

การบูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนากับการส่งเสริมสุขภาพองค์รวม:
กรณีศึกษาพระสงฆ์ในยุคดิจิทัล เขตอำเภอเมืองอุตรดิตถ์

Integrating Buddhist Wisdom with Holistic Health Promotion:
A Case Study of Monks in the Digital Era in Muang Uttaradit District

สีบตระกูล ตันตลานุกุล¹, อีสญานี จันทะแสน¹, ชลคนก ธนาภควัตกุล^{2*}, ภิตินันท์ อิศรางกูร ณ อยุธยา²
Seubtrakul Tantalanutkul¹, Isyanee Jantasaen¹, Chonkanok Thanaphakawatkul^{2*},
Phitinan Isarangura Na Ayudhaya²

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข¹,
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข²,
Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health¹,
Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health²

(Received: August 29, 2025; Revised: January 25, 2026; Accepted: March 16, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์สุขภาพองค์รวมและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพระสงฆ์ 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนากับสุขภาพองค์รวม และ 3) พัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพองค์รวมที่บูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนากับเทคโนโลยีดิจิทัล การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์สุขภาพ การพัฒนาโปรแกรม การทดลองใช้และประเมินผล และการปรับปรุงโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์เขตอำเภอเมืองจังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 250 รูป คัดเลือกแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามสถานการณ์สุขภาพองค์รวมและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล แบบประเมินสุขภาพองค์รวม และแบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบที่ สหสัมพันธ์เพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 30.80 มีดัชนีมวลกายในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 21.60 เป็นโรคความดันโลหิตสูง และร้อยละ 17.20 มีความเครียดระดับสูง พระสงฆ์ร้อยละ 95.20 ใช้สมาร์ทโฟนเฉลี่ย 3.80 ชั่วโมงต่อวัน การปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาพองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p -value < 0.001) โปรแกรม “สุขภาพะสมณะในยุคดิจิทัล” ประกอบด้วย แอปพลิเคชันบันทึกค่าสุขภาพ คู่มืออิเล็กทรอนิกส์บูรณาการหลักธรรมกับการดูแลสุขภาพ วิดีโอการออกกำลังกายตามหลักธรรม และระบบติดตามประเมินผล หลังการใช้โปรแกรมเป็นเวลา 3 เดือน พบว่าพระสงฆ์มีสุขภาพองค์รวมดีขึ้นในทุกมิติ (p -value < 0.001) มีความพึงพอใจต่อโปรแกรมในระดับมาก (Mean = 4.24) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้มีศักยภาพในการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์สามารถขยายผลสู่การดำเนินนโยบายวัดส่งเสริมสุขภาพได้ต่อไป

คำสำคัญ: ภูมิปัญญาพุทธศาสนา, สุขภาพองค์รวม, เทคโนโลยีดิจิทัล, พระสงฆ์, การวิจัยและพัฒนา

*ผู้ให้การติดต่อ ชลกกนก ฌนาภควัตกุล e-mail: chonkanok@bcnc.ac.th

Abstract

This research and development study aimed to: (1) examine the situation of holistic health and digital technology use among monks, (2) analyze the relationship between adherence to Buddhist principles and holistic well-being, and (3) develop and evaluate the effectiveness of a holistic health promotion program integrating Buddhist wisdom with digital technology. The research was conducted in four phases: situational analysis, program development, program implementation and evaluation, and program refinement into a finalized version. Participants consisted of 250 monks in Mueang Uttaradit District, Uttaradit Province, selected through multistage sampling. The research instruments included a questionnaire on holistic health status and digital technology use, a holistic well-being assessment, and a program satisfaction questionnaire. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, t-tests, Pearson's correlation, and multiple regression analysis. Qualitative data were analyzed using content analysis.

The results showed that 30.80% of the monks had a body mass index in the obese range, 21.60% had hypertension, and 17.20% experienced high levels of stress. A total of 95.20% of the monks used smartphones, with an average usage of 3.80 hours per day. Adherence to Buddhist principles was positively associated with holistic well-being at a statistically significant level ($p\text{-value} < 0.001$). The "Samanah Well-being in the Digital Era" program consisted of a health-recording application, an electronic manual integrating Buddhist principles with health care, exercise videos based on Buddhist practices, and a monitoring and evaluation system. After three months of program implementation, the monks showed significant improvement in holistic well-being across all dimensions ($p\text{-value} < 0.001$). Participants reported a high level of satisfaction with the program (Mean = 4.24). These findings indicate that the program has strong potential to promote holistic well-being among monks and could be expanded to support the implementation of health-promoting temple policies.

Keywords: Buddhist Wisdom, Holistic Health, Digital Technology, Monks, Research and Development

บทนำ

การเปลี่ยนผ่านสู่ยุคดิจิทัลในศตวรรษที่ 21 ได้นำมาซึ่งความท้าทายด้านสุขภาพที่มีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งในมิติทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ส่งผลให้แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพองค์รวม (Holistic Health Promotion) ได้รับความสนใจอย่างกว้างขวางในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งมีรากฐานทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณที่เข้มแข็ง การบูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนาเข้ากับแนวทางการดูแลสุขภาพสมัยใหม่จึงเป็นแนวทางที่ได้รับความสนใจเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากสามารถเชื่อมโยงการพัฒนาสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจได้อย่างสมดุล งานวิจัยในช่วงปี ค.ศ. 2022-2024 ได้ชี้ให้เห็นว่า การประยุกต์ใช้หลักการสติผ่านโปรแกรมออนไลน์หรือดิจิทัล (Mindfulness-Based Interventions) สามารถช่วยส่งเสริมสุขภาพจิตและลดปัญหาทางอารมณ์ในประชากรหลากหลายกลุ่ม โดยพบว่าสามารถลดระดับความเครียด ความวิตกกังวล และอาการซึมเศร้าได้อย่างมีนัยสำคัญ (Witarto et al., 2022) นอกจากนี้ การฝึกสมาธิเมตตากรุณา (Loving-Kindness Meditation) ได้มีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความเห็นอกเห็นใจต่อตนเอง ลดความตึงเครียด และส่งเสริมความเป็นอยู่ที่ดีในสภาพแวดล้อมการทำงาน (Reilly & Van Stuyvenberg, 2023; Van Gucht, Raes, & Koval, 2024) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของหลักธรรมทางพุทธศาสนาในการสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพในบริบทสังคมยุคดิจิทัล

ในบริบทของประเทศไทย ซึ่งมีพระสงฆ์จำนวน 298,882 รูป (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2567) กระจายอยู่ทั่วประเทศ พระสงฆ์มีบทบาทสำคัญไม่เพียงแต่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ แต่ยังเป็นแกนหลักในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของประชาชน (Jeamjitvibool, Tankumpuan, Lukkahatai, & Davidson, 2022) อย่างไรก็ตาม พระสงฆ์กำลังเผชิญกับปัญหาสุขภาพ โดยข้อมูลของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) พบว่าร้อยละ 35.20 มีภาวะน้ำหนักเกิน-อ้วน ร้อยละ 28.40 มีความดันโลหิตสูง และร้อยละ 22.80 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง ด้านสุขภาพจิต พบว่าร้อยละ 18.60 ของพระสงฆ์ในเขตเมืองมีความเครียดระดับสูง และร้อยละ 12.40 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า (สถาบันพระปกเกล้า, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวมีความเชื่อมโยงกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตในยุคดิจิทัล โดยพบว่าร้อยละ 89.70 ของพระสงฆ์ใช้สมาร์ตโฟนเฉลี่ย 4.20 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งส่งผลต่อรูปแบบการปฏิบัติกิจวัตรและพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2567)

งานวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับพระสงฆ์ในยุคดิจิทัลและการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมพบว่า การสำรวจสุขภาพของพระสงฆ์ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองโดยใช้แบบจำลองบางกอกน้อย แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีสุขภาพทั้งกายและจิตที่หลากหลายและซับซ้อน (Ko-amornsap et al., 2024) ในขณะที่การปรับตัวของชุมชนพุทธศาสนาต่อเทคโนโลยีดิจิทัลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (Agarwal & Jones, 2022) สะท้อนให้เห็นถึงศักยภาพของการนำเทคโนโลยีมาบูรณาการกับการปฏิบัติทางศาสนาได้อย่างกลมกลืน นอกจากนี้ การพัฒนาโปรแกรมให้คำปรึกษาสุขภาพจิตที่นำโดยพระสงฆ์ในชุมชนพุทธศาสนาไทยได้แสดงให้เห็นว่าการบูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนากับการดูแลสุขภาพมีประสิทธิผลและได้รับการยอมรับจากพระสงฆ์อย่างดี (Langgapin, Boonchieng, Chautrakarn, Maneeton, & Senawan, 2024a;

{3/20}

Langgapin, Boonchieng, Chautrakarn, Maneeton, & Senawan, 2024b) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีงานวิจัยที่กล่าวถึงสุขภาพพระสงฆ์และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพิ่มขึ้น แต่ยังไม่พบการศึกษาที่มุ่งพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพองค์รวมสำหรับพระสงฆ์ที่บูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนากับเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเป็นระบบในบริบทสังคมไทย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงช่องว่างขององค์ความรู้ที่ควรได้รับการศึกษาเพิ่มเติมต่อไปเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์มีพระสงฆ์จำนวน 523 รูป กระจายอยู่ใน 78 วัด (สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดอุดรดิตถ์, 2567) และมีศักยภาพในการพัฒนาเป็นพื้นที่ต้นแบบด้านการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เนื่องจากมีการดำเนินโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพแล้วจำนวน 15 วัด อีกทั้งยังมีโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขที่พร้อมสนับสนุน และประชาชนในพื้นที่มีความเคารพศรัทธาต่อพระสงฆ์อย่างเข้มแข็ง อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ยังขาดการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเป็นระบบ ด้วยเหตุนี้ การวิจัยเรื่อง “การบูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนากับการส่งเสริมสุขภาพองค์รวม: กรณีศึกษาพระสงฆ์ในยุคดิจิทัล เขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์” จึงมีความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมของพระสงฆ์ไทยในยุคปัจจุบัน อีกทั้งผลการวิจัยยังสามารถใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลสู่การพัฒนา นโยบายและการดำเนินงานด้านวัดส่งเสริมสุขภาพในระดับจังหวัด ระดับประเทศ และในบริบทของประเทศที่มีวัฒนธรรมพุทธศาสนาคล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพองค์รวมและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนากับสุขภาพะองค์รวมของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์
3. เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมที่บูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนากับเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับพระสงฆ์
4. เพื่อปรับปรุงและนำเสนอโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมฉบับสมบูรณ์ที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ในยุคดิจิทัล

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา (Research and Development (R&D)) ประกอบด้วย 4 ระยะ ได้แก่ R1 การศึกษาสถานการณ์ D1 การพัฒนาโปรแกรม R2 การทดลองใช้และประเมินผล และ D2 การปรับปรุงโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ โดย กรอบแนวคิดของการวิจัยมุ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างภูมิปัญญาพุทธศาสนาและเทคโนโลยีดิจิทัล ซึ่งถูกบูรณาการเพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพองค์รวมสำหรับพระสงฆ์ในยุคดิจิทัล องค์ประกอบด้านภูมิปัญญาพุทธศาสนาประกอบด้วยหลักธรรมสำคัญ ได้แก่ อริยสัจ 4 มรรคมีองค์ 8 การเจริญสติ

การปฏิบัติสมาธิ และหลักเมตตากจรูณา ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาสุขภาพทางด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ขณะที่เทคโนโลยีดิจิทัลทำหน้าที่เป็นเครื่องมือสนับสนุนการเรียนรู้และการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย แอปพลิเคชันสุขภาพ คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ สื่อวิดีโอการออกกำลังกาย และระบบติดตามและประเมินผล การบูรณาการองค์ประกอบทั้งสองด้านนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพองค์รวม “สุขภาพะสมณะในยุคดิจิทัล” ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวแปรแทรกแซงเพื่อส่งเสริมสุขภาพะสมณะองค์รวมของพระสงฆ์ โดยผลลัพธ์ของโปรแกรมประเมินผ่านแนวคิดสุขภาพะสมณะตามกรอบของ World Health Organization (2024) ซึ่งประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ ทั้งนี้ บริบทของพระสงฆ์ในยุคดิจิทัล เขตอำเภอเมืองอุตรดิตถ์ ทำหน้าที่เป็นปัจจัยแวดล้อมที่กำกับการออกแบบ และการดำเนินโปรแกรมในทุกๆ ระยะของการวิจัย ดังแสดงกรอบแนวคิดในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนสิงหาคม 2567 ถึงเดือนมิถุนายน 2568 ณ เขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ การดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ตามกระบวนการ R&D ได้แก่ ระยะที่ 1 (R1) การศึกษาสถานการณ์สุขภาพ ระยะที่ 2 (D1) การพัฒนาโปรแกรม ระยะที่ 3 (R2) การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล และระยะที่ 4 (D2) การปรับปรุงและนำเสนอโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ โดยมีรายละเอียดแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 (R1) การศึกษาสถานการณ์สุขภาพของครอบครัวและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล
มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพของครอบครัว พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนากับสุขภาพของครอบครัวของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ ดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง

พระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ จำนวน 523 รูป การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Yamane (1973) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 228 รูป และเพิ่มเป็น 250 รูปเพื่อป้องกันกลุ่มตัวอย่างสูญหาย การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-Stage Random Sampling) โดยขั้นตอนแรกแบ่งวัดตามขนาด (เล็ก กลาง ใหญ่) ขั้นตอนที่สองสุ่มวัดจากแต่ละกลุ่มตามสัดส่วน และขั้นตอนสุดท้ายสุ่มพระสงฆ์จากแต่ละวัดที่ได้รับการคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ พระสงฆ์ที่จำพรรษาแล้วอย่างน้อย 1 พรรษา อายุ 20-70 ปี มีสมาร์ทโฟนส่วนตัว สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีโรคประจำตัวที่รุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้ กำลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีแผนย้ายวัดภายใน 6 เดือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามสถานการณ์สุขภาพของครอบครัวและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล (ชุดที่ 1) จำนวน 68 ข้อ แบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไป 15 ข้อ
2. แบบประเมินสุขภาพของครอบครัว 20 ข้อ ครอบคลุม 4 มิติ เป็นมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง ปฏิบัติได้ดีที่สุด/มีสุขภาพดีที่สุด 4 หมายถึง ปฏิบัติได้ดี/มีสุขภาพดี 3 หมายถึง ปฏิบัติได้ปานกลาง/มีสุขภาพปานกลาง 2 หมายถึง ปฏิบัติได้น้อย/มีสุขภาพไม่ดีนัก และ 1 หมายถึง ปฏิบัติได้น้อยที่สุด/มีสุขภาพไม่ดี มีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง ระดับดีมาก 3.41-4.20 หมายถึง ระดับดี 2.61-3.40 หมายถึง ระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง ระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง ระดับน้อยที่สุด

3. พฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล 15 ข้อ เป็นมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน 4 หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติน้อยครั้ง และ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย มีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับมาก 2.61-3.40 หมายถึง ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระดับน้อยที่สุด

4. การปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนา 18 ข้อ ครอบคลุมอริยสัจ 4 มรรคมีองค์ 8 การปฏิบัติสติและสมาธิ เป็นมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง ปฏิบัติสม่ำเสมอทุกวัน 4 หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน 3 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง 2 หมายถึง ปฏิบัติน้อยครั้ง และ 1 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง ปฏิบัติตามหลักธรรมในระดับมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง ปฏิบัติตามหลักธรรมในระดับมาก 2.61-3.40 หมายถึง ปฏิบัติตามหลักธรรมในระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง ปฏิบัติตามหลักธรรมในระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง ปฏิบัติตามหลักธรรมในระดับน้อยที่สุด

แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์การวิจัย (Index of Item-Objective Congruence (IOC)) ระหว่าง 0.82-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นกับประสมขันธ์ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง 30 รูป ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย 3 คนที่ผ่านการฝึกอบรมเรื่องจริยธรรมการวิจัย การสื่อสารกับพระสงฆ์ และการใช้เครื่องมือวิจัย โดยประสานงานกับเจ้าอาวาสและพระสงฆ์เป้าหมายชี้แจงวัตถุประสงค์ ขอลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม และมอบแบบสอบถามให้ตอบโดยใช้เวลาประมาณ 30-40 นาที แบบสอบถามได้รับกลับคืนครบ 250 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามหลักธรรมกับสุขภาวะองค์รวม และการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาวะองค์รวม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ระยะที่ 2 (D1) การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพองค์รวมที่บูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนากับเทคโนโลยีดิจิทัล และตรวจสอบคุณภาพโดยผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนพระสงฆ์ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2567

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มแรก คือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้แก่ พยาบาลชำนาญการพิเศษ ด้านการพยาบาลชุมชน 2 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ป้องกันที่มีประสบการณ์ด้านสุขภาพพระสงฆ์ 1 ท่าน นักพัฒนา

แอปพลิเคชันสุขภาพ 1 ท่าน และพระปริยัติธรรม 9 ประโยค 1 รูป คัดเลือกโดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มที่สอง คือ ตัวแทนพระสงฆ์จำนวน 15 รูป ที่มีพรรษาระหว่าง 5-25 ปี มีประสบการณ์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และเต็มใจให้ข้อมูลเพื่อพัฒนาโปรแกรม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินความสอดคล้องและความเหมาะสมของโปรแกรม (ชุดที่ 2) จำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ความถูกต้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของกิจกรรม ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และความเหมาะสมของเทคโนโลยี เป็นมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด 4 หมายถึง เหมาะสมมาก 3 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง 2 หมายถึง เหมาะสมน้อย และ 1 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด มีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง เหมาะสมมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง เหมาะสมมาก 2.61-3.40 หมายถึง เหมาะสมปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง เหมาะสมน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง เหมาะสมน้อยที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.89-1.00

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างเพื่อสอบถามข้อเสนอแนะเชิงลึกเกี่ยวกับความเหมาะสมของเนื้อหา ความสอดคล้องของกิจกรรมกับวิถีชีวิตและหลักธรรมของพระสงฆ์ ความเป็นไปได้ในการใช้งานเทคโนโลยีดิจิทัล และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรมจากผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนพระสงฆ์ จำนวน 12 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการพัฒนาโปรแกรมโดยอาศัยข้อมูลจากระยะที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม และการระดมความคิดจากทีมวิจัย จากนั้นส่งแบบประเมิน IOC พร้อมโปรแกรมฉบับร่างให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านประเมินภายใน 2 สัปดาห์ สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อรับฟังข้อคิดเห็นเพิ่มเติม จัดสนทนากลุ่มกับตัวแทนพระสงฆ์ 15 รูป เป็นเวลา 2 ชั่วโมง วิเคราะห์และปรับปรุงโปรแกรมตามข้อเสนอแนะ และส่งโปรแกรมฉบับปรับปรุงให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบอีกครั้งจนได้รับการยอมรับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ค่า IOC โดยกำหนดเกณฑ์ยอมรับที่ $IOC \geq 0.67$ และค่าเฉลี่ยความเหมาะสม ≥ 3.51 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 (R2) การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม มีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม "สุขภาวะสมณะในยุคดิจิทัล" ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567-เมษายน 2568 เป็นระยะเวลา 3 เดือน การวิจัยในระยะนี้ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Design) แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง (One-group Pretest-Posttest Design) โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบวัดซ้ำจำนวน 4 ครั้งภายในระยะเวลา 3 เดือน ได้แก่ ก่อนการทดลอง และภายหลังการทดลองในเดือนที่ 1 เดือนที่ 2 และเดือนที่ 3 ตามลำดับ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเริ่มต้น 250 รูปจากระยะที่ 1 มีผู้ถอนตัว 8 รูป เนื่องจากย้ายวัด 3 รูป เจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล 2 รูป และลาสิกขา 3 รูป ดังนั้นจึงเหลือกลุ่มตัวอย่างจำนวน 242 รูป คิดเป็นอัตราการคงอยู่ร้อยละ 96.80

เครื่องมือใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกค่าสุขภาพกาย ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือด โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรม

2. แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 8 ข้อ เกี่ยวกับประสบการณ์การใช้โปรแกรม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ การบูรณาการหลักธรรมกับการดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน อุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงโปรแกรม สำหรับการสนทนากลุ่มย่อย 6 กลุ่ม ๆ ละ 8-10 รูป รวม 54 รูป

