



กทปส

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการขอรับการส่งเสริมและสนับสนุนจากเงินกองทุนวิจัยและพัฒนากิจการกระจายเสียง
กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม เพื่อประโยชน์สาธารณะ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการ
และการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

Sustainable development of health promotion system for
monk by inter-disciplinary teams and public participation:
Bangkok Noi model

รองศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงอรุณทัย ศิริธวัศกุล และคณะ
ธันวาคม พ.ศ. 2567

กองทุนวิจัยและพัฒนากิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม เพื่อประโยชน์สาธารณะ
(สำนักงาน กสทช.)

แบบ กทปส. ME-003

รายงานฉบับสมบูรณ์

ทุนส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยและพัฒนา

สัญญารับทุนเลขที่ A 63-1-(2)-006

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วม
ของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

Sustainable development of health promotion system for monk by inter-disciplinary teams
and public participation: Bangkok Noi model

(คณะ) นักวิจัย

- | | |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1. รศ.ดร.พญ.อรุณทัย ศิริธศกุล | นักวิจัยหัวหน้าโครงการ |
| 2. รศ.พญ.วรลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ | นักวิจัยร่วม |
| 3. รศ.นพ.นริศ กิจณรงค์ | นักวิจัยร่วม |
| 4. รศ.พญ.เบญจมาภรณ์ เขียวหวาน | นักวิจัยร่วม |
| 5. พญ.แสนดี รัตนสมฤกษ์ | นักวิจัยร่วม |
| 6. นพ.นิชฌาน จันทกนกการ | นักวิจัยร่วม |
| 7. อาจารย์ศิริเชษฐ์ พูลทิพยานนท์ | นักวิจัยร่วม |
| 8. น.ส.ชวิศา ศิลปาจารย์ | นักวิจัยร่วม |
| 9. นางนิภาพร แสงอรุณกุล | นักวิจัยร่วม |
| 10. น.ส.คณิชา เอาแสงดีกุล | นักวิจัยร่วม |
| 11. น.ส.วสุเมดี ก่ออมรทรัพย์ | นักวิจัยร่วม |
| 12. น.ส.รินรดา ปรีดาจิตกุล | นักวิจัยร่วม |
| 13. น.ส.ยุวดี เผ่ากันทราก | นักวิจัยร่วม |
| 14. นายตรีมนต์ ยิ่งอยู่ | นักวิจัยร่วม |

ได้รับทุนอุดหนุนจาก

กองทุนวิจัยและพัฒนาโครงการกระจายเสียง กิจกรรมโทรทัศน์ และกิจกรรมโทรคมนาคม เพื่อประโยชน์สาธารณะ
(สำนักงาน กสทช.)

ธันวาคม พ.ศ. 2567

บทสรุปผู้บริหาร

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วม
ของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล
ธันวาคม พ.ศ. 2567

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วม
ร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 24 ธันวาคม 2563 โดย
คณะนักวิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ร่วมกับหน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ
และได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภายในและภายนอกคณะฯ อาทิ หน่วยงานคุณธรรมและ
จริยธรรม ศูนย์ตรวจสุขภาพโรงพยาบาลศิริราช (Siriraj Checkup Center) โรงพยาบาลสงฆ์
กรมการแพทย์ เจ้าคณะสงฆ์เขตต่าง ๆ และอาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เขต
บางกอกน้อย โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนจากงบประมาณจากกองทุนวิจัยและพัฒนากิจการ
กระจายเสียงกิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมเพื่อประโยชน์สาธารณะ

การศึกษาในระยะที่ 1 เริ่มจากการดำเนินรวบรวมข้อมูลการศึกษาที่ผ่านมา จากนั้นทำการ
สำรวจสุขภาพพระสงฆ์ผ่านการคัดกรองสุขภาพในเขตบางกอกน้อยและเขตใกล้เคียงในปี พ.ศ. 2565
ซึ่งพบปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ ที่ส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะภาวะอ้วน ซึ่งเมื่อ
เปรียบเทียบกับผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย พบว่าความชุกของบางปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพใน
กลุ่มพระสงฆ์มีส่วนสูงกว่าประชากรชายไทย อาทิ ภาวะอ้วน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ เป็นต้น
เมื่อทราบถึงข้อมูลสุขภาพ ทางคณะผู้วิจัยจึงออกแบบการศึกษาติดตามสุขภาพพระสงฆ์ที่ร่วม
โครงการได้ในระยะยาว (cohort study) เพื่อให้ทราบถึงสถานะสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง โดยจะ
มีการนำข้อมูลการตรวจสุขภาพมาวิเคราะห์ เพื่อการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพที่
เฉพาะเจาะจง

ในระยะที่ 2 เมื่อวางแผนเพื่อการติดตามระยะยาว คณะผู้วิจัยได้มีกระบวนการดำเนินงาน
ผ่านการประสานงานร่วมกับเครือข่ายคณะสงฆ์ อาทิ สำนักงานเลขานุการสมเด็จพระสังฆราช เจ้า
คณะเขตต่างๆ รวมถึงเถรสมาคม และเครือข่ายผู้ดำเนินการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อ
จัดทำโครงการ สร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ เช่น โครงการอบรมเผยแพร่
ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่เขตเมือง โครงการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการสำหรับ
ภิกษุสงฆ์และแม่ครัววัด โครงการถ่ายทอดผลตรวจสุขภาพและความรู้ด้านโภชนาการสำหรับภิกษุสงฆ์

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

และญาติโยม โครงการผลิตสื่อให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ และโครงการอื่นๆ

ในระยะที่ 3 คณะผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลหลังจากดำเนินกิจกรรมและจัดทำโครงการอย่างต่อเนื่อง พบว่ารูปแบบการใช้ชีวิตของพระสงฆ์จะมีลักษณะเฉพาะ คือ พระสงฆ์มีภาระงานต่อสังคมและกิจนิมนต์มาก ไม่มีเวลาสำหรับการดูแลสุขภาพของตนเอง ไม่ได้ตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอถ้าไม่มีโยมนิมนต์ ถ้าไม่อาพาธก็จะไม่ได้เดินทางมาโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่วนใหญ่ไม่ได้จัดพื้นที่เฉพาะสำหรับพระสงฆ์ ไม่มีการเตรียมถวายภัตตาหารเช้าและเพล การเดินทางมาโรงพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพจึงยังมีข้อจำกัดค่อนข้างมาก นอกจากนี้ยังไม่มีช่องทางที่ใช้สืบค้นสื่อหรือหนังสือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่มีความเฉพาะสำหรับพระสงฆ์ที่น่าเชื่อถือ

คณะผู้วิจัยจึงได้พัฒนาช่องทางสื่อสารเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดทำสื่อความรู้สำหรับพระสงฆ์ มีคุณลักษณะที่สามารถช่วยติดตามสุขภาพพระสงฆ์และใช้ประชาสัมพันธ์กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในรูปแบบเว็บไซต์ชื่อ “monk มีสุข” โดย “monk มีสุข” นั้นถือเป็นช่องทางที่ช่วยให้พระสงฆ์สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและสื่อเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งมีกระบวนการพัฒนาสื่อที่ทันสมัยโดยยึดหลักพระธรรมวินัย และมุ่งหวังให้พระสงฆ์ไทยมีความเท่าทันเทคโนโลยี เพื่อนำมาปรับใช้ในการดูแลตนเอง คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลนั้นมีพันธกิจในการวิจัยและสร้างนวัตกรรม เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่ รวมทั้งเป็นสถาบันในการชี้นำสังคมไทย ในด้านสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิต พระสงฆ์ถือเป็นส่วนที่สำคัญของของสังคม อีกทั้งมีบทบาทเป็นผู้นำในด้านจิตวิญญาณของชุมชน การดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืนจึงเป็นการช่วยสนับสนุนการดำรงอยู่ของพุทธศาสนาในประเทศไทย ตลอดจนการสร้างสุขภาพที่ดีให้แก่พระสงฆ์ผู้ซึ่งมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน การพัฒนา “monk มีสุข” เพื่อตอบสนอง “self-care anywhere” เพิ่มการเข้าถึงการดูแลสุขภาพ โดยพระสงฆ์มีส่วนร่วมในการกำหนดโปรแกรมการดูแลสุขภาพร่วมกับคณะผู้วิจัย “monk มีสุข” จึงเป็นมากกว่าช่องทางดิจิทัล แต่ยังเป็นส่วนสำคัญต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ไทยให้สามารถดำรงอยู่ในสังคมสมัยใหม่อย่างสมดุลและยั่งยืน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ในระยะถัดไป ถือเป็นการพัฒนาต่อยอดการศึกษาวิจัยและโครงการสู่การปฏิบัติจริง ทางคณะผู้วิจัยมีการวางแผนการติดตามสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและรณรงค์ข้อเสนอเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ที่ผ่านการศึกษาข้อมูลตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการ โดยมีการรณรงค์ให้เกิดการปฏิบัติดังนี้

1. รณรงค์ให้พระสงฆ์เข้ารับการตรวจสุขภาพปีละ 1 ครั้ง
2. รณรงค์ให้พระสงฆ์เข้ารับถวายเป็นความรู้ด้านสุขภาพจากหน่วยงานสาธารณสุขปีละ 1 ครั้ง
3. นิมนต์ให้พระสงฆ์ใช้ “monk มีสุข” เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยคณะผู้วิจัยจะนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง สามารถสแกน QR code ด้านล่างนี้เพื่อเพิ่มเพิ่มเพื่อน “monk มีสุข”



การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วม
ของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

รองศาสตราจารย์ ดร. แพทย์หญิงอรุณทัย ศิริวัศกุล
ธันวาคม พ.ศ. 2567

บทคัดย่อ

การสำรวจภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตเมือง: บางกอกน้อยโมเดล

วัตถุประสงค์: ศึกษาความชุกของภาวะอ้วนในพระสงฆ์ที่อาศัยในเขตบางกอกน้อยและพื้นที่ใกล้เคียง
รวมถึงระบุปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มอายุต่าง ๆ

วิธีการ: การศึกษาแบบภาคตัดขวางนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน: (i) แบบสอบถามด้วยตนเอง และ (ii)
โปรแกรมตรวจสุขภาพพิเศษที่โรงพยาบาล โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกประชากรคือ พระสงฆ์ที่มีอายุ 20
ปีขึ้นไปและอาศัยในวัดในเขตบางกอกน้อยหรือบริเวณใกล้เคียง ยกเว้นพระที่บวชในระยะสั้น

ผลการศึกษา: พระสงฆ์จำนวน 560 รูป เข้าร่วมตอบแบบสอบถามและตรวจสุขภาพระหว่างปี พ.ศ.
2564-2565 ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่อายุมากกว่า 50 ปี อาศัยในเขตตลิ่งชัน (35.4%) และเขตบางกอก
น้อย (31.8%) โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญ โดยพบว่าร้อยละ 57.8 มีภาวะไขมันใน
เลือดสูงผิดปกติและร้อยละ 44.2 มีภาวะอ้วน พระสงฆ์ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปมีโรคประจำตัวมากกว่า 2
โรคร้อยละ 50.2 ซึ่งมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่าที่ร้อยละ 24.2 อย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$, 95% CI:
20.71 ถึง 27.97) ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าพระสงฆ์กลุ่มอายุน้อยมีแนวโน้มบริโภคอาหารทอด
และอาหารสำเร็จรูปสูงกว่ากลุ่มสูงอายุ (ร้อยละ 74.5, $p < 0.001$, 95% CI: 70.67 ถึง 78.07) และมี
สัดส่วนการมีความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล (e-health literacy) ในระดับดีสูงกว่ากลุ่มสูงอายุ (ร้อยละ
74.2, $p < 0.001$, 95% CI: 70.37 ถึง 77.78)

สรุป: ภาวะอ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในพระสงฆ์ที่อาศัยในเขตเมือง ควรมีการออกแบบ
มาตรการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามหลักธรรมและวินัยให้เหมาะสม
กับกลุ่มอายุต่าง ๆ

หมายเหตุ: บทคัดย่อภาษาไทยนี้ได้แปลมาจากการศึกษาวิจัยของโครงการที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร
Siriraj Medical Journal โดยสามารถค้นหาได้ที่ DOI:
<https://doi.org/10.33192/smj.v76i11.269296>

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

Sustainable development of health promotion system for monk by interdisciplinary teams and public participation: Bangkok Noi model

Associate Professor Dr. Arunotai Siriussawakul, M.D.

December 2024

Abstract

Health Survey of Monks Residing in Urban Areas: The Bangkok Noi Model

Objectives: To explore the prevalence of obesity among monks living in Bangkok Noi and surrounding districts and to identify health problems and health behaviors among different age groups.

Method: This cross-sectional study consisted of two components: (i) self-report questionnaires and (ii) special health check-up programs initiated at the hospital. The inclusion criteria were monks aged 20 years and above who resided in temples in Bangkok Noi District and its vicinity. Monks undergoing short-term ordination were excluded.

Results: A total of 560 monks completed self-reported questionnaires and health check-ups between 2021 and 2022. Most participants were aged 50 and above and resided in the Taling Chan District (35.4%) and Bangkok Noi District (31.8%). Non-communicable diseases emerged as prominent health concerns, with 57.8% of the monks suffering from dyslipidemia and 44.2% from obesity. Monks aged 50 and above had a significantly higher prevalence of multimorbidity (50.2%) compared to those in younger age groups (24.2%, $p < 0.001$, 95% CI: 20.71 to 27.97). In terms of health behaviors, monks in younger age groups were more likely to consume fried and instant food than those in older age groups (74.5%, $p < 0.001$, 95% CI: 70.67 to 78.07). Additionally, the proportion of monks who had good e-health literacy was high in younger age groups (74.2%, $p < 0.001$, 95% CI: 70.37 to 77.78).

Conclusions: Obesity was highly prevalent among monks living in urban areas. The importance of preventive interventions aimed at enhancing health promotion and lifestyle modification among different age groups should be designed through Dhamma and Vinaya.

หมายเหตุ: บทความภาษาอังกฤษนี้ได้คัดลอกมาจากการศึกษาวิจัยของโครงการที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสาร Siriraj Medical Journal โดยสามารถค้นหาได้ที่ DOI: <https://doi.org/10.33192/smj.v76i11.269296>

สัญญาเลขที่ A 63-1-(2)-006

[ง]

แบบ กทปส. ME-003

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
บทสรุปผู้บริหาร	ก
บทคัดย่อภาษาไทย	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ง
สารบัญตาราง	ช
สารบัญภาพ	ณ

บทที่ 1 บทนำ

- ที่มา และความสำคัญของโครงการ	1
- วัตถุประสงค์ และขอบเขตของโครงการ	3
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3

บทที่ 2 ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

- ทฤษฎี และแนวความคิด	5
- ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

- การรวบรวมข้อมูล	16
- การพัฒนาออกแบบระบบ	16
- การติดตามข้อมูลสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์	17
- การทดสอบระบบ	19
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	20
- การวัดผล/ การวิเคราะห์ผลการวิจัย (Outcome measurement/ Data analysis)	21

บทที่ 4 ผลการวิจัย และการวิจารณ์ผล

- การรวบรวมข้อมูล	22
- การพัฒนาออกแบบระบบ	28

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

สารบัญ

หัวข้อ	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัย และการวิจารณ์ผล	
- การพัฒนาเว็บบริหารจัดการข้อมูลโครงการ	48
- การติดตามข้อมูลสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์	53
- การติดตามข้อมูลผ่าน health station @ Temple	66
- การติดตามข้อมูลผ่าน Telemedicine	67
- การติดตามข้อมูลผ่านอุปกรณ์ wearable	71
- การดำเนินโครงการย่อย	75
 บทที่ 5. สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ	
- อภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย	76
- ข้อเสนอแนะ	78
 บรรณานุกรม	81
รายงานฉบับย่อ	83
ภาคผนวก ก	88
ภาคผนวก ข	94
ภาคผนวก ค	118
ภาคผนวก ง	131
ภาคผนวก จ	141
ภาคผนวก ฉ	153

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

สารบัญตาราง

หัวข้อ	หน้า
ตารางที่ 1 ตารางแสดงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาและ ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์	9
ตารางที่ 2 ตารางแสดงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์	11
ตารางที่ 3 ตารางแสดงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ เพื่อระบบการดูแลสุขภาพ	14
ตารางที่ 4 ตารางแสดงคะแนนความพึงพอใจในการเข้าร่วมวิพากษ์การดำเนิน โครงการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย	24
ตารางที่ 5 ตารางแสดงผลการประเมินและทดสอบระบบด้านคุณลักษณะ web application	41
ตารางที่ 6 ตารางแสดงผลการประเมินและทดสอบระบบด้านคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์	44
ตารางที่ 7 ตารางแสดงผลการประเมินและทดสอบระบบด้านระบบสำหรับ บริหารจัดการข้อมูลภายในโครงการ	45
ตารางที่ 8 ตารางแสดงผลการประเมินของเซิร์ฟเวอร์และระบบฐานข้อมูล	47
ตารางที่ 9 ตารางแสดงลักษณะประชากรของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมการศึกษา	53
ตารางที่ 10 ตารางแสดงข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	55
ตารางที่ 11 ตารางแสดงข้อมูลแบบประเมินสุขภาพพระสงฆ์จำแนกจากกลุ่มอายุ	57
ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ	60
ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบการประเมินสุขภาพครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3	62
ตารางที่ 14 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในการประเมินครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3	65
ตารางที่ 15 ตารางแสดงข้อมูลการใช้งาน health station	66
ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลการประเมินเบื้องต้นสำหรับพระสงฆ์ที่เข้าร่วม โครงการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์ wearable	71
ตารางที่ 17 แสดงข้อมูลการติดตามกิจกรรมทางกายพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ ส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์ wearable จำแนกตามกลุ่มอายุ	73
ตารางที่ 18 ตารางแสดงข้อมูลการประเมินความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ	73

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

สารบัญภาพ

หัวข้อ	หน้า
ภาพที่ 1 Framework for action for the Global Strategy on Digital Health	6
ภาพที่ 2 แผนภาพแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของสังคมไทย ปี 2579	7
ภาพที่ 3 Model: Community Health Improvement Collaborative	8
ภาพที่ 4 แนวทางการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย	8
ภาพที่ 5 ภาพการออกแบบกำหนดคุณสมบัติของเครือข่าย	28
ภาพที่ 6 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าแรก	29
ภาพที่ 7 ภาพวิธีการโหลดใช้งาน Line OA monk มีสุข	30
ภาพที่ 8 ภาพเมนูของ Line application monk มีสุข	30
ภาพที่ 9 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าข้อมูลโครงการ	31
ภาพที่ 10 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าข่าวประชาสัมพันธ์	31
ภาพที่ 11 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าช่องทางสนับสนุน	32
ภาพที่ 12 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าระบบ telemedicine	32
ภาพที่ 13 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าลงทะเบียนเข้าใช้งาน	33
ภาพที่ 14 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าเข้าสู่ระบบ	33
ภาพที่ 15 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล	34
ภาพที่ 16 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าบันทึกผลการตรวจสุขภาพ	34
ภาพที่ 17 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าบันทึกผลการตรวจสุขภาพ ผลตรวจทั่วไป (บันทึกเอง)	35
ภาพที่ 18 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าบันทึกผลการตรวจสุขภาพ ผลตรวจทั่วไป	35
ภาพที่ 19 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าแสดงผลตรวจสุขภาพ รูปแบบตาราง	36
ภาพที่ 20 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าแสดงผลตรวจสุขภาพ รูปแบบกราฟ	37
ภาพที่ 21 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าองค์ความรู้ – สื่อ	37
ภาพที่ 22 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าระบบแจ้งเตือน (alert notification) ตรวจสุขภาพตามช่วงวัย	38
ภาพที่ 23 ภาพหน้าระบบแจ้งเตือน (alert notification) ผลตรวจสุขภาพที่มีความผิดปกติ	38

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

สารบัญญภาพ

หัวข้อ	หน้า
ภาพที่ 24 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้ารายการยา/ ยาที่แพ้	39
ภาพที่ 25 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าเพิ่ม ยาที่แพ้	39
ภาพที่ 26 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าบันทึกข้อมูลการนอนโรงพยาบาล	40
ภาพที่ 27 ภาพตัวอย่างการติดตั้งใช้งานระบบ Health Station @Temple	40
ภาพที่ 28 แสดงหน้า login เข้าสู่ระบบ และหน้าหลักระบบสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์	48
ภาพที่ 29 แสดงหน้า เมนูแสดงผลรูปสไลด์หน้าเว็บไซต์	49
ภาพที่ 30 แสดงหน้า เมนูข้อมูลโครงการ	49
ภาพที่ 31 แสดงหน้า เมนูข่าวประชาสัมพันธ์	50
ภาพที่ 32 แสดงหน้า เมนูแก้ไขเพิ่มข้อมูลข่าวประชาสัมพันธ์และสื่อความรู้	50
ภาพที่ 33 แสดงหน้า ภาพรวม (Dash board) ของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ	51
ภาพที่ 34 แสดงหน้า รายชื่อของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ	51
ภาพที่ 35 แสดงหน้า การเพิ่มผลการตรวจสุขภาพ	52
ภาพที่ 36 แสดงหน้า โปรแกรมนัดตรวจสุขภาพ	52
ภาพที่ 37 ภาพกระบวนการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์	67
ผ่านระบบ Telemedicine	
ภาพที่ 38 ภาพตัวอย่างการแสดงผลข้อมูลผู้เข้ารับบริการ Telemedicine	69
ภาพที่ 39 ภาพตัวอย่างการแสดงผลข้อมูล report ผู้เข้าใช้บริการ	70
ภาพที่ 40 ภาพตัวอย่างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้คำปรึกษา วางแผน และให้คำแนะนำด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย รูปแบบออนไลน์	70
ภาพที่ 41 ภาพตัวอย่างกิจกรรมดูแลสุขภาพตามหลักธรรมานามัยรูปแบบออนไลน์	71

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มา และความสำคัญของโครงการ

ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี ความสะดวกสบายเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้รูปแบบการใช้ชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกและประชากรไทยโดยประเทศไทยมีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง 4 โรคได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ปีละกว่า 400,000 ราย หรือวันละมากกว่า 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 81 ของสาเหตุการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ โดยมีการประมาณมูลค่าความสูญเสียเศรษฐกิจไทย ในปี พ.ศ. 2562 สูงถึง 1.6 ล้านล้านบาท หรือ คิดเป็นร้อยละ 9.7 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมภายในประเทศ (GDP) โดยร้อยละ 91 ของความสูญเสียทางเศรษฐกิจ (คิดเป็นมูลค่า 1,495 พันล้านบาท)¹ พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในรอบ 10 ปีที่ผ่านมา โดยผลจากสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2554-2555 พบว่า พระสงฆ์ 300,000 รูปในประเทศไทย อยู่ในเกณฑ์อ้วน 45.9% มีโรคประจำตัว 40.2 % และพระสงฆ์มีสุขภาพดี 33.3%² และ ข้อมูลโรงพยาบาลสงฆ์ ปี พ.ศ. 2559 ระบุว่าพระสงฆ์และสามเณรอาพาธมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ 3 อันดับแรก ประกอบด้วย โรคไขมันในเลือดสูง 9,609 ราย รองลงมาคือ โรคความดันโลหิตสูง 8,520 ราย และ โรคเบาหวาน 6,320 ราย³ ทั้งนี้ สาเหตุที่สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชนที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจและความตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ เช่น แกงกะทิ อาหารที่มีไขมันสูง ขนมหวานต่าง ๆ เป็นต้น รวมทั้งพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่เพียงพอ

จากสถานการณ์ข้างต้น พบว่าความสูญเสียจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องนั้นมีความรุนแรงและมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ดังนั้นการดำเนินการป้องกันและจัดทำระบบเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง โดยในปี พ.ศ.2560 กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (พศ.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้มีมติในการขับเคลื่อนการดำเนินงานธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่ว

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ประเทศ ซึ่งมีเป้าหมายที่สำคัญคือ พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย โดยมีการดำเนินการใน ๕ ด้าน ได้แก่ ความรู้ ข้อมูล การพัฒนา การบริการสุขภาพ และการวิจัย ที่จะนำไปสู่การส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของพระสงฆ์

การพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยการนำเอาเทคโนโลยีสารสนเทศผนวกกับองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ ถือเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจากที่ผ่านมาข้อมูลสุขภาพและแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน จึงเป็นประเด็นที่สำคัญในการดำเนินงาน นอกจากนี้ แนวโน้มในด้านการพัฒนาระบบและการเชื่อมโยงข้อมูลยังเป็นส่วนหนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่สิบสอง พ.ศ. 2560 – 2564 และแผนแม่บทกิจการโทรคมนาคมฯ ที่มุ่งพัฒนาด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ และระบบอิเล็กทรอนิกส์ควบคุม กลุ่มดิจิทัล เทคโนโลยีอินเทอร์เน็ตที่เชื่อมต่อเครือข่าย ในการเข้าถึงบริการโทรคมนาคมเพื่อสนับสนุนการเข้าถึงการสาธารณสุข เพื่อการดูแลสุขภาพ และยกระดับคุณภาพชีวิต ในประชาชนทุกกลุ่ม^{4, 5, 6}

คณะผู้วิจัยของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลจึงได้ศึกษาการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน : บางกอกน้อยโมเดล เนื่องจากเขตพื้นที่บางกอกน้อยมีวัดและพระสงฆ์จำนวนมาก โดยข้อมูลจากงานกิจการคณะสงฆ์ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ได้ระบุว่า เขตบางกอกน้อยมีวัดจำนวน 32 แห่ง และมีพระสงฆ์จำนวน 855 รูป ดังนั้นการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ในเขตนี้ จึงเป็นการสร้างต้นแบบในการส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสมกับกลุ่มประชากรพระสงฆ์ ผ่านการให้บริการนวัตกรรมด้านสุขภาพ โดยเชื่อมต่อระบบต่าง ๆ ผ่านการสื่อสารทางไกล มีการเก็บข้อมูลทางสุขภาพอย่างต่อเนื่องด้วยตนเองด้วยเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ wearable device ซึ่งข้อมูลสุขภาพจะถูกส่งผ่านระบบเครือข่ายโทรศัพท์ไร้สายไปเก็บรวบรวมไว้ในระบบฐานข้อมูล พระสงฆ์สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของตนเองที่ถูกเก็บได้ผ่าน mobile application และสามารถเห็นถึงการดำเนินโรค ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพย้อนหลัง นอกจากนี้ระบบสามารถคัดเลือกข้อมูลและสื่อทางสุขภาพที่เหมาะสมกับพระสงฆ์แต่ละรูป ผ่านการประมวลผลข้อมูลทางสุขภาพที่ได้รับหรือโดยการคัดเลือกของแพทย์และส่งข้อมูลดังกล่าวโดยเป็นข้อมูลที่เหมาะสมในพระสงฆ์ พระสงฆ์ยังสามารถเข้าถึงสื่อสุขภาพและเข้าระบบ e-learning โดยสื่อการสอนที่นำมาใช้นั้นเป็นสื่อการสอนทางสุขภาพที่เหมาะสมกับกลุ่มประชากรพระสงฆ์โดยเฉพาะ อีกทั้งยังเป็นการผลักดันเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล เพื่อให้แพทย์ บุคลากรทางสาธารณสุข และพระสงฆ์มีการสื่อสารถึงกันผ่าน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

เทคโนโลยีเครือข่ายโทรศัพท์ไร้สาย ที่ในปัจจุบันมีพื้นที่ให้บริการครอบคลุมทั่วประเทศไทย ทำให้การส่งเสริมสุขภาพและการเข้าถึงการให้บริการทางสุขภาพ เป็นไปได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น

1.2 วัตถุประสงค์ และขอบเขตของโครงการ

ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร

- เพื่อพัฒนาระบบต้นแบบนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์
- เพื่อพัฒนาระบบติดตามข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ผ่านระบบสื่อสารเครือข่ายโทรศัพท์ไร้สาย

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

- เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพพระสงฆ์ในเขตพื้นที่บางกอกน้อยและเขตใกล้เคียง
- เพื่อพัฒนาสื่อให้ความรู้สุขภาพ และการออกกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย
- เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจและแนวทางการปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยอย่างเหมาะสม

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ประโยชน์ต่อผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครเป็นรายบุคคล

- พระสงฆ์ผู้เข้าร่วมโครงการได้มีโอกาสเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพโดยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีและได้รับการติดตามอย่างต่อเนื่อง
- พระสงฆ์ผู้เข้าร่วมโครงการสามารถทราบถึงข้อมูลสุขภาพและแนวโน้มทางสุขภาพของตนเอง
- พระสงฆ์ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพที่เหมาะสม

ประโยชน์ต่อวิชาชีพโดยรวม

- บุคลากรทางการแพทย์ได้ทราบสถานะสุขภาพของพระสงฆ์ในปัจจุบัน ทราบปัญหาและความต้องการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย ในเขตบางกอกน้อยและเขตใกล้เคียง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

- เกิดต้นแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยอย่างเหมาะสม ซึ่งบุคลากรทางด้านสาธารณสุขสามารถนำเอาแนวทางปฏิบัติไปปรับใช้ในการดูแลสุขภาพประชากรในพื้นที่อย่างเหมาะสม
- เกิดพัฒนาทางด้านเทคโนโลยีเพื่อความสะดวกในการรวบรวมและจัดการข้อมูลสุขภาพ และโอกาสในการพัฒนาไปสู่ระบบการแพทย์ทางไกล

ประโยชน์ต่อสังคม

- ผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถพัฒนาระบบต้นแบบนวัตกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และสามารถสร้างระบบติดตามสุขภาพพระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อยและเขตใกล้เคียง เป็นต้นแบบในการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตชุมชนเมือง
- ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นข้อมูลสำหรับการสร้างความตระหนักรู้ถึงปัญหาสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ โดยคณะผู้วิจัยได้เผยแพร่ผลการศึกษาจากอดีตสู่ปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต มีการประชาสัมพันธ์ค่านิยมการส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย เพื่อให้ประชาชนทั่วไปมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใส่บาตร การสนับสนุนให้พระสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพของตนเองตามหลักพระธรรมวินัยอย่างเหมาะสม

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

บทที่ 2

ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 ทฤษฎี และแนวความคิด

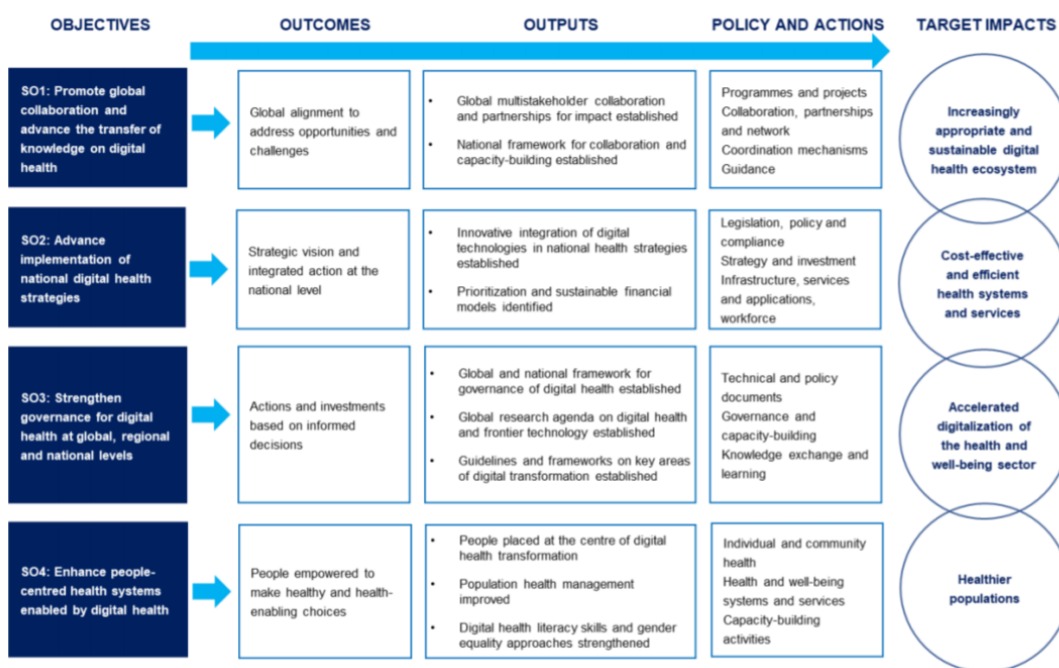
จากผลการศึกษาภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ที่ผ่านมา พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพและอยู่ในภาวะเสี่ยงต่อการเป็นโรค นอกจากนั้นยังไม่สามารถเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพ โดยปัญหาเหล่านี้ ส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมบริโภคอาหาร การไม่ได้ออกกำลังกาย และไม่ได้รับการดูแลเรื่องสุขภาพอย่างถูกต้อง การดำเนินงานด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับการดูแลสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยนั้น ที่ผ่านมายังไม่ได้มีการพัฒนาที่ชัดเจนรวมทั้งรูปแบบการดูแลสุขภาพและสื่อที่เหมาะสมยังไม่ได้ถูกผลิตและการเผยแพร่มากพอ ดังนั้นการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมสำหรับพระสงฆ์ จึงถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในการดำเนินการทางด้านสาธารณสุข และการขับเคลื่อนด้านเทคโนโลยีสำหรับพระสงฆ์ โดยแนวทางการดำเนินการด้านการพัฒนาเทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพในระดับประเทศไทยนั้นถือว่าอยู่ในระดับที่กำลังพัฒนาและสร้างโดยการปรับสภาพแวดล้อม เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร (Information and communication technology (ICT) ให้เติบโตในอัตราที่เร็วขึ้น เนื่องจากการเข้าถึงบริการ broadband ของไทยค่อนข้างน้อย สามารถเข้าถึงง่ายเฉพาะในบางเขตพื้นที่ คุณภาพของ broadband ยังขาดความเสถียรในหลายพื้นที่ ทำให้การดำเนินการพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพสู่ชุมชนนั้นมีความจำกัดและอุปสรรคในการดำเนินการ การสนับสนุนจากทางภาครัฐเพื่อให้เกิดโครงสร้างพื้นฐานในการพัฒนาเทคโนโลยีและการเข้าถึงจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อก่อให้เกิดการเชื่อมโยงสู่การพัฒนาในด้านต่างๆ เช่น การแพทย์ การสร้างเสริมสุขภาพหรือการพัฒนาชุมชน

การสร้างเสริมสุขภาพในยุคปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการปรับวิธีการเพื่อให้เข้ากับบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อม จำเป็นต้องมีการพัฒนาการสื่อสารสุขภาพยุคใหม่เพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ถือเป็นกระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม นำไปสู่สุขภาพะส่วนสำคัญอย่างยิ่ง และสำหรับประเทศไทยนั้น เทคโนโลยี ถือว่ากำลังเข้ามามีบทบาทในชีวิตของเราในหลายด้าน ทั้งการติดต่อสื่อสาร การทำงาน การทำธุรกิจ การทำธุรกรรม การเงิน การธนาคาร การซื้อสินค้า และเรื่อง การดูแลสุขภาพ จึงต้องปรับตัวให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาเรื่องการปรับตัว

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

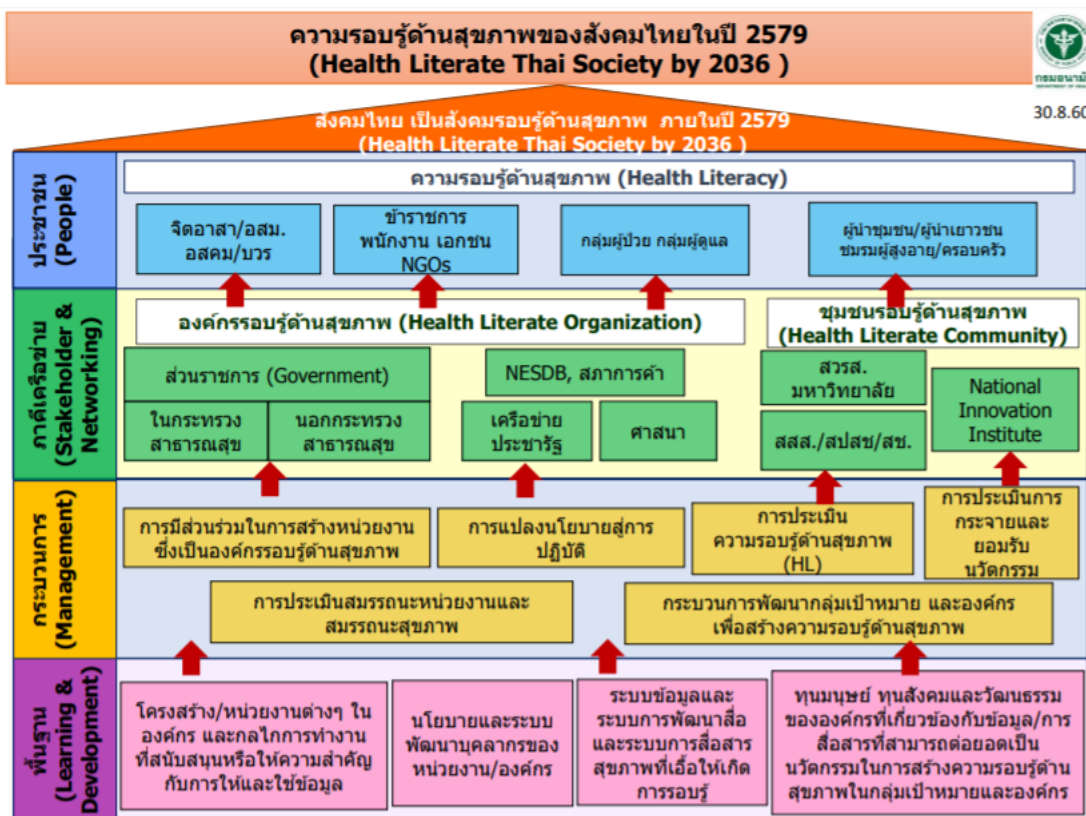
จากการเปลี่ยนผ่านเทคโนโลยี (culture shock) และเพื่อป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดจากการใช้เทคโนโลยีที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น การรับรู้ด้านสุขภาพผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล หรือ digital health literacy เพื่อการเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัลที่ผลต่อสุขภาพอยู่ในปัจจุบัน จึงเป็นสิ่งสำคัญ

จากแผนภาพที่ 1 และ 2 ถือเป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์และสังคมไทย ซึ่งจะชี้ให้เห็นถึงการพัฒนาด้านโครงสร้างพื้นฐาน และการสร้างความร่วมมือ เพื่อให้เกิดการสนับสนุนจากหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ซึ่งจะก่อให้เกิดกระบวนการมีส่วนร่วมทางสังคม การพัฒนานโยบายเพื่อให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพของพระสงฆ์หรือประชาชน



ภาพที่ 1 : Framework for action for the Global Strategy on Digital Health, WHO 2019⁷

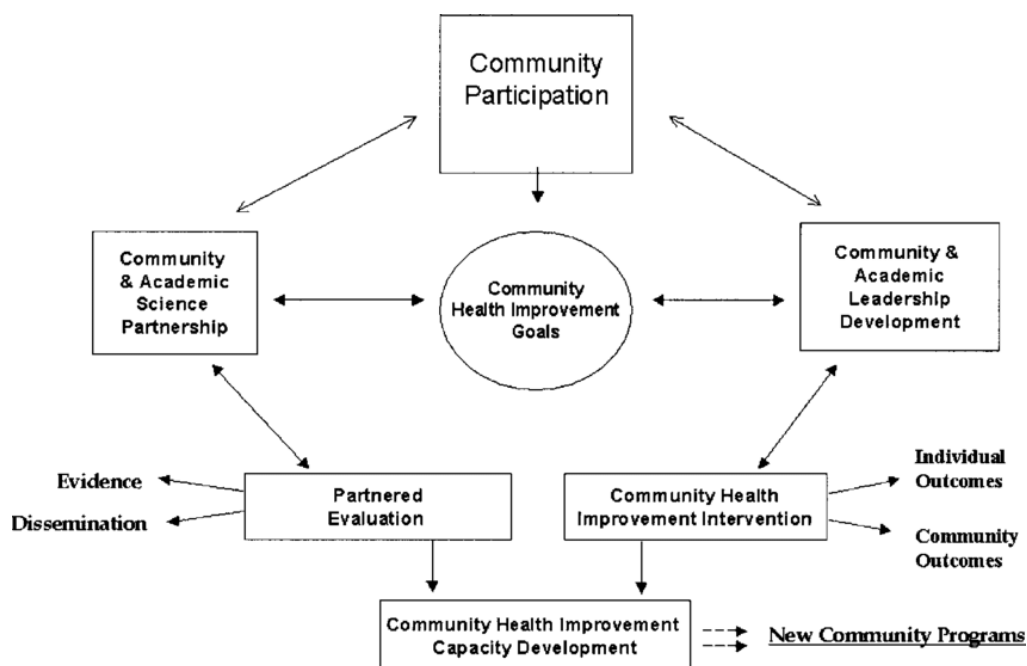
การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล



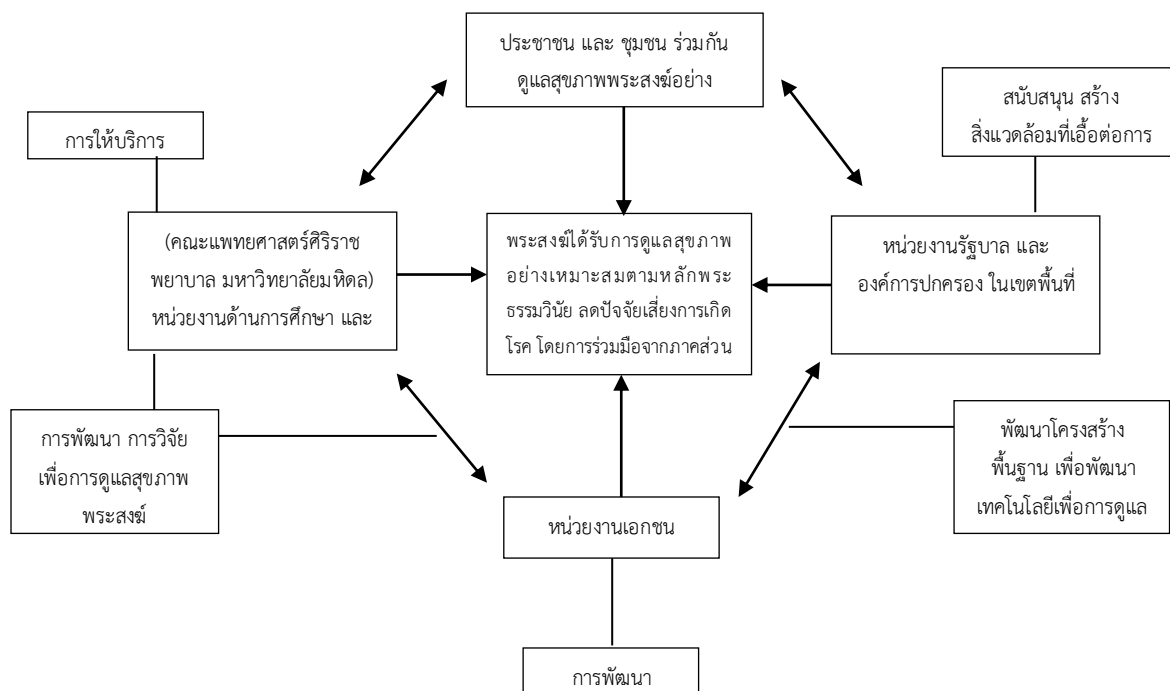
ภาพที่ 2 แผนภาพแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของสังคมไทย ปี 2579
โดยกรมอนามัย⁸

โครงการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล เป็นการศึกษาเพื่อสร้างแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยอาศัยความร่วมมือจากหลายองค์กรและหน่วยงานด้านต่าง ๆ ซึ่งในการศึกษานี้ได้นำการศึกษา Building an academic-community partnered network for clinical services research: The Community Health Improvement Collaborative (CHIC) โดย Wells K. และคณะ⁹ ได้เสนอแนวทางการดำเนินงาน (ภาพที่ 3) เพื่อก่อให้เกิดการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการดูแลสุขภาพพลตสภาวะการณเกิดโรคเรื้อรัง และพัฒนาโมเดลการสร้างเครือข่ายเพื่อการดูแลสุขภาพมาปรับใช้ในการวางแผนการดำเนินการ (ภาพที่ 4)

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล



ภาพที่ 3 Model: Community Health Improvement Collaborative , Wells K. et al (2006)⁹



ภาพที่ 4 แนวทางการมีส่วนร่วมกับเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

2.2 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยพัฒนาองค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ โดยการวิจัยครั้งนี้ศึกษาเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของพระสงฆ์ การดูแลสุขภาพในพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย โดยการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้ โดยมีรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย ดังนี้

2.2.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์

ตารางที่ 1 ตารางแสดงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์

ผู้แต่ง	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	วิธีการดำเนินงานวิจัย	ตัวชี้วัด ในการศึกษา	ผลการศึกษา
ธรรมบุญ กรองบุญเรือง 2553 ¹⁰	พระสงฆ์สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ซึ่งจำพรรษาในวัดเขตบางกอกน้อยจำนวน 161 รูป	การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) เพื่อศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย และศึกษาหาตัวแปรอิสระที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย โดยการสุ่มตัวอย่าง พระสงฆ์สูงอายุแบบบังเอิญ (accidental sampling)	<u>ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ</u> - ความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ - ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ <u>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ</u> - การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค - การรับรู้ความรุนแรงของโรค - การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค - การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันโรค <u>พฤติกรรมดูแลสุขภาพ</u> - พฤติกรรมดูแลสุขภาพในภาวะปกติ - พฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย - พฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรค	พระสงฆ์สูงอายุมีความรู้ในภาวะสุขภาพผู้สูงอายุและความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ อยู่ในระดับมาก แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีการรับรู้ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก สำหรับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพพบว่าในภาพรวมพระสงฆ์สูงอายุมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมาก แต่พฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย และพฤติกรรมดูแลสุขภาพเมื่อรู้ว่าตนเองเป็นโรคอยู่ในระดับปานกลาง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ผู้แต่ง	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	วิธีการดำเนินงานวิจัย	ตัวชี้วัด ในการศึกษา	ผลการศึกษา
พระสุกสะหวັນ บุตชะหมวน 2559 ¹¹	พระสงฆ์ ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 253 รูป 16 วัด	การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษา การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร	ข้อมูลสุขภาพของพระสงฆ์ - ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ - ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ - พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 49.2 มีโรคประจำตัวนั้น 3 ลำดับโรคที่อาพาธมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ส่วนมาก ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.8 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ตนเองอยู่ในระดับน้อยสุด 2 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาลตนเองและ การตรวจสุขภาพประจำปี ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์อยู่ในระดับมาก
สุชาดา วงศ์สืบชาติ 2555 ¹²	พระสงฆ์ จำนวน 235รูป วัด มหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามและวัดปากน้ำภาษีเจริญ	ดำเนินการวิจัยใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมและการดูแลสุขภาพ ของ พระสงฆ์และ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์	ข้อมูลสุขภาพของพระสงฆ์ - การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ - การดูแลสุขภาพ ของ พระสงฆ์ ใน กรุงเทพมหานคร - เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์	โรคที่อาพาธมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี มีระดับการดูแลสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง พระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร ที่มีอายุต่างกัน และมีพรรษาต่างกัน มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพ แตกต่างกัน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ผู้แต่ง	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	วิธีการดำเนินงานวิจัย	ตัวชี้วัด ในการศึกษา	ผลการศึกษา
อาโซ เซอ 2555 ¹³	พระสงฆ์ซึ่งจำพรรษาในวัดเขตนานนาว่า จำนวน 210 รูป	การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) โดยศึกษา พฤติกรรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ยานนาวา กรุงเทพมหานคร โดยไม่สุ่มตัวอย่าง	ข้อมูลสุขภาพของพระสงฆ์ พฤติกรรมการฉันทาอาหาร การออกกำลังกาย การผ่อนคลายความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การเกี่ยวข้องกับอบายมุข การหาแนวทางการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์	พระสงฆ์ ร้อยละ 29.3 มีโรคประจำตัวที่เป็นมากที่สุด คือโรคอ้วน ร้อยละ 90 มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ แต่มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพโดยรวม ในระดับปานกลาง แนวทางการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ได้แก่ การพัฒนาคู่มือการออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ วัดมีการพัฒนามีสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพ และ การให้ความรู้เรื่องการใช้สิทธิในการเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปี

2.2.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ตารางที่ 2 ตารางแสดงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ผู้แต่ง	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	วิธีการดำเนินงานวิจัย	ตัวชี้วัด ในการศึกษา	ผลการศึกษา
พระครูสุวิธานพัฒน์ บัณฑิต 2557 ¹⁴	กลุ่มภิกษุสามเณร เป็นกลุ่มที่ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 60 รูป/คน ประชากรกลุ่มภิกษุสามเณร จำนวน 60 คน	เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วม ศึกษา การพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย	ข้อมูลสุขภาพของพระสงฆ์ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในจังหวัดขอนแก่น	การดำเนินการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า มีภาวะเบาหวาน ร้อยละ 40.00 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.88 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 36.88 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบ มีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของภิกษุสามเณร ได้แนวทางการดูแลสุขภาพตามระบบ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ผู้แต่ง	ประชากรและ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการดำเนินงานวิจัย	ตัวชี้วัด ในการศึกษา	ผลการศึกษา
	กลุ่มพระสงฆ์ ที่จำพรรษาใน วัด จำนวนทั้งสิ้น 165 คน			การสาธารณสุขว่าสถานบริการ สาธารณสุข มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ของ ภาควิชาช่วยในการดำเนินงาน มีผลการดำเนินงาน การจัดระบบบริการสุขภาพในด้านต่าง ๆ ให้สอดคล้อง รับผิดชอบต่อ พระสงฆ์ ภายหลัง จากที่ได้ดำเนินการตามแผน กระบวนการวิจัยแล้ว พบว่า พระสงฆ์มีคะแนนด้านพฤติกรรม สุขภาพเพิ่มมากขึ้น
ชรินทร์ ห่วงมิตรและ คณะ 2560 ¹⁵	พระสงฆ์ในเขตเทศบาลนคร นครสวรรค์ จำนวน 200 รูป	เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development) โดยใช้วิธีวิทยา แบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) เพื่อ พัฒนารูปแบบการสร้างเสริม พฤติกรรมสุขภาพเครือข่าย พระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนคร นครสวรรค์	ข้อมูลสภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ ข้อมูลพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของพระสงฆ์ รูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรม สุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ในเขต เทศบาลนคร นครสวรรค์	จากการศึกษาพบว่าพระสงฆ์มีโรคประจำตัวที่พบมากที่สุดคือ เบาหวาน ร้อยละ 15.1 รองลงมาคือ ภูมิแพ้ ร้อยละ 12.1 และโรค ประจำตัวในสัดส่วนที่เท่ากัน ร้อยละ 9.0 ได้แก่ ความดันโลหิตสูง กระเพาะอาหาร ปวดข้อกล้ามเนื้อ และเบาหวานร่วมกับโรคความ ดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการรับรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในสัดส่วนที่เท่ากันคือระดับปานกลาง อายุและจำนวนพรรษาที่ต่างกันส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพการดูแล ตนเองแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความ สอดคล้อง ความ เป็นไปได้ และความเหมาะสมการพัฒนาแบบการสร้างเสริม พฤติกรรมสุขภาพเครือข่าย พระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนคร นครสวรรค์อยู่ในระดับมากที่สุด

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

2.2.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้เพื่อระบบการดูแลสุขภาพ

ตารางที่ 3 ตารางแสดงงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำเทคโนโลยีมาปรับใช้เพื่อระบบการดูแลสุขภาพ

ผู้แต่ง	ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	วิธีการดำเนินงานวิจัย	ตัวชี้วัด ในการศึกษา	ผลการศึกษา
Edo R. et al. 2019 ¹⁶	people aged 65 years or over at increased risk of cardiovascular disease, N = 2,724	The healthy ageing through internet counselling in the elderly (HATICE) trial aimed to determine whether a coach-supported internet intervention for self-management can reduce cardiovascular risk in community-dwelling older people	systolic blood pressure, LDL cholesterol, BMI, HbA1c, physical activity (hours per week), dietary intake, smoking cessation, estimated 10-year cardiovascular disease risk based on the Framingham cardiovascular disease risk score The Systematic Coronary Risk Estimation-Older People (SCORE-OP) Dementia risk as measured with the Cardiovascular risk factors, Ageing and Incidence of Dementia (CAIDE) score	The primary outcome was the change from baseline to 18 months on a composite score of systolic blood pressure, LDL cholesterol, and body-mass index (BMI). Improved in the intervention group versus the control group (0.09 vs 0.04, respectively; mean difference-0.05, 95% CI -0.08 to -0.01; p=0.008)
Lisa K. et al. 2012 ¹⁷	People participated in the Nutrition World / Let' s Get Healthy! N = 6,827	Let' s Get Healthy! is an education and research program in which participants visit interactive research stations to learn about their own health (diet, body composition,	Daily food intake, Weight, body fat percentage body mass index, non-fasting blood glucose, lipid level measurements (total cholesterol, high density lipoprotein cholesterol,	Communities tailor events to meet community health needs with volunteers trained to conduct research. Participants experience being a research participant

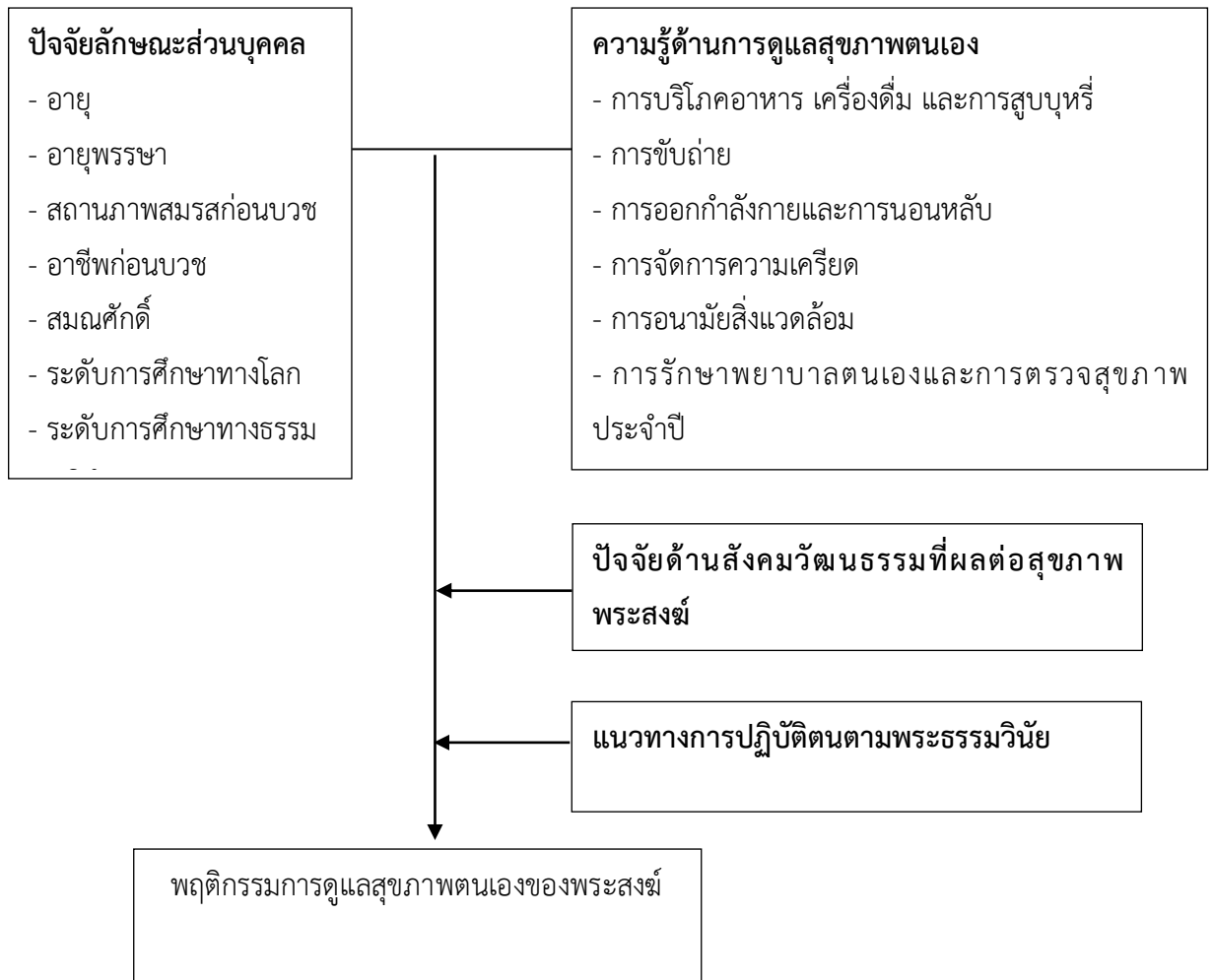
การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ผู้แต่ง	ประชากรและ กลุ่มตัวอย่าง	วิธีการดำเนินงานวิจัย	ตัวชี้วัด ในการศึกษา	ผลการศึกษา
		blood chemistry) . HIT enables computerized data collection that presents participants with immediate results and tailored educational feedback. An anonymous wristband number links collected data in a population database	calculated low-density lipoprotein cholesterol, triglycerides), genetic	and contribute to an anonymous population database for both traditional research purposes and open-source community use.

