเชื่อถือและมีความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ โดยมีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาสูงถึง 0.93 (Polit & Beck, 2012) สอดคล้องกับ บุญใจ (2551) ที่ระบุว่าแนวปฏิบัติที่มีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับสูง แสดงให้เห็นถึงการวิเคราะห์ปัญหาในคลินิกได้ตรงประเด็น เลือกลักษณะเชิงประจักษ์ได้เหมาะสมกับบริบทของการปฏิบัติและวิเคราะห์ได้ว่าหลักฐานที่นำมาใช้นั้นมีความเหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้ใช้บริการ

สำหรับกิจกรรมตามแนวปฏิบัตินี้ได้มุ่งเน้นให้กลุ่มตัวอย่างเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนรู้ ได้แก่ การร่วมวางแผนการปฏิบัติ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ปัญหา อุปสรรคของการปฏิบัติ รวมทั้งการเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้เรียนรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นซึ่งส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติและสามารถเรียนรู้ได้เพิ่มขึ้น (สมจิต, 2544) นอกจากนี้ยังพบว่าคู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุเป็นสื่อให้ความรู้ที่จะช่วยให้พระสงฆ์สูงอายุได้ทบทวนด้วยตนเองสามารถจดจำและเข้าใจสิ่งต่างๆ ได้ดียิ่งขึ้น อันจะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น รวมทั้งยังมีความพึงพอใจต่อการได้เข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มขึ้นอีกด้วย (ถนอมจิตร, 2557) ซึ่งคู่มือที่ใช้ในการศึกษานี้ ต่างได้รับการสนับสนุนจากผู้ทรงคุณวุฒิว่ามีสีสันสวยงาม น่าอ่าน และเนื้อหากระชับ โดยก่อนนำไปใช้จริงกับกลุ่มตัวอย่างได้ปรับปรุงคู่มือตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ อาทิ ขนาดของตัวหนังสือ และการทำกล่องข้อความแสดงจุดเน้นที่สำคัญเพื่อให้เกิดความเหมาะสมก่อนนำไปใช้ นอกจากนี้กระบวนการเยี่ยมเยียนที่วัดเป็นกิจกรรมที่มีส่วนสำคัญที่ทำให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความพึงพอใจ โดยนอกจากจะเป็นการส่งเสริมทักษะ การประเมินความสามารถ และข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพ โดยการร่วมวิเคราะห์และวางแผนเพื่อตั้งเป้าหมายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเรื้อรังรายบุคคลแล้ว ยังเป็นการส่งเสริมกำลังใจให้กับกลุ่มเป้าหมายเมื่อสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดความ

มั่นใจ ความพึงพอใจในการปฏิบัติและสามารถคงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมนั้นอย่างต่อเนื่อง (วรรัตน์, 2551) อีกทั้งยังทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกที่ดีต่อการได้รับการดูแล (ถนอมจิตร, 2557) จากปัจจัยต่าง ๆ ดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จึงทำให้พระสงฆ์สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการดูแลตามแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในระดับมากที่สุด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) ระยะนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 4 ส่วน คือ 1) แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ 2) คู่มือและสมุดบันทึกสำหรับพระภิกษุสงฆ์ 3) แบบสอบถามพฤติกรรมและสมรรถนะในการป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ 4) แบบประเมินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาล และ 5) แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมายหลังได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ราย ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในระดับที่สูงมาก (แนวปฏิบัติ = .95; คู่มือและสมุดบันทึก = .93; แบบสอบถามพฤติกรรมและสมรรถนะ = 1.0; แบบประเมินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ = 1.0) แล้วนำไปหาค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังและการนำแนวปฏิบัติไปใช้ได้ทดสอบด้วยวิธีทดสอบซ้ำห่างกัน 1 สัปดาห์ ในพระภิกษุสงฆ์ 10 รูป ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องในการวัดสองครั้งเท่ากับ ร้อยละ 90.49 และร้อยละ 100 ตามลำดับ

ผลการวิจัยพบว่า

1. องค์ประกอบของแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบของกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ 1) การสร้างความตระหนักและเห็นคุณค่าในตนเองของผู้สูงอายุ 2) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง และ 3) การติดตามประเมินผล โดยครอบคลุมพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรัง ด้านการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย นอกจากนี้ ยังมีคู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังและสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ เป็นเครื่องมือสำคัญในการส่งเสริมทักษะและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของกลุ่มเป้าหมาย

2. ผลการนำแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยไปใช้เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ สามารถสรุปผลที่เกิดกับพระภิกษุสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (N=30) ได้ดังนี้

2.1 ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 3.21$, $SD = .15$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วม ($M = 3.05$, $SD = .20$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.2 ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการป้องกันโรคเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M = 4.18$, $SD = .36$) สูงกว่าก่อนเข้าร่วม ($M = 4.06$, $SD = .35$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

2.3 ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ภายหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม สามารถสรุปได้ ดังนี้

2.3.1 ระดับความหนาไขมันใต้ผิวหนังบริเวณกล้ามเนื้อไตรเซป (tricept skinfold thickness) หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=11.13$, $SD=.155$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม ($M=11.34$, $SD=1.65$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

2.3.2 ระดับน้ำตาลในเลือด หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=88.42$, $SD=8.73$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม ($M=93.93$, $SD=15.07$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

2.3.3 ดัชนีมวลกาย หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=23.56$, $SD=1.97$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม ($M=23.59$, $SD=1.97$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

2.3.4 เส้นรอบวงเอว หลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=89.70$, $SD=8.13$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม ($M=89.77$, $SD=8.32$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

2.3.5 ระดับความดันโลหิตหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($M=122.13/77.03$, $SD=5.82/7.31$) ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วม ($M=124.20/77.93$, $SD=6.91/6.52$) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

2.4 ความพึงพอใจของการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุกลุ่มตัวอย่างในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (ร้อยละ 100)

เงื่อนไขการนำไปใช้

ควรมีการเตรียมความพร้อมพยาบาลผู้ที่จะนำแนวปฏิบัติไปใช้ เกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการรวมทั้งเครื่องมือต่างๆ ที่ต้องใช้ในแต่ละระยะ เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และลดความผิดพลาดในการปฏิบัติ

ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. ระยะเวลาในการศึกษาสั้นเพียง 8 สัปดาห์ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยเท่านั้น จึงยังไม่สามารถยืนยันความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างได้
2. เป็นการศึกษาในกลุ่มเดียวแบบวัดซ้ำก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมทำให้ขจัดปัจจัยแทรกซ้อนที่มีผลต่อความตรงภายในและภายนอก เช่น วุฒิภาวะ (maturation) หรือเหตุการณ์พ้อง (history) ที่เปลี่ยนไปตามเวลาหรือสถานการณ์ ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรตามได้

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า แนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยที่ได้พัฒนาขึ้นนั้นสามารถส่งเสริมพฤติกรรมและสมรรถนะแห่งตนในการ

ป้องกันโรคเรื้อรังให้ดีขึ้น รวมทั้งทำให้มีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพไปในทิศทางที่ดีขึ้น ซึ่งรูปแบบดังกล่าวก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งต่อพระภิกษุสงฆ์สูงอายุและทีมสุขภาพ กล่าวคือ ช่วยให้พระภิกษุสงฆ์สูงอายุมีความรู้ มีความมั่นใจ สามารถดูแลตนเองได้เพิ่มขึ้นและคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่เหมาะสม อีกทั้งยังอาจเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของทีมสุขภาพ ดังนั้น จึงขอเสนอแนะให้มีการนำความรู้จากการวิจัยครั้งนี้ไปประยุกต์ใช้ และทำการวิจัยครั้งต่อไป ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ แบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านการศึกษาพยาบาล และด้านการบริหารการพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิสามารถนำแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการเสริมสร้างความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ ซึ่งจะเกิดผลดีในการป้องกันหรือชะลอการเกิดโรคเรื้อรังได้
2. หน่วยบริการสุขภาพพระดับปฐมภูมิสามารถนำแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยไปใช้ โดยสนับสนุนให้ทีมสหวิชาชีพ อาทิ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัดหรือผู้รับผิดชอบกิจกรรม “วัดส่งเสริมสุขภาพ” เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดบริการสุขภาพพร้อมกับการใช้แนวปฏิบัติและติดตามประเมินผลการปฏิบัติพร้อมทั้งปรับปรุงเพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและค้นหาปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น รวมทั้งหาแนวทางป้องกันแก้ไขเพื่อให้การดูแลประชากรกลุ่มนี้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือสำนักงานพระพุทธศาสนาสามารถนำแนวปฏิบัตินี้ไปใช้ในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่กระจายอยู่ทั่วประเทศให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังอย่างเหมาะสม

ด้านการศึกษาพยาบาล

สถาบันการศึกษาด้านการแพทย์ การพยาบาลหรือด้านสาธารณสุขสามารถนำกิจกรรมหรือกระบวนการตามแนวปฏิบัตินี้ไปสอดแทรกในกิจกรรมการเรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง อาทิ รายวิชาการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยหรือรายวิชาการพยาบาลชุมชน เป็นต้น

ด้านบริหารการพยาบาล

1. หัวหน้าหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิควรสนับสนุนให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน รวมทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง นำแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่รับผิดชอบ

2. หน่วยงานระดับนโยบายด้านสุขภาพ โดยเฉพาะสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ควรมีการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบุคลากรดำเนินงานในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์สูงอายุและมีการประกาศนโยบายสาธารณะที่ชัดเจน โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างทีมสหวิชาชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุก่อนหน้านี้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการออกแบบการศึกษาที่มีการติดตามในระยะยาว เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังหลังจากเข้าร่วมแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

2. ควรมีการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวปฏิบัติ โดยการเปรียบเทียบแบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของผลการศึกษา รวมทั้งควรมีการประเมินความคุ้มค่าของแนวปฏิบัติดังกล่าวร่วมด้วย

3. ควรมีการศึกษาวิจัยทำนองเดียวกันในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองทำนองเดียวกับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังกลุ่มนี้ เพื่อสามารถนำผลการทดสอบไปยืนยันความตรงของทฤษฎีที่ใช้ รวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ที่สามารถนำมาบูรณาการเพื่อการสรุปอ้างอิงได้กว้างขวางยิ่งขึ้น

4. ควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติเพื่อเพิ่มความสามารถในการนำไปใช้ โดยประยุกต์กระบวนการ ขั้นตอนของกิจกรรมตามแนวปฏิบัติให้เหมาะสมตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน โดยอาจจัดเสวนาร่วมกับพยาบาลและทีมสุขภาพ เพื่อรับข้อคิดเห็น หรือข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมในการนำไปใช้ ต่อไป

5. ควรมีการนำเสนอต่อผู้บริหารของหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้การสนับสนุน และบูรณาการแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นนี้ เข้าไว้ในกิจกรรมพัฒนาคุณภาพการป้องกันโรคเรื้อรังในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- กาญจนา พิบูลย์, วัลลภ ใจดี และ เกษม ไข่มุก่องกิจ. (2558). การศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*. 23(2), 1-19.
- กนกวรรณ ศิลปกรรมพิเศษ. (2554). ผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 25(3), 31-47.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *พิชิตอ้วน พิชิตพุง*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึก.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2555). *วัดส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดและการดำเนินงาน*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพผ่านศึก.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *รายงานการพัฒนาระบบการดูแลรักษาสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ครบวงจร* ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2559, ค้นจาก http://www.moph.go.th/ops/iprg/include/admin_hotnew/show_hotnew.php?
- กองวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย. (2555). *คู่มือการทดสอบสมรรถภาพทางกายประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนิเวศไทยมิตรการพิมพ์ จำกัด.
- กาญจนา คงชนะ. (2557). *การพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพสตรีตั้งครรภ์ด้วยโยคะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ขวัญหทัย ไตรพีช. (2553). การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 . *รามาศิลป์วารสาร*. 16(2). 259-261.
- จงจิต เสน่หา. (2551). พระธรรมวินัยของพระพุทธศาสนากับพฤติกรรมสุขภาพ. *วารสารพยาบาลศาสตร์*. 26(1), 1-12.
- จันทิรา ชัยสุขโกศล. (2552). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จาริณี ยศปัญญา, และวันเพ็ญ ศิวารมย์. (2550). *รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์กรรวมของพระภิกษุสามเณรวัดส่งเสริมสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น*. รายงานการวิจัย. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ขอนแก่น.
- จิตราพันธ์ กุลทนต์. (2551). *การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ที่เป็นเบาหวานที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- จิราภรณ์ ธิโป. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการทำแผลอุบัติเหตุในโรงพยาบาล
จอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- จุฑาทวี วงษ์สมบัติ. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปฏิบัติพฤติกรรม
ส่งเสริมสุขภาพต่อเส้นรอบเอว ดัชนีมวลกาย และความดันโลหิตสูงของผู้ใหญ่ที่มีน้ำหนักตัว
เกิน. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,
กรุงเทพมหานคร.
- ฉวีวรรณ ทองสาร. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการจัดการตนเองในการบริโภค
อาหารของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้. สารนิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์, นครศรีธรรมราช.
- ฉวีวรรณ บุญาน. (2552). การพัฒนาโปรแกรมการควบคุมอาหารเพื่อการดูแลตนเองและควบคุม
ระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ศูนย์สุขภาพชุมชนหนองแสน
รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ.
มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชาลิตา พรหมทอง, พิณีจ ปรีชานนท์, ศรารวรรณ ภาวพัฒนานุสรณ์, ศรีสุวรรณ ชูกิจ และกานดา กาญจนโพธิ์.
(2551). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่อง การ
พยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด. *รามารัตน์พยาบาลสาร*,
14(1), 42-53.
- ฐานิชญาน์ หาญณรงค์. (2553). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองต่อความสม่ำเสมอในการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ณัฐพร กกสูงเนิน. (2552). ผลของโปรแกรมการลดน้ำหนักต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการลด
น้ำหนัก พฤติกรรมการลดน้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบวงเอวของหญิงก่อนวัยทองที่
มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวช
ปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์. (2556). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ *วารสารวิทยาศาสตร์และ
เทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร*, 3(3), 8-11.
- ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์. (2554). ผลของการพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรค
ความดันโลหิตสูง. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 29 (ฉบับเสริม 2), 93-102.
- ดาวลอย กลิ่นศรีสุข. (2551). การเสริมศักยภาพเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้านการบริโภค
อาหารและการออกกำลังกายในผู้ใช้บริการที่มีภาวะอ้วนลงพุง. ศูนย์อนามัยที่ 6, ขอนแก่น.

- เดชา บัวเทศ. (2553). *สุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลางตอนบน*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, มหาสารคาม
- ถนนอมจิตร ปินตาปิน. (2557). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติการจัดการทางการพยาบาลในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง คลินิกสงฆ์อาพาธ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- ธรรมบุญ ครอบบุญเรือง. (2553). *พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย. ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สาขาวิชาพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.*
- ธีรานี โหมมขุนทด.(2551). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.*
- นงนุช เทพวรรณ. (2555). *การพัฒนาคู่มือดูแลตนเองในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.*
- นภาพร รุจิเสถียร. (2552). *ความสัมพันธ์ของการแสดงออกต่อความเจ็บป่วยและความเชื่อเกี่ยวกับการรับประทานยาควบคุมเบาหวานอย่างสม่ำเสมอของผู้ที่เป็นเบาหวาน ชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.*
- นัยนา เมธา. (2549). *ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2550). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์ มีเดีย.*
- บุญญามณี วัฒนศรีทานัง. (2545). *การพัฒนาการสอนการควบคุมอาหารผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ไม่พึ่งอินซูลิน แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลภูเรือ จังหวัดเลย. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.*
- บุญฤทธิ์ ประสิทธิ์นราพันธ์. (2547). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมด้านการบริโภคของพระสงฆ์ในเขตภาคเหนือ. ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.*
- เบญจมาศ ถาดแสง. (2554). *ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมการจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.*

- ปิ่นนคร ชัชวรัตน์. (2553). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดพะเยา*. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี พะเยา, พะเยา.
- ปานจิตร โชคพิชิต, จิราพร ชลาธิรักษ์, จริญญา ตันติธรรม และ สวรรณี เลิศตระกูล. (2551). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกการดูแลผู้ป่วยที่มีสายสวนหลอดเลือดดำชนิดฝังใต้ผิวหนัง. *วารสารพยาบาลศาสตร์ รามาธิบดี*. 14(1), 3-5.
- ปาริฉัตร พงษ์หาร, จรรยา สันตยากร, ปกรณ์ ประจัญบาน, และวิโรจน์ วรรณภริช. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงของอาสาสมัครสาธารณสุข. *วารสารพยาบาลและสุขภาพ*. 5(3), 55-57.
- ปิ่นนเรศ กาศอุดมและมณฑนา เหมชะญาต. (2554). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลบางกะจะ อำเภอเมือง จังหวัดจันทบุรี. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*. 22(2), 62-64.
- บุญยวีร์ ประเสริฐไทย, จอม สุวรรณโณ, และจิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. (2553). ผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง. *วารสารสภาการพยาบาล*. 25(4), 80-95.
- พรนภา ไชยอาสา. (2550). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวาน* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พระครูวิธานกิจโกศล. (2557). *บทบาทของพระสังฆาธิการในการบริหารงานวัดพัฒนาตัวอย่างในเขตการปกครองคณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี*. ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารจัดการคณะสงฆ์) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, พระนครศรีอยุธยา.
- พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทธิ). (2552). *การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ที่ปรากฏในพระไตรปิฎก*. วิทยานิพนธ์สาขาวิชาพระพุทธศาสนา หลักสูตรพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, พระนครศรีอยุธยา.
- พระพิพัฒน์ อภิวฑฒโน (2554). *การศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่*. ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพระพุทธศาสนา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตแพร่, แพร่.
- พระมหาจรรยา สุทธิญาโณ. (2550). *พระพุทธศาสนากับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระเยื้อง ปั่นแห่งเพชร. (2540). *การบริโภคปัจจัย 4 ของพระภิกษุสงฆ์:ข้อพิจารณาทางจริยธรรม*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาปรัชญา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- พัชรี เชื้อทอง. (2548). ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พิกุล อุทธิยา. (2557). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นครรภ์แรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พิชญ์วรา พันธุ์พิทย์แพทย์. (2550). ประสบการณ์การปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุ: กรณีศึกษา ณ อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- พิทยา จารพูนผล, สุพร อภินันทเวช, โชคชัย หมั่นแสงทรัพย์, และอัญชลี สุขเสวก. (2548). สุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสาธารณสุข, 19(1), 17-28.
- พินิจ ลาภอนานนท์. (2554). สุขภาวะของพระสงฆ์ ปี 2554 (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพมหานคร : เท็กซ์ แอนเจอร์นอล พับลิเคชั่น.
- เพ็ญญา มะหะหมัด. (2555). การพัฒนาโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายสำหรับสตรีมุสลิมที่มีภาวะเมตาบอลิกซินโดรม. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ไพเราะ ประทุมพร. (2555). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนโดยใช้กระบวนการกลุ่มในการปรับพฤติกรรมควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.
- ภัทรพล ต้นเสถียร. (2550). คุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังที่มารับบริการทางการแพทย์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชางานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- มูลนิธิ ๕๐ พรรษามหาชिरาลงกรณ์. รายงานผลการดำเนินงาน โครงการวิเคราะห์ข้อมูล การคัดกรองสุขภาพพระภิกษุ สามเณรในภาพรวม ๗๗ จังหวัด ทั่วประเทศ, โครงการหน่วยแพทย์เคลื่อนที่สำหรับพระภิกษุ สามเณร ในพระบรมราชูปถัมภ์ เฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว เนื่องในโอกาสพระราชพิธีมหามงคลเฉลิมพระชนมพรรษา ๗ รอบ ๕ ธันวาคม ๒๕๕๔.
- ยุพยง พรหมโบล. (2548). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่มารับบริการ ณ หน่วยหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร. วารสารกรมการแพทย์, 30(3), 148-156.
- ยุพา จิวพัฒนกุล. (2556). การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสมาชิกในครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์. 30(1), 80-90.

