



การพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศ สำหรับ พระสงฆ์: กรณีศึกษาแบบมีส่วนร่วมในกุฏิชีวาภิบาล จังหวัดอุตรดิตถ์

Development and Effectiveness Evaluation of a Holistic Ecological Health Promotion Model for Buddhist Monks: A Participatory Case Study in Kuti Cheevaphiban, Uttaradit Province

สืบทระกูล ตันตลานุกูล¹, นัยนา แก้วคง¹

Seubtrakul Tantalankul¹, Naiyana Kaewkhong¹

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุตรดิตถ์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก Boromarajonani

¹College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Corresponding Author:

Naiyana Kaewkhong; Email: naiyana.k@unc.ac.th

Received: October 19, 2025 Revised: November 30, 2025 Accepted: December 15, 2505

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของพระสงฆ์ที่ต้องการการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในกุฏิชีวาภิบาล (2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ และ (3) ประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น เป็นการวิจัยและพัฒนาดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้วยวิธีวิจัยแบบผสมผสาน กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณจำนวน 200 รูป และผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 41 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบด้วยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและการประชุมผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน ระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินประสิทธิผลด้วยการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 38 รูป เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถาม แบบประเมินสุขภาพขององค์กรร่วม แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ และแบบบันทึกตัวชี้วัดสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติ paired t-test ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่าพระสงฆ์มีปัญหาโรคเรื้อรังหลายโรค โดยเฉพาะความดันโลหิตสูง เบาหวาน และภาวะน้ำหนักเกิน และมีความต้องการรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการหลักธรรมทางพุทธศาสนา การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาสภาพแวดล้อมในกุฏิให้เอื้อต่อสุขภาพ ผลการวิจัยระยะที่ 2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ หลักการ วัตถุประสงค์ กระบวนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน กิจกรรมหลัก 4 มิติ บทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และปัจจัยสนับสนุน ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่ามีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ผลการวิจัยระยะที่ 3 ด้านประสิทธิผลของรูปแบบ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม พระสงฆ์มีสุขภาพขององค์กรทุกมิติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น และตัวชี้วัดสุขภาพปรับปรุงดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สรุปได้ว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศที่บูรณาการแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว การมีส่วนร่วมของชุมชน และหลักธรรมทางพุทธศาสนา มีประสิทธิผลสูงในการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ควรสนับสนุนให้มีการขยายผลและบูรณาการเข้ากับนโยบายสุขภาพในระดับพื้นที่เพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: กุฏิชีวาภิบาล; การมีส่วนร่วม; นิเวศสังคม; พระสงฆ์; สุขภาพองค์กรร่วม



Development and Effectiveness Evaluation of a Holistic Ecological Health Promotion Model for Buddhist Monks: A Participatory Case Study in Kuti Cheevaphiban, Uttaradit Province

Seubtrakul Tantalanutkul¹, Naiyana Kaewkhong¹

¹Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Naiyana Kaewkhong; Email: naiyana.k@unc.ac.th

Received: October 19, 2025 **Revised:** November 30, 2025 **Accepted:** December 15, 2505

Abstract

Noncommunicable diseases are significant health problems among Buddhist monks that require appropriate and sustainable health promotion approaches. This research aimed to (1) study health problems and needs of monks in Kuti Cheevaphiban, (2) develop a holistic ecological health promotion model for monks, and (3) evaluate the effectiveness of the developed model. This research and development study was conducted in three phases: Phase 1 investigated health problems and needs using mixed methods research with 200 quantitative samples and 41 qualitative informants. Phase 2 developed the model through participatory action research and expert consultation with 9 experts. Phase 3 implemented and evaluated the model's effectiveness using a one-group pretest-posttest quasi-experimental design with 38 monks. Research instruments included questionnaires, holistic well-being assessment forms, health behavior assessment forms, and health indicator records. Data were analyzed using descriptive statistics and the paired t-tests. Phase 1 results showed that monks had multiple chronic diseases, particularly hypertension, diabetes, and overweight, and expressed needs for health promotion approaches integrating Buddhist principles, community participation, and environmental improvement in Kuti areas. Phase 2 results revealed that the developed model comprised six main components: principles, objectives, a five-step implementation process, four-dimensional main activities, stakeholder roles, and supporting factors. Expert evaluation of the model demonstrated the highest appropriateness level. Phase 3 results on model effectiveness indicated that after program participation, monks showed statistically significant improvements in all dimensions of holistic well-being, better health behaviors, and significantly improved health indicators. In conclusion, the holistic ecological health promotion model integrating the One Health concept, community participation, and the Buddhist principle was highly effective in promoting monks' well-being. Therefore, the model should be expanded and integrated with local health policies for sustainability.

Keywords: Buddhist monks; holistic well-being; Kuti Cheevaphiban, participation; social ecology

ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของพระสงฆ์ที่มีความเชื่อมโยงกับปัจจัยกำหนดสุขภาพหลายประการ ได้แก่ (1) ปัญหาสุขภาพกายจากโรค NCDs โดยเฉพาะโรคอ้วน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง (2) ปัญหาพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม รวมทั้งการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การขาดกิจกรรมทางกาย และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ และ (3) ช่องว่างของการบูรณาการแนวคิดเชิงนิเวศและหลักธรรมอย่างเป็นระบบ การสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ในเขตเมืองพบความชุกสูงของโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน¹⁻² ขณะที่การศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในพระสงฆ์ไทยเปิดเผยว่ามีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติตน รวมทั้งความรู้ ทักษะ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม³ สถานการณ์ดังกล่าวชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับวิถีชีวิตของพระสงฆ์

ภูมิชีวาภิบาลเป็นรูปแบบการดำรงชีวิตของพระสงฆ์ในพื้นที่ชนบทที่มีลักษณะเฉพาะคือการพำนักอยู่ในกุฏิที่แยกตัวหรือเป็นกลุ่มเล็ก มีความใกล้ชิดกับธรรมชาติและชุมชนท้องถิ่นมากกว่าวัดในเมือง ลักษณะเฉพาะนี้ทำให้เหมาะสมกับการพัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพที่บูรณาการความเชื่อมโยงระหว่างมนุษย์ สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณ พระสงฆ์มีบทบาทสำคัญในฐานะผู้นำทางจิตวิญญาณและเป็นแกนกลางของสังคมไทย การที่พระสงฆ์มีสุขภาพดีจึงส่งผลต่อทั้งความสามารถในการประกอบศาสนกิจและความเชื่อมั่นของชุมชนในกิจกรรมทางศาสนาและสังคม การศึกษาเชิงประจักษ์พิสูจน์แล้วว่าพระสงฆ์สามารถเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะโปรแกรมการให้คำปรึกษาสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุที่นำโดยพระสงฆ์ในชุมชนไทยได้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลที่เป็นรูปธรรม⁴⁻⁵ ดังนั้นการพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์จึงมีความสำคัญสองมิติ คือ การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์เองและการเสริมสร้างศักยภาพให้พระสงฆ์เป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน

การพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิผลจำเป็นต้องอาศัยกรอบแนวคิดที่ครอบคลุมและบูรณาการ แนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (one health) ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่เน้นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อมเป็นองค์รวมเดียวกันเพื่อสุขภาพที่ยั่งยืน⁶ การเลือกใช้แนวคิดนี้เป็นกรอบหลักเนื่องจากมีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนว่าการประยุกต์ใช้ต้องอาศัยมุมมองที่หลากหลายและการบูรณาการทุกภาคส่วน⁷ พร้อมทั้งเครื่องมือและแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละประเทศ⁸ ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของภูมิชีวาภิบาลที่มีความเชื่อมโยงใกล้ชิดกับธรรมชาติและชุมชนท้องถิ่น อย่างไรก็ตาม มิติทางจิตวิญญาณซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพองค์รวมมักได้รับการพิจารณาน้อยกว่ามิติอื่น ๆ ทั้งที่หลักฐานเชิงประจักษ์แสดงให้เห็นว่าความเชื่อมโยงระหว่างจิตวิญญาณกับธรรมชาติ (ecospirituality) มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี⁹ การบูรณาการมิติจิตวิญญาณเข้ากับการดูแลสุขภาพมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ที่มีความเครียดทางสุขภาพ¹⁰ ขณะเดียวกัน การปฏิบัติทางศาสนาและจิตวิญญาณก็มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญต่อพฤติกรรมสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกาย¹¹ นอกจากนี้ องค์ประกอบของสิ่งแวดล้อมทางธรรมชาตินี้ยังมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ โดยการแทรกแซงที่ใช้ธรรมชาติเป็นฐาน (nature-based interventions) ได้แสดงผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี¹² ซึ่งมีเส้นทางเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างความหลากหลายทางชีวภาพกับสุขภาพของมนุษย์¹³ การกำหนดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับธรรมชาติเป็นส่วนหนึ่งของการส่งเสริมสุขภาพจึงเป็น



แนวทางที่มีศักยภาพสูง¹⁴ การบูรณาการทุกมิติเหล่านี้เข้าด้วยกันจะสามารถสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศที่สมบูรณ์และเหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ไทย

