



โครงการความรู้ด้านสุขภาพ: ภาวะสังคมและคุณภาพชีวิตในพระสงฆ์
(Health Literacy: Social Determination and Quality of Life for Thai Buddhist Monks)

โดย

โกนิญฐ์ ศรีทอง

ชลวิทย์ เจียรจิตต์

เบญจมาศ สุขสถิตย์

ชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์

สนับสนุนงบประมาณโดย

โครงการสร้างเสริมสุขภาพะเชิงพุทธของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล

ในสังคมไทย

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

และ สำนักสนับสนุนสุขภาพะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริม

สุขภาพ

(กรกฎาคม 2563)

โครงการความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ภาวะสังคมและคุณภาพชีวิตในพระสงฆ์

(Health Literacy: Social Determination and Quality of Life for Thai Buddhist Monks)

.....

ที่ปรึกษา :

พระเทพเวที, รศ.ดร.	เจ้าคณะภาค 6
พระเทพปวรเมธี, รศ.ดร.	รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พระสุวรรณเมธาภรณ์, ผศ.	รองอธิการบดีฝ่ายวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พระสุธีรัตนบัณฑิต, รศ.ดร.	ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
พระมงคลวชิรากร	ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดยานนาวา (พระอารามหลวง)

คณะผู้จัดทำ :

รศ.ดร.โกนิฐ์ ศรีทอง	มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
รศ.ดร.ชลวิทย์ เจียรจิตต์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ผศ.ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์	มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ผศ.ชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์	มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นางสาวกณภัทร ไตรพรพัฒนา	ผู้ช่วยนักวิจัย
นายเจษฎา เจริญสิริพิศาล	ผู้ช่วยนักวิจัย
นางสาวนันท์นภัส ณ ทองแป้น	ผู้ช่วยนักวิจัย

สนับสนุนงบประมาณโดย :

โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงพุทธของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลในสังคมไทย
สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
และ สำนักสนับสนุนสุขภาพองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ: ภาวะสังคมและคุณภาพชีวิตในพระสงฆ์ มีวัตถุประสงค์ การศึกษาวิจัยทั้งสิ้น 3 ข้อได้แก่ (1) เพื่อสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ใน สังคมไทย (2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย และ (3) เพื่อ เสนอรูปแบบการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย โดยใช้การศึกษาวิจัยแบบผสมผสาน ซึ่งแยก ออกเป็นการวิจัยเชิงปริมาณได้ใช้การสำรวจแบบสอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลเบื้องต้นและข้อมูลด้าน สุขภาพของพระสงฆ์ โดยการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 938 รูป ขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพได้ใช้การ สัมภาษณ์เชิงลึกพระสังฆาธิการ พระสงฆ์ และฆราวาสที่ดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ รวมทั้งแนวทางการยกระดับความรู้ทางสุขภาพนสังคมไทย

ผลการศึกษาพบว่า ประการที่ 1 สถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ เมื่อพิจารณาผลการศึกษาเกี่ยวกับภาวะ โภชนาการอ้างอิงจากเกณฑ์มาตรฐานขององค์การอนามัยโลก พบว่า พระสงฆ์มีน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 5.6 มีน้ำหนักตัวปกติ ร้อยละ 28.3 และมีภาวะโภชนาการเกิน ร้อยละ 66.1 ต่อมาสำหรับความรู้ ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ผลการศึกษาส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นว่า พระสงฆ์มีความรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ โดยเฉพาะกลุ่มพระสงฆ์ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไป ขณะที่ประเด็นการรักษาพยาบาลพระสงฆ์ส่วนใหญ่ใช้ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 63.5 ไม่ใช้สิทธิใดๆ ร้อยละ 20.8 และใช้สิทธิจากบริษัทเอกชน ร้อยละ 13.3 ภาพรวมของการศึกษาจะเห็นได้ว่า กลุ่มพระสงฆ์ยังจำเป็นต้องได้รับการยกระดับเกี่ยวกับความ รอบรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ตระหนักต่อทั้งสิทธิและองค์ความรู้ที่จะรักษาสุขภาพของตนเอง ประการที่ 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม และปัจจัยด้าน นโยบาย ท้ายที่สุด ประการที่ 3 รูปแบบการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในสังคมไทย ประกอบด้วย 3 รูปแบบสำคัญคือ รูปแบบการดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยคณะสงฆ์ รูปแบบ การดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยมหาวิทยาลัย รูปแบบการดำเนินการเพื่อยกระดับ ความรู้ด้านสุขภาพโดยหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะการวิจัยที่สำคัญคือ มหาเถรสมาคมผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายสาธารณสุข สงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม สำนักงานคณะกรรมการโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา และ มหาวิทยาลัยสงฆ์ เป็นต้น ดำเนินการส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้พื้นฐานทางสุขภาพทั้งภายในคณะสงฆ์ และ การร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมมือกับ หน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น กรมอนามัย กรมการแพทย์ โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นต้น ดำเนินการส่งเสริมการ พัฒนาองค์ความรู้พื้นฐานทางสุขภาพและการส่งเสริมสิทธิทางสุขภาพในการรักษาพยาบาลให้กับพระสงฆ์

คำสำคัญ: พระสงฆ์ สุขภาวะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

Abstract

The research on “Health Literacy: The Social Status and Quality of Life of Thai Buddhist Monks” aimed at (1) surveying and analyzing the health situation of monks in Thai society, (2) analyzing factors related to the health management of monks in Thailand, and (3) proposing a model to raise health literacy among Thai monks. It employed an integrated study of quantitative research using questionnaires regarding the basic health information of 938 monks. In-depth interviews of Sangha administrators, monks, and laypeople involved in the medical and health activities were done in order to understand the key factors related to health management and how to advance health knowledge in Thailand.

The research findings indicate, first of all (with regard to the World Health Organization’s criteria), that 5.6% of monks have less body weight than the average; 28.3% have a normal body weight; and 66.1% are over nutrition. Also, most monks do not have adequate health knowledge, especially those over age 70. Further, the majority (63.5%) of monks use national health insurance; 20.8% have no coverage, and 13.3% use private insurance. The study suggests that monks need to be much better educated about health matters. Second, factors concerning health management were classified into personal, environmental, and policy factors. Finally, the best way to advance health literacy is to involve the Sangha itself, academia, and the government.

This study offers some important recommendations: The Sangha Supreme Council of Thailand needs to appeal to relevant agencies such as Division of Social welfare of the Sangha Supreme Council of Thailand, the Office of Ecclesiastical Education School Board and Mahachulalongkornrajavidyalaya University, for example, to promote the development of health knowledge both within the clergy and throughout pertinent government agencies such as the National Health Security Office, the Department of Health, the Department of Medical Services, the Sangha Hospital, etc.

Key words: monk, health status, health literacy

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยเรื่อง “โครงการความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ภาวะสังคมและคุณภาพชีวิตในพระสงฆ์” สำเร็จ ลุล่วงไปด้วยดีด้วยความให้การสนับสนุน ร่วมมือจากองค์กรและบุคคลที่เกี่ยวข้องหลายฝ่าย โดยเฉพาะผู้ให้การ สนับสนุน ได้แก่ สำนักสนับสนุนสุขภาพองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)และ โครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงพุทธของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

นอกจากนี้ขอกราบขอบพระคุณพระคุณพระสงฆ์เถระ ที่เมตตาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ยิ่งต่อคณะวิจัย ได้แก่ พระเทพเวที เจ้าคณะภาค 6 รองอธิการบดีฝ่ายกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พระเทพปวรเมธี รองอธิการบดีฝ่ายบริหาร มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พระเทพรัตนนายก เจ้าคณะจังหวัดลำพูน พระราชสิทธิเวที, รศ.ดร. เจ้าคณะจังหวัดพิจิตร พระราชปริยัติ, รศ.ดร. เจ้าคณะจังหวัดพะเยา พระโสภณพัฒนบัณฑิต รองอธิการบดีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น พระสุธีรัตนบัณฑิต, รศ.ดร. ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พระครูปริยัติคุณาวุธ รองเจ้าคณะจังหวัดสุราษฎร์ธานี พระมหาราชัน จิตตปาโล ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พระมหาประยูร โชติวิโร ผู้อำนวยการกองกิจการนิสิต มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย พระมหาสุเทพ สุทธิญาโณ ประธาน กลุ่มอาสาชานิตธรรม พระมหาสุเทพ สุปณทิโต หัวหน้าโครงการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์พระนิสิตปฏิบัติ ศาสนกิจสู่การสร้างสังคมสุขภาวะ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พระมหาอุตร ธรรมปณฺโญ เลขานุการ เจ้าคณะจังหวัดร้อยเอ็ด ประธานมูลนิธิพระมหาอุตร ธรรมปณฺโญ พระมหาจริทธิ์ วชิรเมธี เจ้าคณะอำเภอ อุบลรัตน์ เจ้าอาวาสวัดเขื่อนอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น และประธานหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล ทั่วประเทศ ที่สละเวลาให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อโครงการวิจัยนี้ และขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ ให้ข้อเสนอแนะจนกระทั่งนำไปสู่รายงานการวิจัยที่สมบูรณ์

คณะวิจัย

กรกฎาคม 2563

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
กิตติกรรมประกาศ	ค
สารบัญ	ง
บทที่ 1 บทนำ	
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	4
1.3 คำถามการวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการศึกษา	4
1.5 เป้าหมายการศึกษา	4
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะของการศึกษา	5
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย	7
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
2.1 แนวคิดและทฤษฎีว่าด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ	8
2.2 แนวคิดสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์	21
2.3 แนวคิดเครือข่ายทางสังคม	29
2.4 แนวคิดความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน (work life balance)	35
2.5 หลักธรรมทางพระพุทธศาสนากับการรักษาสุขภาพ	42
2.6 หลักการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์	51
2.7 รูปแบบและกระบวนการรักษาสุขภาพเชิงพุทธ	56
2.8 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	64
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
3.1 รูปแบบการวิจัย	68
3.2 พื้นที่การวิจัย	69

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย (ต่อ)

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	70
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	70
3.5 การเก็บและรวบรวมข้อมูล	71
3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล	72
3.7 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง	73

บทที่ 4 ผลการศึกษา

4.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย	74
4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย	124
4.3 รูปแบบการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย	128

บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย	133
5.2 อภิปรายผล	138
5.3 ข้อเสนอแนะ	147

บรรณานุกรม	149
------------	-----

ภาคผนวก	162
---------	-----

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

“Health literacy is the degree to which individual have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions.” (US. Dept. of Health and Human Services. 2000 Healthy People, 2010)

การที่สังคมไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรและการจัดการของภาครัฐในประเด็นสาธารณสุขเป็นอย่างยิ่ง การศึกษาของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2562) ได้สะท้อนภาพการเปลี่ยนแปลงเชิงประชากรของสังคมไทยอย่างชัดเจนว่า ปัจจุบันสังคมไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และกำลังอยู่ระหว่างช่วงเปลี่ยนผ่านสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ กล่าวคือมีจำนวนสัดส่วนของประชากรสูงวัยคิดเป็น 1 ใน 5 ของจำนวนประชากรทั้งหมด ภายใต้โครงการสร้างประชากรภาพรวมของทั้งสังคมไทยที่เปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อองค์กรคณะสงฆ์ไทยอย่างชัดเจนด้วยเช่นกัน การพัฒนาองค์ความรู้และการทำเข้าใจสถานการณ์สุขภาพของคณะสงฆ์ไทยจึงเป็นประเด็นสำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อการพัฒนากิจการคณะสงฆ์อย่างยั่งยืนในยุคต่อไปเช่นกัน

สำหรับการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพระสงฆ์ที่มีจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยเห็นว่าสามารถพิจารณาเป็นประเด็นสำคัญได้ 2 มิติได้แก่ มิติที่หนึ่งการพิจารณาสถานการณ์ปัญหาและแนวทางการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้เพื่อการยกระดับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ทั้งนี้งานของ พินิจ ลาภธนา นนท์ (2555) ได้ดำเนินการวิจัยเชิงผสมผสานเพื่อศึกษา สสำรวจ และทำกิจกรรมการวิจัยภาคสนาม เพื่อทำความเข้าใจสุขภาวะของพระสงฆ์ในประเด็นที่ครอบคลุมการประเมินสภาพร่างกายและอาการเจ็บป่วย และการพิจารณาผลการวิเคราะห์ทางสุขภาพกับหลักสุขภาวะองค์รวม 4 ด้านได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางปัญญา และสุขภาวะทางสังคม ทั้งนี้ผลการศึกษาที่สำคัญได้สะท้อนให้เห็นว่าพระสงฆ์ร้อยละ 45 มีภาวะเสี่ยงที่จะเป็นโรคอ้วนและจำนวนมากถึงร้อยละ 40 ที่มีปัญหาโรคประจำตัว นอกจากนี้พระสงฆ์จำนวนหนึ่งยังประสบปัญหาสุขภาวะทางจิตและปัญญาจากภาวะความเครียด ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ส่วนตัว ทั้งก่อนและหลังการอุปสมบทเข้ามาเป็นพระสงฆ์ การศึกษาชิ้นนี้ได้เสนอให้มีการวิจัยองค์ความรู้และการขับเคลื่อนกิจกรรมเชิงเครือข่าย เพื่อยกระดับแนวทางการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืนต่อไป

ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์ที่ผ่านมา ได้ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างสุขภาพในสังคมไทย อาทิ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้ร่วมมือกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับคณะสงฆ์ไทย อาทิ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ดำเนินการยกระดับนโยบายการสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ในเอกสารที่สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (2560) ได้จัดทำธรรมนูญสุขภาพ พ.ศ. 2560 เป็นการสะท้อนการบูรณาการเพื่อการยกระดับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ซึ่งมีหมวดที่สำคัญทั้งสิ้น 5 หมวดได้แก่ (1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์แห่งชาติ (2) พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย (3) ชุมชนและสังคมที่ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักธรรมวินัย (4) บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม และ (5) การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติสู่การปฏิบัติ จึงจะเห็นได้ว่ากระบวนการที่มีการบูรณาการการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม เกิดขึ้นจากการใช้ฐานองค์ความรู้สนับสนุนการดำเนินงาน มีส่วนสำคัญที่จะสนับสนุนการดูแลสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตามการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพระสงฆ์ ยังสะท้อนให้เห็นปัญหาและความต้องการในการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพให้กับพระสงฆ์ให้มากยิ่งขึ้น งานของจงจิตร อังคตะวานิช (ม.ป.ป.) อธิบายถึงสถานการณ์สุขภาพของพระสงฆ์ไทย อ้างถึงข้อมูลสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ามีพระสงฆ์เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานมากถึงร้อยละ 18 และโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่เกิดจากข้อจำกัดการบริโภคอาหารของพระสงฆ์จากข้อบังคับในพระธรรมวินัย ทำให้พระสงฆ์ไม่สามารถที่จะเลือกบริโภคอาหารได้อีกทั้งฆราวาสยังเป็นปัจจัยหลักที่ส่งผลต่อลักษณะการบริโภคของพระสงฆ์ กล่าวคือเมื่อฆราวาสนำอาหารมาถวาย พระสงฆ์จึงต้องบริโภคตามที่ได้รับ โดยชนิดของอาหารที่ถูกนำมาถวายมีส่วนมากมีลักษณะที่เป็นอาหารที่มีรสจัด และมีไขมันมาก เนื่องจากลักษณะการดำเนินชีวิตที่เร่งรีบทำให้การประกอบอาหารเพื่อถวายพระสงฆ์มีลักษณะที่ง่ายต่อการประกอบอาหาร อาหารทอดที่มีลักษณะการประกอบอาหารที่ง่ายจึงเป็นตัวเลือกอันดับแรกที่ฆราวาสเลือกนำมาถวาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในการขาดองค์ความรู้ในด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องกับงานของ ศนิกานต์ ศรีมณี และคนอื่นๆ (2561) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการบริโภคของพระสงฆ์ในเขตภาคีเจริญ พบว่าในประเด็นพฤติกรรมการถวายอาหารของประชาชนในเขตภาคีเจริญ มีลักษณะเป็นการซื้ออาหารที่ผ่านการประกอบอาหารแล้วจากร้านอาหารในพื้นที่ใกล้เคียง อีกทั้งอาหารที่มีการใส่บาตรอย่างเป็นประจำยังมีลักษณะเป็นอาหารที่เป็นอาหารทอด อาหารที่มีการผสมกะทิ และมีรสจัด โดยอาหารทั้ง 3 ลักษณะนี้ล้วนเป็นอาหารที่มีไขมันมากส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ได้ จึงเห็นได้ว่าการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์

ตามหลักพระธรรมวินัยนั้นเป็นเรื่องสำคัญ ที่พุทธศาสนิกชนควรให้ความสำคัญเป็นอย่างมากทั้งในด้านของโภชนาการของอาหารและกิจวัตรของพระสงฆ์

การพัฒนาและส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นกลไกที่สามารถสนับสนุนกระบวนการสร้างสุขภาพให้กับคณะสงฆ์ไทยได้อย่างยั่งยืน จะเห็นได้จากการศึกษาที่สำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยงานชิ้นสำคัญของ Christina Zarcadoolas ศาสตราจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแห่งมหาวิทยาลัยบราวน์ สหรัฐอเมริกา ได้ร่วมกับคณะคณาจารย์และเสนองานทางวิชาการที่ชื่อว่า “Understanding health literacy: an expanded mode” ได้อธิบาย 4 ปัจจัยสำคัญที่จะช่วยผลักดันให้การส่งเสริมการเรียนรู้ด้านการพัฒนาความรอบรู้ทางสังคมคือ มิติด้านการก้าวหน้าทางการศึกษา มิติด้านวิทยาการทางศาสตร์ มิติด้านกระบวนการภาคประชาสังคม และมิติด้านวัฒนธรรม ขณะที่ในสังคมไทยการศึกษาและคำอธิบายเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสังคมนั้น มีงานวิชาการที่ทำความเข้าใจแนวทางการวัดและพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในสังคม โดยข้อมูลจากการศึกษา อังคินันท์ อินทรกำแหง (2560) พบว่าจากการสำรวจคนไทยที่อายุมากกว่า 15 ปี กว่า 30,000 ตัวอย่างพบว่า คนไทยยังมีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ต่ำ จึงจำเป็นที่จะต้องพัฒนาเครื่องมือและกลไกสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาองค์ความรู้ดังกล่าว ทั้งนี้ข้อเสนอจากการศึกษาครั้งนี้ได้สะท้อนรูปแบบการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ (2) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพ (3) ทักษะการสื่อสาร (4) การจัดการตนเอง (5) การรู้เท่าทันสื่อ (6) ทักษะการตัดสินใจ

ดังนั้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงถือเป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยยกระดับการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืนให้กับคณะสงฆ์ได้ จะเห็นได้ว่าการพัฒนาองค์ความรู้และกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพให้กับพระสงฆ์กำลังเป็นที่สนใจของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตามแนวพระพุทธศาสนา สามารถเห็นประโยชน์ของการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับพระสงฆ์ว่า เมื่อเครือข่ายพระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีรวมทั้งสามารถเชื่อมโยงเครือข่ายการทำงานที่ช่วยยกระดับ จะมีส่วนต่อการพัฒนาสังคมหรืองานสาธารณสงเคราะห์วิถีพุทธให้ดียิ่งขึ้น (พินิจ ลาภธนานนท์, สายชล ปัญญชิต, ภูเบศ วณิชชานนท์ และพิรญาณ์ แสงปัญญา, 2563 ; พระศรีสมโพธิ, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, ภูเบศ วณิชชานนท์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์, 2563) ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าวิจัยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพ ตลอดจนทำความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคณะสงฆ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย ซึ่งจะสามารถยกระดับการสร้างกลไกสนับสนุนภาคนโยบายและภาคปฏิบัติของคณะสงฆ์ในการส่งเสริมให้เกิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน อันจะนำไปสู่การสร้างประโยชน์ใน

ลักษณะกิจกรรมสุขภาวะตามแนวพระพุทธศาสนา ทั้งในเครือข่ายพระพุทธศาสนาและภาคประชาชนต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 เพื่อสำรวจสถานการณ์ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย
- 1.2.2 เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย
- 1.2.3 เพื่อเสนอรูปแบบการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย

1.3 คำถามการวิจัย

- 1.3.1 สถานการณ์สุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทยเป็นอย่างไร
- 1.3.2 องค์ความรู้และแนวทางที่จะช่วยยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ไทยควรมีลักษณะอย่างไร

1.4 ขอบเขตการศึกษา

สำหรับขอบเขตของการศึกษารั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ด้านกล่าวคือ

- 1.4.1 ขอบเขตด้านประชากร กลุ่มตัวอย่างและพื้นที่การศึกษา

สำหรับประชากรของการศึกษารั้งนี้คือพระสงฆ์ที่ปฏิบัติงานและมีบทบาทในหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ในสังคมไทยที่เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลจากทั่วประเทศ

- 1.4.2 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ขอบเขตเนื้อหาของการศึกษารั้งนี้เป็นการมุ่งศึกษาในเรื่องสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์ แนวทางการสร้างสังคมสุขภาวะและแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่าย เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ รวมทั้งสามารถทราบถึงสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย

1.5 เป้าหมายการศึกษา

1.5.1 เกิดองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพให้กับคณะสงฆ์ในสังคมไทย

1.5.2 เกิดเครือข่ายการทำงานเพื่อการดูแลและยกระดับในเรื่องของสุขภาพให้กับคณะสงฆ์ไทย ซึ่งประกอบด้วย คณะสงฆ์ สถาบันทางการศึกษา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ สำนักงานสาธารณสุข รวมทั้งหน่วยงานเกี่ยวข้องอื่น ๆ

1.5.3 เกิดแนวทางและนโยบายที่ใช้สำหรับการดูแลและยกระดับในเรื่องของสุขภาพให้กับคณะสงฆ์ไทย

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะของการศึกษา

1.6.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ทักษะ ความสามารถที่มีผลต่อการรับรู้และแรงจูงใจของบุคคล เพื่อค้นหา เข้าถึง เข้าใจ พิจารณาความถูกต้องเหมาะสม เลือกใช้ และนำข้อมูลความรู้ทางสุขภาพไปประพฤติปฏิบัติเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี รวมถึงมีการประเมินผลลัพธ์ ปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องเหมาะสม ตลอดจนแบ่งปันข้อมูลที่เป็นประโยชน์ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลแก่สมาชิกในชุมชนและสังคมของตนเอง

1.6.2 ภาวะสังคัม หมายถึง สถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นและมีความสัมพันธ์ภายในบริบทของชุมชนพระสงฆ์

1.6.3 คุณภาพชีวิตในพระสงฆ์ หมายถึง การรับรู้ของพระสงฆ์ต่อภาพรวมของการดำรงชีวิตภายใต้บริบทของวัฒนธรรม บ่งชี้ถึงระดับความเป็นอยู่ของพระสงฆ์ตามสมณสาธูปที่มีความสืบเนื่องกับภาวะสุขภาพองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคัม

1.6.4 สุขภาวะตามแนวพระพุทธศาสนา หมายถึง สภาวะและพฤติกรรมทางสุขภาพที่เชื่อมโยงการเรียนรู้กับหลักทางพระพุทธศาสนา จนแสดงให้เห็นถึงคุณภาพที่ดีทั้งทางร่างกาย ปัญญา จิตใจ และความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมรอบข้าง

1.6.5 ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ หมายถึง กรอบและแนวทาง ข้อตกลงร่วม หรือกติกาที่เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมของพระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในทุกระดับ และส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม (พระครูพิพิธสุตาธร และคณะ, 2560)

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ด้านวิชาการ การวิจัยจะส่งผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 3 แนวทาง คือ

1) แนวทางการศึกษาวิจัยต่อยอดให้เกิดการนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการส่งเสริมให้พระสงฆ์ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะในประเด็นการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพและการเข้าถึงสิทธิ

2) แนวทางการศึกษาวิจัยต่อยอดการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีประสิทธิภาพ

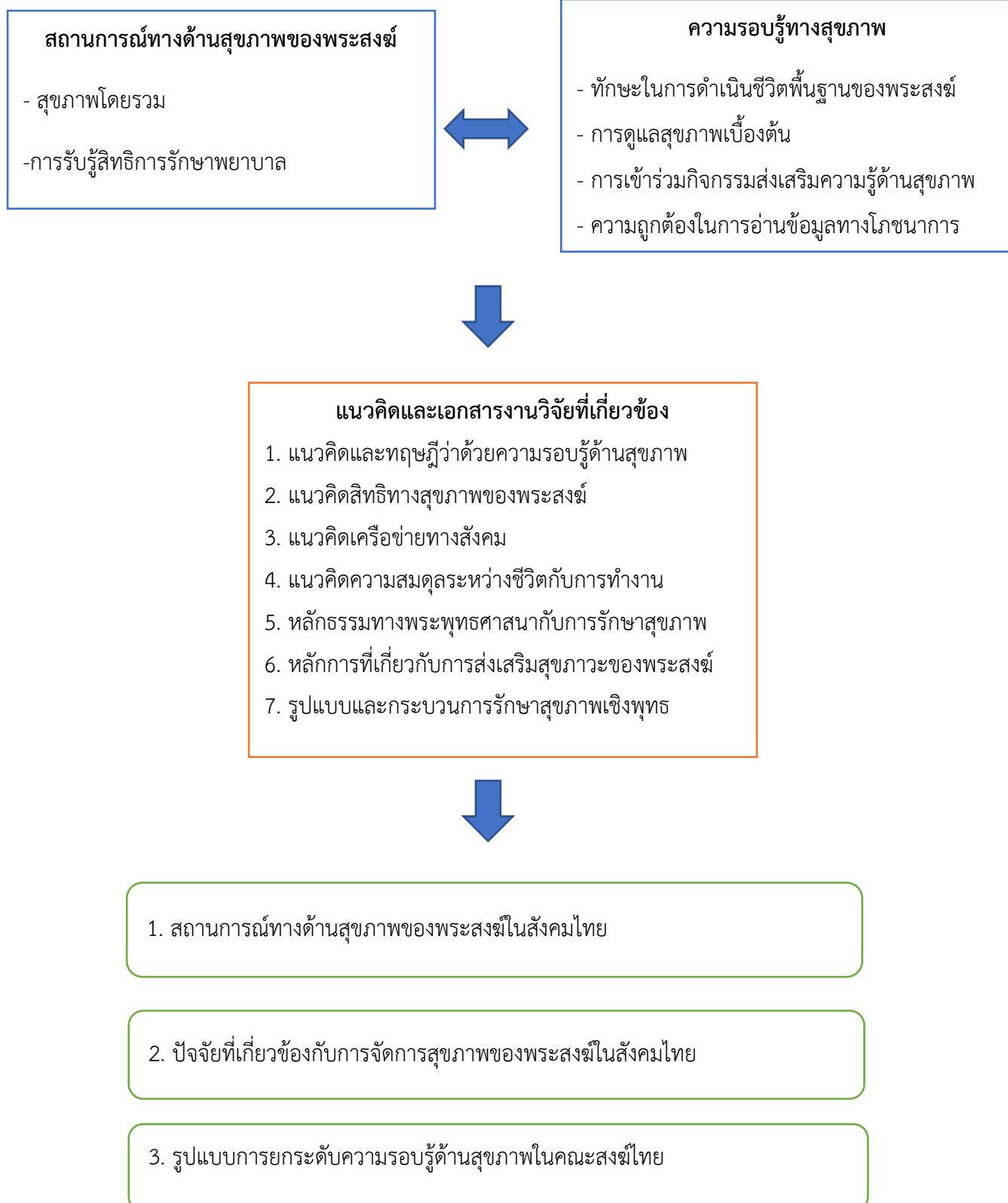
3) แนวทางในการพัฒนาโครงการหรือกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์

1.7.2 ด้านนโยบาย การวิจัยนี้สนับสนุนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 โดยข้อมูลสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ รวมถึงรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจะเป็นทั้งข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญ และแนวทางในการดำเนินกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์

1.7.3 ด้านเศรษฐกิจ/พาณิชย์ การวิจัยจะส่งผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการป้องกันการสูญเสียด้านเศรษฐกิจ/พาณิชย์ให้ลดน้อยลงโดยการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ให้มีคุณภาพ ส่งเสริมการเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพภายใต้สิทธิที่มีอยู่ อันจะส่งผลให้ลดความเสี่ยงในการเกิดโรคเรื้อรังหรือชะลอการดำเนินของโรค อาจส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในด้านสุขภาพลดลง

1.7.4 ด้านสังคมและชุมชน การวิจัยจะส่งผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับทำให้มีการสร้างชุมชนพระสงฆ์ที่เป็นผู้นำด้านการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การเพิ่มพูนความรู้ความเข้าใจและการเข้าถึงสิทธิในการรักษาพยาบาล ภายใต้การสนับสนุนของคณะสงฆ์และชุมชนโดยรอบส่งผลให้เกิดความเข้มแข็ง ยั่งยืน และสามารถดูแลสุขภาพและการให้ช่วยเหลือภายในชุมชนได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และยั่งยืน

1.8 กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการปริทัศน์เอกสารทางวิชาการเพื่อสังเคราะห์แนวคิด ทฤษฎี รวมทั้งเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจประเด็นการรอบรู้ทางสุขภาพของพระสงฆ์ในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังให้ความสนใจศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับสิทธิสุขภาพ หลักการและรูปแบบทางพระพุทธศาสนาอีกด้วย เพื่อให้สามารถทบทวนวรรณกรรมได้อย่างครบถ้วน ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการศึกษาเอกสารให้ครอบคลุมประเด็นทางพระพุทธศาสนา สังคมศาสตร์ ตลอดจนองค์ความรู้ทางสาธารณสุข เพื่อเป็นพื้นฐานของการวิเคราะห์ปรากฏการณ์ทางการศึกษา รวมทั้งเพื่อเป็นกรอบทางความคิดสำหรับการตอบคำถามการวิจัยในการศึกษา โดยสามารถสรุปหัวข้อของการศึกษาได้ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีว่าด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ
- 2.2 แนวคิดสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์
- 2.3 แนวคิดเครือข่ายทางสังคม
- 2.4 แนวคิดความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน (work life balance)
- 2.5 หลักธรรมทางพระพุทธศาสนากับการรักษาสุขภาพ
- 2.6 หลักการที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์
- 2.7 รูปแบบและกระบวนการรักษาสุขภาพเชิงพุทธ
- 2.8 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดและทฤษฎีว่าด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ

สำหรับการทำความเข้าใจแนวคิดและทฤษฎีว่าด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีเป้าหมายเพื่อสะท้อนให้เห็นนิยาม แนวคิด รวมทั้งกรอบการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งจะใช้เป็นกรอบและกระบวนการสร้างการเรียนรู้ สำหรับการทำความเข้าใจความรู้รอบด้านสุขภาพของพระสงฆ์ เมื่อพิจารณาจากแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพ จะเห็นได้ว่ามีแบบการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพหลายแนวทาง การทำความเข้าใจประโยชน์ ข้อจำกัด และข้อดีของแต่ละกรอบแนวคิด จะช่วยให้ผู้วิจัยสามารถเลือกแนวทางที่เหมาะสมมาปรับใช้กับการศึกษาครั้งนี้ได้ โดยสำหรับการศึกษาค้นคว้านี้จะทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพดังต่อไปนี้

2.1.1 คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้เมื่อปี ค.ศ. 1998 ว่าเป็นทักษะการรับรู้และทักษะทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อเป็นแนวในการสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี “Health literacy represents the

cognitive and social skills which determine the motivation and ability of individuals to gain access to, understand and use information in ways which promote and maintain good health” (WHO, 1998, pp.10) สอดคล้องกับนิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (2000) ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะส่วนบุคคลในการรับรู้และการอยู่ในสังคมที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และเลือกใช้ข้อมูลในการสร้างเสริมและคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี “health literacy” refers to the personal, cognitive and social skills which determine the ability of individuals to gain access to, understand, and use information to promote and maintain good health” (Nutbeam, 2000, pp. 262-263) เช่นเดียวกับ Institute of Medicine (2004) ที่ให้ความหมายของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นระดับความสามารถของบุคคลที่จะได้รับ จัดการ และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพพื้นฐานและความต้องการในบริการสุขภาพเพื่อทำการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพที่มีความเหมาะสม “the degree to which individuals have the capacity to obtain, process, and understand basic health information and services needed to make appropriate health decisions”

ขณะที่ American Medical Association ได้ให้นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้เมื่อปี ค.ศ. 1999 ว่าเป็นกลุ่มของทักษะที่ประกอบด้วยความสามารถในการอ่านพื้นฐาน และคำนวณโจทย์ตัวเลขที่จำเป็นต่อการทำหน้าที่ภายใต้บริบทของการดูแลสุขภาพ “Health Literacy is a constellation of skills including the ability to perform basic reading and numerical tasks required to function in the health care environment.” (Parker, R.M., et. al., 1999, pp. 553) เช่นเดียวกับ the center for health care strategies Inc (2000 อ้างใน ขวัญเมือง แก้วคำเกิง, 2561) ที่ให้นิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการอ่าน ทำความเข้าใจ และปฏิบัติบนข้อมูลการดูแลสุขภาพ “the ability to read, understand, and act on health care information”

ต่อมา คิกบัสซ์ เวท และแมก (Kickbusch, Wait, & Maag, 2005) ได้นิยามความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นทักษะความสามารถในการตัดสินใจภายใต้บริบทของชีวิตประจำวันตั้งแต่ที่บ้าน ชุมชน ที่ทำงาน ระบบสุขภาพ การค้าขาย และการเมือง ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีความสำคัญในการเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีวิจรรย์ญาณเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ภายใต้ความสามารถในการค้นหาข้อมูลข่าวสาร และการมีความรับผิดชอบต่อตนเอง ต่อมาในปี ค.ศ. 2008 อิชิคาวะ ทาคิชิ และยานะ (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นความรู้ และทักษะความสามารถที่ปฏิสัมพันธ์กับระบบการดูแลสุขภาพ (Ishikawa & Yano, 2008) และในการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับแนวคิดและคำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพของโซเรนเซน และคณะ (Sørensen et al, 2012) ได้สรุปคำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างการรู้หนังสือ ความรู้ที่จำเป็น แรงจูงใจ และสมรรถนะในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และการประยุกต์ใช้ข้อมูล

ด้านสุขภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจเรื่องการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน ซึ่งรวมถึงการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต

สำหรับในประเทศไทย กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติ และจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน เพื่อสุขภาพที่ดี เช่นเดียวกับ ขวัญเมือง แก้วดำเกิง (2561) ได้ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นการเกิดขึ้นจากสภาพปัญหาในการสื่อสารเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงข้อมูล เกิดความเข้าใจ และนำข้อมูลที่ถูกต้อง มีความน่าเชื่อถือไปใช้ในการตัดสินใจในการตัดสินใจ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีของตนเองและบุคคลอื่น ซึ่งเกิดขึ้นทั้งในงานด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ แต่สำหรับ อังศิรินทร์ อินทรกำแหง (2560) ให้คำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นการกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิตของบุคคลด้วยการใช้ทักษะและความสามารถทางปัญญาและทักษะการปฏิสัมพันธ์ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารและบริการที่ได้รับจากสื่อรูปแบบต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมรอบด้าน ซึ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลสุขภาพของตนเอง พร้อมจัดการสุขภาพของตนเองและเงื่อนไขสภาพแวดล้อม เพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

2.1.2 แนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากนิยามของความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมทั้งกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพได้มีการกำหนดรายละเอียดชัดเจนมากยิ่งขึ้น สำหรับการศึกษานี้จะขอกกล่าวถึงเฉพาะกรอบแนวคิดที่มีผู้นำมาใช้แพร่หลายในการศึกษา

1) กรอบแนวคิดการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Don Nutbeam

Don Nutbeam ได้นำเสนอ model of health literacy ซึ่งแบ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน (functional health literacy) เป็นทักษะพื้นฐานที่มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ทักษะด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน และมีความสำคัญต่อการสร้างความเข้าใจถึงเนื้อหาด้านสุขภาพ เช่น การอ่านใบยินยอม (consent form) ฉลากยา (medical label) การเขียนข้อมูลการดูแลสุขภาพ การทำความเข้าใจต่อรูปแบบการให้ข้อมูลทางวาจา และข้อความ รวมไปถึงการปฏิบัติตามคำแนะนำที่ได้รับ

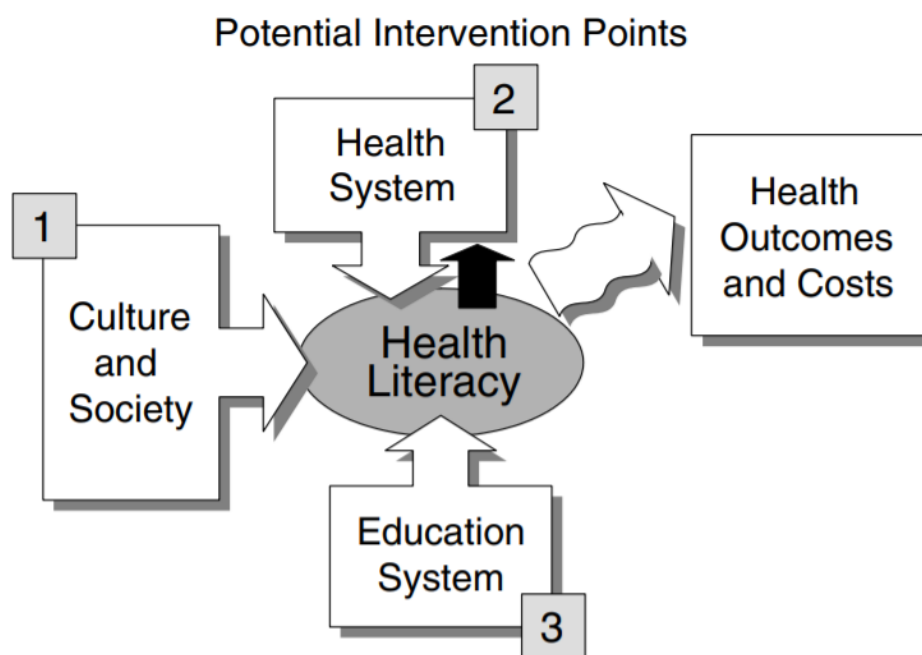
2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (interactive health literacy) เป็นทักษะที่สูงขึ้นจากระดับพื้นฐาน ได้แก่ ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม เพื่อนำไปใช้สำหรับการเข้าร่วมกิจกรรม

ต่าง ๆ การรู้จักเลือกใช้ข้อมูล การจำแนกแยกแยะการสื่อสารที่แตกต่างกัน และการประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารใหม่ ๆ ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (critical Health literacy) เป็นทักษะขั้นสูงระหว่างการใช้ทักษะทางปัญญา และทักษะทางสังคม เพื่อนำไปใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารอย่างมีวิจารณ์ญาณ สามารถใช้ข้อมูลด้านสุขภาพสำหรับการตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองให้ดำรงไว้อย่างต่อเนื่อง

2) The institute of Medicine's health literacy framework with potential points for intervention

Institute of Medicine ได้นำเสนอกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงประเด็นที่มีโอกาสในการแทรกแซง โดยจากกรอบแนวคิด จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 1) วัฒนธรรมและสังคม 2) ระบบสุขภาพ 3) ระบบการศึกษา ซึ่งในขณะเดียวกันความรู้ด้านสุขภาพก็也将มีความสัมพันธ์กับระบบสุขภาพ และ ผลลัพธ์และค่าใช้จ่ายทางสุขภาพ (รูปที่ 1)

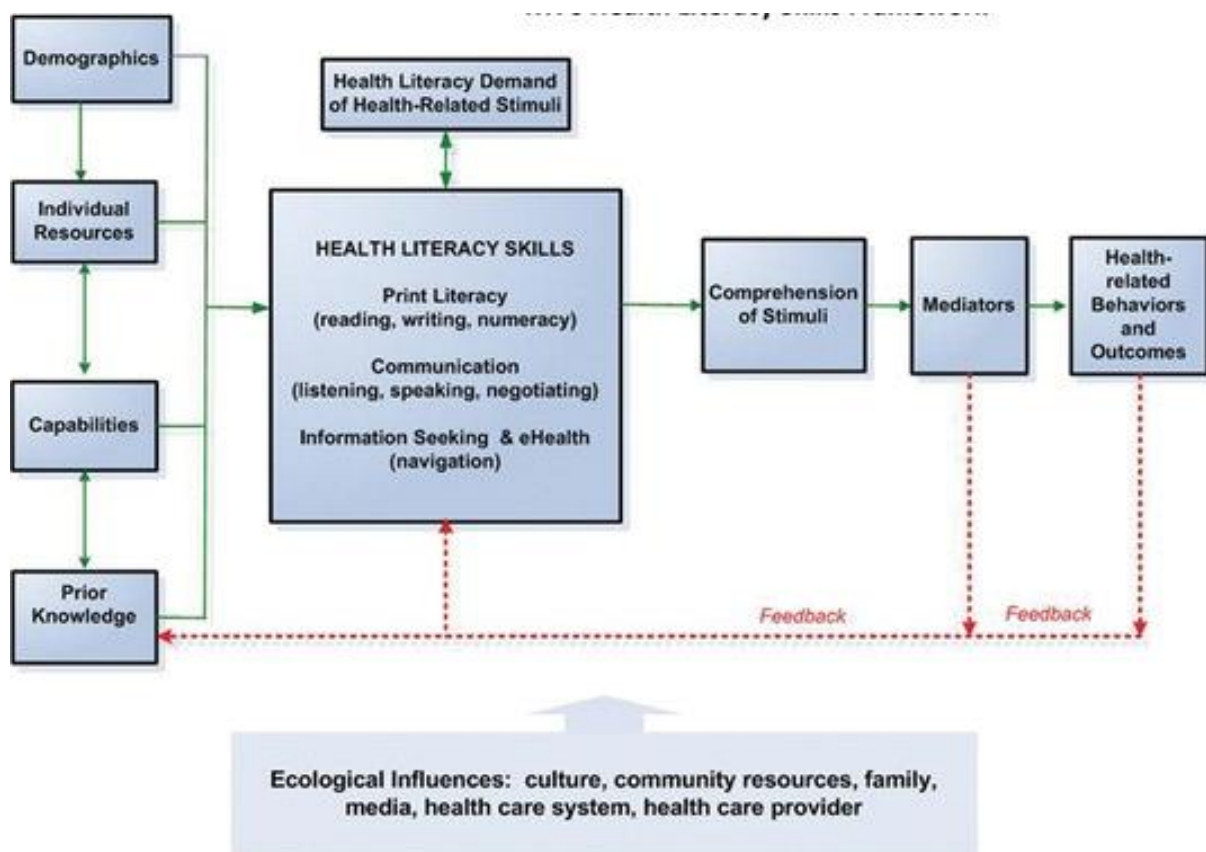


รูปที่ 1 : Potential points for intervention in the health literacy framework

ที่มา: Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A. (2004). *Health literacy: A prescription to end confusion*. Washington, D.C.: The National Academies Press.

3) The RTI's health literacy skills framework

พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยในกรอบแนวคิดได้มีการกำหนดสมมติฐานถึงความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related outcomes) และพรรณนาถึงหน้าที่ของความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละระดับของบุคคล โดยในกรอบแนวคิดนี้ยังได้สะท้อนให้เห็นถึงปัจจัยภายนอกของแต่ละบุคคล เช่น ครอบครัว สถานที่ที่ตั้ง ชุมชน วัฒนธรรม และสื่อ ที่มีผลกับโครงสร้างและความสัมพันธ์ในกรอบแนวคิด โดยกรอบแนวคิดได้ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการและการใช้ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) สิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ (health-related stimuli) 3) ทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความจำเป็นต่อความเข้าใจในสิ่งเร้าและปฏิบัติการกิจ และ 4) สื่อกลางระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ดังแสดงในรูปที่ 2

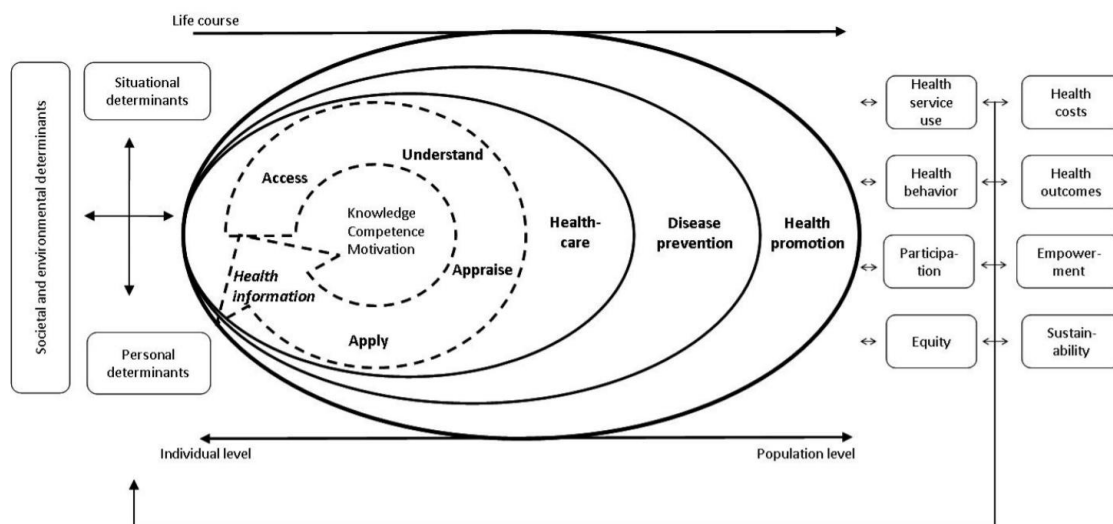


รูปที่ 2 : The RTI's health literacy skills framework

ที่มา: Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., & McCormack, L. (2012). The health literacy skills framework. *Journal of Health Communication*, 17, 30-54.

4) The integrated model of health literacy

Sørensen et al. (2012) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (รูปที่ 3) โดยในกรอบแนวคิดได้วางโครงสร้างของมิติหลักของความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้ในวงรีตรงกลางของภาพ รวมถึงนำเสนอแบบจำลองเชิงเหตุผลเพื่อนำเสนอปัจจัยส่วนต้นและส่วนปลายที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงเส้นทางการเชื่อมโยงความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้ากับผลลัพธ์ทางสุขภาพ



รูปที่ 3 : Integrated model of health literacy.

ที่มา: Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12(1), 80.

2.1.3 การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากนิยามและแนวคิดเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อให้เกิดแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในมิติที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับนิยามและแนวคิด ประกอบด้วย

1) แบบประเมินการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ (the rapid estimate of adult literacy in medicine [REALM]) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยเดวิส และคณะ (Davis et al., 1991) สำหรับใช้ในการประเมินและระบุผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ สถานพยาบาล คลินิก และหน่วยวิจัยทางการแพทย์ ทำการปรับปรุงสื่อเอกสารที่เผยแพร่ให้กับผู้ป่วย โดยการประเมินทักษะการอ่านและความเข้าใจเกี่ยวกับศัพท์ทางการแพทย์ ซึ่งการคัดเลือกคำศัพท์ที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ที่ปรากฏในสื่อและจากการสื่อสารของแพทย์ในการรักษา สื่อการสอนด้านสุขศึกษา ฉลากยาต่าง ๆ โดยคำศัพท์เหล่านั้นเป็นคำศัพท์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องทราบและจำให้ได้เพื่อใช้ในการรักษาและการปฏิบัติตัวเพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง สามารถประเมินทักษะได้ 2 ด้าน คือ ทักษะการอ่าน (การจดจำคำหรือเข้าใจในการอ่านและการคิดคำนวณ) และ

ทักษะอื่นที่จำเป็น เช่น ความรู้ทางวัฒนธรรมและความคิด การฟัง การคิดคำนวณ การพูด การเขียน และการอ่าน เป็นต้น

แบบประเมินประกอบด้วย คำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์จำนวน 125 คำ จัดวางเรียงแยกกลุ่ม 4 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยากง่าย โดยให้อ่านออกเสียงคำทั้งหมดทีละคำในเวลาประมาณ 3-5 นาที ให้คะแนนตามการอ่านออกเสียงที่ถูกต้อง โดยแบ่งกลุ่มสมรรถนะของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เทียบเท่าระดับการศึกษาที่ต่างกัน 4 กลุ่ม โดยแต่ละกลุ่มเทียบเท่ากับระดับของการศึกษากับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น กลุ่มที่ 1 คะแนนระหว่าง 0-78 คะแนน หรือเทียบเท่ากับมีระดับการศึกษาต่ำกว่า หรือเท่ากับประถมศึกษาปีที่ 3 หากผลการประเมินพบว่าไม่สามารถอ่านสื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำได้ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ หรือกลุ่มที่ 4 คะแนนมากกว่า 115 คะแนน หรือเทียบเท่ากับมีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาจะต้องสามารถอ่านสื่อสำหรับให้ความรู้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เป็นต้น

2) แบบประเมินการอ่านคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์อย่างรวดเร็วในกลุ่มผู้ใหญ่ฉบับสั้น (shortened version of the rapid estimate of adults literacy [S-REALM]) เป็นแบบประเมินฉบับสั้นที่พัฒนาขึ้นโดยเดวิส และคณะ (Davis et al., 1993) เป็นแบบประเมินที่ปรับปรุงจากแบบวัด REALM เดิม โดยการประเมินทักษะการอ่านอย่างรวดเร็วเกี่ยวกับคำศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์สำหรับกลุ่มวัยผู้ใหญ่ แบบประเมินมีจำนวนคำศัพท์ลดลงเหลือเพียง 66 คำ และลดเวลาที่ใช้ในการประเมินเหลือประมาณ 1-2 นาที เพื่อให้มีความกระชับมากขึ้น โดยจัดเรียงคำศัพท์เป็น 3 คอลัมน์ ตามจำนวนพยางค์และความยากง่าย มีเกณฑ์การแบ่งกลุ่มสมรรถนะของความรอบรู้ด้านสุขภาพเทียบเท่าระดับการศึกษาที่ต่างกัน 4 กลุ่ม เช่นเดียวกับแบบประเมิน REALM แต่มีช่วงของคะแนนที่ต่างกัน เช่น กลุ่มที่ 1 คะแนนระหว่าง 0-18 คะแนน หรือเทียบเท่ากับมีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาปีที่ 3 หากผลการประเมินพบว่าไม่สามารถอ่านสื่อสำหรับผู้่านออกเขียนได้ในระดับต่ำได้ แสดงว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ หรือกลุ่มที่ 4 คะแนนระหว่าง 61-66 คะแนน หรือเทียบเท่ากับมีระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 3 จะต้องสามารถอ่านสื่อสำหรับให้ความรู้กับผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี เป็นต้น

3) แบบประเมินความเข้าใจข้อมูลและการนับจำนวนระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ (the test of functional health literacy in adults [TOFHLA]) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยพาร์คเกอร์ และคณะ (Parker et al., 1995) เพื่อใช้วัดความสามารถในการอ่านของผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ เพื่อประเมินระดับความเข้าใจในการอ่านข้อมูลข่าวสารและความเข้าใจเกี่ยวกับการคำนวณตัวเลขระดับพื้นฐาน แบบประเมินฉบับนี้มีทั้งหมด 67 ข้อ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (1) ส่วนการทดสอบการอ่าน ประกอบด้วย สิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่รับผิดชอบ รูปแบบการบอกกล่าวอย่างเต็มใจ ข้อความที่ใช้ในการทดสอบการอ่านและทำความเข้าใจเป็นข้อความที่มีช่องว่างให้เติมคำประมาณ 5-7 คำ ผู้ถูกทดสอบจะอ่านและเลือกคำจาก

ตัวเลือก 4 ตัวเลือก รวม 50 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 12 นาที และ (2) ส่วนการคำนวณตัวเลข ประกอบด้วย รายละเอียดหลากหลาย ระดับน้ำตาล การนัดหมาย และการได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ซึ่งในส่วนนี้มี 17 ข้อ ใช้เวลาประมาณ 10 นาที รวมเวลาที่ใช้ในการทดสอบทั้งหมด 22 นาที โดยมีคะแนนระหว่าง 0-100 คะแนน มีเกณฑ์การจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดช่วงคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม คือ คะแนนระหว่าง 0-59 60-74 และ 75-100 คะแนน แสดงถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่พอเพียง (inadequate) ปานกลาง (marginal) และเพียงพอ (adequate) ตามลำดับ

4) แบบประเมินความเข้าใจข้อมูลและการนับจำนวนระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่ฉบับสั้น (the short test of functional health literacy in adults [S-TOFHLA]) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยเบคเคอร์ และคณะ (Baker et al., 1999) ประยุกต์จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานในกลุ่มผู้ใหญ่หรือ TOFHLA และพัฒนาเป็นฉบับสั้น เพื่อประเมินความสามารถของผู้ป่วยในด้านการอ่านและการทำความเข้าใจในเอกสารและสื่อต่าง ๆ ที่เป็นข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์ ซึ่งแบ่งการประเมินเป็น 2 ส่วนเช่นกัน คือ ส่วนการทดสอบการอ่านและการคำนวณตัวเลข และเพื่อลดเวลาในการทดสอบจากแบบทดสอบฉบับเต็มใช้เวลาทั้งหมด 22 นาที เหลือเพียง 12 นาที จากทั้งหมด 40 ข้อ ลดจำนวนข้อที่เกี่ยวกับการคำนวณตัวเลขระดับพื้นฐานจาก 17 ข้อ ให้เหลือ 4 ข้อ ใช้เวลา 5 นาที และด้านการอ่านจาก 50 ข้อ เหลือ 36 ข้อ ใช้เวลา 7 นาที ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ นักสุขศึกษา ในโรงพยาบาลได้นำไปใช้ในการกำหนดเป้าหมายการเรียนรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ แบบประเมินฉบับนี้มีคะแนนระหว่าง 0-100 คะแนน โดยมีเกณฑ์การจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดช่วงคะแนนออกเป็น 3 กลุ่ม เช่นเดียวกับแบบประเมิน TOFHLA แต่มีความแตกต่างที่ช่วงของคะแนน คือ คะแนนระหว่าง 0-53 54-66 และ 67-100 คะแนน แสดงถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่พอเพียง (inadequate) ความรอบรู้ด้านสุขภาพปานกลาง (marginal) และความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (adequate) ตามลำดับ

5) แบบประเมินผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (the newest vital sign [NVS]) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาขึ้นโดยไวส์ และคณะ (Weiss et al., [2005]) เพื่อใช้ในการประเมินคัดกรองผู้ป่วยที่มาใช้บริการระดับปฐมภูมิ โดยแบบประเมินนี้ต้องการให้เป็นการทดสอบการอ่านแบบเร็วใช้เวลา 3-5 นาที มี 6 คำถามที่ใช้ในการประเมิน ซึ่งมาจากฉลากโภชนาการของไอศกรีม โดยอาจถามถึงการแปลความหมายและการปฏิบัติตามข้อมูลที่ได้รับ ทั้งนี้ NVS เป็นแบบทดสอบที่ใช้เวลาน้อยและมีความแม่นยำในการทดสอบในกลุ่มที่มีการอ่านออกเขียนได้ หรือมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด โดยมีเกณฑ์การจำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดช่วงคะแนนออกเป็น 3 ระดับ คือ คะแนนระหว่าง 0-1 2-3 และ 4-6 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (marginal/inadequate) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด (limited) และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีเพียงพอ (adequate)

6) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ (functional, communicative, and critical health literacy [FCCHL]) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพถูกสร้างขึ้นโดยอิชิคาวะ ทาคึชิ และยานะ (Ishikawa, Takeuchi, & Yano, 2008) ตามคำจัดความของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ที่แบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ (1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับพื้นฐาน (functional health literacy) (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health literacy) และ (3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับวิจารณ์ญาณ (critical health literacy) แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาเพื่อใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เมืองโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น และต่อมาได้ถูกนำไปปรับใช้ในกลุ่มประชากรอื่น ๆ

แบบประเมินความรอบรู้สุขภาพฉบับนี้ ได้กำหนดประเด็นสำหรับการประเมินไว้ 3 ประเด็น ประกอบด้วย (1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับพื้นฐาน เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับแผ่นพับ หรือเอกสารคำแนะนำจากโรงพยาบาล หรือห้องยา จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ขนาดตัวอักษร ลักษณะคำที่ใช้, ความยากง่ายของเนื้อหา เวลาที่ใช้ในการอ่าน-การทำความเข้าใจ และการใช้ผู้ช่วยอ่าน (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับปฏิสัมพันธ์ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการคัดเลือก และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพภายหลังได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ การคัดเลือกข้อมูลที่เหมาะสม การทำความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับ การสื่อสารกับบุคคลอื่นเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และการนำข้อมูลที่ได้รับไปใช้ และ (3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับวิจารณ์ญาณ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับ เพื่อนำไปใช้สำหรับการตัดสินใจ จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ การพิจารณาข้อมูลกับโรคที่เป็นอยู่ การพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล การตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูล และการตัดสินใจเพื่อสุขภาพ รวมมีข้อคำถามทั้งหมด 14 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย = 1, นาน ๆ ครั้ง = 2, บางครั้ง = 3 และบ่อยครั้ง = 4 สามารถนำมาคำนวณเฉพาะในข้อคำถามประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับปฏิสัมพันธ์ และความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับวิจารณ์ญาณ แต่สำหรับข้อคำถามประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับพื้นฐาน ต้องกลับมาตราส่วนประเมินค่าทั้งหมด โดยคำนวณคะแนนเฉลี่ยรวมของข้อคำถามของแต่ละประเด็น ซึ่งคะแนนเฉลี่ยที่มากกว่า หมายถึง การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับนั้นๆ สูงกว่า แต่อย่างไรก็ตาม แบบประเมินดังกล่าวไม่มีการจำแนกระดับการวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพไว้อย่างชัดเจน

แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพพระระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.84 0.77 และ 0.65 ตามลำดับ และมีค่าความเชื่อมั่นโดยรวมของแบบประเมินเท่ากับ 0.78

7) แบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพ (health literacy: HL) ของชาวไทยที่ใช้ฉลากโภชนาการในการทดสอบ (Thai health literacy assessment Instrument: nutrition label ชนิด 8 ข้อ (THLA-N8) พัฒนาโดย ปรินา ฌ พัทลุง และ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต ในปี 2561 ประกอบด้วยการใช้คำถาม 7 ข้อที่ประเมินความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจกับฉลากโภชนาการในลักษณะเช่นเดียวกับแบบวัด newest vital sign และข้อคำถาม 3 ข้อสำหรับคัดกรอง health literacy พิสูจน์อยู่ระหว่าง 1-10 คะแนน ทดสอบความตรงเชิงผิวหน้าโดยการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน แล้วปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นนำไปทดสอบเพื่อค้นหาความเข้าใจผิดที่อาจเกิดขึ้นโดยใช้เทคนิคการคิดออกเสียง (think aloud) ในบุคคลทั่วไป 15 ราย พัฒนาแก้ไขและนำไปทดสอบในผู้ป่วยนอก 30 ราย ผู้ป่วยใน 497 รายในโรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่งตามลำดับ คะแนน THLA-N8 ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4.83 บ่งบอกถึงความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (ปรินา ฌ พัทลุง และ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2562)

8) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป (the ABCDE-health literacy scale for Thai adults) เป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ.2ส. ในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้นโดย กองสุศึกษา การสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2557) โดยใช้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (systematic review) การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน (confirmatory factor analysis [CFA]) และการวิเคราะห์โมเดลโครงสร้างเชิงสาเหตุ (structural equation model [SEM]) ได้องค์ประกอบการวัด 6 ด้านจาก 3 ระดับ ตามคำจำกัดความของความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam, (2000) และ เอ็ดเวิร์ด วูด เดวีส์ และ เอ็ดเวิร์ดส์ (Edward, Wood, Davies, & Edwards, 2012) คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ได้แก่ (1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ (2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ (3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ (4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเองและความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ (5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และ (6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง แบบประเมินมีจำนวน 36 ข้อ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือพบว่า เป็นแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับนี้อยู่ในระดับดี มีคุณภาพเพียงพอที่สามารถนำไปใช้ได้จริง แต่ผลลัพธ์ของการใช้แบบประเมินฉบับนี้อาจมีองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของการศึกษาครั้งนี้

9) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง เป็นเครื่องมือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาขึ้นโดย ขวณทอง ธนสุกาญจน์ และนริมาลย์ นีละไพจิตร (กองสุศึกษา กรมสนับสนุนสุขภาพ กระทรวง

สาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล, 2558) ทำการทดสอบกับประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพที่มีคลินิกโรคเรื้อรังใน 76 จังหวัด แบบประเมินสามารถจำแนกได้ 3 ลักษณะของผลลัพธ์ที่ต้องการประเมิน ตามองค์ประกอบทั้ง 8 ส่วนของแบบประเมิน คือ เพื่อประเมินความสามารถในการอ่านและทำความเข้าใจในตัวหนังสือและตัวเลข ได้แก่ (1) ความต้องการความช่วยเหลือด้านการอ่านและการกรอกข้อมูลสุขภาพ (2) การอ่าน ศัพท์พื้นฐานทางการแพทย์ และ (3) ความสามารถในการอ่านและเข้าใจตัวเลข เพื่อประเมินความสามารถในการเข้าถึงหรือแสวงหาข้อมูล ได้แก่ (4) ความสามารถในการเข้าถึงหรือ แสวงหาข้อมูลสุขภาพ และเพื่อประเมินผลลัพธ์ที่ใช้ยืนยันระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ (5) ผลลัพธ์การเรียนรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง และการปฏิบัติตัว (6) ผลลัพธ์ด้านความสามารถในการสื่อสาร การโต้ตอบในกรณีถูกถามเรื่องต่าง ๆ (7) ผลลัพธ์แสดงความสามารถในการตัดสินใจในการปฏิบัติในอนาคตหรือตามเงื่อนไขในการใช้ชีวิต และ (8) ผลลัพธ์การปฏิบัติพฤติกรรม 302ส ผ่าการตรวจคุณภาพเครื่องมือ พบว่า มีค่าความเชื่อมั่นในแต่ละส่วนอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (0.49-0.99) โดยมีค่าอำนาจจำแนกรายข้อ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ (0.2 ขึ้นไป) และสามารถนำไปใช้ได้จริง แต่ผลลัพธ์ของการใช้แบบประเมินฉบับนี้อาจมีองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เป็นไปตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของการศึกษาครั้งนี้

10) แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ถูกสร้างและพัฒนาโดยวรรณศิริ นิลเนตร (2557) จากการทบทวนวรรณกรรมตามกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุไทย ตามการแบ่งระดับของนัทบีม (Nutbeam, 2000) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (delphi technique) ในการพัฒนาเครื่องมือ เพื่อความถูกต้องและน่าเชื่อถือของข้อมูล จากความคิดเห็นและผลตรวจสอบเครื่องมือจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 15 ท่าน แบบประเมินประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 36 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 38 ข้อ แบ่งออกเป็น 6 ด้านตามองค์ประกอบ คือ 1) ด้านความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค จำนวน 12 ข้อ 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านการสื่อสารข้อมูลสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) ด้านการตัดสินใจ จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการจัดการตนเอง จำนวน 5 ข้อ และ 6) การรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 5 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของเครื่องมือ จากการหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อสอบกับวัตถุประสงค์ (index of item-objective congruence [IOC]) ได้ค่ารายองค์ประกอบและภาพรวมของแบบประเมินทั้งฉบับ มีค่าระหว่าง 0.67-1.00 แสดงว่าแบบประเมินสามารถวัดได้ตรงตามวัตถุประสงค์ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือรายองค์ประกอบ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยันขอโมเดลของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ตรวจสอบเครื่องมือจำแนกตามองค์ประกอบ และการวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ ซึ่งโดยรวมแล้วเป็นแบบประเมินที่มีคุณภาพเพียงพอที่สามารถนำไปใช้ได้จริง

11) แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ฉบับภาษาไทย ถูกแปลเป็นภาษาไทยโดย จริญญา นพเคราะห์ (2560) จากแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ระดับปฏิสัมพันธ์ และระดับวิจารณ์ญาณ (functional, communicative, and critical health literacy [FCCHL]) (Ishikawa et al., 2008) ใช้การตรวจสอบความถูกต้องทางภาษาระหว่างผู้แปลกับผู้เชี่ยวชาญ และใช้วิธีแปลกลับจากภาษาไทยเป็นภาษาอังกฤษ (back translation) มีค่าความเชื่อมั่น (reliability) จากการหาความสอดคล้องภายใน (internal consistency reliability) โดยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์ของแอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) เท่ากับ 0.91 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน จำนวน 5 ข้อ และข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับปฏิสัมพันธ์ จำนวน 5 ข้อ และความรู้ด้านสุขภาพระดับวิจารณ์ญาณ จำนวน 4 ข้อ รวมทั้งหมด 14 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับ แบ่งออกเป็น มาตราส่วนคำตอบข้อคำถามด้านบวก ได้แก่ ไม่เคย=1 นาน ๆ ครั้ง = 2 บางครั้ง=3 และบ่อยครั้ง=4 และมาตราส่วนคำตอบข้อคำถามด้านลบ ได้แก่ ไม่เคย=4 นาน ๆ ครั้ง=3 บางครั้ง=2 และบ่อยครั้ง=1 แบบประเมินมีคะแนนรวม 56 คะแนน อยู่ในช่วงระหว่าง 14-56 คะแนน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ โดยใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับจากการคำนวณหาอันตรภาคชั้น (class interval) และสามารถแปลผลระดับความรู้ด้านสุขภาพตามช่วงคะแนน ซึ่งแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงคะแนน 14-28 29-42 และ 43-56 คะแนน หมายถึง มีความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ ปานกลาง และสูง ตามลำดับ นอกจากนี้แบบประเมินดังกล่าวไม่มีการจำแนกเกณฑ์บอกความรู้ด้านสุขภาพไว้อย่างชัดเจน

2.1.4 สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์

“พระสงฆ์พึงมีความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อที่จะได้นำไปใช้สำหรับดูแลตนเอง” เป็นประกาศของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 ในหมวด 2 พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ข้อที่ 7 (พระครูพิพิธสุตาธร และคณะ, 2560) ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ แต่การศึกษาที่ผ่านมาพบศึกษาความรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในบุคคลทั่วไป แต่พบการศึกษาในพระสงฆ์เพียง 2 การศึกษา ดังนี้

การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์โดย ลีรัตน์ อนุรักษ์พานิช และคณะ (2561) ที่ศึกษาในพระสงฆ์สูงอายุ ที่มารับบริการที่แผนผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร ระหว่างปี

พ.ศ. 2560-2561 จำนวน 222 รูป โดยใช้แบบวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ วรณศิริ นิลเนตร (2559) ซึ่งใช้ปรับและอ้างอิงจากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) ร่วมกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (2554) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) ด้าน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพและการป้องกันโรค (2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (3) ด้านการ สื่อสารข้อมูลสุขภาพ (4) ด้านการตัดสินใจ (5) ด้านการจัดการตนเอง และ (6) ด้านการรู้เท่าทันสื่อ แบบประเมินฉบับนี้ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ คำตอบมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ สามารถแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามช่วงคะแนนโดยใช้ค่าน้ำหนักตามแนวคิดของวรณศิริ นิลเนตร (2559) และนำคะแนนที่ได้มาแจกแจงเป็นอันตรภาคชั้นตามระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่ร้อยละ 54.5 อยู่ในระดับพื้นฐาน และร้อยละ 45.5 พระสงฆ์สูงอายุมีระดับความรอบรู้ต่ำกว่าระดับพื้นฐาน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่พบพระสงฆ์ที่มีความรอบรู้ระดับปฏิบัติการ และระดับวิจารณ์ญาณ

การศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง (สุทธินันท์ แก่นจันทร์, 2562) ที่ศึกษาในพระสงฆ์สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 60 ปี อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 88 ราย โดยใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ที่พัฒนาและดัดแปลงขึ้นจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ฉบับภาษาไทย (จริยา นพเคราะห์, 2560) ตามกรอบแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพของนัทบีม (Nutbeam, 2000) แบบประเมินฉบับนี้ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 14 ข้อ สามารถแปลผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับโดยการคำนวณหาอันตรภาคชั้น ทั้งโดยรวม และรายด้าน ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและความรอบรู้ด้านสุขภาพพระดับปฏิบัติการอยู่ในระดับปานกลาง แต่ความรอบรู้ด้านสุขภาพพระดับวิจารณ์ญาณอยู่ในระดับต่ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงพระสงฆ์มีความรอบรู้สุขภาพที่จำกัด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเองได้ แม้ว่าจะสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ได้ก็ตาม แต่ยังไม่สามารถคิด วิเคราะห์ และแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ และยังไม่พบการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์ที่มีภาวะเมแทบอลิซึมซินโดรม แต่เป็นการศึกษาในพระสงฆ์สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทำให้อาจยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มพระสงฆ์ที่มีภาวะเมแทบอลิซึมซินโดรม โดยผลการศึกษาอาจเป็นข้อมูลพื้นฐานของการศึกษาในครั้งนี้ แต่ไม่สามารถอ้างอิงในประชากรได้ จึงมี

ความจำเป็นต้องขยายการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพไปยังกลุ่มพระสงฆ์ที่มีข้อจำกัด และการปฏิบัติที่มีความแตกต่างของการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มมากขึ้น ดังนั้นพระสงฆ์ที่มีภาวะเมแทบอลิกซินโดรมจึงมีความสำคัญที่ต้องทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ

2.2 แนวคิดสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์

สำหรับการศึกษาเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์คือการรวบรวมองค์ความรู้ ทั้งที่เป็นกฎหมาย ระเบียบและเอกสารทางวิชาการ ที่สะท้อนความสำคัญสิทธิทางสุขภาพกับการยกระดับคุณภาพสุขภาพพระสงฆ์ในสังคมไทย นอกจากนี้การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์ยังช่วยทำความเข้าใจกฎหมายและระเบียบที่จะช่วยสนับสนุนให้เห็นแนวทางการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อขยายผลองค์ความรู้ รวมทั้งพัฒนาการตระหนักเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพได้ต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แบ่งหัวข้อทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์ดังต่อไปนี้

2.2.1 ความหมายของสุขภาวะ

สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต) (2562) เสนอให้พิจารณาสุขภาวะในความหมายกว้างเกินกว่าที่เคยเข้าใจความหมายของคำว่าสุขภาพ เนื่องจากท่านเห็นว่าสุขภาพเดิมพิจารณาเรื่องของสังขารทางร่างกายเป็นสำคัญ ต่อมาเมื่อองค์การอนามัยโลกพยายามชี้ให้เห็นว่าระบบสุขภาพมีสถานะเป็นองค์รวมเชื่อมโยงกับวิถีชีวิตในมิติสังคมและจิตใจอื่น ๆ ดังนั้นการจะยกระดับให้ผู้คนในสังคมมีความสุขควรให้ความสำคัญกับคำว่า “สุขภาวะ” เพราะมีความหมายกว้างและครอบคลุมประเด็นที่มีภาวะเป็นองค์รวมและจะสื่อให้เห็นถึงความสุขได้ง่ายยิ่งขึ้น