- ยุพา จิวพัฒนกุล.(2555). ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายโดยการแกว่งแขนร่วมกับครอบครัวต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 31-35.
- ยุภา เทอดอุดมธรรม. (2547). *การศึกษาหลักพุทธธรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมทำให้การพยาบาลตามบทบาทเชิงวิชาชีพ : กรณีศึกษาพยาบาลวิชาชีพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี*.ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาพระพุทธศาสนา) มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, พระนครศรีอยุธยา.
- รุ่งตะวัน สุขใสว. (2557). *การพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมการเตือนตัวเองด้วยการบันทึกอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เรวัฒน์ เอกวุฒิวงศา. (2555). จิตวิญญาณของพระภิกษุอาพาธ. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 35(3), 100-108.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2551). *เวชระเบียนและงานสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์*. โรงพยาบาลสงฆ์, กรุงเทพมหานคร.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2552). *แนวทางเวชปฏิบัติการให้โภชนบำบัดในพระสงฆ์อาพาธโรคเบาหวาน*. นนทบุรี: สันทนาการพิมพ์ จำกัด.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2556). *แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกาย การออกกำลังกายในพระสงฆ์*. นนทบุรี: สันทนาการพิมพ์ จำกัด.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2557). *รายงานสถิติผู้ป่วยใน สถิติผู้ป่วยนอก สถิติหน่วยงาน*. เวชระเบียนและงานสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์, กรุงเทพมหานคร.
- โรงพยาบาลสงฆ์. (2558). *รายงานสถิติผู้ป่วยใน สถิติผู้ป่วยนอก สถิติหน่วยงาน*.เวชระเบียนและงานสถิติ กลุ่มงานวิชาการ โรงพยาบาลสงฆ์, กรุงเทพมหานคร.
- ลลิตา ยะฝา. (2553). *ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและการปฏิบัติตัวด้านสุขภาพของผู้ป่วยมุสลิมโรคความดันโลหิตสูง*.ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- วันดี ใจเสน. (2551). *การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับวิธีการควบคุมโรคในบุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2*. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย และคณะ. (2553). *การสร้างเสริมสุขภาพ : แนวคิด หลักการและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่ 2), สมุทรปราการ : บริษัท คอมเมอร์เชียล เวิลด์ มีเดีย จำกัด.
- วรรณภา นิติมงคลชัย. (2552). *ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดกาฬสินธุ์*. กาฬสินธุ์: โรงพิมพ์กาฬสินธุ์การพิมพ์.

- วรรณรัตน์ สุขคุ้ม. (2551). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการควบคุมน้ำหนักต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคขนาดของรอบเอว และค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุที่มีภาวะอ้วน. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- วราลี วงศ์ศรีชา. (2554). ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานในเขตพื้นที่โรงพยาบาลนาแก จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วัฒนพล ดิงชู่กุล. (2555). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- วีระศักดิ์ พงศ์พิริยะไมตรี. (2553). ผลการฝึกสมาธิแบบอานาปานสติและการดูแลตนเองที่บ้านที่มีต่อความเครียดในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศรันยา ดีสมบุญ. (2555). โปรแกรมกิจกรรมทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านของผู้สูงอายุ. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ศิริพร ศิริกาญจนโกวิท. (2553). การศึกษาเปรียบเทียบผลของการเดินแบบหนักสลับเบาและแบบต่อเนื่องที่มีต่อสุขสมรรถนะของหญิงสูงอายุ. วารสารวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 4(2), 25-30.
- ศุภย์สมเด็จพะสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี. (2548). คู่มือแนวทางการดูแลรักษาโรคอ้วน. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สกุรัตน์ อัสวโกสินชัย, จารุวรรณ แสงเพชร, วราภรณ์ รุ่งสาย. (2553). ผลของการส่งเสริมสุขภาพด้วยการออกกำลังกายด้วยยางยืดต่อการทรงตัวและการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า, 28(2), 20-21.
- สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2557). การทบทวนวรรณกรรม สถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. นนทบุรี: อาร์ต ควอลิไฟท์การพิมพ์.
- สมพล วิมาลา. (2540). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.

- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5. (2555). *มติที่ 3 พระภิกษุสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ*. ค้นเมื่อ 1 มกราคม พ.ศ. 2557, จาก <http://nha2009.samatcha.org/>
- สารพี แสงเดช. (2555). แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูงในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*. 35(1). 39-46.
- สุนันท์ แสงทรัพย์และวิญเพ็ญ แก้วปาน. (2554). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครนายก. *วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคกลาง*, 26(4), 17-18.
- สุนิดา อรรถอนุชิต. (2552). *การพัฒนาและการประเมินประสิทธิภาพแนวปฏิบัติการพยาบาลในการประเมินสภาพแรกรับผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บหลายระบบที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอุบัติเหตุโรงพยาบาลปัตตานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุนิตย์ สังข์ไพฑูรย์. (2557). *การพัฒนาคู่มือสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับครัวเรือนชนบทไทย*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- สุปรีดา อุดุลยานนท์. (2556). *ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจากมุมมองระบาคติวิทยาสังคม*. ค้นเมื่อ 1 มีนาคม 2558, จาก <http://social-agenda.org/article/598>.
- สุมาลี วัจนากร, ชูติมา ผาติดำรงกุล, ปราณิ คำจันทร์. (2551). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- สุมินตรา มาเมือง. (2545). *ภาวะโภชนาการและพฤติกรรมการณ์กัดตาดอาหารของพระสังฆาธิการที่ศึกษาอยู่ที่มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่ อำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่*. ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- สุรพล อริยะเดช. (2555). ผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของข้าราชการอำเภอปลวกแดง จังหวัดระยอง. *วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า*, 29(3). 205-213.
- สุวัฒน์ รักขันโท, อเนก คงขุนทด, และสุมาลัย กาญจนะ. *พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุในเขตภาคใต้ตอนบน*. โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี, สุราษฎร์ธานี.
- สุวิมล พลวรรณ. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรังจังหวัดสระบุรี ประเทศไทย*. ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สุวิมล สังฆมณี. (2549). *การดูแลตนเองด้านโภชนาการของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่บ้านไทยพัฒนา อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น*. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการโภชนาการชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- เสาวณีย์ ขวานเพชร, พัทธราณี ภูวัตกุล, มันทนา ประทีปะเสน, นิรัตน์ อิมามี และ ฉวีวรรณ บุญสุยา. (2554). ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารเพื่อควบคุมความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเด่นชัย จังหวัดแพร่. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์. ฉบับพิเศษ*, 9-20.
- อภิชาติ อธิพิทยาภรณ์. (2550). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเกี่ยวกับการควบคุมอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาเวชปฏิบัติครอบครัว มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- อภิรักษ์ คำเสนาะ. (2549). *การครองชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอเมืองอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- อรพรรณ โตสิงห์. (2555). *การปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)*. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่องการปฏิบัติการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. โรงพยาบาลระยอง, ระยอง.
- อุสาร์ รุจิระวิโรจน์. (2551). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อลดอุบัติการณ์การเกิดหลอดเลือดดำส่วนปลายอักเสบ ในผู้ป่วยที่ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำส่วนปลาย. *รามาศิษย์วารสาร*. 45(2). 45-47.
- American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2009. *Diabetes Care*. 2009; 32(1), 13-16.
- Bandura, A. (1997). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Barbieri, M., (2009). *Extracurricular activities*. New York, NY: St.Martin's Press.
- Di Noia, J., & Prochaska, J. O. (2010). Dietary Stages of Change and Decisional Balance: A Meta-Analytic Review. *Am J Health behavior*. 34(5), 618-632.
- Durnin, J., Womersley, J. Body fat assessed from total body density and its estimation from skin fold thickness: On 481 men and women aged from 16-72 years. *British Journal of Nutrition*. 32(3), 44-96.
- Eriksson, M., Westborg, C., & Eliasson, C. (2006). A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors The Bjorkna study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34(1), 453-461.
- Frank, B., Hu. (2006). Intake of sugar-sweetened beverages and weight gain: a systematic review. *Am J Clin Nutr*, 84(2), 274-288.
- Joanna Briggs Institute. (2014). *JBI Levels of Evidence and Grades of Recommendation*.

- Joint National Committee. (2006). the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure (*JNC VII*). *Hypertension*, 42(6), 2106-2152.
- Kazdin, A.E. (1974). Reactive self-monitoring : The effects of response desirability, goal setting and feedback. *Journal of Consulting and Clinical Pschoology*, 42(1), 704-714.
- Kelley, GA. (2014). Walking, lipid, and lipoprotein: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Preventive Medicine*, 38(5), 651-661.
- Landis., J, Koch., G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics Journal*, 33(4), 59–74.
- Landis, J.R., & Koch, G. (1977). *The measurement of observer agreement for categorical*
- Li, Zhang. (2008). *The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study*. *Lancet*, 31(626), 1783-1789.
- MENG, X., QIAN, N. and YARED, P. (2010). The Institutional Causes of China- Great Famine. NBERWorking Paper. 163(1), 1959-1961.
- Miller,C.A. (1995). Nursing care of older adult theory and practice. Philadelphia: JB.
- Munden, J. (2007). *Diabetes mellitus; a guide to patient care*. The United States of America: Lippincott Williams & Wilkins.
- National Health and Medical Research Council. (2001). A guideline to the developmental implementation and evaluation of clinic al practice guidelines. Retrieved from <http://www.nhmrc.gov.au/ /publications /cp30.pdf>
- Parillo,M.,Riccardi,G. (2004). Diet composition and the risk of type 2 diabetes: epidemiological and clinical evidence. *The British Journal of Nutrition*. 92(1), 7-9.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 9th Edition, Lippincott, Philadelphia. Retrieve from <http://www.Joannabriggs.com>.
- Pryde, M . M.,& Kannel, W. B. (2011). Efficacy of dietary behavior modification for preserving cardiovascular health and longevity. *Cardiology Research and Practice*, 2011, 1-8.
- Shearer, N., Fleury, J., Ward, K. A., & O'Brien, A. M. (2012). Empowerment Interventions for Older Adults. *Western Journal of Nursing Research*, 34(1), 24-51.
- Teixeira, CV. (2012). Effect of square-stapping exercise and basic exercises on functional fitness of older adults. *Japan Geriatrics Society*.

Thomas, D., & Elliott, E. (2009). *Low glycaemic index or low glycaemic load diets for diabetes mellitus. The Cochrane Library.*

Tuomilehto, J., Lindstrom, J., & Eriksson, J. (2010). Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *The New England journal of medicine.* 34(5), 1343-50.