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

2.3 กรอบแนวคิด หรือรายละเอียดด้านเทคนิค

กรอบแนวคิดในการวิจัย



การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการดำเนินการวิจัย

งานวิจัยพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล เป็นการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ซึ่งดำเนินการโดยการดำเนินการกิจกรรมย่อย เพื่อเสริมสร้างการใช้เทคโนโลยีเพื่อให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพด้วยตนเอง โดยกำหนดขั้นตอนการดำเนินการดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การรวบรวมข้อมูล
- ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาออกแบบระบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์
- ขั้นตอนที่ 3 การติดตามข้อมูลสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์
- ขั้นตอนที่ 4 การทดสอบระบบ

3.1 การรวบรวมข้อมูล

กระบวนการรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลจากหลายส่วนโดยผ่านกระบวนการประชุมเพื่อนำเสนอการดำเนินโครงการแก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภายในคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์ สถาบันพัฒนาสุขภาพะเขตเมือง และได้มีการสัมภาษณ์และจัดประชุมปรึกษาหารือในกลุ่มพระสงฆ์

3.2 การพัฒนาออกแบบระบบ

มีการแบ่งระยะการพัฒนาออกแบบระบบ จำนวน 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 : พัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และการติดตามข้อมูลสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์

- การพัฒนาเว็บไซต์สำหรับบริหารจัดการข้อมูลของโครงการ

เว็บไซต์สำหรับบริหารจัดการข้อมูลของโครงการจะแสดงข้อมูลสถานะสุขภาพพระสงฆ์ในแต่ละพื้นที่ เพื่อใช้ข้อมูลในการวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพพระสงฆ์ ดำเนินการจัดทำโครงการสร้างเสริมสุขภาพโดยพัฒนาโปรแกรมที่เหมาะสม

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

- การพัฒนาแอปพลิเคชันมือถือสำหรับพระสงฆ์ (Hybrid: Android, iOS)

แอปพลิเคชันเพื่อแสดงผลสุขภาพโดยพระสงฆ์สามารถเข้าถึงผลการตรวจสุขภาพทั้งจากผลการตรวจเลือดจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ จากการเก็บข้อมูลของจุดบริการหน่วยตรวจสุขภาพด้วยตนเองและการเชื่อมต่อ wearable device โดยข้อมูลแสดงเป็นลักษณะกราฟซึ่งสามารถเห็นแนวโน้มการดำเนินโรค หรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้

- การจัดทำเว็บไซต์สำหรับประชาสัมพันธ์โครงการ

มีเว็บไซต์ประชาสัมพันธ์โครงการ โดยมีการแสดงข้อความและข้อมูลเกี่ยวกับโครงการรวมถึงสื่อเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามหลักพระธรรมวินัยของพระสงฆ์และมีช่องทางสำหรับการสนับสนุนโครงการ

ในระยะที่ 1 เมื่อดำเนินการพัฒนาระบบในการเชื่อมโยงระบบและข้อมูลต่าง ๆ แล้ว จากนั้นได้ทำการทดลองใช้ (try out) ในกลุ่มพระสงฆ์จำนวน 30 ราย มีการวิเคราะห์ข้อมูลนำข้อมูลมาดำเนินการปรับปรุงพัฒนาในระยะต่อไป

3.3 การติดตามข้อมูลสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์

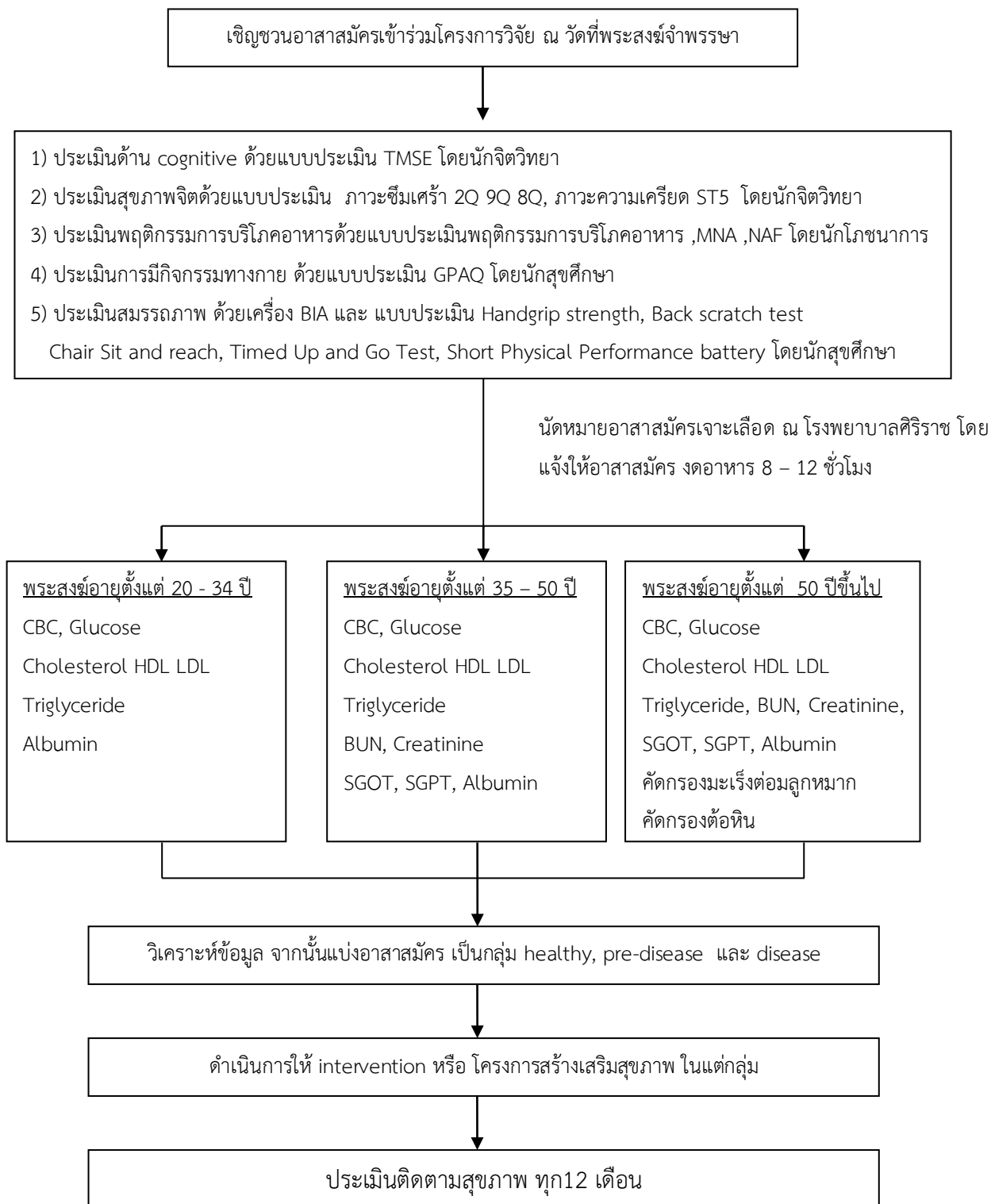
ระยะที่ 2: การรวบรวมข้อมูลและสถานะสุขภาพพระสงฆ์

- การจัดบริการการตรวจสุขภาพเบื้องต้นสำหรับพระสงฆ์ในเขตพื้นที่บางกอกน้อยและเขตใกล้เคียง

มีการพัฒนาการเก็บข้อมูลโดยการลงทะเบียนและยืนยันตัวตนผ่านบัตรประชาชน ระบบสามารถบริหารจัดการการลงทะเบียนและการเก็บข้อมูล ติดตามผลสุขภาพ ซึ่งอาสาสมัครพระสงฆ์จะได้รับการเจาะเลือดปริมาตร 4-6 มิลลิตร เพื่อส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ดังนี้ Glucose, HbA1c, Cholesterol HDL-Cholesterol, LDH, Triglyceride, BUN, Creatinine โดยส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการภาควิชาพยาธิวิทยาคลินิก ซึ่งทำการเจาะเลือด 3 ครั้ง ได้แก่ การเข้าร่วมโครงการครั้งที่ 1 ปี พ.ศ.2565 ติดตามครั้งที่ 2 ปี พ.ศ.2566 ติดตามครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2567 รวมถึงการวัดความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนัก โดยบันทึกผลแบบอัตโนมัติเป็นข้อมูลสุขภาพรายบุคคลแบบอิเล็กทรอนิกส์

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

แผนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์



การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

- การวิเคราะห์ข้อมูลสถานะสุขภาพพระสงฆ์

ข้อมูลสุขภาพที่ถูกเก็บภายใต้โครงการ จะถูกแสดงโดยมีกราฟแสดงแนวโน้มการดำเนินโรค และค่าการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพต่าง ๆ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ค่าก้าวเดิน ค่าอัตราการเผาผลาญพลังงาน และผลการตรวจจากห้องปฏิบัติการ (ผลตรวจเลือด) ผลการตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count) ค่าการทำงานของไต (BUN, Creatinine) ค่าการทำงานของตับ (Liver Function Test) ค่าไขมันในเลือด (Lipid Profile) ของพระสงฆ์แต่ละรูป โดยสามารถเข้าถึงการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมและติดตามผลผู้เข้าร่วมทั้งโครงการ และสามารถส่งออกข้อมูลการวิเคราะห์ผลเป็นไฟล์ excel เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยได้

ระยะที่ 3 : การพัฒนาสื่อและโครงการวิจัยหรือโครงการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์อย่างเหมาะสม

เมื่อสำรวจสถานะสุขภาพพระสงฆ์แล้ว จะมีการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำมาสร้างสื่อความรู้การดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์และให้คำแนะนำตามลักษณะปัญหาสุขภาพ ซึ่งมีการนำอุปกรณ์ wearable devices และจุดบริการสุขภาพเพื่อติดตามอาสาสมัคร มีการดำเนินโครงการหรือโครงการวิจัยต่อยอดจากข้อมูลสถานะสุขภาพพระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อยไม่น้อยกว่า 2 โครงการโดยประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพเฉพาะกลุ่มโรค เช่น โปรแกรมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ป่วยในกลุ่มโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาวะน้ำหนักเกิน อีกทั้งมีการดำเนินโครงการในกลุ่มประชาชน ที่อาศัยในชุมชนใกล้เคียงเพื่อสร้างความร่วมมือในการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์

3.4 การทดสอบระบบ

ดำเนินการ User Acceptance Test (UAT) ซึ่งเป็นกระบวนการทดสอบซอฟต์แวร์หรือโปรแกรมโดยผู้ใช้งาน ในการศึกษานี้ดำเนินการในกลุ่มพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความคิดเห็นและนำมาปรับให้เหมาะสม

3.5 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.5.1 การคำนวณขนาดตัวอย่าง (sample size calculation)

การศึกษาในระยะที่ 1 นี้มีวัตถุประสงค์หลัก คือ เพื่อสำรวจพฤติกรรมและสถานการณ์ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้แก่ โรคประจำตัว เช่น โรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น จากงานวิจัยศึกษาในพระสงฆ์จังหวัดสมุทรปราการประเทศไทย จำนวน 283 รูป

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

พบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 25.4 เป็นโรคอ้วน ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยศึกษาข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร และเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่มากพอ ผู้วิจัยจึงใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร 1 กลุ่ม กรณีทราบขนาดประชากร เท่ากับ 17,676 ราย พบว่าพระสงฆ์เป็นโรคอ้วนร้อยละ 25.4 เมื่อกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ เท่ากับ 3.6% (ความคลาดเคลื่อน 15% ของค่าสัดส่วน, $d = 15\% \times 0.254 = 0.038$) ด้วยความเชื่อมั่นได้ 95%, 2-sided Type I error = 0.05 โดยจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนประชากร 1 กลุ่ม กรณีทราบขนาดประชากร จะได้ขนาดตัวอย่างพระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อยจำนวน 505 ราย

3.5.2 เกณฑ์การคัดเลือกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Inclusion criteria)

1. พระสงฆ์ที่จำพรรษา ณ วัดในเขตบางกอกน้อยหรือเขตใกล้เคียง
2. พระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 20 ปี
3. พระสงฆ์ที่บวชระยะยาว จำพรรษาไม่น้อยกว่า 1 พรรษา

3.5.3 เกณฑ์การคัดออกผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัคร (Exclusion criteria)

พระสงฆ์ที่บวชระยะสั้น เช่น การบวชแก้บน การบวชหน้าไฟ การบวชตามประเพณี

3.5.4 เกณฑ์การถอนผู้ร่วมวิจัย/อาสาสมัครหรือยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Withdrawal or termination criteria)

1. พระสงฆ์ที่ลาสิกขาระหว่างการดำเนินการวิจัย
2. พระสงฆ์ต้องการถอนตัวออกจากการศึกษา

3.6 การวัดผล/การวิเคราะห์ผลการวิจัย (Outcome measurement / Data analysis)

- BMI (Kg/m^2), waist circumference, body compositions: fat mass, muscle mass
- systolic and diastolic blood pressure change
- ค่าความแตกต่างของระดับไขมันในเลือด ได้แก่ Cholesterol, LDL, HDL, Triglyceride ระดับน้ำตาลหลังอดอาหาร (FPG), HbA1C
- Physical activity level

3.6.1 สถิติที่ใช้ในการดำเนินงานวิจัย

- ข้อมูลต่อเนื่อง (continuous variables) ที่มีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- ข้อมูลต่อเนื่อง (continuous variables) ที่ไม่มีการแจกแจงแบบปกตินำเสนอเป็นค่ามัธยฐานและค่าต่ำสุด-สูงสุด
- ข้อมูลแจกแจง (categorical variables) นำเสนอเป็นความถี่และร้อยละ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

บทที่ 4

ผลการวิจัย และการวิจารณ์ผล

จากการศึกษาโครงการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล ได้ทำการพัฒนาระบบโดยอ้างอิงจากกลุ่มผู้ใช้งานพระสงฆ์โดยผู้วิจัยได้มีการดำเนินการดังนี้

4.1 การรวบรวมข้อมูล

4.1.1 การสำรวจความคิดเห็นของพระสงฆ์ต่อการดำเนินโครงการ

ผู้ให้ข้อมูล: มีการสัมภาษณ์พระสงฆ์โดยมีการเลือกสัมภาษณ์วัดโดยใช้วิธีการสโนว์บอลหรือการเลือกจากการบอกต่อ ซึ่งวัดที่ทำการสัมภาษณ์นั้น มีการแนะนำจากการพิจารณาความเหมาะสมจากเจ้าอาวาสและพระภิกษุในแต่ละวัด โดยมีวัดเขตพื้นที่บางกอกน้อย จำนวน 10 แห่ง มีการสัมภาษณ์พระภิกษุสงฆ์จำนวน 23 รูป แบ่งตามสมณศักดิ์ของพระสงฆ์ ได้แก่

- | | |
|-------------------------|--------------|
| - พระราชาคณะชั้นเทพ | จำนวน 1 รูป |
| - พระราชาคณะชั้นราช | จำนวน 1 รูป |
| - พระครู | จำนวน 7 รูป |
| - พระเปรียญชั้นโทขึ้นไป | จำนวน 3 รูป |
| - พระภิกษุ | จำนวน 11 รูป |

ข้อมูลพื้นฐาน: วัดในเขตพื้นที่บางกอกน้อยมีจำนวน 32 วัด ประกอบด้วย พระอารามหลวงชั้นโทจำนวน 2 วัด พระอารามหลวงชั้นเอกจำนวน 5 วัด และวัดราษฎร์จำนวน 25 วัด โดยแบ่งเป็น มหานิกายจำนวน 31 วัด และธรรมยุติกนิกายจำนวน 1 วัด โดยปัจจุบันมีปกครองโดยผู้รักษาการแทนเจ้าคณะเขตบางกอกน้อยพระพิมลภานุพิธาน วิ. วัดระฆังโฆสิตารามวรมหาวิหาร

ระยะเวลาเก็บข้อมูล: ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2564

ผลการสำรวจ: การสัมภาษณ์พระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย มีการรวบรวมความเห็นด้านปัญหาการดูแลสุขภาพและความเห็นในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอนาคต ดังนี้

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

1) การเข้ารับบริการทางสุขภาพ

พระสงฆ์สามารถใช้สิทธิการรักษาพยาบาลได้ เช่น สิทธิหลักประกันสุขภาพ 30 บาท หรือเข้ารับการรักษาฟรีที่โรงพยาบาลสงฆ์ แต่อย่างไรก็ตามพบปัญหา เช่น การขาดความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิการรักษา พระสงฆ์บางรูปการเลียงตรวจสุขภาพเนื่องจากกังวลเรื่องการตรวจพบโรคและจะมีค่าใช้จ่ายหลังจากนั้น ทำให้พระบางส่วนละเลยการตรวจสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีปัญหาความแออัดในสถานพยาบาล การไม่ได้มีพื้นที่เฉพาะสำหรับพระสงฆ์ เวลาอาพาธจะใช้ปัจจัยส่วนตัวหรือปัจจัยส่วนกลางของวัดในการเดินทางไปโรงพยาบาล

2) แนวทางการดูแลสุขภาพตนเอง

การออกกำลังกาย : พระสงฆ์ประสบข้อจำกัดด้านพื้นที่และภาพลักษณ์ทางสังคม ทำให้ออกกำลังกายได้ไม่สะดวก อากาศที่ร้อนและกฎระเบียบในพระธรรมวินัยยังเพิ่มข้อจำกัด

การฉันทาอาหาร : พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกอาหารเองได้ มักได้รับอาหารสำเร็จรูปที่มีไขมันและโซเดียมสูง พระสงฆ์จึงพยายามดูแลสุขภาพผ่านการค้นคว้าข้อมูลโภชนาการจากอินเทอร์เน็ต

การสร้างเสริมสุขภาพ : มีโครงการอบรม เช่น หลักสูตร "พระคิลานุปัฏฐาก" เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพในวัด แต่การดำเนินโครงการขาดความต่อเนื่องและอุปสรรคเกิดจากกิจนิมนต์และความสนใจของแต่ละบุคคล

การใช้เทคโนโลยีในการดูแลสุขภาพ : พระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อยส่วนใหญ่มีสมาร์ทโฟนและเข้าถึงอินเทอร์เน็ตเพื่อรับข้อมูลสุขภาพ แต่การใช้อุปกรณ์ติดตามสุขภาพ เช่น นาฬิกาอัจฉริยะยังมีข้อจำกัดจากการตีความตามพระธรรมวินัย การพัฒนาควรเน้นอุปกรณ์ที่เหมาะสมและสวมใส่สะดวก

สรุป: พระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อยเผชิญอุปสรรคทั้งด้านสิทธิการตรวจสุขภาพและการรักษาการเดินทางมาที่สถานพยาบาลต้องบริหารจัดการเองทั้งเรื่องปัจจัยและกิจนิมนต์ สถานพยาบาลส่วนใหญ่ไม่มีการจัดการพื้นที่ให้เป็นสัดส่วนสำหรับพระสงฆ์ ในส่วนการส่งเสริม ป้องกันนั้น การออกกำลังกายและการเลือกอาหารเป็นไปได้ยาก ดังนั้นการใช้เทคโนโลยีและการจัดระบบสุขภาพที่เหมาะสมจะสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ได้มากขึ้น

4.1.2 การประชุมวิพากษ์การดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย

จากการประชุมวิพากษ์การดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อยในวันอาทิตย์ที่ 30 พฤษภาคม 2564 ณ ศาลากาญจนาภิเษก วัดสุวรรณารามราชวรวิหาร มีพระสงฆ์เข้าร่วมประชุมจำนวน 33 รูป และมีการตอบแบบสอบถามความพึงพอใจในการเข้าร่วมโครงการ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

จำนวน 19 รูป ข้อมูลเกี่ยวกับความสนใจในการเข้าร่วมโครงการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ผ่านเทคโนโลยี

โดยมาตรวัดแบบอัตรภาคชั้น (Interval Scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับคะแนน 5 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ระดับคะแนน 4 หมายถึง เห็นด้วย

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ปานกลาง

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ตารางที่ 4 ตารางแสดง คะแนนความพึงพอใจในการเข้าร่วมวิพากษ์การดำเนินโครงการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย

รายการประเมิน	n=19
ความคาดหวังใน ประสิทธิภาพ	3.98 ± 0.77
1. ท่านคิดว่าระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีจะเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของท่าน	4.16 ± 0.68
2. ท่านคิดว่าระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีส่งผลให้สุขภาพของท่านดีขึ้น	3.89 ± 0.81
3. ท่านคิดว่าระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีส่งผลให้ท่านมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น	4.79 ± 1.08
4. ท่านคิดว่าระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีทำให้ท่านเข้าถึงข้อมูลสุขภาพตนเองได้มากขึ้น	4.11 ± 0.94
5. ท่านคิดว่าระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีพระสงฆ์ทำให้ท่านเข้าถึงสื่อสุขภาพที่เหมาะสม	4.00 ± 0.74
ความคาดหวังใน ความพยายาม	3.88 ± 0.83
1. ท่านคิดว่าแอปพลิเคชันสำหรับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์น่าจะใช้งานได้ง่าย	3.63 ± 0.89
2. ท่านคิดว่าจะสามารถเรียนรู้วิธีการใช้งานแอปพลิเคชันด้วยตนเองได้	4.11 ± 0.87
3. ท่านคิดว่าจะสามารถลงทะเบียนเข้าใช้แอปพลิเคชันด้วยตนเองได้	4.00 ± 1.00
4. ท่านคิดว่าแอปพลิเคชัน มีความชัดเจนในการใช้และสามารถเข้าใจฟังก์ชันก้อย่างละเอียดได้ง่าย (ฟีเจอร์เมนูต่างๆในแอปพลิเคชันเข้าใจง่าย ชัดเจน)	3.79 ± 0.92

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

รายการประเมิน	n=19
อิทธิพลทางสังคม	3.75 ± 0.70
1. ท่านคิดว่าคำแนะนำจาก เจ้าคณะ เจ้าอาวาส มีอิทธิพลต่อการเข้าใช้แอปพลิเคชัน	3.47 ± 1.07
2. ท่านคิดว่าคำแนะนำจากพระคณาภิบาล (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด) มีอิทธิพลต่อการเข้าใช้แอปพลิเคชัน	3.53 ± 0.96
3. ท่านคิดว่าคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์มีอิทธิพลต่อการเข้าใช้แอปพลิเคชัน	3.79 ± 0.91
4. ท่านคิดว่าการดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันเป็นเรื่องทันสมัย	4.21 ± 0.78
5. ท่านคิดว่าการประชาสัมพันธ์แอปพลิเคชันให้แพร่หลายในสังคม ส่งผลต่อการเข้าใช้แอปพลิเคชัน	3.79 ± 0.85
สภาพสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้งาน	3.61 ± 0.95
1. ท่านมีอุปกรณ์สมาร์ทโฟนที่รองรับในการใช้แอปพลิเคชัน	4.00 ± 0.88
2. ท่านคิดว่าการกระจายสัญญาณอินเทอร์เน็ตบริเวณวัด เหมาะสม สามารถเข้าถึงและใช้งานแอปพลิเคชันได้สะดวก	3.47 ± 1.38
3. ท่านคิดว่าสถานบริการสุขภาพในเขตบางกอกน้อยมีระบบการส่งต่อข้อมูลสุขภาพของท่านอย่างมีประสิทธิภาพ	3.42 ± 1.17
4. ท่านคิดว่าสามารถขอความช่วยเหลือจากพระรูปอื่นหรือเจ้าหน้าที่โครงการเมื่อเกิดปัญหาในการใช้แอปพลิเคชัน	3.58 ± 1.12
แรงจูงใจด้านความบันเทิง	3.75 ± 0.77
1. ท่านคิดว่าการใช้แอปพลิเคชันทำให้มีความสุข สนใจการดูแลสุขภาพ	3.68 ± 0.94
2. ท่านคิดว่าการใช้แอปพลิเคชันช่วยสร้างสีสันให้ผู้ใช้งาน เช่น ลักษณะสวยงาม อ่านง่าย ทันสมัย ดึงดูดให้มีความน่าสนใจในการใช้งาน	3.79 ± 0.97
3. ท่านคิดว่าระบบแจ้งเตือน การ feedback ข้อมูลจากผลสุขภาพ ทำให้ท่านสนใจเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน	3.68 ± 0.95
4. ท่านคิดว่าการใช้แอปพลิเคชันทำให้ท่านมีความท้าทายในการออกกำลังกาย และดำเนินกิจกรรมทางกายตามเป้าหมาย	3.84 ± 0.76
5. ท่านคิดว่าสื่อการสอนและให้ความรู้ เช่น การรับประทานอาหาร และการสอนออกกำลังกาย น่าสนใจ สนุกสนาน ไม่น่าเบื่อ	3.79 ± 0.78

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

รายการประเมิน	n=19
มูลค่าราคา	3.86 ± 0.72
1. ท่านคิดว่า การดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันทำให้ท่านประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปโรงพยาบาลหลายครั้งโดยไม่จำเป็น	4.05 ± 0.84
2. ท่านคิดว่า การใช้แอปพลิเคชันทำให้ท่านประหยัดค่าใช้จ่ายในการเจาะเลือดตรวจซ้ำซ้อน	3.89 ± 0.73
3. ท่านคิดว่า ฟีเจอร์บันทึกยาและ ข้อมูลสุขภาพในแอปพลิเคชันช่วยลดค่าใช้จ่ายในการซื้อยาที่ไม่จำเป็นของท่าน	3.79 ± 0.91
4. ท่านคิดว่า การใช้แอปพลิเคชันมีความคุ้มค่าเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ท่านได้รับ	3.74 ± 0.93
ความเคยชิน	3.68 ± 0.97
1. ท่านคิดว่า สามารถใช้แอปพลิเคชันในการดูแลสุขภาพ จนเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตประจำวัน	3.58 ± 1.21
2. ท่านคิดว่า เมื่อมีคนถามถึงแอปพลิเคชันแสดงข้อมูลสุขภาพและยา ท่านจะนึกถึงแอปพลิเคชันจากโครงการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ผ่านเทคโนโลยี	3.53 ± 0.96
3. ท่านคิดว่า เมื่อท่านต้องการแนวทางการออกกำลังกายด้วยตนเอง ท่านจะนึกถึงแอปพลิเคชันจากโครงการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ผ่านเทคโนโลยี	3.74 ± 1.09
4. ท่านคิดว่า เมื่อต้องไปโรงพยาบาลหรือมีปัญหาสุขภาพ ท่านจะนึกถึงแอปพลิเคชันจากโครงการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ผ่านเทคโนโลยี	3.74 ± 1.04
5. ท่านคิดว่า ในอนาคตจะคุ้นเคยต่อการบันทึกข้อมูลสุขภาพและดูแลสุขภาพผ่านแอปพลิเคชันมากกว่าการจดจำหรือจดบันทึกรูปแบบเดิม	3.84 ± 0.89
ความตั้งใจในการเข้าร่วมโปรแกรม	3.76 ± 0.74
1. ท่านคิดว่า ระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีน่าสนใจ	3.89 ± 0.99
2. ท่านมีแนวโน้มจะใช้ระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีต่อไปในอนาคต	3.84 ± 0.83
3. ท่านจะดูแลสุขภาพโดยระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ	3.63 ± 0.83
4. ระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยีเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่ท่านชื่นชอบ	3.68 ± 0.82

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

จากการสำรวจความเห็นด้านการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย พบว่าความคิดเห็นในการเข้าใช้ระบบการสร้างเสริมสุขภาพผ่านเทคโนโลยี อยู่ในระดับปานกลาง โดยคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจของพระสงฆ์ในด้านความคาดหวังในประสิทธิภาพ (Performance Expectancy) อยู่ในระดับสูงที่สุด กล่าวคือ พระสงฆ์ส่วนใหญ่เห็นว่าหากเข้าใช้งานระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ผ่านเทคโนโลยีนี้นั้นมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพและเสริมสร้างให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

จากการสอบถามความเห็นด้านกิจกรรมในโครงการมีความเหมาะสม เพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์นั้นพบว่าพระสงฆ์ ร้อยละ 94.1 เห็นว่ากิจกรรมที่นำเสนอเพียงพอต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในด้านความสนใจในการใช้บริการระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) พระสงฆ์ร้อยละ 94.1 มีความสนใจในการใช้บริการระบบแพทย์ทางไกล (Telemedicine) บางส่วนยังไม่แน่ใจเรื่องการบริการระบบแพทย์ทางไกล เนื่องจากยังไม่ได้ศึกษารูปแบบการให้บริการและไม่เคยรับบริการสุขภาพผ่านระบบแพทย์ทางไกล แนวโน้มการเข้าร่วมโครงการอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 1 ปี พระสงฆ์ร้อยละ 88.2 ให้ความเห็นว่าสามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการดำเนินโครงการ สำหรับพระสงฆ์ที่ไม่สะดวกเข้าร่วมโครงการนั้นได้ให้ความเห็นว่า ตลอดการดำเนินโครงการมีกิจกรรมที่ต้องเข้าร่วมอย่างต่อเนื่อง พระสงฆ์บางส่วนมีกิจนิมนต์ อาจไม่สะดวกในการร่วมกิจกรรม

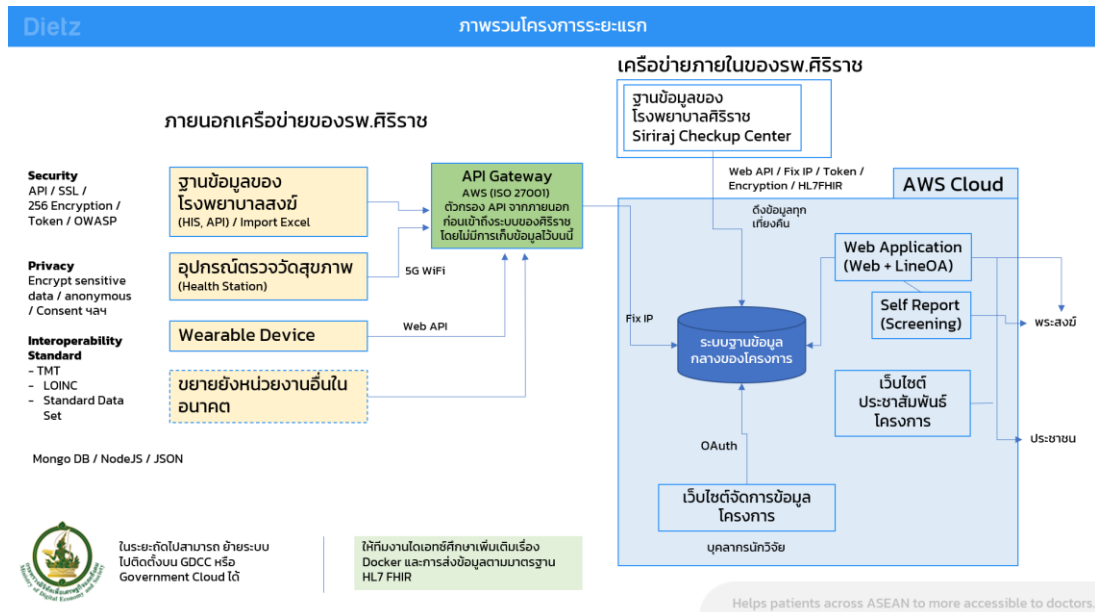
4.2 การพัฒนาออกแบบระบบ

4.2.1 การพัฒนาระบบแอปพลิเคชัน monkmeesuk

โครงการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดลได้พัฒนา web application หรือ platform ที่ผู้รับจ้างมาพัฒนาให้ตรงกับความต้องการของโครงการระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ และสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลสงฆ์ อุปกรณ์บริการหน่วยตรวจสุขภาพพระสงฆ์และอุปกรณ์ wearable device เพื่อจัดทำรายงานในเชิงวิเคราะห์แนวโน้มสุขภาพของพระสงฆ์และสามารถสนับสนุนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องภายในโครงการโดยมีรายละเอียดดังนี้

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

การวิเคราะห์และออกแบบกำหนดคุณสมบัติของเครือข่าย



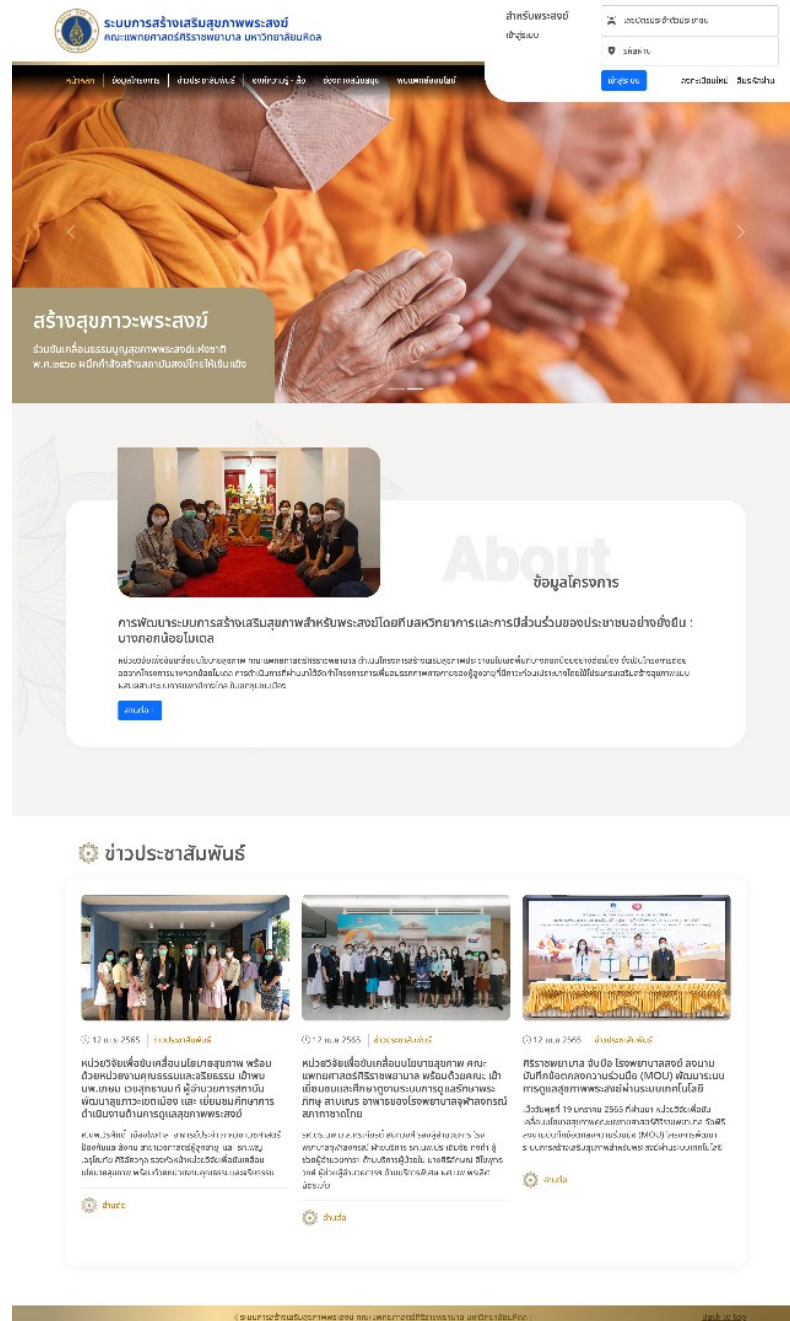
ภาพที่ 5 ภาพการออกแบบกำหนดคุณสมบัติของเครือข่าย

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

หน้าต่างสมัครเข้าใช้บริการ หรือล็อกอินเข้าใช้บริการ web application (web + LineOA)

website : <https://monkmeesuk.com/index>

LINE OA : <https://lin.ee/MBTdmEx>



ภาพที่ 6: ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าแรก

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

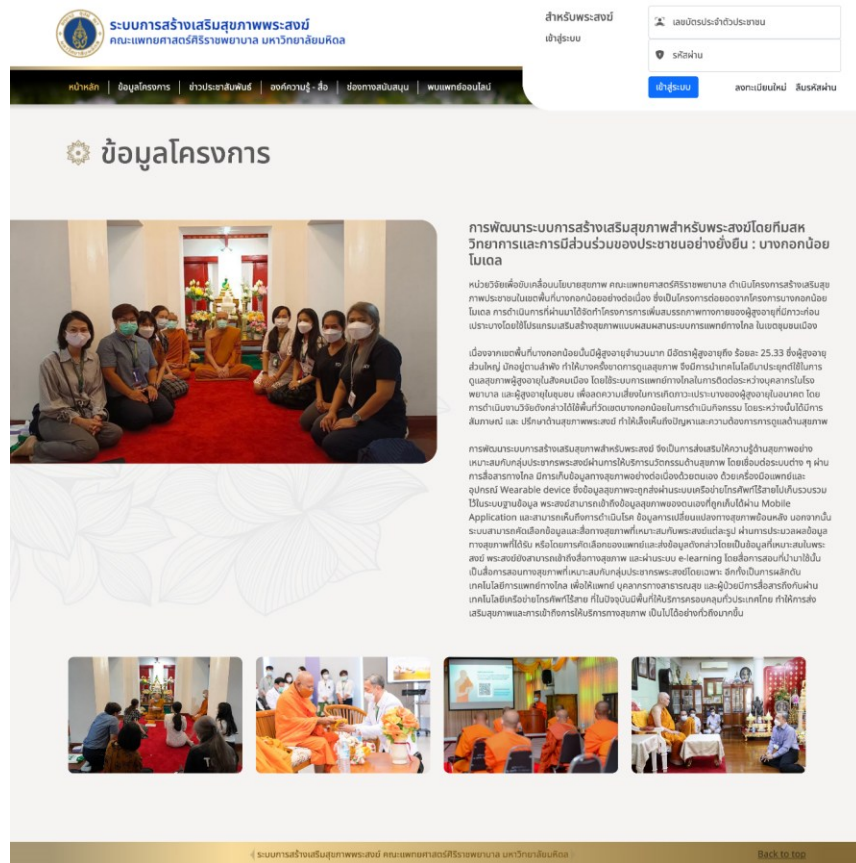


ภาพที่ 7 ภาพวิธีการโหลดใช้งาน Line OA Monk มีสุข โดยพระสงฆ์และประชาชนทั่วไปสามารถสแกน QR Code เพื่อเพิ่มเพื่อนใช้งานได้

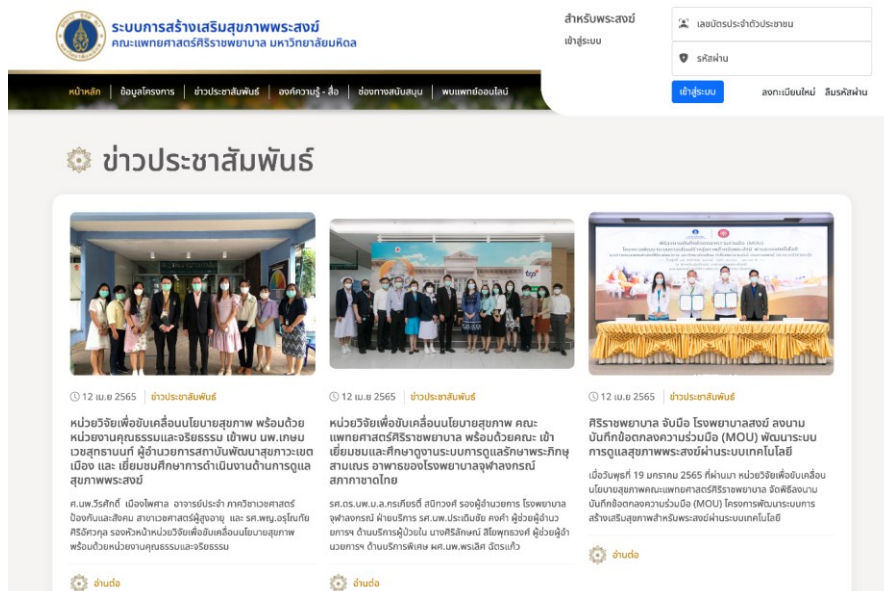


ภาพที่ 8 ภาพ เมนูของ Line Application Monk มีสุข

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

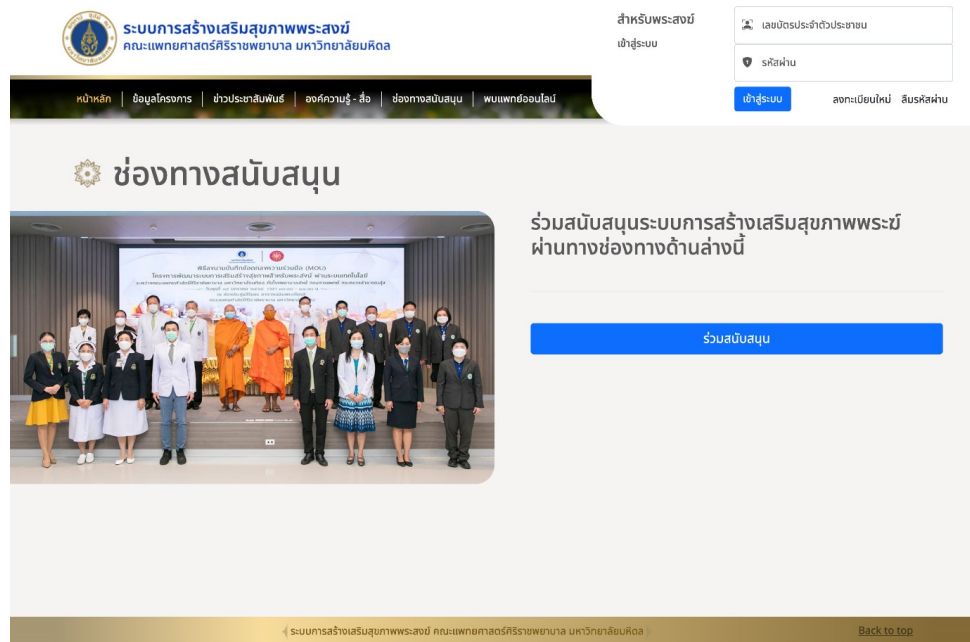


ภาพที่ 9 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าข้อมูลโครงการ



ภาพที่ 10 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าข่าวประชาสัมพันธ์

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล



ภาพที่ 11 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าช่องทางสนับสนุน



ภาพที่ 12 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าระบบ Telemedicine

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ลงทะเบียนใหม่

ข้อมูลส่วนตัว *

ฉายา *
ชื่อเดิม *
สกุลเดิม
หมายเลขบัตรประชาชน *

วันเดือนปีเกิด *
(พิกัดไม่เป็นที่ยอมรับหากเลือก 1 มกราคม)

หมายเลขโทรศัพท์มือถือ *
ระดับการศึกษา (ภาคโลก) *
ระดับการศึกษา (ภาคธรรม) *
อาชีพก่อนบวช *
ปีอุปสมบท
จำนวนพรรษา

เลือกวัน เดือน ปี 2566

เลือกระดับการศึกษา (ภาคโลก)
เลือกระดับการศึกษา (ภาคธรรม)
2566

คลิกเลือกรูป

ภาพที่ 13 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าลงทะเบียนใช้งาน

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ลืมรหัสผ่าน

หมายเลขบัตรประชาชน *
หมายเลขโทรศัพท์มือถือ *
รหัสผ่าน
รหัสผ่านอีกครั้ง

☒ สร้างรหัสผ่านใหม่

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

Back to top

ภาพที่ 14 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าเข้าสู่ระบบ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์
คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ข้อมูลส่วนบุคคล

ชื่อพระสงฆ์ *
 นามสกุล *
 ชื่อเล่น *
 อายุ *
 หมายเลขบัตรประชาชน *
 วันเดือนปีเกิด *
 ระดับการศึกษา (ภาคโลก) *
 ระดับการศึกษา (ภาคธรรม) *
 อาชีพก่อนบวช *
 อีเมล *
 รหัสผ่าน *
 ยืนยันรหัสผ่าน *

คลิกเลือกรูป

ภาพที่ 15 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล

พระสงฆ์สามารถเพิ่มผลการตรวจสุขภาพ (ผลการตรวจเลือด) แต่ครั้งได้โดยการสแกน QR code ในใบรายงานผล และสามารถกรอกผลได้ และสามารถพิมพ์ใบรายงานผลได้ (ในส่วนสแกน QR Code ทางโรงพยาบาลมีการปรับเปลี่ยนให้บันทึกข้อมูลด้วยตนเองหรือนำเข้าข้อมูลโดยเจ้าหน้าที่)

ผลการตรวจสุขภาพ

เพิ่มผลการตรวจทั่วไป + เพิ่มผลการตรวจในโรงพยาบาล +

วันที่ตรวจ	ตรวจที่	ประเภทการตรวจ	ผลการตรวจ
22 มกราคม 2566 10:28:00	โรงพยาบาล	ตรวจเลือด	ดูผลการตรวจ
2 กุมภาพันธ์ 2566	โรงพยาบาล	ตรวจทั่วไป	ดูผลการตรวจ
5 มกราคม 2566	โรงพยาบาล	ตรวจในโรงพยาบาล	ดูผลการตรวจ

ภาพที่ 16 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าบันทึกผลการตรวจสุขภาพ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

เพิ่มผลตรวจทั่วไป

ตรวจที่ *

วันที่ตรวจ

เลือกวัน

ผลตรวจ

ชนิดการตรวจ	ค่าที่ตรวจได้	หน่วย
น้ำหนัก		กิโลกรัม
ส่วนสูง		เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย		
รอบเอว		เซนติเมตร
ความดันโลหิตส่วนบน		

ภาพที่ 17 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าบันทึกผลการตรวจสุขภาพ ผลตรวจทั่วไป (บันทึกเอง)

2020-01-22 10:28:00

ผลตรวจ

ชนิดการตรวจ	ค่าที่ตรวจได้	หน่วย
น้ำหนัก	75.7	กิโลกรัม
ส่วนสูง	170	เซนติเมตร
ดัชนีมวลกาย	27.1	
ความดันโลหิตส่วนบน	141	
ความดันโลหิตส่วนล่าง	76	
อัตราการเต้นของหัวใจ	100	ครั้งต่อนาที
ระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด	97	%

ภาพที่ 18 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าบันทึกผลการตรวจสุขภาพ ผลตรวจทั่วไป (ตรวจด้วยเครื่องตรวจวัด) เมื่อมีการตรวจวัดสุขภาพแล้ว ผลตรวจสุขภาพจะบันทึกเข้าระบบ Line OA โดยอัตโนมัติ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

เมื่อมีการตรวจวัดสุขภาพแล้ว ผลตรวจสุขภาพจะบันทึกเข้าระบบ Line OA โดยอัตโนมัติ พระสงฆ์สามารถเข้าถึงผลการตรวจสุขภาพทั้งจากผลการตรวจเลือดจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ จากการเก็บข้อมูลของอุปกรณ์ตรวจสุขภาพ และจากการเชื่อมต่อ wearable device โดยข้อมูลแสดงเป็นลักษณะกราฟซึ่งสามารถเห็นแนวโน้มการดำเนินโรค หรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้


ระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล


บัญชีสาร พร: xxxxxxxx xxxxxxxx
 แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล | ออกจากระบบ

ผลการตรวจสุขภาพ | การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล | การแจ้งเตือน | สื่อความรู้ของตนเอง | รายการยา / แพทย์ | ประวัติการพบโรงพยาบาล | เว็บไซต์หลัก

[+ เพิ่มผลตรวจ](#)

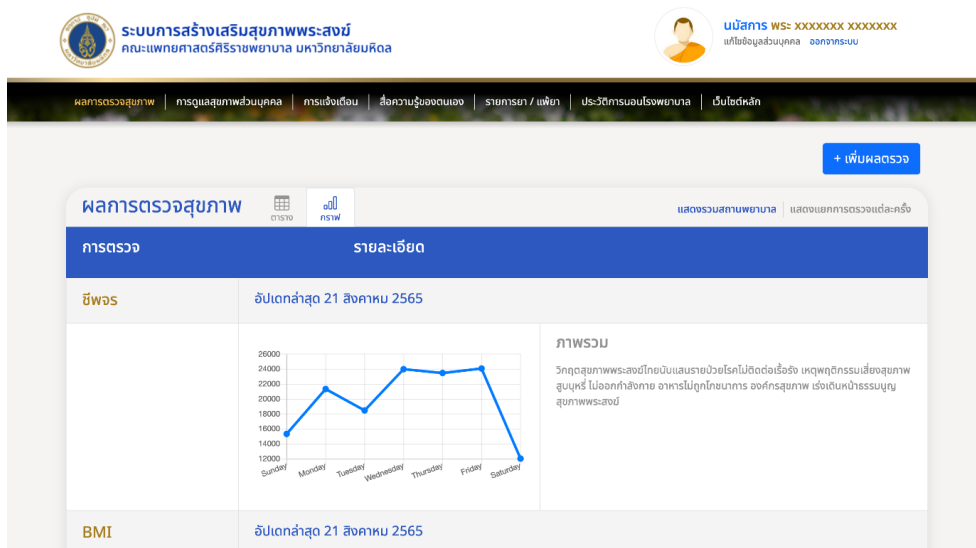
ผลการตรวจสุขภาพ		ตาราง	กราฟ	แสดงรวมสถานพยาบาล	แสดงแยกการตรวจแต่ละครั้ง
รายละเอียด					
การตรวจ	ชื่อพจน	โรงพยาบาล	ชนิดของการตรวจ	วันที่	ผลการตรวจ
		สถาบันพระรังษีเกษียณ	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
		โรงพยาบาลศิริราช	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
		โรงพยาบาลตำรวจ	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
BMI		สถาบันพระรังษีเกษียณ	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
		โรงพยาบาลศิริราช	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
		โรงพยาบาลตำรวจ	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
ความดันโลหิต		สถาบันพระรังษีเกษียณ	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
		โรงพยาบาลศิริราช	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
		โรงพยาบาลตำรวจ	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
เบ็ดเลือดขาว		สถาบันพระรังษีเกษียณ	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
		โรงพยาบาลศิริราช	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx
		โรงพยาบาลตำรวจ	xxxxxx	12/8/2522	xxxxxx

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

[Back to top](#)

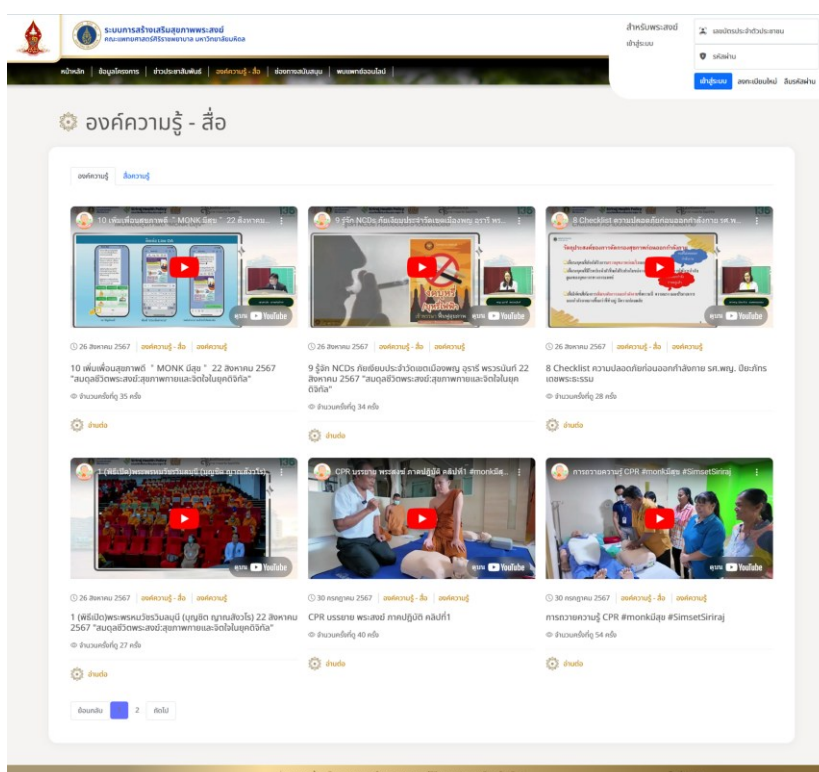
ภาพที่ 19 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าแสดงผลตรวจสุขภาพ รูปแบบตาราง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล



ภาพที่ 20 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าแสดงผลตรวจสุขภาพ รูปแบบกราฟ

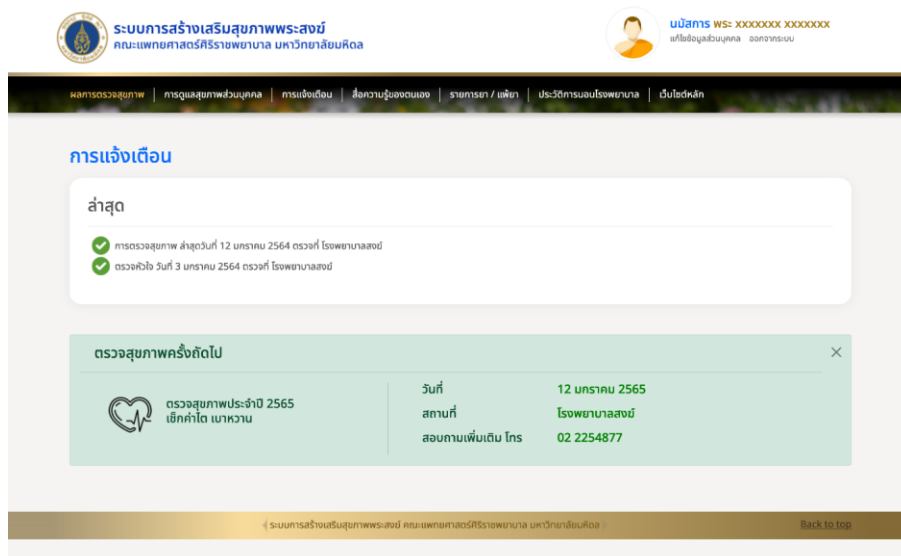
พระสงฆ์/ประชาชน สามารถเข้าถึงสื่อ Video E-learning สื่อข้อมูลการออกกำลังกาย รูปแบบ Interactive ที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ และสื่อสุขภาพต่าง ๆ ที่ถูกส่งมาจากโครงการวิจัย



