

บทความวิจัย

ภาวะสุขภาพพระสงฆ์ จังหวัดอุดรธานี: การศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

สืบตระกูล ตันตลานุกุล¹ ส.ด., พุทธจักร ช่วยราย^{2*} ส.ด.

Received: July 29, 2025

Revised: October 3, 2025

Accepted: November 4, 2025

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย พระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหล่านี้ เนื่องจากวิถีชีวิตและการปฏิบัติทางศาสนาที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์จังหวัดอุดรธานี การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง โดยเก็บข้อมูลจากพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานีจำนวน 298 รูป สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha coefficient = 0.89) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบไคกำลังสอง (Chi-square test) การทดสอบค่าที (t-test) และการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่า พระสงฆ์ ร้อยละ 78.5 มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค โรคที่พบมากที่สุด คือ โรคอ้วน ร้อยละ 59.7 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.7 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.6 ตามลำดับ พระสงฆ์ ร้อยละ 52.3 ไม่ออกกำลังกาย และร้อยละ 45.0 รับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน บ่อยครั้ง พบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ($p\text{-value} = 0.001$) การออกกำลังกาย ($p\text{-value} = 0.001$) และพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ($p\text{-value} = 0.019$) กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้สรุปได้ว่า พระสงฆ์ในจังหวัดอุดรธานีมีความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูง จำเป็นต้องพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของพระสงฆ์ โดยเน้นการป้องกันและส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายสาธารณสุขสำหรับพระสงฆ์

คำสำคัญ: พระสงฆ์ พฤติกรรมสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครอุดรธานี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

² นักเทคนิคการแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโรคผิวหนังเขตร้อนภาคใต้ จังหวัดตรัง

* ผู้รับผิดชอบบทความ: BuddhajakBank@gmail.com

Health status of Buddhist monks in Uttaradit Province: A study of non-communicable diseases situation

Seubtrakul Tantalanutkul¹ Dr.P.H., Buddhajak Chuayray^{2,*} Dr.P.H.

ABSTRACT

Non-communicable diseases (NCDs) are a major public health problem in Thailand. Buddhist monks are at risk of developing these diseases due to their unique lifestyle and religious practices. This study aimed to examine the situation of non-communicable diseases among Buddhist monks in Uttaradit Province. This was a descriptive cross-sectional study conducted among 298 monks selected using multi-stage sampling. The research instrument was a questionnaire validated for content validity and reliability (Cronbach's alpha coefficient = 0.89). Data were analyzed using descriptive statistics, Chi-square test, t-test and One-way ANOVA.

The results showed that 78.5% of monks had at least one non-communicable disease. The most common diseases were obesity (59.7%), hypertension (48.7%), and dyslipidemia (37.6%), respectively. 52.3% of monks did not exercise regularly, and 45.0% frequently consumed sweet, salty, and fatty foods. Significant associations were found between age (p-value = 0.001), physical activity (p-value = 0.001), and dietary behaviors (p-value = 0.019) and the occurrence of non-communicable diseases. In conclusion, Buddhist monks in Uttaradit Province have a high prevalence of non-communicable diseases. There is a need to develop an integrated healthcare system appropriate for the context of Buddhist monks, focusing on prevention and promoting healthy behaviors. The findings can be used as baseline information for establishing public health policies for Buddhist monks.

Keywords: Buddhist monks, Health behaviors, Non-communicable diseases, Integrated healthcare system

¹ Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute

² Medical Technologist Professional Level, Southern Regional Hospital of Tropical Dermatology-Trang Province