3. แบบประเมินสุขภาวะองค์รวม (Pre/Post) จำนวน 40 ข้อ พัฒนาจากแบบประเมินมาตรฐานของกรมอนามัย (2566) และปรับให้สอดคล้องกับบริบทพระสงฆ์ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.85-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นกับพระสงฆ์ 30 รูป ได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.94 สำหรับทั้งฉบับ แบ่งเป็น 4 มิติ ๆ ละ 10 ข้อ เป็นมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง มีสุขภาวะในระดับดีมากที่สุด 4 หมายถึง มีสุขภาวะในระดับดี 3 หมายถึง มีสุขภาวะในระดับปานกลาง 2 หมายถึง มีสุขภาวะในระดับน้อย และ 1 หมายถึง มีสุขภาวะในระดับน้อยที่สุด มีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง มีสุขภาวะองค์รวมระดับดีมาก 3.41-4.20 หมายถึง มีสุขภาวะองค์รวมระดับดี 2.61-3.40 หมายถึง มีสุขภาวะองค์รวมระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง มีสุขภาวะองค์รวมระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง มีสุขภาวะองค์รวมระดับน้อยที่สุด

4. แบบประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรม จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 5 ด้าน ได้แก่ ความพึงพอใจต่อเนื้อหา แอปพลิเคชัน กิจกรรม ผู้ให้บริการ และความพึงพอใจโดยรวม เป็นมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด 4 หมายถึง พึงพอใจมาก 3 หมายถึง พึงพอใจปานกลาง 2 หมายถึง พึงพอใจน้อย และ 1 หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด มีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับมาก 2.61-3.40 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง มีความพึงพอใจระดับน้อยที่สุด แบบสอบถามนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.91-1.00 และทดสอบความเชื่อมั่นได้ค่า Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.96

การเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการเก็บข้อมูลใน 3 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 (ปฐมนิเทศและ Pre-test) จัดประชุมปฐมนิเทศพระสงฆ์ 250 รูป แบ่งเป็น 5 รอบ ๆ ละ 50 รูป ชี้แจงวัตถุประสงค์ สาธิตการใช้แอปพลิเคชัน แจกรหัสเข้าใช้งาน ประเมินสุขภาวะองค์รวมครั้งที่ 1 (Pre-test) และวัดค่าสุขภาพกาย

ช่วงที่ 2 สัปดาห์ที่ 2-12 (ดำเนินโปรแกรม) พระสงฆ์ใช้โปรแกรมด้วยตนเองตามแผนที่กำหนด ประกอบด้วย การบันทึกค่าสุขภาพประจำวัน ปฏิบัติตามระบบแจ้งเตือน ดูวิดีโออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และอ่านคู่มืออิเล็กทรอนิกส์ ผู้วิจัยติดตามผลทุก 2 สัปดาห์ผ่านการตรวจสอบข้อมูลในระบบ การโทรศัพท์สอบถาม การเยี่ยมวัดทุกเดือน และการสร้างกลุ่มไลน์ มีการวัดสุขภาพครั้งที่ 2 เมื่อครบ 1 เดือน และครั้งที่ 3 เมื่อครบ 2 เดือน

ช่วงที่ 3 สัปดาห์ที่ 13 (Post-test และสนทนากลุ่ม) ประเมินสุขภาพของครุรวมครั้งที่ 4 (Post-test) เมื่อครบ 12 สัปดาห์ โดยวัดค่าสุขภาพกาย ประเมินความพึงพอใจด้วยแบบประเมินชุดที่ 4 และจัดสนทนากลุ่ม 6 กลุ่ม ๆ ละ 8-10 รูป บันทึกเสียงและจดบันทึก

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้การทดสอบที (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพของครุรวมก่อนและหลังการใช้โปรแกรม และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measures ANOVA) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพของครุรวมใน 4 จุดเวลา ได้แก่ pre-test, 1 เดือน, 2 เดือน และ 3 เดือน post-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value} < 0.05$

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 4 (D2) การปรับปรุงและนำเสนอโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงโปรแกรมตามผลการทดลองใช้และนำเสนอโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ในยุคดิจิทัล ดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2568

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ทรงคุณวุฒิกลุ่มเดียวกับระยะที่ 2 จำนวน 5 ท่าน เพื่อประเมินความสมบูรณ์และความเหมาะสมของโปรแกรมหลังการปรับปรุง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบประเมินความสมบูรณ์และความเหมาะสมของโปรแกรมฉบับสมบูรณ์ (ชุดที่ 5) จำนวน 15 ข้อ เป็นมาตรวัด Likert Scale 5 ระดับ ได้แก่ 5 หมายถึง มีความสมบูรณ์และเหมาะสมมากที่สุด 4 หมายถึง มีความสมบูรณ์และเหมาะสมมาก 3 หมายถึง มีความสมบูรณ์และเหมาะสมปานกลาง 2 หมายถึง มีความสมบูรณ์และเหมาะสมน้อย และ 1 หมายถึง มีความสมบูรณ์และเหมาะสมน้อยที่สุด มีเกณฑ์ค่าเฉลี่ยคะแนน ดังนี้ 4.21-5.00 หมายถึง โปรแกรมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมระดับมากที่สุด 3.41-4.20 หมายถึง โปรแกรมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมระดับมาก 2.61-3.40 หมายถึง โปรแกรมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมระดับปานกลาง 1.81-2.60 หมายถึง โปรแกรมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมระดับน้อย และ 1.00-1.80 หมายถึง โปรแกรมมีความสมบูรณ์และเหมาะสมระดับน้อยที่สุด ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.87-1.00

การเก็บรวบรวมข้อมูล

วิเคราะห์ผลการทดลองการใช้โปรแกรมจากระยะที่ 3 ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำมาปรับปรุงโปรแกรมให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น การปรับปรุงครอบคลุมเนื้อหา ดังนี้ 1) ปรับปรุงเนื้อหาในคู่มือให้ชัดเจนและเข้าใจง่ายขึ้น 2) เพิ่มคุณสมบัติของแอปพลิเคชัน เช่น เพิ่มภาษาธรรม เพิ่มเพลงสรรเสริญพระรัตนตรัย 3) ปรับระยะเวลาวิดีโอให้สั้นลง 4) เพิ่มตัวอย่างกรณีศึกษาที่ประสบความสำเร็จ และ 5) จัดทำคู่มือสำหรับผู้ดำเนินโปรแกรม จากนั้นส่งโปรแกรมฉบับสมบูรณ์พร้อมแบบประเมินชุดที่ 5 ให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่านประเมินและให้ข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปผลการประเมินและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนูตรดิตถ์ COA No. 002/2567 BCNUT REC No. 002/2567 วันที่รับรอง 26 กรกฎาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยอย่างเคร่งครัด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการ ประโยชน์ และความเสี่ยงของการวิจัย แจ้งว่าการเข้าร่วมหรือถอนตัวเป็นความสมัครใจ ขอลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมก่อนเข้าร่วมการวิจัย รักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้รหัสแทนชื่อจริง และจัดเตรียมมาตรการรับมือกรณีเกิดผลข้างเคียงโดยประสานกับโรงพยาบาลนุตรดิตถ์

