

Research article

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรดิตถ์

Factors Influencing Health Status Among Buddhist Monks in Uttaradit Province

สืบทระกูล ตันตลานุกูล, อรุณรัตน์ พรหมมา*

Seubtrakul Tantalanutkul, Arunrat Phomma*

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก
Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

*Corresponding Author, e-mail: arunrat@unc.ac.th

Received: 18 March 2025; Revised: 28 October 2025; Accepted: 28 November 2025

บทคัดย่อ

ความเป็นมาและวัตถุประสงค์: พระสงฆ์มีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรดิตถ์ **วิธีการศึกษา:** การวิจัยเชิงทำนายแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์ 362 รูป ได้จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลภาวะสุขภาพ 5 ตัวชี้วัด ได้แก่ ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลภาวะสุขภาพ และแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม แปลงคะแนนภาวะสุขภาพเป็นคะแนนมาตรฐาน (T - score) วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา Chi - square test, Pearson's correlation และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน **ผลการศึกษา:** พระสงฆ์มีคะแนนภาวะสุขภาพเฉลี่ย 52.34 ± 12.87 (ระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3) มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนร้อยละ 54.4 อ้วนลงพุงร้อยละ 45.6 ความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.3 เบาหวานและก่อนเบาหวานร้อยละ 44.5 และไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 39.8 - 45.3 สูงกว่าประชากรชายทั่วไป พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = 0.386$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.287$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($\beta = 0.175$) อายุ ($\beta = -0.145$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.118$) ร่วมทำนายได้ร้อยละ 68.4 **บทสรุป:** โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ควรเน้นพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะการออกกำลังกายและการฉันทาอาหาร ควบคู่กับการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับปรุงการเข้าถึงบริการ และสร้างเครือข่ายการดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม

คำสำคัญ: การสนับสนุนทางสังคม, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, พระสงฆ์, ภาวะสุขภาพ

Abstract

Background and Purpose: Buddhist monks have an increasing trend of noncommunicable diseases. This study aimed to investigate health status and analyze factors influencing the health status of Buddhist monks in Uttaradit Province. **Methods:** This cross-sectional predictive research recruited 362 Buddhist monks using multi-stage random sampling. Data were collected using a health status record form comprising five indicators: body mass index, waist circumference, blood pressure, blood glucose, and lipid profile, and validated questionnaires on health behaviors, health literacy, healthcare accessibility, and social support. Health status scores were converted to T-scores. Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, Pearson's correlation, and stepwise multiple regression analysis. **Results:** Monks had a mean health status score of 52.34 ± 12.87 (moderate level 58.3%), with combined overweight and obesity of 54.4%, abdominal obesity of 45.6%, hypertension of 37.3%, diabetes and prediabetes of 44.5%, and dyslipidemia of 39.8 - 45.3%, higher than

general male population. Their health behaviors, health literacy, healthcare accessibility, and social support were at moderate levels. Factors predicting health status included health behaviors ($\beta = 0.386$), health literacy ($\beta = 0.287$), healthcare accessibility ($\beta = 0.175$), age ($\beta = -0.145$), and social support ($\beta = 0.118$), collectively explaining 68.4% of variance. **Conclusions:** Health promotion programs for monks should focus on developing health behaviors, especially exercise and dietary practices, coupled with enhancing health literacy, improving healthcare accessibility, and establishing healthcare networks with community participation.

Keywords: Buddhist monks, Health behaviors, Health literacy, Health status, Social support

บทนำ (Introduction)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของพระสงฆ์ในประเทศไทย โดยในปี 2564 พบว่าพระสงฆ์ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.2 โรคเบาหวานร้อยละ 21.4 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 42.8 และโรคอ้วนร้อยละ 43.6¹ การสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติพบว่าพระสงฆ์มีภาวะอ้วนร้อยละ 42 สูงกว่าประชากรทั่วไปที่พบเพียงร้อยละ 32² การที่พระสงฆ์มีภาวะสุขภาพไม่ดีส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติพระธรรมกิจและคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ พระสงฆ์ มีวิถีชีวิตที่แตกต่างจากฆราวาสทั่วไป มีข้อจำกัดทางวินัยสงฆ์ ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคและการดูแลสุขภาพ³ รวมทั้งมี อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ⁴ Angkatavanich และคณะ⁵ พบว่าอาหารที่ถวายพระส่วนใหญ่มีไขมันและน้ำตาลสูง ขาดผัก และผลไม้ ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในการศึกษานี้หมายถึงสภาวะ สุขภาพกายที่สามารถประเมินได้จากตัวชี้วัดทางกายภาพและ ชีวเคมี ได้แก่ (1) ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดภาวะโภชนาการและความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง⁶ (2) รอบเอว ซึ่งสะท้อนภาวะอ้วนลงพุงและความเสี่ยงต่อ โรคเมตาบอลิก⁷ (3) ความดันโลหิต ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงหลัก ของโรคหัวใจและหลอดเลือด⁸ (4) ระดับน้ำตาลในเลือด และ (5) ระดับไขมันในเลือด ซึ่งทั้งสองตัวชี้วัดเป็นองค์ประกอบ สำคัญของกลุ่มอาการเมตาบอลิก⁷ การเลือกตัวชี้วัดเหล่านี้ เนื่องจาก (1) สามารถตรวจวัดได้ง่ายในสภาพแวดล้อมของวัด (2) มีความเชื่อมโยงโดยตรงกับโรค NCDs ที่พบบ่อยในพระสงฆ์ และ (3) สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560⁹

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีระบบนิเวศสังคม (Social Ecological Model)¹⁰ ซึ่งอธิบายว่า ภาวะสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายระดับ ระดับบุคคล ประกอบด้วย