การพัฒนาโปรแกรมสุขภาพที่มีประสิทธิผลและยั่งยืนจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรากฐาน การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (community-based participatory research) เป็นกลยุทธ์ที่มีประสิทธิผลในการส่งเสริมสุขภาพและสร้างความยั่งยืน¹⁵ โดยมีทั้งปัจจัยเอื้อและปัจจัยขัดขวางการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการสาธารณสุขที่จำเป็นต้องได้รับการพิจารณาอย่างรอบด้าน¹⁶ การร่วมสร้างบริการสาธารณสุขที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลางจึงเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับหลักการสุขภาพหนึ่งเดียวและการพัฒนาที่ยั่งยืน¹⁷ อย่างไรก็ตาม ในการพัฒนาโปรแกรมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่มีอยู่ในสภาพแวดล้อมของวัดด้วย โดยเฉพาะปัญหาคว้นรูปที่มีความเกี่ยวข้องกับโรกระบบทางเดินหายใจ¹⁸ การสำรวจอย่างเป็นระบบพบว่าการสัมผัสควันธูปส่งผลกระทบต่อตัวบ่งชี้ทางชีวภาพและสุขภาพกายและจิตของผู้ปฏิบัติงานและอาสาสมัครในวัด¹⁹ ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจึงต้องคำนึงทั้งโอกาสและความท้าทายที่มีอยู่ในบริบทของวัดและกฎ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แม้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์และการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนศาสนา แต่ยังขาดการบูรณาการแนวคิดสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศที่ครอบคลุมทั้งมิติของมนุษย์ สิ่งแวดล้อม และจิตวิญญาณอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะการพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ไทยในพื้นที่ชนบทที่มีลักษณะภูมิชีวาภิบาล การวิจัยนี้จึงมีความสำคัญในการสร้างองค์ความรู้ใหม่ในการบูรณาการแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว การมีส่วนร่วมของชุมชน และหลักธรรมทางพุทธศาสนา เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สมบูรณ์และเหมาะสมกับวิถีชีวิตของพระสงฆ์ไทย ผลการวิจัยที่ได้จะเป็นต้นแบบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลในพื้นที่อื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน อีกทั้งยังสนับสนุนให้พระสงฆ์สามารถดำรงบทบาทในการเป็นผู้นำการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ในภูมิชีวาภิบาล

วัตถุประสงค์การวิจัย

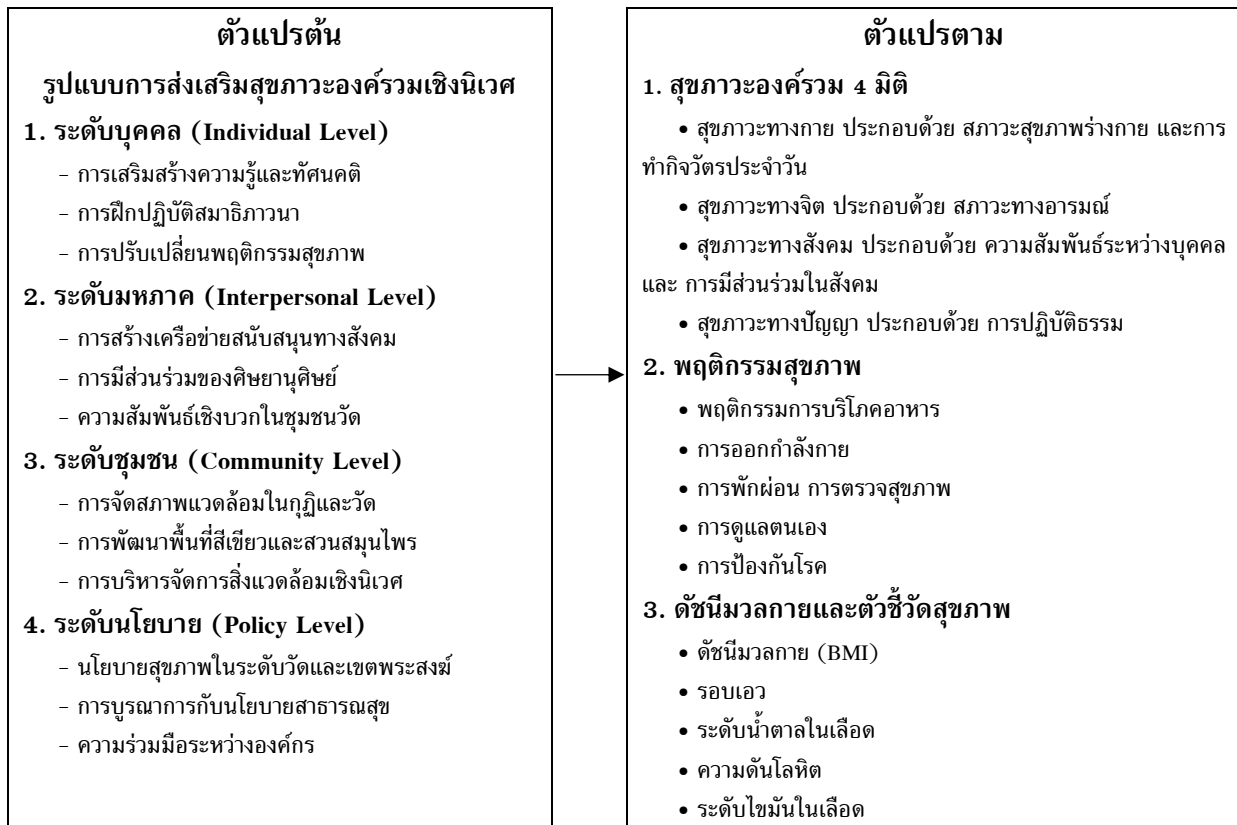
1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในภูมิชีวาภิบาล จังหวัดอุดรธานี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ในภูมิชีวาภิบาล โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและการบูรณาการแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว ทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม และหลักธรรมทางพุทธศาสนา
3. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ในภูมิชีวาภิบาล โดยเปรียบเทียบสุขภาพขององค์กรร่วม พฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดสุขภาพทางกายก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

สมมติฐานการวิจัย

1. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมเชิงนิเวศ พระสงฆ์มีคะแนนสุขภาวะองค์รวมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
2. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมเชิงนิเวศ พระสงฆ์มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพทุกด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การตรวจสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันโรค สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม
3. หลังเข้าร่วมโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมเชิงนิเวศ พระสงฆ์มีตัวชี้วัดสุขภาพทางกายที่ดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม โดยมีน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือดลดลง หรือเข้าสู่เกณฑ์มาตรฐานสุขภาพ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่บูรณาการทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม (social ecological model) และแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (one health) ที่ได้รับการยอมรับในระดับสากลว่าเป็นกรอบแนวคิดสำคัญที่เน้นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อมเป็นองค์รวมเดียวกัน⁶⁻⁸ และแนวคิดสุขภาวะองค์รวม 4 มิติ ที่ประกอบด้วยสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญาซึ่งมีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม⁹⁻¹¹ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ในภูมิภาค ชีวภิบาล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) หลักการ (2) วัตถุประสงค์ (3) กระบวนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน (4) กิจกรรมหลัก 4 มิติ ซึ่งสอดคล้องกับ 4 ระดับของทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม คือ ระดับบุคคล ระดับมหภาค ระดับชุมชน และระดับนโยบาย (5) บทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และ (6) ปัจจัยสนับสนุน ตัวแปรตามประกอบด้วย 3 มิติหลัก คือ (1) สุขภาวะองค์รวม 4 มิติ ซึ่งพัฒนาจากแนวคิดองค์การอนามัยโลกและปรับให้เหมาะสมกับบริบทพระสงฆ์ไทย (2) พฤติกรรมสุขภาพ และ (3) ตัวชี้วัดสุขภาพทางกาย ที่เป็นมาตรฐานสากลตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ อายุ พรรษา และประวัติโรค กรอบแนวคิดนี้สะท้อนความเชื่อมโยงระหว่างการแทรกแซงในหลายระดับกับผลลัพธ์ด้านสุขภาวะที่หลากหลายมิติ โดยยึดหลักการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและการบูรณาการศาสตร์สมัยใหม่กับภูมิปัญญาทางพุทธศาสนา



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ที่บูรณาการระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) และการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) เพื่อสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของโปรแกรมสุขภาพ โดยดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล ซึ่งในระยะสุดท้ายจะทำการวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (one-group pretest-posttest quasi-experimental design) เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการ

รูปแบบการวิจัย

ระยะนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยการวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบสำรวจเพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐาน สภาพสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในกุฏิชีวาภิบาล ขณะที่การวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) เพื่อสำรวจปัญหา ความต้องการ และบริบทเฉพาะของพื้นที่ รวมทั้งแนวทางที่เหมาะสมในการส่งเสริมสุขภาพตามมุมมองของพระสงฆ์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือพระสงฆ์ที่พำนักอยู่ในกุฏิชีวาภิบาลจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 397 รูป กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ คำนวณจากสูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ความคลาดเคลื่อน $\pm 5\%$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 200 รูป สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) โดยสุ่มอำเภอ แล้วสุ่มวัดในแต่ละอำเภอ และสุ่มพระสงฆ์ในแต่ละวัดตามสัดส่วน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) แบบเจาะจง (purposive sampling) ประกอบด้วย พระสงฆ์จำนวน 15 รูป เจ้าอาวาสจำนวน 8 รูป ผู้นำชุมชนจำนวน 10 คน และบุคลากรสาธารณสุขจำนวน 8 คน รวมทั้งสิ้น 41 คน จัดการสนทนากลุ่ม 3 กลุ่ม กลุ่มละ 8-10 คน และสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นรายบุคคล