Warburton, D.E., Gledhill, N., & Quinney, A. (2010) The effects of changes in musculoskeletal fitness on health. *Can J ApplPhysiol*, 26 (2), 161-176.

WHO. (2004). expert consultation. *Appropriatebody-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies.*

World Health Organization. (2011).Global status report on noncommunicable diseases 2010. Retrieved from <http://www.who.int/nmh>.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
การคำนวณขนาดอิทธิพล

การคำนวณขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดอิทธิพลความแตกต่าง จากสูตรของโคเฮน(Cohen, 1998)

การคำนวณหาค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากสูตร

$$\text{effect size} = \frac{\bar{X}_C - \bar{X}_E}{\sqrt{(SD_C^2 + SD_E^2)/2}}$$

จากการศึกษาของ วัฒนพล (2555) เรื่องโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและดัชนีมวลกายของพระภิกษุสงฆ์ที่มีภาวะอ้วน

$$\begin{aligned} \text{effect size} &= \frac{39.58 - 29.82}{\sqrt{(2.11^2 + 2.56^2)/2}} \\ &= 0.90 \end{aligned}$$

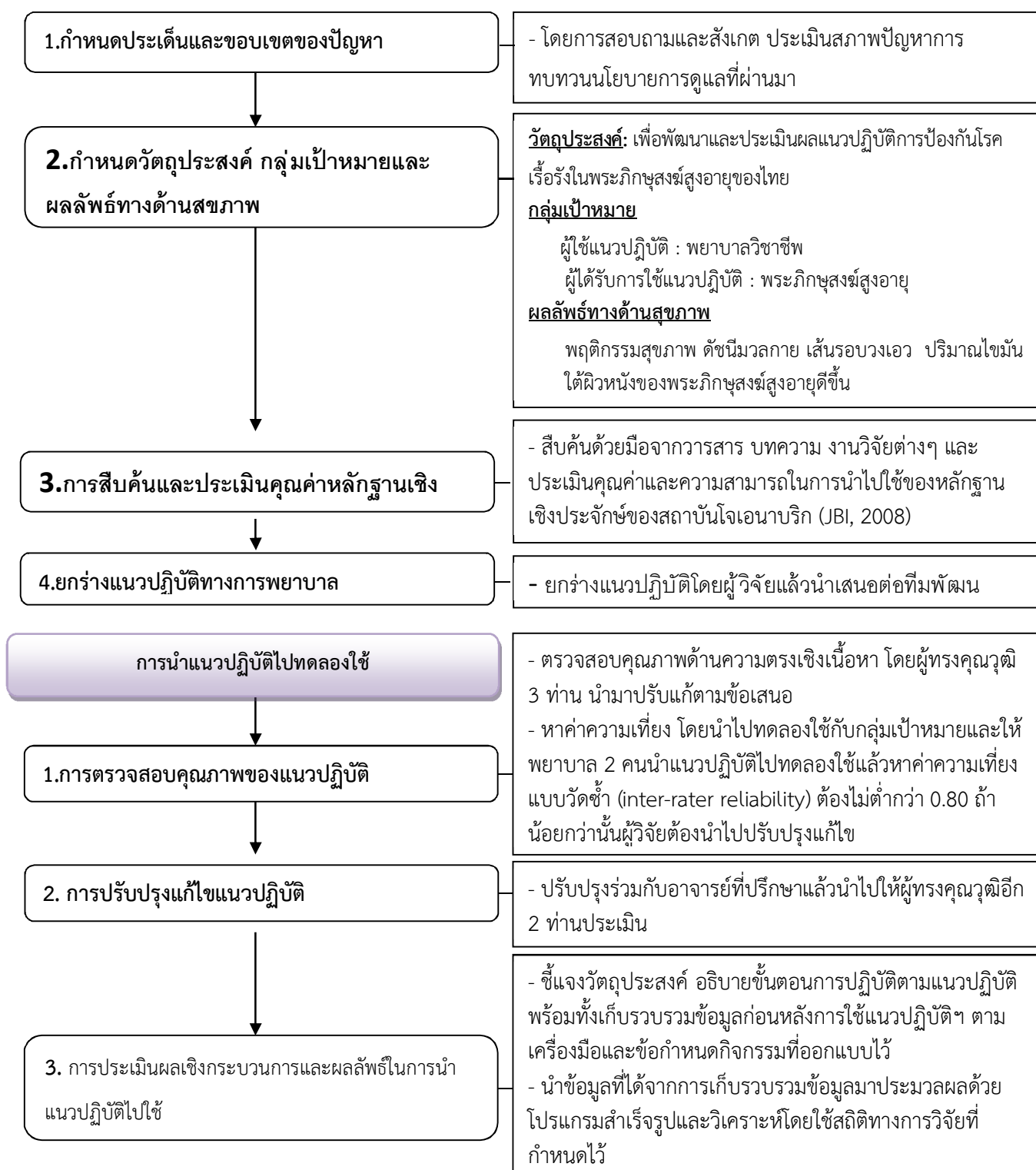
ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ .90 ซึ่งเป็นการกำหนดค่าอำนาจการทดสอบที่มาก และศึกษาในกลุ่ม ตัวอย่างที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้กำหนดค่าขนาดอิทธิพล เท่ากับ .80 เมื่อเปิดตาราง โดยกำหนด ระดับความเชื่อมั่นที่ .05 อำนาจการทดสอบ (power) เท่ากับ .80 (Cohen, 1988) จะได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 ราย ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กลุ่มตัวอย่าง 30 ราย

ภาคผนวก ข โครงสร้าง / กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ขั้นตอน

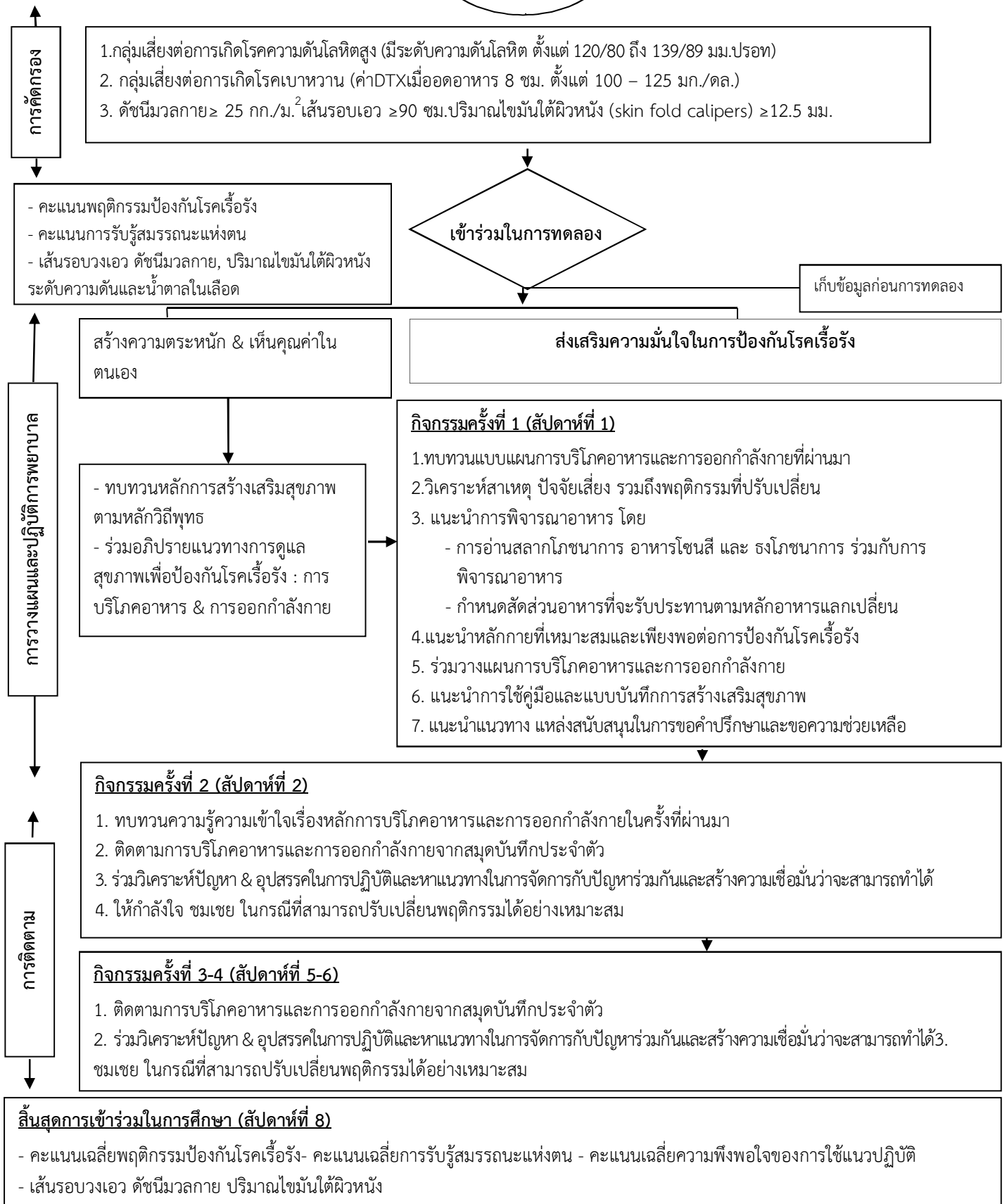
วิธีดำเนินการ



ตารางการวิเคราะห์ Blue Print การพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับ
พระภิกษุสงฆ์ของไทย