ภาพที่ 21 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าองค์ความรู้ – สื่อ >> องค์ความรู้

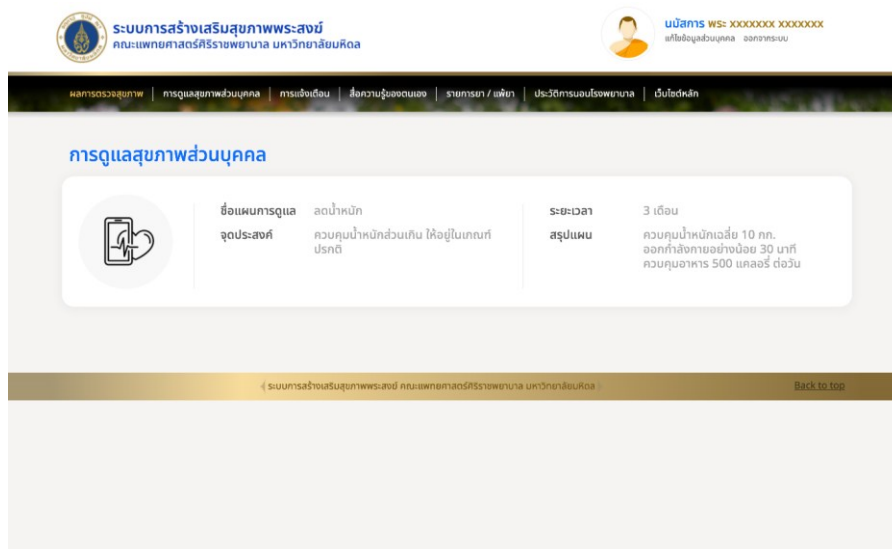
การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ระบบแจ้งเตือน (alert notification) การเข้าตรวจสอบสุขภาพตาม program ช่วงวัย ตามกำหนดการ



ภาพที่ 22 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าระบบแจ้งเตือน (Alert Notification) ตรวจสุขภาพตามช่วงวัย

ระบบแจ้งเตือน (alert notification) ข้อมูลผลตรวจสุขภาพที่มีความผิดปกติและระบบสามารถประมวลผลและแสดงสื่อโปรแกรมออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้ตามความผิดปกติหรือโรคที่ตนเองเป็น



ภาพที่ 23 ภาพหน้าระบบแจ้งเตือน (alert notification) ผลตรวจสุขภาพที่มีความผิดปกติ

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

พระสงฆ์สามารถกรอกข้อมูลยาที่รับประทาน ได้ด้วยตนเอง

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บันทึกการแพ้ยา: XXXXXXXX XXXXXXXX
แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล ออกจากระบบ

ผลการตรวจสุขภาพ | การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล | การแจ้งเตือน | สื่อความรู้ของตนเอง | รายการยา / แพ้ยา | ประวัติการนอนโรงพยาบาล | เว็บไซต์หลัก

รายการยา / แพ้ยา + เพิ่มการแพ้ยา + เพิ่มรายการยา

ยาที่แพ้

1. เพนิซิลลิน
2. โดเฟน
3. สเตียรอยด์ชนิดอื่น
4. โปรตีน
5. แอนติบอดี

ยาที่แพ้ / แพ้ยาลิส

เลข HN: HN119765
รหัสยาของโรงพยาบาล: DE1223
รหัส TMT Code: TMT C333
รหัสกลุ่มยา: THD
อาการไม่พึงประสงค์: -
ผลการประเมิน: -
วันที่ประเมิน: 12/03/2018
ผู้ประเมิน: บพ.จก.จก.ศิริราช
สถานพยาบาล: โรงพยาบาลศิริราช

12/02/2018
1233330989333
0987JH
12/02/2022
2022

	จำนวน	หน่วย
1. พาราเซตามอล	10	เม็ด
TMT Code : 1244r99 เลขที่ยา : 543332 รหัสหน่วยรับ : 5098848 รหัสวิธีการใช้ยา : rtt44r9 รหัสเวลาใช้ยา : DDD24		

ภาพที่ 24 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้ารายการยา/ ยาที่แพ้

ระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บันทึกการแพ้ยา: XXXXXXXX XXXXXXXX
แก้ไขข้อมูลส่วนบุคคล ออกจากระบบ

ผลการตรวจสุขภาพ | การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล | การแจ้งเตือน | สื่อความรู้ของตนเอง | รายการยา / แพ้ยา | ประวัติการนอนโรงพยาบาล | เว็บไซต์หลัก

รายการยา / แพ้ยา + เพิ่มการแพ้ยา + เพิ่มรายการยา

เพิ่มการแพ้ยา

ชื่อยา:

เลข HN: รหัสยาของโรงพยาบาล: รหัส TMT Code: รหัสกลุ่มยา:

อาการไม่พึงประสงค์: ผลการประเมิน:

วันที่ประเมิน: ผู้ประเมิน: สถานพยาบาล:

บันทึก

2. Amoxicillin

10

เม็ด

TMT Code : 1244r99
เลขที่ยา : 543332
รหัสหน่วยรับ : 5098848
รหัสวิธีการใช้ยา : rtt44r9
รหัสเวลาใช้ยา : DDD24

ภาพที่ 25 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าเพิ่ม ยาที่แพ้

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ภาพที่ 26 ภาพตัวอย่างหน้าจอ หน้าบันทึกข้อมูลการนอนโรงพยาบาล



ภาพที่ 27 ภาพตัวอย่างการติดตั้งใช้งานระบบ Health Station @Temple โดยร่วมกับโครงการกุฏิชีวาภิบาล ณ วัดไทร (มีการขออนุญาตบันทึกภาพและเผยแพร่ภาพแล้ว)

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

4.2.1 การประเมินการใช้งานแอปพลิเคชัน monkmeesuk

จำนวนผู้เข้าร่วมการประเมินการใช้งานแอปพลิเคชันสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์

ในการประเมินการใช้งานแอปพลิเคชัน ทางโครงการได้เรียนเชิญผู้ที่เกี่ยวข้องในการใช้งานแอปพลิเคชันเข้าร่วมทดสอบเมื่อวันที่ 5 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2567 ณ ห้องประชุม 901 ชั้น 9 อาคารศูนย์วิจัยการแพทย์ศิริราช (SiMR) โดยมีผู้เข้าร่วมทดสอบระบบดังนี้ พระสงฆ์จำนวน 10 รูป อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานครจำนวน 10 ท่าน เจ้าหน้าที่ด้านงานสารสนเทศและเจ้าหน้าที่คณะแพทยศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล จำนวน 6 ท่าน เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลสงฆ์จำนวน 2 ท่าน และ เจ้าหน้าที่จากสถาบันพัฒนาสุขภาวะเขตเมือง กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจำนวน 2 ท่าน รวมทั้งสิ้น 30 ท่าน

ผลการประเมินและทดสอบระบบ

1) คุณลักษณะของ web application สำหรับพระสงฆ์/ ประชาชน

(มีผู้ทำแบบประเมิน จำนวน 23 ราย)

ตารางที่ 5 ตารางแสดงผลการประเมินและทดสอบระบบด้านคุณลักษณะ Web Application

ลำดับ	รายละเอียด	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ข้อเสนอแนะ
1.	พระสงฆ์/ประชาชน สามารถสมัครเข้าใช้บริการหรือล็อกอินเข้าใช้บริการ	23 (100%)	0 (0%)	- ลงทะเบียน ยากมาก - เข้าระบบ ค่อนข้างมาก
2.	- พระสงฆ์สามารถเพิ่มผลการตรวจสุขภาพ (ผลการตรวจเลือด) แต่ละครั้งได้โดยการแสกน QR code ในใบการรายงานผล	22 (96%)	1 (4.3%)	
	- สามารถค้นหาจากรหัสผู้เข้าร่วมโครงการ			
	- สามารถกรอกผลการตรวจได้			
	- สามารถพิมพ์ใบรายงานผลได้			

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ลำดับ	รายละเอียด	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ข้อเสนอแนะ
3.	- พระสงฆ์ <u>สามารถเข้าถึงผลการตรวจสุขภาพ</u> จากผลการตรวจเลือดจากหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ - <u>สามารถเข้าถึงผลการตรวจสุขภาพ</u> จากอุปกรณ์ตรวจสุขภาพ - <u>สามารถเข้าถึงผลกิจกรรมทางกาย</u>จากการเชื่อมต่อ wearable device	23 (100%)	0 (0%)	
	- แสดงข้อมูลสุขภาพเป็นลักษณะกราฟซึ่งสามารถเห็นแนวโน้มการดำเนินโรค หรือแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพได้			
4.	พระสงฆ์/ประชาชน สามารถเข้าถึงสื่อ - Video E-learning สื่อข้อมูลการออกกำลังกายรูปแบบ Interactive ที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ - สื่อสุขภาพต่าง ๆ ที่ถูกส่งมาจากแพทย์หรือหน่วยวิจัยได้	23 (100%)	0 (0%)	
5.	มีระบบแจ้งเตือน (Alert Notification) การเข้าตรวจสุขภาพตาม Program ช่วงวัย ตามกำหนดการ	21 (91%)	2 (8.7%)	
6.	มีระบบแจ้งเตือน (Alert Notification) - ข้อมูลผลตรวจสุขภาพที่มีความผิดปกติ - ระบบสามารถประมวลผลและแสดงสื่อโปรแกรมออกกำลังกาย - การรับประทานอาหาร การดูแลสุขภาพเบื้องต้น ได้ตามความผิดปกติหรือโรคที่ตนเองเป็น	22 (96%)	1 (4.3%)	
7.	พระสงฆ์สามารถกรอกข้อมูลยาที่รับประทานได้ด้วยตนเอง	23 (100%)	0 (0%)	
8.	พระสงฆ์สามารถกรอกข้อมูลโรคประจำตัวได้ด้วยตนเอง	23 (100%)	0 (0%)	
9.	พระสงฆ์สามารถกรอกข้อมูลตามแบบประเมิน case record form ที่โครงการกำหนด	21 (91%)	2 (8.7%)	

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ลำดับ	รายละเอียด	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ข้อเสนอแนะ
	ด้าน COGNITION (อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) แบบประเมิน TMSE ด้าน MENTAL HEALTH แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q 9Q 8Q แบบประเมินความเครียด ST5 ด้าน NUTRITION แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร MNA (อาสาสมัคร อายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป) NAF (อาสาสมัคร อายุ 18 -59 ปี) ด้าน PHYSICAL ACTIVITY แบบประเมิน GPAQ			
10.	พระสงฆ์/ ประชาชน สามารถดูบันทึกข้อมูลการเข้าชมสื่อออนไลน์	23 (100%)	0 (0%)	
11.	ระบบสามารถตั้งค่าเป้าหมายการดูแลสุขภาพ และแสดงข้อมูลการเปลี่ยนแปลงของร่างกายตามเป้าหมายได้	22 (96%)	1 (4.3%)	
12.	ระบบสามารถเชื่อมต่อไปยังระบบ Telemedicine ที่เกี่ยวข้องในโครงการนี้	21 (91%)	2 (8.7%)	
13.	พระสงฆ์สามารถบันทึกข้อมูลการนอน โรงพยาบาล ได้ด้วยตนเอง	22 (96%)	1 (4.3%)	
14.	เว็บไซต์สามารถแสดงการประชาสัมพันธ์โครงการโดย - แสดงข้อความและข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ - แสดงสื่อต่าง ๆ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ - แสดงรายละเอียดช่องทางสำหรับการสนับสนุนโครงการ	22 (96%)	1 (4.3%)	

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

2) คุณลักษณะของผลิตภัณฑ์ (kiosk) (มีผู้ทำแบบประเมิน จำนวน 23 ราย)

ตารางที่ 6 ตารางแสดงผลการประเมินและทดสอบระบบด้านคุณลักษณะของผลิตภัณฑ์

ลำดับ	รายละเอียด	ครบถ้วน	ไม่ ครบถ้วน	ข้อเสนอแนะ
15.	อุปกรณ์ตรวจสอบสุขภาพ (kiosk) เชื่อมต่อกับระบบฐานข้อมูลหรือ Platform ที่ผู้รับจ้างเสนอ	23 (100%)	0 (0%)	
16.	อุปกรณ์ตรวจสอบสุขภาพ ที่สามารถเชื่อมต่อกับเครือข่ายผ่านระบบ Wifi หรือระบบ Lan และ รองรับการใช้งานTelemedicine ของสถานบริการสุขภาพ	23 (100%)	0 (0%)	
17.	มีหน้าจอแสดงผลระบบสัมผัสกล้อง ไมค์ และลำโพงพร้อมเมนูการใช้งานระบบสัมผัส	22 (96%)	1 (4.3%)	อ่านผลการตรวจวัดความดันโลหิตไม่ได้
18.	รองรับการเชื่อมต่อกับเครื่องมือแพทย์อื่นๆ ได้ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต	22 (96%)	1 (4.3%)	
19.	อุปกรณ์สามารถแสดงผลการตรวจวัดค่าสัญญาณชีพต่างๆที่หน้าจอทันทีเมื่อการวัดเสร็จสิ้น	23 (100%)	0 (0%)	
20.	อุปกรณ์สามารถส่งข้อมูลสุขภาพของแต่ละบุคคลเข้าสู่ระบบฐานข้อมูล	23 (100%)	0 (0%)	
21.	มีการติดตั้งอุปกรณ์ตรวจสอบสุขภาพ จำนวน 5 จุด	23 (100%)	0 (0%)	

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

3) คุณลักษณะของระบบสำหรับบริหารจัดการข้อมูลภายในโครงการ
(มีผู้ทำแบบประเมิน จำนวน 14 ราย)

ตารางที่ 7 ตารางแสดงผลการประเมินและทดสอบระบบด้านระบบสำหรับบริหารจัดการข้อมูลภายในโครงการ

ลำดับ	รายละเอียด	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ข้อเสนอแนะ
22.	เจ้าหน้าที่ แพทย์ผู้ดำเนินโครงการสามารถล็อกอินเข้าสู่ระบบโดยใช้มาตรฐานการยืนยันตัวตน OAuth 2.0 เพื่อเข้าถึงระบบบริหารจัดการข้อมูล	14 (100%)	0 (0%)	
23.	นักวิจัย เจ้าหน้าที่ดูแลระบบ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องภายในโครงการฯ - สามารถนำเข้ารายชื่อพระสงฆ์เข้าร่วมโครงการ - สามารถ เพิ่ม ลด แก้ไข ข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการ	14 (100%)	0 (0%)	ยังไม่สามารถนัดหมายได้
24.	นักวิจัย เจ้าหน้าที่ดูแลระบบ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องภายในโครงการฯ - สามารถนำเข้าเพิ่ม ลด แก้ไข โปรแกรมการนัดตรวจสุขภาพของพระสงฆ์ - สามารถเพิ่ม ลด แก้ไข รายงานผลการตรวจห้องปฏิบัติการที่ใช้ตรวจสุขภาพได้ - สามารถเลือกชนิดของการตรวจที่สำหรับการตรวจแต่ละครั้ง	14 (100%)	0 (0%)	
25.	เจ้าหน้าที่ดูแลระบบ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องภายในโครงการฯ สามารถนำเข้าเพิ่มผลการประเมินสมรรถภาพ ตาม case record form ได้แก่ - ผลการตรวจ BIA: body composition - ผลการประเมิน Handgrip strength - ผลการประเมิน Back scratch test - ผลการประเมิน Chair Sit and reach	14 (100%)	0 (0%)	รูปแบบอ่านยาก ตัวหนังสือ เล็กเกินไป

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ลำดับ	รายละเอียด	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	ข้อเสนอแนะ
	- ผลการประเมิน Timed Up and Go Test - ผลการประเมิน SPPB			
26.	มี Function การแปลผลและวิเคราะห์ผลตรวจสุขภาพ ได้แก่ - ผลการตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count) - ค่าการทำงานของไต (BUN, Creatinine) - ค่าการทำงานของตับ (Liver Function Test) - ค่าไขมันในเลือด (Lipid Profile) - หรือ ผลการตรวจอื่น ๆ	13 (93%)	1 (7.1%)	ถ้าผลแลปผิดปกติจะมีลักษณะใดบ่งบอก
27.	แพทย์ นักวิจัยหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง - สามารถเลือกส่งข้อมูลสุขภาพหรือสื่อต่าง ๆ จากการแบ่งกลุ่มโดยอ้างอิงข้อมูลสุขภาพให้กับกลุ่มพระสงฆ์ที่เป็นโรคต่าง ๆ หรือให้พระสงฆ์แต่ละรูปได้	13 (93%)	1 (7.1%)	
28.	แพทย์หรือนักวิจัย - สามารถเข้าถึงการวิเคราะห์ข้อมูลโดยรวมและติดตามผลผู้เข้าร่วมทั้งโครงการ - สามารถส่งออกข้อมูลรายบุคคล ในรูปแบบไฟล์ Excel หรือ Report ต่าง ๆ เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยได้	14 (100%)	0 (0%)	
29.	เจ้าหน้าที่ที่สามารถอัปโหลด เพิ่ม ลด แก้ไข Content สุขภาพ และวิดีโอ e-learning	14 (100%)	0 (0%)	การ export ควร มี ข้อมูล case record form ออกมาด้วย

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

4) คุณลักษณะของเซิร์ฟเวอร์และระบบฐานข้อมูล

ตารางที่ 8 ตารางแสดงผลการประเมินของเซิร์ฟเวอร์และระบบฐานข้อมูล

ลำดับ	รายละเอียด	ครบถ้วน	ไม่ครบถ้วน	หมายเหตุ
30.	- สามารถเชื่อมโยงข้อมูลของศูนย์ตรวจสุขภาพโรงพยาบาลศิริราช (Siriraj Checkup Center) โดยใช้มาตรฐาน HL7 FHIR ในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และจัดเก็บไว้ใน Platform - สามารถแสดงผลการตรวจโลหิตจากห้องปฏิบัติการ เช่น - ผลการตรวจค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count) - ค่าการทำงานของไต (BUN และ Creatinine) - ค่าการทำงานของตับ (Liver Function Test) - ค่าไขมันในเลือด (Lipid Profile)	10 (71%)	4 (29%)	- ไม่ทราบว่าทำได้จริงไหม - ทำ API เชื่อมโยงข้อมูลแล้วแต่รอ policy
31.	สามารถเชื่อมโยงข้อมูลภายในของโรงพยาบาลสงฆ์ และจัดเก็บไว้ใน Platform	10 (71%)	4 (29%)	
32.	สามารถเชื่อมโยงข้อมูลกับอุปกรณ์ตรวจสุขภาพ และจัดเก็บไว้ใน Platform	11 (79%)	3 (21%)	
33.	สามารถเชื่อมโยง ข้อมูลกับ Wearable device และจัดเก็บไว้ใน Platform เช่น - ค่าชีพจร - ค่าก้าวเดิน - ค่าอัตราการเผาผลาญพลังงาน - หรือ ผลการวัดค่าอื่น ๆ	13 (93%)	1 (7.1%)	นาฬิกาใช้ยาก

จากการประเมินพบว่าส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้แต่ยังมีความซับซ้อนในการใช้งาน ทำให้คณะผู้วิจัย มีการปรับบางส่วน และเน้นการเพิ่มกิจกรรมผ่าน LINE@ เพื่อให้พระสงฆ์เข้าใช้งานเบื้องต้นได้ง่าย และสามารถเพิ่มการเข้าถึง web application

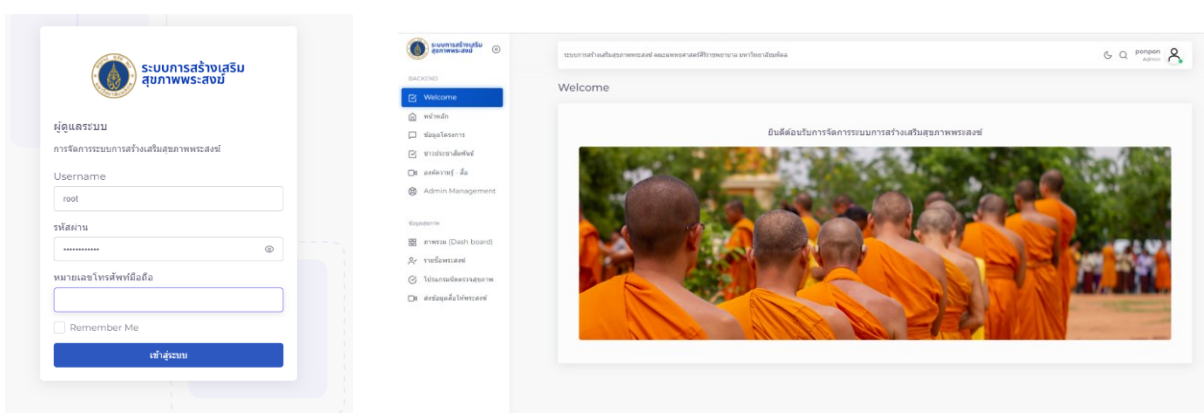
การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

4.2.2 การใช้งานแอปพลิเคชัน monkmeesuk และ LINE@ monkmeesuk

ผู้วิจัยได้พัฒนาเว็บไซต์สำหรับการเชื่อมโยงและจัดเก็บข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ แอปพลิเคชันมือถือสำหรับพระสงฆ์ และเว็บไซต์สำหรับการให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ ซึ่งจากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 ปี มีพระสงฆ์ ลงทะเบียนแอปพลิเคชัน จำนวน 305 ราย และเข้าร่วมกิจกรรมย่อยและติดตาม LINE OA @monkmeesuk จำนวน 967 ราย และมี active account จำนวน 855 ราย แบ่งเป็น กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 27.7 กลุ่มอายุ 35 ปี – 50 ปี ร้อยละ 20 และกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 28.9 โดยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

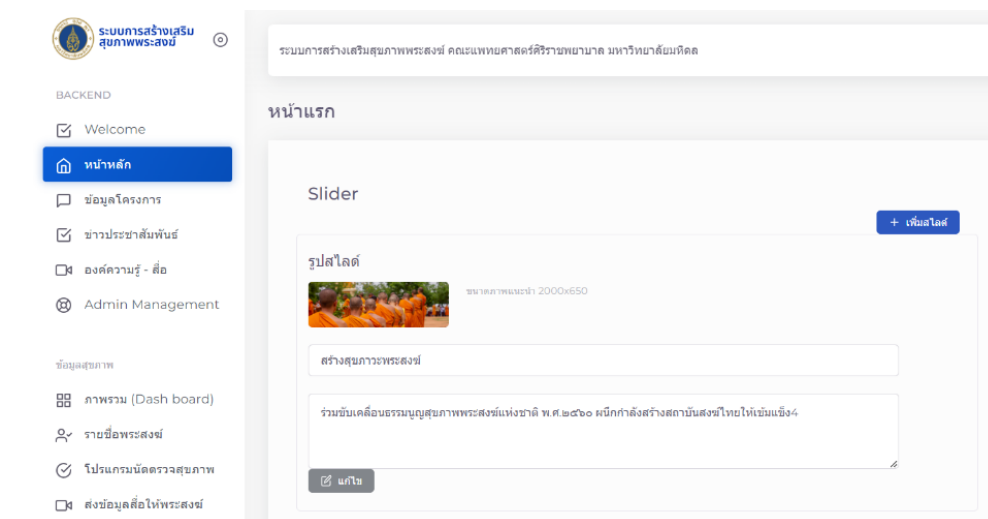
4.3 การพัฒนาเว็บบริหารจัดการข้อมูลโครงการ

เว็บบริหารจัดการข้อมูลโครงการนั้นประกอบไปด้วยเมนูเพื่อการบริหารข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ การเผยแพร่สื่อความรู้สุขภาพ โปรแกรมการตรวจสุขภาพ และการนัดหมาย โดยผ่าน URL : https://monkmeesuk.com/back_end/page/index และรายละเอียดเว็บไซต์ ดังนี้

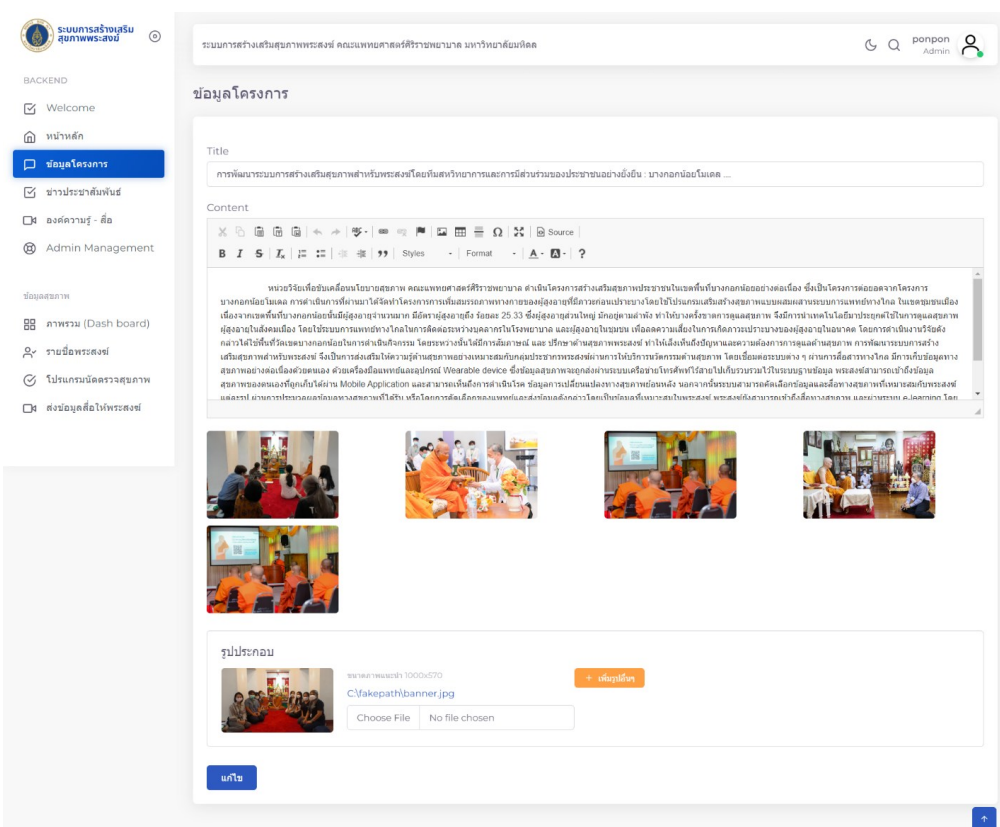


ภาพที่ 28 แสดงหน้า login เข้าสู่ระบบ และหน้าหลักระบบสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

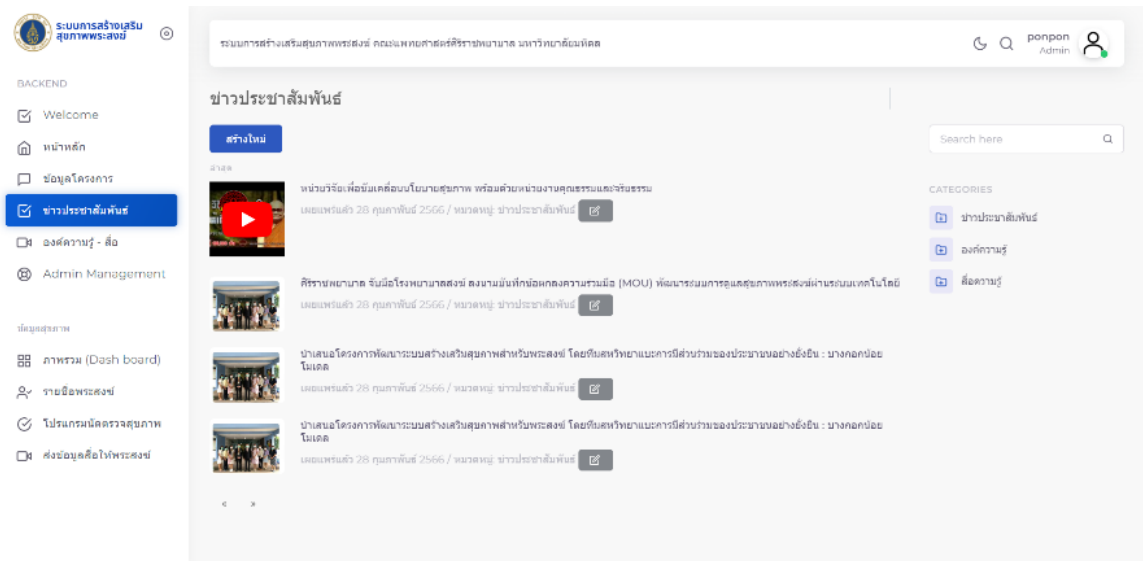


ภาพที่ 29 แสดงหน้า เมนูแสดงผลรูปสไลด์หน้าเว็บไซต์

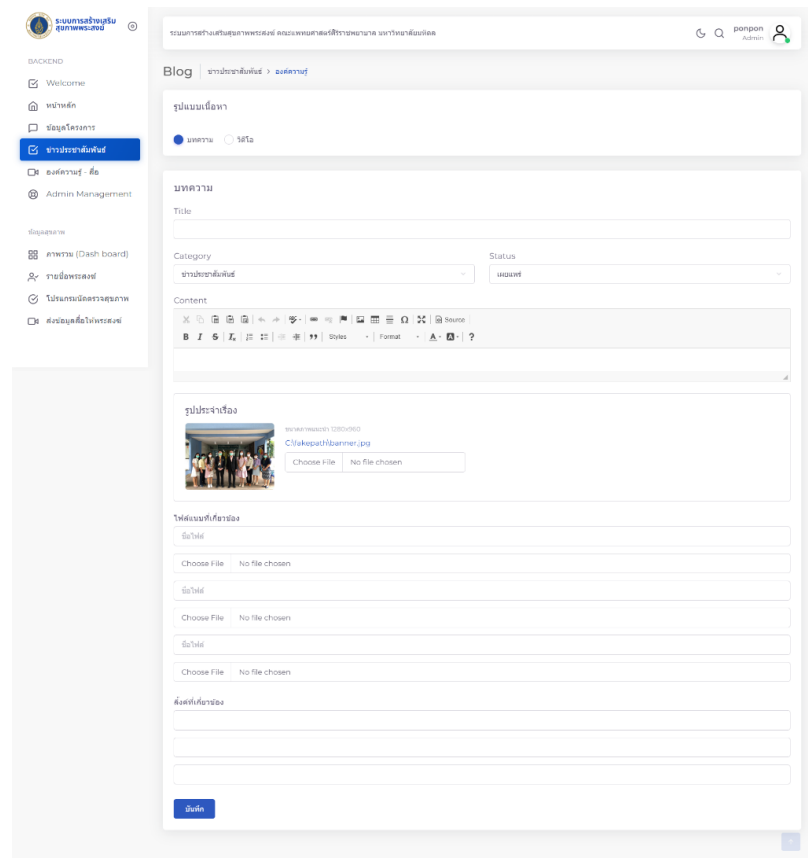


ภาพที่ 30 แสดงหน้า เมนูข้อมูลโครงการ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

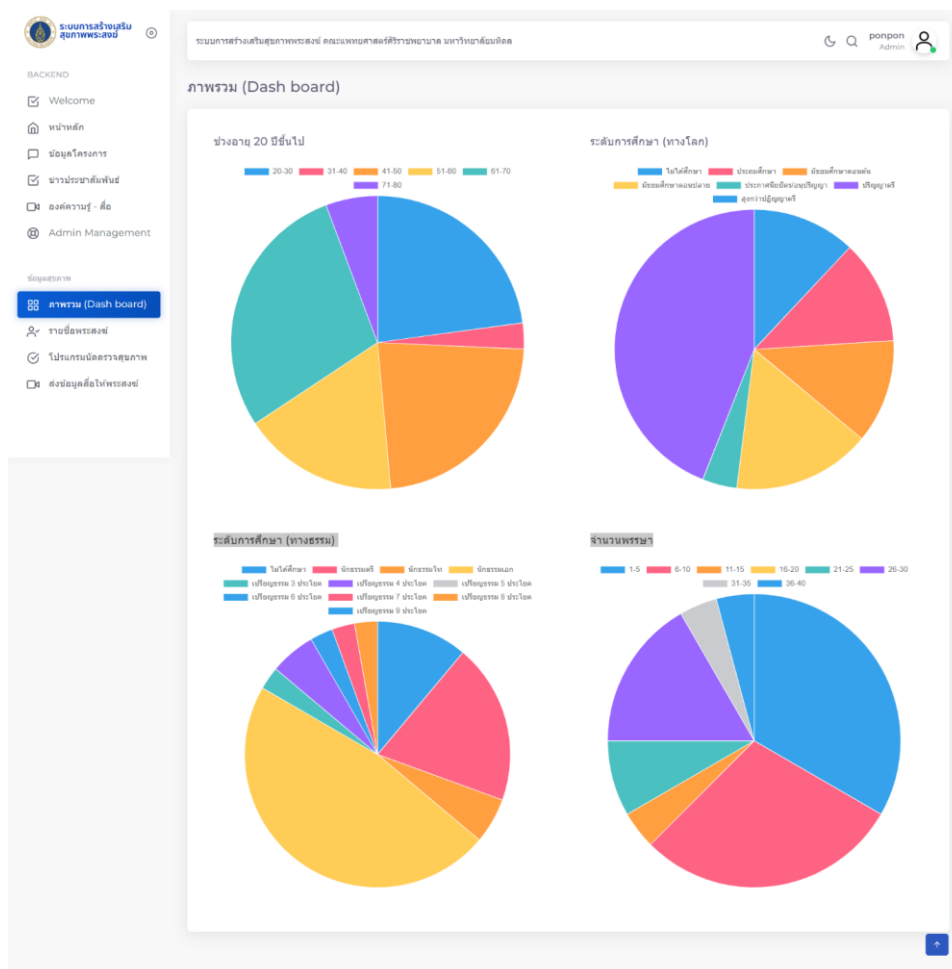


ภาพที่ 31 แสดงหน้า เมนูข่าวประชาสัมพันธ์



ภาพที่ 32 แสดงหน้า เมนูแก้ไขเพิ่มข้อมูลข่าวประชาสัมพันธ์และสื่อความรู้

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล



ภาพที่ 33 แสดงหน้า ภาพรวม (Dash board) ของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ

ที่	ชื่อพระสงฆ์	เลขบัตรประชาชน	วัด	หมายเลขโทรศัพท์	โรคประจำตัว	ปุ่ม
1	พระมหาจาง	3102201339931	วัดรัตนธรรมะประดิษฐ์	0831972445		ปุ่ม
2	พระมหา	3480800109741	วัดทองนพคุณ	0821496246		ปุ่ม
3	พระมิ่งขวัญ	3480600009948	วัดรัตนธรรมะประดิษฐ์	0615079700		ปุ่ม
4	พระมิ่งขวัญ	3480800436483	วัดรัตนธรรมะประดิษฐ์	0840081930		ปุ่ม
5	พระมหาพร	3101800216967	วัดรัตนธรรมะประดิษฐ์	0825165259		ปุ่ม

ภาพที่ 34 แสดงหน้า รายชื่อของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล



ระบบการสํานักเสริมสุขภาพพระสงฆ์

สุขภาพพระสงฆ์





ponpon Admin



ระบบการสํานักเสริมสุขภาพพระสงฆ์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

BACKEND

 Welcome

 หน้าหลัก

 ข้อมูลโครงการ

 ข่าวประชาสัมพันธ์

 องค์ความรู้ - สื่อ

 Admin Management

ข้อมูลสุขภาพ



ดาพรม (Dash board)

รายชื่อพระสงฆ์



โปรแกรมบริหารจัดการสุขภาพ

รายชื่อพระสงฆ์

ค้นหาจากชื่อ

ค้นหาจากวัด

ค้นหา

Export

ที่	วันที่	ชื่อพระสงฆ์	เลขบัตรประชาชน	วัด	หมายเลขโทรศัพท์	โรคประจำตัว	แบบประเมิน	
205	2024-07-17 20:57:30	พระนิธิ์ธน์	1103701787121	วัดญาณเวศกวัน	0983254164			ข้อมูลบุคคล ข้อมูลสุขภาพ ข้อมูล Polar ลบ

ผลการตรวจสุขภาพ

ตาราง

กราฟ

แสดงรวมสถานพยาบาล

+ เพิ่มผลตรวจทั่วไป

+ เพิ่มผลตรวจในโรงพยาบาล

วันที่ตรวจ	ตรวจที่	ประเภทการตรวจ	ผลการตรวจ
16 กรกฎาคม 2567	บ้าน	ตรวจทั่วไป	ดูผลตรวจ
17 กรกฎาคม 2567	บ้าน	ตรวจในโรงพยาบาล	ดูผลตรวจ

ภาพที่ 35 แสดงหน้า การเพิ่มผลการตรวจสุขภาพ

The screenshot shows a web browser displaying the "Siriraj Dietz Asia" website. The URL bar shows "siriraj.dietz.asia/back_end/page/program". The header includes navigation links like "หน้าหลัก" (Home), "ข้อมูลโครงการ" (Project Information), "ข่าวประชาสัมพันธ์" (Public Relations News), "องค์ความรู้ - สื่อ" (Knowledge - Media), and "Admin Management". The main content area is titled "โปรแกรมนัดตรวจสุขภาพ" (Program Health Check Appointment). It features a sidebar with options like "ยินดีต้อนรับ" (Welcome), "หน้าหลัก" (Home), "ข้อมูลโครงการ" (Project Information), "ข่าวประชาสัมพันธ์" (Public Relations News), "องค์ความรู้ - สื่อ" (Knowledge - Media), and "Admin Management". The main section displays "โปรแกรมอายุต่ำกว่า 35 ปี" (Program Under 35 Years Old) with a description: "เป็นโปรแกรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นสำหรับบุคคลทั่วไปและผู้ที่ต้องการตรวจคัดกรองความเสี่ยงในการเกิดโรคต่าง ๆ" (This is a basic health check program for general people and those who want to screen for various disease risks). Below this, there are two buttons: "แก้ไข" (Edit) and "ลบโปรแกรม" (Delete Program). To the right, there's a list of 11 items under the heading "รายการตรวจสุขภาพ และราคา" (Health Check Items and Prices), including Creatinine, SGOT, SCPT, Urine Analysis, Chest x-ray, EKG, Physical Examination by Internal Medicine, CBC, FBSS, BUN, and ABI. At the bottom, it states "ราคารวม 2,200.00 บาท" (Total Price 2,200.00 Baht).

ภาพที่ 36 แสดงหน้า โปรแกรมนัดตรวจสุขภาพ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

4.4 การติดตามข้อมูลสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์

4.4.1 ข้อมูลประชากรของผู้เข้าร่วมการศึกษา

การเก็บข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพนั้น ทางผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2565 ถึง กรกฎาคม 2566 โดยการเก็บข้อมูลนั้นจะแบ่งเป็นการตอบแบบสอบถามสุขภาพด้วยตนเอง การตรวจประเมินตามแบบคัดกรองสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่ และการตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการ

พระสงฆ์จำนวน 560 รูปจาก 6 เขต เข้ารับการตรวจสุขภาพ โดยพระสงฆ์ที่จำวัดในพื้นที่เขตตลิ่งชันมีผู้เข้าร่วมมากที่สุด จำนวน 199 รูป คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาคือเขตบางกอกน้อย จำนวน 177 รูป คิดเป็นร้อยละ 31.6 (ตารางที่ 9) โดยในการศึกษานี้ มีการแบ่งการวิเคราะห์ตามช่วงอายุซึ่งมีการอ้างอิงตามโปรแกรมตรวจสุขภาพ โดยพระสงฆ์กลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไปนั้น ถือเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมโครงการมากที่สุด 253 รูป คิดเป็นร้อยละ 45.18 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 20-34 ปี จำนวน 178 รูป คิดเป็นร้อยละ 31.79 และกลุ่มอายุ 35-50 ปี จำนวน 129 รูป คิดเป็นร้อยละ 23.04

ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาสูง โดยกลุ่มอายุที่มากกว่ามีแนวโน้มประสบปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น ปัญหาการมองเห็น การได้ยิน และสุขภาพช่องปาก มากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า

ตารางที่ 9 ตารางแสดงลักษณะประชากรของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมการศึกษา (n=560)

ตัวแปรที่ศึกษา	รวม (n=560)	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=178)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=129)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=253)	p
เขต					<0.001
เขตบางกอกน้อย	177 (31.6%)	48 (27.0%)	39 (30.2%)	90 (35.6%)	
เขตตลิ่งชัน	199 (35.5%)	55 (30.9%)	39 (30.2%)	105 (41.5%)	
เขตบางกอกใหญ่	86 (15.4%)	42 (23.6%)	29 (22.5%)	15 (5.9%)	
เขตบางพลัด	76 (13.6%)	25 (14.0%)	15 (11.6%)	36 (14.2%)	
เขตพระนคร	17 (3.0%)	8 (4.5%)	4 (3.1%)	5 (2.0%)	
เขตภาษีเจริญ	5 (0.9%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	2 (0.8%)	

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตัวแปรที่ศึกษา	รวม (n=560)	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=178)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=129)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=253)	p
ระดับการศึกษา					<0.001
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนปลาย	161 (29.0%)	37 (21.0%)	27 (21.1%)	97 (38.6%)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช./ ปวส.อนุปริญญา หรือ สูงกว่า	394 (71.0%)	139 (79.0%) ^a	101 (78.9%) ^a	154 (61.4%) ^b	
ไม่ระบุข้อมูล	5 (0.9%)	2 (1.1%)	1 (0.8%)	2 (0.8%)	
ระดับการศึกษาทางธรรม					0.659
ไม่ได้ศึกษา	70 (12.5%)	22 (12.4%)	13 (10.1%)	35 (13.8%)	
นักธรรมตรี และ โท	141 (25.2%)	40 (22.5%)	33 (25.6%)	68 (26.9%)	
นักธรรมเอก ขึ้นไป	344 (61.4%)	114 (64.0%)	82 (63.6%)	148 (58.5%)	
ไม่ระบุข้อมูล	5 (0.9%)	2 (1.1%)	1 (0.8%)	2 (0.8%)	
วิธีการรักษาเมื่อเจ็บป่วย					
โรงพยาบาลหรือ สถานพยาบาลใกล้เคียง	506 (90.4%)	159 (89.3%) ^a	109 (84.5%) ^a	238 (94.1%) ^b	0.009
ซื้อยากินเอง หรือ รักษาแพทย์ แผนโบราณ	494 (88.2%)	154 (86.5%)	118 (91.5%)	222 (87.7%)	0.402
การสูบบุหรี่					
สูบ	80 (14.3%)	23 (12.9%)	19 (14.7%)	38 (15.0%)	0.837
ไม่ได้สูบ	129 (23.0%)	26 (14.6%) ^a	31 (24.0%)	72 (28.5%) ^b	0.003
มีปัญหาด้านการมองเห็น	286 (51.5%)	64 (36.4%) ^b	69 (53.9%) ^a	153 (61.0%) ^a	<0.001
มีปัญหาด้านการได้ยิน	82 (14.8%)	11 (6.3%) ^b	21 (16.4%) ^a	50 (19.9%) ^a	<0.001
มีปัญหาสุขภาพช่องปาก	213 (38.4%)	44 (25.0%) ^a	43 (33.6%)	126 (50.2%) ^b	<0.001

a,b แสดงตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

4.4.2 ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ non-communicable diseases (NCDs) ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ได้เกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรค และไม่ได้ติดต่อจากคนสู่คน โดยการสัมผัสหรือการหายใจ แต่เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ

ภาวะโรคร่วม (Multimorbidity) หมายถึง ผู้ที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อยสองโรคพร้อมกัน การโอกาสในการเกิดภาวะโรคร่วมนั้นจะเพิ่มขึ้นตามอายุ เนื่องจากภาวะถดถอยของร่างกาย ซึ่งอาจส่งผลให้ความไวต่อโรคเพิ่มขึ้น โดยจากการศึกษาวิจัยได้รวบรวมข้อมูลสุขภาพจากการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ ณ ศูนย์ตรวจสุขภาพศิริราช โดยภาวะโรคร่วมได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และประเมินจากการวิเคราะห์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งภาวะดังกล่าวจะถูกระบุเมื่อบุคคลมีการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อยสองโรค เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจ โรคตับแข็ง/ ตับอักเสบ โรคไต ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ และโรคหลอดเลือดสมอง โดยจากตารางที่ 10 ผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลพระสงฆ์ที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และผู้ที่มีภาวะโรคร่วม

ตารางที่ 10 ตารางแสดงข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=560)

ตัวแปรที่ศึกษา	รวม (n=560)	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=178)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=129)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=253)	p
โรคประจำตัว					
ไม่มีโรคประจำตัว	136 (24.3%)	71 (39.9%) ^b	22 (17.1%) ^a	43 (17.0%) ^a	<0.001
โรคอ้วน (BMI > 25kg/m ²)	247 (44.2%)	78 (43.8%)	63 (48.8%)	106 (42.1%)	0.432
โรคความดันโลหิตสูง	143 (25.6%)	23 (12.9%) ^b	31 (24.2%) ^a	89 (35.2%) ^a	<0.001
โรคเบาหวาน	84 (15.0%)	5 (2.8%) ^b	17 (13.2%) ^a	62 (24.5%) ^a	<0.001
โรคหัวใจ	64 (11.4%)	6 (3.4%) ^b	15 (11.7%) ^a	43 (17.0%) ^a	<0.001
โรคตับแข็ง/ตับอักเสบ	52 (9.3%)	22 (12.4%) ^a	16 (12.5%) ^a	14 (5.5%) ^b	0.021
โรคไตเรื้อรัง	52 (9.3%)	11 (6.2%)	12 (9.4%)	29 (11.5%)	0.178
ภาวะไขมันในเลือดสูง	323 (57.8%)	91 (51.1%) ^a	90 (70.3%) ^b	142 (56.1%) ^a	0.003
โรคหลอดเลือดสมอง	9 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (1.8%) ^a	8 (6.0%)	0.042
ภาวะโรคร่วม	221 (39.5%)	43 (24.2%) ^b	51 (39.5%) ^a	127 (50.2%) ^a	<0.001

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

จากข้อมูลผลการตรวจสุขภาพ (ตารางที่ 3) พบว่ามีเพียง 24.3% ของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ และในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมากที่สุดคือ พระสงฆ์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.9 ($p < 0.001$) สอดคล้องกับข้อมูลการเกิดภาวะโรครวม ที่พบในพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 35 ปี ขึ้นไป โดยพระสงฆ์ที่พบภาวะโรครวมมากที่สุดนั้น ได้แก่พระสงฆ์ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 50.2 รองลงมาคือ กลุ่มพระสงฆ์ อายุ 35-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.5 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่อายุน้อยกว่า 35 ปีอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$)

นอกจากนั้นการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ครั้งนี้ แสดงถึงข้อมูลโรคประจำตัว ซึ่งจากพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมดนั้น มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่สูงเกินค่ามาตรฐาน (มากกว่า 25 กิโลกรัม/ตารางเมตร) ในสัดส่วนที่มากถึงร้อยละ 44.2 ของพระสงฆ์ทั้งหมด โดยสัดส่วนในแต่ละกลุ่มอายุพบว่า มีภาวะอ้วนไม่แตกต่างกัน โดยกลุ่มที่มีสัดส่วนภาวะอ้วนมากที่สุดคือ กลุ่มพระสงฆ์ที่มีอายุระหว่าง 35-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.8 และพระสงฆ์ในกลุ่มกลุ่มอายุ 20-34 ปี พบภาวะอ้วน ร้อยละ 43.8 และกลุ่มอายุเกิน 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.1

ในกลุ่มโรคเรื้อรัง อื่นๆ พบว่าพระสงฆ์สูงอายุมีความเสี่ยงในการเกิดโรคมมากกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า โดยจากการสำรวจภาวะสุขภาพพบว่า โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ พบว่าพระสงฆ์ในกลุ่มกลุ่มอายุ 20-34 ปี มีการเกิดโรคน้อยกว่ากลุ่มอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โรคตับแข็ง/ ตับอักเสบ จากการตรวจพบว่า กลุ่มพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีสัดส่วนการพบโรคน้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.021$) โดยพระสงฆ์ที่อายุน้อยกว่า 50 ปีนั้นมีสัดส่วนการพบโรคตับแข็ง/ ตับอักเสบใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 12.4 และ 12.5 ในกลุ่ม อายุ น้อยกว่า 35 และ กลุ่มอายุ 35-50 ปี ตามลำดับ

ภาวะไขมันในเลือดสูง คือภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ โดยจากการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า กลุ่มพระสงฆ์อายุ 35-50 ปี มีภาวะไขมันในเลือดสูง มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.003$) โดยพบเป็นสัดส่วนร้อยละ 70.3

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

4.4.3 ข้อมูลแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

แบบสอบถามที่ใช้ในการประเมินสุขภาพพระสงฆ์ก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพโดยแบ่งการประเมิน ดังนี้ การประเมินสุขภาพจิต ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q สำหรับการประเมินอาการซึมเศร้า และแบบสอบถาม ST-5 สำหรับการวัดระดับความเครียด สำหรับการประเมินรูปแบบการใช้ชีวิตและคุณภาพชีวิต มีการใช้แบบสอบถามภาวะเปราะบาง แบบประเมิน EQ-5D-5L สำหรับการประเมินคุณภาพชีวิต การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การประเมินสมรรถภาพโดยแบบสอบถาม Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ) และการประเมินความรู้ด้านสุขภาพอิเล็กทรอนิกส์ (e-health literacy) โดยผลการประเมิน แสดงดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ตารางแสดงข้อมูลแบบประเมินสุขภาพพระสงฆ์จำแนกตามกลุ่มอายุ

ตัวแปรที่ศึกษา	รวม (n=560)	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=178)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=129)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=253)	p
แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร					
ใน 1 สัปดาห์ท่านรับประทาน อาหารผักสดหรือผักปรุงสุก	540 (96.4%)	171 (96.1%)	126 (97.7%)	243 (96.0%)	0.707
ใน 1 สัปดาห์ท่าน รับประทานอาหารผลไม้	526 (93.9%)	167 (93.8%)	119 (92.2%)	240 (94.9%)	0.581
ท่านรับประทานอาหาร ขนมหวาน	482 (86.3%)	135 (76.3%) ^a	97 (75.2%) ^a	167 (66.0%) ^b	0.037
ท่านรับประทานอาหารทอด	454 (81.5%)	158 (89.3%) ^a	109 (84.5%) ^a	187 (74.5%) ^b	<0.001
ท่านรับประทานอาหาร สำเร็จรูป และกึ่งสำเร็จรูป	393 (70.8%)	149 (84.2%) ^a	103 (79.8%) ^a	141 (56.6%) ^b	<0.001
พฤติกรรมการบริโภคอาหารปลอดภัย ตลอดโรค ตลอดภัย ที่ผ่านมา					
ล้างผักและผลไม้ก่อนปรุง	492 (87.9%)	156 (87.7%)	112 (86.8%)	224 (88.5%)	0.891
ใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ถูก สุขลักษณะ	376 (67.1%)	125 (70.2%)	79 (61.2%)	172 (68.0%)	0.411
กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ	524 (93.6%)	174 (97.7%)	120 (93.1%)	230 (90.9%)	0.102

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตัวแปรที่ศึกษา	รวม (n=560)	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=178)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=129)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=253)	p
แบบสอบถามกิจกรรมทางกายระดับโลก (GPAQ)					
กิจกรรมทางกายในการทำงาน (MET-นาที/สัปดาห์)	1680 (40, 100 800)	1920 (80, 15 240)	1560 (40, 20 480)	1680 (60,100 800)	0.406
กิจกรรมทางกายในการ เดินทาง (MET-นาที/สัปดาห์)	1680 (40, 16 800)	1680 (40, 8400)	1680 (160, 3360)	1680 (40, 16 800)	0.870
กิจกรรมทางกายในการ นันทนาการ (MET-นาที/สัปดาห์)	1200 (80, 30 240)	1040 (120, 5040)	1160 (80, 6720)	1560 (80, 30 240)	0.145
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า Depression					0.444
ไม่มีภาวะซึมเศร้า (0-6 คะแนน)	509 (90.9%)	157 (88.2%)	122 (94.6%)	230 (90.9%)	
มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (7-12 คะแนน)	43 (26.7%)	16 (22.2%)	7 (21.9%)	20 (35.1%)	
มีอาการซึมเศร้าระดับ ปานกลาง (13-18 คะแนน)	6 (3.7%)	4 (5.6%)	0 (0.0%)	2 (3.5%)	
มีอาการซึมเศร้าระดับรุนแรง (≥ 19 คะแนน)	2 (1.2%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.8%)	
แบบประเมินความเครียด Stress Test Questionnaire (ST5)					<0.001
เครียดน้อย (0-4 คะแนน)	436 (77.9%)	119 (66.9%)	101 (78.3%)	216 (85.4%)	
เครียดปานกลาง (5-7คะแนน)	79 (14.1%)	32 (18.0%)	23 (17.8%)	24 (9.5%)	
เครียดมาก (8-9 คะแนน)	24 (4.3%)	16 (9.0%)	3 (2.3%)	5 (2.0%)	
เครียดมากที่สุด(10-15คะแนน)	21 (3.8%)	11(6.2%)	2 (1.6%)	8 (3.2%)	
แบบประเมินภาวะเปราะบาง FRAILITY					0.368
ไม่มีภาวะเปราะบาง	375 (67.0%)	123 (69.1%)	92 (71.3%)	160 (63.2%)	
มีภาวะก่อนเปราะบาง	169 (30.2%)	52 (29.2%)	34 (26.4%)	83 (32.8%)	
มีภาวะเปราะบาง	16 (2.9%)	3 (1.7%)	3 (2.3%)	10 (4.0%)	
EQ5D5L	0.933±0.106	0.947±0.982 ^a	0.939±0.087	0.919±0.119 ^b	0.023
VAS	80.26±14.22	81.87±13.68	80.63±13.91	78.94±14.45	0.100

a,b แสดงตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

ข้อมูลพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

จากการประเมินคัดกรองสุขภาพโดยพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ โดยพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการนั้นจะทำแบบประเมินก่อนเข้ารับการตรวจสุขภาพ ซึ่งจากการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระสงฆ์ในแต่ละกลุ่มอายุพบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ไม่แตกต่างกัน แต่อย่างไรก็ตาม พระสงฆ์กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี และกลุ่มอายุ 35-50 ปี นั้นมีพฤติกรรมการบริโภคของหวาน ขนมหวาน อาหารทอด และอาหารสำเร็จรูปในปริมาณที่สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ในขณะที่พฤติกรรมด้านสุขอนามัยในการบริโภคอาหารนั้นไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในแต่ละกลุ่มอายุ