* Corresponding author: BuddhajakBank@gmail.com

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases; NCDs) เป็นภาวะสุขภาพที่สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลกในปัจจุบัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเทศไทยที่กำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาและการเพิ่มขึ้นของโรคเรื้อรังต่างๆ (Kaufman, Chasombat, Tanomsingh, Rajataramya, & Potempa, 2011; Sakboonyarat, Mungthin, Hatthachote, Srichan, & Rangsin, 2022) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 4 โรคหลัก ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคเบาหวาน และโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีสาเหตุการเสียชีวิตของคนไทยมากถึง 400,000 คนต่อปี คิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 74.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดในประเทศ (World Health Organization, 2020) พระสงฆ์ไทย มีจำนวนกว่า 349,000 รูป ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศรวมถึงพื้นที่ห่างไกล (Jeamjitvibool, Tankumpuan, Lukkahatai, & Davidson, 2022) อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยพบว่า พระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 45.2 โรคเบาหวาน ร้อยละ 44.2 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 42.3 และโรคไตวายเรื้อรัง ร้อยละ 29.8 ซึ่งเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มพระสงฆ์ (Jeamjitvibool et al., 2022) ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญประกอบด้วย พฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่มีอัตราสูงถึงร้อยละ 41.3 การรับประทานอาหารที่ไม่สามารถควบคุมได้ เนื่องจากต้องพึ่งพาอาหารบิณฑบาต และการขาดกิจกรรมทางกาย (Laochai & Preechawong, 2022) การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในประเทศไทยได้รับการพัฒนาผ่านระบบโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้าและโรงพยาบาลพระปริยัติธรรมที่ให้บริการแก่พระสงฆ์ทั่วประเทศ (Laochai & Preechawong, 2021) อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เน้นการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบยังไม่ได้รับการพัฒนาอย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลจากศูนย์กลาง ประเทศไทยได้พัฒนาระบบสาธารณสุขปฐมภูมิและการประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่มีประสิทธิภาพ (Tangcharoensathien, Witthayapipopsakul, Panichkriangkrai, Patcharanarumol, & Mills, 2018;

Sumriddetchkajorn, Shimazaki, Ono, Kusaba, Sato, & Kobayashi, 2019; Aekplakorn, Suriyawongpaisal, Srithamrongsawadi, & Kaewkamjonchai, 2021; Tangcharoensathien, Adulyanon, Supaka, Munkong, Viriyathorn, Sirithienthong, et al., 2024) โดยใช้แนวทางการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มุ่งเน้นการป้องกันและการจัดการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ (Pongutta, Suphanchaimat, Patcharanarumol, & Tangcharoensathien, 2019; Tuangratananon, Julchoo, Phaiyarom, Panichkriangkrai, Pudpong, Patcha-ranarumol, et al., 2021) แนวทางนี้ได้รับการนำมาใช้ในหลายพื้นที่และแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการลดอัตราการเกิดโรคและการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Wanitkun, Batterham, Vichathai, Leetongin, & Osborne, 2011; Murtagh, McCombe, Broughan, Carroll, Casey, Harrold, et al., 2021; Theeranut, Methakanjanasak, Lertsinudom, Surit, Panyaek, Leeladapattarakul, et al., 2024)

พระสงฆ์มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพชุมชนมาตั้งแต่อดีต โดยทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน (Hathirat, 1983) และมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผ่านโครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ (Treerutkuarkul, 2008) การบูรณาการบทบาทนี้เข้ากับระบบการดูแลสุขภาพสมัยใหม่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และขยายผลไปยังชุมชนได้ โดยพบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อการลดลงของความดันโลหิต (Stewart, Yamarat, Neeser, Lertmaharit, & Holroyd, 2014) ซึ่งเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่ การศึกษารังนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์จังหวัดอุดรธานี และเสนอแนวทางการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่น ผลจากการศึกษาวิจัยนี้จะช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพพระสงฆ์ในบริบทท้องถิ่น และนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดการศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ โดยยึดหลักการที่ว่า สุขภาพของบุคคลเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยหลายมิติ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยทางสังคม และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (Social determinants of health) ที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ (Jeamjitvibool et al., 2022) กรอบแนวคิดการวิจัยประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ลักษณะทางประชากรศาสตร์ของพระสงฆ์ รวมถึงอายุ ระดับการศึกษา และระยะเวลาบวช 2) ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย 3) ปัจจัยด้านการปฏิบัติทางศาสนา เช่น การบิณฑบาต การปฏิบัติธรรม และกิจกรรมในวัด และ 4) สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน และโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ จังหวัดอุดรธานี การเก็บข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

