

บทความวิจัย

การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา: อะไรที่พระสงฆ์ต้องการ Health Care for Monks in a Muang District, Nakhon Ratchasima: What are the Health Needs of Monks?

Received: Sep 16, 2021

Revised: Jan 13, 2022

Accepted: Jan 20, 2022

ผกาทิพย์ สิงห์คำ พย.ม. (Pakatip Singkham, M.N.S.)¹พรฤดี นิธิรัตน์ ปร.ด. (Pornruedee Nitirat, Ph.D.)²

บทคัดย่อ

บทนำ: พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ การพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืนต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่รอบด้านจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้ยังไม่ชัดเจน

วัตถุประสงค์การวิจัย: 1) เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม 2) เพื่อเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย: เป็นการศึกษาแบบวิจัยผสมวิธี The QUAN-QUAL Model (Triangulation Mixed Design) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณคือ พระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 379 รูป กลุ่มตัวอย่างสำหรับการศึกษาเชิงคุณภาพคือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย: พบว่า 1) พระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง และต้องการให้มีกิจกรรมถวายความรู้ที่วัด 2) พระสงฆ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมดี แต่ยังฉันทานอาหารหวานจัดและไขมันสูง และการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดเอื้อให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี แต่ยังต้องการการจัดการสัตว์นำโรคและสัตว์จรจัด รวมถึงการปรับห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ 4) พระสงฆ์ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 5) พระสงฆ์ได้รับการดูแลสุขภาพจากภรรยาสมาชิกที่สุดเรื่องการจัดการอาหารถวาย 6) พระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐในระดับปานกลาง และต้องการให้ปรับปรุงบริการสำหรับพระสงฆ์ให้เหมาะสมกับข้อจำกัดทางวินัยสงฆ์ จากข้อค้นพบนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ 4 ด้าน คือ ด้านพระสงฆ์ ด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้านประชาชน และด้านการบริหารจัดการ

ได้รับทุนสนับสนุนจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, E-mail: pakatip@knc.ac.th

²Corresponding author ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, E-mail: pornruedee@knc.ac.th

^{1,2} Boromrajonnii College of Nursing, Nakhomratchasima, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

สรุป: การพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ต้องให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมที่ยังพบว่าเป็นปัญหาอยู่

ข้อเสนอแนะ: ผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ควรพิจารณานำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

คำสำคัญ: พระสงฆ์, สุขภาพพระสงฆ์, ความต้องการทางสุขภาพ

Abstract

Introduction: Monks are a population at risk of health problems. Sustainable health enhancement in monks requires well-rounded perspectives from stakeholders. However, those perspectives are unclear.

Objectives: 1) to examine monks' needs based on predisposing, enabling, and reinforcing factors; 2) to propose policy recommendations for monk's health care in Muang District, Nakhon Ratchasima province.

Methodology: The study design was QUAN-QUAL model (Triangulation Mixed Design). Samples in a quantitative study were 379 monks in Muang District, Nakhon Ratchasima province, and the participants in a qualitative study were 30 stakeholders. Data were collected using a questionnaire, in-depth and focus-group interview guides, and an observation form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics. Qualitative data were analyzed using content analysis.

Results: The study revealed that 1) monks had health knowledge in a middle level and requested for health education which periodically provided at their temple; 2) monks reported an overall good health behaviors, except for smoking, and consuming foods which contained high sugar and fat; 3) temple environment could help to promote monks' health, however, animal carriers elimination and elderly restrooms were needed; 4) monks still had limitations in health information access; 5) Buddhist folds mainly help monks only with food preparation; and 6) monks satisfied with public health services in a middle level and they asked for specific improvement concerning on monastic disciplines. These findings could generate policy recommendations in 4 aspects: monks, healthcare providers, Buddhists, and health system management.

Conclusion: The enhancement of monk's healthcare in Muang District, Nakhon Ratchasima province needs to emphasize problematic predisposing, enabling, and reinforcing factors.

Implication: Those responsible for monks' health should employ the findings from this study to improve monk-related healthcare in their areas with area-context adjustment.