ระดับกิจกรรมทางกาย

ในการประเมินระดับกิจกรรมทางกายในการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้ประเมินโดยใช้แบบสอบถาม Global Physical Activity Questionnaire ซึ่งในการประเมินนั้นจะแบ่งความหนักของการมีกิจกรรมทางกาย ซึ่งสำหรับกิจกรรมที่มีความหนักในระดับต่ำถึงปานกลาง เช่น งานที่ใช้แรงงานระดับปานกลางและการเดินทาง พบว่าค่ามัธยฐานในทุกกลุ่มอายุอยู่ที่ 1,680 MET-นาทีก่อน

และในส่วนกิจกรรมที่มีความหนักสูง เช่น การแบกของหนัก ซึ่งต้องการการใช้ออกซิเจนสูงสุด พบว่าค่ามัธยฐานในทุกกลุ่มอายุอยู่ที่ 1,200 MET-นาทีก่อน (อยู่ในช่วง 80 ถึง 30,240 MET-นาทีก่อน) โดยจากการประเมินพบว่าระดับกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์ในทุกกลุ่มอายุนั้นไม่แตกต่างกัน

แบบประเมินสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิต

การประเมินสุขภาพจิตนั้นทางคณะผู้วิจัยใช้แบบประเมินตามคำแนะนำของกรมสุขภาพจิต โดยแบ่งเป็น แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q สำหรับการประเมินอาการซึมเศร้า และแบบสอบถาม ST-5 สำหรับการวัดระดับความเครียด ซึ่งจากการประเมินในกลุ่มพระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และการประเมินระดับความเครียดนั้นส่วนใหญ่มีภาวะเครียดน้อย แต่ในกลุ่มพระสงฆ์อายุน้อยกว่า 35 ปี นั้นมีสัดส่วนพระสงฆ์ที่มีระดับความเครียดปานกลาง มาก และมากที่สุด สูงกว่าพระสงฆ์ในกลุ่มอายุอื่นๆ

รายงานการตรวจสุขภาพด้วยตนเองในกลุ่มอายุต่างๆ คะแนนแบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ5D5L เฉลี่ยในกลุ่มพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี 0.919 ± 0.119 ซึ่งต่ำกว่าพระสงฆ์กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี ที่มีค่าเฉลี่ย 0.947 ± 0.0982 ($p = 0.023$) (ตารางที่ 4) และในส่วนการประเมินภาวะเปราะบางซึ่งเป็นภาวะที่มักพบในกลุ่มผู้สูงอายุ จากการสำรวจความเปราะบางในกลุ่มพระสงฆ์พบว่าพระสงฆ์ในแต่ละกลุ่มอายุนั้นมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

4.3.2 ข้อมูลการประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

จากการประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในกลุ่มพระสงฆ์ซึ่งในการประเมินจะมีการแบ่งระดับความสามารถ เป็น 5 ระดับ ได้แก่ ระดับมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย และ น้อยที่สุด โดยคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการแบ่งกลุ่ม เป็น 2 ระดับ โดยแบ่งให้ กลุ่มที่รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ระดับดี (คือกลุ่มที่มีความเข้าใจระดับมากที่สุด และ มาก) กลุ่มที่รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ระดับพอใช้ (คือกลุ่มที่มีความเข้าใจระดับปานกลาง น้อยและ น้อยที่สุด)

โดยจากการประเมินสัดส่วนพระสงฆ์ที่มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ระดับดี โดยในทุกหัวข้อในการประเมินนั้น พบว่าพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี นั้นมีสัดส่วนพระสงฆ์ที่มีความรอบรู้ ระดับดีน้อยกว่าพระสงฆ์ที่อายุน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) โดยในพระสงฆ์ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี นั้นมีสัดส่วนความรอบรู้ด้านแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพใดบ้างที่สามารถใช้ได้บนอินเทอร์เน็ตเป็นสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 58.4 และในกลุ่มพระสงฆ์อายุระหว่าง 35-50 ปี มีสัดส่วนความรอบรู้ด้านวิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ตสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 48.8 ของพระสงฆ์ในกลุ่มอายุ 35-50 ปีทั้งหมด

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพจำแนกตามกลุ่มอายุ

หัวข้อ	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=178)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=129)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=253)	p
คุณรู้ว่ามีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพใดบ้างที่สามารถใช้ได้บนอินเทอร์เน็ต	104 (58.4%) ^a	59 (45.7%) ^a	54 (21.3%) ^b	<0.001
คุณรู้ว่าจะหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์บนอินเทอร์เน็ตได้ที่ไหน	95 (53.4%) ^a	62 (48.1%) ^a	58 (22.9%) ^b	<0.001
คุณรู้วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ต	99 (55.6%) ^a	63 (48.8%) ^a	50 (19.8%) ^b	<0.001
คุณรู้วิธีใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพ	93 (52.2%) ^a	62 (48.1%) ^a	52 (20.6%) ^b	<0.001
คุณรู้วิธีใช้ข้อมูลสุขภาพที่พบบนอินเทอร์เน็ตในการดูแลสุขภาพของ	86 (48.3%) ^a	57 (44.2%) ^a	49 (19.4%) ^b	<0.001

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

หัวข้อ	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=178)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=129)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=253)	p
คุณมีทักษะที่จำเป็นในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต	76 (42.9%) ^a	57 (44.2%) ^a	45 (17.8%) ^b	<0.001
คุณสามารถระบุแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงไปจนถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่ำบนอินเทอร์เน็ตได้	73 (41.2%) ^a	47 (36.4%) ^a	40 (15.9%) ^b	<0.001
คุณรู้สึกมั่นใจในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ	71 (39.9%) ^a	47 (36.7%) ^a	44 (17.4%) ^b	<0.001

a,b แสดงตัวแปรที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ทั้งนี้ข้อมูลการศึกษาผลการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ในครั้งที่ 1 ทางโครงการได้มีการนำข้อมูลตีพิมพ์ในวารสาร Siriraj Medical Journal (SMJ) เดือนพฤศจิกายน 2024 (Vol. 76 No. 11 (2024)

4.3.3 ข้อมูลเปรียบเทียบการประเมินสุขภาพครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และครั้งที่ 3

การประเมินสุขภาพนั้นคณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพทั้ง 3 ครั้ง โดยเริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2565- พ.ศ.2567 ซึ่งในการติดตามข้อมูลโดย จากจำนวนพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจประเมิน พบว่าพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจครั้งที่ 1 ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2565 - กรกฎาคม 2565 จำนวน 560 รูป ครั้งที่ 2 จำนวน 311 รูป ในช่วงเดือนมิถุนายน 2566 - กรกฎาคม 2566 และครั้งที่ 3 ในช่วงเดือน ตุลาคม 2567 ซึ่งใช้วิธีการติดตามโทรสอบถามรายชื่อเดิม และวิธีการประกาศนิมนต์ตรวจสุขภาพประจำปีผ่านช่องทาง monkmeesuk ในช่วงเดือนพฤศจิกายน 2567 โดยมีพระสงฆ์เข้ารับการตรวจต่อเนื่องในครั้งที่ 3 จำนวน 82 รูป และมีพระสงฆ์เข้ารับการตรวจสุขภาพรายใหม่เพิ่มเติมจากเดิม จำนวน 78 รูป

โดยจากผลการประเมินผ่านแบบประเมินสุขภาพด้านต่างๆ พบว่าพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการในระยะ 1 ปี ยังไม่พบความเปลี่ยนแปลง แต่เมื่อติดตามในระยะ 2 ปี พบว่าสุขภาพนั้นมีการแตกต่างเมื่อเทียบระหว่างการตรวจครั้งที่ 1 และการตรวจครั้งที่ 3 แสดงดังตาราง ที่ 12

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบการประเมินสุขภาพครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3

ตัวแปร	เปรียบเทียบการประเมิน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2			เปรียบเทียบการประเมิน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 3			เปรียบเทียบการประเมิน ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3		
	ครั้งที่ 1 (n=311)	ครั้งที่ 2 (n=311)	P-value	ครั้งที่ 1 (n=82)	ครั้งที่ 3 (n=82)	P-value	ครั้งที่ 2 (n=66)	ครั้งที่ 3 (n=66)	P-value
น้ำหนัก (<i>mean±sd</i>)	69.76±16.82	69.74±16.41	0.936	67.24±12.57	69.56±13.06	<0.001*	67.49±12.84	68.86±13.07	0.006*
ดัชนีมวลกาย (BMI) (<i>mean±sd</i>)	25.30±5.28	25.14±5.05	0.182	24.45±3.98	25.34±4.03	<0.001*	24.56±3.87	25.22±4.04	0.0012*
Depression (ประเมินภาวะซึมเศร้า)									
< 7 (อย)	272 (87.46%)	263 (84.57%)	0.253	77 (93.90%)	78 (95.12%)	1.000	60 (90.91%)	64 (96.97%)	0.219
ตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไป (มีภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง – รุนแรง)	39 (12.54%)	48 (15.43%)		5 (6.10%)	4 (4.88%)		6 (9.09%)	2 (3.03%)	
แบบประเมินความเครียด (ST5)									
0-4 (เครียดน้อย)	242 (77.8%)	233 (74.9%)	0.388	72 (87.8%)	80 (97.6%)	0.039*	51 (77.3%)	64 (97.0%)	0.001*
5-15 (เครียดปานกลาง-เครียดมากที่สุด)	69 (22.2%)	78 (25.1%)		10 (12.2%)	2 (2.4%)		15 (22.7%)	2 (3.0%)	
แบบประเมินภาวะเปราะบาง FRAILITY									
ไม่มีภาวะเปราะบาง (0 คะแนน)	210 (67.5%)	189 (60.8%)	0.055	58 (70.7%)	66 (80.5%)	0.200	45 (68.2%)	53 (80.3%)	0.134
มีภาวะก่อนเปราะบาง และภาวะเปราะบาง (1-5 คะแนน)	101 (32.5%)	122 (39.2%)		24 (29.3%)	16 (19.5%)		21 (31.8%)	13 (19.7%)	
EQ5D5L (<i>mean±sd</i>)	0.931±0.113	0.926±0.09	0.360	0.955±0.08	0.997±0.01	<0.001*	0.930±0.11	0.997±0.01	<0.001*
VAS (<i>mean±sd</i>)	81.70±13.93	79.16±13.28	0.007*	83.27±12.25	79.30±10.82	0.027*	83.45±11.65	80.35±10.86	0.143

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

ตัวแปร	เปรียบเทียบการประเมิน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2			เปรียบเทียบการประเมิน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 3			เปรียบเทียบการประเมิน ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3		
	ครั้งที่ 1 (n=311)	ครั้งที่ 2 (n=311)	P-value	ครั้งที่ 1 (n=82)	ครั้งที่ 3 (n=82)	P-value	ครั้งที่ 2 (n=66)	ครั้งที่ 3 (n=66)	P-value
แบบประเมินพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร									
ใน 1 สัปดาห์ท่านรับประทานอาหาร	302 (97.1%)	303 (97.4%)	1.000	81 (98.8%)	81 (98.8%)	1.000	65 (98.8%)	66 (100%)	
ผักสดหรือผักปรุงสุก									
ใน 1 สัปดาห์ท่านรับประทานอาหารผลไม้	296 (95.2%)	301 (96.8%)	0.359	81 (98.8%)	79 (96.3%)	0.500	64 (97.0%)	65 (98.5%)	1.000
ท่านรับประทานอาหารขนมหวาน	265 (85.2%)	279 (89.7%)	0.065	68 (82.9%)	76 (92.7%)	0.077	61 (92.4%)	61 (92.4%)	1.000
ท่านรับประทานอาหารอาหารทอด	255 (82.3%)	263 (84.4%)	0.382	69 (85.2%)	56 (69.1%)	0.019*	53 (80.3%)	46 (69.7%)	0.189
ท่านรับประทานอาหารสำเร็จรูป	220 (71.4%)	213 (69.2%)	0.543	57 (71.3%)	41 (51.2%)	0.007*	29 (43.8%)	35 (53.7%)	0.015*
และกึ่งสำเร็จรูป									
พฤติกรรมกรกินอาหารปลอดโรค ปลอดภัย ที่ผ่านมา									
ล้างผักและผลไม้ก่อนปรุง	278 (89.4%)	273 (87.8%)	0.568	73 (89.0%)	81 (98.8%)	0.021*	57 (86.4%)	66 (100.0%)	
ใช้ภาชนะบรรจุอาหารที่ถูกสุขลักษณะ	215 (69.2%)	222 (71.4%)	0.555	62 (75.6%)	40 (48.8%)	<0.001*	49 (74.2%)	32 (48.5%)	0.003*
กินอาหารที่ปรุงสุกใหม่ๆ	298 (95.8%)	294 (94.5%)	0.541	41 (50.0%)	77 (93.9%)	<0.001*	32 (48.5%)	61 (92.4%)	<0.001*
แบบทดสอบสมรรถภาพทางกาย (mean±sd)									
BMR	1450.78±260.72	1434.25±271.06	0.004*	1414.85±223.20	1452.94±256.86	0.0013*	1398.37±238.66	1433.17±254.72	0.001*
Bodyfat	24.18±8.01	24.48±7.60	0.229	23.01±7.28	21.97±5.90	0.058	24.15±6.23	21.86±5.95	<0.001*
Muscle mass	48.97±8.13	48.69±8.26	0.318	48.09±7.31	28.24±4.23	<0.001*	47.84±7.25	27.91±4.22	<0.001*

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

จากตารางที่ 12 โดยเปรียบเทียบสุขภาพพระสงฆ์ระหว่างการตรวจสุขภาพ ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2 โดยจากประเมินองค์ประกอบในร่างกาย ผ่านการใช้เครื่องวิเคราะห์และประเมินสัดส่วนของร่างกาย Body Composition Analysis ด้วยวิธี BIA Basal Metabolic Rate ซึ่งทำให้ทราบถึงผลสัดส่วนไขมันในร่างกาย มวลกล้ามเนื้อในร่างกาย และ อัตราการเผาผลาญขั้นพื้นฐาน (BMR) หรือ อัตราการความต้องการเผาผลาญของร่างกายในชีวิตประจำวัน ที่แสดงถึงจำนวนแคลอรีขั้นต่ำที่ต้องการใช้ในชีวิตแต่ละวัน

ในการประเมินครั้งที่ 2 พบว่า พระสงฆ์ที่เข้าร่วมการประเมินรอบที่ 2 นั้น มีค่าเฉลี่ยอัตราการเผาผลาญพลังงานที่ลดน้อยลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.004$) ซึ่งสอดคล้องกับระดับกิจกรรมทางกายที่มีการใช้พลังงานในกิจกรรมในระดับน้อยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001$) แต่ในกิจกรรมทางกายระดับปานกลางและระดับหนักนั้นมีการใช้พลังงานลดลง และจากการประเมินภาวะเปราะบางนั้นมีสัดส่วนกลุ่มที่แข็งแรงลดลง นอกจากนั้นพระสงฆ์มีการประเมินตนเองผ่านแบบประเมินสภาวะสุขภาพทางตรงหรือ Visual Analog Scale (VAS) มีลักษณะเป็นสเกลตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด ซึ่งในการประเมินครั้งที่ 2 นั้น พบว่ามีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($p=0.007$)

ในการประเมินสุขภาพครั้งที่ 3 พบว่าค่าเฉลี่ย น้ำหนักและดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p<0.001^*$) เมื่อเปรียบเทียบกับผลการตรวจในครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 และค่าเฉลี่ยมวลกล้ามเนื้อของพระสงฆ์ในการประเมินครั้งที่ 3 นั้น ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการประเมินอัตราการเผาผลาญขั้นพื้นฐาน (BMR) นั้นกลับพบว่ามีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น

แม้ว่าในการประเมินครั้งที่ 3 นั้น พระสงฆ์มีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพตนเอง Visual Analog Scale (VAS) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า นั้น พบว่าส่วนใหญ่พระสงฆ์นั้นอยู่ในเกณฑ์ ไม่มีภาวะซึมเศร้า และการคัดกรองภาวะเครียดนั้นพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความเครียดระดับน้อย และมีสัดส่วนผู้ที่มีความเครียดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับคะแนนประเมินคุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น

จากการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระสงฆ์พบว่า ส่วนใหญ่รับประทานผักและผลไม้ และมีการบริโภคอาหารอาหารทอด อาหารกึ่งสำเร็จรูปมีสัดส่วนลดลงในการประเมินครั้งที่ 3

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

ตารางที่ 14 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพในการประเมินครั้งที่ 1 ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3

ตัวแปร	เปรียบเทียบการประเมิน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 2			เปรียบเทียบการประเมิน ครั้งที่ 1 และ ครั้งที่ 3			เปรียบเทียบการประเมิน ครั้งที่ 2 และ ครั้งที่ 3		
	ครั้งที่1 (n=311)	ครั้งที่2 (n=311)	P-value	ครั้งที่ 1 (n=82)	ครั้งที่ 3 (n=82)	P-value	ครั้งที่ 2 (n=66)	ครั้งที่ 3 (n=66)	P-value
– คุณรู้ว่ามีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพใดบ้างที่สามารถใช้ได้บนอินเทอร์เน็ต	126 (40.5%)	103 (33.1%)	0.033*	24 (29.3%)	11 (13.4%)	0.007*	27 (40.9%)	9 (13.6%)	0.001*
– คุณรู้ว่าจะหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์บนอินเทอร์เน็ตได้ที่ไหน	131 (42.1%)	103 (33.1%)	0.007*	27 (32.9%)	11 (13.4%)	0.002*	25 (37.9%)	9 (13.6%)	0.004*
– คุณรู้วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ต	123 (39.5%)	105 (33.8%)	0.089	26 (31.7%)	11 (13.4%)	0.003*	24 (36.4%)	9 (13.6%)	0.003*
– คุณรู้วิธีใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพ	120 (38.6%)	109 (35.0%)	0.324	25 (30.5%)	11 (13.4%)	0.007*	25 (37.9%)	9 (13.6%)	0.002*
– คุณรู้วิธีใช้ข้อมูลสุขภาพที่พบบนอินเทอร์เน็ตในการดูแลสุขภาพของตนเอง	113 (36.3%)	103 (33.1%)	0.363	26 (31.7%)	11 (13.4%)	0.001*	25 (37.9%)	9 (13.6%)	0.002*
– คุณมีทักษะที่จำเป็นในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต	101 (32.5%)	78 (25.1%)	0.028*	23 (28.0%)	11 (13.4%)	0.017*	18 (27.3%)	9 (13.6%)	0.064
– คุณสามารถระบุแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงไปจนถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่ำบนอินเทอร์เน็ตได้	92 (29.7%)	75 (24.2%)	0.111	20 (24.4%)	11 (13.4%)	0.078	18 (27.3%)	9 (13.6%)	0.078
– คุณรู้สึกมั่นใจในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ	99 (31.8%)	78 (25.1%)	0.053	22 (26.8%)	11 (13.4%)	0.027*	17 (25.8%)	9 (13.6%)	0.096

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

จากตารางที่ 13 ซึ่งดำเนินการวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนพระสงฆ์ที่มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ในระดับมากที่สุดและระดับมาก ซึ่งจากการประเมินทั้ง 3 ครั้ง พบว่าในครั้งที่ 3 พระสงฆ์มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทุกรายการประเมิน ซึ่งแตกต่างจากการประเมินครั้งที่ 2 ที่มีระดับความรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน

โดยเมื่อเทียบจากรายละเอียดด้านความรู้พบว่า ทักษะที่จำเป็นในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต การพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูลบนอินเทอร์เน็ต รวมถึงความมั่นใจในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพนั้น มีสัดส่วนพระสงฆ์ที่มีความรอบรู้น้อยกว่าด้านอื่นๆ

4.5 การติดตามข้อมูลผ่าน health station

ผู้วิจัยได้มีการติดตามพระสงฆ์โดยมีการติดตามผ่าน web application และ Health Station @temple ซึ่งมีการติดตั้ง ณ วัดในพื้นที่เขตบางกอกน้อยและกรุงเทพมหานคร โดยมีการติดตั้ง ณ วัดไชยทิศ วัดโมลีโลกยารามราชวรวิหาร (ภายหลังมีการย้ายไปวัดนายโรง) วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ราชวรมหาวิหาร วัดขำนิหัตถการ และ วัดไทร (พระราม 3) โดยวัดไทรนั้นได้ร่วมโครงการกุฏิชีวาภิบาล ซึ่งเป็นหน่วยชีวาภิบาล' เพื่อดูแลพระสงฆ์ที่ป่วยระยะท้าย โดยตลอดระยะเวลาการติดตั้งเครื่องมีผู้เข้าใช้บริการ ดังตารางที่ 15

ตารางที่ 15 ตารางแสดงข้อมูลการใช้งาน health station

รายชื่อวัด	จำนวนผู้ใช้งาน (ครั้ง)	จำนวนวันที่ติดตั้ง
วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ราชวรมหาวิหาร	13	489 วัน
วัดไทร (พระราม 3)	535	478 วัน
วัดนายโรง	64	292 วัน
วัดขำนิหัตถการ	231	447 วัน
วัดไชยทิศ	264	598 วัน

จากการดำเนินการติดตั้งเครื่อง Health Station @temple นั้น พบว่า การใช้งานนั้นมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนวันที่ติดตั้ง โดยการดำเนินงานในโครงการถัดๆ ไปนั้น ควรเน้นการทำกิจกรรมและติดตามข้อมูลผ่านอุปกรณ์ที่เข้าถึงได้ง่าย

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

4.6 การติดตามข้อมูลผ่าน Telemedicine

การดำเนินงานเก็บข้อมูลผ่าน Telemedicine โดยข้อมูลนั้นมีการบันทึกการเข้าใช้ระบบ และการประเมินเบื้องต้นเพื่อนัดหมายเข้าคลินิกแพทย์แผนไทย โดยมีขั้นตอน ดังนี้

1. เพิ่มเพื่อนในไลน์ LINE@ monkmeesuk
2. เข้าเมนู และลงทะเบียน เพื่อนัดหมายทำ หมายเลขโรงพยาบาล (HN)
3. Zoom เตรียมความพร้อม และนัดหมายกับเจ้าหน้าที่ก่อนการตรวจประเมิน
4. พบแพทย์แผนไทยประยุกต์ ผ่านรูปแบบออนไลน์
5. แนะนำแผนการดำเนินกิจกรรมทางกายตามหลัก การแพทย์แผนไทยประยุกต์ และรอรับยาสมุนไพร (ถ้ามี) โดยระหว่างการดำเนินโครงการ มีการประชาสัมพันธ์การเข้ารับบริการ ดังภาพที่

Si TTT
Thammasat Technology
By Monk มีสุข

ขอเชิญพระสงฆ์ สามเณร ภิกขุณี แม่ชี และนักบวช
เข้าร่วมกิจกรรม การดูแลสุขภาพตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine)

1 บริการรับคำแนะนำสุขภาพออนไลน์กับแพทย์แผนไทยประยุกต์
รับการตรวจธาตุเจ้าเรือน รับคำปรึกษา และวางแผนการดูแลสุขภาพ
ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย
ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08:00-16:00 น.

2 กิจกรรมกายานามัย ออกกำลังกายออนไลน์
ออกกำลังกายด้วยท่าบริหารฤๅษีดัดตน ก้าวตา ก้าวเดิน ก้าวสูง
และอื่นๆอีกมากมาย
ทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08:30, 10:00, 13:00, 14:30 น.

ขั้นตอนการลงทะเบียน

1. Scan QR-Code เพิ่มเพื่อนไลน์ (Line) " Monk มีสุข "
2. เลือกเมนูในไลน์ " Telemedicine พระสงฆ์ (Si-TTT) "
3. กรอกข้อมูลลงทะเบียนผ่าน Google form ที่ได้รับผ่านช่องทางไลน์ " Monk มีสุข " (จำเป็นต้องมีเลขประจำตัวผู้ป่วย หรือ เลข HN ของโรงพยาบาลศิริราช หากไม่สามารถสมัครได้ผ่านลิงก์ที่แนบไว้ในไลน์ Monk มีสุข)
4. เตรียมความพร้อมก่อนพบแพทย์ ได้แก่
ดาวน์โหลดโปรแกรม Zoom
เตรียมความพร้อมของสถานที่
เตรียมความพร้อมของเครื่องมือสื่อสาร สัญญาณอินเทอร์เน็ต
เตรียมบัตรประชาชนสำหรับยืนยันตัวตน
5. รับการยืนยันนัดหมายจากเจ้าหน้าที่ผ่านช่องทางไลน์ และโทรศัพท์
6. เข้าร่วม Telemedicine ตามวันและเวลาที่ลงทะเบียนไว้

หากมีข้อสงสัยเพิ่มเติมสามารถสแกน QR-CODE เพื่อขอคำปรึกษาขั้นตอนการลงทะเบียน หรือโทร 065-012-9497

ภาพที่ 37 แสดงกระบวนการเข้ารับบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ผ่านระบบ Telemedicine

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

เมื่อสมัครเข้าร่วมกิจกรรมแล้ว จะมีกระบวนการในการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย ผ่านระบบ Telemedicine (การแพทย์ทางไกล) ดังนี้

4.6.1 กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้คำปรึกษา วางแผน และให้คำแนะนำด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

1) การตรวจประเมินธาตุเจ้าเรือน การสอบถามข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ปัญหา ตั้งเป้าหมายในการดูแลตนเองตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย

- ให้คำแนะนำสุขภาพตามธาตุเจ้าเรือน และปัญหาสุขภาพต่าง ๆ
- กำหนดเป้าหมายการดูแลตนเองของพระสงฆ์
- ติดตามการปฏิบัติตามเป้าหมายที่กำหนดไว้

2) ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพตามหลักธรรมานามัย

- ให้คำแนะนำในการทำบริหารร่างกาย เช่น ทำบริหารฤๅษีดัดตน ทำบริหารทางหัตถเวชกรรมแผนไทย ทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อ
- ให้คำแนะนำในการปรับพฤติกรรมทั่วไป เช่น การรับประทานอาหาร การนอน การออกกำลังกาย
- ให้คำแนะนำเฉพาะในการดูแลสุขภาพด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทยสำหรับพระภิกษุสงฆ์ เช่น การใช้สมุนไพร การรับประทานอาหารเป็นยา
- คำแนะนำอื่น ๆ ตามสภาวะ และอาการของพระภิกษุสงฆ์

3) อาการเจ็บป่วยเบื้องต้น ให้การรักษาด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย

- ชักประวัติ ตรวจร่างกาย และประเมินอาการ
- วินิจฉัยโรคตามศาสตร์การแพทย์แผนไทย
- วางแผนการรักษา สั่งการรักษา

(ถ้ามี) การจ่ายยาสมุนไพร (ยาในบัญชียาหลักแห่งชาติ และยาตำรับโรงพยาบาล)

(ถ้ามี) ส่งต่อพบแพทย์แผนปัจจุบัน / ทำนัดหมายพบแพทย์แผนปัจจุบัน

4.6.2 กิจกรรมดูแลสุขภาพตามหลักธรรมานามัย(กายานามัย,จิตตานามัย,ชีวิตานามัย)

กิจกรรมกลุ่มสำหรับพระภิกษุสงฆ์ เพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเอง ตามหลักธรรมานามัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) กายานามัย คือ การมีสุขภาพกายที่ดี โดยการทำท่าบริหาร หรือการออกกำลังกายต่าง ๆ เช่น ทำบริหารฤๅษีดัดตน ทำบริหารก้าวตา ก้าวเต้น ก้าวม้า ก้าวสูง เป็นต้น

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

2) จิตตานามัย คือ การมีสุขภาพจิต สุขภาพใจที่ดี เช่น การฝึกสมาธิ การตระหนักรู้อยู่กับปัจจุบัน

3) ชีวิตานามัย คือ การมีพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันที่ดี เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การอยู่ในสถานที่ที่สะอาด

4.6.3 รูปแบบการดำเนินการนัดหมายกิจกรรมดูแลสุขภาพตามหลักธรรมานามัย

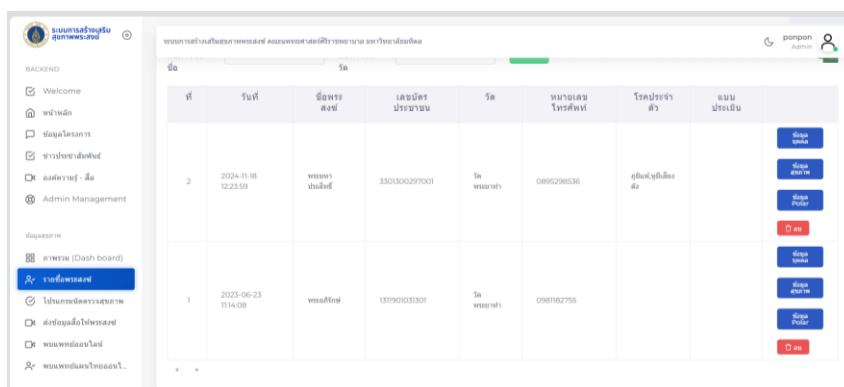
1) กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ให้คำปรึกษา วางแผน และให้คำแนะนำด้วยศาสตร์การแพทย์แผนไทย รูปแบบออนไลน์

- กิจกรรมจัดขึ้นทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08:00 – 16:00 น.
- พระภิกษุสงฆ์ 1 รูป เข้ารับบริการ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อเนื่อง 8 สัปดาห์

2) กิจกรรมดูแลสุขภาพตามหลักธรรมานามัยรูปแบบออนไลน์

- กิจกรรมจัดขึ้นทุกวันจันทร์ - ศุกร์ เวลา 08:00 – 16:00 น.
- พระภิกษุสงฆ์ 1 รูป เข้ารับบริการ 1 ครั้ง/สัปดาห์ ต่อเนื่องเป็นเวลา 8 สัปดาห์
- กิจกรรมจัดขึ้น 4 รอบ/วัน พระสงฆ์ 15 รูป/รอบ

โดยเมื่อนัดหมายเข้าคลินิกแพทย์แผนไทย พระสงฆ์จะได้รับการประเมินและออกกำลังกายตามศาสตร์ กายานามัย โดยการดูแลของ แพทย์แผนไทยประยุกต์ ซึ่งมีพระสงฆ์เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 60 ราย



ที่	วันที่	ชื่อพระสงฆ์	เลขบัตรประชาชน	รศ	หมายเลขโทรศัพท์	โรคประจำตัว	แผนบริการ	
2	2024-11-18 12:33:39	พระสงฆ์	3301300297001	รศ	0895298536	อัมพฤกษ์อัมพาต		<button>ส่ง</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button>
1	2023-06-23 11:14:08	พระสงฆ์	1311801031301	รศ	0981827795			<button>ส่ง</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button> <button>ลบ</button>

ภาพที่ 38 ภาพตัวอย่างการแสดงผลข้อมูลผู้เข้ารับบริการ Telemedicine

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล



ภาพที่ 41 ภาพตัวอย่างกิจกรรมดูแลสุขภาพตามหลักธรรมานามัยรูปแบบออนไลน์

4.7 การติดตามข้อมูลสุขภาพผ่านอุปกรณ์ wearable

คณะผู้วิจัยได้ดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์ wearable สำหรับวัดอัตราการเต้นของหัวใจและระดับปริมาณกิจกรรมทางกายสำหรับพระภิกษุสงฆ์(รายละเอียดดังภาคผนวกที่ จ) และติดตามพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 200 ราย โดยจากการประเมินเบื้องต้นสำหรับพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ พบข้อมูลดังตารางที่ 14

ตารางที่ 16 แสดงข้อมูลการประเมินเบื้องต้นสำหรับพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์ wearable

ตัวแปรที่ติดตาม	รวม(n=200)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	75.72±19.83
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	26.13±6.03
แรงบีบมือ (ขวา) (กิโลกรัม)	36.79±11.32
แรงบีบมือ (ซ้าย) (กิโลกรัม)	34.39±7.68
จังหวัด (n%)	
นนทบุรี	149 (74.5%)
กรุงเทพมหานคร	51 (25.5%)
อายุ (n%)	
น้อยกว่า 35 ปี	69 (34.5%)
35 – 50 ปี	70 (35%)

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตัวแปรที่ติดตาม	รวม(n=200)
มากกว่า 50 ปี	56 (28%)
ไม่ระบุ	5 (2.5%)

จากตาราง ที่ 14 พบว่า พระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการนั้นส่วนใหญ่ อยู่ในกลุ่ม 35-50 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 35 และ 34.5 ตามลำดับ เนื่องจากทางโครงการมีการกำหนดให้ ผู้เข้าร่วมโครงการมีสมารถโทร และสามารถเข้าใช้แอปพอรเคชั่นได้ จึงทำให้อายุพระสงฆ์ที่เข้าร่วมนั้น อยู่ในช่วงน้อยกว่า 50 ปี

โดยส่วนใหญ่ พระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการอยู่ในพื้นที่จังหวัดนนทบุรี โดยแบ่งรายนามวัดที่เข้าร่วมดังนี้

รายนามวัดที่เข้าร่วม จังหวัดนนทบุรี

วัดบัวขวัญ วัดเชิงกระบือ วัดละหาร วัดลุ่มคณาาราม วัดกำแพง วัดโคกอบ วัดสิงห์ วัดโบสถ์บนวัดบางไผ่ วัดไทรมาเหนือ วัดสวนแก้ว วัดน้อยนอก วัดโพธิ์เผือก วัดสลักใต้ วัดสังฆทาน วัดช่องลม วัดส้มเกลี้ยง วัดสะแก วัดอัมพวัน วัดบางแพรก วัดอุบลนาราม วัดไทรน้อย วัดกุฎี(พระนางเรือล่ม) วัดรวก วัดแดงธรรมชาติ วัดอุทยาน วัดต้นเชือก วัดบางเลนเจริญ วัดบางขุน วัดชลประทานรังสฤษฎ์ วัดกุฎีระโจมทอง วัดบางรักใหญ่ วัดตึก วัดพุทธโธภาวนา วัดราชบุรย์ประคองธรรม วัดพุทธโธภาวนา วัดท้องคุ้ง วัดราชปลาตุก วัดบางกร่าง วัดศรีราชบุรย์ วัดลานนาบุญ วัดสาวิชัยกิตาราม วัดเพราภัย วัดค่างคาว

รายนามวัดที่เข้าร่วม จังหวัดกรุงเทพมหานคร

วัดอรุณราชวรารามราชวรมหาวิหาร วัดโมลีโลกยารามราชวรวิหาร วัดดุสิตารามวรวิหาร วัดนายโรง วัดสระเกศราชวรมหาวิหาร วัดอินทารามวรวิหาร วัดสมรโกฏิ วัดอินทร์

4.7.1 ผลการติดตามกิจกรรมทางกาย

จากการติดตามกิจกรรมทางกาย พบว่ามีพระสงฆ์ที่สามารถส่งข้อมูลกิจกรรมทางกายผ่านนาฬิกา ได้ 173 ราย ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 86 ของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ โดยมีค่าเฉลี่ยการบันทึกข้อมูล 21.19 ± 12.36 วัน โดยมีรายละเอียดการบันทึกข้อมูล ดังตาราง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางที่ 17 แสดงข้อมูลการติดตามกิจกรรมทางกายพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์ wearable จำแนกตามกลุ่มอายุ

ตัวแปรที่ติดตาม	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=69)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=70)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=56)	p
อัตราผู้ที่บ้านที่กการเดินมากกว่า ร้อยละ 70 (มากกว่า 20 วัน) (adherence rate > 70%)	35 (53.8%)	37 (48.7%)	29 (51.8%)	0.826
ค่าเฉลี่ยก้าวเดิน	6162.79 ±3132.99	7166.96 ±5141.39	6965.46 ±4618.44	0.414
ค่าเฉลี่ยชีพจร	71.69±7.47	72.49±8.17	71.76±8.38	0.835
ค่าเฉลี่ยอัตราการเผาผลาญพลังงาน	2331.83 ±614.55	2386.28 ±646.98	2262.34 ±544.79	0.570

จากการติดตามกิจกรรมทางกาย พบว่า พระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการมีอัตราผู้ที่บ้านที่กการเดินมากกว่า 70% หรือมากกว่า 20 วัน คิดเป็นร้อยละ 50.5 จำนวน 101 รูป ซึ่งเมื่อจำแนกแต่ละกลุ่มอายุพบว่าแต่ละกลุ่มอายุ มีอัตราการบันทึกข้อมูลไม่แตกต่างกัน รวมถึงค่าเฉลี่ยการก้าวเดิน ชีพจร อัตราการเผาผลาญพลังงาน ไม่แตกต่างกัน ในแต่ละกลุ่มอายุ

ตารางที่ 18 ตารางแสดงข้อมูลการประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์ wearable

ตัวแปรที่ติดตาม	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=69)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=70)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=56)	p
คุณรู้วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ต	33 (50.8%)	45 (59.2%)	25 (44.6%)	0.243
คุณรู้วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ต	41 (63.1%)	43 (56.6%)	24 (42.9%)	0.77
คุณรู้วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ต	46 (70.8%) ^a	50 (65.8%) ^a	27 (48.2%) ^b	0.028*

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตัวแปรที่ติดตาม	อายุน้อยกว่า 35 ปี (n=69)	อายุระหว่าง 35-50 ปี (n=70)	อายุมากกว่า 50 ปี (n=56)	p
คุณรู้วิธีใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพ	45 (69.2%) ^a	50 (65.8%) ^a	26 (46.4%) ^b	0.022*
คุณรู้วิธีใช้ข้อมูลสุขภาพที่พบบนอินเทอร์เน็ตในการดูแลสุขภาพของตนเอง	34 (53.1%)	42 (55.3%)	24 (42.9%)	0.341
คุณมีทักษะที่จำเป็นในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต	35 (53.8%)	42 (55.3%)	24 (42.9%)	0.326
คุณสามารถระบุแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงไปจนถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่ำบนอินเทอร์เน็ตได้	28 (43.1%)	33 (43.4%)	21 (37.58%)	0.760
คุณรู้สึกมั่นใจในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ	38 (61.8%)	47 (44.6%)	25 (55.8%)	0.126

a,b แสดงถึงคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการสอบถามความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการนั้น พบว่าสัดส่วนพระสงฆ์ที่มีระดับรอบรู้ในระดับมากที่สุดและระดับมากในแต่ละกลุ่มอายุนั้น ไม่แตกต่างกัน แต่ในหัวข้อด้าน “วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ” และ “วิธีใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพ” พบว่าพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีสัดส่วนผู้ที่รอบรู้ในระดับมากที่สุดและระดับมาก น้อยกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

4.8 การดำเนินโครงการย่อย

เนื่องด้วยแผนการดำเนินกิจกรรมตลอดโครงการนั้น คณะผู้วิจัยได้มีการออกแบบให้มีการดำเนินโครงการ กิจกรรมย่อย เพื่อเผยแพร่สื่อความรู้ และการสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในสังคม ซึ่งตลอดการดำเนินงาน มีการจัดดำเนินกิจกรรมย่อยและโครงการย่อยดังนี้

กิจกรรมย่อย 1 : การพัฒนาแอปพลิเคชันและเว็บแอปสำหรับการบันทึกข้อมูลสุขภาพและให้ข้อมูล

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์

กิจกรรมย่อย 2 : กิจกรรมตรวจสุขภาพพระสงฆ์ (ผู้เข้าร่วมกิจกรรม 560 ราย)

กิจกรรมย่อย 3 : กิจกรรมเครื่องตรวจสุขภาพด้วยตนเอง Health station at temple

กิจกรรมย่อย 4 : กิจกรรมพัฒนาฐานข้อมูลและระบบ Telemedicine

กิจกรรมย่อย 5 : โครงการผลิตสื่อให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ

สำหรับพระสงฆ์ (จำนวนผู้รับชมเฉลี่ย 2,176 ครั้ง ผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม 96 ราย)

กิจกรรมย่อย 6 : โครงการอบรมเผยแพร่ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่เขตเมือง

(ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พระสงฆ์ จำนวน 50 ราย)

กิจกรรมย่อย 7 : โครงการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการสำหรับภิกษุสงฆ์และแม่ครัววัด

(ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พระสงฆ์ จำนวน 60 ราย และแม่ครัววัด 10 ราย)

กิจกรรมย่อย 8 : โครงการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์ wearable สำหรับวัดอัตราการ

เต้นของหัวใจและระดับปริมาณกิจกรรมทางกายสำหรับพระภิกษุสงฆ์

(ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พระสงฆ์ จำนวน 200 ราย)

โดยรายละเอียดโครงการละสรุปผลการดำเนินกิจกรรมนั้นแนบมาดังเอกสาร ภาคผนวก ก-จ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาโครงการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล ซึ่งประกอบด้วยการพัฒนา platform แอปพลิเคชัน การดำเนินกิจกรรมย่อย และ การตรวจประเมินคัดกรองสุขภาพ โดยผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมดสามารถสรุปได้ ดังนี้

5.1 อภิปรายผล และสรุปผลการวิจัย

จากผลการสำรวจสุขภาพเบื้องต้นพบว่าพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการมีพระสงฆ์ทุกกลุ่มอายุเข้าร่วมโครงการ โดยกลุ่มที่มากที่สุดได้แก่ พระสงฆ์กลุ่มผู้สูงอายุ โดยคิดเป็นร้อยละ 45% ของพระสงฆ์ทั้งหมด โดยพระสงฆ์กลุ่มสูงอายุนั้นพบปัญหาสุขภาพ เช่น ปัญหาการได้ยินและการมองเห็น ปัญหาทางทันตกรรม โรคเมตาบอลิก การมีโรคร่วมหลายชนิด โดยจากการตรวจสุขภาพนั้นพบว่าปัญหาสุขภาพ ที่พบมากที่สุดคือ ภาวะโรคอ้วน โดยจากค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของพระสงฆ์นั้น เท่ากับ 24.95 ± 5.02 กิโลกรัมต่อตารางเมตร (kg/m^2) ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับ ผลสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563¹⁸ นั้นพบว่า สูงกว่าค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายของประชากรชายไทย ซึ่งมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย เท่ากับ $24.2 \text{ kg}/\text{m}^2$ และเมื่อเปรียบเทียบกับสัดส่วนผู้ที่มีภาวะอ้วน จากการประเมินในกลุ่มพระสงฆ์ พบว่าสูงถึง ร้อยละ 44.2 ซึ่งมากกว่าประชากรชายไทยที่มีสัดส่วนผู้ที่มีภาวะอ้วน 37.8

เนื่องจากพระวินัยของพระพุทธศาสนานั้นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมในการประพฤติของพระสงฆ์ ทำให้ไม่สามารถออกกำลังกายในระดับหนักได้ ดังนั้นพระสงฆ์จึงมักทำกิจกรรมเบา ๆ เช่น การบิณฑบาตจากญาติโยม โดยในด้านโภชนาการนั้นการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าอาหารของพระสงฆ์ขึ้นอยู่กับการถวายอาหารในช่วงเช้าและกิจกรรมทำบุญในช่วงเที่ยง อาหารเหล่านี้มักสะท้อนถึงพฤติกรรมการบริโภคในเขตเมือง¹⁹ ซึ่งประกอบด้วยอาหารสำเร็จรูปที่หาทานได้ง่าย แต่มักขาดสารอาหารและมีแคลอรีสูง โดยเฉพาะไขมันและน้ำตาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีการบริโภคอาหารหวาน อาหารทอด(มัน) พฤติกรรมการบริโภคเช่นนี้เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพในหมู่พระสงฆ์ เช่น โรคไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคอ้วน ที่พบในการตรวจคัดกรองสุขภาพ ซึ่งสิ่งแสดงถึงความจำเป็นในการออกแบบมาตรการส่งเสริมสุขภาพที่คำนึงถึงข้อจำกัดด้านโภชนาการและวิถีชีวิตของพระสงฆ์ รวมถึงความท้าทายด้านสุขภาพในเขตเมือง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

ซึ่งจากการดำเนินการทำกิจกรรมย่อย และ จัดทำสื่อที่สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพ แม้ว่าในการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์นั้น ผลสุขภาพส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงมากนัก แต่ในแง่การกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก พบว่าการดำเนินกิจกรรมย่อย นั้นมีพระสงฆ์สนใจรายละเอียดโครงการเพิ่มมากขึ้น โดยหากพิจารณาการดำเนินการในช่วงแรก ที่ต้องอาศัยการลงพื้นที่เพื่ออธิบายรายละเอียดโครงการ แต่ภายหลังการดำเนินงานในช่วงปีที่ 3 พระสงฆ์สามารถสมัครเข้าร่วมกิจกรรมย่อยๆต่างๆ ได้ด้วยตนเอง อีกทั้ง พระสงฆ์ที่มีการเพิ่มเพื่อน LINE OA ที่มีจำนวนการเพิ่มเพื่อนมากกว่าพระสงฆ์ที่เข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งอาจเกิดจากการบอกต่อ หรือการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในงานต่างๆ ทำให้สามารถสื่อสารความรู้สุขภาพ และการรณรงค์ให้เกิดการตระหนัก ด้านการตรวจสุขภาพประจำปี และการอบรมเพิ่มพูนทักษะการดูแลสุขภาพ

จากความท้าทายทางสุขภาพที่หลากหลายนี้ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตจึงมีความสำคัญต่อการรักษาและพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ การปรับเปลี่ยนด้านอาหารและการออกกำลังกายเบา ๆ เช่น การฝึกโยคะ การยืดกล้ามเนื้อ และกิจกรรมการบิดทบในท่อนเช้า สามารถทำได้ภายใต้ข้อจำกัดของพระธรรมวินัย นอกจากนี้ การศึกษาที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการออกกำลังกายในระดับหนักอาจสร้างสารไซโตไคน์ที่กระตุ้นการอักเสบและลดการสังเคราะห์เซโรโทนิน ซึ่งอาจนำไปสู่ความเหนื่อยล้า อารมณ์ต่ำ และความอยากคาร์โบไฮเดรต²⁰ และการออกกำลังกายในระดับปานกลางนั้นสามารถส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้โดยไม่ส่งผลเสีย ดังนั้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดความเสี่ยงต่อสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ ซึ่งทางโครงการได้นำการออกกำลังกายโดยรูปแบบการแพทย์แผนไทย และ การติดตามกิจกรรมทางกาย ผ่านอุปกรณ์ wearable ซึ่งในการดำเนินกิจกรรมนั้น พระสงฆ์มีการสอบถามการใช้งานผ่าน LINE OA ของโครงการ แต่ทั้งนี้ ทางโครงการยังไม่สามารถดำเนินการกระตุ้นกิจกรรมทางกายได้อย่าง real-time เนื่องจากกระบวนการส่งข้อมูลนั้นใช้ระยะเวลานาน

โดยการศึกษาการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล นั้นถือเป็นหนึ่งในงานวิจัยที่สำรวจสถานะสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตเมืองซึ่งมักพบได้น้อย โดยเฉพาะการรวบรวมข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับผลกระทบของวิถีชีวิตในเมืองต่อสุขภาพของพระสงฆ์ อีกทั้งการศึกษานี้ช่วยเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับความเหลื่อมล้ำทางสุขภาพที่พระสงฆ์เผชิญ ซึ่งมีจำกัดในสร้างเสริมสุขภาพ เช่น ด้านการออกกำลังกาย การปรับโภชนาการ นอกจากพฤติกรรมสุขภาพ การศึกษานี้ยังเน้นโรคที่พบในเพศชาย เช่น โรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจและหลอดเลือด ข้อมูลที่รวบรวมอย่างครอบคลุมช่วยให้เราเข้าใจว่าความเป็นเมืองและปัจจัยวิถีชีวิตสมัยใหม่มีผลต่อสุขภาพของพระสงฆ์อย่างไร และวางรากฐาน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

สำคัญสำหรับการพัฒนามาตรการเชิงกลยุทธ์ในการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในอนาคต

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมาพบอุปสรรค / ข้อจำกัด ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ประเด็นสำคัญประการหนึ่ง ที่อาจแตกต่างจากฆราวาส หรือประชาชนทั่วไปในการดูแลสุขภาพนั้นส่วนหนึ่งอาจเกิดจากสภาพทางสังคมที่พระสงฆ์อยู่อาศัยหรือธรรมเนียมทางสงฆ์ที่อาจส่งผลต่อแนวปฏิบัติ ทำให้มีหลากหลายหน่วยงานเห็นถึงความสำคัญและมีการดำเนินโครงการเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มประชากรพระสงฆ์

แม้ว่าในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์นั้น อาจยังคงมีข้อจำกัดอยู่หลายประการแต่ในทางกลับกันก็ยังพบอีกว่าในช่วงที่ผ่านมาการดำเนินโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จากหน่วยงานต่างๆ เองก็มีปัญหาหลายประการเช่นเดียวกัน โดยโครงการได้มีการรวบรวมข้อมูลปัญหา ดังนี้

- **ไม่มีหน่วยงานหลักรับผิดชอบสุขภาพพระสงฆ์:** ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานที่มีหน้าที่หลักในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างจริงจัง การดำเนินโครงการจึงขาดความต่อเนื่อง หลังเสร็จสิ้นยังไม่มีหน่วยงานหลักที่มาดูแลเรื่องสุขภาพพระสงฆ์อย่างจริงจัง และไม่ได้มีเวที หรือมีตัวกลางในการจัดให้โครงการต่างๆ มาร่วมหารือกันทั้งหมด
- **ความสับสนจากหลายหน่วยงาน:** การมีหน่วยงานและโครงการจำนวนมากที่มีรูปแบบคล้ายกันสร้างความสับสนให้แก่พระสงฆ์และผู้เข้าร่วม และผู้ที่ดำเนินโครงการยังไม่ได้มีการบูรณาการกัน
- **การเลือกพื้นที่ดำเนินโครงการไม่ทั่วถึง:** โครงการมักถูกจำกัดอยู่ในพื้นที่ที่หน่วยงานมีเครือข่ายหรือความคุ้นเคย ทำให้การขยายผลในวงกว้างไม่เพียงพอ อีกทั้งทรัพยากรและบุคลากรของผู้ทำโครงการไม่เอื้อในการขยายผล และยังไม่ได้มีเครื่องมือในการสื่อสารในวงกว้าง
- **ขาดความชัดเจนของประโยชน์:** พระสงฆ์และผู้เข้าร่วมบางส่วนรู้สึกว่าโครงการเชิงวิจัยเหมือนการทดลอง และไม่เห็นประโยชน์หรือเป้าหมายที่ชัดเจน และยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนในเรื่องแนวปฏิบัติ
- **สภาพแวดล้อม หรือบริบทของวัดที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน:** เนื่องจากพระสงฆ์นั้นมีข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมที่อยู่ซึ่งจำกัดต่อการทำกิจกรรมบริหารกาย อีกทั้งบริบทของวัดที่ไม่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ทำให้การพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายนั้น

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

ต้องมีการกำหนดรูปแบบให้สามารถทำได้ในพื้นที่จำกัด อีกทั้งโครงสร้างการทำงานของคณะสงฆ์ที่แข็งแกร่ง ทำให้ยากต่อการประสานงานการประสานงานต้องตามลำดับชั้น การดำเนินกิจกรรมต้องอิงตามเจ้าอาวาสเป็นหลัก ซึ่งทำให้ชั้นปกครองของพระสงฆ์นั้นจึงเป็นปัจจัยในการกำหนดสุขภาพ

การพัฒนากรอบแผนงานการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์แสดงให้เห็นว่าในปัจจุบันมีหน่วยงานและโครงการจำนวนมากที่กำลังดำเนินการโครงการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อยู่ซึ่งแต่ละหน่วยงานนั้นมีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกันออกไปแต่ทั้งหมดก็ยังคงมุ่งเน้นไปที่การส่งเสริมและยกระดับสุขภาพของพระสงฆ์ทั้งสิ้นดังนั้นในการจัดทำในการขับเคลื่อนแผนงานการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์จึงได้มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายของแผนหลักออกมา 2 กลุ่มด้วยกัน โดยแบ่งเป็น

กลุ่มผู้ที่ดำเนินโครงการ / หน่วยงานที่มีภารกิจในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ เนื่องจากดำเนินการกันอยู่แล้ว เพียงแต่จะหาอย่างไรให้สามารถเกิดทำงานร่วมกัน ลดความซ้ำซ้อนและสามารถใช้ประโยชน์จากจุดแข็ง หรือความเชี่ยวชาญของกันและกันในการขับเคลื่อนต่างๆ ได้

เพื่อให้การขับเคลื่อนการทำงานในระดับพื้นที่ประสบผลมากยิ่งขึ้น จึงต้องทำความรู้จัก และสร้างความคุ้นเคยกับเครือข่ายกลไกต่างๆ ทั้งระบบ เพื่อช่วยในการเข้ามาขับเคลื่อนการทำงานต่างๆ แนวคิดโครงการ / กิจกรรมสำคัญภายใต้กลยุทธ์

- จัดกิจกรรมพบปะเครือข่ายกลไกประสานงานทั่วประเทศ: จัดกิจกรรมเพื่อทำความรู้จัก และสร้างความคุ้นเคยกับเครือข่ายที่ทำงานทั้งหมด และใช้เป็นช่องทางในการประสานงานต่อไป
- พัฒนาช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่าย: สร้างช่องทางการสื่อสารระหว่างเครือข่ายการทำงานทั้งหมด เพื่อใช้เป็นช่องทางในการให้ข้อมูล หรือทำกิจกรรมร่วมกัน

กลุ่มพระสงฆ์ และญาติโยม ซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องโดยตรง โดยมุ่งเน้นการสร้างการตระหนักรู้ และองค์ความรู้ที่ถูกต้อง พร้อมกับสร้างเครือข่าย และเครื่องมือในการดูแลอย่างเป็นระบบ

โดยพระสงฆ์จำนวนมาก มักจะให้ความสำคัญกับความไว้วางใจต่อบุคคล ดังนั้นจึงต้องมีการสร้างเครือข่ายของผู้ที่จะมาเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง กระจายตามพื้นที่ต่างๆ เอาไว้ ซึ่งต่อไปจะเป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนงานต่างๆ ในอนาคต

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

แนวคิดโครงการ / กิจกรรมสำคัญภายใต้กลยุทธ์

- พัฒนาเครือข่ายพระผู้นำต้นแบบดูแลสุขภาพ: พัฒนาพระผู้นำ และทำ Testimonial เพื่อให้ท่าน เป็นผู้นำในการสื่อสาร และชี้แนะให้พระรูปอื่นๆ หันมาใส่ใจสุขภาพมากขึ้น
- พัฒนาเครือข่ายฆราวาสพี่เลี้ยงดูแลสุขภาพพระ: ผลักดันให้เกิดเครือข่ายจิตอาสา ที่เข้ามาช่วยเหลือดูแลสุขภาพพระในวัด – ให้คำแนะนำ / การดูแลสุขภาพเบื้องต้น

เพื่อให้การขับเคลื่อนแผนงานการดูแลและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ มีความชัดเจนและให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำไปพิจารณาในการขับเคลื่อนได้เหมาะสมมากยิ่งขึ้นจึงได้มีการกำหนดกรอบทิศทางการดำเนินงาน โดยการบูรณาการ การเชื่อมโยงภาคี เพื่อการสื่อสาร สร้างกระแสและพัฒนาผู้นำด้านการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และขับเคลื่อนการสร้างฐานข้อมูล และใช้ประโยชน์จากข้อมูลผลักดันนวัตกรรมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างทั่วถึง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

บรรณานุกรม

1. กรมควบคุมโรค สก. แผนปฏิบัติการ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ ของประเทศไทย (พ.ศ. 2566 –2570) 2023.
2. ลาภนันทน์ พ. สุขภาพะของพระสงฆ์. สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2557.
3. โรงพยาบาลสงฆ์. รายงานประจำปี ๒๕๖๔ โรงพยาบาลสงฆ์. โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ 2564.
4. พระครูพิพิธสุตาทร พโ, วิสุทธิ บุญญะโสภิตและคณะ. . ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๖๐. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.); 2560.
5. สำนักนายกรัฐมนตรี. ส. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่สิบสอง พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔. 2559.
6. กิจการโทรทัศน์และกิจการโทรคมนาคมแห่งชาติ ส. ยุทธศาสตร์การพัฒนากิจการโทรคมนาคม. แผนแม่บทกิจการโทรคมนาคม ฉบับที่2(พ.ศ.2562-2566)2564.
7. WHO. WHO. Draft Global strategy on digital health 2020-2024. 2019 [
8. กรมอนามัย. แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของสังคมไทย ปี 2579 2560 [
9. Wells KB, Staunton A, Norris KC, Bluthenthal R, Chung B, Gelberg L, et al. Building an academic-community partnered network for clinical services research: the Community Health Improvement Collaborative (CHIC). Ethn Dis. 2006;16(1 Suppl 1):S3-17.
10. ครองบุญ เรือง ธ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์/กรุงเทพฯ. 2553.
11. บุตชะหมวน พ, Boutkhamuan PS. การดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2016.
12. วงศ์สืบชาติ. ส. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษา วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย; 2555.
13. แลเชอ อ, Laeche A. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ ยานนาวา กรุงเทพฯ มหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2012.
14. พระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต พ, แดงหาญ ธ, วรัชชวิธี ส. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2019;22(2):117-30.