องค์ประกอบ	การบริโภคอาหาร	การออกกำลังกาย
การให้คำแนะนำ หรือการใช้คำพูดชัก จูง	การบริโภคอาหารตามธงโภชนาการ อาหารโซนสี การคำนวณพลังงาน แคลลอรี่อาหาร และการเปรียบเทียบให้ เห็นข้อดี ข้อเสียของอาหารแต่ละชนิด (Barbieri, 2009 & Spencer, 2010); (หลักฐานระดับ 1) (รสสุคนธ์, 2555; วัฒนพล, 2555 และวราลี, 2553); (หลักฐานระดับ 2) รวมทั้งการบันทึก รายการอาหารในการบริโภค (รุ่งตะวัน, 2557); (หลักฐานระดับ 2)	การเคลื่อนไหวเพื่อส่งเสริม สมรรถภาพทางกายในระดับ ปานกลางด้วยการเดินใน ผู้สูงอายุ (Kelly, 2014); (หลักฐานระดับ 1) (Alexander, 2011 & Teixeira, 2012); (หลักฐาน ระดับ 2) (กนกวรรณ, 2553; ธิ ราณี, 2551; ปุณณวีร์, 2553; ยุพา, 2555 และวรรัตน์, 2551); (หลักฐานระดับ 3.1)
การเรียนรู้ผ่านตัว แบบสัญลักษณ์	คู่มือ, ตัวแบบบุคคล (วราลี, 2557)	คู่มือ, ตัวแบบบุคคล (วราลี, 2557)
ประสบการณ์ใน ความสำเร็จด้วย ตนเอง	บันทึกรายการอาหารในการบริโภค (รุ่ง ตะวัน, 2557); (หลักฐานระดับ 2)	การบันทึกการออกกำลังกาย เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงในแต่ละ สัปดาห์ (จงจิตร, 2555); (หลักฐานระดับ 2)
การกระตุ้นทาง ร่างกายและอารมณ์	การติดตามเยี่ยม การชมเชย ร่วม วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค	การติดตามเยี่ยม ร่วมวิเคราะห์ ปัญหาอุปสรรค

ผู้รับบริการที่มี
ความเสี่ยงเกิดโรค
เรื้อรัง



ภาคผนวก ค

ตัวอย่างคู่มือป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย



คู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

สารบัญ

เรื่อง.....	หน้า
คำนำ	1
สารบัญ	2
สุขภาพดีวิถีพุทธ : วิถีแห่งธรรม นำสู่สุขภาพะ คาถาสุภาพดี	3 4
การดูแลสุขภาพตามเมตตาของพระภิกษุสงฆ์	5
สถานการณ์สุขภาพพระภิกษุสงฆ์ไทย	6
ฉันทะอาหารอย่างรู้เท่าทัน บริหารชั้นดีอย่างเพียงพอชะลอโรค	9
หลักการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์	10
- แนวทางการฉันทะอาหารตามหลักอภินิหาร	11
- แนวทางการฉันทะอาหารตามหลักอาหารโชนสี	12
- เลือกน้ำปานะอย่างไรให้ไกลโรค	15
- ฉลากโภชนาการ : อ่านเป็น ฉันทะเป็น	16
การออกกำลังกายสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ	18
- เทคนิคการพิจารณาความเพียงพอในการออกกำลังกาย	20
- กิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระภิกษุ สงฆ์สูงอายุ	24
- ตัวอย่างอัตราการทำผลาญพลังงานของกิจกรรมทางกาย	24
- การติดตามผลการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพ	26
- สัญญาณเตือนทางสุขภาพที่ต้องพบแพทย์	28

ภาคผนวก ง

ตัวอย่างสมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ



คู่มือบันทึกสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

แบบบันทึกการบริโภคอาหาร ลิปดาที่.....วันที่.....

มือเช้า เวลา.....น.			
หมวดอาหาร	รายการอาหาร	ส่วนประกอบที่ฉัน	ปริมาณที่ฉัน
ข้าว แป้ง	1.		.....ทัพพี
เนื้อสัตว์	1.		.....ช้อนกินข้าว
	2.		.....ช้อนกินข้าว
	3.		.....ช้อนกินข้าว
ผัก	1.		.....ช้อนกินข้าว
	2.		.....ช้อนกินข้าว
ผลไม้	1.		.....ชิ้น/คำ/ผล
น้ำปานะ	1.		.....กilog/แก้ว
มือเพล เวลา.....น.			
หมวดอาหาร	รายการอาหาร	ส่วนประกอบที่ฉัน	ปริมาณที่ฉัน
ข้าว แป้ง	1.		.....ทัพพี
เนื้อสัตว์	1.		.....ช้อนกินข้าว
	2.		.....ช้อนกินข้าว
	3.		.....ช้อนกินข้าว
ผัก	1.		.....ช้อนกินข้าว
	1.		.....ช้อนกินข้าว
ผลไม้	1.		.....ชิ้น/คำ/ผล
น้ำปานะ	1.		.....กilog/แก้ว
- อาหาร/น้ำปานะ ระหว่างมือ			
เช้า			
หลังเพล			

สำหรับเจ้าหน้าที่วิจัย

สรุปปริมาณการบริโภคอาหาร.....ฟีดแบลคส์

คู่มือบันทึกสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

แบบบันทึกกิจกรรมทางกาย ลิปดาที่.....

กิจกรรมทางกาย	ระยะเวลาที่ทำการทางกาย						
	ในแต่ละวัน						
	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่	วันที่
	1	2	3	4	5	6	7
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
15.							
การให้พลังงานประจำวัน							
ความเหนื่อย							

/ คือ ใช้พลังงานเฉพาะหลายที่เหมาะสม และ X คือ ใช้พลังงานเฉพาะหลายไม่เหมาะสม

ภาคผนวก จ
แบบฟอร์มพื้ทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยข้าพเจ้า นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการทำวิจัยเรื่อง“การพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังในพระภิกษุสงฆ์ของไทย” ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือช่วยชะลอการเกิดโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์ และท่านจะได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลตามปกติ ดังนั้นการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นสิทธิ์ของท่าน และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้โดยความสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อหากไม่ประสงค์ที่จะร่วมการวิจัยชื่อของท่านจะไม่ปรากฏในผลการวิจัย และขอรับรองว่าข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับทุกประการ ท่านมีสิทธิยกเลิก หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ไม่ว่ากรณีใดๆ และหากท่านมีข้อสงสัยในขั้นตอนการวิจัยหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล ท่านสามารถซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง หรือติดต่อผู้วิจัย นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ภาคพิเศษ) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ หมายเลขโทรศัพท์ 095-3213415 ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

(.....)

นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยตามรายละเอียดข้างต้น ข้าพเจ้ามีความเข้าใจอย่างชัดเจนและมีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ฉ

แบบประเมินประสิทธิภาพในการนำแนวปฏิบัติไปวางแผนกิจกรรม

คำชี้แจง ให้ทำเครื่องหมาย / ลงในช่องว่างที่เห็นว่าเป็นจริงมากที่สุด พร้อมระบุข้อคิดเห็นในการ

ปรับปรุง โดยมีเกณฑ์พิจารณา ดังนี้

ถ้าปฏิบัติตรงตามวัตถุประสงค์ ได้ +1 คะแนน

ปฏิบัติไม่ตรงวัตถุประสงค์ ได้ 0 คะแนน

* ในกรณีไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ ขอความอนุเคราะห์ให้ข้อคิดเห็นเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องนี้

ข้อ	ข้อความถาม	ความคิดเห็นของผู้ประเมิน		ข้อคิดเห็นในการปรับปรุง
		ตรงตามวัตถุประสงค์	ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์	
1.	ทบทวนแบบแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ผ่านมา			
2.	แนะนำการอ่านสลากโภชนาการ			
3.	แนะนำหลักการบริโภคตามหลักอาหารโซนสี			
4.	แนะนำหลักการบริโภคตามหลักธงโภชนาการ			
5.	กำหนดสัดส่วนอาหารที่จะรับประทานตามหลักอาหารแลกเปลี่ยน			
6.	แนะนำหลักกายที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการป้องกันโรคเรื้อรัง			
7.	ร่วมวางแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย			
8.	แนะนำการใช้คู่มือและแบบบันทึกการสร้างเสริมสุขภาพ			
9.	แนะนำแนวทาง แหล่งสนับสนุนในการขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือ			
10.	ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในครั้งที่ผ่านมา			
11.	ติดตามการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายจากสมุดบันทึกประจำตัว			
12.	ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาร่วมกัน			
13.	ให้กำลังใจ ชมเชย ในกรณีที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม			

ภาคผนวก ข แบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษา
แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้มีข้อความเกี่ยวกับการพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย ขอให้ท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อ โดยเลือกคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดตามความเป็นจริง

2. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หรือเติมคำในช่องว่างตามความเป็นจริง)

1. อายุปี.....เดือน

2. พรรษา () 1. น้อยกว่า 5 พรรษา () 2. 5 – 10 พรรษา () 3. มากกว่า 10 พรรษา

3. ระดับการศึกษาทางโลก

() 1. ประถมศึกษา () 2. มัธยมศึกษาตอนต้น () 3. มัธยมศึกษาตอนปลาย

() 4. อนุปริญญา / เทียบเท่า

() 5. ปริญญาตรี () 6. สูงกว่าปริญญาตรี

4. ระดับการศึกษาทางธรรม

แผนกธรรม () 1. นักธรรมชั้นตรี () 2. นักธรรมชั้นโท () 3. นักธรรมชั้นเอก

แผนกบาลี () 1. เปรียญธรรม 1 – 3 () 2. เปรียญธรรม 4-6 () 3. เปรียญธรรม 7-9

() 4. ไม่มีเปรียญธรรม

5. อาชีพก่อนบวช

() 1. ข้าราชการ () 2. เกษตรกร () 3. พนักงานรัฐวิสาหกิจ

() 4. รับจ้าง () 5. ค้าขาย () 6. อื่นๆ ระบุ.....

6. ท่านมีโยมอุปัฏฐากประจำตัวหรือไม่

() 1. ไม่มี

() 2. มี ระบุจำนวน.....คน มีความเกี่ยวข้องเป็น.....

7. ปัจจุบันท่านดำรงสมณศักดิ์หรือไม่

() 1. ไม่มี () 2. มีสมณศักดิ์ ระบุ.....

8. ข้อมูลด้านสุขภาพ

น้ำหนัก.....(กก.) ส่วนสูง..... (ซม.) ดัชนีมวลกาย.....กก/ม²

รอบเอว..... (ซม.) ระดับความดันโลหิต (mmHg) ระดับน้ำตาล.....มก/ดล.

โรคประจำตัว () 1. ไม่มี () 2. มี ระบุ.....

