

การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ในอำเภอศีขรภูมิ  
จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน  
THE MODEL DEVELOPMENT OF HOLISTIC CARE OF THE SANGHA  
BY THE PARTICIPATION OF COMMUNITY NETWORK  
IN SIKHORAPHUM DISTRICT, SURIN PROVINCE

นพรัตน์ ตรงศุณย์<sup>1,\*</sup> และสุดาทิพย์ นพพิบูลย์<sup>2</sup>  
Nopparat Trongsoon<sup>1,\*</sup> and Sudathip Noppiboon<sup>2</sup>

Received : 16 January 2023, Received in revised form : 17 March 2023, Accepted : 22 March 2023

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ 1) คณะสงฆ์ จำนวน 30 รูป 2) เครือข่าย ทั้งภายในพื้นที่และภายนอกพื้นที่วัด ในเขตอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาของพระสงฆ์ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง ปวดหลัง ปวดเอว ไขมันในเลือด และข้อเสื่อม เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่จะซื้อ ยาฉันทอง พระสงฆ์มีสิทธิรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 31.88 ระดับพฤติกรรม สุขภาพองค์รวม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ห้องปฐมพยาบาล เวชภัณฑ์ยา และการได้รับตรวจสุขภาพประจำปี รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันโรค 3) การรักษาพยาบาล และ 4) การฟื้นฟูสภาพ ตามหลักการเรียนรู้สุขภาพองค์รวมวิถีพุทธและวัฒนธรรมอีสาน ภายหลังจาก การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ เพิ่มขึ้น 5.67 คะแนน ช่วงเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง 4.88 ถึง 6.46 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ:** การดูแลสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, พระสงฆ์

<sup>1</sup> สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, สุรินทร์ 32000

<sup>1</sup> Surin Provincial Public Health Office, Surin 32000

<sup>2</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดหวาย, สุรินทร์ 32000

<sup>2</sup> Kudwai Tambon Health Promoting Hospital, Surin 32000

Corresponding author; E-mail: cancicy@hotmail.co.th \*



## ABSTRACT

This action research The objective is to develop a holistic health care model for monks. with the participation of network partners in the community The samples were: 1) 30 monks and 2) networks both within and outside the temple area in Sikhorphum District, Surin Province, totaling 70 people. The tool used for quantitative data collection was a questionnaire. The qualitative data were collected using a participant observation form, a focus group discussion form, an in-depth interview form, and a workshop. The data were analyzed using the statistical distributions of frequency, percentage, mean, and standard deviation. Test hypotheses with paired samples t-test and content analysis.

The results showed that most of the monks' problems were stomach ailments, followed by high blood pressure, back pain, waist pain, blood lipids, and osteoarthritis. Monks have the right to medical care, namely universal health coverage (31.88 percent) and holistic health behavior, the overall level is moderate. Health needs include a first-aid room, pharmaceutical supplies, and annual health check-ups. The model of holistic health care provided by monks through network participation consisted of 1) health promotion, 2) disease prevention, 3) medical treatment, and 4) rehabilitation. According to Buddhist holistic health learning principles and Isan culture. After developing a model for holistic health care of monks, it was found that the average score of monks' holistic health behavior increased by 5.67 points, the confidence interval was 95%, was between 4.88 to 6.46, statistically significant at the .05 level.

**Keywords:** Health care, Network participation, Monks

## บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) หมายถึง ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วนคำนิยามสุขภาพะ (Well-Being) คือ การที่สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณอยู่กันอย่างสมดุล (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2560) สุขภาพกายจะดีไม่ได้หากสุขภาพใจไม่สมบูรณ์ และกลับกันสุขภาพใจจะดีไม่ได้ ถ้าร่างกายไม่แข็งแรง ในมิตินี้สุขภาพเป็นมากกว่าการปราศจากโรคร้าย แต่คือการดำรงอยู่ใน "สุขภาพะ" หรือ " Well-being" สุขภาพองค์รวม ให้ความสำคัญสูงสุดกับการทำงานเชื่อมโยงของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ หากส่วนหนึ่งส่วนใดมีปัญหา จะส่งผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ที่เหลือ องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม

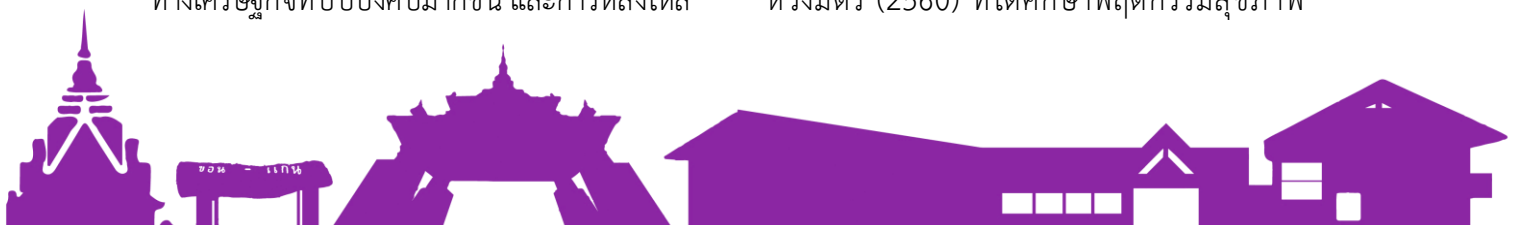
ประกอบด้วยมิติต่าง ๆ 4 มิติ คือ มิติทางกาย ซึ่งเป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาพโดยทั่วไปทางกายของมนุษย์ทั้งภายในและภายนอก รวมถึงสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวด้วย จะยึดเอาความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ไม่เจ็บ ไม่ไข้ ไร้ซึ่งโรคร้ายเป็นสำคัญ โดยมีอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ สมรรถนะทางกาย ภาวะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพดังกล่าวได้ มิติทางจิตเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ ไม่ว่าจะ เป็นภาวะอารมณ์ที่แจ่มใส ร่าเริง ผ่อนคลายไม่ตึงเครียด รู้สึกมีความสุข และปลอดโปร่ง โดยที่มีหลักการจัดการกับสภาวะความเครียดไม่ให้เกิดวิกฤตทางอารมณ์เกิดขึ้น เป็นปัจจัยส่งผลต่อสภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้



