

การประเมินวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยง ตามแนวพระพุทธศาสนา

Assessment of Prototype Temples for Reducing Risk Factors to Develop a Network to Reduce Risk Factors in Accordance with the Buddhist Religion

พระศรีสมโพธิ (วรญาณ สอนขุน)* พระมหาเสรีชน นริสโร* ภูเบศ วณิชชานนท์** นนทป์วิธ ศรีเทพ*
นัชชา ทากุดเรือ* และ บุษยมาส เสือโพธิ*

Phrasrisombhot (Waranyu Sonchun), Phramaha Serichon Narissaro, Phoobade
Wanitchanon, Nonpawit Sreetape, Natcha Takudrua, and Busayamas Sueapho

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย*
Mahachulalongkornrajavidyalaya

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**
Srinakharinwirot University

E-mail : phoobade@g.swu.ac.th**

Date Received : 3 August 2023 Date Revised : 10 September 2024

Date Accepted : 10 September 2024 Date Published online : 27 September 2024

บทคัดย่อ

การปรับบทบาทของสถาบันพระพุทธศาสนามีความเด่นชัดมากขึ้นในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ซึ่งแสดงถึงศักยภาพการทำงานเพื่อพัฒนาและดูแลสุขภาพของผู้คนโดยมีวัดในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพระพุทธศาสนาเป็นแกนกลางสำคัญ บทความนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อทำความเข้าใจการพัฒนาระบบและส่งเสริมเครือข่ายวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงตามหลัก “บวร” ระดับจังหวัด โดยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ เก็บข้อมูลจากกลุ่มวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง จำนวน 160 วัด ผ่านแบบประเมิน ขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ในกลุ่มพระสังฆาธิการ และพระสงฆ์ที่มีส่วนในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงภายในวัด จำนวน 24 รูป

ผลการศึกษาพบว่า วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงส่วนใหญ่มีการดำเนินการตามตัวชี้วัด ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การดำเนินการตามพระธรรมวินัย มติมหาเถรสมาคม และหลักกฎหมายบ้านเมือง 2) นโยบายที่ดำเนินการโดยวัด 3) การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง และ 4) ภาศเครือข่าย ผ่านการควบคุมกำกับด้วย

มาตรฐานและแนวปฏิบัติเกี่ยวกับงานสาธารณสุขสงเคราะห์ด้านสุขภาพของมหาเถรสมาคม ขณะที่สถาบันทางกฎหมาย ทำให้วัดกลายเป็นพื้นที่ควบคุมและผลักดันให้การบริโภคปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างการสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ และการพนันออกจากพื้นที่ และทดแทนด้วยกิจกรรมทางสังคมที่ผสมผสานวิถีทางพระพุทธศาสนาให้เข้ามามีส่วนต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน การดำเนินกิจกรรมดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความเป็นเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง ซึ่งประเด็นดังกล่าวข้างต้นถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการผลักดันให้เกิดวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชนอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : เครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ
บวร

Abstract

During the COVID-19 pandemic, Buddhist institutions have played a more prominent role in role adjustment, underscoring their potential to support people's growth and wellbeing. Temples, being essential components of Buddhist establishments, have had a pivotal role in this endeavor. This article aims to better understand the establishment and advancement of model temple networks that reduce risk factors at the provincial level, utilizing the “Bovorn” principle, employing a mixed-methods approach. In the quantitative research, data were gathered from 160 model temples that were involved in the assessment of risk factors reduction. Meanwhile, the qualitative research consists of conducting interviews with key informants, such as monastic leaders and monks who were actively engaged in coordinating risk-reduction initiatives within the temples. The total number of participants involved in these interviews was 24.

The study revealed that the majority of model temples implemented risk factor reduction strategies based on four primary performance indicators: The key factors for consideration include: 1) Strict adherence to the Buddhist code of monastic discipline, resolutions set by the Sangha Supreme Council, and state laws; 2) Policies implemented by the temples; 3) Organization of activities aimed at reducing risk factors; and 4) Collaborating with partner networks. The Sangha Supreme Council and legal institutions establish standards and practices to monitor and guide these actions, ensuring public health welfare. As a result, legal institutions have converted temples into regulated environments, displacing risks to health such as smoking, alcohol consumption, and gambling. These risk factors have been substituted with socially oriented activities that incorporate Buddhist principles, thereby

enhancing the community's quality of life. The effectiveness of these initiatives relies significantly on a robust social network, which is an essential component in extending the risk-reduction temple model to other communities in the future.

Keywords: Risk reduction networks in accordance with Buddhist principles, Prototype temples to reduce risk factors, Health risk factors, Bovorn.

บทนำ

ความตื่นตัวทางสุขภาพเริ่มต้นขึ้นจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19) ซึ่งเป็นความตื่นตัวทั้งระบบตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงระดับปัจเจกบุคคล โดยเห็นได้จากการขยายนโยบายพรรคการเมืองในการเลือกตั้งสมาชิกสภาผู้แทนราษฎรเป็นการทั่วไป พ.ศ. 2566 ที่พรรคการเมืองต่าง ๆ เล็งเห็นถึงความสำคัญในการยกระดับสุขภาพจากฐานรากและมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น เช่น การยกระดับการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) การยกระดับ 30 บาททุกโรค การดูแลสุขภาพจิตใกล้บ้าน การดูแลสุขภาพผู้หญิงเกี่ยวกับมะเร็งปากมดลูก เป็นต้น ในระดับปัจเจกบุคคล ความตื่นตัวดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความใส่ใจทางสุขภาพ รสนิยมในการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพ การปลูกพืชผักในบ้าน และการเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ในชีวิตประจำวันให้ตอบรับกับความใส่ใจทางสุขภาพ นอกจากนี้ ความตื่นตัวทางสุขภาพยังมีส่วนเกี่ยวข้องกับการหลั่งไหลของเทคโนโลยีดิจิทัลที่ทำให้ผู้คนมีการใช้เวลาอยู่กับสื่อออนไลน์จนทำให้เกิดอาหารที่บำรุงสายตา ซึ่งเรียกได้ว่าเป็นกระแสรักสุขภาพ (Health Conscious) (ศุภยวีชัยกสิกรไทย, 2563) รวมไปถึงยังมีความตื่นตัวและตระหนักในการเลือกอาหารที่มีหลากหลายทางเลือกสุขภาพมากขึ้นอีกด้วย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2566)

รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2566 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2566) ชี้ให้เห็นถึงการขยายตัวของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ไปกับการเติบโตของเทคโนโลยีและรสนิยม (Taste) โดยเฉพาะบุหรี่ปัฟฟี่ที่เป็นปัจจัยเฝ้าระวังใหม่ในการดูแลสุขภาพ บุหรี่ปัฟฟี่มีส่วนการใช้งานของประชากรทุกช่วงวัยมากที่สุดอยู่ในกรุงเทพมหานครและภาคกลางของประเทศไทย เมื่อพิจารณาในส่วนของผู้ที่มีสัดส่วนในการเลิกสูบบุหรี่ที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานะทางเศรษฐกิจ ผู้ที่มีสถานะร่ำรวยมีความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าผู้ที่มีสถานะยากจนที่สุด ขณะที่การดื่มแอลกอฮอล์ของคนไทย ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือยังเป็นภูมิภาคที่มีการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด อาจเป็นเพราะวัฒนธรรมและประเพณีที่มีความเกี่ยวข้องกับสุราพื้นบ้าน แต่เป็นการไม่ดื่มหนักเมื่อเทียบกับภาคกลางและกรุงเทพมหานครที่มีสัดส่วนอัตราการดื่มหนักเป็นประจำมากที่สุด นอกจากนี้ รายงานสุขภาพคนไทยฉบับนี้ได้แสดงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะ 2 ประเด็นสำคัญคือ 1) สุขภาวะทางกายของคนไทยมีความเหลื่อมล้ำในการทำกิจกรรม โดยจังหวัดที่มีการออกกำลังกายเพียงพอสูงที่สุด ได้แก่ สงขลา มหาสารคาม มุกดาหาร กระบี่ และราชบุรี และจังหวัดที่มีการออกกำลังกายเพียงพอต่ำสุด ได้แก่ ปัตตานี ร้อยเอ็ด บุรีรัมย์ สมุทรสาคร และบึงกาฬ โดย

คนไทยที่ออกกำลังกายไม่เพียงพอจะเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน/น้ำตาลในเลือดสูง โรคไขมันในเลือดสูง/คอเลสเตอรอลสูง ข้อเสื่อม/เข่าเสื่อม หัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ และหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาต ตามลำดับ และ 2) สุขภาวะทางใจของคนไทย มีความน่าเป็นห่วงโดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ที่อายุต่ำกว่า 18 ปีมีความเสี่ยงสุขภาพจิตแต่ไม่มีภาวะซึมเศร้าหรือฆ่าตัวตาย ขณะที่กลุ่มคนวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 35-39 ปี มีสัดส่วนอัตราการฆ่าตัวตายมากที่สุด ซึ่งในปัจจุบันสังคมไทยยังมีจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักจิตวิทยา และพยาบาลจิตเวชไม่ครอบคลุมและเพียงพอต่อคนไทยในภาพรวม

มุมมองสังคมวิทยาของการส่งเสริมสุขภาพ (Sociology of Health Promotion) ที่ผนวกรวมการรักษาสุขภาพ (Healthism) เข้ากับสังคมสมัยใหม่ที่มีการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตทางสังคมและวัฒนธรรม โดย Burrows, Nettleton, and Buntun (1995) ชี้ให้เห็นถึงแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่ถูกควบคุมกำกับภายใต้โครงสร้างของสถาบันสุขภาพระดับโลกอย่างองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่มีส่วนต่อการดูแลนโยบายสุขภาพร่วมสมัย (Contemporary Health Policy) ซึ่งมีความเหลื่อมล้ำกันของปฏิบัติการทางการแพทย์และสาธารณสุขระดับท้องถิ่น และมีความไม่เท่าเทียมกันในการได้รับการส่งเสริมสุขภาพจากการเลือกปฏิบัติทางเพศ เชื้อชาติ และสีผิว เช่นเดียวกับงานของ Farmer (1992) ที่แสดงให้เห็นว่าประสบการณ์ความเจ็บป่วยทางสุขภาพมีความเชื่อมโยงกับโครงสร้างทางสังคม ซึ่งสถานการณ์ทางการเมือง ความยากจน และปัญหาเชิงโครงสร้างทางสังคมและสุขภาพมีส่วนต่อการทำให้เกิดความทุกข์ทนต่อความเจ็บป่วยของผู้คนจนก่อให้เกิดการสิ้นเสื่อ่อนต่อการมีสุขภาพดีและการรับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมของคนทุกคนในสังคม

นอกจากนี้ ในความคิดเห็นของ Flecha (2020) เมื่อเชื่อมโยงความมั่นคงทางสุขภาพเข้ากับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) การมีโครงสร้างทางสังคมที่ดี มีการดูแลสุขภาพถ้วนหน้าทุกช่วงวัย มีการส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดี คำนี้ถึงสิทธิสุขภาพ (Health Rights) ที่ทุกคนพึงได้รับ จะช่วยให้คนในสังคมได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสม ขณะเดียวกันงานของ ธาณี สุวรรณประทีป, วุฒินันท์ กันทะเตียน, และพงษ์พัฒน์ ไหมจันทร์ดี (2565) ชี้ชวนให้เห็นถึงรูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะวิถีพุทธสำหรับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในเยาวชนด้วยการบูรณาการเชิงโครงสร้างระหว่างสถาบันครอบครัว สถาบันการศึกษา สถาบันชุมชน และสถาบันกฎหมายเพื่อบูรณาการปัจจัยป้องกันเข้าหากันจนกลายเป็นตัวแบบ “Vaccine” โดย V-Value ด้วยการทำให้ตนเองมีคุณค่าและเห็นว่าชีวิตมีความสำคัญ A-Activities การสร้างกิจกรรมทางสังคมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในสถาบันการศึกษา C-Critical Reflection ความสามารถในการแยกแยะและใช้วิจารณ์ญาณ C-Cautions มีความรับผิดชอบและระมัดระวัง I-Interactive การมีปฏิสัมพันธ์และโต้ตอบในสิ่งที่สร้างสรรค์ N-Negotiation การเป็นสื่อกลางของผู้ที่เกี่ยวข้องเชิงนโยบายในการสร้างกติกาทางสังคมร่วมกัน และ E-Empowerment เป็นการสร้างความเข้มแข็งในการตระหนักถึงอันตรายจากการดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ ซึ่งตัวแบบดังกล่าวจำเป็นต้องดำเนินไปอย่างเป็นองค์รวมและบูรณาการร่วมกันระหว่างสถาบันทางสังคมต่าง ๆ

อย่างไรก็ดี การพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของท้องถิ่น ถือเป็นอีกกลไกสำคัญที่ทำให้คนไทยสุขภาพดี ลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และมีความอยู่ดีมีสุขถ้วนหน้า ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินงานอย่างเป็นเครือข่ายและบูรณาการทุนข้ามหน่วยงาน โดยงานชิ้นนี้ให้ความสนใจไปที่การเชื่อมโยงการพัฒนาสุขภาพบนฉากทัศน์ที่มีสถาบันพระพุทธศาสนาเป็นแกนสำคัญ ในงานชิ้นหนึ่งของ ชลวิทย์ เจริญจิตต์ และสายชล ปัญญชิต (2565) ถกให้เห็นถึงกลไก 3 ระดับของสถาบันพระพุทธศาสนาที่มีส่วนช่วยในการส่งเสริมสุขภาพของคนไทย ประกอบด้วย 1) ระดับนโยบาย เป็นการร่วมสร้างสรรคระหว่างสถาบันพระพุทธศาสนากับสถาบันสุขภาพที่บูรณาการความร่วมมือกันเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์การขับเคลื่อน โดยเฉพาะการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ โครงการเสริมสร้างความปรองดองสมานฉันท์โดยใช้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา หรือโครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5 และโครงการพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ซึ่งเป็นปฏิบัติการที่เกิดในระดับโครงสร้าง 2) ระดับวิชาการ เมื่อมีการกำหนดนโยบายร่วมกันแล้ว การทำหน้าที่ของสถาบันวิชาการจะเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการแพร่กระจายองค์ความรู้ที่ครอบคลุมวิทยาศาสตร์สุขภาพและสังคมศาสตร์สุขภาพในทุกมิติ และ 3) ระดับพื้นที่ เป็นการขับเคลื่อนนโยบายและองค์ความรู้ทางวิชาการลงสู่ชุมชนด้วยการมีส่วนร่วมของสถาบันพระพุทธศาสนา เช่น การดูแลผู้สูงอายุ การดูแลโภชนาการ เป็นต้น

เนื้อหาจากหนังสือดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของสถาบันพระพุทธศาสนาในการส่งเสริมสุขภาพระดับท้องถิ่น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายทางสังคมอย่างเข้มข้น ทั้งนี้ ชลวิทย์ เจริญจิตต์, ชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์, และธันนิกันต์ สุธงส์นัย (2565) ขยายมิติของเครือข่ายทางสังคมในการสร้างเครือข่ายสุขภาพโดยสถาบันพระพุทธศาสนาด้วยทุนสุขภาพ (Health Capital) ของพระสงฆ์ ซึ่งสามารถพัฒนากลายเป็นทุนทางสังคมใน 2 ลักษณะคือ 1) เครือข่ายเชิงการเรียนรู้เพื่อพัฒนาสุขภาพ เป็นเครือข่ายที่ส่งเสริมองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพทั้งทางกาย จิต สังคม และปัญญา และจำเป็นต้องอาศัยศักยภาพของท้องถิ่นในการสร้างเครือข่ายดังกล่าวนี้ เช่น การมีพิพิธภัณฑ์พื้นบ้าน การมีวัดที่ทำหน้าที่เป็นพื้นที่ของการเรียนรู้ เป็นต้น และ 2) เครือข่ายเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาสุขภาพ เครือข่ายลักษณะนี้เป็นการผลักดันร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เช่นเดียวกับ สายชล ปัญญชิต (2565) ที่เสนอให้เห็นถึงความสำคัญของทุนสุขภาพที่สามารถพัฒนาไปสู่การสร้างความเข้มแข็งจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ผ่านการทำงานแบบเป็นช่วยเหลือสุขภาพ โดยเริ่มต้นจากการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Factors Literacy) จากนั้นขยายต่อออกไปสู่การสร้างเครือข่ายสุขภาพระดับวัดในลักษณะของการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและเอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เมื่อระดับวัดมีสุขภาพดีถ้วนหน้าแล้วจึงจะสามารถขยายช่วยเหลือสุขภาพออกไปสู่ระดับชุมชนได้อย่างมั่นคงในลักษณะของวัดดูแลสุขภาพชุมชน ชุมชนดูแลสุขภาพวัด

จากที่กล่าวมาแล้วทั้งหมดในข้างต้น งานวิจัยนี้มุ่งเน้นให้เกิดการพัฒนาและส่งเสริมเครือข่ายวัดต้นแบบการลดปัจจัยเสี่ยงตามหลัก “บวร” ระดับจังหวัด โดยวัดต้นแบบการลดปัจจัยเสี่ยงจะเป็นแกนหลักสำคัญในการพัฒนาองค์ความรู้ กระบวนการเสริมสร้างสุขภาพในการลดปัจจัยเสี่ยงเชิงพุทธบูรณาการ การ

สร้างกลไกและเครือข่ายการลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาในชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างสุขภาวะวิถีพุทธตามกรอบแผนหลักของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2561 – 2563 รวมทั้งเป้าหมายของการปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา ที่มุ่งเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ที่สามารถเชื่อมโยงนโยบายและแนวปฏิบัติในการที่จะส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อสร้าง “องค์กรสุขภาวะวิถีพุทธ” ตามพันธกิจทั้ง 8 ด้าน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของงานคณะสงฆ์และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คือ การสร้างเสริมสุขภาวะที่ดีของพระสงฆ์และประชาชนไทย

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาและส่งเสริมเครือข่ายวัดต้นแบบการลดปัจจัยเสี่ยงตามหลัก “บวร” ระดับจังหวัด

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้อาศัยวิธีการวิจัยแบบผสมผสานวิธี (Mixed-methods) ระหว่างการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งสามารถนำมาใช้ในปฏิบัติการพัฒนาชุมชนโดยเฉพาะการศึกษาทุนของชุมชนและการประเมินผลการพัฒนาชุมชนเพื่อให้เห็นภาพกว้างของบริบทการพัฒนาควบคู่ไปกับข้อมูลเชิงลึกที่เป็นปฏิบัติการ (ชลวิทย์ เจริญจิตต์, 2566) ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้จำแนกรายละเอียดออกเป็นดังนี้

พื้นที่ของการวิจัย

พื้นที่ของการวิจัย คณะผู้วิจัยพิจารณาจากทำเลที่ตั้งที่ติดต่อกับกลุ่มพื้นที่ต้นแบบที่ดำเนินการต่อเนื่องจากการดำเนินกิจกรรมในระยะที่ผ่านมา และควรมีสถิติภาพในการขับเคลื่อนกิจกรรมโดยพิจารณาจากความตื่นตัวของคณะสงฆ์ในการสนับสนุนการดำเนินงานปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา การสนับสนุนโครงการฯ “หมู่บ้านรักษาศีล 5” และศักยภาพด้านบุคลากรในการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยในพื้นที่ เมื่อพิจารณาเกณฑ์ในการคัดเลือกพื้นที่ดำเนินการ โครงการการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา กำหนดพื้นที่ในการดำเนินการรวม 8 จังหวัด จำแนกตามภูมิภาค ได้แก่ 1) ภาคเหนือ คือ จังหวัดลำปาง และจังหวัดน่าน 2) ภาคกลาง คือ จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดพิจิตร 3) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัดยโสธร และ 4) ภาคใต้ คือ จังหวัดระนอง และจังหวัดกระบี่

กลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ

ในการวิจัยเชิงปริมาณมีกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาในครั้งนี้ จากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคณะผู้วิจัยกำหนดหน่วยการวิเคราะห์ (Unit of Analysis) ไว้ที่วัดต้นแบบจำนวน 160 วัด คัดเลือกโดยพิจารณาจากวัดในพื้นที่ต้นแบบที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นเครือข่ายบวร มีความตื่นตัวของคณะสงฆ์ในการสนับสนุนการดำเนินงานปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนาและศักยภาพด้าน

บุคลากรในการสนับสนุนจากมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยในพื้นที่ จากการแจกแบบประเมินตนเองตามตัวชี้วัด “วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง” ทั้งสิ้น 160 ชุด โดยตัวชี้วัดมีจำนวน 4 ด้าน ประกอบด้วย ตัวชี้วัดด้านที่ 1 การดำเนินการตามพระธรรมวินัย มติมหาเถรสมาคม และหลักกฎหมายบ้านเมือง ตัวชี้วัดด้านที่ 2 นโยบายที่ดำเนินการโดยวัด ตัวชี้วัดด้านที่ 3 การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง และตัวชี้วัดด้านที่ 4 ภาควิชาที่ดูแล ซึ่งเป็นตัวชี้วัดที่ครอบคลุมการดำเนินงานด้านปัจจัยเสี่ยงของวัดต้นแบบ รวมทั้งสิ้น 40 ตัวชี้วัด โดยการแบ่งการวัดออกเป็น 2 ลักษณะคือ ดำเนินการ และยังไม่ได้ดำเนินการ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาในครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ พระสังฆาธิการหรือพระสงฆ์ผู้ที่มีตำแหน่งในทางปกครอง ซึ่งจะเป็นพระสงฆ์ที่มีบทบาทในการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยงทั้งระดับนโยบายและในระดับปฏิบัติการ อีกทั้งยังเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มพระสงฆ์ที่มีส่วนในการขับเคลื่อนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงในวัด แม้จะไม่ได้มีตำแหน่งปกครองในทางคณะสงฆ์ จำนวนรวม 24 รูป โดยข้อมูลในส่วนของการวิจัยเชิงคุณภาพจะนำมาพัฒนาและสรุปองค์ประกอบของแบบประเมินตนเองตามตัวชี้วัด “วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง” ที่จะใช้วัดความสมบูรณ์ของการเป็นวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนของข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณ อาศัยการวิเคราะห์ค่าความถี่ และใช้สถิติเชิงพรรณนาอย่างค่าร้อยละ (Percentage) เพื่อสรุปผลการดำเนินการตามตัวชี้วัดแต่ละข้อในแบบประเมินตนเองตามตัวชี้วัด “วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง” โดยทำการสรุปและนำเสนอผลโดยใช้เครื่องหมาย ✓ ในกรณีวัดต้นแบบมีการดำเนินการมากกว่าร้อยละ 50 ขณะที่นำเสนอผลโดยใช้เครื่องหมาย ✗ ในกรณีวัดต้นแบบมีการดำเนินการน้อยกว่าร้อยละ 50