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

15. วุฒิ ศักดิ์สกุล ค. Factors Related to Health Behaviors of Monks in Fang District, Chiangmai. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office. 2018;24(1):71-83.
16. Richard E, Moll van Charante EP, Hoevenaer-Blom MP, Coley N, Barbera M, van der Groep A, et al. Healthy ageing through internet counselling in the elderly (HATICE): a multinational, randomised controlled trial. The Lancet Digital Health. 2019;1(8):e424-e34.
17. Marriott LK, Cameron WE, Purnell JQ, Cetola S, Ito MK, Williams CD, et al. Let's Get Healthy! Health awareness through public participation in an education and research exhibit. Prog Community Health Partnersh. 2012;6(3):331-7.
18. เอกพลากรและคณะ ว. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 - 2563 2564.
19. Attaworakun S, Ngamdee N, Cherdsuntia V. Monk's health in urban area: The Problem that should be considered. Vajira Medical Journal : Journal of Urban Medicine. 2019;63(Supplement):S177-S84.
20. Strasser B, Fuchs D. Diet Versus Exercise in Weight Loss and Maintenance: Focus on Tryptophan. Int J Tryptophan Res. 2016;9:9-16.

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล



รายงานฉบับย่อ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

Sustainable development of health promotion system for monk by inter-disciplinary teams and public participation: Bangkok Noi model

ที่มาและความสำคัญของโครงการ

ปัจจุบันเทคโนโลยีและความสะดวกสบายส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนไป นำไปสู่โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักในไทย เช่น โรคหัวใจ มะเร็ง เบาหวาน และทางเดินหายใจเรื้อรัง โดยส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจอย่างมาก เช่นเดียวกับพระสงฆ์ ที่มีอัตราการป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยผลจาก สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2554-2555 พบว่า พระสงฆ์ 300,000 รูปในประเทศไทย อยู่ในเกณฑ์อ้วน 45.9% มีโรคประจำตัว 40.2% และพระสงฆ์มีสุขภาพดี 33.3% พระสงฆ์ในประเทศไทยประสบปัญหาสุขภาพจากอาหารใส่บาตรที่ไม่เหมาะสม และขาดการออกกำลังกาย

จากสถานการณ์นี้ ทำให้มีการขับเคลื่อน "ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ" เพื่อส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ทีมวิจัยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลพัฒนา "บางกอกน้อยโมเดล" จึงมีการพัฒนาการศึกษาโดยเน้นการดูแลสุขภาพด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศและระบบอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้นแบบดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่ที่มีวัดและพระสงฆ์จำนวนมาก ผ่านนวัตกรรม เช่น อุปกรณ์เก็บข้อมูลสุขภาพ (wearable devices) เชื่อมต่อระบบโทรศัพท์ไร้สาย สื่อ e-learning และเทคโนโลยีแพทย์ทางไกล เพื่อให้การดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพและเป็นต้นแบบในการขยายการสร้างเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

วัตถุประสงค์ และขอบเขตของโครงการ

ด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร

- เพื่อพัฒนาระบบต้นแบบนวัตกรรมการบริการทางสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์
- เพื่อพัฒนาระบบติดตามข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ผ่านระบบสื่อสารเครือข่ายโทรศัพท์ไร้สาย

ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

- เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพพระสงฆ์ในเขตพื้นที่บางกอกน้อย
- เพื่อพัฒนาสื่อให้ความรู้สุขภาพ และการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย
- เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางการปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยอย่างเหมาะสม

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

ข้อสรุปด้านเทคโนโลยีและการสื่อสาร

การพัฒนาระบบต้นแบบนวัตกรรมการบริการทางสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์

ผู้วิจัยได้พัฒนาเว็บไซต์สำหรับการเชื่อมโยงและจัดเก็บข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ แอปพลิเคชันมือถือสำหรับพระสงฆ์ และเว็บไซต์สำหรับการให้ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ ซึ่งจากการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 3 ปี มีพระสงฆ์ เข้าร่วมกิจกรรมย่อยและติดตาม LINE OA @monkmeesuk จำนวน 967 ราย และมี active account จำนวน 855 ราย แบ่งเป็น กลุ่มอายุน้อยกว่า 35 ปี ร้อยละ 27.7 กลุ่มอายุ 35 ปี – 50 ปี ร้อยละ 20 และกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี ร้อยละ 28.9 โดยส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่ กรุงเทพมหานคร

การพัฒนาระบบติดตามข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ผ่านระบบสื่อสารเครือข่ายโทรศัพท์ไร้สาย

ผู้วิจัยได้มีการติดตามพระสงฆ์โดยมีการติดตามผ่าน Web Application และ Health Station @temple ซึ่งมีการติดตั้ง ณ วัดในพื้นที่เขตบางกอกน้อยและกรุงเทพมหานคร โดยมีการติดตั้ง ณ วัดไชยทิศ วัดโมลีโลกยารามราชวรวิหาร(ภายหลังมีการย้ายไปวัดนายโรง) วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ราชวรมหาวิหาร วัดข่านิทัศน์ และการ วัดไทร(พระราม 3) โดยวัดไทรนั้นได้ร่วมโครงการกุฏิชีวาภิบาล ซึ่งเป็น'หน่วยชีวาภิบาล' เพื่อดูแลพระสงฆ์ที่ป่วยระยะท้าย

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ข้อสรุปด้านการสร้างเสริมสุขภาพ

การศึกษาสถานะสุขภาพพระสงฆ์

จากการติดตามประเมินสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์ในทุกช่วงอายุนั้นส่วนมีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs จากการติดตามพระสงฆ์ 560 รูป พบว่ามีพระสงฆ์ที่ไม่มีโรคประจำตัว เพียงร้อยละ 24.3 โดยกลุ่มที่พบโรคประจำน้อยได้คือ พระสงฆ์ที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี และโรคที่พบมากที่สุดคือ ภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 44.2 ของพระสงฆ์ทั้งหมด และการประเมินด้านสุขภาพจิต พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีภาวะซึมเศร้า และมีความเครียดในระดับน้อย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร หวาน มัน เค็ม พบว่าส่วนใหญ่มีการบริโภคเป็นประจำแต่ส่วนใหญ่มีการบริโภคผักและผลไม้ร่วมด้วย โดยบริโภคผักเป็นประจำ ร้อยละ 96.4 และผลไม้ร้อยละ 93.9

การพัฒนาสื่อให้ความรู้สุขภาพ และการออกกำลังกาย ที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย

ทางผู้วิจัยได้ดำเนินการพัฒนาโครงการย่อย และสื่อความรู้สุขภาพ ทั้งทางด้านโภชนาการ และการออกกำลังกายโดยการนำหลักธรรมานามัย ซึ่งเป็นศาสตร์ทางการแพทย์แผนไทย โดยผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจาก สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในการพัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายซึ่งแบ่งเป็น 8 ท่า เพื่อบริหารร่างกาย โดยมีผู้รับชมคลิปเฉลี่ย ทั้ง 8 คลิป 2,176 ครั้ง โดย คลิปที่มีผู้รับชมมากที่สุด คือ คลิปการบริหารกายเบื้องต้นตามหลักกายานามัย โดยมีผู้รับชม จำนวน 5,039 ครั้ง และจากการประเมินความพึงพอใจ โดยจากผู้ตอบแบบสอบถาม หลังรับชมสื่อ จำนวน 95 ราย ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจระดับ “มาก” โดยมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ 4.63 ± 0.55 คะแนน

การเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางการปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย

จากการดำเนินโครงการย่อยทั้งด้านการอบรมรอบรู้เผยแพร่ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่เขตเมือง โครงการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการสำหรับภิกษุสงฆ์และแม่ครัววัด โครงการดูแลสุขภาพโดยเน้นการเพิ่มพูนความรู้ของ อสส (อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร) ซึ่งมีความใกล้ชิดในชุมชน ให้เป็นผู้แนะนำความรู้สุขภาพแก่พระสงฆ์ พบว่าการแนะนำความรู้หรือโครงการระยะสั้นนั้น อาจไม่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ และการพัฒนาด้านความรู้รอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ ของพระสงฆ์เนื่องจาก ประเมินติดตามสุขภาพทั้ง 3 ครั้ง พบว่า ผลการประเมินไม่ต่างจากเดิม รวมถึงพระกลุ่มที่มีการเข้ารับการตรวจสุขภาพผ่านการนัด สัญญาเลขที่ A 63-1-(2)-006

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

หมายออนไลน์ นั้นเมื่อวัดผลผ่านเครื่องมือ แบบประเมิน ehealth literacy ยังมีสัดส่วนความรู้ในระดับ ปานกลาง – น้อยที่สุด มากกว่า กลุ่มที่มีความรู้ในระดับมาก-มากที่สุด โดยเฉพาะด้านการประเมินสื่อ ความน่าเชื่อถือ ข้อมูลสุขภาพ

อภิปรายผล

จากการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ในโครงการ พบว่าพระสงฆ์ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่เข้าร่วมมากที่สุด และมีปัญหาสุขภาพ เช่น โรคอ้วน โรคเมตาบอลิก โรคเรื้อรังหลายชนิด ซึ่งสะท้อนถึงวิถีชีวิตที่มีข้อจำกัดด้านการออกกำลังกายตามพระธรรมวินัย และโภชนาการที่พึ่งพาอาหารจากการถวายบาตรที่มักมีแคลอรีสูง ในการศึกษาครั้งนี้กิจกรรมย่อยในโครงการช่วยเพิ่มความตระหนักเรื่องสุขภาพในหมู่พระสงฆ์ แม้ผลสุขภาพส่วนใหญ่ไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่การเข้าร่วมโครงการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการสื่อสารผ่าน LINE OA ที่ช่วยกระตุ้นความสนใจและส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ

สำหรับการปรับปรุงสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุ โครงการแนะนำการออกกำลังกายเบา ๆ เช่น โยคะ และการยืดกล้ามเนื้อ รวมถึงการติดตามกิจกรรมทางกายผ่านอุปกรณ์ wearable แม้ยังมีข้อจำกัดด้านกระบวนการส่งข้อมูล real-time แต่การพัฒนาสุขภาพผ่านบางกอกน้อยโมเดลได้วางรากฐานสำคัญในการเข้าใจผลกระทบจากวิถีชีวิตในเมืองและสร้างมาตรการเชิงกลยุทธ์เพื่อส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในอนาคต

ข้อเสนอแนะ

จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมา พบอุปสรรคและข้อจำกัดหลายประการในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งแตกต่างจากประชาชนทั่วไป เนื่องจากข้อจำกัดทางธรรมวินัยและสภาพแวดล้อมในวัด ข้อเสนอแนะที่สำคัญจากผลการศึกษาและการดำเนินโครงการ มีดังนี้:

ไม่มีหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบโดยตรง

ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างจริงจัง ส่งผลให้โครงการขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการระหว่างหน่วยงานยังไม่ชัดเจน

ขาดความชัดเจนของเป้าหมายและประโยชน์

พระสงฆ์บางส่วนมองว่าโครงการเชิงวิจัยเป็นเพียงการทดลอง และไม่เห็นเป้าหมายหรือประโยชน์ที่ชัดเจนของโครงการ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

บริบทของวัดที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินงาน

สภาพแวดล้อมของวัดและข้อจำกัดด้านพื้นที่ทำให้ยากต่อการจัดกิจกรรมบริหารกาย อีกทั้งลำดับขั้นของการประสานงานในคณะสงฆ์ต้องอิงตามเจ้าอาวาส ส่งผลให้การดำเนินงานมีข้อจำกัดในเชิงปฏิบัติ

ดังนั้นเพื่อให้การขับเคลื่อนแผนงานดูแลและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์มีความชัดเจนและเหมาะสม ได้กำหนดกรอบทิศทางที่เน้นการบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาคี การสื่อสารสร้างความตระหนัก พัฒนาผู้นำด้านสุขภาพพระสงฆ์ รวมถึงการสร้างฐานข้อมูลและผลักดันนวัตกรรมเพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างทั่วถึงและยั่งยืน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

(เนื้อหาภาคผนวก ก)

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

สรุปผลการจัดโครงการ

ชื่อโครงการ : โครงการอบรมเผยแพร่ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่เขตเมือง

1. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ สำนักงานคนบตี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
งานคุณธรรมและจริยธรรม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2. ระยะเวลาการจัดกิจกรรม

วันที่ 7-9 เดือนกุมภาพันธ์ 2566

3. สถานที่จัดกิจกรรม

ห้องประชุม 101 อาคารเฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา ๕ ธันวาคม ๒๕๕๐ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

4. วัตถุประสงค์

1. เพื่อเพิ่มพูนความรู้และเสริมสร้างทักษะการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล
2. เพื่อเสริมสร้างความรู้ ความเข้าใจ ในการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง และพระสงฆ์ภายในวัดได้

5. สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ

ตารางแสดงข้อมูลของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวน
พระสงฆ์	35
อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.)	10

โครงการอบรมเผยแพร่ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่เขตเมือง เป็นการจัดอบรมเพิ่มพูนทักษะการดูแลสุขภาพตนเองตามภาวะสุขภาพ สำหรับพระภิกษุในเขตเมือง โดยกิจกรรมอบรมหลักสูตร 3 วัน ประกอบด้วย การบรรยาย/ฝึกปฏิบัติ กิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้เข้าอบรม และ การให้ความรู้ผ่านบุรณิทรศการความรู้การดูแลสุขภาพ โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมาย พระสงฆ์ จำนวน 50 รูป แต่ภายหลังมีการปรับให้อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลสุขภาพในชุมชนรวมถึงพระสงฆ์ในชุมชน เข้าร่วมอบรมเพื่อนำความรู้ไปขยายสู่การดูแลในชุมชน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

6. ตัวชี้วัด และ การประเมินผลโครงการ

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลการประเมิน
1) จำนวนพระภิกษุที่เข้าร่วมประชุม	รูป	50	พระสงฆ์ 35 รูป อสส. 10 ท่าน
2) ผู้เข้าร่วมอบรมทำแบบทดสอบความรู้ผ่านเกณฑ์ หลังเข้าร่วมอบรม	ร้อยละ	≥ 80	<u>86.7</u>
3) ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจโดยรวมของ ผู้เข้าร่วมอบรม	คะแนน (เต็ม 5)	4	4.57

7.1 คะแนนการประเมินแบบทดสอบความรู้ของผู้เข้าร่วมอบรม (45 คน)

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินแบบทดสอบความรู้ของผู้เข้าร่วมอบรม

การทดสอบ	คะแนนต่ำสุด	คะแนนสูงสุด	mean $\pm$ sd
แบบทดสอบความรู้ก่อนการอบรม	5	17	11.87 $\pm$ 2.67
แบบทดสอบความรู้หลังการอบรม	5	18	13.27 $\pm$ 2.88

จากการประเมินทดสอบความรู้ ก่อน-หลัง ของผู้เข้าร่วมอบรม จำนวน 45 ราย พบว่า ก่อนการอบรม มีผู้ทำแบบทดสอบจำนวน 20 ข้อ ผ่านเกณฑ์(คะแนนทดสอบ ≥ 10 คะแนน) จำนวน 31 ราย ร้อยละ 68.9 และ ภายหลังการทดสอบมีผู้เข้าอบรมผู้ทำแบบทดสอบ ผ่านเกณฑ์จำนวน 39 ราย คิดเป็น ร้อยละ 86.7 แสดงข้อมูลดังตาราง

ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินแบบทดสอบความรู้ของผู้เข้าร่วมอบรมทั้งสองกลุ่ม

การทดสอบความรู้ของผู้เข้าอบรม	พระสงฆ์		อสส.		t	P
	mean	S.D.	mean	S.D.		
แบบทดสอบความรู้ก่อนการอบรม	11.57	2.65	12.90	2.64	1.399	0.169
แบบทดสอบความรู้หลังการอบรม	12.97	3.10	14.30	1.70	1.297	0.202

โครงการอบรมเผยแพร่ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่เขตเมือง มีผู้เข้าร่วมอบรม ทั้งพระสงฆ์ และ อาสาสมัครสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร (อสส.) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อน และ หลังเข้าร่วม ของทั้งสองกลุ่ม พบว่าคะแนนความรู้เฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนการอบรมและ ภายหลังการอบรม

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินแบบทดสอบความรู้ก่อน-หลังของผู้เข้าร่วมอบรม

คะแนนแบบทดสอบ ของผู้เข้าอบรม	N	ก่อนการอบรม		หลังการอบรม		t	P
		mean	S.D.	mean	S.D.		
ผู้เข้าอบรมทั้งหมด	45	11.87	2.68	13.27	2.88	-4.332	0.001
ผู้เข้าอบรม กลุ่มพระสงฆ์	35	11.57	2.65	12.97	3.10	-3.537	0.001
ผู้เข้าอบรม กลุ่ม อสส.	10	12.90	2.64	14.30	1.70	-2.941	0.016

จากการประเมินทดสอบความรู้ ก่อน-หลัง เข้าอบรม ของผู้เข้าร่วมอบรม ทั้งหมด พบว่าภายหลังการอบรมผู้เข้าร่วมอบรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยคะแนนเฉลี่ยของผู้เข้าอบรมทั้งหมด ก่อนการอบรมเท่ากับ 11.87 ± 2.67 และ หลังการอบรมเท่ากับ 13.27 ± 2.88 แต่เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ก่อน-หลัง ในแต่ละกลุ่มพบว่า ในกลุ่ม อสส.มีคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลัง เข้าอบรมไม่แตกต่างกัน ในขณะที่ กลุ่มพระสงฆ์ มีคะแนนเฉลี่ยก่อน-หลัง เข้าอบรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$)

7.2 การประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ (39 คน)

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินระดับความพึงพอใจ

รายละเอียดการประเมิน	mean $\pm$ sd
ความพึงพอใจในกิจกรรม	
เทคนิคการนำเสนอและรูปแบบกิจกรรม	4.64 $\pm$ 0.58
สื่อประกอบการดำเนินกิจกรรม	4.51 $\pm$ 0.68
ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม	4.51 $\pm$ 0.72
ความพึงพอใจในกิจกรรมโดยภาพรวม	4.62 $\pm$ 0.59
ความพึงพอใจในบริการ	
อาหารและเครื่องดื่ม	4.36 $\pm$ 0.96
ห้องบรรยาย	4.64 $\pm$ 0.58
โสตทัศนูปกรณ์	4.59 $\pm$ 0.63
การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่	4.64 $\pm$ 0.62
ความพึงพอใจในการบริการโดยภาพรวม	4.64 $\pm$ 0.58

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมอบรม ในวันที่ 7-9 เดือนกุมภาพันธ์ 2566 พบว่ามีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 39 ราย คิดเป็น ร้อยละ 78 ของผู้เข้าร่วมอบรม ซึ่งมีค่าเฉลี่ย 4.57 ± 0.54 คะแนน ในการประเมินความพึงพอใจแบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ความพึงพอใจในกิจกรรม และ ความพึงพอใจในบริการ โดยคะแนนประเมินทั้ง 2 ด้าน มีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันคือ 4.57 ± 0.54 และ 4.57 ± 0.58 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด และ มาก

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางแสดงร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามประเมินระดับความพึงพอใจ

รายละเอียดการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
ความพึงพอใจในกิจกรรม					
เทคนิคการนำเสนอและรูปแบบกิจกรรม	27 (69.2%)	10 (25.6%)	2 (5.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
สื่อประกอบการดำเนินกิจกรรม	24 (61.5%)	11 (28.2%)	4 (10.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม	25 (64.1%)	9 (23.1%)	5 (12.8%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ความพึงพอใจในกิจกรรมโดยภาพรวม	26 (66.7%)	11 (28.2%)	2 (5.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ความพึงพอใจในบริการ					
อาหารและเครื่องดื่ม	23 (59.0%)	10 (25.6%)	4 (10.3%)	1 (2.6%)	1 (2.6%)
ห้องบรรยาย	27 (69.2%)	10 (25.6%)	2 (5.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
โสตทัศนูปกรณ์	26 (66.7%)	10 (25.6%)	3 (7.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่	27 (69.2%)	11 (28.2%)	0 (0.0%)	2 (2.6%)	0 (0.0%)
ความพึงพอใจในการบริการโดยภาพรวม	27 (69.2%)	10 (25.6%)	2 (5.1%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

(1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด และ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด)

7.3 ข้อเสนอแนะอื่นๆ

- ได้รับความรู้และสามารถนำไปถ่ายทอดสู่ชุมชนได้
- อยากให้มีกิจกรรมดี แบบนี้ตลอด เพราะมีประโยชน์กับบุคคลทั่วไป จำเพาะเจาะจงในผู้สูงอายุ เพราะถ้ารู้ก่อนจะได้รักษาก่อน กิจกรรมดีมาก ๆ
- อยากให้มีอีกเพราะเป็นการให้ความรู้เพิ่มขึ้น จากบางสิ่งบางอย่างที่ไม่รู้มาก่อน
- อยากบอกว่าเป็นโครงการที่ดีสำหรับพระสงฆ์ที่ต้องป้องกันตัวเองจากการฉ้อโกงอาหารบิณฑบาต อาหารที่ได้มีหลากหลาย หากฉันอย่างเหมาะสมอาจเกิดปัญหาสุขภาพได้
- อยากให้ในช่วงพักเบรกเป็นน้ำเพื่อสุขภาพ และควรมีผลไม้
- เป็นกิจกรรม ที่ดีมาก ๆ เพราะเป็นการเปิดโลกใหม่ในการรักษาสุขภาพตนเอง และ ยังสามารถนำไปแนะนำให้กับเพื่อนๆ ที่วัดได้ศึกษา เรียนรู้เพิ่มเติมและนำไปพัฒนาในเขตวัด ตามชุมชนต่างๆ
- โครงการนี้ดีมาก ทำให้พระสงฆ์ปฏิบัติตนเองได้มีสุขภาพดีขึ้น ขอให้มีการอย่างต่อเนื่อง และให้พระสงฆ์ เข้าถึงเรื่องสุขภาพ ส่งเข้ากลุ่มไลน์ ขอให้แนะนำเรื่องอื่นๆเพิ่มเติมเช่น ต่อมลูกหมาก ความดันโลหิตสูง ไช้มนในเลือดสูง เบาหวาน
- smart watch เพื่อสุขภาพพระสงฆ์
- หากจัดโครงการอีกอยากมาเข้าร่วมอีก
- ควรจัดปีละอย่างน้อย 2 ครั้ง และประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง เพราะเป็นกิจกรรมที่ดีและมีประโยชน์มาก
- 1.เอกสารการสอนบางบทมีพื้นที่สีดำทำให้อ่านยาก ไม่ชัดเจน อยากให้เป็นพื้นสีขาวเพื่อตอนถ่ายเอกสารจะได้อ่านได้ชัดเจน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

- 2.อาจารย์ผู้บรรยายเป็นหมอเฉพาะทาง ให้ความรู้ที่เฉพาะทางเป็นประโยชน์แก่ผู้เข้าอบรม ยังไม่เคยได้เรียนรู้กับคุณหมอระดับอาจารย์มาก่อน
 - 3.หากมีการจัดอบรมอีกครั้ง อยากให้เพิ่มหัวข้อ โรคติดเชื้อ การฉีดยาคนไข้ แนะนำการฉีดยาของคนไข้เบาหวาน ยา HIMAX สร้างเม็ดเลือด เช่นฉีดต้นแขน ฉีดยาอะไรเป็นต้น
- ควรจัดภัตตาหารเข้าให้พระสงฆ์ และให้เพียงพอ
 - อยากให้มีกิจกรรมแบบนี้บ่อยๆ เพราะเกิดประโยชน์อย่างสูงกับพระสงฆ์ และ ผู้สูงอายุ
 - อยากให้จัดการอบรมที่ทรงคุณค่า และมีประโยชน์ ต่อพระภิกษุสงฆ์เช่นนี้อีก เป็นประจำทุกๆปี เพิ่มเติมคือ มีเอกสารประกอบการจัดอบรมเยอะอยากให้ช่วยจัดถวายกระเป๋าผ้า เพื่อจัดเก็บอย่างเหมาะสมกับการเดินทาง อาตมาเล็งเห็นว่าสำคัญมากๆ ต่อการรักษาสุขภาพทางด้านสุขภาพของสงฆ์ อย่างเป็นรูปธรรม เพราะถ้าพระสงฆ์มีสุขภาพที่ดี และรู้เท่าทันสุขภาพที่ตนเป็นอยู่ที่แท้จริงจะช่วยให้พระสงฆ์ตระหนักต่อการดูแลสุขภาพให้ดีขึ้นเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการเผยแผ่พระพุทธศาสนาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ขอเจริญพร
 - เป็นการอบรมโครงการที่ดีมาก มีประโยชน์ ควรมีการจัดโครงการนี้ให้ต่อเนื่อง ต่อไป และเพิ่มโครงการที่เกี่ยวข้องกับความรู้สุขภาพต่อไป และควรมีการตรวจสุขภาพของผู้เข้าร่วมอบรมด้วย เพื่อจะได้รู้สุขภาพที่จัดให้เหมาะสมกับการพึงระวัง
 - เป็นโครงการที่ดีมาก ควรให้เกิดขึ้นอย่างน้อยปีละ 3 รุ่น จะเป็นประโยชน์แก่ศาสนาอย่างยิ่ง
 - เป็นโครงการที่ควรสนับสนุนและเร่งให้เกิดความจริงเพื่อความ สุข สุขภาพแข็งแรงกันทั่วหน้าของคนทุกหมู่เหล่า ขอสนับสนุนผลักดันให้เกิดโดยเร็ว จอเป็นกำลังใจให้คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 - สมควรจักให้มีปีละครั้งน่าจะ ดีมากๆ พระภิกษุสามเณรจะได้มีความรู้ ในเรื่องของความน่ากลัวของโรคภัยต่างๆ จะได้ป้องกันตนเองได้
 - ไม่ควรใช้ศัพท์เทคนิคมากเกินไป เพราะบางคนจะไม่เข้าใจ
 - มีความต้องการให้มีโครงการอบรมให้ความรู้ สารแบบนี้บ่อยๆ จะได้มีองค์ความรู้หลายหลาย และนำไปรักษาป้องกันตนเอง
 - ไม่เคยเข้าร่วมโครงการแบบนี้ พอเข้าร่วมแล้วมีความรู้สึบดีมากๆ วิทยากรทุกท่านเป็นผู้มีความรู้เฉพาะด้าน สามารถถ่ายทอดความรู้ได้อย่างดีเยี่ยม กิจกรรมแบบนี้ควรมีบ่อยๆ สุดท้ายขออนุโมทนากับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านมีสุขภาพแข็งแรง อยู่เย็นเป็นสุขกันทุกท่าน
 - ควรจัดโครงการอบรมเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ ปีละ 3 ครั้งเป็นอย่างน้อย เพื่อประโยชน์แก่พระสงฆ์ โครงการนี้มีประโยชน์อย่างมาก
 - อยากให้แนะนำผู้เข้าชม งดคุยรบกวนผู้อื่น และ งดใช้โทรศัพท์ด้วย และ แอร์เย็นเกินไป
 - ภาพรวมดีมากโดยไม่ต้องปรับปรุงในทางใดๆเลย

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

(เนื้อหาภาคผนวก ข)

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

สรุปผลการจัดโครงการ

7. ชื่อโครงการ : โครงการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการสำหรับภิกษุสงฆ์และแม่ครัววัด

8. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ สำนักงานคนบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

DR.DISH ดอกเตอร์ดิช

Lookkid Co., Ltd

9. ระยะเวลาการจัดกิจกรรม

วันที่ 21 มกราคม 2566 - วันที่ 28 เมษายน 2566

10.สถานที่จัดกิจกรรม

วัดโมลีโลกยารามราชวรวิหาร

11.วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการและการประกอบอาหารที่เหมาะสม ให้กับแม่ครัววัด
2. เพื่อถวายเป็นบุญกุศล (NCDs) ที่เหมาะสมและสอดคล้องตามหลักพระธรรมวินัยให้กับพระสงฆ์

12.สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ

ตารางแสดงข้อมูลของผู้เข้าร่วมกิจกรรม

ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวน
พระสงฆ์ในวัดโมลีโลกยารามราชวรวิหาร	60
แม่ครัววัด	10

โครงการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการสำหรับภิกษุสงฆ์และแม่ครัววัด มีการจัดกิจกรรม โดยแบ่งกลุ่มเป้าหมายจำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มแม่ครัววัด และ พระสงฆ์ ซึ่งแบ่งการดำเนินการในกลุ่มแม่ครัววัดในช่วงเดือนมกราคม-เดือนกุมภาพันธ์ และพระสงฆ์ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เดือนมีนาคม

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

13. ตัวชี้วัด และ การประเมินผลโครงการ

ตัวชี้วัด	หน่วยนับ	เป้าหมาย	ผลการประเมิน
1) จำนวนพระสงฆ์เข้าร่วมโครงการ	รูป	60	82
2) พระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการมีน้ำหนักหรือค่าดัชนีมวลกายลดลง	รูป	20	3
3) พระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการมีคะแนนความรู้โภชนาการ	ร้อยละ	70	73.6
4) จำนวนผู้ประกอบการร้านค้า และ แม่ครัววัด เข้าร่วมอบรม	คน	10	10
5) แม่ครัววัดมีคะแนนความรู้การประกอบอาหารสำหรับพระสงฆ์เพิ่มขึ้น	ร้อยละ	70	73.4
6) ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจโดยรวมของพระสงฆ์เข้าร่วมโครงการ	คะแนน (เต็ม 5)	3.5	4.56
7) ค่าเฉลี่ยของระดับความพึงพอใจโดยรวมของแม่ครัววัดเข้าร่วมโครงการ	คะแนน (เต็ม 5)	3.5	4.65

7.1 การดำเนินโครงการในกลุ่มแม่ครัววัด ในช่วงเดือนมกราคม - เดือนกุมภาพันธ์

การดำเนินการให้ความรู้ในกลุ่มแม่ครัว แบ่งการให้ความรู้เป็น 6 หัวข้อ และมีการแบ่งกิจกรรมฐานความรู้เป็น 6 กิจกรรม ได้แก่ 1. ความรู้เรื่องสุขาภิบาลอาหาร 2. โภชนาการอาหารหลัก 5 หมู่ 3. การใช้วัตถุดิบในการปรุงประกอบ 4. การปรุงประกอบอาหาร 5. เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ 6. การจัดกิจกรรมออกบูธให้ความรู้แก่ฆราวาส

โครงการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์
ผ่านการเสริมสร้างโภชนาการและความรู้สุขภาพ

กิจกรรมสำหรับพระสงฆ์

- จ 20 มค 66 (ที่วัด) 12.00 - 14.00น. การวัดองค์ประกอบของร่างกาย และให้คำแนะนำบุคคล ครั้งที่ 1
- ส 4 มค 66 (Online) 13.00 - 15.00น. โภชนาการอาหาร 5 หมู่ และการแบ่งสัดส่วนอาหาร
- จ 7 มค 66 (Online) 13.00 - 15.00น. อานะลาโภชนาการ แนวทางลดโรค NCD
- ส 11 มค 66 (Online) 13.00 - 14.00น. อาหารลดหวานมันเค็ม
- ส 11 มค 66 (Online) 14.00 - 15.00น. เครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ และอาหารเสริมและสมุนไพร
- จ 20 มค 66 (ที่วัด) 12.00 - 14.00น. การวัดองค์ประกอบของร่างกาย และให้คำแนะนำบุคคล ครั้งที่ 2

กิจกรรมสำหรับฆราวาส

การออกบูธให้ความรู้แก่ฆราวาส

QR Code: [QR Code]

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ในการประเมินการได้รับความรู้ในกลุ่มแม่ครัววัดจะประเมินโดยระดับความรู้ความเข้าใจ รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติของกลุ่มแม่ครัววัด ซึ่งแสดงดังตาราง

7.1.1. ตารางแสดงผลการทดสอบความรู้ในกลุ่มแม่ครัววัด ก่อน-หลัง เข้าร่วมกิจกรรม

ระดับคะแนนประเมิน 5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง/พอใช้, 2 = น้อย, 1 = น้อยที่สุด

ข้อ	รายละเอียด	ระดับความเข้าใจ/การนำความรู้ไปใช้	
		ก่อน	หลัง
1.	สุขอนามัยส่วนบุคคล	3	4
2.	สุขลักษณะของสถานที่ผลิตอาหาร	3	3
3.	หน้าที่และประโยชน์ของอาหารหลัก 5 หมู่	2	4
4.	การอ่านฉลากโภชนาการ	2	3
5.	การอ่านฉลาก GDA	2	3
6.	ความเข้าใจสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ	2	4
7.	รู้จักเครื่องปรุงเพื่อสุขภาพในการปรุงประกอบอาหาร	2	3
8.	การเลือกซื้อและการจัดทำอาหารเพื่อสุขภาพ	2	4
9.	มีความรู้ ความเข้าใจแนวทางการปรับปรุงสูตรอาหาร	3	4
10.	สามารถนำความรู้มาประยุกต์สร้างเมนูอาหารหมุนเวียน	3	4
11.	รู้จักประเภทของน้ำปานะเพื่อสุขภาพ	3	4
12.	การเลือกซื้อและการจัดทำน้ำปานะเพื่อสุขภาพ	3	4
คะแนนเฉลี่ย		2.5	3.67

จากการประเมินความรู้ในกลุ่มแม่ครัวพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น จาก 2.5 เป็น 3.67 โดยพบว่าหัวข้อส่วนใหญ่มีคะแนนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในหัวข้อ หน้าที่และประโยชน์ของอาหารหลัก 5 หมู่ ความเข้าใจสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ และ การเลือกซื้อและการจัดทำอาหารเพื่อสุขภาพ ซึ่งมีคะแนนเพิ่มขึ้น จาก 2 เป็น 4 คะแนน ในขณะที่ หัวข้อด้านสุขลักษณะของสถานที่ผลิตอาหารนั้น มีคะแนนความรู้ ก่อน-หลัง การดำเนินกิจกรรม ไม่เปลี่ยนแปลง

7.1.2 การให้ความรู้ด้านสุขาภิบาลอาหาร

ประกอบด้วยการบรรยาย และ กิจกรรมปฏิบัติการ โดยมีหัวข้อการบรรยายได้แก่การบรรยายสุขอนามัยส่วนบุคคล สุขลักษณะของสถานที่ผลิตอาหาร การเตรียมวัตถุดิบและการจัดเก็บวัตถุดิบ และ ประเภทอาหารสดและอาหารแห้ง

กิจกรรมปฏิบัติการ ประกอบด้วยเนื้อหา การตรวจประเมินอาหารปลอดภัยเบื้องต้นตามหลักสุขาภิบาลอาหาร สถานที่ปรุงประกอบอาหาร และการสุ่มตัวอย่างเพื่อตรวจสอบปนเปื้อนต่าง ๆ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

7.1.2.1 ตารางแสดงการประเมินมาตรฐาน ด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงครัว

รายละเอียดมาตรฐาน	ผลการสำรวจ		หมายเหตุ
	ก่อน	หลัง	
ก. บริเวณ ที่เตรียม - ปรงอาหาร			
1. สะอาด เป็นระเบียบ มีแสงสว่างเพียงพอ ไม่อยู่ใกล้กับที่พักขยะ หรือบริเวณบำบัดน้ำเสีย	ทำ	ทำ	
2. พื้น ผนัง ทำด้วยวัสดุถาวร แข็ง เรียบ มีสภาพดี และสะอาด	ทำ	ทำ	
3. โต๊ะเตรียมปรงอาหาร และผนังบริเวณเตาไฟ ต้องทำด้วยวัสดุทำความสะอาดง่าย (เช่น สแตนเลส กระเบื้อง) มีสภาพดี และพื้นโต๊ะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	ไม่ได้ทำ	ทำ	
4. มีการป้องกันแมลงวัน เช่น กรงด้วยมุ้งลวด หรือเป็นห้องปรับอากาศ	ไม่ได้ทำ	ไม่ได้ทำ	เป็นพื้นที่เปิดโล่ง
5. มีการระบายอากาศรวมทั้งกลิ่น และควันจากการทำอาหารได้ดี เช่น มีปล่องระบายควันหรือพัดลมดูดอากาศที่ใช้การได้ดี	ไม่ได้ทำ	ไม่ได้ทำ	
ข. ตัวอาหาร น้ำดื่ม และเครื่องดื่ม			
6. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีเลขทะเบียนตำรับอาหาร	ทำ	ทำ	
7. อาหารสด เช่น เนื้อสัตว์ ผักสด ผลไม้ และอาหารแห้ง มีคุณภาพดี แยกเก็บเป็นสัดส่วน ไม่ปนกัน วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. หรือเก็บในตู้เย็น อาหารสดต้องล้างให้สะอาดก่อนนำมาปรง	ทำ	ทำ	
8. อาหารและเครื่องดื่มในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท มีคุณภาพดี เก็บเป็นระเบียบสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม.	ไม่ได้ทำ	ทำ	
9. มีห้องเก็บอาหารแห้งโดยเฉพาะ ที่โปร่งสะอาด จัดเป็นระเบียบและชั้นเก็บของชั้นล่างสุด ต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม.	ทำ	ทำ	
10. มีห้องเย็นหรือตู้เย็นเก็บอาหาร ขนาดที่เพียงพอ จัดเป็นระเบียบ และสะอาด ถ้าเป็นห้องเย็นต้องมีชั้นวางของ ซึ่งชั้นล่างสุดต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 30 ซม.	ทำ	ทำ	
11. อาหารที่ปรงสำเร็จแล้ว เก็บในภาชนะที่สะอาด มีการปกปิด วางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	ทำ	ทำ	มีการใช้พลาสติกคลุมทุกครั้ง
12. การล้างภาชนะที่ปรงสำเร็จแล้วไปยังที่ต่าง ๆ ต้องมีการปกปิดให้มิดชิด	ทำ	ทำ	
13. น้ำดื่ม เครื่องดื่ม น้ำผลไม้ต้องสะอาด ใส่ภาชนะที่สะอาด มีฝาปิด และมีก๊อกหรือทางเทริน้ำ หรือมีอุปกรณ์กรณีสำหรับดักโดยเฉพาะ และวางสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม.	ทำ	ทำ	
ค. ภาชนะอุปกรณ์			
14. ภาชนะอุปกรณ์ เช่น จาน ชาม ช้อน และส้อม ต้องทำด้วยวัสดุที่ไม่เป็นอันตราย เช่น สแตนเลส กระเบื้องเคลือบขาว แก้ว อลูมิเนียม เมลามีนสีขาว หรือสีอ่อน	ทำ	ทำ	
15. การล้างภาชนะต้องแยกภาชนะสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อ และไม่ติดเชื้อออกจากกัน	-	-	ไม่เกี่ยวข้อง
16. ล้างภาชนะอุปกรณ์ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน และขั้นตอนสุดท้ายต้องมีการฆ่าเชื้อโรคอ่างล้างภาชนะต้องสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 ซม. และต้องมีท่อน้ำทิ้งที่ใช้การได้ดี	-	-	ไม่เกี่ยวข้อง
17. ใช้เครื่องล้างภาชนะอุปกรณ์ที่มีประสิทธิภาพเหมาะสมในการทำมาสะอาด และฆ่าเชื้อโรค หรือมีตู้อบภาชนะ	-	-	ไม่เกี่ยวข้อง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

รายละเอียดมาตรฐาน	ผลการสำรวจ		หมายเหตุ
	ก่อน	หลัง	
18. ซ้อน ส้อม วางตั้งเอาด้ามขึ้นในภาชนะโปร่งสะอาด หรือเก็บเป็นระเบียบในภาชนะที่สะอาดและปิดมิดชิด	ไม่ได้ทำ	ทำ	
19. จาน ชามถ้วย แก้วน้ำ และภาชนะใส่อาหาร เก็บไว้ในภาชนะโปร่งสะอาดในที่มิดชิด	ทำ	ทำ	
20. เชียงต้องมีสภาพไม่แตกร้าวหรือเป็นร่อง มีเชียงใช้เฉพาะอาหารสุกและอาหารดิบ แยกจากกัน มีฝาชีครอบ (ยกเว้นครัวที่มีการป้องกันแมลงวันแล้ว)	ไม่ได้ทำ	ทำ	
ง.การรวบรวมขยะและน้ำโสโครก			
21. ใช้ถังขยะสภาพดี ไม่รั่วซึม ใช้ถุงพลาสติกสวมไว้ด้านในและมีฝาปิด	ไม่ได้ทำ	ทำ	
22. มีท่อหรือรางระบายน้ำที่มีสภาพดี ไม่แตกร้าว ระบายน้ำจากห้องครัวและที่ล้างภาชนะอุปกรณ์ลงสู่ท่อระบายหรือแหล่งบำบัดได้ดี และต้องไม่ระบายน้ำเสียลงสู่แหล่งน้ำสาธารณะโดยตรง	ไม่ได้ทำ	ไม่ได้ทำ	
23. มีบ่อดักเศษอาหาร และดักไขมันที่ใช้การได้ดี ก่อนปล่อยลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย	ไม่ได้ทำ	ไม่ได้ทำ	
จ.ห้องน้ำ ห้องส้วม			
24. ห้องน้ำ ห้องส้วมต้องสะอาด ประตูไม่เปิดสู่บริเวณที่เตรียม-ปรุง ที่ล้างและเก็บภาชนะอุปกรณ์ ที่เก็บอาหาร และต้องมีอ่างล้างมือที่ใช้การได้ดีในบริเวณห้องส้วม	ไม่ได้ทำ	ไม่ได้ทำ	
25. มีห้องส้วม และอ่างล้างมือสำหรับผู้ปรุง - ผู้เสิร์ฟโดยเฉพาะ	ไม่ได้ทำ	ไม่ได้ทำ	
ฉ.ผู้ปรุง			
26. แต่งกายสะอาด สวมเสื้อมีแขน หรือมีเครื่องแบบ	ไม่ได้ทำ	ทำ	
27. ผู้ปรุงอาหารต้องผูกผ้ากันเปื้อนสีขาว และสวมหมวกสีขาว	ไม่ได้ทำ	ทำ	
28. ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือพาหะของโรค และโรคผิวหนัง โดยมีหลักฐานการตรวจสุขภาพในปีนั้นให้ตรวจสอบ	-	-	ไม่ได้ประเมิน
29. มีสุขนิสัยที่ดี เช่น ตัดเล็บสั้น ใช้อุปกรณ์สำหรับหยิบจับอาหาร ไม่สูบบุหรี่ขณะปฏิบัติงาน	ทำ	ทำ	
ข.การเฝ้าระวังความสะอาดของอาหารและภาชนะ			
30. อาหารและภาชนะต้องสะอาด โดยมีการตรวจตัวอย่างอาหารปรุงสำเร็จ (อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง) และภาชนะ (อย่างน้อย 2 ตัวอย่าง) ทางด้านแบคทีเรียและต้องได้มาตรฐานคือ ตัวอย่างอาหารไม่เกิน 10" โคโลนี / กรัมของอาหาร	-	-	ไม่ได้ประเมิน
คะแนนรวม	12	19	

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

จากการประเมิน มาตรฐาน ด้านสุขาภิบาลอาหารในโรงครัว โดยก่อนการให้ความรู้แม่ครัววัดสามารถดำเนินการด้านสุขาภิบาลอาหารได้ 12 ข้อ โดยพบว่าหัวข้อด้านอาหาร น้ำดื่ม และเครื่องดื่ม นั้นสามารถปฏิบัติได้เกือบครบถ้วนตามมาตรฐานสุขาภิบาล ภายหลังการให้ความรู้ แม่ครัววัด มีการดำเนินการปรับปรุงการดำเนินการด้านสุขาภิบาลอาหารเพิ่มมากขึ้น สามารถปฏิบัติได้ 15 ข้อ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์มาตรฐานระดับดี โดยในหัวข้อที่แม่ครัววัดสามารถปฏิบัติได้เพิ่มมากขึ้นมากที่สุดคือ หัวข้อด้าน การดูแลภาชนะอุปกรณ์

7.1.2.2 การตรวจสอบสารปนเปื้อนในวัตถุดิบ

ในการตรวจสอบสารปนเปื้อนในวัตถุดิบ เนื่องจากทางวัดมีการจัดสรรวัตถุดิบกับร้านที่สั่งซื้อเป็นประจำ รวมถึงมีญาติโยมถวายดั่งนั้น จึงทำการทดสอบเพียง 1 ครั้งเพื่อเป็นการรายงานผลแก่ทางวัด โดยการตรวจวัดประกอบด้วย 1.การทดสอบบอร์แรกซ์ (ผงกรอบ) 2.สารฟอกขาว 3.สารกันรา (กรดซาลิซิลิก) 4.ฟอร์มาลีน 5.น้ำส้มสายชูปลอม (กรดแอสซีส) 6.ยาฆ่าแมลง



1. การทดสอบบอร์แรกซ์ (ผงกรอบ)

บอแรกซ์ (ผงกรอบ) หรือโซเดียมโบเรท (Sodium Borate) มีลักษณะเป็นผงสีขาว ไม่มีกลิ่น ละลายน้ำได้ดี ถูกนำมาใช้เป็นสิ่งเจือปนในอาหารเพื่อเพิ่มความกรอบและถนอมอาหาร ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขห้ามนำบอแรกซ์มาใช้ในอาหารเนื่องจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพและอาจเสียชีวิตหากบริโภคในปริมาณมาก

กลุ่มอาหารที่อาจพบสารปนเปื้อน

- ผลิตภัณฑ์เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น เนื้อหมูบด ลูกชิ้น ทอดมัน ไส้กรอก หมูยอ ปลาหมึกกรอบ
- ผักและผลไม้แปรรูป เช่น ผลไม้ดอง ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้แห้ง
- ขนมหวานที่ทำจากแป้ง เช่น ทับทิมกรอบ ลอดช่อง วุ้น ชาหริ่ม เฉาก๊วย
- ผลิตภัณฑ์จากแป้ง เช่น บะหมี่ แผ่นเกี๊ยว แป้งกล้วยทอด/มันทอด
- เครื่องปรุง เช่น ผงชูรส

วิธีการตรวจโดยชุดทดสอบอย่างง่าย

- หั่นตัวอย่างอาหารเป็นชิ้นเล็กขนาดเท่าเมล็ดถั่วเขียวและตัดแบ่งใส่ถ้วยปริมาณ 1 ช้อนชา
- เติมน้ำยาทดสอบบอร์แรกซ์ปริมาณ 5 มิลลิลิตรลงในถ้วย
- กวนให้ตัวอย่างอาหารและน้ำยาทดสอบบอร์แรกซ์ผสมเข้าด้วยกัน
- จุ่มกระดาษขมิ้นให้กระดาษเปียกครึ่งแผ่น
- วางแผ่นกระดาษขมิ้นลงบนจานกระเบื้องแล้วนำไปตากแดดนานประมาณ 10 นาที

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

การประเมินผล

หากตัวอย่างอาหารมีบอร์แรกซ์เจือปนกระดากขมมันจะเปลี่ยนเป็นสีส้มจนถึงสีแดง แต่ถ้ากระดากขมมันไม่มีการเปลี่ยนสีแสดงว่าตัวอย่างอาหารไม่พบบอร์แรกซ์เจือปน

ตารางแสดงผลการประเมิน

ลำดับ	สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ	ภาพผลการทดสอบตัวอย่าง
1	หอยจืด	ไม่พบ	-	
2	หมูยอ	ไม่พบ	-	
3	ไส้กรอก	ไม่พบ	-	
4	ลูกชิ้นกุ้ง	น่าสงสัย	กระดากขมมันสีดำ เข้มและมีสีแดง บริเวณตรงกลาง	
5	เนื้อหมู	ไม่พบ	-	
6	หมูสับ	ไม่พบ	-	

จากการสุ่มตรวจสอบ บอแรกซ์ (ผงกรอบ) ในวัตถุดิบพบว่าส่วนใหญ่ไม่พบสารบอแรกซ์ในวัตถุดิบที่ทางวัดนำมาประกอบอาหาร โดยจากการสุ่มตรวจทั้งหมด 6 ตัวอย่าง พบว่ามี 1 ตัวอย่าง (ลูกชิ้นกุ้ง) ที่มีผลการตรวจก้ำกึ่งไม่สามารถระบุผลได้แน่ชัด เนื่องจากกระดากขมมันสีดำเข้มและมีสีแดงบริเวณตรงกลาง

เนื่องไม่สามารถแปลผลได้แน่ชัด ควรมีการดำเนินการทดสอบซ้ำโดย พิจารณากระบวนการทดสอบหากใช้ที่เป่าผมในการทำกระดากขมมันให้แห้ง ไม่ควรใช้ความร้อนสูง หรือเป่าใกล้กับกระดากขมมันมาก เกินไป เนื่องจากจะทำให้กระดากเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล ส่งผลให้อ่านผลได้ไม่ชัดเจน ควรอ่านผลทันทีเมื่อกระดากแห้ง เนื่องจากถ้าทิ้งไว้นานจะทำให้กระดากมีสีเข้มเกินจริง อีกทั้งตัวอย่างบางชนิดอาจจะมีไขมันมาก เมื่อจุ่มกระดากขมมันในตัวอย่าง ไขมันจะเคลือบที่ผิวของกระดากขมมัน ดังนั้นอาจมีเพียงบางส่วนที่เปลี่ยนสีทำให้อ่านผลได้ไม่ชัดเจนจึงควรกำจัดไขมันออกจากกระดากขมมันโดยปาดกับ ปากถ้วยยาให้หมดก่อนนำมาทำให้แห้ง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

กรณีที่ตรวจพบ อาหารที่มีบอร์แรกซ์เจือปน ควรหลีกเลี่ยงปรับเปลี่ยนร้าน หรือแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเก็บตัวอย่างส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการต่อไป เนื่องจากการใช้สารบอร์แรกซ์นั้น ผิดกฎหมายและเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้บริโภค อาทิ ทำให้ทางเดินอาหารเกิดการระคายเคือง หากเป็นผู้ใหญ่ได้รับสารบอร์แรกซ์ 15 กรัม หรือเด็กได้รับ 5 กรัม จะทำให้อาเจียนเป็นเลือด และอาจตายได้

2. สารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟด์)

สารฟอกขาว (โซเดียมไฮโดรซัลไฟด์) ถูกนำมาใช้ในวัตถุประสงค์อาหารเพื่อเป็นวัตถุกันเสีย (preservative) ยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย ยีสต์ และรา ช่วยถนอมหรือยืดอายุการเก็บอาหาร นอกจากนี้ยังมีคุณสมบัติช่วยยับยั้งการเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาลเมื่ออาหารถูกความร้อนจากกระบวนการผลิต ปัจจุบันยังไม่อนุญาตให้ใช้ในอาหารเนื่องจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กลุ่มอาหารที่อาจพบสารปนเปื้อน

- ผักและผลไม้หมักดอง เช่น หน่อไม้ดอง ถั่วงอก ชิงชอย กระถ่อน ยอดมะพร้าว เป็นต้น
- เนื้อสัตว์และเครื่องในสัตว์ เช่น ผ่าซีรัว ขาไก่เลาะกระดูก หนังหมูฝอย เอ็นหมู
- ผลิตภัณฑ์จากแป้ง เช่น แป้งสาเก รันเส้น เส้นก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน
- เครื่องปรุง เช่น กะปิ น้ำตาลทราย น้ำตาลมะพร้าว

วิธีการตรวจโดยชุดทดสอบอย่างง่าย

ตัวอย่างอาหารที่เป็นของเหลว

- นำตัวอย่างของเหลวที่ผสมกับอาหารมาทดสอบได้เลย โดยเทลงในถ้วยพลาสติก 5 มิลลิลิตร
- หยดน้ำยาในขวดชุดทดสอบจำนวน 1-3 หยด เขย่าให้เข้ากันแล้วให้สังเกตสีของสารละลาย

ตัวอย่างอาหารที่เป็นของแข็ง

- นำตัวอย่างของแข็งปริมาณครึ่งช้อนชาใส่ในถ้วย และเติมน้ำสะอาด 10 มิลลิลิตรแล้วบดตัวอย่างให้แตก
- หยดน้ำยาในขวดชุดทดสอบจำนวน 1-3 หยด เขย่าให้เข้ากันแล้วให้สังเกตสีของสารละลาย

การประเมินผล

สารฟอกขาว ประเภท โซเดียมไฮโดรซัลไฟด์ หากสารละลายเปลี่ยนเป็นสีเทาหรือสีดำแสดงว่ามีโซเดียมไฮโดรซัลไฟด์เจือปน แต่ถ้าสารละลายมีสีฟ้าอ่อนหรือเขียวแสดงว่าไม่มีโซเดียมไฮโดรซัลไฟด์ ซึ่งจากการสุ่มตัวอย่างน้ำตาลทรายไม่พบการปนเปื้อนของโซเดียมไฮโดรซัลไฟด์

สารฟอกขาว ประเภท ซัลไฟต์ หากสีของน้ำยาในขวดชุดทดสอบที่เติมลงไปหายในทันที (ไม่มีสีน้ำเงิน-ม่วงเกิดขึ้น) แสดงว่ามีสารซัลไฟต์เจือปน แต่ถ้าเปลี่ยนเป็นสีน้ำเงิน-ม่วงแสดงว่าไม่มีสารซัลไฟต์เจือปน ซึ่งจากการสุ่มตัวอย่างเส้นไม่พบการปนเปื้อนของซัลไฟต์

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางแสดงผลการประเมิน

ลำดับ	สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ	ภาพผลการทดสอบตัวอย่าง
1	น้ำตาลทราย (โซเดียม ไฮโดรซัลไฟด์)	ไม่พบ	-	
2	รู้นเส้น (ซัลไฟด์)	ไม่พบ	-	

3. สารกันรา (กรดซาลิซิลิก)

สารกันรา (กรดซาลิซิลิก) ถูกนำมาใช้ถนอมอาหารในวัตถุดิบอาหารแห้งต่างๆ เพื่อป้องกันเชื้อราขึ้น รวมถึงใส่ในน้ำดองผักและผลไม้ที่วางจำหน่ายในตลาดเพื่อให้มีสีผิวของอาหารสดใสมือใหม่อยู่เสมอ อย่างไรก็ตามทางกระทรวงสาธารณสุขได้ห้ามนำมาใช้ในอาหารเนื่องจากเป็นอันตรายต่อสุขภาพ