Keywords: Monk, Monks' health, Health needs

บทนำ

ศาสนาพุทธเป็นศาสนาประจำชาติไทย โดยปัจจุบัน ประชากรไทยร้อยละ 93.5 นับถือศาสนาพุทธ¹ พระสงฆ์เป็นผู้สืบทอดพระพุทธศาสนา โดยปฏิบัติและเผยแผ่หลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า รวมถึงเป็นที่พึ่งทางจิตใจของพุทธศาสนิกชนและของชุมชน อย่างไรก็ตามพระสงฆ์เป็นนักบวชที่มีวิถีชีวิตแตกต่างจากประชาชนทั่วไป และดำรงชีพจากการสงเคราะห์ของคนในชุมชน ดังนั้นสังคมไทยจึงควรดูแลพระสงฆ์อย่างเหมาะสมในฐานะพลเมืองของประเทศ

ในเชิงสุขภาพ เนื่องจากพระสงฆ์ต้องรักษาศีล ทำให้มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพของตนเอง ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับดีซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่²⁻⁴ ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพพระภิกษุสามเณรทั่วประเทศจำนวน 252,851 รูป จาก 41,142 วัด ในปี 2559 พบว่ามีพระภิกษุสามเณรที่สุขภาพดีเพียงร้อยละ 52 ในขณะที่พบภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพร้อยละ 19 และอาหารถึงร้อยละ 30 โดยโรคที่พบมากที่สุด 5 อันดับแรกเป็นโรคเรื้อรังทั้งหมด ได้แก่ โรคเมหะเร็ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคไตวายเรื้อรัง ส่วนปัจจัยที่ส่งผลให้อาหารคือ ระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดสูง ดัชนีมวลกายเกณฑ์มาตรฐาน และการสูบบุหรี่⁵ ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ยังมาจากการขาดความรู้และความตระหนัก รวมถึงการมีอุปสรรคขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี การศึกษาที่จังหวัดขอนแก่นพบว่าเมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยาฉันทันเอง และมีพระสงฆ์ ร้อยละ 31.88 ที่ระบุว่าตนเองไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ⁶ ซึ่งสะท้อนว่าพระสงฆ์ไม่ทราบถึงสิทธิการรักษาพยาบาลตามสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สอดคล้องกับรายงานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในปี 2561 ที่พบว่าพระสงฆ์เพียงร้อยละ 33 ที่รู้ว่าพระสงฆ์มีสิทธิหลักประกันสุขภาพตามกฎหมาย⁷ นอกจากนี้มีพระสงฆ์ที่ไม่เคยเข้ารับอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เพราะไม่มีเวลาไปอบรม ไม่มีหน่วยงานเข้ามาอบรมให้ และไม่ทราบสถานที่อบรม โดยพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 67.8 ระบุว่ามีความรู้ในการดูแลสุขภาพน้อยที่สุด 2 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาลตนเองและการไปตรวจสุขภาพประจำปี⁸

ประเทศไทยมีนโยบายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่เป็นรูปธรรมเด่นชัดคือ “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560” ซึ่งกำหนดข้อตกลงที่เป็นเจตจำนงร่วมกันของพระสงฆ์ ชุมชน สังคมและหน่วยงานที่เป็นภาคีทุกภาคส่วน เพื่อใช้เป็นกรอบในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ โดยมีเป้าหมายส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ส่งเสริมให้ชุมชนและสังคมดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย และส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม⁹ การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในสังคมไทยปรากฏเพิ่มขึ้นตามลำดับ มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รวมถึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในหลายพื้นที่¹⁰ อย่างไรก็ตาม การศึกษาวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ที่ผ่านมาส่วนใหญ่กำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์และประชาชน องค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงยังมีความจำกัดอยู่เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์และประชาชน ยังขาดข้อมูล/มุมมองที่หลากหลายจากภาคส่วนอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในปีงบประมาณ 2564 เขตบริการสุขภาพที่ 9 และจังหวัดนครราชสีมา มีนโยบายสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างเป็นรูปธรรมและยั่งยืน ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวต้องอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่รอบด้าน ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาถึงสถานการณ์การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ที่เป็นปัจจุบัน และยังขาดข้อมูลความต้องการของพระสงฆ์ในเรื่องการดูแลสุขภาพ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องศึกษาเพื่อหาข้อมูลดังกล่าว จากมุมมองของพระสงฆ์ ฆราวาสผู้ดูแลในวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้บริหารสาธารณสุข โดยกำหนดขอบเขตความต้องการการดูแลสุขภาพตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ซึ่งจะครอบคลุมทั้งปัจจัยที่มาจากตัวพระสงฆ์ และปัจจัยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก¹¹ และต้องการข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความสมบูรณ์ทั้งในภาพกว้างและในเชิงลึก สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมาให้มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อศึกษาความต้องการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม
2. เพื่อเสนอข้อเสนอเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยผสมวิธี The QUAN-QUAL Model (Triangulation Mixed Design)¹²