ในส่วนของพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพว่า หมายถึง ภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 กล่าวถึงสุขภาพในความหมายที่กว้างกว่า คือ หมายถึงการมีสุขภาพแข็งแรงทั้งกายและใจ และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่น่าอยู่ พัฒนาระบบสุขภาพอย่างครบวงจร พื้นฟูร่างกายและจิตใจ เสริมสร้างคนไทยให้มีความปลอดภัยลดละเลิกพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ

ขณะที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3 ได้ให้จำกัดความของคำว่า “สุขภาพ” หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ซึ่งเป็นการมองประเด็นของการมองประเด็นสุขภาพในความหมายที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติอย่างเป็นองค์รวม

ต่อมาในที่ประชุมสมัชชาองค์การอนามัยโลกเมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2541 ได้มีมติให้เพิ่มคำว่า “Spiritual well-being” หรือสุขภาวะทางจิตวิญญาณเข้าไปในคำจำกัดความของสุขภาพในอดีตคำว่าสุขภาพ หมายถึง สุขภาพกายเป็นหลักต่อมาจึงได้กล่าวถึง สุขภาพจิตรวมไปด้วยเพราะเห็นว่าคนที่มี

สุขภาพกายสมบูรณ์แข็งแรงแต่สุขภาพจิตเสื่อมโทรมหรือเป็นโรคจิตก็ไม่สามารถดำเนินชีวิตเป็นปกติสุขได้
ซ้ำร้ายอาจจะทำร้ายผู้อื่นได้อีกด้วยปัจจุบัน

จิราพร เกศพิชยวัฒนา และคณะ (2552) กล่าวถึงองค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับการสร้างให้เกิดสุขภาพ
ภาวะว่ามีองค์ประกอบอยู่ทั้งสิ้น 4 องค์ประกอบได้แก่

1) สุขภาพกายดี มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเหมาะสม ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การละเว้นอบายมุข การพักผ่อนเพียงพอ การใช้ความรู้ที่ตนเองมีดูแลรักษาสุขภาพกาย และเอาใจใส่สุขภาพโดยเข้ารับการตรวจสุขภาพ

2) สุขภาพใจดี จิตใจสงบ มีสติ ปล่อยวางในปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ รู้จักวางเฉยในบางเรื่อง รู้จักประมาณตน หลีกเลียงจากสิ่งกระตุ้นให้เกิดความเครียด ไม่ยึดมั่นถือมั่นจนเกินไป ซึ่งก่อให้เกิดความทุกข์ การมีความคิดสร้างสรรค์ การมีความพึงพอใจ ภาควุฒิใจในชีวิต และการยอมรับกับธรรมชาติของชีวิตในเรื่องการตาย หรือความสูญเสียในชีวิต

3) สุขภาพทางสังคม มีการติดต่อสัมพันธ์ภาพที่ดีกับครอบครัวชุมชน สังคมที่ตนเป็นสมาชิกอยู่
อย่างสม่ำเสมอ และสามารถปรับตัวเข้ากับบทบาทที่เปลี่ยนไปได้อย่างเหมาะสม

4) สุขภาพทางจิตวิญญาณ มีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ฝึกเจริญสติอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการสวดมนต์ แผ่เมตตา การเจริญวิปัสสนากรรมฐาน การฝึกจงกรม การนั่งสมาธิ การฝึกระลึกรู้ตามความคิดของตนเอง ฝึกให้จิตจดจ่ออยู่กับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง มีความเชื่อในหลักคำสอนศาสนา ใช้หลักธรรมในการมองและดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความสุขจากการปฏิบัติธรรม

ขณะที่ ประเวศ วะสี (2543) นักการสาธารณสุขที่ทำงานภาคประชาสังคมเพื่อการผลักดันการสร้างสังคมอุดมปัญญามาอย่างยาวนาน ได้กล่าวถึงองค์ประกอบสุขภาพ 4 มิติ ได้แก่

1) สุขภาพทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นเพียงพอ มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่ากาย ในที่นี้รวมถึงกายภาพด้วย

2) สุขภาพทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัวก็จะมีสุขภาพที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3) สุขภาพทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม

4) สุขภาพทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดีหรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพระรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระเจ้าเป็นเจ้า เป็นต้น สุขภาพทางจิตวิญญาณเป็นความสุขที่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตนจึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย จิต และทางสังคม

พระไพศาล วิสาโล (2552) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า “สุขภาพ” ในความหมายที่ขยายคลุมไปถึง “สุขภาวะ” นั้น ไม่ใช่เป็นเรื่องของสุขภาพทางกายเท่านั้น แต่ยังครอบคลุมถึงมิติอื่นๆ ของชีวิตอีกด้วย ปัจจุบัน คำว่า “สุขภาวะ” ได้มีการจำแนกออกไปเป็นหลายด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางสังคม สุขภาวะทางจิตและสุขภาวะทางปัญญาหรือทางจิตวิญญาณ

1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง การที่มีสุขภาพทางกายดี มีปัจจัยสี่พอเพียงแก่การดำเนินชีวิต ไม่เป็นโรคขาดอาหาร ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคภัยใดๆ มีสวัสดิภาพในชีวิต ตลอดจนอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี คือปราศจากมลภาวะ เป็นต้น

2) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การมีสวัสดิภาพที่ราบรื่น กลมกลืนทั้งในระดับครอบครัว ในระดับชุมชนไปจนถึงสังคม ได้รับการเคารพ ได้รับการเอื้อเฟื้อเกื้อกูล มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน เรียกว่าอยู่ในสภาพแวดล้อมที่อบอุ่น ครอบครัวเข้มแข็ง ซึ่งเชื่อมโยงกับสุขภาวะทางจิต

3) สุขภาวะทางจิต หมายถึง การที่มีจิตปลอดพ้นจากความทุกข์ ไม่เครียด มีอารมณ์ในเชิงบวก เช่น ความเมตตา ความผาสุก ปลอดพ้นจากโรคจิต หรือว่าโรคประสาท หรือความบีบคั้นทางจิตใจ

4) สุขภาวะทางปัญญา หมายถึง การที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิต สามารถวางจิต วางใจได้อย่างถูกต้อง คิดดี คิดเป็นและเห็นตรง จนกระทั่งสามารถแก้ไขปัญหาชีวิต หรือแก้ปัญหาการทำงานได้ด้วยตัวเอง

กล่าวโดยสรุป สุขภาวะมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการซึ่งเป็นองค์รวมของการสร้างให้ปัจเจกสามารถมีสุขภาพที่ดีได้ นอกจากนี้การสร้างให้คนในสังคมมีสุขภาวะที่ดีร่วม ถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จะทำให้ผู้คนได้มีความสุข ความสบาย มีความสงบร่มเย็นแล้ว ยังจะเป็นพลังขับเคลื่อนที่สำคัญให้สังคมมีความอยู่เย็นเป็นสุข

2.2.2 สิทธิทางสุขภาพ

สิทธิทางสุขภาพ คือ สิทธิในคุณภาพชีวิตที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ในการที่จะเข้าถึงบริการทางสุขภาพและยารักษาโรค โดยองค์การอนามัยโลกได้กล่าวถึงสิทธิทางสุขภาพ (the right to health) ในธรรมนูญก่อตั้งองค์การอนามัยโลกว่าเป็นสิทธิที่มีขอบเขตกว้าง กล่าวคือ มีปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพที่เรียกว่า determinants of health โดยเฉพาะปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560) และการเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพนั้นยังถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับตามปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 ที่ให้การรับรองสิทธิด้านสุขภาพ ดังนี้

ข้อ 25 (1) คนทุกคนมีสิทธิที่จะมีมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเองและครอบครัว ซึ่งรวมไปถึงการได้รับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลสุขภาพพยาบาล และการบริการทางสังคมที่จำเป็น

ซึ่งในส่วนของ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ก็ได้กล่าวถึงสิทธิทางสุขภาพไว้ดังนี้

มาตรา 55 รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนรับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริม และสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์ที่สุดบริการสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย

ต่อมาจึงมีการจัดตั้งกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ในปี พ.ศ. 2509 โดยกติกานี้เป็นกรกำหนดสิทธิมนุษยชนตามปฏิญญาว่าด้วยสิทธิมนุษยชนให้มีความชัดเจน ซึ่งในเรื่องสุขภาพกำหนดไว้ว่า รัฐภาคีแห่งกติกานี้รับรองสิทธิของทุกคนที่จะมีสุขภาพ และสุขภาพจิต ตามมาตรฐานสูงสุดเท่าที่เป็นได้ และกำหนดขั้นตอนที่รัฐควรดำเนินการ เช่น การอดอาหารการตายของ ทารกก่อนคลอด การพัฒนาที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพเด็ก การปรับปรุงด้านสุขลักษณะทางสิ่งแวดล้อม และ อุตสาหกรรม การป้องกัน รักษา และควบคุมโรคระบาด โรคจากการประกอบอาชีพและโรคอื่นๆ การ สร้างสภาวะที่ประกันบริการทางการแพทย์ และการให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ทุกคนที่เจ็บป่วย (กรม องค์การระหว่างประเทศ, 2562)

อีกทั้ง พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2540 ก็ได้กล่าวถึงสิทธิสุขภาพไว้ 8 ข้อ ดังต่อไปนี้ มาตรา 5 บุคคลมีสิทธิในการดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพบุคคล มีหน้าที่ร่วมกันหน่วยงานของรัฐในการดำเนินการให้เกิดสิ่งแวดล้อมและสภาพแวดล้อมตามวรรคหนึ่ง

มาตรา 6 สุขภาพของหญิงในด้านสุขภาพทางเพศและสุขภาพของระบบเจริญพันธุ์ซึ่งมีความจำเพาะ ซับซ้อนและมีอิทธิพลต่อสุขภาพหญิงตลอดช่วงชีวิต ต้องได้รับการส่งเสริม และคุ้มครอง อย่างสอดคล้องและเหมาะสม

สุขภาพของเด็ก คนพิการคนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเพาะ ในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสมด้วย

มาตรา 7 ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคล เป็นความลับส่วนบุคคลผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่ นำจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย แต่ไม่ว่าในกรณีใด ๆ ผู้ใดจะอาศัยอำนาจหรือสิทธิตาม กฎหมายว่าด้วยข้อมูลข่าวสารของราชการหรือกฎหมายอื่นเพื่อขอเอกสารเกี่ยวกับข้อมูลด้านสุขภาพของ บุคคลที่ไม่ใช่ของตนไม่ได้

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุข ต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่ เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจใน การรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมิได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการ เพราะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริง ที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้ง หรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหาย หรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่ง และพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการแล้วแต่กรณีรับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

มาตรา 9 ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขประสงค์ จะใช้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้ความยินยอมดังกล่าวผู้รับบริการจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

มาตรา 10 เมื่อมีกรณีที่จะมีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนเกิดขึ้น หน่วยงานของรัฐที่มีข้อมูลเกี่ยวกับกรณีดังกล่าว ต้องเปิดเผย ข้อมูลนั้นและวิธีป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพให้ประชาชนทราบ และจัดหาข้อมูลโดยเร็ว

การเปิดเผยข้อมูลตามวรรคหนึ่งต้องไม่มีลักษณะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคลของบุคคลใดเป็นการเฉพาะ

มาตรา 11 บุคคลหรือคณะบุคคลมีสิทธิร้องขอให้มีการประเมิน และมีสิทธิร่วมในกระบวนการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากนโยบายสาธารณะ บุคคล หรือคณะบุคคลมีสิทธิได้รับรู้ข้อมูล คำชี้แจง และเหตุผล จากหน่วยงานของรัฐก่อนการอนุญาตหรือการดำเนินโครงการหรือกิจกรรมใดที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพของตนหรือของชุมชน และแสดงความเห็นของตนในเรื่องดังกล่าว

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้ การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง เมื่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดและให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

ซึ่งรวมไปถึง พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ระบุให้คนไทยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการทางสาธารณสุขที่มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจัดให้มีการจัดตั้ง กองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติขึ้นมา เพื่อเป็นค่าใช้จ่าย สนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ เพื่อให้คนไทยนั้นสามารถเข้าถึงสิทธิสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและมีประสิทธิภาพ

สิทธิหลักประกันสุขภาพจึงเป็นสิทธิของคนไทยตามกฎหมาย กล่าวคือ เป็นบุคคลที่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลักที่ไม่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ หรือสิทธิประกันสังคม หรือสิทธิสวัสดิการรัฐวิสาหกิจ หรือสิทธิอื่นๆจากรัฐ ให้มีสิทธิเข้าถึงบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุข การป้องกันโรค การตรวจวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต (สำนักงาน

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2556) ยังรวมไปถึงการฉีดวัคซีน บาดทะยัก คัดกรองความเสี่ยงจากบุหรี่ คัดกรองปัจจัยเสี่ยงต่อการก่อให้เกิดโรคหัวใจ และหลอดเลือด เป็นต้น

นอกจากหลักประกันสุขภาพข้างต้นแล้วยังมีการก่อตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ มีกลไก เพื่อดูแล และพัฒนาสุขภาพของประชาชน ซึ่งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกับกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้ดูแล หลักเกณฑ์การขอรับงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อพิจารณาอนุมัติการทำโครงการ ซึ่งหลักเกณฑ์ที่มีกลุ่มเป้าหมายเป็นพระสงฆ์ คือ การสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรม กรณีเกิดโรคระบาด หรือภัยพิบัติในพื้นที่ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามความจำเป็น เหมาะสมและทันต่อสถานการณ์ได้ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562)

สิทธิทางสุขภาพยังถูกกล่าวถึงในธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2559 (2559) ซึ่งธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 มีสาระตามมาตรา 47 จำนวน 12 เรื่อง และเพิ่มสาระใหม่อีก 5 เรื่อง ได้แก่ สิทธิ และหน้าที่ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต สุขภาพทางปัญญา การอภิบาลระบบสุขภาพ และธรรมนูญสุขภาพพื้นที่ ทั้งนี้หลักการสำคัญของระบบสุขภาพในอีก 10 ปีข้างหน้าแสดงไว้ใน 3 สาระหลักแรก ดังนี้

1) ปรัชญาและแนวคิดหลักของระบบสุขภาพสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของคนโดยบุคคลมีความตระหนักรู้ และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพของตนเองครอบครัวบุคคลในความดูแลและชุมชนมิให้เกิดความเสียหายทางสุขภาพ หรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยรัฐมีหน้าที่ส่งเสริมสนับสนุนและคุ้มครอง ทั้งนี้ระบบสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและความมั่นคงของประเทศ การกำหนดนโยบายสาธารณะต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อด้านสุขภาพเสมอ และระบบสุขภาพต้องให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ

2) คุณลักษณะที่พึงประสงค์และเป้าหมายของระบบสุขภาพได้แก่รัฐ และทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันควบคุมโรค และการจัดการกับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ รวมทั้งการมีหลักประกัน และการคุ้มครองให้เกิดสุขภาพที่จะนำไปสู่สุขภาพที่มั่นคงและยั่งยืนของทุกกลุ่มวัย การพัฒนาระบบสุขภาพต้องเชื่อมโยงกัน และต้องสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนนำแนวทาง "ทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ" (health in al policies) ไปใช้ เพื่อให้เกิดนโยบายที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และไม่ก่อให้เกิดผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพในทุกระดับ โดยรัฐและทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญกับหลักการทำงานแบบเครือข่ายและสนับสนุนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในทุกระดับ

3) การจัดให้มีหลักประกันและความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพจะต้องครอบคลุมปัจจัยทั้งหลายที่อาจจะมีผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งปัจจัยส่วนบุคคลระบบบริการสาธารณสุขและปัจจัยสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจสังคม และนโยบายสาธารณะต่าง ๆ ครอบคลุมบุคคลทุกคนบนผืนแผ่นดินไทยอย่างเสมอภาคเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติ และการสร้างหลักประกัน และความคุ้มครองให้เกิดสุขภาพต้องเกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม

อย่างไรก็ตามมีพระสงฆ์ส่วนหนึ่งที่ยังไม่ได้ขึ้นทะเบียนหลักประสุขภาพ เพราะไม่มีบัตรประชาชน มีเพียงหนังสือสุทธิ จึงทำให้พระสงฆ์ใช้สิทธิทางกฎหมายแทน เช่น การได้รับสิทธิประกันสุขภาพ เป็นต้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2561) ต่อมาได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ แห่งชาติขึ้นมา โดยหลักคิดสำคัญคือ ทางธรรมนำทางโลก ซึ่งธรรมนูญนี้เป็นการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเกี่ยวกับพระสงฆ์ โดยให้พระสงฆ์นั้นตระหนักถึงสุขภาพของตนเอง

ธรรมนูญพระสงฆ์เกิดขึ้นโดยการริเริ่มจากการประชุมสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พ.ศ. 2555 ซึ่งที่ประชุมมีฉันทมติเรื่องพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะ โดยมีสาระสำคัญ คือ การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ ขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ ให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน พัฒนาระบบ บริการสาธารณสุขสำหรับพระสงฆ์ให้ทั่วถึง โดยส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักถึงการถวายอาหารที่เป็น ผลเสียต่อสุขภาพพระสงฆ์ สนับสนุนให้พระสงฆ์เป็นแกนนำในการดูแลสุขภาพตนเองพระสงฆ์ในพื้นที่ และสุขภาพะชุมชน โดยมีแนวปฏิบัติที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย และสถานการณ์ด้านสุขภาพ โดยมีมติ เห็นชอบแผนปฏิบัติการพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะ 5 ด้าน ได้แก่

- 1) ด้านความรู้
- 2) ด้านการบริหารข้อมูล
- 3) ด้านการพัฒนา
- 4) ด้านการบริการสุขภาพและสวัสดิการ
- 5) ด้านการวิจัยและพัฒนาชุดความรู้รูปแบบต่างๆ

ซึ่งในด้านการพัฒนาระบุว่า ให้มีการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ที่สามารถใช้เป็น กรอบแนวทางการดำเนินงานทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ โดยใช้หลักการสำคัญ คือ "ทางธรรมนำทาง โลก"

ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 คือ ข้อตกลงร่วมกัน หรือกติกาที่เป็น เจตจำนงและพันธะร่วมกันของพระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพะพระสงฆ์ในทุกกระดับและส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ใน การเป็นผู้นำด้านสุขภาพะของชุมชนและสังคม

กรอบคิดเชิงนโยบายเพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์และสังคมโดยธรรมนูญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ได้มีหลักปฏิบัติประกอบด้วย 5 หมวด 37 ข้อ คือ

หมวดที่ 1 ปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์แห่งชาติ มุ่งเน้นสุขภาพะ ของพระสงฆ์ คือ ภาวะที่เป็นสุขของพระสงฆ์ หมายถึง การมีสุขภาพะที่ดีของพระสงฆ์นั้นควรจะต้องพร้อมทั้ง 4 มิติ คือ สุขภาพะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา อย่างเป็นรูปธรรมตามหลักสุขภาพะองค์ รวมแนวพุทธ คือ องค์กรแห่งระบบ ความสัมพันธ์แห่งเหตุปัจจัย โดยองค์ประกอบทั้งหลายนั้นสัมพันธ์ซึ่ง กันและกัน ซึ่งเรียกว่าภาวนา 4 ได้แก่ กายภาวนา (การพัฒนากาย) สีสภาวนา (พัฒนาศีล) จิตตภาวนา (พัฒนาจิตใจ) และปัญญาภาวนา (พัฒนาปัญญา) ที่จะนำพระสงฆ์ไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดี

หมวดที่ 2 พระสงฆ์กับการดูแลสุขภาพของตนเองตามหลักพระธรรมวินัย มุ่งเน้นให้พระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ การดูแลตนเองทั้งเรื่องอาหาร การรักษาสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย สภาพแวดล้อม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม การฝึกฝนพัฒนาจิตและปัญญาเพื่อให้ความพร้อมต่อการทำหน้าที่ในฐานะผู้สืบทอดและเผยแผ่พระพุทธศาสนาได้อย่างเต็มที่ ส่งเสริมให้วัดมีระบบและกลไกในการสร้างเสริมสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและป้องกันปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และปัจจัยคุกคามสุขภาพภายในวัด โดยใช้มาตรการเชิงรุก ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม ตลอดจนการประเมินและพัฒนาระบบและกลไกให้มีประสิทธิภาพและให้คณะสงฆ์แต่ละระดับให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้วัดในเขตปกครองได้พัฒนาศักยภาพในการดูแล และเสริมสร้างสุขภาพพระสงฆ์ที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย ด้วยการจัดทำระบบฐานข้อมูลองค์ความรู้ กิจกรรมการพัฒนาสุขภาพในรูปแบบต่างๆ

หมวดที่ 3 ชุมชนและสังคมกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย โดยให้ชุมชนและสังคมพึงตระหนักและใส่ใจในการดูแลพระสงฆ์ ด้วยปัจจัย 4 ที่เอื้อต่อพระธรรมวินัยและเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพของพระสงฆ์ รัฐองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ พึงส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับพระสงฆ์ ในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ครบวงจร มีประสิทธิภาพ และเหมาะสม

หมวดที่ 4 บทบาทพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชน และสังคม สังคมและชุมชน พึงเปิดกว้างให้พระสงฆ์และคณะสงฆ์ เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาพในทุกมิติ รวมทั้งสิทธิและหน้าที่ ด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม พระสงฆ์ และคณะสงฆ์ พึงส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและสังคม เกิดการเรียนรู้และเข้าใจในเรื่องกับการเปิดพื้นที่ให้มีกิจกรรมหรือปฏิบัติการที่ สุขภาพทางปัญญา และให้ความสำคัญกับการเปิดพื้นที่ให้มีกิจกรรม หรือปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริม สุขภาพทางปัญญา ตั้งแต่เกิดจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต โดยพระสงฆ์ เป็นผู้นำหลักในการขับเคลื่อนให้เกิดผลรูปธรรมในวงกว้าง

หมวดที่ 5 การขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสู่การปฏิบัติ โดยให้พระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคี ที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน ร่วมกันใช้ธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 เป็นกรอบและแนวทางในการพัฒนาและขับเคลื่อน การดำเนินงานด้านสุขภาพพระสงฆ์ ให้เกิดประสิทธิภาพและยั่งยืน (พระราชสิทธิเวที และคณะ, 2562)

แนวคิดหลักในธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ คือ การส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ชุมชนและสังคม ดูแลพระอูปัญญาภพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย และให้พระสงฆ์มีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม โดยธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ได้กล่าวถึงสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์ในข้อดังต่อไปนี้

ข้อ 17 รัฐ องค์กรปกครองท้องถิ่น และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ พึงส่งเสริมพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขสำหรับพระสงฆ์ในการเข้าถึงการบริการสาธารณสุขอย่างเป็นระบบ ครบวงจร มีประสิทธิภาพ และเหมาะสม

ข้อ 18 รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พึงจัดชุดสิทธิประโยชน์พื้นฐาน.ในระบบหลักประกันสุขภาพ ที่ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่พระสงฆ์อย่างเป็นธรรมและเหมาะสม

ข้อ 19 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน พึงสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การควบคุมโรค และการจัดการปัจจัยที่คุกคามสุขภาพของพระสงฆ์ โดยใช้งบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และแหล่งงบประมาณอื่นๆ

ข้อ 20 รัฐพึงจัดให้มีระบบการตรวจสุขภาพ การตรวจคัดกรอง เพื่อค้นหาภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพ และศักยภาพที่เอื้ออำนวยต่อการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ การสร้างเสริมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การให้การปรึกษาแนะนำและการให้ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย อย่างเป็นกรณีพิเศษ และต่อเนื่อง

ข้อ 21 รัฐพึงจัดให้มีสถานพยาบาล ให้ครอบคลุมทุกจังหวัด รวมทั้งพึงจัดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุข และพระคิลานุปัฏฐากให้ครอบคลุมทุกพื้นที่สำหรับดูแล และเสริมสร้างสุขภาพพระสงฆ์ตามพระธรรมวินัย

ข้อ 22 รัฐและภาคส่วนต่างๆ พึงส่งเสริมและสนับสนุนในการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อให้วัดเป็นแหล่งเรียนรู้ในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพพระสงฆ์โดยชุมชนและสังคม ตามพระธรรมวินัยและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

ข้อ 23 รัฐและภาคส่วนต่างๆ พึงส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาองค์ความรู้ภูมิปัญญาด้านสุขภาพตามหลักพระธรรมวินัย และบรรจุให้เป็นหลักสูตรของสถาบันการศึกษาสงฆ์และสถาบันการศึกษาทุกระดับ รวมทั้งสร้างระบบการเรียนรู้เพื่อสร้างความรู้เท่าทันด้านสุขภาพของพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง

ข้อ 24 รัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พึงจัดทำและพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพพระสงฆ์ที่เชื่อมโยงบูรณาการครอบคลุมสุขภาพในทุกมิติ

กล่าวโดยสรุป สิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์คือการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขอย่างเสมอภาค ซึ่งครอบคลุมการใช้บริการทางการแพทย์หรือการรักษาสุขภาพอย่างเป็นธรรม ซึ่งจะเห็นได้ว่าการที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ขับเคลื่อนการพัฒนาธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ จนนำมาสู่การประกาศใช้ธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ได้สร้างการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการรับรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์ให้ดียิ่งขึ้น

2.3 แนวคิดเครือข่ายทางสังคม

การใช้แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคมมาทำความเข้าใจการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย มีเป้าหมายเพื่อเชื่อมโยงให้เห็นรูปแบบและแนวทางของการสร้างเครือข่ายสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับคณะสงฆ์ไทย ซึ่งมีการผลักดันให้ดำเนินกิจกรรมและขยายการดำเนินงานโดย

ฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ร่วมมือกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ตลอดจนสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมเป็นองค์กรหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรม จะเห็นได้ว่าการสร้างกิจกรรมที่เป็นลักษณะเครือข่ายทางสังคมได้ช่วยให้เกิดการระดมความร่วมมือและสร้างกิจกรรมได้อย่างต่อเนื่องมาก ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงพยายามสะท้อนการพิจารณาเครือข่ายทางสังคมเชิงทฤษฎี แนวปฏิบัติและความสำคัญของการดำเนินกิจกรรมเป็นเครือข่าย ดังต่อไปนี้

2.3.1 ความหมายของเครือข่ายทางสังคม

สำหรับคำว่า “เครือข่ายทางสังคม” มีการศึกษาให้ความหมายที่แตกต่างกัน ตามการบริบทและการนำไปใช้ประโยชน์ของนักวิชาการแต่ละท่าน ส่วนหนึ่งจึงมีการพยายามสื่อความหมายเครือข่าย ว่าเป็นรูปแบบจำลองที่มั่นคงในความสัมพันธ์ระหว่างคนโดยตรงต่อกิจกรรมร่วมกันสถาบันเป็นบรรทัดฐานหรือกฎควบคุมความสัมพันธ์ต่อกัน ความน่าเชื่อถือเป็นสิ่งที่คาดหวังว่าคนอื่นนั้นมิกิจกรรมในผลประโยชน์เครือข่ายทางสังคมคือช่องทางของการกระจายทรัพยากรใหม่ระหว่างพื้นที่ทางสังคม หรือชุดความสัมพันธ์ทางสังคมร่วมกันระหว่างปัจเจกและตัวปัจเจกเอง (ชินสัคค สุวรรณอัจฉริย, 2549)

ขณะที่พจนานุกรมของสหรัฐอเมริกา ได้ให้ความหมายของเครือข่ายทางสังคมคือ ขยายตัวของกลุ่มคนที่มีผลประโยชน์ซึ่งกันและกันกับการกระทำที่เกี่ยวข้องกันและกัน ทำให้การสนับสนุนความสัมพันธ์ที่ไม่เป็นทางการเพื่อสนับสนุนความช่วยเหลือต่อกันและกัน ดังนั้นเครือข่ายทางสังคมจึงเป็นช่องทางที่มีความสัมพันธ์ร่วมกับจุดยืนส่วนตัว ซึ่งเป็นเสมือนพื้นที่ภายในสังคมวัฒนธรรมหนึ่งและหลายๆพื้นที่ที่สังคมวัฒนธรรม เช่น เครือญาติมีอาชีพเป็นชนชั้น มีตำแหน่งฐานะในท้องถิ่นหลากหลาย แต่มีความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องอยู่ ขณะเดียวกันก็สามารถมีความสัมพันธ์กับเพื่อนฝูงและคนรู้จักด้วย

มุมมองที่แตกต่างออกไปอีกมิติหนึ่ง พยายามเสนอว่าเครือข่ายที่เชื่อมโยงสรรพสิ่งและก่อให้เกิดระบบความสัมพันธ์ที่เป็นประโยชน์ร่วมกัน ได้เสนอว่าเครือข่ายทางสังคมคือ “สิ่งมีชีวิตที่เชื่อมโยงกันอย่างไร้ระเบียบและมีการจัดการตนเอง” และเป็นฐานคิดที่อธิบายถึงระบบความสัมพันธ์ของวิถีชีวิตธรรมชาติ และปรากฏการสังคมโดยมีความสัมพันธ์กันเชิงกระบวนการแบบยืดหยุ่น ไม่ตายตัวมองได้หลายมิติ ทั้งในเชิงตรรกะและเหตุปัจจัยตามบริบทที่เกี่ยวข้อง ได้โยงไปอีก 3 คำ คือ ข่ายใยแห่งชีวิต เครือข่าย และเครือข่ายทางสังคม (พระมหาสุทิตย์ อากาศโร, 2547: 12)

สำหรับการอธิบายทางสังคมวิทยา มองการสร้างเครือข่ายทางสังคมว่าเป็นกระบวนการขัดเกลาทางสังคมและระบบวัฒนธรรม ที่พยายามผลักดันให้คนเข้าใจบรรทัดฐานและระบบคุณค่าของสังคมร่วมกัน โดยทั่วไปสิ่งสำคัญที่ดึงดูดให้ผู้คนสมาคมคึกหรือเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเข้ามาเป็นเครือข่ายร่วมกันจะมีบทบาทต่อการชี้แนะวัตถุประสงค์ของการรวมกลุ่มให้เกิดเครือข่ายขึ้น (Ritzer, G. and Stepnisky, J., 2018: 415)

โดยสรุปความหมายของเครือข่ายทางสังคมคือ การรวมกลุ่มทางสังคมมากกว่าหนึ่งกลุ่ม โดยในกลุ่มจะปฏิสัมพันธ์ การทำกิจกรรม รวมทั้งการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน จนสามารถนำไปสู่การแสดงออก

ถึงเป้าหมายร่วมกันทั้งในมิติของการสร้างกิจกรรมทางสังคม การเมืองหรือเศรษฐกิจ ซึ่งการรวมกลุ่มของเครือข่ายอาจเป็นไปได้ทั้งการรวมกลุ่มของปัจเจกบุคคล องค์กร สถาบัน ที่มีเป้าหมายในการส่งเสริมความสัมพันธ์และการทำงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ร่วมกัน

2.3.2 ความสำคัญของเครือข่ายทางสังคม

เครือข่ายทางสังคม ถือว่ามีความสำคัญต่อการทำความเข้าใจการรวมกลุ่ม การร่วมกำหนดเป้าหมาย และการแสดงออกต่อประเด็นที่สนใจของเครือข่าย นอกจากนี้การที่เครือข่ายทางสังคมล้วนมีบทบาทต่อการสร้างกิจกรรมการพัฒนา จึงมีความจำเป็นต้องศึกษารายละเอียดที่เกี่ยวข้องดังนี้

ชินสัค สุวรรณอัจฉริย (2549) ได้เสนอเครือข่ายทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่ง 6 ประการ กล่าวคือ

ประการที่หนึ่ง เครือข่ายทางสังคมทำให้เกิดการปรับตัวที่มีเหตุผลบนพื้นฐานของการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด

ประการที่สอง เครือข่ายทางสังคมช่วยให้เกิดการแพร่กระจายของการนำเอาเครือข่ายมาใช้ในทางปฏิบัติ โดยเฉพาะในมิติของการถ่ายทอดองค์ความรู้

ประการที่สาม เครือข่ายทางสังคมช่วยทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความสัมพันธ์ได้อย่างง่ายและสะดวก รวมทั้งสร้างหลักประกันความเสี่ยงในการตัดสินใจหรือการเข้าร่วมกิจกรรม

ประการที่สี่ เครือข่ายทางสังคมเป็นช่องทางอย่างหนึ่งในการระดมทรัพยากร (แรงงาน เงินทอง ข้อมูล)

ประการที่ห้า เครือข่ายทางสังคมสามารถกำหนดความอิสระของกลุ่มตนเองและสามารถต่อรองในเรื่องการกระจายอำนาจและทรัพยากร

และ ประการที่หก เครือข่ายทางสังคมเป็นแนวร่วมใหม่ที่ช่วยแก้ไขปัญหาในกรณีที่ภาครัฐไม่มีประสิทธิภาพในการจัดการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเครือข่ายภาคประชาสังคมที่ทำหน้าที่อย่างแข็งขันในการปกป้องสิทธิประโยชน์ และการเรียกร้องนโยบายสาธารณะที่สร้างความเสมอภาคทางสังคมในมิติต่างๆ

ขณะที่ อนุรักษ์ ปัญญาวัฒน์ (2548) เสนอให้พิจารณาความสำคัญของเครือข่ายทางสังคมใน 3 มิติสำคัญกล่าวคือ **มิติที่หนึ่ง**คือ การเชื่อมโยงแนวคิดและบทเรียนเพื่อการจัดชุมชน ทรัพยากร และสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยความรู้และประสบการณ์เดิมกับความรู้ใหม่ที่มีลักษณะเป็นกระบวนการ และเป็นระบบมากขึ้น **มิติที่สอง**คือ การจัดการเรียนรู้ของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยระบบเครือข่ายต้องมีการใช้วิธีการทางการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัยเป็นส่วนใหญ่ ภายใต้มิติของการศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิตโดยมีการกำหนดเป้าหมายของการเรียนรู้ไว้ชัดเจน และสามารถจำแนกองค์ประกอบเป็นเนื้อหาแห่งการเรียนรู้ ผู้ให้และผู้รับผิดชอบหรืออีกนัยหนึ่ง และ**มิติที่สาม**คือ การกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบการจัดการเรียนรู้ การถ่ายทอดและปรับเปลี่ยน จะต้องมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบเพื่อกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของเครือข่าย สามารถสะท้อนกลไกการมีส่วนร่วมที่จะช่วย

ยกระดับเป้าหมายของสมาชิกภายในเครือข่ายให้เกิดได้แบ่งปันเป้าหมายของการเข้าร่วม ตลอดจนจัดสรรผลประโยชน์ต่อกลุ่มเครือข่ายและสังคมอย่างเหมาะสม

ดังนั้น ความสำคัญของเครือข่ายทางสังคมจึงคือการแสดงให้เห็นถึงการเชื่อมโยงเป้าหมายและการขับเคลื่อนกระบวนการบรรลุเป้าหมายของเครือข่ายทางสังคมร่วมกัน นอกจากนี้ยังเป็นการแสดงความสำคัญของการรวมกลุ่มคนที่มีเป้าหมายที่จะเสนอความคิด เปลี่ยนแปลงสังคม หรือต่อรองเชิงอำนาจกับสถาบันทางสังคมต่างๆ เพื่อให้กลุ่มของตนเองได้มีบทบาทในการแบ่งปันการจัดการผลประโยชน์ระดับนโยบายหรือระดับสังคมร่วมด้วย เช่น การรวมกลุ่มของเครือข่ายภาคประชาชนเพื่อการสาธารณสุข การรวมกลุ่มของเครือข่ายบุคลากรทางการศึกษา หรือการรวมกลุ่มของเครือข่ายนักศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการต่อรอง หรือเสนอแนะนโยบายต่อสถาบันหลักทางสังคม

2.3.3 การเกิดเครือข่ายทางสังคมกับเครือข่ายพระสงฆ์

สนธยา พลศรี (2550: 257) เครือข่ายแต่ละประเภทมีลักษณะแตกต่างกัน การเกิดขึ้นของเครือข่ายแต่ละเครือข่ายจึงมีสาเหตุ ปัจจัยสนับสนุน และการก่อรูปเครือข่ายที่แตกต่างกันออกไปสาเหตุของการเกิดเครือข่าย มีดังต่อไปนี้

1) การเกิดโดยธรรมชาติ เป็นการเกิดเครือข่ายขึ้นเองโดยไม่มีใครจัดตั้งซึ่งเป็นผลของความสัมพันธ์ทางสังคมระหว่างมนุษย์ เช่น ความสัมพันธ์ของระบบครอบครัว และเครือญาติ ความสัมพันธ์ของครูอาจารย์ และลูกศิษย์ เป็นต้น ซึ่งมีลักษณะของการเป็นเครือญาติอยู่แล้ว เมื่อบุคคลมีส่วนร่วมในระบบความสัมพันธ์ดังกล่าว ก็จะเป็นส่วนหนึ่งของระบบเครือข่ายด้วย

2) เกิดจากวิกฤตการณ์ของสังคมมนุษย์ เป็นการเกิดเครือข่ายที่เป็นผลจากการเกิดปัญหา หรือวิกฤตการณ์ขึ้นในสังคมที่สมาชิกตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องร่วมมือกันแก้ไขปัญหาในลักษณะของการรวมพลังกัน สมาชิกส่วนใหญ่จะมีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน เช่น อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน อาชีพเดียวกัน หรือเกี่ยวข้องกัน ดำรงชีวิตร่วมกัน หรือเกี่ยวข้องกันสัมพันธ์กัน เป็นต้น การเกิดของเครือข่ายอาจจะเริ่มจากการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์แสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหา และร่วมกันแก้ไขปัญหาในลักษณะของเครือข่ายที่เป็นอิสระปราศจากการครอบงำกันและกัน มีความสัมพันธ์แบบไม่ซับซ้อน หรือเป็นแนวราบที่ต่างต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เช่น เครือข่ายพิทักษ์ป่า เครือข่ายอนุรักษ์ลุ่มแม่น้ำ เป็นต้น

3) การเกิดโดยวิวัฒนาการ เป็นการเกิดเครือข่ายเนื่องจากความสัมพันธ์ของสมาชิก เช่น เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เป็นต้น มารวมกันโดยวัตถุประสงค์บางอย่างเป็นเวลานานในลักษณะของกลุ่มและองค์กร แล้วพัฒนาความสัมพันธ์เป็นเครือข่าย เช่น จากกลุ่มแบบสภากาแฟ พัฒนาเป็นเครือข่ายประชาคมหมู่บ้าน หรือประชาคมเมือง เป็นต้น

4) การเกิดโดยการจัดการตั้ง เป็นการเกิดเครือข่ายที่มีผู้จัดตั้ง และการให้การสนับสนุนเพื่อวัตถุประสงค์บางประการ จนสมาชิกรวมกันเป็นเครือข่าย ทั้งการจัดตั้งโดยผู้นำ รัฐบาล ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น เครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน และชุมชนเมือง เครือข่ายสหกรณ์ เครือข่ายของกระทรวงต่างๆ เป็นต้น

เสรี พงศ์พิศ (2548: 209) ขั้นตอน 8 ขั้นตอนต่อไปนี้เป็นเรื่องเครือข่ายองค์กรที่ดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสนับสนุนการพัฒนาที่ยั่งยืน สนับสนุนชุมชนเข้มแข็ง เพราะการดำเนินงานเครือข่ายองค์กรชุมชนมักเริ่มต้นเป็นเครือข่ายหลวมๆ แบบ “ธรรมชาติ” มากกว่า และไม่จำเป็นต้องมีการกำหนดข้อความเอกสารอะไรให้ดูเป็นทางการยุ่งยาก แต่องค์กรที่ต้องการทำงานเครือข่ายร่วมกับองค์กรอื่นๆ เพื่อให้การสนับสนุนชุมชน โดยการทำงานเป็นเครือข่ายควรดำเนินการ ดังนี้

1) ร่างเป้าหมาย ให้ชัดเจน เพื่อให้รู้ว่าสาเหตุความเป็นมาของการก่อตั้งเครือข่าย คืออะไร ทำไมจึงต้องมีเครือข่ายนี้ ตั้งแล้วจะทำอะไร

- 2) บอกเป้าหมาย และวัตถุประสงค์
- 3) กำหนดแผนการดำเนินงาน
- 4) กำหนดกฎระเบียบ กฎเกณฑ์ขั้นพื้นฐาน
- 5) กำหนดกระบวนการในการตัดสินใจ
- 6) เตรียมแผนการสื่อสารระหว่างสมาชิก
- 7) เลือกโครงสร้างการจัดการองค์กร
- 8) จัดหาทุนในการดำเนินงาน

พระมหาสุทิตย์ อาภากร (อบอูน) (2547: 109-110) การก่อตัวของเครือข่าย ในการก่อตัว หรือการเกิดของเครือข่ายนั้นมีการก่อตัวที่หลากหลายทั้งเกิดขึ้นด้วยการจัดตั้งของภาคส่วนต่างๆเกิดขึ้นตามธรรมชาติจากการเรียนรู้ร่วมกัน และเกิดขึ้นเพราะสถานการณ์ก่อให้เกิดขบวนการเครือข่าย ในที่นี้จะกล่าวถึงการก่อตัวของเครือข่ายดังกล่าว ในสังคมไทยโดยจำแนกออกเป็น 3 ด้าน ตามลักษณะการก่อตัวได้แก่

1) เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากการจัดตั้ง และการสนับสนุนของภาคส่วนต่างๆ การก่อตัวของเครือข่ายในลักษณะนี้ ส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายที่ภาครัฐ หรือหน่วยงานบางแห่งต้องการส่งเสริมหรือเข้าไปจัดตั้งเพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการพัฒนาตามแนวนโยบายของภาครัฐ และเพิ่มศักยภาพให้กับชุมชนในการพึ่งพาตนเอง เช่นเครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน เครือข่ายพัฒนาชุมชน เป็นต้น โดยเครือข่ายเหล่านี้ อาจแบ่งประเภทของการจัดตั้งได้อีก 2 ประการ คือ เครือข่ายที่เป็นนิติบุคคล เช่นเครือข่ายสหกรณ์ออมทรัพย์ มูลนิธิเพื่อพัฒนาไท ฯลฯ และเครือข่ายที่ไม่เป็นนิติบุคคล เช่น เครือข่ายชาวบ้าน เครือข่ายชมรมลูกเสือชาวบ้าน เป็นต้น ซึ่งโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายที่เกิดจากการจัดตั้งนี้ จะมีลักษณะกิจกรรม และกระบวนการทำงานที่เป็นทางการ มีระบบ และมีโครงสร้างความสัมพันธ์ในแนวดิ่ง ที่เป็นไปตามกระแสแหล่งเงินทุน และนโยบายของหน่วยงานนั้นๆ

2) เครือข่ายที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ ได้แก่ เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากความสมานฉันท์ การร่วมแรงร่วมใจของฝ่ายต่างๆ ที่มองเห็นความจำเป็นในการเรียนรู้ และการแก้ไขปัญหาาร่วมกันแล้วมารวมตัวกันเป็นเครือข่ายเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ตลอดจนจนถึงการพึ่งพาอาศัย โดยเป็นเครือข่ายที่มีการสื่อสาร และความผูกพันที่มีชีวิตชีวา มีกระบวนการ ที่ประสานสอดคล้องกับความสนใจ และความต้องการอย่างแท้จริงของสมาชิกมีแนวทางการดำเนินการที่เป็นอิสระจากการครอบงำของฝ่ายต่างๆ และ

จะเกิดขึ้นในชุมชนปฏิบัติการที่ใช้ความสมานฉันท์และการเรียนรู้เป็นเครื่องมือในการทำกิจกรรมร่วมกัน ส่วนโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายในลักษณะนี้ จะมีความสัมพันธ์ที่ไม่ซับซ้อน อยู่ในแนวราบบนพื้นฐานการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการพึ่งพาอาศัย มีความยืดหยุ่น และมีความสอดคล้องกับบริบทที่เกิดขึ้นในสังคม

3) เครือข่ายที่เกิดขึ้นโดยสถานการณ์เป็นตัวกำหนด ได้แก่ เครือข่ายที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์ และประเด็นปัญหาที่ทุกฝ่ายเห็นว่า จำเป็นต้องใช้ความเป็นเครือข่ายในการแก้ไขปัญหา และสร้างพลังในการเรียนรู้ หรือการต่อรอง เพื่อให้เกิดการพัฒนากิจกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เครือข่ายที่เกิดขึ้นในลักษณะนี้ จะเกิดขึ้นหลังจากที่สถานการณ์นั้นเกิดความสุกงอมอย่างเต็มที่ และมีผู้ประสานงานเพื่อให้เครือข่ายมีความต่อเนื่อง เช่น เครือข่ายผู้ได้รับผลกระทบจากโครงการพัฒนาของภาครัฐ ซึ่งโครงสร้างความสัมพันธ์ของเครือข่ายในลักษณะนี้ จะมีการรวมพลังอย่างแน่นหนาบนพื้นฐานของการต่อสู้ และการเรียกร้องเพื่อปกป้อง และการรักษาสิทธิของตนเองในการพัฒนา และมีการปรับบทบาทต่อการพัฒนาในแง่มุมที่หลากหลาย โดยเป็นกระบวนการเรียนรู้จากสถานการณ์และบริบททางสังคม

สำหรับการศึกษาที่สำคัญเกี่ยวข้องกับการเกิดขึ้นของเครือข่ายพระสงฆ์ในสังคมไทย ควรพิจารณาจากการศึกษาเรื่อง “การพัฒนากระบวนการบริหารจัดการและการสร้างเครือข่ายองค์กรพระพุทธศาสนาในประเทศไทย” โดยงานชิ้นนี้เป็นการศึกษาร่วมกันระหว่างมหาวิทยาลัยสงฆ์ทั้งสองแห่งคือมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่าปัจจุบันคณะสงฆ์ไทยมีรูปแบบการบริหารจัดการเครือข่ายทั้งสิ้น 5 รูปแบบ

แบบที่ 1 เครือข่ายพระสงฆ์ที่เน้นการเผยแผ่พุทธธรรมในแนวปฏิบัติ กล่าวคือ เครือข่ายพระสงฆ์ที่มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมฝึกสมาธิ เน้นการปฏิบัติเจริญวิปัสสนากรรมฐาน รวมทั้งส่งเสริมการยกระดับคุณภาพชีวิตผ่านกิจกรรมพัฒนาปัญญาและจิตใจ

แบบที่ 2 เครือข่ายพระสงฆ์พัฒนาเพื่อชีวิตและสังคม กล่าวคือ เครือข่ายพระสงฆ์ที่มีเป้าหมายในการเผยแผ่พระพุทธศาสนาเพื่อส่งเสริมการพัฒนาสังคม การอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ การจัดสวัสดิการสังคมจะสะสมทรัพย์ ตลอดจนการประยุกต์องค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนาเพื่อสร้างเครือข่ายการดูแลสุขภาวะองค์กรรวม

แบบที่ 3 เครือข่ายพระสงฆ์เน้นรูปแบบการสื่อสารสังคมแบบใหม่ กล่าวคือ เครือข่ายพระสงฆ์ที่มีเป้าหมายเผยแผ่หลักธรรมทางพระพุทธศาสนาด้วยเครือข่ายสังคมออนไลน์ ตลอดจนการสร้างพื้นที่การเรียนรู้ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนในสังคมเมืองและชนชั้นกลาง จะเห็นได้ว่า เครือข่ายพระสงฆ์กลุ่มนี้สามารถประยุกต์ภูมิปัญญาสากล อาทิ สันติภาพ เศรษฐศาสตร์ มาใช้ประยุกต์อธิบายกับสถานการณ์ทางสังคมปัจจุบันได้เป็นอย่างดี

แบบที่ 4 เครือข่ายพระสงฆ์ด้านการจัดการศึกษา กล่าวคือ เครือข่ายพระสงฆ์ที่มีบทบาทสำคัญอยู่ในองค์กรจัดการคณะสงฆ์อย่างเป็นทางการ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อส่งเสริมการศึกษาปริยัติบาลี-นันทกรรม ให้กับศาสนทายาทรุ่นต่อไป

แบบที่ 5 เครือข่ายพระสงฆ์ด้านการปกครอง กล่าวคือ เครือข่ายพระสงฆ์ที่มีบทบาทสำคัญอยู่ในองค์กรจัดการคณะสงฆ์อย่างเป็นทางการ โดยมีเป้าหมายสำคัญเพื่อบริหารจัดการเครือข่ายปกครองคณะสงฆ์ให้เป็นอย่างดีถูกต้องตามกฎหมายและหลักพระธรรมวินัย (พระมหาสุทิตย์ อาภาภโร, 2556: 197-201)

กล่าวโดยสรุป แนวคิดเครือข่ายทางสังคมสร้างให้เห็นความเข้าใจการเกิดขึ้นของโครงข่ายความสัมพันธ์ จนนำมาสู่การรวมกลุ่มเป็นสมาชิกรวมกัน ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าสำหรับเครือข่ายพระสงฆ์นั้น ความสัมพันธ์ที่นำมาสู่การรวมกลุ่มเป็นทั้งในลักษณะการจัดตั้งและการเกิดขึ้นโดยธรรมชาติ ขึ้นอยู่กับเป้าหมายของเครือข่ายว่าต้องการทำกิจกรรมเพื่อเป้าหมายร่วมกันเป็นระยะเวลาเพียงใด เนื่องจากพัฒนาการที่เกี่ยวข้องกับระเบียบ แบบแผนการปฏิบัติหรือแนวทางการเข้าหรือออกจากความเป็นสมาชิก จะมีส่วนต่อการสะท้อนให้เห็นความสำเร็จของการรวมกลุ่มเป็นเครือข่ายร่วมกัน

2.4 แนวคิดความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน (work life balance)

สำหรับการทำความเข้าใจแนวคิดความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน จะช่วยให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวแนวทางการสร้างสมดุลระหว่างชีวิตการทำงานและการใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้เพื่อหาช่องทางที่เหมาะสมสำหรับการรักษาคุณภาพชีวิตให้มีความสุขยิ่งขึ้น คณะสงฆ์เองถือเป็นองค์กรที่มีภารกิจและต้องสื่อสารกับชุมชนอย่างมาก การทำหน้าที่เพื่อแลกเปลี่ยนความทุกข์และให้กำลังใจอาจนำมาสู่ปัญหาความเครียดได้ การใช้หลักการทำงานสมัยใหม่เข้าร่วมพัฒนารูปแบบการบริหารองค์กร จะสามารถช่วยยกระดับการสร้างสุขภาวะให้เกิดขึ้น ดังนั้นการศึกษาส่วนนี้จึงพยายามทำความเข้าใจการปรับประยุกต์แนวคิดสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ร่วมกับหลักธรรมในการบริหารองค์กรพุทธเพื่อให้สามารถมาสร้างรูปแบบของการทำงานอย่างสมดุลภายในองค์กรคณะสงฆ์ได้

2.4.1 ความหมายของสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน

สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) ให้ความหมายของความสมดุลของชีวิตกับการทำงาน คือ การกำหนดเวลาในการดำเนินชีวิต โดยมีการแบ่งสัดส่วนให้เหมาะสม ทั้งในเรื่องงาน ครอบครัว สังคม รวมถึงเรื่องของตนเอง

Marx (1884) ให้ความหมายของสมดุลกับการทำงาน ในแง่ของสังคมนิยมว่า เป็นการบริหารจัดการ ควบคุม ดูแลชีวิต และเวลาของแต่ละบุคคล เนื่องจากการควบคุมเวลาเท่ากับการควบคุมระบบได้ โดยแบ่งเวลาออกเป็น 2 ช่วง คือ เวลาในการทำงาน (work time) ซึ่งเป็นเวลาที่แรงงานออกมาทำงานเพื่อรับค่าจ้าง และเวลาในการใช้ชีวิต (life time) เวลาที่ใช้ในการพักผ่อน และฟื้นฟูร่างกายก่อนกลับไปทำงาน

Hymen and Summers (2004) ให้ความหมายของสมดุลกับการทำงาน โดยแบ่งออกเป็น 3 คำ ได้แก่ คำว่า งาน, ชีวิต และสมดุล โดยคำว่า งาน หมายถึง กิจกรรมใด ๆ ที่เกี่ยวกับการทำงาน ทั้งในเวลาการทำงาน และนอกเวลาการทำงาน เช่น การที่ต้องทำงานจนเกินเวลา หรือกิจกรรมบางกิจกรรมที่ไม่สามารถแยกออกจากเวลาส่วนตัวได้ คำต่อมา คือคำว่า ชีวิต หมายถึง การชีวิตครอบครัว โดยมีอิสระในการใช้เวลาส่วนตัว หรือการใช้เวลาไปกับครอบครัว และคำสุดท้ายคือคำว่าสมดุล หมายถึง การจัดสัดส่วนเวลาให้เหมาะสม ทั้งในเรื่องงาน การใช้ชีวิต และครอบครัว ซึ่งการจัดสัดส่วนนี้อาจขึ้นอยู่กับบุคคลแต่ละบุคคล หรือแต่ละสถานการณ์

Hutton (2005) ให้ความหมายของสมดุลกับการทำงาน คือ ความสามารถในการจัดการบทบาท หน้าที่ และความต้องการในด้านต่างๆของชีวิต โดยมีการจัดสัดส่วนให้มีความเหมาะสม หรือมีความสมดุล โดยมี 3 ด้าน คือ สมดุลด้านเวลา ระหว่างงานกับชีวิต สมดุลด้านการมีส่วนร่วมในงานและชีวิต และสมดุลด้านความพึงพอใจในงานและชีวิต

Kalliath, Thomas, Brought and Paula (2007) ให้ความหมายของสมดุลกับการทำงาน คือ การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งสามารถจัดการกิจกรรมการทำงาน และกิจกรรมส่วนอื่นในชีวิต โดยสามารถจัดความสำคัญในกิจกรรมของตนเองได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดความก้าวหน้า และเกิดความสำเร็จในการทำงาน และการใช้ชีวิต

ศิริภัสสร วงศ์ทองดี (2552) ให้ความหมายของสมดุลกับการทำงาน คือ การกำหนดเวลาในการดำเนินชีวิตโดยมีสัดส่วนที่เหมาะสม ทั้งในเรื่องงาน ครอบครัว สังคม และตนเอง เมื่อสามารถสร้างสมดุลได้ จะทำให้เกิดความอยู่ดีกินดี มีสุขภาวะในชีวิตที่ดี และจะผลักดันให้เกิดความสำเร็จ ความมั่นคง และความก้าวหน้าในชีวิต

จุฑาภรณ์ หนูบุตร (2553) ให้ความหมายของสมดุลกับการทำงาน คือ ความสามารถในการจัดสรรเวลาในการทำงาน และการทำกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ชีวิตส่วนตัว ครอบครัว การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และเวลาของตนเอง

ธีระ กนกกาญจน์รัตน์ (2556) ให้ความหมายของสมดุลกับการทำงาน คือ การบริการเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งอาจจะมี ความแตกต่างกันตามสถานะ และบทบาทหน้าที่ของแต่ละบุคคล จึงต้องมีการทำความเข้าใจ และพยายามควบคุมให้เกิดความสมดุล เพื่อจะนำมาซึ่งความสุข และความสำเร็จ

ประกาย ธีระวัฒนากุล (2556) ให้ความหมายของสมดุลกับการทำงาน คือ จุดดุลยภาพของการทำงานกับชีวิตส่วนตัว โดยการสร้างสมดุลระหว่างการทำงาน ความสัมพันธ์ของครอบครัว ชีวิตส่วนตัวถือเป็นสิ่งสำคัญมากต่อความสุขของครอบครัว รวมถึงสามารถจัดสรรเวลาในการเข้าสังคม และการมีส่วนร่วมกับชุมชนอีกด้วย

สาธิต สละจิต (2558) ให้ความหมายของสมดุลกับการทำงาน คือ ความสามารถของแต่ละบุคคล ในการบริหารจัดการเวลา ในบทบาทหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบ ทั้งในเรื่องการทำงาน การทำกิจกรรม การใช้ชีวิตครอบครัว และสังคมให้เหมาะสม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสำเร็จ ประสิทธิภาพของบทบาทนั้นๆ ซึ่งจะทำให้เกิดความพอใจในการทำงาน และการใช้ชีวิต

จากความหมายของสมดุลกับการทำงานข้างต้น สามารถสรุปได้ว่า การจัดสรรเวลา โดยแบ่งเวลาในการทำงานและการชีวิตให้เหมาะสม จะทำให้เกิดประสิทธิภาพต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม จะนำมาซึ่งความสุขและความสำเร็จในชีวิต

2.4.2 แนวคิดความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน

สำนักวิจัยและพัฒนาระบบงานบุคคล คณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) ได้ให้ลักษณะที่สำคัญของความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานบุคลากรภาครัฐไว้ 3 ประการ คือ

1) ด้านสภาพแวดล้อมการทำงานและบรรยากาศในการทำงาน โดยมีการนำเทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามาใช้ในการบริหารราชการ และให้บริการประชาชน เพื่อไม่ให้กระทบกับการใช้ชีวิตส่วนตัว อีกทั้งยังเป็นการส่งเสริมข้าราชการ และผู้ปฏิบัติงานให้ได้ใช้ศักยภาพอย่างเต็มที่อีกด้วย

2) ด้านสวัสดิการ และสิ่งอำนวยความสะดวกเพิ่มเติม ซึ่งนอกเหนือจากสวัสดิการภาคบังคับตามกฎหมาย ซึ่งมีความสอดคล้องกับความต้องการและความเป็นอยู่ของหน่วยงานนั้นๆ

3) ด้านความสัมพันธ์อันดีระหว่างฝ่ายบริหารของส่วนราชการ และจังหวัดของข้าราชการ และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน รวมถึงความสัมพันธ์ของข้าราชการและผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน

Clark (2001) เสนอองค์ประกอบของสมดุลชีวิตกับการทำงานไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1) ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ (role conflict) หมายถึง การที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องปฏิบัติบทบาทที่ตนต้องรับผิดชอบในหน้าที่การงาน และในครอบครัว โดยให้ความสำคัญกับบทบาทใดบทบาทหนึ่งมากกว่ากัน ทำให้อีกบทบาทหนึ่งถูกทอดทิ้งความสำคัญลง ซึ่งทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถรักษาสมดุลของบทบาทหน้าที่เหล่านั้นได้

2) ความพึงพอใจในงาน (work satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกดีต่องานที่รับผิดชอบรู้สึกว่าการงานมีความหมายกับตนและมีความสุขกับการทำงาน

3) การช่วยเหลือสมาชิกอื่นภายในองค์การ (employee citizenship) หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความเต็มใจที่จะช่วยเหลืองานของสมาชิกในองค์การยินดีปฏิบัติงานแทน หากสมาชิกในองค์การมีความจำเป็นต้องหยุดงาน ซึ่งรวมไปถึงการมีส่วนร่วมในการพัฒนาหน่วยงาน

4) ความพึงพอใจในชีวิต (home life satisfaction) หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความสุขกับการดำรงชีวิต และพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ โดยปฏิบัติบทบาทความรับผิดชอบในครอบครัวได้อย่างครบถ้วน และคิดว่าการทำกิจกรรมในครอบครัวเป็นรางวัลของชีวิต

5) สัมพันธภาพในครอบครัว (family cohesion) หมายถึง การที่บุคคลดำรงไว้ซึ่งความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย ความเอาใจใส่ และคอยสนับสนุนซึ่งกันและกัน สมาชิกทุกคนในครอบครัว มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

Aryee, Srinivas and Tan (2005) ได้แบ่งสมดุลชีวิตกับการทำงานแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงจากการทำงานสู่ครอบครัว ปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงจากครอบครัวสู่การทำงาน ความขัดแย้ง และการสนับสนุนสาเหตุจากความขัดแย้งทั้งความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ ความขัดแย้งระหว่างบทบาทหน้าที่ และความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว อธิบายความหมายไว้ดังนี้

1) ความขัดแย้งในบทบาทหน้าที่ (role conflict) หมายถึง สภาวะความกดดันที่เกิดขึ้นจากสองด้านซึ่งการยอมรับความกดดันด้านหนึ่ง ทำให้บุคคลไม่สามารถยอมรับความกดดันอีกด้านหนึ่งได้

2) ความขัดแย้งระหว่างบทบาทหน้าที่ (Inter role conflict) คือ สภาวะความกดดันของบุคคลที่มีส่วนร่วมในบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ความขัดแย้งระหว่างบทบาทหน้าที่ เกิดขึ้นจากบทบาทหน้าที่ในการเป็นสมาชิกของกลุ่มหนึ่ง ไม่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ที่เกิดขึ้นจากการเป็นสมาชิกในกลุ่มอื่น เช่น บทบาทหน้าที่การทำงานอาจทำให้บุคคลต้องทำงานล่วงเวลา หรือนำงานกลับไปทำที่บ้าน ซึ่งขัดแย้งกับความต้องการจากสมาชิกในครอบครัวที่ต้องการใช้เวลาด้วยกัน

3) ความขัดแย้งระหว่างงานกับครอบครัว (work-family conflict) คือ ความขัดแย้งระหว่างบทบาทหน้าที่อีกรูปแบบหนึ่ง เกิดความกดดันจากบทบาทหน้าที่การทำงาน และเวลาที่ให้กับครอบครัวไม่สอดคล้องกันในแง่ใดแง่หนึ่ง ซึ่งการเข้าไปมีบทบาทหน้าที่ในการทำงานอาจทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกลำบากใจมากขึ้น แต่เมื่อพิจารณาถึงข้อดีในการเข้าไปมีส่วนร่วมในบทบาทหน้าที่ด้านครอบครัว ก็อาจรู้สึกลำบากใจมากขึ้นเช่นกัน

Kalliath, Thomas, Brough and Paula (2007) ได้นำเสนอองค์ประกอบสมดุลชีวิตกับการทำงานไว้ 6 ด้านดังนี้

1) การแสดงบทบาทหลายหน้าที่ (multiple roles) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่ามีภาระหน้าที่ที่หลากหลาย มีการทุ่มเทในแต่ละภาระหน้าที่ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพ และประสิทธิภาพในการทำงาน บุคคลนั้นจึงต้องพึงยอมรับว่าตนต้องใช้ชีวิตมากกว่าสองด้าน ทั้งด้านชีวิตส่วนตัว และด้านชีวิตการทำงาน

2) ความเสมอภาคในแต่ละบทบาทหน้าที่ (equity across multiple roles) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะใช้เวลาเท่าเทียมกันพอดีกับสำหรับชีวิตส่วนตัว และชีวิตการทำงาน ซึ่งทำให้เกิดความพึงพอใจในทุกบทบาทหน้าที่

3) ความพึงพอใจระหว่างบทบาทหน้าที่ (satisfaction between multiple roles) หมายถึง การที่บุคคลนั้นมีความรู้สึกต่อบทบาทหน้าที่ และรู้สึกว่าทุกบทบาทหน้าที่มีความหมายกับตน และมีความสุขในการทำบทบาทหน้าที่นั้น ทั้งในด้านชีวิตส่วนตัว และชีวิตการทำงาน ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทหน้าที่น้อย

4) ความสำเร็จในทุกบทบาทหน้าที่ (fulfillment of role salience between multiple roles) หมายถึง ความสามารถที่สร้างความพึงพอใจให้สมาชิกในแต่ละบทบาทหน้าที่ ซึ่งอาจมีการเปลี่ยนแปลง

ตลอดเวลา เช่น การได้รับหน้าที่ใหม่ การมีลูก การเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงชีวิตด้านต่าง ๆ กัน สมดุลชีวิตกับการทำงานเป็นความสามารถประสานบทบาทหน้าการทำงาน และบทบาทชีวิตส่วนตัวเข้าหากัน

5) ความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งและสมดุล (relationship between conflict and facilitation) หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ที่ต้องรับผิดชอบ ทั้งในด้านการงาน และบทบาทในชีวิตประจำวัน โดยไม่ได้ให้ความสำคัญกับบทบาทหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่งมากกว่ากัน หรือทำให้อีกบทบาทหน้าที่หนึ่งลดความสำคัญลง ส่งผลให้บุคคลไม่สามารถรักษาสมดุลของบทบาทหน้าที่เหล่านั้นได้ ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างบทบาทหน้าที่ที่มีความสำคัญน้อย และเกิดความสมดุลในบทบาทหน้าที่ที่มีความสำคัญมาก

6) การรับรู้ความสามารถในการควบคุมในแต่ละบทบาทหน้าที่ (perceived control between multiple roles) หมายถึง การที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนสามารถควบคุมการแสดงออกตามบทบาทหน้าที่สามารถปฏิบัติบทบาทหน้าที่ต่างๆ ที่ตนต้องรับผิดชอบได้เกินความคาดหวังของทุกบทบาทหน้าที่ ทำให้เกิดสมดุลชีวิตกับการทำงาน มีชีวิตส่วนตัว และการทำงานที่มีประสิทธิภาพส่งผลต่อการมีอิสระในบทบาทหน้าที่

Merrill & Merrill (2546) กล่าวถึงแนวคิดเกี่ยวกับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของชีวิตที่สำคัญ 5 ด้าน ดังนี้

- 1) ด้านการทำงาน หมายถึง หน้าที่การงานหรืออาชีพเป็นสิ่งที่ช่วยผลักดันให้เกิดความคิดสร้างสรรค์
 - 2) ด้านครอบครัว เป็นการสร้างความสมส่วนของบุคคลที่นำไปสู่ความสำเร็จ และช่วยผลักดันให้เกิดความสุขในการใช้ชีวิตภายในสังคม
 - 3) ด้านเวลา เวลาเป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในทุก ๆ อย่างของชีวิต ดังนั้นทุกคนจึงต้องทำให้เกิดความสมดุลกับด้านอื่น ๆ ของชีวิตด้วย
 - 4) ด้านการเงิน การเงินเป็นเครื่องมือหนึ่งที่ทำให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งเกี่ยวข้องทั้งในด้านของการทำงาน และการชีวิต
 - 5) ด้านสติปัญญา การพัฒนาสติปัญญา และการสร้างสมดุล จะทำให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต
- ภาณุภาคย์ พงศ์อติชาติ (2549) ใช้กรอบแนวคิดเพื่อส่งเสริมความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานอย่างเป็นระบบ โดยกำหนดมิติ 7 ด้าน ได้แก่

- 1) ความยืดหยุ่นในการทำงาน
- 2) การลาหยุดงานทั้งที่ได้รับค่าตอบแทนและไม่ได้รับค่าตอบแทน
- 3) การส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี
- 4) การดูแลผู้อยู่ในอุปการะ
- 5) ความช่วยเหลือทางการเงิน
- 6) การมีส่วนร่วมในชุมชน
- 7) การมีส่วนร่วมในการบริหาร, ปรับเปลี่ยนวัฒนธรรมองค์กร

2.4.3 ความสำคัญของความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน

ความสมดุลกับการทำงานมีส่วนส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรมีคุณภาพการทำงานที่ดี ดังนั้นการสร้างสมดุลในชีวิตและการทำงาน เพราะคนในวัยทำงานนั้นมีบทบาทที่หลากหลายในเวลาเดียวกัน ดังนั้นจึงไม่ควรละเลย และยังต้องมีการสนับสนุน เพื่อให้บุคลากรมีประสิทธิภาพที่เต็มเปี่ยม เพื่อเพิ่มขีดความสามารถของตนเอง (บุษยาณี จันท์เจริญสุข, 2537)

หทัยรัตน์ ลีวสงวนกุลธร และสุวรรณี เขมาวุฒานนท์ (2555) ได้กล่าวถึงความสำคัญของความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานเป็นสิ่งจำเป็นที่ส่งเสริมให้บุคลากรในองค์กรมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยบุคลากรมีความพยายามที่จะสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานให้มีความเหมาะสมมากขึ้น เพราะนอกจากการมีบทบาทนั้นในการทำงานแล้ว ยังมีบทบาทอื่นที่ต้องรับผิดชอบในเวลาเดียวกันอีกด้วย ดังนั้นองค์กรควรให้ความสำคัญต่อความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน เนื่องจากอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถของบุคลากรในองค์กรได้

นิตินัย หมีสอาด (2556) กล่าวถึงความสำคัญของความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานว่า หากบุคคลใดบุคคลหนึ่งเกิดความไม่สมดุลของชีวิตกับการทำงาน จะส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงาน รวมไปถึงองค์กรที่ทำงาน นอกจากนั้นยังทำให้ไม่มีความสุขกับชีวิตและการทำงาน ดังนั้นการมีสมดุลในการทำงานและชีวิตนั้นจึงเป็นสิ่งสำคัญที่องค์กรควรให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้การทำงานของบุคลากรนั้นเต็มประสิทธิภาพ

ปัทมาวรรณ จินดารักษ์ และสายสุนีย์ เกษม (2562) กล่าวถึงความสำคัญของความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน เป็นจุดดุลยภาพระหว่างชีวิตส่วนตัวกับการทำงานของบุคคล แต่การจัดสรรให้สมดุลของแต่ละคนนั้นอาจจะไม่เท่ากัน เนื่องจากมีปัจจัยที่ต่างกัน กล่าวคือ คนที่มีความเป็นอยู่ ลักษณะงานที่ทำ และการให้ความสำคัญในเรื่องต่าง ๆ แตกต่างกัน ดังนั้นการมีสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานนั้นจะทำให้สุขภาพดีขึ้นด้วย เพราะจะช่วยลดความเครียด และช่วยป้องกันการเหนื่อยหน่ายในที่ทำงาน

สรุปได้ว่าการมีสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานนั้นเป็นสิ่งจำเป็น เพราะการมีสมดุลในชีวิตและการทำงานจะส่งผลกระทบต่อความเป็นอยู่ ครอบครัว ชีวิตส่วนตัว และคุณภาพของงานในที่สุด นอกจากนั้นองค์กรก็ควรสนับสนุนให้บุคลากรมีการจัดสรรเวลาที่ชัดเจน เพื่อประสิทธิภาพที่ดีในการทำงานอีกด้วย

2.4.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน

จุฑาภรณ์ หนูบุตร (2554) ศึกษาความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือ บุคลากรในแผนกหรือฝ่ายต่าง ๆ ของโรงพยาบาลวิภาวดี 39 หน่วยงาน จำนวน 479 คน ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรของโรงพยาบาลวิภาวดีมีความสมดุลระหว่างชีวิต และการทำงานอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งอายุ จำนวนบุคคลที่อยู่ในอุปการะ ฝ่าย/แผนก และจำนวนชั่วโมงในการทำงานเฉลี่ยต่อสัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ส่วนสาเหตุความไม่สมดุลระหว่าง

ชีวิตและการทำงาน ได้แก่ วัฒนธรรมการทำงานที่เน้นปริมาณงานเวลาการปฏิบัติงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบในงาน ตามลำดับ ส่วนแนวทางการสร้างความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานที่สำคัญที่สุด คือ การอำนวยความสะดวกในการทำงาน ซึ่งอายุ สถานภาพสมรส และที่มาของรายได้ที่นำมาเลี้ยงดูครอบครัว ฝ้าย/แผนก และระยะเวลาเดินทาง ระหว่างที่พักกับที่ทำงานมีความสัมพันธ์กับความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน

นิสาชล โทแก้ว (2556) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน กับผลปฏิบัติงานของผู้จัดการแผนกต้อนรับส่วนหน้าธุรกิจโรงแรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า สมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานคั่นความยืดหยุ่นในการทำงานและต้นการส่งเสริมสุขภาพความเป็นอยู่ที่ดี มีความสัมพันธ์และผลกระทบเชิงบวกกับผลการปฏิบัติงานโดยรวมในด้านการส่งงานตรงตามกำหนด