กลุ่มอาหารที่อาจพบสารปนเปื้อน

- กลุ่มน้ำดองผัก เช่น ผักกาดดอง หน่อไม้ดอง กระเทียมดอง ชิงดอง
- กลุ่มน้ำดองผลไม้ เช่น มะม่วงดอง ฝรั่งดอง มะยมดอง มะกอกดอง มะนาวดอง
- กลุ่มเนื้อสัตว์ดอง เช่น ปูดอง กุ้งดอง
- กลุ่มเครื่องปรุงแห้ง เช่น ถั่วลิสงป่น พริกไทย พริกแห้ง
- กลุ่มพืชอบแห้ง เช่น ชาเขียว มะตูม แก้วฮวย กระเจี๊ยบ

วิธีการตรวจโดยชุดทดสอบอย่างง่าย

- นำสารละลายของตัวอย่างอาหารใส่ในถ้วยเบอร์ 1 และเบอร์ 2 ปริมาณถ้วยละ 5 มิลลิลิตร
- หยดน้ำยาทดสอบกรดซาลิซิลิก เบอร์ 1 ลงในถ้วยที่ 2 จำนวน 10 หยด
- หยดน้ำยาทดสอบกรดซาลิซิลิก เบอร์ 2 ลงในถ้วยที่ 2 จำนวน 2-3 หยดโดยไม่ต้องเขย่า แล้วสังเกตสีจากด้านบนของถ้วยทันที
- หยดน้ำยาทดสอบกรดซาลิซิลิก 2 ลงในถ้วยที่ 1 จำนวน 2-3 หยดโดยไม่ต้องเขย่า แล้วสังเกตสีที่เกิดขึ้นทันทีเช่นกัน

การประเมินผล

ประเมินโดยการเปรียบเทียบสีของสารละลาย หากถ้วยที่ 1 มีสีม่วงดำเหมือนถ้วยที่ 2 แสดงว่าตัวอย่างอาหารมีกรดซาลิซิลิกเจือปน แต่หากถ้วยที่ 1 เป็นสีอื่นที่ไม่ใช่สีม่วงดำเหมือนถ้วยที่ 2 แสดงว่าตัวอย่างอาหารไม่มีกรดซาลิซิลิกเจือปน โดยจากการสุ่มตัวอย่างพริกป่น มะตูม กระเจี๊ยบ และ แก้วฮวย พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีการปนเปื้อนของสารกันรา (กรดซาลิซิลิก) แต่ในตัวอย่างกระเจี๊ยบ ไม่สามารถระบุได้ชัดเจน เนื่องจากสารละลายมีสีที่ค่อนข้างเข้ม แต่ไม่ถึงสีม่วงดำซึ่งเป็นสีตัวอย่างเปรียบเทียบ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางแสดงผลการประเมิน

ลำดับ	สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ	ภาพผลการทดสอบตัวอย่าง
1	พริกป่น	ไม่พบ	-	
2	มะตูม	ไม่พบ	-	
3	กระเจี๊ยบ	น่าสงสัย	-	
4	แก๊กฮวย	ไม่พบ	-	

ในการประเมินสารกันรา (กรดซาลิซิลิก) หากผลไม่ชัดเจนควรดำเนินการตรวจสอบอีกครั้งโดยในการทดสอบขั้นตอนเติมน้ำยากรดซาลิซิลิก 2 ลงในถ้วยทั้ง 2 ไม่ควรเขย่า เนื่องจากจะทำให้สังเกตสีได้ยาก และประเมินผลโดยสังเกตสีที่เกิดขึ้นจากด้านบนของถ้วยยา โดยการประเมินผลหากพบว่า ถ้วยตัวอย่างมีสีม่วงดำเหมือนถ้วยเปรียบเทียบแสดงว่า มีกรดซาลิซิลิกเจือปน หากเป็นสีอื่นที่ไม่ใช่สีม่วงดำ แสดงว่าตัวอย่างไม่มีกรดซาลิซิลิกเจือปน

กรณีที่ตรวจพบ อาหารที่มีสารกันรา (กรดซาลิซิลิก) ควรหลีกเลี่ยงปรับเปลี่ยนร้าน หรือแจ้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเก็บตัวอย่างส่งตรวจที่ห้องปฏิบัติการต่อไป เนื่องจากการใช้สารบอแรกซ์นั้น ผิดกฎหมายและเป็นอันตรายต่อสุขภาพ หากบริโภคปริมาณเล็กน้อยเป็นประจำ จะทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันต่ำและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย และหากได้รับกรดซาลิซิลิกที่มีปริมาณมากจนทำให้กรดซาลิซิลิกมีความเข้มข้นในเลือดถึง 25 – 35 มิลลิกรัม / เลือด 100 มิลลิลิตร จะมีอาการ อาเจียน หูอื้อ มีไข้ และอาจส่งผลต่อชีวิต

4.ฟอร์ม่าลิน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

ฟอร์มาลีน (น้ำยาดองศพ) เป็นของเหลวใส ไม่มีสี มีกลิ่นฉุนเฉพาะตัว ช่วยถนอมอาหารให้มีความสดใหม่ ไม่เน่าเสียง่าย และเก็บรักษาได้นาน ซึ่งส่วนใหญ่ถูกนำมาใช้ในอาหารสดที่เน่าเสียได้ง่าย อย่างไรก็ตามฟอร์มาลีนเป็นกรดที่มีฤทธิ์กัดกร่อนที่ระคายเคืองต่อระบบทางเดินอาหาร ทำให้ผิวหนังอักเสบ ระคายเคืองที่ตา จมูก และระบบทางเดินหายใจ เป็นสารก่อมะเร็งในสิ่งมีชีวิต หากได้รับปริมาณมากทำให้เสียชีวิตได้ ดังนั้นทางกระทรวงสาธารณสุขสั่งห้ามใช้ฟอร์มาลีนในอาหารทุกชนิด

กลุ่มอาหารที่อาจพบสารปนเปื้อน

- กลุ่มอาหารทะเลสด เช่น ปลาสด กุ้งสด ปลาหมึกสด แมงกะพรุน ปลาหมึกกรอบ
- กลุ่มเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์ เช่น ขาไก่และตีนไก่ เลาะกระดูก เครื่องในวัว ผ้าชีรี้ว
- กลุ่มผักสด เช่น ผักสดเขียวกรอบสดผัดปอกติ ขิงฝอย กระชายฝอย ถั่วงอกยาว เห็ดฟาง มะละกอฝอย

วิธีการตรวจโดยชุดทดสอบอย่างง่าย

- ถ้าตัวอย่างเป็นของเหลว เทน้ำแช่อาหารลงในขวดทดสอบเบอร์ 1 ประมาณ 5 ml แล้วปิดฝาให้สนิทและเขย่าให้ละลาย
- ถ้าตัวอย่างเป็นของแข็ง ให้ใช้น้ำสะอาดรินผ่านตัวอย่างอาหาร (โดยไม่มีการปั่นหรือบดตัวอย่าง) ให้ได้ปริมาตร 5 ml แล้วปิดฝาให้สนิทและเขย่าให้ละลาย
- เทน้ำแช่ตัวอย่างอาหารจากขวดทดสอบเบอร์ 1 ลงในขวดทดสอบเบอร์ 2 แล้วปิดฝาชวด เขย่าจนสารเคมีที่เคลือบในขวดทดสอบเบอร์ 2 ละลายหมด
- เทน้ำแช่ตัวอย่างอาหารจากขวดทดสอบเบอร์ 2 ลงในขวดทดสอบเบอร์ 3 แล้วปิดฝาชวด แก้วเบาๆ ให้ของเหลวในขวดทดสอบผสมเข้ากัน และสังเกตสีของสารละลายที่เกิดขึ้น

การประเมินผล

ประเมินโดยการสังเกตที่ขวดทดสอบเบอร์ 3 หากสารละลายเป็นสีชมพูถึงสีแดงแสดงว่ามีฟอร์มาลีนเจือปนในตัวอย่างอาหาร แต่ถ้าสีไม่เปลี่ยนแปลงแสดงว่าไม่มีฟอร์มาลีนเจือปนโดยการสุ่มตรวจกุ้งแช่แข็งไม่พบสารปนเปื้อนฟอร์มาลีน

ลำดับ	สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ	ภาพผลการทดสอบตัวอย่าง
1	กุ้งแช่แข็ง	ไม่พบ	-	

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

5. น้ำส้มสายชูปลอม (กรดแอสีสาระ)

น้ำส้มสายชูเป็นหนึ่งในเครื่องปรุงที่ใช้ในการปรุงประกอบอาหารทั่วไป อย่างไรก็ตามมีการจำหน่ายน้ำส้มสายชูปลอมที่ผลิตโดยนำกรดแอสีระเบางชนิด เช่น กรดกำมะถันหรือกรดซัลฟิวริก (Sulfuric Acid) ซึ่งเป็นกรดแก่มาเจือจางด้วยน้ำแล้วบรรจุขวดขายซึ่งอันตรายมากเนื่องจากมีฤทธิ์เป็นกรดที่มีฤทธิ์กัดกร่อนอย่างรุนแรงอันตรายต่อระบบทางเดินอาหารทำให้ปวดท้องอย่างรุนแรงและเกิดโรคระเคาะได้ ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขไม่อนุญาตให้มีกรดแอสีระเจือปนในน้ำส้มสายชู

กลุ่มอาหารที่อาจพบสารปนเปื้อน

- น้ำส้มสายชู
- พริกน้ำส้ม
- น้ำส้มพริกดอง

วิธีการตรวจสอบอย่างง่าย

- เทน้ำส้มสายชูลงในถ้วยพลาสติก 5 มิลลิลิตร
- หยดน้ำยาเจินเซียนไวโอเลต (Gentian violet, ยาม่วง) ลงไปในน้ำส้มสายชู แล้วสังเกตการเปลี่ยนแปลงของสีสารละลายน้ำส้มสายชู

การประเมินผล

หากพบว่าสีของสารละลายน้ำส้มสายชูเปลี่ยนเป็นสีเขียวแสดงว่ามีกรดแอสีระเจือปนซึ่งเป็นน้ำส้มสายชูปลอม แต่ถ้าสารละลายน้ำส้มสายชูเป็นสีม่วงเหมือนเดิมแสดงว่าไม่มีกรดแอสีระเจือปน โดยจากการสุ่มตรวจน้ำส้มสายชูไม่พบสารปนเปื้อนกรดแอสีระ

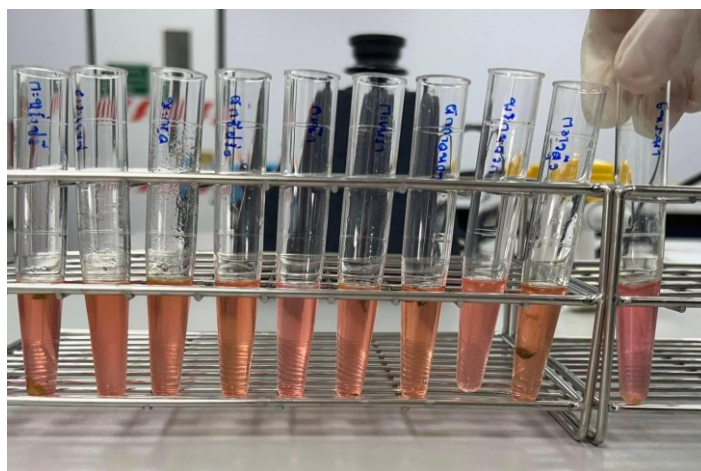
ตารางแสดงผลการประเมิน

ลำดับ	สิ่งส่งตรวจ	ผลการตรวจ	หมายเหตุ	ภาพผลการทดสอบตัวอย่าง
1	น้ำส้มสายชู	ไม่พบ	-	

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

6. ยาฆ่าแมลง

การตรวจในผักใบเขียว หรือผลไม้ที่มีความเสี่ยงต่อการปนเปื้อนของยาฆ่าแมลง โดยผลการประเมิน หากพบว่าสีของสารละลายเป็นสีชมพู แสดงว่ามียาฆ่าแมลงปนเปื้อนในปริมาณที่เกินเกณฑ์ ซึ่งจากการสุ่มตัวอย่างจากผัก 10 ตัวอย่าง ไม่พบการปนเปื้อนจำนวน 9 ตัวอย่าง ได้แก่ กะหล่ำปลี สะระแหน่ มะกรูด ผักชีฝรั่ง คื่นหะรู กะเพรา ผักกาดขาว กวางตุ้ง และพบว่าน่าสงสัย 1 ตัวอย่าง คือ โหระพา



7.1.3 การให้ความรู้ด้านโภชนาการอาหารหลัก 5 หมู่

ประกอบด้วยการบรรยาย และ กิจกรรมปฏิบัติการ โดยมีหัวข้อบรรยาย ได้แก่ ลักษณะของอาหารหลัก 5 หมู่ หน้าที่และประโยชน์ของอาหารหลัก 5 หมู่ การบริโภคอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายต่อวัน กิจกรรมปฏิบัติการ ประกอบด้วยเนื้อหา การอ่านฉลากโภชนาการ



7.1.4 การให้ความรู้ด้านการใช้วัตถุเติมในการปรุงประกอบ

ประกอบด้วยการบรรยาย และ กิจกรรมปฏิบัติการ โดยมีหัวข้อบรรยาย ได้แก่ การใช้วัตถุเติมให้เหมาะสมสำหรับการปรุงประกอบอาหาร แนวทางการใช้เครื่องปรุงในการปรุงประกอบอาหาร กิจกรรมปฏิบัติการ ประกอบด้วยเนื้อหา การเลือกเครื่องปรุงเพื่อสุขภาพ การสุ่มตรวจโซเดียมในอาหาร

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

การคำนวณปริมาณโซเดียมจากเครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter)

เครื่องวัดความเค็ม (Salt Meter) แสดงผลเปอร์เซ็นต์โซเดียมคลอไรด์ในหน่วยกรัมต่อสารละลาย 100 มิลลิลิตร สามารถแปลค่าเป็นโซเดียม (มิลลิกรัม) ต่อ 100 มิลลิลิตรได้ ดังนี้ โซเดียมคลอไรด์ (NaCl) น้ำหนัก 1,000 มิลลิกรัม (1 กรัม) ประกอบด้วยโซเดียม 393 มิลลิกรัม

ค่าที่แสดงผล จากเครื่องวัดความเค็ม	ปริมาณโซเดียมคลอไรด์ (มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร)	ปริมาณโซเดียม (มิลลิกรัมต่อ 100 มิลลิลิตร)
0.1%	100	39.9
0.2%	200	78.6
0.3%	300	117.9
0.4%	400	157.2
0.5%	500	196.5
0.6%	600	235.8
0.7%	700	275.1
0.8%	800	314.4
0.9%	900	353.7
1.0%	1,000	393.0
1.2%	1,200	471.6
1.5%	1,500	589.5

การจัดระดับโซเดียมหรือระดับความเค็ม

การจัดระดับโซเดียมหรือจัดระดับความเค็มตามความเหมาะสมไม่มีเกณฑ์ที่แน่นอน ตัวอย่าง เครื่องวัดความเค็ม ได้แบ่งการจัดระดับ 3 ระดับ คือเค็มน้อย (น้อยกว่า 0.7) ระดับเริ่มเค็ม (0.7 - 0.9) ระดับเค็ม (มากกว่า 0.9) หรือ ใช้หลักการกระจายเพื่อแบ่งระดับความเค็ม เป็นต้น

รายงานการสุ่มตรวจโซเดียมในอาหาร

การสุ่มตรวจโซเดียมในอาหารในโครงการนี้มีการใช้เครื่อง Digital Salt Meter รุ่น PAL-SALT ยี่ห้อ ATAGO เครื่องวัดความเค็มแบบดิจิตอล โดยแบ่งเป็นการสุ่มตรวจภัตตาหารที่แม่ครัวจัดทำ ได้แก่ ผักผักกวางตุ้งได้หั่น ส้มตำปูปลาร้า น้ำพริกปลาร้า ต้มยำทะเล ผัดผักกาดขาว แกงเปาะเปาะ ยำลูกชิ้น แกงส้ม และญาติโยมนำมาถวาย ได้แก่ ผัดกะเพราไก่ ผัดพริกแกง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางแสดงผลการตรวจโซเดียมในอาหาร

ลำดับ	รายการ	%Salt (ระดับความเค็ม)			
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ค่าเฉลี่ย
1	ผัดผักกวางตุ้ง ได้หัว	1.41	1.42	1.43	1.42
2	ส้มตำปูปลาร้า	2.21	2.23	2.27	2.24
3	น้ำพริกปลาร้า	2.50	2.78	3.06	2.78
4	ต้มยำทะเล	1.41	1.38	1.37	1.39
5	ผัดผักกาดขาว	1.28	1.30	1.30	1.29
6	แกงเปรอะ	1.31	1.35	1.31	1.32
7	ยำลูกชิ้น	1.77	1.77	1.78	1.77
8	แกงส้ม	1.38	1.38	1.35	1.37
9	ผัดกะเพราไก่	1.86	1.86	1.82	1.85
10	ผัดพริกแกง	0.89	1.06	0.62	0.86

จากการสุ่มตรวจ %Salt ซึ่งหมายถึง ปริมาณเกลือหน่วยกรัม (Salt Concentration) ที่พบในตัวอย่างอาหารปริมาณ 100 กรัม โดยจากผลการตรวจสามารถสรุปผลปริมาณเกลือในอาหารดังนี้ จากการสุ่มตัวอย่าง 10 ตัวอย่าง พบว่า อาหาร 6 ตัวอย่าง มีปริมาณเกลือไม่เกิน 1.5% และอาหารจำนวน 4 ตัวอย่าง ที่มีปริมาณเกลือที่สูงเกินกว่า 1.5% ได้แก่ ยำลูกชิ้น ผัดกะเพรา ส้มตำปูปลาร้า และน้ำพริกปลาร้า อีกทั้งน้ำพริกปลาร้า จากการตรวจวัดพบว่าเป็นอาหารที่มีปริมาณเกลือมากที่สุด ซึ่งจะมีปริมาณเกลือ เท่ากับ 2.78 กรัมต่ออาหาร 100 กรัม ในขณะที่อาหารที่มีปริมาณเกลือที่น้อยที่สุดคือ ผัดพริกแกง ซึ่งมีปริมาณเกลือ เท่ากับ 0.86 กรัมต่ออาหาร 100 กรัม ทั้งนี้จากการตรวจวัดน้ำตัวอย่างของผัดพริกแกง นั้นมีส่วนผสมของน้ำมันมาก อาจทำให้ค่าที่วัดได้มีความคลาดเคลื่อนเนื่องจากไขมันในตัวอย่างอาหารอาจส่งผลต่อการหักเหของแสงที่ใช้ในการทดสอบความเค็ม

จากผลการตรวจวัดปริมาณโซเดียมโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานโดยกองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่าอาหารส่วนใหญ่มีปริมาณความเค็มที่อยู่ในระดับเค็ม ยกเว้นผัดพริกแกงที่มีญาติโยมนำมาถวาย ซึ่งมีความเค็มจัดอยู่ใน ระดับเริ่มเค็ม (0.7 - 0.9) จึงเสนอแนะให้ แม่ครัววัดปรับลดการปรุงอาหารให้เหมาะสม ตามที่มีการแนะนำสูตรและเมนู เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในกลุ่มพระสงฆ์ สามเณร และแม่ชี ภายในวัด

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

7.1.5 การให้ความรู้ด้านการปรุงประกอบอาหาร

ประกอบด้วยการบรรยาย และ กิจกรรมปฏิบัติการ โดยมีหัวข้อบรรยาย ได้แก่ แนวทางการปรับปรุงสูตรอาหาร เพื่อให้มีคุณค่าสารอาหารที่เหมาะสมสำหรับภัตตาหาร และระดมความคิดสร้างเมนูอาหารคาวหวานสุขภาพ เลี่ยงการเกิดโรค NCDs

กิจกรรมปฏิบัติการ ประกอบด้วยเนื้อหา การวางแผนเมนูอาหารหมุนเวียน



7.1.6 การจัดกิจกรรมออกบูธให้ความรู้ แก่พระภิกษุ

ประกอบด้วยการบรรยาย และ กิจกรรมปฏิบัติการ โดยมีหัวข้อบรรยาย ได้แก่ ประเภทของน้ำปानะที่พระสงฆ์ควรฉันและควรหลีกเลี่ยง และแนวทางการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพในการพัฒนาน้ำปानะเพื่อสุขภาพ

กิจกรรมปฏิบัติการ ประกอบด้วยการตรวจปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มน้ำปานะ

การจัดระดับความหวานในเครื่องดื่ม

ตามที่องค์การอนามัย (WHO) กำหนดแนวทางการบริโภคน้ำตาล คือ ไม่ควรกินน้ำตาลเกิน 6 ช้อนชา/วัน โดยสำหรับประเทศไทยที่มีเครื่องดื่มเย็นที่หลากหลย จึงมีการพัฒนาเครื่องมือที่เป็นเกณฑ์ระดับความหวานสำหรับเครื่องดื่มเย็นขึ้น เพื่อเทียบเคียงระดับความหวานในปริมาณต่าง ๆ ให้เห็นระดับที่หวานมาก หวานเกิน สำหรับคนไทย โดยใช้“ช้อนชา” ในการวัดปริมาณความหวานที่ใส่ และบอกระดับที่ไม่ควรกินเกินต่อแก้ว คือ ไม่เกินระดับ 2 หรือ ความหวานไม่เกิน 2 ช้อนชา กับการเติมความหวานทุกชนิด ไม่ว่าจะเป็น น้ำตาล นมข้น น้ำผึ้ง น้ำเชื่อม หรือไซรัป ในเครื่องดื่มขงเย็นทุกประเภท

ระดับความหวาน	ปริมาณน้ำตาล (ช้อนชา)	ปริมาณน้ำตาล (กรัม)
หวานเกิน	5 ช้อนชา ขึ้นไป	มากกว่า 20 กรัม
หวานมาก	4 ช้อนชา	16 กรัม
หวาน	3 ช้อนชา	12 กรัม
หวานน้อย	2 ช้อนชา	8 กรัม
ไม่หวาน	1 ช้อนชา	ไม่เติมน้ำตาล หรือ น้อยกว่า 4 กรัม

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางแสดงผลการตรวจระดับปริมาณน้ำตาลในน้ำปानะ

ลำดับ	รายการ	%Brix (ระดับความหวาน)				น้ำตาลซูโครสเฉลี่ย (กรัม/100 มิลลิตร)
		ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3	ค่าเฉลี่ย	
1	น้ำส้มคั้น	14.9	11.0	14.5	13.47	13.47
2	น้ำแกงฮวย	11.4	11.3	11.1	11.27	11.27
3	น้ำกระเจี๊ยบตัวอย่างที่ 1	11.7	11.7	11.5	11.63	11.63
4	น้ำกระเจี๊ยบตัวอย่างที่ 2	9.0	8.9	8.8	8.90	8.90
5	น้ำลำไยตัวอย่างที่ 1	10.8	10.4	10.5	10.57	10.57
6	น้ำลำไยตัวอย่างที่ 2	9.2	9.0	8.9	9.03	9.03
7	น้ำพืชน์ (ผลไม้รวม)	18.4	18.4	18.3	18.37	18.37
8	โอเลี้ยง	17.6	17.6	17.6	17.60	17.60
9	กาแฟเย็น	26.2	25.8	26.2	26.07	26.07

จากการสุ่มตรวจ ปริมาณน้ำตาลซูโครสที่พบในเครื่องดื่มปริมาตร 100 มิลลิลิตร ซึ่งจากผลการตรวจสามารถสรุปผล ปริมาณน้ำตาลซูโครส (น้ำตาลทราย) โดยจากผลการตรวจสามารถสรุปผลปริมาณน้ำตาลในน้ำปานะ ดังนี้ จากการ สุ่มตัวอย่าง 9 ตัวอย่าง พบว่า ทุกตัวอย่างมีระดับปริมาณสูงมาก โดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานของเครื่องดื่มประเภท น้ำหวาน/ชา/กาแฟ ตามเกณฑ์ทางเลือกสุขภาพ ซึ่งแนะนำว่าควรมีน้ำตาล ปริมาณไม่เกิน 12 กรัม ต่อ 200 มิลลิลิตร (หรือ 1 หน่วยบริโภค) โดยเครื่องดื่ม น้ำปานะที่มีปริมาณน้ำตาลสูงที่สุด คือ กาแฟเย็น ซึ่งมีปริมาณน้ำตาล ซูโครสเท่ากับ 52.0 กรัมต่อเครื่องดื่ม 200 มิลลิลิตร

7.1.7 การจัดกิจกรรมออกบูธให้ความรู้ แก่พระสงฆ์

ประกอบด้วยการบรรยาย โดยมีหัวข้อบรรยาย ได้แก่ อาหารที่แนะนำสำหรับการใส่บาตร และ เครื่องดื่ม น้ำปานะที่ แนะนำสำหรับการใส่บาตร

7.2 การดำเนินโครงการในกลุ่มพระสงฆ์ ในช่วง เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนมีนาคม

การดำเนินการให้ความรู้ในกลุ่มพระสงฆ์ แบ่งการให้ความรู้เป็น 6 หัวข้อ ได้แก่ 1. ความรู้เรื่องโภชนาการ อาหารหลัก 5 หมู่ 2. การแบ่งสัดส่วนมื้ออาหาร 3.การอ่านฉลากโภชนาการ 4.แนวทางการบริโภคอาหารลด NCDs 5.อาหาร หวาน มัน เค็ม เลี่ยง NCDs 6. การบริโภคเครื่องดื่ม + สมุนไพร ซึ่งในการประเมินจะมีการประเมินผล องค์ประกอบร่างกาย ซึ่งวัดผลโดยเครื่อง Bioelectrical impedance analysis (BIA) และภายหลังจากอบรมจะมีการแจกแบบประเมินความรู้เพื่อวัดผลการอบรม

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

7.2.1 การประเมินองค์ประกอบของร่างกาย ก่อน – หลัง การเข้าอบรม

จากการจัดกิจกรรมการตรวจประเมิน องค์ประกอบร่างกายของพระสงฆ์ ภายในวัดโมลีโลกยารามราชวรวิหาร ซึ่งในการประเมินองค์ประกอบร่างกาย นั้นประกอบด้วย การประเมินค่า น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย เปอร์เซ็นต์ไขมัน และมวลกล้ามเนื้อซึ่งในการประเมินครั้งที่ 1 นั้นมีพระสงฆ์และสามเณรเข้าร่วม 55 รูป และ สามเณร 27 รูป และในการประเมินครั้งที่ 2 นั้นมีพระสงฆ์และสามเณรเข้าร่วม 19 รูป และ สามเณร 10 รูป เนื่องจากช่วงเวลาในการนัดประเมิน รอบที่ 2 นั้น ตรงกับช่วงที่มีการสอบเปรียญธรรมเสร็จสิ้นพอดี ทำให้พระสงฆ์และสามเณร เดินทางกลับภูมิลำเนา



ตารางแสดงพระสงฆ์และสามเณรเข้ารับการตรวจองค์ประกอบร่างกาย ก่อน และ หลังเข้าร่วมโครงการ

ช่วงอายุ	ก่อนอบรม	หลังอบรม
20-39	42	10
40-59	9	6
>60	4	3

7.2.2 การประเมินค่าดัชนีมวลกาย

ค่าดัชนีมวลกาย Body Mass Index หรือเรียกย่อ ๆ ว่า BMI คือ ตัวชี้วัดมาตรฐานเพื่อประเมินสภาวะของร่างกายตามความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูง โดย ค่า BMI สามารถใช้เป็นเครื่องมือคัดกรองเพื่อระบุผู้ที่มีน้ำหนักเกิน หรือภาวะอ้วนและผู้ที่มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในผู้ใหญ่ที่อายุ 20 ปีขึ้นไป

ในกรณีที่มีค่าดัชนีมวลกายสูง ควรเข้ารับการประเมินสุขภาพ เพื่อคัดกรองภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ซึ่งหากมีภาวะน้ำหนักเกินอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลต่อปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ระดับโคเลสเตอรอล และระดับไตรกลีเซอไรด์ในเลือดสูง โรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเกี่ยวกับถุงน้ำดี โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางแสดงพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจองค์ประกอบร่างกาย ก่อนเข้าร่วมโครงการ (n=55)

ดัชนีมวลกาย	จำนวน	ร้อยละ
< 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	6	10.9%
18.5-22.9 (เหมาะสม)	19	34.5%
23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	10	18.2%
25.0-29.9 (อ้วนระดับที่ 1)	12	21.8%
>30.0 (อ้วนระดับที่ 2)	8	14.5%

จากตารางแสดงถึงผลการประเมินดัชนีมวลกายของพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจก่อนเข้าร่วมโครงการ ซึ่งในกลุ่มที่มีภาวะน้ำหนักเกินนั้นมีมากถึง ร้อยละ 54.5 โดยแบ่งเป็น กลุ่มน้ำหนักเกิน อ้วนระดับ 1 และ 2 ซึ่งคิดเป็น ร้อยละ 18.2, 21.8 และ 14.5 ตามลำดับ

ตารางแสดงพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจองค์ประกอบร่างกาย หลังเข้าร่วมโครงการ (n=18)

ดัชนีมวลกาย	จำนวน	ร้อยละ
< 18.5 (ต่ำกว่าเกณฑ์)	1	5.56 %
18.5-22.9 (เหมาะสม)	7	38.9%
23.0-24.9 (น้ำหนักเกิน)	3	16.7%
25.0-29.9 (อ้วนระดับที่ 1)	4	22.2%
>30.0 (อ้วนระดับที่ 2)	3	16.7%

การตรวจประเมินดัชนีมวลกายของพระสงฆ์หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าร้อยละ 55.6 ของพระสงฆ์ มีภาวะน้ำหนักเกิน และมีภาวะอ้วน ซึ่งควรมีการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

7.2.3 การประเมินค่าเปอร์เซ็นต์ไขมัน

ค่ามาตรฐานไขมันในร่างกาย (Body Fat Percentage) คือ สัดส่วนไขมันในร่างกายทั้งไขมันจำเป็นและไขมันส่วนเกินที่คิดเป็นร้อยละเมื่อเทียบกับน้ำหนัก เช่น น้ำหนัก 50 กิโลกรัมและมีปริมาณไขมันในร่างกายหนัก 10 กิโลกรัม หมายความว่ามีความมาตรฐานไขมันในร่างกาย 20% ทั้งนี้คนที่รูปร่างใกล้เคียงกันอาจมีปริมาณไขมันในร่างกายไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการใช้ชีวิตประจำวัน โดยมีการกำหนดค่ามาตรฐาน ดังตาราง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางแสดงเกณฑ์เปอร์เซ็นต์ไขมันตามกลุ่มอายุ

อายุ	ค่าปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วน
18-39	9-20%	21-25%	>26%
40-59	11-22%	23-28%	>29%
>60	20-25%	26-30%	>31%

ตารางแสดงเปอร์เซ็นต์ไขมันของพระสงฆ์จำแนกตามกลุ่มอายุ ก่อนเข้าร่วมโครงการ (n=55)

อายุ	ต่ำ	ค่าปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วน
20-39	2 (4.8%)	20 (47.6%)	9 (21.4%)	11 (26.2%)
40-59	0 (0.0%)	5 (55.6%)	2 (22.2%)	2 (22.2%)
>60	1 (25.0%)	0 (0.0%)	3 (75.0%)	0 (0.0%)

จากการประเมินเปอร์เซ็นต์ไขมันของพระสงฆ์ก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่า สัดส่วนพระสงฆ์ที่มีเปอร์เซ็นต์ไขมันในระดับน้ำหนักเกินและอ้วนจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับกลไกการทำงานของร่างกายที่เมื่ออายุเพิ่มมากขึ้น ระบบการเผาผลาญพลังงานจะลดลง ดังนั้นสำหรับพระสงฆ์ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 40 ขึ้นไป ควรมีการควบคุมการรับประทานอาหาร มีกิจกรรมทางกายและ ออกกำลังกายให้เหมาะสมเพื่อควบคุมระดับไขมันในร่างกาย

ตารางแสดงเปอร์เซ็นต์ไขมันของพระสงฆ์จำแนกตามกลุ่มอายุ หลังเข้าร่วมโครงการ (n=18)

อายุ	ต่ำ	ค่าปกติ	น้ำหนักเกิน	อ้วน
20-39	2 (22.2%)	5 (55.6%)	1 (11.1%)	1 (11.1%)
40-59	0 (0.0%)	4 (66.7%)	0 (0.0%)	2 (33.3%)
>60	1 (33.3%)	1 (33.3%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)

จากการประเมินเปอร์เซ็นต์ไขมันของพระสงฆ์หลังเข้าร่วมโครงการ พบว่าพระสงฆ์ผู้ที่ได้รับการประเมินส่วนใหญ่มีเปอร์เซ็นต์ไขมันอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น สัดส่วนในกลุ่มที่มี เปอร์เซ็นต์ไขมัน มีค่าเพิ่มขึ้น

7.2.4 การประเมินค่ามวลกล้ามเนื้อ

มวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass) มีหน่วยเป็นกิโลกรัม โดยวัดจากน้ำหนักตัวทั้งหมด แต่นับเฉพาะน้ำหนักกล้ามเนื้อเพียงอย่างเดียวเท่านั้น ไม่รวมไขมัน โดยจะประกอบด้วย กล้ามเนื้อ น้ำ กระดูก และอื่น ๆ โดยปริมาณของกล้ามเนื้อนั้นมักจะเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุ เมื่ออายุมากขึ้น ปริมาณมวลกล้ามเนื้อจะลดลง โดยเมื่ออายุ 50 ปีขึ้นไป ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงจะประมาณร้อยละ 1.5-5 ต่อปี นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่อาจส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อลดลงเร็วขึ้น เช่น การไม่ออกกำลังกาย ผู้ป่วยที่มีภาวะติดเชื้อ โรคอ้วน หรือมีอาการแทรกซ้อนจากโรคบางอย่าง เช่น โรคไตเรื้อรัง เป็นต้น

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ในกลุ่มผู้สูงอายุ การมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยนั้นจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของร่างกาย พบว่าภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยสัมพันธ์อย่างมากกับการทรงตัวที่ไม่ดี และก่อให้เกิดการหกล้มได้ง่าย ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บต่อร่างกายและกระดูกหัก รวมถึงทำให้เกิดภาวะเปราะบาง จนอาจกระทบถึงการที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามเดิม

ตารางแสดงเกณฑ์มวลกล้ามเนื้อตามกลุ่มอายุ

อายุ	ต่ำ	ค่าปกติ	สูง	สูงมาก
18-39	<33.3	33.3-39.9	39.4-44.0	≥44.1
40-59	<33.1	33.1-39.1	32.9-43.8	≥43.9
>60	<32.9	32.9-38.9	39.0-43.6	≥43.7

ตารางแสดงเปอร์เซ็นต์ไขมันของพระสงฆ์จำแนกตามกลุ่มอายุ ก่อนเข้าร่วมโครงการ (n=55)

อายุ	ต่ำ	ค่าปกติ	สูง	สูงมาก
20-39	2 (4.4%)	3 (6.7%)	7 (15.6%)	33 (73.3%)
40-59	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (11.1%)	8 (88.9%)
>60	0 (0.0%)	2 (40.0%)	1 (20.0%)	2 (40.0%)

จากการประเมินมวลกล้ามเนื้อของพระสงฆ์ ก่อนเข้าร่วมโครงการ พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีมวลกล้ามเนื้ออยู่ในกลุ่มสูงมากทุกช่วงอายุซึ่งควรออกกำลังกายหรือดำเนินกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องเพื่อคงสภาพมวลกล้ามเนื้อไม่ให้ลดลง

ตารางแสดงเปอร์เซ็นต์ไขมันของพระสงฆ์จำแนกตามกลุ่มอายุ หลังเข้าร่วมโครงการ (n=18)

อายุ	ต่ำ	ค่าปกติ	สูง	สูงมาก
20-39	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (20.0%)	8 (80.0%)
40-59	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (100.0%)
>60	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)

จากการประเมินมวลกล้ามเนื้อของพระสงฆ์ หลังเข้าร่วมโครงการ พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีมวลกล้ามเนื้ออยู่ในกลุ่มสูงมากทุกช่วงอายุ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

7.2.5 ประเมินองค์ประกอบของร่างกาย ก่อน – หลัง การเข้าอบรม

จากการประเมินองค์ประกอบของร่างกาย ก่อน – หลัง การเข้าอบรม พบว่า พระสงฆ์มีค่าเฉลี่ยองค์ประกอบร่างกายไม่แตกต่างจากเดิม โดยค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย ในกลุ่มพระสงฆ์ ที่เข้ารับการประเมินทั้งก่อน และหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น จากก่อนเข้าร่วมมีค่า 22.8 และหลังเข้าร่วมโครงการมีค่า 24.0 และมีเปอร์เซ็นต์ไขมันเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 20.1% เป็น 21.6% โดยหากประเมินรายบุคคลพบว่า มีพระสงฆ์จำนวน 3 รูป ที่มีน้ำหนักลดลง โดยมีน้ำหนักลดลงเฉลี่ย 3.41 ซีด ทั้งนี้การดำเนินการในช่วงระยะเวลา 1 เดือนจึงอาจทำให้ผลของการเปลี่ยนแปลงร่างกายไม่ชัดเจนรวมถึง พระสงฆ์และสามเณรบางส่วนมีการกลับภูมิลำเนา ทำให้ไม่สามารถประเมินผลภายหลังการอบรมได้ อีกทั้งการดำเนินโครงการนั้นเป็นเพียงการให้ความรู้ซึ่งอาจ ส่งผลต่อการรับรู้สุขภาพ และรอบรู้ด้านการโภชนาการ แต่ยังไม่เพียงพอต่อทัศนคติและความตั้งใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

7.2.6 การประเมินคะแนนความรู้โภชนาการของพระสงฆ์

ในการประเมินคะแนนความรู้ด้านโภชนาการของพระสงฆ์ โดยแบบทดสอบความรู้จำนวน 10 ข้อ ซึ่งมีพระสงฆ์เข้าร่วมการประเมินทั้งหมด 30 ราย ซึ่งในนี้ มีพระสงฆ์จำนวน 5 รายที่ทำแบบทดสอบไม่ครบจำนวนข้อ ดังนั้นจึงดำเนินการประเมินคะแนนเฉลี่ยเฉพาะในกลุ่มพระสงฆ์ที่ตอบแบบทดสอบครบถ้วน ซึ่งมีจำนวน 25 รูป โดยหลังจากเข้าอบรมพระสงฆ์มีคะแนนความรู้เฉลี่ย 7.36 คะแนน

7.3 การประเมินระดับความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ

จากการเก็บข้อมูลแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมอบรม พบว่ามีพระสงฆ์ตอบแบบสอบถามจำนวน 30 รูป คิดเป็น ร้อยละ 54.45 ของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมอบรม และในกลุ่มแม่ครัวมีผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 ของแม่ครัวที่เข้าอบรม ซึ่งมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจกิจกรรมอยู่ในระดับดี คือ 4.60 ± 0.62 คะแนนในกลุ่มพระสงฆ์ และ 4.70 ± 0.48 คะแนนในกลุ่มแม่ครัว

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยคะแนนประเมินระดับความพึงพอใจ

รายละเอียดการประเมิน	mean±sd	
	พระสงฆ์	แม่ครัววัด
เทคนิคการนำเสนอและรูปแบบกิจกรรม	4.63±0.61	4.70±0.48
สื่อประกอบการดำเนินกิจกรรม	4.53±0.68	4.50±0.71
ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม	4.57±0.68	4.30±0.82
การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ของเจ้าหน้าที่	4.57±0.68	4.90±0.316
ความพึงพอใจในกิจกรรมโดยภาพรวม	4.60±0.62	4.70±0.48

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางแสดงร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามประเมินระดับความพึงพอใจ (กลุ่มพระสงฆ์)

รายละเอียดการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
เทคนิคการนำเสนอและรูปแบบกิจกรรม	21 (70.0%)	7 (23.3%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
สื่อประกอบการดำเนินกิจกรรม	19 (63.3%)	8 (26.7%)	3 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม	20 (66.7%)	7 (23.3%)	3 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
การอำนวยความสะดวก ของเจ้าหน้าที่	19 (63.3%)	10 (33.3%)	0 (0.0%)	1 (3.3%)	0 (0.0%)
ความพึงพอใจในกิจกรรมโดยภาพรวม	20 (66.7%)	8 (26.7%)	2 (6.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

ตารางแสดงร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามประเมินระดับความพึงพอใจ (กลุ่มแม่ครัว)

รายละเอียดการประเมิน	ระดับความพึงพอใจ				
	5	4	3	2	1
เทคนิคการนำเสนอและรูปแบบกิจกรรม	7 (70.0%)	3 (30.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
สื่อประกอบการดำเนินกิจกรรม	6 (60.0%)	3 (30.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรม	5 (50.0%)	3 (30.0%)	2 (20.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
การอำนวยความสะดวก ของเจ้าหน้าที่	9 (90.0%)	1 (10.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
ความพึงพอใจในกิจกรรมโดยภาพรวม	7 (70.0%)	3 (30.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

(เนื้อหาภาคผนวก ค)

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

โครงการ ผลิตสื่อให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์

1. หลักการและเหตุผล

จากการสำรวจข้อมูลพระสงฆ์ภายใต้การดำเนินงานของโครงการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการ และการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน บางกอกน้อยโมเดล พบว่า ปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ คือ การไม่เข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งในปัจจุบันพระสงฆ์สามารถเข้าถึงสื่อให้ความรู้ต่าง ๆ ทางออนไลน์ได้สะดวกมากขึ้น แต่ข้อมูลที่ได้รับมาอาจไม่ครบถ้วน หรือทำให้เกิดความเข้าใจผิดได้จากการสืบค้นจากแหล่งข้อมูลทางออนไลน์ที่ขาดความน่าเชื่อถือ หรือขาดการคัดกรองข้อมูลที่ถูกต้องก่อนนำมาใช้ ส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในด้านต่าง ๆ ตามมา เช่น การรับประทานยาสมุนไพร เพื่อนำมารักษาโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคไขมันในเลือดสูง อย่างไม่ถูกต้องจนส่งผลให้เกิดไตวาย การรับประทานยาสมุนไพรตามองค์ความรู้ที่ไม่ถูกต้อง รวมถึงข้อมูลการดูแลสุขภาพอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกายที่ไม่ถูกวิธี นอกจากนี้สื่อให้ความรู้ที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ยังมีการจัดทำมีปริมาณน้อย จากสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ดังกล่าว ทำให้เล็งเห็นถึงการพัฒนาแนวทางการสร้างสื่อความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยในการดูแลสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ อีกทั้งสอดคล้องกับมติ มหาเถรสมาคม ที่ 191/2560 และมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 ให้มีการขับเคลื่อนงาน “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” โดยพระสงฆ์ถือเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลเสริมสร้างทักษะ การดำรงชีวิต การเรียนรู้และการพัฒนาตลอดช่วงชีวิต เพื่อสร้างเสริมให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดูแลตนเองและปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพได้

ดังนั้นจึงจัดโครงการดังกล่าวในการให้ความรู้ด้านการสร้างเสริมสุขภาพด้วยตนเองด้านศาสตร์การแพทย์แผนไทยให้พระสงฆ์ตามภาวะสุขภาพ และส่งเสริมให้พระสงฆ์มีรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ที่สอดคล้องตามหลักพระธรรมวินัย ซึ่งจะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดี สามารถปฏิบัติศาสนกิจในการสืบทอดพระพุทธศาสนาและเป็นแบบอย่างที่ดีแก่พุทธศาสนิกชนต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อผลิตและพัฒนาเนื้อหา รูปแบบ สื่อ ในการให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับการสร้างเสริมสุขภาพที่มีความถูกต้องและเหมาะสมกับพระสงฆ์

3. ระยะเวลาดำเนินโครงการ

สิงหาคม - ตุลาคม 2566

4. สถานที่ดำเนินการ

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

5. ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานที่รับผิดชอบ โครงการ

2.1. รศ.พญ.อรุณทัย ศิริธศกุล

หัวหน้าโครงการ “การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ

ประชาชนอย่างยั่งยืน : บางกอกน้อยโมเดล”

2.2. ผศ. พท.ป.เอี่ยมพร สุวรรณไตรย์

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.3. พท.ป.สรัญธร พุทธิไพบูลย์

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.4. ผช.อ.ดร.พท.ป.ธนภักษ์ เซาว์พระพงศ์

สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.5. น.ส.วสุนดี ก่ออมรทรัพย์

หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ สำนักงานคนบตี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.6. น.ส.คณัช เอาแสงดีกุล

หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ สำนักงานคนบตี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.7. น.ส.ณัฐกฤตา ปักษา

ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

2.8. น.ส.นิภาพร แสงอรุณากุล

ศูนย์วิจัยเป็นเลิศด้านผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัด งานกลุ่มวิจัยและเครือข่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

6. กลุ่มเป้าหมาย

ผู้เข้าร่วมโครงการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการ และการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน บางกอกน้อยโมเดล ประกอบด้วย พระสงฆ์ จำนวน 500 รูป

7. กิจกรรมในการดำเนินการ

การดำเนินการในโครงการ แบ่งเป็น 2 กิจกรรมหลัก คือ

- 8.1. กิจกรรมพัฒนาเนื้อหา และรูปแบบสื่อด้านการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทยที่มีความเหมาะสมกับพระสงฆ์
- 8.2. กิจกรรมผลิตสื่อด้านการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย

โดยมีรายละเอียดกิจกรรมย่อย ดังนี้

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม	ระยะเวลา	ผู้ดำเนินการหลัก/ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
1. กิจกรรมพัฒนาเนื้อหา และรูปแบบสื่อด้านการดูแล สุขภาพด้านการแพทย์แผน ไทยที่มีความเหมาะสมกับ พระสงฆ์	ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 – 2 ของเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ประชุมพัฒนาองค์ความรู้ และรูปแบบสื่อในการสร้าง เสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ - เลือกเนื้อหา และหัวข้อ - เตรียมเนื้อหาทั้งหมด 2 เรื่อง ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 - 4 ของเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ประชุมสรุปเนื้อหา และรูปแบบสื่อ	ส.ค. 2566	CATTM
2. กิจกรรมผลิตสื่อด้านการ ดูแลสุขภาพด้านการแพทย์ แผนไทย	ครั้งที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 - ผลิตสื่อหัวข้อที่ 1 - 4 ครั้งที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 เดือนกันยายน พ.ศ. 2566 - ผลิตสื่อหัวข้อที่ 5 - 8	ก.ย. - ต.ค. 2566	CATTM
3. เก็บรวบรวมผลการ ประเมินความพึงพอใจ และ ความรู้	ให้ผู้เข้าชม VDO ประเมินความพึงพอใจผ่าน และ ความรู้ผ่าน google form และรวบรวมจำนวนสถิติการ เข้าชม	ก.ย. - ต.ค. 2566	CATTM

8. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 8.1. สื่อที่มีรูปแบบ และเนื้อหาที่มีความเหมาะสม เพื่อการดูแลสุขภาพสำหรับพระสงฆ์
- 8.2. พระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพด้านการแพทย์แผนไทย

9. การประเมินผลโครงการ (เช่น จากแบบประเมินผล, จากเอกสารการลงทะเบียน)

- 9.1. แบบประเมินความพึงพอใจของสื่อให้ความรู้ทั้งด้านเนื้อหา และรูปแบบ
- 9.2. แบบทดสอบความรู้หลังจากการรับชมสื่อ
- 9.3. จำนวนสถิติการเข้าชมวิดีโอ

10. ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
10.1. จำนวนสื่อ	8 เรื่อง
10.2. ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ (ในสื่อจากการประเมินของพระสงฆ์)	4 (คะแนนเต็ม 5)
10.3. ค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้หลังรับชมสื่อ	70%
10.4. จำนวนครั้งการเข้าชมสื่อภายใน	< 300 ครั้ง

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

11) สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ

ตารางแสดงข้อมูลการรับชมคลิป วิดีทัศน์ (ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2567)

ตอนที่	จำนวนผู้รับชม
คลิปที่ 1 การออกกำลังกายแบบก้าวสูง	1,108 ครั้ง
คลิปที่ 2 การออกกำลังกายแบบก้าวเดิน ก้าวตา	420 ครั้ง
คลิปที่ 3 การบริหารกายท่าฤๅษีตัดต้นบริหารกล้ามเนื้อบริเวณบ่า และคอ	238 ครั้ง
คลิปที่ 4 การบริหารกายเพื่อการเคลื่อนไหวร่างกาย ตามหลักกายานามัย	2,296 ครั้ง
คลิปที่ 5 การบริหารกายท่าฤๅษีตัดต้นบริหารกล้ามเนื้อบริเวณหลัง	1,009 ครั้ง
คลิปที่ 6 การบริหารกายท่าฤๅษีตัดต้นบริหารกล้ามเนื้อบริเวณแขน ข้อมือ ข้อศอก	416 ครั้ง
คลิปที่ 7 กายบริหารฤๅษีตัดต้น บริหารกล้ามเนื้อขา เข่า และข้อเท้า	753 ครั้ง
คลิปที่ 8 การบริหารกายท่าฤๅษีตัดต้นบริหาร กล้ามเนื้อบริเวณไหล่ หน้าอก สะบัก	436 ครั้ง

โครงการ ผลิตสื่อให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ ดำเนินการเผยแพร่สื่อผ่านเว็บไซต์ YouTube โดยผ่านช่องทางของ สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล(Thaimed Siriraj) ซึ่งมีผู้รับชมและตอบแบบสอบถามดัง ตาราง

ตารางแสดงข้อมูล ผู้ตอบแบบสอบถาม (95 ราย)

ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวน	ร้อยละ
พระสงฆ์	44 รูป	46.32
ประชาชนทั่วไป	51 คน	53.58
เพศชาย	15 คน	
เพศหญิง	36 คน	

ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม (95 ราย)

ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวน	ร้อยละ
พระสงฆ์	44 รูป	46.32
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	3	6.82
มัธยมศึกษา	19	43.18
อนุปริญญา (ปวส/ปวช)	1	2.27
ปริญญาตรี	18	40.91
ปริญญาโท	2	4.55

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวน	ร้อยละ
ปริญญเอก	1	2.27
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	16	36.36
โรคเบาหวาน	4	9.09
โรคความดันโลหิตสูง	20	45.45
โรคไขมันในเลือดสูง	10	22.73
โรคไต	2	4.55
โรคหัวใจ	2	4.55
โรคอ้วน	4	9.09
ประชาชนทั่วไป	51 คน	53.58
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	2	3.92
มัธยมศึกษา	7	13.73
ปริญญาตรี	33	64.71
ปริญญาโท	6	11.76
ปริญญเอก	3	5.88
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	38	86.36
โรคเบาหวาน	1	2.27
โรคไขมันในเลือดสูง	2	4.55
โรคหัวใจ	2	4.55
โรคอ้วน	34	6.82

12)ตัวชี้วัด และ การประเมินผลโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการประเมิน
1) จำนวนสื่อ	8 เรื่อง	มีสื่อ 8 เรื่อง
2) ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ (ในสื่อจากการประเมินของพระสงฆ์)	4 (คะแนนเต็ม 5)	4.63±0.55
3) ค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้หลังรับชมสื่อ	70%	65.26%
4) จำนวนครั้งการเข้าชมสื่อภายใน ตั้งแต่ตุลาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2566	> 300 ครั้ง	> 300 ครั้ง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในกลุ่มพระสงฆ์

1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อนื้อหาสาระของสื่อ

รายการ	Mean $\pm$ S.D.
1. ข้อมูลมีความครบถ้วน สมบูรณ์ และชัดเจน	4.77 $\pm$ 0.48
2. เนื้อหาสาระมีความเหมาะสม	4.82 $\pm$ 0.45
3. เนื้อหาสาระสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตรงวัตถุประสงค์ และความคาดหวัง	4.82 $\pm$ 0.45
4. ภาพรวมความพึงพอใจด้านเนื้อหาสาระ	4.80 $\pm$ 0.46

จากการประเมินระดับความพึงพอใจในกลุ่มพระสงฆ์ ด้านเนื้อหาสาระของสื่อ พบว่า พระสงฆ์มีความพึงพอใจเฉลี่ย อยู่ในระดับ พึงพอใจมาก

2) ข้อมูลที่เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบสื่อ

รายการ	Mean $\pm$ S.D.
1. รูปแบบของสื่อมีความเหมาะสม	4.75 $\pm$ 0.49
2. ภาพ และเสียงของสื่อมีความชัดเจน	4.61 $\pm$ 0.54
3. ภาษาเข้าใจง่าย กระชับ และสะดวกต่อการใช้งาน	4.75 $\pm$ 0.49
4. ภาพรวมความพึงพอใจด้านรูปแบบสื่อ	4.75 $\pm$ 0.49

จากการประเมินระดับความพึงพอใจในกลุ่มพระสงฆ์ ด้านรูปแบบสื่อพบว่า พระสงฆ์มีความพึงพอใจเฉลี่ยอยู่ในระดับ พึงพอใจมาก

ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจในกลุ่มประชาชน

1) ข้อมูลที่เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อนื้อหาสาระของสื่อ

รายการ	Mean $\pm$ S.D.
1. ข้อมูลมีความครบถ้วน สมบูรณ์ และชัดเจน	4.55 $\pm$ 0.54
2. เนื้อหาสาระมีความเหมาะสม	4.65 $\pm$ 0.52
3. เนื้อหาสาระสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้ตรงวัตถุประสงค์ และความคาดหวัง	4.55 $\pm$ 0.54
4. ภาพรวมความพึงพอใจด้านเนื้อหาสาระ	4.51 $\pm$ 0.54

จากการประเมินระดับความพึงพอใจในกลุ่มประชาชนด้านเนื้อหาสาระของสื่อ พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจเฉลี่ย อยู่ในระดับ พึงพอใจมาก

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

2) ข้อมูลที่เกี่ยวกับความพึงพอใจต่อรูปแบบสื่อ

รายการ	Mean $\pm$ S.D.
1. รูปแบบของสื่อมีความเหมาะสม	4.47 $\pm$ 0.64
2. ภาพ และเสียงของสื่อมีความชัดเจน	4.35 $\pm$ 0.77
3. ภาษาเข้าใจง่าย กระชับ และสะดวกต่อการใช้งาน	4.53 $\pm$ 0.54
4. ภาพรวมความพึงพอใจด้านรูปแบบสื่อ	4.47 $\pm$ 0.50

จากการประเมินระดับความพึงพอใจในกลุ่มประชาชนด้านรูปแบบสื่อพบว่า ประชาชนมีความพึงพอใจเฉลี่ย อยู่ในระดับ พึงพอใจมาก