มิติทางสังคม เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับสถานะโดยทั่วไป ที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นสภาพสังคมที่มีความผาสุกทั้งระดับครอบครัว สังคมและชุมชน โดยที่แต่ละระดับมีความสัมพันธ์ อันดีต่อกัน สมาชิกในสังคมนั้น ๆ มีความเอื้อ ออาหารต่อกัน จัดระบบบริการจากภาครัฐที่มีความ เสมอภาคกัน สิ่งเหล่านี้จัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ มากที่ส่งผลต่อสถานะสุขภาพทางสังคมที่ดีได้และ มิติทางปัญญาหรือทางจิตวิญญาณ เกี่ยวกับการ มีความรู้ที่เฉลียวฉลาดรู้เท่าทันสิ่งต่าง ๆ ที่จะ เปลี่ยนแปลงไป ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ เกิดแรงศรัทธาต่อตนเอง และมีความหวังต่อ ความสำเร็จที่จะทำให้ตนเองมีความผาสุกด้วย สัมมาชีพและเป็นปัจจัยส่งผลต่อสถานะสุขภาพ โดยรวมของมนุษย์อย่างสมบูรณ์ เทคนิคพื้นฐาน ในการเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวม จึงประกอบด้วย อาหารและโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด การเยียวยาทางจิตใจและการทำสมาธิ การหลีกเลี่ยง สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ การพักผ่อน ที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เพศ และสภาพร่างกาย การแบ่งปันความรัก และ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคนรอบข้าง รวมทั้ง ตนเอง การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ การสร้าง สัมพันธ์ภาพทางจิตวิญญาณและการเยียวยา การพัฒนาปัญญาด้วยโรค หรือปราศจากความ ทุพพลภาพ สุขภาพจัดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของ มนุษยชนการปรับปรุงส่งเสริมหรือดำรงรักษา สุขภาพถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของ บุคคลที่พึงมีต่อตนเอง การมีภาวะสุขภาพที่พึง ปรารถนานั้น บุคคลจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้องเป็น ระบบในเรื่องสุขภาพ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าว จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเสมือน กุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนา ปัญหาสุขภาพเป็นผลที่เกิดจากปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อม พันธุกรรมและการมีพฤติกรรมเสี่ยง อีกทั้งยังคงมีความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติที่ไม่ เป็นวิทยาศาสตร์ ปัญหาเหล่านี้เมื่อรวมกับภาวะ ทางเศรษฐกิจที่บีบบังคับมากขึ้น และการหลงใหล

ถ่ายเทของผู้คนในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ภาวะเสี่ยง ต่าง ๆ ทางสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลเพิ่ม มากขึ้นตามลำดับ ดังนั้น การเข้าใจถึงภาวะเสี่ยง ทางด้านสุขภาพอย่างรู้เท่าทันจะช่วยให้แต่ละ บุคคลสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติสุขมากที่สุดใ นโลกไร้พรมแดน ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk) หมายถึงโอกาสที่บุคคล ครอบครัวและ ชุมชน อาจจะมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งได้แก่การ เกิดโรค การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุต่าง ๆ (วีรบุษ ศรีวรรณ, 2556)

พระพุทธศาสนามีบทบาทสำคัญในการ ดำเนินชีวิตของคนไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านศิลปวัฒนธรรม อีกทั้งยังเป็น ที่ยึดเหนี่ยวจิตใจโดย มีพระสงฆ์เป็นสื่อกลางใ นการสืบทอดและนำพระธรรมคำสั่งสอนของ พระพุทธเจ้าไปสู่การปฏิบัติ (พระพรหมคุณา ภรณ์, 2556) พระสงฆ์จึงต้องปฏิบัติให้อยู่ในพระ วินัยที่กำหนดอย่างเคร่งครัด พระวินัยบางข้อ ส่งผลต่อ สุขภาพของพระสงฆ์ อาทิเรื่องต้องฉัน อาหารตามญาติโยมหรือผู้มีจิตศรัทธาจัดถวาย เท่านั้น แหล่งที่มาของอาหาร ร้อยละ 85 มาจาก การบิณฑบาตในชุมชนที่อาศัย อาหารส่วนใหญ่ มักเป็นอาหารสำเร็จรูปที่หา ซื้อได้อย่างสะดวก และไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร (โรงพยาบาลสงฆ์, 2560) จึงเป็นเหตุทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ มากขึ้นเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ไขมันในโลหิตสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และยังเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด ตามมาได้ (นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2559) จากสถิติ ข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สงฆ์ ปี พ.ศ. 2560 มีพระสงฆ์อาพาธเข้ารับรักษา ด้วยโรคไขมันในโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นลำดับต้น ๆ ซึ่งสาเหตุของ อาการป่วยเกิดจากการบริโภคอาหารเป็นหลัก 5 แนวโน้มของพระสงฆ์สงฆ์ที่ป่วยเป็น อัมพฤกษ์ และโรคไต มีอัตราสูงขึ้นทุกปี (กรมควบคุมโรค, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชรินทร์ ห่วงมิตร (2560) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ



เครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนคร นครสวรรค์ พบว่าพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจ สุขภาพมีเพียงร้อยละ 20 และมีโรคประจำตัวถึง ร้อยละ 41.3 โดยโรคประจำตัว ที่เป็นมากที่สุด คือโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.1 รองลงมาคือ โรค ภูมิแพ้ ร้อยละ 12.1 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.0 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.46) เช่นเดียวกับกับผล การศึกษาของเฉลิมพล ตันสกุล (2561) ที่ได้ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตทวิวัฒนา พบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยพระสงฆ์ดูแลตัวเอง โดยวิธีการซื้อยามาฉีดยาเอง ร้อยละ 42.1 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 80.78

จากข้อมูลพื้นฐานพระสงฆ์ ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีอำเภาศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีพระสงฆ์ สามเณร จำนวน 798 รูป จากรายงานการตรวจ สุขภาพพระสงฆ์ จำนวน 54 รูป พบว่ามีพระสงฆ์ ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 15 รูป ร้อยละ 27.77 พบป่วยด้วยโรคเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง จำนวน 12 รูป ร้อยละ 22.22 โรคเก๊า 2 รูป ร้อยละ 3.70 โรคกระเพาะ 1 รูป ร้อยละ 1.85 โรคอ้วน 1 รูป ร้อยละ 1.85 พบมีการดื่มเครื่องดื่ม ชูกำลังทุกวัน จำนวน 28 รูป ร้อยละ 51.85 และ มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิต สูง จำนวน 28 รูป ร้อยละ 51.85 การอาหารของ พระสงฆ์นอกจากมีผลต่อสุขภาพร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจที่ต้องสูญเสีย ค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล สาเหตุของโรคส่วน หนึ่งเกิดจากต้องฉีดยาตามที่มีผู้จัดถวาย ส่วนการออกกำลังกายของพระสงฆ์มีการปฏิบัติ ได้น้อยเพราะกลัวผิดต่อพระธรรมวินัยรวมอีกทั้ง ขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ยังพบการ รับประทานอาหารที่หวาน เค็ม ไขมันสูง สุกบูหรี (สำนักสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2564)

จากปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ที่พบ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ

นั่นคือ การให้ความรู้ ซึ่งแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ การสร้างสุขภาพ ต้องมีการให้ความรู้ทั้งพระสงฆ์ และฆราวาส ซึ่งควรแนะนำเรื่องอาหารใส่บาตร สำหรับพระสงฆ์นั้นควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพ เป็นประจำทุกปี และสร้างความคุ้นเคยในการ ตรวจสุขภาพโดยต้องกำหนดหน่วยงานที่เป็น เจ้าภาพให้ชัดเจน นอกจากนั้นต้องกระตุ้นให้ พระสงฆ์ดูแลสุขภาพของตนเองโดยแนะนำถึง ความเสี่ยงของความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น และอีก ปัญหาใหญ่ของพระสงฆ์คือ เมื่ออาหาร เนื่องจากขาดผู้รู้ในการเข้าถึงการส่งต่อเป็นผลให้ พระสงฆ์ไม่ได้รับการรักษาที่ดีเพียงพอ ขาด โอกาสที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นป่วย นอกจากนั้นควรจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้การปฐม พยาบาลเบื้องต้นแก่พระเพื่อให้พระสามารถดูแล กันเองได้ในยามฉุกเฉินหรือยามปกติโดยไม่ต้อง ผลักภาระให้ญาติโยม พระควรได้เรียนรู้เพื่อนำไป ปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาใน เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ ในอำเภาศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพราะการจัดการกับปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ต้อง อาศัยการมีส่วนร่วมหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทำงาน ร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็น เครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและ ประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ และ ยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงนับว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็น ปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการ พัฒนาอย่างยั่งยืน

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความ ต้องการในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภ อาศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์



2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพองค์รวมตามหลักการพระพุทธศาสนา 2) การดูแลสุขภาพองค์รวมตามหลักการสาธารณสุข 3) แนวคิดการสร้างเครือข่าย 4) แนวคิดการมีส่วนร่วม และ 5) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำการศึกษาในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีระยะเวลาการทำวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 ถึง เดือนมกราคม 2566 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ คณะสงฆ์ที่จำพรรษาที่วัดในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 738 รูป และเครือข่ายทั้งภายในพื้นที่และภายนอกพื้นที่วัด ในเขตอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะสงฆ์จากพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 30 รูป และเครือข่ายภายในพื้นที่และภายนอกพื้นที่วัด ในเขตอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 70 คน โดยการคัดเลือกแบบแบบเจาะจง

2. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย แบ่งเป็นแบบเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและแบบเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมตาม

หลักพระพุทธศาสนาและหลักการของกระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเติมคำในช่องที่กำหนดให้ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 4 มิติ ตามหลักการกระทรวงสาธารณสุข 6 อ. จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ด้านร่างกาย ครอบคลุมตามหลัก 4 อ. ได้แก่ อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.โรคภัย และอ.อบายมุข ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 6 ข้อ

มิติที่ 2 ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ครอบคลุมตามหลัก 1 อ. ได้แก่ อ.อากาศ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

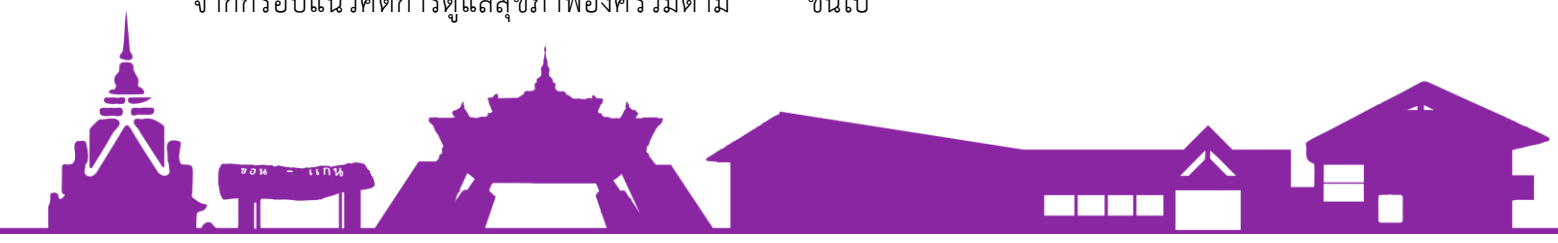
มิติที่ 4 ด้านจิตใจ ครอบคลุมตามหลัก 1 อ. ได้แก่ อ.อารมณ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

มิติที่ 5 ด้านปัญญา ได้แก่ การใช้โยนิโสมนสิการในการดูแลสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาหรือค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) ค่าที่ยอมรับได้แต่ละข้อคำถามตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป



2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์จำพรรษาในพื้นที่ตำบลช่วงป่า อำเภอสหัสขันธ์ จำนวน 30 รูป โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

2.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม 2) สนทนากลุ่ม 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก และ 4) การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการนำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) ค่าที่ยอมรับได้แต่ละข้อคำถาม มีค่าเท่ากับ 1.00

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนทำวิจัย (Pre-research phase) ศึกษาบริบทชุมชน ปัญหาชุมชนสภาพและสาเหตุ การสนับสนุนในชุมชน โดยการศึกษาจากเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ตามหลักพระพุทธศาสนาและตามหลักการของกระทรวงสาธารณสุข และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มเครือข่ายในหัวข้อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1) ทำหนังสือประสานงานภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้บริหารองค์กรเครือข่าย ทั้งฝ่ายคณะสงฆ์และฝ่ายฆราวาส

2) ประชุมชี้แจงตัวแทนองค์กรเครือข่ายถึงหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ กระบวนการศึกษาวิจัย และประสานความร่วมมือในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนพัฒนา

3) ประชุมเตรียมความพร้อมทีมวิจัย วิธีสังเกตการณ์ วิธีการทำงานแบบมีส่วนร่วม

วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสนทนากลุ่ม และวิทยาการกระบวนการ

4) เตรียมเครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกบริบทชุมชนและสภาพปัญหาสุขภาพแบบสอบถาม และแบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

5) ดำเนินการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการวิจัย ดังนี้

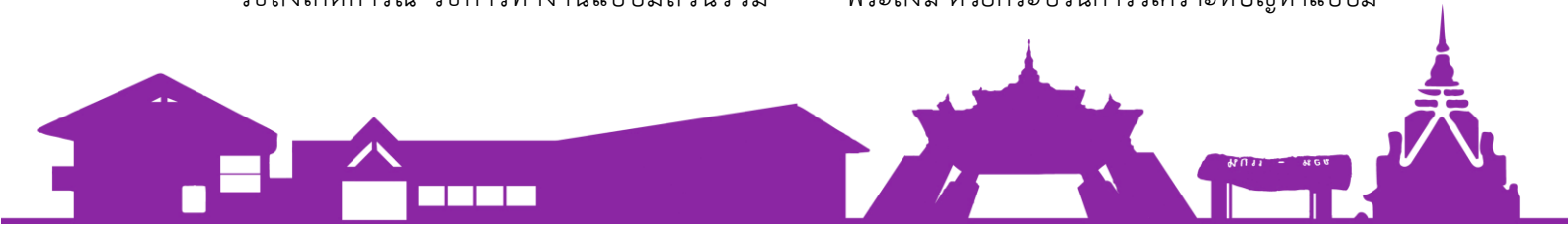
5.1) การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่ม เพื่อให้พระสงฆ์ กรรมการวัด แกนนำชุมชน ผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาพื้นบ้านในแต่ละพื้นที่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่ แสดงความคิดเห็น ชักถามสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์พร้อมกับค้นหาแนวทางพัฒนาในแต่ละพื้นที่

5.2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยได้เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อสังเกตบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิด การอภิปราย การวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็น และบรรยากาศในการประชุม

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) (กมล สุดประเสริฐ, 2537) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนา โดยการประชุมคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการค้นหาทางเลือก ตัดสินใจกำหนดแนวทางและแผนพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้

1) ประชุมชี้แจง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันวิเคราะห์และวางแผนงานร่วมกับคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์ ด้วยกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาแบบมี



ส่วนร่วม (Participatory rural appraisal: PRA) และกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation influence control: AIC) โดยผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายในพื้นที่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) จากโครงการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ตัวแทนกลุ่มองค์กรคณะสงฆ์ ตัวแทนคณะกรรมการวัด และชุมชนรอบวัด

2) ประชุมเชิงปฏิบัติคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์ ด้วยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน (Future search conference: FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation influence control: AIC) เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน พัฒนาศักยภาพแกนนำ เสริมสร้างพลังเครือข่ายในการขับเคลื่อน พัฒนาและกำหนดแนวทางพัฒนาภารกิจร่วมกัน โดยประยุกต์อุดมการณ์และแนวคิดในการสร้างแรงบันดาลใจ ในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ โดยไม่หวังผลตอบแทน เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้ระดมสมอง แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนา ระบบสุขภาพพระสงฆ์ ชักถามและตอบข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ในแต่ละพื้นที่

3) การประชุมเพื่อวิเคราะห์และวางแผน ผู้วิจัยและทีมวิจัยเข้าร่วมประชุมด้วย และทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อประเมินผล บรรยายภาคการประชุม การเสนอความคิดเห็น การอภิปราย การวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็น และการเสนอตัวผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนพัฒนา คณะผู้วิจัยและเครือข่าย ดำเนินการพัฒนาตามภารกิจ รูปแบบการดูแลสุขภาพ แผนงานและโครงการของที่ประชุม โดยบูรณาการเข้ากับงานประจำอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และพระธรรมวินัย โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการติดตาม และประเมินผลกิจกรรมและความสำเร็จของโครงการย่อยเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก

ความสะดวกในการทำงาน ประกอบด้วย กิจกรรมหลักในโครงการวิจัย ดังนี้

1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพพระสงฆ์หมอประจําวัด หลักสูตร 2 วัน ซึ่งเนื้อหาหลักสูตรเป็นเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษาเชิงพุทธ การส่งต่อ และการเยี่ยมไข้ เป็นต้น

2) จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพองค์กรรวมวิถีพุทธและวัฒนธรรมอีสานภายในวัด

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่วิจัยให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีพระสงฆ์ทุกรูป จัดทำสิทธิบัตรการรักษาพยาบาล และให้การรักษาพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

4) ภาศิเครือข่ายปฏิบัติตามภารกิจที่ร่วมกันกำหนดในที่ประชุม และบูรณาการเข้ากับงานประจำ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์และมีรูปแบบการพัฒนาอย่างเหมาะสมกับพื้นที่

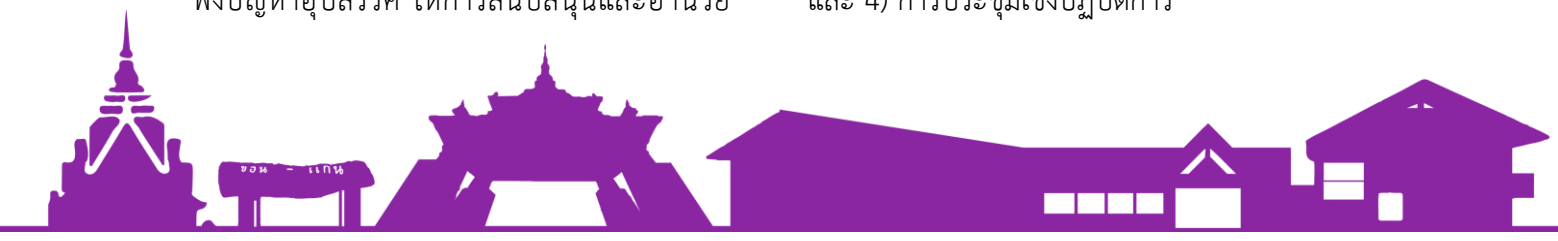
ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การประเมินผลระหว่างดำเนินการวิจัย ด้วยการประเมินจากการสังเกต บรรยายภาคการมีส่วนร่วมในการทำงานของเครือข่าย และการบรรยายภาคในที่ประชุม

ระยะที่ 2 การประเมินผลสรุปเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.1 เชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

2.2 เชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 4) การประชุมเชิงปฏิบัติการ



ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการวิจัย ผู้วิจัยนำกระบวนการและผลการวิจัยการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 - 3 ที่ผ่านการวิเคราะห์ ติความ และสรุปความเชื่อมโยงให้สัมพันธ์เชิงเหตุผล นำข้อมูลมาสะท้อนผลสู่พื้นที่วิจัย เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

#### 4. การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึง ศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัย จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ทรมาน จิตใจ และวิญญาณของผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม จึงได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยและประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

#### 5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้โดยการวิเคราะห์ข้อมูล

##### 5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

5.1.1 สถิติพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหา และความต้องการการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ และพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.1.2 สถิติอนุมาน วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ก่อนและหลังดำเนินงาน โดยใช้สถิติการทดสอบสมมติฐาน Paired samples t-test

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและตีความ สรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