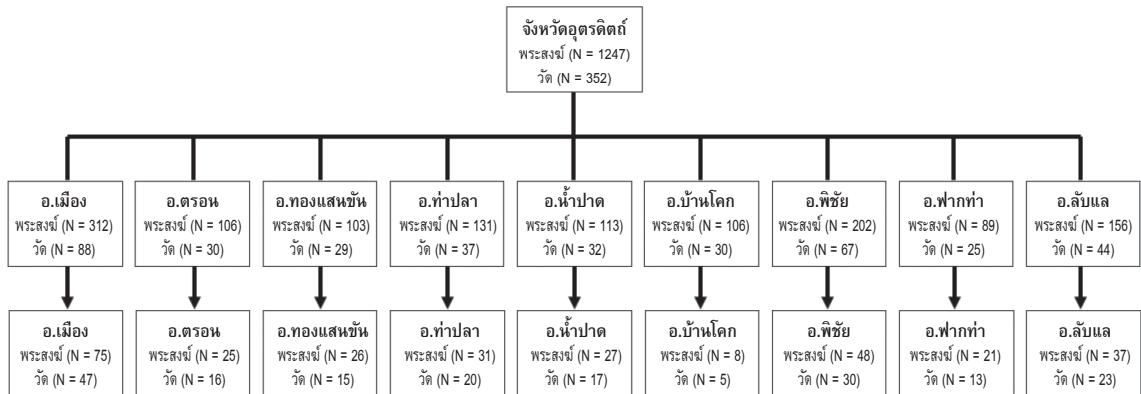
ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ พระสงฆ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วยพระสงฆ์ในคณะสงฆ์มหานิกาย และคณะสงฆ์ธรรมยุติกนิกาย จำนวน 1,247 รูป จากวัดทั้งหมด 352 วัด ในเขตอำเภอทั้ง 9 อำเภอ

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95.0 โดยยอมรับความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5.0 จากประชากรพระสงฆ์ทั้งหมด 1,247 รูป ได้กลุ่มตัวอย่าง 298 รูป การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังภาพ 1 โดยแบ่งเป็นขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง แต่ละอำเภอตามสัดส่วนประชากรพระสงฆ์ในแต่ละอำเภอ ได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละอำเภอ ดังนี้ อำเภอเมือง 75 รูป อำเภอพิชัย 48 รูป อำเภอลับแล 37 รูป อำเภอท่าปลา 31 รูป อำเภอน้ำปาด 27 รูป อำเภอตรอน 25 รูป อำเภอทองแสนขัน 25 รูป อำเภอฟากท่า 21 รูป อำเภอบ้านโคก 8 รูป

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster random sampling) โดยสุ่มเลือกวัดที่พระสงฆ์จำพรรษาด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับฉลากเพื่อหาวัดที่จะมาเป็นตัวแทนของกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มได้วัดในแต่ละอำเภอ ดังนี้ อำเภอเมือง 47 วัด อำเภอพิชัย 30 วัด อำเภอลับแล 23 วัด อำเภอท่าปลา 20 วัด อำเภอน้ำปาด 17 วัด อำเภอตรอน 16 วัด อำเภอทองแสนขัน 15 วัด อำเภอฟากท่า 13 วัด อำเภอบ้านโคก 5 วัด

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ด้วยการนำรายชื่อที่มีการเรียงลำดับพระสงฆ์ทั้งหมดของวัดที่เป็นพื้นที่ตัวอย่างจำนวน 1,247 รูป และคำนวณหาช่วงของการเลือกตัวอย่างโดยใช้สูตร $I = N/n$ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายได้ช่วงการสุ่ม เท่ากับ 4.18 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นพระสงฆ์กำหนดเป็น 4 จากนั้นจับฉลากหา Random start (R) ได้ค่า R เป็นประชากรตัวอย่างแรก จากนั้น เลือกข้ามไปครั้งละ 4 จนกระทั่งตัวอย่างครบ 298