(1) พฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งมีผลโดยตรงต่อภาวะสุขภาพผ่าน กลไกการควบคุมน้ำหนัก การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมัน ในเลือด และการลดความเครียดออกซิเดชัน¹¹ (2) ความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ซึ่งหมายถึงความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ¹² มีผลต่อภาวะสุขภาพ ผ่านการเพิ่มความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการป้องกัน การส่งเสริม การตัดสินใจที่ถูกต้อง และการเพิ่มการปฏิบัติตามคำแนะนำ ทางแพทย์¹³ ระดับความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพผ่านการลด ความเครียดทางจิตใจ การเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ และ การช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹⁴ ระดับชุมชน/องค์กร ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อภาวะสุขภาพผ่าน การตรวจคัดกรองและวินิจฉัยโรคตั้งแต่นั้น ๆ การรักษาที่ ทันทีทันที่ และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง¹⁵ จังหวัดอุตรดิตถ์ มีพระสงฆ์จำนวน 1,875 รูป¹⁶ โดยข้อมูลการคัดกรองสุขภาพ ปี 2566 พบว่าพระสงฆ์มีภาวะเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สูงถึงร้อยละ 48.5¹⁷ และพระสงฆ์ในภาคเหนือมีความเสี่ยงต่อ ภาวะโภชนาการเกินและโรคเมตาบอลิกสูงกว่าภูมิภาคอื่น¹⁸ การศึกษานี้ใช้หลักการพัฒนาลูกข่ายโดยใช้พื้นที่เป็นฐาน (Area-based Health Development) ซึ่งเน้นการบูรณาการ ระบบนิเวศเชิงสังคมของการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วย (1) ระบบ บริการสุขภาพ (2) ระบบการส่งเสริมสุขภาพ เช่น อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำวัด (3) ระบบสวัสดิการสังคม เช่น กองทุน หลักประกันสุขภาพพระสงฆ์¹⁹ และ (4) ระบบการช่วยเหลือ สังคมเกื้อกูลกัน เช่น เครือข่ายพุทธศาสนิกชน²⁰

แม้จะมีงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์ แต่การศึกษ ในบริบทเฉพาะของจังหวัดอุตรดิตถ์ยังมีจำกัด โดยเฉพาะ การศึกษาที่ครอบคลุมปัจจัยหลายระดับอย่างเป็นระบบ การศึกษาที่ครอบคลุมทั้งด้านกายภาพและการเข้าถึง บริการสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างครอบคลุม²⁰ การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาภาวะสุขภาพ ของพระสงฆ์ในจังหวัดอุตรดิตถ์ และ (2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ ครอบคลุมทั้งปัจจัย ส่วนบุคคล (พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ) ปัจจัยระหว่างบุคคล (การสนับสนุนทางสังคม) และปัจจัย ระดับชุมชน (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) ผลการวิจัยจะเป็น ฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์ ที่มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของ จังหวัดอุตรดิตถ์

วิธีการศึกษา (Method)

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive Research) แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional predictive study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพและวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะ สุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดอุตรดิตถ์ โดยไม่มีการจัดกระทำ

ตัวแปรใด ๆ แต่เป็นการศึกษาความสัมพันธ์เชิงเหตุผลตามกรอบทฤษฎีและการทบทวนวรรณกรรม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ พระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดภายในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 1,875 รูป¹⁶ กลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Yamane²¹ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และความคลาดเคลื่อนไม่เกิน 5% ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 329 รูป เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูล ผู้วิจัยได้เพิ่มขนาดตัวอย่างอีก 10% รวมเป็น 362 รูป การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ดังนี้ (1) สุ่มอำเภอจากทั้งหมด 9 อำเภอในจังหวัดอุดรดิตถ์ โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ได้ 5 อำเภอ (2) สุ่มตำบลในแต่ละอำเภอที่ได้รับการคัดเลือก โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย อำเภอละ 3 ตำบล รวม 15 ตำบล (3) สุ่มวัดในแต่ละตำบลที่ได้รับการคัดเลือก โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย ตำบลละ 2 วัด รวม 30 วัด และ (4) ทำการสุ่มพระสงฆ์จากแต่ละวัดที่ได้รับการคัดเลือก โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) ตามสัดส่วนของพระสงฆ์ในแต่ละวัด จนได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่กำหนด

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

(1) พระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป (2) จำพรรษาในวัดในจังหวัดอุดรดิตถ์ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน (3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ (4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัย เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) (1) พระสงฆ์ที่มีความบกพร่องทางการได้ยินหรือการมองเห็นอย่างรุนแรงโดยประเมินจากการได้ยิน ไม่สามารถได้ยินคำพูดในระยะ 1 เมตร แม้จะใช้เสียงดัง การมองเห็น ไม่สามารถมองเห็นตัวอักษรขนาด 14 พอยท์ในระยะ 30 เซนติเมตร แม้จะใช้แว่นสายตา (2) พระสงฆ์ที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือมีภาวะแทรกซ้อนที่อาจเป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมการวิจัยโดยประเมินจาก อยู่ระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ได้รับการวินิจฉัยว่ามีโรคเฉียบพลันในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถนั่งหรือยืนได้ด้วยตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากเครื่องมือวิจัยที่มีการศึกษาก่อนหน้านี้ ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลด้านประชากร ได้แก่ อายุ พรรษา ระดับการศึกษาทางธรรม/สามัญ ตำแหน่งทางคณะสงฆ์ โรคประจำตัว และประวัติการเจ็บป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะสุขภาพ ดัดแปลงจากแบบประเมินภาวะสุขภาพของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ²² ภาวะสุขภาพในการศึกษานี้ประกอบด้วย