ยาที่รับประทานประจำ () 1. ไม่มี () 2. มี ระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ที่ตรงกับกรปฏิบัติ

ไม่เคยปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่มีพฤติกรรมหรือไม่ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเลย
 ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นบางวัน หรือ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมเป็นส่วนใหญ่ หรือ 4-6 ครั้งต่อสัปดาห์
 ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆเป็นประจำหรือทุกครั้ง (ทุกวัน)

ข้อ	ข้อความ	ปฏิบัติ สม่ำเสมอ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ นานๆครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติเลย
1	ท่านฉันภัตตาหาร ประเภท ข้าว แป้ง น้ำตาล จำนวนเท่าไรก็ได้จนกว่าจะรู้สึกอิ่ม				
2	ท่านหลีกเลี่ยงการฉันภัตตาหารประเภท ขนมเค้ก เบเกอรี่ ขนมปัง				
3	ท่านฉันภัตตาหารประเภทผลไม้รสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย องุ่น มะขามหวาน เงาะมะม่วงสุก				
4	ท่านหลีกเลี่ยงการฉันภัตตาหารประเภทของหวาน เช่น ลอดช่อง ฟักทองเชื่อม กล้วยบวชชี ฯลฯ				
5	ท่านฉันภัตตาหารประเภทนมที่มีรสชาดหวาน มัน เช่น นมเปรี้ยว หรือ นมรสช็อกโกแลต				
6	ท่านฉันภัตตาหารประเภทนมจืด หรือนมพร้อมมันเนย นมถั่วเหลือง				
7	ท่านฉันภัตตาหาร จำพวกเนื้อติดมัน				
8	ท่านฉันภัตตาหาร จำพวกมัน เครื่องในสัตว์				
9	ท่านฉันภัตตาหาร จำพวกไข่แดง				
10	ท่านฉันภัตตาหาร จำพวกอาหารทะเล				
11	ขณะฉันภัตตาหารท่านเติมพริกน้ำปลา หรือ เครื่องปรุงรสต่างๆ				
12	ท่านหลีกเลี่ยงการฉันขนมขบเคี้ยว				
13	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม น้ำหวาน และน้ำ ผลไม้สำเร็จรูปต่างๆ				
14	ท่านดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ โอเลี้ยง ชาดำเย็น				
15	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง				
16	ท่านฉันภัตตาหารที่หลากหลาย ครบทุกประเภท และฉันผักและผลไม้เป็นประจำ				

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับกรปฏิบัติ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้นสม่ำเสมอ 3 วันขึ้นไป
ปฏิบัติบ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 2 วันในหนึ่งสัปดาห์
ปฏิบัตินานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านทำกิจกรรมนั้น 1 วันในหนึ่งสัปดาห์
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	ท่านไม่เคยทำกิจกรรมนั้นๆเลย

พฤติกรรมสุขภาพ	การปฏิบัติ			
	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ
1.ท่านออกเดินบิณฑบาตโปรดญาติโยม อย่างน้อย 15-30 นาทีต่อวัน				
2.ท่านกวาดลานวัด อย่างน้อย 15-30 นาทีต่อวัน				
3.ท่านเดินจงกรมอย่างน้อย 15-30 นาทีต่อวัน				
4.ท่านเดินขึ้นลงบันไดวัดที่มีความสูงอย่างน้อย 2 ชั้น ไม่ต่ำกว่า 2 รอบต่อวัน				
5.ท่านแกว่งแขนอย่างน้อยวันละ 100 ครั้ง				
6.ท่านซักสบง จีวรและเครื่องนุ่งห่มต่างๆด้วยตนเอง				
7. ท่านออกกำลังกายเพื่อบริหารชั้น์ เช่น วิ่งอยู่กับที่ ยกน้ำหนักเพื่อบริหารกล้ามเนื้อ ยืดพื้น ลูกนั่ง ยืดเส้น				
8. ท่านทำกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก เช่น ตัดหญ้า ปลูกต้นไม้				
9. ท่านออกกำลังกายโดยทำความสะอาดบริเวณวัดจนเหงื่อออก				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน

จริงที่สุด	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเป็นประจำสม่ำเสมอและเห็นด้วยกับข้อความนั้นมากที่สุด
จริง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติเกือบทุกครั้งและเห็นด้วยกับข้อความนั้นมาก
จริงบ้างไม่จริงบ้าง	หมายถึง	ท่านปฏิบัติบ้างบางครั้งและเห็นด้วยกับข้อความนั้นอยู่บ้าง
ไม่จริง	หมายถึง	ท่านปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และเห็นด้วยกับข้อความนั้นน้อย
ไม่จริงที่สุด	หมายถึง	ท่านไม่ปฏิบัติเลยและไม่เห็นด้วยกับข้อความนั้นเลย

ข้อ ที่	ข้อความ	จริง ที่สุด (5)	จริง (4)	จริงบ้าง ไม่จริงบ้าง (3)	ไม่จริง (2)	ไม่จริง ที่สุด (1)
1	ท่านสามารถดัดนิสัยรับประทานอาหารรสหวาน จัดทุกชนิด					
2	ท่านสามารถดื่มน้ำ/น้ำปานะ รส หวาน เช่น น้ำอัดลม กาแฟ นม ผลไม้					
3	ท่านสามารถหลีกเลี่ยงการฉันทนขมขบเคี้ยว					
4	ท่านสามารถลดปริมาณการบริโภคอาหาร ประเภท ข้าว แป้ง ขนมปัง					
5	ท่านสามารถดัดนิสัยอาหารเฉพาะในมือ อาหารเท่านั้นโดยไม่ฉันทนจิบระหว่างมือ					
6	ท่านสามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อยวัน ละ 30 นาที					
7	ท่านบริหารชั้นดีเป็นประจำทุกวัน หรือ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง					
8	ท่านจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการ บริโภคอาหารเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิด โรคเรื้อรังได้					
9	ท่านจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออก กำลังกายเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค เรื้อรังได้					
10	ท่านสามารถดูแลน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือ ผอมเกินไป					
11	เมื่อได้รับความรู้แล้วจะสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้					

แบบประเมินทักษะของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติ

การป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

คำชี้แจง : แบบประเมินส่วนนี้ ประเมินทักษะของท่านในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

รายละเอียดพฤติกรรม	ผลของการใช้แนวปฏิบัติ			หมายเหตุ
	ปฏิบัติได้ถูกต้อง สมบูรณ์	ปฏิบัติถูกต้อง บางส่วน/ไม่สมบูรณ์	ไม่ได้ปฏิบัติ	
1. แนะนำหลักการที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการป้องกันโรคเรื้อรัง				
2. ทบทวนแบบแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ผ่านมา				
3. แนะนำการอ่านสลากโภชนาการ				
4. แนะนำหลักการบริโภคตามหลักอาหารโซนสี				
5. แนะนำหลักการบริโภคตามหลักธงโภชนาการ				
6. ร่วมวางแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย				
7. แนะนำการใช้คู่มือและแบบบันทึกการสร้างเสริมสุขภาพ				
8. แนะนำแนวทาง แหล่งสนับสนุนในการขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือ				
9. ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในครั้งที่ผ่านมา				
10. ติดตามการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายจากสมุดบันทึกประจำตัว				
11. ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติ และหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาร่วมกันและสร้างความเชื่อมั่นว่าจะสามารถทำได้				
12. ให้กำลังใจ ชมเชย ในกรณีที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม				

บันทึก.....

ภาคผนวก ข ผลการประเมินดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

1. แบบประเมินความเหมาะสมของคู่มือและสมุดบันทึกการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยโดยทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับความคิดเห็นของเห็นว่า เป็นจริงที่สุด ซึ่งคะแนนแบ่งเป็น 1-4 โดย 4 คะแนน คือ เหมาะสม/เกี่ยวข้องมากที่สุด 3 คะแนน คือ เหมาะสมปานกลาง/เกี่ยวข้องปานกลาง 2 คะแนน คือ เหมาะสม น้อย/เกี่ยวข้องน้อย และ 1 คะแนน คือ ไม่เหมาะสม/ไม่เกี่ยวข้องเลย

รายการประเมิน	ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์					ความสอดคล้องกับเนื้อหาที่ต้องการ					ความซ้ำซ้อนของเนื้อหา					ความชัดเจนของเนื้อหา					
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5	
ด้านรูปแบบและ ลักษณะทั่วไป																					
1.รูปแบบคู่มือ	4	2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3
2.ตัวอักษรอ่านง่าย ชัดเจน	4	3	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3
3.ภาพประกอบ	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4	1	4	4	4	2	4	4	1	3	4	
ด้านเนื้อหา																					
1.เนื้อหาชัดเจนไม่ คลุมเครือ	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3
2.ใช้ภาษาเข้าใจง่าย	4	4	4	2	4	4	4	4	4	3	4	4	4	2	3	4	4	4	4	4	3
ด้านการนำไปใช้																					
1.ความเหมาะสมที่จะ นำไปใช้	4	4	4	4	3	2	4	4	4	3	4	2	4	4	3	4	4	4	4	4	3
2.ความง่ายและ สะดวกในการนำไปใช้	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3
3.ความเป็นไปได้ที่จะ นำไปใช้	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3

รายการประเมิน (คู่มือ)	ข้อคิดเห็นในการปรับปรุง				
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5
ด้านรูปแบบและลักษณะทั่วไป 1.รูปแบบคู่มือ 2.ตัวอักษรอ่านง่ายชัดเจน 3.ภาพประกอบ	ตัวอักษรและภาพประกอบบางส่วนเล็กไปควรปรับให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เช่น ตารางอาหารโซนสี	ตัวอักษรประกอบภาพเล็กเกินไปควรปรับปรุงให้ตัวใหญ่ขึ้น	✓	ภาพประกอบควรหน้า 11 อาหารโซนสีภาพไม่ชัด และหน้า 16,17 ทำตัวใหญ่ให้เห็นชัด และหาภาพจริงประกอบ เช่น เครื่องดื่ม ชานม	ตัวอักษรบางหน้าเล็กเกินไปอาจไม่เหมาะกับผู้อายุ เช่น ตารางอาหารโซนสี
ด้านเนื้อหา 1.เนื้อหาชัดเจนไม่คลุมเครือ 2.ใช้ภาษาเข้าใจง่าย	เนื้อหาบางส่วนเยอะไป ควรสรุปให้กระชับ เนื้อหาใดสำคัญควรทำเป็นกล่องข้อความเพื่อดึงดูดความสนใจ	ควรอธิบายความหมายหรือเน้นภาพสัญลักษณ์เพิ่มเติม	✓	ควรเพิ่มค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือด (หน้า31) เพื่อให้พระภิกษุสงฆ์ทราบค่าปกติ	เนื้อหาค่อนข้างเยอะ บางอย่างเนื้อหา ยังเข้าใจยาก เช่น ศัพท์เฉพาะต่างๆ
ด้านการนำไปใช้ 1.ความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ 2.ความง่ายและสะดวกในการนำไปใช้ 3.ความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้	✓	✓	✓	✓	✓