ภาพ 1 วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria)

1. เป็นพระสงฆ์ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดอุดรดิตถ์มาแล้วไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. อายุ 20 ปีขึ้นไป

3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในใบยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

1. เป็นพระสงฆ์ที่มีภาวะป่วยหนักต้องนอนโรงพยาบาลจนไม่สามารถให้ข้อมูลได้

2. เป็นพระสงฆ์ที่อยู่ระหว่างการเดินทางหรือไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยศึกษาจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง (Jeamjitvibool et al., 2022; Stewart et al., 2014) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลลักษณะทางประชากรศาสตร์ จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาบวช วัดที่อยู่อาศัย และข้อมูลทั่วไปอื่นๆ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ จำนวน 18 ข้อ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการปฏิบัติทางศาสนา ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมทางศาสนาและวิถีชีวิตของพระสงฆ์ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ การบิณฑบาต การปฏิบัติธรรม การเทศน์ และกิจกรรมในวัด

ส่วนที่ 4 ข้อมูลสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอ้วน โรคไขมันในเลือดสูง และโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

ความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity)

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านอายุรกรรม พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง นักวิชาการสาธารณสุข พระธรรมจารย์ และนักวิจัยที่มีประสบการณ์ด้านการวิจัยเกี่ยวกับพระสงฆ์ ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item objective congruence: IOC) ที่ได้มีค่าระหว่าง 0.80-1.00

ความเชื่อมั่น (Reliability)

การทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามดำเนินการโดยนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ในจังหวัดใกล้เคียง จำนวน 30 รูป ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการวิจัย โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยที่ได้รับการอบรมแล้ว ใช้ระยะเวลา 4 เดือน (สิงหาคม-พฤศจิกายน 2567) ขั้นตอนการเก็บข้อมูลมีดังนี้

1. ติดต่อประสานงานกับเจ้าคณะจังหวัดและเจ้าอาวาสวัดต่างๆ เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการวิจัยแก่พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง
3. ขอความยินยอมเข้าร่วมวิจัยและลงนามในใบยินยอม
4. ให้พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง หรือผู้วิจัยช่วยสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาทีต่อรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ระดับ ดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) สำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ ค่ามัธยฐาน (Median) และพิสัยควอไทล์ (Interquartile range) สำหรับข้อมูลที่มีการแจกแจงไม่ปกติ

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics)

การทดสอบไคกำลังสอง (Chi-square test) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร การทดสอบค่าที (t-test) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) สำหรับการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างหลายกลุ่ม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์ ภายใต้เลขที่โครงการ UPHO REC No.057/2567 วันที่รับรอง 26 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 วันที่หมดอายุ 25 กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากพระสงฆ์ในจังหวัดอุดรดิตถ์ จำนวน 298 รูป ผลการวิจัยแสดงดังนี้

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n = 298)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
20-39	78	26.2
40-59	132	44.3
60-79	76	25.5
80 ปีขึ้นไป	12	4.0
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	45	15.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	89	29.9
มัธยมศึกษาตอนปลาย	92	30.9
อุดมศึกษา	72	24.1
ระยะเวลาบวช (ปี)		
1-10	95	31.9
11-20	83	27.8
21-30	67	22.5
มากกว่า 30	53	17.8
คณะสงฆ์		
มหานิกาย	276	92.6
ธรรมยุติกนิกาย	22	7.4
พื้นที่ตั้งวัด		
เมือง	134	45.0
ชานเมือง	89	29.9
ชนบท	75	25.1

จากตาราง 1 พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 40-59 ปี ร้อยละ 44.3 มีระดับการศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30.9 และมีระยะเวลา

บวช 1-10 ปี ร้อยละ 31.9 ส่วนใหญ่สังกัดคณะสงฆ์ มหานิกาย ร้อยละ 92.6 และอยู่ในพื้นที่เมือง ร้อยละ 45.0

ตาราง 2 พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n = 298)

พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวน	ร้อยละ
การสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบ	189	63.4
เคยสูบ แต่เลิกแล้ว	67	22.5
ยังสูบบุหรี่อยู่	42	14.1
การออกกำลังกาย		
ไม่ออกกำลังกาย	156	52.3
ออกกำลังกาย 1-2 ครั้ง/สัปดาห์	89	29.9
ออกกำลังกาย 3-4 ครั้ง/สัปดาห์	42	14.1
ออกกำลังกายทุกวัน	11	3.7
การรับประทานอาหาร		
รับประทานอาหารหวาน/เค็ม/มัน บ่อยครั้ง	134	45.0
รับประทานอาหารหวาน/เค็ม/มัน บางครั้ง	123	41.3
หลีกเลี่ยงอาหารหวาน/เค็ม/มัน	41	13.7
การตรวจสุขภาพ		
ไม่เคยตรวจ	89	29.9
ตรวจเมื่อมีอาการ	145	48.7
ตรวจประจำปี	64	21.4

จากตาราง 2 พบว่า พระสงฆ์ ร้อยละ 63.4 ไม่เคยสูบบุหรี่ แต่ยังมีผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ ร้อยละ 14.1 พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่ออกกำลังกาย ร้อยละ 52.3 และ

มีการรับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน บ่อยครั้ง ร้อยละ 45.0 ส่วนใหญ่ตรวจสุขภาพเมื่อมีอาการ ร้อยละ 48.7

ตาราง 3 การปฏิบัติทางศาสนาและกิจกรรมในวัดของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n = 298)

กิจกรรม	จำนวน	ร้อยละ
การบิณฑบาต		
ไปบิณฑบาตทุกวัน	245	82.2
ไปบิณฑบาตบางวัน	45	15.1
ไม่ไปบิณฑบาต	8	2.7
การปฏิบัติธรรม		
ปฏิบัติทุกวัน	198	66.4
ปฏิบัติบางวัน	87	29.2
ไม่ปฏิบัติ	13	4.4
การเทศน์		
เทศน์เป็นประจำ	89	29.9
เทศน์บางโอกาส	156	52.3
ไม่เทศน์	53	17.8
การเข้าร่วมกิจกรรมชุมชน		
เข้าร่วมเป็นประจำ	123	41.3
เข้าร่วมบางครั้ง	134	45.0
ไม่เข้าร่วม	41	13.7

จากตาราง 3 พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไปบิณฑบาตทุกวัน ร้อยละ 82.2 ปฏิบัติธรรมทุกวัน ร้อยละ 66.4 เทศน์บางโอกาส ร้อยละ 52.3 และเข้าร่วมกิจกรรมชุมชนบางครั้ง ร้อยละ 45.0

ตาราง 4 ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง (n = 298)

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	จำนวน	ร้อยละ	95% CI
โรคความดันโลหิตสูง	145	48.7	43.1-54.3
โรคเบาหวาน	89	29.9	24.8-35.4
โรคไขมันในเลือดสูง	112	37.6	32.1-43.4
โรคอ้วน (BMI $\geq$ 25)	178	59.7	54.1-65.1
โรคหัวใจและหลอดเลือด	45	15.1	11.4-19.7
โรคไตเรื้อรัง	23	7.7	5.1-11.4
โรคมะเร็ง	8	2.7	1.3-5.2
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	12	4.0	2.2-6.9
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง $\geq$ 1 โรค	234	78.5	73.5-82.9
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง $\geq$ 2 โรค	167	56.0	50.3-61.6
มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง $\geq$ 3 โรค	89	29.9	24.8-35.4

จากตาราง 4 พบว่า โรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากที่สุดในพระสงฆ์ คือ โรคอ้วน ร้อยละ 59.7 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.7 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.6 พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค ร้อยละ 78.5 และมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 2 โรคขึ้นไป ร้อยละ 56.0