เมธัช บัวชุม (2557) ศึกษาความสมดุลระหว่างชีวิตและงานของครู/บุคลากรทางการศึกษา วิทยาลัยเทคโนโลยีปัญญา พบว่า สาเหตุของความไม่สมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานในปัจจุบันส่วนใหญ่เกิดจากวัฒนธรรมการทำงานที่เน้นปริมาณ เวลาปฏิบัติงาน และหน้าที่ความรับผิดชอบในงานปัจจุบัน และได้เสนอแนวทางการในการสร้างสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน คือ การอำนวยความสะดวกในการทำงานทั้งด้านปฏิบัติงาน คุณภาพชีวิตของพนักงาน การเพิ่มผลตอบแทน และสวัสดิการให้มีความหลากหลาย

สาธิต สละจิต (2558) ศึกษาความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่มีต่อความผูกพันในองค์กร กรณีศึกษาสำนักสรรพยากรภาค 12 โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์ 2 วิธี ได้แก่ สัมภาษณ์เชิงลึก และสัมภาษณ์กลุ่ม ซึ่งผลสัมภาษณ์เชิงลึกพบผลกระทบที่เกิด 3 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบทางอาชีพ, ผลกระทบทางสุขภาพ และผลกระทบทางครอบครัว และมุมมองเรื่องความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน จากการสัมภาษณ์เชิงกลุ่ม พบว่า นโยบายเกี่ยวกับความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานไม่ชัดเจน ส่งผลให้หัวหน้างานต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบริหารจัดการความสมดุลให้เกิดขึ้นเองตามสถานการณ์ต่าง ๆ ส่วนกลุ่มพนักงานนั้นต้องการความยุติธรรมในทางจริยธรรมทางธุรกิจ และผลกระทบต่อครอบครัว

กนกวรรณ ศรีวิรัตน์ (2559) ศึกษาความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานวิจัยของอาจารย์ใหม่ กรณีศึกษา คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ พบว่า องค์ประกอบของความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานสาเหตุเกิดจากภาระงานที่หนักเกินไป อัตราค่าจ้างของอาจารย์ ความยากง่ายของการวิจัย ผู้ช่วยวิจัย ที่ปรึกษาวิจัย ในด้านเวลา สาเหตุเกิดจากการบริหารเวลาและการจัดตารางสอนให้เหมาะสมกับงานวิจัย ในด้านครอบครัว สาเหตุเกิดจากภาระการเลี้ยงดูสมาชิกครอบครัว และการอยู่ห่างไกลครอบครัว ด้านการเงิน สาเหตุเกิดจากการขาดค่าตอบแทนนักวิจัย และการขาดแหล่งทุนวิจัย และในด้านสติปัญญา เกิดจากการไม่ได้รับการปฐมนิเทศและการฝึกอบรมเกี่ยวกับการวิจัยตามลำดับ

เจตน์ รัตนจีนะ และคณะ (2559) ได้ศึกษาสมดุลงานและชีวิตของพนักงานกลุ่มมิลเลนเนียล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่า พนักงานวัยทำงานกลุ่มมิลเลนเนียลในกลุ่มที่ทำการศึกษาวิจัยอิสระสมดุลงาน

และชีวิตเฉลี่ย 60.98 คะแนน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อสมรรถภาพและชีวิตประกอบด้วย การออกกำลังกาย การนอนหลับ และระดับความพึงพอใจต่องานในประเด็น ระยะเวลาการพักผ่อนและทีมงาน ขณะที่การสูบบุหรี่ ชั่วโมงการทำงานต่อสัปดาห์ และอายุงานในบริษัท เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อสมรรถภาพและชีวิต

2.5 หลักธรรมทางพระพุทธศาสนากับการรักษาสุขภาพ

2.5.1 ความหมายของคำว่าสุขภาพ

คำว่า “สุขภาพ” เป็นคำที่แปลตรงจากภาษาอังกฤษคือ “Health” และมีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า “hoelth” ซึ่งมีความหมาย 3 ประการคือ ความปลอดภัย (safe) ความไม่มีโรค (sound) หรือทั้งหมดโดยรวม (whole) ในพจนานุกรมออกซฟอร์ดให้ความหมายของคำว่า health ไว้ว่า ความไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2541)

สารานุกรม Britannica concise encyclopedia ภาคภาษาไทย (2551) ได้สรุปความหมายของสุขภาพ ไว้ว่า สุขภาพ (health) คือ ขอบข่ายความสามารถอย่างต่อเนื่องทั้งทางร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคมของคนๆ หนึ่งที่จะรับมือกับสภาพแวดล้อม สุขภาพดีนั้นยากที่จะให้คำจำกัดความยิ่งกว่าสุขภาพไม่ดีเพราะคำว่าสุขภาพดีไม่ใช่เพียงแต่การไม่มีโรค แต่ต้องสื่อถึงแนวคิดในเชิงบวกกว้างกว่านั้น ระหว่างความมีสุขภาพดีกับความมีโรคร้ายก็ยังมีความปลอดภัยแตกต่างกันไป เช่น บางคนอาจมีสุขภาพร่างกายดีแต่เป็นหวัดหรือป่วยทางจิต บางคนอาจดูเหมือนสุขภาพดีแต่มีภาวะร้ายแรง เช่น มะเร็งซ่อนอยู่ ซึ่งการตรวจร่างกายหรือทดสอบวินิจฉัยเท่านั้นจะบอกได้หรืออาจตรวจไม่พบเลยไม่ว่าจะด้วยวิธีใด ในระยะต่อมานักวิชาการทั้งหลาย รวมทั้งองค์การอนามัยโลก (World Health Organization : WHO) (1986) ได้ให้ความหมายของคำว่าสุขภาพแตกต่างกันไป ซึ่งความหมายของสุขภาพที่แตกต่างกันนี้ จะนำไปสู่เป้าหมายและวิธีการกระทำเพื่อสุขภาพที่แตกต่างกัน

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตฺโต) (2548) กล่าวว่า “สุขภาวะ” หรือ “สุขภาพ” เป็นคำเดียวกันในภาษาบาลี แต่ภาษาไทยแผลง “ว” เป็น “พ” เป็นคำว่า “สุขภาพ” เมื่อความหมายของสุขภาพ คือ สุขภาพทางกาย จิต สังคมและปัญญา จึงสื่อความหมายใกล้ความสุข ภาวะที่ปลอดภัยเป็นสุข เป็นภาวะที่สมบูรณ์ คำสมัยใหม่เรียกว่า “องค์รวม” สุขภาพแนวพุทธหรือสุขภาพแนวพุทธ ประกอบด้วยลักษณะที่เป็นวิชา (ความสว่างส่องใส) วิมุตติ (ความหลุดพ้นเป็นอิสระ) วิสุตติ (ความหมดจด ไม่ขุ่นมัวเศร้าหมอง) สันติ (ความสงบไม่ร้อนรนกระวนกระวาย) ซึ่งเป็นภาวะที่เป็นความดีงามของชีวิต

จากความหมายของคำว่าสุขภาพดังกล่าว สรุปได้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่เป็นปกติสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและการดำรงชีวิตในสังคมด้วยดี ซึ่งเป็นการมองสุขภาพที่มีการเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมไม่สามารถแยกจากกันได้การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้น ต้องมีองค์ประกอบในทุกด้านที่สมดุลกัน

2.5.2 หลักธรรมทางพระพุทธศาสนากับการรักษาสุขภาพ

คำว่า “สุขภาพ” ในคัมภีร์พระไตรปิฎก มีคำกล่าวที่บ่งถึงภาวะการมีสุขภาพกายดีมีอยู่ 2 คำ คือ คำว่า “อัปปาพาโธ” มีความเจ็บป่วยน้อย หรือ “อัปปาตังโก” มีโรคน้อย เช่น “ภิกษุในธรรมวินัยนี้... เป็นผู้มีอาหารน้อยมีโรคเบาบาง”(พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ม.ม. 13/379/464) ดังนั้นการมีสุขภาพดีในทัศนะพุทธศาสนาโดยทั่วไป หมายถึง ความไม่มีโรคเนื่องจากในสมัยพุทธกาลการจัดการสุขภาพโดยเฉพาะในหมู่พระภิกษุสงฆ์ เน้นไปที่การจัดการทั้งสุขภาพกายและสุขภาพใจ เพราะกายและใจนั้นสัมพันธ์กัน เมื่อใจมีปีติกายย่อมสงบ เมื่อกายสงบย่อมได้รับความสุขและเมื่อมีความสุขจิตย่อมตั้งมั่น ในทางกลับกันถ้าจิตใจไร้ปีติ กายก็ย่อมไม่สงบ เมื่อกายไม่สงบจะหาความสุขและสมาธิได้อย่างไร ดังพุทธภาษิตที่ว่า “ใจเป็นผู้นำสรรพสิ่ง”(พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ข.ธ. 25/1/23) จะเห็นได้จากการบำเพ็ญทุกรกิริยาของพระพุทธรองค์ก่อนตรัสรู้พระองค์ทรงทรมาณพระวรกายนานาวิธี มีการกลั่นลมหายใจและอดอาหาร จนทำให้กายไม่สงบ เครียด ระส่ำระสาย หาความสุขไม่ได้ จิตก็ไม่เป็นสมาธิ ฟุ้งซ่าน จนพระองค์ต้องหันมาเดินทางสายกลาง การจัดการสุขภาพในความหมายนี้ย่อมต้องสมดุลกันทั้งกายและใจ จากหลักฐานที่จารึกไว้ในคัมภีร์พระไตรปิฎกกล่าวไว้ว่า ความเจ็บไข้ได้ป่วยของพระภิกษุนี้มีทั้งระดับธรรมดา ระดับปานกลาง กระทั่งระดับรุนแรง ส่วนการดูแลรักษามีด้วยกันหลายวิธีทั้งโดยวิธีทางการแพทย์ โดยธรรมะและโดยการป้องกันการเกิดโรคด้วยข้อปฏิบัติสุขอนามัยในวัตร ¹⁴ ดังนั้นหากบุคคลในโลกนี้...เป็นผู้ไม่เบียดเบียนสัตว์ กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใดๆ เขาก็จะเป็นผู้มีโรคน้อย ดังคำสอนของพระพุทธองค์ตรัสไว้ประการหนึ่งว่า “ภิกษุทั้งหลาย องค์ของภิกษุผู้บำเพ็ญเพียรมี 5 ประการ คือ หลังจากตายแล้ว ถ้าไม่ไปเกิดในสุคติสวรรค์ กลับมาเกิดเป็นมนุษย์ในที่ใดๆ เขาก็จะเป็นผู้มีอาหารน้อยมีโรคเบาบาง(พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อ.ง.ป.ญจ. 22/53-54/92-93) ทัศนะเรื่องความเจ็บป่วยที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงไว้ประการหนึ่งว่า “ร่างกายเป็นรังแห่งโรค”(พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ข.ธ. 25/148/78, ข. อ.ป. 33/155/408) การที่ร่างกายเป็นฐานหรือที่ตั้งแห่งโรค ย่อมจะเจ็บป่วยอย่างใดอย่างหนึ่งไม่มากนักน้อยเป็นธรรมดา ดังพุทธภาษิตที่ว่า “อาโรคฺยปรมา ลาภา” แปลว่า ความไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ

¹ สุขอนามัยในวัตร 14 หมายถึง ระเบียบวิธีการปฏิบัติต่างๆ ในสังคมความเป็นอยู่ของพระภิกษุ อันส่งเสริมให้การบำเพ็ญสมณธรรม ดำเนินไปด้วยดีและเรียบร้อย ดังนั้นผู้บำเพ็ญวัตรทั้ง 14 ชื่อว่า บำเพ็ญศีลผู้มีศีลบริสุทธิ์ เสริมสมาธิ มีปัญญา ได้แก่ 1. อาคันตุกวัตร (ข้อปฏิบัติของภิกษุผู้จรมา) 2. อาวาสกวัตร (ข้อปฏิบัติของภิกษุเจ้าถิ่น) 3. คมิกวัตร (ข้อปฏิบัติของภิกษุผู้จะเดินทางจากไป) 4. ภัตตานุโมทนาวัตร (วัตรในการอนุโมทนาในที่ฉัน) 5. ภัตตคคววัตร (วัตรปฏิบัติในที่ฉัน) 6. ปิณฑจาริกวัตร (วัตรของภิกษุผู้เที่ยววิณฑบาต) 7. อารัญญิกวัตร (วัตรของภิกษุผู้อยู่ป่า) 8. เสนาสนวัตร (วัตรปฏิบัติเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย) 9. ชันดามรวัตร (วัตรปฏิบัติในเรื่องไฟ) 10. วักกุฎีวัตร (วัตรปฏิบัติเกี่ยวกับส้วม) “ภิกษุทั้งหลาย ภิกษุถ้าอยู่จนจระแล้ว เมื่อน้ำมีอยู่ จะไม่ชำระไม่ได้ รูปใดไม่ชำระต้องอาบัติทุกกฏ ฯ” 11. อุปัชฌายวัตร (วัตรปฏิบัติต่อพระอุปัชฌาย์) 12. สัททิวาสิกวัตร (ข้อปฏิบัติต่อสัททิวาสิก) 13. อาจารย์วัตร (ข้อปฏิบัติต่ออาจารย์) มีความเหมือนในอุปัชฌายวัตรดังกล่าวแล้วนั้นแล 14. อันตวาสกวัตร (ข้อปฏิบัติต่ออันตวาสก) ใจความเหมือนในสัททิวาสิกวัตรดังกล่าวแล้ว นั้นแล.

(พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ม. ม. 13/215-216/254-255) ดังนั้นดังพุทธพจน์ที่ว่า ผู้ที่ปราศจากโรคทางกายเป็นเวลานานๆ หรือไม่มีโรคทางกายปรากฏอยู่เลยนั้นพอหาได้ แต่คนที่ไม่ได้มีโรคทางใจแม้เพียงชั่วขณะหนึ่งนี้หายาก ยกเว้นพระอรหันต์ผู้หมดกิเลสแล้วเท่านั้น (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อัง. จตุกก. 21/157/217)

ข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่า พระพุทธศาสนากล่าวถึงสุขภาพ ไว้อย่างครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิต จึงสามารถให้ความหมายของสุขภาพตามแนวพระพุทธศาสนาได้ ดังนี้

สุขภาพทางกายดี หมายถึง ร่างกายมีโรคร้ายเบียดเบียนน้อย

สุขภาพทางจิตดี หมายถึง ภาวะทางสภาพจิตที่ปราศจากกิเลสอย่างสิ้นเชิง

สุขภาพดี จึงหมายถึง การปราศจากโรคทั้งทางกายและทางจิต พระพุทธเจ้าทรงตรัสถึงความสำคัญของการมีสุขภาพร่างกายดีไม่มีโรคร้ายเบียดเบียนว่า “เป็นช่วงเวลาที่เหมาะแก่การบำเพ็ญเพียรอย่างยิ่ง”(พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อัง. ปณจก. 22/53-54/92-93) หากร่างกายเจ็บป่วยไม่อาจเยียวยาได้แล้ว พระองค์จะทรงมุ่งเน้นการเยียวยาทางด้านจิตใจเป็นหลัก ดังเรื่องที่ปรากฏว่า ครั้งหนึ่งมีภิกษุทุพพลภาพป่วยหนักกระยะสุดท้าย พระพุทธเจ้าทรงเยียวยารักษาทางจิตใจ ทรงมีพระดำรัสว่า “แม้ร่างกายจะเจ็บหนักแต่ยังสามารถพัฒนาให้ไปสู่การบรรลุธรรมได้” (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อัง. ปณจก. 22/121/201)

ดังนั้นนับว่าเป็นการส่งเสริมกำลังใจให้ผู้ป่วยหนัก มีความหวังที่จะดูแลรักษาใจซึ่งถือว่าสำคัญที่สุด เพื่อผู้ป่วยสามารถประคอง จิตที่ดีของตนได้ตลอดไปจนกว่าจะสิ้นชีวิต หรือหากประคองจิตได้ถึงขั้นสูงสุด คือ การบรรลุธรรมได้พร้อมกับการสิ้นชีวิต ที่พระพุทธศาสนาเรียกว่า “ชีวิตสมัสสี” ถือว่าเป็นการบรรลุเป้าหมายชีวิตในโอกาสสุดท้ายที่สูงที่สุด

2.5.2.1 สาเหตุแห่งการอาพาธในพระไตรปิฎก

อาพาธ แปลว่า ความเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ พระสัมมาสัมพุทธเจ้าผู้ทรงมีสัมพันธคุณรอบรู้ในสิ่งทั้งปวงรวมทั้งเรื่องทางการแพทย์ด้วย พระองค์ตรัสถึงสาเหตุสำคัญแห่งการอาพาธไว้ 8 ประการ ดังที่ปรากฏอยู่ในอาพาธสูตร ดังนี้

- 1) อาพาธอันเกิดจาก "ดี" เป็นสาเหตุ
- 2) อาพาธอันเกิดจาก "เสมหะ" เป็นสาเหตุ
- 3) อาพาธอันเกิดจาก "ลม" เป็นสาเหตุ
- 4) อาพาธอันเกิดจาก "ดี, เสมหะ, ลม ประชุมกัน"
- 5) อาพาธอันเกิดจาก "ฤดูแปรปรวน"
- 6) อาพาธอันเกิดจาก "การบริหารร่างกายไม่สม่ำเสมอ"
- 7) อาพาธอันเกิดจาก "การถูกทำร้าย"
- 8) อาพาธอันเกิดจาก "วิบากกรรม"

คำว่า "ดี" แปลมาจากภาษาบาลีว่า "ปิตต" ดีเป็นธาตุน้ำซึ่งมีอยู่ 2 ชนิด คือ ดินนอกถุงน้ำดี และดีในถุงน้ำดี ดินนั้นมี สีเหมือนน้ำมันมะขางชั้น 2 ดินนอกถุงเอิบอาบอยู่ที่ร่างกาย เมื่อดินนอกถุงกำเริบ

ดวงตาจะเหลือง เวียนศีรษะ ตัวสั่นและคันส่วนดีในถุงจะอยู่ในถุงน้ำดี ถุงน้ำดีนั้นมีลักษณะเหมือนรังบวบ خمใหญ่ เมื่อดีในถุงกำเร็บสัตว์ทั้งหลายจะเป็นบ้า ทำสิ่งที่ไม่ควรทำพูดคำที่ไม่ควรพูด คิดสิ่งที่ไม่ควรคิด

คำว่า "เสมหะ" มาจากภาษาบาลีว่า "เสมห" แปลว่า "เสลด" ซึ่งเป็นธาตุน้ำเช่นกันใน ร่างกายของเรามีเสมหะอยู่ประมาณหนึ่งบาตร มีสีขาว มีสีเหมือนน้ำในผลมะเดื่อ ตั้งอยู่ในท้อง ปกติพื้น ท้องของเราจะมีกลิ่นเหม็นเหมือนซากศพ เสมหะจะช่วยระงับกลิ่นเหม็นให้อยู่ภายในท้องเปรียบเหมือน แผ่นกระดานปิดส้วม

คำว่า "ลม" ในที่นี้หมายถึง ธาตุลมภายในร่างกาย ได้แก่ ลมพัดขึ้นเบื้องบน ลมพัดลง เบื้องต่ำ ลมในท้อง ลมในไส้ ลมพัดไปตามตัว ลมหายใจเข้า ลมหายใจออก เป็นต้น เมื่อโรคลมเกิดขึ้นใน ร่างกาย ย่อมทำให้มือและเท้าอ่อนแรง ย่อมทำให้เป็นคนตาบอด ทำให้เป็นคนง่อยเปลี้ย โรคลมนี้หากเป็น หนักก็จะทำให้ถึงตายได้ เช่น พระเถระรูปหนึ่งลมเสียดแทงถึงหัวใจและเสียดแทงท้องทะลุออกมา ไส้ของ ท่านก็ออกมากองบนเตียง ในขณะที่อาพาธอยู่นั้นพระเถระได้ประกอบความเพียร จึงบรรลुพระอรหัตพร้อม ด้วยปฏิสัมภิทา ดังนั้นอาพาธ จึงเกิดได้ 8 ประการ(พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราช วิทยาลัย เล่ม 21 ข้อ 87 "ปุตตสูตร) คือ

1. อาพาธที่เกิดจาก ดี (อวัยวะภายใน) เป็นสมุฏฐาน
2. เสมหะ (เมือกจากลำคอหรือลำไส้) เป็นสมุฏฐาน
3. ลม (ภายในกาย) เป็นสมุฏฐาน
4. ประชุมกันเกิดขึ้น ดังนั้นอาพาธที่เกิดจาก "ดี, เสมหะ, ลม ประชุมกัน" ถ้าแปลตรงตัวตาม ภาษาบาลีจะแปลว่า "อาพาธสันนิบาต" หมายถึง อาพาธที่เกิดขึ้นเพราะลม ดี และเสมหะรวมกัน
5. อาพาธที่เกิดขึ้นเพราะฤดูแปรปรวน "ฤดู" ในที่นี้หมายถึง "สภาพอากาศ" เมื่อสภาพอากาศ แปรปรวน เช่น ร้อนเกินไป หนาวเกินไป เป็นต้น ก็เป็นเหตุให้เจ็บป่วยได้
6. อาพาธที่เกิดจากการบริหารร่างกายไม่สม่ำเสมอ หมายถึง การอยู่ในอิริยาบถใดอิริยาบถ หนึ่งนานเกินไป เช่น ยืนนานเกินไป หรือ นั่งนานเกินไป เป็นต้น ก็เป็นเหตุให้เจ็บป่วยได้
7. อาพาธที่เกิดจากการถูกทำร้าย หมายถึง อาพาธที่เกิดเพราะความพยายามเบียดเบียนของ ผู้อื่น เช่น การฆ่าฟัน การทุบตี การชกต่อย ถูกสัตว์ทำร้าย เป็นพยาธิ เป็นโรคติดเชื้อ เป็นต้น
8. อาพาธอันเกิดจากวิบากกรรม หมายถึง ความเจ็บป่วยที่เกิดจากบาปกรรมที่ทำไว้ในปัจจุบัน ชาติหรือในอดีตชาติมาส่งผล เช่น ในอดีตชาติทำปาณาติบาตไว้มาก บาปกรรมนั้นจึงส่งผลให้ป่วยเป็น โรคมะเร็งในชาตินี้ เป็นต้น

สาเหตุแห่งการอาพาธทั้ง 8 ประการที่กล่าวมานี้ สามารถสรุปให้เหลือ 2 ประการได้ดังนี้ คือสาเหตุทางกายและสาเหตุทางใจ โดย 7 ประการแรก ถือเป็นสาเหตุทางกายส่วนข้อที่ 8 คือ วิบาก กรรมนั้นถือว่าเป็นสาเหตุทางใจ เพราะเป็นสาเหตุที่เกิดจากบาปที่อยู่ในใจส่งผล ให้เกิดการอาพาธด้วยโรค ต่างๆ การเจ็บป่วยอันเกิดจากวิบากกรรมนั้น เป็นความแตกต่างที่สำคัญระหว่างหลักการแพทย์ใน พระไตรปิฎกและการแพทย์แผนปัจจุบัน เรื่องนี้เป็นสิ่งที่เข้าใจได้ยากสำหรับแพทย์และชาวโลก ที่ไม่ได้ ศึกษาพระพุทธศาสนาอย่างลึกซึ้ง โดยเฉพาะวิบากกรรมจากอดีตชาติ อย่างไรก็ตามการแพทย์ อาจไม่ได้

ให้ความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับความละเอียดลึกซึ้งในด้านนี้ แต่จะเชื่อหรือไม่สิ่งนี้ก็ยังคงเป็นความจริงของโลกและชีวิตที่มนุษย์ทุกคนสามารถพิสูจน์ได้ตามหลักการที่มีอยู่ในพระพุทธศาสนา

2.5.2.2 โรคชนิดต่างๆ ในพระไตรปิฎก

คำว่า “โรค” ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 (2546) ให้คำจำกัดความไว้ว่า หมายถึง ความเจ็บไข้ ความเจ็บป่วย

คำศัพท์ที่มีความหมายว่าเจ็บป่วยหรือโรค มีกล่าวไว้อีกหลายคำใช้เรียกต่างๆ กันไปได้แก่ “โรคาพาธ” หมายถึง ความเจ็บไข้ที่เกิดจากเชื้อโรค “อาพาธ” หมายถึง ความเจ็บป่วย “พยาธิ” หมายถึง ความเจ็บป่วย “อามัย” หมายถึง ความไม่สบาย ตรงข้ามกับอนามัย คือ ความสบาย

คำว่า “โรค” พระอรรถกถาจารย์ให้ความหมายไว้ว่า เสียดแทงหรือเปียดเบียน กล่าวคือ เสียดแทงเปียดเบียนร่างกายและจิตใจให้ลำบาก พระสัมมาสัมพุทธเจ้าตรัสไว้ว่า แต่ก่อนมีโรคร้ายอยู่เพียง 3 ชนิด คือ โรคอยาก โรคหิว และโรคชรา แต่เพราะการทำร้ายเปียดเบียนสัตว์จึงทำให้มีโรคเพิ่มขึ้นถึง 98 ชนิด 2 โรคทั้ง 98 ชนิดนี้ คือ โรคที่มีอยู่ในสมัยพุทธกาล แต่ในปัจจุบันมีโรคเพิ่มมากขึ้นอีกเป็นจำนวนมาก ดังจะเห็นได้ว่าทุกวันนี้มีโรคแปลกๆ ใหม่ๆ และร้ายแรงเกิดขึ้นเรื่อยๆ เช่น โรคเอดส์ โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ และล่าสุด คือ โรคไข้กระต่าย ซึ่งข่าวบอกว่าโรคนี้นี้มีเชื้อรุนแรงถึงขั้นผลิตเป็นอาวุธชีวภาพได้ทีเดียว

โรคทั้ง 98 ชนิดนั้นเป็นโรคอันเกิดจากวิบากกรรม เพราะเป็นผลมาจากการทำร้ายเปียดเบียนสัตว์ ความจริงยังมีโรคที่เกิดจากสาเหตุอื่นอีก 7 ประการดังได้กล่าวมาแล้วซึ่งไม่รวมอยู่ในโรค 98 ชนิดนี้ อย่างไรก็ตามโรคที่มีอยู่ในสมัยพุทธกาลเท่าที่ปรากฏอยู่ในพระไตรปิฎก สามารถแบ่งเป็นกลุ่มได้ประมาณ 6 กลุ่ม คือ โรคผิวหนัง โรคลม โรคในท้อง โรคเกี่ยวกับอวัยวะโรคเกี่ยวกับทางเดินหายใจ และโรคเบ็ดเตล็ดอื่นๆ ดังนี้

1) **โรคผิวหนัง** หมายถึง โรคที่เกิดบนผิวหนังในบริเวณต่างๆ ของร่างกาย เช่น โรคเรื้อน โรคฝี โรคฝีดาษ โรคสิว โรคกลาก โรคเริม โรคพุพอง โรคหิดเปื่อย โรคหิดคัน โรคกลาก โรคหูด โรคคุดทะราด และโรคคุดทะราดบวม เป็นต้น

1.1) **โรคเรื้อน** หมายถึง โรคผิวหนังชนิดหนึ่งซึ่งติดต่อได้ ทำให้ผิวหนังเป็นผื่น มีหลายชนิดบางชนิดทำให้นิ้วมือนิ้วเท้ากุด เรียกว่า เรื้อนกุฎฐัง บางชนิดมีลักษณะเป็นผื่นคันทำให้ผิวหนังหนาหยาบและอาจแตกมีน้ำเหลืองไหลหรือตกสะเก็ดในระยะหลังมักเป็นตามบริเวณข้อเท้าหัวเข่าหรือที่มือเอื้อมไปเกาถึง เรียกว่า เรื้อนกวาง บางชนิดแผลมีสีขาว เรียกว่า เรื้อนน้ำเต้า

1.2) **โรคฝี** หมายถึง โรคชนิดหนึ่งเป็นต่อมบวมขึ้น กลัดหนองข้างใน เรียกชื่อต่างๆ กันหลายชนิด เช่น ฝีคณฺฐมาลา ฝีดาษ ฝีประคำร้อย

โรคฝีดาษ หมายถึง โรคชนิดหนึ่ง มักเกิดขึ้นตามลำตัว เป็นเม็ดเล็กๆ ดาษทั่วไปบางครั้งเรียก ไข้ทรพิษ คนโบราณเรียกว่า ไข้หัว

1.3) **โรคสิว** หมายถึง โรคที่มีลักษณะเป็นตุ่มเม็ดเล็กๆ ที่มีหนองเป็นไตขาวๆ อยู่ข้างในขึ้นบริเวณใบหน้า และส่วนต่างๆ ของลำตัว

1.4) โรคกลาก หมายถึง โรคผิวหนังชนิดหนึ่ง เกิดจากเชื้อรา ขึ้นเป็นวง มีอาการคัน

1.5) โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคติดเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ขึ้นเป็นเม็ดเล็กๆ พองใสติดกันเป็นกลุ่ม มีอาการคัน ปวดแสบปวดร้อน

1.6) โรคพุพอง หมายถึง โรคผิวหนังชนิดหนึ่งเป็นเม็ดตุ่มขึ้นพองใสตามลำตัว แล้วแตกออกมีน้ำเหลืองหรือน้ำเลือดน้ำหนอง

1.7) โรคหิด หมายถึง โรคติดต่อชนิดหนึ่ง มีลักษณะเป็นเม็ดสีขาว ใสเป็นเงาในเนื้อ ขึ้นตามผิวหนังมีอาการปวดและคัน เรียกว่าหิดดำน เมื่อเม็ดแตกมีน้ำหนองไหลเยิ้ม เรียกว่า หิดเปียก

1.8) โรคละลอก หมายถึง โรคผิวหนังชนิดหนึ่งเป็นเม็ดมีหนอง

1.9) โรคหูด หมายถึง โรคผิวหนังชนิดหนึ่งขึ้นเป็นไตแข็ง

1.10) โรคคุดทะราด หมายถึง การเป็นแผลเรื้อรัง บางรายแผลบานห่อหุ้มห่อหุ้มออก มีกลิ่นเหม็น เป็นแม่แผลให้เกิดแผลอื่นจำพวกเดียวกันพุพองออกไปอีก

2) โรคลม หมายถึง โรคที่เกิดจากธาตุลมภายในร่างกายกำเริบ ทำให้มีอาการหลายอย่าง เช่น วิงเวียน หน้ามืด คลื่นเหียน ถ้าอาการรุนแรงอาจถึงแก่สิ้นสติหรือตายได้ เช่น โรคลมบ้าหมู โรคเรอ เป็นต้น

2.1) โรคลมบ้าหมู หมายถึง อาการหมดสติเป็นครั้งคราว และมักมีอาการชักเกร็ง น้ำลายเป็นฟอง มือเท้ากำ เป็นผลเนื่องจาก มองทำงานผิดปกติ

2.2) โรคเรอ หมายถึง โรคที่ลมในกระเพาะเพื่อพุ่งออกทางปาก

3) โรคในท้อง หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นภายในท้อง เช่น โรคเนื้องอกที่ลำไส้ โรคบิด โรคท้องร่วง โรคลงราก อหิวาตกโรค โรคอาเจียนโลหิต และ โรคออสกะ เป็นต้น โรคลงราก หมายถึง โรคท้องเดินและอาเจียน (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิ.ม. 4/100/155)

3.1) อหิวาตกโรค หมายถึง โรคระบาดชนิดหนึ่งมีอาการลงราก คือท้องเดินและอาเจียน

3.2) โรคออสกะ หมายถึง โรคที่เกิดจากการกินอาหารมากเกินไป ซึ่งเกิดกับนักบวชเปลือยชื่อโกรกษัตติยะผู้ประพฤติวัตรอย่างสุณัษ เดินด้วยข้อศอกและเข่า กินอาหารที่กองบนพื้นด้วยปาก ก่อนตายเขากินอาหารมากเกินไปจนอาหารไม่ย่อยจึงสิ้นชีวิต

4) โรคเกี่ยวกับอวัยวะ หมายถึง โรคที่เกิดกับอวัยวะส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น โรคทางตา โรคทางหู โรคทางจมูก โรคทางลิ้น โรคทางศีรษะ เช่น ปวดศีรษะ โรคทางปาก โรคทางฟัน โรคอัมพาต โรคจริตสีดวง (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย อภ. ทสก. 24/60/129-131)

4.1) โรคจริตสีดวง หมายถึง โรคที่เกิดจากเส้นเลือดขาดเพราะเหตุใดเหตุหนึ่ง ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวกและมีเลือดคั่งอยู่ในบริเวณนั้น จึงเกิดการโป่งพองของเส้นเลือด โรคจริตสีดวงมักจะเกิดในช่องตา จมูก และทวารหนัก

4.2) โรคอัมพาต หมายถึง โรคที่อวัยวะบางส่วน เช่น แขน ขา เป็นต้น ตายกระดูกไม้ได้

5) โรคทางเดินหายใจ หมายถึง โรคที่เกิดกับระบบทางเดินหายใจ เช่น โรคไอ โรคหืด โรค ไข้หวัด โรคคอตีบ เป็นต้น

5.1) โรคหืด หมายถึง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรังชนิดหนึ่ง เกิดจากหลอดลมตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างเฉียบพลันและรุนแรงกว่าที่เกิดขึ้นในคนทั่วไป ทำให้หลอดลมตีบแคบลง จนเกิดอาการหายใจไม่สะดวก

5.2) โรคไข้หวัด หมายถึง โรคที่เชื้อของอวัยวะที่เป็นเครื่องหายใจอักเสบมักทำให้เสียงแหงและน้ำมูกไหล

5.3) โรคคอตีบ หมายถึง โรคหลอดลมโป่งพอง มีเสมหะแห้งอยู่ในช่องหลอดลม ทำให้มีอาการไอเรื้อรัง

6) โรคเบ็ดเตล็ด หมายถึง โรคอื่นๆ ที่ไม่จัดอยู่ในกลุ่มทั้ง 5 ข้างต้น เช่น โรคไข้พิษ โรคเบาหวาน โรคตีกำเรป โรคร้อนใน และ โรคในฤดูสารท เป็นต้น

6.1) โรคไข้พิษ หมายถึง ไข้ที่มีพิษกล้าทำให้เชื่อมซึมไป ไม่มีเวลาร่าง ทำให้รู้สึกเหมือนเรือนหมุน ไม่รู้วากลางวันหรือกลางคืน

6.2) โรคเบาหวาน หมายถึง โรคที่มีน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ

6.3) โรคตีกำเรป หมายถึง ตีที่อยู่ในร่างกายของมนุษย์แต่ละคน เมื่อตีกำเรป ดวงตาจะเหลืองเวียนศีรษะ ตัวสั่นและคัน เป็นต้น

6.4) โรคในฤดูสารท หมายถึง ไข้เหลือง (โรคตีชาน) ซึ่งเกิดขึ้นในฤดูสารท (ฤดูใบไม้ร่วง) เพราะในฤดูสารทนี้ ภิภุทั้งหลายเปียกชุ่มด้วยน้ำฝนบ้าง เติดย่าโคลนบ้าง แสงแดดแผดกล้า บ้างทำให้น้ำดีของภิภุทั้งหลายขังอยู่แต่ในถุงน้ำดี

2.5.2.3 กระบวนการรักษาสุขภาพในพระไตรปิฎก

ตามกระบวนการแก้ไข้ปัญหาของมนุษย์ตามหลักอริยสัจ 4 ขั้นตอน มรรค คือ วิธีการแก้ทุกข์ สามารถเปรียบเทียบได้กับกระบวนการบำบัดโรค คือวิธีการทำให้หายจากโรค วิธีบำบัดโรคมีปรากฏอยู่ในตุมภกสูตตนิเทศ ขุททกนิกาย มหานิเทศ ได้กล่าวถึงวิธีการบำบัดโรคไว้ 5 อย่างด้วยกัน คือ 1) การบำบัดด้วยการเสกเป่า 2) การบำบัดด้วยการผ่าตัด 3) การบำบัดด้วยยา 4) การรักษาที่เกี่ยวข้องกับทางภูตผีหรือไสยศาสตร์ และ 5) การบำบัดโรคเด็ก (กุมารเวช) แต่ที่ปรากฏมากที่สุด คือ การใช้ยารองลงมาคือการผ่าตัด นอกนั้นไม่ปรากฏเท่าไรนัก ในบทความนี้จะกล่าวถึงเฉพาะวิธีบำบัดโรคซึ่งครอบคลุมถึงยาบำบัดโรคตามรายละเอียด ดังนี้

1. วิธีการบำบัดโรคด้วยการเสกเป่า การรักษาทางภูตผีรักษาและการรักษาทางกุมาร การรักษาทั้ง 3 ประการนี้ ไม่ได้มีตัวอย่างอย่างชัดเจนในพระไตรปิฎก แต่ปรากฏอยู่ในเล่มที่ 29 ขุททกนิกาย มหาวรรค ซึ่งกล่าวไว้ว่า การบำบัดโรค 5 อย่าง คือ การรักษาด้วยการเสกเป่า การรักษาด้วยการผ่าตัด การรักษาทางยา การรักษาทางภูตผี และการรักษาทางเด็ก (กุมารเวช) 5 เหตุที่ไม่ค่อยปรากฏในพระไตรปิฎก อาจเป็นเพราะว่าวิธีการรักษาเหล่านี้เข้าข่ายเดรัจฉานวิชาที่พระพุทธองค์ไม่ทรงสรรเสริญนั่นเอง

2. วิธีการบำบัดโรคด้วยยา การใช้ยาน่าจะเป็นวิธีการที่เป็นที่นิยมที่สุดเพราะวิธีที่สะดวกและง่ายที่สุดในการปฏิบัติในประวัติศาสตร์พระพุทธศาสนา มีการกล่าวถึงวีรกรรมหรือความกล้าหาญของหมอชีวกโกมารภัจ แพทย์ประจำราชสำนักของพระเจ้าพิมพิสารและประจำพระองค์พระสัมมาสัมพุทธเจ้าไว้หลายแห่ง หมอชีวกได้สำเร็จการศึกษาทางการแพทย์ในสำนักตักสิลา โดยข้อทดสอบและข้อเฉลยของตนว่า ในพื้นพิภพนี้ไม่มีต้นไม้ พืชหรือผักใด ๆ เลยที่จะใช้เป็นยาไม่ได้ เพราะพืชผักหรือต้นไม้บางชนิดใช้ได้ทั้งใบ เปลือก ผล ต้น และรากเป็นยาบำบัดโรคได้ บางชนิดใช้เพียงบางส่วน เรื่องนี้ถ้ามองผิวเผินไม่น่าจะเป็นไปได้หรืออาจจะมองว่า เป็นเพียงนิทานหรือเรื่องเล่า แต่ความจริงย่อมประจักษ์ชัดว่า พืชทั้งหลายใช้เป็นยาได้หลายส่วนอย่างที่คาดไม่ถึง ยกตัวอย่างเช่น หัวผักกาดมีรสเผ็ดหวาน ใช้เป็นยาช่วยย่อย แก้ไอมีเสมหะ ท้องเสีย อาเจียนเป็นโลหิต เม็ดมีรสเผ็ดหวาน แก้ไอมีเสมหะ หืด ช่วยย่อย ท้องเสีย ส่วนใบใช้แก้ไอ เจ็บคอ ท้องเสีย ช่วยย่อย และขับน้ำนม เป็นต้น ซึ่งคำว่า “ยา” (medicine) ที่ใช้ในวงการแพทย์ปัจจุบัน ตรงกับคำศัพท์ภาษาบาลีว่า “เภสัช” ยาบำบัดโรคที่ปรากฏในพระไตรปิฎก ส่วนมากจะปรากฏอยู่ในพระวินัยปิฎก ที่พระพุทธองค์ทรงอนุญาตให้พระภิกษุใช้บำบัดโรคได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเภสัชขันธกะ วินัยปิฎก มหาวรรค

ดังนั้นยารักษาโรคในพระไตรปิฎกเป็นยาที่ได้จากธรรมชาติโดยตรง ซึ่งทุกสิ่งทุกอย่างในธรรมชาติสามารถนำมาใช้เป็นตัวยาคิดทั้งหมด หากเรารู้คุณสมบัติในส่วนที่เป็นยาของมันครั้งหนึ่งหมอชีวกโกมารภัจก็ถือเสียมเดินไปรอบเมืองตักสิลาเป็นระยะทาง 1 โยชน์ เพื่อต้องการหาว่ามีสิ่งใดบ้างที่ไม่อาจจะนำมาทำเป็นยาได้ แต่ท่านไม่พบสิ่งนั้นเลย จากเรื่องนี้จะอาจจะกล่าวได้ว่า “สรรพสิ่งในธรรมชาติสามารถนำมาทำยาได้หมด” สำหรับยาต่าง ๆ ที่ปรากฏอยู่ในพระไตรปิฎกและอรรถกถานั้นสามารถแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ดังนี้ คือ น้ำมูตรเน่า, เภสัช 5, สมุนไพรร, เกลือ, ยามหาวิภู และ กลุ่มเบ็ดเตล็ด

1) **น้ำมูตรเน่า** แปลว่า น้ำปัสสาวะ คำว่า “น้ำมูตรเน่า” ก็คือน้ำมูตรนั่นเอง เพราะร่างกายของคนเราได้ชื่อว่าเป็นสิ่งเปื่อยเน่า น้ำมูตรที่ออกมาใหม่ๆ และรองเอาไว้ในทันทีทันใด ก็ได้ชื่อว่า เป็นน้ำมูตรเน่าเพราะออกมาจากร่างกายที่เปื่อยเน่า

การนำน้ำมูตรเน่ามาทำเป็นยา จะทำโดยวิธีการดองด้วยตัวยาคิดอื่น ๆ เช่น สมอ เป็นต้นจึงมักจะเรียกว่า "ยาดองน้ำมูตรเน่า" ซึ่งมีสรรพคุณในการรักษาโรคต่างๆได้หลายชนิด

น้ำมูตรเน่าเป็นยารักษาโรคหลักของพระภิกษุในสมัยพุทธกาลเป็นหนึ่งใน “นิสสัย 4” ที่พระ ภิกษุจะต้องใช้เป็นประจำ ซึ่งพระอุปัชฌาย์จะบอกในวันบวชว่า “ให้อยู่โคนไม้เป็นวัตรบิณฑบาตเป็นวัตร ถือบ้างสกุลเป็นวัตร และฉันน้ำมูตรเน่าเป็นยา” พระสัมมาสัมพุทธเจ้าตรัสแก่ภิกษุทั้งหลายว่า “บรรพชาอาศัยมูตรเน่าเป็นยา เธอพึงทำอุตสาหะในสิ่งนั้นตลอดชีวิต...” และพระองค์ยังตรัสว่า น้ำมูตรเน่านั้นเป็นของหาง่าย และไม่มีโทษ

2) **เภสัช 5** หมายถึง ยารักษาโรค 5 ชนิด คือ เนยใสเนยข้น น้ำมัน น้ำผึ้ง และ น้ำอ้อย โดยในเบื้องต้นพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงอนุญาตให้ภิกษุฉันเพื่อรักษาโรคไข้เหลืองหรือดีซ่าน

2.1) **เนยใส** หมายถึง เนยที่มีลักษณะใสซึ่งทำจากน้ำมันโค น้ำมันแพะ น้ำมันกระบือ เป็นต้น

2.2) เนยชั้น หมายถึง เนยที่มีลักษณะชั้นซึ่งทำจากน้ำมันของโค แพะ และกระบือ เป็นต้น

2.3) น้ำมัน หมายถึง น้ำมันอัน กัดออกจากเมล็ดงา เมล็ดพันธุ์ผักกาด เมล็ดมะขาง เมล็ดละหุ่ง หรือน้ำมันที่ กัดจากเปลวหรือมันของสัตว์ ได้แก่ น้ำมันเปลวหมี น้ำมันเปลวปลา น้ำมันเปลวปลาฉลาม น้ำมันเปลวหมู และ น้ำมันเปลวลา

2.4) น้ำผึ้ง หมายถึง น้ำหวานที่มีลักษณะชั้นที่ผึ้งเก็บสะสมเอามาจากดอกไม้ต่างๆ

2.5) น้ำอ้อย หมายถึง น้ำหวานที่คั้นออกมาจากอ้อย

3) สมุนไพร กลุ่มยาสมุนไพรที่มีกล่าวไว้ในพระไตรปิฎกมีหลายชนิด เช่น ยาสมุนไพรที่ทำจากรากไม้, น้ำฝาดของต้นไม้, ใบไม้และต้นไม้, ผลไม้ และ ยางไม้ เป็นต้น

3.1) รากไม้ ได้แก่ ขมิ้น ชิง ว่านน้ำ ว่านเปราะ อุตพิต ข่า แผลก หัวหมู หน่อหวาย หน่อไม้เหง้าบัว รากบัว หรือรากไม้ชนิดอื่นที่เป็นยาสมุนไพรและไม่จัดว่าเป็นอาหารน้ำฝาด หมายถึง น้ำที่ได้จากการนำเอาส่วนต่างๆ ของต้นไม้ไป กัดบิบบหรือคั้นเอา

3.2) น้ำออกมา ได้แก่ น้ำฝาดสะเดา น้ำฝาดมูกมัน น้ำฝาดกระดอมหรือซึกา น้ำฝาดบอระเพ็ดหรือพญามือเหล็ก น้ำฝาดกระถินพิมาน หรือน้ำฝาดชนิดอื่นที่เป็นยาสมุนไพรและไม่จัดว่าเป็นอาหาร

3.3) ใบไม้ สมัยนั้นภิกษุทั้งหลายผู้เป็นไข้ต้องการใบไม้ที่เป็นยา ภิกษุทั้งหลายจึงนำเรื่องนี้ไปกราบทูลพระผู้มีพระภาคให้ทรงทราบ พระผู้มีพระภาครับสั่งว่า “ภิกษุทั้งหลาย เราอนุญาตใบไม้ที่เป็นยา คือ ใบ สะเดา ใบโมกมัน ใบซึกา ใบแมงลัก ใบฝ้าย หรือใบไม้ชนิดอื่นที่เป็นยาสมุนไพรและไม่จัดว่าเป็นอาหาร และ ต้นไม้ที่นำมาทำเป็นยา ได้แก่ไม้จันทน์ กฤษณา กะลัมพัก ใบเฉียง หัวหมู หรือใบไม้ที่เป็นยาชนิดอื่นที่มีอยู่ ซึ่งไม่ใช่ของเคี้ยวของฉัน รับประเคนแล้วเก็บไว้ได้จนตลอดชีพ เมื่อมีเหตุจำเป็น ภิกษุจึงฉันได้ เมื่อไม่มีเหตุจำเป็น ภิกษุฉันต้องอาบัติทุกกฏ (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วินัยปิฎก มหาวรรค 263/47)

3.4) ผลไม้ที่เป็นยา สมัยนั้นภิกษุทั้งหลายผู้เป็นไข้ต้องการผลไม้ที่เป็นยา ภิกษุทั้งหลายจึงนำเรื่องนี้ไปกราบทูลพระผู้มีพระภาคให้ทรงทราบ พระผู้มีพระภาครับสั่งว่า “ภิกษุทั้งหลาย เราอนุญาตผลไม้ที่เป็นยา คือ ลูกพลับพะ ตีปลี พริก สมอไทย สมอพิเภก มะขามป้อม ผลโกฐ หรือผลไม้ที่เป็นยาชนิดอื่น ที่มีอยู่ ซึ่งไม่ใช่ของเคี้ยว ของฉัน รับประเคนแล้วเก็บไว้ได้จนตลอดชีพ เมื่อมีเหตุจำเป็น ภิกษุจึงฉันได้ เมื่อไม่มีเหตุจำเป็น ภิกษุฉันต้องอาบัติทุกกฏ” ได้แก่ ลูกพลับกาสา ตีปลี พริก สมอไทย มอพิเภก มะขามป้อม ผลโกฐ ผลกล้วย อินทผลัม หรือผลไม้ชนิดอื่นที่เป็นยาสมุนไพรและไม่จัดว่าเป็นอาหาร (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วินัยปิฎก มหาวรรค 263/47)

3.5) ยางไม้ที่เป็นยา สมัยนั้นภิกษุทั้งหลายผู้เป็นไข้ต้องการยางไม้ที่เป็นยา ภิกษุทั้งหลายจึงนำเรื่องนี้ไปกราบทูลพระผู้มีพระภาคให้ทรงทราบ พระผู้มีพระภาครับสั่งว่า “ภิกษุทั้งหลาย เราอนุญาตยางไม้ที่เป็นยา คือ ยางจากต้นหิงคุ ยางที่เคี้ยวจากแก่นใบและเปลือกของต้นหิงคุ ยางจากยอดต้นตะกะ ยางที่เคี้ยวจากใบหรือแก่นต้นตะกะ ยางจากกำยาน หรือยางชนิดอื่นที่เป็นยาสมุนไพรและไม่จัดว่าเป็น

อาหารซึ่งไม่ใช่ของเคี้ยวของฉันทน์ รับประทานแล้วเก็บไว้ได้จนตลอดชีพ เมื่อมีเหตุจำเป็น ภิภษุจึงฉันทน์ได้ เมื่อไม่มีเหตุจำเป็นภิภษุฉันทน์ ต้องอาบัติทุกกฏ (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วินัยปิฎก มหาวรรค 263/48)

4) เกลือ พระผู้มีพระภาคเจ้าตรัสอนุญาตเกลือที่เป็นเภสัชไว้ดังนี้ คือ เกลือสมุทร เกลือดำ เกลือสินเธาว์ เกลือดินโป่ง หรือเกลือชนิดอื่นที่เป็นยาและไม่จัดว่าเป็นอาหาร ได้แก่

4.1) เกลือสมุทร หมายถึง เกลือที่ได้จากน้ำทะเล

4.2) เกลือดำ หมายถึง เกลือที่เป็นเศษเกลือ หรือเกลือก้นกอง เม็ดเกลือจะเล็กและมีตะกอนปนอยู่มาก เกลือชนิดนี้ปกติจะใช้เติมบ่อกุ้ง เลี้ยงปลา และปรับสภาพดินในสวนผลไม้

4.3) เกลือสินเธาว์ หมายถึง เกลือที่ได้จากดินเค็ม

4.4) เกลือดินโป่ง หมายถึง เกลือที่ทำจากดินโป่ง ดินโป่งคือแอ่งดินเค็มตามธรรมชาติ เป็นดินที่มีเกลือแร่ต่างๆ ปนอยู่ เช่น เกลือโซเดียมคลอไรด์ เกลือแคลเซียม โปตัสเซียม เป็นต้น

5) ยามหาวิภฏ ครั้งหนึ่ง ภิภษุรูปหนึ่งถูกงูกัด พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงตรัสอนุญาตให้ภิภษุใช้ยามหาวิภฏ 4 อย่างรักษา คือ คูณ มูตร เถ้า ดิน ต่อมาภิภษุรูปหนึ่งดื่มยาพิษเข้าไป พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงตรัสอนุญาตให้ภิภษุดื่มน้ำเจือคูณเพื่อให้อาเจียนเอาพิษออกมา

6) กลุ่มเบ็ดเตล็ด กลุ่มยาเบ็ดเตล็ดอื่นๆ ที่นำมาใช้รักษาโรคเท่าที่ปรากฏอยู่ในพระไตรปิฎก ได้แก่ ยาดองโลณโสวีระกะ ยาผง มุลโค งา ข้าวสาร ข้าวสุก น้ำข้าวใสถั่วเขียว ธัญชาติทุกชนิด น้ำต่าง ทับทิม ปลา เนื้อ น้ำต้มเนื้อ และการเกด เป็นต้น

6.1) ยาดองโลณโสวีระกะ หมายถึง ยาที่ปรุงด้วยส่วนประกอบนานาชนิด เช่น มะขามป้อม ตมอพิเภก ธัญชาติทุกชนิด ถั่วเขียว ข้าวสุก ผลกล้วย หน่อหวาย การเกด อินทผลัม หน่อไม้ ปลา เนื้อ น้ำผึ้ง น้ำอ้อย เกลือ โดยใส่เครื่องยาเหล่านี้ในหม้อ ปิดฝาปิดชิด เก็บดองไว้ 1 วัน 2 วัน หรือ 3 วัน เมื่อยานี้สุกได้ที่แล้ว จะมีรสและสีเหมือนผลหว่า เป็นยาแก้โรคลม โรคไอ โรคเรื้อน โรคไข้เหลือง(ตีชาน) โรคริดสีดวง เป็นต้น

2.6 หลักการที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์

สำหรับการทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับหลักการทางสุขภาพของพระสงฆ์ สามารถทำความเข้าใจแนวคิดทางสุขภาพหรือการสร้างสุขภาพขององค์ความรู้ เชื่อมโยงกับการพัฒนาให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดี จึงมีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับหลักการสุขภาพ และองค์ประกอบของการสร้างสุขภาพองค์รวม ซึ่งสามารถจำแนกการทำความเข้าใจได้ดังต่อไปนี้

2.6.1 หลักการทางสุขภาพ

สุขภาพ (health) และสุขภาพองค์รวม (well-being) เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพ ในปี ค.ศ. 1948 องค์การอนามัยโลก ได้ให้นิยามของสุขภาพว่า “Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” ดังนั้น สุขภาพ จึงหมายถึงภาวะที่มีความสมบูรณ์ของทั้งทางร่างกาย จิตใจ และ

สังคม มิใช่เพียงแค่การไม่มีโรคเท่านั้น (World Health Organization, 2014b) จากนิยามดังกล่าวบุคคล และทุกคนในสังคมจึงมีส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้การมีสุขภาพดีและป้องกันภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพอันจะ ทำให้บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี

สำหรับการสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นการมุ่งเน้นให้บุคคลสามารถพัฒนาหรือประยุกต์ใช้แหล่ง ประโยชน์ที่มีอยู่ในการดำรงส่งเสริมสุขภาพ และส่งผลให้เกิดการมีคุณภาพชีวิตที่ดีผ่านกระบวนการ ลด ความเสี่ยงในการเกิดโรคโดยการสนับสนุนให้บุคคลมีการพัฒนาศักยภาพโดยการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดำรงชีวิตและจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ส่งเสริมต่อการมีสุขภาพ

2.6.2 แนวคิดในการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพมีหลักฐานบันทึกเกิดขึ้นครั้งแรกในสมัยกรีกโบราณ ภายใต้แนวคิดที่ว่า การที่บุคคลจะสามารถดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมและจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นได้ หรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับสาเหตุธรรมชาติที่ทำให้เกิดโรค สภาวะของร่างกาย พฤติกรรมส่วนบุคคล รวมถึง สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Tountas, 2009)

จากนั้น ปีค.ศ. 1978 เป็นครั้งแรกที่มีการประชุมนานาชาติ ณ เมือง Alma-Ata ประเทศรัสเซีย (ปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นเมือง Almaty ประเทศ Kazakhstan) ในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพื้นฐาน (primary health care) และได้มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการสร้างเสริมสุขภาพขึ้นเป็นครั้งแรก ภายใต้แนวคิดที่ว่า “Health for All by the Year 2000” หรือ สุขภาพดีถ้วนหน้า ในปี พ.ศ. 2543 (Anonymous, 1978)

ภายหลังจากการประชุมครั้งนั้น แต่ละประเทศให้ความสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพของ ประชาชนและมีการประชุมที่มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพในระดับนานาชาติเกิดขึ้นตามมาเป็นครั้งแรก ในปีค.ศ. 1986 ที่เมืองออตตาวา ประเทศแคนาดา และมีการออกกฎบัตรออตตาวาเพื่อการสร้างเสริม สุขภาพขึ้น (Ottawa Charter for Health Promotion) โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญ (core activities) ในการ ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ 1) advocate 2) enable และ 3) mediate (Saan & Wise, 2011) และได้เสนอ การดำเนินการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ (health promotion action) ไว้ 5 ด้านด้วยกัน ประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (build healthy public policy) จากทุกภาคส่วน 2) การ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (create supportive environment) โดยการสร้างสังคมที่มีสุขภาพดี (healthy society), การสร้างเมืองที่มีสุขภาพดี (healthy city), การจัดที่ทำงานที่เอื้อต่อสุขภาพ (healthy workplace) และการทำให้เป็นโรงเรียนเพื่อสุขภาพ (healthy school) เป็นต้น 3) การเพิ่ม ความสามารถของชุมชน (strengthen community action) โดยการสนับสนุนให้ชุมชนได้รับข้อมูล เกี่ยวกับสุขภาพ สนับสนุนการเงินอย่างเพียงพอและต่อเนื่องเพื่อให้ชุมชนสามารถควบคุมการปฏิบัติงาน และกำหนดเป้าหมายของชุมชนได้เอง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (develop personal skills) เพื่อให้ประชาชนสามารถดูแลควบคุมสุขภาพของตนเองและสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อสุขภาพ และ 5) การ ปรับระบบบริการสาธารณสุข (reorient health services) ให้สอดคล้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ (กอง

สุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) โดย 5 มาตรการดังกล่าวจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ 3 ประการได้แก่ 1) การสร้างนโยบายหรือสร้างกระแสความตระหนักในความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ (advocacy) เพื่อให้เกิดการกำหนดเงื่อนไขหรือสภาพแวดล้อมเพื่อต้องการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การสร้างศักยภาพของประชาชนทุกคน (enabling) เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพสูงสุดในการสร้างเสริมสุขภาพของตนเองและ 3) การประสานเชื่อมต่อระหว่างภาคส่วนต่างๆในสังคมเพื่อก่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพ (mediate)

การประชุมในระดับนานาชาติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพได้มีการจัดขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยกฎบัตรที่ 2 ที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพได้ถูกประกาศขึ้นในการประชุมครั้งที่ 6 ในปี พ.ศ. 2548 ณ กรุงเทพมหานคร โดย กฎบัตรที่ 2 กฎบัตรกรุงเทพเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ (Bangkok charter for health promotion) มีจุดมุ่งเน้นที่การปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในยุคโลกาภิวัตน์ (globalization) โดยใช้ 5 กลยุทธ์ ได้แก่ 1) advocate เพื่อสุขภาพบนพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน 2) invest เพื่อความยั่งยืนของนโยบาย แนวทางการดำเนินงานและโครงสร้างที่มุ่งเน้นความสำคัญของปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ 3) building capacity เพื่อการพัฒนา นโยบาย การเป็นผู้นำ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การถ่ายทอดความรู้และการวิจัยทางสุขภาพ 4) regulate and legislate เพื่อให้ทุกคนมีความเท่าเทียมในโอกาสของการมีสุขภาพดี และป้องกันการเกิดอันตรายต่าง ๆ และ 5) partners and build alliances สร้างภาคีกับทุกภาคส่วนเพื่อให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นไปอย่างยั่งยืน (World Health Organization, 2014a) และได้มีการสร้างพันธะสัญญาร่วมกันในการส่งเสริมสุขภาพ 4 ประการ โดยการให้การสร้างเสริมสุขภาพ 1) เป็นวาระการพัฒนาของทุกประเทศทั่วโลก (central to the global development agenda) 2) เป็นความรับผิดชอบหลักของทุกรัฐบาล (a core responsibility for all government), 3) เป็นสิ่งสำคัญของทุกภาคส่วน (a key focus of communities and civil society) และ 4) ต้องการการปฏิบัติร่วมกันด้วยดีของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง (a requirement for good corporate practice) (World Health Organization, 2014a)

ในปีพ.ศ. 2556 มีการประชุมนานาชาติครั้งที่ 8 ขึ้น ที่ Helsinki ไม่ได้มีการประกาศกฎบัตรเพิ่มเติม แต่เป็นการทบทวนการสร้างเสริมสุขภาพที่ผ่านมา และมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและความเท่าเทียม ต่อมาในการประชุมนานาชาติเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพครั้งที่ 9 หรือ the 9th global conference on health promotion ซึ่งเป็นการประชุมครั้งล่าสุดในปี 2559 ณ เมืองเซี่ยงไฮ้ ประเทศจีน ในการประชุมครั้งดังกล่าวได้ระบุให้การสร้างเสริมสุขภาพเป็นศูนย์กลางของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (sustainable development goals [SDG]) โดยในการประชุมได้มีการกำหนดผลลัพธ์ไว้ 2 ประเด็นด้วยกันได้แก่ 1) คำประกาศเซี่ยงไฮ้ ที่กำหนดให้การสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในวาระ 2030 ของการพัฒนาที่ยั่งยืน (the Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development) โดยแต่ละประเทศให้การรับรองร่วมกันว่า สุขภาพเป็นสิทธิสากล เป็นทรัพยากรที่มีความจำเป็นในการดำเนินชีวิต เป็นเป้าหมายทางสังคมที่ต้องทำร่วมกัน และเป็นสิ่งที่ทุกประเทศต้องให้ความสำคัญเป็นอันดับแรก และ 2) ฉันทามติเซี่ยงไฮ้เกี่ยวกับเมืองสุขภาวะที่จะให้แนวทาง

ในการสร้างเสริมสุขภาพก้าวหน้า และมุ่งเน้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะผ่านทางธรรมาภิบาล เมืองสุขภาพ ภาวะ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ การขับเคลื่อนทางสังคม (the Shanghai consensus on healthy cities offer pathways for advancing health promotion and addressing the determinants of health through good governance, healthy cities, health literacy and social mobilization) (WHO, 2016)

ในส่วนของประเทศไทย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส) ได้จัดตั้งขึ้นตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2544 โดยมีหน้าที่ริเริ่ม ผลักดัน กระตุ้น สนับสนุน และร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในสังคม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนของกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้คนไทยมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ ปัญญาและสังคม และได้ดำเนินกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพของคนไทยอย่างต่อเนื่อง

2.6.3 องค์ประกอบของการสร้างเสริมสุขภาพ

การสร้างเสริมสุขภาพถือเป็นกระบวนการที่บุคคลจะต้องมีการปฏิบัติอย่างต่อเนื่องประกอบด้วย 4 กระบวนการหลักได้แก่

2.6.3.1 บุคคลจะต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเอง (self-responsibility) บุคคลจะต้องรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตและความรับผิดชอบในการควบคุมชีวิตและสุขภาพของตนเอง บุคคลจึงควรมีการประเมินผลกระทบของพฤติกรรมสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติต่อสุขภาวะแห่งตน หลีกเลี่ยงการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอันจะก่อให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี

2.6.3.2 การตระหนักถึงความสำคัญของภาวะโภชนาการ (nutritional awareness) เนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับสุขภาพและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการอาหารที่บริโภคอย่างเหมาะสม การลดอาหารหวาน มัน เค็ม จะส่งผลต่อการควบคุมน้ำหนัก และป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases [NCDs])

2.6.3.3 การลดและจัดการความเครียด (stress reduction and management) เนื่องจากความเครียดส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยส่งผลต่อสุขภาวะองค์รวม ทั้งร่างกาย จิต อารมณ์ สังคม ความเครียดทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดต่ำลง มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม

2.6.3.4 ความแข็งแรงของร่างกาย (physical fitness) บุคคลควรมีการปฏิบัติกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ในระยะเวลาที่เพียงพอในแต่ละสัปดาห์ ลดระยะเวลาของการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง เนื่องจากการออกกำลังกายจะส่งเสริมให้ร่างกายมีการทำหน้าที่ของการไหลเวียนโลหิตและปอดที่ดี ลดระดับไขมัน LDL cholesterol เพิ่มระดับ HDL cholesterol ป้องกันความเสี่ยงในการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่วยควบคุมหรือลดน้ำหนัก รวมถึงช่วย

ชะลอการเสื่อมของร่างกาย เช่น ป้องกันภาวะกระดูกพรุน เพิ่มความยืดหยุ่นและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

2.6.4 การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วย

การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถสร้างเสริมสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยการป้องกันปัจจัยเสี่ยงนั้น สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ (Wills & Jackson, 2014) ได้แก่

2.6.4.1 การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการป้องกันที่มุ่งเน้นในการให้ความรู้แก่บุคคลเพื่อให้บุคคลสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย ตัวอย่างของกิจกรรมในการป้องกันระดับปฐมภูมิ ได้แก่ การรณรงค์ให้คนไม่สูบบุหรี่เพื่อป้องกันการเกิดโรคในระบบทางเดินหายใจ การรณรงค์ให้มีกรงดเหล้าเพื่อป้องกันการเกิดโรคตับแข็งหรือมะเร็งตับ การรณรงค์ให้มีการกิจกรรมทางกายเพิ่มขึ้นโดยการออกกำลังกาย การลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง เกือบป้องกันโรคอ้วน โรคเบาหวานและการเกิดโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด

2.6.4.2 การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) การป้องกันในระดับนี้จะมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้บุคคลเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้บุคคลสามารถรับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ หากมีความเจ็บป่วยหรือโรคเกิดขึ้น เมื่อบุคคลได้รับการที่วินิจฉัยตั้งแต่วินิจฉัยตั้งแต่ในระยะแรก จะส่งผลให้ได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ยังไม่มีอาการและอาการแสดงของโรค สามารถชะลอระยะการดำเนินของโรค (progression of disease) ตัวอย่างของกิจกรรมในการป้องกันระดับทุติยภูมิ ได้แก่ การเจาะระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการงดน้ำและอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง (fasting plasma glucose) ในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงหรือผู้ที่มีอายุมากกว่า 45 ปีเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน

2.6.4.3 การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เป็นการป้องกันเมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ มีโรคและการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว โดยการป้องกันในระดับตติยภูมิจะมีจุดมุ่งเน้นที่การลดภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บป่วยหรือความพิการที่อาจเกิดจากโรค รวมถึงส่งเสริมให้บุคคลอยู่ร่วมกับโรคผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตัวอย่างของกิจกรรมการป้องกันระดับตติยภูมิ ได้แก่ การสนับสนุนให้ผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย มีการปฏิบัติเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้และสนับสนุนให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันหรือชะลอไว้ซึ่งการอุดตันซ้ำของหลอดเลือด

2.7 รูปแบบและกระบวนการรักษาสุขภาพเชิงพุทธ

จากที่กล่าวแล้วว่า มนุษย์และสัตว์ทั้งหลายประกอบขึ้นจาก 2 ส่วนที่สัมพันธ์กัน คือ ร่างกาย และ จิตใจ การรักษาอาพาธในพระพุทธศาสนาที่ปรากฏอยู่ในพระไตรปิฎก มีรูปแบบวิธีการรักษา 2 ส่วน ไปพร้อมๆ กัน ในส่วนของร่างกายก็มีวิธีการรักษาคล้ายๆ กับการแพทย์ยุคปัจจุบัน ส่วนทางด้านจิตใจนั้น มีรายละเอียดดังนี้

2.7.1 การรักษาทางด้านร่างกาย การรักษาอาพาธทางด้านร่างกายในสมัยพุทธกาลนั้นมีวิธีการคล้ายๆ กับการแพทย์ยุคปัจจุบัน ซึ่งเท่าที่ปรากฏอยู่ในพระไตรปิฎกมีดังนี้ คือ ให้กินยา ให้ดื่มยา ทายา นัตถุยา การรม การสูดควันที่เป็นยา การกรอก การผ่าตัด และการขับพิษ เป็นต้น ดังวิธีการรักษาโรคต่างๆ ดังนี้

2.7.1.1 วิธีการรักษาโรคลม วิธีการรักษาโรคลมใน มัยพุทธกาลนั้นมีหลายวิธี เช่น ดื่มน้ำมันที่หุงเจือด้วยน้ำเมา, เข้ากระโจม, รมใบไม้, รมใหญ่, รดตัวด้วยน้ำที่ต้มให้เดือดด้วยใบไม้ นึ่งตัวในอ่างน้ำ ฉนกระเทียมหากเป็นโรคลมเสียดยกตามข้อจะรักษาด้วยวิธีระบายโลหิตออก เป็นต้น

1) การดื่มน้ำมันที่หุงเจือด้วยน้ำเมา เป็นวิธีการที่แพทย์รักษาโรคลมของท่านพระปิลินทวัจฉะ โดยน้ำเมาที่เจือลงไปเพื่อหุงกับน้ำมันนั้นจะต้องไม่มากจนเกินขนาด ไม่ปรากฏ สี กลิ่นและรสของน้ำเมา

2) การเข้ากระโจม คำว่า "กระโจม" หมายถึง ผ้าหรือสิ่งที่ทำเป็นลอมขึ้นสำหรับเข้าไปอยู่ข้างในเพื่อให้เหงื่อออก ในสมัยพุทธกาลเรียกว่า "การนึ่งตัว" เพื่อแก้โรคลม

3) การรมใบไม้ หมายถึง การนึ่งตัวเช่นกัน ใช้ในกรณีที่มีการนึ่งตัวแบบธรรมดาแล้วไม่อาจแก้โรคลมให้หายได้ ก็ให้นำใบไม้ที่แก้โรคลมชนิดต่างๆ มาในกระโจมแล้วจุดไฟเพื่อรมควัน

4) การรมใหญ่ หมายถึง การนึ่งตัวอีกวิธีหนึ่ง ใช้ในกรณีที่รมด้วยใบไม้ในกระโจมแล้วไม่หายก็จะใช้วิธีนี้ คือ ขุดหลุมขึ้นประมาณเท่าตัวคน แล้วบรรจุถ่านไฟให้เต็มหลุม กลบด้วยฝุ่นและทราย ฯลฯ ลาดใบไม้ที่แก้โรคลมชนิดต่างๆ บนหลุมนั้น จากนั้นก็ให้ผู้ที่อาพาธทาดตัวด้วยน้ำมันที่แก้โรคลม เสร็จแล้วให้นอนพลิกไปพลิกมาบนใบไม้ที่ลาดบนหลุมนั้น

5) การรดตัวด้วยน้ำที่ต้มให้เดือดด้วยใบไม้ หมายถึง วิธีการรักษาโรคลมอีกแบบหนึ่ง ใช้ในกรณีรมใหญ่แล้วไม่หาย ก็ให้ใช้วิธีนี้คือ หาใบไม้ที่แก้โรคลมชนิดต่างๆ มา แล้วนำมาต้มให้เดือด จากนั้นนำน้ำต้มด้วยใบไม้เหล่านั้นมารดตัวแล้วก็เข้ากระโจม

6) การนึ่งตัวในอ่างน้ำ หมายถึง วิธีการรักษาโรคลมอีกแบบหนึ่ง ใช้ในกรณีที่รดตัวด้วยน้ำที่ต้มเดือดด้วยใบไม้แล้วไม่หาย ก็ให้ใช้วิธีนี้ คือ เอาน้ำอุ่นใส่อ่างหรือราง แล้วลงไปแช่ในน้ำอุ่นนั้นเพื่อทำการนึ่งให้เหงื่อออก จะได้หายจากการเป็นโรคลม

7) การระบายโลหิตออก หมายถึง วิธีการรักษาโรคลมอีกแบบหนึ่ง ใช้ในกรณีเป็นโรคลมเสียดยกตามข้อ โดยสมัยนั้น ท่านพระปิลินทวัจฉะ อาพาธเป็นโรคลมเสียดยกตามข้อพระผู้มีพระภาคเจ้าตรัสให้รักษาด้วย "การระบายโลหิตออก" แต่ถ้าโรคลมเสียดยกตามข้อยังไม่หาย ก็ให้ดูโลหิตออกด้วยเขาสัตว์อีกครั้งหนึ่ง