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง 250 รูป มีอายุเฉลี่ย 42.30 ปี (S.D. = 11.80) พรรษาเฉลี่ย 12.60 พรรษา (S.D. = 8.40) ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 58.00) ร้อยละ 49.20 มีโรคประจำตัว โดยพบความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 21.60) รองลงมาคือไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 18.00) และเบาหวาน (ร้อยละ 15.20) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n=250)

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
กลุ่มอายุ		
20-29 ปี	45	18.00
30-39 ปี	68	27.20

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	จำนวน (รูป)	ร้อยละ
40-49 ปี	72	28.80
50-59 ปี	48	19.20
60-70 ปี	17	6.80
ค่าเฉลี่ย (±S.D.) = 42.30 (±11.80) ปี		
พรรรยา		
1-5 พรรรยา	52	20.80
6-10 พรรรยา	76	30.40
11-20 พรรรยา	85	34.00
21 พรรรยาขึ้นไป	37	14.80
ค่าเฉลี่ย (±S.D.) = 12.60 (±8.40) พรรรยา		
ระดับการศึกษาสามัญ		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	38	15.20
ปริญญาตรี	145	58.00
สูงกว่าปริญญาตรี	67	26.80
โรคประจำตัว*		
ไม่มี	127	50.80
ความดันโลหิตสูง	54	21.60
ไขมันในเลือดสูง	45	18.00
เบาหวาน	38	15.20
โรคกระเพาะ/ลำไส้	28	11.20

*ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

2. สถานการณ์สุขภาพองค์รวมและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

พบว่า พระสงฆ์มีสุขภาพองค์รวมโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 3.24, S.D. = 0.68) สุขภาพจิตวิญญาณมีค่าสูงสุด (Mean = 3.92, S.D. = 0.54) ขณะที่สุขภาพกายมีค่าต่ำสุด (Mean = 2.52, S.D. = 0.86) ด้านสุขภาพกาย ร้อยละ 30.80 มี BMI ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 21.60 มีความดันโลหิตสูง และร้อยละ 17.20 มีความเครียดระดับสูง ด้านเทคโนโลยีดิจิทัล พระสงฆ์ร้อยละ 95.20 ใช้สมาร์ทโฟนเฉลี่ย 3.80 ชั่วโมงต่อวัน (S.D. = 1.60) วัตถุประสงค์หลักคือการเผยแพร่ธรรมะ (ร้อยละ 76.30) และการศึกษาหาความรู้ (ร้อยละ 68.90)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามหลักธรรมกับสุขภาวะองค์รวม

พบว่า การปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญ ($r = 0.52, p\text{-value} < 0.001$) โดยการปฏิบัติสมาธิมีความสัมพันธ์สูงสุดกับสุขภาพจิต ($r = 0.61$) และการศึกษาหลักธรรมมีความสัมพันธ์สูงสุดกับสุขภาพจิตวิญญาณ ($r = 0.69$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามหลักธรรมกับสุขภาวะองค์รวมทั้ง 4 มิติ (n=250)

การปฏิบัติตามหลักธรรม	สุขภาพกาย	สุขภาพจิต	สุขภาพสังคม	สุขภาพจิตวิญญาณ	สุขภาวะองค์รวม
อริยสัจ 4	0.38**	0.52**	0.46**	0.61**	0.49**
มรรคมีองค์ 8	0.45**	0.48**	0.43**	0.58**	0.48**
การปฏิบัติสติ	0.41**	0.57**	0.44**	0.64**	0.51**
การปฏิบัติสมาธิ	0.43**	0.61**	0.47**	0.66**	0.54**
เมตตากรุณา	0.39**	0.49**	0.55**	0.59**	0.50**
การศึกษาหลักธรรม	0.35**	0.54**	0.48**	0.69**	0.51**
รวมทุกหลักธรรม	0.45**	0.61**	0.55**	0.69**	0.52**

** p -value < 0.001

การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณพบว่า ตัวแปรร่วมกันพยากรณ์สุขภาวะองค์รวมได้ร้อยละ 48.60 (Adjusted $R^2 = 0.49$, $F = 42.85$, p -value < 0.001) โดยการปฏิบัติสมาธิสมาธิสม่ำเสมอเป็นตัวพยากรณ์ที่แข็งแกร่งที่สุด ($\beta = 0.34$, p -value < 0.001) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของปัจจัยที่พยากรณ์สุขภาวะองค์รวม (n=250)

ตัวแปรพยากรณ์	B	SE	β	t	P-value
การปฏิบัติสมาธิสม่ำเสมอ	0.42	0.07	0.34	6.12	< 0.001
การปฏิบัติเมตตากรุณา	0.33	0.08	0.27	4.28	< 0.001
พรรษา > 10 ปี	0.24	0.08	0.19	3.02	0.003
การศึกษา \geq ปริญญาตรี	0.18	0.07	0.14	2.54	0.01

$R^2 = 0.50$, Adjusted $R^2 = 0.49$, $F = 42.85$, p -value < 0.001

4. ผลการพัฒนา ทดลองใช้ และประเมินประสิทธิผลของโปรแกรม

4.1 ผลการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม (ระยะ D1)

พบว่า โปรแกรม "สุขภาวะสมณะในยุคดิจิทัล" ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) แอปพลิเคชันบันทึกค่าสุขภาพ ปฏิทินปฏิบัติธรรม และระบบแจ้งเตือน 2) คู่มืออิเล็กทรอนิกส์ 150 หน้า บูรณาการหลักธรรมกับการดูแลสุขภาพ 3) วิดีโอออกกำลังกาย 15 คลิป รวม 180 นาที และ 4) ระบบติดตามและประเมินผล 20 รายการ ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าโปรแกรมผ่านเกณฑ์ทุกด้านในระดับมากถึงมากที่สุด (IOC = 0.89-0.98) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการประเมินความสอดคล้องและความเหมาะสมของโปรแกรมโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (n=5)

ด้านการประเมิน	Mean	S.D.	IOC	ระดับ
ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์	4.68	0.42	0.96	มากที่สุด
ความถูกต้องของเนื้อหา	4.72	0.38	0.98	มากที่สุด
ความเหมาะสมของกิจกรรม	4.58	0.48	0.92	มากที่สุด
ความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ	4.42	0.54	0.89	มาก
ความเหมาะสมของเทคโนโลยี	4.64	0.44	0.94	มากที่สุด
ภาพรวม	4.61	0.45	0.94	มากที่สุด

4.2 ผลการทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล (ระยะ R2)

พบว่า พระสงฆ์มีสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติตลอด 3 เดือน ($F = 74.82, p\text{-value} < 0.001$) ค่าเฉลี่ยสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.24 เป็น 3.71 (Mean Diff. = 0.47) สุขภาพกายมีการปรับปรุงสูงสุด (Mean Diff. = 0.60) รองลงมาคือสุขภาพจิต (Mean Diff. = 0.49) สุขภาพสังคม (Mean Diff. = 0.43) และสุขภาพจิตวิญญาณ (Mean Diff. = 0.36) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพโดยรวมใน 4 จุดเวลา (n=242)