ตัวชี้วัด 5 ด้าน คือ (1) ดัชนีมวลกาย: วัดน้ำหนักด้วยเครื่องชั่งน้ำหนักดิจิทัล ความแม่นยำ 0.1 กิโลกรัม วัดส่วนสูงด้วยสเตเดียมมิเตอร์ ความแม่นยำ 0.1 เซนติเมตร คำนวณตามสูตร $BMI = \text{น้ำหนัก (กก.)} / [\text{ส่วนสูง (ม.)}]^2$ แปลผลตามเกณฑ์สำหรับคนเอเชีย⁶ (2) รอบเอว: ใช้สายวัดแบบไม่ยืด ความแม่นยำ 0.1 เซนติเมตร วัดที่จุดกึ่งกลางระหว่างขอบกระดูกซี่โครงล่างสุดและขอบบนของกระดูกสะโพก แปลผลตามเกณฑ์สำหรับเพศชายเอเชีย⁷ (3) ความดันโลหิต: ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตอิเล็กทรอนิกส์ที่ผ่านการสอบเทียบ วัดที่แขนขวาในท่านั่ง หลังพักผ่อนอย่างน้อย 5 นาที วัด 2 ครั้ง ห่างกัน 5 นาที นำค่าเฉลี่ยมาใช้ แปลผลตามเกณฑ์ ACC/AHA 2017 และแนวทางไทย⁸ (4) ระดับน้ำตาลในเลือด: เจาะเลือดจากปลายนิ้ว หลังงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง ใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดแบบพกพาที่ผ่านการสอบเทียบ แปลผลตามเกณฑ์ ADA 2023 และ (5) ระดับไขมันในเลือด: เจาะเลือดจากปลายนิ้ว หลังงดอาหารอย่างน้อย 8 - 12 ชั่วโมง ใช้เครื่องตรวจไขมันในเลือดแบบพกพาวัดค่า Total Cholesterol, HDL - C, LDL - C, Triglyceride แปลผลตามเกณฑ์ NCEP ATP III เนื่องจากตัวชี้วัดแต่ละตัวมีหน่วยวัดและช่วงค่าที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงทำการมาตรฐานคะแนน (Standardization) ให้อยู่ในมาตราส่วนเดียวกันโดยใช้วิธี Z-score transformation และปรับเป็นคะแนน T-score สำหรับตัวชี้วัดที่ค่าสูง = สุขภาพแย่ (BMI, รอบเอว, ความดัน, น้ำตาล, ไขมัน) ใช้สูตร $T_{\text{adjusted}} = 100 - T$ เพื่อให้คะแนนสูง = สุขภาพดี คะแนนภาวะสุขภาพรวม = $(T_{\text{BMI}} + T_{\text{WC}} + T_{\text{BP}} + T_{\text{FPG}} + T_{\text{Lipid}}) / 5$ แบ่งระดับเป็น ระดับดี: คะแนน ≥ 60 ระดับปานกลาง: คะแนน 40 - 59 ระดับไม่ดี: คะแนน < 40

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560⁹ ครอบคลุมพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ การฉันทัดดาอาหาร การดื่มน้ำ การออกกำลังกาย การพักผ่อน การจัดการความเครียด และการดูแลตนเอง เมื่อเจ็บป่วย ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน: ปฏิบัติสม่ำเสมอทุกวัน = 5 คะแนน, ปฏิบัติบ่อยครั้ง (4 - 6 วัน/สัปดาห์) = 4 คะแนน, ปฏิบัติบางครั้ง (2 - 3 วัน/สัปดาห์) = 3 คะแนน, ปฏิบัตินานๆ ครั้ง (1 วัน/สัปดาห์) = 2 คะแนน, ไม่ปฏิบัติเลย = 1 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 25 - 125 คะแนน การแปลผล: ระดับต่ำ: 25 - 58 คะแนน ($< 60\%$); ระดับปานกลาง: 59 - 92 คะแนน (60 - 79%); ระดับสูง: 93 - 125 คะแนน ($\geq 80\%$) โดยคะแนนสูงหมายถึงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ ประยุกต์จากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ²³ ครอบคลุมองค์ประกอบความรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูลสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ

การสื่อสารข้อมูลสุขภาพ และการตัดสินใจด้านสุขภาพ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 20-100 คะแนน การแปลผล: ระดับต่ำ: 20 - 47 คะแนน ระดับปานกลาง: 48-75 คะแนน ระดับสูง: 76-100 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ พัฒนาจากแบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky และ Thomas¹⁵ ครอบคลุม 5 มิติ ได้แก่ ความพอเพียงของบริการ ความสามารถในการเข้าถึง ความสะดวกในการเข้ารับบริการ ความสามารถในการจ่าย และการยอมรับคุณภาพบริการ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15 - 75 คะแนน การแปลผล: ระดับต่ำ: 15 - 34 คะแนน ระดับปานกลาง: 35 - 55 คะแนน ระดับสูง: 56 - 75 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงมีการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับสูง

ส่วนที่ 6 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม ประยุกต์จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของ House¹⁴ ครอบคลุมการสนับสนุน 4 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 15-75 คะแนน การแปลผล: ระดับต่ำ: 15 - 34 คะแนน ระดับปานกลาง: 35 - 55 คะแนน ระดับสูง: 56 - 75 คะแนน โดยคะแนนสูงหมายถึงได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) แยกตามเครื่องมือได้ดังนี้: แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ CVI = 0.89 แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ CVI = 0.86 แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ CVI = 0.85 แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม CVI = 0.88 ค่า CVI เฉลี่ยของเครื่องมือทั้งหมด = 0.87

ความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่ จำนวน 30 รูป โดยวิเคราะห์ค่าความเที่ยงด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) แยกตามเครื่องมือได้ดังนี้: แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ $\alpha = 0.82$ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ $\alpha = 0.85$ แบบประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพ $\alpha = 0.81$ แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม $\alpha = 0.84$ ซึ่งมีความมากกว่า 0.80 แสดงว่าแบบสอบถามมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้²⁴

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนต่อไปนี้ (1) ขออนุญาตดำเนินการวิจัยจากเจ้าอาวาสวัดที่เป็นพื้นที่ในการศึกษา (2) ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล

โดยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว ผู้วิจัยอ่านคำถามให้พระสงฆ์ฟัง และพระสงฆ์เลือกคำตอบที่ตรงกับความเป็นจริงของตนเอง และการตรวจร่างกาย การตรวจร่างกายประกอบด้วยการวัดส่วนสูง น้ำหนัก รอบเอว และความดันโลหิต การเจาะเลือดดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพ ทำความสะอาดบริเวณที่เจาะด้วยแอลกอฮอล์ 70% ปลดให้แห้ง เจาะด้วยเข็มเจาะเลือดแบบใช้ครั้งเดียวขนาด 28G ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลประมาณ 45 - 60 นาทีต่อราย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและรวบรวมแบบสอบถามเพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การเตรียมข้อมูลและการทดสอบข้อตั้งเบื้องต้น (Data Preparation and Assumptions Testing) ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตั้งเบื้องต้นของสถิติ ดังนี้ (1) การตรวจสอบข้อมูลผิดปกติ (Outliers) ใช้ Box plot และ Z-score ($|Z| > 3.29$) (2) การตรวจสอบการแจกแจงแบบปกติ (Normality) ใช้ Kolmogorov-Smirnov test และ Shapiro-Wilk test (3) การตรวจสอบความเป็นเส้นตรงของความสัมพันธ์ (Linearity) ใช้ Scatter plot (4) การตรวจสอบปัญหา Multicollinearity ใช้ค่า Tolerance และ Variance Inflation Factor (VIF) เกณฑ์ Tolerance > 0.10 และ $VIF < 10$ (5) การตรวจสอบความเป็นอิสระของค่าความคลาดเคลื่อน (Independence of Residuals) ใช้ Durbin-Watson test เกณฑ์ค่าระหว่าง 1.5 - 2.5 (6) การตรวจสอบความแปรปรวนคงที่ (Homoscedasticity) ใช้ Scatter plot ของ Standardized residuals กับ Predicted values