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในวิจัยประกอบด้วย (1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรมสุขภาพ ครอบคลุมข้อมูลทั่วไป อายุ พรรษา ระดับการศึกษา ประวัติโรค พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน และการตรวจสุขภาพ (2) แบบประเมินสุขภาวะองค์รวม 4 มิติ ประกอบด้วย สุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ในกุฏิชีวาภิบาล ใช้มาตรวัดแบบ Likert Scale 5 ระดับ (3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เพื่อสำรวจปัญหาสุขภาพ ความต้องการ อุปสรรคในการดูแลสุขภาพ และข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรม และ (4) แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาประสบการณ์ ทศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพของพระสงฆ์และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดำเนินการโดยนำเครื่องมือทั้งหมดเสนอต่อผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ซึ่งต้องมีค่าตั้งแต่ .67 ขึ้นไป ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง .80-1.00 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Pilot Test) กับพระสงฆ์ในกุฏิชีวาภิบาลในพื้นที่ใกล้เคียงที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รูป เพื่อตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความเข้าใจของข้อคำถาม และคำนวณค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ .91 แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม-กันยายน 2567 เริ่มต้นด้วยการประสานงานกับเจ้าคณะอำเภอและเจ้าอาวาสเพื่อขออนุญาตและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยและผู้ช่วยผู้วิจัยที่ผ่านการอบรมเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์พระสงฆ์รายบุคคลในวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลแต่ละรายประมาณ 30-40 นาที สำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจัดการสนทนากลุ่มจำนวน 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพระสงฆ์ กลุ่มผู้นำชุมชนและศิษยานุศิษย์ และกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข กลุ่มละ 90-120 นาที พร้อมทั้งสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าอาวาสและพระสงฆ์ที่มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ใช้เครื่องบันทึกเสียงและจดบันทึกในระหว่างการเก็บข้อมูล



การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง สภาพสุขภาพ พฤติกรรม สุขภาพ และสภาวะองค์รวมของพระสงฆ์ ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึก นำมาถอดเทปบันทึกเสียงและจดบันทึกให้เป็นข้อความ (Transcription) แล้ววิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการจำแนกประเด็นสำคัญ จัดหมวดหมู่ และสังเคราะห์เป็นประเด็นหลัก นำเสนอในรูปแบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์พร้อมตัวอย่างข้อความสนับสนุน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ

รูปแบบการวิจัย

ระยะนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้รับการยอมรับว่ามีประสิทธิผลในการสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนในชุมชน¹⁷ โดยดำเนินการตามวงจร par ครบทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (plan) การปฏิบัติ (act) การสังเกต (observe) และการสะท้อนผล (reflect) จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับพระสงฆ์ ผู้นำชุมชน เจ้าอาวาส บุคลากรสาธารณสุข และผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง เพื่อร่วมกันออกแบบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของพระสงฆ์ในกุฏิชีวาภิบาล

กระบวนการพัฒนารูปแบบแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนตามวงจร PAR ดังนี้

(1) ขั้นวางแผน (plan) นำเสนอผลการศึกษาระยะที่ 1 ต่อคณะทำงานแกนนำจากชุมชนและผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการ และจัดลำดับความสำคัญของประเด็นที่ต้องพัฒนา กำหนดเป้าหมายและกรอบแนวคิดของรูปแบบร่วมกัน

(2) ขั้นปฏิบัติ (act) ร่วมกันออกแบบและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ กำหนดรายละเอียดกิจกรรม กระบวนการดำเนินงาน และทรัพยากรที่จำเป็น โดยคำนึงถึงบริบทและข้อจำกัดของพื้นที่

(3) ขั้นสังเกต (observe) ทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้นในชุมชนนาร่อง สังเกตการณ์และรวบรวมข้อมูลระหว่างการทดลอง บันทึกปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น

(4) ขั้นสะท้อนผล (reflect) ประชุมสะท้อนผลการทดลองใช้ ร่วมกันวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน และปรับปรุงรูปแบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

หลังจากนั้นจะนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อคณะผู้เชี่ยวชาญเพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และความสอดคล้องกับหลักวิชาการ ก่อนนำไปปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์

ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบ

ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน ได้แก่ แพทย์หรือพยาบาลที่มีประสบการณ์ด้านการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ นักวิชาการด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ นักพัฒนาชุมชน และพระนักเผยแผ่ธรรมที่มีความรู้ด้านสุขภาพ คัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ที่มีคุณสมบัติและประสบการณ์ที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีคณะทำงานแกนนำจากชุมชนจำนวน 25 คน ประกอบด้วย พระสงฆ์ 10 รูป เจ้า

อวาส 5 รูป ผู้นำชุมชน 5 คน และบุคลากรสาธารณสุข 5 คน เพื่อร่วมออกแบบและพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยนี้ประกอบด้วย (1) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการศึกษาหลักเกณฑ์การประเมินรูปแบบการวิจัยและพัฒนา ประเมินในด้านความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ และความครอบคลุมของเนื้อหา ใช้มาตรวัด 5 ระดับ และ (2) เอกสารรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรรวมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ ประกอบด้วย หลักการ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด กิจกรรม ระยะเวลา และการประเมินผล

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน 2567 โดยจัดการประชุมผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ครั้ง ครั้งละ 4 ชั่วโมง เพื่อนำเสนอผลการศึกษาระยะที่ 1 และร่วมกันพัฒนารูปแบบเบื้องต้น จากนั้นจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับคณะทำงานแกนนำจากชุมชนจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 6 ชั่วโมง เพื่อกำหนดกรอบกิจกรรม กำหนดรายละเอียดการดำเนินงาน และปรับแต่งรูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น หลังจากนั้นนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความเหมาะสมและให้ข้อเสนอแนะ แล้วจึงนำมาปรับปรุงจนได้รูปแบบฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายคะแนนเฉลี่ยเป็น 5 ระดับ คือ 4.51-5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด 3.51-4.50 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก 2.51-3.50 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับปานกลาง 1.51-2.50 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อย และ 1.00-1.50 หมายถึง มีความเหมาะสมอยู่ในระดับน้อยที่สุด นอกจากนี้วิเคราะห์ข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานแกนนำโดยการจำแนกประเด็นและสังเคราะห์เพื่อนำไปปรับปรุงรูปแบบ

ระยะที่ 3 การทดลองใช้และประเมินประสิทธิผล

รูปแบบการวิจัย

ระยะนี้ใช้การวิจัยกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง (one-group pretest-posttest quasi-experimental design) โดยนำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรรวมเชิงนิเวศที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ในภคิวิชาภิบาล จังหวัดอุดรดิติ์ จากนั้นเปรียบเทียบสุขภาวะองค์กรรวม พฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดสุขภาพก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรม เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น แม้ว่าการวิจัยจะไม่มีกลุ่มควบคุม แต่มีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน (อายุ พรรษา และประวัติโรค) ในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การทดสอบความเป็นเนื้อเดียวกันของกลุ่มตัวอย่างในตัวแปรเหล่านี้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และนำข้อมูลมาใช้ประกอบการพิจารณาในการตีความผลการวิจัย เพื่อเพิ่มความแข็งแกร่งและความน่าเชื่อถือของการออกแบบการวิจัย



ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของกลุ่มเดียววัดก่อนหลัง ที่กำลังสถิติ (power) .80 ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่า effect Size ที่คาดหวัง .5 และคาดว่าจะมีผู้ที่หลุดออกจากการศึกษา (drop out) 20% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 40 รูป คัดเลือกแบบเจาะจงจากพระสงฆ์ในกุฏิชีวาภิบาลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ (1) เป็นพระสงฆ์ที่พำนักอยู่ในกุฏิชีวาภิบาล จังหวัดอุดรธานี (2) มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป (3) สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมได้ (4) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจและลงนามในเอกสารแสดงความยินยอม และ (5) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรมได้อย่างสม่ำเสมอ