พระพุทธเจ้าพระองค์เองก็เคยทรงประชวรด้วยโรคลมในพระอุทรหรือท้อง และทรงหายประชวรด้วยการเสวยข้าวต้มปรุงด้วยของ 3 อย่าง คือ งา ข้าวสาร และถั่วเขียว ท่านพระสารีบุตรก็เคยอาพาธเป็นลมเสียดท้องและรักษาให้หายได้ด้วยการ "ฉนกระเทียม" ในอรรถกถาบันทึกวิธีการรักษาโรคลมไว้อีกว่า ให้ภิกษุที่อาพาธด้วยโรคลม เติมน้ำมันเปลวหมีและสุกร ลงในข้าวยาคุที่ต้มด้วยน้ำฝาดรากไม้ 5 ชนิด (น้ำฝาดสะเดา น้ำฝาดมูกมัน น้ำฝาดขี้กา น้ำฝาดบอระเพ็ด และน้ำฝาดกระถินพิมาน) แล้วต้มข้าวยาคุนั้น ข้าวยาคุจะช่วยบำบัดโรคได้เพราะมีความร้อนสูง

2.7.1.2 วิธีการรักษาโรคฝีและโรคฝีดาษ มีภิกษุรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคฝี พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงให้รักษาด้วย "การผ่าตัด" แล้วพอกแผลด้วยยา ใช้ผ้าพันปิดแผลไว้ หากแผลคันก็ให้ชะล้างแผลด้วยน้ำแป้งเมล็ดพันธุ์ผักกาดถ้าแผลขึ้นหรือเป็นฝ้า ก็ให้รมแผลด้วยควัน หากมีเนื้องอกยื่นออกมา ก็ให้ตัดเนื้องอกนั้นด้วยก้อนเกลือแล้วใช้น้ำมันทาสมานแผล และใช้ผ้าเก่าที่สะอาดๆ ชุบน้ำมัน ซึ่งในครั้งหนึ่งพระเวฬุภัสสีสะซึ่งเป็นพระอุปถัมภ์ของพระอานนท์ อาพาธเป็นโรคฝีดาษหรืออีสุกอีใสผ่านุงผ้าหมกรังอยู่ที่ตัวเพราะน้ำเหลืองของโรคนั้น เพื่อนภิกษุจึงเอาน้ำชุบน้ำฝาดเหล่านั้นแล้วค่อยๆดึงออกมา ต่อมาเมื่อพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทราบจึงตรัสว่า "เราอนุญาตเภสัชชนิดนี้สำหรับภิกษุผู้เป็นผีก็ดี พุพองก็ดีสิวกก็ดี โรคฝีดาษก็ดี มีกลิ่นตัวแรงก็ดี"

2.7.1.3 วิธีการรักษาโรคปวดศีรษะ ในสมัยพุทธกาลนั้นมีหลายวิธี เช่น การนัตถุยา การใช้น้ำมันทาศีรษะและการสูดควันที่เป็นยา เป็นต้น ดังเช่น ครั้งหนึ่งภรรยาเศรษฐีท่านหนึ่งในเมืองสาเกต ป่วยเป็นโรคปวดศีรษะอยู่ 7 ปี นายแพทย์ทศปาโมกข์ใหญ่ๆ หลายคนมารักษาแล้ว ก็ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เมื่อหมอชีวกโกมารภัจจ์ทราบข่าว จึงรับอาสาที่จะรักษาภรรยาเศรษฐีท่านนั้น เมื่อท่านตรวจดูอาการแล้ว จึงนำเนยใสมาหนึ่งชองมือ หุงเนยใส่นั้นกับยาต่างๆ แล้วให้ภรรยาเศรษฐีนอนหงายบนเตียง ให้นำนัตถุยานั้นเพราะการนัตถุยาเพียงครั้งเดียวเท่านั้น ทำให้โรคปวดศีรษะของภรรยาเศรษฐีซึ่งเป็นมา 7 ปี หายเป็นพลัดทีง

วันหนึ่งพระปิลินทวัจฉะปวดศีรษะ พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงให้รักษาด้วยการเอาน้ำมันทาศีรษะ แต่โรคปวดศีรษะยังไม่หาย พระพุทธองค์จึงให้รักษาด้วยการนัตถุ โรคปวดศีรษะก็ยังไม่หาย พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงให้รักษาด้วยการ "สูดควันที่เป็นยา" เพื่อให้ควันเข้าไปประจวบความปวด

2.7.1.4 วิธีการรักษาโรคเบ็ดเตล็ด ภิกษุรูปหนึ่งอาพาธถูกยาแฝด พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงให้รักษาด้วยการ ต้มน้ำที่ละลายจากดินที่ติดผาลไถ อาพาธถูกยาแฝด แปลมาจากบาลีว่า "สมรทินนาพาโร" หมายถึง โรคที่เกิดขึ้นเพราะน้ำหรือยาที่หญิงให้ เมื่อต้มน้ำกินเข้าไปแล้วจะตกอยู่ในอำนาจของหญิงนั้น ภาษาในปัจจุบันเรียกว่า "ยาเสน่ห์"

คำว่า "ผาล" หมายถึง เหล็กสำหรับใช้เป็นอุปกรณ์ไถดิน เช่น ไถดินในที่นาเพื่อปลูกข้าว เป็นต้น ดินที่ติดผาลไถ จึงเป็นดินที่ติดอยู่กับผาลในขณะที่ทำการไถ แต่ทั้งนี้ก็ไม่มีคำอธิบายว่าดินที่ติดผาลไถนั้นช่วยแก้ยาเสน่ห์ได้อย่างไร

ภิกษุอีกรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคท้องผูก พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงให้รักษาด้วยการต้มน้ำต่างน้ำต่าง คือน้ำที่ได้จากการแช่ขี้วัวที่ใช้ทำยา เช่น เกลือ ขี้เถ้า ขี้วัว เป็นต้น ปกติน้ำต่างที่ได้จากเกลือ ขี้เถ้า

และขี้วัวเหล่านี้คนใน มัยพุทธกาลจะใช้สำหรับซักผ้าเพราะจะช่วยกัดสิ่งสกปรกให้หลุดออกได้สำหรับการใช้รักษาโรคท้องผูกนั้นเข้าใจว่า มีจุดประสงค์เพื่อให้น้ำค้างช่วยกัดก้อนอุจจาระที่จับตัวกันแข็งให้อ่อนลงจะได้ขับถ่ายได้สะดวกขึ้น

อีกขุอีกรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคผอมเหลือง พระผู้มีพระภาคจึงให้รักษาด้วยการ "ดื่มยาผลมอดองน้ำมูตรโค" และโรคผอมเหลืองนี้ยังสามารถรักษาด้วย "เนยใส" ได้เช่นกัน เช่น ครั้งหนึ่งพระเจ้าจันดปัชโชติทรงพระประชวรด้วยโรคผอมเหลือง หมอชีวกโกมารภัจจ์จึงนำเนยใสมาปรุงเป็นยารักษาพระองค์จนหาย

อีกขุอีกรูปหนึ่งอาพาธเป็นโรคผิวหนัง พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงให้รักษาด้วยการ "ลูบไล้ด้วยของหอม" น่าจะคล้ายๆ กับการทาแป้งป้องกันความชื้นอันเป็นเหตุแห่งโรคผิวหนังในปัจจุบัน

อีกขุอีกรูปหนึ่งอาพาธมีผดผื่นขึ้นตามตัว พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงให้รักษาด้วยการ "ดื่มยาถ่าย" เหตุที่มีผดผื่นขึ้นนั้นน่าจะเป็นเพราะท้องผูก ไม่ขับถ่าย ร่างกายจึงพยายามขับของเสียออกทางผิวหนัง จึงทำให้เกิดผดผื่นขึ้น

ท่านพระปิลินทวัจฉะเท้าแตก พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงให้รักษาด้วยการใช้ "ยาทาเท้า" แต่โรคยังไม่หาย พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงให้ปรุงน้ำมันทาเท้า

พระสารีบุตรอาพาธเป็นโรคร้อนในกาย พระมหาโมคคัลลานะจึงจัดหายาสมุนไพรคือ เหง้าบัวและรากบัวมาถวาย เมื่อท่านพระสารีบุตรฉันเหง้าบัวและรากบัวแล้ว อาพาธร้อนในกายก็หายทันที

2.7.1.5 การผ่าตัดในสมัยพุทธกาล การผ่าตัดในสมัยพุทธกาลเมื่อ 2,500 กว่าปีที่ผ่านมานั้น มีตัวอย่างบันทึกไว้ในพระไตรปิฎก 2 เรื่อง คือ การผ่าตัดเศรษฐีชาวเมืองราชคฤห์ และการผ่าตัดบุตรเศรษฐีชาวเมืองพาราณสี โดยแพทย์ผู้ทำการผ่าตัด คือ หมอชีวกโกมารภัจจ์

1) การผ่าตัดเศรษฐีชาวเมืองราชคฤห์ สมัยนั้นเศรษฐีชาวพระนครราชคฤห์คนหนึ่งป่วยเป็นโรคปวดศีรษะอยู่ 7 ปี นายแพทย์ทศปาโมกข์ใหญ่ๆ หลายคน มารักษาก็ไม่สามารถรักษาให้หายได้ แพทย์บางพวกได้ทำนายไว้ว่า เศรษฐีคนนี้จะจกตายในวันที่ 5 บางพวกทำนายไว้ว่าเศรษฐีจกตายในวันที่ 7 พระเจ้าพิมพิสารจึงให้หมอชีวกโกมารภัจจ์ ไปช่วยรักษาเศรษฐีท่านนี้ เมื่อหมอชีวกตรวจดูอาการแล้ว จึงให้เศรษฐีนอนบนเตียงมัดไว้กับเตียง ถลกหนังศีรษะเปิดรอยประสานกะโหลกศีรษะ นำตัวสัตว์ที่อยู่ในศีรษะของเศรษฐีออกมา 2 ตัว แล้วแสดงแก่ประชาชนว่า จงดูสัตว์ 2 ตัวนี้ เล็กตัวหนึ่งใหญ่ตัวหนึ่ง โดยสัตว์ตัวใหญ่จะเจาะกินมันสมองของเศรษฐีในวันที่ 5 เมื่อมันกินมันสมองจนหมดเศรษฐีก็จกตายสัตว์ตัวเล็กจะเจาะกินมัน สมองของเศรษฐีในวันที่ 7 เมื่อมันกินมันสมองจนหมดเศรษฐีก็จกตายเช่นกัน เมื่อหมอชีวกนำสัตว์ 2 ตัวนั้นออกแล้ว จึงปิดแนวประสานกะโหลกศีรษะเย็บหนังศีรษะ ทายาสมานแผลให้เศรษฐีนอนพักฟื้นอยู่ 3 สัปดาห์จึงหายป่วย

2) การผ่าตัดบุตรเศรษฐีชาวเมืองพาราณสี การผ่าตัดอีกเรื่องหนึ่งคือ ในสมัยนั้นบุตรเศรษฐีชาวเมืองพาราณสีคนหนึ่ง ได้ป่วยเป็นโรคเนื้องอกที่ลำไส้ ทำให้ข้าวยากูที่ดื่มและข้าวสวยที่รับประทาน ไม่ย่อย อุจจาระและปัสสาวะออกไม่สะดวก ชูบผอม เศร้าหมอง ตัวเหลืองขึ้นๆ สะพรั่งด้วย

เส้นเอ็น หมอชีวกจึงช่วยรักษาบุตรเศรษฐีนั้น เมื่อได้ตรวจดูอาการแล้ว จึงเชิญประชาชนให้ออกไปข้างนอก ซึงม่านมัตบุตรเศรษฐีไว้กับเสาแล้วทำการผ่าหนังท้องตดเนื้ออกในลำไส้ยื่นออก สอดใส่ลำไส้กลับไว้เหมือนเดิมเย็บหนังท้อง ทายาสมานแผล ต่อมาไม่นานบุตรเศรษฐีก็หายป่วยเป็นอัศจรรย์

3) การขับพิษในสมัยพุทธกาล วิธีการขับพิษออกจากร่างกายใน มัยพุทธกาล ตามที่บันทึกไว้ในพระไตรปิฎกนั้นมี 3 วิธีคือ การขับพิษด้วยการขับถ่าย การขับพิษด้วยการเดินจงกรม และการขับพิษด้วยการอบร่างกายในเรือนไฟ ในแต่ละวิธีการมีความเป็นมาและรายละเอียดดังนี้

3.1) การขับพิษด้วยการขับถ่าย ครั้งหนึ่งพระผู้มีพระภาคเจ้ารับสั่งกับพระอานนท์ว่า กายของตถาคตหมักหมมไปด้วยโทษ ตถาคตต้องการจะฉนยาถ่าย พระอานนท์จึงแจ้งเรื่องนั้นแก่หมอชีวกโกมารภัจจ์ คิดว่าการที่เราจะพึงทูลถวายพระโอสถถ่ายที่หายาแต่พระผู้มีพระภาคเจ้านั้น ไม่สมควรเลย เราควรอบก้านอุบล 3 ก้านด้วยยาต่างๆ แล้วทูลถวายพระตถาคต ท่านจึงอบก้านอุบล 3 ก้านด้วยยาต่างๆ แล้วนำไปถวายพระผู้มีพระภาคเจ้า พร้อมทั้งกราบทูลว่า เมื่อพระผู้มีพระภาคเจ้าทรงสูดก้านอุบล 1 ก้าน จะทำให้พระองค์ถ่ายถึง 10 ครั้งเมื่อทรงสูดก้านอุบลครบทั้ง 3 ก้าน ก็จะทำให้พระองค์ถ่ายถึง 30 ครั้ง เมื่อท่านถวายพระโอสถถ่ายแต่พระผู้มีพระภาคเสร็จแล้ว ขณะเดินกลับไปถึงนอกซุ้มประตูท่านนึกขึ้นได้ว่า พระกายของพระตถาคตหมักหมมไปด้วยโทษ จะทรงถ่ายไม่ครบ 30 ครั้ง แต่เมื่อทรงถ่ายครั้งที่ 29 แล้วได้ทรงพระกาย ก็จะทำให้พระองค์ถ่ายอีกครึ่งหนึ่งจึงจะครบ 30 ครั้ง พระผู้มีพระภาคทรงทราบความคิดนั้นของชีวกโกมารภัจจ์ พระองค์จึงทรงปฏิบัติตามนั้น จึงถ่ายครบ 30 ครั้ง เมื่อทรงถ่ายครบแล้วหมอชีวกโกมารภัจจ์ ได้กราบทูลว่า ช่วงนี้พระผู้มีพระภาคเจ้าไม่ควรเสวยพระกระยาหารที่ปรุงด้วยน้ำต้มผักต่างๆ จนกว่าจะมีพระกายเป็นปกติต่อมาไม่นานพระกายของพระผู้มีพระภาคเจ้าก็หายเป็นปกติ

3.2) การขับพิษด้วยการเดินจงกรม สมัยนั้นทายกทายิกาในพระนครเวสาลีเริ่มจัดปรุงอาหารประณีตขึ้นตามลำดับ ภิกษุทั้งหลายฉันอาหารนั้นแล้ว มีโทษสั่งสมในร่างกายมาก จึงมีอาพาธมาก หมอชีวกโกมารภัจจ์เห็นภิกษุมีอาพาธมาก จึงเข้าไปเฝ้าพระผู้มีพระภาคเจ้ากราบทูลว่า บัดนี้ภิกษุทั้งหลายมีโทษสั่งสมในร่างกายมากทำให้มีอาพาธมาก ขอพระผู้มีพระภาคเจ้าได้โปรดทรงอนุญาต "ที่จงกรม" และ "เรือนไฟ" เถิด เมื่อเป็นเช่นนี้ ภิกษุทั้งหลายจักมีอาพาธน้อย พระผู้มีพระภาคเจ้าจึงตรัสว่า ดูก่อนภิกษุทั้งหลาย "เราอนุญาตที่จงกรมและเรือนไฟ"

ที่จงกรม คำว่า "จงกรม" หมายถึง การเดินกลับไปกลับมาโดยมีสติกำกับ จงกรมจึงเป็นการทำสมาธิในท่าเดินนั่นเอง ส่วน "ที่จงกรม" หมายถึง ถานที่ได้จัดเตรียมไว้สำหรับการเดินจงกรมของพระภิกษุ

การจงกรมขับพิษได้อย่างไร การจงกรมนั้นถือเป็นการออกกำลังกายวิธีหนึ่ง เพราะต้องเดินกลับไปกลับมาหลายรอบ ทำให้ร่างกายได้ออกกำลังเป็นเหตุให้เหงื่อออกพิษต่างๆ ที่สะสมอยู่ในร่างกายก็จะถูกขับออกด้วยเหื่อนั้น

3.3) การขับพิษด้วยการอบร่างกายในเรือนไฟ เรือนไฟ หมายถึง โรงเรือนสำหรับอบร่างกายของพระภิกษุในสมัยพุทธกาล การอบร่างกายก็เป็นการขับพิษอีกวิธีหนึ่ง เพราะการอบจะทำให้เหงื่อออกมาก พิษในร่างกายก็จะถูกขับออกมาพร้อมกับเหงื่อนั้น

รูปแบบของเรือนไฟและอุปกรณ์ในเรือนไฟมีดังนี้ คือ เรือนไฟสร้างเป็นอาคาร มีฝาผนังโดยรอบ มีประตูเข้าออก 1 ประตู ภายในเรือนไฟมี "เตาไฟ" สำหรับจุดไฟเพื่ออบร่างกาย ถ้าเรือนไฟมีขนาดใหญ่จะตั้งเตาไฟไว้ตรงกลาง ถ้าเรือนไฟมีขนาดเล็กจะตั้งเตาไฟไว้ข้างใดข้างหนึ่งและมีปล่องควันอยู่บนหลังคาเพื่อระบายควันออก

ภายในเรือนไฟยังมี "อ่างน้ำ" หรือ "รางน้ำ" เพื่อให้ความชุ่มชื้น ช่วยลดความร้อนจากเตาไฟ ในบริเวณรอบๆ เตาไฟก็จะมี "ตั้ง" สำหรับให้พระภิกษุนั่งเพื่ออบร่างกายในบริเวณใกล้เรือนไฟพระสัมมาสัมพุทธเจ้ายังอนุญาตให้สร้าง "ศาลาเรือนไฟ" "บ่อน้ำ" และ " ระบายน้ำ" ไว้สำหรับให้พระภิกษุปฏิบัติกิจหลังจากออกจากเรือนไฟแล้ว เช่น ชักจิวร ตากจิวรและสรงน้ำ เป็นต้น โดยระน้ำนั้นจะเป็นที่สำหรับให้พระภิกษุลงอาบชำระล้างร่างกายหลังจากออกจากเรือนไฟ

2.7.2 การรักษาทางด้านจิตใจ

จากที่กล่าวแล้วว่า มนุษย์และสัตว์ทั้งหลายนั้นประกอบด้วย "ร่างกายกับจิตใจ" ซึ่งสัมพันธ์กันอาศัยซึ่งกันและกันส่งผลกระทบซึ่งกันและกัน เมื่อร่างกายเกิดอาพาธหรือเจ็บป่วยก็จะส่งผลถึงจิตใจด้วย หรือเมื่อไม่สบายใจหรือป่วยทางใจ ก็ส่งผลถึงร่างกายด้วยเช่นกัน ดังนั้นในการรักษาจึงจำเป็นต้องรักษาทั้ง 2 ส่วน คือ ทั้งกายและจิตใจ อาพาธนั้นๆ จึงจะหายได้อย่างรวดเร็วและที่สำคัญสาเหตุแห่งการอาพาธข้อสุดท้าย คือ วิกากรรมนั้น เป็นการอาพาธเพราะกรรมชั่วที่ทำไว้ในอดีตชาติหรือในปัจจุบันชาติมาส่งผล เมื่อทำความชั่วก็จะเกิดบาปขึ้นในใจ บาปนั้นจะถูกเก็บไว้ในใจและรอคอยเวลาส่งผลให้เราอื่นเป็นไปต่างๆ เช่น อาพาธ เป็นต้น

อาพาธอันเกิดจากบาปนี้จะต้องแก้ด้วยกรรมโอสถ คือ การสั่งสมบุญ จึงจะหายได้เพราะบุญจะไปตัดรอดบาปนั้นให้เจือจางลงจนหมดกำลังส่งผล อุปมาบุญเหมือนกับน้ำ บาปเปรียบเหมือนกับเกลือที่ได้ใส่ไว้ในแก้ว เมื่อเราเติมน้ำลงไปเรื่อยๆ ความเค็มของเกลือก็จะเจือจางลงจนหมดฤทธิ์เค็มในที่สุด สำหรับวิธีการรักษาจิตใจด้วยกรรมโอสถ คือ การสั่งสมบุญนี้สามารถทำได้หลายวิธีเช่น การให้ทาน รักษาศีลสวดมนต์ เจริญสมาธิภาวนา การทำสังฆกิจริยาและฟังธรรม เป็นต้นอาหารและยาเป็นเครื่องหล่อเลี้ยงและบำบัดรักษาร่างกายฉันใด กรรมโอสถ คือ การสั่งสมบุญก็เป็นเครื่องหล่อเลี้ยงและบำบัดรักษาจิตใจฉันนั้น

2.7.2.1 การรักษาอาพาธด้วยการฟังธรรม การฟังธรรมเป็นเหตุให้เกิดบุญวิธีหนึ่งเรียกว่า "ธัมมัสสวนมัย" บุญจากการฟังธรรมนี้สามารถรักษาอาพาธได้ ซึ่งมีตัวอย่างการรักษาด้วยวิธีนี้จำนวนมาก ซึ่งครั้งหนึ่งพระมหากัสสปเถระอาพาธหนัก พระผู้มีพระภาคเสด็จเข้าไปหาท่านและทรงแสดงธรรมเรื่องโพชฌงค์ 7 ให้ท่านฟังว่า "...กัสสปะโพชฌงค์ 7 ประการนี้ เรากล่าวไว้ชอบแล้วบุคคลเจริญแล้ว ทำให้มากแล้วย่อมเป็นไปเพื่อความรู้อย่าง เพื่อตรัสรู้เพื่อนิพพาน..." เมื่อพระผู้มีพระภาคแสดงธรรมจบแล้ว พระมหากัสสปเถระ มีใจยินดี ชื่นชมพระภาสิตของพระผู้มีพระภาคเจ้า และหายขาดจากอาพาธนั้นเป็นอัศจรรย์

พระมหาโมคคัลลานะ อาพาธหนักอยู่ ณ ภูเขาศิขณภูฏ ครั้งนั้นพระผู้มีพระภาคเจ้าเสด็จไปเยี่ยมถึงที่พัก พระองค์ทรงแสดงเรื่องโพชฌงค์ 7 และสัญญา 10 ตามลำดับ ให้พระมหาโมคคัลลานะฟัง พระมหาโมคคัลลานะน้อมจิตพิจารณาตามไปด้วย ครั้นทรงแสดงธรรมจบลง พระโมคคัลลานะก็หายจากอาพาธ และอาพาธนั้นพระมหาโมคคัลลานะละได้แล้ว (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ส.ม.19/196/129-130)

พระมหากัสสปะ อาพาธหนักอยู่ ณ ปิปลิคุหา ครั้งนั้น พระผู้มีพระภาคเจ้าเสด็จไปเยี่ยมถึงที่พักทรงแสดงธรรม “โพชฌงค์ 7” ให้พระมหากัสสปะฟัง พระมหากัสสปะน้อมจิตพิจารณาตามไปด้วย ครั้นพระองค์ทรงแสดงธรรมจบลง พระมหากัสสปะก็หายจากอาพาธและอาพาธนั้นพระมหากัสสปะก็ละได้แล้ว (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ส.ม. 19/195/128-129)

พระอนรุทธะ อาพาธหนักอยู่ ณ ป่าอันธวัน เขตกรุงสาวัตถี ครั้งนั้นภิกษุจำนวนหนึ่งไป เยี่ยมถึงที่พัก เห็นพระอนรุทธะได้รับทุกขเวทนาอย่างรุนแรงแต่ไม่ได้แสดงอาการทรมานทรมาย จึงถามถึงหลักธรรมที่ใช้อยู่ในขณะนั้น พระอนรุทธะตอบว่าท่านมีจิตตั้งมั่นอยู่ใน “สติปัฏฐาน 4” ทุกขเวทนาทางกายที่เกิดขึ้นจึงไม่สามารถรบกวนบังอาจิตท่านได้ (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ส.ม. 19/908/440-441)

2.7.2.2 การรักษาอาพาธด้วยการเจริญสมาธิภาวนา การเจริญสมาธิภาวนาเป็นทางมาแห่งบุญอีกวิธีหนึ่งเรียกว่า "ภาวนามัย" ซึ่งถือว่าเป็นวิธีที่ทำให้ได้รับบุญมากที่สุด และบุญที่เกิดขึ้นนี้ช่วยรักษาอาพาธให้หายได้เช่นกัน ดังตัวอย่างที่บันทึกไว้ในกัมมวิปากสูตรดังนี้

ภิกษุรูปหนึ่งอาพาธหนักเพราะวิบากบาปกรรมในอดีต ท่านจึงระงับการอาพาธด้วยการนั่งสมาธิ ตั้งกายตรง อดกลั้นทุกขเวทนาที่เผ็ดร้อน อยู่ในที่ไม่ไกลจากพระผู้มีพระภาคเจ้า เมื่อพระผู้มีพระภาคเจ้าทอดพระเนตรเห็นภิกษุรูปนั้นจึงทรงเปล่งอุทานว่า “ภิกษุผู้ละกรรมทั้งหมดได้...ดำรงมั่นคงที่ก็ไม่มีความประโยชน์อะไรที่จะบอกให้คนช่วยเยียวยา”

พระสัมมาสัมพุทธเจ้าเอง ก็เคยใช้การเจริญสมาธิภาวนารักษาอาการประชวรของพระองค์เช่นกัน โดยครั้งหนึ่งพระองค์ได้เกิดพระประชวรรุนแรงจนเจียนปรินิพพาน ขณะนั้นทรงพระดำริว่า "...เราควรใช้ความเพียรขบไล่อาพาธนี้ ดำรงชีวิตสังขารอยู่ต่อไป" ความเพียรในที่นี้คือ การเจริญสมาธิภาวนาเพื่อเข้าฌานสมาบัตินั่นเอง เมื่อพระผู้มีพระภาคทรงใช้ความเพียรขบไล่อาการพระประชวรแล้วอาการพระประชวรจึงสงบลงและหายในที่สุด

2.7.2.3 การรักษาอาพาธด้วยการทำสังจิกิริยา หมายถึง การนึกถึงบุญหรือความจริงที่เคยทำไว้จริง ของตนเองหรือของบุคคลที่ต้องการจะบำบัดรักษา แล้วกล่าวสังจวจาโดยอ้างถึงบุญหรือความจริงนั้นว่า "จงช่วยให้ตนหรือบุคคลที่อาพาธหายจากอาพาธนั้น" ซึ่งบุญที่ได้อ้างถึงนั้นรวมกับบุญจากการรักษาศีลคือ กล่าวสังจวจาละการพูดเท็จในขณะนั้น จะช่วยให้หายจากการอาพาธได้เป็นอัศจรรย์ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

ในอดีตกาลพระโพธิสัตว์บวชเป็นดาบ อยู่ในป่าหิมพานต์ วันหนึ่งพระโพธิสัตว์ได้ออกจากป่าเพื่อไปเยี่ยมหายคนหนึ่ง ชื่อมณฑพัชยะในวันนั้นเองบุตรของท่านมณฑพัชยะถูกอสรพิษตัวหนึ่งกัด จนสลบล้มลงมารดาและบิดาจึงพาบุตรไปให้พระโพธิสัตว์ช่วยรักษา พระโพธิสัตว์กล่าวว่า "ดีแล้วเราจักทำสังจ กิริยา" แล้ววางมือลงที่ศีรษะกุมารนั้นพร้อมกับกล่าวว่า "ตั้งแต่บวชมาจนถึงปัจจุบัน เราได้มีจิตเลื่อมใสในการประพฤติพรหมจรรย์อยู่เพียง 7 วันเท่านั้น หลังจากนั้นแม่เราจะไม่มีใครบรรพชา แต่ก็ทนอยู่มาได้ถึง 50 กว่าปี ด้วยความสัตย์อันนี้ ขอความสวัสดิ์จึงมีแก่กุมาร พืชจงคลายกุมารนี้จรรอดชีวิตเถิด" พร้อมกับสังจ กิริยานั้น พืชในกายตอนบนของกุมารก็ตกเข้าแผ่นดินหมด กุมารนั้นลืมนัยน์ตาขึ้นดูมารดาบิดาเรียกว่า "แม่" แล้วพลิกนอน พระโพธิสัตว์จึงกล่าวกับมณฑพัชยะว่า กำลังของเราทำได้เท่านั้น ท่านจงทำสังจกิริยาบ้างเถิด มณฑพัชยะรับคำแล้ววางมือลงที่หน้าอกของบุตรแล้วได้กล่าวว่า "ในเวลาที่เหมาะสมพราหมณ์มาขอพักอยู่ที่บ้านของเรา บางครั้งเราไม่พอใจจะให้พักเลยแต่เราก็ตั้งใจให้พักได้ ด้วยความสัตย์นี้ขอความสวัสดิ์ จึงมีแก่บุตรของเรา พืชจงคลายออกบุตรของเราจรรอดชีวิตเถิด" เมื่อบิดาทำสังจกิริยาแล้ว พืชในกายของบุตรเหนือสะดือก็ตกเข้าแผ่นดิน กุมารลุกขึ้นนั่งได้แต่ยังยืนไม่ได้ บิดาจึงกล่าวกับมารดาของกุมารนั้นว่า เจ้าจงทำสังจกิริยาให้บุตรลุกขึ้นเดินได้ มารดากล่าวว่า ความสัตย์ของฉันก็มีอยู่อย่างหนึ่งแต่ไม่อาจกล่าวต่อหน้าท่านสามีกล่าวว่า ถึงอย่างไรก็กล่าวไปเถอะที่รัก นางรับคำแล้วจึงได้กล่าวว่า

"ลูกรัก อสรพิษที่ออกจากโพรงกัดเจ้า ไม่เป็นที่รักของแม่ฉันใด บิดาของเจ้าก็ไม่เป็นที่รักของแม่ฉันนั้น ด้วยความสัตย์นี้ ขอความสวัสดิ์จึงมีแก่บุตรของเรา พืชจงคลายออกบุตรของเรา จรรอดชีวิตเถิด" พร้อมกับสังจกิริยานั้นเอง พืชทั้งหมดก็ตกลงเข้าแผ่นดิน กุมารนั้นจึงลุกขึ้นยืนและเดินได้เป็นปกติ เรื่องการรักษาอาหารด้วยการทำสังจกิริยานั้นยังมีอีกหลายตัวอย่าง ซึ่งสามารถอ่านเพิ่มเติมได้ในพระไตรปิฎก การรักษาอาหารด้วยวิธีนี้ ให้ได้ผลดังตัวอย่างที่กล่าวมานั้น มีปัจจัยสำคัญอยู่อย่างน้อย 2 ประการ คือสังจกรรมของผู้ทำสังจกิริยามีอย่างน้อยเพียงใด และบุญบาปในตัวของผู้อาหาร หากสังจกรรมของผู้ทำสังจกิริยามีมาก บุญในตัวของผู้อาหารมีมาก และบาปที่ส่งผลให้เกิดการอาหารเบาบางแล้ว การรักษาอาหารด้วยวิธีนี้ก็จะสำเร็จผลเป็นอัศจรรย์ แต่ถ้าผู้ให้การรักษามีสังจกรรมมีน้อย บุญในตัวของผู้อาหารน้อย แต่บาปที่ส่งผลให้อาหารยังมีหนาแน่นการรักษาด้วยวิธีนี้ก็ยากจะสำเร็จผล

ตามคัมภีร์พระพุทธศาสนาใน อรรถกถาชาดก ได้กล่าวไว้ว่า เมื่อครั้งพระสัมมาสัมพุทธเจ้าเป็นพระโพธิสัตว์และทรงถือกำเนิดเป็นลูกนกคุ่ม นกพ่อแม่ทำรังอยู่ในป่า ทิ้งให้ลูกนกนอนอยู่ในรัง ส่วนนกสองตัวผู้เมียก็ออกไปหาเหยื่อมาป้อน ยังมีทันที่ลูกนกจะมีกำลังกางปีกบินและยกเท้าก้าวเดินได้ ก็พอดีถึงฤดูไฟไหม้ป่า ไฟเกิดไหม้ป่าลุกลามมาเสียงดังสนั่นหวั่นไหว บรรดาฝูงนกทั้งหลายต่างกลัวตายพากันส่งเสียงร้องเอ็ดอึงบินออกจากรังของตนหนีไป นกคุ่มพ่อแม่ทั้งสองของพระโพธิสัตว์ก็กลัวตาย จึงทิ้งพระโพธิสัตว์ไว้ในรังแล้วพากันบินหนีไปเช่นกัน พระโพธิสัตว์นอนอยู่ในรังยึดคอกออกดู เห็นไฟป่ากำลังลุกลามท่วมทันข้ามจึงรำพึงว่า

"...ถ้าข้าพเจ้ามีกำลังกางปีกบินไปในอากาศได้ข้าพเจ้าก็จะบินไปที่อื่น ถ้าข้าพเจ้ามีแรงยกขาเดินไปบนพื้นดินได้ ข้าพเจ้าก็จะก้าวขาเดินไปที่อื่น ทั้งพ่อและแม่ของข้าพเจ้าก็กลัวตายทิ้งข้าพเจ้า

ไว้แต่ผู้เดียว ต่างเอาตัวรอดบินหนีไปแล้ว บัดนี้ข้าพเจ้าไม่มีที่พึ่งอื่น ตัวเองก็หาคุ้มครองตัวเองได้ไม่ตัวเองหาเป็นที่พึ่งแก่ตัวไม่ วันนี้ข้าพเจ้าควรทำอะไรดีทหนอ ครั้นแล้วก็คิดว่า ในโลกนี้มีคุณคือศีล มีคุณ คือ สัจจะ พระสัพพัญญูพุทธเจ้าทั้งหลาย ซึ่งทรงบำเพ็ญพระบารมีมาแล้วในอดีต ได้ประทับนั่ง ณ โคนไม้โพธิพฤกษ์และทรงตรัสรู้แล้ว พระองค์ทรงประกอบด้วย ศีล สมาธิ ปัญญา วิมุตติ และวิมุตติญาณทัสสนะ ประกอบด้วยสัจจะ ด้วยความเอ็นดู ด้วยความกรุณาและขันติ ทรงเจริญเมตตาในสรรพสัตว์ทั้งหลายบรรดามีอยู่ในโลกมาแต่อดีตกาล คุณธรรมทั้งหลายที่พระสัพพัญญูพุทธเจ้าทรงรู้แจ้งแทงตลอดมีอยู่ เรื่องนี้เป็นสัจจะ คือ ความจริงแม้ในตัวข้าพเจ้าเองก็มีสัจจะ 3 ประการปรากฏอยู่ เพราะฉะนั้นข้าพเจ้าควรยึดเอาสัจจะที่มีอยู่ในตัวข้าพเจ้ามาทำสัจจกิริยา ขอให้ไฟป่าถอยกลับไป ทำความสวัสดิ์ให้เกิดแก่ตนเองและฝูงนกทั้งหลายด้วย....." เมื่อลูกนกคุ่มก็ทำสัจจกิริยา (ซึ่งภายหลังเรียกว่า วัฏฏกะปริตร) ไฟไหม้ป่าก็ดับไปเหมือนเอาคบเพลิงจุ่มลงในน้ำ พระปริตรนี้มีเดชหรือความขลัง ตั้งอยู่ชั่วนิรันดร์ในบริเวณนั้น ไฟจะไม่ลุกหรือแม้จุดไฟก็ไม่ติดไปตลอดก็ไปด้วย

2.7.2.4 การรักษาอาหารด้วยบุญสร้างและกวาดโรงฉัน ครั้งหนึ่งพระอนุรุทธเถระได้ไปเมืองกบิลพัสดุ์พร้อมด้วยภิกษุ 500 รูป พระญาติทั้งหลายของท่านจึงพากันมาราบพระเถระ เว้นแต่พระน้องนางชื่อโรหิณี พระเถระถามพวกพระญาติว่า พระนางโรหิณีอยู่ที่ไหน พวกพระญาติกล่าวว่า พระนางโรหิณีอยู่ในตำหนัก พระนางอาหารเป็น "โรคผิวหนัง" ไม่ส่งคัจจะมาเพราะทรงละอายที่เป็นโรคนั้นพระเถระจึงแนะนำให้พระนางทำบุญสร้างโรงฉัน เมื่อสร้างเสร็จแล้วก็ให้กวาดพื้นโรงฉันปูอาสนะ และตั้งหมอน้ำดื่มไว้สำหรับพระภิกษุเสมอๆ" พระนางโรหิณีก็ได้ปฏิบัติตามนั้นโรคผิวหนังของพระนางจึงราบลง ต่อมาพระนางได้นิมนต์ภิกษุสงฆ์มีพระสัมมาสัมพุทธเจ้าเป็นประมุข ให้มาฉันภัตตาหารในครั้งนั้นพระผู้มีพระภาคได้ตรัสถึงบุรพกรรมของพระนางโรหิณีว่า ในอดีตพระนางได้นำผงเต่าร้างโปรยใส่หญิงคนหนึ่ง สรีระของหญิงนั้นจึงฟูพองขึ้น กรรมนั้นจึงส่งผลให้พระนางเป็นโรคผิวหนังในชาตินี้ เมื่อพระพุทธรองค์แสดงธรรมจบแล้วพระนางโรหิณีก็ดำรงอยู่ในโสดาปัตติผลสรีระของพระนางได้มีวรรณะดุจทองคำ โรคผิวหนังจึงหายเป็นปกติทั้งในบัดนั้น ดังนั้นการรักษาอาหารด้วยการสั่งสมบุญด้วยวิธีอื่นๆ ยังมีอีกหลายประการซึ่งสามารถค้นคว้าเพิ่มเติมได้ในพระไตรปิฎก

กล่าวโดยสรุปได้ว่า รูปแบบการรักษาโรคในพระไตรปิฎก มุ่งเน้นรูปแบบการรักษาโรคโดยพิจารณาความสัมพันธ์ของชีวิตทั้งระบบ กล่าวคือ ความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบทางกาย (กายิกโรโค) และองค์ประกอบทางจิตใจ (เจตสิกโรโค) ที่เรียกว่า “การรักษาแบบองค์รวม” (Holistic Healing Method) นอกจากนี้ในพระไตรปิฎกยังปรากฏวิธีการรักษาประเภทอื่นๆ อีกมาก

2.8 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องเพื่อให้เห็นถึงข้อเสนอในการศึกษาความรอบรู้ทางสุขภาพและเห็นถึงประเด็นความสำคัญทางสังคม อีกทั้งเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมในประเด็นการศึกษาโดยมีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาของ ธีระ วรรณรัตน์ และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การทบทวนสถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ” ได้ทำการศึกษาโดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับความรอบรู้ทางสุขภาพทั้งในสังคมไทยและต่างประเทศ โดยข้อค้นพบของการศึกษาดังกล่าวในสังคมไทยจากการทบทวนเอกสารจากฐานข้อมูล ด้วยการสืบค้นคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในคำแปลที่แตกต่างกันได้แก่ การรู้เท่าทันสุขภาพ ความแตกฉานด้านสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ ความฉลาดทางสุขภาพ พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคลมีความสัมพันธ์กับการอาการเจ็บป่วยและความสามารถในการดูแลสุขภาพอย่างสอดคล้องกัน ทั้งนี้การศึกษาดังกล่าวเสนอให้เห็นถึงเกณฑ์ในการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งการวิจัยส่วนมากในสังคมไทยแบ่งเกณฑ์การศึกษาตามช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก อาทิ ข้อเสนอของการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในช่วงวัยเรียน อธิบายถึงอิทธิพลทางสังคมมีผลระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยจำแนกตามเพศ อายุ ที่พักอาศัย สุขภาวะ และระดับสุขบัญญัติ สำหรับด้านสุขภาวะและที่พักอาศัย ผู้ที่พักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมาก ขณะที่ด้านสุขภาวะพบว่าระดับของสุขภาวะมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ในกลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาวะที่ดีจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีกว่าผู้ที่มีปัญหาในด้านสุขภาวะ ทั้งนี้การศึกษาโดยใช้เกณฑ์การศึกษาแบ่งประเภทตามอาการป่วย อาชีพ และกลุ่มคนชายขอบมีการศึกษาที่น้อยลงตามลำดับ

การศึกษาของ ธัญชนก ขุมทอง (2559) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง” โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 20-59 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง ผลการศึกษาพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาวะที่ดี และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดียังเป็นการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมทางสุขภาพที่ดี โดยปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ทางสุขภาพสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ที่อยู่อาศัย และรายได้ มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม ได้แก่ การเข้าอบรมเกี่ยวกับสุขภาพ ระบบบริการสาธารณสุข และการเสริมพลังจากคนรอบตัว ได้แก่ ญาติ ครอบครัว และเพื่อน

หากพิจารณาถึงการศึกษข้างต้นจะเห็นได้ว่า การศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพแสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ หากแต่การศึกษาในพระสงฆ์ยัง

เป็นประเด็นที่ไม่ได้ถูกศึกษาอย่างครอบคลุม ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดตามหลักคำสอนของพระวินัยและกิจกรรมในวิถีชีวิตที่มีความแตกต่างจากฆราวาสทั่วไป จึงทำให้ไม่สามารถอ้างอิงหรืออธิบายผลการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างด้วยเกณฑ์การศึกษาจากการสำรวจและทบทวนเอกสารการศึกษาที่เคยมีมาได้

การศึกษาของ จงจิตร อังคทะวาณิช และคณะ (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การศึกษาวิถีชีวิตลักษณะอาหาร ภาวะโภชนาการของพระสงฆ์ สามเณร และฆราวาส : ในบริบท 4 ภูมิภาคประเทศไทย” โดยทำการศึกษากลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ สามเณร และฆราวาสใน 4 ภูมิภาคหลักของประเทศไทยได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำหรับการเก็บข้อมูลผู้วิจัยเลือกใช้การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสังเกต บันทึกภาคสนาม และการสัมภาษณ์ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญโดยมีวิธีการสุ่มแบบลูกโซ่ (Snowball Sampling) จากผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ผู้วิจัยได้เลือกไว้จากการสุ่มแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ส่วนมากบวชเพื่อศึกษาเล่าเรียนโดยมีระยะเวลาในการปรับตัวเรื่องการบริโภคอาหารเป็นระยะเวลา 1 เดือน ซึ่งส่งผลให้มีการปรับตัวของระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนรูปแบบการบริโภคอาหาร ทั้งนี้การได้มาซึ่งอาหารของพระสงฆ์ได้มาจากการออกบิณฑบาตรและมีการจัดสรรให้ของเจ้าหน้าที่ภายในวัด หากแต่ลักษณะอาหารส่วนมากเป็นอาหารประเภทที่มีการประกอบอาหารอย่างง่าย อาทิ อาหารประเภททอด และอาหารชุดซึ่งมีไขมันสูง เป็นต้น อีกทั้งยังเป็นอาหารที่มีการถวายซ้ำทุกวัน จะเห็นได้ว่าพระสงฆ์ได้รับอาหารที่ไม่สมบูรณ์ทางด้านโภชนาการ เนื่องจากการบริโภคอาหารซ้ำๆ และไม่หลากหลาย และข้อจำกัดของพระสงฆ์ด้วยพระวินัยจึงทำให้พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกรับอาหารหรือเลือกบริโภคอาหารได้เท่าที่ควร อีกทั้งทางเลือกในการบริโภคอาหารของพระสงฆ์ยังเป็นอาหารประเภทสำเร็จรูป อาทิ บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ซึ่งไม่ได้มีคุณค่าทางโภชนาการมากนัก ขณะที่ในการเลือกบริโภคน้ำปานะพระสงฆ์ส่วนมากมีการเลือกดื่มน้ำเปล่าเป็นหลัก หากแต่ยังมีการดื่มน้ำหวานและเครื่องดื่มชูกำลังในพระสงฆ์ที่มีอายุน้อย สำหรับในพระสงฆ์ที่มีความรู้จะมีการตักเตือนพระสงฆ์รูปอื่นซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สำหรับสื่อที่มีผลต่อพระสงฆ์มากที่สุดคือโทรทัศน์ รองลงมาคือ สื่อออนไลน์ซึ่งไม่เป็นที่นิยมในพระสงฆ์ที่มีอายุมาก ทั้งนี้พระสงฆ์ส่วนมากมีลักษณะโรคประจำตัวที่แตกต่างกัน ในกลุ่มพระสงฆ์ที่แข็งแรงหากมีอาการป่วยจะมีลักษณะอาการไม่รุนแรง อาทิ ไข้หวัด ภูมิแพ้ และปวดหัว เป็นต้น ซึ่งเบื้องต้นจะทำการหายาฆ่าเชื้อหากมีอาการรุนแรงจะทำการไปพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยอาการ ขณะที่ปัจจัยในการเลือกถวายอาหารของฆราวาสแตกต่างกันไปตามภูมิภาคมีทั้งในกลุ่มที่คำนึงอาหารที่ไม่เกิดผลกระทบในทางลบกับพระสงฆ์ได้แก่ ฆราวาสในภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มที่คำนึงถึงประโยชน์ทางโภชนาการเป็นหลักได้แก่ ภาคใต้ ขณะที่กลุ่มสุดท้ายคำนึงถึงความชอบของพระสงฆ์เป็นหลักได้แก่ภาคกลาง ทั้งนี้ข้อสรุปของการศึกษาดังกล่าวเสนอให้เห็นถึงวิถีชีวิตของพระสงฆ์และสามเณรที่เปลี่ยนไป ทั้งในด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวันและลักษณะอาหารที่มีความเปลี่ยนแปลง จะเห็นได้ว่า การสร้างเสริมคุณภาพชีวิตพระสงฆ์ยังขาดการเสริมสร้างองค์ความรู้ที่ดี อีกทั้งการสนับสนุนให้มีการเข้าถึงสื่อที่มีความสะดวกในการทำความเข้าใจและการเข้าถึง จึงกล่าวได้ว่าการพัฒนาคุณภาพชีวิตพระสงฆ์และความสัมพันธ์ทางสังคม

มีความสอดคล้องกัน ทั้งในด้านการพัฒนาองค์ความรู้ของพุทธศาสนิกชนที่คอยเกื้อหนุนพระพุทธศาสนา และคุณภาพพระสงฆ์ที่สะท้อนภาพของสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อสังคม

การศึกษาของ คณิศฉัตร วุฒิสักดิ์สกุล (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่” โดยศึกษาพระสงฆ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปอาศัยในอำเภอฝาง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 167 รูป ด้วยการใช้แบบสอบถาม ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 39.5 มีอาการป่วยด้วยโรคประจำตัว สำหรับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์อยู่ในระดับปานกลาง โดยมี 3 ลำดับที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 1) ด้านการบริหารร่างกาย (ค่าเฉลี่ย 3.10) 2) ด้านโภชนาการ (ค่าเฉลี่ย 3.30) 3) ด้านการจัดการกับความเครียด (ค่าเฉลี่ย 3.38) ขณะที่มากที่สุดคือด้านสุขภาพอนามัย (ค่าเฉลี่ย 3.77) จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมการเสริมสร้างสุขภาพพระสงฆ์ทั้งในด้านร่างกาย โภชนาการ อันเป็นด้านที่มีข้อจำกัดจากพระวินัยในพระพุทธศาสนา ทั้งนี้ในด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพพบว่า อายุมีความสัมพันธ์ตรงกันข้ามกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือเมื่อพระสงฆ์มีอายุมากขึ้น พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมก็จะถดถอยลง ขณะที่ปัจจัยการมีโรคและวิธีการรักษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม กล่าวคือ ความเครียดจากอาการป่วยส่งผลให้พฤติกรรมแย่งสอดคล้องกับอาการ ขณะที่การได้รับวิธีการรักษาที่ดีมีความสอดคล้องในลักษณะที่ เมื่อพระสงฆ์ได้เข้ารับการรักษามีคุณภาพ ได้รับองค์ความรู้ทางสุขภาพที่ดี จะทำให้พระสงฆ์มีแนวโน้มที่พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมจะดีขึ้น

การศึกษาของ ชนิทร ด้วนชะเอม (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การพัฒนาการศึกษาตามอัยาศัย เพื่อเสริมสร้างความฉลาดทางสุขภาพสำหรับพระสงฆ์” โดยใช้วิธีวิจัยเชิงผสมผสานในการศึกษากลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานครจำนวน 500 รูป เพื่อเข้าใจถึงสถานการณ์ปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ ขณะที่ได้เลือกกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาสาสมัคร 3 รูป ในการเป็นกลุ่มตัวอย่างเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในการพัฒนารูปแบบการเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริมทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีปัญหาทางด้านสุขภาพอย่างรอบด้านทั้งด้านโภชนาการ สุขภาพร่างกายและจิตใจ การเข้าถึงสิทธิทางสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ ขณะที่พระสงฆ์มีความสนใจในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในประเด็นเกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพขององค์กรวม และการได้รับองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและได้รับการประยุกต์เพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของพระสงฆ์ สำหรับกระบวนการพัฒนาการเสริมสร้างทักษะการเรียนรู้ด้วยตนเองเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์ พบว่า ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นหลักในการร่วมกันจัดทำแนวทางการพัฒนา โดยมีปัจจัยส่งเสริมคือการจัดกิจกรรมที่เข้าใจง่าย เป็นกิจกรรมที่ประยุกต์ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของพระสงฆ์ทั้งลักษณะของสื่อและวิธีการถ่ายทอด

การศึกษาของณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์ (2559) เรื่อง “การพัฒนาแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนววิถีพุทธสำหรับพระสงฆ์” ทำการศึกษาแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการสำรวจพฤติกรรมพระสงฆ์จำนวน 404 รูป และทำการศึกษาแบบมีส่วนร่วมโดยพระสงฆ์กลุ่มอาสาสมัครจำนวน 31 รูปในการเข้าร่วมโครงการ ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างยังคงมีแนวโน้มในด้านการบริโภคอาหาร

การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง แสดงให้เห็นถึงการจัดการคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ที่ต้องการการพัฒนา สำหรับรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์มีข้อเสนอ ดังนี้ 1) ด้านการบริโภคอาหาร พระสงฆ์ควรมีการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และปริมาณที่พอดีต่อร่างกาย และอ่านฉลากโภชนาการเพื่อให้เกิดความรู้ในการเลือกบริโภคมากขึ้น อีกทั้งยังจำเป็นต้องมีการจัดรอบเวรและค่าดัชนีมวลกายอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ทราบถึงเกณฑ์ในการประเมินสุขภาพ 2) ด้านการออกกำลังกาย พระสงฆ์ควรมีการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับสุขภาพของตน อีกทั้งสามารถออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสมด้วยการโยคะ การเดินจงกรม และการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันต่าง ๆ อาทิ การทำความสะอาดวัด เป็นต้น 3) ด้านการจัดการความเครียด เป็นการนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนา อาทิ อริยสัจ 4 และอริยมรรค 8 มาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิต อีกทั้งการทำกิจกรรมต่าง ๆ อาทิ การทำวัตรเช้า-เย็น เป็นต้น ทั้งนี้รูปแบบการพัฒนาดังกล่าวเป็นที่พึงพอใจของพระสงฆ์ อีกทั้งมีแนวโน้มในการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

การศึกษาของ ชลวิทย์ เจียรจิตต์ (2563) ได้กล่าวถึงสถานการณ์ที่พระพุทธศาสนาจะเข้ามามีบทบาทท่ามกลางการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ว่าองค์กรทางพระพุทธศาสนาจำเป็นต้องปรับตัว โดยการประยุกต์หลักพุทธธรรมไปสู่การปรับพฤติกรรมสู่ความปกติใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงให้สังคมเห็นว่าคณะสงฆ์สามารถประสานเครือข่าย ที่ช่วยสร้างการเรียนรู้เพื่อลดผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 การที่ประชาชนในสังคมต้องปรับตัวเข้าสู่ความปกติใหม่ส่งผลให้คณะสงฆ์มีบทบาทในการช่วยเหลือ และดูแลสุขภาวะของสังคมเช่นกัน ดังนั้นวัดจำเป็นต้องรักษาความสะอาดและปรับพฤติกรรมของผู้คนที่เข้ามาใช้พื้นที่ของวัดให้ถูกต้องตามหลักสุขอนามัยยิ่งขึ้น จากบทบาทความคาดหวังดังกล่าว พระสงฆ์จึงถือเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่จะช่วยให้สังคมไทยเรียนรู้ที่จะอยู่ร่วมกับการเปลี่ยนแปลงจากวิกฤติของระบบสุขภาพดังกล่าวได้

เมื่อพิจารณาจากการศึกษาเกี่ยวกับพระสงฆ์ จะเห็นได้ว่าการศึกษเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ด้วยข้อจำกัดและวิถีชีวิตของพระสงฆ์ที่ต่างจากประชาชนทั่วไป เนื่องจากเหตุผลและข้อห้ามทางศาสนา อีกทั้งข้อเสนอนในการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงแนวทางและความต้องการในการแก้ไขปัญหาของสุขภาพของพระสงฆ์ยังมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหา ที่พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกบริโภคอาหารได้ และการที่พระสงฆ์จำเป็นต้องสำรวจไม่สามารถออกกำลังกายได้มากเท่าประชาชนทั่วไป จึงทำให้การสร้างองค์ความรู้ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตพระสงฆ์มีความสำคัญ โดยเฉพาะการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จะส่งผลให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ภาวะสังคมและคุณภาพชีวิตในพระสงฆ์” ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed method methodology) คือ มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการค้นหาคำอธิบายอย่างมีลำดับขั้น เริ่มจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเชื่อมโยงและอธิบายเพิ่มเติมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในมิติของภาพรวมที่เป็นตัวแทนของพระสงฆ์ทั้งประเทศผ่านการศึกษาเชิงปริมาณ และสามารถทำความเข้าใจมิติทางสังคมและคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ในเชิงลึกผ่านการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยผู้วิจัยได้จัดแบ่งหัวข้อการนำเสนอเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยออกเป็น 7 หัวข้อ มีรายละเอียดดังนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 พื้นที่การวิจัย
- 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.5 การเก็บและรวบรวมข้อมูล
- 3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.7 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยโดยใช้ “ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน” (mixed method methodology) โดยเบื้องต้นก่อนการเริ่มดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้ทำการศึกษาเชิงเอกสารในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ 1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) สิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อทำความเข้าใจโอกาสที่พระสงฆ์จะรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเบื้องต้นที่มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง ตลอดจนการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพที่รัฐเอื้อประโยชน์ให้กับพระสงฆ์ 3) เครือข่ายทางสังคม สำหรับทำความเข้าใจภาคีเครือข่ายที่มีส่วนสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพด้านสุขภาพให้กับพระสงฆ์ ตลอดจนการเข้ามาเป็นเครือข่ายสำคัญในการสนับสนุนให้พระสงฆ์มีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาพเพิ่มมากยิ่งขึ้น และ 4) แนวคิดความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน เพื่อนำแนวคิดดังกล่าวมาประยุกต์ใช้กับพฤติกรรมทางสุขภาพของพระสงฆ์ในชีวิตประจำวัน ให้มีความสมดุลในการดำเนินชีวิต และการจัดแบ่งช่วงเวลาที่เหมาะสมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของพระสงฆ์

สำหรับการเก็บและรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ใช้วิธีการวิจัยที่สำคัญ 2 ประการกล่าวคือ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการใช้แบบสอบถามโดยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ภาพโดยรวมทั้ง

ประเทศ โดยเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคุณลักษณะส่วนบุคคลพื้นฐาน ภาวะสุขภาพ เช่น ค่าดัชนีมวลกาย และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพจากการประเมินทักษะความสามารถในการอ่านฉลากทางโภชนาการ เป็นต้น 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยมุ่งเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ทั้งในมิติของโอกาสและอุปสรรคของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วไปที่อาศัยอยู่ภายในวัด

3.2 พื้นที่การวิจัย

สำหรับพื้นที่การวิจัยของการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกพื้นที่การศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงจากพื้นที่ที่มีการอบรมของโครงการสร้างเสริมสุขภาพเชิงพุทธของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลในสังคมไทย ที่ดำเนินการโดยสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อให้การเก็บข้อมูลได้รับข้อมูลจากพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง ที่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นสุขภาพ เพราะได้เข้าร่วมงานกับหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลที่มีประเด็นการทำกิจกรรมเกี่ยวกับสุขภาพด้วย ดังนั้นพื้นที่การศึกษาสำหรับการวิจัยครั้งนี้จึงประกอบด้วย

วันที่	สถานที่เก็บข้อมูล
วันที่ 29-30 พฤษภาคม พ.ศ.2562	ณ วัดพนัญเชิงวรวิหาร ตำบลคลองสวนพูลู อำเภอบางบาล จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
วันที่ 16-17 ตุลาคม พ.ศ. 2562	ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์พิจิตร ต.บ้านบุง อ.เมือง จ.พิจิตร
วันที่ 21-22 ตุลาคม พ.ศ. 2562	ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ลำพูน ต.ต้นธง อ.เมือง จ.ลำพูน
วันที่ 9-10 พฤษภาคม พ.ศ.2562	ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น ตำบลโคกสี อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
วันที่ 13-14 พฤษภาคม พ.ศ.2562	ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาลัยสงฆ์ศรีสะเกษ ตำบลน้ำคำ อำเภอเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ
วันที่ 20-21 พฤษภาคม พ.ศ.2562	ณ โรงเรียนวัดใหม่กรทอง ตำบลศรีมหาโพธิ์ อำเภอศรีมหาโพธิ์ จังหวัดปราจีนบุรี

วันที่ 5-6 มิถุนายน พ.ศ.2562	ณ วัดไร่ขิง พระอารามหลวง ตำบลไร่ขิง อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม
วันที่ 24-25 ตุลาคม พ.ศ. 2562	ณ อาคารบุญธรรมสภา วัดพัฒนาราม พระอารามหลวง อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี
วันที่ 28-29 ตุลาคมพ.ศ. 2562	ณ วัดนาทวี ตำบลนาทวี อำเภอนาทวี จังหวัดสงขลา

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากรที่ศึกษา

สำหรับประชากรของการศึกษาค้างนี้ คือ พระสงฆ์ในสังคมไทย ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 174,091 รูป (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2562)

3.3.1 กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

สำหรับกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาค้างนี้ ได้มาจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกพระสงฆ์ที่เข้าร่วมการอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลจากทั่วประเทศ จากการแจกแบบสำรวจทั้งสิ้น 1,000 ชุด ได้แบบสำรวจที่สมบูรณ์และสามารถวิเคราะห์สถิติทางสังคมศาสตร์ ทั้งสิ้น 938 ชุด

3.3.2 ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

สำหรับการวิจัยค้างนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ใน 2 กลุ่มที่สำคัญ คือ

(1) กลุ่มพระสงฆ์สังฆาธิการ ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายการบริหารกิจการคณะสงฆ์ในด้านที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ หรือสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์และแนวโน้มความสามารถในการรับรู้ด้านสิทธิและความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในปัจจุบันและในอนาคต จำนวน 15 รูป

(2) กลุ่มพระสงฆ์และฆราวาสที่ขับเคลื่อนกิจกรรมหรือโครงการด้านสุขภาพ เพื่อทำความเข้าใจสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อความสามารถในการสร้างให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ หรือสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์เบื้องต้น จำนวน 15 รูป/คน

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชั้น ตามรูปแบบของการวิจัย ประกอบด้วย

3.4.1 แบบสอบถามเชิงสำรวจ เป็นเครื่องมือที่ใช้สำหรับการสำรวจและทำความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง ภายใต้หัวข้อแบบสอบถามสถานการณ์สุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์ โดยได้ทำการจัดแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย

1) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยแบบประเมินข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อมูล อายุ พรรษา ประเภทของวัดที่จำพรรษา การศึกษาทางโลก การศึกษาแผนกธรรม การศึกษาแผนกบาลี และข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพ เช่น น้ำหนักตัว ส่วนสูง รอบเอว โรคประจำตัว ตลอดจนข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาล

2) ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประเมินโดยใช้แบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพของชาวไทยที่ใช้ฉลากโภชนาการในการทดสอบ (Thai health literacy assessment instrument: nutrition label จากคำถาม 8 ข้อ (THLA-N8) ซึ่งเป็นแบบคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีลักษณะเดียวกับแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ Newest Vital Sign ที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย พัฒนาขึ้นโดย ปรีดา ณ พัทลุง และ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต (2562) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ตอน ตอนที่ 1 ประกอบด้วยข้อคำถาม 3 ข้อสำหรับคัดกรองความรอบรู้ด้านสุขภาพ และตอนที่ 2 เป็นแบบวัดความสามารถในการใช้ฉลากโภชนาการ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 7 ข้อ แต่เมื่อนำมาคิดคะแนนจะตัดคะแนนจากข้อคำถามที่ 6 และ 10 ออก ทำให้คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 1-10 คะแนน THLA-N8 ที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4.83 แสดงว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ

3.4.2 แบบสอบถามเชิงลึก สำหรับการสัมภาษณ์กลุ่มพระสงฆ์ พระสังฆาธิการ ผู้บริหารมหาวิทยาลัยสงฆ์ ตลอดจนพระเถระผู้มีส่วนในการกำหนดนโยบายทางคณะสงฆ์ เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ทั้งในมิติของโอกาสและอุปสรรคของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของพระสงฆ์ทั่วไปที่อาศัยอยู่ภายในวัด ขณะที่การสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นการทำความเข้าใจแนวคิดของพระสังฆาธิการที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายการบริหารงานคณะสงฆ์ และมุมมองต่อการทำความเข้าใจปัญหาเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ผ่านมา เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์ด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ในระดับปัจเจกบุคคลและสิ่งที่ควรพัฒนาในอนาคต

3.5 การเก็บและรวบรวมข้อมูล

การเก็บและรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาข้อมูลเอกสาร ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งในมิติของการสิทธิทางสุขภาพ การถึงข้อมูลทางสุขภาพ และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ที่มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่เป็นพระสงฆ์ในหน่วยอบรมประชาชน (อ.ป.ต.) และพระเถระที่กำกับดูแลนโยบายทางคณะสงฆ์ โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.5.1 การศึกษาเอกสาร เป็นการศึกษาเชิงเอกสารเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการทำความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในเบื้องต้น โดยผู้วิจัยแบ่งหัวข้อสำหรับการศึกษาออกเป็น การศึกษาเรื่องสิทธิด้านสุขภาพ กระบวนการสร้างเครือข่าย และการสมดุลในการใช้ชีวิตและการทำงาน

3.5.2 การพัฒนาแบบสอบถาม โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานจากการศึกษาเอกสารที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อใช้ทดสอบความแตกฉานหรือความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy : HL) จากหน่วยงานและองค์กรต่างๆ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์

3.5.3 การเก็บข้อมูลเชิงสำรวจ คือ การใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จากพระสงฆ์ที่เข้าร่วมอบรมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบลจากทั่วประเทศ

3.5.4 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การใช้แบบสัมภาษณ์ ลงพื้นที่สัมภาษณ์ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ แนวคิดของพระสังฆาธิการที่มีส่วนในการกำหนดนโยบายการบริหารงานคณะสงฆ์เกี่ยวกับด้านสุขภาพ

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การดำเนินโครงการความรู้ด้านสุขภาพ: ภาวะสังคมและคุณภาพชีวิตในพระสงฆ์ มีวัตถุประสงค์ของการศึกษาที่สำคัญ คือ การสำรวจและวิเคราะห์สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย โดยเฉพาะปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย เพื่อพัฒนาวัฒนธรรมสุขภาพในการยกระดับความรู้ทางด้านสุขภาพให้กับคณะสงฆ์ไทย ใช้ “ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน” (mixed method methodology) เพื่อให้สามารถตอบคำถามการวิจัยได้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น โดยการศึกษาครั้งนี้ แบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ลักษณะตามรูปแบบการวิจัยคือ คือ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล และการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ร่วมกับสถิติอ้างอิง เพื่ออธิบายสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย

ในส่วนของทักษะพื้นฐานที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความรู้สุขภาพ ทั้ง 7 ทักษะที่สอบถามความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่าง เป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้เลย (1 คะแนน) ถึงทำได้ดีมาก (4 คะแนน) จะนำมาหาค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แล้วนำข้อมูลมาแปลความหมายของค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.25 – 4.00 หมายถึง ปฏิบัติทักษะได้ดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.25 หมายถึง ปฏิบัติทักษะได้ดี

ค่าเฉลี่ย 1.76 – 2.50 หมายถึง ปฏิบัติทักษะพอได้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง ปฏิบัติทักษะไม่ได้เลย

3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ มุ่งเน้นการวิเคราะห์เนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะมิติของโอกาสและอุปสรรคของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ที่จะช่วย

ส่งเสริมจุดอ่อนของการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ สถานการณ์ด้านการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของ พระสงฆ์ในระดับปัจเจกบุคคลและสิ่งที่ควรพัฒนาในอนาคต

3.6.3 การผสมผสานข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อค้นพบ เชิงปริมาณที่มีความลึกซึ้งภายใต้บริบทของพระสงฆ์

3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์และขั้นตอนการ ดำเนินการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งยังชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการขอยุติการให้ข้อมูลได้ทุก เวลาหากต้องการ โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลและไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการดำเนินชีวิตหรือผลประโยชน์ที่ จะได้รับ นอกจากนี้ยังได้คำนึงถึงการรักษาความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะนำเสนอผลการศึกษาใน ภาพรวม ไม่ให้บุคคลภายนอกมีการติดตามกลับหรือติดต่อไปยังกลุ่มตัวอย่างรายบุคคลได้ และหากกลุ่ม ตัวอย่างมีข้อสงสัยสามารถสอบถามและติดต่อกลับยังผู้วิจัยได้ตลอดเวลา (ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของ ข้อเสนอการวิจัย ว.07/2563)

บทที่ 4

การวิเคราะห์ผลการศึกษา

สำหรับการวิเคราะห์ผลการศึกษามีเป้าหมายเพื่อแสดงผลการศึกษาที่ผ่านการรวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ทั้งนี้จากการศึกษาสามารถสะท้อนสถานการณ์ทางสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง รวมทั้งแนวทางการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ในสังคม ซึ่งเป็นการผสมผสานรูปแบบการนำเสนอผลการศึกษา ทั้งการแจกแจงข้อมูลผลการศึกษาแบบตารางที่ประกอบด้วยการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ และการวิเคราะห์แบบพรรณนาเพื่ออธิบายให้เห็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับความรอบรู้ทางสุขภาพ อีกทั้งรูปแบบการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทยต่อไป ทั้งนี้ผู้วิจัยจะได้แบ่งหัวข้อการนำเสนอการวิเคราะห์ผลการศึกษาเป็นดังต่อไปนี้

- 4.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย
- 4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย
- 4.3 รูปแบบการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย

4.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย

การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการสำคัญที่จะช่วยยกระดับการจัดการสุขภาพอย่างยั่งยืนให้กับคณะสงฆ์ได้ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาทางด้านสุขภาพ ตลอดจนทำความเข้าใจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคณะสงฆ์ เพื่อพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพในการยกระดับการสร้างกลไกสนับสนุนภาคนโยบายและภาคปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้เกิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืนต่อไป

การสำรวจสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย เป็นการศึกษาในพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างในสังคมไทยตามที่ได้แจกแจงคุณสมบัติและรายละเอียดที่สำคัญของกลุ่มประชากรการวิจัย จะเห็นได้ว่าการศึกษานี้มีกลุ่มตัวอย่างรวม 938 รูป อย่างไรก็ตามในข้อมูลการตอบแบบสอบถามส่วนหนึ่ง พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างอาจไม่มีความเกี่ยวข้องหรือไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจน จึงไม่ได้ให้ข้อมูลเชิงสำรวจในแบบสอบถามเชิงสำรวจของการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นจึงอาจมีข้อมูลทางสถิติบางข้อที่มีจำนวนรวมของกลุ่มตัวอย่างไม่ครอบคลุมการศึกษาจำนวนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จึงสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทยได้ดังต่อไปนี้

4.1.1 การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของตัวอย่าง

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n=938)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ค่า
ค่าเฉลี่ยอายุ (ปี) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	885	45.25 ± 14.6
อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี		34 (3.8)
20-29 ปี		126 (14.2)
30-44 ปี		223 (25.2)
45-59 ปี		365 (41.2)
60-69 ปี		104 (11.8)
70-79 ปี		27 (3.1)
80 ปีขึ้นไป		6 (0.7)
ค่าเฉลี่ยพรรษา (ปี) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	851	17.94 ± 12.8
น้อยกว่า 5 พรรษา		136 (16.0)
5-9 พรรษา		143 (16.8)
10-19 พรรษา		208 (24.4)
20-29 พรรษา		190 (22.3)
30-39 พรรษา		121 (14.2)
40-49 พรรษา		37 (4.3)
50-59 พรรษา		15 (1.8)
60 พรรษาขึ้นไป		1 (0.1)
ฐานะในวัด	903	
เจ้าอาวาส		443 (41.9)
รองเจ้าอาวาส		38 (4.2)
ผู้ช่วยเจ้าอาวาส		69 (7.6)
พระลูกวัด		303 (33.6)
อื่น ๆ เช่น เลขานุการเจ้าคณะอำเภอ เลขานุการเจ้าคณะตำบล เป็นต้น		50 (5.5)
ประเภทของวัด	908	
พระอารามหลวง		52 (5.7)
วัดราษฎร์		808 (89.0)
สำนักสงฆ์		36 (4.0)

ข้อมูลส่วนบุคคล	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ค่า
อื่น ๆ เช่น สถานปฏิบัติธรรม เป็นต้น		12 (1.3)
ระดับการศึกษา	907	
ไม่ได้ศึกษา		3 (0.3)
ประถมศึกษา		121 (13.3)
มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า		75 (8.3)
มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า		281 (31.0)
อนุปริญญา		36 (4.0)
ปริญญาตรี		231 (25.5)
ปริญญาโท		132 (14.6)
ปริญญาเอก		28 (3.1)
การศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกธรรม	913	
ไม่ได้ศึกษา		14 (1.5)
นักธรรมชั้นตรี		57 (6.2)
นักธรรมชั้นโท		51 (5.6)
นักธรรมชั้นเอก		791 (86.6)
การศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลี	938	
ไม่ได้ศึกษา		738 (80.8)
เปรียญธรรม		180 (19.2)
เปรียญธรรม 1-2 ประโยค		48 (26.7)
เปรียญธรรม 3 ประโยค		51 (28.3)
เปรียญธรรม 4 ประโยค		46 (25.6)
เปรียญธรรม 5 ประโยค		13 (7.2)
เปรียญธรรม 6 ประโยค		10 (5.6)
เปรียญธรรม 7 ประโยค		6 (3.3)
เปรียญธรรม 8 ประโยค		4 (2.2)
เปรียญธรรม 9 ประโยค		2 (1.1)

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพระสงฆ์จำนวน 938 รูป มีอายุตั้งแต่ 14-98 ปี อายุเฉลี่ยเท่ากับ 45.25 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 14.6) โดยมีพรรษาระหว่าง น้อยกว่า 1 พรรษา ถึง 62 พรรษา ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 47.2) ดำรงตำแหน่งเจ้าอาวาส ร้อยละ 89 ของพระสงฆ์ในการศึกษาครั้งนี้ ฟานักอยู่ในวัดราษฎร์ ร้อยละ 31.1 สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า