## สรุปผลการวิจัย

### ระยะที่ 1 ก่อนทำวิจัย

1. สภาพปัญหาปัจจุบันของพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 77.50 รองลงมาคือ เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปวดหลังปวดเอว โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเสื่อม ร้อยละ 63.75, 53.75, 40.00, 36.88 และ 32.50 ตามลำดับ เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยามันเอง ร้อยละ 52.50 มีบางส่วนไปรักษาโรงพยาบาลเอกชน/คลินิก ร้อยละ 16.25 โดยพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ร้อยละ 48.75 ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล ร้อยละ 31.88 มีการทำประกันชีวิต ร้อยละ 8.75

2. ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการมีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่ วัดและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาหาร ต้องการให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและทำกิจกรรมการพัฒนา ต้องการได้รับตรวจสุขภาพประจำปี เวลาอาหารและพระสงฆ์ที่เป็นผู้สูงอายุวัยชราต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเยี่ยมและเยี่ยมไข้ที่วัดอย่างต่อเนื่อง และต้องการให้คณะพระสังฆาธิการจัดประชุมเพื่อพัฒนางานระบบสุขภาพพระสงฆ์ต่อเนื่องทุก 3 เดือน

3. พฤติกรรมสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมในภาพรวม ( $\bar{X} = 40.03$ ,  $SD = 15.76$ ) ช่วงเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง 34.15 ถึง 45.91 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของมิติด้านปัญญาสูงที่สุด รองลงมาคือ มิติด้านร่างกาย มิติด้านสิ่งแวดล้อม และมิติด้านจิตใจ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1





ตารางที่ 1 แสดงการประมาณค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ของพระสงฆ์ (n = 30)

พฤติกรรมสุขภาพองค์รวม 4 มิติ	ขนาดตัวอย่าง (n)	คะแนนเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ช่วงเชื่อมั่น 95% CI
มิติด้านร่างกาย	30	11.53	4.47	9.86 - 13.20
มิติด้านจิตใจ	30	7.50	3.21	6.30 - 8.70
มิติด้านสิ่งแวดล้อม	30	7.87	3.42	6.59 - 9.15
มิติด้านปัญญา	30	13.13	4.66	11.39 - 14.87
โดยรวม	30	40.03	15.76	34.15 - 45.91

## ระยะที่ 2 การวิจัยปฏิบัติการ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ดังนี้

2.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่าย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่ 1 คือ วัดซึ่งเป็นกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์โดยตรง ประกอบด้วย เจ้าอาวาส รองเจ้าอาวาส แกนนำสุขภาพพระสงฆ์ กรรมการวัด กำหนดว่าวัดจะต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดการสภาพแวดล้อม และบุคคลที่จะทำงานประสานให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2) กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่มีบทบาทโดยตรงในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มสถานบริการสาธารณสุขที่มีเขตรับผิดชอบครอบคลุมวัดที่ทำการศึกษา และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพในชุมชนนี้ มีหน้าที่ให้การสนับสนุนทางด้านการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพ ถวายความรู้แก่พระสงฆ์ และประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพ อาสาสมัครของหมู่บ้าน/ชุมชน ดำเนินการสำรวจและเยี่ยมในกรณีมีพระภิกษุสงฆ์อาพาธ หรือสูงอายุ

3) กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่ดูแลพระพุทธศาสนาและวัฒนธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับวัดโดยตรง ได้แก่ สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด สุรินทร์ และสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดสุรินทร์

ทำการประชาสัมพันธ์เชิญชวนพุทธศาสนิกชน ร่วมกันทำบุญ เพื่อให้ได้บุญอย่างเต็มที่ โดยไม่จัดให้มีอบายมุขในวัด เช่น การเล่นเกมพนันในงานศพ การดื่มสุราของมีนเมาในงานบวช งานศพ และส่งเสริมวัดปลอดบุหรี่ นอกจากนั้นช่วยประชาสัมพันธ์ในเรื่องอาหารใส่บาตรให้เป็นอาหารที่มีคุณภาพ และสังฆทานที่มีคุณภาพ สนับสนุนการดำเนินงานวัดต้นแบบและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4) กลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มที่มีบทบาทในการดูแลบำบัดทุกข์ บำรุงสุขในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น ได้แก่ องค์กรบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ช่วยดูแลในด้านความสะอาด สิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ และการสนับสนุนงบประมาณ

5) กลุ่มที่ 5 คือ กลุ่มที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ที่จะร่วมทำบุญ เพื่อจรรโลงพระพุทธศาสนาให้ยั่งยืน ได้แก่ กลุ่มตัวแทนประชาชน ประกอบด้วย อาสาสมัครของหมู่บ้าน/แกนนำประชาชนในชุมชน ในกลุ่มนี้จะมีบทบาทในการช่วยเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการมีสุขภาพที่แข็งแรง และช่วยประชาสัมพันธ์การใส่บาตรด้วยอาหารสุขภาพที่ถูกสุขลักษณะ การถวายสังฆทานที่มีคุณภาพไม่หมดอายุ ส่งเสริมงานบุญปลอดอบายมุขให้แก่ประชาชนในชุมชน



## 2.2 แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ดังนี้

1) การดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เกิดภูมิคุ้มกัน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การถวายเป็นบุญ การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เน้นหลัก 6 อ. ได้แก่ อ.ที่ 1 คือออกกำลังกาย อ.ที่ 2 คืออาหาร อ.ที่ 3 คืออารมณ์ อ.ที่ 4 คือโรคภัย อ.ที่ 5 คืออนามัยสิ่งแวดล้อม และ อ.ที่ 6 คืออบายมุข การใส่บาตรต้องเป็นอาหารสุขภาพที่มีคุณภาพ จัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ การพัฒนาด้านจิตใจ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสร้างสภาพแวดล้อมในบ้าน/วัด หรือที่พักให้เหมาะสมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในครอบครัว/พระในวัด จัดให้มีโครงการปลอดบุหรี่สุราในวัด

2) การดูแลสุขภาพด้านการป้องกันโรค แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า เป็นการป้องกันโรคก่อนระยะที่โรคเกิด เป็นวิธีการ โดยการปรับสภาพความเป็นอยู่ หรือการปรับปรุงภาวะสิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อให้เกิดภาวะที่โรคต่าง ๆ ไม่สามารถเกิดหรือคงอยู่ได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ

ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะที่มีโรคเกิดขึ้น โดยการระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน และการลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนให้น้อยลงและหายไปให้เร็วที่สุด

ระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ เป็นการรักษา

ผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการป้องกันโรค มีหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ การป้องกันโรคด้วยตนเอง และการป้องกันการระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน

3) การดูแลสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล แบ่งออกเป็น การดูแลเบื้องต้น การดูแลฉุกเฉิน และการดูแลพิเศษ คือ (1) การดูแลเบื้องต้น เป็นการดูแลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในกระบวนการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (2) การดูแลฉุกเฉิน เป็นการดูแลการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน โดยพระสงฆ์จะส่งตัวเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ผู้ป่วยได้แจ้งเอาไว้ และ (3) การดูแลพิเศษ เป็นการดูแลที่จัดทำขึ้นในโรงพยาบาล และเป็นการดูแลรักษาในกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยร้ายแรง หรือมีอาการหนัก ที่มักส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย

4) การดูแลสุขภาพสุขภาพด้านการฟื้นฟู เป็นการติดตามฟื้นฟูหลังเข้ารับการรักษา ส่วนในการดูแลพระสงฆ์ในอาวาสสมัครของหมู่บ้านที่อยู่ในเขตเดียวกันที่วัดตั้งอยู่จะเป็นผู้รับผิดชอบ หรือ แกนนำสุขภาพพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง

## 2.3 ผลการพัฒนาตามรูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์

1) ผลการพัฒนาการดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์ได้ร่วมกิจกรรม และมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ (1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ดีขึ้น โดยมีการดูแลสุขภาพร่างกายในการเลือกบริโภคอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ถูกต้อง มีการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลดีขึ้น และมีการออกกำลังกาย



เป็นประจำมากขึ้น มีโครงการสนับสนุน เช่น มีการตรวจสุขภาพประจำปี โครงการลดละเลิก บุหรี่ โครงการทำบุญไม่มีอบายมุข และในด้าน การสงเคราะห์วัดจัดให้มีห้องพยาบาลสำหรับ พระสงฆ์อาพาธและมีผู้ดูแล (2) การดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจ มีโครงการปฏิบัติธรรมทั้งพระภิกษุสงฆ์ สามเณรและบุคคลทั่วไปเป็นประจำทุกเดือน ตลอดทั้งปีเช่น โครงการปฏิบัติธรรมของพระสงฆ์ โครงการธุดงค์เพื่อการปฏิบัติธรรมของพระสงฆ์ โครงการปฏิบัติวิปัสสนาพุทธทายาท โครงการทำ วัตรสวดมนต์เสริมสิริมงคลชีวิต พิชิตโรค โครงการเข้าวัดวันอาทิตย์ใกล้ชิดพุทธศาสนา โครงการเหล่านี้นอกจากจะช่วยพัฒนาด้านจิตใจ ของพระสงฆ์แล้วยังเป็นโครงการที่ดูแลประชาชน ด้วย (3) การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมมีการปรับปรุง สิ่งแวดล้อมภายในวัดให้สะอาดเรียบร้อยและ สวยงาม เป็นเอกลักษณ์แห่งพระพุทธศาสนา และ ทำลายแหล่งรังโรคติดต่อต่าง ๆ มีกิจกรรม เช่น โครงการพุทธจิตอาสาพัฒนาวัด ร่วมกันทำความสะอาด บริเวณวัดให้ ร่มรื่น ร่มเย็น อันเป็นการ สร้างเสริมความสามัคคีให้เกิดขึ้นในชุมชนอีกทาง

หนึ่งด้วย (4) ด้านการป้องกันโรค พระสงฆ์รับการ ตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคตามช่วงฤดูกาล พระสงฆ์ได้รับการถวาย ความรู้พระสงฆ์ในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยง จากการเป็นโรคติดต่อต่าง ๆ ตามช่วงฤดู ในส่วน ของสถานบริการสุขภาพ มีการจัดระบบเพื่อ รองรับการเกิดโรค ป้องกันการแพร่เชื้อ ให้ความรู้ ในชุมชน พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการเกิดโรค ระบาดในวัดและชุมชน และ (5) ด้านการรักษา พยาบาล สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างพระสงฆ์ และสถานบริการถึงระบบการเข้ารับบริการของ พระสงฆ์ในขั้นตอนต่าง ๆ

2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ก่อนและ หลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ พบว่า ภายหลังจากการพัฒนา แบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ระหว่างก่อนและ หลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพองค์รวม (n = 30)

พฤติกรรมสุขภาพองค์รวม 4 มิติ	ค่าเฉลี่ย ของผลต่าง ( $\mu_{diff}$ )	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ของผลต่าง ( $SD_{diff}$ )	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
			ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95% CI for $\mu_{diff}$ )	p-value
1. มิติสุขภาพด้านร่างกาย	1.38	0.32	1.26 - 1.50	< .001
2. มิติสุขภาพทางด้านจิตใจ	1.17	0.25	1.08 - 1.26	< .001
3. มิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม	1.58	1.16	1.15 - 2.01	< .001
4. มิติสุขภาพด้านปัญญา	1.54	0.38	1.40 - 1.68	< .001
โดยรวม	5.67	2.11	4.88 - 6.46	< .001



## อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาสภาพปัญหาความเจ็บป่วยของพระสงฆ์ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง ปวดหลังปวดเอว เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและข้อเสื่อม เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยาฉันทันเอง มีบางส่วนไปรักษาที่คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป็นส่วนน้อยที่ทำประกันชีวิต โดยภาพรวมแล้วสถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพพระสงฆ์ ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ นั้น พระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพภาคพื้นนั้น พระสงฆ์ยังไม่เข้าถึงบริการเท่าที่ควร จะเห็นได้ว่าเมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์จะไปซื้อยาฉันทันเองหรือไปรักษาที่คลินิกเอกชน จึงสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายส่วนตัว อีกทั้งการดูแลสุขภาพก็ไม่ต่อเนื่อง แม้แต่การตรวจสุขภาพประจำปีก็ยังไม่ได้รับบริการ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยหลายประการ ทั้งตัวผู้รับบริการเองอาจขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในเรื่องสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต และคณะ (2556) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง สุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสภาวะทางด้านร่างกายของพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวอยู่ในค่าปกติ แต่ก็ยังพบปัญหาในพระสงฆ์กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีเส้นรอบเอวสูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 42.10 ต้องได้รับการตรวจเลือดระดับไขมันในเลือดและพระสงฆ์มีโรคประจำตัวพบมากที่สุดเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 31.62

2. ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ จากผลการศึกษาที่พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ต้องการมีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่วัดและมีผู้ปฏิบัติงาน รองลงมาลงมากคือ ต้องการให้