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพอาศัยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากเนื้อหาที่ได้รับจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ เพื่อใช้เป็นข้อมูล และคำอธิบายประกอบกับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากแบบประเมินตนเอง

ผลการศึกษา

การประเมินวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาเพื่อพัฒนาและส่งเสริมเครือข่ายวัดต้นแบบการลดปัจจัยเสี่ยงตามหลัก “บวร” ระดับจังหวัด เป็นการนำเสนอข้อมูลที่ได้รับแบบประเมินตนเองตามตัวชี้วัด “วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง” และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ซึ่งมีรายละเอียดของผลการศึกษาจำแนกตามตัวชี้วัดด้านต่าง ๆ ดังนี้

1) ตัวชี้วัดด้านที่ 1: การดำเนินการตามพระธรรมวินัย มติมหาเถรสมาคม และหลักกฎหมาย บ้านเมือง

การจัดศาสนสถานให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อกับพระธรรมวินัยและกฎหมาย โดยมุ่งเน้นสถานที่หรือสิ่งปลูกสร้างสำคัญภายในวัดอย่างกุฏิ หอฉัน ศาลา วิหาร เมารุ ที่ต้องคำนึงถึงหลักธรรมและต้องคำนึงถึงการปลอดอบายมุข มีวัดต้นแบบที่เห็นว่าวัดของตนสามารถดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าวได้ถึงร้อยละ 97 โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้วัดสามารถดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าวได้ เนื่องจากการจัดศาสนสถานมีข้อกำหนดที่ชัดเจนทั้งจากพระธรรมวินัย อาทิ หลักสัปปายะ 7 ในประเด็นที่ว่าด้วยอาวาสสัปปายะ คือ การจัดที่อยู่ซึ่งเหมาะสม เช่น ไม่เป็นที่พลุกพล่าน จอแจ ให้วัดเป็นพื้นที่ที่เกื้อกูล ช่วยสนับสนุนในการบำเพ็ญภาวนาให้ได้ผลดี ช่วยให้สมาธิตั้งมั่น ไม่เสื่อมถอย

ในด้านการติดเครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่ภายในพื้นที่วัด ส่วนใหญ่เป็นการได้ป้ายหรือสติ๊กเกอร์จากภาคีเครือข่ายด้านสาธารณสุขในพื้นที่ หรือการติดต่อขอรับเครื่องหมายแสดงเขตปลอดบุหรี่จากหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง อย่างไรก็ตามร้อยละ 8 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง มีการติดแสดงเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ หรือเครื่องหมายแสดงถึงการห้ามสูบบุหรี่ ให้เด่นชัดโดยเฉพาะบริเวณทางเข้า-ออกของวัด แต่ยังไม่ได้ติดแสดงไว้โดยเปิดเผยในพื้นที่วัดที่จะทำให้ผู้ที่เข้าวัดเห็นได้อย่างเปิดเผยและในจำนวนที่เหมาะสม ซึ่งเป็นไปตามมติมหาเถรสมาคมมติที่ 297/2562 เรื่องประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้วัด และศาสนสถาน ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560 และพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2560

การควบคุม ดูแลไม่ให้มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ แม้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้วัด และศาสนสถาน ดำเนินการตามหลักเกณฑ์ วิธีการตามพระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ พ.ศ. 2561 ซึ่งกำหนดให้พื้นที่และบริเวณทั้งหมดเป็นเขตปลอดบุหรี่ จึงไม่อนุญาตให้มีการจัดหาอุปกรณ์อำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ ซึ่งมีวัดต้นแบบที่ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าวร้อยละ 60 ในทางปฏิบัติพบข้อจำกัดที่สำคัญที่คณะสงฆ์ให้ความคิดเห็น โดยเฉพาะการกำกับประชาชนที่เข้ามาร่วมพิธีกรรมทางศาสนาภายในวัดที่หลายคนไม่ใช่นักบวชประจำของวัด เข้าวัดเพื่อร่วมพิธีกรรม เมื่อไม่มีอุปกรณ์สำหรับการเขี่ยหรือทิ้งก้นบุหรี่จะเกิดสถานการณ์การทิ้งก้นบุหรี่ไม่เป็นที่ทาง อย่างไรก็ตามการสร้างให้เกิดความเข้าใจในตัวบทของกฎหมายและประกาศกระทรวงสาธารณสุข ก่อให้เกิดความตระหนักถึงสิ่งที่วัดต้องปฏิบัติ คำนึงถึงสุขภาพของประชาชนส่วนรวมมากยิ่งขึ้น และมีความพร้อมที่จะปฏิบัติตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขในการที่จะกำจัดอุปกรณ์สำหรับอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่

ตารางที่ 1 องค์ประกอบการประเมินวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงตามตัวชี้วัดด้านที่ 1

ชุดตัวชี้วัด	การดำเนินการ
1.1 มีการจัดศาสนสถาน ให้มีสภาพแวดล้อมที่เอื้อกับพระธรรมวินัย และกฎหมาย (กุฏิ หอฉัน ศาลา วิหาร เมารุ) คำนึงถึงหลักสัปปายะ และปลอดอบายมุข	✓

1.2 มีการติดเครื่องหมายเขตปลอดบุหรี่ หรือเครื่องหมายแสดงถึงการห้ามสูบบุหรี่ ให้เด่นชัด	✓
1.3 ควบคุม ดูแลไม่ให้มีอุปกรณ์ หรือสิ่งอำนวยความสะดวกในการสูบบุหรี่ เช่น กระบะทราย หรืออุปกรณ์สำหรับการเขี่ยหรือทิ้งก้นบุหรี่	✓
1.4 ส่งเสริมให้งดเว้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา อาทิ วันสงกรานต์ การทำบุญในช่วงเทศกาลเข้าพรรษา	✓
1.5 วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด	✗
1.6 มีการจัดทำโครงการตรวจสุขภาพ และให้บริการด้านสาธารณสุขแก่พระภิกษุ สามเณร ควบคู่ไปกับตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ	✓
1.7 มีเครื่องหมายห้ามเล่นการพนัน หรือเขตปลอดการพนัน ให้เด่นชัด หรือจดจำนายสลากรีน แบ่งรัฐบาลในเขตวัด	✓
หมายเหตุ:	
✓ หมายถึง วัดต้นแบบมีการดำเนินการมากกว่าร้อยละ 50 ในภาพรวมทุกพื้นที่	
✗ หมายถึง วัดต้นแบบมีการดำเนินการน้อยกว่าร้อยละ 50 ในภาพรวมทุกพื้นที่	

การส่งเสริมให้งดเว้นการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา มีวัดต้นแบบที่ดำเนินการกว่าร้อยละ 95 ทั้งนี้เนื่องจากการสนับสนุนมติมหาเถรสมาคมที่มีการขอความร่วมมือสนับสนุนกิจกรรม “วัดงดดื่มสุราแห่งชาติ” ซึ่งตรงกับวันเข้าพรรษาของทุกปี หรือมติที่ 266 / 2565 เรื่อง แนวทางและมาตรการในการจัดกิจกรรมวันสงกรานต์ พุทธศักราช 2565 ที่ให้ความสำคัญในเรื่องของการงดการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันสงกรานต์ มีวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงดำเนินการในกิจกรรมดังกล่าว ร้อยละ 95 โดยหลายพื้นที่ได้ใช้วันเข้าพรรษาเป็นเครื่องมือในการเชิญชวนให้ประชาชนในชุมชนตั้งจิตอธิษฐานลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเข้าพรรษา

สำหรับประเด็นวัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงมีการดำเนินการในการพัฒนาให้วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เพียงร้อยละ 18 จากการสอบถามข้อมูลในปัจจุบันพบว่าก่อนหน้าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 วัดยังมีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดอยู่บ้าง ในลักษณะของการส่งเสริมให้ผู้ติดยาเสพติดมาทำกิจกรรมจิตอาสาภายในวัด หรือการพึ่งเทศน์บรรยายธรรมอยู่บ้าง เพื่อเป็นการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้ติดยาเสพติดให้มีความเข้มแข็ง แต่ภายหลังการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลให้กิจกรรมดังกล่าวขาดหายไป นอกจากนี้หลายวัดยังไม่เคยมีการดำเนินการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปรับให้วัดเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านอาคารและสถานที่ที่ไม่เพียงพอต่อการพัฒนาเป็นศูนย์สงเคราะห์และฟื้นฟู

การจัดทำโครงการตรวจสุขภาพ และให้บริการด้านสาธารณสุขแก่พระภิกษุ สามเณร ควบคู่ไปกับตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ ในตัวชี้วัดดังกล่าวนี้ มีวัดต้นแบบที่ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำโครงการตรวจสุขภาพควบคู่ไปกับตรวจหาสารเสพติดในปัสสาวะ ร้อยละ 67 ขณะที่ร้อยละ 33 ของวัดต้นแบบยังไม่ได้ดำเนินการในประเด็นตามตัวชี้วัดดังกล่าว สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการได้รับ

การประสานงานจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ และการตรวจตราโดยกำนัน ผู้ใหญ่บ้านถึงความเสี่ยงต่อการเข้าถึงสารเสพติดภายในชุมชน

ในด้านของการมีเครื่องหมายห้ามเล่นการพนัน หรือเขตปลอดการพนัน ให้เด่นชัด หรือจดจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลในเขตวัด วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง ได้มีการดำเนินการในประเด็นตามตัวชี้วัดเรื่องของการมีเครื่องหมายห้ามเล่นการพนัน หรือเขตปลอดการพนัน ร้อยละ 56 สำหรับการขับเคลื่อนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงในลำดับต่อไป หรือการสนับสนุนให้บ้าน-วัด-โรงเรียน (ราชการ) ในลักษณะของเครือข่ายพลังบวร กำหนดโจทย์ร่วมกันเกี่ยวกับการจัดการปัญหาการพนันในชุมชนและในพื้นที่วัด อาจพัฒนาขึ้นในรูปแบบของการติดป้ายแสดงเครื่องหมายหรือข้อความที่บ่งชี้ว่าวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงเป็นวัดที่ไม่สนับสนุนให้ประชาชนเล่นการพนัน หรือการจัดพื้นที่ภายในวัดเพื่องดการจำหน่ายสลากกินแบ่งรัฐบาลในเขตวัด