เกณฑ์คัดออก ได้แก่ (1) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรคเรื้อรังที่รุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ (2) มีข้อจำกัดทางร่างกายหรือจิตใจที่ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมตามโปรแกรมได้ (3) ย้ายออกจากพื้นที่หรือลาสิกขาระหว่างการศึกษ และ (4) ขอลอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในระยนี้ประกอบด้วย (1) แบบประเมินสุขภาวะองค์รวม 4 มิติ ฉบับเดียวกับที่ใช้ในระยะที่ 1 ผ่านการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าเท่ากับ .89 (2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ ประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การตรวจสุขภาพ และการดูแลตนเองในการป้องกันโรค มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 (3) แบบบันทึกตัวชี้วัดสุขภาพ บันทึกข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และระดับไขมันในเลือด โดยใช้เครื่องมือที่ผ่านการสอบเทียบจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ (4) แบบประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ประเมินในด้านเนื้อหา กิจกรรม กระบวนการจัดกิจกรรม วิทยากร สื่อ และความเหมาะสมโดยรวม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2567-มิถุนายน 2568 โดยเริ่มจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด ชี้แจงรายละเอียดโครงการและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลก่อนเข้าร่วมโปรแกรม (pre-test) โดยประเมินสุขภาวะองค์รวม พฤติกรรมสุขภาพ และตรวจวัดตัวชี้วัดสุขภาพ ดำเนินโปรแกรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ โดยมีกิจกรรมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 2-3 ชั่วโมง ประกอบด้วยกิจกรรมหลักทั้ง 4 ระดับ คือ ระดับบุคคล ระดับมหภาค ระดับชุมชน และระดับนโยบาย ระหว่างการดำเนินโปรแกรมมีการติดตามและสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมจึงเก็บข้อมูลหลังเข้าร่วมโปรแกรม (post-test) ด้วยเครื่องมือชุดเดียวกับก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบที่พัฒนาขึ้น



การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป เริ่มจากการวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ตรวจสอบการกระจายของข้อมูลด้วยสถิติ Shapiro-Wilk Test เพื่อทดสอบความเป็นปกติของข้อมูล กรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) โดยใช้สถิติ paired t-test เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะองค์รวม พฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดสุขภาพ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 นำเสนอผลการวิเคราะห์ในรูปแบบตารางและพรรณนาเชิงวิเคราะห์

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี เลขที่โครงการวิจัย UPHO REC No.057/2567 COA No. 057/2567 วันที่รับรอง 26 กรกฎาคม 2567 วันที่หมดอายุ 25 กรกฎาคม 2568 ผู้วิจัยปฏิบัติตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัดตลอดการดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยระยะที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในกุฏิชีวาภิบาล จังหวัดอุดรธานี มีกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณจำนวน 200 รูป และผู้ให้ข้อมูลสำคัญเชิงคุณภาพจำนวน 41 คน กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.8 ปี (SD=9.6) พรรษาเฉลี่ย 24.3 พรรษา (SD=10.2) และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 58.5) มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 32.5) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 24.0) และภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 21.5) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 200)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
40-50 ปี	16	8.0
51-60 ปี	76	38.0
61-70 ปี	65	32.5
มากกว่า 70 ปี	43	21.5
Mean ± SD = 57.8 ± 9.6 ปี		
พรรษา		
น้อยกว่า 10 พรรษา	20	10.0
11-20 พรรษา	57	28.5
21-30 พรรษา	73	36.5
มากกว่า 30 พรรษา	50	25.0
Mean ± SD = 24.3 ± 10.2 พรรษา		



ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	23	11.5
มัธยมศึกษา/เทียบเท่า	36	18.0
นักธรรมชั้นตรี	84	42.0
ปริญญาตรี	57	28.5
ประวัติโรคประจำตัว		
มี	117	58.5
ไม่มี	83	41.5
โรคประจำตัวที่พบ*		
โรคความดันโลหิตสูง	65	32.5
โรคเบาหวาน	48	24.0
ภาวะไขมันในเลือดสูง	43	21.5
โรคกระเพาะอาหาร	31	15.5
โรคข้อเข่าเสื่อม	24	12.0

หมายเหตุ: *ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

สภาพปัญหาสุขภาพ

ผลการศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ในกุฏิชีวาภิบาลพบปัญหาสำคัญหลายประการ ได้แก่ ร้อยละ 45.5 มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) โดยมีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 25.8 kg/m^2 ($SD = 3.6$) ร้อยละ 38.5 มีความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ($\geq 140/90 \text{ mmHg}$) และร้อยละ 28.0 มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าเกณฑ์ปกติ ($\geq 126 \text{ mg/dl}$) เมื่อพิจารณาพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมที่ควรปรับปรุงหลายด้าน ได้แก่ ร้อยละ 72.5 ไม่ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ร้อยละ 64.0 นอนหลับไม่เพียงพอหรือมีคุณภาพการนอนไม่ดี ร้อยละ 62.5 รับประทานอาหารที่มีไขมันสูงบ่อยครั้ง และร้อยละ 58.0 รับประทานอาหารที่มีรสหวานและเค็มจัด ด้านปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ พบว่า กุฏิส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมที่ยังไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยขาดพื้นที่สำหรับการออกกำลังกาย (ร้อยละ 68.0) ขาดแหล่งน้ำสะอาดเพียงพอ (ร้อยละ 42.5) มีปัญหาด้านการจัดการขยะ (ร้อยละ 38.5) และมีปัญหาควมร้อนในบริเวณวัดและกุฏิ (ร้อยละ 35.0)

ความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ผลการศึกษาความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์มีความต้องการรูปแบบกิจกรรมที่หลากหลายและสอดคล้องกับวิถีชีวิต โดยกิจกรรมที่ต้องการมากที่สุด 5 อันดับแรก ได้แก่ (1) การตรวจสุขภาพประจำและให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ (ร้อยละ 88.5) (2) การให้ความรู้เรื่องโภชนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (ร้อยละ 85.0) (3) การจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ เช่น การเดินจงกรม โยคะ (ร้อยละ 82.5) (4) การพัฒนาสภาพแวดล้อมในกุฏิให้เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การปลูกผักสวนครัว สวนสมุนไพร (ร้อยละ 78.5) และ (5) การบูรณาการหลักธรรมกับการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 76.5) ด้านเวลาและความถี่ในการจัดกิจกรรม พระสงฆ์ร้อยละ 72.0 ต้องการให้จัดกิจกรรมในช่วงบ่ายหลังฉันเสร็จ (เวลา 13.00–16.00 น.) และร้อยละ 64.5 ต้องการให้จัดสัปดาห์ละ 2–3 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 2–3

ชั่วโมง เพื่อไม่ให้กระทบกับภารกิจทางศาสนา แนวทางที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตพระสงฆ์ที่กลุ่มตัวอย่างให้ความสำคัญ ได้แก่ การบูรณาการหลักธรรมเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 86.0) การใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนและศิษยานุศิษย์ (ร้อยละ 82.5) การเน้นการเรียนรู้แบบปฏิบัติจริง (ร้อยละ 80.5) การใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและทรัพยากรในชุมชน (ร้อยละ 78.0) และการส่งเสริมให้พระสงฆ์เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพแก่ชุมชน (ร้อยละ 75.5) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความต้องการรูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทและสามารถสร้างความยั่งยืนได้

ผลการวิจัยระยะที่ 2 รูปแบบที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรรวมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) หลักการ (2) วัตถุประสงค์ (3) กระบวนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน (4) กิจกรรมหลัก 4 มิติ (5) บทบาทผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และ (6) ปัจจัยสนับสนุน โดยกระบวนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอน มีรายละเอียดดังนี้

ขั้นที่ 1 การสร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วม (สัปดาห์ที่ 1-2) มุ่งเน้นการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของสุขภาพขององค์กร การบูรณาการหลักธรรมกับการดูแลสุขภาพ และการสร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมโปรแกรม โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมร่วมกับพระสงฆ์ เจ้าอาวาส ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันและกำหนดเป้าหมายของโปรแกรมร่วมกัน (การสะท้อนวงจร PAR: Plan)

ขั้นที่ 2 การประเมินสุขภาพองค์กรรวม (สัปดาห์ที่ 3) ดำเนินการประเมินสุขภาพทั้ง 4 มิติของพระสงฆ์แต่ละรูป ตรวจสอบสุขภาพทั่วไป วัดดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด และคัดกรองโรคที่พบบ่อย รวมทั้งประเมินพฤติกรรมสุขภาพและสภาพแวดล้อมในกฎแบบมีส่วนร่วม เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคล (การสะท้อนวงจร PAR: Observe)

ขั้นที่ 3 การวางแผนส่งเสริมสุขภาพเฉพาะบุคคล (สัปดาห์ที่ 4) ให้คำปรึกษาเฉพาะรายและร่วมกันวางแผนการส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ ความต้องการ และข้อจำกัดของแต่ละรูป โดยกำหนดเป้าหมายที่ชัดเจน วัดได้ และสามารถปฏิบัติได้จริง (SMART Goals) ร่วมกันระหว่างพระสงฆ์ ทีมสุขภาพ และชุมชน (การสะท้อนวงจร PAR: Plan)

ขั้นที่ 4 การดำเนินกิจกรรมตามแผน (สัปดาห์ที่ 5-11) ดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้ง 4 ระดับตามทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับมหภาค ระดับชุมชน และระดับนโยบาย โดยบูรณาการกิจกรรมทั้ง 4 มิติของสุขภาพเข้าด้วยกัน มีการติดตาม สนับสนุน และให้กำลังใจอย่างต่อเนื่องโดยทีมสุขภาพและชุมชน พร้อมทั้งสังเกตการณ์และบันทึกผลการดำเนินงาน (การสะท้อนวงจร PAR: Act และ Observe)