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics): ข้อมูลส่วนบุคคลและภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจัดระดับคะแนนเป็น 3 ระดับตามเกณฑ์ของ Bloom²⁵ สถิติวิเคราะห์ (Analytical statistics): (1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยใช้สถิติ Chi-square test และ Pearson's correlation coefficient ตามลักษณะของข้อมูล (2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) โดยนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ เข้าสู่สมการ เกณฑ์นำเข้า $p < 0.05$ เกณฑ์นำออก $p > 0.10$ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ เลขที่

COA No.065/2567 UPHO REC No. 065/2567 ลงวันที่ 26 สิงหาคม 2567 ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยถูกเก็บเป็นความลับ กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา (Results)

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในพระสงฆ์จำนวน 362 รูป พบว่า มีอายุเฉลี่ย 48.27 ± 15.36 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 41 - 60 ปี (ร้อยละ 42.5) รองลงมาคืออายุ 20 - 40 ปี (ร้อยละ 33.7) และอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 23.8) มีจำนวนพรรษาเฉลี่ย 12.43 ± 9.82 พรรษา ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 10 พรรษา (ร้อยละ 51.4) ด้านการศึกษาทางธรรม ส่วนใหญ่มีวุฒิการศึกษานักธรรมชั้นเอก (ร้อยละ 42.8) รองลงมาคือ นักธรรมชั้นโท (ร้อยละ 25.7) และนักธรรมชั้นตรี (ร้อยละ 18.5) ส่วนการศึกษาทางสามัญ ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 48.1) รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 28.7) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 16.9) ด้านตำแหน่งทางคณะสงฆ์ ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่ง (ร้อยละ 71.5) รองลงมาคือเป็นพระครูสัญญาบัตร (ร้อยละ 15.2) และเจ้าอาวาส (ร้อยละ 13.3) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์ (n = 362)

ระดับภาวะสุขภาพ	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	60 - 100	62	17.1
ปานกลาง	40 - 59	211	58.3
ไม่ดี	0 - 39	89	24.6
รวม		342	100.0
Mean $\pm$ SD = 52.34 ± 12.87 , Min = 28.50, Max = 82.30			

ภาวะสุขภาพรายตัวชี้วัด

เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพในแต่ละด้านอย่างละเอียด ผลการประเมินภาวะสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 24.78 ± 3.92 กก./ม.² โดยส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 42.3) รองลงมาคือภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 24.3) และภาวะอ้วน (ร้อยละ 30.1) เมื่อรวมภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนพบว่ามีร้อยละ 54.4 มีรอบเอวเฉลี่ย 88.54 ± 10.72 ซม. โดยร้อยละ 45.6 มีภาวะอ้วนลงพุง (รอบเอว ≥ 90 ซม.) ด้านความดันโลหิต มีค่าความดันโลหิตซิสโตลิกเฉลี่ย 128.63 ± 15.47 มม.ปรอท และความดันโลหิตไดแอสโตลิกเฉลี่ย 82.18 ± 9.54 มม.ปรอท โดยพบว่ามีร้อยละ 37.3 มีภาวะความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิต $\geq 140/90$ มม.ปรอท) สำหรับระดับน้ำตาลในเลือด พบว่า พระสงฆ์มีระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 102.45 ± 28.37 มก./ดล. โดยร้อยละ 55.5 มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ร้อยละ 27.1 อยู่ในระดับก่อนเบาหวาน และร้อยละ 17.4 มีเบาหวาน ด้านระดับไขมันในเลือด พบว่า Total Cholesterol เฉลี่ย 195.82 ± 42.56 มก./ดล. โดยร้อยละ 39.8 มีระดับสูง LDL Cholesterol เฉลี่ย 128.34 ± 38.25 มก./ดล. โดยร้อยละ 40.6 มีระดับสูง HDL Cholesterol เฉลี่ย 42.18 ± 10.54 มก./ดล. โดยร้อยละ 43.1 มีระดับต่ำ และ Triglyceride เฉลี่ย 152.65 ± 68.42 มก./ดล. โดยร้อยละ 45.3 มีระดับสูง ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์รายตัวชี้วัด (n = 362)

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.²)		
ผอม (< 18.5)	12	3.3
ปกติ (18.5 - 22.9)	153	42.3
น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9)	88	24.3
อ้วน (≥ 25.0)	109	30.1
Mean $\pm$ SD = 24.78 ± 3.92 , Min = 28.50, Max = 82.30		

ภาวะสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
รอบเอว (ซม.)		
ปกติ (< 90)	197	54.4
อ้วนลงพุง (≥ 90)	165	45.6
Mean $\pm$ SD = 88.54 $\pm$ 10.72 , Min = 67, Max = 115		
ความดันโลหิต (มม.ปรอท)		
ปกติ (< 120/80)	105	29.0
ก่อนความดันโลหิตสูง (120 - 139/80 - 89)	122	33.7
ความดันโลหิตสูง ($\geq 140/90$)	135	37.3
Systolic: Mean $\pm$ SD = 128.63 $\pm$ 15.47 , Min = 100, Max = 165		
Diastolic: Mean $\pm$ SD = 82.18 $\pm$ 9.54 , Min = 60, Max = 105		
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)		
ปกติ (< 100)	201	55.5
ก่อนเบาหวาน (100 - 125)	98	27.1
เบาหวาน (≥ 126)	63	17.4
Mean $\pm$ SD = 102.45 $\pm$ 28.37 , Min = 75, Max = 245		
ระดับไขมันในเลือด		
Total Cholesterol (มก./ดล.)		
ปกติ (< 200)	218	60.2
สูง (≥ 200)	144	39.8
Mean $\pm$ SD = 195.82 $\pm$ 42.56 , Min = 120, Max = 310		
LDL Cholesterol (มก./ดล.)		
ปกติ (< 130)	215	59.4
สูง (≥ 130)	147	40.6
Mean $\pm$ SD = 128.34 $\pm$ 38.25 , Min = 65, Max = 220		
HDL Cholesterol (มก./ดล.)		
ต่ำ (< 40)	156	43.1
ปกติ (≥ 40)	206	56.9
Mean $\pm$ SD = 42.18 $\pm$ 10.54 , Min = 25, Max = 68		
Triglyceride (มก./ดล.)		
ปกติ (< 150)	198	54.7
สูง (≥ 150)	164	45.3
Mean $\pm$ SD = 152.65 $\pm$ 68.42 , Min = 60, Max = 420		

จากการสำรวจประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าพระสงฆ์ร้อยละ 42.8 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 28.7) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 15.5) โรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 12.7) และโรคเก๊าท์ (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (n = 362)

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีโรคประจำตัว	207	57.2
มีโรคประจำตัว	155	42.8
โรคความดันโลหิตสูง	104	28.7
โรคเบาหวาน	56	15.5
โรคไขมันในเลือดสูง	46	12.7
โรคเก๊าท์	20	5.5
โรคหัวใจและหลอดเลือด	12	3.3
โรคไต	8	2.2
โรคอื่น ๆ	15	4.1

หมายเหตุ: ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม

ผลการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (68.45 ± 12.36 คะแนน) ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (65.27 ± 15.42 คะแนน) สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (48.63 ± 9.57 คะแนน) ด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า คะแนนเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (51.45 ± 11.28 คะแนน) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม (n = 362)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Mean $\pm$ SD	ระดับ
พฤติกรรมสุขภาพ	125	68.45 ± 12.36	ปานกลาง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	100	65.27 ± 15.42	ปานกลาง
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	75	48.63 ± 9.57	ปานกลาง
การสนับสนุนทางสังคม	75	51.45 ± 11.28	ปานกลาง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะสุขภาพของพระสงฆ์

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางธรรม และระดับการศึกษาทางสามัญ มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพระสงฆ์ที่มีอายุน้อยและมีพรรษามาก มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี ในขณะที่พระสงฆ์ที่มีระดับการศึกษาทางธรรมและทางสามัญสูง มีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพที่ดี

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์ โดยใช้สถิติ Pearson's correlation coefficient พบว่า พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพของพระสงฆ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม กับคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวม ($n = 362$)

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
พฤติกรรมสุขภาพ	0.56	< 0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.48	< 0.001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.42	< 0.001
การสนับสนุนทางสังคม	0.37	< 0.001

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน เพื่อหาปัจจัยทำนายคะแนนภาวะสุขภาพโดยรวมของพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานี ผลการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นพบว่า ไม่พบข้อมูลผิดปกติ ($|Z| < 3.29$) ตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ ($p > 0.05$) มีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง ไม่พบปัญหา multicollinearity ($VIF = 1.15 - 2.87$, $Tolerance > 0.10$) ค่า Durbin-Watson = 1.95 และความแปรปรวนคงที่ พบว่ามีตัวแปร 5 ตัว ที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ได้ร้อยละ 68.4 ($Adjusted R^2 = 0.684$, $F = 156.27$, $p < 0.001$) โดยตัวแปรที่มีอำนาจในการทำนายสูงสุด คือ พฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = 0.386$, $p < 0.001$) รองลงมา คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.287$, $p < 0.001$) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($\beta = 0.175$, $p < 0.001$) อายุ ($\beta = -0.145$, $p < 0.001$) และการสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.118$, $p = 0.001$) ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานี ($n = 362$)

ตัวแปรทำนาย	b	SE	β	t	p-value
ค่าคงที่	24.673	3.518	-	7.012	< 0.001
พฤติกรรมสุขภาพ	0.365	0.042	0.386	8.714	< 0.001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.217	0.031	0.287	6.952	< 0.001
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	0.214	0.045	0.175	4.716	< 0.001
อายุ	-0.112	0.027	-0.145	-4.185	< 0.001

$R = 0.829$, $R^2 = 0.688$, $Adjusted R^2 = 0.684$, $F = 156.27$, $p < 0.001$

สมการทำนาย:

สมการในรูปคะแนนดิบ: ภาวะสุขภาพ = $24.673 + 0.365$ (พฤติกรรมสุขภาพ) + 0.217 (ความรอบรู้ด้านสุขภาพ) + 0.214 (การเข้าถึงบริการสุขภาพ) - 0.112 (อายุ) + 0.123 (การสนับสนุนทางสังคม)

สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน: $Z_{\text{ภาวะสุขภาพ}} = 0.386 (Z_{\text{พฤติกรรมสุขภาพ}}) + 0.287 (Z_{\text{ความรอบรู้ด้านสุขภาพ}}) + 0.175 (Z_{\text{การเข้าถึงบริการสุขภาพ}}) - 0.145 (Z_{\text{อายุ}}) + 0.118 (Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}})$

อภิปรายผล (Discussion)

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานีครั้งนี้ พบข้อค้นพบสำคัญที่นำมาอภิปรายตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานี

ผลการศึกษาพบพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานีมีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนรวมร้อยละ 54.4 เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่อื่น พบสูงกว่าพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 49 - 60)⁵ ใกล้เคียงภาคเหนือโดยรวม (ร้อยละ 52 - 58)¹⁸ และสูงกว่าค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ (ร้อยละ 42)² ความชุกสูงนี้อาจเป็นผลจากบริบทภาคเหนือ ได้แก่ (1) พฤติกรรมบริโภคอาหารสูงไขมัน เช่น อาหารทอด น้ำพริก แกงฮังเล²⁶ (2) ภูมิประเทศภูเขาจำกัดการออกกำลังกายและการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ (3) วัฒนธรรมการถวายอาหารชาวล้านนาที่หลากหลายและมีปริมาณมาก สำหรับภาวะความดันโลหิตสูง พบความชุกร้อยละ 37.3 ต่ำกว่าพระสงฆ์ทั่วประเทศ (ร้อยละ 45.2)¹ แต่สูงกว่าประชากรชายทั่วไปในภาคเหนือ (ร้อยละ 28.5)²⁵

เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรชายวัยทำงาน (อายุ 20 - 60 ปี) จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 6²⁵ พบพระสงฆ์มีความชุกปัจจัยเสี่ยง NCDs สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ (ภาวะอ้วน 30.1% เทียบกับ 28.5%, อ้วนลงพุง 45.6% เทียบกับ 35.2%, ความดันโลหิตสูง 37.3% เทียบกับ 24.7%, เบาหวาน 17.4% เทียบกับ 9.8%) ทั้งที่พระสงฆ์มีวิถีชีวิตที่ควรเอื้อต่อสุขภาพ ความขัดแย้งนี้อธิบายได้จาก (1) ข้อจำกัดทางวินัย พระสงฆ์ต้องฉันสิ่งที่ถูกถวายซึ่งมักสูงไขมันและน้ำตาล ขาดผักผลไม้⁵ (2) ข้อจำกัดการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามพระธรรมวินัย¹¹ และ (3) บทบาทหน้าที่ที่มากนำไปสู่ความเครียด บริบทจังหวัดอุดรธานีที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ประกอบด้วย วัฒนธรรมอาหารล้านนาสูงไขมันและเกลือ²⁶ พื้นที่จำกัดสำหรับออกกำลังกาย ความยากลำบากเข้าถึงบริการสุขภาพในพื้นที่ห่างไกล⁴ และการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารสุขภาพจำกัด บริบทเหล่านี้่อธิบายว่าทำไมพระสงฆ์จึงมีภาวะเสี่ยง NCDs สูงถึงร้อยละ 48.5¹⁷

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่าปัจจัยด้านบุคคล (พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ) มีอิทธิพลรวมกันสูงกว่าปัจจัยด้านสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ) โดยสามารถอธิบายได้ดังนี้ (1) ลักษณะของโรค NCDs เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสะสมในระยะยาว มากกว่าจะเกิดจากปัจจัยสิ่งแวดล้อมในช่วงเวลาสั้นๆ (2) การเข้าถึงบริการสุขภาพเป็นปัจจัยทุติยภูมิ (Secondary Factor) ที่มีผลต่อการรักษาและควบคุมโรค แต่ไม่ได้ป้องกันการเกิดโรคตั้งแต่แรก ในขณะที่พฤติกรรมสุขภาพเป็นปัจจัยปฐมภูมิ (Primary Prevention) (3) วิถีชีวิตของพระสงฆ์เป็นอิสระสูง การตัดสินใจส่วนบุคคลยังคงอยู่ในมือของพระสงฆ์แต่ละรูป และ (4) พระสงฆ์ในสังคมไทยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางถึงสูงอยู่แล้ว (ความแปรปรวนต่ำ) ทำให้ตัวแปรนี้

ไม่สามารถอธิบายความแตกต่างของภาวะสุขภาพได้มากนัก

พฤติกรรมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงสุดต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ ($\beta = 0.386$) โดยกลไกทางสรีรวิทยา คือ (1) การฉันทัดอาหารมีผลต่อภาวะสุขภาพ การฉันทาอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง เกลือสูง ส่งผลให้เกิดภาวะ Dyslipidemia, Hyperglycemia และ Hypertension¹¹ กลไกเฉพาะพระสงฆ์คือ แม้พระสงฆ์มีข้อจำกัดในการเลือกอาหาร แต่ถ้ามีความรู้และทักษะในการ “จัดการ” อาหารที่ได้รับ เช่น การเลือกฉันทส่วนที่มีประโยชน์ การลดปริมาณ จะส่งผลดีต่อสุขภาพ¹⁸ (2) การออกกำลังกายมีผลต่อภาวะสุขภาพ การออกกำลังกายเพิ่มการเผาผลาญพลังงาน ลดค่า BMI เพิ่มการไหลเวียนของเลือดและเพิ่ม HDL - C²⁷ กลไกเฉพาะพระสงฆ์ คือ การเดินจงกรม การทำสมาธิขณะเดิน และกิจกรรมในวัด สามารถเป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมและไม่ขัดต่อพระวินัยได้¹¹

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญอันดับสอง ($\beta = 0.287$) โดยกลไกเชิงสาเหตุคือ ความรอบรู้ ส่งผลต่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพ ส่งผลต่อพฤติกรรม ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ พระสงฆ์ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง สามารถเข้าถึงและเข้าใจข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ประเมินข้อมูลได้ว่าน่าเชื่อถือหรือไม่ ประยุกต์ใช้ข้อมูลในชีวิตประจำวัน และสื่อสารกับบุคลากรสุขภาพได้ดี^{12,13} ความสำคัญเฉพาะในบริบทพระสงฆ์คือ (1) พระสงฆ์ต้องเป็นผู้นำทางจิตใจของชุมชน ถ้ามีความรู้ด้านสุขภาพสูง ก็สามารถเป็นแบบอย่างและให้คำแนะนำแก่พุทธศาสนิกชนได้ (2) พระสงฆ์ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะสามารถ “สื่อสาร” กับพุทธศาสนิกชนเกี่ยวกับอาหารที่ถวายได้อย่างสุภาพและไม่ขัดต่อความเชื่อ สอดคล้องกับการศึกษาของ Noo-in และคณะ²³ ที่พบว่าพระสงฆ์ที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูงมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีกว่า

การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($\beta = 0.175$) มีอิทธิพลน้อยกว่าพฤติกรรมและความรอบรู้ เนื่องจากการเข้าถึงบริการเป็น “เงื่อนไขที่จำเป็น” (Necessary Condition) แต่ไม่ใช่ “เงื่อนไขที่เพียงพอ” (Sufficient Condition) แม้จะเข้าถึงบริการได้ แต่ถ้าไม่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีและความรอบรู้ ก็ยังเสี่ยงต่อโรคอยู่ดี⁴ อายุ ($\beta = -0.145$) มีความสัมพันธ์เชิงลบกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ พระสงฆ์ที่มีอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีภาวะสุขภาพที่แย่ง เนื่องจากเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของร่างกายตามวัย ร่วมกับการสะสมของพฤติกรรมเสี่ยงตลอดช่วงชีวิต²⁶ พระสงฆ์วัยสูงอายุมักมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ทำให้ออกกำลังกายได้น้อยลง และอาจมีความรู้ด้านสุขภาพที่ล้าสมัย

การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.118$) มีอิทธิพลน้อยที่สุด เนื่องจากพระสงฆ์ในสังคมไทยได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางถึงสูงอยู่แล้ว (ความแปรปรวนต่ำ) และการสนับสนุนที่พระสงฆ์ได้รับส่วนใหญ่เป็นด้านอารมณ์และทรัพยากร แต่การสนับสนุนด้านข้อมูลสุขภาพยังน้อย²⁰ ข้อค้นพบที่นำไปสู่ข้อเสนอแนะ คือ ควรส่งเสริมให้ชุมชนให้การสนับสนุนด้าน

ข้อมูลข่าวสารสุขภาพมากกว่าแค่ด้านทรัพยากร และการพัฒนา “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.)”²⁸ เป็นกลไกสำคัญในการเพิ่มการสนับสนุนด้านข้อมูลและการเข้าถึงบริการ