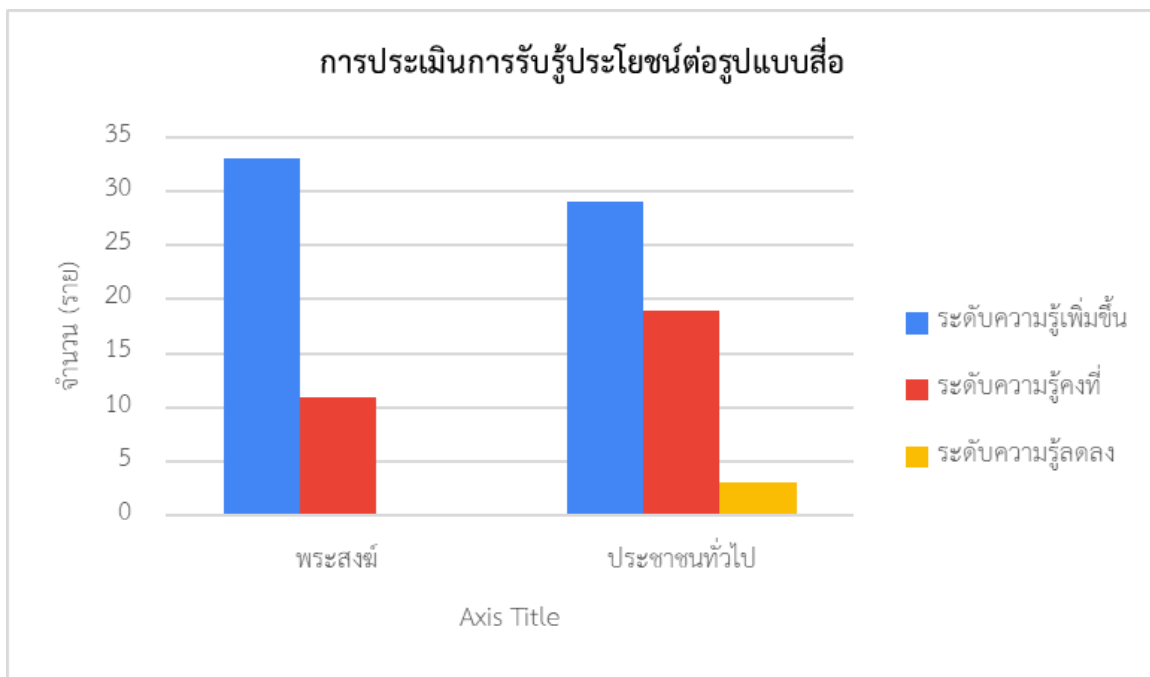
การประเมินการรับรู้ประโยชน์ต่อรูปแบบสื่อในกลุ่มพระสงฆ์

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับพระสงฆ์ เพิ่มขึ้น หลังชมสื่อวิดีโอทัศน์	33	75.00
2. ระดับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับพระสงฆ์ คงที่ หลังชมสื่อวิดีโอทัศน์	11	25.00
3. ระดับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับพระสงฆ์ ลดลง หลังชมสื่อวิดีโอทัศน์	0	0.00

การประเมินการรับรู้ประโยชน์ต่อรูปแบบสื่อในกลุ่มประชาชน

รายการ	จำนวน	ร้อยละ
1. ระดับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับพระสงฆ์ เพิ่มขึ้น หลังชมสื่อวิดีโอทัศน์	29	56.86
2. ระดับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับพระสงฆ์ คงที่ หลังชมสื่อวิดีโอทัศน์	19	37.25
3. ระดับความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ สำหรับพระสงฆ์ ลดลง หลังชมสื่อวิดีโอทัศน์	3	5.88

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล



จากการประเมินการรับรู้ประโยชน์ ของสื่อ พบว่า ในกลุ่มพระสงฆ์ มีสัดส่วน ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ เพิ่มขึ้น หลังชมสื่อวีดิทัศน์ ร้อยละ 75 แต่ในกลุ่มประชาชน พบ ร้อยละ 56.86 และ ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ ลดลง หลังชมสื่อวีดิทัศน์ ผู้เข้าชมกลุ่มประชาชน มีสัดส่วนผู้ที่มีระดับความรู้ลดลง จำนวน 3 ราย

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

1. อยากให้เพิ่ม subtitle สำหรับกลุ่มบุคคลสนใจแต่บกพร่องทางการได้ยิน รวมถึงบุคคลที่อาจจะฟังได้ตามไม่ทัน และหากมีเลือก subtitle เป็น eng จะสามารถเผยแพร่ให้ต่างชาติที่มีความสนใจได้/ บอกข้อห้าม-ข้อควรระวัง/ บอกสิ่งที่ต้องเตรียมอื่นๆ เช่น เสื้อ
2. ภาพ เสียงชัดเจนดี // อยากให้ช่วยดูเรื่องคำผิดเพิ่มเติม (ep.5) และเพิ่มภาพหน้าปกของแต่ละคลิปเพื่อความสวยงาม และน่าสนใจในการเลือกรับชม
3. พอเป็นคลิปสำหรับพระสงฆ์เลยทำให้นึกภาพพระสงฆ์ยืดเหยียดบางท่าก่อนปฏิบัติไม่ค่อยออกเท่าไร รวถึงท่าก้าวสูงด้วยคะ
4. ไม่แน่ใจว่าทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อสะโพกควรเป็นท่านั่งห้อยเท้าจะเหมาะสมกว่าหรือไม่
5. ภาพยังไม่ค่อยน่าติดตาม
6. การก้าวในแต่ละช่อง ไม่ควรเหยียบทับบนเส้นตารางหรือไม่
7. หากมีแผนภาพตอนอธิบายการก้าวให้เป็นข้างเดียวกับผู้ชมน่าจะเข้าใจได้ง่ายขึ้น เมื่อพาออกกำลังกายจริงค่อยเป็นคนแสดงและทำไปพร้อมกัน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

8. การออกกำลังกายก้าวตา ไม่จำเป็นต้องยืดก่อนใช้หรือไม่ หรือควรยืดเหยียดร่างกายก่อนก้าวตาด้วย
9. การก้าวเดินอาจเพิ่มรายละเอียดการก้าวว่าไม่ควรบิดสะโพกหันลำตัวไปตามขาที่ก้าว"
10. ท่าแก้มซี่มีบางจังหวะระดับแขนอยู่สูงกว่าระดับไหล่ ซึ่งในท่าเหยียดไปทางซ้ายหรือขวาอาจจะไม่ควรเหยียดสูงกว่าระดับไหล่
11. ท่าแก้มซี่ศมฺในเอน บางครั้งลืมนกระดกปลายเท้า และชื่อท่าเนื่องจากตามแบบดั้งเดิมเป็นการใช้ปีกกา น่าจะอ่านเป็นท่าแก้มซี่มหาบทยักษ์
12. ขณะทำท่าบริหารต้องออกแรงที่ขาต้านกับมือที่ดึงด้วยหรือไม่"
13. ระดับเสียงทั้งคลิปเวลาอธิบายบางช่วงรู้สึกว่เสียงจะเบาๆ ถ้าเทียบกับช่วงกับที่นับเวลาถอยหลัง
14. การยืดกล้ามเนื้อ quadriceps หากจับที่ข้อเท้าจะมั่นคงกว่าจับที่ปลายเท้า ระหว่างทำให้หาที่จับขณะทำ หรือไม่มีหุ่น 2 คน ชาย หญิง อีกคนทำแบบ beginner อีกคนทำแบบ advance
15. ผู้สาธิตหน้าเกร็ง ไม่รู้สึกผ่อนคลาย ซึ่งสามารถยิ้มแยมหรือรู้สึกสนุกกับการออกกำลังกายได้ แบบนี้ดูตึง เกร็งเป็นทางการเกินไป สามารถพูดคุยกับกล้องได้
16. ฉากหลังเส้นขอบกำแพงไม่ตรง เห็นแล้วรู้สึกขัดใจ ถ้าจัดกล้องให้ขนานกับพื้นได้จะดีมาก
17. ตอนเดียวเรามาเริ่มไปพร้อมกันนะครับ ควรนับถอยหลังให้เตรียมพร้อม อาจใส่เอฟเฟค 3..2..1 เริ่ม!
18. ควรมีจังหวะหรือเพลงใส่เข้าไปในระหว่างออกกำลังกายเพื่อให้ยกตามจังหวะ หรือสนุกกับการออกกำลังกาย
19. ท่าออกกำลังกายใช้กล้ามเนื้อส่วนบนร่วมด้วย อยากให้ใส่การยืดกล้ามเนื้อบ่าไหล่เพิ่มเติม
20. การจับชีพจรที่ข้อมือไม่ใช่ทุกคนจะจับถูกวิธี ควรบอกรายละเอียดเพิ่มเติม หรือถ้าให้ง่ายขึ้นสำหรับคนทั่วไป ลองจับสัมผัสการเต้นของหัวใจมันเต้นเร็วแรงขึ้นไหม หรือเหงื่อออกมากขึ้นก็พอ part ยื่นจับชีพจรไม่ควรใส่นอกจากการหายใจควรพูดเรื่องดื่มน้ำด้วย เพราะเป็นสิ่งจำเป็นในคลิปนี้
21. ใช้ในการออกกำลังกายได้ดี อยากให้เพิ่มคุณภาพเสียง
22. เป็นการออกกำลังกายที่ดี
23. เป็นสื่อที่สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติตามได้
24. ใช้งานได้สะดวก สามารถติดตามการ VDO ไปพร้อมกันได้
25. ช่วงนำยืดก่อนออกกำลังกายยาวไปหน่อย
26. สามารถนำไปปฏิบัติตามได้
27. เสียงบางสื่อเบา
28. เป็นประโยชน์ในการนำไปปฏิบัติ
29. สามารถทำตามได้ ไม่เร็วเกินไป
30. อยากให้แต่ละตอนมีท่ามากกว่านี้
31. มีช่วง Gap เยอะไปในบางคลิป

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

แบบสรุปความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญ

แบบสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมิน สื่อความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ในโครงการผลิตสื่อให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์

รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รศ.ดร.วีรวัฒน์ ลิ้มรุ่งเรืองรัตน์	วิทยาลัยวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีการกีฬา มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ทัฬหะเทพ ทิพย์เจริญธัม	สถานการแพทย์แผนไทยประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
พระธรรมวชิรมนี วิ.	เจ้าคณะกรุงเทพมหานคร
พระสุธิชาญ มณีศรีเดช	ตัวแทนพระคิลานุปัฏฐาก
ว่าที่ ร.ต.ปัญญาวุฒิ สรรพา	หัวหน้างานสื่อสารองค์กร คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

วัตถุประสงค์โครงการ

เพื่อผลิต สื่อให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยสำหรับการออกกำลังกายที่มีความเหมาะสมกับพระสงฆ์

คำชี้แจง : แบบประเมินผลนี้ แบ่งผลระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ

5 = มากที่สุด, 4 = มาก, 3 = ปานกลาง, 2 = น้อย, 1= น้อยที่สุด

รายการประเมิน	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่					คะแนน	$\bar{x}$	ระดับความเห็น
	1	2	3	4	5			
ด้านเนื้อหา								
1. เนื้อหาเหมาะสมกับวัตถุประสงค์	4	5	5	4	5	23	4.6	มาก
2. ความถูกต้องของเนื้อหา	4	5	5	4	5	23	4.6	มาก
3. เนื้อหาเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายพระสงฆ์	4	5	5	4	5	23	4.6	มาก
4. เนื้อหาเหมาะสมตามหลักพระธรรมวินัย	4	5	5	4	5	23	4.6	มาก
5. ความเหมาะสมในการจัดเรียงลำดับเนื้อหา	4	5	5	4	5	23	4.6	มาก
6. ความเหมาะสมของปริมาณเนื้อหา	4	5	5	4	5	23	4.6	มาก
7. ความเหมาะสมของระยะเวลา	4	5	5	4	5	23	4.6	มาก
8. ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้	5	5	5	4	5	24	4.8	มาก

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

รายการประเมิน	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ คนที่					คะแนน	$\bar{x}$	ระดับ ความเห็น
	1	2	3	4	5			
ด้านคุณภาพสื่อ								
1. ความเหมาะสมของการใช้สีพื้นหลัง	4	4	5	4	5	22	4.4	มาก
2. ความเหมาะสมของรูปแบบตัวอักษร	5	4	5	3	5	22	4.4	มาก
3. ความเหมาะสมของขนาดตัวอักษร	5	4	5	3	5	22	4.4	มาก
4. ความเหมาะสมของสีตัวอักษร	4	4	5	4	5	22	4.4	มาก
5. ความเหมาะสมของเสียงประกอบ	5	4	5	4	5	23	4.6	มาก
6. ภาพในวีดิทัศน์ มีความคมชัด สื่อสารความหมายได้ ถูกต้อง	4	4	5	4	5	22	4.4	มาก
7. ภาพกราฟิกในวีดิทัศน์ ทำให้มีความน่าสนใจ และเหมาะสมกับเนื้อหา	4	4	4	4	5	21	4.2	มาก
การนำไปใช้ประโยชน์								
1. ท่านเห็นว่าสื่อวีดิทัศน์ ปฏิบัติตามได้จริง ใน ชีวิตประจำวัน	4	4	5	4	4	21	4.2	มาก
2. ท่านเห็นว่าสื่อวีดิทัศน์ เหมาะกับการนำไปใช้ใน การสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์	4	4	5	4	5	22	4.4	มาก
3. ท่านเห็นว่าสื่อวีดิทัศน์ สามารถส่งเสริมให้พระสงฆ์ ปฏิบัติตามได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ	5	4	5	4	5	23	4.6	มาก
ความพึงพอใจโดยรวม								
1. ความพึงพอใจต่อสื่อวีดิทัศน์ ในภาพรวม	4	4	5	4	5	22	4.4	มาก

จากการสอบถามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมิน สื่อความรู้เพื่อการดูแลสุขภาพ
พระสงฆ์ ในโครงการผลิตสื่อให้ความรู้ด้านการแพทย์แผนไทยเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ พบว่า มี
ค่าเฉลี่ย ความเหมาะสมของสื่อวีดิทัศน์ ส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ “มาก”

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ข้อเสนอแนะรายตอน

ตอนที่	ข้อเสนอแนะ
คลิปที่ 1 การออกกำลังกายแบบก้าวสูง	ควรมีข้อควรระวังในกรณีที่มีการทรงตัวที่ไม่ดี ซึ่งอาจทำให้หกล้มได้ ในขณะที่ทำ ในวิดีโอมีการทำ static stretching แต่สามารถทำ dynamic warm up โดยให้ทำซ้ำๆ ก่อน ในนาทิตี่ 7 ลูกศรชี้ทิศทางกลับด้านกัน ของท่าก้าวตา
คลิปที่ 2 การออกกำลังกายแบบก้าวเดิน ก้าวตา	มีคำเขียนผิด "กล้ามเนื้อ" ช่วงเวลา 34.53
คลิปที่ 3 การบริหารกายท่าฤๅษีตัดต้นบริหาร กล้ามเนื้อบริเวณบ่า และคอ	
คลิปที่ 4 การบริหารกายเพื่อการเคลื่อนไหวร่างกาย ตามหลักกายานามัย	มีคำเขียนผิด "ศรีษะ" ช่วงเวลา 3.40-4.34 ช่วงเวลา 16.22 เสียงเป็นส่วนที่ 5 ข้อความเขียนเป็นส่วนที่ 4 ท่าบริหาร บริเวณหลัง
คลิปที่ 5 การบริหารกายท่าฤๅษีตัดต้นบริหาร กล้ามเนื้อบริเวณหลัง	ในท่าแอ่นหลัง อาจจะต้องระมัดระวังในการทำ back extension ในกรณีที่ ที่พระท่านที่มีอายุมาก หรือมีปัญหา back pain อาจจะต้องมีเกร็นนำไว้ ก่อน ว่าข้อควรระวังมีอะไรบ้าง เหมือนท่าแรก ตั้งหนังสือเล่มปกตมในเแว เขียนผิดตก สระ ำ ควรแก้ไขถูกต้อง
คลิปที่ 6 การบริหารกายท่าฤๅษีตัดต้นบริหาร กล้ามเนื้อบริเวณแขน ข้อมือ ข้อศอก	
คลิปที่ 7 กายบริหารฤๅษีตัดต้น บริหารกล้ามเนื้อขา เข่า และข้อเท้า	
คลิปที่ 8 การบริหารกายท่าฤๅษีตัดต้นบริหาร กล้ามเนื้อบริเวณไหล่ หน้าอก สะบัก	

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

- ทุกท่าออกกำลังกายควรทำไปสเตอร์เพื่อให้พระสแกนเข้าไปดูส่วนตัว และกระจายส่งให้ทุกวัดน่าจะดีมาก
- การตั้งชื่อคลิปควรระบุ ว่า "การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์" และควรเน้นให้พระสงฆ์ เข้ารับชม
- ตัวหนังสือประกอบขนาดเล็กเกินไปควรขยายให้ชัดเจนเพราะพระสงฆ์บางรูปสูงอายุ
- ควรใช้คำสรรพนาม เรียกพระสงฆ์ว่า ทุกรูปแทนคำว่า ทุกท่าน
- ควรตรวจสอบคำผิด ซึ่มีด้านแนวคิดสื่อความสร้างสรรค์และมีประโยชน์

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

(เนื้อหาภาคผนวก ง)

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

การดำเนินกิจกรรมย่อย

ชื่อโครงการ

โครงการตรวจสอบสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Health literacy) ผ่าน Web Application สำหรับพระสงฆ์

หัวหน้าโครงการ:

รศ.พญ.ดร. อรุณทัย ศิริวัศกุล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้ประสานงานโครงการ

1. นางสาวสมิตี ก่ออมทรัพย์ หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
2. นางสาวคณัช เอาแสงดีกุล หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

หน่วยงานที่รับผิดชอบ

- หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ สำนักงานคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- ศูนย์สุขภาพเชิงป้องกันและบูรณาการสมดุชีวิต (SIRIRAJ H SOLUTIONS)

หลักการและเหตุผล

วิถีการดำรงชีวิต การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ส่งผลให้เกิดปัญหาต่อสุขภาพปัญหาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมี แนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในพระภิกษุสงฆ์ จากข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสุขภาพ รายงานว่า ในปี พ.ศ. 2556 พระภิกษุสงฆ์ มีน้ำหนักเกินถึงร้อยละ 43.6 ซึ่งสูงกว่าชายไทยในเขตเมืองประมาณร้อยละ 36.5 สอดคล้องกับผลการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ซึ่งดำเนินภายใต้โครงการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน บางกอกน้อยโมเดล พบว่าจากการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จำนวน 560 รูป พบว่า พระสงฆ์อยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 1 ร้อยละ 32.3 อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักเกิน ร้อยละ 19.4 และอยู่ในเกณฑ์อ้วนระดับ 2 ร้อยละ 13.1 ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจาก โภชนาการ อาหารจากการทำบุญใส่บาตรของประชาชนที่ยังไม่ตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ อีกทั้งพระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม ซึ่งหากไม่ได้รับการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ และทำให้คุณภาพชีวิตลดลง อีกทั้งในการตรวจสุขภาพประจำปีนั้น ถือเป็นส่วนหนึ่งในกิจกรรมด้านการป้องกันโรคเพื่อ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ แต่พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่จะมาโรงพยาบาลเมื่อมีอาการเจ็บป่วย หรือ มีผู้ที่นิมนต์เชิญไปที่โรงพยาบาล ทำให้ การไปโรงพยาบาลเพื่อตรวจสุขภาพนั้น พระสงฆ์ส่วนมากยังไม่ได้เข้าถึงการบริการตรวจสุขภาพประจำปี

โครงการตรวจสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Health literacy) ผ่าน Web Application สำหรับพระสงฆ์ นั้นมีการพัฒนารูปแบบการตรวจสุขภาพประจำปี จากการดำเนินโครงการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน บางกอกน้อยโมเดล ซึ่งต้องมีการนิมนต์เชิญพระสงฆ์แต่ละรูปให้เข้ารับการตรวจ โดยบุคคลากร นั้นต้องมีการลงพื้นที่วัดแต่ละแห่ง ในโครงการนี้ จึงมีการปรับรูปแบบการเข้ารับบริการผ่านการนัดหมายออนไลน์ ผ่านเว็บแอปพลิเคชันและ LINE OA MONK MEE SUK เพื่อประเมินการเข้าใช้งาน platform และ ประเมินความสามารถการใช้เทคโนโลยีของพระสงฆ์ ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อนำมาปรับใช้ในการพัฒนา platform และการดำเนินการจัดตรวจสุขภาพประจำปีในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจ ในการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง ผ่านการใช้งาน แอปพลิเคชัน LINE OA MONK MEE SUK
2. เพื่อการประเมินผลการตรวจสุขภาพประจำปีของพระสงฆ์

ระยะเวลาการจัดกิจกรรม

ระยะเวลาการจัดตรวจสุขภาพ จำนวน 6 วัน ในเดือน พฤศจิกายน 2567

สถานที่จัดกิจกรรม

ศูนย์สุขภาพเชิงป้องกันและบูรณาการสมดุขีวิต (SIRIRAJ H SOLUTIONS)

กลุ่มเป้าหมาย

พระสงฆ์ที่มีการเข้าใช้งานแอปพลิเคชัน และ LINE OA MONK MEE SUK

จำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรม

พระสงฆ์ที่เข้าร่วมศูนย์สุขภาพเชิงป้องกันและบูรณาการสมดุขีวิต (SIRIRAJ H SOLUTIONS)

จำนวน 130 รูป

สัญญาเลขที่ A 63-1-(2)-006

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

รายละเอียดกิจกรรม

1. ประกาศเชิญชวนประชาสัมพันธ์โครงการผ่าน แอปพลิเคชัน และ LINE OA MONK MEE SUK
2. พระภิกษุ ทำแบบประเมินและนัดหมายเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี
3. พระสงฆ์เข้ารับการตรวจสุขภาพตามที่นัดหมาย และ รับคำแนะนำสุขภาพและสื่อความรู้ แอปพลิเคชัน MONK MEE SUK

ตารางที่ 1 รายการตรวจสุขภาพโดย ศูนย์สุขภาพเชิงป้องกันและบูรณาการสมดุชีวิต (SIRIRAJ H SOLUTIONS)

รายการตรวจสุขภาพ	อายุ น้อยกว่า 35 ปี	อายุ 35-50 ปี	อายุ มากกว่า 50 ปี
1. ตรวจปริมาณน้ำตาลในเม็ดเลือด (FBS)		✓	✓
2. ตรวจปริมาณไขมันในเลือด (Cholesterol, Triglyceride, HDL-C, LDL-C)	✓	✓	✓
3. ตรวจการทำงานของไต (BUN)			✓
4. ตรวจการทำงานของไต (Creatinine)	✓	✓	✓
5. ตรวจระดับกรดยูริก (Uric Acid)		✓	✓
6. ตรวจการทำงานของตับ AST (SGOT)	✓	✓	✓
7. ตรวจการทำงานของตับ ALT (SGPT)	✓	✓	✓
8. ตรวจการทำงานของตับ (Albumin)			✓
9. ตรวจการทำงานของเอ็นไซม์ในตับ (Alkaline phosphatase)			✓
10. ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC)	✓	✓	✓
11. ตรวจสารซี ป่งมะเร็งต่อมลูกหมากเฉพาะผู้ชาย (PSA)			✓
12. ตรวจปัสสาวะอย่างสมบูรณ์ (Urine Examination)	✓	✓	✓
13. การตรวจหาเม็ดเลือดแดงในอุจจาระ (Stool for Occult Blood, FIT)	✓	✓	✓
14. ตรวจวัดสายตาด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์และความดันลูกตา (คัดกรองต้อหิน)		✓	✓
15. การตรวจคลื่นหัวใจด้วยไฟฟ้า (EKG)		✓	✓
16. ถ่ายภาพเอกซเรย์ทรวงอกดิจิทัล (X-ray)	✓	✓	✓

การประเมินผลโครงการ

- แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ หรือ eHealth Literacy Scales
- แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ EQ-5D-5L
- แบบสอบถามความพึงพอใจ
- (<https://forms.gle/z8eXkQSuXa8pmNsA9>)

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- พระภิกษุที่เข้าร่วมโครงการสามารถเข้ารับบริการตรวจสุขภาพประจำปีผ่านรูปแบบออนไลน์
- พระภิกษุสามารถเข้าใช้งาน แอปพลิเคชัน และ LINE OA MONK MEE SUK และเข้าถึงสื่อตามภาวะสุขภาพตนเอง
- พระภิกษุทราบถึงสถานะสุขภาพของตนเอง

13) สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ (จำนวน 131 ราย)

โครงการ ตรวจสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยเทคโนโลยีดิจิทัล (Digital Health literacy) ผ่าน Web Application สำหรับพระสงฆ์ โดยการประกาศผ่านช่องทาง Monk มีสุข เพื่อให้พระสงฆ์ มีความตระหนักและ สามารถเข้ารับบริการตรวจสุขภาพด้วยตนเอง ผ่านการนิมนต์ออนไลน์ เพื่อเป็นต้นแบบการตรวจสุขภาพประจำปีของพระสงฆ์ เนื่องจากการสำรวจข้อมูลที่ผ่านมา พระสงฆ์นั้นจะเข้ารับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย หรือมีผู้นิมนต์ เชิญไป ดังนั้นการดำเนินโครงการนี้ตั้งเป็นการสร้างความตระหนักเรื่องการคัดกรองสุขภาพเพื่อป้องกันโรค โดยมีพระสงฆ์สามารถสมัครลงทะเบียนผ่านการนิมนต์ออนไลน์ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ

ตารางแสดงข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ (137 ราย)

ผู้เข้าร่วมโครงการ	จำนวน	ร้อยละ
อายุผู้เข้าร่วมโครงการ		
อายุต่ำกว่า 35 ปี	39	28.5
อายุ 35 - 50 ปี	46	33.5
อายุมากกว่า 50 ปี ขึ้นไป	52	38.0
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	38	27.74
ปริญญาตรี	54	39.42
สูงกว่าปริญญาตรี	33	24.09
ไม่ระบุ	12	8.76

การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้าตรวจสุขภาพผ่านการนิมนต์ออนไลน์ พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุมากกว่า 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 38 และมีวุฒิการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรี ขึ้นไป กว่าร้อยละ 63.5

ส่วนที่ 2 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์

ตัวแปรที่ศึกษา	รวม (n=137)	อายุ <35 ปี(n=39)	อายุ 35-50 ปี (n=46)	อายุ >50 ปี (n=52)	p
EQ5D5L	0.92±0.09	0.94±0.08	0.93±0.09	0.92±0.09	0.601
VAS	75.64±0.1	76.05±18.55	73.98±18.52	76.79±13.53	0.7
ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ					
คุณรู้ว่ามีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพใดบ้างที่สามารถใช้ได้บนอินเทอร์เน็ต	55 (40.1%)	21 (53.8%)	17 (37.0%)	17 (32.7%)	0.108
คุณรู้ว่าจะหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์บนอินเทอร์เน็ตได้ที่ไหน	67 (48.9%)	24 (61.85%)	21 (42.3%)	22 (42.3%)	0.166
คุณรู้วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ต	63 (46.0%)	26 (66.7%) ^b	20 (43.5%) ^a	17 (32.7%) ^a	0.005*
คุณรู้วิธีใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพ	67 (48.9%)	26 (66.7%) ^a	21 (42.3%) ^a	20 (38.5%) ^b	0.025*
คุณรู้วิธีใช้ข้อมูลสุขภาพที่พบบนอินเทอร์เน็ตในการดูแลสุขภาพของตนเอง	62 (45.3%)	25 (64.1%) ^b	18 (39.1%) ^a	19 (36.5%) ^a	0.019*
คุณมีทักษะที่จำเป็นในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต	57 (41.6%)	23 (59.0%) ^a	19 (41.3%)	15 (28.8%) ^b	0.016*
คุณสามารถระบุแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงไปจนถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่ำบนอินเทอร์เน็ตได้	54 (39.4%)	22 (56.4%) ^a	17 (37.0%)	15 (28.8%) ^b	0.026*
คุณรู้สึกมั่นใจในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ	54 (39.4%)	20 (51.3%) ^a	20 (43.5%)	14 (26.9%) ^b	0.049*

a,b แสดงถึงคู่ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ พบว่าอายุมีผลต่อความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ โดยเมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนพระสงฆ์ที่มีความรอบรู้ระดับมากที่สุด และ ระดับมาก จำแนกตามอายุ พบว่า พระสงฆ์ที่อายุน้อยกว่า 35 ปี มีความรอบรู้มากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ อย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ ในการประเมินด้าน แหล่งข้อมูลด้านสุขภาพ พบว่า มีระดับความรอบรู้ไม่แตกต่างกัน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อคุณภาพการเข้าร่วมโครงการ

ด้านการให้บริการของเจ้าหน้าที่/บุคลากร

รายการ	Mean $\pm$ S.D.
การพุดจาสุภาพ	4.72 $\pm$ 0.52
ความเป็นมิตรหรือเป็นกันเอง	4.70 $\pm$ 0.51
การเอาใจใส่ /เต็มใจให้บริการช่วยเหลือ	4.70 $\pm$ 0.51
ความรู้ ความสามารถในการให้บริการช่วยเหลือของแพทย์/ เจ้าหน้าที่	4.59 $\pm$ 0.62
ความถูกต้องของข้อมูลคำแนะนำที่ให้	4.58 $\pm$ 0.54
การใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย	4.61 $\pm$ 0.53
การรับฟังความคิดเห็น	4.53 $\pm$ 0.60
การช่วยเหลือ/ให้คำแนะนำ	4.64 $\pm$ 0.51

ด้านกระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการ

รายการ	Mean $\pm$ S.D.
กระบวนการ/ขั้นตอนการให้บริการมีความชัดเจน	4.60 $\pm$ 0.59
กระบวนการ/วิธีการให้บริการมีความเหมาะสม ถูกต้อง เช่น มี การติดต่อช่วยเหลือเบื้องต้น	4.63 $\pm$ 0.53

ด้านกระบวนการนัดหมาย

รายการ	Mean $\pm$ S.D.
การนัดหมายตรวจสอบสุขภาพออนไลน์มีความชัดเจนเข้าใจได้ง่าย	4.48 $\pm$ 0.68
แบบสอบถามออนไลน์มีความชัดเจนสามารถตอบได้โดยง่าย	4.38 $\pm$ 0.71
บริการช่วยเหลือที่ได้รับมีความสะดวก รวดเร็ว ในเวลาอัน สมควร	4.59 $\pm$ 0.58

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ด้านสถานที่ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก

รายการ	Mean $\pm$ S.D.
ความสะอาดของสถานที่	4.78 $\pm$ 0.43
ความชัดเจนเข้าใจง่ายของป้ายบอกจุดบริการต่างๆ	4.53 $\pm$ 0.62
ความพร้อมของเครื่องมือและอุปกรณ์การแพทย์	4.68 $\pm$ 0.56
ความเพียงพอของสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เช่น เก้าอี้ในห้องน้ำ	4.68 $\pm$ 0.52
ความเหมาะสมของสถานที่ตั้ง สามารถเดินทางสะดวก สามารถเข้ารับบริการตรวจสุขภาพได้ง่าย	4.53 $\pm$ 0.64

จากการประเมินระดับความพึงพอใจในทุกด้าน พบว่า พระสงฆ์มีความพึงพอใจเฉลี่ย อยู่ในระดับพึงพอใจมาก

14) ตัวชี้วัด และ การประเมินผลโครงการ

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย	ผลการประเมิน
5) ค่าเฉลี่ยระดับความพึงพอใจ	4 (คะแนนเต็ม 5)	4.61 $\pm$ 0.58
6) จำนวนพระสงฆ์ที่สามารถเข้าร่วมการตรวจสุขภาพผ่านระบบนิเทศออนไลน์	100 รูป (137)	100%

ข้อเสนอแนะ

- ดีมาก ขออนุโมทนาบุญด้วยเทอญ
- เรียบร้อยดี
- ควรมีป้ายชี้ทางบริเวณห้องน้ำ
- บริการดี สะดวก สะอาด เยี่ยม
- สถานที่ไม่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงการรักษา
- เรียบร้อยดีมาก สมควรตรวจเป็นประจำ
- ขออนุโมทนาบุญทีมงานแพทย์ เจ้าหน้าที่บุคลากรทุกท่านที่ให้บริการ ปฏิบัติต่อภิกษุสามเณรด้วยกิริยาเคารพในพระรัตนตรัย ขอให้มีความเจริญในหน้าที่การงาน สุขภาพแข็งแรง
- ถ้ามีการส่งต่อไปรักษา เมื่อตรวจพบโรคต่างๆด้วยจะเป็นประโยชน์อย่างมาก
- ควรจัดลำดับการตรวจตามวัดที่พิมพ์มา จะได้มีวินัยขึ้นในขั้นตอนการตรวจ
- ควรจัดในสถานที่ให้พระเดินทางมาสะดวกกว่านี้ เช่น พุทธมณฑล เป็นต้น
- ควรมีป้ายที่แสดงเส้นทางในการเดินทางที่ชัดเจน เพื่อสะดวกในการเดินทาง ในสวนของสถานที่ ถ้ามีป้ายบอกทางให้ชัดเจนก็จะดีมาก ทุกอย่างดีหมด เจ้าหน้าที่ทุกท่านดีมาก

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

- ควรมีทุกปี จัดอบรมครั้งนี้จะดีมาก
- ขออนุโมทนาขอบคุณอย่างมาก ที่มีโครงการนี้ น่าจะขยายรับรักษาพระภิกษุ สามเณรเพิ่มขึ้น
- ขออนุโมทนาบุญและอนุโมทนาขอบคุณสำหรับโครงการที่ช่วยเหลืออุปถัมภ์พระสงฆ์ด้านการ
ตรวจสุขภาพในครั้งนี้ด้วย นับว่าได้ช่วยเหลืองานพระศาสนาอีกทางหนึ่ง ทำให้พระสงฆ์ได้
ความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี ขออำนาจคุณงามความดีและ
บารมีคุณพระศรีรัตนตรัยคุ้มครองแพทย์พยาบาลและบุคลากรทุกท่านให้ประสบแต่ความสุข
สำเร็จสมหวังในสิ่งที่ตั้งใจ
- ขออนุโมทนาบุญและอนุโมทนาขอบคุณสำหรับโครงการที่ช่วยเหลืออุปถัมภ์พระสงฆ์ด้านการ
ตรวจสุขภาพในครั้งนี้ด้วย นับว่าได้ช่วยเหลืองานพระศาสนาอีกทางหนึ่ง ทำให้พระสงฆ์ได้
ความรู้และความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้เป็นอย่างดี ขออำนาจคุณงามความดีและ
บารมีคุณพระศรีรัตนตรัยคุ้มครองแพทย์พยาบาลและบุคลากรทุกท่านให้ประสบแต่ความสุข
สำเร็จสมหวังในสิ่งที่ตั้งใจ
- ห้อง x-ray หากมีผู้ช่วยอยู่ด้วย จะเกื้อกูลในการรักษาธรรมวินัยของพระได้ดีเลย ขอ
อนุโมทนา
- ขอให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการนี้ โดยเฉพาะผู้บริหารและเจ้าของโครงการ ผู้สนับสนุน
ให้เกิดโครงการนี้ เจริญทั้งทางโลกและทางธรรมได้บรรลุผลและนิพพานในอนาคตนี้
ด้วยเทอญ เจริญพร
- โครงการ Monk Meesuk ที่อาตมาเริ่มเข้าใช้บริการ คือการเผยแพร่แผนปัจจุบันมาเจอ
โครงการนี้ โดยจากการได้รับการบริการการแพทย์แผนไทยประยุกต์ก่อนต่อมา ตัวโครงการออก
กำลังกายออนไลน์ และการประชุมออนไลน์ โครงการ app digital health literacy นี้ดีมาก
- การนัดหมายออนไลน์ ถ้าให้ข้อมูลล่วงหน้าก่อนที่จะกรอกข้อมูลอื่นๆ มากมาย น่าจะเป็น
ประโยชน์ จะได้ทราบก่อนว่ามาตรวจได้ไหม
- ในระบบนัดหมายไม่ได้ให้ข้อมูลว่าตรวจอะไรบ้าง ต้องเตรียมตัวอย่างไร
- น่าจะมีทางเลือกในการตรวจบางรายการเพิ่ม สำหรับผู้มีประวัติหรือความเสี่ยง หากมี
ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม ก็บอกแจ้งได้ พระจะแจ้งไว้วางใจให้จ่ายปัจจัยล่วงหน้าได้
- บุคลากรใส่ถุงมือ จะช่วยป้องกันอุบัติเหตุ เรื่องการตะตองกายไว้ ขออนุโมทนาทุกท่านที่
เกี่ยวข้อง"
- อยากให้พระสงฆ์ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และขอให้ทีมแพทย์ติดตามผลพร้อมให้
คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ
- ขออนุโมทนาขอบคุณคณะแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ขอให้โครงการนี้ประสบ
ความสำเร็จทุกอย่าง บริการดีมาก ประทับใจ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

- ขออนุโมทนาโอบุคลากรทางการแพทย์ทุกท่าน และบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ในบุญเจตนาที่ได้ช่วยเหลือให้พระภิกษุมีสุขภาพร่างกายที่จะสามารถปฏิบัติศาสนกิจต่อไปได้ เจริญพร
- ขอบขอบคุณผู้ทำโครงการ บุคลากรทุกท่านที่เอื้อเฟื้อตรวจสุขภาพพระสงฆ์ และดูเหมือนจะมีการต่อยอดใช้เทคโนโลยีเพื่อเข้าถึงการรักษา ทั้งนี้ในหมู่พระสงฆ์ยังมีพระกลุ่มเปราะบางด้วยโอกาส ไม่ได้ถือสัญชาติไทย ซึ่งเข้าถึงการรักษาได้น้อยกว่า หากในอนาคตสามารถขยายไปสู่พระกลุ่มนี้ได้จักเป็นเมตตา แต่เขียนไว้เฉยๆ อย่างไรขอขอบคุณสำหรับน้ำใจที่ไม่เห็นแก่เหน็ดเหนื่อย
- เจริญพรบริการให้การต้อนรับดี อนุโมทนา
- บางข้อความในการกรอกใบสมัครยังมีความเข้าใจยาก มองเห็นว่าบางประเด็นสำหรับพระอาจมีเพิ่มเติมได้แก่ เพื่อความสะดวกแก่รพ. ควรสอบถามแยกชื่อสกุล ฉายา สมณศักดิ์ เพราะบางทีพระมีสมณศักดิ์ด้วย และบัตรประชาชนก็ใช้เช่นนั้น แต่ในฐานะข้อมูลรพ.ใช้เพียงชื่อสกุล
- ขอให้รักษาความดี ถูกต้องนี้ต่อไปพัฒนาต่อไป
- ขอชื่นชมโครงการเป็นโครงการที่ดีมีประโยชน์อย่างมาก อนุโมทนาสาธุ อายุ วัฒน สุขังพลัง
- ไม่ทราบข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับโครงการนี้ เพิ่งมาครั้งแรก
- ควรมีป้ายบอกเส้นทางหน้าทางเข้าอาคาร สำหรับผู้มารับบริการ ที่มองเห็นได้ชัด
- อยากให้มีโครงการนี้เรื่อยๆ เพราะเป็นโครงการที่ดีมาก
- ดีมากๆ อยากให้จัดทำโครงการนี้ทุกปี และสถานที่นี้ บุคลากร และเครื่องมือแพทย์ดีมากมารยาทดี
- ห้องน้ำอยู่เหลือนอกอาคาร
- ต้องอธิบายให้พระสงฆ์ทราบเกี่ยวกับการตรวจว่าก่อนมาตรวจจะต้องทำอะไรบ้าง เป็นต้น

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

(เนื้อหาภาคผนวก จ)

การดำเนินกิจกรรมย่อย

โครงการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์ wearable สำหรับวัดอัตราการเต้นของ หัวใจและระดับปริมาณกิจกรรมทางกายสำหรับพระภิกษุสงฆ์

1. หลักการและเหตุผล

ประเทศไทยมีศาสนาหลักประจำชาติคือศาสนาพุทธ โดยที่ประชากรกว่าร้อยละ 80 เป็น
พุทธศาสนิกชน และมีพระสงฆ์ซึ่งเป็นผู้เผยแพร่คำสอนของศาสนาพุทธคิดเป็นร้อยละ 0.3 ของ
ประชากรไทย หรือราว 215,000 คน จากการศึกษาในอดีตพบว่าพระสงฆ์โดยเฉพาะกลุ่มที่พำนักใน
วัดตามเขตตัวเมืองมักจะมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจากการเป็นโรคไม่ติดต่อ (non-communicable
diseases, NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง หรือ เบาหวาน เป็นต้น ทั้งนี้มีสาเหตุ
เนื่องมาจากการมีพฤติกรรมและรูปแบบการดำเนินชีวิตแบบสังคมเมืองคือ การรับประทานอาหารที่มี
องค์ประกอบไขมันสูง มีปริมาณน้ำตาลสูง และมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย (sedentary life style)
นอกจากพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพดังกล่าวแล้ว การปฏิบัติกิจของสงฆ์ในชีวิตประจำวันยัง
อาจเป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกายเพื่อให้เกิดความแข็งแรงเนื่องจากการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย
เพื่อออกกำลังกายตามวิถีทางโลกอาจเป็นการผิดต่อพระธรรมวินัยได้ (โลกวัชชะ)

จากข้อจำกัดนี้ทำให้พระสงฆ์ถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีความสำคัญในแง่สาธารณสุขที่ต้องการ
การดูแลใกล้ชิดเพื่อปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตและการรับประทานอาหารเพื่อเสริมสร้างให้มีสุขภาพ
กายที่ดีโดยไม่ผิดหลักพระธรรมวินัย สภาพสังคมในปัจจุบันเป็นยุคแห่งโลกาภิวัตน์ที่มีการใช้
เทคโนโลยีในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเข้าถึงข้อมูลสารสนเทศโดยเฉพาะในด้านการดูแลสุขภาพ
การออกกำลังกาย และการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม ดังนั้นการนำเทคโนโลยีเข้ามาบูรณา
การกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงถือเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้พระสงฆ์มีสุขภาพดีและลดความ
เสี่ยงต่อ NCDs ได้ โดยมีแนวทางการออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ที่เหมาะสมตามที่เคยมีรายงานการ
ศึกษาวิจัยคือการออกกำลังกายแต่พอประมาณ (moderate exercise) เน้นการฝึกความแข็งแรงของ
กล้ามเนื้อ (resistance training) โดยการทำงานวัด เช่น ทำความสะอาด กวาดลานวัด ยกของ และ
การออกกำลังกายแบบโยคะ (yoga) หรือชี่กง (qigong) ควบคู่ไปกับการยืดเหยียด (stretching) การเดิน
บิณฑบาตตอนเช้าและการควบคุมปริมาณการบริโภคอาหาร

โครงการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์จะมีการดำเนินการโดยการใช้อุปกรณ์สายรัดวัดกิจกรรม
ทางกายสำหรับพระภิกษุสงฆ์เพื่อวัดระดับการออกกำลังกายและเชื่อมโยงข้อมูลไปยังแพลตฟอร์มผ่าน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ระบบ Application Programming Interface (API) ซึ่งมีการอัปเดตข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งศึกษาในกลุ่มเป้าหมายคือพระสงฆ์ที่มีอายุระหว่าง 20-50 ปีซึ่งถือว่าเป็นผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการเข้าถึงเทคโนโลยีสุขภาพได้เป็นอย่างดี ผลลัพธ์ของโครงการส่งเสริมสุขภาพคือการติดตามดู adherence ของโปรแกรม สมรรถภาพทางกายและการเฝ้าติดตามน้ำหนักตัว

2. วัตถุประสงค์

- เพื่อติดตามอัตราการเต้นของหัวใจ ก้าวเดินและอัตราเผาผลาญแคลอรีที่วัดจาก wearable ของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ
- เพื่อติดตามผลลัพธ์ทางสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ น้ำหนักตัว BMI

3. ระยะเวลาการดำเนินโครงการ

- ตุลาคม 2567- ธันวาคม 2567 รวมระยะเวลา 3 เดือน

4. สถานที่ดำเนินการ

ห้องปฏิบัติการ ระบบการแพทย์ทางไกล คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
วัดที่เข้าร่วมโครงการ

5. กลุ่มเป้าหมาย

- พระสงฆ์อายุ 20-50 ปี ที่ไม่มีโรคประจำตัวรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคเมรั้งที่ได้เคมีบำบัด หรือ อัมพาต เป็นต้น
- สามารถใช้ wearable ที่มีข้อความภาษาอังกฤษได้
- มี smart phone
- พำนักอยู่ในกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล หรือจังหวัดที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้

6. ผู้รับผิดชอบ/หน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการ

- หน่วยวิจัย ภาควิชาวิสัญญีวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
- หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายทางสุขภาพ (Siriraj Health Policy) สำนักงานคณะบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ลำดับ	ชื่อ นามสกุล	ตำแหน่ง	หน้าที่ในโครงการ
1	ดร. นพ. ภาวิต สมนีก	อาจารย์แพทย์ ภาควิชาวิสัญญีวิทยา	หัวหน้าโครงการ
2	รศ. ดร. พญ. อรุณทัย ศิริอัสกุล	ภาควิชาวิสัญญีวิทยา	คณะทำงาน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

3	อ.ดร.ธนภัทร์ เขาวนไพระพงศ์	สถานแพทย์แผนไทยประยุกต์	คณะทำงาน
4	รศ. พญ. วราลักษณ์ ศรีนนท์ ประเสริฐ	หัวหน้าหน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย สุขภาพ สำนักงานคนบดี	คณะทำงาน
10	น.ส. วสุมดี ก่ออมทรัพย์	หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย สุขภาพ	ผู้ประสานงานโครงการ
11	น.ส. คณัช เอาแสงดีกุล	หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย สุขภาพ	ผู้ประสานงานโครงการ
12	น.ส. กุลสตรี จำปาทอง	หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบาย สุขภาพ	ผู้ประสานงานโครงการ

7. กิจกรรมในการดำเนินการ แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ

7.1 การให้ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดีภายใต้หลักธรรมานามัย โดยการออกกำลังกายมีจุดประสงค์เพื่อลดพฤติกรรม sedentary life style ด้วยการขยับร่างกายทุก 2 ชั่วโมงและมีกิจกรรมทางกายรวม 150 นาทีต่อสัปดาห์ร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อให้แข็งแรง (muscle strength) อย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์และยืดเหยียดกล้ามเนื้อ (muscle stretching) เป็นประจำทุกวัน การออกกำลังกายที่นำเสนอจะยึดแนวทางการออกกำลังกาย (บริหารขั้น) ของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ชนิดของกิจกรรม		
การบริหารกายเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความอดทนของระบบไหลเวียนเลือดและระบบหายใจ		
การเดินบิณฑบาตเป็นเวลา	30 นาที-1 ชั่วโมงต่อวัน	อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์
การแกว่งแขนอย่างต่อเนื่อง	ครั้งละ 10 นาทีวันละหลาย ๆ ครั้งตามความสะดวก	อย่างน้อย 5 วันต่อสัปดาห์
การกวาดบริเวณวัด, การทำสวน ปลูกต้นไม้, การทำความสะอาด, การจัดสถานที่ประกอบพิธีสงฆ์ และการก่อสร้างในวัด		
การบริหารกายเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความแข็งแรงและความอดทนของกล้ามเนื้อ (resistance training)		

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ชนิดของกิจกรรม		
การบริหารกล้ามเนื้อลำตัวส่วนบน ได้แก่ กล้ามเนื้อแขน, หัวไหล่, หน้าอก และสะบัก ด้วยท่าเอนตัวไปข้างหน้า ฝ่ามือยันฝ่าผนัง,	โดยการบริหารกายทุกท่าต้องทำต่อเนื่อง 8-12 ครั้งต่อชุด จำนวน 2 ชุด	ทำวันเว้นวันหรืออย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์
การบริหารกล้ามเนื้อลำตัวส่วนล่าง ได้แก่ ต้นขา สะโพก ด้านหน้า สะโพกด้านข้าง และน่อง ด้วยท่าลุก-นั่ง, ท่ายืนยกขา สลับข้างซ้าย-ขวา, ท่าเตะขาไปด้านข้างสลับซ้าย-ขวา และท่าเขย่งยกส้นเท้าตามลำดับ,	โดยการบริหารกายทุกท่าต้องทำต่อเนื่อง 8-12 ครั้งต่อชุด จำนวน 2 ชุด	ทำวันเว้นวันหรืออย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์
การบริหารกล้ามเนื้อลำตัวส่วนกลางด้วยท่าเตะขาไปด้านหลังสลับซ้าย-ขวา และการบริหารกล้ามเนื้อหน้าท้องด้วยท่านอนหงาย ตั้งเข่าขึ้นแล้วโน้มตัวเอามือไปแตะหัวเข่า	โดยการบริหารกายทุกท่าต้องทำต่อเนื่อง 8-12 ครั้งต่อชุด จำนวน 2 ชุด	ทำวันเว้นวันหรืออย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์
การบริหารกายเพื่อพัฒนาและเสริมสร้างความอ่อนตัวและความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ (muscle strength)		
การยืดเหยียดกล้ามเนื้อคอ, หน้าอก, หลังส่วนบน สะบัก และปลายแขน ด้วยท่าดันศีรษะไปทางแขนข้างเดียวกัน, ท่าประสานมือแล้วเหยียดไปด้านหลัง และท่าประสานมือแล้วเหยียดไปด้านหน้า โดยทุกท่าต้องค้างไว้ 15 วินาทีแล้วทำซ้ำอีกครั้งหนึ่ง		ควรปฏิบัติทุกวัน
นอกจากนี้ยังมีการยืดเหยียด		ควรปฏิบัติทุกวัน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ชนิดของกิจกรรม		
กลัมนี้อัดแน่นทางด้านหลังและหลังส่วนล่างด้วยท่าหนึ่งเอวขาพาดหัวเข้าอีกข้างหนึ่งแล้วก้มตัวลงไปจับข้อเท้าสลับซ้าย-ขวา และการยืดเหยียดกล้ามเนื้อน่องต้นขาหลัง และสะโพกหลังด้วยท่าก้าวเท้าแล้วย่อตัวสลับซ้าย-ขวา		

การติดตามสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์สำหรับวัดระดับปริมาณกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย และเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพไปยังแพลตฟอร์มผ่านระบบ API โดยอุปกรณ์ที่ใช้มีคุณลักษณะดังนี้



- มีแบตเตอรี่สำหรับเก็บประจุขนาดไม่น้อยกว่า 265 mAh ชนิด Li-Pol
- แบตเตอรี่สามารถใช้งานต่อเนื่องได้เป็นระยะเวลาถึง 7 วัน ในโหมดวัดอัตราการเต้นของหัวใจแบบต่อเนื่อง
- มีช่วงการทำงานของเครื่องที่อุณหภูมิระหว่าง -10 องศา ถึง +50 องศาเซลเซียส
- ตัวเครื่องทำจากวัสดุ ABS + GF มีกระจกหน้าปัด ชนิด Gorilla Glass 3
- สามารถเชื่อมต่อเพื่อชาร์ตไฟฟ้าและถ่ายโอนข้อมูลไปยังคอมพิวเตอร์
- ระบบวัด GNSS มีความคลาดเคลื่อนของระยะทางไม่เกิน +/- 2 เปอร์เซ็นต์
- สามารถวัดอัตราการเต้นของชีพจรต่อเนื่องได้ระหว่าง 15-240 ครั้งต่อนาที
- มีความสามารถในการกันน้ำ WR50

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

- หน้าจอมีความละเอียดไม่น้อยกว่า 240 x 240 pixel ขนาดหน้าจอไม่น้อยกว่า 1.2 นิ้ว
- มีเทคโนโลยีรองรับการเชื่อมต่อผ่านทางบลูทูธ
- ผลิตภัณฑ์ได้รับการทดสอบและผ่านมาตรฐาน ISO 22810 หรือ IEC60529
- การสวมใส่อุปกรณ์ไม่ขัดต่อหลักพระธรรมวินัย เช่น การใส่สายรัดบริเวณต้นแขนที่มีผ้าคลุมมิดชิด

ซึ่งอุปกรณ์นี้จะตรวจจับอัตราการเต้นของชีพจรและเชื่อมโยงผ่านเครือข่ายไปยังระบบคอมพิวเตอร์ของทางคณะทำงาน เพื่อประเมินระดับของการทำกิจกรรมการออกกำลังกายของพระสงฆ์ในแต่ละวัน ควบคู่ไปกับการควบคุมปริมาณอาหาร โดยมีเป้าหมายอัตราการเต้นของชีพจรคือ

- อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อนาที (maximum heart rate):

- 220 - อายุ (ปี)

- อัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายต่อนาที (target heart rate):

- อัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อนาที x (เปอร์เซ็นต์ความหนักของการออกกำลังกายในช่วงที่ต้องการ/100)

ซึ่งระดับการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์คือการออกกำลังกายแต่พอประมาณ (moderate exercise) คิดเป็นระดับ 60-80 เปอร์เซ็นต์ (0.6-0.8 เท่า) ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุดต่อนาที หรือเรียกว่าโซน 3-4

ดังนั้นจึงสรุปสูตรคำนวณอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายต่อนาทีสำหรับพระสงฆ์ได้ คือ

- $[220 - \text{อายุ (ปี)}] \times [0.6 \text{ ถึง } 0.8]$

โดยที่โครงการจะนำข้อมูลอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายต่อนาทีของพระสงฆ์ท่านได้จากอุปกรณ์มา รวบรวมเป็นจำนวนเวลาต่อวันและต่อสัปดาห์ ซึ่งอัตราการเต้นของหัวใจเป้าหมายนี้จะสะท้อนถึงการ ออกกำลังกายของพระสงฆ์ในแต่ละวันซึ่งควรทำได้อย่างน้อย 30 นาทีต่อวันและ 150 นาทีต่อสัปดาห์

7.2 การรับประทานอาหาร ยึดตามแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยสร้างเสริมสุขภาพ กีฬาและนันทนาการ และหน่วยคุณธรรมและจริยธรรม คณะ แพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีหลักการคือ

- 1) ฉันทัดอาหารให้ครบ 5 หมู่ในปริมาณที่เหมาะสมและควบคุมน้ำหนักตัวอยู่เสมอ
- 2) ฉันทัดอาหารประเภทข้าวเป็นหลักสลับกับภัตตาหารประเภทแป้งบางมื้อ
- 3) ฉันทัดอาหารประเภทผักและผลไม้เป็นประจำ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

- 4) ฉันทัดอาหารประเภทเนื้อสัตว์ปลาและเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้งเป็นประจำ
- 5) ฉันทัดอาหารประเภทนม วันละ 1-2 แก้ว
- 6) ฉันทัดอาหารที่มีไขมันอยู่พอควรและหลีกเลี่ยงอาหารที่มีกะทิเป็นส่วนประกอบ
- 7) หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสหวานจัดและเค็มจัด
- 8) ฉันทัดอาหารที่สะอาด ปราศจากสารปนเปื้อน เช่นอาหารที่สุกทั้งหมดและบรรจุในหีบห่อสมบูรณ์ไม่มีการฉีกขาดเสียหาย

โดยฉันทอาหารให้ปริมาณที่เหมาะสม ให้ร่างกายได้รับพลังงานที่เหมาะสมคือ ไม่ควรเกิน 1,500 กิโลแคลอรีต่อวัน ซึ่งสามารถกำหนดสัดส่วนอาหารอย่างง่ายตามหลักโภชนาการคือ

- ข้าว ไม่เกิน 8 ทัพพี (640 กิโลแคลอรี)
- ผัก ไม่เกิน 6 ทัพพี (150 กิโลแคลอรี)
- ผลไม้ ไม่เกิน 4 ส่วน หรือ ประมาณ 4 ผล หรือ 30-40 ชิ้นผลไม้ที่พอดีคำ (240 กิโลแคลอรี)
- เนื้อสัตว์ไขมันปานกลาง ไม่เกิน 12 ช้อนโต๊ะ (450 กิโลแคลอรี)
- ไขมัน ไม่เกิน 4 ช้อนชา (180 กิโลแคลอรี)
- นมพร่องมันเนย ไม่เกิน 1 แก้ว (120 กิโลแคลอรี)