ขั้นที่ 5 การติดตามและประเมินผล (สัปดาห์ที่ 12) ประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพขององค์กรรวม พฤติกรรมสุขภาพ และตัวชี้วัดสุขภาพ ประเมินกระบวนการดำเนินงานและความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมสะท้อนผลการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย (participatory reflection) และวางแผนการพัฒนาต่อเนื่อง รวมทั้งจัดทำข้อตกลงร่วมกันในการดำรงรักษาสุขภาพอย่างยั่งยืน (การสะท้อนวงจร PAR: Reflect และกลับสู่ Plan ใหม่)



ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 9 ท่าน พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสมในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.68, SD=.28) โดยด้านความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายได้คะแนนสูงสุด (Mean=4.78, SD=.22) รองลงมาคือด้านความถูกต้องตามหลักวิชาการ (Mean=4.72, SD=.25) ด้านความครอบคลุมของเนื้อหา (Mean=4.67, SD=.29) และด้านความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ (Mean=4.61, SD=.32) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ (n = 9)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับความเหมาะสม
1. ความถูกต้องตามหลักวิชาการ	4.72	.25	มากที่สุด
- หลักการและแนวคิดพื้นฐาน	4.78	.22	มากที่สุด
- วัตถุประสงค์ของรูปแบบ	4.67	.29	มากที่สุด
- กระบวนการดำเนินงาน	4.72	.24	มากที่สุด
- เนื้อหาและกิจกรรม	4.72	.27	มากที่สุด
2. ความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย	4.78	.22	มากที่สุด
- ความสอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิต	4.89	.19	มากที่สุด
- ความเหมาะสมของเนื้อหาและกิจกรรม	4.78	.22	มากที่สุด
- ความเหมาะสมของระยะเวลา	4.67	.29	มากที่สุด
3. ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	4.61	.32	มากที่สุด
- การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่	4.67	.29	มากที่สุด
- ความร่วมมือจากผู้เกี่ยวข้อง	4.72	.24	มากที่สุด
- ความยั่งยืนของโปรแกรม	4.44	.38	มากที่สุด
4. ความครอบคลุมของเนื้อหา	4.67	.29	มากที่สุด
- ครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 มิติ	4.78	.22	มากที่สุด
- บูรณาการทุกระดับการแทรกแซง	4.67	.29	มากที่สุด
- ครอบคลุมปัจจัยสนับสนุน	4.56	.34	มากที่สุด
รวม	4.68	.28	มากที่สุด

ข้อเสนอแนะจากผู้เชี่ยวชาญที่สำคัญได้แก่ (1) ควรเพิ่มรายละเอียดของกิจกรรมแต่ละขั้นตอนให้ชัดเจนมากขึ้น เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้จริง (2) ควรมีระบบการติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม โดยกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จที่ชัดเจนในแต่ละขั้นตอน (3) ควรพัฒนาสื่อและคู่มือประกอบที่เข้าใจง่ายและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย (4) ควรเน้นการสร้างคามยั่งยืนโดยการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสนับสนุนในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และ (5) ควรมีกลไกการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ ผู้วิจัยได้นำข้อเสนอแนะทั้งหมดมาปรับปรุงและพัฒนาแบบให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นก่อนนำไปทดลองใช้ ในระยะที่ 3

ผลการวิจัยระยะที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

การทดลองใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์มีพระสงฆ์เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 40 รูป ระหว่างการดำเนินโปรแกรมมีพระสงฆ์ถอนตัวระหว่างทาง 2 รูป เนื่องจากต้องย้ายวัด คงเหลือกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจนครบโปรแกรมจำนวน 38 รูป คิดเป็นอัตราการคงอยู่ (retention rate) ร้อยละ 95.0 ซึ่งเป็นอัตราที่สูงและสะท้อนถึงความเหมาะสมของรูปแบบกับกลุ่มเป้าหมาย การมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็ง และความมุ่งมั่นของพระสงฆ์ในการพัฒนาสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 58.4 ปี (SD=8.9, Min=42, Max=74) พรรษาเฉลี่ย 25.6 พรรษา (SD=9.7) และมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60.5) มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 34.2) รองลงมาคือโรคเบาหวาน (ร้อยละ 26.3) และภาวะไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 23.7)

การเปรียบเทียบสุขภาวะองค์กรก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

หลังเข้าร่วมโปรแกรม 12 สัปดาห์ พระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกมิติของสุขภาวะองค์กร ($p < .001$) โดยคะแนนสุขภาวะองค์กรโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 3.20 เป็น 4.12 ($t = 19.24, p < .001$) เมื่อพิจารณารายมิติพบว่า สุขภาวะทางปัญญาเพิ่มขึ้นมากที่สุด (จาก 3.45 เป็น 4.32, $t = 14.86, p < .001$) รองลงมาคือสุขภาวะทางสังคม (จาก 3.24 เป็น 4.15, $t = 15.92, p < .001$) สุขภาวะทางจิต (จาก 3.12 เป็น 4.08, $t = 16.73, p < .001$) และสุขภาวะทางกาย (จาก 2.98 เป็น 3.92, $t = 18.45, p < .001$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนสุขภาวะองค์กรก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 38$)

มิติสุขภาวะ	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	t	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
สุขภาวะทางกาย	2.98 $\pm$.52	3.92 $\pm$.48	.94 $\pm$.31	18.45	<.001
สุขภาวะทางจิต	3.12 $\pm$.48	4.08 $\pm$.46	.96 $\pm$.35	16.73	<.001
สุขภาวะทางสังคม	3.24 $\pm$.54	4.15 $\pm$.49	.91 $\pm$.35	15.92	<.001
สุขภาวะทางปัญญา	3.45 $\pm$.49	4.32 $\pm$.44	.87 $\pm$.36	14.86	<.001
รวม	3.20 $\pm$.46	4.12 $\pm$.42	.92 $\pm$.29	19.24	<.001

การเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) โดยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 2.83 เป็น 3.98 ($t = 20.36, p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นมากที่สุด (เพิ่มขึ้น 1.33 คะแนน, $t = 19.56, p < .001$) รองลงมาคือ พฤติกรรมการตรวจสุขภาพ (เพิ่มขึ้น 1.27 คะแนน, $t = 18.92, p < .001$) พฤติกรรมการบริโภคอาหาร (เพิ่มขึ้น 1.09 คะแนน, $t = 17.28, p < .001$) พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง (เพิ่มขึ้น 1.07 คะแนน, $t = 6.45,$



$p < .001$) และพฤติกรรมการพักผ่อน (เพิ่มขึ้น 1.00 คะแนน, $t = 15.84$, $p < .001$) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 38$)

พฤติกรรมสุขภาพ	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	t	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
การบริโภคอาหาร	2.86 $\pm$.54	3.95 $\pm$.47	1.09 $\pm$.39	17.28	<.001
การออกกำลังกาย	2.54 $\pm$.58	3.87 $\pm$.52	1.33 $\pm$.42	19.56	<.001
การพักผ่อน	2.92 $\pm$.51	3.92 $\pm$.48	1.00 $\pm$.39	15.84	<.001
การตรวจสุขภาพ	2.78 $\pm$.56	4.05 $\pm$.45	1.27 $\pm$.41	18.92	<.001
การดูแลตนเอง	3.05 $\pm$.52	4.12 $\pm$.46	1.07 $\pm$.40	16.45	<.001
รวม	2.83 $\pm$.49	3.98 $\pm$.43	1.15 $\pm$.35	20.36	<.001

การเปรียบเทียบตัวชี้วัดสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

พระสงฆ์มีตัวชี้วัดสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ($p < .001$) โดยน้ำหนักลดลงเฉลี่ย 3.24 กิโลกรัม ($t = -12.58$, $p < .001$) ดัชนีมวลกายลดลงจาก 25.92 เป็น 24.68 kg/m^2 ($t = -11.76$, $p < .001$) รอบเอวลดลงเฉลี่ย 4.12 เซนติเมตร ($t = -14.32$, $p < .001$) ความดันโลหิตซิสโตลิกลดลงจาก 136.84 เป็น 128.26 mmHg ($t = -10.45$, $p < .001$) ความดันโลหิตไดแอสโตลิกลดลงจาก 84.68 เป็น 79.32 mmHg ($t = -8.92$, $p < .001$) และระดับน้ำตาลในเลือดลดลงจาก 118.45 เป็น 106.84 mg/dl ($t = -9.67$, $p < .001$) เมื่อพิจารณาตามค่า t พบว่า รอบเอวมีการลดลงอย่างเด่นชัดที่สุด รองลงมาคือน้ำหนักและดัชนีมวลกาย ซึ่งสะท้อนถึงประสิทธิผลของโปรแกรมในการลดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและโรคหัวใจ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบตัวชี้วัดสุขภาพก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม ($n = 38$)