2) ตัวชี้วัดด้านที่ 2: นโยบายที่ดำเนินการโดยวัด

ตัวชี้วัดด้านที่ 2 เริ่มต้นด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อาทิ คณะกรรมการควบคุมปัญหาบุหรี่ แอลกอฮอล์ การพนัน หรือยาเสพติดหรือคณะกรรมการอื่น ๆ ซึ่งวัดต้นแบบมากถึงร้อยละ 76 ที่ยังไม่ได้ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง สืบเนื่องจากการที่ชุมชนมีการจัดตั้งคณะกรรมการในลักษณะดังกล่าว หรือเป็นคณะกรรมการในระดับชุมชนที่มีหน้าที่หรือมีวัตถุประสงค์ใกล้เคียงกัน ทางวัดจึงไม่เล็งเห็นว่าควรจัดให้มีการตั้งคณะกรรมการที่มีความซ้ำซ้อนขึ้นมาอีก นอกจากนี้การแต่งตั้งคณะกรรมการในรูปแบบที่เป็นทางการอาจเผชิญกับข้อจำกัดด้านงบประมาณประกอบการประชุม เมื่อต้องเชิญหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงเข้ามาแลกเปลี่ยนข้อมูลและกำหนดแนวทางในการทำกิจกรรมร่วมกันภายในชุมชน

ตารางที่ 2 องค์ประกอบการประเมินวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงตามตัวชี้วัดด้านที่ 2

ชุดตัวชี้วัด	การดำเนินการ
2.1 ส่งเสริมให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง อาทิ คณะกรรมการควบคุมปัญหาบุหรี่ แอลกอฮอล์ การพนัน หรือยาเสพติดหรือคณะกรรมการอื่น ๆ	✘
2.2 มีการจัดทำระเบียบ/ข้อบังคับ/ประกาศของวัด ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ประกาศห้ามสูบบุหรี่ภายในวัด	✔
2.3 มีการถ่ายทอด ส่งต่อข่าวสารนโยบายของคณะสงฆ์ ที่เกี่ยวข้องกับการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยง เช่น นำเสนอข่าวสารจากที่ประชุมพระสังฆาธิการผ่านเสียงตามสาย ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ ยาเสพติด เป็นต้น	✘
2.4 มีนโยบายส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีการจัดโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง ทั้งในรูปแบบที่ดำเนินการเองโดยพระสงฆ์ และ/หรือดำเนินการร่วมกับฆราวาส	✔

2.5 มีนโยบายส่งเสริมให้พระสงฆ์และชุมชนทำงานร่วมกับ โครงการของคณะสงฆ์ เช่น โครงการฯ “หมู่บ้านรักษาศีล 5”, หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล, โครงการวัด ประชา รัฐ สร้างสุข ด้วยหลัก 5 ส, ธรรมานุสสุภาพพระสงฆ์	✓
2.6 มีส่วนในการส่งเสริมให้เกิดข้อตกลง/ธรรมานุสสุภาพของชุมชน ในประเด็นเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยง	✓
2.7 มีการส่งเสริมให้พระภิกษุและสามเณรภายในวัดเข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าร่วมการอบรมใน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง	✓

หมายเหตุ: ✓ หมายถึง วัดต้นแบบมีการดำเนินการมากกว่าร้อยละ 50 ในภาพรวมทุกพื้นที่
 ✗ หมายถึง วัดต้นแบบมีการดำเนินการน้อยกว่าร้อยละ 50 ในภาพรวมทุกพื้นที่

ขณะที่การจัดทำระเบียบ/ข้อบังคับ/ประกาศของวัด ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมปัจจัยเสี่ยง เช่น ประกาศห้ามสูบบุหรี่ภายในวัด ร้อยละ 63 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงได้มีการทำข้อบังคับหรือประกาศของ วัดเพิ่มเติมในรูปแบบของป้ายประชาสัมพันธ์ข้อความที่แสดงเจตนารมณ์เรื่องการไม่อนุญาตให้มีการสูบบุหรี่ใน พื้นที่วัด ข้อสังเกตประการหนึ่งที่สำคัญคือ สติกเกอร์ที่วัดได้รับแจกทั้งจากหน่วยงานด้านสาธารณสุขในพื้นที่ หรือภาคประชาสังคมที่ขับเคลื่อนในประเด็นการลด ละ เลิกการบริโภคยาสูบ มักจะเป็นแผ่นสติกเกอร์ขนาดเล็ก แม้จะติดตั้งให้เห็นได้อย่างชัดเจนบริเวณประตูทางเข้า-ออกของวัด หรือบริเวณทางขึ้นศาสนสถานต่าง ๆ แต่ข้อความกำกับเรื่องของการฝ่าฝืน หรือมีโทษปรับตามกฎหมาย 5,000 บาท อาจมองไม่เห็นได้ยาก หรือ ประชาชนยังขาดความตระหนักถึงการบังคับใช้กฎหมาย ดังนั้นสิ่งที่มักจะเห็นวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง ดำเนินการในลักษณะที่วัดจัดทำป้ายด้วยตนเอง ซึ่งอาจอยู่ในรูปแบบของป้ายคำเตือนขนาดใหญ่ หรือการระบุ ให้เห็นถึงความชัดเจนอย่าง วัด “....” เป็นวัดปลอดบุหรี่ มักจะสร้างความสนใจให้กับประชาชนที่เข้ามาใน พื้นที่วัด

สำหรับตัวชี้วัดในประเด็นของการถ่ายทอด ส่งต่อข่าวสารนโยบายของคณะสงฆ์ ที่เกี่ยวข้องกับการ ขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 42 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงมีการดำเนินกิจกรรมในลักษณะดังกล่าว โดยรูปแบบของการประชาสัมพันธ์ข่าวสารในปัจจุบัน มี 2 ลักษณะ คือ (1) การประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตาม สายหรือการจัดรายการวิทยุผ่านคลื่นวิทยุที่ทางวัดมีช่องสัญญาณ และ (2) การประชาสัมพันธ์ผ่านทางช่องทาง สื่อสารสมัยใหม่ที่ใช้เครือข่ายอินเทอร์เน็ตเป็นเครื่องมือในการสื่อสาร อย่างไรก็ตามประเด็นของการส่งต่อ ข่าวสารนโยบายของคณะสงฆ์ พบว่า มีปัจจัยที่สำคัญคือการประชุมพระสังฆาธิการ โดยเฉพาะการประชุมพระ สังฆาธิการระดับจังหวัดตามมติมหาเถรสมาคม มักมีกำหนดการประชุมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการงบประมาณ การรายงานผลการดำเนินงานซึ่งจำแนกตามโครงการต่าง ๆ ของคณะสงฆ์ อาทิ การขับเคลื่อนโครงการฯ “หมู่บ้านรักษาศีล 5” หรือการขับเคลื่อนหน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล อาจส่งผลให้ไม่มีประเด็นที่ เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง หรือการขับเคลื่อนกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาวะมากนัก

การมีนโยบายส่งเสริมหรือสนับสนุนให้มีการจัดโครงการ/กิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 63 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง มีการขับเคลื่อนในการส่งเสริมให้มีการจัดโครงการหรือกิจกรรมที่

เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง คำถามสำคัญสำหรับตัวชี้วัดข้างต้นกำหนดขึ้นเพื่อต้องการพิจารณาบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้สนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกื้อกูลให้วัดมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ตัวอย่างเชิงรูปธรรม คือ การมีส่วนร่วมในการเปิดพื้นที่วัดให้มีการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง ในช่วงวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา หรือการสนับสนุนนโยบายจากทางภาคประชาสังคมในการมีส่วนร่วม รณรงค์ให้ประชาชนในพื้นที่รอบวัดห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยง อย่างไรก็ตามการดำเนินการในลักษณะของการมีนโยบายที่เป็นลายลักษณ์อักษรเป็นสิ่งที่ยังขาดความเป็นรูปธรรมหรือการมีเอกสารประชาสัมพันธ์ การมีป้ายประชาสัมพันธ์เพื่อบ่งบอกว่าวัดนั้น ๆ เข้าร่วมโครงการที่สนับสนุนให้ประชาชน ลด ละ เลิกจากปัจจัยเสี่ยงเป็นหนึ่งในเครื่องมือสำคัญที่ทำให้ประชาชนในพื้นที่รับรู้ถึงแนวทางการทำงานของวัดในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว

ตัวชี้วัดด้านการมีนโยบายส่งเสริมให้พระสงฆ์และชุมชนทำงานร่วมกับโครงการต่าง ๆ ของคณะสงฆ์ อาทิ โครงการฯ “หมู่บ้านรักษาศีล 5”, หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล, โครงการวัด ประชา รัฐ สร้างสุข ด้วยหลัก 5 ส, ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า ร้อยละ 87 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงมีการดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าว โดยมองว่าการทำงานร่วมกับโครงการต่าง ๆ ของคณะสงฆ์ มีส่วนสนับสนุนให้การขับเคลื่อนกิจกรรมต่าง ๆ มีความก้าวหน้า และมีความยั่งยืนในอนาคต อีกทั้งยังเป็นการลดภาระการทำงานเพื่อตอบสนองต่อโครงการใดโครงการหนึ่งผ่านการทำงานในลักษณะของการบูรณาการประเด็นการทำงาน ยกตัวอย่าง การขับเคลื่อนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถนำผลลัพธ์ของการลดจำนวนคนบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในชุมชนเป็นผลสำเร็จที่สำคัญต่อการขับเคลื่อนโครงการฯ “หมู่บ้านรักษาศีล 5” หรือการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในวัดให้เป็นสถานที่ที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ที่นอกจากจะเป็นการป้องกันไม่ให้มีการสูบบุหรี่ภายในวัดแล้ว ยังเป็นการปรับภูมิทัศน์ของวัดให้สอดคล้องกับการดำเนินโครงการวัด ประชา รัฐ สร้างสุข ด้วยหลัก 5 ส ที่มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อการพัฒนาพื้นที่เชิงกายภาพให้มีความสะอาด ร่มรื่น เพื่อรองรับการเป็นพื้นที่สำหรับการทำกิจกรรมทางสังคมสำหรับคนทุกกลุ่มและทุกช่วงวัย

ประเด็นของการที่วัดมีส่วนร่วมในการส่งเสริมให้เกิดข้อตกลงหรือธรรมนูญของชุมชนในประเด็นเกี่ยวกับการลดปัจจัยเสี่ยง มีวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 52 ที่มีการดำเนินงานในประเด็นดังกล่าว สาเหตุสำคัญประการหนึ่ง คือ การจัดทำข้อตกลงหรือธรรมนูญของชุมชนเป็นประเด็นที่มีความละเอียดอ่อนเนื่องจากต้องอาศัยการมีส่วนร่วมจากคนในชุมชน ซึ่งอาจยังมีผู้ที่บริโภคยาสูบ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือเล่นการพนันอยู่บ้าง อย่างไรก็ตามแนวทางที่วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงใช้เพื่อการผลักดันให้เกิดข้อตกลงหรือธรรมนูญของชุมชน คือ การชี้ให้เห็นโทษของปัจจัยเสี่ยงทั้งการติดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการบริโภคยาสูบ และอาศัยการยกตัวอย่างกิจกรรม อาทิ งานบุญปลอดเหล้า งานเสิร์ฟปลอดอบายมุข ที่ช่วยให้เจ้าภาพประหยัดค่าใช้จ่ายในการจัดหาเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือการเป็นเจ้ามือในวงพนัน ซึ่งเป็นแนวทางที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนทั้งในระดับบุคคลและในระดับครัวเรือน อีกหนึ่งปัจจัยที่นำไปสู่การดำเนินการในประเด็นการสร้างข้อตกลงกับชุมชนในประเด็นการลดปัจจัยเสี่ยงคือ ภาวะผู้นำทั้งในมิติทางจิตวิญญาณและศาสนาโดย