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study: Descriptive study)

ประชากร คือ พระสงฆ์ทั้งหมดที่จำวัดอยู่ในวัด 160 แห่ง ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา รวมจำนวน 2,739 รูป คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงสำรวจ โดยกำหนดขนาดประชากรพระสงฆ์ 3,000 รูป ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และยอมรับความคลาดเคลื่อนของการประมาณสัดส่วนที่ $\pm 5\%$ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 353 รูป¹² และเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 10% รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 390 รูป

ผู้วิจัยเลือกกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกได้แก่ เป็นพระสงฆ์สัญชาติไทยที่บวชและมีใบสุทธิพระมาแล้วอย่างน้อย 1 พรรษา และสมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และกำหนดเกณฑ์การคัดออกได้แก่ พระสงฆ์ที่ตอบแบบสอบถามมีความสมบูรณ์น้อยกว่า ร้อยละ 50

สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage random sampling) โดย

1. แบ่งพื้นที่อำเภอเมืองเป็น 2 ส่วน คือ พื้นที่ในเขตเทศบาล (มีจำนวน 38 วัด มีพระสงฆ์ 493 รูป กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ 70 รูป) และพื้นที่นอกเขตเทศบาล (มีจำนวน 122 วัด มีพระสงฆ์ 2,246 รูป กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ 320 รูป)¹³

2. ในพื้นที่เขตเทศบาล ประกอบด้วยตำบลในเมือง (แบ่งเขตปกครองเป็น 6 เขต) และตำบลโพธิ์กลาง สุ่มอย่าง

ง่ายโดยการจับฉลากเลือกเขตปกครอง/ตำบล สุ่มได้เขตปกครอง 1 เขต และสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกวัดจำนวน 5 วัด ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 77 รูป

3. ในพื้นที่นอกเขตเทศบาล ประกอบด้วย 20 ตำบล สุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากเลือกตำบล โดยกำหนดให้พระสงฆ์ทุกวัดในตำบลที่สุ่มได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง สุ่มได้ 6 ตำบล ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 343 รูป

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ปัจจัยนำ)¹¹ ปรับปรุงจากแบบสอบถามของพระสุกสะหวັນ บดชะหมวน⁹ ได้แก่ 1) ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ประกอบด้วยการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การขับถ่าย การออกกำลังกายและการนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี เป็นข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ให้เลือกตอบมี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ถูก ผิด และไม่แน่ใจ ให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก = 1 คะแนน ตอบผิดและไม่แน่ใจ = 0 คะแนน โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของ Kuder Richardson 20 ที่ระดับ .92 การแปลผลโดยการแบ่งกลุ่มระดับความรู้เป็น 3 ระดับ ตามหลักการของ Bloom¹⁴

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ปัจจัยนำ)¹¹ ปรับปรุงจากแบบสอบถามของพระสุกสะหวັນ บดชะหมวน⁹ ประกอบด้วยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การขับถ่าย การออกกำลังกายและการนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี จำนวน 22 ข้อ ให้ระบุความถี่ในการทำพฤติกรรม แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติหรือปฏิบัติน้อย โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ระดับ .81

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อการจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ (ปัจจัยเอื้อ)¹¹ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ระบุระดับความคิดเห็นต่อการจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดจำนวน 14 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ ดีมาก ดี พอใช้ แย่ และแย่มาก โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ระดับ .92

ส่วนที่ 5 การรับรู้ความยากง่ายในการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของพระสงฆ์ (ปัจจัยเอื้อ)¹¹ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ระบุระดับความยากง่ายในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจำนวน 5 ข้อและการเข้าถึงบริการสุขภาพของพระสงฆ์จำนวน 7 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 5 ระดับ คือ ง่ายมาก ง่าย ปานกลาง ยาก และยากมาก โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ระดับ .86

ส่วนที่ 6 ความคิดเห็นต่อการได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์จากฆราวาสผู้ดูแลในวัด (ปัจจัยเอื้อ)¹¹ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ให้ระบุระดับความคิดเห็นต่อการได้รับการดูแลสุขภาพจากฆราวาสผู้ดูแลในวัดจำนวน 5 ข้อ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง น้อย โดยมีค่าความเชื่อมั่นตามวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ที่ระดับ .82