ตัวชี้วัดสุขภาพ	ก่อน	หลัง	ผลต่าง	t	p-value
	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD	Mean $\pm$ SD		
น้ำหนัก (กก.)	71.52 $\pm$ 10.84	68.28 $\pm$ 10.46	-3.24 $\pm$ 1.59	-12.58	<.001
BMI (kg/m^2)	25.92 $\pm$ 3.48	24.68 $\pm$ 3.26	-1.24 $\pm$.65	-11.76	<.001
รอบเอว (ซม.)	91.24 $\pm$ 8.56	87.12 $\pm$ 8.14	-4.12 $\pm$ 1.77	-14.32	<.001
ความดัน SBP (mmHg)	136.84 $\pm$ 12.45	128.26 $\pm$ 10.82	-8.58 $\pm$ 5.06	-10.45	<.001
ความดัน DBP (mmHg)	84.68 $\pm$ 8.92	79.32 $\pm$ 7.64	-5.36 $\pm$ 3.71	-8.92	<.001
น้ำตาล FBS (mg/dl)	118.45 $\pm$ 18.76	106.84 $\pm$ 15.92	-11.61 $\pm$ 7.41	-9.67	<.001

BMI = Body Mass Index, SBP = Systolic Blood Pressure, DBP = Diastolic Blood Pressure, FBS = Fasting Blood Sugar

ความพึงพอใจต่อรูปแบบ

พระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรรวมเชิงนิเวศโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean=4.56, SD=.38) โดยด้านวิทยากรและผู้ดำเนินงานได้คะแนนสูงสุด รองลงมาคือด้านเนื้อหาของโปรแกรม ด้านกระบวนการจัดกิจกรรม ด้านกิจกรรมที่จัด ด้านความเหมาะสมโดยรวม และด้านสื่อและอุปกรณ์ ตามลำดับ ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรรวมเชิงนิเวศ (n = 38)

รายการประเมิน	Mean	SD	ระดับความพึงพอใจ
1. เนื้อหาของโปรแกรม	4.63	.34	มากที่สุด
2. กิจกรรมที่จัด	4.58	.36	มากที่สุด
3. กระบวนการจัดกิจกรรม	4.61	.35	มากที่สุด
4. วิทยากรและผู้ดำเนินงาน	4.68	.32	มากที่สุด
5. สื่อและอุปกรณ์	4.47	.42	มาก
6. ความเหมาะสมโดยรวม	4.52	.39	มากที่สุด
รวม	4.56	.38	มากที่สุด

อภิปรายผล

การอภิปรายผลการวิจัยนี้จัดโครงสร้างตามกรอบทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม 4 ระดับ ประกอบด้วย (1) สภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ (2) รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรรวมเชิงนิเวศที่พัฒนาขึ้น และ (3) ประสิทธิผลของรูปแบบในระดับบุคคล ระดับมหภาค ระดับชุมชน และระดับนโยบาย

ส่วนที่ 1 สภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์

ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและปัจจัยกำหนดสุขภาพ

การศึกษครั้งนี้พบว่าพระสงฆ์ในภูกิวิบาลมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญหลายประการ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะน้ำหนักเกิน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeamjitvibool และคณะ¹ ที่พบว่าโรคเหล่านี้มีความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม รวมทั้งพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การขาดกิจกรรมทางกาย และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต ผลการศึกษาที่พบว่าพระสงฆ์ร้อยละ 45.5 มีภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วนนั้นสูงกว่าการศึกษาของ Ko-amornsap และคณะ² ซึ่งอาจเป็นเพราะพระสงฆ์ในภูกิวิบาลมีการเข้าถึงบริการสาธารณสุขและการติดตามสุขภาพน้อยกว่าพระสงฆ์ในเขตเมือง นอกจากนี้ยังพบว่าพระสงฆ์ขาดความรู้และทักษะที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยเฉพาะด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Noo-in และคณะ³ ที่พบว่าพฤติกรรมดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในพระสงฆ์ได้รับอิทธิพลจากปัจจัยหลายประการ รวมทั้งความรู้ ทักษะ และการสนับสนุนทางสังคม

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมเฉพาะในบริบทวัดและภูกิ

ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่พบในการศึกษครั้งนี้ โดยเฉพาะปัญหาวันรูปในบริเวณวัดและภูกิ เป็นประเด็นที่สำคัญและสอดคล้องกับการศึกษาของ Cai และ Wong¹⁸ ที่พบความเกี่ยวข้องระหว่างวันรูปในวัด



กับการเสียชีวิตจากโรคระบบทางเดินหายใจ รวมทั้งการศึกษาของ Guo และคณะ¹⁹ ที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบต่อนักบวชชีทางชีวภาพและสุขภาพกายและจิตของผู้ที่สัมผัสวัณโรค การที่การศึกษาครั้งนี้ได้ประเด็นดังกล่าวมาพิจารณาในการพัฒนารูปแบบจึงเป็นการตอบสนองต่อปัญหาที่แท้จริงในบริบทของวัดและกฎ ซึ่งเป็นการศึกษาส่วนใหญ่ที่มองข้าม

ความต้องการการบูรณาการหลักธรรมกับการส่งเสริมสุขภาพ

ความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพที่พบในการศึกษาครั้งนี้สะท้อนให้เห็นถึงความต้องการรูปแบบที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพระสงฆ์ โดยเฉพาะการบูรณาการหลักธรรมทางพุทธศาสนาเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างจิตวิญญาณกับธรรมชาติ (ecospirituality) ที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี⁹ การที่พระสงฆ์ต้องการให้มีการบูรณาการหลักธรรมเข้ากับการดูแลสุขภาพนั้นสอดคล้องกับหลักการที่ว่าจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพองค์รวม¹⁰ และการปฏิบัติทางศาสนามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและกิจกรรมทางกาย¹¹ ความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนและศิษยานุศิษย์ที่พบในการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของโปรแกรมสุขภาพตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน¹⁵⁻¹⁶

ส่วนที่ 2 องค์ความรู้ใหม่จากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพขององค์กรร่วมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ที่พัฒนาขึ้นในการศึกษา ครั้งนี้สร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สำคัญ คือ ต้นแบบรูปแบบที่บูรณาการสุขภาพหนึ่งเดียว (one health) นิเวศสังคม (social ecology) หลักพุทธธรรม (Buddhist Principles) และการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) โดยออกแบบมาเฉพาะสำหรับพระสงฆ์ในบริบทกฎชีวาภิบาล ซึ่งแตกต่างจากงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่มักเน้นเพียงมิติเดียวหรือกลุ่มเป้าหมายทั่วไป

จุดเด่นที่แตกต่างจากรูปแบบอื่น

ประการแรก รูปแบบนี้บูรณาการแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว (one health)⁶⁻⁸ ที่เน้นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพของมนุษย์ สัตว์ และสิ่งแวดล้อมเข้ากับทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคมที่ดำเนินการแทรกแซงในหลายระดับ การบูรณาการดังกล่าวทำให้รูปแบบนี้มีความครอบคลุมและสามารถสร้างการเปลี่ยนแปลงที่ยั่งยืนได้มากกว่ารูปแบบที่เน้นเพียงการแทรกแซงในระดับเดียว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาส่วนใหญ่ที่มักเน้นเฉพาะการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในระดับบุคคล

ประการที่สอง รูปแบบนี้บูรณาการหลักธรรมทางพุทธศาสนาเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบและชัดเจน โดยเชื่อมโยงหลักอริยสัจ 4 สติปัฏฐาน 4 และพรหมวิหาร 4 เข้ากับการพัฒนาสุขภาพทั้ง 4 มิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างจิตวิญญาณกับธรรมชาติ⁹ และความสำคัญของจิตวิญญาณต่อสุขภาพ¹⁰ การบูรณาการดังกล่าวทำให้รูปแบบนี้มีความเหมาะสมกับบริบทและวิถีชีวิตของพระสงฆ์มากกว่ารูปแบบทั่วไปที่พัฒนาจากตะวันตก แม้ว่าจะมีการศึกษาที่บูรณาการหลักธรรมกับการส่งเสริมสุขภาพจิต⁴⁻⁵ แต่การศึกษาเหล่านั้นเน้นเฉพาะมิติสุขภาพจิตและกลุ่มเป้าหมายเป็นผู้สูงอายุในชุมชน ขณะที่รูปแบบในการศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมสุขภาพทั้ง 4 มิติและออกแบบมาเฉพาะสำหรับพระสงฆ์

ประการที่สาม รูปแบบนี้ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research)¹⁵⁻¹⁷ ในการพัฒนาและดำเนินงาน โดยให้พระสงฆ์ ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมตั้งแต่การวางแผนจนถึงการติดตามประเมินผล การมีส่วนร่วมดังกล่าวทำให้รูปแบบสอดคล้องกับบริบทท้องถิ่น ตอบสนองความต้องการที่แท้จริง และสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ (ownership) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของโปรแกรม การศึกษาอื่นๆ มักพัฒนารูปแบบโดยผู้วิจัยหรือผู้เชี่ยวชาญเพียงอย่างเดียว ซึ่งอาจไม่สอดคล้องกับความต้องการและบริบทที่แท้จริงของกลุ่มเป้าหมาย