พระสงฆ์ ประกอบกับผู้นำในทางโลกอย่างผู้ใหญ่บ้านหรือกำนัน ที่มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบาย เป้าหมาย และทิศทางในการพัฒนาหมู่บ้าน

บทบาทของการส่งเสริมให้พระภิกษุและสามเณรภายในวัดเข้าร่วมกิจกรรมหรือเข้าร่วมการอบรมใน ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 77 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงมีการดำเนินการในประเด็น ดังกล่าว โดยเฉพาะภายหลังการประกาศใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 ที่มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ได้สร้างให้เกิดความตื่นตัวด้านการพัฒนาสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ หรือการเกิด หลักศูตรอบรมพระคิลานุปัฏฐาก ที่มีบทบาทเป็นพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.) โดยมุ่งเน้น การส่งเสริมให้พระสงฆ์ มีบทบาทต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ชุมชน สังคม เจ้าอาวาสหรือผู้แทนจากวัดต้นแบบ ลดปัจจัยเสี่ยงดำเนินการส่งเสริมให้พระภิกษุและสามเณรภายในวัดเข้าร่วมการอบรมดังกล่าว มีส่วนช่วยให้ พระสงฆ์และสามเณรที่เข้าร่วมการอบรมมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในกลุ่มพระสงฆ์ พฤติกรรม เสี่ยง และสาเหตุของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีปัจจัยเสี่ยงอย่างยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นหนึ่งใน สาเหตุสำคัญ

3) ตัวชี้วัดด้านที่ 3: การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง

สำหรับตัวชี้วัดด้านที่ 3 ที่มุ่งเน้นไปที่การจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง วัดต้นแบบส่วนใหญ่มีการจัดกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยง กรณีวันเข้าพรรษาซึ่งตรงกับวันงดดื่มสุราแห่งชาติ จะมีภาคีเครือข่าย ภาคประชาชนสังคัมร่วมกับคณะสงฆ์ในพื้นที่จัดกิจกรรมงดเหล้าเข้าพรรษา เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ประชาชนที่มีความตั้งใจจะลดการดื่มเหล้าในช่วงเข้าพรรษาได้มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว หรือการที่วันสำคัญทาง พระพุทธศาสนาจะสอดคล้องไปกับวันงดการจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามกฎหมาย ก็มีส่วนให้พระสงฆ์ สามารถเทศนาประชาชนในชุมชนให้ใช้โอกาสในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนาเป็นวันที่ได้ทดลองลด ละ เลิก การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงชนิดอื่น ๆ เช่นเดียวกับการจัดกิจกรรมหรือ การรณรงค์งดดื่มสุราเนื่องในวันเข้าพรรษา และการจัดกิจกรรม/รณรงค์งดการพนัน ในกิจกรรมทาง พระพุทธศาสนา ขณะที่การจัดกิจกรรม/รณรงค์สูบบุหรี่ในวัดงดสูบบุหรี่โลก และการจัดกิจกรรม/รณรงค์ ต่อต้านยาเสพติดในวัดยาเสพติดโลก เป็นส่วนที่ยังไม่ได้มีการดำเนินการมากนักในวัดต้นแบบ เนื่องจากไม่มี ความเชื่อมโยงกับวันสำคัญในทางพระพุทธศาสนา จึงอาจส่งผลให้พระสงฆ์ไม่ได้ดำเนินการพัฒนาหรือจัด กิจกรรมในวันดังกล่าว แต่ในกรณีของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงที่มีการจัดกิจกรรมในวันสำคัญดังกล่าวมักจะมี ลักษณะกิจกรรมที่เชื่อมโยงกับหน่วยงานภายในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงเรียนในบริเวณใกล้เคียงเพื่อเป็น การส่งเสริมให้เด็กและเยาวชนรู้เท่าทันปัจจัยเสี่ยงด้านต่าง ๆ

ตารางที่ 3 องค์ประกอบการประเมินวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงตามตัวชี้วัดด้านที่ 3

ชุดตัวชี้วัด	การดำเนินการ
3.1 มีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง	✓

3.2 มีการจัดกิจกรรมหรือการรณรงค์ตี๋มสุราเนื่องในวันเข้าพรรษา	✓
3.3 มีการจัดกิจกรรม/รณรงค์งดการพนัน ในกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา	✓
3.4 มีการจัดกิจกรรม/รณรงค์สูบบุหรี่ในวันงดสูบบุหรี่โลก	✗
3.5 มีการจัดกิจกรรม/รณรงค์ต่อต้านยาเสพติดในวันยาเสพติดโลก	✗
3.6 มีการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำ	✗
3.7 มีการเทศน์หรือบรรยายเรื่องปัจจัยเสี่ยงในวันพระและวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา	✓
3.8 มีการส่งเสริมให้มีการอธิษฐาน หรือแสดงเจตจำนงในการลดปัจจัยเสี่ยงในช่วงเข้าพรรษา	✓
3.9 มีการหารือ พูดคุย หรือประชุม กับชุมชน เพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันของชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยง	✓
3.10 มีการอบรมให้ความรู้กับบุคคลทั่วไปในเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยง	✓
3.11 มีการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกิจกรรม/กีฬา ปลอดภัย เสพติด และอบายมุข	✓
3.12 มีการส่งเสริมให้ร้านค้าภายในชุมชนงดจำหน่ายแอลกอฮอล์และยาสูบในวันพระ และวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา	✗
3.13 มีการสอดแทรกความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงในการบรรพชาสามเณรภาคฤดูร้อน อบรมเยาวชน ค่ายคุณธรรม	✓
3.14 มีการสำรวจข้อมูลภายในชุมชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ เครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ การพนัน และยาเสพติด	✓
3.15 มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงในรูปแบบอื่น ๆ	✗

หมายเหตุ: ✓ หมายถึง วัดต้นแบบมีการดำเนินการมากกว่าร้อยละ 50 ในภาพรวมทุกพื้นที่

✗ หมายถึง วัดต้นแบบมีการดำเนินการน้อยกว่าร้อยละ 50 ในภาพรวมทุกพื้นที่

การจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงผ่านช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ พบว่า มีวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงเพียงร้อยละ 28 ที่ใช้สื่อสังคมออนไลน์อย่าง Facebook, Line, และ YouTube ในการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยง ถึงแม้ว่าปัจจุบันวัดจะมีการเปิดบัญชีผู้ใช้งานในนามวัดเพื่อใช้สื่อสังคมออนไลน์ในการประชาสัมพันธ์กิจกรรมของวัดหรือเพื่อบอกบุญแก่ประชาชนสำหรับการรับบริจาค วัดแต่ละแห่งจึงมีวัตถุประสงค์ในการใช้งานบัญชีสื่อสังคมออนไลน์ที่มีความแตกต่างกัน นอกจากนี้ประเด็นที่มีความสำคัญ คือ กลุ่มเป้าหมายที่เป็นสมาชิกร่วมกับบัญชีผู้ใช้งานของวัด ในบางครั้งอาจเป็นเพียงกลุ่มสมาชิกที่ไม่ได้ใช้สื่อสังคมออนไลน์เป็นประจำ ดังนั้นวัดจึงยังไม่เห็นความสำคัญในการใช้สื่อสังคมออนไลน์เพื่อการประชาสัมพันธ์กิจกรรมในวันสำคัญต่าง ๆ หรือกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง

การใช้โอกาสในกิจกรรมที่ทำเป็นประจำของพระสงฆ์อย่างการเทศน์หรือบรรยายธรรมในวันพระและวันสำคัญทางพระพุทธศาสนาเป็นอีกกลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยง โดยร้อยละ 88 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงได้ใช้โอกาสในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนาในการสอดแทรกเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับโทษของปัจจัยเสี่ยงทั้งยาสูบ เครื่องตี๋มแอลกอฮอล์ การพนัน และยาเสพติด ซึ่งรูปแบบที่มีความน่าสนใจคือการยกตัวอย่างให้เห็นภาพความเป็นของปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวข้างต้น โดยเฉพาะตัวอย่างบุคคลที่ต้องประสบความ

ยากลำบากจากการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง หรือการต้องเสียชีวิตจากการบริโภคยาสูบและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ในมิติของการส่งเสริมให้มีการอธิษฐาน หรือแสดงเจตจำนงในการลดปัจจัยเสี่ยงในช่วงเข้าพรรษาคณะสงฆ์มีวิธีการที่หลากหลายในการส่งเสริมให้คนที่มีความตั้งใจจะลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์สามารถตัดสินใจเข้าร่วมกิจกรรมงดหรือลดการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในช่วงเทศกาลเข้าพรรษาระยะเวลา 3 เดือน ร้อยละ 78 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงได้มีการส่งเสริมให้มีการอธิษฐานหรือแสดงเจตจำนงในการลดปัจจัยเสี่ยงในช่วงเข้าพรรษา ที่ไม่จำกัดเฉพาะการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพียงเท่านั้น ทั้งนี้วิธีการที่สำคัญคือขอให้ผู้ที่มีความตั้งใจจะลดปัจจัยเสี่ยงในช่วงเข้าพรรษา มีความตั้งใจรักษาสัจจะ และให้เกิดบุญกุศลจากการรักษาสัจจะที่ตั้งใจไว้ นอกจากนี้ยังมีการใช้กลยุทธ์อย่างพิถีพิถันที่ถือเป็นหนึ่งในเครื่องมือสนับสนุนการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยง

ประเด็นการหาหรือ พูดคุย หรือประชุมกับชุมชนเพื่อสร้างข้อตกลงร่วมกันของชุมชนในการลดปัจจัยเสี่ยง พบข้อสังเกตประการหนึ่งที่สำคัญ คือ วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงร้อยละ 63 มีการดำเนินการในประเด็นดังกล่าว โดยมีปัจจัยที่สำคัญเนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่ประกอบด้วยยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน และยาเสพติด เป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับระเบียบและข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์ทั้งกฎหมายบ้านเมือง และมติมหาเถรสมาคมที่ขอความร่วมมือให้วัดปฏิบัติตามระเบียบและกฎหมาย ดังนั้นจะพบเห็นความพยายามของวัดที่จะขอความร่วมมือไปยังชุมชนเพื่อช่วยควบคุมปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสูบบุหรี่ภายในบริเวณวัด หรือการแอบลักลอบนำเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เข้ามาดื่มในงานบวช