รายการประเมิน (สมุดบันทึก)	ข้อคิดเห็นในการปรับปรุง				
	คนที่ 1	คนที่ 2	คนที่ 3	คนที่ 4	คนที่ 5
<u>ด้านรูปแบบและ</u> <u>ลักษณะทั่วไป</u> 1.รูปแบบคู่มือ 2.ตัวอักษรอ่านง่าย ชัดเจน 3.ภาพประกอบ	✓	✓	✓	✓	✓
<u>ด้านเนื้อหา</u> 1.เนื้อหาชัดเจนไม่ คลุมเครือ 2.ใช้ภาษาเข้าใจง่าย	✓	✓	✓	- หน้า 2 วัดไขมันใต้ผิวหนัง ควรมีการวัดก่อนหลัง และควร เพิ่มในการวัดค่า BP และ FBS ด้วยจะเป็นสากลกว่า - การสรุปปริมาณอาหารที่ บริโภคควรเพิ่มคำว่าสำหรับ เจ้าหน้าที่วิจัยทุกหน้า	✓
<u>ด้านการนำไปใช้</u> 1.ความเหมาะสมที่ จะนำไปใช้ 2.ความง่ายและ สะดวกในการ นำไปใช้ 3.ความเป็นไปได้ที่ จะนำไปใช้	รูปแบบการบันทึกอาจไม่สะดวก ควรปรับปรุงให้ง่ายและจัดหมวดหมู่ ตามกลุ่มอาหาร เช่น ข้าว แป้ง เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ และให้บอก ปริมาณที่รับประทาน	✓	✓		✓

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา มีดังนี้คือ (Lynn, 1986; Waltz et al., 1991 อ้างตาม กาญจนา, 2557)

จากระดับความคิดเห็น 4 ระดับ คือ 4 คะแนน คือ เหมาะสม/เกี่ยวข้องมากที่สุด 3 คะแนน คือ เหมาะสมปานกลาง/เกี่ยวข้องปานกลาง 2 คะแนน คือ เหมาะสมน้อย/เกี่ยวข้องน้อย และ 1 คะแนน คือ ไม่เหมาะสม/ไม่เกี่ยวข้องเลย

$$\begin{aligned} \text{ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา} &= \frac{\text{จำนวนข้อที่เหมาะสม/เกี่ยวข้องมากที่สุด (4) หรือ เหมาะสมปานกลาง/เกี่ยวข้องปานกลาง (3)}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}} \\ &= \frac{149}{160} \\ &= 0.93 \end{aligned}$$

หมายเหตุ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index = CVI) ค่าที่ยอมรับได้คือ .80 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012: 337)

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามที่ใช้ในโปรแกรม

1.แบบประเมินความเหมาะสมของแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					ค่า OIC	ผลการ วิเคราะห์	ข้อคิดเห็นในการปรับปรุง	หมายเหตุ
		ดร. ปิยนุช	ดร. รจนา	ดร.พระ ครูวิริติ	คุณ วิศิธา	คุณ อำไพ				
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป										
1.	อายุ	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	-ควรเพิ่มโรคประจำตัวและเพิ่มข้อมูลยาที่รับประทานประจำ	ปรับปรุงแล้ว
2.	พรรษา	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
3.	ระดับการศึกษาทางโลก	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
4.	ระดับการศึกษาทางธรรม	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
5.	อาชีพก่อนบวช	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
6.	มีโรคประจำตัวหรือไม่	+1	0	+1	+1	+1	0.8	นำไปใช้ได้	ระบุจำนวนหรือความถี่ของ	ปรับปรุงแล้ว
7.	ปัจจุบันท่านดำรงสมณศักดิ์หรือไม่	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
8.	ข้อมูลด้านสุขภาพ	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมด้านการบริโภคฯ										
1.	ฉันทัดอาหาร ประเภท ข้าว แป้ง น้ำตาลจำนวนเท่าไรก็ได้จนกว่าจะรู้สึกอิ่ม	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
2.	หลีกเลี่ยงการฉันทัดอาหารประเภท เค้กเบเกอรี่ขนมปัง	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	เพิ่มเติมคำว่า“ขนม” หน้าข้อความเค้กเบเกอรี่	ปรับปรุงแล้ว
3.	ฉันทัดอาหารประเภทผลไม้รสหวานจัด เช่น	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					ค่า OIC	ผลการ วิเคราะห์	ข้อคิดเห็นในการปรับปรุง	หมายเหตุ
		ดร. ปิยบุษ	ดร. รจนา	ดร.พระ ครูวิริติ	คุณ วิศิธา	คุณ อำไพ				
	ทุเรียน ลำไย องุ่น มะขามหวาน เงาะมะม่วงสุก									
4.	หลีกเลี่ยงการฉันทาอาหารประเภทของหวาน เช่น ลอดช่อง บวขฟักทอง กล้วยบวขชี ฯลฯ	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	เพิ่มเติมชนิดของหวานที่พบบ่อยคือ ฟักทองเชื่อมและ กล้วยบวขชี	ปรับปรุงแล้ว
5.	ฉันทาอาหารประเภทนมที่มีรสชาดหวาน มัน เช่น นมเปรี้ยวหรือ นมรสช็อกโกแลต	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
6.	ฉันทาอาหารประเภทนมจืด หรือนมพร้อมมันเน	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	เพิ่มเติมชนิดของนม “นมถั่วเหลือง”	ปรับปรุงแล้ว
7.	ฉันทาอาหาร จำพวกเนื้อติดมัน	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
8.	ฉันทาอาหาร จำพวกมัน เครื่องในสัตว์	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	ข้อ8,9,10 น่าจะรวมเป็นข้อเดียวกัน เพราะอยู่ในหมวด ครอบเรสตอรอล	
9.	ฉันทาอาหาร จำพวกไข่แดง	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
10.	ฉันทาอาหาร จำพวกอาหารทะเล	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
11.	ขณะฉันทาอาหารเดิมพริกน้ำปลา หรือ เครื่องปรุงรสต่างๆ	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
12.	หลีกเลี่ยงการฉันทาขนมขบเคี้ยว	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
13.	หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำอัดลม น้ำหวานต่าง	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	เพิ่มเติม น้ำผลไม้สำเร็จรูป	ปรับปรุงแล้ว
14.	ดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา กาแฟ	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	เพิ่มเติม โอเลี้ยง ชาดำเย็น	ปรับปรุงแล้ว
15.	หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
16.	ฉันทาอาหารจันอิมเต็มที่มีเกลือ	-1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	ซ้ำ กับข้อ ๕	ปรับปรุงแล้ว

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					ค่า OIC	ผลการ วิเคราะห์	ข้อคิดเห็นในการปรับปรุง	หมายเหตุ
		ดร. ปิยนุช	ดร. รจนา	ดร.พระ ครูวิริติ	คุณ วิศิรา	คุณ อำไพ				
17.	ฉันทภัตดาหารที่หลากหลาย ครอบคลุมประเภท	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	เพิ่มเติมการฉีกผักและผลไม้	ปรับปรุงแล้ว
ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย										
1.	ออกเดินบิณฑบาตไปประดิษฐาน	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
2.	ไม่ค่อยได้กวาดลานวัด	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	ข้อ 2,4,6 น่าจะปรับเป็นข้อความทางบวก	ปรับปรุงแล้ว
3.	เดินจงกรม	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	ควรเพิ่มระยะเวลา	ปรับปรุงแล้ว
4.	ออกกำลังกายออกเพื่อบริหารชั้น เช่น วิ่งอยู่กับที่ ยกน้ำหนักเพื่อบริหารกล้ามเนื้อ ยืดเส้น ลุกนั่ง ยืดเส้น	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	เล่นโยคะไม่เหมาะกับพระภิกษุสงฆ์ควรเพิ่มเติมรูปแบบการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับคู่มือ เช่น การแกว่งแขน การเดินขึ้นลงบันได	ปรับปรุงแล้ว
5.	ทำกิจกรรมที่เป็นงานอดิเรก เช่น ตัดหญ้า ปลูกต้นไม้	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	ข้อ 2,5 น่าจะรวมกันได้เพิ่มเติมรูปแบบการออกกำลังกายที่สอดคล้องกับคู่มือ เช่น การชักสาง จีวรและเครื่องนุ่งห่มต่างๆด้วยมือ	ปรับปรุงแล้ว
6.	ไม่ค่อยได้ทำความสะอาดบริเวณวัดจนแห้งออ	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตน										
1	สามารถจดฉันทภัตดาหารรสชาติหวานจัดทุกชนิด	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	ในหัวข้อประเมินไม่ควรใส่ตัวเลขเพราะจะทำให้ประเมินตอบแบบลำเอียง	ปรับปรุงแล้ว
2	สามารถจดเครื่องดื่ม/น้ำ ปานะ รสหวาน เช่น น้ำอัดลม กาแฟ นม ผลไม้ ขนมที่มีรสหวานทุกชนิด	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้	ขนมที่มีรสหวานทุกชนิด ควรตัดออก	ปรับปรุงแล้ว

ข้อ	ข้อคำถาม	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ					ค่า OIC	ผลการ วิเคราะห์	ข้อคิดเห็นในการปรับปรุง	หมายเหตุ
		ดร. ปิยนุช	ดร. รจนา	ดร.พระ ครูวิริติ	คุณ วิศิธา	คุณ อำไพ				
3	สามารถหลีกเลี่ยงการฉันทนขนมขบเคี้ยว	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
4	สามารถลดปริมาณการบริโภคอาหารประเภท ข้าว แป้ง ขนมปัง	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
5	สามารถฉีกตัดอาหารเฉพาะในมืออาหารเท่านั้น โดยไม่ทานจุกจิบระหว่างมือ	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
6	สามารถออกกำลังกายได้อย่างน้อยวันละ30 นาที	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
7	บริหารชั้นเป็นประจำทุกวัน หรืออย่างน้อย สัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
8	จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
9	จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
10	สามารถดูแลน้ำหนักตัวไม่ให้อ้วนหรือผอ เกินไป	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		
11	เมื่อได้รับความรู้แล้วจะสามารถปรับเปลี่ยน พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังได้	+1	+1	+1	+1	+1	1.0	นำไปใช้ได้		