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับทฤษฎีระบบนิเวศเชิงสังคม (Social Ecological Model)¹⁰ และแนวคิดธรรมานามัยของ Seesen และคณะ²⁹ ที่เสนอการบูรณาการหลักพุทธธรรมกับการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพขององค์รวมของพระสงฆ์ การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานี จึงควรประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ โดยบูรณาการหลักพุทธธรรมเข้ากับการดูแลสุขภาพในมิติต่าง ๆ และควรคำนึงถึงปัจจัยทุกระดับตามระบบนิเวศเชิงสังคมเพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุด³⁰

บทสรุป (Conclusion)

ภาวะสุขภาพ

ภาวะสุขภาพโดยรวม พระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานีมีคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพโดยรวม 52.34 ± 12.87 คะแนน (จากคะแนนเต็ม 100 คะแนน) โดยส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพระดับปานกลาง (ร้อยละ 58.3) รองลงมาภาวะสุขภาพระดับไม่ดี (ร้อยละ 24.6) และภาวะสุขภาพระดับดี (ร้อยละ 17.1) เมื่อพิจารณาภาวะสุขภาพรายตัวชี้วัด พระสงฆ์มีปัญหาสุขภาพที่น่าเป็นห่วง โดยมีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนรวมกันร้อยละ 54.4 มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 45.6 มีภาวะความดันโลหิตสูงร้อยละ 37.3 มีภาวะก่อนเบาหวานและเบาหวานรวมกันร้อยละ 44.5 และมีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติร้อยละ 39.8 - 45.3 ซึ่งสูงกว่าประชากรชายทั่วไปในวัยเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญ นอกจากนี้ พระสงฆ์ร้อยละ 42.8 มีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โดยโรคที่พบมากที่สุดคือ โรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 28.7) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 15.5) และโรคไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 12.7) ด้านปัจจัยที่ศึกษา พบว่าพระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพฤติกรรมการออกกำลังกายมีคะแนนต่ำที่สุด (2.15 ± 0.84 คะแนน) ตามมาด้วยพฤติกรรมการฉันทัดอาหาร (2.45 ± 0.67 คะแนน)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ

ผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่ามี 5 ปัจจัยที่สามารถร่วมกันทำนายภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ได้ ร้อยละ 68.4 (Adjusted $R^2 = 0.684$, $F = 156.27$, $p < 0.001$) เรียงตามลำดับความสำคัญ คือ (1) พฤติกรรมสุขภาพ ($\beta = 0.386$, $p < 0.001$) – มีอิทธิพลสูงสุด (2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($\beta = 0.287$, $p < 0.001$) (3) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ($\beta = 0.175$, $p < 0.001$) (4) อายุ ($\beta = -0.145$, $p < 0.001$) – มีความสัมพันธ์เชิงลบ (5) การสนับสนุนทางสังคม ($\beta = 0.118$, $p < 0.01$) ปัจจัยด้านบุคคล (พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ อายุ) มีอิทธิพลรวมกันสูงกว่าปัจจัยด้านสังคม (การสนับสนุนทางสังคม การเข้าถึงบริการสุขภาพ) แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและเพิ่มความรู้ของพระสงฆ์

แต่ละรูปเป็นกุญแจสำคัญในการยกระดับสุขภาพ โดยกลไกเชิงสาเหตุเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพมีผลโดยตรงต่อการควบคุมน้ำหนัก การควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด และความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้พระสงฆ์สามารถตัดสินใจและจัดการอาหารที่ได้รับถวายได้อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

จากผลการศึกษาพบปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ 5 ด้าน ประกอบด้วย พฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ อายุ และการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารระดับนโยบาย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/เขตสุขภาพและมหาเถรสมาคม) ควรพัฒนารูปแบบส่งเสริมภาวะสุขภาพพระสงฆ์แบบบูรณาการ โดย (1) ส่งเสริมการเดินจงกรมอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน 5 วัน/สัปดาห์ และพัฒนาคู่มือ “อาหารเพื่อพระสุขภาพ” เน้นไขมันต่ำ เกลือน้อย และผักผลไม้มากขึ้น (2) จัดอบรมความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุม 6 องค์ประกอบ เน้นการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลและการประยุกต์ใช้ (3) พัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุก เช่น คลินิกเคลื่อนที่ให้บริการตรวจคัดกรองที่วัดอย่างสม่ำเสมอ (4) จัดมาตรการเฉพาะพระสงฆ์วัยสูงอายุ เช่น กิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมและการติดตามสุขภาพอย่างใกล้ชิด และ (5) พัฒนา “อาสาสมัครสาธารณสุขประจำวัด (อสว.)” เป็นกลไกเชื่อมโยงระบบสุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรสุขภาพระดับปฐมภูมิ ควร (1) จัดระบบคัดกรองตัวชี้วัด 5 ด้าน (BMI รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือด) อย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง (2) พัฒนาสื่อและกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้าน NCDs และ (3) ประสานงานกับ อสว. ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

3. ข้อเสนอแนะสำหรับชุมชนและพุทธศาสนิกชน ควร (1) ปรับพฤติกรรมถวายอาหารที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพ ลดอาหารทอดและอาหารสูง น้ำตาล เกลือ ไขมัน และ (2) สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในวัด

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

จากผลการศึกษาที่พบปัจจัยทำนายภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ การวิจัยในอนาคตควรดำเนินการดังนี้

1. การวิจัยและพัฒนาแบบส่งเสริมภาวะสุขภาพพระสงฆ์แบบบูรณาการ พัฒนารูปแบบที่จัดการกับปัจจัยทำนายทั้ง 5 ด้าน ประกอบด้วย การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (การเดินจงกรมและทักษะการจัดการอาหารที่ถวาย) การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพครอบคลุม 6 องค์ประกอบ การเพิ่มการเข้าถึงบริการผ่านระบบเชิงรุก การพัฒนาเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมผ่าน อสว. และการดูแลเฉพาะพระสงฆ์วัยสูงอายุ รูปแบบควรบูรณาการหลักพุทธธรรมตามแนวคิดธรรมานามัย (Dharmanamaya) เช่น หลักสติปัฏฐาน 4 มัชฌิมาปฏิปทา และอริยสัจ 4 เพื่อ