ประการที่สี่ รูปแบบนี้บูรณาการการแทรกแซงที่ใช้ธรรมชาติเป็นฐาน (nature-based interventions) เข้ากับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ¹²⁻¹³ โดยเน้นการพัฒนาสภาพแวดล้อมในภูกุให้เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การจัดทำสวนผักสวนครัว การพัฒนาสวนสมุนไพร และการจัดกิจกรรมในธรรมชาติ การบูรณาการดังกล่าวสอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นถึงเส้นทางเชื่อมโยงระหว่างความหลากหลายทางชีวภาพกับสุขภาพของมนุษย์¹³ และผลลัพธ์เชิงบวกของการแทรกแซงที่ใช้ธรรมชาติต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี^{12,14} การบูรณาการนี้ทำให้รูปแบบมีลักษณะเชิงนิเวศอย่างแท้จริง ซึ่งแตกต่างจากรูปแบบอื่นที่มักเน้นเฉพาะมิติสังคมหรือพฤติกรรม

ประการที่ห้า รูปแบบนี้คำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงในบริบทของวัดและภูกุ โดยเฉพาะปัญหาด้านรูป¹⁸⁻¹⁹ และนำมาพิจารณาในการออกแบบกิจกรรมและพัฒนาสภาพแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งที่การศึกษาส่วนใหญ่มักมองข้าม การให้ความสำคัญกับประเด็นนี้แสดงให้เห็นถึงความรอบคอบและความเหมาะสมของรูปแบบต่อบริบทจริง

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญที่อยู่ในระดับมากที่สุดทุกด้านสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพและความน่าเชื่อถือของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยเฉพาะด้านความเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายที่ได้คะแนนสูงสุด (Mean=4.78) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบนี้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของพระสงฆ์อย่างแท้จริง ซึ่งเป็นผลมาจากการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนา อย่างไรก็ตาม ด้านความยั่งยืนของโปรแกรมได้คะแนนต่ำสุด (Mean=4.44) แม้จะยังอยู่ในระดับมากที่สุด แต่เป็นประเด็นที่ต้องให้ความสำคัญและติดตามเฝ้าระวังในการนำรูปแบบไปใช้จริง โดยเฉพาะการสร้างกลไกการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายในชุมชนให้มีความเข้มแข็ง

ส่วนที่ 3 ประสิทธิภาพของรูปแบบตามกรอบทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพองค์รวมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพอย่างมีนัยสำคัญในการเพิ่มสุขภาวะองค์รวมทั้ง 4 มิติ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และปรับปรุงตัวชี้วัดสุขภาพของพระสงฆ์ ผลลัพธ์ที่ได้สามารถอธิบายได้จากกลไกการเปลี่ยนแปลงใน 4 ระดับตามทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม ดังนี้

3.1 ระดับบุคคล (individual level) การเปลี่ยนแปลงสุขภาวะและพฤติกรรม

การเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางกาย ผลการศึกษพบว่าสุขภาวะทางกายของพระสงฆ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 2.98 เป็น 3.92) ร่วมกับการลดลงของน้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และ



ระดับน้ำตาลในเลือด ผลลัพธ์นี้สามารถอธิบายได้จากการบูรณาการกิจกรรมหลายประการที่ส่งผลเสริมกัน ได้แก่ การให้ความรู้ด้านโภชนาการ การส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ เช่น การเดินจงกรม และการพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีกิจกรรมทางกาย การที่โปรแกรมใช้เวลา 12 สัปดาห์และมีกิจกรรมสม่ำเสมอทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ชัดเจนและส่งผลต่อตัวชี้วัดสุขภาพทางกายได้จริง ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักการที่ว่า การปฏิบัติทางศาสนาและจิตวิญญาณมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการมีกิจกรรมทางกาย¹¹ การที่รูปแบบนี้บูรณาการหลักธรรมเข้ากับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายจึงทำให้พระสงฆ์เข้าใจความสำคัญและปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง

การเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางจิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 3.12 เป็น 4.08) ซึ่งเป็นผลมาจากกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การฝึกสมาธิและการภาวนา การจัดการความเครียด และกิจกรรมการอยู่ร่วมกับธรรมชาติ ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงให้เห็นว่าการแทรกแซงที่ใช้ธรรมชาติเป็นฐานมีผลลัพธ์เชิงบวกต่อสุขภาพจิตและความเป็นอยู่ที่ดี¹² และมีเส้นทางเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างความหลากหลายทางชีวภาพกับสุขภาพของมนุษย์¹³ การที่โปรแกรมบูรณาการการฝึกสมาธิซึ่งเป็นการปฏิบัติที่พระสงฆ์คุ้นเคยเข้ากับกิจกรรมในธรรมชาติและการจัดการความเครียด ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสุขภาพจิต นอกจากนี้ แนวคิดเกี่ยวกับความเชื่อมโยงระหว่างจิตวิญญาณกับธรรมชาติ⁹ ที่เป็นรากฐานของรูปแบบนี้ยังช่วยให้พระสงฆ์เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติธรรม การดูแลสิ่งแวดล้อม และสุขภาพจิตของตนเอง

การเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางปัญญา สุขภาวะทางปัญญาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 3.45 เป็น 4.32) และมีคะแนนสูงสุดเมื่อเทียบกับมิติอื่น ๆ ผลลัพธ์นี้แสดงให้เห็นถึงความสำเร็จของการบูรณาการหลักธรรมทางพุทธศาสนาเข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ โดยพระสงฆ์สามารถเชื่อมโยงหลักอริยสัจ 4 สติปัฏฐาน 4 และพรหมวิหาร 4 เข้ากับการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม การที่สุขภาวะทางปัญญาเพิ่มขึ้นมากที่สุดสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าจิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพองค์รวม¹⁰ และสะท้อนให้เห็นถึงความเหมาะสมของการบูรณาการหลักธรรมกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ นอกจากนี้ การที่โปรแกรมส่งเสริมให้พระสงฆ์เป็นผู้นำด้านสุขภาพในชุมชนยังช่วยเสริมสร้างศักยภาพและความมั่นใจในบทบาททางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าพระสงฆ์สามารถเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพชุมชน⁴⁻⁵

กลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคล การที่พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในทุกด้าน โดยเฉพาะพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เพิ่มขึ้นมากที่สุด (เพิ่มขึ้น 1.33 คะแนน) สามารถอธิบายได้จากกลไกหลายประการที่ทำงานร่วมกัน ประการแรก การใช้หลักอริยสัจ 4 (ฉันทะ วิริยะ จิตตะ วิมังสา) ในการพัฒนาพฤติกรรมช่วยให้พระสงฆ์มีความปรารถนา ความเพียร ความตั้งใจ และการใช้ปัญญาพิจารณาในการดูแลสุขภาพ ประการที่สอง การกำหนดเป้าหมายเฉพาะบุคคลที่ชัดเจนและสามารถปฏิบัติได้จริง (SMART Goals) ช่วยให้พระสงฆ์แต่ละรูปมีแผนการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับสภาวะและข้อจำกัดของตนเอง

3.2 ระดับมหภาค (Interpersonal Level) การเปลี่ยนแปลงสุขภาวะทางสังคม

สุขภาวะทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ (จาก 3.24 เป็น 4.15) ซึ่งเป็นผลมาจากการสร้างกลุ่มสนับสนุนทางสังคมระหว่างพระสงฆ์ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายศิษยานุศิษย์ และกิจกรรมร่วมกับชุมชน ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับหลักการของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม¹⁵⁻¹⁷ ที่เน้นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชนและการสร้างเครือข่ายสนับสนุน การที่โปรแกรมให้ความสำคัญกับการสร้างความสัมพันธ์เชิงบวกและการสนับสนุนทางสังคมในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับมหภาค (ระหว่างพระสงฆ์ด้วยกัน) ไปจนถึงระดับชุมชน (กับศิษยานุศิษย์และชุมชนท้องถิ่น) ทำให้พระสงฆ์รู้สึกได้รับการสนับสนุน มีที่พึ่งทางสังคม และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของพระสงฆ์³

3.3 ระดับชุมชน (Community Level) บทบาทของสภาพแวดล้อมและทรัพยากรท้องถิ่น

ประการที่สาม การมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็งทั้งจากพระสงฆ์ด้วยกัน ศิษยานุศิษย์ และบุคลากรสาธารณสุข ช่วยเสริมสร้างแรงจูงใจและความมุ่งมั่นในการปฏิบัติ และประการที่สี่ การพัฒนาสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติ เช่น การจัดพื้นที่สำหรับออกกำลังกาย การปลูกผักสวนครัว ทำให้พระสงฆ์สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้สะดวกและต่อเนื่อง การพัฒนาสภาพแวดล้อมเชิงนิเวศในระดับชุมชนนี้สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว⁶⁻⁸ ที่เน้นความเชื่อมโยงระหว่างสุขภาพของมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม และสะท้อนถึงความสำเร็จของการบูรณาการการแทรกแซงที่ใช้ธรรมชาติเป็นฐาน¹²⁻¹⁴ เข้ากับการส่งเสริมสุขภาพ