ภาคผนวก ฅ
การหาค่าความเที่ยงของแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรัง
สำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ตารางแสดง ความเห็นพ้องในการประเมินพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ โดยค่า (percentage of agreement) จำแนกโดยรวมและรายด้าน

หัวข้อการประเมิน	จำนวน	
	ความ สอดคล้อง (ข้อ)	% agreement
1. พฤติกรรมด้านการบริโภคอาหาร (16 ข้อ)	141	88.13
2. พฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย (9 ข้อ)	84	93.33
3. พฤติกรรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน (11 ข้อ)	99	90
ค่าเฉลี่ย		90.49

จากตารางที่ 1 จะเห็นได้ว่าเมื่อวิเคราะห์ค่าpercentage of agreementโดยรวมและรายข้อแล้วพบว่าทุกหัวข้อมีค่าpercentage of agreement สูงมาก (88-100%) (สายพิณ, 2556)

ภาคผนวก ญ
การหาค่าความเที่ยงของการนำแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรัง
สำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทยไปใช้

ตารางแสดง ความเห็นพ้องในการประเมินทักษะของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย โดยค่า (percentage of agreement) จำแนกรายข้อ

หัวข้อประเมิน	จำนวนความ สอดคล้อง (ข้อ)	% agreement
1. แนะนำหลักการที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการป้องกันโรคเรื้อรัง	10	100
2. ทบทวนแบบแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่ผ่านมา	10	100
3. แนะนำการอ่านสลากโภชนาการ	10	100
4. แนะนำหลักการบริโภคตามหลักอาหารโซนสี	10	100
5. แนะนำหลักการบริโภคตามหลักธงโภชนาการ	10	100
6. ร่วมวางแผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย	10	100
7. แนะนำการใช้คู่มือและแบบบันทึกการสร้างเสริมสุขภาพ	10	100
8. แนะนำแนวทาง แหล่งสนับสนุนในการขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือ	10	100
9. ทบทวนความรู้ความเข้าใจเรื่องหลักการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายในครั้งที่ผ่านมา	10	100
10. ติดตามการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายจากสมุดบันทึกประจำตัว	10	100
11. ร่วมวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติและหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาร่วมกันและสร้างความเชื่อมั่นว่าจะสามารถทำได้	10	100
12. ให้กำลังใจ ชมเชย ในกรณีที่สามารปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม	10	100
รวม	120	100

ภาคผนวก ก

ตารางวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย

ลำดับ/ผู้วิจัย/ปี	ชื่อวิจัย	รูปแบบ/ระดับหลักฐาน	ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
1. กาญจนา, วัลลก และ เกษม, 2558	การศึกษาอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการดูแลโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ในผู้สูงอายุ	การทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review research) หลักฐานระดับ 1	รูปแบบที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพควร มุ่งเน้นการส่งเสริมสมรรถนะโดยเป็นกิจกรรมที่ต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การฝึกทักษะ การกระตุ้นและทบทวน	นำรูปแบบกิจกรรมดังกล่าวไป ออกแบบกิจกรรมการป้องกัน โรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์ สูงอายุ
2. จารินี, 2552 หลักฐานระดับ 1	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการ จัดการตนเองของผู้ป่วยโรค เรื้อรังวัยผู้สูงอายุ: การ วิเคราะห์ห่อภิมาณ	การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) หลักฐานระดับ 1	- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการตนเองในภาพรวม สูงที่สุดคือ ปัจจัยด้านพฤติกรรม (r=.45)	การมุ่งเน้นการป้องกันโรคเรื้อรัง ควรมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม
3. ยุพา, 2556	การเสริมสร้างสมรรถนะแห่ง ตนในการออกกำลังกายของ ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง: บทบาทสมาชิกในครอบครัว	การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) หลักฐานระดับ 1	การเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกาย ของผู้สูงอายุต้องเริ่มอย่างช้าๆ ค่อยๆ กระตุ้นอย่าง เป็นขั้นตอน เริ่มจากประเมินความพร้อมและความ สามารถของตนเอง และการสะท้อนพฤติกรรม การออกกำลังกาย จะช่วยเสริมแรงให้ผู้สูงอายุมี สมรรถนะแห่งตนในการออกกำลังกายเพิ่มขึ้น	นำกระบวนการ รูปแบบการ กระตุ้นมาประยุกต์ใช้ในการ ส่งเสริมการออกกำลังกายใน พระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย
4. วันดี, 2551	การทบทวนอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับการควบคุมโรคใน บุคคลที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 2	การทบทวนอย่างเป็นระบบ (systematic review research) หลักฐานระดับ 1	การติดตามอย่างต่อเนื่องและการดูแลเฉพาะเรื่อง โดยการส่งเสริมความรู้ ทักษะที่จำเป็น เช่นการ บริโภคอาหาร การออกกำลังกายสามารถลดระดับ (H _b A _{1c}) ได้	นำมาออกแบบกิจกรรมในการ ติดตามเยี่ยมและการเสริม ทักษะที่จำเป็นเฉพาะเรื่อง สำหรับการป้องกันโรคเรื้อรังใน พระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

ลำดับ/ผู้วิจัย/ปี	ชื่อวิจัย	รูปแบบ/ระดับหลักฐาน	ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้
5. Eriksson, M., Westborg, C., & Eliasson, C. (2006).	A randomized trial of lifestyle intervention in primary health care for the modification of cardiovascular risk factors The Bjorkna study.	การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (randomized Control trial) หลักฐานระดับ 1	การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยการตั้งเป้าหมายในการใช้พลังงานอย่างน้อย 1,000 กิโลแคลอรีต่อสัปดาห์ ร่วมกับการให้คำแนะนำด้านอาหารทำให้มีระดับความดันโลหิตลดลง 2-5 มิลลิเมตรปรอทต่อสัปดาห์	นำมาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านการออกกำลังกายและการบริโภคอาหารเพื่อลดระดับความดันโลหิต
6. Kelley, GA. (2014).	Walking, lipid, and lipoprotein: a meta-analysis of randomized controlled trials.	การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) หลักฐานระดับ 1	การเดิน หรือทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันทำให้การทำงานของหัวใจและหลอดเลือดดีขึ้นรวมทั้งการออกฤทธิ์ของอินซูลินดีขึ้น	นำรูปแบบการเดินมาเป็นวิธีการในการออกกำลังกายสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุเพื่อป้องกันโรคเรื้อรัง
7. Pryde & Kannel, 2011	Efficacy of dietary behavior modification for preserving cardiovascular health and longevity	การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review research) หลักฐานระดับ 1	พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดและมีผลต่อการเกิดภาวะระดับไขมันในเลือดสูง	นำเทคนิคการบริโภคอาหารเลี้ยงไขมันมาประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพ
8. Di Noia & Prochaska, 2010	Dietary Stages of Change and Decisional Balance: A Meta-Analytic Review	การวิเคราะห์ห่อภิมาณ (meta-analysis) หลักฐานระดับ 1	พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม ประกอบด้วย 8 ประการ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานผักและผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมัน การควบคุมน้ำหนัก และการรับประทานอาหารเฉพาะโรค	นำความรู้เกี่ยวกับอาหารที่ควรรับประทานไปประยุกต์ใช้ในแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ

ลำดับ/ผู้วิจัย/ปี	ชื่อวิจัย	รูปแบบ/ระดับ หลักฐาน	ผลการวิจัย	การนำไปใช้/ความเป็นไปได้ใน การนำไปใช้
9. วัฒนพล, 2555	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสูงอายุที่มีภาวะอ้วน	วิจัยกึ่งทดลอง หลักฐานระดับ 2	การใช้รูปแบบการสอนโดยใช้คู่มือ โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค หลักการควบคุมกำกับตนเองสามารถลดระดับดัชนีมวลกายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ	นำมาพัฒนาคู่มือการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุโดยสอดแทรกหลักการบริโภคอาหารและการบันทึกเพื่อติดตามพฤติกรรมมาใช้
10. ศรีนยา, 2551	ผลของโปรแกรมกิจกรรมทางกายในการทำกิจวัตรประจำวันที่บ้านของผู้สูงอายุ	วิจัยกึ่งทดลอง หลักฐานระดับ 2	การติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินการออกกำลังกาย พบว่า หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการปฏิบัติกิจกรรมทางกายที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$)	การประยุกต์ใช้รูปแบบการติดตามเยี่ยมเพื่อประเมินทักษะและติดตามการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการออกกำลังกายของพระภิกษุสงฆ์
11. กนกวรรณ, 2011	ผลการเพิ่มสมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการบริโภค การออกกำลังกายและค่าดัชนีมวลกายของผู้สูงอายุ	วิจัยกึ่งทดลอง หลักฐานระดับ 2	การเพิ่มสมรรถนะแห่งตนฯ โดยใช้ แผนการสอน ภาพพลิก ตัวอย่างอาหาร และคู่มือการบริโภคและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ทำให้พฤติกรรมและผลลัพธ์ทางสุขภาพเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังทดลอง 6 สัปดาห์	นำรูปแบบโปรแกรมการ และชุดเครื่องมือในการทดลองมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุ
12. ปุณยวีร์, 2553	ผลของการออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลางที่บ้านในการลดความดันโลหิตของผู้ที่มีภาวะความดันโลหิตเกือบสูง	วิจัยกึ่งทดลอง หลักฐานระดับ 2	การออกกำลังกายขนาดความหนักปานกลาง ครั้งละ 30-45 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง/สัปดาห์ สามารถลดความดันโลหิตลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภายในระยะเวลา 3-4 สัปดาห์ ได้	นำรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสมณะเพศของพระภิกษุสงฆ์มาวิเคราะห์เพื่อส่งเสริมให้พระภิกษุสงฆ์ได้ปฏิบัติ

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นายอภิสิทธิ์ เชื้อคำเพ็ง
 รหัสประจำตัวนักศึกษา 5510421084
 วุฒิการศึกษา
 วุฒิ ชื่อสถาบัน ปีที่สำเร็จการศึกษา
 พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา 2553

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน)
 สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติการป้องกันโรคเรื้อรังสำหรับพระภิกษุสงฆ์สูงอายุของไทย.
วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้, 5(1).