มิติสุขภาพ	Pre-test	1 เดือน	2 เดือน	Post-test	F	P-value	Mean Diff.
	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)	Mean (S.D.)			
สุขภาพกาย	2.52 (0.86)	2.78 (0.82)	3.06 (0.78)	3.12 (0.74)	68.42	<0.001*	0.60
สุขภาพจิต	3.18 (0.81)	3.52 (0.76)	3.64 (0.72)	3.67 (0.68)	82.56	<0.001*	0.49
สุขภาพสังคม	3.35 (0.72)	3.58 (0.68)	3.72 (0.64)	3.78 (0.62)	58.24	<0.001*	0.43
สุขภาพจิตวิญญาณ	3.92 (0.54)	4.08 (0.52)	4.22 (0.48)	4.28 (0.46)	48.36	<0.001*	0.36
รวมทั้ง 4 มิติ	3.24 (0.68)	3.49 (0.64)	3.66 (0.60)	3.71 (0.58)	74.82	<0.001*	0.47

* $p\text{-value} < 0.05$; S.D. = Standard Deviation

ด้านตัวชี้วัดสุขภาพกายโดยตรง พบว่าค่า BMI ลดลงจาก 24.60 เป็น 23.80 kg/m² ความดันโลหิตซิสโตลิก ลดลงจาก 132.40 mmHg เป็น 126.80 mmHg และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 118.60 เป็น 108.40 mg/dL ทั้งหมดมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดสุขภาพกายก่อนและหลังการใช้โปรแกรม (n=242)

ตัวชี้วัด	ก่อน Mean (S.D.)	หลัง Mean (S.D.)	Mean Diff.	t	P-value
BMI (kg/m ²)	24.60 (3.80)	23.80 (3.60)	-0.80	6.42	< 0.001*
ความดันโลหิตซิสโตลิก (mmHg)	132.40 (14.20)	126.80 (12.80)	-5.60	5.86	< 0.001*
ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (mmHg)	84.20 (9.60)	80.60 (8.40)	-3.60	4.28	< 0.001*

{14/20}

ตัวชี้วัด	ก่อน Mean (S.D.)	หลัง Mean (S.D.)	Mean Diff.	t	P-value
ระดับน้ำตาลในเลือด (mg/dL)	118.60 (18.40)	108.40 (16.20)	-10.20	7.12	< 0.001*

*p-value < 0.05

ผลการสนทนากลุ่ม (54 รูป, 6 กลุ่ม) พบประเด็นสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) พระสงฆ์ร้อยละ 92.60 พึงพอใจและเห็นประโยชน์ของโปรแกรม 2) การบูรณาการหลักสูตรทำให้พระสงฆ์รู้สึกว่าการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของ การปฏิบัติธรรม และ 3) ร้อยละ 96.30 ประสงค์ใช้โปรแกรมต่อเนื่องหลังการวิจัยสิ้นสุด อุปสรรคที่พบ ได้แก่ สัญญาณอินเทอร์เน็ตไม่เสถียร (ร้อยละ 18.50) และการเรียนรู้การใช้แอปพลิเคชันในช่วงแรก ความพึงพอใจโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean = 4.24, S.D. = 0.62) อัตราการคงอยู่ในโปรแกรมสูงถึงร้อยละ 96.80 และร้อยละ 94.60 บันทึกข้อมูลสม่ำเสมออย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจของพระสงฆ์ต่อโปรแกรม "สุขภาวะสมณะในยุคดิจิทัล" (n=242)

ด้านความพึงพอใจ	Mean	S.D.	ระดับ
ความพึงพอใจต่อเนื้อหา	4.32	0.58	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน	4.28	0.64	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อกิจกรรม	4.18	0.66	มากที่สุด
ความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ	4.26	0.60	มากที่สุด
ความพึงพอใจโดยรวม	4.24	0.62	มากที่สุด

5. ปรับปรุงและนำเสนอโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพองค์กรรวมฉบับสมบูรณ์

จากผลการทดลองใช้ ผู้วิจัยปรับปรุงโปรแกรมใน 6 ด้าน ได้แก่ 1) เพิ่มเนื้อหาภาษาธรรม 25 คำสอน 2) ปรับระบบแจ้งเตือนให้ตั้งค่าเวลาและเสียงได้เอง 3) เพิ่มฟอร์มออนไลน์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ 4) พัฒนา โหมดออฟไลน์ 5) เพิ่มกรณีศึกษาความสำเร็จ 15 เรื่อง และ 6) จัดทำคู่มือผู้ดำเนินโปรแกรม 80 หน้า ผลการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่าโปรแกรมผ่านเกณฑ์ทุกด้านในระดับมากที่สุด (Mean = 4.58-4.76) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ผลการประเมินโปรแกรมฉบับสมบูรณ์โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (n=5)

ด้านการประเมิน	Mean	S.D.	ระดับ
ความสมบูรณ์ของโปรแกรม	4.76	0.36	มากที่สุด
ความเหมาะสมกับการนำไปใช้	4.68	0.42	มากที่สุด
ความเป็นไปได้ในการขยายผล	4.58	0.48	มากที่สุด
ภาพรวม	4.67	0.42	มากที่สุด

การอภิปรายผล

ประเด็นที่ 1 สถานการณ์สุขภาพองค์รวมและพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล

ผลการวิจัยพบว่า พระสงฆ์มีปัญหาสุขภาพกายในระดับที่น่ากังวล โดยร้อยละ 30.80 มี BMI ในเกณฑ์ อ้วน ร้อยละ 21.60 มีความดันโลหิตสูง และร้อยละ 17.20 มีความเครียดระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ในเขตเมืองของ Ko-amornsup et al. (2024) ที่พบปัญหาสุขภาพกายและจิตในลักษณะเดียวกัน อย่างไรก็ตาม ค่าที่พบในการวิจัยนี้ต่ำกว่าข้อมูลระดับประเทศของกรมอนามัย (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2567) ที่รายงานว่าพระสงฆ์ทั่วประเทศร้อยละ 35.20 มีภาวะน้ำหนักเกิน-อ้วน และร้อยละ 28.40 มีความดันโลหิตสูง ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนให้เห็นถึงบริบทเฉพาะของพื้นที่อุตรดิตถ์ที่มีโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ ดำเนินการอยู่แล้ว 15 วัด ซึ่งมีส่วนช่วยส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมของพระสงฆ์ในพื้นที่ ส่งผลให้สถานการณ์สุขภาพโดยรวมมีแนวโน้มดีกว่าค่าเฉลี่ยในระดับประเทศในบางประเด็น

ด้านพฤติกรรมการใช้เทคโนโลยีดิจิทัล พบว่าพระสงฆ์ร้อยละ 95.20 ใช้สมาร์ตโฟนเฉลี่ย 3.80 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งใกล้เคียงกับข้อมูลของสำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์ (สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์, 2567) ที่รายงานว่าพระสงฆ์ร้อยละ 89.70 ใช้สมาร์ตโฟนเฉลี่ย 4.20 ชั่วโมงต่อวัน การที่พระสงฆ์คุ้นเคยกับเทคโนโลยีดิจิทัลในระดับสูงนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนความเป็นไปได้ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเป็นสื่อกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Agarwal & Jones (2022) ที่แสดงให้เห็นว่าชุมชนพุทธศาสนาสามารถปรับตัวและยอมรับเทคโนโลยีดิจิทัลได้อย่างกลมกลืนกับการปฏิบัติทางศาสนา