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

ตัวแปร	มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, n (%)	ไม่มีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, n (%)	χ^2	p-value
กลุ่มอายุ			15.428	0.001*
20-39 ปี	52 (66.7)	26 (33.3)		
40-59 ปี	108 (81.8)	24 (18.2)		
60-79 ปี	66 (86.8)	10 (13.2)		
80 ปีขึ้นไป	8 (66.7)	4 (33.3)		
การสูบบุหรี่			3.254	0.071
ไม่เคยสูบ	142 (75.1)	47 (24.9)		
เคยสูบ/ยังสูบ	92 (84.4)	17 (15.6)		
การออกกำลังกาย			11.234	0.001*
ไม่ออกกำลังกาย	134 (85.9)	22 (14.1)		
ออกกำลังกาย	100 (70.4)	42 (29.6)		
การรับประทานอาหาร			7.892	0.019*
รับประทานอาหารหวาน/เค็ม/มัน บ่อยครั้ง	115 (85.8)	19 (14.2)		
รับประทานอาหารหวาน/เค็ม/มัน บางครั้ง	98 (79.7)	25 (20.3)		
หลีกเลี่ยงอาหารหวาน/เค็ม/มัน	21 (51.2)	20 (48.8)		

*p-value < 0.05

จากตาราง 5 พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพระสงฆ์ในช่วงอายุ 40-79 ปี มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าช่วงอายุอื่น (p-value = 0.001) นอกจากนี้ การออกกำลังกายและการรับประทานอาหารมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพระสงฆ์ที่ไม่ออกกำลังกายและรับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน บ่อยครั้ง มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่า (p-value = 0.001, p-value = 0.019 ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์จังหวัดอุดรดิตถ์

การศึกษาครั้งนี้พบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดอุดรดิตถ์มีความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรคถึงร้อยละ 78.5 ซึ่งสูงกว่าประชากรทั่วไปในประเทศไทย โดยพบว่าในปี 2566 ประเทศไทยพบผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 4,615,969 คน ร้อยละ 46.9 โรคเบาหวาน 2,144,438 คน ร้อยละ 21.8 โรคหลอดเลือดสมอง 247,170 คน ร้อยละ 2.5 โรคหัวใจและหลอดเลือด 193,527 คน ร้อยละ 1.9 ตามลำดับ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Jeamjitvibool et al. (2022) ที่พบว่าพระสงฆ์ไทยมีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงเนื่องจากปัจจัยด้านวิถีชีวิตและการปฏิบัติทางศาสนาที่มีเอกลักษณ์เฉพาะตัว ความชุกที่สูงนี้อาจเป็นผลมาจากข้อจำกัดในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การพึ่งพาอาหารบิณฑบาต การขาดกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม และปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้น โรคที่พบมากที่สุดในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ โรคอ้วน ร้อยละ 59.7 รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 48.7 และโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 37.6 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Jeamjitvibool et al. (2022) ที่ระบุว่า โรคอ้วนและโรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในพระสงฆ์ไทย การที่โรคอ้วนมีความชุกสูงที่สุดนี้สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมตามบริบทของพระสงฆ์ในการพึ่งพาอาหารจากการบิณฑบาตและการขาดกิจกรรมทางกาย ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังอื่นๆ ต่อเนื่อง

ปัจจัยเสี่ยงและพฤติกรรมสุขภาพ

การศึกษาพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 52.3 ไม่ออกกำลังกาย และร้อยละ 45.0 รับประทานอาหารหวาน เค็ม มัน บ่อยครั้ง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Laochai และ Preechawong (2022) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่พบในพระสงฆ์ ร้อยละ 14.1 ซึ่งแม้จะ

ต่ำกว่าอัตราที่รายงานในงานวิจัยก่อนหน้านี้ แต่ยังคงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญ ข้อจำกัดในการควบคุมพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์เกิดจากลักษณะเฉพาะของวิถีชีวิต โดยเฉพาะการพึ่งพาอาหารบิณฑบาตที่ไม่สามารถเลือกประเภทอาหารได้ และการมีกิจกรรมทางศาสนาที่เป็นหลักทำให้มีเวลาจำกัดสำหรับการออกกำลังกาย สิ่งนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jeamjitvibool et al. (2022) ที่ระบุว่า ปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคมมีอิทธิพลต่อสุขภาพของพระสงฆ์ โดยเฉพาะข้อจำกัดในการเลือกอาหารและกิจกรรมทางกาย