การเกิดขึ้นของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 และการจัดอบรมพระคิลานุปัฏฐากที่มีส่วนสำคัญอย่างมากในการพัฒนาบุคลากรทางพระพุทธศาสนาที่มีองค์ความรู้พื้นฐานด้านทางด้านสาธารณสุข และการควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ร้อยละ 56 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง มีการพัฒนากิจกรรมในลักษณะของการอบรมให้ความรู้กับบุคคลทั่วไปในเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งในรูปแบบของการลงพื้นที่ชุมชนร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุข การเป็นวิทยากรร่วมบรรยายในโอกาสต่าง ๆ โดยในอนาคตหากเกิดการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยงที่ได้ผลลัพธ์ที่นำไปสู่การลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในแง่ของบทบาทของพระสงฆ์ในการส่งเสริม สนับสนุนให้เกิดกิจกรรมหรือกีฬา ปลอดภัยเสพติด และ อายมมุข เป็นไปในลักษณะของการถือกุหลาบที่วัดให้ส่วนราชการ หรือกลุ่มผู้สูงอายุเข้ามาใช้พื้นที่สำหรับการทำกิจกรรมหรือการออกกำลังกาย ร้อยละ 63 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงได้มีการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดกิจกรรมและกีฬาภายในชุมชน ทั้งการสนับสนุนงบประมาณสมทบสำหรับการจัดกิจกรรม การสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์และการเตรียมสถานที่ ความสัมพันธ์ระหว่างวัดกับชุมชนในพื้นที่ที่ห่างไกลจากความเป็นเมือง พระสงฆ์เป็นผู้นำตามธรรมชาติในชุมชนที่มีบทบาทและหน้าที่ที่มีความหลากหลาย อาจเห็นบทบาทของพระสงฆ์ในการช่วยจัดเตรียมสถานที่สำหรับการจัดกิจกรรมแข่งขันกีฬาระหว่างเยาวชนในชุมชน

การขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชนโดยวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง หนึ่งในปัจจัยสำคัญคือความพยายามในการจำกัดการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว โดยเฉพาะจากร้านค้าภายในชุมชนที่มักจะมีการจัดจำหน่ายบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 42 ของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง มีการส่งเสริมให้ร้านค้า

ภายในชุมชนจดจำหน่วยแอลกอฮอล์และยาสูบในวันพระ และวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา โดยดำเนินการในลักษณะของการแจ้งเพื่อทราบเรื่องขอเวลาในการจัดจำหน่ายเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ตามที่กฎหมายกำหนด หรือการห้ามมิให้จัดจำหน่ายในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา เพื่อสร้างความตระหนักแก่ผู้ประกอบการถึงการปฏิบัติตามกฎหมาย นอกจากนี้วัดและพระสงฆ์ยังเชิญชวนให้ร้านค้าและผู้ประกอบการงดการจำหน่ายบุหรี่ยุติและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มเติมในโอกาสต่าง ๆ อาทิ วันพระ หรือเพิ่มเติมวันซึ่งจำหน่ายอย่างทุก ๆ วัน พุทธศตวรรษ เป็นต้น

การสอดแทรกความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงในการบรรพชาสามเณรภาคฤดูร้อน อบรมเยาวชน ค่ายคุณธรรม วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 75 พบว่ามีการสอดแทรกความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงในการบรรพชาสามเณรภาคฤดูร้อน อบรมเยาวชน ค่ายคุณธรรม ทั้งเป็นการจัดบรรยายโดยพระพี่เลี้ยง หรือพระอาจารย์ที่เป็นวิทยากรประจำโครงการ หรือจัดในรูปแบบของการเชิญวิทยากรจากภายนอกมาให้ความรู้ในประเด็นของโทษภัยของบุหรี่และยาเสพติด ซึ่งเป็นสิ่งที่เด็กและเยาวชนสามารถเข้าถึงได้แม้มีอายุไม่มากนัก ซึ่งการกำหนดให้หลักสูตรการบรรพชาสามเณรภาคฤดูร้อน อบรมเยาวชน หรือค่ายคุณธรรม มีเนื้อหาส่วนหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงจะมีส่วนสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับเด็กและเยาวชน

การสำรวจข้อมูลภายในชุมชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ยุติ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน และยาเสพติด พบว่า มีวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงเพียงร้อยละ 31 ที่ดำเนินการสำรวจข้อมูลภายในชุมชน โดยในชุมชนที่มีพื้นที่ขนาดเล็ก วัดมีความสัมพันธ์กับผู้คนในชุมชนและเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง วัดสามารถเป็นผู้จัดทำฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงในระดับครัวเรือนเพื่อเก็บเป็นฐานข้อมูลสำหรับการขับเคลื่อนกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงในอนาคต หรือการใช้โอกาสวันสำคัญทางพระพุทธศาสนาที่คนในชุมชนเดินทางมาร่วมทำบุญที่วัดเป็นโอกาสสำคัญในการสำรวจเพื่อบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการบริโภคยาสูบ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การพนัน และการยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติด สำหรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมด้านสุขภาพอย่างการสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ทางวัดและพระสงฆ์สามารถบูรณาการการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในการตรวจสอบความชุกของผู้บริโภคปัจจัยเสี่ยงดังกล่าว ซึ่งการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุขกับวัดและคณะสงฆ์ อาจส่งเสริมให้เกิดการขับเคลื่อนงานลดปัจจัยเสี่ยงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดกิจกรรมในรูปแบบอื่นๆ ที่อยู่นอกเหนือจากตัวชี้วัดกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง เป็นไปในลักษณะของการคิดค้นกิจกรรมหรือนวัตกรรมทางสังคมที่มีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยการสานต่อกิจกรรมการรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงเดิมที่มีการขับเคลื่อนเป็นประจำในโอกาสหรือวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา หรือการพัฒนากิจกรรมขึ้นมาใหม่แต่ยังคงมุ่งเน้นการปรับสภาพแวดล้อมของวัดและชุมชนให้เป็นสถานที่ที่ไม่เอื้อต่อการสูบบุหรี่ หรือการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ตัวอย่างกิจกรรมที่มีการทดลองจัดทำขึ้นภายใต้การขับเคลื่อนโครงการการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา อาทิ การทดลองทำป้ายห้ามจำหน่ายสลากกินแบ่งในเขตพุทธาวาส เพื่อเป็นการทดลองจำกัดจุดจำหน่ายสลากกินแบ่งไม่ให้ล้ำเข้ามาในพื้นที่ที่พระสงฆ์จะสามารถซื้อได้อย่างสะดวก นอกจากนี้จะเป็นการจัดการเรื่องของ

อบายมุข 6 ตามหลักธรรมทางพระพุทธศาสนาแล้ว ยังเป็นการจัดการพื้นที่ภายในวัดให้เป็นระเบียบ ซึ่งส่งผลต่อการจัดการพื้นที่ของวัดในการจัดการปัญหาเรื่องของปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ต่อไป

4) ตัวชี้วัดด้านที่ 4: ภาศึเครือข่าย

การส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับผู้นำชุมชน เป็นบทบาทหนึ่งของพระสงฆ์ตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ ปีพ.ศ. 2560 ที่มีหลักการแนวคิดในการส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการทำงานร่วมกับภาศึเครือข่าย และเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม ซึ่งรวมไปถึงการทำงานร่วมกับผู้นำชุมในการลดปัจจัยเสี่ยงและส่งเสริมสุขภาวะ ทั้งนี้ จากผลการประเมินตนเอง พบว่า มีวัดต้นแบบที่ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าวร้อยละ 71

สำหรับตัวชี้วัดการส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับโรงเรียน พบว่า มีวัดต้นแบบที่ดำเนินการร้อยละ 75 มีเพียงร้อยละ 25 ของวัดต้นแบบที่ยังไม่ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าว ทั้งนี้ การที่วัดต้นแบบส่วนใหญ่มีการดำเนินงานส่งเสริมความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับโรงเรียน มีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งมาจากการที่โรงเรียนเปรียบเสมือนเป็นภาศึเครือข่ายหนึ่งที่มีความสำคัญต่อองค์กรคณะสงฆ์ในการทำงานเผยแผ่พระพุทธศาสนา และส่งเสริมสุขภาวะเชิงพุทธ โดยดำเนินการผ่านรูปแบบการจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ตลอดจนการที่พระสงฆ์เข้าไปมีบทบาทในฐานะครูพระสอนศีลธรรมในโรงเรียน จึงเป็นช่องทางหนึ่งในการดำเนินงานส่งเสริมความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับโรงเรียน

การส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับเครือข่ายวัดอื่นๆ พบว่า มีวัดต้นแบบที่ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าวร้อยละ 56 ขณะที่วัดต้นแบบร้อยละ 44 ยังไม่มีการดำเนินการในประเด็นตัวชี้วัดดังกล่าว ทั้งนี้ หากพิจารณาจากผลการประเมินวัดต้นแบบตามตัวชี้วัดดังกล่าวพบว่า การที่วัดต้นแบบมีการส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับเครือข่ายวัดอื่นๆ อาจมีสาเหตุสำคัญมาจากการขับเคลื่อนเชิงนโยบายของคณะสงฆ์ในแต่ละพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งนโยบายของคณะสงฆ์ในระดับเจ้าคณะจังหวัด ระดับเจ้าคณะอำเภอ และระดับเจ้าคณะตำบล ซึ่งแต่ละพื้นที่มีการขับเคลื่อนการทำงานในเชิงนโยบายที่แตกต่างกัน

ตารางที่ 4 องค์ประกอบการประเมินวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงตามตัวชี้วัดด้านที่ 4

ชุดตัวชี้วัด	การดำเนินการ
4.1 ส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับผู้นำชุมชน	✓
4.2 ส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับโรงเรียน	✓
4.3 ส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับเครือข่ายวัดอื่น ๆ	✓
4.4 ส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่ อาทิ อาศิสัมครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)	✓
4.5 ส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	✓

ชุดตัวชี้วัด	การดำเนินการ
4.6 ส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ (กอ.รณน./กระทรวงวัฒนธรรม/พระพุทธศาสนาแห่งชาติ/สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/โรงพยาบาลระดับจังหวัด)	✓
4.7 ส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับองค์กรภาคเอกชน	✓
4.8 ส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับองค์กรประชาสังคม	✓
4.9 มีการสนับสนุนให้วัดและหน่วยงานอื่น ๆ จัดทำโครงการป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยง ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่	✗
4.10 มีการทำงานร่วมกับโครงการของคณะสงฆ์ เช่น โครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5, หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล, วัด ประชา รัฐ สร้าง สุข	✓
4.11 มีการจัดกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีส่วนร่วมจากชุมชน	✓

หมายเหตุ: ✓ หมายถึง วัดต้นแบบมีการดำเนินการมากกว่าร้อยละ 50 ในภาพรวมทุกพื้นที่

✗ หมายถึง วัดต้นแบบมีการดำเนินการน้อยกว่าร้อยละ 50 ในภาพรวมทุกพื้นที่

การส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับหน่วยงานบริการด้านสุขภาพในพื้นที่พบว่า จากการประเมินตนเองมีวัดต้นแบบที่ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าว ถึงร้อยละ 83 ทั้งนี้ หากพิจารณาผลการประเมิน พบว่า การส่งเสริมความร่วมมือในประเด็นดังกล่าวมีความสอดคล้องกับนโยบายการบริหารกิจการคณะสงฆ์ในประเด็นด้านการสาธารณสุขสงเคราะห์ โดยเฉพาะการดำเนินการช่วยเหลือสังคมในรูปแบบต่างๆ ที่ไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย ซึ่งแต่เดิมเป็นการช่วยเหลือทางวัตถุและสิ่งของเท่านั้น