ประเด็นที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามหลักธรรมกับสุขภาวะองค์รวม

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตามหลักธรรมทางพุทธศาสนากับสุขภาวะองค์รวมพบว่าการปฏิบัติตามหลักธรรมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับสุขภาวะองค์รวมในระดับปานกลางถึงค่อนข้างสูง ($r = 0.52$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งมีค่าความสัมพันธ์สูงกว่าการศึกษาของ Witarto et al. (2022) ที่รายงานความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติสติกับสุขภาพจิตที่ระดับ $r = 0.42$ ความแตกต่างดังกล่าวอาจอธิบายได้จากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ซึ่งเป็นพระสงฆ์ที่มีการปฏิบัติธรรมอย่างต่อเนื่องเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตประจำวัน แตกต่างจากการปฏิบัติในลักษณะเป็นกิจกรรมหรือการฝึกเป็นครั้งคราวในประชากรทั่วไป นอกจากนี้ การศึกษาคั้งนี้ยังประเมินการปฏิบัติตามหลักธรรมในหลายมิติร่วมกัน เช่น การเจริญสติ การปฏิบัติสมาธิ และหลักเมตตา กรุณา ซึ่งอาจก่อให้เกิดผลเสริมกัน (Synergistic Effect) ต่อการพัฒนาสุขภาวะองค์รวมมากกว่าการพิจารณาเฉพาะมิติใดมิติหนึ่ง ผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeamjitvibool et al. (2022) ที่พบว่าการปฏิบัติธรรมของพระสงฆ์มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตและความเป็นอยู่ที่ดี

นอกจากนี้ ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณยังพบว่า การปฏิบัติสมาธิเป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีอิทธิพลมากที่สุดต่อสุขภาวะองค์รวม ($\beta = 0.34$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Reilly & Van Stuyvenberg (2023) และ Van Gucht, Raes, & Koval (2024) ที่รายงานว่า การฝึกสมาธิ โดยเฉพาะสมาธิ

เมตตากรรณา สามารถช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิต ลดความเครียด และเพิ่มความสมดุลทางอารมณ์ได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การส่งเสริมให้พระสงฆ์ปฏิบัติสมาธิอย่างสม่ำเสมอควรถูกบูรณาการเป็นองค์ประกอบสำคัญของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพองค์รวมสำหรับพระสงฆ์ในยุคปัจจุบัน.

ประเด็นที่ 3 ประสิทธิภาพของโปรแกรมในการปรับปรุงสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิติ

โปรแกรม "สุขภาพะสมณะในยุคดิจิทัล" แสดงประสิทธิผลอย่างมีนัยสำคัญในการปรับปรุงสุขภาพองค์รวมทั้ง 4 มิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ประเด็นที่น่าสนใจ คือ แม้สุขภาพกายมีค่าเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นสูงสุด (Mean Diff. = 0.60) แต่สุขภาพจิตมีส่วนการเปลี่ยนแปลงสูงสุดเมื่อเทียบกับค่าเริ่มต้น (ร้อยละ 15.40) ซึ่งเกิดขึ้นแม้พระสงฆ์จะมีพื้นฐานทางจิตวิญญาณที่เข้มแข็งอยู่แล้ว สิ่งนี้แสดงให้เห็นว่าเทคโนโลยีดิจิทัลที่ออกแบบอย่างเหมาะสมสามารถเสริมสร้างสุขภาพจิตของพระสงฆ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับแนวคิดของ Langgapin, Boonchieng, Chautrakarn, Maneeton, & Senawan (2024a; 2024b) ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการบูรณาการพื้นฐานทางพุทธศาสนาในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์

ในทางตรงกันข้าม สุขภาพจิตวิญญาณมีการเปลี่ยนแปลงน้อยที่สุด (Mean Diff. = 0.36) ซึ่งไม่ได้หมายความว่าโปรแกรมไม่มีประสิทธิผล แต่เป็นผลจากปรากฏการณ์เพดาน (Ceiling Effect) เนื่องจากพระสงฆ์มีสุขภาพจิตวิญญาณในระดับสูงอยู่แล้วก่อนการทดลอง (Mean = 3.92 จาก 5.00) การที่ยังสามารถปรับปรุงได้ร้อยละ 9.20 จึงถือเป็นความสำเร็จที่มีนัยสำคัญ นอกจากนี้ การที่ผลการปรับปรุงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้ง 4 จุดเวลา แสดงให้เห็นถึงความยั่งยืนของผลลัพธ์ ไม่ใช่ความตื่นเต้นชั่วคราว

การปรับปรุงตัวชี้วัดสุขภาพกายที่วัดโดยตรง เช่น การลดลงของดัชนีมวลกาย ความดันโลหิต และระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ko-amornsap et al. (2024) ที่พบว่าการบูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลสามารถช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพกายของพระสงฆ์ในเขตเมืองได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมไม่เพียงแต่ให้ความรู้ด้านสุขภาพ แต่สามารถนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นรูปธรรมได้จริง

ประเด็นที่ 4 การยอมรับ การใช้งานต่อเนื่อง และความยั่งยืนของโปรแกรม

อัตราการคงอยู่ในโปรแกรมที่สูงถึงร้อยละ 96.80 และความพึงพอใจโดยรวมในระดับมากที่สุด (Mean = 4.24) สะท้อนถึงความสำเร็จของการออกแบบโปรแกรมที่คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและศาสนาของพระสงฆ์อย่างใกล้ชิด อัตราการคงอยู่นี้นี้สูงกว่าการศึกษาทั่วไปที่ใช้การแทรกแซงดิจิทัลด้านสุขภาพซึ่งมักพบอัตราการหลุดร่วง (Dropout Rate) สูงในระยะเวลา 3 เดือนขึ้นไป ความสำเร็จนี้มาจากหลายปัจจัย ได้แก่ การมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ในกระบวนการพัฒนาโปรแกรมตั้งแต่ต้น การติดตามและให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง และการใช้เทคโนโลยีที่พระสงฆ์คุ้นเคยอยู่แล้ว

ปัจจัยสำคัญที่สุดของความสำเร็จ คือ การบูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนาอย่างเหมาะสม โดยข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์รู้สึกว่าการดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิบัติธรรม ไม่ใช่เรื่องแยกจากกัน