8. รายละเอียดกิจกรรม

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
กิจกรรมเพิ่มกิจกรรมทางกาย (ถึงเป้าหมายในระยะเวลา 4 สัปดาห์)	1. เชิญชวนอาสาสมัคร ลงพื้นที่เชิญชวนอาสาสมัครโดยแบ่งพื้นที่ดำเนินงานแบบ cluster ตามกลุ่มพระสงฆ์ 1.1 จัดส่งรายละเอียด ภารกิจที่เข้าร่วมโครงการ และแบบประเมินโครงการ 1.2 ดำเนินการจัดทำ อีเมลล์ สำหรับอาสาสมัครการลงทะเบียน

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

กิจกรรม	รายละเอียดกิจกรรม
	1.3 ลงพื้นที่ enroll อาสาสมัครและแนะนำการใช้นาฬิกา รวมถึงเก็บข้อมูล อาสาสมัครพระสงฆ์ ก่อนดำเนินกิจกรรม 1.4 ดำเนินกิจกรรมออกกำลังกาย 1.5 ติดตามข้อมูลอาสาสมัคร 1.6 ลงพื้นที่ติดตามข้อมูลอาสาสมัคร 1.7 เก็บข้อมูลอาสาสมัครภายหลังดำเนินกิจกรรม
กิจกรรมปรึกษาสุขภาพโดยแพทย์	ปรึกษาสุขภาพโดยแพทย์ (จำนวน 1 ครั้ง/ 4 สัปดาห์)
กิจกรรมปรึกษาโภชนาการ	ปรึกษาโภชนาการ (จำนวน 1 ครั้ง/ 4 สัปดาห์)

8.1 การส่งเสริมสุขภาพ ให้คำปรึกษาด้านการออกกำลังกายและการรับประทานอาหารแก่พระสงฆ์ในรูปแบบทางไกล

- การให้คำปรึกษาแนะนำออนไลน์ทางแอปพลิเคชัน Monk มีสุข
- การให้คำปรึกษาแนะนำทาง telemedicine/ zoom/ โทรศัพท์
- การลงพื้นที่โดยทีมนักวิทยาศาสตร์การกีฬา

8.2 การติดตามสุขภาพพระสงฆ์โดยการใช้อุปกรณ์สำหรับวัดระดับปริมาณกิจกรรมทางกาย

- การบันทึกข้อมูลเวลาทั้งหมดที่พระสงฆ์มีอัตราการเต้นของหัวใจตามเป้าหมายทุกวัน และสรุปผลรวมทุกสัปดาห์เป็นเวลาต่อเนื่องกัน 4 สัปดาห์ต่อรูป
- การบันทึกน้ำหนักตัวและค่าดัชนีมวลกาย (body mass index) ของพระสงฆ์หลังจบโครงการเทียบกับก่อนเข้าร่วมโครงการ
- การบันทึกความดันโลหิตอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

ตารางกิจกรรม จำนวน 30 วัน (4 สัปดาห์) โปรแกรมออกกำลังกาย 30 วัน
(เป้าหมาย Zone 1 สำหรับพระสงฆ์)

วัน	กิจกรรม	เวลา	หมายเหตุ	เป้าหมาย Maximal Heart Rate (MHR)
1	เดินเร็วในบริเวณวัด	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
2	กิจกรรมก้าวเดิน ก้าวตา	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
3	การออกกำลังกายด้วยยางยืด	15-20 นาที	การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด	50-60% MHR: 65-78 bpm
4	การหายใจลึก	20 นาที	ฝึกหายใจอย่างมีสติ	-
5	เดินเร็วในบริเวณวัด	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
6	การออกกำลังกายด้วยยางยืด	15-20 นาที	การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด	50-60% MHR: 65-78 bpm
7	สมาธิ (สวดมนต์) ติดตามข้อมูลพระสงฆ์	20 นาที 30-60 นาที	สร้างความสงบในจิตใจ ลงพื้นที่ติดตามโครงการ	Resting Heart Rate Resting Heart Rate
8	เดินเร็วในบริเวณวัด	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
9	กิจกรรมก้าวเดิน ก้าวตา	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
10	การออกกำลังกายด้วยยางยืด	15-20 นาที	การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด	50-60% MHR: 65-78 bpm
11	การหายใจลึก	20 นาที	ฝึกหายใจอย่างมีสติ	-
12	เดินเร็วในบริเวณวัด	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
13	การออกกำลังกายด้วยยางยืด	15-20 นาที	การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด	50-60% MHR: 65-78 bpm
14	สมาธิ (สวดมนต์) ปรึกษาโภชนาการ	20 นาที 30-60 นาที	สร้างความสงบในจิตใจ เพื่อการศึกษาด้านสุขภาพ	-
15	เดินเร็วในบริเวณวัด	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
16	กิจกรรมก้าวเดิน ก้าวตา	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
17	การออกกำลังกายด้วยยางยืด	15-20 นาที	การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด	50-60% MHR: 65-78 bpm
18	การหายใจลึก	20 นาที	ฝึกหายใจอย่างมีสติ	50-60% MHR: 65-78 bpm
19	เดินเร็วในบริเวณวัด	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
20	การออกกำลังกายด้วยยางยืด	15-20 นาที	การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด	50-60% MHR: 65-78 bpm
21	สมาธิ (สวดมนต์) ปรึกษาโภชนาการ	20 นาที 30-60 นาที	สร้างความสงบในจิตใจ เพื่อการศึกษาด้านสุขภาพ	-
22	เดินเร็วในบริเวณวัด	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
23	กิจกรรมก้าวเดิน ก้าวตา	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

วัน	กิจกรรม	เวลา	หมายเหตุ	เป้าหมาย Maximal Heart Rate (MHR)
24	การออกกำลังกายด้วยยางยืด	15-20 นาที	การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด	50-60% MHR: 65-78 bpm
25	การหายใจลึก	20 นาที	ฝึกหายใจอย่างมีสติ	-
26	เดินเร็วในบริเวณวัด	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
27	การออกกำลังกายด้วยยางยืด	15-20 นาที	การออกกำลังกายแบบมีแรงต้านด้วยยางยืด	50-60% MHR: 65-78 bpm
28	เดินเร็วในบริเวณวัด	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
29	กิจกรรมก้าวเดิน ก้าวตา	30 นาที	การออกกำลังกายแบบแอโรบิค	50-60% MHR: 65-78 bpm
30	การหายใจลึกเก็บข้อมูล ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรม	30 นาที	รายงานข้อมูลแบบประเมิน	-

9. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- พระสงฆ์มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการรับประทานอาหาร
- พระสงฆ์มีสุขภาพดีขึ้นโดยประเมินจากน้ำหนักตัวและดัชนีมวลกายที่อยู่ในเกณฑ์ค่าปกติ (18.5-22.9 กิโลกรัม/เมตร²) หลังเสร็จสิ้นโครงการ
- พระสงฆ์สามารถเข้าถึงการส่งเสริมสุขภาพผ่านระบบ telemedicine

10. การประเมินผลโครงการ

- 10.1 จำนวนพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ
- 10.2 program adherence
- 10.3 ความพึงพอใจของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ

11. ตัวชี้วัดและเป้าหมาย

ตัวชี้วัด	เป้าหมาย
11.1 จำนวนพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ	200 รูป
11.2 program adherence (ทำตามโปรแกรมได้มากกว่าร้อยละ 70)	ร้อยละ 70
11.3 ความพึงพอใจของพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ ระดับ ≥ 4	ร้อยละ 80

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

12. สรุปจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการ (จำนวน 200 ราย)

การประเมินร่างกายเบื้องต้นสำหรับพระสงฆ์ที่เข้าร่วมโครงการ

ตัวแปรที่ติดตาม	รวม(n=200)
น้ำหนัก (กิโลกรัม)	75.72±19.83
ส่วนสูง (เซนติเมตร)	169.38±9.94
ดัชนีมวลกาย (กิโลกรัมต่อตารางเมตร)	26.13±6.03
แรงบีบมือ(ขวา) (กิโลกรัม)	36.79±11.32
แรงบีบมือ(ซ้าย) (กิโลกรัม)	34.39±7.68

13. การประเมินความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ

ตัวแปรที่ติดตาม	ระดับมาก	ระดับน้อย
ความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ		
คุณรู้ว่ามีแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพใดบ้างที่สามารถใช้ได้บนอินเทอร์เน็ต	105 (52.5%)	95 (47.5%)
คุณรู้ว่าจะหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์บนอินเทอร์เน็ตได้ที่ไหน	111 (55.5%)	89 (44.5%)
คุณรู้วิธีค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีประโยชน์บนอินเทอร์เน็ต	126 (63.0%)	74 (37.0%)
คุณรู้วิธีใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อหาคำตอบเกี่ยวกับสุขภาพ	124 (62.0%)	76 (38.0%)
คุณรู้วิธีใช้ข้อมูลสุขภาพที่พบบนอินเทอร์เน็ตในการดูแลสุขภาพของตนเอง	104 (52.0%)	96 (48.0%)
คุณมีทักษะที่จำเป็นในการประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพบนอินเทอร์เน็ต	104 (52.0%)	96 (48.0%)
คุณสามารถระบุแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพที่มีคุณภาพสูงไปจนถึงแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพต่ำบนอินเทอร์เน็ตได้	84 (42.0%)	116 (58.0%)
คุณรู้สึกมั่นใจในการใช้อินเทอร์เน็ตเพื่อการตัดสินใจในเรื่องสุขภาพ	112 (56.0%)	88 (44.0%)

จากการดำเนินโครงการที่ผ่านมาพบว่าพระสงฆ์ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีสัดส่วนผู้ที่มีความรอบรู้สารสนเทศอิเล็กทรอนิกส์ด้านสุขภาพ สูงกว่าพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพ และพบปัญหาการดึงข้อมูลกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์ซึ่งล่าช้ากว่ากำหนดการ

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน:บางกอกน้อยโมเดล

(เนื้อหาภาคผนวก จ)

Health Survey of Monks Residing in Urban Areas: The Bangkok Noi Model

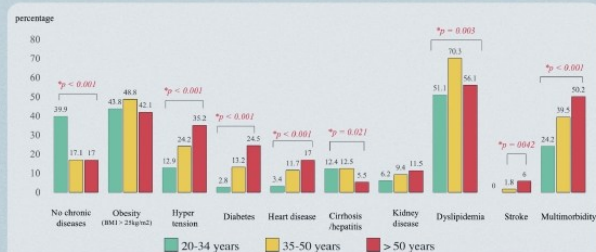
Wasumadee Ko-amornsap, B.Sc.¹, Arunotai Siriussawakul, M.D., Ph.D.^{2,*}, Kanuch Aosangdeekul, B.H.E.¹, Rindrada Preedachitkul, M.Sc.¹, Varalak Srinonprasert, M.D.^{1,3}, Pawit Somnuke, M.D., Ph.D.², Weerasak Muangpaisan, M.D.⁴, Ponnappa Petchthai, B.N.S.¹, Naris Kitnarong, M.D.⁵

¹Siriraj Health Policy Unit, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, ²Department of Anesthesiology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, ³Department of Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, ⁴Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand, ⁵Department of Ophthalmology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Health Survey of Monks Residing in Urban Areas: The Bangkok Noi Model

The high rate of obesity and non-communicable diseases among monks requires a tailored lifestyle modification program that includes adequate nutrition, proper exercise, health education and regular check-ups.

The study utilized self-report questionnaires and specialized health checkup programs at a university hospital. The eligible participants were monks aged 20 years or older, who were living permanently in temples within the Bangkok Noi District and its surrounding areas.



Conclusion: The study highlights a high prevalence of obesity among monks in urban settings. There is a pressing need for tailored preventive interventions that integrate health promotion and lifestyle modifications through Dhamma and Vinaya teachings. The interventions should address the distinct needs of different age groups



SIRIRAJ
MEDICAL
JOURNAL

Ko-amornsap et al. *Siriraj Med J* 2024;76(11):746-57.
©Siriraj Medical Journal. All rights reserved.



*Corresponding author: Arunotai Siriussawakul

E-mail: arunotai.sir@mahidol.ac.th

Received 16 May 2024 Revised 13 August 2024 Accepted 21 August 2024

ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-0848-6546>

<https://doi.org/10.33192/smj.v76i11.269296>



All material is licensed under terms of
the Creative Commons Attribution 4.0
International (CC-BY-NC-ND 4.0)
license unless otherwise stated.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to assess the prevalence of obesity and identify associated health problems and behaviors among monks residing in Bangkok Noi and its adjacent districts.

Materials and Methods: Employing a cross-sectional design, this research incorporated self-report questionnaires and specialized health checkup programs at a university hospital. Eligible participants were monks aged 20 years or older, living permanently in temples within the Bangkok Noi District and its adjacent districts. Monks in short-term ordination were excluded. Data collection occurred between February 2022 and July 2023.

Results: Out of 560 monks who participated by completing both the questionnaires and health examinations, the average age was 46.49 ± 16.97 years. Most participants resided in the Taling Chan (35.4%) and Bangkok Noi (31.8%) districts. Significant health issues included non-communicable diseases, with dyslipidemia affecting 57.8% and obesity 44.2% of the cohort. Monks over the age of 50 exhibited a remarkably higher rate of multimorbidity (50.2%) than their younger counterparts (24.2%, $p < 0.001$, 95% CI 20.71–27.97). Dietary habits revealed that younger monks were more prone to consuming fried, sweet and instant foods (74.5%, $p < 0.001$, 95% CI 70.67–78.07). Moreover, a significant proportion of younger monks demonstrated proficient e-health literacy (74.2%, $p < 0.001$, 95% CI 70.37–77.78).

Conclusion: The study highlights a high prevalence of obesity among monks in urban settings. There is a pressing need for tailored preventive interventions that integrate health promotion and lifestyle modifications through Dhamma and Vinaya teachings. The interventions should address the distinct needs of different age groups.

Keywords: Buddhist monks; Health survey; Noncommunicable diseases; Thailand; Urban (Siriraj Med J 2024; 76: 746-757)

INTRODUCTION

The Asia-Pacific region hosts the most substantial Buddhist populations globally, with Thailand being a prominent Buddhist-majority nation.¹ Buddhism profoundly impacts Thai society, where monks are crucial in preserving and propagating religious teachings.² However, urban Thai monks face significant health challenges, due to their increasing adoption of a layperson's lifestyle.³

Urbanization is a pivotal 21st-century trend impacting health worldwide. Urban environments, characterized by pollution, heat islands, and confined spaces, hinder active lifestyles and amplify the prevalence of non-communicable diseases (NCDs) while contributing to climate change.⁴ In Thailand, NCDs are the predominant cause of mortality, accounting for 74% of all NCD-related deaths and over 400 000 fatalities annually—equivalent to more than 1000 deaths daily. Thai citizens face a 14% risk of premature death (before 70 years) from major NCDs such as cardiovascular diseases, diabetes, chronic respiratory diseases, and cancer, with men and women facing risks of 18% and 11%, respectively.^{5,6}

Despite monks' critical roles in practicing and teaching Buddhist principles to alleviate suffering,⁷ recent findings indicate a troubling escalation in NCD prevalence within this group. Notably, the prevalence of hypertension in monks is three times higher than in the broader Thai population, at 76% versus 24.7%.^{8,9}

Furthermore, approximately 62% of monks are classified as overweight, with a body mass index (BMI) of 25 kg/m² or higher.^{10,11}

The health challenges faced by monks, particularly those related to NCDs, profoundly affect their quality of life. Consequently, there is a critical need for prevention measures and healthcare support systems tailored specifically for this population. In response, in 2017, several pivotal Thai institutions, including the Ministry of Public Health, the National Buddhism Office, the National Health Security Office, and the National Health Commission Office, jointly passed a resolution to enforce nationwide health regulations for monks. The primary goal is to empower monks to manage their health in accordance with Buddhist disciplinary principles.¹² This initiative encompasses efforts in five strategic areas: enhancing knowledge, improving access to information, fostering community health development, providing healthcare services, and conducting research to better support monk health and manage risk factors.

The Bangkok Noi Model, a community health system study conducted by the Faculty of Medicine Siriraj Hospital, collected extensive data on the physical, mental, and social health of Bangkok Noi residents.^{13,14} However, monks were not included in that study. Our research specifically targeted the health and lifestyle of monks, aiming to provide comprehensive health data for

the urban setting of Bangkok Noi, thus encompassing all demographic groups within the community. Current data indicates there are 457 temples in Bangkok, with the Bangkok Noi district having the highest concentration at 32 temples, followed by the Taling Chan district with 30 temples.¹⁵ This study aimed to assess the prevalence of obesity and identify associated health problems and behaviors among monks residing in Bangkok Noi and its adjacent districts.

MATERIALS AND METHODS

This cross-sectional investigation forms part of the “Sustainable Development of Health Promotion System for Monks by Interdisciplinary Teams and Public Participation: Bangkok Noi model,” authorized under COA number 048/2564 (IRB2). The program’s goal is to enhance health knowledge among monks through advanced healthcare services that facilitate remote communication system integration and the generation of tailored health plans based on collected monk health data.

Ethical approval for the study was obtained from the pertinent ethics committee, which confirmed adherence to established ethical standards and guidelines for human research. Monks residing in temples within the Bangkok Noi district and its adjacent areas were invited to engage in this study voluntarily. The inclusion criteria specified monks aged 20 years and above residing at temples in Bangkok Noi District and its vicinity. Conversely, the exclusion criteria encompassed monks undergoing short-term ordination, such as temporary ordination, ordination for a specific ritual, or ordination lasting less than 1 year (Supplementary Materials: Fig 1). Research assistants provided comprehensive explanations about the health checkup programs and the self-report questionnaires.

These explanations covered the objectives, procedures, potential benefits, and possible risks involved. This discussion took place before the participants scheduled their appointments at the hospital.

Sample size estimation and statistical analysis

The total sample size of this study was 560 monks, drawn from a total population of 13 112 monks in Bangkok in 2021.¹⁵ The primary objective of this study was to survey the behavior and health status of monks in Bangkok, with a specific focus on chronic diseases such as obesity, diabetes, and hypertension. The estimation of the sample size was based on previous research concerning non-communicable diseases and social determinants of health among Buddhist monks,⁹ alongside data from a study of urban health among 283 monks in Samut Prakan Province, Thailand.¹⁶ The latter study revealed that 25.4% of monks were obese. Using the estimated population proportion formula, with an assumed obesity prevalence of 25.4% among monks, an acceptable margin of error of 3.8% was set. This margin was calculated from a 15% margin of the population proportion ($d = 15\% \times 0.254 = 0.038$), alongside a confidence level of 95% and a two-sided type I error of 0.05. Thus, the required sample for monks in the Bangkok Noi District was approximately 505 individuals.

Statistical analyses were performed using IBM SPSS Statistics (version 29; IBM Corp, Armonk, NY, USA). Baseline demographic data were summarized by data type. Continuous variables are presented with means and standard deviations if normally distributed, or medians and ranges for non-normally distributed data. Categorical data are represented as frequencies and percentages.

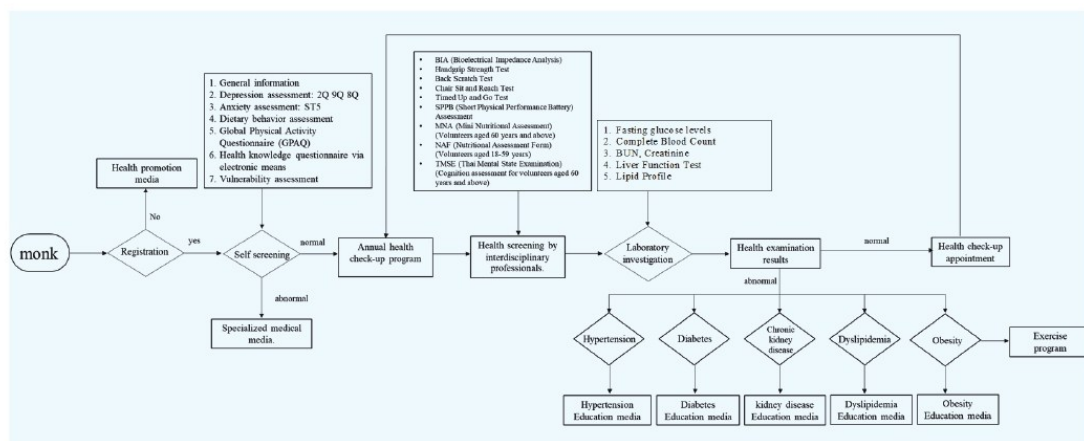


Fig 1. Overview of specialized health checkup program initiative.

Data collection

Data collection was conducted via health checkup stations and standardized questionnaires. Surveys were conducted in Bangkok Noi area from February 2022 to July 2023. Fig 1 provides an overview of the specialized health checkup program initiative. Monk volunteers completed self-screening questionnaires before undergoing a scheduled health checkup at the Siriraj Checkup Center. Nurses, nutritionists, health educators, and trained personnel collected data on the health checkup day. All gathered data were electronically logged and securely maintained in a dedicated database. Rigorous protocols were in place to guarantee the confidentiality and privacy of all monks participating in the study throughout the data collection phase.

Self-report questionnaire

The questionnaire employed in this study was a paper-based structured survey designed to capture comprehensive details about participants' health, lifestyle, and medical history (see Supplementary Materials Table 1 for references). To evaluate mental health, three primary tools were utilized: the 2Q and 9Q depression-rating scales for depressive symptoms assessment and the ST-5 stress test questionnaire for stress levels. Lifestyle and quality of life measurements included the frailty questionnaire, the EQ-5D-5L for health-related quality of life, a dietary behavior assessment, the Global Physical Activity Questionnaire, and an evaluation of e-health literacy.

Health screening and laboratory investigations

Health screenings were meticulously conducted by an interdisciplinary team comprising nurses, nutritionists, health educators, and trained personnel. Laboratory investigations were performed by personnel from the Siriraj Checkup Center, including nurses and physicians (details of laboratory investigations are provided in Supplementary Materials Tables 2 and 3). These included blood tests for fasting glucose levels and lipid profiles, along with other essential biochemical parameters. Imaging tests, such as chest X-rays and electrocardiograms, were performed based on each participant's age and health condition.

Physical fitness was assessed by health educators and trained personnel at the Siriraj Checkup Center using multiple tests to evaluate different physical capabilities. Body composition was analyzed using bioelectrical impedance analysis. Muscle strength was measured with a hand-grip test. Flexibility was assessed using the back scratch test and the chair sit-and-reach test. Balance and activities

of daily living were evaluated through the timed up and go test and the Short Physical Performance Battery.

Multimorbidity

Multimorbidity is defined as the simultaneous occurrence of at least two chronic conditions within an individual.¹⁷ The likelihood of multimorbidity escalates with age, potentially increasing susceptibility to diseases and diminishing resistance to acute health threats, such as infections.¹⁸ In this study, health data were gathered from health checkups conducted at Siriraj Checkup Center. Multimorbidity was diagnosed by physicians and assessed by analyzing chronic disease data. The condition was identified when an individual was diagnosed with at least two chronic conditions, including hypertension, diabetes, heart disease, cirrhosis/hepatitis, kidney disease, dyslipidemia, and stroke.

RESULTS

Demographic information of the participants

In total, 560 monks across six districts participated, completing both the questionnaire and health checkups. The distribution was primarily in Taling Chan (197 monks, 35.4%) and Bangkok Noi (177 monks, 31.8%; Table 1). Participants were grouped into three age categories. Monks older than 50 years represented the largest contingent (253 monks, 45.18%), followed by the 20–34 year age group (178 monks, 31.79%) and the 35–50 year age group (129 monks, 23.04%). High educational levels (i.e., high school level or higher) were prevalent among the participants. Older age groups reported more physical issues, such as problems with vision, hearing, and dental health, than their younger counterparts.

According to the health checkup data (Table 2), only 24.3% of participants were free from any diseases. Among those aged over 50, multimorbidity was the most common condition, succeeded by dyslipidemia, hypertension, and diabetes. Conversely, among the middle-aged group, dyslipidemia surfaced as the predominant health issue with a significantly higher incidence than other age groups. Younger participants primarily faced health challenges related to dietary behavior and physical activity levels, exhibiting prevalent conditions such as obesity, dyslipidemia, and hepatitis.

The survey yielded vital insights into the health status of Buddhist monks (Table 2), highlighting a substantial prevalence of elevated BMI: 44.2% of all monks had a BMI exceeding 25 kg/m². The obesity rate was notably highest among monks aged between 35 and 50 years, at 48.8%. The age groups of 20–34 and over 50 years showed obesity rates of 43.8% and 42.1%, respectively.

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

Ko-amornsap et al.

TABLE 1. Demographic characteristics of participating monks (n=560).

Variable	Total (n=560)	20-34 years (n=178)	35-50 years (n=129)	> 50 years (n=253)	p
District					<0.001
Bangkok Noi	177 (31.6%)	48 (27.0%)	39 (30.2%)	90 (35.6%)	
Taling Chan	199 (35.5%)	55 (30.9%)	39 (30.2%)	105 (41.5%)	
Bangkok Yai	86 (15.4%)	42 (23.6%)	29 (22.5%)	15 (5.9%)	
Bangplad	76 (13.6%)	25 (14.0%)	15 (11.6%)	36 (14.2%)	
Phra Nakhon	17 (3.0%)	8 (4.5%)	4 (3.1%)	5 (2.0%)	
Phasi Charoen	5 (0.9%)	0 (0.0%)	3 (2.3%)	2 (0.8%)	
Education level					<0.001
Less than high school diploma	161 (29.0%)	37 (21.0%)	27 (21.1%)	97 (38.6%)	
High school diploma or higher	394 (71.0%)	139 (79.0%) ^a	101 (78.9%) ^a	154 (61.4%) ^b	
Not available	5 (0.9%)	2 (1.1%)	1 (0.8%)	2 (0.8%)	
Buddhist education					0.659
Uneducated	70 (12.5%)	22 (12.4%)	13 (10.1%)	35 (13.8%)	
Nak-Dham Tri and Tho	141 (25.2%)	40 (22.5%)	33 (25.6%)	68 (26.9%)	
Nak-Dham Aek and above	344 (61.4%)	114 (64.0%)	82 (63.6%)	148 (58.5%)	
Not available	5 (0.9%)	2 (1.1%)	1 (0.8%)	2 (0.8%)	
Treatment method					
Hospital or nearby healthcare facility	506 (90.4%)	159 (89.3%) ^a	109 (84.5%) ^a	238 (94.1%) ^b	0.009
Self-medication, traditional medicine	494 (88.2%)	154 (86.5%)	118 (91.5%)	222 (87.7%)	0.402
Smoking habits					
Smoker: currently smoking	80 (14.3%)	23 (12.9%)	19 (14.7%)	38 (15.0%)	0.837
Smoker: quit smoking	129 (23.0%)	26 (14.6%) ^a	31 (24.0%)	72 (28.5%) ^b	0.003
Vision problems	286 (51.5%)	64 (36.4%) ^b	69 (53.9%) ^a	153 (61.0%) ^a	<0.001
Hearing problems	82 (14.8%)	11 (6.3%) ^b	21 (16.4%) ^a	50 (19.9%) ^a	<0.001
Dental health problems	213 (38.4%)	44 (25.0%) ^a	43 (33.6%)	126 (50.2%) ^b	<0.001

^{a, b} The letter difference is significant at the 0.05 level.

The prevalence of chronic diseases exhibited considerable variation among different age groups. In participants aged over 50, multimorbidity was notably prevalent, affecting 50.2% of this group, in stark contrast to 24.2% in the younger cohort ($p < 0.001$). Furthermore, 56.1% of the older participants suffered from dyslipidemia, followed by hypertension at 35.2% and diabetes at 17.0%. Interestingly, the prevalence of hepatitis was significantly lower in this older group (5.5%) compared to the other age groups ($p < 0.001$).

In the middle-age group (35–50 years), dyslipidemia emerged as the most prevalent condition, affecting 70.3% of participants. This rate was significantly higher than in the older and younger groups, which recorded dyslipidemia prevalences of 56.1% and 51.1%, respectively ($p < 0.003$). The pattern of disease presence in this group aligned somewhat with the older cohort, with prevalences of hypertension, diabetes, and hepatitis at 24.2%, 13.2%, and 12.5%, respectively. For the younger group, the principal health concerns were tied to dietary behavior

and physical activity levels. This group exhibited obesity in 43.8% of individuals, dyslipidemia in 51.1%, and hepatitis in 12.4%.

Self-screening reports

Health behavior

The health behavior screening highlighted the dietary patterns and physical activity levels among monks. Overall, a common dietary behavior was the consumption of fruit and vegetables. Despite this, younger and middle-aged monks tended to consume significantly higher amounts of sweets, desserts, fried foods, and instant food than the older age group. However, there were no significant differences in food hygiene across the age groups.

Physical activity levels among the monks were assessed using the Global Physical Activity Questionnaire. This instrument helped differentiate physical activity by intensity across various age groups. For low and moderate-intensity activities, which include moderate labor and transportation movements, the median value across all age groups was 1680 MET-minutes. This indicates a moderate engagement in these types of activities among monks. Regarding vigorous-intensity physical activity, characterized by activities requiring maximal oxygen uptake,¹⁹ such as carrying heavy loads, the median value for all age groups was documented at 1200 MET-minutes (ranging from 80 to 30 240 MET-minutes).

This also reflects a moderate level of engagement in vigorous activities among monks. The assessment of basal metabolic rate, which measures the caloric expenditure for basal life-sustaining functions,²⁰ revealed age-related differences among participants. Older monks exhibited a significantly lower metabolic rate (1350.54 ± 196.51) than the younger (1546.66 ± 269.78) and middle-aged groups (1520.38 ± 215.82), with $p < 0.001$.

The self-screening reports provided further insights into the health status across different age groups. The EQ5D5L quality of life questionnaire scores averaged at 0.919 ± 0.119 for the older group, which was lower than the 0.947 ± 0.982 score of the younger group ($p 0.023$; Table 3). However, no significant differences were observed in mental health as assessed by the Depression and Stress Test questionnaires; most participants reported no issues. The FRAIL questionnaire results also indicated that a majority of participants were categorized as fit.

Physical fitness

Muscle mass and handgrip strength were also found to be lower in the older age group relative to younger participants. Similarly, flexibility assessments, measured through the back scratch test and the chair sit-and-reach test, demonstrated reduced flexibility in the older monks. The timed up and go test, a measure of dynamic balance and functional mobility, showed that older monks, with

TABLE 2. Prevalence of chronic conditions and multimorbidity among monks (n=560).

Variable	Total (n=560)	20-34 years (n=178)	35-50 years (n=129)	> 50 years (n=253)	p
Diseases					
No chronic diseases	136 (24.3%)	71 (39.9%) ^b	22 (17.1%) ^a	43 (17.0%) ^a	<0.001
Obesity (BMI > 25 kg/m ²)	247 (44.2%)	78 (43.8%)	63 (48.8%)	106 (42.1%)	0.432
Hypertension	143 (25.6%)	23 (12.9%) ^b	31 (24.2%) ^a	89 (35.2%) ^a	<0.001
Diabetes	84 (15.0%)	5 (2.8%) ^b	17 (13.2%) ^a	62 (24.5%) ^a	<0.001
Heart disease	64 (11.4%)	6 (3.4%) ^b	15 (11.7%) ^a	43 (17.0%) ^a	<0.001
Cirrhosis/hepatitis	52 (9.3%)	22 (12.4%) ^a	16 (12.5%) ^a	14 (5.5%) ^b	0.021
Kidney disease	52 (9.3%)	11 (6.2%)	12 (9.4%)	29 (11.5%)	0.178
Dyslipidemia	323 (57.8%)	91 (51.1%) ^a	90 (70.3%) ^b	142 (56.1%) ^a	0.003
Stroke	9 (3.3%)	0 (0.0%)	1 (1.8%) ^a	8 (6.0%)	0.042
Multimorbidity	221 (39.5%)	43 (24.2%) ^b	51 (39.5%) ^a	127 (50.2%) ^a	<0.001

^{a, b} The letter difference is significant at the 0.05 level.

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

Ko-amornsap et al.

TABLE 3. Monk self-report data compilation (n=560).

Variable	Total (n=560)	20-34 years (n=178)	35-50 years (n=129)	> 50 years (n=253)	p
Dietary behavior assessment (during the past week, how often did you consume)					
Fresh or cooked vegetables	540 (96.4%)	171 (96.1%)	126 (97.7%)	243 (96.0%)	0.707
Fruits	526 (93.9%)	167 (93.8%)	119 (92.2%)	240 (94.9%)	0.581
Sweets or desserts	482 (86.3%)	135 (76.3%) ^a	97 (75.2%) ^a	167 (66.0%) ^b	0.037
Fried foods	454 (81.5%)	158 (89.3%) ^a	109 (84.5%) ^a	187 (74.5%) ^b	<0.001
Instant food	393 (70.8%)	149 (84.2%) ^a	103 (79.8%) ^a	141 (56.6%) ^b	<0.001
Food hygiene					
Washing fruit and vegetables before cooking	492 (87.9%)	156 (87.7%)	112 (86.8%)	224 (88.5%)	0.891
Using clean food containers for storage	376 (67.1%)	125 (70.2%)	79 (61.2%)	172 (68.0%)	0.411
Eating freshly cooked foods	524 (93.6%)	174 (97.7%)	120 (93.1%)	230 (90.9%)	0.102
Global Physical Activity Questionnaire: GPAQ					
Work activity (low intensity; corresponding to 4 MET/min)	1680 (40, 100 800)	1920 (80, 15 240)	1560 (40, 20 480)	1680 (60, 100 800)	0.406
Transport activity (moderate intensity; corresponding to 4 MET/min)	1680 (40, 16 800)	1680 (40, 8400)	1680 (160, 3360)	1680 (40, 16 800)	0.870
Recreation (vigorous intensity; corresponding to 8 MET/min)	1200 (80, 30 240)	1040 (120, 5040)	1160 (80, 6720)	1560 (80, 30 240)	0.145
Depression					0.444
No depression (scores 0–6)	509 (90.9%)	157 (88.2%)	122 (94.6%)	230 (90.9%)	
Mild depression (scores 7–12)	43 (26.7%)	16 (22.2%)	7 (21.9%)	20 (35.1%)	
Moderate depression (scores 13–18)	6 (3.7%)	4 (5.6%)	0 (0.0%)	2 (3.5%)	
Major depression (scores ≥ 19)	2 (1.2%)	1 (1.4%)	0 (0.0%)	1 (1.8%)	
Stress Test Questionnaire (ST5)					<0.001
No problem (scores < 4)	436 (77.9%)	119 (66.9%)	101 (78.3%)	216 (85.4%)	
Might have a problem (scores 5-6)	79 (14.1%)	32 (18.0%)	23 (17.8%)	24 (9.5%)	
Has a problem (scores 7-9)	24 (4.3%)	16 (9.0%)	3 (2.3%)	5 (2.0%)	
Severe problem (scores 10-15)	21 (3.8%)	11(6.2%)	2 (1.6%)	8 (3.2%)	
FRAILTY					0.368
0 (fit)	375 (67.0%)	123 (69.1%)	92 (71.3%)	160 (63.2%)	
1-2 (pre-frail)	169 (30.2%)	52 (29.2%)	34 (26.4%)	83 (32.8%)	
3-5 (frail)	16 (2.9%)	3 (1.7%)	3 (2.3%)	10 (4.0%)	
EQ5D5L	0.933±0.106	0.947±0.982 ^a	0.939±0.087	0.919±0.119 ^b	0.023
VAS	80.26±14.22	81.87±13.68	80.63±13.91	78.94±14.45	0.100

* The analyzed patients were the ones who answered “yes” to ≥ 1 question of 2Q questionnaire (n=161)

^{a, b} The letter difference is significant at the 0.05 level.

an average completion time of 10.61 ± 3.81 seconds, still maintain independence in mobility, including stair navigation and outdoor walking.²¹ However, this group's performance was significantly slower compared to the middle-aged (8.05 ± 2.50 seconds) and young (7.53 ± 1.66 seconds) monks ($p < 0.001$; Table 4). Furthermore, the Short Physical Performance Battery, which objectively evaluates functional capacity,²² produced an average score among all monks of 11.26 ± 1.54 , reflecting minimal physical limitations. However, the older age group scored lower (10.73 ± 1.99) than both the younger (11.77 ± 0.68) and middle-aged groups (11.56 ± 0.97 , $p < 0.001$), indicating a higher degree of functional impairment in this cohort.

Electronic health literacy

Table 5 outlines the levels of electronic health literacy among monks, showcasing significant age-related disparities. The results indicated that these skills were markedly higher among the younger (74.2%) and middle-aged groups (62.0%). In stark contrast, less than a third of the older participants (30.4%) demonstrated proficiency in electronic health literacy. Within these groups, distinct patterns emerged concerning specific electronic health literacy skills. The younger monks displayed the greatest proficiency in utilizing the related resources available on the internet, with 58.4% demonstrating competence. Meanwhile, the middle-aged group excelled in locating health information online that could be beneficial to their needs, recording a proficiency rate of 48.8%. However, both the younger and middle-aged groups showed lower confidence in using information from the internet to make informed health decisions, reflecting a potential area for educational enhancement.

DISCUSSION

In Thailand, a predominantly Buddhist nation, monks serve as key figures in disseminating Buddhist teachings and represent about 0.3% of the population.⁹ Historical perspectives have proposed that health issues among monks are often linked to their adoption of urbanized lifestyles.³ To address this, our study implemented a strategic approach to gather health data specifically from monks in urban locales, notably Bangkok. This included the establishment of health checkup stations at community temples and comprehensive medical evaluations at Siriraj Hospital.

The preliminary findings from this health survey indicated a demographic skew towards older individuals, with 45% of participants being over the age of 50. This segment of the population exhibited pronounced physical and mental health challenges, including hearing and

vision impairments, dental issues, metabolic disorders, multimorbidity, frailty, and symptoms of depression. Due to the monastic discipline that governs Buddhist monks, engaging in vigorous physical activities or sports is generally discouraged. Instead, monks often engage in less strenuous activities such as alms gathering from the Buddhist laity and fulfilling moderate duties at temples.^{3,23} Notably, the dietary habits of monks typically depend on food offerings collected during morning alms and lunchtime merit-making events at temples. This diet often mirrors urban eating habits, characterized by easily accessible convenience foods, which may be nutrient-deficient yet calorie-dense, particularly in fats and sugars. Such dietary patterns are contributory factors to the prevalent health issues observed among monks, including dyslipidemia, hypertension, diabetes mellitus, and obesity.^{3,24-26} This correlation underscores the need for tailored health interventions that consider both the unique dietary and lifestyle aspects of monastic life and the broader urban health challenges.

By segmenting the monks into three age categories, it became evident that distinct health profiles emerge across different life stages. The youngest group, aged 20–34 years, had the lowest incidence of comorbidities. Nevertheless, stress surfaced as a prevailing issue among all age groups, highlighting the critical need for enhanced mental health support within this community. Among the younger monks, a common dietary pattern included the frequent consumption of desserts, fried foods, and processed items. However, occurrences of dyslipidemia and obesity were comparatively less prominent within this group. This observation could potentially be explained by a combination of higher metabolic rates typically seen in younger individuals and more active lifestyles, which gradually decline with age.²⁷

The middle-aged group, 35–50 years, demonstrated the greatest susceptibility to obesity, a trend that decreases with advancing age. This result indicated that the metabolic rate declined with advancing age.²⁸ This could be related to age-associated reductions in appetite and metabolic shifts.²⁹ Given the limitations on physical activities imposed by monastic life, there have been suggestions for alternative approaches to maintain physical health among monks. These include engaging in less vigorous but beneficial exercises such as hand, arm, shoulder, and lower body stretching, as well as practices like yoga and qigong. These activities could be effectively integrated with routine temple duties and lifestyle adjustments to promote better health outcomes.²³

The monks in the senior age group (>50 years) exhibited the highest frequency of comorbidities, including frailty,

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของ
ประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

Ko-amornsap et al.

TABLE 4. Assessment of physical fitness parameters at Siriraj Checkup Center.

Variable	Total (n=560)	20-34 years (n=178)	35-50 years (n=129)	> 50 years (n=253)	p
Weight (kg)	69.16±15.64	71.55±19.33 ^a	72.49±14.91 ^a	65.75±1.06 ^b	<0.001
Height (cm)	166.51±7.19	168.60±7.20 ^a	167.43±7.27 ^a	164.57±6.64 ^b	<0.001
Body mass index (kg/m²)	24.95±5.02	25.26±6.24	25.85±4.77 ^a	24.27±4.00 ^b	0.008
< 18.5 (underweight)	38 (6.8%)	18 (10.1%)	4 (3.1%)	16 (6.3%)	
18.5 - 22.99 (normal weight)	170 (30.4%)	57 (32.0%)	30 (23.3%)	83 (32.9%)	
23 - 24.99 (overweight)	104 (18.6%)	25 (14.0%)	32 (24.8%)	47 (18.7%)	
>24.99 (obese)	247 (44.2%)	78 (43.8%)	63 (48.8%)	106 (42.1%)	
Thai Mental State Examination (TMSE)					-
≤ 23 (dementia)	26 (18.1%)	-	-	26 (18.1%)	
> 23	118 (81.9%)	-	-	118 (81.9%)	
Mini Nutritional Assessment (MNA)					-
Normal nutritional status	100 (68.0%)	-	-	100 (68.5%)	
At risk of malnutrition	43 (29.3%)	-	-	43 (29.5%)	
Malnourished	4 (2.7%)	-	1 (100.0%)	3 (2.1%)	
Nutritional Assessment Form (NAF)					0.028
Low risk of malnutrition	398 (95.9%)	174 (97.8%)	126 (97.7%)	98 (90.7%)	
Moderate risk of malnutrition	16 (3.9%)	4 (2.2%)	3 (2.3%)	9 (8.3%)	
Severe malnutrition	1 (0.2%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.9%)	
Physical fitness test					
Bioelectrical impedance analysis					
BMR (calories)	1452.37±244.44	1546.66±269.78 ^a	1520.38±215.82 ^a	1350.54±196.51 ^b	<0.001
Body fat (%)	23.53±7.89	22.87±9.40	23.72±7.89	23.90±6.80	0.405
Muscle mass (kg)	49.11±7.60	50.93±8.08 ^a	51.70±6.40 ^a	46.50±6.98 ^b	<0.001
Handgrip right (kg)	29.76±6.82	32.96±6.56 ^a	31.52±5.85 ^a	26.59±6.07 ^b	<0.001
Handgrip left (kg)	28.40±6.90	31.34±6.33 ^a	30.35±6.16 ^a	25.32±6.38 ^b	<0.001
Back scratch right (in)	-4 (-22, 6.5)	0 (-15, 6.5) ^a	0 (-17, 5) ^a	-7 (-22, 6) ^b	<0.001
Back scratch left (in)	-7 (-27, 15.5)	-3.5 (-19.5, 8) ^a	-6.9 (-21.5, 3.5) ^a	-9 (-27, 15.5) ^b	<0.001
Chair sit-and-reach test, right (in)	0 (-19.5, 10)	0 (-13.5, 8) ^a	0 (-14, 9)	0 (-19.5, 10) ^b	0.003
Chair sit-and-reach test, left (in)	0 (-19, 25)	0 (-14, 7) ^a	0 (-13, 25)	0 (-19, 9.4) ^b	0.002
Timed up and go (sec)	8.86±3.22	7.53±1.66 ^a	8.05±2.50 ^a	10.61±3.81 ^b	<0.001
Short Physical Performance Battery	11.26±1.54	11.77±0.68 ^a	11.56±0.97 ^a	10.73±1.99 ^b	<0.001
Severe limitations	5 (0.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (2.0%)	
Moderate limitations	7 (1.3%)	0 (0.0%)	1 (0.8%)	6 (2.4%)	
Mild limitations	38 (6.8%)	3 (1.7%)	2 (1.6%)	33 (13.1%)	
Minimal limitations	507 (91.0%)	174 (98.3%)	126 (97.7%)	207 (82.5%)	

^{a, b} The letter difference is significant at the 0.05 level.

TABLE 5. Electronic health literacy levels among monks.

Electronic health literacy	20-34 years (n=178)	35-50 years (n=129)	> 50 years (n=253)	p
1. What are the electronic health literacy resources that can be used on the internet?	104 (58.4%) ^a	59 (45.7%) ^a	54 (21.3%) ^b	<0.001
2. Where can you find health information that will benefit you on the internet?	95 (53.4%) ^a	62 (48.1%) ^a	58 (22.9%) ^b	<0.001
3. Do you know the way to find health information that will benefit you?	99 (55.6%) ^a	63 (48.8%) ^a	50 (19.8%) ^b	<0.001
4. Do you know how to use the internet to find information about health?	93 (52.2%) ^a	62 (48.1%) ^a	52 (20.6%) ^b	<0.001
5. Do you know how to utilize health information on the internet to take care of yourself?	86 (48.3%) ^a	57 (44.2%) ^a	49 (19.4%) ^b	<0.001
6. Do you have the necessary skill to assess the reliability of the source on the internet?	76 (42.9%) ^a	57 (44.2%) ^a	45 (17.8%) ^b	<0.001
7. Can you identify reliable health information sources on the internet?	73 (41.2%) ^a	47 (36.4%) ^a	40 (15.9%) ^b	<0.001
8. Do you feel confident in using information from the internet to make health decisions?	71 (39.9%) ^a	47 (36.7%) ^a	44 (17.4%) ^b	<0.001
A high score (4-5) of electronic health literacy in 5 or more questions	132(74.2%) ^a	80 (62.0%) ^a	77 (30.4%) ^b	<0.001

^{a,b} The letter difference is significant at the 0.05 level.

diminished quality of life, malnutrition, reduced muscle mass and strength, and decreased physical performance. Compounded by significantly lower levels of electronic health literacy, these factors align with studies suggesting that advanced age often correlates with limitations in digital health literacy.³⁰⁻³³ Furthermore, cognitive decline is a significant concern in this demographic, with an 18% incidence rate of dementia noted, potentially leading to impaired self-care abilities and increased reliance on external healthcare support.³⁴

Given these multifaceted health challenges, lifestyle interventions are crucial for maintaining and enhancing health in senior monks. Dietary modifications and engagement in moderate physical exercises, such as resistance training through temple chores, yoga, and qigong, alongside stretching and morning alms rounds, are advocated. These measures are not only feasible within the constraints of monastic life but are also effective in battling obesity.³⁵ Importantly, past studies suggest that while heavy exercise might generate proinflammatory cytokines and disrupt serotonin biosynthesis by breaking

down essential amino acids such as tryptophan, resulting in fatigue, low mood, and carbohydrate cravings,³⁶ moderate exercise can offer substantial health benefits without these adverse effects. Thus, tailored physical activities are recommended to optimize well-being and mitigate health risks for aging monks.

Our research represents one of the few studies examining the health status of urban Buddhist monks. However, the study did have limitations. The health survey was conducted by inviting monks primarily from six highly urbanized districts out of the 50 districts in Bangkok. Additionally, about 70% of the participants had achieved at least a high school education, which may correlate with better dietary and food hygiene practices. Consequently, the demographic characteristics of the participating monks might hinder the generalizability of our findings across a broader monk population. Future studies could consider a prospective case-cohort approach to allow a deeper exploration into the health dynamics within this group. Nevertheless, the study showcased several strengths. Although the sample may not fully

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยทีมสหวิทยาการและการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างยั่งยืน: บางกอกน้อยโมเดล

Ko-amornsap et al.

represent all monks in Bangkok or in other urban settings, the thorough data collection from central business districts effectively captured the influence of an urbanized lifestyle. Stratifying monks into three distinct age groups illuminated specific health issues and contributory factors relevant to each cohort, particularly highlighting gaps in electronic health literacy.

This investigation significantly enhances our understanding of the health challenges and disparities faced by monks, a group often constrained in terms of engaging in health-promoting activities, such as regular exercise and sustaining a healthy diet. By focusing on a predominantly male cohort, this study also draws attention to diseases that disproportionately impact men, such as stroke and cardiovascular diseases. The extensive data collected provide valuable insights into how urbanization and modern lifestyle factors influence monk health. These findings lay a crucial foundation for devising targeted interventions aimed at boosting health and well-being among monks and similar populations, ultimately fostering enhanced healthcare access and promoting healthier lifestyles within these communities.

ACKNOWLEDGMENTS

This research project received financial support from the Office of The National Broadcasting and Telecommunications Commission (A 63-1-(2)-006). The funder did not participate in any aspect of the study. We would like to express our gratitude to the following individuals and units: Prof. Dr. Prasit Watanapa, Mrs. Sunaree Pengrungrungwong, Mrs. Bongkot Prathumphan, Mrs. Arthittaya Saejang, Siriraj Checkup Center and Siriraj Health Policy for their assistance in the work. We are grateful to Mr. Monai Sauejui for administrative support.

DECLARATION

Grants and Funding Information

This project is not funded by any external sources.

Conflicts of Interest

The authors declare that they have no conflicts of interest.

Author Contributions

AS, VS and WM were responsible for the conceptualization. AS, VS and WM handled the methodology. WS, KA and PP performed data collection. RP carried out the formal analysis. AS, VS and NK managed resources and provided access to crucial research components. AS and WK evaluated the data. WK, RP, PS and AS drafted

the original manuscript. WK, RP, PS and AS reviewed and edited the manuscript. AS supervised the project, handled administration, and acquired funding.

REFERENCES

1. Hackett C, Grim B, Stonawski M, Skirbekk V, Potančoková M, Abel G. The Global Religious Landscape: A Report on the Size and Distribution of the World's Major Religious Groups as of 2010/2012.
2. Arunsutalangkarn P. role of thai buddhist monks and education in thai society. *Journal of Buddhist Anthropology*. 2023;8(2): 96-103.
3. Attaworakun S, Ngamdee N, Cherdantia V. Monk's health in urban area: The Problem that should be considered. *Vajira Medical Journal: Journal of Urban Medicine*. 2019;63(Supplement):S177-S84.
4. WHO. Urban health ; 2021 [cite 2024 June 20] [Available from: <https://www.who.int/health-topics/urban-health>].
5. World Health Organization. Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
6. World Health Organization (WHO) SEA, Thailand. Prevention and Control of Noncommunicable Diseases in Thailand – The Case for Investment. 2021.
7. Phra Maha Wichian Wachiramotamonuen KA, Kanchanaphet, Phra Khru Sutthakit Somso. The role of monks in modern Thai society development. *Journal Maha Chulalongkornrajavidyalaya University*. 2021;3(6):42-9.
8. Puckchareon; WALM-sNRWSH. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Health Systems Research Institute (HSRI). 2016.
9. Jeamjitvibool T, Tankumpuan T, Lukkahatai N, Davidson PM. Noncommunicable diseases and social determinants of health in Buddhist monks: An integrative review. *Res Nurs Health*. 2022;45(2):249-60.
10. Angkatavanich J, Ariyapitipun, T., Wisarith, W., Prasobtham, J., & Punpanich, D. . Situation of Nutritional Problem in Buddhist Monks from Project "Sonkthaiyai". Bangkok: Thai Health Promotion Foundation (in Thai). 2016.
11. Srimantayamas V, Fongkaew W, Suksatit B, Aree P, Kosachunhanun N. Health Behaviors and Health-Related Quality of Life among Buddhist Monks with Metabolic Syndrome. *Pacific Rim Int J Nurs Res*. 2020;24(2):159-71.
12. Phrakru Phiphit Sutatorn, PC, WB, TP, PL, NY, et al. National Monks Health Statute. 3rd Floor, National Health Building, 88/39 Tiwanon Road 14, Village No. 4, Talat Khwan Subdistrict, Mueang District, Nonthaburi Province 11000: National Health Commission Office (NHCO); 2017.
13. University FoMSHM. Bangkok Noi Model 2020 [Available from: <https://www2.si.mahidol.ac.th/en/sustainable/good-health-and-well-being/bangkok-noi-model/>].
14. Gozzoli P, Rongrat T, Gozzoli R. Design Thinking and Urban Community Development: East Bangkok. *Sustainability*. 2022; 14:4117.
15. Group IT, Department OotS, Buddhism NOo. Basic Information on Buddhism for the Year 2021/2021.
16. Suchar C. The Relationship between Food Consumption Behavior, and Blood Sugar, Lipid Levels, AND Body Mass Index Among Monks in Samutprakarn Province. *HCU Journal*. 2018;21(42): 107-21.

17. Skou ST, Mair FS, Fortin M, Guthrie B, Nunes BP, Miranda JJ, et al. Multimorbidity. *Nat Rev Dis Primers*. 2022;8(1):48.
18. World Health Organization. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. Geneva; 2016. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
19. CDC. Physical Activity ; 2022 [cite 2024 June 20]. Available from: <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/adults/index.htm>.
20. Health Promotion Division FoMSHMU. Basal Metabolic Rate (BMR) 2021. Available from: <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=1472>.
21. Wellmon R. Chapter 32 - Gait Assessment and Training. In: Cameron MH, Monroe LG, editors. *Physical Rehabilitation*. Saint Louis: W.B. Saunders; 2007. p. 844-76.
22. de Fátima Ribeiro Silva C, Ohara DG, Matos AP, Pinto A, Pegorari MS. Short Physical Performance Battery as a Measure of Physical Performance and Mortality Predictor in Older Adults: A Comprehensive Literature Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(20):10612.
23. Laochai WTD, Jiraprapong N. Promoting Physical Activity among Buddhist Monks: The Role of Nurse. *J Food Health Bioenv Sci*. 2023;13(2):59-66.
24. Anghawanich J SA. Thai remote distant media of disease: integrated nutrituon to the Buddhist way 4 sectors. Bangkok: Chor Langa. 2015.
25. hospital P. Health examination program for novice monks 2017. Nonthaburi: Department of Medical Services, Ministry of Public Health 2017
26. Bureau H. Screning of the health of monks in Bangkok in 2013: Bangkok: Health Bureau; 2014.
27. Palmer AK JM. Metabolic changes in aging humans: current evidence and therapeutic strategies. *J Clin Invest*. 2022;27(5):29-35.
28. Shimokata H, Kuzuya F. [Aging, basal metabolic rate, and nutrition]. *Nihon Ronen Igakkai Zasshi*. 1993;30(7):572-6.
29. Pilgrim AL RS, Sayer AA, Roberts HC. An overview of appetite decline in older people. *Nurs Older People*. 2015;27(5):29-35.
30. Wang X LW. Research progress on digital health literacy of older adults: A scoping review. *Front Public Health*. 2022;10:906089.
31. De Santis KK JT, Sina E, Wienert J, Zeeb H. Digitization and Health in Germany: Cross-sectional Nationwide Survey. *JMIR Public Health Surveill* 2021;7(11):e32951.
32. Papp-Zipernovszky O HM, Schulz PJ, Csabai M. Generation Gaps in Digital Health Literacy and Their Impact on Health Information Seeking Behavior and Health Empowerment in Hungary. *Front Public Health*. 2021;9:635943.
33. Lin CY GM, Griffiths MD, Bravell ME, Broström A, Pakpour AH. Mediated effects of insomnia, psychological distress and medication adherence in the association of eHealth literacy and cardiac events among Iranian older patients with heart failure: a longitudinal study. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2020;19(2): 155-64.
34. Rees J TR, Burton A, Walters K, Cooper C. Supporting self-care of long-term conditions in people with dementia: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2021;116:103432.
35. Clark JE. Diet, exercise or diet with exercise: comparing the effectiveness of treatment options for weight-loss and changes in fitness for adults (18-65 years old) who are overfat, or obese; systematic review and meta-analysis. *J Diabetes Metab Disord*. 2015;14:31.
36. Strasser B FD. Diet Versus Exercise in Weight Loss and Maintenance: Focus on Tryptophan. *Int J Tryptophan Res*. 2016;9:9-16.



กองทุนวิจัยและพัฒนากิจการกระจายเสียง กิจการโทรทัศน์ และกิจการโทรคมนาคม เพื่อประโยชน์สาธารณะ
(สำนักงาน กสทช.)