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและทำกิจกรรมการพัฒนาต้องการตรวจสุขภาพประจำปี ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเยี่ยมและเยี่ยมไข้ที่วัดอย่างต่อเนื่อง และต้องการให้พระสังฆาธิการจัดประชุมเพื่อพัฒนางานระบบสุขภาพพระสงฆ์ต่อเนื่องทุก 3 เดือน ในเรื่องการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาดา วงศ์สืบชาติ (2558) ได้ศึกษาวิจัย เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาวัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำ ภาษีเจริญ ผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพโดยรวม และมีความต้องการในเรื่องการพัฒนาดูแลสุขภาพองค์รวมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนาในรูปแบบในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์จึงมีความจำเป็น และทุกฝ่ายควรสนับสนุน

3. พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน พระสงฆ์บางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้ พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทโธ) (2556) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก ที่กล่าวไว้ตอนหนึ่งว่า พระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน



มีวิถีชีวิต หรือรูปแบบการดำเนินชีวิตของ พระสงฆ์เปลี่ยนไป เช่น จากการพักอาศัยอยู่ใน ป่าเป็นหลักกลายมาเป็นการพักอาศัยอยู่ในวัด การรักษาสุขภาพด้วยสมุนไพรตามที่สามารถหา ได้ในป่าเขากลายมาเป็นการรักษาสุขภาพใน สถานบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาล คลินิก และการซื้อยาจากร้านขายยา ฯลฯ สำหรับปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ใน สังคมไทยปัจจุบัน กลับกลายมาเป็นโรคที่เกิดจาก การดำเนินชีวิตที่ดีและสะดวกสบาย ที่เรียกว่า “โรควิถีชีวิต” หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรม สุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ โรคเหล่านี้สามารถ แก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การฉับ อาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้องและการฝึกจิต ภาวนา ดังนั้น ในส่วนของวิธีการดูแลรักษา สุขภาพแบบองค์รวมที่พระสงฆ์สามารถปฏิบัติได้ ในสังคมปัจจุบัน คือ

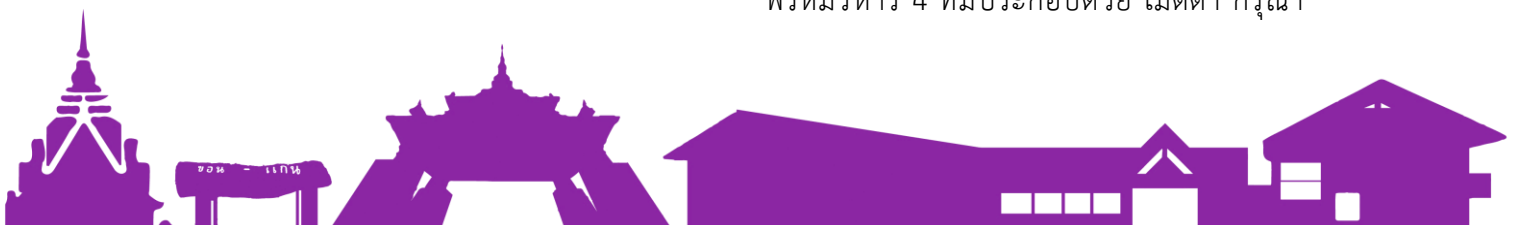
3.1 สุขภาพทางกาย เช่น การดูแล รักษาความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ การ ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การบริโภค อาหารโดยพิจารณาอย่างรอบคอบ และรู้จัก ประมาณในการบริโภค การออกกำลังกายอย่าง สม่าเสมอ โดยการทำกิจวัตรประจำวันมีการกวาด วิหาร ลานเจดีย์ เป็นต้น

3.2 สุขภาพทางจิต ได้แก่ การผ่อนคลาย อารมณ์ เช่น การออกกำลังกาย ทำกิจวัตร ประจำวันของสงฆ์ การทำวัตรสวดมนต์ การเดิน จงกรม การฝึกสมาธิ การแผ่เมตตา การพักผ่อน ให้เพียงพอ และการแก้ไขปัญหาตามหลักอริยสัจ 4

3.3 สุขภาพทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสังคmsgฆ์ด้วยกัน มีการ ปฏิบัติตามพระธรรมวินัย และความสัมพันธ์ ระหว่างสังคmsgฆ์กับสังคmsgชาวบ้าน โดยการเป็น ผู้นำทางจิตวิญญาณ และเป็นผู้นำในการพัฒนา ทางจิตและสังคม

3.4 การดูแลสุขภาพทางปัญญาให้ เจริญงอกงาม ตามหลักปัญญาวัชรธรรม 4 ประการ จึงจะได้บรรลุผล คือ สุขภาวะที่ประณีต ยิ่ง ๆ ขึ้นไป จนถึงสุขภาวะอันสมบูรณ์

4. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ องค์รวมของพระสงฆ์ ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัด สุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประกอบด้วย มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้าน จิตใจ มิติทางด้านสิ่งแวดล้อม และ มิติทางด้าน ปัญญา ให้ครอบคลุมตามหลักการ ของ กระทรวง สาธารณสุข (2559) ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการ รักษาพยาบาลเมื่อเกิดเจ็บป่วย และด้านการฟื้นฟู สภาพ ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ องค์รวมของพระสงฆ์จะเห็นได้จากเมื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ก่อนและ หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ พบว่า หลังจากพัฒนารูปแบบการ ดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์เพิ่มขึ้น จากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ในทุกมิติ ในรูปแบบการจัดกิจกรรมใน การพัฒนานั้น ได้มีการบูรณาการแนวทางการ ดูแลสุขภาพตามหลักการทางพระพุทธศาสนา เพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของพระสงฆ์บน พื้นฐานของนโยบาย 6 อ. คือ อาหาร อารมณ์ อโรคา ยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข ซึ่ง ทั้งหมดนี้ พระสงฆ์ไม่สามารถจะทำได้โดยลำพัง จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน การให้การสนับสนุนการทำงาน การทำงานแบบมี ส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งถือว่าเป็นมิติหนึ่งของการพัฒนาชุมชน จำเป็นต้องอาศัยหลักพุทธธรรมในการหล่อหลอม จิตใจให้สมาชิกเครือข่ายมีความสุขในการทำงาน และการพัฒนาประสบผลสำเร็จ ตามเป้าหมาย ดังที่พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) (2556) ได้กล่าวไว้ในหนังสือวิสัยธรรมเพื่อนำหลักธรรม พรหมวิหาร 4 ที่มีประกอบด้วย เมตตา กรุณา