ภายใต้การเกิดแผนปฏิรูปกิจการพระพุทธศาสนา ปีพ.ศ.2560 ส่งผลให้เกิดการยกระดับการทำงานของงานบริหารกิจการคณะสงฆ์ทั้งหกด้าน โดยในงานบริหารกิจการคณะสงฆ์ด้านการสาธารณสุขสงเคราะห์ ได้มีการยกระดับการทำงานในด้านการสร้างเครือข่ายความร่วมมือทั้งจากภาครัฐ ภาควิชาการ ภาครักษาสังคม ภาคเอกชน ตลอดจนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการบูรณาการความร่วมมือเพื่อให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาอย่างยั่งยืนร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งนี้ จากผลการประเมินตนเองในด้านการส่งเสริมความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า มีวัดที่ส่งเสริมความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงในประเด็นดังกล่าวร้อยละ 62 ในขณะที่ ร้อยละ 38 ของวัดต้นแบบยังไม่ได้ดำเนินการในประเด็นตามตัวชี้วัดดังกล่าว

สำหรับการส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ถือเป็นหนึ่งในเป้าหมายสำคัญของการยกระดับงานบริหารกิจการคณะสงฆ์ด้านการสาธารณสุขสงเคราะห์ ที่มุ่งดำเนินการสร้างเครือข่ายทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาควิชาการ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ในการบูรณาการความร่วมมือเพื่อให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาอย่างยั่งยืนร่วมกับภาคีเครือข่าย ทั้งนี้ จากผลการประเมินตนเองในด้านการส่งเสริมความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐ พบว่า มีวัดที่ส่งเสริมความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงในประเด็นดังกล่าวร้อยละ 61 ในขณะที่ ร้อยละ 39 ของวัดต้นแบบยังไม่ได้ดำเนินการในประเด็นตามตัวชี้วัดดังกล่าว

ตัวชี้วัดการส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับองค์กรเอกชน พบว่า มีวัดที่ส่งเสริมความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงในประเด็นดังกล่าวเพียงร้อยละ 29 ในขณะที่ร้อยละ 71 ยังไม่มีการส่งเสริมความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงในประเด็นดังกล่าว หากพิจารณาจากผลการประเมินตนเองจะพบว่าความร่วมมือระหว่างวัดกับภาคีเครือข่ายองค์กรภาคเอกชนส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นในรูปแบบของกิจกรรมเพื่อสังคม (CSR) เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งจะเน้นไปที่งานด้านการสร้าง การทำนุบำรุง เป็นสำคัญ อีกทั้งองค์กรภาคเอกชนที่ร่วมส่วนใหญ่เป็นการส่งเสริมให้มีความร่วมมือในระยะสั้น ตามรูปแบบระยะเวลาการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม การที่มีวัดต้นแบบส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับองค์กรภาคเอกชนร้อยละ 29

การส่งเสริมให้มีความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับภาคประชาสังคม พบว่า มีวัดที่ส่งเสริมความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงในประเด็นดังกล่าวเพียงร้อยละ 37 ในขณะที่ร้อยละ 63 ยังไม่มีการส่งเสริมความร่วมมือการทำงานลดปัจจัยเสี่ยงในประเด็นดังกล่าว ในการนี้ หากพิจารณาจากผลการประเมินตนเองจะพบว่า การทำงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับภาคประชาสังคมส่วนหนึ่งเกิดขึ้นจากการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายของภาครัฐ และองค์กรคณะสงฆ์ในการขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงในพื้นที่ อย่างไรก็ตามการที่วัดต้นแบบยังไม่มีกรดำเนินงานลดปัจจัยเสี่ยงร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคมนั้น อาจมีสาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการขาดช่องทางและการมีข้อจำกัดในการเชื่อมประสานระหว่างวัดกับภาคีเครือข่ายองค์กรภาคประชาสังคม

การสนับสนุนให้วัดและหน่วยงานอื่นๆ จัดทำโครงการป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยง ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ แม้ว่าในระยะหลังจะมีการส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ในการจัดทำโครงการป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยง ผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่มากขึ้น อย่างไรก็ตาม จากผลการประเมินตนเองพบว่า ร้อยละ 62 ของวัดต้นแบบยังไม่ได้ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าว มีเพียงร้อยละ 38 ของวัดต้นแบบที่ดำเนินโครงการป้องกัน ลดปัจจัยเสี่ยงผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ทั้งนี้ สาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการขาดการเชื่อมประสานระหว่างวัด และหน่วยงานผู้รับผิดชอบ ในการให้ข้อมูลและส่งเสริมวัดให้เข้าถึงกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ ส่งผลทำให้หลายวัดอาจยังไม่ทราบถึงข้อมูลและแนวทางการสนับสนุนจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่

ประเด็นการทำงานร่วมกับโครงการของคณะสงฆ์ เช่น โครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5, หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล, วัด ประชา รัฐ สร้าง สุข จากผลการประเมินตนเองพบว่า ร้อยละ 85 ของวัดต้นแบบมีการดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าว มีเพียงร้อยละ 15 ของวัดของวัดต้นแบบที่ยังไม่ได้ดำเนินการในประเด็นตามตัวชี้วัดดังกล่าว ทั้งนี้ เนื่องจากโครงการของสงฆ์ อาทิ โครงการหมู่บ้านรักษาศีล 5, หน่วยอบรมประชาชนประจำตำบล หรือวัด ประชา รัฐ สร้าง สุข เป็นงานที่มีความสอดคล้องและดำเนินการภายใต้หลักกิจการคณะสงฆ์หกประการ ประกอบด้วย ด้านการเผยแผ่ ด้านการปกครอง ด้านการศาสนศึกษา ด้านการศึกษา สงเคราะห์ ด้านการสาธารณูปการ และด้านการสาธารณสงเคราะห์ โดยหลักกิจการคณะสงฆ์หกประการถือว่า

เป็นกรอบแนวทางสำคัญในการทำงานขององค์กรคณะสงฆ์ ดังนั้นจึงเป็นเหตุและที่มาของการทำงานร่วมกับกับโครงการคณะสงฆ์

หลักการสำคัญประการหนึ่งของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ ปี พ.ศ.2560 ได้แก่ การส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม ส่งเสริมให้วัดและพระสงฆ์มีบทบาทในการดูแลและเสริมสร้างสุขภาวะแก่ชุมชนและสังคม ทั้งนี้ จากผลการประเมินตนเองในด้านการจัดกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีส่วนร่วมจากชุมชน พบว่า มีวัดต้นแบบที่ดำเนินการตามตัวชี้วัดดังกล่าวร้อยละ 60 ขณะที่ร้อยละ 40 ของวัดต้นแบบยังไม่มีดำเนินการในประเด็นดังกล่าว เมื่อพิจารณาผลการประเมินตนเองจะพบว่า การที่วัดต้นแบบมีการดำเนินกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีส่วนร่วมจากชุมชน ส่วนหนึ่งเกิดขึ้นได้จากนโยบายของหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรคณะสงฆ์ ในการส่งเสริมและขับเคลื่อนการลดปัจจัยเสี่ยงในชุมชนผ่านกิจกรรมต่างๆ ประเพณี วัฒนธรรม และวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ตลอดจนการขับเคลื่อนผ่านโครงการของคณะสงฆ์

การดำเนินกิจกรรมตามข้อกำหนดจากมติมหาเถรสมาคม ข้อกำหนดที่มีลักษณะบังคับใช้ตามกฎหมาย หรือลักษณะโครงการและกิจกรรมที่มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน จะมีส่วนช่วยให้พระสงฆ์และวัดต่าง ๆ ดำเนินกิจกรรมให้สอดคล้องกับมาตรการที่กำหนด และโดยเฉพาะอย่างยิ่งมติมหาเถรสมาคมที่มีลักษณะเป็นคำสั่งคล้ายกับกฎหมายบ้านเมือง การละเลยหรือไม่ดำเนินการตามมติดังกล่าวอาจเป็นเรื่องที่ไม่สามารถกระทำได้ ขณะที่เมื่อพิจารณาจากตัวชี้วัดด้านที่ 2 ซึ่งพิจารณาในมิติที่มีขนาดย่อยลงมาในระดับวัดและชุมชน จะเห็นได้ว่า หากไม่มีการบังคับทั้งจากทางข้อกำหนดบ้านเมือง และมติมหาเถรสมาคม กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยงในรูปแบบที่เป็นทางการ จะมีระดับของการดำเนินการที่ลดลง เนื่องจากการไม่มีนโยบายในระดับวัด หรือการส่งเสริมให้เกิดนโยบายเชิงรุกเพื่อการลดปัจจัยเสี่ยงไม่ได้เป็นเรื่องที่ผิด และอาจมีหน่วยงานในพื้นที่ที่ดำเนินการดังกล่าวอยู่บ้างแล้ว ขณะที่ตัวชี้วัดด้านที่ 3 ที่มุ่งเน้นการประเมินการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการลดปัจจัยเสี่ยง พบว่า มีการดำเนินการที่น้อยกว่าตัวชี้วัดก่อนหน้าทั้ง 2 ตัวชี้วัด โดยเฉพาะกิจกรรมที่แม้จะเป็นวันสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงอย่าง วันงดสูบบุหรี่โลก และวันยาเสพติดโลก ก็ยังไม่ได้รับการสนับสนุนจากวัดในการจัดกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงในวันดังกล่าว แต่หากกิจกรรมลดปัจจัยเสี่ยงเป็นกิจกรรมที่สามารถจัดขึ้นในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนาอย่างการรณรงค์ดื่มสุราเนื่องในวันเข้าพรรษา กลับเป็นสิ่งที่วัดสามารถดำเนินการได้ง่ายมากยิ่งขึ้น เนื่องจากใช้โอกาสวันสำคัญทางศาสนาในการจัดกิจกรรมสอดแทรกเพิ่มเติมเรื่องการลดปัจจัยเสี่ยงผนวกเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของกิจกรรมในภาพรวม สำหรับตัวชี้วัดที่ 4 ด้านภาคีเครือข่าย จะเป็นตัวชี้วัดที่วัดในปัจจุบันมีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินการได้เป็นอย่างดี ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะปัจจุบัน คณะสงฆ์โดยมหาเถรสมาคมได้มีการส่งเสริมบทบาทให้วัดดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่อาศัยการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่ายมากยิ่งขึ้น เช่น โครงการวัดประชา รัฐ สร้างสุข ที่เน้นการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชนในพื้นที่ ในการสร้างกิจกรรมเพื่อการพัฒนาและปรับปรุงภูมิทัศน์ของวัด