3.4 ระดับนโยบาย (Policy Level) ความร่วมมือระหว่างองค์กรและความยั่งยืน

แม้ว่าการศึกษานี้จะเน้นการพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบในระยะเวลากำหนด แต่ผลการประเมินความเหมาะสมด้านความยั่งยืนของโปรแกรมที่ได้คะแนนต่ำสุด (Mean=4.44) ชี้ให้เห็นถึงความท้าทายในการสร้างความยั่งยืนในระดับนโยบาย การที่รูปแบบนี้ได้รับการออกแบบให้มีการบูรณาการกับนโยบายสุขภาพในระดับวัด เขตพระสงฆ์ และจังหวัด รวมทั้งการสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรทางศาสนา กับภาคสาธารณสุข จะเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในระยะยาว ซึ่งสอดคล้องกับหลักการของการร่วมสร้างบริการสาธารณสุขที่มีชุมชนเป็นศูนย์กลาง¹⁷ และการสร้างระบบสุขภาพหนึ่งเดียวที่เข้มแข็งในระดับประเทศ⁸

ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณาในการนำผลการศึกษาไปใช้และตีความผล คือ การวิจัยใช้การออกแบบกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม จึงไม่สามารถควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงสุขภาวะได้อย่างสมบูรณ์ แม้ว่าจะมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนบางตัว (อายุ พรรษา ประวัติโรค) ในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่อาจยังมีปัจจัยอื่นที่ไม่ได้คำนึงถึง เช่น การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของฤดูกาลหรือเหตุการณ์สำคัญในชุมชนที่อาจส่งผลต่อสุขภาวะของพระสงฆ์ อย่างไรก็ตาม อัตราการคงอยู่ (retention rate) ที่สูงถึง 95% สะท้อนให้เห็นถึงความเหมาะสมของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนที่เข้มแข็ง และความมุ่งมั่นของพระสงฆ์ในการพัฒนาสุขภาพ



สรุป

การอภิปรายผลตามกรอบทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม 4 ระดับ นี้แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะองค์รวมเชิงนิเวศสำหรับพระสงฆ์ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการสร้างการเปลี่ยนแปลงเชิงบวกในทุกๆ ระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล (การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและสุขภาวะ) ระดับมหภาค (การเสริมสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม) ระดับชุมชน (การพัฒนาสภาพแวดล้อมเชิงนิเวศ) ไปจนถึงระดับนโยบาย (การบูรณาการกับระบบสุขภาพ) ความสำเร็จนี้เป็นผลมาจากการบูรณาการแนวคิดสุขภาพหนึ่งเดียว การมีส่วนร่วมของชุมชน และหลักธรรมทางพุทธศาสนาอย่างเป็นระบบ ซึ่งสร้างองค์ความรู้ใหม่ที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้และขยายผลในบริบทอื่นๆ ได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและเขตพระสงฆ์ ควรสนับสนุนการขยายผลรูปแบบนี้ไปยังภูมิภาคและวัดอื่นๆ ในพื้นที่ โดยจัดทำคู่มือการดำเนินงานที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย พัฒนาสื่อการเรียนรู้ที่เหมาะสม และจัดอบรมเชิงปฏิบัติการให้กับบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข และพระสงฆ์ผู้นำเพื่อสร้างความเข้าใจและทักษะในการดำเนินโปรแกรม
2. ควรมีการปรับปรุงแบบให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ไม่ควรนำรูปแบบไปใช้โดยตรงโดยไม่ได้พิจารณาความแตกต่างด้านบริบท ทรัพยากร และความต้องการของแต่ละพื้นที่ การปรับให้เหมาะสมจะช่วยเพิ่มโอกาสความสำเร็จและความยั่งยืนของโปรแกรม
3. ควรสร้างกลไกการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและระบบการติดตามประเมินผลที่มีประสิทธิภาพ โดยอาจจัดตั้งคณะทำงานระดับอำเภอหรือจังหวัดที่ประกอบด้วยตัวแทนจากหน่วยงานสาธารณสุข เขตพระสงฆ์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อกำกับติดตาม ให้คำปรึกษา และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเยี่ยมชมแหล่งเรียนรู้ระหว่างพื้นที่เป็นระยะ

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. การวิจัยแบบทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (randomized controlled trial: RCT) เพื่อยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบอย่างเข้มงวดยิ่งขึ้น โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติหรือโปรแกรมมาตรฐาน
2. การวิจัยติดตามผลระยะยาว (longitudinal follow-up study) ระยะเวลา 6-12 เดือนหลังสิ้นสุดโปรแกรม เพื่อประเมินความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและสุขภาวะองค์รวม

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ด้วยความกรุณาและความร่วมมือจากบุคคลและหน่วยงานหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณและขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้ ขอขอบพระคุณ สมาคมศิษย์เก่าพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้การสนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยในครั้งนี้ ทำให้การศึกษาสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพและบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้



References

1. Jeamjitvibool T, Pengpid S, Peltzer K. Noncommunicable diseases and social determinants of health in Buddhist monks: an integrative review. *Research in Nursing & Health*. 2022;45(2):249–260. doi:10.1002/nur.22215.
2. Ko-amornsap W, Tungmanee S, Thamrongsakul S, Pradit S, Surareunchai K, et al. Health survey of monks residing in urban areas: The Bangkok Noi model. *Siriraj Medical Journal*. 2024;76(11):705–13. doi:10.33192/smj.v76i11.269296.
3. Noo-in S, Khiewkhern S, Somdee T. Factors influencing preventive self-care behaviors to avert diabetes mellitus among Thai Buddhist monks: a cross-sectional study. *Journal of Public Health and Development*. 2024;22(3):228–42. doi:10.55131/jphd/2024/220319.
4. Langgapin S, Boonchieng W, Chautrakarn S, Maneeton N, Senawan S. Development of a monk-led elderly mental health counseling program in Thai Buddhist communities. *Religions*. 2024;15(8):998. doi:10.3390/rel15080998.
5. Langgapin S, Maneeton N, Senawan S, Chautrakarn S, Boonchieng W. Effectiveness of the Buddhist-based elderly mental health counseling training program for Thai health volunteer monks. *Religions*. 2024;15(12):1472. doi:10.3390/rel15121472.
6. One Health High-Level Expert Panel (OHHLEP), Adisasmito WB, Almuhairi S, Behraves CB, et al. One Health: a new definition for a sustainable and healthy future. *PLoS Pathogens*. 2022;18(6):e1010537. doi:10.1371/journal.ppat.1010537.
7. Zinsstag J, Bastos da Silva J, Degeling C, Kelly TR, Tschopp R, et al. One Health for a changing world: perspectives from The Lancet One Health Commission. *The Lancet*. 2023;401(10379):1979–81. doi:10.1016/S0140-6736(22)01595-1.
8. de la Rocque S, Adisasmito WB, Alvarez J, et al. One health systems strengthening in countries: tripartite tools and approaches at the human–animal–environment interface. *BMJ Global Health*. 2023;8(2):e011236. doi:10.1136/bmjgh-2022-011236.
9. de Diego-Cordero R, Martínez-Herrera A, Coheña-Jiménez M, Lucchetti G, Pérez-Jiménez JM. Ecospirituality and health: a systematic review. *Journal of Religion and Health*. 2024;63(2):1285–1306. doi:10.1007/s10943-023-01994-2.
10. Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KNG, Ferrell BR, et al. Spirituality in serious illness and health. *JAMA*. 2022;328(2):184–97. doi:10.1001/jama.2022.11086.
11. Kruk J, Jatrzebski T. Religion- and spirituality-based effects on health-related physical activity and well-being: A review. *Religions*. 2024;15(7):835. doi:10.3390/rel15070835.
12. Siah CJR, Urichuk L, Chenven M, et al. Nature-based interventions for mental health and wellbeing: a systematic review of reviews. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2023;32(4):1000–1018. doi:10.1111/inm.13131.
13. Marselle MR, Irvine KN, Lorenzo-Arribas A, et al. Pathways linking biodiversity to human health: a conceptual framework. *Environment International*. 2021;150:106420. doi:10.1016/j.envint.2021.106420.
14. Menhas R, Shi J, Sun Y, et al. Nature-based social prescribing to promote health: a systematic review. *Frontiers in Public Health*. 2024;12:1228271. doi:10.3389/fpubh.2024.1228271.



15. Zhang Y, Xie YJ, Yang L, Cheung K, Zhang Q, et al. Community-based participatory research (CBPR) approaches in vaccination promotion: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*. 2024;23:227. doi:10.1186/s12939-024-02278-1.
16. Esmaeilzadeh S, Mirzaei H, Keikavoosi-Arani L, Hosseinasab M, Rohollahi F. Facilitators and inhibitors of community engagement in public health initiatives: a systematic review. *PLoS ONE*. 2020;15(12):e0230217. doi:10.1371/journal.pone.0230217.
17. Wykes R, Burton E, O'Sullivan M, Hindocha S, Ryde GC, et al. Co-creating community-centred public health services: a systematic review. *PLoS ONE*. 2024;19(1):e0294901. doi:10.1371/journal.pone.0294901.
18. Cai WH, Wong PPY. Associations between incense-burning temples and respiratory mortality in Hong Kong. *Atmosphere*. 2021;12(6):774. doi:10.3390/atmos12060774.
19. Guo SE, Lin PC, Hsu HF, et al. Exposure to incense burning, biomarkers, and physical/mental health among temple workers and volunteers: a systematic review. *Environmental Science and Pollution Research*. 2023;30(52):119113–119140. doi:10.1007/s11356-023-29420-w.