ส่งเสริมสุขภาพขององค์กร

2. การวิจัยทดลองทดสอบประสิทธิภาพผล ใช้การวิจัยกึ่งทดลอง หรือ Randomized controlled trial ในพระสงฆ์กลุ่มเสี่ยง NCDs เป็นระยะเวลา 6 - 12 เดือน วัดผลทั้งการเปลี่ยนแปลง ปัจจัยทำนายและตัวชี้วัดสุขภาพ 5 ด้าน พร้อมติดตามผลระยะ ยาวอย่างน้อย 12 เดือนเพื่อประเมินความยั่งยืน

3. การวิจัยปรับเปลี่ยนแบบตามบริบท ทดสอบและปรับเปลี่ยนแบบ ให้เหมาะสมกับพื้นที่ห่างไกลเทียบกับเมือง พระสงฆ์วัยต่าง ๆ และภูมิภาคต่าง ๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าคณะจังหวัดอุดรธานี เจ้าอาวาสวัดทุกวัดที่เป็นพื้นที่ในการเก็บข้อมูล และพระสงฆ์ทุกรูปที่กรุณาให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่ให้การสนับสนุนและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย ตลอดจนให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Medical Services, Ministry of Public Health. *Report of health status among Buddhist monks in Thailand 2021*. Veterans Organization of Thailand Publishing: 2021.
2. National Health Commission Office. *Results of national monk health survey according to the National Monk Health Charter*. NHCO: 2022.
3. Kuntajonsakul C, Pitayarangsarit S, Petchmark S. The development of health service delivery system for monks in Thailand. *J Health Syst Res*. 2018;12(1):55-67.
4. Hongthong S, Nukaew O, Songtra S, et al. Factors affecting accessibility to health services of Buddhist monks in upper northern Thailand. *J Health Sci Res*. 2020;14(2):79-88.
5. Angkatavanich J, Wisestrih W, Sangviroon A, et al. The study of nutrition status and food offering to Buddhist monks in Bangkok. *Asia Pac J Clin Nutr*. 2020;29(2):370-9. doi:10.6133/apjcn.202007_29(2).0022
6. WHO Expert Consultation. Appropriate body-mass index for Asian populations and its implications for policy and intervention strategies. *Lancet*. 2004;363(9403):157-63. doi:10.1016/S0140-6736(03)15268-3
7. Alberti KGMM, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome—a new worldwide definition. *Diabet Med*. 2006;23(5):469-80. doi:10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x
8. Kunanon S, Krittayaphong R, Udompunturak S, et al. 2019 Thai guidelines on the treatment of hypertension: Executive summary. *J Med Assoc Thai*. 2021;104:1729-38. doi:10.35755/jmedassothai.2021.10.12199
9. National Health Commission Office. *National health charter for monks, B.E. 2560*. Bangkok: NHCO: 2017.
10. McLeroy KR, Bibeau D, Steckler A, Glanz K. An ecological perspective on health promotion programs. *Health Educ Q*. 1988;15(4):351-77. doi:10.1177/109019818801500401
11. Suwannasarn H, Kanittha N, Vongsirimas N. Factors affecting health behaviors among Buddhist monks: an integrative review. *J Nurs Sci*. 2022;40(1):14-25.
12. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 2000;15(3):259-67. doi:10.1093/heapro/15.3.259
13. Noo-in S, Khiewkhern S, Somdee T. Factors influencing preventive self-care behaviors to avert diabetes mellitus among Thai Buddhist monks, Thailand: A cross-sectional study. *J Public Hlth Dev*. 2024;22(3):228-42. doi:10.55131/jphd/2024/220319.
14. House JS. *Work Stress and Social Support*. Addison-Wesley: 1981.
15. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care*. 1981;19(2):127-40. doi:10.1097/00005650-198102000-00001
16. National Office of Buddhism, Uttaradit Provincial Office. *Statistical report of monks and temples in Uttaradit province 2023*. NOB: 2023.
17. Uttaradit Provincial Health Office. *Monk health screening report of Uttaradit province 2023*. UPH: 2023.

18. Moolasarn S, Sripa S, Kueseng M, et al. Dietary behaviors and nutritional status of Buddhist monks in Northern Thailand. *J Med Assoc Thai*. 2020;103(12):1235-43.
19. National Health Security Office (NHSO). *Empower Buddhist monks to bridge up the gap in Thai healthcare acces*. <https://eng.nhso.go.th>. Accessed October 14, 2025.
20. World Health Organization (SEARO). *Health in All Policies: Thailand – National Health Assembly case study*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/207768>. Accessed October 14, 2025.
21. Yamane T. *Statistics: An Introductory Analysis* Third Edition. Harper & Row: 1973.
22. Thai Health Promotion Foundation. *Health status assessment form*. Thai Health Promotion Foundation: 2019.
23. Division of Health Education, Department of Health Service Support. *Health literacy assessment tool*. Ministry of Public Health: 2018.
24. Polit DF, Beck CT. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice Tenth Edition*. Wolters Kluwer Health: 2017.
25. Health Systems Research Institute. *Thai national health examination survey VI, 2019-2020*. HSRI; 2021.
26. Jeamjitvibool T, Tankumpuan T, Lukkahatai N, Davidson PM. Noncommunicable diseases and social determinants of health in Buddhist monks: An integrative review. *Res Nurs Health*. 2022;45(2):249-60. <https://doi.org/10.1002/nur.22215>.
27. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle SJH, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020;54(24):1451-62. doi:10.1136/bjsports-2020-102955
28. Pongutta S, Suphanchaimat R, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Lessons from the Thai Health Promotion Foundation. *Bull World Health Organ*. 2019;97(3):213-20. doi:10.2471/BLT.18.220277
29. Seesen M, Panyasopon T, Tanchitphiboon T, et al. Dharmanamaya: A conceptual framework for

monk health promotion based on Buddhist principles. *J Int Buddhist Stud*. 2020;11(1):25-42.

30. Pramukhabongse N, Khampolsiri T, Intarakamhang U. Predictive factors of health-promoting behaviors among Buddhist monks in lower northern Thailand. *J Health Res*. 2019;33(5): 390-400. doi:10.1108/JHR-11-2018-0156

การอ้างอิง

สืบตระกูล ต้นตลานุกูล และอรุณรัตน์ พรหมมา. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานี: วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์. 2569; 8(1):1-12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/274345>

Tantalanukul S., and Phomma A. Factors Influencing Health Status Among Buddhist Monks in Uttaradit Province. *J Chulabhorn Royal Acad*. 2026; 8(1): 1-12. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/274345>

Online Access

<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/article/view/274345>