สิ่งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Langgapin, Boonchieng, Chautrakarn, Maneeton, & Senawan (2024a; 2024b) ที่เน้นว่าการบูรณาการพื้นฐานทางพุทธศาสนาเป็นกุญแจสำคัญของการยอมรับโปรแกรมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมและความเหมาะสมกับบริบท (Participatory and Context-Appropriate Health Promotion) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2024) นอกจากนี้ความประสงค์ ที่จะใช้โปรแกรมต่อเนื่องของพระสงฆ์ถึงร้อยละ 96.30 เป็นตัวชี้วัดความยั่งยืนที่สำคัญ แตกต่างจากหลายโปรแกรมที่ผู้เข้าร่วมหยุดใช้เมื่อการวิจัยสิ้นสุด สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตของพระสงฆ์อย่างแท้จริง และมีศักยภาพสูงในการขยายผลไปยังพื้นที่อื่น ๆ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับประเทศต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดสำคัญ 4 ประการ ได้แก่ 1) การใช้แบบแผนกลุ่มเดียว (One-Group Pretest-Posttest Design) โดยไม่มีกลุ่มควบคุม อย่างไรก็ตาม ข้อจำกัดนี้ได้รับการบรรเทาด้วยการวัดซ้ำ 4 จุดเวลา การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพยืนยันการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการติดตามการใช้โปรแกรมอย่างใกล้ชิดตลอด 3 เดือน ทั้งนี้การไม่มีกลุ่มควบคุมมีเหตุผลทางจริยธรรม เนื่องจากพระสงฆ์มีปัญหาสุขภาพที่ชัดเจนและควรได้รับการดูแล 2) กลุ่มตัวอย่างจำกัดเฉพาะเขตอำเภอเมืองอุดรดิตถ์ การขยายผลสู่พื้นที่อื่นควรคำนึงถึงความแตกต่างทางบริบท 3) ระยะเวลาติดตาม 3 เดือนอาจไม่เพียงพอในการประเมินความยั่งยืนระยะยาว และ 4) การวัดสุขภาพส่วนหนึ่งเป็นการรายงานด้วยตนเอง (Self-Report) ซึ่งอาจมีอคติในการตอบ แม้จะมีการวัดค่าสุขภาพกายโดยตรงเป็นข้อมูลเสริม

การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติควรบูรณาการโปรแกรม "สุขภาวะสมณะในยุคดิจิทัล" เข้ากับนโยบาย "วัดส่งเสริมสุขภาพ" ที่มีอยู่ โดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการติดตั้งแอปพลิเคชันและการฝึกอบรมบุคลากรสาธารณสุข พร้อมพัฒนานโยบายด้านสุขภาพพระสงฆ์ระดับชาติที่บูรณาการเทคโนโลยีดิจิทัลอย่างเป็นระบบ และจัดสรรงบประมาณพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานดิจิทัลในวัด เพื่อลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงเทคโนโลยีเพื่อสุขภาพ

2. บุคลากรสาธารณสุขควรนำแนวทางการบูรณาการภูมิปัญญาพุทธศาสนากับเทคโนโลยีดิจิทัลไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีบริบทวัฒนธรรมเฉพาะ เช่น ผู้สูงอายุและกลุ่มชาติพันธุ์ โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในทุกขั้นตอน และวัดควรใช้โปรแกรมนี้เป็นต้นแบบในการพัฒนานวัตกรรมสุขภาพชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่

3. หลักสูตรพยาบาลศาสตร์และสาธารณสุขศาสตร์ควรบูรณาการเนื้อหาการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลร่วมกับ ภูมิปัญญาท้องถิ่นในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน และสถาบันการศึกษาควรใช้กรณีศึกษานี้เป็นต้นแบบในการฝึกอบรม บุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่คำนึงถึงบริบทและการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาต่อเนื่องใน 3 แนวทาง ได้แก่ 1) การทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomized Controlled Trial) เพื่อพิสูจน์ประสิทธิผลอย่างเข้มงวด 2) การติดตามผลระยะยาว 6-12 เดือน เพื่อประเมิน ความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสภาวะ และ 3) การขยายการศึกษาไปยังกลุ่มเป้าหมายอื่น เช่น แม่ชีและผู้นำศาสนา เพื่อเพิ่มความหลากหลายและความสามารถในการนำไปใช้ในวงกว้าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณมูลนิธิหม่อมเจ้าหญิงมณฑลารพ กมลาศน์ ของสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย ที่ได้ให้ทุนส่งเสริมและสนับสนุนการวิจัยประจำปี 2567 สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุตาม วัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2567). รายงานประจำปีสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ไทย 2567. กรุงเทพฯ:

โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชแห่งประเทศไทย.

สถาบันพระปกเกล้า. (2567). การสำรวจสุขภาพจิตพระสงฆ์ในเขตเมือง ประเทศไทย 2567. กรุงเทพฯ: สถาบันพระปกเกล้า.

สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. (2567). สถิติพระสงฆ์และวัดทั่วประเทศไทย 2567. นครปฐม: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์. (2567). การสำรวจพฤติกรรมการใช้อินเทอร์เน็ตของพระสงฆ์ไทย 2567. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาธุรกรรมทางอิเล็กทรอนิกส์.

สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดอุดรธานี. (2567). สถิติพระสงฆ์และวัดในจังหวัดอุดรธานี 2567. อุดรธานี: สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดอุดรธานี.

Agarwal, V. & Jones, C. (2022). Social media's role in the changing religious landscape of contemporary Bangkok. *Religions*, 13(5), 421. <https://doi.org/10.3390/rel13050421>

- Jeamjitvibool, T., Tankumpuan, T., Lukkahatai, N., & Davidson, P. M. (2022). Buddhist monks as a community health resource: An integrative review. *Research in Nursing & Health, 45*(4), 366-380. <https://doi.org/10.1002/nur.22215>
- Ko-amornsup, W., et al. (2024). Health survey of monks residing in urban areas: The Bangkok Noi model. *Siriraj Medical Journal, 76*(11), 620-631. <https://doi.org/10.33192/smj.v76i11.269296>
- Langgapin, S., Boonchieng, W., Chautrakarn, S., Maneeton, N., & Senawan, S. (2024a). Development of a monk-led elderly mental health counseling program in Thai Buddhist communities. *Religions, 15*(8), 998. <https://doi.org/10.3390/rel15080998>
- Langgapin, S., Boonchieng, W., Chautrakarn, S., Maneeton, N., & Senawan, S. (2024b). Effectiveness of the Buddhist-based elderly mental health counseling training program for Thai health volunteer monks. *Religions, 15*(12), 1472. <https://doi.org/10.3390/rel15121472>
- Reilly, E. D. & Van Stuyvenberg, C. M. (2023). Loving-kindness meditation and self-compassion: A meta-analysis. *Mindfulness, 14*(1), 1-17. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01972-x>
- Van Gucht, D., Raes, F., & Koval, P. (2024). Loving-kindness and compassion meditation in the workplace: A meta-analysis. *Stress & Health, 40*(5), e3273. <https://doi.org/10.1002/smi.3273>
- Witarto, B. S., et al. (2022). Effectiveness of online mindfulness-based interventions in improving mental health during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLOS ONE, 17*(9), e0274177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274177>
- World Health Organization. (2024). *Holistic health framework: Integrating physical, mental, social, and spiritual well-being*. Geneva: World Health Organization.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: An introductory analysis* (3rd ed.). New York: Harper & Row.