มุทิตา และอุเบกขา มาใช้ในการทำงานร่วมกันได้อย่างมีความสุขเช่นเดียวกับ หลักธรรมสังคหวัตถุ 4 ประกอบด้วย ทาน : การเสียสละการเอื้อเฟื้อแบ่งปันเพื่อประโยชน์แก่บุคคลอื่น ปิยวาจา : ปฏิบัติได้ด้วยการพูดจาด้วยถ้อยคำที่ไพเราะอ่อนหวาน เป็นประโยชน์เหมาะแก่กาลเทศะพูดด้วยความจริงใจ อตถจริยา : ปฏิบัติได้ด้วยการสงเคราะห์การประพฤติตนให้เป็นเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นและสังคม สมานัตตตา: ปฏิบัติได้ด้วยการเป็นผู้มีความสม่ำเสมอมีความประพฤติเสมอกัน เสมอปลายเป็นคนมีจิตใจหนักแน่นไม่โลเลใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเครือข่ายในการมางานร่วมกัน จนเกิดผลสำเร็จได้ ดังนั้นรูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ให้ครอบครัว การดูแลด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและ การฟื้นฟูสุขภาพ จำเป็นต้องประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

สรุปผลได้ว่าการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ด้วยแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่าย การบูรณาการกิจกรรมการดูแลตามหลักการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขเข้ากับหลักของพระพุทธศาสนา เพื่อให้เกิดความเหมาะสมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม 4 มิติ ของพระสงฆ์ได้

### ข้อเสนอแนะ

#### 1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 การดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ จะต้องให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและบริบทของพื้นที่ โดยบูรณาการพระพุทธศาสนาเข้ากับการแพทย์สมัยใหม่และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยใช้พลังการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเป็นตัวขับเคลื่อน จึงจะทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่

1.2 พระสงฆ์ได้นำหลักการของศีลมาใช้ในการดูแลสุขภาพทางกาย คือมีสติในการ

พิจารณาเหตุปัจจัยแห่งการเกิดโรคว่า เป็นจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ หากเกิดจากความไม่มีความรู้ หรือมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ก็ควรศึกษาแนวคิดการดูแลสุขภาพจากคู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่มิวิสัยได้สรุปไว้ หรืออาจปรึกษาหารือกับแกนนำสุขภาพพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมหมอประจําวัด รวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้

1.3 พระสงฆ์ได้สร้างความตระหนักและใส่ใจในการตรวจสุขภาพประจำปี และรับการรักษาอย่างเนื่องในกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กล่าวที่จะใช้ช่องทางด่วนที่หน่วยบริการได้จัดให้สำหรับรองรับพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษา ไม่ต้องปะปนกับฆราวาสและลดระยะเวลาการรอคอย

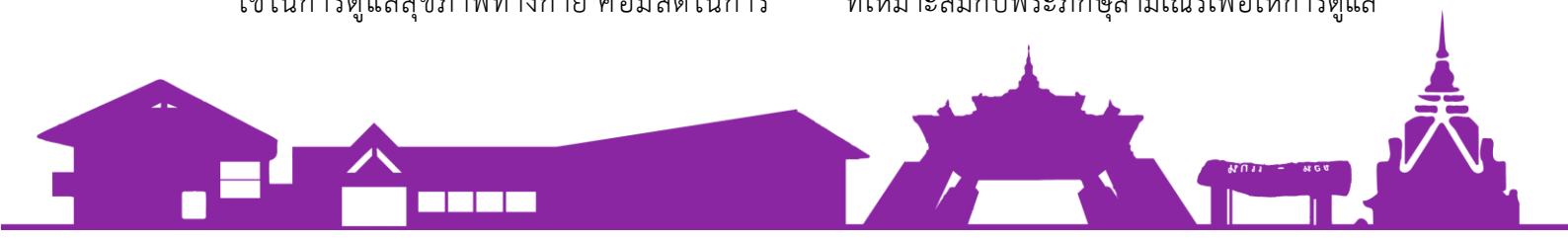
1.4 พระสงฆ์ได้ใช้หลักโยนิโสมนสิการในการดูแลสุขภาพจิตปัญญาของตนเอง โดยประยุกต์หลักพุทธธรรมบำบัดความเครียด ความวิตกกังวลภาวะซึมเศร้า การเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย รวมถึงการเตรียมพร้อมต่อความตายในระยะสุดท้ายและวัยชราด้วย เพื่อการพึ่งตนด้านสุขภาพ การเป็นบุคคลต้นแบบ และเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณแก่ประชาชน

#### 2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ตามแนววิถีพุทธโดยวัดเป็นศูนย์กลางเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทยในชนบท

2.2 ควรมีการขยายผลการศึกษาและเปรียบเทียบรูปแบบในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระภิกษุสงฆ์ในบริบทของวัด และภูมิประเทศที่แตกต่างกันเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพพระภิกษุ สามเณรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ควรมีการศึกษา วิจัย พัฒนา องค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมกับพระภิกษุสามเณรเพื่อให้เกิดการดูแล



สุขภาพเข้ากับบริบทของพระภิกษุสามเณร และ การดูแลครอบครัวทั้ง 4 องค์ประกอบ

### เอกสารอ้างอิง

- กมล สุตประเสริฐ. (2537). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กรมควบคุมโรค. (2561). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *Manual of Primary Health Care Unit Standard Evaluation and Quality Assurance*. นนทบุรี : สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2561). *การศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร*. เข้าถึงได้จาก [http://bkkthon.ac.th/home/user\\_files/department/department-24/files/26](http://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/26). (25 พฤษภาคม 2565)
- ชรินทร์ ห่วงมิตร. (2560). *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ ในเขตเทศบาลนคร นครสวรรค์*. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล. (2560). *แผนธุรกิจของสถานบริการสุขภาพแบบองค์รวม*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิทรากิจจิระวุฒิมังษ์. (2559). *การนำความฉลาดทางสุขภาพไปปฏิบัติงานสาธารณสุข. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(2) : 68-75.

เนาวรัตน์ เจริญคำ และคณะ. (2559). *พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุโท). (2556). *การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรม สุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก*. (ปริญาพุทธศาสตร์ดุสิตบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2556). *การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : บริษัทสหธรรมิกจำกัด.

โรงพยาบาลสงฆ์. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์.

วีรณัฐ ศรีวรรณ. (2556). *ปัญหาสุขภาพกับสังคมไทย*. เข้าถึงได้จาก <http://Sd-group1.blogspot.com/2013/01/53242582.html>. (13 มิถุนายน 2565)

ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต และคณะ. (2556). *สุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี*. เข้าถึงได้จาก <http://guidubon.com/index.php>. (28 กุมภาพันธ์ 2565)

สำนักสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2564). *รายงานประจำปี 2564*. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.

สุชาติ วงศ์สืบชาติ. (2558). *พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาวัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญ*. (ปริญาพุทธศาสตร์มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