การอภิปรายผลการวิจัย

การประเมินวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงเพื่อพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนาที่ดำเนินการโดยอาศัยแบบประเมินตนเองตามตัวชี้วัด “วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยง” ซึ่งเป็นการดำเนินการควบคู่กันระหว่างการใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพช่วยให้เห็นถึงภาพรวมของวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงกับข้อมูลเชิงลึกที่เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการกลายเป็นวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ โดยที่วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงมีการควบคุมกำกับด้วยมาตรฐานและแนวปฏิบัติของมหาเถรสมาคมในฐานะสถาบันทางพระพุทธศาสนา ขณะที่สถาบันทางกฎหมายมีบทบาทในการทำให้วัดกลายเป็นพื้นที่ควบคุมต่อการผลิตปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างการสูบบุหรี่ แอลกอฮอล์ และการพนันออกจากพื้นที่แห่งนี้ และทดแทนด้วยกิจกรรมทางสังคมที่ผสมผสานวิถีทางพระพุทธศาสนาเข้ามามีส่วนร่วมต่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชนให้ห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ อีกทั้งยังจำเป็นต้องอาศัยความเป็นเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง งานศึกษาของสิริทรัพย์ สีหะวงษ์, ปิยณัฐ สร้อยคำ, วิภาพรรณ ตระกูลสันติรัตน์, และเกริก พิสัยพันธ์. (2567) แสดงให้เห็นว่าวัดสามารถเป็นพื้นที่สำหรับการควบคุมปัจจัยเสี่ยงอย่างการบริโภคบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ได้โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งการสนับสนุนให้พระสงฆ์มีความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับโทษและความอันตรายจากการบริโภคบุหรี่และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนการส่งเสริมให้พระสงฆ์เป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนในชุมชน อีกทั้งชุมชนควรสนับสนุนการจัดหาป้ายงดสูบบุหรี่และสุรา และสร้างให้เกิดการรณรงค์งดจำหน่ายบุหรี่และสุราจากร้านค้าชุมชนในวันสำคัญทางพระพุทธศาสนา ที่จะเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งประเด็นเหล่านี้ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการขับเคลื่อนและผลักดันให้เกิดวัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงไปยังชุมชนต่าง ๆ ต่อไป

เมื่อพิจารณาในแง่ของการขับเคลื่อนกันเป็นเครือข่ายทางสังคมตามข้อเสนอของ ชลวิทย์ เจียรจิตต์ และสายชล ปัญญชิต (2565) วัดต้นแบบลดปัจจัยเสี่ยงเป็นการขับเคลื่อนระดับพื้นที่เป็นหลักและมีการหนุนเสริมด้วยการขับเคลื่อนระดับวิชาการและนโยบายตามลำดับ โดยที่วัดระดับพื้นที่เป็นผู้ขับเคลื่อนกิจกรรมการลดปัจจัยเสี่ยงเป็นหลักภายใต้องค์ความรู้ทางวิชาการของสถาบันวิชาการที่ครอบคลุมทั้งด้านวิทยาศาสตร์ สุขภาพ สังคมศาสตร์ และมนุษยศาสตร์ ขณะที่การขับเคลื่อนระดับนโยบายเป็นการขับเคลื่อนที่ให้ความสำคัญกับสถาบันพระพุทธศาสนาในระดับนโยบายของมหาเถรสมาคมและกรอบกฎหมายที่บังคับใช้โดยสถาบันกฎหมาย อีกทั้งยังมีสถาบันสุขภาพอย่างสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องร่วมด้วย ขณะที่ข้อเสนอเกี่ยวกับการเสริมสร้างสุขภาพและการเรียนรู้ของสังคมตามแนวพระพุทธศาสนา ของพระมหาสุทิตย์ อาภากรโร และคณะ (2557) ได้สรุปให้เห็นว่าการดำเนินกิจกรรมของพุทธศาสนาเพื่อสังคมในภาคใต้กลุ่มนี้ ได้สร้างคุณูปการสำคัญ 3 ประการได้แก่ 1) การยกระดับกระบวนการทำงานให้พระสงฆ์ในพื้นที่เข้าใจสถานการณ์ของปัญหา 2) สร้างความเข้าใจการทำงานบนพื้นฐานของความหลากหลายทางศาสนา และ 3) ได้สนับสนุนกิจกรรมให้พระสงฆ์ในพื้นที่ออกปฏิบัติศาสนกิจร่วมกับประชาชนเยาวชนได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ในพื้นที่

การสร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมและสุขภาพให้เอื้ออำนวยต่อการเกิดวัฒนธรรมแบบลดปัจจัยเสี่ยงจำเป็นต้องอาศัยการสะสมทุนทางจิตวิญญาณ (Spiritual Capital) ของผู้คนที่มิต่อสถาบันพระพุทธรศาสนา โดย อรรถวิทย์ ศิริผล (2562) ซึ่งชี้ให้เห็นถึงปฏิบัติการและการปรับตัวของสถาบันทางศาสนาที่เข้ามามีส่วนร่วมต่อการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้คนผ่านงาน 5 ด้านสำคัญ ได้แก่ งานศึกษาสงเคราะห์ โรงเรียน หอพัก สถานสงเคราะห์ และการดูแลโบสถ์ กิจกรรมทางสังคมร่วมกันเหล่านี้เป็นเสมือนการก่อรูปปฏิสัมพันธ์ระหว่างปฏิบัติการทางศาสนาที่หลอมรวมกันเป็นระบบคุณค่า การจัดระเบียบทางสังคม และการให้ความหมายของชีวิต อีกทั้งปฏิบัติการทางศาสนาในเชิงสถาบันเป็นความทับซ้อนและแสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถาบันที่ทำหน้าที่ตอบสนองต่อกันอย่างเข้มข้นโดยเฉพาะสถาบันทางศาสนากับสถาบันทางการศึกษา การผลักดันให้การเรียนรู้คุณค่าสอนและรากของวัฒนธรรมของประเทศต้นทางให้เป็นหน้าที่ของสถาบันทางการศึกษา เพื่อสนองตอบกลับมายังการเข้าถึงความเชื่อของสถาบันทางศาสนา เช่นเดียวกับข้อเสนอของเวเบอร์ในเรื่อง The Protestant Ethic and the Spirit of Capitalism ที่ชี้ให้เห็นถึงแบบแผนการปฏิบัติของศาสนิกชนและการมีพฤติกรรมทางสังคมที่เป็นส่วนหนึ่งของปฏิบัติการเพื่อการหลุดพ้นไปอยู่กับพระเจ้าในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์นิกายคาลวิน (Calvinism) โดยงานชิ้นดังกล่าวของเวเบอร์ได้ถูกนำพิจารณาเวลาทางสังคมของศาสนาคริสต์ที่เดินไปเป็นเส้นตรง (Linear Time) การใช้ชีวิตประจำวันของผู้ที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโปรเตสแตนต์นิกายคาลวินจึงมุ่งไปสู่การประกอบอาชีพและเก็บสะสมกำไรจากการประกอบอาชีพไปใช้ลงทุนอย่างต่อเนื่อง พื้นฐานของงานเวเบอร์ได้นำมาสู่การต่อยอดและทำความเข้าใจศาสนาในฐานะสิ่งที่มีความสัมพันธ์กับผู้คนในระดับชีวิตประจำวัน อีกทั้งยังก่อให้เกิดการเห็นปฏิบัติการจากระดับชีวิตประจำวันไปสู่การประกอบสร้างความเป็นสถาบันทางศาสนาที่มีความเข้มแข็งได้ต่อไป (อภิญญา เฟื่องฟูสกุล, 2553)

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการนำผลวิจัยไปใช้

การขับเคลื่อนการสร้างเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธรศาสนาจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบของการพัฒนาวัฒนธรรมแบบลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งครอบคลุมการสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และสุขภาพที่เหมาะสมผ่านการประเมินตามตัวชี้วัดด้านต่าง ๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างเป็นกระบวนการ มีมาตรฐาน และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนโดยมีสถาบันพระพุทธรศาสนาเป็นแกนกลางได้ต่อไป

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษาผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานของวัฒนธรรมแบบลดปัจจัยเสี่ยงต่อคนในชุมชนทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ เพื่อให้เห็นภาพการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่มีสถาบันพระพุทธรศาสนาเป็นแกนกลางอย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง/References

- ชลวิทย์ เจียรจิตต์, ชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์ และธันนิกันต์ สุธงส์นัย. (2565). สู่สังคมสุขภาวะ: การพัฒนาเครือข่ายสุขภาวะขององค์กรพระพุทธศาสนาจังหวัดนครนายกและสระแก้ว. *วารสารศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*. 18(2), 132-156.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์, และสายชล ปัญญชิต. (2565). *สังฆะ สังคม สุขภาวะ: บทวิเคราะห์ทางสังคมวิทยาเกี่ยวกับการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธขององค์กรพระพุทธศาสนา*. พิมพ์ครั้งที่ 2. พระนครศรีอยุธยา: สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ชลวิทย์ เจียรจิตต์. (2566). *ชุมชน 5.0*. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: นิติธรรมการพิมพ์.
- ธานี สุวรรณประทีป, วุฒินันท์ กันทะเตียน และพงษ์พัฒน์ ใหม่จันทร์ดี. (2565). รูปแบบการเสริมสร้างสุขภาวะวิถีพุทธเพื่อป้องกันการดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ในเยาวชนไทย. *วารสารพุทธศาสนศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*. 29(2), 54-74.
- พระมหาสุทนต์ อากาศโร, ณัฏฐิ์ ศรีดี, พระครูพิพิธสุตาทธ (บุญช่วย), จักรกริช สังขมณี, พระราชวรมณี (พล), และวันชัย พลเมืองดี. (2556). *การพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการสร้างเครือข่ายองค์กรพระพุทธศาสนาในประเทศไทย*. พระนครศรีอยุธยา: โครงการวิจัยการพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการสร้างเครือข่ายองค์กรพระพุทธศาสนาในประเทศไทย สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2563). *กระแสรักสุขภาพจากโควิด สร้างโอกาสธุรกิจ SME*. สืบค้นจาก https://www.kasikornbank.com/th/business/sme/ksmeknowledge/article/ksmeanalysis/pages/healthtrend_sme.aspx.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2566). *รายงานสุขภาพคนไทย พ.ศ. 2566: คำ สัญญาของไทยใน “คอป” (COP: Conference of Parties) กับการรับมือ “โลกรวน”*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สายชล ปัญญชิต. (2565). พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรวัยใสในภาคกลางและภาคเหนือของประเทศไทย. *วารสารประชากรศาสตร์*. 38(2), 28-49.
- สิริทรัพย์ สีหะวงษ์, ปิยณัฐ สร้อยคำ, วิภาพรรณ ตระกูลสันติรัตน์, และเกริก พิสัยพันธ์. (2567). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาวัดควบคุมการบริโภคบุหรี่ยและแอลกอฮอล์ในจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและสุขภาวะ*. 28(1), 63-76.
- อภิญา เพ็องพสุกุล. (2553). ศาสนา. ใน *ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ (บ.ก.), แนวความคิดพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรม* (หน้า 79-92). เชียงใหม่: ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรัญญา ศิริผล. (2562). *ปฏิบัติการศาสนา ทุนจิตวิญญาณ กักการเมืองวัฒนธรรมจีนในชายแดนไทยภาคเหนือ*. เชียงใหม่: ศูนย์วิจัยและบริการวิชาการ คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Burrows, R., Nettleton, S., & Bunton, R. (1995). Sociology and health promotion: health, risk and consumption under late modernism. In Robin Bunton, Roger Burrows, & Sarah Nettleton (eds.), *The sociology of health promotion: Critical analyses of consumption, lifestyle and risk*. (pp. 1-10). London: Routledge.

Famer, P. (1992). *AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame*. California: University of California Press.

Flecha, R. (2020). Contributions from Social Theory to Sustainability for All. *Sustainability*. 12(23), 9949. Retrieved from <https://doi.org/10.3390/su12239949>.