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุและการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

การศึกษาพบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพระสงฆ์ในช่วงอายุ 40-79 ปี มีโอกาสเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่าช่วงอายุอื่น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2014) ที่ศึกษาผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์พบว่า อายุเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อสุขภาพ การที่พระสงฆ์ในกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป มีอัตราการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง ร้อยละ 66.7 อาจเป็นผลจากการที่พระสงฆ์ในกลุ่มนี้ได้รับการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น หรือเป็นผลจากการคัดเลือกผู้รอดชีวิต (Survival bias) ที่พระสงฆ์ที่มีสุขภาพดีเท่านั้นที่สามารถมีชีวิตยืนยาวได้

ผลกระทบของการปฏิบัติทางศาสนาต่อสุขภาพ

การศึกษาพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไปบิณฑบาตทุกวัน ร้อยละ 82.2 และปฏิบัติธรรมทุกวัน ร้อยละ 66.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Stewart et al. (2014) ที่พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอย่างสม่ำเสมอ มีผลต่อการลดความดันโลหิตในผู้สูงอายุที่จังหวัดอุดรดิตถ์ ในทางกลับกัน การพึ่งพาอาหารบิณฑบาตอาจเป็นข้อจำกัดสำคัญในการควบคุมคุณภาพอาหารและปริมาณแคลอรีที่เหมาะสม การที่พระสงฆ์ไม่สามารถเลือกประเภทอาหารได้และต้องรับประทานอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต ซึ่งมีรสชาติดหวาน เค็ม มัน เพื่อให้เกิดความอร่อย จึงส่งผลให้เกิดปัญหาโรคอ้วนและโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางที่ศึกษาเฉพาะในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี จึงอาจไม่สามารถสรุปผลไปยังพระสงฆ์ในพื้นที่อื่นได้ทั้งหมด นอกจากนี้ การใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลอาจมีข้อจำกัดในเรื่องความแม่นยำของข้อมูล โดยเฉพาะข้อมูลที่เป็นการรายงานตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและประวัติการเจ็บป่วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ข้อมูลจากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพระสงฆ์ โดยการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์ และการติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยทำให้สามารถตรวจจับปัญหาสุขภาพได้เร็วขึ้นและจัดการแก้ไขได้อย่างทัน่วงที

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปควรมุ่งเน้นการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น โดยใช้การออกแบบการวิจัยแบบการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective cohort study) เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพในระยะยาว การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความเชื่อ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในมุมมองที่ลึกซึ้ง รวมถึงการศึกษาผลกระทบของสิ่งแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมต่อสุขภาพของพระสงฆ์

เอกสารอ้างอิง

- Aekplakorn, W., Suriyawongpaisal, P., Srithamrongsawadi, S., & Kaewkamjonchai, P. (2021). Assessing a national policy on strengthening chronic care in primary care settings of a middle-income country using patients' perspectives. *BMC Health Services Research*, 21(1), 223. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06220-x>
- Hathirat, S. (1983). Buddhist monks as community health workers in Thailand. *Social Science & Medicine*, 17(19), 1485-1487. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(83\)90047-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(83)90047-3)
- Jeamjitvibool, T., Tankumpuan, T., Lukkahatai, N., & Davidson, P. M. (2022). Noncommunicable diseases and social determinants of health in Buddhist monks: An integrative review. *Research in Nursing & Health*, 45(2), 249-260. <https://doi.org/10.1002/nur.22215>
- Murtagh, S., McCombe, G., Broughan, J., Carroll, Á., Casey, M., Harrold, Á., et al. (2021). Integrating primary and secondary care to enhance chronic disease management: A scoping review. *International Journal of Integrated Care*, 20(4), 16. <https://doi.org/10.5334/ijic.5508>
- Kaufman, N. D., Chasombat, S., Tanomsingh, S., Rajataramya, B., & Potempa, K. (2011). Public health in Thailand: emerging focus on non-communicable diseases. *International Journal of Health Planning and Management*, 26(3), e197-e212. <https://doi.org/10.1002/hpm.1078>