ร้อยละ 86.6 สำเร็จการศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกธรรม ในระดับนักธรรมชั้นเอก มีเพียงร้อยละ 19.2 ที่ศึกษาพระปริยัติธรรมแผนกบาลี โดยร้อยละ 28.3 ของผู้เรียน ได้รับเปรียญธรรม 3

ตารางที่ 2 จังหวัดที่พำนักของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n=938)

จังหวัด	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ภาค 1 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
กรุงเทพมหานคร	44	4.7
นนทบุรี	18	1.9
ปทุมธานี	12	1.3
สมุทรปราการ	5	0.5
ภาค 2 ประกอบด้วย 3 จังหวัด ได้แก่		
พระนครศรีอยุธยา	27	2.9
อ่างทอง	3	0.3
สระบุรี	10	1.1
ภาค 3 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
ลพบุรี	18	1.9
สิงห์บุรี	2	0.2
ชัยนาท	18	1.9
อุทัยธานี	5	0.5
ภาค 4 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
นครสวรรค์	179	19.1
กำแพงเพชร	56	6.0
พิจิตร	41	4.4
เพชรบูรณ์	13	1.4
ภาค 5 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
สุโขทัย	15	1.6
พิษณุโลก	10	1.1
อุตรดิตถ์	7	0.7
ตาก	4	0.4
ภาค 6 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่		
ลำปาง	9	1.0

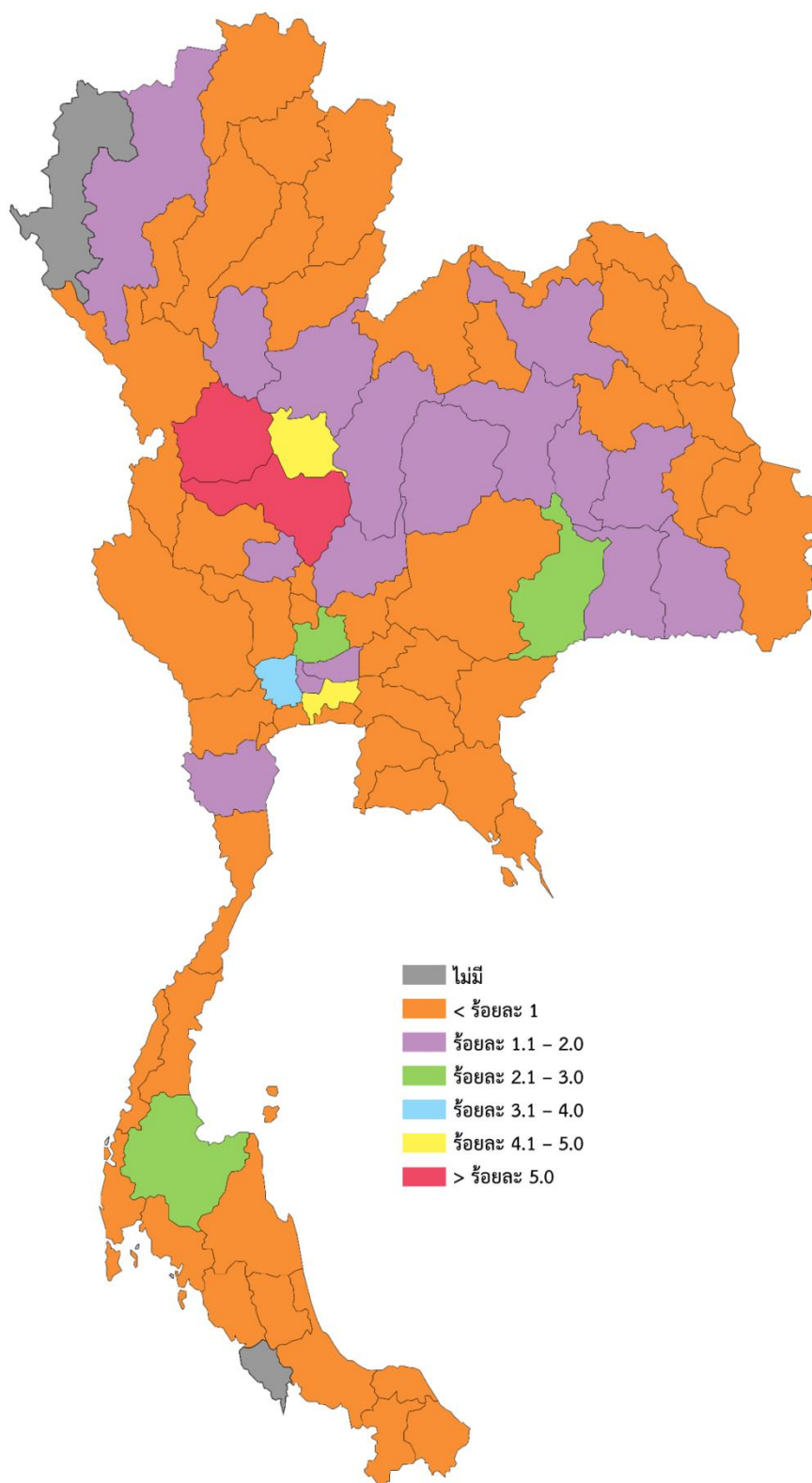
จังหวัด	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
เชียงราย	8	0.9
พะเยา	7	0.7
แพร่	9	1.0
น่าน	9	1.0
ภาค 7 ประกอบด้วย 3 จังหวัด ได้แก่		
เชียงใหม่	19	2.0
ลำพูน	7	0.7
แม่ฮ่องสอน	N/A	N/A
ภาค 8 ประกอบด้วย 6 จังหวัด ได้แก่		
อุดรธานี	15	1.6
หนองคาย	6	0.6
เลย	5	0.5
สกลนคร	7	0.7
หนองบัวลำภู	8	0.9
บึงกาฬ	5	0.5
ภาค 9 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
ขอนแก่น	18	1.9
มหาสารคาม	10	1.1
กาฬสินธุ์	8	0.9
ร้อยเอ็ด	19	2.0
ภาค 10 ประกอบด้วย 6 จังหวัด ได้แก่		
อุบลราชธานี	6	0.6
ศรีสะเกษ	18	1.9
นครพนม	9	1.0
ยโสธร	1	0.1
มุกดาหาร	3	0.3
อำนาจเจริญ	6	0.6
ภาค 11 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
นครราชสีมา	3	0.3
บุรีรัมย์	20	2.1

จังหวัด	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ชัยภูมิ	10	1.1
สุรินทร์	11	1.2
ภาค 12 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
ปราจีนบุรี	4	0.4
นครนายก	5	0.5
ฉะเชิงเทรา	1	0.1
สระแก้ว	2	0.2
ภาค 13 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
ชลบุรี	5	0.5
ระยอง	3	0.3
จันทบุรี	4	0.4
ตราด	1	0.1
ภาค 14 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
นครปฐม	30	3.2
สุพรรณบุรี	9	1.0
กาญจนบุรี	4	0.4
สมุทรสาคร	1	0.1
ภาค 15 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ได้แก่		
ราชบุรี	4	0.4
เพชรบุรี	13	1.4
สมุทรสงคราม	3	0.3
ประจวบคีรีขันธ์	4	0.4
ภาค 16 ประกอบด้วย 3 จังหวัด ได้แก่		
นครศรีธรรมราช	3	0.3
ชุมพร	3	0.3
สุราษฎร์ธานี	27	2.9
ภาค 17 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่		
ภูเก็ต	3	0.3
ตรัง	7	0.7
กระบี่	2	0.2
พังงา	6	0.6

จังหวัด	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ระนอง	3	0.3
ภาค 18 ประกอบด้วย 6 จังหวัด ได้แก่		
สงขลา	4	0.4
พัทลุง	5	0.5
สตูล	N/A	N/A
ปัตตานี	1	0.1
ยะลา	2	0.2
นราธิวาส	1	0.1
รวม	938	100

จากตารางที่ 2 พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 938 รูป มาจากทุกจังหวัดทั่วประเทศ ยกเว้น จังหวัดแม่ฮ่องสอน และจังหวัดสตูล ครอบคลุมทั้ง 18 ภาคตามการบริหารของคณะสงฆ์

รูปที่ 4 : ร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามจังหวัด



4.1.2 สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย

สถานการณ์สุขภาพของพระสงฆ์ เป็นการประเมินตามการรับรู้ของพระสงฆ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease [NCDs]) ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน รวมถึงภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สิทธิทางสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน

ภาวะอ้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด

ดัชนีมวลกาย (body mass index) เป็นค่าที่คำนวณจากน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมแล้วนำไปหารด้วยความสูงที่มีหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง ซึ่งดัชนีมวลกายสามารถนำมาใช้ในการจัดระบบว่าบุคคลนั้น ๆ อยู่ในภาวะน้ำหนักเกินหรือมีภาวะอ้วนแล้ว

ตารางที่ 3 น้ำหนักตัวของพระสงฆ์ จำแนกตามช่วงอายุ (n=878)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)	
		ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด - สูงสุด
14-19	29	65.4	43 - 100
20-29	121	74.8	49 - 167
30-44	215	73.6	44 - 168
45-59	353	69.3	35 - 165
60-69	96	69.0	41 - 165
70-79	24	63.1	46 - 81
80-98	6	64.3	40 - 105
14-98	878	70.6	35 - 168

น้ำหนักตัว

จากตารางที่ 3 แสดงน้ำหนักของพระสงฆ์ จำแนกตามอายุ พบว่า พระสงฆ์จำนวน 878 รูป ระบุ น้ำหนักตัว โดยน้ำหนักตัวอยู่ในระหว่าง 35 -168 กิโลกรัม และมีค่าเฉลี่ยที่ 70.6 กิโลกรัม ซึ่งจะเห็นได้ว่า พระสงฆ์ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ระหว่าง 20 - 44 ปี เป็นช่วงอายุที่มีค่าเฉลี่ยของน้ำหนักตัวมากที่สุด

ตารางที่ 4 ส่วนสูงของพระสงฆ์ จำแนกตามช่วงอายุ (n=886)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	ส่วนสูง (เซนติเมตร)	
		ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด - สูงสุด
14-19	32	168.7	158 - 179
20-29	121	168.7	147 - 190
30-44	217	167.9	152 - 190
45-59	357	165.3	135 - 190.5
60-69	98	164.3	150 - 179
70-79	23	163.8	150 - 178
80-98	5	165.0	157 - 171
14-98	886	166.3	135 - 190.50

ส่วนสูง

จากตารางที่ 4 พระสงฆ์จำนวน 886 รูป ระบุความสูง โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 166.3 เซนติเมตร ตารางที่ 4 แสดงส่วนสูงของพระสงฆ์จำแนกตามอายุ

ตารางที่ 5 ดัชนีมวลกายของพระสงฆ์ จำแนกตามช่วงอายุ (n=862)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	ดัชนีมวลกาย (กก/ม ²)	
		ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด - สูงสุด
14-19	29	22.8	16.1 - 34.2
20-29	118	25.9	15.8 - 54.6
30-44	213	25.9	15.8 - 58.1
45-59	348	25.3	15.4 - 55.8
60-69	95	25.4	16.2 - 53.8
70-79	22	23.6	15.9 - 31.6
80-98	5	23.6	14.7 - 35.9
14-98	862	25.4	14.7 - 58.1

ดัชนีมวลกาย

จากตารางที่ 5 แสดงดัชนีมวลกายของพระสงฆ์จำแนกตามอายุ พระสงฆ์จำนวน 862 รูป ได้รับการประเมินดัชนีมวลกาย โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 25.4 กก./ม.² ซึ่งค่าเฉลี่ยที่พบในพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไปแสดงให้เห็นถึงภาวะโภชนาการเกิน (ดัชนีมวลกาย ตั้งแต่ 23.00 กก./ม.²)

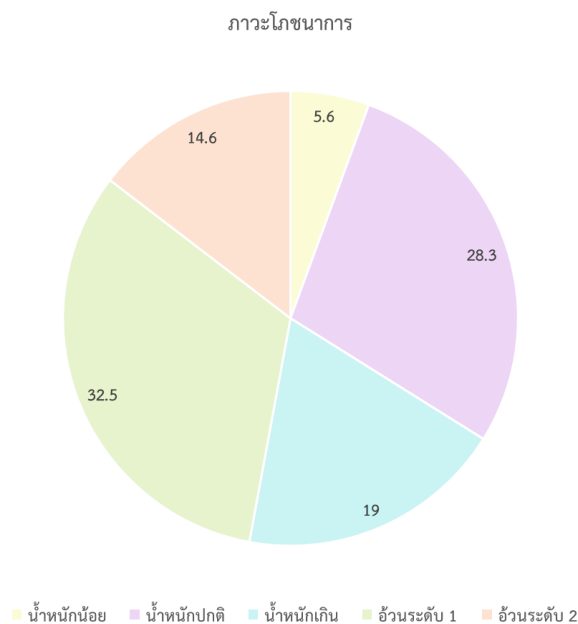
ตารางที่ 6 ภาวะโภชนาการของพระสงฆ์ จำแนกตามช่วงอายุ (n=862)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักน้อย	48	5.6
น้ำหนักปกติ	244	28.3
ภาวะโภชนาการเกิน	570	66.1
น้ำหนักเกิน	164	19.0
อ้วนระดับ 1	280	32.5
อ้วนระดับ 2	126	14.6
รวม	862	100

ภาวะโภชนาการ

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งระดับค่าดัชนีมวลกายโดยมีจุดตัดสำหรับประชากรเอเชียที่ 23 กก./ม.² โดยผู้ที่มีน้ำหนักตัวปกติ ควรมียดัชนีมวลกายอยู่ระหว่าง 18.5 – 22.9 กก./ม.² พระสงฆ์ที่มีดัชนีมวลกายระหว่าง 23.0 – 24.9 กก./ม.² ถือว่ามีภาวะน้ำหนักเกิน และ ดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 25 กก./ม.² ถือว่าเป็นภาวะอ้วน ซึ่งหากดัชนีมวลกายระหว่าง 25 – 29.99 กก./ม.² ถือว่ามีภาวะอ้วนระดับ 1 และดัชนีมวลกายที่มากกว่าหรือเท่ากับ 30 กก./ม.² ถือว่ามีภาวะอ้วนระดับ 2 ในขณะที่ดัชนีมวลกายน้อยกว่า 18.5 กก./ม.² ว่าเป็นน้ำหนักน้อย

จากตารางที่ 6 พบว่า พระสงฆ์ 862 รูป พบว่า ร้อยละ 5.6 ของพระสงฆ์มีภาวะน้ำหนักตัวน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 28.3 มีน้ำหนักปกติ และร้อยละ 66.1 มีภาวะโภชนาการเกิน โดยร้อยละ 19.0 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 32.5 มีภาวะอ้วนระดับ 1 และ ร้อยละ 14.6 มีภาวะอ้วนระดับ 2 ซึ่งจะเห็นได้ว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ในการสำรวจครั้งนี้มีภาวะอ้วน

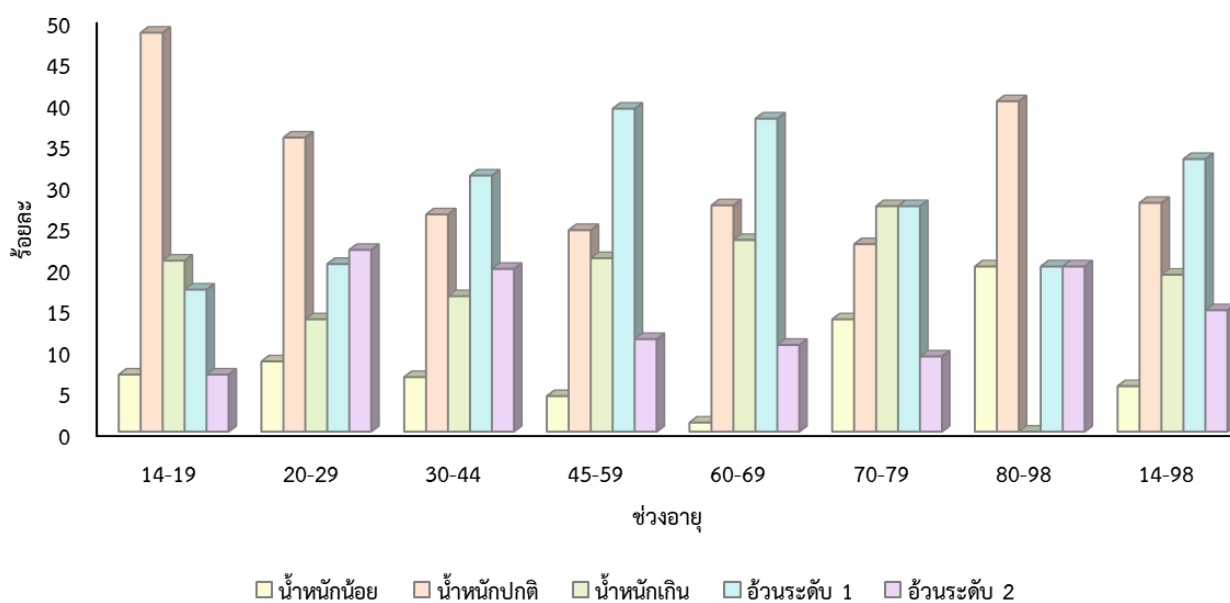


รูปที่ 5 : แผนภูมิวงกลมแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามภาวะโภชนาการ (n=862)

ตารางที่ 7 ภาวะโภชนาการของพระสงฆ์ จำแนกตามช่วงอายุ (n=830)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	ดัชนีมวลกาย									
		น้ำหนักน้อย		น้ำหนักปกติ		น้ำหนักเกิน		อ้วนระดับ 1		อ้วนระดับ 2	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14-19	29	2	6.9	14	48.3	6	20.7	5	17.2	2	6.9
20-29	118	10	8.5	42	35.6	16	13.6	24	20.3	26	22.0
30-44	213	14	6.6	56	26.3	35	16.4	66	31.0	42	19.7
45-59	348	15	4.3	85	24.4	73	21.0	136	39.1	39	11.2
60-69	95	1	1.1	26	27.4	22	23.2	36	37.9	10	10.5
70-79	22	3	13.6	5	22.7	6	27.3	6	27.3	2	9.1
80-98	5	1	20.0	2	40.0	0	0	1	20.0	1	20.0
14-98	830	46	5.5	230	27.7	158	19.0	274	33.0	122	14.7

จากตารางที่ 7 พบว่า ภาวะโภชนาการของพระสงฆ์ในแต่ละระดับ จำแนกตามช่วงอายุ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะโภชนาการเกิน ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกิน ภาวะอ้วนระดับ 1 และ ภาวะอ้วนระดับ 2 เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพที่สำคัญในพระสงฆ์ โดยเฉพาะในพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 30 ปีขึ้นไป จะพบว่ามีภาวะอ้วนระดับ 1 เพิ่มขึ้นและเป็นปัญหาที่พบได้มากที่สุด



รูปที่ 6 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามภาวะโภชนาการและช่วงอายุ (n=830)

ตารางที่ 8 ความยาวเส้นรอบเอวของพระสงฆ์ จำแนกตามช่วงอายุ (n=495)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	ความยาวเส้นรอบเอว (เซนติเมตร)	
		ค่าเฉลี่ย	ต่ำสุด – สูงสุด
14-19	11	85.2	63.5 – 114.3
20-29	60	87.3	50.8 – 138.0
30-44	126	91.2	50.8 – 175.0
45-59	220	89.2	44.0 – 178.0
60-69	53	92.2	63.0 – 150.0
70-79	8	88.5	76.0 – 101.6
80-98	2	73.7	63.5 – 83.8
14-98	495	89.5	44.0 – 178.0

ความยาวเส้นรอบเอว

จากตารางที่ 8 พบว่า สำหรับความยาวเส้นรอบเอว (waist circumference) ในภาพรวมมีพระสงฆ์จำนวนทั้งสิ้น 495 รูปทราบถึงค่าความยาวเส้นรอบเอวของตนเอง โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 87.18 เซนติเมตร เมื่อพิจารณาตามช่วงอายุ จะมีจำนวนพระสงฆ์ทั้งสิ้น 268 รูป โดยค่าเฉลี่ยของความยาวเส้นรอบเอวในพระสงฆ์ จำแนกตามอายุ

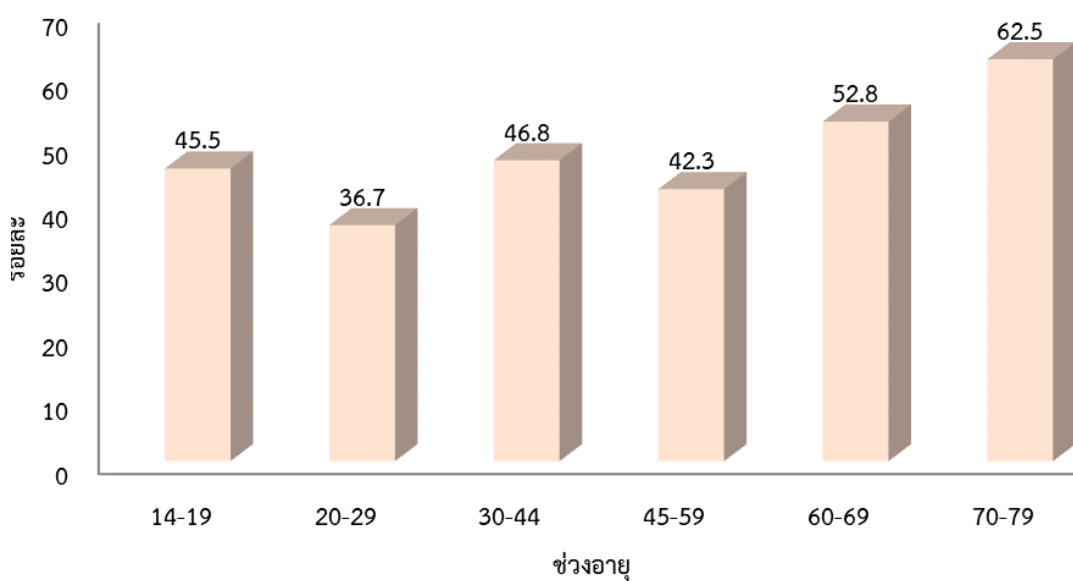
ตารางที่ 9 ภาวะอ้วนลงพุงของพระสงฆ์ จำแนกตามช่วงอายุ (n=480)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	อ้วนลงพุง	
		จำนวน	ร้อยละ
14-19	11	5	45.5
20-29	60	22	36.7
30-44	126	59	46.8
45-59	220	93	42.3
60-69	53	28	52.8
70-79	8	5	62.5
80-98	2	0	0
14-98	480	212	44.2

ภาวะอ้วนลงพุง

จากตารางที่ 9 พบว่า พระสงฆ์ทั้งสิ้น 480 รูปที่ระบุรอบเอวและอายุ พบว่าร้อยละ 44.2 ของพระสงฆ์มีภาวะอ้วนลงพุง โดยมีความยาวเส้นรอบเอว มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร โดยพระสงฆ์ช่วงอายุ 70-79 ปี พบความชุกของภาวะอ้วนลงพุงสูงสุด ตามมาด้วย พระสงฆ์ที่มีอายุในช่วง 60 – 69 ปี และ 30 – 44 ปีตามลำดับ

อ้วนลงพุง



รูปที่ 7 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์ที่มีภาวะอ้วนลงพุง จำแนกตามช่วงอายุ

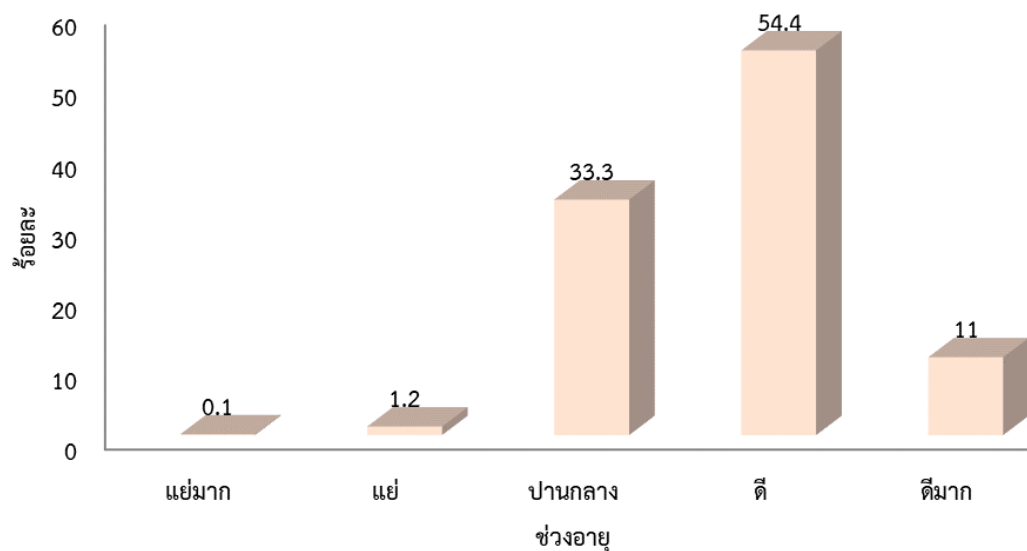
ตารางที่ 10 ภาวะสุขภาพโดยรวมตามการรับรู้ของพระสงฆ์ (n=892)

ภาวะสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์ ตามการรับรู้	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
แย่มาก	1	0.1
แย่	11	1.2
ปานกลาง	297	33.3
ดี	485	54.4
ดีมาก	98	11.0
รวม	892	100

ภาวะสุขภาพโดยรวม

จากตารางที่ 10 พบว่า ภาวะสุขภาพโดยรวมตามการรับรู้ของพระสงฆ์ พระสงฆ์ส่วนใหญ่รับรู้สุขภาพโดยรวมของตนว่าอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 54.4) ในขณะที่ร้อยละ 1 รับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมในระดับแย่มาก และร้อยละ 0.1 มองว่าภาวะสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับแย่มาก

ภาวะสุขภาพโดยรวม



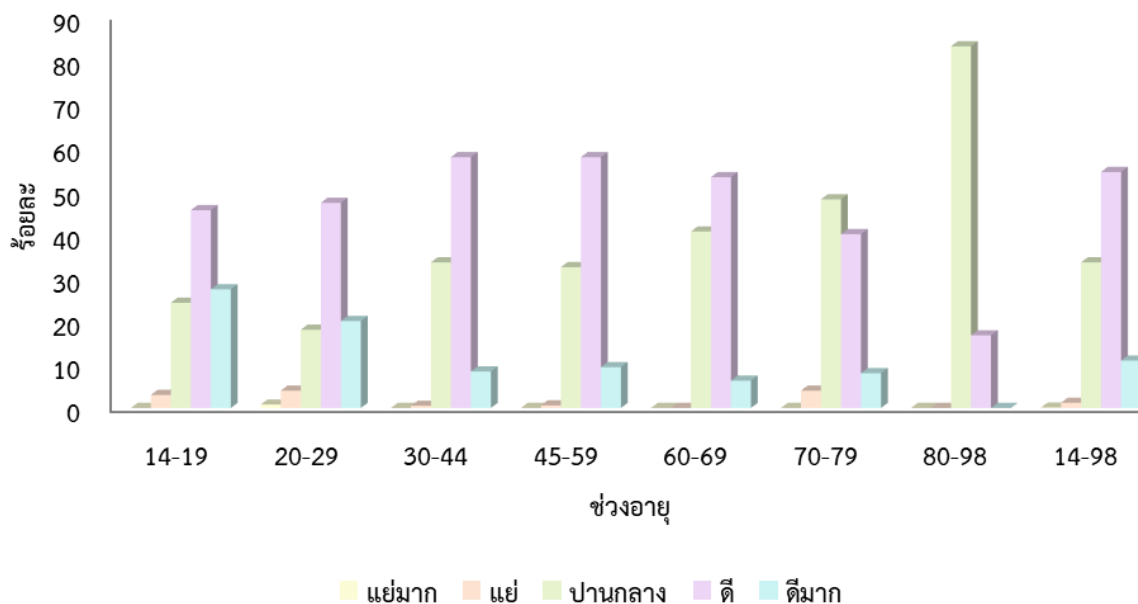
รูปที่ 8 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามภาวะสุขภาพโดยรวมตามการรับรู้ของพระสงฆ์ (n=892)

ตารางที่ 11 ภาวะสุขภาพโดยรวมตามการรับรู้ของพระสงฆ์ และช่วงอายุ (n=852)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	ภาวะสุขภาพโดยรวม									
		แย่มาก		แย่มาก		ปานกลาง		ดี		ดีมาก	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14-19	33	0	0	1	3.0	8	24.2	15	45.5	9	27.3
20-29	125	1	0.8	5	4.0	35	18.0	59	47.2	25	20.0
30-44	215	0	0	1	0.5	72	33.5	124	57.7	18	8.4
45-59	352	0	0	2	0.6	114	32.4	203	57.7	33	9.4
60-69	96	0	0	0	0	39	40.6	51	53.1	6	6.3
70-79	25	0	0	1	4.0	12	48.0	10	40.0	2	8.0
80-98	6	0	0	0	0	5	83.2	1	16.7	0	0
14-98	852	1	0.1	10	1.2	285	33.5	463	54.3	93	10.9

จากตารางที่ 11 แสดงร้อยละและจำนวนของพระสงฆ์จำแนกตามภาวะสุขภาพโดยรวมตามการรับรู้ของพระสงฆ์และช่วงอายุ พบว่า พระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปมีการรับรู้สุขภาพโดยรวมว่าอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่พระสงฆ์ที่อายุน้อยกว่า 70 ปีลงมา ส่วนใหญ่ประเมินว่าภาวะสุขภาพโดยรวมของตนเองอยู่ในระดับดี

ภาวะสุขภาพโดยรวม



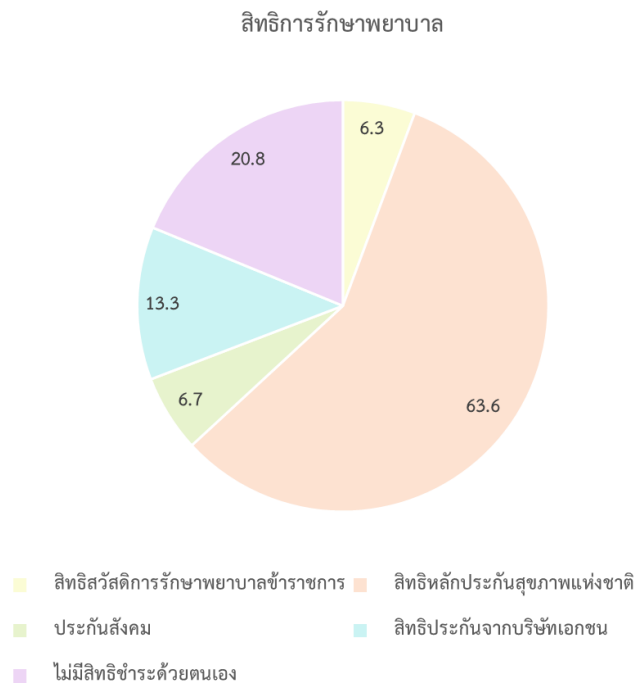
รูปที่ 9 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามภาวะสุขภาพโดยรวมตามการรับรู้และช่วงอายุ

ตารางที่ 12 สิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ (n=872)

สิทธิการรักษาพยาบาล	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ค่า
สิทธิการรักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	872	
สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ, จำนวน (ร้อยละ)		55 (6.3)
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, จำนวน (ร้อยละ)		552 (63.3)
ประกันสังคม, จำนวน (ร้อยละ)		58 (6.7)
สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน, จำนวน (ร้อยละ)		116 (13.3)
ไม่มีสิทธิชำระด้วยตนเอง, จำนวน (ร้อยละ)		181 (20.8)

สิทธิการรักษาพยาบาล

จากตารางที่ 12 สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด จำนวน 552 รูป คิดเป็นร้อยละ 63.5 ต่อมา ไม่มีสิทธิชำระด้วยตนเอง จำนวน 181 รูป คิดเป็นร้อยละ 20.8 สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน จำนวน 116 รูป คิดเป็นร้อยละ 13.3 ประกันสังคม จำนวน 58 รูป คิดเป็นร้อยละ 6.7 สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำนวน 55 รูป คิดเป็นร้อยละ 6.3



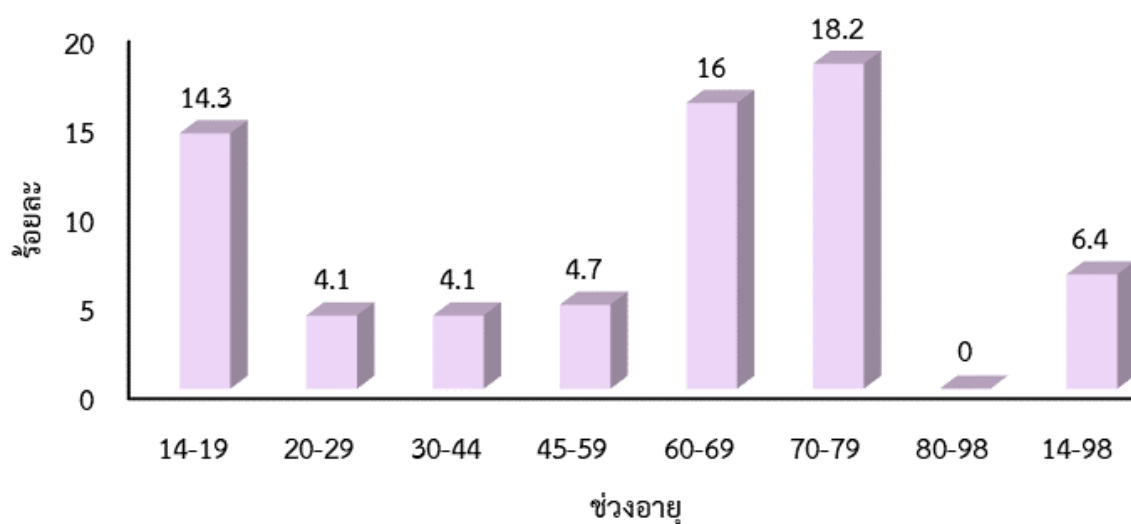
รูปที่ 10 แผนภูมิวงกลมแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามสิทธิการรักษาพยาบาล (n=872)

ตารางที่ 13 พระสงฆ์ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำแนกตามช่วงอายุ (n=53)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	
		จำนวน	ร้อยละ
14-19	28	4	14.3
20-29	122	5	4.1
30-44	218	9	4.1
45-59	314	16	4.7
60-69	94	15	16.0
70-79	22	4	18.2
80-98	6	0	0
14-98	831	53	6.4

จากตารางที่ 13 สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ พบว่า เมื่อจำแนกตามอายุ พระสงฆ์ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการสูงสุดได้แก่ พระสงฆ์ในช่วงอายุ 70-79 ปี, ตามมาด้วย ช่วงอายุ 45-59 ปี และ 14-19 ปีตามลำดับ

สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

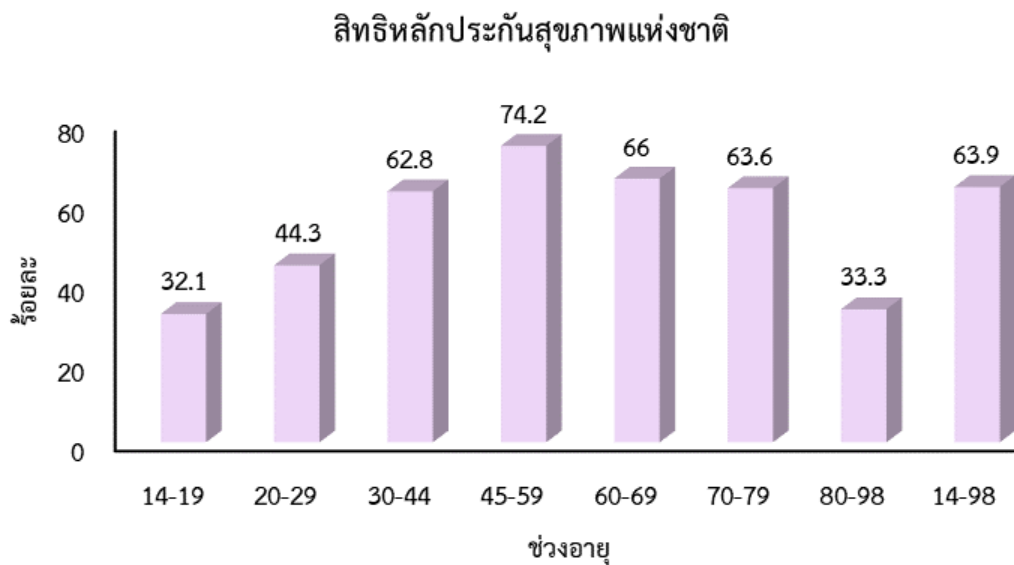


รูปที่ 11 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์ที่มีสิทธิสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการจำแนกตามช่วงอายุ (n=53)

ตารางที่ 14 พระสงฆ์ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกตามช่วงอายุ (n=531)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	พระสงฆ์ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	
		จำนวน	ร้อยละ
14-19	28	9	32.1
20-29	122	54	44.3
30-44	218	137	62.8
45-59	341	253	74.2
60-69	94	62	66.0
70-79	22	14	63.6
80-98	6	2	33.3
14-98	831	531	63.9

จากตารางที่ 14 สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า พระสงฆ์ที่ใช้สิทธิสวัสดิการรักษายาพยาบาลข้าราชการสูงสุดได้แก่ พระสงฆ์ในช่วงอายุ 45-59 ปี ตามมาด้วย ช่วงอายุ 60-69 ปี และ 70-79 ปีตามลำดับ ในขณะที่สามแฉกรช่วงอายุ 14-19 ปี และ พระสงฆ์ที่อายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป มีเพียง 1 ใน 3 ที่เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

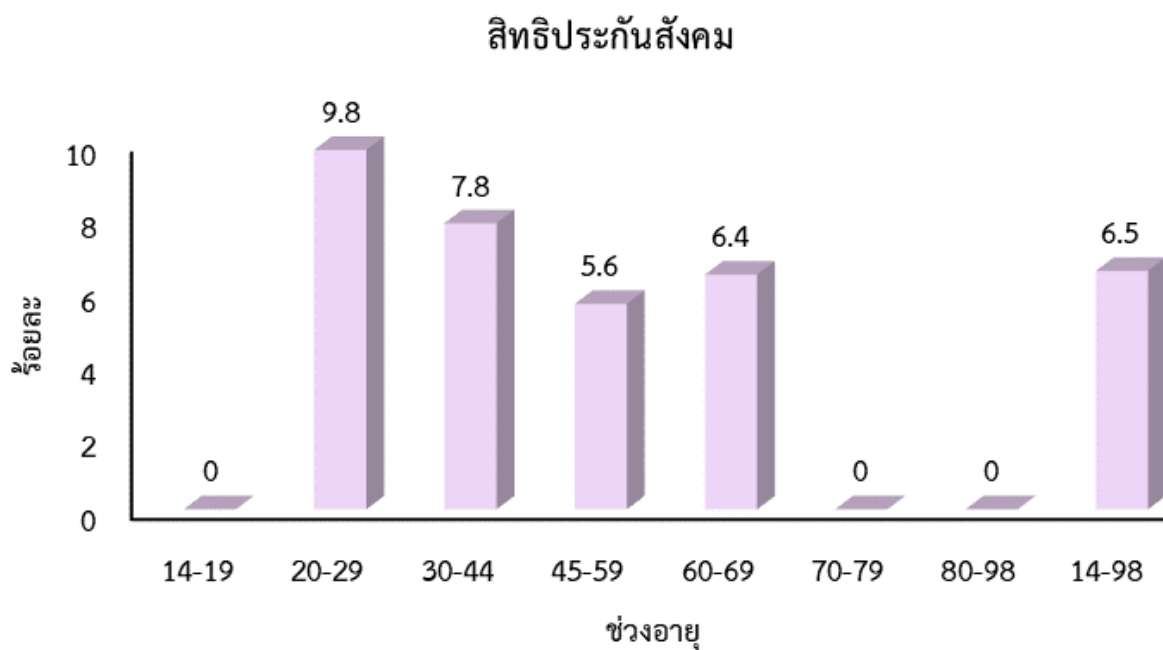


รูปที่ 12 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์ที่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำแนกตามช่วงอายุ (n=531)

ตารางที่ 15 พระสงฆ์ที่ใช้สิทธิประกันสังคมจำแนกตามช่วงอายุ (n=54)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	พระสงฆ์ที่ใช้สิทธิประกันสังคม	
		จำนวน	ร้อยละ
14-19	28	0	0.0
20-29	122	12	9.8
30-44	218	17	7.8
45-59	341	19	5.6
60-69	94	6	6.4
70-79	22	0	0.0
80-98	6	0	0.0
14-98	831	54	6.5

จากตารางที่ 15 สิทธิประกันสังคม ร้อยละ 6.5 ของพระสงฆ์ที่ใช้สิทธิประกันสังคม เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ช่วงอายุที่ใช้สวัสดิการรักษายาพยาบาลจากสิทธิประกันสังคมสูงสุด ได้แก่ ช่วงอายุ 20-29 ปี, 30-44 ปี, และ 60-69 ปีตามลำดับ

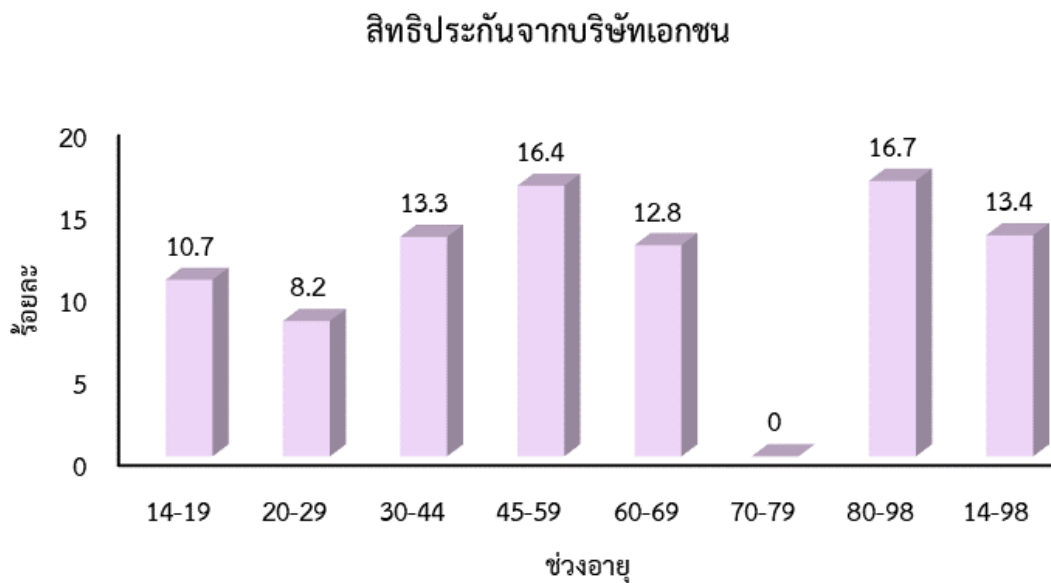


รูปที่ 13 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์ที่ใช้สิทธิประกันสังคมจำแนกตามช่วงอายุ (n=54)

ตารางที่ 16 พระสงฆ์ที่ใช้สิทธิประกันจากบริษัทเอกชนจำแนกตามช่วงอายุ (n=111)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	พระสงฆ์ที่ใช้สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน	
		จำนวน	ร้อยละ
14-19	28	3	10.7
20-29	122	10	8.2
30-44	218	29	13.3
45-59	341	56	16.4
60-69	94	12	12.8
70-79	22	0	0
80-98	6	1	16.7
14-98	831	111	13.4

จากตารางที่ 16 สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน ร้อยละ 13.4 ของพระสงฆ์ที่ใช้สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ช่วงอายุที่ใช้สิทธิประกันจากบริษัทเอกชนสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ช่วงอายุ 80-89 ปี, 45-59 ปี, และ 30-44 ปี ตามลำดับ



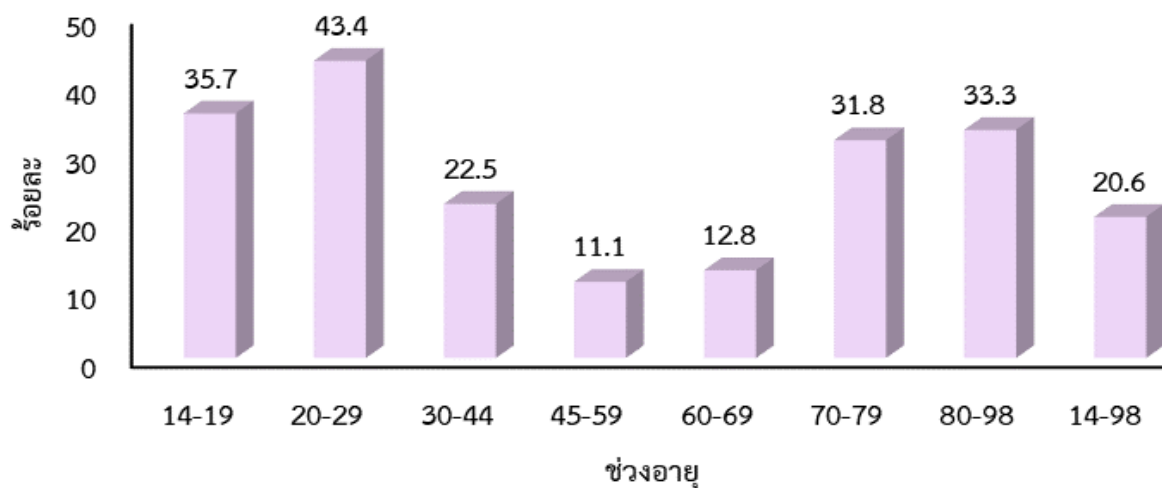
รูปที่ 14 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์ที่ใช้สิทธิประกันจากบริษัทเอกชนจำแนกตามช่วงอายุ (n=111)

ตารางที่ 17 พระสงฆ์ที่ชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยตนเองจำแนกตามช่วงอายุ (n=171)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	พระสงฆ์ที่ชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง	
		จำนวน	ร้อยละ
14-19	28	10	35.7
20-29	122	53	43.4
30-44	218	49	22.5
45-59	341	38	11.1
60-69	94	12	12.8
70-79	22	7	31.8
80-98	6	2	33.3
14-98	831	171	20.6

จากตารางที่ 17 พบว่า สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน ร้อยละ 13.4 ของพระสงฆ์ใช้สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน เมื่อจำแนกตามอายุ พบว่า ช่วงอายุที่ใช้สิทธิประกันจากบริษัทเอกชนสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ช่วงอายุ 80-89 ปี, 45-59 ปี, และ 30-44 ปี ตามลำดับ

ชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง



รูปที่ 15 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์ที่ชำระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลด้วยตนเองจำแนกตามช่วงอายุ (n=171)

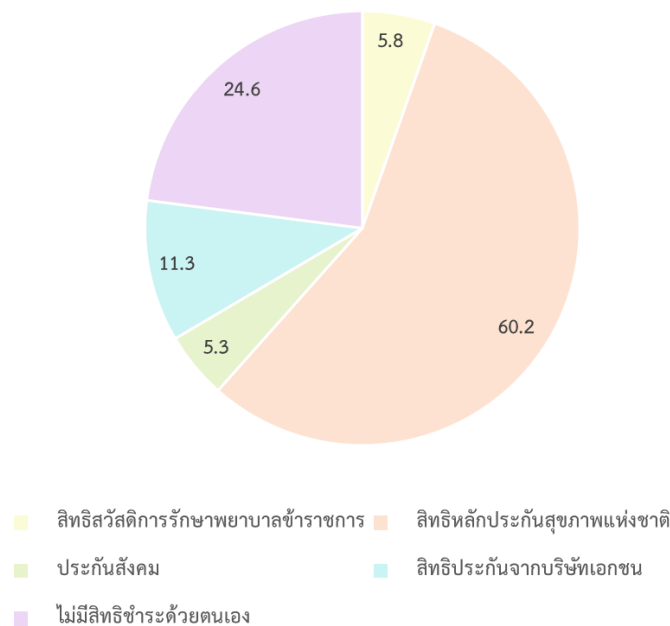
ตารางที่ 18 สิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ที่ใช้ในรอบปีที่ผ่านมา (n=566)

สิทธิการรักษาพยาบาล	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ค่า
สิทธิการรักษาพยาบาล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	566	
สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ, จำนวน (ร้อยละ)		33 (5.8)
สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, จำนวน (ร้อยละ)		341 (60.2)
ประกันสังคม, จำนวน (ร้อยละ)		30 (5.3)
สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน, จำนวน (ร้อยละ)		64 (11.3)
ไม่มีสิทธิชำระด้วยตนเอง, จำนวน (ร้อยละ)		139 (24.6)

สิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้ในรอบปีที่ผ่านมา

จากตารางที่ 18 พบว่า พระสงฆ์ที่ตอบแบบสอบถามในประเด็นนี้ จำนวน 844 รูป ใน 1 ปีที่ผ่านมา มีพระสงฆ์จำนวน 566 (ร้อยละ 67.1) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สำหรับสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า สิทธิในการรักษาพยาบาลที่พระสงฆ์ใช้มากที่สุด ได้แก่ พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมากที่สุด จำนวน 341 รูป คิดเป็นร้อยละ 60.2 ต่อมา ไม่มีสิทธิชำระด้วยตนเอง จำนวน 139 รูป คิดเป็นร้อยละ 24.6 สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน จำนวน 64 รูป คิดเป็นร้อยละ 11.3 สิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ จำนวน 33 รูป คิดเป็นร้อยละ 5.8 และประกันสังคม จำนวน 30 รูป คิดเป็นร้อยละ 5.3

สิทธิการรักษาพยาบาลที่ใช้ในรอบปีที่ผ่านมา



รูปที่ 16 : แผนภูมิแสดงร้อยละของสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ที่ใช้ในรอบปีที่ผ่านมา (n=566)

ตารางที่ 19 ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในรอบปีที่ผ่านมา	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ค่าเฉลี่ย
ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ	293	14,843
เบี้ยประกันสุขภาพ	66	19,326
เบี้ยประกันชีวิต	134	28,630

ค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ

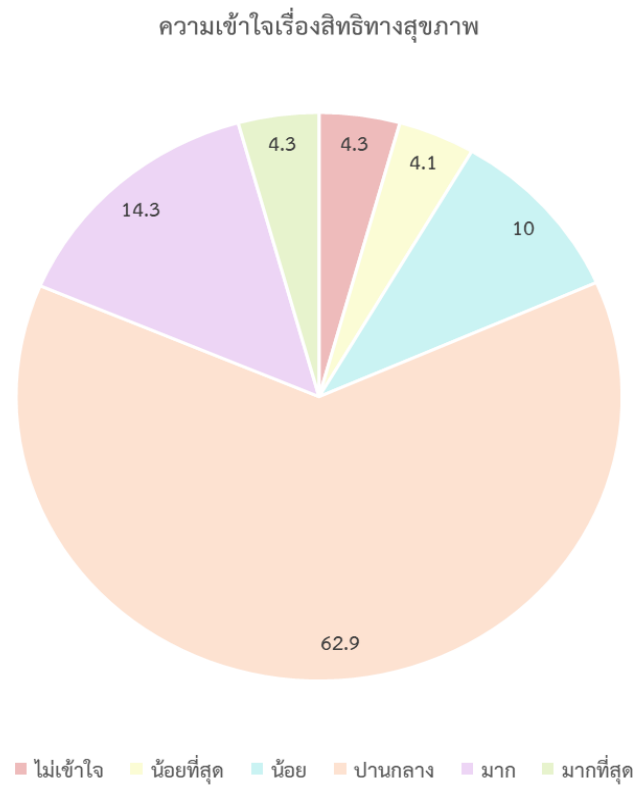
จากตารางที่ 19 พบว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา พระสงฆ์จำนวน 293 รูปมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ เฉลี่ยประมาณ 14,843 บาท ขณะพระสงฆ์ 66 รูป มีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเบี้ยประกันสุขภาพ โดยเฉลี่ยประมาณ 19,326 บาท และ พระสงฆ์จำนวน 134 รูปมีค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับเบี้ยประกันชีวิตโดยเฉลี่ยเท่ากับ 28,630 บาท

ตารางที่ 20 ความเข้าใจเรื่องสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์ (n=877)

ความเข้าใจเรื่องสิทธิทางสุขภาพ	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เข้าใจ	38	4.3
น้อยที่สุด	36	4.1
น้อย	88	10.0
ปานกลาง	552	62.9
มาก	125	14.3
มากที่สุด	38	4.3
รวม	877	100

ความเข้าใจเรื่องสิทธิทางสุขภาพ

จากตารางที่ 20 พบว่า ความเข้าใจเรื่องสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง พระสงฆ์มีความเข้าใจในระดับปานกลางมากที่สุด จำนวน 552 รูป คิดเป็นร้อยละ 62.9 ต่อมา ระดับมาก 125 รูป คิดเป็นร้อยละ 14.3 ระดับน้อยจำนวน 88 รูป คิดเป็นร้อยละ 10.0 ระดับมากที่สุด 38 รูป คิดเป็นร้อยละ 4.3 ไม่เข้าใจ 38 รูป คิดเป็นร้อยละ 4.3 ขณะที่พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในระดับน้อยที่สุด จำนวน 36 รูป คิดเป็นร้อยละ 4.1



รูปที่ 17 : แผนภูมิแสดงร้อยละของความเข้าใจเรื่องสิทธิทางสุขภาพของพระสงฆ์จำแนกตามระดับ (n= 877)

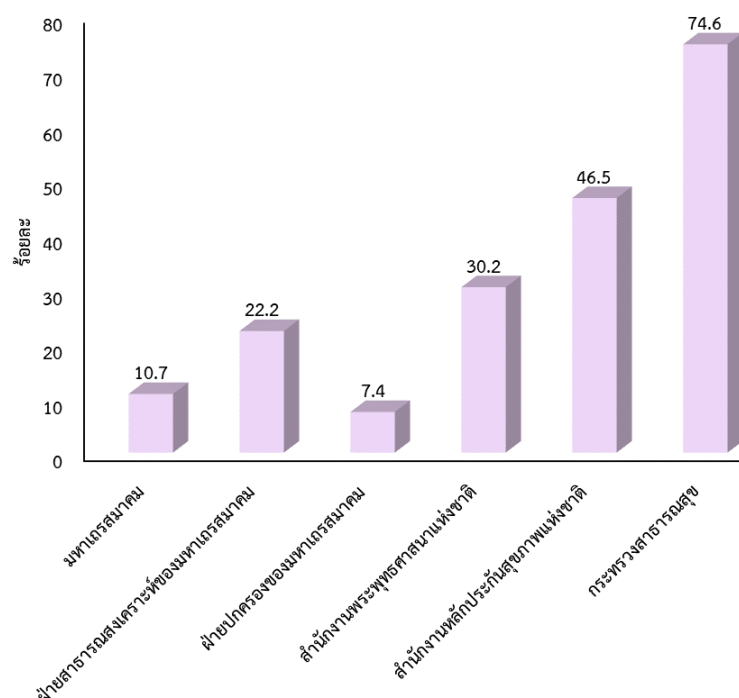
ตารางที่ 21 หน่วยงานที่ควรมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์ (n=853)

หน่วยงานที่ควรมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
มหาเถรสมาคม	91	10.7
ฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม	189	22.2
ฝ่ายปกครองของมหาเถรสมาคม	63	7.4
สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ	259	30.2
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	390	46.5
กระทรวงสาธารณสุข	629	74.6

หน่วยงานที่ควรมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์

จากตารางที่ 21 พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นมากที่สุดควรเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 629 รูป คิดเป็นร้อยละ 74.6 ถัดมา สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวน 390 รูป คิดเป็นร้อยละ 46.5 สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ 259 รูป คิดเป็นร้อยละ 30.2 ฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมจำนวน 189 รูป คิดเป็นร้อยละ 22.2 มหาเถรสมาคม จำนวน 91 รูป คิดเป็นร้อยละ 10.7 และ ฝ่ายปกครองของมหาเถรสมาคมจำนวน 63 รูป คิดเป็นร้อยละ 7.4

หน่วยงานที่ควรมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์



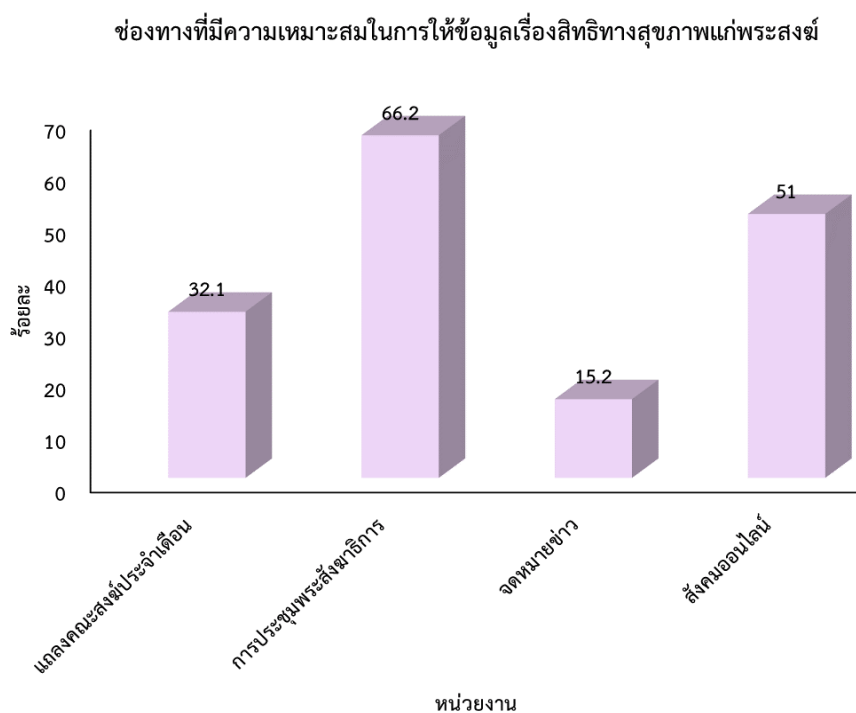
รูปที่ 18 : แผนภูมิแสดงร้อยละของหน่วยงานที่ควรมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์ (n=853)

ตารางที่ 22 ช่องทางที่มีความเหมาะสมในการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์ (n=844)

ช่องทางที่มีความเหมาะสมในการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
แถลงคณะสงฆ์ประจำเดือน	271	32.1
การประชุมพระสังฆาธิการ	560	66.2
จดหมายข่าว	128	15.2
ช่องทางสังคมออนไลน์	430	51.0

ช่องทางการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิสุขภาพแก่พระสงฆ์

จากตารางที่ 22 พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างเห็นว่าการประชุมพระสังฆาธิการเป็นช่องทางการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์เหมาะสมมากที่สุด จำนวน 560 รูป คิดเป็นร้อยละ 66.2 ถัดมาช่องทางสังคมออนไลน์จำนวน 430 รูป คิดเป็นร้อยละ 51.0 แถลงคณะสงฆ์ประจำเดือน จำนวน 271 รูป คิดเป็นร้อยละ 32.1 และ จดหมายข่าว จำนวน 128 รูป คิดเป็นร้อยละ 15.2



รูปที่ 19 : แผนภูมิแสดงร้อยละของช่องทางที่มีความเหมาะสมในการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์ (n=844)

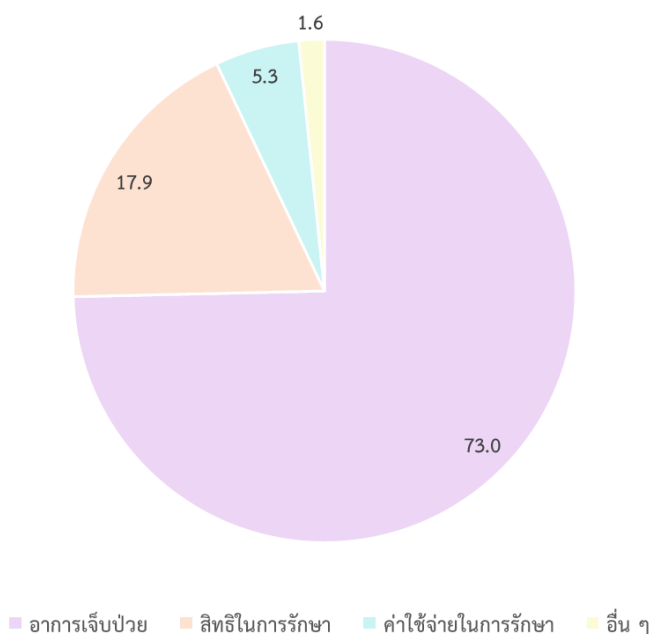
ตารางที่ 23 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้พระสงฆ์ตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล (n=862)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้พระคุณเจ้าตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
อาการเจ็บป่วย	629	73.0
สิทธิในการรักษา	168	17.9
ค่าใช้จ่ายในการรักษา	50	5.3
อื่น ๆ	15	1.6
รวม	862	100

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้พระสงฆ์ตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล

จากตารางที่ 23 พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างเข้ารับการรักษาพยาบาลจากอาการเจ็บป่วยมากที่สุด จำนวน 629 รูป คิดเป็นร้อยละ 73.0 ถัดมา สิทธิในการรักษา จำนวน 168 รูป คิดเป็นร้อยละ 17.9 ค่าใช้จ่ายในการรักษา จำนวน 50 รูป คิดเป็นร้อยละ 5.8 ขณะที่พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างเข้ารับรักษาพยาบาลน้อยที่สุดจากปัจจัย อื่น ๆ จำนวน 15 รูป คิดเป็นร้อยละ 1.6

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้พระคุณเจ้าตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล



รูปที่ 20 : แผนภูมิแสดงร้อยละของปัจจัยสำคัญที่ทำให้พระสงฆ์ตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล

ตารางที่ 24 การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases [NCDs]) (n=862)

ข้อมูลพื้นฐานการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการบอกจากแพทย์มาอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	799	100
ไม่เป็น	465	58.2
เป็น	334	41.8
ไซข้ออักเสบ	23	6.9
กระเพาะอาหารอักเสบ	35	10.5
ถุงลมโป่งพอง	12	3.6
เบาหวาน	84	25.1
หอบหืด	20	6.0
หลอดเลือดหัวใจตีบ	11	1.2
ไขมันในเลือดสูง	98	29.3
ไต	19	5.7
หลอดเลือดอักเสบเรื้อรัง	8	2.4
ความดันโลหิตสูง	104	31.1
หัวใจเต้นผิดปกติ	18	5.4
หลอดเลือดสมอง	7	2.1
อื่น ๆ ได้แก่		
ภูมิแพ้	7	2.1
เก๊าท์	4	1.2
ไทรอยด์	4	1.2
โรคตับ	3	0.9
หัวใจล้มเหลว	2	0.6
หมอนรองกระดูกเสื่อม	2	0.6
โรคของกล้ามเนื้อ	2	0.6
มะเร็ง	2	0.6
นิ่ว	2	0.6
ความผิดปกติของเกล็ดเลือด	1	0.3
ริดสีดวงทวาร	1	0.3
กรดไหลย้อน	1	0.3
ลำไส้อักเสบเรื้อรัง	1	0.3
ความผิดปกติของลิ้นหัวใจ	1	0.3

ข้อมูลพื้นฐานการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ระบุ	25	7.5

การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases [NCDs])

จากตารางที่ 24 พบว่า ร้อยละ 41.8 ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสามอันดับแรกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยสุดในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบได้ร้อยละ 31.1 ของพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัว ตามมาด้วย ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 29.3 และ เบาหวาน ร้อยละ 25.1

ตารางที่ 25 การจัดการที่กระทำเป็นอันดับแรกเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ อ่อนเพลียของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n=785)

การจัดการที่กระทำเป็นอันดับแรกเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ อ่อนเพลีย	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ปล่อยให้หายเอง	79	10.1
ปรึกษาพระภิกษุ	14	1.8
ปรึกษานักคนอื่น	4	0.5
ไปสถานีนอนามัย	162	20.6
ไปโรงพยาบาลของรัฐ	114	14.5
ไปโรงพยาบาลเอกชน	42	5.4
ไปคลินิก	100	12.7
ซื้อยามาฉินเอง	190	24.2
ฉินยาตองด้วยน้ำมูตรเมา	4	0.5
ฉินยาตำราหลวงที่ได้รับจากญาติโยม	61	7.8
อื่น ๆ ได้แก่ การค้นหาข้อมูลด้วยตนเองในอินเทอร์เน็ต	15	1.9
และการใช้หลายวิธีร่วมกัน		
รวม	785	100

จากตารางที่ 25 พบว่า เมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพหรือมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย ๆ เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ อ่อนเพลีย การจัดการที่พระสงฆ์กระทำสามอันดับแรก ได้แก่ การซื้อยามาฉินเอง (ร้อยละ 24.2) ตามมาด้วย การไปสถานีนอนามัย (ร้อยละ 20.6) และ ไปโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 14.5)

ตารางที่ 26 การใช้ยา ยาสมุนไพร อาหารเสริม หรือยาบำรุงของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n=690)

การใช้ยา ยาสมุนไพร อาหารเสริม หรือยาบำรุง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ยาใช้ยาใด	364	52.8
ยาดองน้ำมูตร	11	1.6
ยา	148	21.4
สมุนไพร	106	15.4
อาหารเสริม	70	10.1
ยาบำรุง	54	7.8

จากตารางที่ 26 การใช้ยาอื่น ๆ ยาสมุนไพร อาหารเสริม หรือยาบำรุงนั้น ส่วนใหญ่ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (ร้อยละ 52.8) ไม่ได้ใช้ยา สมุนไพร อาหารเสริม หรือยาบำรุงใด ๆ

ตารางที่ 27 การอบรมเกี่ยวกับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n=759)

การอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เข้ารับการอบรม	584	76.9
รับการอบรม	175	23.1
รวม	759	100

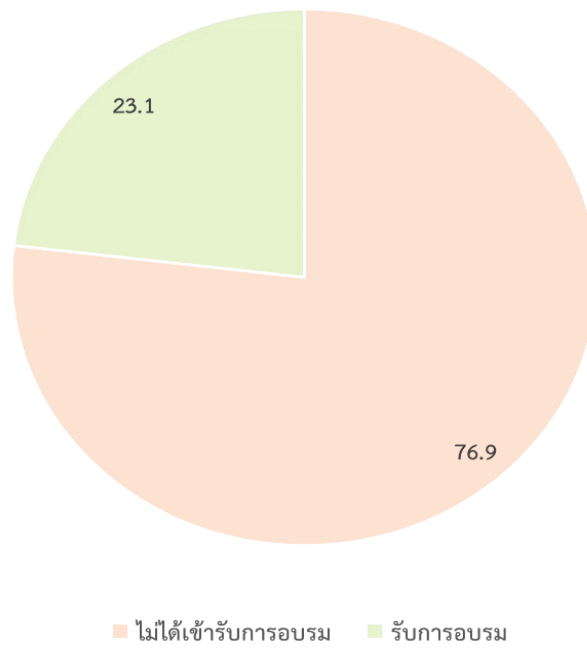
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วย

การป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้บุคคลสามารถสร้างเสริมสุขภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ประกอบด้วย การป้องกัน 3 ระดับได้แก่ ระดับปฐมภูมิ ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ

การป้องกันระดับปฐมภูมิ (primary prevention) เป็นการป้องกันที่มุ่งเน้นในการให้ความรู้แก่บุคคลเพื่อให้บุคคลสามารถนำความรู้ไปใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดโรคและความเจ็บป่วย

จากตารางที่ 27 การป้องกันระดับปฐมภูมิ ประเมินจาก การเข้าร่วมอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ จากการศึกษาพบว่า ถึงแม้กลุ่มตัวอย่างของพระสงฆ์ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล ที่มี 1 ในภารกิจหลักเกี่ยวกับสุขภาพและอนามัย มีเพียงร้อยละ 23.1 ของพระสงฆ์ที่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ

การอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ



รูปที่ 21 : แผนภูมิวงกลมแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ (n=870)

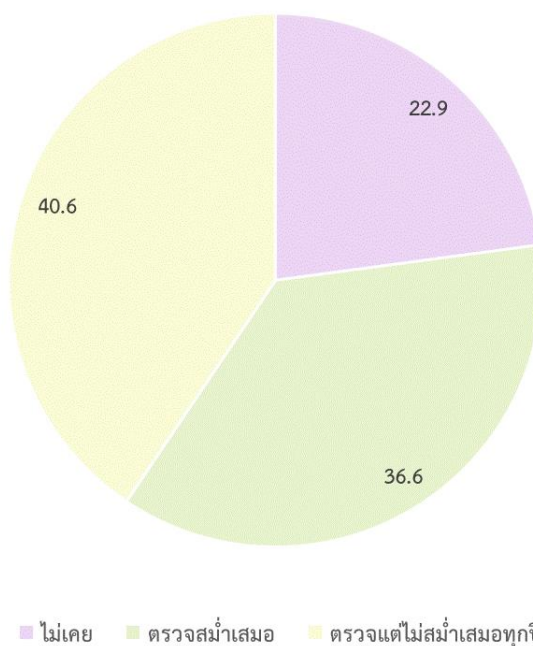
ตารางที่ 28 การตรวจสุขภาพประจำปีของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n=870)

การตรวจสุขภาพประจำปี	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เคย	199	22.9
ตรวจสม่ำเสมอ	318	36.6
ตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอทุกปี	353	40.6
รวม	870	100

การป้องกันระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) เป็นการป้องกันที่มุ่งเน้นให้บุคคลเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้รับการที่วินิจฉัยตั้งแต่ในระยะแรก ในการศึกษาครั้งนี้ ประเมินจากการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี และการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่

จากตารางที่ 28 การตรวจสุขภาพประจำปี มีเพียงร้อยละ 36.6 ของพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างสม่ำเสมอ จำนวนและร้อยละของพระสงฆ์ที่เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี

การตรวจสุขภาพประจำปี



รูปที่ 22 : แผนภูมิวงกลมแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามการตรวจสุขภาพประจำปี (n=870)

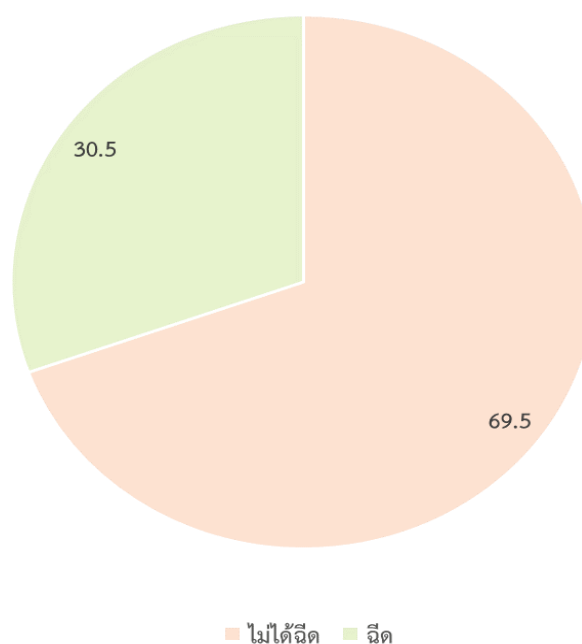
ตารางที่ 29 การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n=847)

ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้ฉีด	589	69.5
ฉีด	258	30.5
รวม	847	100

การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่

จากตารางที่ 29 สำหรับพฤติกรรมเพื่อการป้องกันโรค ประเมินจากการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่ได้ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (ร้อยละ 69.5)

การฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่



รูปที่ 23 : แผนภูมิวงกลมแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (n=847)

ตารางที่ 30 จำนวนและร้อยละของการปฏิบัติในช่วงระยะเวลา 1 เดือนในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n=334)

การปฏิบัติในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ในพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง	ทำทุกครั้ง	ทำเป็น ส่วนใหญ่	ทำเป็น ส่วนน้อย	ไม่ทำเลย	ไม่ตอบ
ไปพบแพทย์ตามนัด	170 (50.9)	36 (10.8)	20 (6.0)	13 (3.9)	95 (28.4)
ฉันทยาตามแพทย์สั่ง	167 (50.0)	42 (12.6)	9 (2.7)	12 (3.6)	104 (31.1)

การป้องกันระดับตติยภูมิ (tertiary prevention) เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ เพื่อลดภาวะแทรกซ้อน ความเจ็บป่วยหรือความพิการที่อาจเกิดจากโรค รวมถึงมีการการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ในการศึกษาครั้งนี้สำรวจจากพระสงฆ์ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประเด็นของการฉันทยาอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด

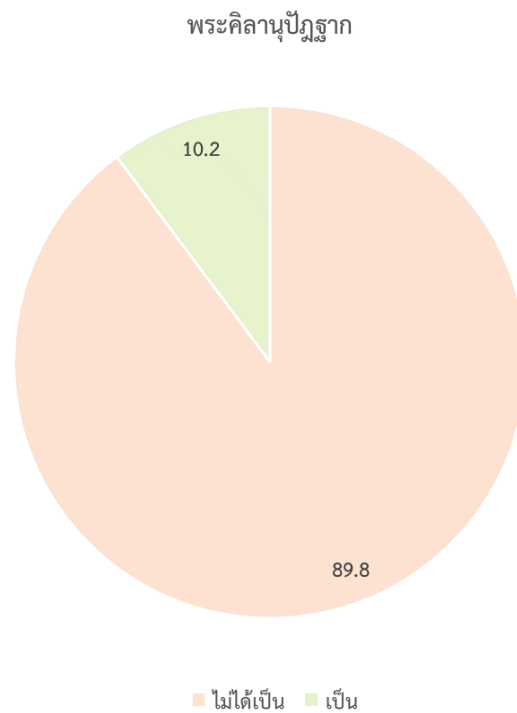
จากตารางที่ 30 ผลการศึกษาพบว่า ในช่วงระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมา ประมาณครึ่งหนึ่งของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังไปพบแพทย์ตามนัด และฉันทยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 31 บทบาทการเป็นพระคิลานุปัฏฐากของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n=734)

พระคิลานุปัฏฐาก	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ร้อยละ
ไม่ได้เป็น	659	89.8
เป็น	75	10.2
รวม	734	100

บทบาทการเป็นพระคิลานุปัฏฐาก

พระคิลานุปัฏฐาก เป็นบทบาทของพระสงฆ์ที่มุ่งเน้นให้พระสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างคณะสงฆ์ และกรมอนามัย จากตารางที่ 31 พบว่า มีเพียงร้อยละ 10.2 ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่ดำรงบทบาทเป็นพระคิลานุปัฏฐาก



รูปที่ 24 : แผนภูมิวงกลมแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามบทบาทการเป็นพระคิลานุปัฏฐาก (n=734)

ตารางที่ 32 ทักษะพื้นฐาน จำแนกตามระดับความสามารถในการปฏิบัติตามการรับรู้ของพระสงฆ์

ทักษะพื้นฐานของพระสงฆ์	จำนวน (ร้อยละ)				รวม
	ไม่ได้เลย	พอทำได้	ทำได้ดี	ทำได้ดีมาก	
1. เขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ	1 (0.1)	308 (34.8)	424 (48.0)	151 (17.1)	884 (100)
2. อ่านหนังสือได้เข้าใจ	3 (0.3)	175 (19.8)	501 (56.5)	207 (23.4)	886 (100)
3. พูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง	4 (0.5)	161 (18.2)	498 (56.4)	220 (24.9)	883 (100)
4. ได้ยินเสียงชัดเจน	7 (0.8)	129 (14.6)	465 (52.7)	281 (31.9)	882 (100)
5. มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน	6 (0.7)	223 (25.2)	467 (52.8)	189 (21.4)	885 (100)
6. ทำกิจวัตรประจำวัน	7 (0.8)	130 (14.6)	543 (60.9)	211 (23.7)	891 (100)
7. ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	5 (0.6)	122 (13.8)	466 (52.8)	289 (32.8)	882 (100)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะส่วนบุคคลที่สะท้อนถึงการรับรู้ การอยู่ร่วมในสังคมของบุคคลที่พึงกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ภายใต้การใช้ทักษะพื้นฐานในการอ่าน การคำนวณ ตลอดจนจนถึงทักษะและความสามารถทางปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารหรือบริการที่ได้รับว่ามีความถูกต้องเหมาะสม เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี รวมถึงสามารถบอกเล่าส่งต่อความรู้ที่เป็นประโยชน์ให้แก่บุคคลอื่น ๆ ในสังคมของตนได้

ทักษะพื้นฐาน

ทักษะพื้นฐานที่เป็นองค์ประกอบสำคัญของความรอบรู้สุขภาพ ทั้ง 7 ทักษะ ตามการรับรู้ของพระสงฆ์ แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้เลย (1 คะแนน) ถึงทำได้ดีมาก (4 คะแนน) เมื่อพิจารณาในแต่ละทักษะพื้นฐาน จากตารางที่ 32 พบว่า พระสงฆ์กลุ่มส่วนใหญ่ มีการรับรู้ในความสามารถในการปฏิบัติทักษะพื้นฐานต่าง ๆ ในระดับทำได้ดี

ตารางที่ 33 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของทักษะพื้นฐานในด้านต่าง ๆ

ทักษะพื้นฐาน	พิสัยที่เป็นไปได้	พิสัยจริง	คะแนนเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
เขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ	1-4	1-4	2.82	.70
อ่านหนังสือได้เข้าใจ	1-4	1-4	3.03	.67
พูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง	1-4	1-4	3.06	.67
ได้ยินเสียงชัดเจน	1-4	1-4	3.16	.69
มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน	1-4	1-4	2.95	.70
ทำกิจวัตรประจำวัน	1-4	1-4	3.08	.64
ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง	1-4	1-4	3.18	.68

ทักษะพื้นฐานในแต่ละด้าน ได้นำหาค่าเฉลี่ย (\bar{x}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) แล้วนำข้อมูลมาแปลความหมายของค่าเฉลี่ย โดยใช้เกณฑ์การแปลผลค่าเฉลี่ย โดย

ค่าเฉลี่ย 3.25 – 4.00 หมายถึง ปฏิบัติทักษะได้ดีมาก

ค่าเฉลี่ย 2.51 – 3.25 หมายถึง ปฏิบัติทักษะได้ดี

ค่าเฉลี่ย 1.76 – 2.50 หมายถึง ปฏิบัติทักษะพอได้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.75 หมายถึง ปฏิบัติทักษะไม่ได้เลย

จากตารางที่ 33 พบว่า พระสงฆ์สามารถปฏิบัติทักษะพื้นฐานต่าง ๆ ได้ในระดับดี โดย ทักษะพื้นฐาน 3 อันดับแรกที่พระสงฆ์มีการรับรู้ว่าจะสามารถปฏิบัติได้ดีที่สุด ได้แก่ การได้ยิน การทำกิจวัตรประจำวัน และ การพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่น ๆ ตามลำดับ ในขณะที่ 3 ทักษะที่มีผลการประเมินน้อยที่สุด ได้แก่ การเขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ การมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน และ การอ่านหนังสือได้เข้าใจ

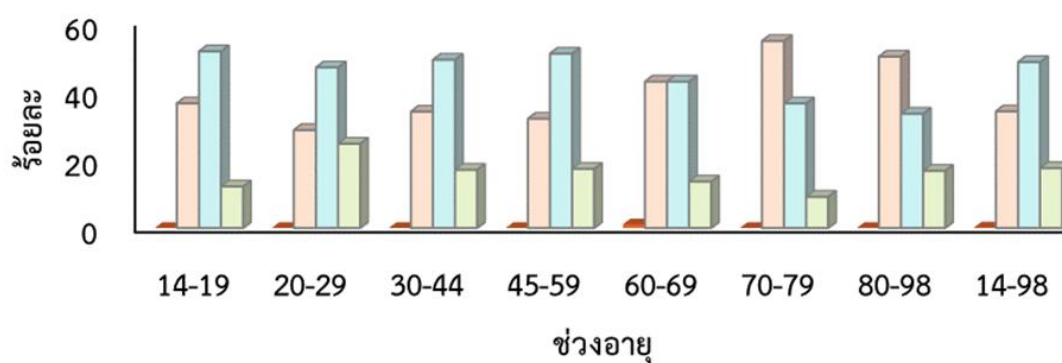
ตารางที่ 34 ทักษะในการเขียนของพระสงฆ์ในแต่ละระดับ จำแนกตามช่วงอายุ (n=843)

ช่วงอายุ (ปี)	ทักษะในการเขียน								รวม	
	ไม่ได้เลย		พอทำได้		ทำได้ดี		ทำได้ดีมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14-19	0	0	12	36.36	17	51.52	4	12.12	33	100
20-29	0	0	36	28.57	59	46.83	31	24.60	126	100
30-44	0	0	74	33.94	107	49.08	37	16.97	218	100
45-59	0	0	109	31.87	174	50.88	59	17.25	342	100
60-69	1	1.0	41	42.71	41	42.71	13	13.54	96	100
70-79	0	0	12	54.55	8	36.36	2	9.09	22	100
80-98	0	0	3	50.00	2	33.33	1	16.67	6	100
14-98	1	0.12	287	34.05	408	48.40	147	17.44	843	100

ทักษะในการเขียน

จากตารางที่ 34 แสดงทักษะในการเขียน ตามการรับรู้ความสามารถในการเขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ จำแนกตามช่วงอายุ และระดับความสามารถ เมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่า ตั้งแต่ช่วงอายุ 59 ปีลงมา พระสงฆ์ส่วนใหญ่จะมีทักษะในการปฏิบัติได้ในระดับทำได้ดี ตามมาด้วยพอทำได้ ทำได้ดีมาก และไม่ได้เลย ตามลำดับ แต่สำหรับพระสงฆ์ในช่วงอายุระหว่าง 60-69 ปี พบว่าร้อยละของพระสงฆ์ที่รับรู้ทักษะในการเขียนในระดับพอทำได้ และทำได้ดีมีจำนวนเท่ากัน และเมื่อเข้าสู่ช่วงอายุระหว่าง 70 ปีขึ้นไป พระสงฆ์ที่รับรู้ความสามารถในการเขียนในระดับพอทำได้ดีจะมีจำนวนมากกว่าในระดับที่ทำได้ดี

ทักษะในการเขียน



■ ไม่ได้เลย ■ พอทำได้ ■ ทำได้ดี ■ ทำได้ดีมาก

รูปที่ 25 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามทักษะในการเขียนของพระสงฆ์ในแต่ละระดับและช่วงอายุ (n=843)

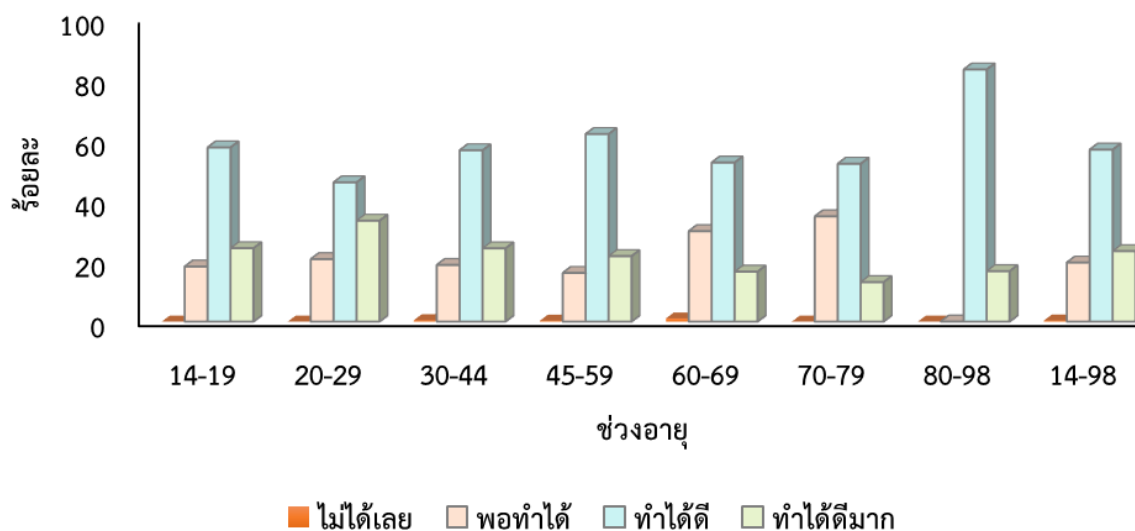
ตารางที่ 35 ทักษะในการอ่านของพระสงฆ์ในแต่ละระดับ จำแนกตามช่วงอายุ (n=846)

ช่วงอายุ (ปี)	ทักษะในการอ่าน								รวม	
	ไม่ได้เลย		พอทำได้		ทำได้ดี		ทำได้ดีมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14-19	0	0.00	6	18.18	19	57.58	8	24.24	33	100
20-29	0	0.00	26	20.63	58	46.03	42	33.33	126	100
30-44	1	0.46	41	18.72	124	56.62	53	24.20	219	100
45-59	1	0.29	55	16.08	212	61.99	74	21.64	342	100
60-69	1	1.03	29	29.90	51	52.58	16	16.49	97	100
70-79	0	0.00	8	34.78	12	52.17	3	13.04	23	100
80-98	0	0.00	0	0.00	5	83.33	1	16.67	6	100
14-98	3	0.35	165	19.50	481	56.86	197	23.29	846	100

ทักษะในการอ่าน

ทักษะในการอ่าน ตามการรับรู้ความสามารถในการอ่านหนังสือได้เข้าใจ จำแนกตามช่วงอายุ และระดับความสามารถ เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 35 จะเห็นได้ว่า พระสงฆ์ในทุกช่วงอายุส่วนใหญ่จะมีทักษะในการอ่านได้ในระดับทำได้ดี ตามมาด้วยทำได้ดีมาก พอทำได้ และไม่ได้เลย ตามลำดับ

ทักษะในการอ่าน



รูปที่ 26 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามทักษะในการอ่านในแต่ละระดับและช่วงอายุ (n=846)

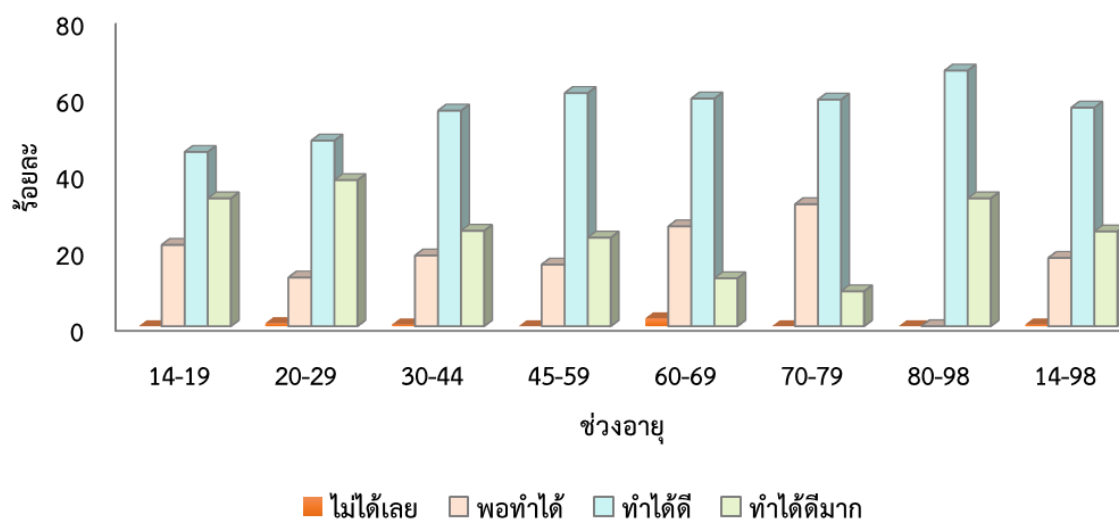
ตารางที่ 36 ทักษะในการพูดของพระสงฆ์ในแต่ละระดับ จำแนกตามช่วงอายุ (n=842)

ช่วงอายุ (ปี)	ทักษะในการพูด								รวม	
	ไม่ได้เลย		พอทำได้		ทำได้ดี		ทำได้ดีมาก		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
14-19	0	0.00	7	21.21	15	45.45	11	33.33	33	100
20-29	1	0.79	16	12.70	61	48.41	48	38.10	126	100
30-44	1	0.46	40	18.43	122	56.22	54	24.88	217	100
45-59	0	0.00	55	16.08	208	60.82	79	23.10	342	100
60-69	2	2.08	25	26.04	57	59.38	12	12.50	96	100
70-79	0	0.00	7	31.82	13	59.09	2	9.09	22	100
80-98	0	0.00	0	0.00	4	66.67	2	33.33	6	100
14-98	4	0.48	150	17.81	480	57.01	208	24.70	842	100

ทักษะในการพูด

ทักษะในการพูด ตามการรับรู้ความสามารถในการพูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง จำแนกตามช่วงอายุ และระดับความสามารถ เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 36 จะเห็นได้ว่า พระสงฆ์ในทุกช่วงอายุส่วนใหญ่จะมีทักษะในการพูดได้ในระดับทำได้ดี ตามมาด้วยทำได้ดีมาก พอทำได้ และไม่ได้เลย ตามลำดับ

ทักษะในการพูด



รูปที่ 27 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามทักษะในการพูดและช่วงอายุ (n=842)

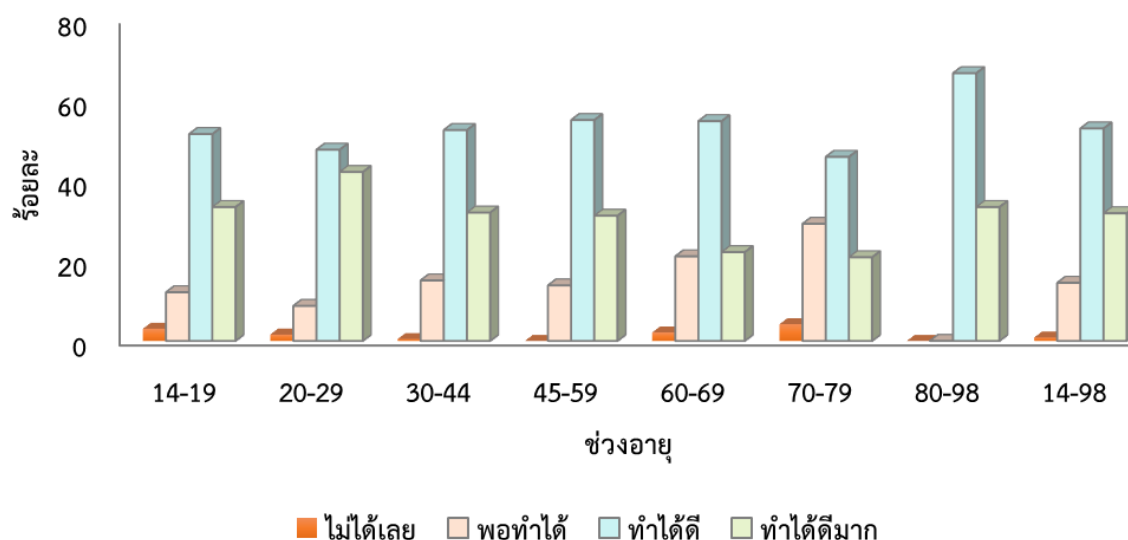
ตารางที่ 37 ทักษะในการได้ยินของพระสงฆ์ในแต่ละระดับ จำแนกตามช่วงอายุ (n=843)

ช่วงอายุ (ปี)	ทักษะในการได้ยิน								รวม	
	ไม่ได้เลย		พอทำได้		ทำได้ดี		ทำได้ดีมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14-19	1	3.03	4	12.12	17	51.52	11	33.33	33	100
20-29	2	1.59	11	8.73	60	47.62	53	42.06	126	100
30-44	1	0.46	33	15.07	115	52.51	70	31.96	219	100
45-59	0	0.00	47	13.82	187	55.00	106	31.18	340	100
60-69	2	2.11	20	21.05	52	54.74	21	22.11	95	100
70-79	1	4.17	7	29.17	11	45.83	5	20.83	24	100
80-98	0	0.00	0	0.00	4	66.67	2	33.33	6	100
14-98	7	0.83	122	14.47	446	52.91	268	31.79	843	100

ทักษะในการได้ยิน

ทักษะในการได้ยิน ตามการรับรู้ความสามารถในการได้ยินเสียงชัดเจน จำแนกตามช่วงอายุ และระดับความสามารถ เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 37 จะเห็นได้ว่า พระสงฆ์ในทุกช่วงอายุตั้งแต่ 14 – 69 ปี ส่วนใหญ่จะมีทักษะในการได้ยินได้ในระดับทำได้ดี ตามมาด้วยทำได้ดีมาก พอทำได้ และไม่ได้เลย ตามลำดับ ในขณะที่พระสงฆ์ที่อยู่ในช่วงอายุ 70-79 จะพบว่าทักษะการได้ยินในระดับพอทำได้มีค่าความถี่มากกว่าในระดับทำได้ดีมาก

ทักษะในการได้ยิน



รูปที่ 28 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามทักษะในการได้ยินและช่วงอายุ (n=843)

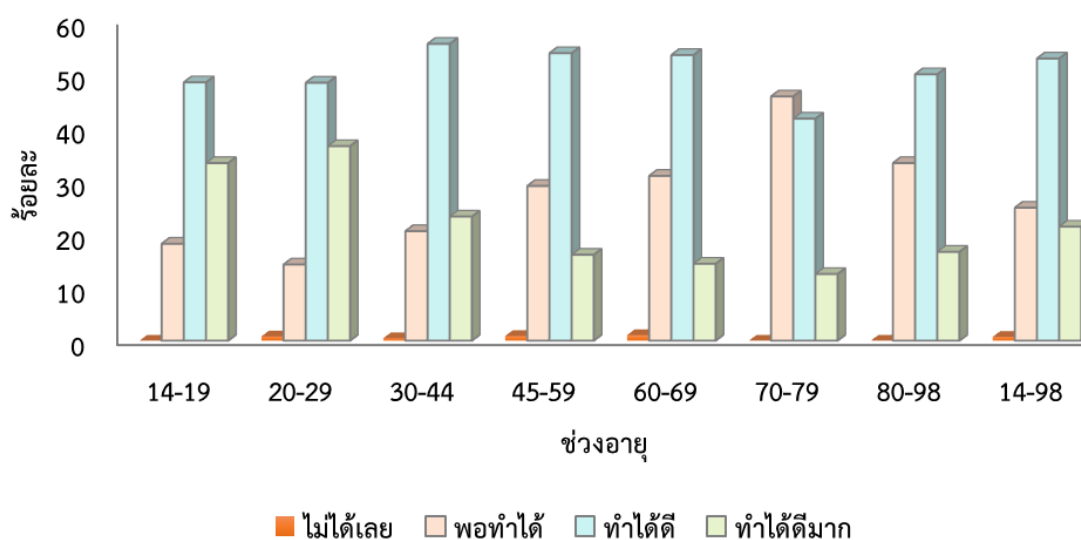
ตารางที่ 38 ทักษะในการมองเห็นของพระสงฆ์ในแต่ละระดับ จำแนกตามช่วงอายุ (n=846)

ช่วงอายุ (ปี)	ทักษะในการมองเห็น								รวม	
	ไม่ได้เลย		พอทำได้		ทำได้ดี		ทำได้ดีมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14-19	0	0.00	6	18.18	16	48.48	11	33.33	33	100
20-29	1	0.79	18	14.29	61	48.41	46	36.51	126	100
30-44	1	0.46	45	20.55	122	55.71	51	23.29	219	100
45-59	3	0.88	99	29.03	184	53.96	55	16.13	341	100
60-69	1	1.03	30	30.93	52	53.61	14	14.43	97	100
70-79	0	0.00	11	45.83	10	41.67	3	12.50	24	100
80-98	0	0.00	2	33.33	3	50.00	1	16.67	6	100
14-98	6	0.71	211	24.94	448	52.96	181	21.39	846	100

ทักษะในการมองเห็น

ทักษะในการมองเห็น ตามการรับรู้ความสามารถในการมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน จำแนกตามช่วงอายุ และระดับความสามารถ เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 38 จะเห็นได้ว่า พระสงฆ์ในช่วงอายุ 14-44 ปี ส่วนใหญ่จะมีทักษะในการมองเห็นได้ในระดับทำได้ดี ตามมาด้วยทำได้ดีมาก พอทำได้ และไม่ได้เลยตามลำดับ แต่เมื่อมีอายุตั้งแต่ 45 ปีเป็นต้นไปจะพบการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ความสามารถของทักษะในการมองเห็น โดยทักษะในการมองเห็นได้ดียังพบได้สูงสุด แต่ทักษะในระดับพอทำได้ จะพบค่าความถี่เป็นอันดับต่อมา ตามมาด้วยในระดับทำได้ดีมาก และทำไม่ได้เลย

ทักษะในการมองเห็น



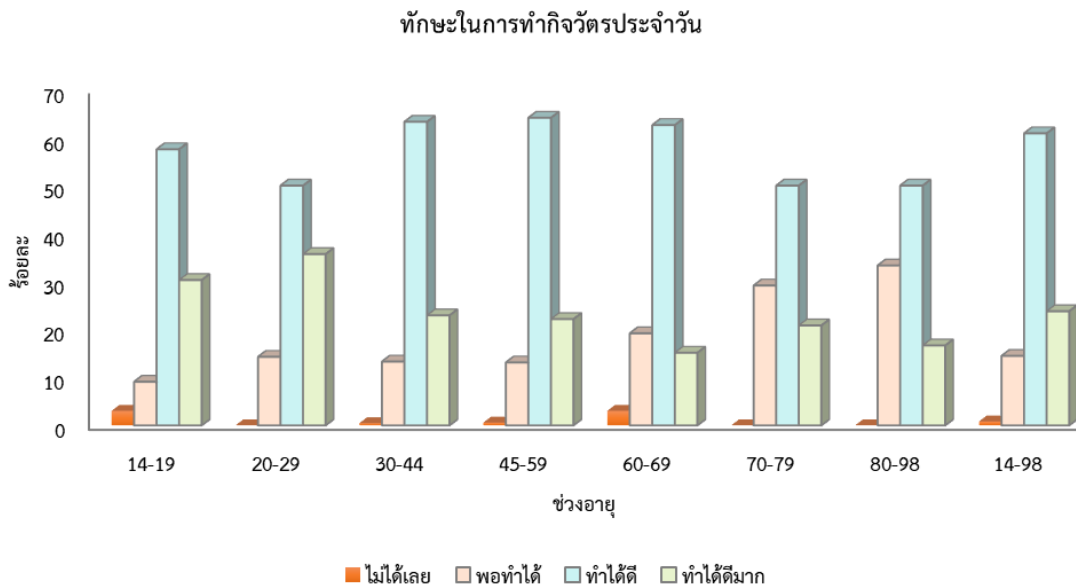
รูปที่ 29 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามทักษะในการมองเห็นและช่วงอายุ (n=846)

ตารางที่ 39 ทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันของพระสงฆ์ในแต่ละระดับ จำแนกตามช่วงอายุ (n=849)

ช่วงอายุ (ปี)	ทักษะในการทำกิจวัตรประจำวัน								รวม	
	ไม่ได้เลย		พอทำได้		ทำได้ดี		ทำได้ดีมาก		จำนวน	ร้อยละ
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
14-19	1	3.03	3	9.09	19	57.58	10	30.30	33	100
20-29	0	0.00	18	14.29	63	50.00	45	35.71	126	100
30-44	1	0.46	29	13.30	138	63.30	50	22.94	218	100
45-59	2	0.58	45	13.12	220	64.14	76	22.16	343	100
60-69	3	3.03	19	19.19	62	62.63	15	15.15	99	100
70-79	0	0.00	7	29.17	12	50.00	5	20.83	24	100
80-98	0	0.00	2	33.33	3	50.00	1	16.67	6	100
14-98	7	0.82	123	14.49	517	60.90	202	23.79	849	100

ทักษะในการทำกิจวัตรประจำวัน

ทักษะในการทำกิจวัตรประจำวัน ตามการรับรู้ จำแนกตามช่วงอายุ และระดับความสามารถ เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 39 จะเห็นได้ว่า พระสงฆ์ในช่วงอายุ 14-59 ปี ส่วนใหญ่จะมีทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันได้ในระดับทำได้ดี ตามมาด้วยทำได้ดีมาก พอทำได้ และไม่ได้เลย ตามลำดับ แต่เมื่อมีอายุตั้งแต่ 60 ปีเป็นต้นไป ทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันได้ดียังพบได้สูงสุด แต่ทักษะในระดับพอทำได้ จะพบค่าความถี่เป็นอันดับต่อมา ตามมาด้วยในระดับทำได้ดีมาก และทำไม่ได้เลย



รูปที่ 30 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามทักษะในการทำกิจวัตรประจำวันและช่วงอายุ (n=849)

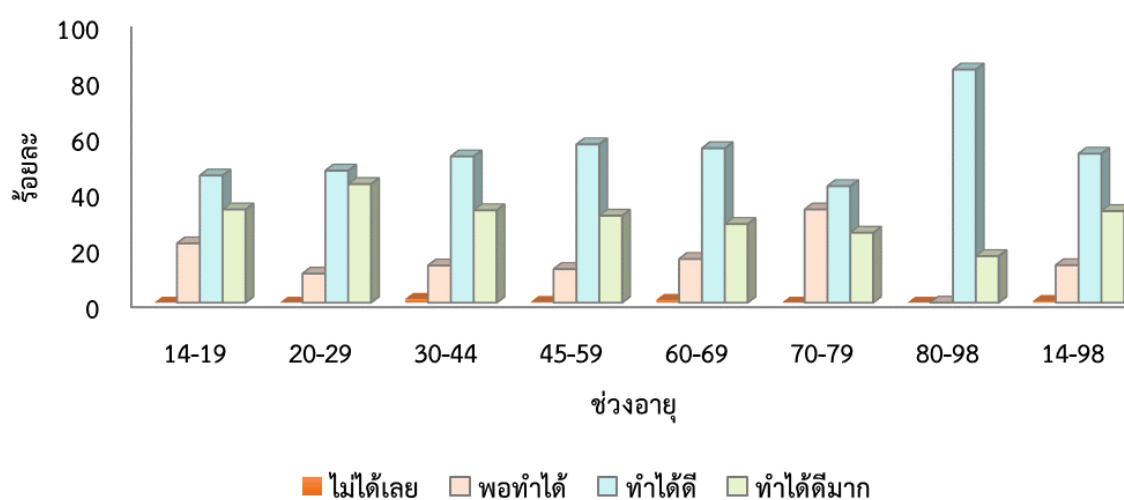
ตารางที่ 40 ทักษะในการเดินทางด้วยตนเองของพระสงฆ์ในแต่ละระดับ จำแนกตามช่วงอายุ (n=843)

ช่วงอายุ (ปี)	ทักษะในการเดินทางด้วยตนเอง								รวม	
	ไม่ได้เลย		พอทำได้		ทำได้ดี		ทำได้ดีมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14-19	0	0.00	7	21.21	15	45.45	11	33.33	33	100
20-29	0	0.00	13	10.40	59	47.20	53	42.40	125	100
30-44	3	1.38	29	13.30	114	52.29	72	33.03	218	100
45-59	1	0.29	41	12.02	193	56.60	106	31.09	341	100
60-69	1	1.04	15	15.63	53	55.21	27	28.13	96	100
70-79	0	0.00	8	33.33	10	41.67	6	25.00	24	100
80-98	0	0.00	0	0.00	5	83.33	1	16.67	6	100
14-98	5	0.59	113	13.40	449	53.26	276	32.74	843	100

ทักษะในการเดินทางด้วยตนเอง

ทักษะในการเดินทางด้วยตนเอง ตามการรับรู้ความสามารถในการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง จำแนกตามช่วงอายุ และระดับความสามารถ เมื่อพิจารณาจากตารางที่ 40 จะเห็นได้ว่า พระสงฆ์ในช่วงอายุ 14-69 ปี ส่วนใหญ่จะมีทักษะในการเดินทางด้วยตนเองได้ในระดับทำได้ดี ตามมาด้วยทำได้ดีมาก พอทำได้ และไม่ได้เลย ตามลำดับ แต่เมื่อมีอายุตั้งแต่ 70 ปีเป็นต้นไป ทักษะในการเดินทางด้วยตนเองได้ดียิ่งพบได้สูงสุด แต่ทักษะในระดับพอทำได้ จะพบค่าความถี่เป็นอันดับต่อมา ตามมาด้วยในระดับทำได้ดีมาก และทำไม่ได้เลย

ทักษะในการเดินทางด้วยตนเอง



รูปที่ 31 : แผนภูมิแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามทักษะในการเดินทางด้วยตนเองและช่วงอายุ (n=843)

ตารางที่ 41 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ จำแนกตามช่วงอายุ (n=784)

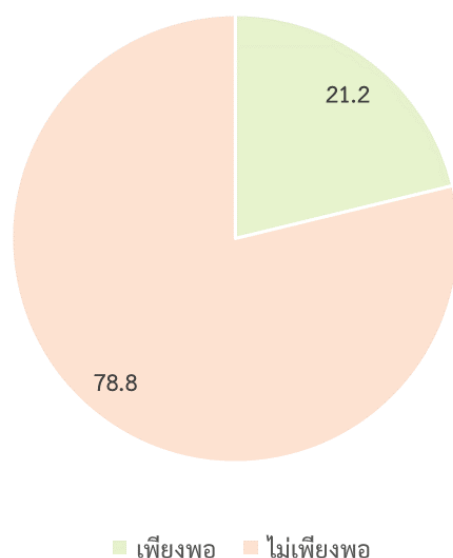
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ผลการวิเคราะห์	
	จำนวน	ค่า
ค่าเฉลี่ย \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	784	4.1 \pm 1.4
เพียงพอ, จำนวน (ร้อยละ)		166 (21.2)
ไม่เพียงพอ, จำนวน (ร้อยละ)		618 (78.8)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ จากการทดสอบด้วยแบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพของชาวไทยที่ใช้ฉลากโภชนาการในการทดสอบ (Thai Health Literacy Assessment Instrument: Nutrition Label) แบบวัด 8 ข้อ (THLA-N8) ที่มีค่าพิสัยระหว่าง 1-10 โดยค่าคะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4.83 บ่งบอกความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (ปรีนา ณ พัทลุง และ สงวน ลือเกียรติบัณฑิต, 2561)

จากตารางที่ 41 พบว่า จากพระสงฆ์จำนวน 784 รูปที่ตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนตั้งแต่ 1-10 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 4.1 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.4) เมื่อพิจารณาด้วยเกณฑ์ค่าคะแนนเพื่อจำแนกระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.8) ในการสำรวจครั้งนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ มีเพียงร้อยละ 21.2 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

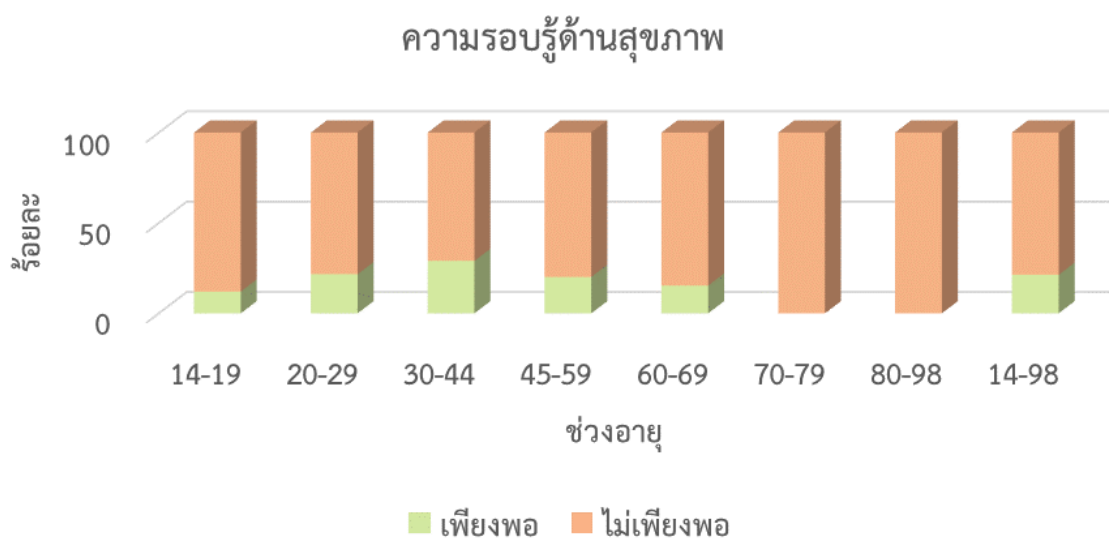


รูปที่ 32 : แผนภูมิวงกลมแสดงร้อยละของพระสงฆ์จำแนกตามความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=784)

ตารางที่ 42 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์จำแนกตามระดับและช่วงอายุ (n=751)

ช่วงอายุ (ปี)	จำนวน	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ			
		เพียงพอ		ไม่เพียงพอ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
14-19	33	4	12.1	29	87.9
20-29	115	25	21.7	90	78.3
30-44	203	59	29.1	114	70.9
45-59	302	61	20.2	241	79.8
60-69	78	12	15.4	66	84.6
70-79	17	0	0	17	100
80-98	3	0	0	3	100
14-98	751	161	21.4	590	78.6

จากตารางที่ 42 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์จำแนกตามระดับและช่วงอายุ ซึ่งจะเห็นว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ในทุกช่วงอายุจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไปจะพบว่าพระสงฆ์ทุกรูปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ไม่เพียงพอ



รูปที่ 33 : แผนภูมิจำแนกร้อยละความรอบรู้ด้านสุขภาพและช่วงอายุ (n=751)

ตารางที่ 43 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
อายุ (ปี)	1.00												
พรรษา	.68**	1.00											
พระสังฆาธิการ	.53**	.65**	1.00										
การศึกษาในระดับพื้นฐาน	-	-	-	1.00									
ทักษะในการเขียน	.19**	.33**	.34**		1.00								
ทักษะในการอ่าน	-.07*	-.02	.04	.16**	.16**	1.00							
ทักษะในการพูด	-.09*	-.03	.04	.18**	.69**	.18**	1.00						
ทักษะในการได้ยิน	-	-.05	.02	.13**	.61**	.76**	.13**	1.00					
ทักษะในการได้ยีน	-	-.02	.04	.15**	.49**	.63**	.73**	.13**	1.00				
ทักษะในการมองเห็น	-	-	-.1**	.08*	.50**	.56**	.58**	.63**	.11**	1.00			
ทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	.19**	.12**									1.00		
ทักษะในการเดินทางด้วยตนเอง	-	-.01	.07*	.12**	.48**	.56**	.59**	.62**	.53**	.11**	.11**	1.00	
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	-.07*	-.01	.03	.11**	.49**	.56**	.58**	.63**	.47**	.64**	.64**	.11**	1.00

หมายเหตุ: 1. อายุ; 2. พรรษา; 3. พระสังฆาธิการ; 4. การศึกษาในระดับพื้นฐาน; 5. ทักษะในการเขียน; 6. ทักษะในการอ่าน; 7. ทักษะในการพูด; 8. ทักษะในการได้ยิน; 9. ทักษะในการมองเห็น; 10. ทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน; 11. ทักษะในการเดินทางด้วยตนเอง; และ 12. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; * $p < .05$, ** $p < .01$

เมื่อทำการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการหาสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนแรงค์ ในตารางที่ 43 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการศึกษาในระดับพื้นฐาน ทักษะในการเขียน ทักษะในการอ่าน ทักษะในการพูด ทักษะในการได้ยิน ทักษะในการมองเห็น ทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ ทักษะในการเดินทางด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับอายุและพรรษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับบทบาทการเป็นพระสังฆาธิการ

ตารางที่ 44 คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับ
สุขภาพทางกาย			
ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย	90.51	20.43	ดี
บทรบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางด้านร่างกาย	68.61	40.70	ดี
ความปวด	81.78	20.97	ดี
สุขภาพทั่วไป	67.15	19.39	ดี
สุขภาพทางจิต			
ความกระตือรือร้น/ความเหนื่อยล้า	84.67	16.27	ดี
บทรบาททางสังคม	93.43	20.47	ดี
บทรบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์	65.69	42.39	ดี
ความผาสุกของอารมณ์	93.43	14.27	ดี
คุณภาพชีวิตโดยรวมทุกด้าน	75.18	18.04	ดี
สุขภาพทางกายโดยรวม	75.91	19.84	ดี
สุขภาพทางจิตโดยรวม	81.75	17.69	ดี

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์

คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ ได้ทำการสำรวจในพระสงฆ์กลุ่มย่อยจำนวน 137 รูป ในตารางที่ 44 พบว่ามีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 75.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 18.04) โดยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพในแต่ละด้านพบว่าอยู่ในระดับดีเช่นกัน โดยบทรบาททางสังคม และ ความผาสุกทางอารมณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (ค่าเฉลี่ย 93.43) ในขณะที่บทรบาทที่ถูกจำกัดเนื่องจากปัญหาทางอารมณ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (ค่าเฉลี่ย 65.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 42.39)

4.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย

สำหรับการวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย เป็นการแสดงให้เห็นข้อมูลจากข้อมูลการเก็บและรวบรวมเชิงคุณภาพ ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์นั้น มีความเชื่อมโยงกับพฤติกรรมทางสุขภาพของพระสงฆ์เอง สภาพแวดล้อมอื่น ๆ และหน่วยงานที่มีส่วนต่อวิถีชีวิตด้านสุขภาพของผู้คนในสังคม ดังนั้นการทำความเข้าใจในประเด็นนี้จะช่วยให้เห็นภาพรวมของปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ และแนวทางการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในอนาคต โดยสามารถจำแนกออกเป็น 3 ปัจจัยสำคัญได้ดังต่อไปนี้

4.2.1 ปัจจัยด้านบุคคล หมายถึง พฤติกรรมที่แสดงออกผ่านวิถีชีวิตและการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัว ดังนั้นปัจจัยนี้จึงมีลักษณะเฉพาะตามแต่พฤติกรรมที่พระสงฆ์ใช้ในการดำเนินชีวิต ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ทางสุขภาพของพระสงฆ์ ตลอดจนรูปแบบการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับพระสงฆ์ในอนาคต จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทำความเข้าใจปัจจัยด้านบุคคลเพื่อจะเชื่อมโยงให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ในอนาคตต่อไป

4.2.1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะส่วนบุคคลที่สะท้อนถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคลและชุมชนได้ จากการศึกษา พบว่า ทักษะพื้นฐานที่พระสงฆ์สามารถปฏิบัติได้สูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การไปไหนมาไหนด้วยตนเอง การได้ยินเสียงชัดเจน และการทำกิจวัตรประจำวันตามลำดับ ในขณะที่การอ่านได้เข้าใจ การมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน และการเขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ เป็น 3 ทักษะพื้นฐานที่ได้คะแนนน้อยที่สุด ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วทักษะการอ่าน การมองเห็น และการเขียน เป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลความรู้ที่สำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐาน เป็นขั้นตอนในลำดับแรก ๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ หากทักษะพื้นฐานในขั้นตอนในลำดับต้นมีปัญหาอุปสรรค อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในขั้นตอนต่อไป ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะความสามารถดังกล่าว รวมถึงกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มพูนทักษะพื้นฐานที่จำเป็นเหล่านี้

4.2.1.2 การรับรู้สิทธิในการรักษาพยาบาล

บริการสวัสดิการสังคมของรัฐบาลว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ประชาชนพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกัน ไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในฐานะเช่นไรเชื้อชาติศาสนาอะไร รัฐบาลได้จัดให้มีบริการสวัสดิการสังคมด้านการดูแลสุขภาพพยาบาลโดยให้สิทธิขั้นพื้นฐานขั้นต่ำแก่ประชาชนคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จัดขึ้นสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการในด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมและป้องกันโรคโดยรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ได้กำหนดไว้เป็นการให้สิทธิขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคน จากการศึกษา พบว่า พระสงฆ์ส่วนมากยังไม่รู้และเข้าใจสิทธิในการรักษาพยาบาล การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ไทย สามารถเริ่มต้นจาก

การส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ซึ่งได้กำหนดแนวคิดหลักในการส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ขณะเดียวกันยังสามารถถึงการรักษาพยาบาลตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดสิทธิไว้อีกด้วย (พระครูพิพิธสุตาทรรและคณะ, 2560) นอกจากนี้ข้อเสนอที่สำคัญเช่นกันเกี่ยวกับการสร้างองค์ความรู้ให้กับการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างยั่งยืน เกี่ยวข้องกับการกำหนดรูปแบบและกิจกรรมบนพื้นฐานของหลักสุขภาพองค์รวม โดยเริ่มต้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมภายในคณะสงฆ์เพื่อกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนการสร้างสุขภาพอย่างยั่งยืน อีกทั้งจำเป็นต้องยกระดับการเรียนรู้ให้มีการบูรณาการหลักพระพุทธศาสนา กับศาสตร์สมัยใหม่ เพื่อช่วยสร้างองค์ความรู้และกิจกรรมที่ส่งเสริมให้พระสงฆ์สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงเชิงองค์ความรู้ของระบบสาธารณสุขในสังคมปัจจุบันให้ดียิ่งขึ้น (พระครูสิริปัญญาบุญโยค, พระสุธีรัตนบัณฑิต, วิวัฒน์ หามนตรี และชลวิทย์ เจียรจิตต์, 2562; พระมหาสุทิตย อากาศโร และสายชล ปัญญาชิต, 2558)

4.2.1.3 พฤติกรรมสุขภาพ

พฤติกรรมและแบบแผนในการฉันทาอาหารของพระสงฆ์ตลอดจนประเภทของอาหารที่ชาวพุทธถวายส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์ นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือกาแฟ และการสูบบุหรี่ก็มีผลต่อสุขภาพของพระสงฆ์ จากการศึกษา พบว่า พระสงฆ์มากกว่าร้อยละ 33.8 คิดเป็นจำนวนมากถึง 1 ใน 3 ส่วนของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อทั้งในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงลักษณะพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ ที่ขาดดุลยภาพในการบริโภคอาหาร ทำให้เกิดการขาดดุลในด้านโภชนาการจนเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้น นอกจากนี้การที่พระสงฆ์จำนวนหนึ่งรับนิมิตบาตจากจุดขายเดิมเป็นเวลาต่อเนื่องยาวนานส่งผลให้ต้องฉันทาอาหารที่ขาดความหลากหลายทางโภชนาการ อีกทั้งส่วนหนึ่งยังเผชิญกับปัญหาคุณภาพความสดใหม่และความสะอาดของอาหารอีกด้วย (จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ, 2557) ขณะที่ฆราวาสซึ่งถือว่ามีสำคัญอย่างยิ่งในฐานะผู้ที่ถวายอาหารให้กับพระสงฆ์จะเห็นได้ว่า ทศนคติของฆราวาสที่มีต่อการถวายภัตตาหารจะจากอาหารที่ชอบ และมีความเชื่อว่าจะสามารถอุทิศส่วนกุศลไปให้กับญาติผู้ใหญ่ได้ (จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ, 2559)

4.2.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง พฤติกรรมและองค์กรที่มีปฏิสัมพันธ์กับพระสงฆ์ ซึ่งผลจากการติดต่อสื่อสารดังกล่าวส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตและระบบสุขภาพของพระสงฆ์

4.2.2.1 พฤติกรรมการทำบุญของพุทธศาสนิกชน

ในอดีตอาหารบิณฑบาตที่ชาวพุทธดำเนินการปรุงด้วยความประณีตเพื่อน้อมทำบุญใส่บาตรถวายพระสงฆ์โดยถือว่าพระสงฆ์มีบทบาทสำคัญในการเป็นสะพานบุญให้กับผู้เป็นที่รักและญาติมิตรที่เสียชีวิตไปแล้ว ปัจจุบันอาหารหรือภัตตาหารของพระสงฆ์ได้เปลี่ยนไปตามวิถีชีวิตชาวบ้านเป็นวิถีชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไปตามสังคม เนื่องจากมีเวลาที่จำกัดไม่สามารถที่จะทำอาหารให้ประณีตได้ พระสงฆ์ไม่

สามารถปฏิเสธอาหารที่ชาวพุทธนำมาถวายได้ ฉะนั้นอาหารที่พุทธศาสนิกชนถวายพระสงฆ์จึงเป็นอาหารที่มีโภชนาการน้อย มีคุณค่าทางอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์

4.2.2.2 คณะสงฆ์ มีโครงสร้างการบริหารกิจการคณะสงฆ์ ตั้งแต่ระดับวัด ตำบล จังหวัด ภาค หน และในระดับประเทศ ซึ่งดำเนินการโดยมหาเถรสมาคม จากการศึกษาพบว่า การบริหารคณะสงฆ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์นั้นมีความหลากหลาย มีความเป็นปัจเจก ในกรณีที่พระสังฆาธิการที่ดูแลกิจการคณะสงฆ์ในแต่ละระดับ มีความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ จะมีนโยบายและกิจกรรมที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ เช่น

4.2.2.2.1 คณะสงฆ์จังหวัดลำพูน ที่ได้ดำเนินการจัดตั้งกองทุนสงฆ์อาพาธทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล มีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่องในการจัดตั้งกองทุน เพื่อดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่อาพาธ รวมถึงมีการทำงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในระดับจังหวัด มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยในการอบรมพัฒนาพระคิลานุปัฏฐากของจังหวัดลำพูนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ในขณะนี้จังหวัดลำพูนมีพระคิลานุปัฏฐากทั้งสิ้น 120 รูปที่ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์

4.2.2.2.2 คณะสงฆ์วัดบุญยืน อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน โดยพระมหาเกรียง ไกร อหีสโก เจ้าคณะอำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน ได้พัฒนาการดำเนินงานร่วมกับคณะศรัทธาในการพัฒนาต้นแบบอาหารถวายพระสงฆ์ที่มีคุณค่าทางโภชนาการเหมาะสม โดยการกำหนดเมนูอาหารเมื่อมีกิจกรรมทางพุทธศาสนาร่วมกันของชุมชน ให้เป็นอาหารที่ถูกต้องตามหลักโภชนาการ หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม เพิ่มเติมผักใบเขียว

4.2.2.2.3 คณะสงฆ์จังหวัดพิจิตร โดย พระราชสิทธิเวที, รศ.ดร. เจ้าคณะจังหวัดพิจิตร ได้ดำเนินการร่วมกับสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย โรงพยาบาลพิจิตร และนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ วิทยาลัยเชียงราย และมหาวิทยาลัยพายัพ ในการส่งเสริมศักยภาพพระสงฆ์เพื่อเป็นอาสาสมัครพระสงฆ์ส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการคัดกรอง ติดตาม เฝ้าระวังและให้คำแนะนำแก่พระสงฆ์เกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โดยมีการพัฒนาศูนย์การเรียนรู้ ณ วิทยาลัยสงฆ์พิจิตร และได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เช่น ในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 คณะสงฆ์จังหวัดพิจิตรได้มีการอบรมเพื่อให้คำแนะนำแก่พระสงฆ์ รวมถึงร่วมมือกับหน่วยงานท้องถิ่น จัดถอดผ้าป่าหน้ากากอนามัย ส่งผลให้คณะสงฆ์ในจังหวัดพิจิตรมีความรู้ และอุปกรณ์พื้นฐานในการป้องกันโควิดที่เหมาะสม และยังสามารถบริจาคให้แก่ประชาชนในจังหวัดพิจิตรที่ไม่สามารถเข้าถึงหน้ากากผ้า

4.2.3 ปัจจัยด้านองค์กรนโยบาย หมายถึง หน่วยงานภาครัฐหรือเอกชนที่ทำหน้าที่ส่งเสริม สนับสนุน กำกับดูแลนโยบายด้านสาธารณสุข จึงถือเป็นหน่วยงานที่มีความสำคัญต่อการกำหนดนโยบาย และมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย

4.2.3.1 กระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันให้กรมอนามัย ร่วมกับสำนักงานฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ดำเนินกิจกรรมอบรมพระภิกษุสามเณรและสร้างเครือข่ายวัดส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งยังสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ประโยชน์จากธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ที่ระดมความร่วมมือจากหลายภาคส่วนมาเป็นเครือข่ายในการทำกิจกรรม จะเห็นได้ว่าการที่กระทรวงสาธารณสุขเข้ามามีบทบาทขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพพระสงฆ์ ได้สร้างให้เกิดความตื่นตัวในเครือข่ายหน่วยงานด้านสุขภาพอย่างชัดเจน เพราะถือเป็นองค์การที่ถืออำนาจในการกำหนดนโยบายและแผนยุทธศาสตร์สำหรับการเคลื่อนงานพันธกิจด้านระบบสุขภาพของสังคม ดังนั้นปัจจุบันการดำเนินงานด้านการพัฒนาความรู้และการดูแลตนเองของพระสงฆ์ จึงมีการยกระดับความร่วมมือที่ดีขึ้น แต่ยังคงจำเป็นต้องพัฒนาให้มีผลงานเฉพาะที่จะทำหน้าที่สนับสนุนและติดตามการดูแลระบบสุขภาพพระสงฆ์ได้

4.2.3.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ ถือว่าบทบาทการขับเคลื่อนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความก้าวหน้าอย่างมาก นอกจากการประชาสัมพันธ์ให้คณะสงฆ์ทราบสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าถึงบัตรผู้ประกันตนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันยังได้ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาศูนย์ประสานงานสำหรับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่อีกด้วย

4.2.3.3 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ถือเป็นองค์กรด้านสุขภาพที่ให้การสนับสนุนเครือข่ายการทำงานด้านการสร้างความรอบรู้ให้กับพระสงฆ์มาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากการสนับสนุนของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพจะเห็นรูปแบบการดำเนินงานที่กระตุ้นให้เกิดการยกระดับความรู้ทางสุขภาพ 2 แนวทางสำคัญกล่าวคือ (1) การผลักดันการศึกษาวิจัยเพื่อค้นคว้าองค์ความรู้ ซึ่งมีภาคีเครือข่ายสำคัญที่มาร่วมดำเนินการ เช่น คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เป็นต้น (2) การผลักดันให้เกิดกิจกรรมยกระดับการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาความเข้าใจ และองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ เช่น โครงการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ เป็นต้น หากพิจารณาจากที่กล่าวไป จะเห็นบทบาทสำคัญของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพว่าเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนงบประมาณและองค์ความรู้ในการขับเคลื่อนเพื่อสร้างให้เกิดการประสานเครือข่ายสำหรับการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพได้เป็นอย่างดี

4.2.3.4 มหาวิทยาลัยสงฆ์ จะเห็นได้ว่าการจะผลักดันความรู้ทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในคณะสงฆ์ได้ มีความจำเป็นต้องผลักดันให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ทั้งสองแห่งกล่าวคือมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยเป็นองค์กรสำคัญในการขับเคลื่อนองค์ความรู้เพื่อการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพได้อย่างยั่งยืน ทั้งนี้หากมหาวิทยาลัยสามารถพัฒนาหลักสูตรหรือรายวิชาที่สอดแทรกการพัฒนาความรู้ทางสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้พระสงฆ์ที่ทำการศึกษามีความเข้าใจได้มากขึ้น จะช่วยให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้ไปได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้การผลักดันให้พื้นที่ภายใน

มหาวิทยาลัยคำนึงถึงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างเป็นรูปธรรม เช่น อาคารหอฉัน ร้านค้าสำหรับถวายพระสงฆ์ เป็นต้น จะช่วยให้พื้นที่ภายในมหาวิทยาลัยสงฆ์สามารถเป็นพื้นที่ต้นแบบที่พัฒนาความรอบรู้ได้อย่างเป็นรูปธรรม

4.3 รูปแบบการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย

สำหรับรูปแบบการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย เป็นการวิเคราะห์ให้เห็นแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้เกิดการสร้างสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ในสังคมไทยต่อไป ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากการศึกษาภาคสนามร่วมกับการวิเคราะห์สถานการณ์การพัฒนาระบบสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมปัจจุบัน สามารถเสนอรูปแบบการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทยได้ทั้งสิ้น 3 รูปแบบประกอบด้วย

4.3.1 รูปแบบการดำเนินการเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยคณะสงฆ์

สำหรับการดำเนินการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยคณะสงฆ์ จะมุ่งเน้นการพัฒนาระเบียบและแนวทางการส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับพระสงฆ์ หน่วยงานสำคัญที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพคือมหาเถรสมาคม และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โดยกระบวนการดำเนินงานควรเริ่มต้นจากการใช้การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากคณะกรรมการและการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติที่ผ่านมา ได้ดำเนินการศึกษา พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ จนนำมาสู่การประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติสำเร็จลุล่วง ดังนั้นการส่งเสริมให้มหาเถรสมาคมร่วมมือกับสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ พัฒนาระเบียบและแนวทางขั้นพื้นฐานที่จะส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับพระสงฆ์ได้อย่างชัดเจน ควรเริ่มต้นจากการบังคับใช้ระเบียบและแนวทางที่ครอบคลุมการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่มีอยู่แล้วก่อน เช่น การดำเนินการพัฒนาพื้นที่วัดให้มีความสัปปายะและเป็นศูนย์กลางชุมชนภายใต้โครงวัดประชารัฐสร้างสุขของฝ่ายสาธารณูปการของมหาเถรสมาคม การดำเนินการตรวจสอบและควบคุมไม่ให้มีการสูบบุหรี่ในพื้นที่วัดตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ.2560 เป็นต้น ขณะที่การถอดบทเรียนการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ จะมีส่วนต่อการพิจารณาองค์ประกอบและบทบาทของเครือข่ายความร่วมมือ ที่จะเข้ามาสนับสนุนให้คณะสงฆ์เห็นรูปแบบและแนวทางที่จะใช้ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับพระสงฆ์ทั่วประเทศอย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อพิจารณาจากการทำกิจกรรมด้านสุขภาพที่ผ่านมา จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ได้ทำหน้าที่กำหนดกลไกและประสานความร่วมมือให้เกิดการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การผลักดันด้วยกลไกที่เคยดำเนินการมา ผสมกับการใช้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

และสื่อสมัยใหม่ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มพระสงฆ์เป็นจำนวนมาก จึงถือว่ามีส่วนสำคัญต่อการจะพัฒนาและยกระดับความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นได้สำเร็จ

รูปแบบการดำเนินการลักษณะนี้ จึงควรมีองค์กรปกครองคณะสงฆ์ที่มหาเถรสมาคมมอบหมายเป็นแกนกลาง และมีสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติเป็นสนับสนุน ทั้งนี้หากพิจารณาจากการที่มหาเถรสมาคมได้มอบหมายให้มีคณะกรรมการประสานแผนการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา จนนำมาสู่การพัฒนาแผนการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาและมีโครงการที่มอบหมายให้คณะกรรมการที่มหาเถรสมาคมแต่งตั้งขึ้นทำหน้าที่ผลักดันการดำเนินงานตามแผนดังกล่าว คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ถือว่ามีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์มาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นหากคณะสงฆ์ใช้ผลักดันให้เกิดคณะกรรมการขับเคลื่อนการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยมีงบประมาณจากสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติสนับสนุน โดยบูรณาการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ เช่น การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ การใช้สิทธิประโยชน์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับสงฆ์ไทยไกลโรค การขับเคลื่อนกิจกรรมการลดการสูบบุหรี่ในกลุ่มพระสงฆ์ เป็นต้น จะช่วยให้การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพพระสงฆ์มีเอกภาพ ลดความซ้ำซ้อนที่จะสร้างภาระในการเข้าร่วมรับฟังการชี้แจงนโยบายตลอดจนการสร้างพื้นที่การแลกเปลี่ยนระหว่างการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กล่าวโดยสรุปการดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยคณะสงฆ์ เป็นข้อเสนอที่เห็นว่ามหาเถรสมาคมควรมอบหมายให้สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติสนับสนุนให้คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม บูรณาการและจัดตั้งคณะทำงานเพื่อสนับสนุนการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพให้กับพระสงฆ์ โดยมุ่งเน้นการร่วมมือและแบ่งหน้าที่กับเครือข่ายที่สนใจจะเข้าร่วมทำกิจกรรมด้านสุขภาพกับพระสงฆ์ เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกในการลดความซ้ำซ้อน และถือเป็นการแสดงออกให้เห็นว่าคณะสงฆ์มีส่วนต่อการสนับสนุนการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีส่วนผลักดันให้เกิดการตอบรับและเรียนรู้ระเบียบและแนวทางใหม่ๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการพัฒนาขององค์กรที่คณะสงฆ์ให้ทำหน้าที่นี้

4.3.2 รูปแบบการดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยมหาวิทยาลัย

สำหรับการดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยมหาวิทยาลัย จะมุ่งเน้นการขับเคลื่อนกิจกรรมไปที่มหาวิทยาลัยสงฆ์ ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยและมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ซึ่งถือเป็นองค์กรที่คณะสงฆ์ไทยให้ความสำคัญในฐานะหน่วยงานในกำกับของรัฐ ที่ทำหน้าที่สนับสนุนพันธกิจการจัดการศึกษาทางโลกให้กับคณะสงฆ์ด้วย จะเห็นได้ว่าบทบาทที่สำคัญของมหาวิทยาลัยทั้งสองแห่ง ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะการจัดการศึกษา วิจัยและภารกิจ

ภายในมหาวิทยาลัยในฐานะหน่วยงานของรัฐเท่านั้น แต่จะเห็นได้ว่าทั้งมหาวิทยาลัยมหจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ยังทำหน้าที่สนองงานคณะสงฆ์อย่างต่อเนื่อง อีกทั้งการที่ภารกิจที่เกี่ยวข้องกับการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องอาศัยการพัฒนากิจกรรมทั้งที่เกี่ยวข้องกับระดับนโยบาย และระดับปฏิบัติการทางความรู้ จึงจะเห็นได้ว่าการมีมหาวิทยาลัยสงฆ์ทั้งสองแห่งเข้ามาเป็นกลไกสนับสนุนการเคลื่อนไหวงานมีความสำคัญต่อการพัฒนาให้บรรลุเป้าหมายในการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพได้มากขึ้น

รูปแบบการดำเนินงานลักษณะนี้ เป็นการผลักดันให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ทั้งสองแห่ง เห็นความสำคัญของการสร้างการตระหนักรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ โดยอาศัยกลไกในระบบการศึกษาของมหาวิทยาลัยสงฆ์ การที่ปัจจุบันมหาวิทยาลัยสงฆ์ทั้งสองจัดการเรียนการสอนให้กับพระสงฆ์ สามเณรและประชาชนทั่วไปที่สนใจศึกษาองค์ความรู้พระพุทธศาสนา และศาสตร์ที่บูรณาการองค์ความรู้ทางพระพุทธศาสนาาร่วมด้วย ส่งผลให้กลไกการจัดการเรียนการสอนทั้งในห้องเรียนและนอกห้องเรียนในระบบการศึกษา รวมทั้งกิจกรรมนอกหลักสูตรถือว่ามีความสำคัญต่อการพัฒนาการทางความรู้ของผู้เรียนอย่างยิ่ง ดังนั้นการจะยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์โดยใช้กลไกของมหาวิทยาลัยสงฆ์ จึงเป็นช่องทางการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพอย่างมาก ทั้งนี้ข้อเสนอจากการวิเคราะห์ของคณะผู้วิจัยพบว่า มหาวิทยาลัยสงฆ์จะมีอิทธิพลที่สำคัญต่อการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้งสิ้น 3 แนวทางกล่าวคือ แนวทางที่ 1 การใช้กระบวนการวิชาพื้นฐาน เนื่องจากการที่มหาวิทยาลัยสงฆ์จำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนในวิชาพื้นฐานให้กับพระนิสิตที่เรียนในระดับปริญญาตรี การเพิ่มหรือพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพให้ถูกบรรจุอยู่เป็นส่วนหนึ่งของวิชาพื้นฐาน จะช่วยส่งเสริมองค์ความรู้ให้พระนิสิตมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพดียิ่งขึ้น แนวทางที่ 2 การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากการที่ส่วนงานของมหาวิทยาลัยสงฆ์ปัจจุบัน มีความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์ของส่วนงานอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาองค์ความรู้ประชาสัมพันธ์เพื่อพัฒนาการตระหนักรู้และแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติขั้นพื้นฐานเพื่อยกระดับความรู้สุขภาพ เพื่อใช้รณรงค์ในสื่อสังคมออนไลน์ของส่วนงานต่างๆ ภายในมหาวิทยาลัยสงฆ์จะช่วยยกระดับความรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นได้ แนวทางที่ 3 การใช้กิจกรรมนอกหลักสูตร จะเห็นได้ว่าการที่มหาวิทยาลัยมีรูปแบบการจัดกิจกรรมให้ความรู้ได้หลากหลายวิธี หากมหาวิทยาลัยสงฆ์ผลักดันให้มีชมรมหรือการให้ความรู้เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบที่จะเน้นดำเนินการควรเป็นการสร้างการตระหนักรู้และความเข้าใจต่อประเด็นความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การจัดตั้งให้มีชมรมและขยายความรู้สมาชิก การอบรมและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน การพัฒนาคุณภาพโภชนาการโรงครัวหรือหอฉันสำหรับพระสงฆ์ เป็นต้น ถือเป็นกลไกที่มหาวิทยาลัยสงฆ์จะสามารถผลักดันให้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ที่ศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยสงฆ์มีความก้าวหน้าขึ้นได้

จึงจะเห็นได้ว่ามหาวิทยาลัยสงฆ์ถือว่าเป็นองค์กรที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนภารกิจที่เกี่ยวกับการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ให้ดีขึ้นได้ โดยเฉพาะหากมีการส่งเสริมความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ และหน่วยงานด้านสาธารณสุข จะยังสามารถกระตุ้นให้มหาวิทยาลัยสงฆ์เห็นความสำคัญของการขับเคลื่อนกิจกรรมที่เป็นประโยชน์และส่งผลกระทบอย่างชัดเจนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขอนามัยให้กับคณะสงฆ์อย่างยั่งยืนต่อไปได้

4.3.3 รูปแบบการดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข

สำหรับการดำเนินงานเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข เป็นการดำเนินงานที่จะเน้นให้เครือข่ายหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข เช่น กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น ได้เข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้กับคณะสงฆ์ ซึ่งที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่ามีหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขหลายแห่งได้เข้ามามีบทบาทการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ จะเห็นได้จาก (1) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผลักดันการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ร่วมกับภาคีเครือข่ายจนสำเร็จในปี พ.ศ. 2560 ถือเป็นกรรณการยกระดับกระบวนการเรียนรู้ที่จะผลักดันนโยบายด้านสุขภาพพระสงฆ์อย่างสำคัญ (2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกองกิจการนิสิต สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธเพื่อสนับสนุนบทบาทการขับเคลื่อนกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพของพระนิสิต (3) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผลักดันการสร้างภาคีเครือข่ายหลายแห่ง เช่น คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นต้น และ (4) กรมอนามัย ได้ร่วมมือกับคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ผลักดันการขับเคลื่อนเครือข่ายพระคิลานุปัฏฐาก เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน

เมื่อพิจารณาจากกระบวนการและเป้าหมายที่หน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขดำเนินการเกี่ยวกับการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพพระสงฆ์จะเห็นแนวปฏิบัติการของการขับเคลื่อนงานในหลายลักษณะกิจกรรม แต่มีเป้าหมายเกี่ยวกับการส่งเสริมให้เกิดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้จุดแข็งสำคัญของการเคลื่อนงานลักษณะนี้ด้วยกลไกของหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขคือการมีบุคลากรและองค์ความรู้ที่เชี่ยวชาญการพัฒนาสุขภาพหรือระบบอนามัย อีกทั้งการขับเคลื่อนงานในมิติหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขส่งผลให้มีความเข้าใจกลไกสนับสนุนภายในพื้นที่รับผิดชอบ จึงสามารถระดมความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับประเด็นการทำงานมาร่วมกันได้มากขึ้น นอกจากนี้รูปแบบ

การขับเคลื่อนที่มีหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขมาร่วมดำเนินการยังให้ความสำคัญกับการสร้างความร่วมมือกับองค์กรด้านการปกครองคณะสงฆ์ อาทิ มหาเถรสมาคม สำนักงานฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม สำนักงานเจ้าคณะใหญ่ เป็นต้น ส่งผลให้การดำเนินงานในหลายๆ โครงการที่ผ่านมาจึงประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี

ดังนั้นการขับเคลื่อนลักษณะนี้เป็นการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากความต้องการทางยุทธศาสตร์หรือนโยบายของหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนกลไกพัฒนาระบบสุขภาพขึ้นในสังคมไทย เมื่อคณะสงฆ์เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพหรือการพัฒนาระบบประกันสุขภาพพระสงฆ์ จึงมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จได้ อย่างไรก็ตามการพัฒนาให้มีความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีเครือข่ายและการประสานงานให้ขับเคลื่อนไปในระยะยาวต่อไป

กล่าวโดยสรุป **รูปแบบการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย** ที่เหมาะสมต่อการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพควรมีลักษณะเป็นการส่งเสริมการดำเนินงานแบบบูรณาการ ทั้งนี้เพื่อให้สามารถระดมเครือข่ายและความร่วมมือในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นได้ว่าหากสามารถระดมองค์กรที่เกี่ยวข้องเข้ามาแบ่งปันหน้าที่ให้สามารถขับเคลื่อนการยกระดับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพพระสงฆ์ได้ จะเป็นแนวทางที่สามารถสร้างการทำกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จได้สูงสุด

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัยเรื่อง “ความรู้ด้านสุขภาพ ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตพระสงฆ์” มุ่งเน้นการเก็บข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการค้นหาคำอธิบายอย่างมีลำดับขั้น เริ่มจากการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อเชื่อมโยงและอธิบายเพิ่มเติมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในมิติของภาพรวมที่เป็นตัวแทนของพระสงฆ์ทั้งประเทศผ่านการศึกษาระดับปริมาณ และสามารถทำความเข้าใจมิติทางสังคมและคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ในเชิงลึกผ่านการศึกษาระดับคุณภาพ โดยสามารถสรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะได้ดังนี้

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 สถานการณ์ทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย

สถานการณ์สุขภาพของพระสงฆ์ เป็นการประเมินตามการรับรู้ของพระสงฆ์ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable disease [NCDs]) ได้แก่ ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ภาวะอ้วนลงพุง รวมถึงภาวะสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และคุณภาพชีวิตที่สัมพันธ์กับสุขภาพ

5.1.1.1 ภาวะโภชนาการเกิน (ดัชนีมวลกายมากกว่าหรือเท่ากับ 23.0 กก./ม.²) เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในพระสงฆ์ ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 66.1 โดยร้อยละ 16 มีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 32.5 มีภาวะอ้วนระดับ 1 และร้อยละ 14.6 มีภาวะอ้วนระดับ 2