- Laochai, W., & Preechawong, S. (2021). Selected factors relating to smoking cessation among Buddhist monks with non-communicable diseases. *Tobacco Induced Diseases*, 19 (Suppl 1), A175. <https://doi.org/10.18332/tid/140981>
- Laochai, W., & Preechawong, S. (2022). Quit rates and predictors of smoking abstinence in Thai Buddhist monks with noncommunicable diseases. *Journal of Health Research*, 36(3), 453-461. <https://doi.org/10.1108/JHR-08-2020-0336>
- Pongutta, S., Suphanchaimat, R., Patcharanarumol, W., & Tangcharoensathien, V. (2019). Lessons from the Thai health promotion foundation. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(4), 213-220. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.220277>
- Sakboonyarat, B., Mungthin, M., Hatthachote, P., Srichan, Y., & Rangsin, R. (2022). Model development to improve primary care services using an innovative network of homecare providers (WinCare) to promote blood pressure control among elderly patients with noncommunicable diseases in Thailand: A prospective cohort study. *BMC Primary Care*, 23(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01648-4>
- Stewart, O., Yamarat, K., Neeser, K. J., Lertmaharit, S., & Holroyd, E. (2014). Buddhist religious practices and blood pressure among elderly in rural Uttaradit Province, northern Thailand. *Nursing & Health Sciences*, 16(1), 119-125. <https://doi.org/10.1111/nhs.12075>
- Sumriddetchkajorn, K., Shimazaki, K., Ono, T., Kusaba, T., Sato, K., & Kobayashi, N. (2019). Universal health coverage and primary care, Thailand. *Bulletin of the World Health Organization*, 97(6), 415-422. <https://doi.org/10.2471/BLT.18.223693>
- Tangcharoensathien, V., Adulyanon, S., Supaka, N., Munkong, R., Viriyathorn, S., Sirithienthong, S., et al. (2024). The Thai Health Promotion Foundation: Two decades of joint contributions to addressing noncommunicable diseases and creating healthy populations. *Global Health: Science and Practice*, 12(2), e2300311. <https://doi.org/10.9745/GHSP-D-23-00311>
- Tangcharoensathien, V., Witthayapipopsakul, W., Panichkriangkrai, W., Patcharanarumol, W., & Mills, A. (2018). Health systems development in Thailand: a solid platform for successful implementation of universal health coverage. *The Lancet*, 391(10126), 1205-1223. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30198-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30198-3)
- Theeranut, A., Methakanjanasak, N., Lertsinudom, S., Surit, P., Panyaek, N., Leeladapattarakul, S., et al. (2024). Integrated care model by the village health volunteers to prevent and slow down progression of chronic kidney disease in a rural community, Thailand. *Journal of Primary Care & Community Health*, 15, 21501319241240355. <https://doi.org/10.1177/21501319241240355>
- Treerutkuarkul, A. (2008). Thailand's unsung heroes. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(1), 5-6. <https://doi.org/10.2471/BLT.08.010108>

- Tuangratananon, T., Julchoo, S., Phaiyaron, M., Panichkriangkrai, W., Pudpong, N., Patcha-ranarumol, W., et al. (2021). Healthcare providers' perspectives on integrating NCDs into primary healthcare in Thailand: a mixed method study. *Health Research Policy and Systems*, 19(1), 139. <https://doi.org/10.1186/s12961-021-00791-1>
- Wanitikun, N., Batterham, R., Vichathai, C., Leetongin, G., & Osborne, R. H. (2011). Building equity in chronic disease management in Thailand: A whole-system provincial trial of systematic, pro-active chronic illness care. *Chronic Illness*, 7(1), 31-44. <https://doi.org/10.1177/1742395310389495>
- World Health Organization. (2020). *Prevention and control of noncommunicable diseases in Thailand -the case for investment*. WHO Press.