5.1.1.2 ภาวะอ้วนลงพุง (ความยาวเส้นรอบเอว มากกว่าหรือเท่ากับ 90 เซนติเมตร) ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 44.2 ในพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีภาวะอ้วนลงพุง

5.1.1.3 ภาวะสุขภาพโดยรวม ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 54.4 รับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมของตนว่าอยู่ในระดับดี

5.1.1.4 การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ผลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 41.8 ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างอาหารด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยสามอันดับแรกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยสุดในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบได้ร้อยละ 31.1 ของพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัว ตามมาด้วย ภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 29.3 และเบาหวาน ร้อยละ 25.1

5.1.1.5 สิทธิการรักษาพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.5) ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในขณะที่ร้อยละ 20.8 ชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเอง และเมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล สัดส่วนของพระสงฆ์ที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ลดลงเหลือเพียงร้อยละ 60.2 ในขณะที่พระสงฆ์ที่ชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.6

5.1.1.6 ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ถึงแม้ว่าพระสงฆ์จะมีสิทธิการรักษาพยาบาล จากผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์มีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพค่อนข้างมาก โดยค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นสูงสุดได้แก่ เบี้ยประกันชีวิต ตามมาด้วยเบี้ยประกันสุขภาพ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด

5.1.1.7 ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 62.9) มีความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพในระดับปานกลาง โดย 3 หน่วยงานหลักที่ควรมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โดยช่องทางในการให้ข้อมูลสามารถมีได้หลายช่องทาง ได้แก่ การประชุมพระสังฆาธิการ (ร้อยละ 66.2) ช่องทางสังคมออนไลน์ (ร้อยละ 51.0) แดงคณะสงฆ์ประจำเดือน (ร้อยละ 32.1) และ จดหมายข่าว (ร้อยละ 15.2)

5.1.1.8 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยการป้องกันโรค ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพพระดับปฐมภูมิไม่มากนัก มีเพียงร้อยละ 23.1 ที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เช่นเดียวกับการป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ โดย มีเพียงพระสงฆ์ส่วนน้อยที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ โดย ร้อยละ 36.6 เข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีสม่ำเสมอ และร้อยละ 30.5 ฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ในขณะที่อย่างน้อยครึ่งหนึ่งของพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีการป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ

5.1.1.9 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การศึกษาพบว่า พระสงฆ์ส่วนน้อย (ร้อยละ 21.2) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอ

5.1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย

การจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทยมีปัจจัยเกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านส่วนบุคคล ประกอบด้วย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การรับรู้สิทธิในการรักษาพยาบาล และ พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ในขณะที่ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมประกอบด้วย พฤติกรรมการทำบุญของพุทธศาสนิกชน คณะสงฆ์ และ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ จากข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์ เมื่อทำการวิเคราะห์เชิงประเด็น พบว่า สามารถจำแนกได้เป็น 3 ปัจจัย ดังนี้

5.1.2.1 ปัจจัยด้านส่วนบุคคล

5.1.2.1.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะส่วนบุคคลที่สะท้อนถึงความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเองรวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคลและชุมชนได้ จากการศึกษา พบว่า ทักษะพื้นฐานที่พระสงฆ์สามารถปฏิบัติได้สูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การไปไหนมาไหนด้วยตนเอง การได้ยินเสียง

ชัดเจน และการทำกิจวัตรประจำวันตามลำดับ ในขณะที่การอ่านได้เข้าใจ การมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน และการเขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ เป็น 3 ทักษะพื้นฐานที่ได้คะแนนน้อยที่สุด

5.1.2.1.2 การรับรู้สิทธิในการรักษาพยาบาล บริการสวัสดิการสังคมของรัฐ นับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ประชาชนพึงได้รับอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าบุคคลนั้นจะอยู่ในฐานะเช่นไรเชื้อชาติ ศาสนาอะไร รัฐบาลได้จัดให้มีบริการสวัสดิการสังคมด้านการดูแลรักษาพยาบาลโดยให้สิทธิขั้นพื้นฐานขั้นต่ำแก่ประชาชนคือหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งเป็นสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐานที่จัดขึ้นสำหรับประชาชนคนไทยทุกคนให้สามารถเข้าถึงบริการในด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมและป้องกันโรคโดยรัฐจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายที่ได้กำหนดไว้เป็นการให้สิทธิขั้นพื้นฐานแก่ประชาชนทุกคน จากการศึกษา พบว่า พระสงฆ์ส่วนมากยังไม่รู้และเข้าใจสิทธิในการรักษาพยาบาล การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ไทย สามารถเริ่มต้นจากการส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์ ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

5.1.2.1.3 พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมและแบบแผนในการฉันทาอาหารของพระสงฆ์ตลอดจนประเภทของอาหารที่ชาวพุทธถวายส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์ นอกจากนี้ การดื่มเครื่องดื่มชูกำลังหรือกาแฟ และการสูบบุหรี่ก็มีผลต่อสุขภาพของพระสงฆ์ จากการศึกษา พบว่า พระสงฆ์มากกว่าร้อยละ 33.8 คิดเป็นจำนวนมากถึง 1 ใน 3 ส่วนของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อทั้งนี้โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง

5.1.2.2 ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อม

5.1.2.2.1 พฤติกรรมการทำบุญของพุทธศาสนิกชน ในอดีตอาหารบิณฑบาตที่ชาวพุทธดำเนินการปรุงด้วยความประณีตเพื่อน้อมทำบุญใส่บาตรถวายพระสงฆ์โดยถือว่าพระสงฆ์มีบทบาทสำคัญในการเป็นสะพานบุญให้กับผู้ที่รักและญาติมิตรที่เสียชีวิตไปแล้ว ปัจจุบันอาหารหรือภัตตาหารของพระสงฆ์ได้เปลี่ยนไปตามวิถีชีวิตชาวบ้านเป็นวิถีชีวิตที่ปรับเปลี่ยนไปตามสังคม เนื่องจากมีเวลาที่จำกัดไม่สามารถที่จะทำอาหารให้ประณีตได้ พระสงฆ์ไม่สามารถปฏิเสธอาหารที่ชาวพุทธนำมาถวายได้ ฉะนั้นอาหารที่พุทธศาสนิกชนถวายพระสงฆ์จึงเป็นอาหารที่มีโภชนาการน้อย มีคุณค่าทางอาหารที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์

5.1.2.2.2 คณะสงฆ์ มีโครงสร้างการบริหารกิจการคณะสงฆ์ ตั้งแต่ระดับวัด ตำบล จังหวัด ภาค หน และในระดับประเทศ ซึ่งดำเนินการโดยมหาเถรสมาคม จากการศึกษาพบว่า การบริหารคณะสงฆ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์นั้นมีความหลากหลาย มีความเป็นปัจเจก ในกรณีที่พระสังฆาธิการที่ดูแลกิจการคณะสงฆ์ในแต่ละระดับ มีความตระหนักถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ จะมีนโยบายและกิจกรรมที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์

5.1.2.3 ปัจจัยด้านองค์การนโยบาย

5.1.2.3.1 กระทรวงสาธารณสุข จะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขได้ผลักดันให้กรมอนามัยร่วมกับสำนักงานฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ดำเนินกิจกรรมอบรมพระคิลานุ ปฎิภาวนและสร้างเครือข่ายวัดส่งเสริมสุขภาพ อีกทั้งยังสนับสนุนให้หน่วยงานภาครัฐส่งเสริมและสนับสนุน

การใช้ประโยชน์จากธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ที่ระดมความร่วมมือจากหลายภาคส่วนมาเป็นเครือข่ายในการทำกิจกรรม ดังนั้นปัจจุบันการดำเนินงานด้านการพัฒนาความรู้และการดูแลตนเองของพระสงฆ์จึงมีการยกระดับความร่วมมือที่ดีขึ้น แต่ยังคงจำเป็นต้องพัฒนาให้มีส่วนงานเฉพาะที่จะทำหน้าที่สนับสนุนและติดตามการดูแลระบบสุขภาพพระสงฆ์ได้

5.1.2.3.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ ถือว่าบทบาทการขับเคลื่อนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีความก้าวหน้าอย่างมาก นอกจากการประชาสัมพันธ์ให้คณะสงฆ์ทราบสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าถึงบัตรผู้ประกันตนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปัจจุบันยังได้ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาศูนย์ประสานงานสำหรับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่อีกด้วย

5.1.2.3.3 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ จะเห็นได้ว่าสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ถือเป็นองค์กรด้านสุขภาพที่ให้การสนับสนุนเครือข่ายการทำงานด้านการสร้างความรู้ให้กับพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง

5.1.2.3.4 มหาวิทยาลัยสงฆ์ จะเห็นได้ว่าการจะผลักดันความรู้ทางสุขภาพให้เกิดขึ้นในคณะสงฆ์ได้ มีความจำเป็นต้องผลักดันให้มหาวิทยาลัยทั้งสองแห่งกล่าวคือมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และมหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัยเป็นองค์กรสำคัญในการขับเคลื่อนองค์ความรู้เพื่อการยกระดับความรู้ทางสุขภาพได้อย่างยั่งยืน

5.1.3 รูปแบบการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย

การยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทย ควรเป็นโครงการที่มีการดำเนินงานภายใต้สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ภายใต้บริบทนั้น ๆ เป็นกิจกรรมที่ครอบคลุมตั้งแต่การจัดการปัจจัยที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ การติดตามการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพ รวมถึงผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นตามมาภายหลังการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพ โดยรูปแบบที่เหมาะสมจะต้องเป็นการบูรณาการการทำงานร่วมกันของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการสนับสนุนของคณะสงฆ์เพื่อให้โครงการสามารถดำเนินไปได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความยั่งยืน สามารถเสนอรูปแบบการยกระดับความรู้ด้านสุขภาพในคณะสงฆ์ไทยได้ทั้งสิ้น 3 รูปแบบประกอบด้วย

5.1.3.1 รูปแบบการดำเนินการเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยคณะสงฆ์

สำหรับการดำเนินการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพโดยคณะสงฆ์ จะมุ่งเน้นการพัฒนาระเบียบและแนวทางการส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพให้กับพระสงฆ์ หน่วยงานสำคัญที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาและยกระดับความรู้ด้านสุขภาพคือมหาเถรสมาคม และสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ โดยกระบวนการดำเนินงานควรเริ่มต้นจากการใช้การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นจากคณะกรรมการและการถอดบทเรียนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติที่ผ่านมา

ได้ดำเนินการศึกษา พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ จนนำมาสู่การประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ แห่งชาติสำเร็จลุล่วง ดังนั้นการส่งเสริมให้มหาเถรสมาคมร่วมมือกับสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ พัฒนาระเบียบและแนวทางขั้นพื้นฐานที่จะส่งเสริมความรอบรู้ทางสุขภาพให้กับพระสงฆ์ได้อย่างชัดเจน ควรเริ่มต้นจากการบังคับใช้ระเบียบและแนวทางที่ครอบคลุมการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของ พระสงฆ์ที่มีอยู่แล้วก่อน เมื่อพิจารณาจากการทำกิจกรรมด้านสุขภาพที่ผ่านมา จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่า คณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ได้ทำหน้าที่กำหนดกลไกและประสานความร่วมมือให้เกิดการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ การผลักดันด้วยกลไกที่เคย ดำเนินการมา ผสมกับการใช้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องชาญและสื่อสมัยใหม่ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มพระสงฆ์เป็น จำนวนมาก จึงถือว่ามีส่วนสำคัญต่อการจะพัฒนาและยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้เกิดขึ้นได้สำเร็จ

5.1.3.2 รูปแบบการดำเนินการเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยมหาวิทยาลัย

สำหรับการดำเนินการเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยมหาวิทยาลัย จะมุ่งเน้น การขับเคลื่อนกิจกรรมไปที่มหาวิทยาลัยสงฆ์ได้แก่ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย ซึ่งถือเป็นองค์กรที่คณะสงฆ์ไทยให้ความสำคัญในฐานะหน่วยงานใน กำกับของรัฐที่ทำหน้าที่สนับสนุนพันธกิจการจัดการศึกษาทางโลกให้กับคณะสงฆ์ด้วย ทั้งนี้ข้อเสนอจาก การวิเคราะห์ของคณะผู้วิจัยพบว่า มหาวิทยาลัยสงฆ์จะมีอิทธิพลที่สำคัญต่อการยกระดับความรอบรู้ด้าน สุขภาพทั้งสิ้น 3 แนวทางกล่าวคือ แนวทางที่ 1 การใช้กระบวนวิชาพื้นฐาน เนื่องจากการที่ มหาวิทยาลัยสงฆ์จำเป็นต้องจัดการเรียนการสอนในวิชาพื้นฐานให้กับพระนิสิตที่เรียนในระดับปริญญาตรี การเพิ่มหรือพัฒนาองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ถูกบรรจุอยู่เป็นส่วนหนึ่งของวิชา พื้นฐาน จะช่วยส่งเสริมองค์ความรู้ให้พระนิสิตมีความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพดียิ่งขึ้น แนวทางที่ 2 การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เนื่องจากการที่ส่วนงานของมหาวิทยาลัยสงฆ์ปัจจุบัน มีความ เคลื่อนไหวเกี่ยวกับสื่อสังคมออนไลน์ของส่วนงานอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาองค์ความรู้ประชาสัมพันธ์เพื่อ พัฒนาการตระหนักและแนวทางเกี่ยวกับการปฏิบัติขั้นพื้นฐานเพื่อยกระดับความรอบรู้สุขภาพ เพื่อใช้ รณรงค์ในสื่อสังคมออนไลน์ของส่วนงานต่างๆ ภายในมหาวิทยาลัยสงฆ์จะช่วยยกระดับความรอบรู้ด้าน สุขภาพให้เกิดขึ้นได้ แนวทางที่ 3 การใช้กิจกรรมนอกหลักสูตร จะเห็นได้ว่าการที่มหาวิทยาลัยมีรูปแบบ การจัดกิจกรรมให้ความรู้ได้หลากหลายวิธี หากมหาวิทยาลัยสงฆ์ผลักดันให้มีชมรมหรือการให้ความรู้ เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยรูปแบบที่จะเน้นดำเนินการควรเป็นการสร้างการ ตระหนักและความเข้าใจต่อประเด็นความรอบรู้ด้านสุขภาพ เช่น การจัดตั้งให้มีชมรมและขยายความรู้ สมาชิก การอบรมและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นฐาน การพัฒนาคุณภาพโภชนาการโรง ครั้วหรือหอฉันสำหรับพระสงฆ์ เป็นต้น ถือเป็นกลไกที่มหาวิทยาลัยสงฆ์จะสามารถผลักดันให้การพัฒนา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ที่ศึกษาอยู่ในมหาวิทยาลัยสงฆ์มีความก้าวหน้าขึ้นได้

5.1.3.3 รูปแบบการดำเนินการเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข

สำหรับการดำเนินงานเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข เป็นการดำเนินงานที่จะเน้นให้เครือข่ายหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข เช่น กรมอนามัย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นต้น ได้เข้ามามีบทบาทในการขับเคลื่อนการพัฒนายกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับคณะสงฆ์ ซึ่งที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่ามีหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุขหลายแห่งได้เข้ามา มีบทบาทการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ จะเห็นได้จาก (1) สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ผลักดันการขับเคลื่อนงานธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ร่วมกับภาคีเครือข่ายจนสำเร็จในปี พ.ศ. 2560 ถือเป็นยกระดับกระบวนการเรียนรู้ที่จะผลักดันนโยบายด้านสุขภาพพระสงฆ์อย่างสำคัญ (2) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร่วมกับกองกิจการนิสิต สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย จัดตั้งศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพวิถีพุทธเพื่อสนับสนุนบทบาทการขับเคลื่อนกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพของพระนิสิต (3) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ผลักดันการสร้างภาคีเครือข่ายหลายแห่ง เช่น คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เป็นต้น และ (4) กรมอนามัย ได้ร่วมมือกับคณะกรรมการฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคม ผลักดันการขับเคลื่อนเครือข่ายพระคิลานุปัฏฐาก เพื่อยกระดับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และชุมชน

ดังนั้นการขับเคลื่อนลักษณะนี้เป็นการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากความต้องการทางยุทธศาสตร์หรือนโยบายของหน่วยงานภาครัฐด้านสาธารณสุข ในการขับเคลื่อนกลไกพัฒนาระบบสุขภาพขึ้นในสังคมไทย เมื่อคณะสงฆ์เป็นกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินการเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพหรือพัฒนาระบบประกันสุขภาพพระสงฆ์ จึงมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและประสบความสำเร็จได้อย่างไรก็ตามการพัฒนาให้มีความยั่งยืนในการขับเคลื่อนการยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำเป็นต้องมีเครือข่ายและการประสานงานให้ขับเคลื่อนไปในระยะยาวต่อไป

5.2 อภิปรายผล

การวิจัยเรื่อง “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: ภาวะสังคมคุณภาพชีวิตในพระสงฆ์” มีจุดประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทย นำไปสู่การการพัฒนานวัตกรรมและองค์ความรู้ในการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีในพระสงฆ์ไทย อีกทั้งในด้านความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาล การเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญในการทำความเข้าใจสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทย ที่มีส่วนในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง ยังเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยเสริมสร้าง

เครือข่ายและยกระดับการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพพระสงฆ์ไทย ซึ่งสามารถพิจารณาได้ 4 ประเด็นดังนี้

5.2.1 สถานการณ์สุขภาพในพระสงฆ์ไทย กล่าวคือ เป็นการมุ่งวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติจากที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น เพื่อทำความเข้าใจสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน ทั้งในด้านสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ โดยสามารถพิจารณาเป็นประเด็นย่อยได้ดังนี้

5.2.1.1 สถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทย กล่าวคือ เมื่อพิจารณาจากข้อมูลทางสถิติจะเห็นได้ว่าสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทยอยู่ในสภาวะที่ต้องได้รับการดูแล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ภาวะอ้วน หรือภาวะที่ดัชนีมวลกายตั้งแต่ 25 กิโลกรัม/เมตร² เป็นปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่สำคัญในพระสงฆ์ โดยในการสำรวจครั้งนี้พบว่าพระสงฆ์มีภาวะอ้วนมากถึงร้อยละ 47 ในขณะที่ภาวะอ้วนที่พบในชายไทยอายุตั้งแต่ 18 ปีหรือมากกว่ามีเพียงร้อยละ 5.9 (WHO, 2015) หรืออีกนัยหนึ่งอาจกล่าวได้ว่าความชุกของภาวะอ้วนในพระสงฆ์พบได้สูงเกือบ 8 เท่าเมื่อเทียบกับชายไทย หากเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะอ้วนที่พบในพระสงฆ์จากการสำรวจก่อนหน้านี้ที่พบได้ประมาณร้อยละ 42.0 – 50.0 (เกียรติศักดิ์ สุขเหลือง และคณะ, 2561; พระราชสิทธิเวที และคณะ, 2561; วโรตม เสมอเชื้อ, ชมพูนุท สิงห์มณี, และ เบญจมาศ สุขสถิตย์ 2560; Jutrakul, 2018; Phachan & Muktabhant, 2015) จะพบได้ว่าสถานการณ์ภาวะอ้วนในพระสงฆ์ยังมีความรุนแรงและพบได้บ่อย ในส่วนของรอบเอวนั้นค่ามาตรฐานของชายไทยควรมีรอบเอวน้อยกว่า 90 cm หากมีรอบเอวตั้งแต่ 90 cm ขึ้นไปถือว่ามีภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้พบว่าร้อยละ 44 ของพระสงฆ์มีภาวะอ้วนลงพุง จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าภาวะอ้วนและภาวะอ้วนลงพุงยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อสุขภาพที่พบได้บ่อยในพระสงฆ์และมีความรุนแรงไม่แตกต่างไปจากเดิมถึงแม้จะมีโครงการรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องด้วยภาวะอ้วนทำให้ร่างกายมีภาวะดื้อต่ออินซูลินส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่เหมาะสม รวมทั้งอาจทำให้เกิดการสะสมไขมันในหลอดเลือด ทำให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังต่าง ๆ ตามมา เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันหรือควบคุมน้ำหนักตัวในพระสงฆ์ จึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งสาเหตุที่พระสงฆ์พบภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงได้มากกว่าประชากรชายไทย ทั้งนี้อาจเนื่องด้วยข้อจำกัดทางอาหารที่พระสงฆ์ฉันที่มาจากกาถวาของพุทธศาสนิกชน (Angkatavanich, & Zuexongdham, 2012; Boonyasiriwat, et.al, 2013) รวมถึงข้อจำกัดของการมีกิจกรรมทางกาย โดยมีการออกกำลังกายน้อยในขณะที่มีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากกว่าปกติ (พระราชปรียัติ และคณะ, 2560) พระสงฆ์มากกว่าร้อยละ 33.8 คิดเป็นจำนวนมากถึง 1 ใน 3 ส่วนของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีอาการป่วยด้วยกลุ่มโรคเรื้อรังไม่ติดต่อทั้งในโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง ซึ่งแสดงให้เห็นถึงลักษณะพฤติกรรมในชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ ที่ขาดดุลยภาพในการบริโภคอาหาร ทำให้เกิดการขาดดุลในด้านโภชนาการจนเกิดอาการเจ็บป่วยขึ้นในพระสงฆ์ ทั้งนี้เมื่อพิจารณาความสามารถในด้านการอ่านโภชนาการจะเห็นได้ว่าพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างขาดความรู้

ความเข้าใจในการทำความเข้าใจข้อมูลสำคัญในการเลือกบริโภคอาหารเป็นอย่างมาก จึงทำให้พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีน้ำหนัก รอบเอว และค่าดัชนีมวลกาย เกินเกณฑ์มาตรฐาน จึงมีแนวโน้มที่พระสงฆ์จะมีความเสี่ยงในการป่วยเป็นโรคเรื้อรังเป็นอย่างมาก แสดงให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่จำเป็นต้องมีการจัดการและการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ทั้งนี้เนื่องจากพระสงฆ์จำนวนมากได้รับการถวายอาหารจากฆราวาสเป็นหลัก นอกจากนี้การที่พระสงฆ์จำนวนหนึ่งรับบิณฑบาตจากจุดขายเดิมเป็นเวลาดำเนินยาวนาน ส่งผลให้ต้องฉันอาหารที่ขาดความหลากหลายทางโภชนาการ อีกทั้งส่วนหนึ่งยังเผชิญกับปัญหาคุณภาพความสดใหม่ และความสะอาดของอาหารอีกด้วย (จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ, 2557) ขณะที่ฆราวาสซึ่งถือว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งในฐานะผู้ที่ถวายอาหารให้กับพระสงฆ์จะเห็นได้ว่า ทศนคติของฆราวาสที่มีต่อการถวายภัตตาหารจะจากอาหารที่ชอบ และมีความเชื่อว่าจะสามารถอุทิศส่วนกุศลไปให้กับญาติผู้ใหญ่ได้ (จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ, 2559) ท้ายที่สุดเมื่อพิจารณาจากรูปแบบพฤติกรรมทางกายของพระสงฆ์นั้น พระสงฆ์มักมีพฤติกรรมทางกายพื้นฐานตามกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติในแต่ละวัน เช่น การเดินจงกรม การออกบิณฑบาต และการขยับร่างกายประจำวัน เป็นต้น มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้นที่มีการบริหารกล้ามเนื้อ การเล่นโยคะ และการยืดเส้น ดังนั้นเมื่อศึกษาถึงปัญหาสุขภาพจะเห็นได้ว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่จะประสบกับปัญหาน้ำหนักเกิดค่ามาตรฐาน (ชรินทร์ ห่วงมิตร, นเรศน์ จิตินันท์วิวัฒน์ และอมรรัตน์ กล้าทัพ, 2560)

เมื่อพิจารณาปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง สำหรับด้านการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์ค่อนข้างมีข้อจำกัดเมื่อเทียบกับฆราวาส จึงทำให้พระสงฆ์ไม่สามารถที่จะเลือกฉันอาหารหรือสามารถเลือกฉันอาหารเพื่อสุขภาพได้ อีกทั้งเมื่อพิจารณาในด้านความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาและด้านเอกสารของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง จึงความจำเป็นต้องพึ่งพาบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถในการช่วยเหลือ และการให้ความรู้ที่ถูกต้องกับพระสงฆ์ที่จำเป็นต้องได้รับการประยุกต์วิธีการดำเนินกิจกรรมให้เหมาะสม สอดคล้องกับการดำเนินกิจกรรมของพระสงฆ์ภายใต้พันธกิจของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสาธารณสุข สร้างความรู้ทางโภชนาการกับฆราวาสและพระสงฆ์ ซึ่งทำให้พระสงฆ์ไทยมีสุขภาพดีและกลายเป็นศูนย์กลางการพัฒนาสุขภาพในสังคมไทย ซึ่งมีความสอดคล้องกับพระธรรมวินัยที่เป็นกรอบในการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์

ดังนั้นการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์สถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทยในปัจจุบันที่อยู่ในสภาวะที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง เกิดขึ้นโดยการขาดความรู้ความเข้าใจความรู้เกี่ยวกับสุขภาพซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการพัฒนาสุขภาพที่ดี อีกทั้งการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์ภายใต้พระธรรมวินัยที่ทำให้พระสงฆ์ไม่สามารถมีทางเลือกในการดูแลสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมกับฆราวาส จึงทำให้พระสงฆ์ไทยไม่สามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนเองได้ จะเห็นได้ว่าการพิจารณาความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสิทธิการรักษาพยาบาล มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในทำความเข้าใจสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทย เพื่อให้เกิดการเสริมสร้างสุขภาพที่ดีขึ้นในสังคมไทยที่พระสงฆ์เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณทางสังคม

5.2.2.2 ระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ไทย กล่าวคือในการพิจารณาสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทย การพิจารณาระดับความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและสิทธิการรักษาพยาบาลเป็นปัจจัยหนึ่ง ที่มีความจำเป็นในการศึกษาควบคู่ไปกับ สถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทย เนื่องจากการดำเนินชีวิตประจำวันของพระสงฆ์มีข้อจำกัดตามที่พระ ธรรมวินัยได้ระบุไว้ ขณะที่จุดมุ่งหมายของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ไทยได้ระบุว่า การมีความรู้ด้านสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนา ที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัยซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการเริ่มต้นการพัฒนาสุขภาพ ภาวะที่ดี จะเห็นได้ว่าการสร้างสุขภาวะที่ดีนั้นเกิดขึ้นควบคู่กับการสร้างองค์ความรู้ที่ทำให้พระสงฆ์มี ความรู้ทางด้านสุขภาพอย่างรอบด้าน ชุมชน ภาครัฐ และเอกชน จึงต้องมีส่วนในการช่วยเหลือให้พระสงฆ์ เข้าถึงองค์ความรู้ที่ดีและมีความถูกต้อง ซึ่งจะกลายเป็นส่วนหนึ่งในการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ ทั้งนี้การ พัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ไทย สามารถเริ่มต้นจากการส่งเสริมความ เข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์ภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ซึ่งได้กำหนดแนวคิดหลักในการ ส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ขณะเดียวกันยังสามารถเข้าถึงการ รักษาพยาบาลตามที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้กำหนดสิทธิไว้อีกด้วย (พระครูพิพิธสุตาทรร และคณะ, 2560) นอกจากนี้ข้อเสนอที่สำคัญเช่นกันเกี่ยวกับการสร้างองค์ความรู้ให้กับการพัฒนาสุขภาพ พระสงฆ์ได้อย่างยั่งยืน เกี่ยวข้องกับการกำหนดรูปแบบและกิจกรรมบนพื้นฐานของหลักสุขภาวะองค์รวม โดยเริ่มต้นจากกระบวนการมีส่วนร่วมภายในคณะสงฆ์ เพื่อกำหนดทิศทาง การขับเคลื่อนการสร้างสุขภาวะ อย่างยั่งยืน อีกทั้งจำเป็นต้องยกระดับการเรียนรู้ให้มีการบูรณาการหลักพระพุทธศาสนากับศาสตร์ สมัยใหม่ เพื่อช่วยสร้างองค์ความรู้และกิจกรรมที่ส่งเสริมให้พระสงฆ์สามารถเข้าใจการเปลี่ยนแปลงเชิง องค์ความรู้ของระบบสาธารณสุขในสังคมปัจจุบันให้ดียิ่งขึ้น (พระครูสิริปัญญาบุญโยค, พระสุธีรัตนบัณฑิต, วิวัฒน์ หามนตรี และชลวิทย์ เจริญจิตต์, 2562; พระมหาสุทิตย์ อาภากรโร และสายชล ปัญญาจิต, 2558)

สำหรับข้อมูลทางสถิติระดับการศึกษาของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น แสดงถึง พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการศึกษาทางโลกอยู่ในเกณฑ์ดี โดยอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ตอนปลาย ปริญญาตรี และปริญญาโท ซึ่งแสดงให้เห็นถึงวุฒิภาวะและความสามารถในการตัดสินใจ และ ทักษะการใช้ชีวิตทางโลกที่ได้รับการอบรมเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการประเมินทักษะในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ที่อยู่ในระดับดีทั้งหมด โดยเฉพาะในด้านการเขียน เขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ การอ่านหนังสือได้เข้าใจ การพูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง การได้ยินเสียงชัดเจน และการมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ชัดเจน ที่มีความสำคัญเป็นอย่างมากในการศึกษาและการถ่ายทอดความองค์ความรู้กับบุคคลอื่น จึง สามารถพิจารณาได้ว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการเรียนรู้และสามารถเป็นศูนย์กลางในการ ถ่ายทอดความรู้ไปพร้อมกันได้ ซึ่งแสดงถึงศักยภาพของพระสงฆ์ไทยที่อยู่ในเกณฑ์ดี ขณะที่ยังมีความ จำเป็นในการพัฒนาศักยภาพในด้านความรู้ของพระสงฆ์กลุ่มอื่นที่ยังขาดการศึกษาทางโลกที่ดี ซึ่งจะมีผล ต่อการสร้างความรู้ความเข้าใจองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และความสามารถในการ เข้าถึงข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล

เมื่อพิจารณาระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิทางสุขภาพจะเห็นว่าพระสงฆ์ กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเกี่ยวกับทางสุขภาพในระดับกลาง อีกทั้งมีพระสงฆ์ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิ การรักษาพยาบาล และขาดการได้รับการตรวจสุขภาพอย่างต่อเนื่องตามที่ควรจะได้รับจากสิทธิ การรักษาพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีความจำเป็นต้อง คำนึงถึงค่าใช้จ่ายในการเข้ารับการรักษาพยาบาล จึงสามารถพิจารณาได้ว่ายังมีพระสงฆ์บางกลุ่มที่ไม่ สามารถเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล ขาดความรู้และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสิทธิการ รักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ ส่งผลให้มีพระสงฆ์บางส่วนไม่สามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการการรักษาพยาบาล ที่มีการจัดสวัสดิการให้กับพระสงฆ์และฆราวาสอย่างเท่าเทียมได้

สำหรับความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์จะเห็นว่าพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างมีการตัดสินใจ เบื้องต้นในการเลือกเข้ารับการรักษาพยาบาลอยู่ที่เกณฑ์ดี โดยพิจารณาจากสิ่งแรกที่ปฏิบัติเมื่อมีอาการ ป่วยได้แก่ ซื่อยามาฉันทเอง ไปสถานีนอนามัย และไปโรงพยาบาลของภาครัฐ หากพิจารณาถึงพระสงฆ์ใน กลุ่มอื่นจะเห็นว่า ยังมีพระสงฆ์บางกลุ่มที่ขาดความรู้ด้านการรักษาพยาบาล โดยตัดสินใจเลือกฉันทยา ดองน้ำมูตรเน่าเป็นอันดับแรก ซึ่งมีความสอดคล้องกับความรู้การอ่านเอกสารทางการแพทย์ของพระสงฆ์ ทั้งนี้การที่พระสงฆ์บางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์ได้แสดงให้เห็นถึง ความจำเป็นของ ธรรมนูญสุขภาพแห่งชาติที่มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบสาธารณสุขที่ดี ทำให้พระสงฆ์สามารถเข้าถึงการรักษา ที่มีคุณภาพและมีความถูกต้องในทางการแพทย์

ขณะที่ ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ทั้งในด้าน ความสามารถในการอ่านข้อมูลทางโภชนาการ ความสามารถในการอ่านหรือรอกเอกสารทางการแพทย์ ได้เข้าใจของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง ยังมีปัญหาเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจากค่าสถิติจะเห็นว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถที่จะคำนวณ และทำความเข้าใจผลจากข้อมูลทางโภชนาการได้ มีพระสงฆ์ เพียงร้อยละ 14.2 ที่สามารถแบ่งการบริโภคอาหารตามที่บรรจุภัณฑ์ระบุ จึงจะเห็นว่าพระสงฆ์กลุ่ม ตัวอย่างยังขาดความรู้ในการบริโภคอาหารเป็นอย่างมาก ซึ่งการบริโภคอาหารเป็นปัจจัยสำคัญหนึ่งในการ ดูแลสุขภาพพระสงฆ์ เนื่องจากพระสงฆ์ไม่สามารถที่จะออกกำลังกายเพื่อให้เกิดการใช้พลังงานจากอาหาร ที่บริโภคได้ จึงมีเพียงการดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวันของพระสงฆ์เท่านั้น ที่สามารถนำพลังงานที่ ได้รับจากสารอาหารและการบริโภคอาหารในระหว่างวันไปใช้ได้ ทั้งนี้สามารถพิจารณาได้จากข้อมูลทาง สถิติของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างที่ได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับสุขภาพ และพระศีลานุปฏิญาณ ที่เป็นแนวหน้า ในการขับเคลื่อนการพัฒนานิจกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนและพระสงฆ์ไทยอีกด้วย

ดังนั้นการที่พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถเลือกบริโภคอาหารได้ตามข้อมูลทาง โภชนาการที่ควรบริโภคต่อวัน ซึ่งเกิดจากการความรู้ ความเข้าใจ ในการบริโภคอาหาร จึงเป็นปัจจัยสำคัญ ที่ควรพิจารณาอย่างยิ่งในการเป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ ที่ทำให้พระสงฆ์ขาดดุลยภาพใน ชีวิตที่ดี เนื่องจากการบริโภคที่ไม่พอดี นำไปสู่การมีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่เกิดจากพฤติกรรมการใช้ ชีวิตประจำวัน อีกทั้งการขาดความรู้ ความสามารถ ในการเข้าถึงข้อมูลทางการรักษาพยาบาลที่ดี ส่งผลให้

พระสงฆ์บางกลุ่มมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้มีความรู้ทางด้านการแพทย์ เพื่อให้เกิดสังคมพระสงฆ์ที่มีเสถียรภาพทางด้านสุขภาพ

กล่าวโดยสรุปคือ จากสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน แสดงให้เห็นถึงสถานะของการพัฒนาสุขภาพที่ขาดการสร้างองค์ความรู้อย่างรอบด้าน โดยเฉพาะองค์ความรู้ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน อาทิ ความรู้เกี่ยวกับกับการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล และความรู้เกี่ยวกับโภชนาการในการเลือกบริโภคอาหารในชีวิตประจำวัน เป็นต้น ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าพระสงฆ์ไทยมีความพร้อมในการปรับตัวและเปิดรับองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพ อีกทั้งมีศักยภาพในการศึกษาทางโลกในเกณฑ์ดี ซึ่งแสดงถึงความพร้อมในการพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทย

5.2.2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะส่วนบุคคลที่สะท้อนถึงการรับรู้ การอยู่ร่วมในสังคมของบุคคลที่พึงกระทำอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต ภายใต้การใช้ทักษะพื้นฐานในการอ่าน การคำนวณ ตลอดจนถึงทักษะและความสามารถทางปัญญาและการมีปฏิสัมพันธ์ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ สามารถทำความเข้าใจและประเมินข้อมูลข่าวสารหรือบริการที่ได้รับว่ามีความถูกต้องเหมาะสม เพื่อนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจ เลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี รวมถึงสามารถบอกเล่าส่งต่อความรู้ที่เป็นประโยชน์ให้แก่บุคคลอื่น ๆ ในสังคมของตนได้

สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต เช่น การเขียน การอ่าน การพูดคุยสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น การทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึง การเดินทางด้วยตนเอง เป็นความสามารถพื้นฐานที่แต่ละบุคคลพึงมี เพื่อนำไปสู่การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ในการสำรวจทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต ทั้ง 7 ทักษะ โดยการประเมิน การเขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ การอ่านหนังสือได้เข้าใจ การพูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง การได้ยินเสียงชัดเจน การมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน การทำกิจวัตรประจำวัน และการไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ตามการรับรู้ของพระสงฆ์พบว่า ทักษะพื้นฐานที่พระสงฆ์สามารถปฏิบัติได้สูงสุด 3 ลำดับแรกเรียงตามลำดับคะแนน ได้แก่ การไปไหนมาไหนด้วยตนเอง การได้ยินเสียงชัดเจน และการทำกิจวัตรประจำวันตามลำดับ ในขณะที่การอ่านได้เข้าใจ การมองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน และการเขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ เป็น 3 ทักษะพื้นฐานที่ได้คะแนนน้อยที่สุด ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วทักษะการอ่าน การมองเห็น และการเขียน เป็นทักษะพื้นฐานที่สำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลความรู้ที่สำคัญต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นทักษะพื้นฐานเป็นขั้นตอนในลำดับแรก ๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ หากทักษะพื้นฐานในขั้นตอนในลำดับต้นมีปัญหาอุปสรรค อาจส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในขั้นตอนต่อไป ดังนั้นจึงควรมีการศึกษาถึงเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อทักษะความสามารถดังกล่าว รวมถึงกลยุทธ์ที่เหมาะสมเพื่อเพิ่มพูนทักษะพื้นฐานที่จำเป็นเหล่านี้

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ จากการทดสอบรูปแบบคัดกรองความแตกฉานด้านสุขภาพของชาวไทยที่ใช้ฉลากโภชนาการในการทดสอบ (Thai Health Literacy Assessment Instrument: Nutrition Label) แบบวัด 8 ข้อ (THLA-N8) ค่าพิสัยระหว่าง 1-10 โดยค่าคะแนนที่น้อยกว่าหรือเท่ากับ 4.83 บ่งบอกความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ (ปริณา ฌ พัทลุง และ สงวน ลือเกียรติ บัณฑิต, 2561) พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.8) ในการสำรวจครั้งนี้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ มีเพียงร้อยละ 21.2 ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (ตารางที่ 41) สอดคล้องกับการศึกษาของลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช และคณะ (2561) ที่ศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์สูงอายุจำนวน 361 รูปที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร โดยการประเมินด้วยเครื่องมือ ผลการศึกษาพบว่า มีเพียงเพียงร้อยละ 54.5 ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างเท่านั้นที่มีระดับความแตกฉานทางสุขภาพในขั้นพื้นฐาน ซึ่งเป็นขั้นต่ำสุดของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญกับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพที่ดี (Schaffler, et.al, 2018) โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอจะสามารถแสวงหาความรู้เกี่ยวกับดูแลสุขภาพด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจสามารถตัดสินใจเลือกข้อมูลเพื่อสนับสนุนการปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (แสงเดือน กิ่งแก้ว และ นุสรรา ประเสริฐศรี, 2558) ในทางตรงกันข้ามผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพไม่ต่อเนื่องเพียงพอ (อรุณี หล้าเขียว และ ทวีวรรณ ชาลีเครือ, 2558) อันจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพได้

5.2.3 แนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และการสร้างเสริมองค์ความรู้เกี่ยวกับสิทธิการรักษาพยาบาลในพระสงฆ์ไทย กล่าวคือ เป็นแนวทางในการร่วมกันขับเคลื่อนกิจกรรมการดูแลสุขภาพภายใต้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ โดยมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้จากหน่วยงานสำคัญที่มีหน้าที่ในด้านการเสริมสร้างสุขภาพที่ดี และจัดสวัสดิการการรักษาพยาบาล โดยการสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคณะสงฆ์ ซึ่งเป็นการสร้างพื้นที่ในสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลองค์ความรู้ อาทิ การประชุมพระสังฆาธิการประจำจังหวัด ที่เป็นศูนย์กลางการดำเนินงานในการยกระดับการดำเนินงานสู่ระดับนโยบาย อีกทั้งยังเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนปัญหาและข้อมูลต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ ซึ่งการใช้การประชุมพระสังฆาธิการเป็นพื้นที่ในการริเริ่มกิจกรรมเพื่อสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพที่ดีในพระสงฆ์ ทำให้สามารถขยายผลการดำเนินงานสู่พื้นที่วัดต่าง ๆ ภายในจังหวัด เป็นต้น ทั้งนี้การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์ควรมีลักษณะเป็นการให้ความรู้พื้นฐาน ที่มีลักษณะครอบคลุมการสร้างสุขภาพที่ดีในการดำเนินชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ ซึ่งเป็นการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับพระสงฆ์ โดยมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะทั่วไปของพระสงฆ์ เพื่อให้สามารถอ่านเอกสารและเขียนเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพได้อย่างถูกต้อง ทำให้พระสงฆ์สามารถพึ่งตนเองในการเข้ารับกระบวนการรักษาพยาบาลได้

ขณะที่ทักษะพื้นฐานในชีวิตประจำวันต่าง ๆ อาทิ การเขียนเขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ การอ่านหนังสือได้เข้าใจ การพูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง เป็นต้น ยังเป็นปัจจัยพื้นฐานในการเสริมสร้างองค์ความรู้

เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพในพระสงฆ์อีกด้วย ขณะที่การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิการรักษาสุขภาพมีความจำเป็นต้องอาศัยทักษะดังกล่าว ดังนั้นการเสริมสร้างทักษะในทางโลกที่ดีแก่พระสงฆ์ จึงเป็นแนวทางในการเริ่มต้นการพัฒนาสุขภาพที่ดีในพระสงฆ์ ซึ่งเป็นการพัฒนาที่เป็นทักษะที่มีความยั่งยืนและมีความสามารถติดตัวของพระสงฆ์ จึงมีลักษณะเป็นการพัฒนาทักษะในการพัฒนาความรู้ตลอดชีวิต ที่เป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพของพระสงฆ์ นำไปสู่การสร้างพระสงฆ์สุขภาพดีอย่างยั่งยืนภายใต้การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน การศึกษาทางสาธารณสุขกับพระสงฆ์จำนวนหนึ่งได้สะท้อนให้เห็นว่า พระสงฆ์สามารถมีกิจกรรมพื้นฐานในชีวิตประจำวันที่จะช่วยให้เกิดการรักษาสภาพ ไม่ว่าจะเป็นการบริหารกายด้วยการยืดเหยียด รวมทั้งกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับสมณสาธูป (วัฒนา วัฒนาภา และวรนุช ตั้งเจริญเสถียร, 2562) อย่างไรก็ตามท่ามกลางความก้าวหน้าและการแพร่หลายของระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่ดีขึ้น แต่มีการศึกษาจำนวนหนึ่งที่ยังสะท้อนให้เห็นว่า พฤติกรรมทางสุขภาพของพระสงฆ์ยังไม่ได้ถูกปรับให้เหมาะสมกับระบบโภชนาการที่ดีจนเป็นที่น่าพอใจ (พินิช ลาภธนานนท์, 2555; คณิศฉัตรวุฒิศักดิ์สกุล, 2561)

ทั้งนี้เมื่อพิจารณาจะเห็นได้ว่าการใช้ช่องทางสังคมออนไลน์ยังเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการสร้างพื้นที่ทางสุขภาพของพระสงฆ์ โดยอาศัยสื่อที่เป็นช่องทางสังคมออนไลน์ อาทิ เฟซบุ๊ก ไลน์ เป็นต้น ในการเผยแพร่องค์ความรู้สู่คณะสงฆ์ เนื่องจากในยุคปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีปัจจัยในชีวิตประจำวันเป็นอย่างมาก การใช้ช่องทางสังคมออนไลน์ จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งที่ควรพิจารณาเนื่องจากมีลักษณะที่สามารถเข้าถึงพระสงฆ์ได้ง่ายและทั่วถึง อีกทั้งยังเป็นพื้นที่ที่มีความสะดวกในการนำเสนอข้อมูลสู่พระสงฆ์ และสามารถโต้ตอบกันได้ หากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้มีความรู้ทางด้านการแพทย์ ได้ใช้ช่องทางดังกล่าวในการเริ่มต้นการดำเนินกิจกรรมพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์ ในการนำเสนอข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้อง โดยการจัดทำองค์ความรู้ที่พระสงฆ์สามารถเข้าใจได้ง่ายและได้รับการประยุกต์ให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ตามพระธรรมวินัย ซึ่งส่งผลให้พระสงฆ์เกิดการตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และเป็นการสร้างความตื่นตัวในการพัฒนาสุขภาพมากขึ้น อีกทั้งยังสร้างผลกระทบในเชิงปัจเจกบุคคลต่อพระสงฆ์ ที่ทำให้พระสงฆ์มีองค์ความรู้ในด้านสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพซึ่งนำไปสู่การสร้างสังคมสุขภาพที่ดี

ดังนั้นแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพในสังคมพระสงฆ์จึงเป็นการสร้างองค์ความรู้ที่มีความถูกต้อง สามารถเข้าใจได้ง่าย และถูกปรับให้เข้ากับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ภายใต้พระธรรมวินัย ซึ่งมีความจำเป็นที่หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และผู้มีความรู้ด้านการแพทย์ ต้องสร้างความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมการพัฒนาร่วมกัน โดยมีที่พระชุม พระสังฆาธิการเป็นศูนย์กลางในการดำเนินการในระดับนโยบาย ขณะที่มีการประยุกต์ใช้สื่อ หรือช่องทางสังคมออนไลน์ต่าง ๆ ในการเข้าถึงพระสงฆ์ในระดับปัจเจก เพื่อส่งผลกระทบต่อเสริมสร้างสุขภาพทั้งในระดับบุคคล ชุมชน และสังคมระดับย่อย นำไปสู่การเกิดกรณีสังคมสุขภาพที่ดี

5.2.4 การสร้างเครือข่ายเสริมสร้างสุขภาวะองค์กรรวม กล่าวคือ เป็นการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และฆราวาส ในสร้างความร่วมมือเครือข่ายพัฒนาสุขภาวะองค์กรรวม โดยมีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยเป็นศูนย์กลางในการประสานงานไปยังภาคีเครือข่ายดังกล่าว ในการร่วมกันขับเคลื่อนนโยบายการพัฒนาสุขภาวะองค์กรรวม นำไปสู่การที่พระสงฆ์มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นด้วยการดูแลสุขภาพชีวิตที่ดี ซึ่งสามารถขยายผลการดำเนินงานไปยังประชาชนในพื้นที่ต่าง ๆ ที่ยังขาดโอกาสหรือความรู้ในการเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพหรือระบบสิทธิการรักษาพยาบาลอย่างมีคุณภาพ โดยเฉพาะเมื่อมีการพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพในพระสงฆ์ เริ่มจากการพัฒนาองค์ความรู้ในสถานศึกษาของพระสงฆ์ อาทิ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ที่มีบุคลากรและพระนิสิตที่มีความรู้ความสามารถเกณฑ์ดี ทำให้มีความพร้อมในการศึกษาองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในพระสงฆ์ ซึ่งเมื่อบุคลากรและกลุ่มพระนิสิตดังกล่าวสำเร็จการศึกษาและกลับสู่ภูมิลำเนาเดิมของตน ส่งผลให้พระสงฆ์กลุ่มดังกล่าวสามารถเป็นศูนย์กลางในการสร้างเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาสุขภาพ

สำหรับการสร้างนวัตกรรมทางสังคมที่ช่วยเสริมสร้างสุขภาวะให้กับพระสงฆ์ได้ทั่วประเทศ รวมทั้งการที่วัดและพระสงฆ์เป็นศูนย์กลางและผู้นำทางจิตวิญญาณยังมีผลกระทบในทางที่ดีต่อชุมชนและสังคม กล่าวคือ การที่พระสงฆ์เป็นผู้ริเริ่มการส่งเสริมสุขภาวะในชุมชนมีผลกระทบอย่างมากต่อประชาชนที่เป็นพุทธศาสนิกชน อีกทั้งหลักการของพระพุทธศาสนาที่เปิดรับผู้ศรัทธาในศาสนาอื่นในฐานะมนุษย์อย่างเท่าเทียม จะช่วยสร้างผลกระทบอย่างมากในการพัฒนาสังคมสุขภาวะวิถีพุทธ ที่ช่วยยกระดับให้ชุมชนมีความรู้และความเพียบพร้อมในการพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งนี้การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนามีความเห็นไปในทิศทางเดียวกันว่าคณะสงฆ์จำเป็นต้องปรับบทบาทการดำเนินงาน เพื่อสร้างให้เกิดการบูรณาการการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการพัฒนาสุขภาพวิถีพุทธที่เป็นรูปธรรม เช่น การส่งเสริมความร่วมมือกับภาคเครือข่าย การดำเนินกิจกรรมการพัฒนาสุขภาพทั้งภายในและภายนอกคณะสงฆ์ให้มีความต่อเนื่อง ตลอดจนการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการพัฒนากิจกรรมให้แพร่หลายไปทั่วประเทศ เป็นต้น (พระเทพปวรเมธี: 2562; พิณิจ ลาภธนานนท์, สายชล ปัญญชิต และภูเบศ วณิชชานนท์: 2562; พระศรีสมโพธิ, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, ภูเบศ วณิชชานนท์ และชัยวัชรพรหมจิตติพงศ์: 2563)

ดังนั้นมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเป็นศูนย์กลางในการเชื่อมโยงหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และฆราวาสเข้าด้วยกัน เพื่อร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาวะองค์กรรวมอย่างยั่งยืนในสังคมไทย ซึ่งการสร้างภาคีเครือข่ายที่มีมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงสาธารณสุข มหาเถรสมาคม และสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เป็นต้น สามารถร่วมกันขับเคลื่อนการพัฒนาสุขภาพที่นำไปสู่การสร้างสังคมที่พระสงฆ์และฆราวาสมีสุขภาพดี โดยการสร้างนวัตกรรมทางสังคมที่พระสงฆ์ร่วมเป็นผู้ขับเคลื่อน ผ่านองค์ความรู้ที่ถูกต้องและความสามารถในการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการที่ดี นำไปสู่การขยายผลการดำเนินงานจากสังคมพระสงฆ์ สู่อสังคฆราวาส ทั้งนี้ในระยะแรกการดำเนินการในสังคมพระสงฆ์

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย สามารถเป็นศูนย์กลางในการควบคุมการดำเนินงานของ พระสงฆ์ เนื่องจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยมีการสร้างเครือข่ายหรือทุนทางสังคมที่ดีใน กลุ่มพระสงฆ์เป็นระยะเวลายาวนาน อีกทั้งการที่พระสงฆ์ร่วมเป็นผู้นำตามภูมิภาคและชุมชนต่าง ๆ ทำให้การพัฒนาสามารถเข้าถึงชุมชนได้สะดวกมากขึ้น ทำให้สามารถกำหนดพันธกิจในการดำเนินการ ร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพและสร้างความยั่งยืนในการพัฒนาสุขภาวะองค์กรรวม ที่นำไปสู่การสร้างสังคม พระสงฆ์สุภาพดีในสังคมไทย

5.3 ข้อเสนอแนะ

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.3.1.1 มหาเถรสมาคมผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของ มหาเถรสมาคม สำนักงานคณะกรรมการโรงเรียนพระปริยัติธรรมแผนกสามัญศึกษา และมหาวิทยาลัย สงฆ์ เป็นต้น ดำเนินการส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้พื้นฐานทางสุขภาพทั้งภายในคณะสงฆ์ และการ ร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่กำหนดกลไกและประสานความร่วมมือให้เกิดการ ยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลักดันด้วยกลไกที่เคยดำเนินการมา ผสมกับการใช้หน่วยงานที่ เชี่ยวชาญและสื่อสมัยใหม่เพื่อเข้าถึงกลุ่มพระสงฆ์เป็นจำนวนมาก

5.3.1.2 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรร่วมมือกับหน่วยงานด้านสาธารณสุข เช่น กรมอนามัย กรมการแพทย์ โรงพยาบาลสงฆ์ เป็นต้น ดำเนินการส่งเสริมการพัฒนาองค์ความรู้ พื้นฐานทางสุขภาพและการส่งเสริมสิทธิทางสุขภาพในการรักษาพยาบาลให้กับพระสงฆ์

5.3.1.3 สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำข้อมูลสารสนเทศ ระเบียบสุขภาพพระสงฆ์ไทยให้เป็นปัจจุบันและครอบคลุมข้อมูลเป็นประจำต่อเนื่อง

5.3.2 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

5.3.2.1 สำนักงานฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ ของมหาเถรสมาคม ควรผลักดันให้ อนุกรรมการขับเคลื่อนธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ สถาบันอุดมศึกษาในทุกจังหวัด ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมองค์ความรู้และพัฒนาเครือข่ายประชาสัมพันธ์ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพไปยังคณะสงฆ์ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

5.3.2.2 กรมอนามัย และอนุกรรมการขับเคลื่อนพระคิลาณุปัฐานและวัดส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้อำนวยการสงเคราะห์ ของมหาเถรสมาคม ควรผลักดันให้มีการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการสร้าง เครือข่ายและชุมชนต้นแบบในการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธ เพื่อผลักดันการสร้างความรู้ทางสุขภาพทั้ง ในพระสงฆ์และฆราวาสร่วมกัน

5.3.2.3 สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย ควรร่วมมือ กับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อการพัฒนาเครื่องมือและ

องค์ความรู้การวัดสุขภาพองค์กรรวมวิถีพุทธ เพื่อพัฒนาเป็นชุดความรู้ในการยกระดับการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์และฆราวาสในสังคมไทยต่อไป

5.4 ข้อจำกัดในการวิจัย

5.4.1 พระสงฆ์มีระยะเวลาในการทำแบบสอบถามจำกัด จึงได้แบบสอบถามมาไม่ตรงกับที่ส่งสำรวจ

5.4.2 ช่วงระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย อยู่ในช่วงการแพร่กระจายของไวรัส COVID-19 ทำให้การดำเนินการวิจัยมีความล่าช้า

บรรณานุกรม

1. ข้อมูลปฐมภูมิ

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (2539). พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

2. ข้อมูลทุติยภูมิ

ภาษาไทย

กนกวรรณ ศรีวิรัตน์. (2559). ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำงานวิจัยของอาจารย์ใหม่ กรณีศึกษาคณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ (สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา.

กรมองค์การระหว่างประเทศ. (2562). กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม. สืบค้น 8 กรกฎาคม 2562, จาก <http://humanrights.mfa.go.th/upload/pdf/icescrt.pdf>

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2554). ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพฯ: นิติธรรมการพิมพ์.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยมหิดล. (2558). การพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้แตกฉานด้านสุขภาพ สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง. นนทบุรี: กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (2556). คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในการปฏิบัติตามหลัก 3 อ 2 ส. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

เกียรติศักดิ์ สุขเหลือง, พระครูปลัดวัชรพงษ์ วชิรปญโญ, วโรตม เสมอเชื้อ, ชมพูนุท สิงห์มณี, พระชยานันท์มณี, เบญจมาศ สุขสถิตย์ และ นิพาวรรณ ไวยอนันท์. (2561). ความรู้ ทักษะคิดและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาวะและป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงในพระสงฆ์: ผลการศึกษาเบื้องต้น. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาจิตใจและสังคมอย่างยั่งยืนในยุค Thailand 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2561 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้. กรุงเทพฯ: อมรินทร์.

คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (2555). คู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: งานสร้างเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- คณิตฉัตร วุฒิสักดิ์สกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝาง จังหวัด เชียงใหม่. *สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ*, 24(1), 71-83.
- จงจิตร อัครทวารนิช. (2559). *สถานการณ์ปัญหาโภชนาการในพระสงฆ์ จากโครงการสงฆ์ไทยไกลโรค*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- จงจิตร อังคทวารนิช, วาสนี วิเศษฤทธิ์, อารยา แสงเทียน และพิจาริณ สมบูรณ์กุล. (2557). *รายงานฉบับ สมบูรณ์ การศึกษาวิถีชีวิต ลักษณะอาหาร ภาวะโภชนาการของพระสงฆ์ สามเณร และ ฆราวาส: ในบริบท 4 ภูมิภาคประเทศไทย*. กรุงเทพฯ: ภาควิชาโภชนาการและการกำหนด อาหาร คณะสหเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จริยา นพเคราะห์. (2560). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในผู้สูงอายุที่เป็น โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. เชียงใหม่.
- จริยา นพเคราะห์, โรจน์ จินตนาวัฒน์, ทศพร คำผลศิริ. (2563). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการ ตนเองในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2. พยาบาลสาร*, 47, 251-261.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2552). *ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุไทย: การทบทวนองค์ ความรู้ และสถานการณ์ในปัจจุบัน*. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- จุฑาภรณ์ หนูบุตร. (2554). *ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน กรณีศึกษาโรงพยาบาลวิภาวดี (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต)*. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. ปทุมธานี.
- เจตน์ รัตนจินะ, ธนะภูมิ รัตนารุพงศ์ และพรชัช สิทธิศรีณย์กุล. (2559). *สมดุลงานและชีวิตของพนักงาน กลุ่มมิลเลนเนียลและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. เวชศาสตร์ร่วมสมัย*, 60(5), 509-521.
- ฉัตรภรณ์ กาทองทุ่ง. (2562). *สภาพแวดล้อมการทำงาน และความสมดุลชีวิตกับการทำงานที่มีอิทธิพลต่อ คุณภาพชีวิตการทำงานของพนักงานบริษัทก่อสร้าง. มหาวิทยาลัยปทุมธานี*, 11(1), 149-161.
- ชนินทร์ ส่วนชะเอม. (2557). *การพัฒนากระบวนการการศึกษาตามอรรถาจารย์เพื่อสร้างเสริมความฉลาด ทางสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ (วิทยานิพนธ์ครุศาสตรดุษฎีบัณฑิต)*. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- ชรินทร์ ห่วงมิตร, นเรศน์ จิตินันท์วัฒน์ และอมรรัตน์ กล้าทัพ. *พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรม สุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ ในเขตเทศบาลนครนครสวรรค์ (รายงานการวิจัย)*. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค.
- ชลธิชา แก้วอนุชิต. (2556). *แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ ภายใต้ระบบ สุขภาพ โลกและประเทศไทย. พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 36(1), 123-131.
- ชลวิทย์ เจริญจิตต์. (2563). *พุทธทวาทิ. นนทบุรี: โครงการเสริมสร้างสุขภาพเชิงพุทธของหน่วยอบรม ประชาชนประจำตำบล สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และ สำนักสนับสนุนสุขภาพขององค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ*.

- ชินสัคค สุวรรณอัจฉริย. (2549). **เครือข่ายทางสังคม**. มหาสารคาม: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ณัฐวดี จิตรมานะศักดิ์. (2559). **การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพแนววิถีพุทธสำหรับพระสงฆ์** (ปริญญาานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. กรุงเทพฯ.
- เดชา บัวเทศ. (2554). **สุขภาพพระสงฆ์ : รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมโดยการมีส่วนร่วม ของชุมชนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดสระบุรี**. สระบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ฉัญชนก ชุมทอง. (2559). **รูปแบบอิทธิพลเชิงสาเหตุและผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีต่อพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของประชาชนไทยวัยผู้ใหญ่ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง** (วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- ธีระ กนกกาญจนรัตน์. (2556). **เข้มทิศ SME : Work-Life Balance ปรับแนวคิดสำหรับชีวิตและการทำงาน**. สืบค้น 14 ตุลาคม 2562, จาก <http://www.smi.or.th/index.php/sample-sites-10/sample-sites-10/905-sme-sme>
- ธีระ วรณารัตน์, ภัทรวัฒน์ วรณารัตน์, อรจิรา วงษ์ดนตรี และมณฑิชา เจนพานิชย์. (2558). **การทบทวน สถานการณ์และกลไกการจัดการความแตกฉานด้านสุขภาพ**. มปท.: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- นพนนท์ วรรณเทพสกุล, และกุลธิดา สามะพุทธ. (2554). **ความไม่เท่าเทียมเชิงโครงสร้างคือปัจจัยสังคมกำหนดความไม่ธรรมทางสุขภาพ**. สืบค้น 4 กรกฎาคม 2562, จาก <http://social-agenda.org/>
- นฤมล นิราทร. (2534). **การสร้างเครือข่ายการทำงาน: ข้อควรพิจารณาบางประการ**. กรุงเทพฯ: โครงการระหว่างประเทศว่าด้วยการขจัดปัญหาการใช้แรงงานเด็ก องค์การแรงงานระหว่างประเทศ.
- นิตินัย หมีสอาด. (2556). **ความสัมพันธ์ระหว่างการบริหารสมดุระหว่างชีวิตและการทำงานกับความผูกพันต่อองค์กรของพนักงาน** (สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. ปทุมธานี.
- นิภาพร เอื้อวัฒน์โชติมา. (2559). **ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพและการเสริมสร้างสุขภาพของประชากร**. **การสาธารณสุข**. 25(1), 147-156.
- นิตดา เกียรติยิ่งอังสุลี. (2562). **สถานการณ์ความไม่เป็นธรรม**. สืบค้น 4 กรกฎาคม 2562, จาก <http://social-agenda.org/issue/culture/>
- นิตาชล โทแก้ว. (2556). **ความสัมพันธ์ระหว่างความสมดุลชีวิตในการทำงานกับผลการปฏิบัติงานของผู้จัดการแผนกต้อนรับส่วนหน้าธุรกิจโรงแรมในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** (วิทยานิพนธ์ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. มหาสารคาม.

- บุษยามณี จันทร์เจริญสุข. (2537). **การรับรู้ชีวิตการทำงานกับการผูกพันองค์กร** (ปริญญาานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. กรุงเทพฯ.
- ประกาย ธีระวัฒนากุล. (2556). **Work and Life Balance สมดุลระหว่างงานกับชีวิต**. สืบค้น 25 ธันวาคม 2562, จาก <https://prachatai.com/journal/2013/03/45799>
- ประเวศ วะสี. (2543). **สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์** (พิมพ์ครั้งที่3). นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ปรินา ณ พัทลุง และสงวน ลือเกียรติบัณฑิต. (2019). การพัฒนาเครื่องมือวัดความแตกฉานด้านสุขภาพของคนไทยที่อิงการวัดความสามารถในการใช้ฉลากโภชนาการ. **วารสารเภสัชกรรมไทย**, 11(3), 659-677.
- ปิ่นฉัตร ชัชวรัตน์, และสมานจิต ภิรมย์รัตน์. (2561). รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์. **กาละลอกคำ**. 8(1), 167-178.
- ปัทมาวรรณ จินดารักษ์, และสายสุนีย์ เกษม. (2562). สมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานกับความหลากหลายของกลุ่มวัย. **นักบริหาร**. 39(1), 3-11.
- พระครูพิพิธสุตาทร, พระมหาประยูร โชติวโร, นายวิสุทธิ บุญญะโสภิต, ทิพิชา โปษยานนท์, พิณีจลาภณานนท์, นงลักษณ์ ยอดมงคล, ปฏิธรรม สำเนียง และณรงค์ กฤติขจรกรกุล. (2560). **ธรรมนูญ สุขภาพ พระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560**. นนทบุรี: สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- พระครูสิริปัญญาโยค, พระสุธีรัตนบัณฑิต, วิวัฒน์ หามนตรี และชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2562). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะทางสังคมของพระสงฆ์ในสังคมไทย. **วารสารมหาจุฬานาครทรรณ**. 6(4), 2140-2154.
- พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทธิโส). (2551). **การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก** (ปริญญาานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- พระเทพปรวเมธี. (2562). **จากปฏิรูปสู่การปฏิบัติแผนยุทธศาสตร์แผนปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา**. พระนครศรีอยุธยา: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2548). **โพชฌงค์ : พุทธวิธีเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์.
- พระไพศาล วิสาโล. (2552). **ทำบุญให้สุขภาพดี**. กรุงเทพฯ: เกียวโตเนชั่นพรีนติ้ง.
- พระมหาสุทิตย์ อาภากรโ (อบอุ่น). (2547). **เครือข่ายธรรมชาติ ความรู้ และการจัดการ**. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข.
- พระมหาสุทิตย์ อาภากรโ (อบอุ่น), ฌ์ธีร์ ศรีดี, พระครูพิพิธสุตาทร, จักรกริช สังขมณี, พระราชวรมุนี และวันชัย พลเมืองดี. (2556). **การพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการสร้างเครือข่ายองค์กรพระพุทธศาสนาในประเทศไทย** (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

- พระมหาสุทิตย์ อาภากรโธ และสายชล ปัญญชิต. (2558). รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ของสังคมตามแนวพระพุทธศาสนา. *วารสารวิชาการ Veridian E-Journal, Silpakorn University ฉบับภาษาไทย สาขามนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์และศิลปะ*. 8(1). 958-971.
- พระราชสิทธิเวที, เบญจมาศ สุขสถิตย์, วโรตม เสมอเชื้อ และชมพูนุท สิงห์มณี. (2562). การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาวะภายใต้ภาวะนา 4 ของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร. *วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์*, 8(3), 15-27.
- พระราชสิทธิเวที, พระสุธีรัตนบัณฑิต, ชมพูนุท สิงห์มณี, ณัฐธยาน์ พิณิจสุวรรณ, นิพัทธวรรณ ไวศยะนันท์, เบญจมาศ สุขสถิตย์, ... สุรัตน์ ต้นประเวช. (2562). *สุขภาวะพระสงฆ์ : การป้องกันและควบคุมโรค*. นนทบุรี: นิตិธรรมการพิมพ์.
- พระศรีสมโพธิ, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, ภูเบศ วณิชชานนท์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2563). *เครือข่ายสถานพลังสุขภาวะวิถีพุทธ*. นนทบุรี: นิติธรรมการพิมพ์.
- พิทยา ไพบูลย์ศิริ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3๐2๘ ของผู้บริหารภาครัฐจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1), 97-107.
- พิณิจ ลาภธนานนท์. (2557). *โภชนปฏิบัติเพื่อสุขภาพพระสงฆ์*. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์.
- พิณิจ ลาภธนานนท์. (2557). *สุขภาวะของพระสงฆ์ ปี 2555 (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- พิณิจ ลาภธนานนท์, สายชล ปัญญชิต, ภูเบศ วณิชชานนท์ และพิรญาณ์ แสงปัญญา. (2563). *ถอดบทเรียนงานสาธารณสุขสงเคราะห์วิถีพุทธของคณะสงฆ์ไทย*. นนทบุรี: นิติธรรมการพิมพ์
- เพชรรัตน์ อันโต, กุหลาบ รัตนสังจธรรม, วสุธร ต้นวัฒนกุล และสุนิศา แสงจันทร์. (2562). พฤติกรรมและความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการณ์กัตอาหารกับการปฏิบัติกิจวัตรตามวิถีชีวิตของพระสงฆ์. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 7(2), 348-363.
- ภาณุภาคย์ พงศ์อติชาติ. (2549). WLB สมดุลระหว่างชีวิตกับงาน : เรื่องจริงหรือแค่อิงนิยาย. *วารสารข้าราชการ*. 51(1): 18-22.
- มินตรา สารรักษ์, วรารัตน์ สังกะสี และวิลาศ คำแพงศรี. (2560). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 19(1), 37-48.
- มีเดีย เอกซเพอร์ทีส อินเตอร์เนชั่นแนล. (2551). *สารานุกรม Britannica Concise Encyclopedia ภาคภาษาไทย เล่ม 3 P-Z (ดัชนี)*. กรุงเทพฯ: มีเดีย เอกซเพอร์ทีส อินเตอร์เนชั่นแนล.
- เมธัช บัวชุม. (2557). *ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานของครู/บุคลากรทางการศึกษาวิทยาลัยเทคโนโลยีปัญญาภิวัฒน์*. วิทยาลัยเทคโนโลยีปัญญาภิวัฒน์: กรุงเทพฯ.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542*. กรุงเทพฯ: อักษรเจริญทัศน์การพิมพ์

- ลลิตทิพย์ ธนสมบัตินันท์. (2559). พฤติกรรมการตักบาตร และถวายภัตตาหาร เพื่อสุขภาพที่ดีของพระสงฆ์, **พุทธศาสนศึกษา**, 23(3), 51-66.
- ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช, ปริญญา พิธีธรรมานนท์, มนทยา สุนันท์วิวัฒน์, ภนิดา สรรพกิจภิญโญ, ภัณฑิลา สุภัทรศักดิ์ดา และศรัณย์ กอสนาน. (2561). ความแตกฉานทางสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์. **Veridian E-Journal Silpakorn University**, 11(1), 2643-2656.
- วรรณศิริ นิลเนตร. (2557). **ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุไทยในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.** (วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต). คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรรณช ปัทมาพงษ์, และชนิษฐา วรธงชัย. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงานกับความพึงพอใจในงานความสมดุลระหว่างชีวิต และการทำงานของพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยในประเทศไทย. **การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 36(2), 96-104.
- วัชรินทร์ ออละอ. (2556). **วิถีปฏิบัติตามหลักพุทธธรรมและปัจจัยสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์ในแหล่งพัฒนาอุตสาหกรรม** (ปริญญาานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ.
- วัฒนา วัฒนาภา. (2562). **คู่มือปฏิบัติพระอาพาธและรักษาสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. (2541). **นโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ** (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศราวิณ ผาจันทร์, และ เบญจา มุกตพันธ์. (2558). ภาวะโภชนาการและการบริโภคอาหารของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. **ศรีนครินทร์เวชสาร**, 30(6), 552-561.
- ศรีเมือง พลึงฤทธิ์. (2562). สถานะสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ พระภิกษุสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 37(2), 133-142.
- ศศิگانต์ ศรีมณี, ชนิดา มัททวงกูร, พรพิมล ภูมิฤทธิกุล, รชเชษฐ์ ดิษฐจร และพรรณี ตรังคสันต์. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์และพฤติกรรมการถวายภัตตาหารแด่พระสงฆ์ของประชาชนในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสยาม**, 19(37), 22-38.
- ศาลรัฐธรรมนูญ. (2562). **สิทธิมนุษยชนสาธารณสุขในประเทศไทย.** สืบค้นเมื่อ 29 มิถุนายน 2562, จาก http://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1360
- ศิริภัสสร วงศทองดี. (2552). **การสร้างสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน (Work-Life balance/Work-life Effectiveness).** สืบค้น 13 ตุลาคม 2562, จาก <http://www.dla.go.th/work/kpinow/7ebook/pdf/2554/worklife.pdf>
- สมเด็จพระพุทธโฆษาจารย์ (ป.อ. ปยุตโต). (2562). **สุขภาพะองค์รวมแนวพุทธ.** (พิมพ์ครั้งที่ 35). กรุงเทพฯ: พิมพ์สวายจำกัด.

- สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **พัฒนาการสำคัญของการเสริมสร้างสุขภาพ.**
 นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
 สนธยา พลศรี. (2550). **เครือข่ายการเรียนรู้ในงานพัฒนาชุมชน.** กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- สาธิต สละจิต. (2558). **ผลกระทบเรื่องความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงานที่มีต่อความผูกพันใน
 องค์กร กรณีศึกษาสำนักงานสรรพากรภาค 12** (สารนิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต).
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). **ความหมายของนวัตกรรมสร้างเสริมสุขภาพ.**
 สืบค้นเมื่อ 3 ตุลาคม 2562, จาก <https://www.thaihealth.or.th /Content-s9-define /48763-html?ref=define>
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). **คู่มือรู้จัก สสส.** สืบค้นเมื่อ 3 กรกฎาคม
 2562, จาก https://www.thaihealth.or.th/contact/getfile.php?items_id=26216
- สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2545). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕.** สืบค้นเมื่อ 3
 กรกฎาคม 2562, จาก <http://web.krisdika.go.th/data/law/law2/%CB29/%CB29-20-2545-a0001.pdf>
- สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน. (2548). **รายงานการศึกษาโครงการเสริมสร้างและพัฒนา
 คุณภาพชีวิตบุคลากรภาครัฐ: ความสมดุลระหว่างชีวิตกับการทำงาน.** สืบค้น 3 ตุลาคม 2562,
 จาก [http://www.ocsc.go.th/ocsc/th/uploads/File/docutianment/issue/
 hr_dictionary/hr_dic_wlb01.pdf](http://www.ocsc.go.th/ocsc/th/uploads/File/docutianment/issue/hr_dictionary/hr_dic_wlb01.pdf)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2550). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550.** สืบค้น
 เมื่อ 27 มิถุนายน 2562, จาก http://pcmc.swu.ac.th/EC/document/form/dw_form4 /17.pdf
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2559). **ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ ๒.**
 สืบค้น เมื่อ 29 มิถุนายน 2562, จาก [https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/
 files/upload_files/Statute_on_the_national_health_system_591219.pdf](https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/Statute_on_the_national_health_system_591219.pdf)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2560). **แผนงานหลักสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพ
 แห่งชาติรองรับการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ฉบับที่ 3
 (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560-2564).** กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). **คู่มือการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับ
 พระภิกษุและสามเณร.** กรุงเทพฯ: สหมิตรพรินติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.
- สำนักงานพระพุทธศาสนา. (2562). **สำนักพุทธฯ เผยผลสำรวจ พระสงฆ์-สามเณร ยอดลดฮวบ ทั่ว
 ประเทศ เหลือ 2.5 แสนรูป.** สืบค้น 30 สิงหาคม 2562, จาก https://www.khaosod.co.th /around-thailand/news_2957304

- สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์. (2559). การบำรุงรักษาสุขภาพสำหรับบรรพชิต. กรุงเทพฯ: สำนักงานทรัพย์สินส่วนพระมหากษัตริย์
- สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา. (2560). รัฐธรรมนูญราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560. สืบค้น 27 มิถุนายน 2562, จาก <https://www.senate.go.th/assets/portals/13/files/รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร%20พุทธศักราช%20๒๕๖๐.pdf>
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2556). 10 เรื่องควรรู้ สิทธิหลักประกันสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมการมีส่วนร่วม สปสช.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2561). ขอนแก่นเตรียมเคลื่อนที่ธรรมนูญสงฆ์ 22 ส.ค.นี้ พบพระสงฆ์ยังไม่มีบัตร ปชช. ทำให้ไม่มีสิทธิ 30 บาท. สืบค้น 30 มิถุนายน 2562, จาก <https://www.nhso.go.th/frontend/NewsInformationDetail.aspx?newsid=MjM4OA==>
- สำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ. (2562). ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ Social Determinants of Health. สืบค้น 5 กรกฎาคม 2562, จาก <https://vulnerablegroup.in.th/condition-plan>
- สุขมาพร พิงผาสุก, นภาพร วาณิชกุล, ทิพา ต่อสกุลแก้ว และเกศรินทร์ อุทธิยะประสิทธิ์. (2560). ความสัมพันธ์ของความแตกฉานทางสุขภาพ ผลจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ และอิทธิพลทางสังคม กับผลลัพธ์ทางคลินิกในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และ/หรือความดันโลหิตสูง. วารสารสภาการพยาบาล, 32(2), 111-125.
- สุชา จุลสำลี, และนนทยา ทางเรือ. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคกับระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันในเลือดและค่าดัชนีมวลกายของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารมจร.วิชาการ, 21(42), 107-121.
- สุทธินันท์ แก่นจันทร์. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการตนเองในพระสงฆ์สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เสรี พงศ์พิศ. (2548). เครือข่าย : ยุทธวิธีเพื่อประชาชนเข้มข้น ชุมชนเข้มแข็ง. กรุงเทพฯ: เจริญวิทย์การพิมพ์.
- แสงเดือน กิ่งแก้ว, และนุสรุ ประเสริฐศรี. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมการสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 25(3), 43-54.
- หทัยรัตน์ ลีสงวนกุลธร, และสุวรรณี เขมาวุฒานนท์. (2555). การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสมดุขชีวิตกับการทำงาน กรณีศึกษาสถาบันคุ้มครองเงินฝาก (วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยหอการค้าไทย. กรุงเทพฯ.
- อนรรักษ์ ปัญญาวัฒน์. (2548). การศึกษาชุมชนเชิงพหุลักษณะ: บทเรียนจากวิจัยภาคสนาม. กรุงเทพฯ: โครงการเสริมสร้างการเรียนรู้เพื่อชุมชนเป็นสุข.

อรุณี หล้าเขียว, และทวิวรรณ ชาลีเครือ. (2558). ความฉลาดทางด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับประทานยาในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปียงหลวงจังหวัดเชียงใหม่. ใน รายงานการประชุมวิชาการและนำเสนอผลการวิจัย ระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่ 6 กลุ่มระดับชาติ ด้านวิทยาศาสตร์ (น. 635-649). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

อังคินันท์ อินทรกำแหง. (2560). **ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.

อัจฉริยา พงษ์นุ้มกุล, จงจิต เสน่หา, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์,ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา, และทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์. (2554). พฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์ในเขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 29(2), 37-45.

อัจฉริยา พ่วงแก้ว, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, จงจิต เสน่หา, ศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา และทิพาพันธ์ สังฆะพงษ์. (2561). พัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระสงฆ์ : มุ ม ม อ ง ข อ ง พระสงฆ์. **วิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 12(1), 81-91.

ภาษาอังกฤษ

Angkatavanich, J., & Zuesongdham, M. (2012). Nutritional problem solving and management project for monks and novices to achieve chronic disease prevention and sustainable health through the development of role model monk: good nutrition and sustainable health and role model layman supporting good nutrition in monks. **Journal of the international association of Buddhist studies**, 4, 1-6.

Anonymous. (1978). **Declaration of Alma Ata**. In **International Conference on Primary Health Care**. Alma Ata: n.p.

Aryee, Srinivas, & Tan. (2005). Rhythms of Life: Antecedents and Outcomes of Work -Family Balance in Employed Parents. **Journal of Applied Psychology**. 90(1), 132-146.

Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazmararian JA, & Nurss J. 1999. Development of a brief test to measure functional health literacy. **Patient Education and Counseling**, 38, 33-42.

Boonyasiriwat, W., Pornprasit, N., Chaiwiroj, C, & Sanruan, S. (2013). Predicting intentions to offer healthy foods to Buddhist monks in Thailand using the theory of planned behavior, self-efficacy, and prosocial motivations. In **Proceeding of the 10th Asian Association of Social Psychology Biennial Conference**. N.p.: n.p.

- Clark, S. C. (2001). Work Cultures and Work/Family Balance. **Journal of Vocational Behavior**, 58(3), 348-365.
- Davis, T. C., Crouch, M. A., Long, S. W., Jackson, R. H., Bates, P., George, R. B., & Bairnsfather, L. E. (1991). Rapid assessment of literacy levels of adult primary care patients. **Family medicine**, 23(6), 433-435.
- Davis, T. C., Long, S. W., Jackson, R. H., Mayeaux, E. J., George, R. B., Murphy, P. W., & Crouch, M. A. (1993). Rapid estimate of adult literacy in medicine: a shortened screening instrument. **Family medicine**, 25(6), 391-395.
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: the health literacy pathway model. **BMC public health**, 12(1), 130.
- Heijmans, M., Waverijn, G., Rademakers, J., Vaart, R. van der, & Rijken, M. (2015). Functional, communicative and critical health literacy of chronic disease patients and their importance for self-management. **Patient Education and Counseling**, 98(1), 41-48.
- Hutton, A. (2005). **The case for work-life balance: Closing the gap between policy and practice**. Sydney :Hudson Global Resources (Aust.).
- Hyman, J., & Summers, J. (2004). Lacking balance? Work-life employment practices in the modern economy. **Personnel Review**. 33(4), 418-429.
- Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy, Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M., & Kindig, D. A. (Eds.). (2004). **Health Literacy: A Prescription to End Confusion**. National Academies Press (US).
- Intrakamhang, U., & Kwanchuen, Y. (2016). The development and application of the ABCDE-health literacy scale for Thais. **Asian Biomedicine**, 10, 587-594.
- Ishikawa H, Takeuchi T, & Yano E. (2008). Measuring functional, communicative, and critical health literacy among diabetic patients. **Diabetes Care**, (31), 874-879.
- Jeamjitvibool, T. , Tankumpuan, T. , Lulkahatai, N. , & Davidson, P. M. (2019) . **Non- Communicable Disease in Buddhist Monks: An Integrative Review**. Retrieved 24 June 2019,from <https://sigma.nursingrepository.org/handle/10755/18161>

- Jutrakul P. (2018). **Health News: Alms giving with low salt diet reduces number of monks with non-communicable diseases**. Retrieved 24 June 2019, from <https://goo.gl/NDRp4a> (in Thai)
- Kalliath, T. & Brought, P. (2008). Work-life balance: A review of the meaning of the balance construct. *Journal of Management & Organization*, 14(1), 323-327.
- Kickbusch, I. Wait, S., & Maag, D. (2005). **Navigating health: The role of health literacy**. N.P.: International Longevity Centre-UK.
- Marx, C. (1884). **Economics: Critical Assessments**. Retrieved 24 June 2019, from <https://books.google.co.th/books?id=mhT4liKMosC&pg=PA327&lp-g=PA327&dq=marx+1884&source=bl&ots=0kIW-xJiky&sig=ACfU3U2JV3ODYRbr1nV7hk1WXEmkly>
- Merrill, A. & Merrill, R. (2003). **Life matter: Crating a dynamic balance of work, family, time and money**. New York: McGraw-Hall.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A.M., Kindig, D.A. (2004). **Health literacy: A prescription to end confusion**. Washington, D.C.: The National Academies Press.
- Nilnate W, Hengpraprom S., and Hanvoravongchai P. (2016). "Level of health literacy in Thai elders, Bangkok, Thailand. *Journal of Health Research*. 30(5), 315-321.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health promotion international*, 15(3), 259-267.
- Parker, R. M., Williams, M. V., Weiss, B. D., Baker, D. W., Davis, T. C., Doak, C. C., ... & Schwartzberg, J. G. (1999). Health literacy-report of the council on scientific affairs. *Jama-Journal of the American Medical Association*, 281(6), 552-557.
- Parker, R.M., Baker, D.W., Williams, M.V., & Nurss, J.R. (1995). The Test of Functional Health Literacy in Adults: A new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine*, 10(10), 537-541.
- Phachan, S., & Muktabhant, B. (2015). Nutritional status and food consumption of Buddhist monks in mueang district, Khon Kaen province. *Srinagarind Medical Journal*, 30, 552-561.
- Ritzer, George, Stepnisky, Jeffrey. (2018). **Modern Sociological Theory**. California: SAGE Publications.

- Saan, H., & Wise, M. (2011). Enable, mediate, advocate. **Health promotion international**, 26(suppl_2), ii187-ii193.
- Schaffler, J., Leung, K., Tremblay, S., Merdsoy, L., Belzile, E., Lambrou, A., & Lambert, S. D. (2018). The effectiveness of self-management interventions for individuals with low health literacy and/or low income: a descriptive systematic review. **Journal of general internal medicine**, 33(4), 510-523.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC public health**, 12(1), 80.
- Squiers, L., Peinado, S., Berkman, N., Boudewyns, V., & McCormack, L. (2012). The health literacy skills framework. **Journal of Health Communication**, 17, 30-54.
- Tountas, Y. (2009). The historical origins of the basic concepts of health promotion and education: the role of ancient Greek philosophy and medicine. **Health Promotion International**, 24(2), 185-192.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2010). **National action plan to improve health literacy**. Washington (DC): Author.
- Weiss, B. D., Mays, M. Z., Martz, W., Castro, K. M., DeWalt, D. A., Pignone, M. P., ... & Hale, F. A. (2005). Quick assessment of literacy in primary care: the newest vital sign. **The Annals of Family Medicine**, 3(6), 514-522.
- Wills, J., & Jackson, L. (2014). Health and health promotion. In J. Wills (Ed.), **Fundamentals of health promotion for nurses** (2nd ed., pp. 4-20). UK: WileyBlackwell.
- World Health Organization. (1948). **Constitution of the World Health Organization**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (1998). **Health Promotion Glossary**. World Health Organization: Geneva.
- World Health Organization. (2014a). **The Bangkok charter for health promotion in a globalized world (11 August 2005)**. Retrieved from http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/
- World Health Organization. (2014b). **WHO definition of health**. Retrieved from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

- World Health Organization. (2014b). **Mental health: a state of well-being**. Retrieved 24 June 2019, from http://origin.who.int/features/factfiles/mental_health/en/
- World Health Organization. (2015). **Thailand: WHO statistical profile**. Retrieved 24 June 2019, from <http://www.who.int/gho/countries/tha.pdf?ua=1>
- World Health Organization. (2017). **Promoting health in the SDGs: Report on the 9th Global conference for health promotion, Shanghai, China, 21–24 November 2016: all for health, health for all**. Geneva: World Health Organization.
- Wills, J., & Jackson, L. (2014). Health and health promotion. In Will, J. (Eds.), **Fundamentals of health promotion for nurses** (pp. 4-20). Chichester, West Sussex: John Wiley & Sons Inc.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. & Greer, D.S. (2005, March). Understanding health literacy: an expanded model. **Health Promotion International**, 20(2). Retrieved 24 June 2019, from <https://academic.oup.com/heapro/article/20/2/195/827483>.

ภาคผนวก
ภาคผนวก (ก)
รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



รูปภาพกิจกรรม



ภาคผนวก (ข)
ใบรับรองจริยธรรมของข้อเสนอการวิจัย
หมายเลขข้อเสนอการวิจัย ว.07/2563



ใบรับรองจริยธรรมการวิจัยของข้อเสนอการวิจัย
เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัยและยินยอม
หมายเลขข้อเสนอการวิจัย ว.๐๗/๒๕๖๓

ข้อเสนอการวิจัยนี้และเอกสารประกอบของข้อเสนอการวิจัยตามรายงานการแสดงด้านล่าง ได้รับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยแล้ว คณะกรรมการฯ มีความเห็นว่าข้อเสนอการวิจัยที่จะดำเนินการมีความสอดคล้องกับหลักจริยธรรมสากล ตลอดจนกฎหมาย ข้อบังคับและข้อกำหนดภายในประเทศ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยตามข้อเสนอการวิจัยนี้ได้

ชื่อข้อเสนอการวิจัย: ความรอบรู้ทางสุขภาพ : ภาวะสังคมและคุณภาพชีวิตในพระสงฆ์
(Health Literacy : Social Determination and Quality of Life for the Buddhist Monks)

รหัสข้อเสนอการวิจัย: -

สถาบันที่สังกัด: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ผู้วิจัยหลัก: รศ.ดร.โกณิฏฐ์ ศรีทอง

เอกสารที่พิจารณาทบทวน

- | | |
|---|----------------------------------|
| ๑. แบบเสนอโครงการวิจัย | ฉบับที่ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ |
| ๒. เอกสารชี้แจงข้อมูลผู้เข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ |
| ๓. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย | ฉบับที่ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ |
| ๔. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล | ฉบับที่ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓ |

(พระสุวรรณเมธาภรณ์, ผศ.)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

หมายเลขใบรับรอง: ว.๐๗/๒๕๖๓

วันที่ให้การรับรอง: ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

วันหมดอายุใบรับรอง: ๑๗ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๔

ภาคผนวก (ค)

ตัวอย่างแบบสอบถาม

แบบสอบถามสถานการณ์สุขภาวะและความรอบรู้ทางสุขภาพในพระสงฆ์

โดย

สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภายใต้การสนับสนุนของ

โครงการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล (อ.ป.ต.) ในสังคมไทย

สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

แบบสัมภาษณ์นี้มี 2 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ

วัด

.....

.....

ตำบล

อำเภอ

.....

จังหวัด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน ○ หรือเติมข้อความลงในช่องว่าง □ หรือ ที่ตรงกับข้อมูลของ
พระคุณเจ้า

C1. พระคุณเจ้าเกิดปี พ.ศ. □□□□
C2. พระคุณเจ้าบวชเป็นพระภิกษุสงฆ์มานาน □□ พรรษา
C3. ปัจจุบันพระคุณเจ้าจำพรรษาอยู่ในวัดนี้ ในฐานะ <input type="radio"/> 1. เจ้าอาวาส <input type="radio"/> 2. รองเจ้าอาวาส <input type="radio"/> 3. ผู้ช่วยเจ้าอาวาส <input type="radio"/> 4. พระลูกวัด <input type="radio"/> 5. อื่น ๆ โปรดระบุ
C4. ประเภทของวัดที่พระคุณเจ้าจำพรรษา <input type="radio"/> 1. พระอารามหลวง <input type="radio"/> 2. วัดราษฎร์ <input type="radio"/> 3. สำนักสงฆ์ <input type="radio"/> 4. อื่น ๆ โปรดระบุ
C5. พระคุณเจ้าสำเร็จการศึกษาทางโลก (สายสามัญ) ชั้นสูงสุด <input type="radio"/> 1. ไม่ได้ศึกษา <input type="radio"/> 2. ประถมศึกษา <input type="radio"/> 3. มัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า <input type="radio"/> 4. มัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า <input type="radio"/> 5. อนุปริญญา <input type="radio"/> 6. ปริญญาตรี <input type="radio"/> 7. ปริญญาโท <input type="radio"/> 8. ปริญญาเอก <input type="radio"/> 9. อื่น ๆ โปรดระบุ
C6. พระคุณเจ้าสำเร็จการศึกษาแผนกธรรม ชั้นสูงสุด <input type="radio"/> 1. ไม่ได้ศึกษา <input type="radio"/> 2. นักธรรมชั้นตรี <input type="radio"/> 3. นักธรรมชั้นโท <input type="radio"/> 4. นักธรรมชั้นเอก
C7. พระคุณเจ้าสำเร็จการศึกษาแผนกบาลี ชั้นสูงสุด <input type="radio"/> 1. ไม่ได้ศึกษา <input type="radio"/> 2. เปรียญธรรม □ ประโยค
C8. พระคุณเจ้ามีน้ำหนักตัว □□□ . □ กิโลกรัม (ซึ่งน้ำหนักมาแล้วไม่เกิน 1 เดือน)
C9. พระคุณเจ้ามีส่วนสูง □□□ เซนติเมตร
C10. พระคุณเจ้ามีรอบเอว □□□ เซนติเมตร (โดยการวัด)

C11. ความสามารถในด้านต่าง ๆ ของพระคุณเจ้า	ไม่ได้เลย	พอทำได้	ทำได้ดี	ทำได้ดีมาก
C11.1 เขียนข้อความให้ผู้อื่นเข้าใจ				
C11.2 อ่านหนังสือได้เข้าใจ				
C11.3 พูดคุยกับคนอื่นได้รู้เรื่อง				
C11.4 ได้ยินเสียงชัดเจน				
C11.5 มองเห็นสิ่งต่าง ๆ ได้ชัดเจน				
C11.6 ทำกิจวัตรประจำวัน				
C11.7 ไปไหนมาไหนด้วยตนเอง				
C12. <u>สุขภาพโดยรวม</u> ของพระคุณเจ้าเป็นอย่างไร				
<input type="radio"/> 1. แย่มาก <input type="radio"/> 2. แย่ <input type="radio"/> 3. ปานกลาง <input type="radio"/> 4. ดี <input type="radio"/> 5. ดีมาก				
C13. <u>สิทธิการรักษาพยาบาล</u> ของพระคุณเจ้า (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
<input type="radio"/> 1. สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ <input type="radio"/> 2. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ สิทธิ 30 บาท / บัตรทอง <input type="radio"/> 3. ประกันสังคม <input type="radio"/> 4. สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน <input type="radio"/> 5. ไม่มีสิทธิ ชำระด้วยตนเอง <input type="radio"/> 6. อื่น ๆ ระบุ				
C14. <u>ใน 1 ปีที่ผ่านมา</u> พระคุณเจ้าได้ <u>เข้ารับการรักษาพยาบาล</u> หรือไม่				
<input type="radio"/> 1. ไม่ใช่ (ข้ามไปข้อ 17) <input type="radio"/> 2. ใช่				
C15. <u>ใน 1 ปีที่ผ่านมา</u> พระคุณเจ้าใช้ <u>สิทธิใดในการชำระค่ารักษาพยาบาล</u> (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
<input type="radio"/> 1. สิทธิสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ <input type="radio"/> 2. สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ/ สิทธิ 30 บาท / บัตรทอง <input type="radio"/> 3. ประกันสังคม <input type="radio"/> 4. สิทธิประกันจากบริษัทเอกชน <input type="radio"/> 5. ไม่มีสิทธิ ชำระด้วยตนเอง <input type="radio"/> 6. อื่น ๆ ระบุ				
C16. <u>ใน 1 ปีที่ผ่านมา</u> พระคุณเจ้าเคย <u>เข้ารับการรักษาพยาบาล</u> โดย <u>ไม่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาล</u> หรือไม่				
<input type="radio"/> 1. ไม่ใช่ <input type="radio"/> 2. ใช่ เพราะ				
C17. <u>ใน 1 ปีที่ผ่านมา</u> พระคุณเจ้ามี				
C17.1 ค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลรักษาสุขภาพ ประมาณ				
C17.2 เบี้ยประกันสุขภาพต่อปี ประมาณ				
C17.3 เบี้ยประกันชีวิตต่อปี ประมาณ				

C18. พระคุณเจ้ามีความ <u>เข้าใจ</u> เรื่องสิทธิทางสุขภาพเพียงใด	
<input type="radio"/> 1. ไม่เข้าใจ	<input type="radio"/> 2. น้อยที่สุด
<input type="radio"/> 3. น้อย	<input type="radio"/> 4. ปานกลาง
<input type="radio"/> 5. มาก	<input type="radio"/> 6. มากที่สุด
C19. พระคุณเจ้าคิดว่า <u>หน่วยงาน</u> ใดควรมีหน้าที่ในการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
<input type="radio"/> 1. มหาเถรสมาคม (มส.)	<input type="radio"/> 2. ฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของ มส.
<input type="radio"/> 3. ฝ่ายปกครองของ มส.	<input type="radio"/> 4. สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
<input type="radio"/> 5. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	<input type="radio"/> 6. กระทรวงสาธารณสุข
<input type="radio"/> 7. อื่น ๆ โปรดระบุ	
C20. พระคุณเจ้าคิดว่า <u>ช่องทาง</u> ใดมีความเหมาะสมในการให้ข้อมูลเรื่องสิทธิทางสุขภาพแก่พระสงฆ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)	
<input type="radio"/> 1. แลกเปลี่ยนคณะสงฆ์ประจำเดือน	<input type="radio"/> 2. การประชุมพระสังฆาธิการ
<input type="radio"/> 3. จดหมายข่าว	<input type="radio"/> 4. ช่องทางทางสังคมออนไลน์
<input type="radio"/> 5. อื่น ๆ โปรดระบุ	
C21. <u>ปัจจัยสำคัญ</u> ที่ทำให้พระคุณเจ้าตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล (กรุณาตอบเพียงข้อเดียว)	
<input type="radio"/> 1. อาการเจ็บป่วย	<input type="radio"/> 2. สิทธิในการรักษา
<input type="radio"/> 3. ค่าใช้จ่ายในการรักษา	<input type="radio"/> 4. อื่น ๆ โปรดระบุ
C22. พระคุณเจ้า <u>ได้รับการบอกจากแพทย์</u> ว่าป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือไม่	
<input type="radio"/> 1. ไม่มี	<input type="radio"/> 2. มี
ถ้า มี โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง <input type="radio"/> ของโรคที่พระคุณเจ้าเป็น และระบุว่าเป็นมานานแล้วกี่ปี	
<input type="radio"/> 22.1 ไช้ข้ออักเสบ	ปี <input type="radio"/> 21.2 ภาวะอาหารอักเสบ
<input type="radio"/> 22.3 ถุงลมโป่งพอง	ปี <input type="radio"/> 22.4 เบาหวาน
<input type="radio"/> 22.5 หอบหืด	ปี <input type="radio"/> 22.6 หลอดเลือดหัวใจตีบ
<input type="radio"/> 22.7 ไขมันในเลือดสูง	ปี <input type="radio"/> 22.8 ไต
<input type="radio"/> 22.9 หลอดลมอักเสบเรื้อรัง	ปี <input type="radio"/> 22.10 ความดันโลหิตสูง
<input type="radio"/> 22.11 หัวใจเต้นผิดปกติ	ปี <input type="radio"/> 22.12 หลอดเลือดสมอง
<input type="radio"/> 22.13 อื่น ๆ โปรดระบุ	ปี

ถ้าพระคุณเจ้าเลือกคำตอบ เป็น อย่างน้อย 1 โรค ให้ตอบข้อต่อไปนี้	ถ้าเลือก ไม่เป็น ไม่เคยตรวจ (ไม่มีโรคประจำตัว) ให้ข้ามไปตอบ C25					
การปฏิบัติในช่วงระยะเวลา 1 เดือน ที่ผ่านมาพระคุณเจ้าปฏิบัติสิ่งต่อไปนี้ อย่างไร	ทำทุกครั้ง [1]	ทำเป็น ส่วนใหญ่ [2]	ทำเป็น ส่วนน้อย [3]	ไม่ทำเลย [4]		
C23. พระคุณเจ้าไปพบแพทย์ตามนัด						
C24. พระคุณเจ้าฉันทยาตามแพทย์สั่ง						
C25. เมื่อพระคุณเจ้ามีปัญหาด้านสุขภาพ หรือมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ปวดศีรษะ เป็นไข้ อ่อนเพลีย พระคุณเจ้าทำอย่างไรเป็นอันดับแรก (<u>กรุณาตอบเพียงข้อเดียว</u>)						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> 1. ปล่อยให้หายเอง <input type="radio"/> 3. ปรึกษาบุคคลอื่น ๆ <input type="radio"/> 5. ไปโรงพยาบาลของรัฐ <input type="radio"/> 7. ไปคลินิก <input type="radio"/> 9. ฉันทยาด้วยน้ำมูตรเนา <input type="radio"/> 11. อื่น ๆ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> 2. ปรึกษาพระภิกษุ <input type="radio"/> 4. ไปสถานเอนามัย/รพ.ส่งเสริมสุขภาพ <input type="radio"/> 6. ไปโรงพยาบาลเอกชน <input type="radio"/> 8. ซ้อมยามฉันทยาเอง <input type="radio"/> 10. ฉันทยาตำราหลวงที่ได้รับจากญาติโยม </td> </tr> </table>					<input type="radio"/> 1. ปล่อยให้หายเอง <input type="radio"/> 3. ปรึกษาบุคคลอื่น ๆ <input type="radio"/> 5. ไปโรงพยาบาลของรัฐ <input type="radio"/> 7. ไปคลินิก <input type="radio"/> 9. ฉันทยาด้วยน้ำมูตรเนา <input type="radio"/> 11. อื่น ๆ	<input type="radio"/> 2. ปรึกษาพระภิกษุ <input type="radio"/> 4. ไปสถานเอนามัย/รพ.ส่งเสริมสุขภาพ <input type="radio"/> 6. ไปโรงพยาบาลเอกชน <input type="radio"/> 8. ซ้อมยามฉันทยาเอง <input type="radio"/> 10. ฉันทยาตำราหลวงที่ได้รับจากญาติโยม
<input type="radio"/> 1. ปล่อยให้หายเอง <input type="radio"/> 3. ปรึกษาบุคคลอื่น ๆ <input type="radio"/> 5. ไปโรงพยาบาลของรัฐ <input type="radio"/> 7. ไปคลินิก <input type="radio"/> 9. ฉันทยาด้วยน้ำมูตรเนา <input type="radio"/> 11. อื่น ๆ	<input type="radio"/> 2. ปรึกษาพระภิกษุ <input type="radio"/> 4. ไปสถานเอนามัย/รพ.ส่งเสริมสุขภาพ <input type="radio"/> 6. ไปโรงพยาบาลเอกชน <input type="radio"/> 8. ซ้อมยามฉันทยาเอง <input type="radio"/> 10. ฉันทยาตำราหลวงที่ได้รับจากญาติโยม					
C26. ปัจจุบันพระคุณเจ้าใช้ยา ยาสมุนไพร อาหารเสริม หรือยาบำรุงใดเป็นประจำบ้าง (<u>ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ</u>)						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> 1. ไม่ได้ใช้ยาใด <input type="radio"/> 3. ยา (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 4. สมุนไพร (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 5. อาหารเสริม (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 6. ยาบำรุง (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 7. อื่น ๆ (โปรดระบุ) </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> 2. ยาตองน้ำมูตร </td> </tr> </table>					<input type="radio"/> 1. ไม่ได้ใช้ยาใด <input type="radio"/> 3. ยา (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 4. สมุนไพร (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 5. อาหารเสริม (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 6. ยาบำรุง (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 7. อื่น ๆ (โปรดระบุ)	<input type="radio"/> 2. ยาตองน้ำมูตร
<input type="radio"/> 1. ไม่ได้ใช้ยาใด <input type="radio"/> 3. ยา (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 4. สมุนไพร (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 5. อาหารเสริม (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 6. ยาบำรุง (โปรดระบุ) <input type="radio"/> 7. อื่น ๆ (โปรดระบุ)	<input type="radio"/> 2. ยาตองน้ำมูตร 					
C27. พระคุณเจ้าเคยเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> 1. ไม่เคย <input type="radio"/> 3. ตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอทุกปี </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <input type="radio"/> 2. ตรวจสม่ำเสมอทุกปี </td> </tr> </table>					<input type="radio"/> 1. ไม่เคย <input type="radio"/> 3. ตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอทุกปี	<input type="radio"/> 2. ตรวจสม่ำเสมอทุกปี
<input type="radio"/> 1. ไม่เคย <input type="radio"/> 3. ตรวจแต่ไม่สม่ำเสมอทุกปี	<input type="radio"/> 2. ตรวจสม่ำเสมอทุกปี					

C28. ในปีนี้พระองค์เจ้าฉัตรวชิรชนป้องกันไข้หวัดใหญ่	
<input type="radio"/> 1. ไม่ใช่	<input type="radio"/> 2. ใช่
C29. พระคุณเจ้าเป็นพระคิลานุปัฏฐาก	
<input type="radio"/> 1. ไม่ใช่	<input type="radio"/> 2. ใช่ ตั้งแต่ปี พ.ศ.
C30. พระคุณเจ้าเคยเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ	
<input type="radio"/> 1. ไม่เคย	<input type="radio"/> 2. เคยได้รับการอบรม
	เรื่อง

	โดย.....

	เมื่อปี พ.ศ.

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ทางสุขภาพ

จงเลือกตัวเลือกที่พระคุณเจ้าเห็นว่าตรงกับความจริง

1. พระคุณเจ้าพบกับเหตุการณ์นี้บ่อยแค่ไหน “เอกสารเกี่ยวกับสุขภาพที่ได้รับ อ่านเข้าใจยาก ทำให้พระคุณเจ้าไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการของตนเอง”

1. ไม่เคยเลย 2. น้อยครั้งมาก 3. มีบ้าง 4. บ่อย ๆ 5. ทุกครั้ง

2. พระคุณเจ้ามั่นใจแค่ไหนว่า ตนเองสามารถรอกแบบฟอร์มต่าง ๆ ในโรงพยาบาลได้อย่างถูกต้อง

1. ไม่มั่นใจเลย 2. ไม่มั่นใจ 3. มั่นใจเล็กน้อย 4. มั่นใจมาก 5. มั่นใจมากที่สุด

3. พระคุณเจ้าไม่เข้าใจในเอกสารเกี่ยวกับสุขภาพ จนต้องขอให้คนอื่นช่วยอ่านและอธิบายให้ฟังบ้างหรือไม่

1. ไม่เคยเลย 2. น้อยครั้งมาก 3. มีบ้าง 4. บ่อย ๆ 5. ทุกครั้ง

จากฉลากมันฝรั่งทอดกรอบต่อไปนี้ กรุณาตอบคำถามข้อที่ 4-10

มันฝรั่งทอดกรอบจัสมิน

ข้อมูลโภชนาการ

หนึ่งหน่วยบริโภค : ๑/๔ ซอง (30 กรัม)

จำนวนหน่วยบริโภคต่อซอง : 4

คุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค

พลังงานทั้งหมด 200 กิโลแคลอรี (พลังงานจากไขมัน 70 กิโลแคลอรี)

ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*			
ไขมันอิ่มตัวทั้งหมด	8 ก.	12%	
ไขมันอิ่มตัว	2 ก.	10%	
โคเลสเตอรอล	0 มก.		
โปรตีน	8 ก.	6%	
คาร์โบไฮเดรตทั้งหมด	18 ก.	4%	
ใยอาหาร	1 ก.		
น้ำตาล	0 ก.		
โซเดียม	120 มก.	5%	
ร้อยละของปริมาณที่แนะนำต่อวัน*			
วิตามินเอ	0%	วิตามินบี 1	4%
วิตามินบี 2	0%	แคลเซียม	0%
เหล็ก	4%		
* ร้อยละของปริมาณสารอาหารที่แนะนำให้บริโภคต่อวันสำหรับคนไทยอายุตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไป (Thai RDI) โดยคิดจากความต้องการพลังงานวันละ 2000 กิโลแคลอรี			

จงเติมคำตอบในช่องว่างหรือเลือกตัวเลือกที่พระองค์เจ้าเห็นว่า เป็นคำตอบที่ถูกต้อง

4. ผู้ผลิตแนะนำให้ผู้บริโภคแบ่งรับประทานมันฝรั่งทอดกรอบซองนี้ออกเป็นกี่ครั้ง

- | | |
|---|--------------------------------|
| ก. ไม่แน่ใจ | ข. 1 ครั้ง (ฉันทอดในคราวเดียว) |
| ค. 2 ครั้ง | ง. 3 ครั้ง |
| จ. ไม่ได้แนะนำเอาไว้ | |
| ฉ. ไม่มีคำตอบที่ถูกต้อง โดยคำตอบที่ถูกต้องคือ ครั้ง | |

5. การกินมันฝรั่งทอดกรอบของนี้ 30 กรัม จะทำให้ได้เหล็กคิดเป็นร้อยละเท่าไรของปริมาณเหล็กที่ร่างกายต้องการต่อวัน

- | | |
|-------------------------|---|
| ก. ไม่แน่ใจ | ข. 5 เปอร์เซ็นต์ |
| ค. 6 เปอร์เซ็นต์ | ง. 10 เปอร์เซ็นต์ |
| จ. 12 เปอร์เซ็นต์ | |
| ฉ. ไม่มีคำตอบที่ถูกต้อง | โดยคำตอบที่ถูกต้องคือ เปอร์เซ็นต์ |

6. หากพระเจ้าฉันกินมันฝรั่งทอดกรอบชนิดนี้หมดทั้งซอง พระคุณเจ้าจะได้รับพลังงานจากไขมันกี่กิโลแคลอรี

- | | |
|-------------------------|--|
| ก. ไม่แน่ใจ | ข. 8 กิโลแคลอรี |
| ค. 70 กิโลแคลอรี | ง. 150 กิโลแคลอรี |
| จ. 600 กิโลแคลอรี | |
| ฉ. ไม่มีคำตอบที่ถูกต้อง | โดยคำตอบที่ถูกต้องคือ กิโลแคลอรี |

7. ถ้าพระเจ้าต้องการคาร์โบไฮเดรต 36 กรัม พระคุณเจ้าต้องกินมันฝรั่งทอดกรอบกี่กรัม

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| ก. ไม่แน่ใจ | ข. 70 กรัม |
| ค. 120 กรัม | ง. 150 กรัม |
| จ. 2,000 กรัม | |
| ฉ. ไม่มีคำตอบที่ถูกต้อง | โดยคำตอบที่ถูกต้องคือ กรัม |

8. วันนี้พระเจ้าฉันมันฝรั่งทอดกรอบชนิดนี้ 30 กรัม พระคุณเจ้าควรได้รับวิตามินบี 1 จากอาหารอื่น ๆ อีกเท่าไร เมื่อเทียบเป็นเปอร์เซ็นต์ของปริมาณที่แนะนำให้ฉันต่อวัน

- | | |
|-------------------------|---|
| ก. ไม่แน่ใจ | ข. 4 เปอร์เซ็นต์ |
| ค. 6 เปอร์เซ็นต์ | ง. 70 เปอร์เซ็นต์ |
| จ. 90 เปอร์เซ็นต์ | |
| ฉ. ไม่มีคำตอบที่ถูกต้อง | โดยคำตอบที่ถูกต้องคือ เปอร์เซ็นต์ |

9. ถ้าพระเจ้าต้องการพลังงานวันละ 2,000 กิโลแคลอรี พระคุณเจ้าฉันมันฝรั่งทอดกรอบชนิดนี้ 30 กรัม ให้พลังงานคิดเป็นกี่เปอร์เซ็นต์ของพลังงานที่พระเจ้าต้องการต่อวัน

- | | |
|-------------------------|---|
| ก. ไม่แน่ใจ | ข. 4 เปอร์เซ็นต์ |
| ค. 5 เปอร์เซ็นต์ | ง. 6 เปอร์เซ็นต์ |
| จ. 12 เปอร์เซ็นต์ | |
| ฉ. ไม่มีคำตอบที่ถูกต้อง | โดยคำตอบที่ถูกต้องคือ เปอร์เซ็นต์ |

10. วันนี้พระเจ้าฉันมันฝรั่งทอดกรอบชนิดนี้ครึ่งซองและอาหารอื่น ๆ รวมแล้วทำให้พระเจ้าได้รับไขมันอิ่มตัว 30 กรัม หากพระเจ้าเปลี่ยนใจไม่ฉันมันฝรั่งทอดกรอบชนิดนี้ปริมาณไขมันอิ่มตัวที่พระเจ้าได้รับจากอาหารอื่น ๆ ในวันนี้จะเหลือกี่กรัม

- | | |
|-------------------------|----------------------------------|
| ก. ไม่แน่ใจ | ข. 2 กรัม |
| ค. 8 กรัม | ง. 18 กรัม |
| จ. 120 กรัม | |
| ฉ. ไม่มีคำตอบที่ถูกต้อง | โดยคำตอบที่ถูกต้องคือ กรัม |

ภาคผนวก (ง)

ประวัติผู้วิจัย

Curriculum Vitae

รองศาสตราจารย์ ดร.โกนิฐ์ ศรีทอง

(Assoc. Prof. Konit Srithong, Ph.D.)

ตำแหน่งปัจจุบัน

ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ

ประธานหลักสูตรดุริยางค์บัณฑิต สาขาการพัฒนาศึกษา

อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์



สถานที่ทำงาน

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย 79 หมู่ที่ 1
ต.ลำไทร อ.วังน้อย จ.พระนครศรีอยุธยา 13170

มือถือโทร 08-1268-1128 E-mail: konit@mcu.ac.th, konits@gmail.com

การศึกษา

ปริญญาตรี พุทธศาสตรบัณฑิต (การศึกษานอกโรงเรียน)

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ปริญญาโท M.A. (Sociology) University of Poona, India

ปริญญาเอก Ph.D. (Sociology) Panjab University, India

ประสบการณ์สอนและตำแหน่งวิชาการ

พ.ศ. 2543 – 2548 อาจารย์

พ.ศ. 2548 – 2560 ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขามานุษยวิทยา

พ.ศ. 2560 – ปัจจุบัน รองศาสตราจารย์สาขาสังคมวิทยา

ประสบการณ์บริหาร

- พ.ศ. 2561 – ปัจจุบัน ผู้ช่วยอธิการบดีฝ่ายวิชาการ
- พ.ศ. 2560 – ปัจจุบัน รองผู้จัดการโครงการสังคมนาวินชาลย์ ภายใต้ความร่วมมือของมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
- พ.ศ. 2557 – 2561 กรรมการสภาวิชาการ ประเภทผู้แทนคณาจารย์ประจำ
- พ.ศ. 2557 – 2561 รองคณบดีคณะสังคมศาสตร์ฝ่ายบริหาร
- พ.ศ. 2553 – 2557 หัวหน้าภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา

ประสบการณ์บริหารและวิชาการภายนอกมหาวิทยาลัย

- กรรมการมูลนิธิสงเคราะห์สงฆ์อีสาน
- กรรมการบริหารสมาคมการศึกษาทางสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
- กรรมการผู้รักษาผลประโยชน์ของวัดศรีนครินทร์วราราม สวิตเซอร์แลนด์ประจำประเทศไทย
- กรรมการสมาคมสถาบันการศึกษาด้านสังคมสงเคราะห์ศาสตร์และสวัสดิการสังคมไทย
- กรรมการการประเมินคุณภาพการศึกษาภายในระดับอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษาแห่งชาติ
- กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ระดับบัณฑิตศึกษาของสถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ และมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ผลงานวิจัย 5 ปีย้อนหลัง

- พระมหาบุญเลิศ ช่วยธานี, โภณีภูษิต ศรีทอง, อเนก ไยอินทร์และคณะ. 2561. สังคมนาวินชาลย์.
พระนครศรีอยุธยา: สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- โภณีภูษิต ศรีทอง. 2559. การบูรณาการภูมิปัญญาพระพุทธศาสนากับการเสริมสร้างความสมดุลในระบบนิเวศวิทยาชุมชน. พระนครศรีอยุธยา: สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (งบแผ่นดินประจำปีจากสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา)

โกนิญฐ์ ศรีทอง. 2559. การประยุกต์ใช้กฎแห่งกรรมในการดำเนินชีวิตของประชาชนชุมชนวัดไชยทิศ กรุงเทพมหานคร. พระนครศรีอยุธยา: สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. (จบแผ่นดินประจำปีจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย)

ตำราและผลงานวิชาการ

โกนิญฐ์ ศรีทอง. 2548. **สังคมและวัฒนธรรมไทยตามแนวมานุษยวิทยา**. พระนครศรีอยุธยา: ภาควิชาสังคมวิทยาและ มานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

โกนิญฐ์ ศรีทอง. 2559. **หลักสังคมวิทยา**. พระนครศรีอยุธยา: ภาควิชาสังคมวิทยาและ มานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

โกนิญฐ์ ศรีทอง. 2559. **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์**. พระนครศรีอยุธยา: ภาควิชาสังคมวิทยาและ มานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

ผลงานที่ได้รับการตีพิมพ์และนำเสนอ (5 ปีย้อนหลัง)

โกนิญฐ์ ศรีทอง. 2557. **แนวคิดเศรษฐกิจพอเพียง: การพัฒนาคุณภาพชีวิตแนวพุทธ**. ในการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 (MCU Congress I) 23-24 กรกฎาคม 2557 พระนครศรีอยุธยา: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

โกนิญฐ์ ศรีทอง. 2558. “การพัฒนาภาวะผู้นำเชิงพุทธของผู้บริหารวิทยาลัยการอาชีพเขตภาคเหนือตอนล่าง”. **มจร สังคมปริทรรศน์**. 5 (3), (กันยายน-ธันวาคม): 75-90.

โกนิญฐ์ ศรีทอง. 2558. “ประสิทธิผลการดำเนินการตามนโยบายการชาระหนี้เกษตรกรไทยตามหลักพุทธจริยธรรมาภิบาล”. **มจร สังคมปริทรรศน์**. 5 (3) (กันยายน-ธันวาคม): 91-104.

โกนิญฐ์ ศรีทอง. 2559. “การบูรณาการภูมิปัญญาพระพุทธศาสนาเข้ากับการสร้างความสุขในระบอบนิเวศชุมชน”. **มจร สังคมปริทรรศน์**. 5(2) (ฉบับพิเศษ), (พฤษภาคม-สิงหาคม): 191-200.

Curriculum Vitae

รองศาสตราจารย์ ดร.ชลวิทย์ เจียรจิตต์

Associate Professor Cholvit Jearajit, Ph.D.

ตำแหน่งปัจจุบัน

คณบดีคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์
 มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



สถานที่ทำงาน

ภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
 เลขที่ 114 ถนนสุขุมวิท 23 เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10110
 โทรศัพท์: 0 – 2649 – 5000 ต่อ 15547
 มือถือ: 08 – 1920 – 1732
 E-mail: cholvit_j@hotmail.com

การศึกษา

ปริญญาตรี: พุทธศาสตรบัณฑิตเกียรตินิยมอันดับหนึ่ง (ภาษาอังกฤษ)
 มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
 ปริญญาโท: M.A. (Sociology)
 Poona University, India
 ปริญญาเอก: Ph.D. (Sociology)
 Poona University, India (ICCR Scholarship)

ประสบการณ์บริหาร

พ.ศ. 2548 – 2551 หัวหน้าภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์
 พ.ศ. 2551 – 2555 รองคณบดีฝ่ายวิจัยและกิจการพิเศษ คณะสังคมศาสตร์
 พ.ศ. 2555 – 2563 คณบดีคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

- พ.ศ. 2558 – 2563 กรรมการบริหารงานบุคคล มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- พ.ศ. 2560 – 2563 กรรมการสภามหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ (ประเภทผู้แทนผู้บริหาร)
- พ.ศ. 2561 – ปัจจุบัน ประธานหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการทางสังคม)
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- พ.ศ. 2561 – ปัจจุบัน กรรมการกลั่นกรองผลงานทางวิชาการประจำมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ประสบการณ์คณะกรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

- พ.ศ. 2559 – 2561 กรรมการสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
- พ.ศ. 2561 – ปัจจุบัน กรรมการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ
- พ.ศ. 2562 - ปัจจุบัน อนุกรรมการติดตาม เสนอแนะ และเร่งรัดการปฏิรูปประเทศ ด้านการอุดมศึกษา
วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรมของวุฒิสภา

ประสบการณ์การสอนและตำแหน่งทางวิชาการ

- พ.ศ. 2541 – 2554 อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์
- พ.ศ. 2554 – 2559 ผู้ช่วยศาสตราจารย์
- พ.ศ. 2559 – ปัจจุบัน รองศาสตราจารย์

ประสบการณ์วิจัย (เฉพาะหัวหน้าโครงการและ 5 ปีย้อนหลัง)

- ชลวิทย์ เจียรจิตต์, พระมหาสุทิตย์ อาภาภิโร และจากรุวรรณ ข้าเพชร. (2557). **โรงเรียนข้อมูลข่าวสารของราชการ**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการข้อมูลข่าวสารของราชการ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2557). **ประสบการณ์การพัฒนาของพระธรรมทายาทภาคกลาง: เครือข่าย การเรียนรู้และหลักสูตรในอนาคต**. กรุงเทพฯ: โครงการขับเคลื่อนการจัดหลักสูตรพระธรรมทายาท คณะพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2557). **พุทธเศรษฐศาสตร์เพื่อการพัฒนาสังคม**. พระนครศรีอยุธยา: โครงการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2558). **การเตรียมความพร้อมด้านคุณภาพชีวิตสู่ประชาคมอาเซียน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.

ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และภูเบศ วณิชชานนท์. (2559). **องค์กรทางพระพุทธศาสนาในสังคมไทยยุคปฏิรูป: ความคาดหวัง การปรับตัวและแนวทางการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: สถาบันยุทธศาสตร์ปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2560). **สถานการณ์และการจัดการความเครียดตามแนวพระพุทธศาสนา: กรณีศึกษาคณะสงฆ์จังหวัดนครนายกและสระแก้ว**. กรุงเทพฯ: สถาบันยุทธศาสตร์ปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ชลวิทย์ เจียรจิตต์, ชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์ และธันนิกันต์ ชัยนตราคม. (2560). **การพัฒนาเครือข่ายสุขภาวะองค์กรพระพุทธศาสนาจังหวัดนครนายกและสระแก้ว**. กรุงเทพฯ: สำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

ชลวิทย์ เจียรจิตต์, ศศิธร วรรณพงษ์, สายชล ปัญญาชิต และคณะ. (2561). **การศึกษาและประเมินคุณค่าของกองทุนคุ้มครองเด็ก**. กรุงเทพฯ: กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2562). **พื้นที่สาธารณะ: รูปแบบนวัตกรรมทางนโยบายเพื่อการส่งเสริมพื้นที่ออกกำลังกายในสังคมไทย**. กรุงเทพฯ: สถาบันยุทธศาสตร์ปัญญาและวิจัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ประสบการณ์การติดตามและประเมินผลโครงการ

ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2558). **การติดตามและประเมินผลโครงการเสริมสร้างสุขภาวะและการเรียนรู้ของสังคมตามแนวพระพุทธศาสนา**. ได้รับงบประมาณจากสถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2559). **โครงการวิจัยการติดตามการพัฒนาการจัดการอบรมสำหรับพระภิกษุและสามเณร**. ได้รับงบประมาณจากกองกิจการนิสิต สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ชลวิทย์ เจียรจิตต์, ศศิธร วรรณพงษ์, สายชล ปัญญาชิตและคณะ. (2560). **การศึกษาและประเมินคุณค่าของกองทุนคุ้มครองเด็ก**. กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

เอกสาร หนังสือและตำราวิชาการ

- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2550). **สังคมและวัฒนธรรมไทย**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2555). **สังคมวิทยาอุตสาหกรรม**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2558). **ศาสนากับการพัฒนา**. กรุงเทพฯ: ภาควิชาสังคมวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2563). **พุทธนวัตวิถี**. นนทบุรี: โครงการเสริมสร้างสุขภาวะเชิงพุทธของหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- พระศรีสมโพธิ, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, ภูเบศ วณิชชานนท์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2563). **เครือข่ายสถานพลังสุขภาวะวิถีพุทธ**. นนทบุรี: นิตยธรรมการพิมพ์.

บทความวิชาการ และบทความวิจัย

- ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2556, มกราคม-ธันวาคม). การเตรียมความพร้อมของนิสิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒต่อการเป็นประชาคมอาเซียน 2015. **วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. 15 (1).
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2559, พฤษภาคม-สิงหาคม). พุทธเศรษฐศาสตร์เพื่อการพัฒนาสังคม. **มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์**. 5 (2) ฉบับพิเศษ.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2559, มกราคม-ธันวาคม). องค์กรทางพระพุทธศาสนาในสังคมไทยยุคปฏิรูป: ความคาดหวังการปรับตัวและแนวทางการพัฒนา. **วารสารสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**. 18 (1).
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2560, ตุลาคม-ธันวาคม). สถานการณ์และการจัดการความเครียดตามแนวพระพุทธศาสนา: กรณีศึกษาคณะสงฆ์จังหวัดนครนายกและสระแก้ว. **มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์**. 6 (4).

การนำเสนองานสัมมนาวิชาการ

- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2554). “การตระหนักด้านจริยธรรมของนิสิตระดับอุดมศึกษา กรณีศึกษานิสิตคณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ”. การประชุมทางวิชาการของมหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ ครั้งที่ 49 สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ วันที่ 1-4 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ.

- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2557). “**หลักสูตรการทำงานให้เป็นสุขบนฐานคิดทางพระพุทธศาสนา**”. การประชุมวิชาการระดับชาติ มจร ครั้งที่ 1 เรื่อง พุทธบูรณาการเพื่อการพัฒนาจิตใจและสังคม วันที่ 23-24 กรกฎาคม พ.ศ. 2557 ณ หอประชุม มวก. 48 พรรษา มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย. พระนครศรีอยุธยา.
- Cholvit Jearajit. (2015). “**Practical Economic Buddhist: Applying to Thai Society**”. International Symposium on Social Sciences and Management (ISSSM) February 4-5, 2015. International Conference on Education, Psychology and Society (ICEEPS). Tokyo, Japan.
- Cholvit Jearajit. (2015). “**Development Monk Networks in Modern Thai Society**”. International Society for Engineering Research and Development (ISERD). November 13th, 2015. International Conference on Science, Social Science and Economics (IC3SE). Kyoto, Japan.
- Cholvit Jearajit. (2017). “**Guidelines for Buddhist Organization Development in the Present Thai Society**”. International Business Economic Tourism Science Technology Humanities Social Sciences and Education Research Conference. April 5th -7th 2017. The 2017 International Academic Research Conference in London, London England.
- Cholvit Jearajit. (2017). “**The Study of Public Interest from Child Protection Government Fund**”. International Institute of Engineers and Researches. September 14-15, 2017. International Conference on Social and Economics (ICSSE). Brussels, Belgium.

Curriculum Vitae

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เบญจมาศ สุขสถิตย์

Assistant Professor Dr. Benjamas Suksatit



ตำแหน่งปัจจุบัน

พนักงานมหาวิทยาลัยสายวิชาการสังกัดกลุ่มวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีและบัณฑิตศึกษา และประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

สถานที่ทำงาน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50200

phone: +(66) 8 7045 0552 email: benjamas.s@cmu.ac.th

ประสบการณ์การทำงาน

อาจารย์ /// 2540 -> 2551

อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รับผิดชอบในการจัดการเรียนการสอนในระดับปริญญาตรีและประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล

ประวัติการศึกษา

Ph.D. (Nursing) /// 2557

University of North Carolina at Chapel Hill, USA

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (Dean's list) /// 2547

สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) /// 2539

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สาขาที่มีความเชี่ยวชาญ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง: การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการดูแล

ชีวพฤติกรรมศาสตร์ทางการพยาบาล

ประสบการณ์ด้านงานวิจัย

หัวหน้าโครงการวิจัย

- 2561 การพัฒนาแอปพลิเคชันบนสมาร์ตโฟนในระบบปฏิบัติการแอนดรอยด์เพื่อเฝ้าระวังและควบคุมปริมาณโซเดียมในอาหารที่บริโภคแต่ละวันด้วยตนเองในวัยรุ่นน งบประมาณปี 2561 ประเภททุนสร้างสถานภาพนักวิจัยรุ่นใหม่ สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
- 2561 การสำรวจสถานการณ์สุขภาพะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จ.พิจิตร โครงการย่อยภายใต้ โครงการพัฒนาศูนย์ส่งเสริมสุขภาพะภายใต้หลักภาวนา 4 ของพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร งบประมาณจาก สสส.
- 2556 ผลของการเรียนรู้แบบใช้โครงงานเป็นฐานเพื่อการพัฒนาวัตกรรมการสอนผู้ป่วย ต่อการรับรู้สมรรถนะนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3 ตามกรอบมาตรฐานคุณวุฒิระดับอุดมศึกษาแห่งชาติ งบประมาณเงินรายได้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเผยแพร่ผลงานวิจัย

Publication

- Chaiard, J. Deeluea, J. **Suksatit B**, Songkham, W., Inta, N. & Stone, T.E. (2019). Sleep disturbances and related factors among nurses. *Nursing & health sciences*, 2019 Jul 17. doi: 10.1111/nhs.12626. [Epub ahead of print]
- Chaiard, J. Deeluea, J. **Suksatit B**, & Songkham, W. (2019). Factors associated with sleep quality of Thai intercity bus drivers. *Industrial Health*, 2019 Jan 25. doi: 10.2486/indhealth.2018-0168. [Epub ahead of print]
- Thinnukool, O. Khuwuthyakorn, P., Wientong, P., **Suksatit, B.**, & Waisayanand, N. (2019). Type 2 Diabetes Mobile Application for Supporting for Clinical Treatment: Case Development Report. *International Journal of Online Engineering*. 15(2): 21-38.

- Songkham, W., Deeluea, J., **Suksatit, B.**, & Chaiard, J. (2019). Sleep quality among industrial workers: Related factors and impact. *Journal of Health Research, 33*(2), 119-126. DOI 10.1108/JHR-08-2018-0072
- วโรตม เสมอเชื้อ, พระราชปรียัติ, ชมพูนุท สิงห์มณี และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์**. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟุ้ง อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา, *วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน, 7*(1), 159-179.
- Khuwuthyakorn, P. , **Suksatit, B.** , & Thinnukool, O. First aid literature mobile application development. The 8th International Conference on Information Communication and Management Proceedings Series by Association for Computing Machinery (ACM), ACM Digital Library. (อยู่ใน indexed by Ei Compendex, Scopus ได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ 2 สิงหาคม 2561)
- Chaiard, J., Deeluea, J., **Suksatit, B.**, Songkham, W., & Inta N. (2018). Short sleep duration among Thai nurses: Influences on fatigue, daytime sleepiness, and occupational errors. *Journal of Occupational Health, 60*, 348-355. doi: dx.doi.org/10.1539/joh.2017-0258-OA
- พระราชปรียัติ, พระครูโสภณปรียัติสุธี, พระครูพิศาลศรีกิจ, ชมพูนุท สิงห์มณี, วโรตม เสมอเชื้อ, และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์**. (2561). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา, *วารสารพยาบาลทหารบก, 19* ฉบับพิเศษ มกราคม – เมษายน 2561 หน้า 78-87.
- นิพัทธวรรณ ไวศยะนันท์ และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์**. (2560). การบริหารอินซูลินด้วยตนเองในผู้ที่เป็นเบาหวานชนิดที่ 1. *วารสารพยาบาลทหารบก, 18* ฉบับพิเศษ มกราคม – เมษายน 2560 หน้า 11-21.
- เบญจมาศ สุขสถิตย์** และ ผดุงธรรม เทียงบูรณธรรม. (2560). ภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อยในผู้ป่วยโรคสมองขาดเลือด: ความชุก ลักษณะเฉพาะ และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *พยาบาลสาร, 44* (1), 149-160.
- วโรตม เสมอเชื้อ, ชมพูนุท สิงห์มณี, และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์**. (2560). ดัชนีมวลกายของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. *วารสารมจร นครน่านปริทรรศน์, 1*(1), 57-68.
- Suksatit, B.**, Rattanasathien, R., Tanprawate, S., Triamvisit, S., & Saisuwan, S. (2016). Poor outcome in adult patients with hemorrhagic stroke. *International Journal of Evidence-Based Health Care, 14*(15), s35

Rattanasathien, R., Triamvisit, S., **Suksatit, B.**, & Tanprawate, S. (2016). Disability in patients with hemorrhagic stroke in Maharaji Nakorn Chiang Mai Hospital, Chiang Mai, Thailand: Prevalence and its associating factors. *International Journal of Evidence-Based Health Care*, 14(15), s25

ประทุม สร้อยวงศ์, **เบญจมาศ สุขสถิตย์**, ทศพร คำผลศิริ, และ ณัฐยาน์ สุวรรณคฤหาสน์. (2558). การใช้ผู้ป่วย จำลองในการศึกษาพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 21, 287-297.

Proceeding

พระมหาบุญเลิศ อินทปญโญ, ชมพูนุท สิงห์มณี, วโรตม เสมอเชื้อ, พระมหาอนุวัต วิชัยรัตน์, และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์**. (2562). ความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพภายใต้หลักภานา 4 ในผู้ที่นอนติดเตียงของพระสงฆ์ จังหวัดลำพูน. *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 3 นครน่าน : นครพระพุทธศาสนา มรดาธรรมสู่มรดกโลก*. วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

พระราชปริยัติ, วโรตม เสมอเชื้อ, ชมพูนุท สิงห์มณี, และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์**. (2562). ภาวะสุขภาพและการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมืองพะเยา จังหวัดพะเยา. *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 3 นครน่าน : นครพระพุทธศาสนา มรดาธรรมสู่มรดกโลก*. วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

นิพาวรรณ ไวศยะนันท์ และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์**. (2562). ภาวะอ้วนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของสามเณรในจังหวัดพะเยา. *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 3 นครน่าน : นครพระพุทธศาสนา มรดาธรรมสู่มรดกโลก*. วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2562). การฉันทาอาหารที่มีเกลือโซเดียมสูงในพระสงฆ์และสามเณร: สถานการณ์ ความสำคัญ และการป้องกัน. *รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 3 นครน่าน : นครพระพุทธศาสนา มรดาธรรมสู่มรดกโลก*. วันที่ 15 พฤษภาคม 2562 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

เกียรติศักดิ์ สุขเหลือง, พระครูปลัดวัชรพงษ์ วชิรปัญญา, วโรตม เสมอเชื้อ, ชมพูนุท สิงห์มณี, พระชยานันท์มณี, **เบญจมาศ สุขสถิตย์** และ นิพาวรรณ ไวศยนันท์. (2561). ความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันกลุ่มอาการอ้วนลงพุงในพระสงฆ์: ผลการศึกษาเบื้องต้น. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาจิตใจและสังคมอย่างยั่งยืนในยุค Thailand 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2561 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

ชมพูนุท สิงห์มณี, **เบญจมาศ สุขสถิตย์**, และ วโรตม เสมอเชื้อ. (2561). ความเสี่ยงในการเกิดโรคไตเรื้อรังของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาจิตใจและสังคมอย่างยั่งยืนในยุค Thailand 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2561 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

พระราชสิทธิเวที, **เบญจมาศ สุขสถิตย์**, ชมพูนุท สิงห์มณี, และ วโรตม เสมอเชื้อ. (2561). การฉับผัก ผลไม้ และอาหารที่มีโซเดียมในพระสงฆ์จังหวัดพิจิตร: ข้อค้นพบและสิ่งที่ทำทนาย. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาจิตใจและสังคมอย่างยั่งยืนในยุค Thailand 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2561 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

ณัฐพล ศรีโคตร, อธิชา ศรีธิ, สุพจน์ อุ่นแก้ว, ภัทรพร คุ้มฉายกร, อรวิชย์ ถิ่นนุกูล, **เบญจมาศ สุขสถิตย์**, นิพาวรรณ ไวศยนันท์, และภริดา เวียนทอง. (2561). การประยุกต์ใช้หลักวิศวกรรมความรู้เพื่อการออกแบบโมบายแอปพลิเคชันกรณีศึกษา: แอปพลิเคชัน “วัดในบ้าน” เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามหลักไตรสิกขา. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาจิตใจและสังคมอย่างยั่งยืนในยุค Thailand 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2561 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

วโรตม เสมอเชื้อ, **เบญจมาศ สุขสถิตย์** และ ชมพูนุท สิงห์มณี. (2561). การเจ็บป่วยด้วยโรคของระบบหัวใจและหลอดเลือดของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร: ความเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 2 การวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาจิตใจและสังคมอย่างยั่งยืนในยุค Thailand 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2561 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

Rattanasathien, R. , Chunjai, K. , Pudwan, R. , Saengrut, B. , **Suksatit, B. ,** & Tanprawate, S. Development of low calorie Thai custard using rare sugar. Proceeding of the 7th Joint Symposium CMU and KU (August 27-29, 2018), Chiang Mai, Thailand.

พระครูพิศาลสรกิจ, พระมหาศิวกร ปญญาวิโร, และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์.** (2560). การสำรวจคุณภาพการจำวัดและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 พุทธบูรณาการกับศาสตร์สมัยใหม่เพื่อพัฒนาจิตใจและสังคมยุคไทยแลนด์ 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2560 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

พระครูโสภณปริยัติสุธี, พระสุกฤษฏ์ ปิยสีโล, และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์.** (2560). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยา. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 พุทธบูรณาการกับศาสตร์สมัยใหม่เพื่อพัฒนาจิตใจและสังคมยุคไทยแลนด์ 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2560 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

ธนกร ม่อมดี, พลวิทย์ นวลจันทร์จิต, ภัทรพร คุฎมยากร, วรวิษณุ จันทรฉาย, อรวิชัย ถิ่นนุกูล, **เบญจมาศ สุขสถิตย์,** ภูริดา เวียนทอง, และ นิพัทธวรรณ ไชยพันธ์. (2560). การบูรณาการการเรียนการสอนกับโจทย์จริง: กรณีศึกษาการพัฒนาโปรแกรมประยุกต์แบบเว็บสำหรับบันทึกงานแปลคัมภีร์ไบเบิลในรูปแบบดิจิทัลของวัดพระธาตุแช่แห้ง. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 พุทธบูรณาการกับศาสตร์สมัยใหม่เพื่อพัฒนาจิตใจและสังคมยุคไทยแลนด์ 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2560 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี

วโรดม เสมอเชื้อ, ชมพูนุท สิงห์มณี, และ **เบญจมาศ สุขสถิตย์.** (2560). ดัชนีมวลกายของพระสงฆ์ในจังหวัดพะเยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. รายงานการประชุมวิชาการระดับชาติ ครั้งที่ 1 พุทธบูรณาการกับศาสตร์สมัยใหม่เพื่อพัฒนาจิตใจและสังคมยุคไทยแลนด์ 4.0. วันที่ 9 กันยายน 2560 ณ วิทยาลัยสงฆ์นครน่าน มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี.

หนังสือ

- เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2562). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของสามเณรในจังหวัดพะเยา ใน พระราชปริยัติ, พระสุธีรัตนบัณฑิต, เบญจมาศ สุขสถิตย์, และ วโรดม เสมอเชื้อ (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาวะด้านอาหารและโภชนาการของสามเณรในจังหวัดพะเยา*. (น. 69-73). เชียงใหม่: ภัทรเพริเพรส. ISBN: 978-616-300-546-5
- เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2562). การบริโภคเกลือโซเดียม ใน พระราชปริยัติ, พระสุธีรัตนบัณฑิต, เบญจมาศ สุขสถิตย์, และ วโรดม เสมอเชื้อ (บรรณาธิการ), *การส่งเสริมสุขภาวะด้านอาหารและโภชนาการของสามเณรในจังหวัดพะเยา*. (น. 127-151). เชียงใหม่: ภัทรเพริเพรส. ISBN: 978-616-300-546-5
- เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2561). โรคความดันโลหิตสูง. ใน พระราชสิทธิเวที, พระสุธีรัตนบัณฑิต, และ เบญจมาศ สุขสถิตย์ (บรรณาธิการ), *สุขภาวะพระสงฆ์: การป้องกันและควบคุมโรค*. (น. 26-35). นนทบุรี: นิตินธรรมการพิมพ์ ISBN: 978-616-300-552-6
- เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2561). ภาวะหัวใจล้มเหลว. ใน พระราชสิทธิเวที, พระสุธีรัตนบัณฑิต, และ เบญจมาศ สุขสถิตย์ (บรรณาธิการ), *สุขภาวะพระสงฆ์: การป้องกันและควบคุมโรค*. (น. 111-121). นนทบุรี: นิตินธรรมการพิมพ์ ISBN: 978-616-300-552-6
- เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2561). โรคตับอักเสบจากไวรัส. ใน พระราชสิทธิเวที, พระสุธีรัตนบัณฑิต, และ เบญจมาศ สุขสถิตย์ (บรรณาธิการ), *สุขภาวะพระสงฆ์: การป้องกันและควบคุมโรค*. (น. 133-139). นนทบุรี: นิตินธรรมการพิมพ์ ISBN: 978-616-300-552-6
- เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2561). โรคเบาหวาน. ใน พระราชสิทธิเวที (บรรณาธิการ), *สุขภาวะภายใต้หลักภavana 4 ของพระสงฆ์ในจังหวัดพิจิตร: คู่มือการส่งเสริมสุขภาวะและป้องกันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสำหรับอาสาสมัครพระสงฆ์ส่งเสริมสุขภาวะ*. พิมพ์ครั้งที่ 2 (น. 48-67). เชียงใหม่: ภัทรเพริเพรส. ISBN 978-616-300-414-7
- เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2560). แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ใหญ่. ใน ประทุม สร้อยวงค์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (น. 1-6). เชียงใหม่: สมาร์ทไค้ทติ้ง แอนด์ เซอร์วิส ISBN: 978-616-398-189-9
- เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2560). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลกระทบของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ. ใน ประทุม สร้อยวงค์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (น. 15-20). เชียงใหม่: สมาร์ทไค้ทติ้ง แอนด์ เซอร์วิส ISBN: 978-616-398-189-9

เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีการอักเสบของหัวใจ. ใน ประทุม สร้อยวงค์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (น. 125-136). เชียงใหม่: สมาร์ทไค้ทติ้ง แอนด์ เซอร์วิส ISBN: 978-616-398-189-9

เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2560). การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะตับวาย. ใน ประทุม สร้อยวงค์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลอายุรศาสตร์* (น. 177-192). เชียงใหม่: สมาร์ทไค้ทติ้ง แอนด์ เซอร์วิส ISBN: 978-616-398-189-9

Curriculum Vitae

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์

Assistant Professor Chaiwatchara Promjittiphong

E-mail: chaiwatchara@gmail.com

ตำแหน่งปัจจุบัน

อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ



สถานที่ทำงาน

ภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
114 ซอยสุขุมวิท 23 แขวงคลองเตยเหนือ เขตวัฒนา กรุงเทพฯ 10110
โทรศัพท์ 02-649-5000 ต่อ 5207 โทรสาร 02-260-3275

การศึกษา

ปริญญาตรี ศิลปศาสตรบัณฑิต (การพัฒนาชุมชนเมือง)
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

ปริญญาโท วิทยาศาสตร์บัณฑิต (การวางแผนเพื่อการพัฒนาสิ่งแวดล้อมและชนบท)
มหาวิทยาลัยมหิดล

ปริญญาเอก (กำลังศึกษาอยู่) ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (สหวิทยาการสิ่งแวดล้อมสร้างสรรค์)
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ประสบการณ์บริหาร

- รองผู้อำนวยการแผนงานวิจัยเรื่อง การเตรียมความพร้อมด้านคุณภาพชีวิตสู่ประชาคมอาเซียน
- หัวหน้าโครงการวิจัย เรื่อง การศึกษาอัตลักษณ์ชุมชนและขีดความสามารถในการรองรับได้เพื่อการบริหารจัดการวางแผนอนุรักษ์และพัฒนาสภาพแวดล้อมชุมชน ต.บ้านแป้ง อ.พรหมบุรี จ.สิงห์บุรี

ประสบการณ์การทำงานวิจัย (5 ปีย้อนหลัง)

- ธันนิกานต์ ชัยนตราคม และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2561). **การวิจัยและพัฒนาเพื่อการประเมินการขับเคลื่อนพระนิสิตธรรมทายาท**. กรุงเทพฯ: โครงการพระนิสิตธรรมทายาทเพื่อการพัฒนาสังคม กองกิจการนิสิต สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ธันนิกานต์ ชัยนตราคม, ลำสัน เลิศกุลประหยัด, ชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์และคณะ. (2560). **โครงการศึกษาประเมินผลการดำเนินโครงการที่ได้รับเงินสนับสนุนจากกองทุนคุ้มครองเด็ก(ประเมินความคุ้มค่า)**. กรุงเทพฯ: กรมกิจการเด็กและเยาวชน กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2560). **การพัฒนาเครือข่ายสุขภาวะองค์กรพระพุทธศาสนาจังหวัดนครนายกและสระแก้ว**. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2558). **การเตรียมความพร้อมด้านคุณภาพชีวิตสู่ประชาคมอาเซียน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2557). **ประสบการณ์การพัฒนาของพระธรรมทายาทภาคกลาง: เครือข่าย การเรียนรู้และหลักสูตรในอนาคต**. กรุงเทพฯ: โครงการขับเคลื่อนการจัดหลักสูตรพระธรรมทายาท คณะพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย และสำนักสนับสนุนสุขภาวะองค์กร สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.