ส่วนที่ 7 การได้รับบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้เฉพาะพระสงฆ์ (ปัจจัยเสริม)¹¹ พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยการจัดที่นั่งเฉพาะ การให้บริการของเจ้าหน้าที่ และการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยให้พระสงฆ์ที่เคยไปรับบริการสุขภาพจากสถานบริการของรัฐ ระบุว่าได้

รับบริการที่จัดให้เฉพาะแก่พระสงฆ์หรือไม่ กำหนดบริการที่จัดให้เฉพาะแก่พระสงฆ์จำนวน 6 เรื่อง

ส่วนที่ 8 ความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพที่ภาครัฐจัดให้พระสงฆ์ (ปัจจัยเสริม)¹¹ ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ข้อ คือ 1) ความพึงพอใจโดยรวมต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่จัดให้แก่พระสงฆ์ แบ่งระดับความคิดเห็นเป็นคะแนน 0-10 โดย 0 = ไม่พึงพอใจเลย และ 10 = พึงพอใจมากที่สุด และ 2) ข้อเสนอแนะเพื่อปรับปรุงระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่จัดให้แก่พระสงฆ์ เป็นคำถามปลายเปิด

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study: Qualitative Description)¹⁵

ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informant) คือ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ เลือกโดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างกรณีหลากหลาย (Maximum Variation Sampling) ตามแนวทางของ Miles and Huberman¹⁶ ประกอบด้วย 4 กลุ่มหลัก ได้แก่ พระสงฆ์ ฆราวาสผู้ดูแลภายในวัด เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข กรณีผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพระสงฆ์และฆราวาสผู้ดูแลในวัด ให้เสนอชื่อจากเจ้าคณะจังหวัดและเจ้าอาวาสวัด ส่วนผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ ผู้วิจัยเลือกตามตำแหน่งงานที่มีประสบการณ์การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ กำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลเบื้องต้นจำนวน 30 คน เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูล อาจเพิ่มหรือลดจำนวนผู้ให้ข้อมูลได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความอึดตัวของข้อมูล

เครื่องมือในการวิจัย

การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูล 3 วิธี คือ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูล จำนวนผู้ให้ข้อมูล วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ให้ข้อมูล/ แหล่งข้อมูล	ประเด็นที่ต้องการเก็บข้อมูล	วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล/ เครื่องมือ
พระสงฆ์ลูกวัด (จำนวน 8 รูป)	- การดูแลสุขภาพตนเอง - การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ - การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพของพระสงฆ์ - การสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จากฆราวาสผู้ดูแลในวัด - ความคิดเห็นต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่มีให้แก่พระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
ผู้นำสงฆ์ ได้แก่ - เจ้าคณะจังหวัด - เจ้าคณะอำเภอ - เจ้าอาวาสวัด (จำนวน 5 รูป)	- การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ - ความคิดเห็นต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่มีให้แก่พระสงฆ์ - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
ฆราวาสผู้ดูแลในวัด (จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 5 คน)	- การสนับสนุนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์จากฆราวาสผู้ดูแลในวัด - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสนทนากลุ่ม/ แนวคำถามสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม
เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขในพื้นที่ (จำนวน 2 คน)	- การให้บริการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
เจ้าหน้าที่ อปท. (จำนวน 2 คน)	- การให้บริการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
ผู้รับผิดชอบระดับ นโยบาย ได้แก่ - เจ้าหน้าที่ สสจ. - เจ้าหน้าที่ สสอ. (จำนวน 3 คน)	- นโยบายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - การให้บริการการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของจังหวัด - ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ - แนวทางการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของจังหวัด	การสัมภาษณ์เชิงลึก/ แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก
วัดจำนวน 10 วัด	การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ	การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม/ แบบบันทึกการสังเกต

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ตรวจสอบคุณภาพโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 4 คน ได้แก่ อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ 1 คน พระสงฆ์ 2 รูป และผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 1 คน และเมื่อนำเครื่องมือไปใช้กับผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มเป็นครั้งแรก ผู้วิจัยประเมินคุณภาพของเครื่องมืออีกครั้ง ก่อนจะนำไปดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา ตามเอกสารจริยธรรมรับรองเลขที่ COA No.05/2564 ระยะเวลารับรองคือ วันที่ 26 มกราคม พ.ศ. 2564 ถึง 25 มกราคม พ.ศ. 2565

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การศึกษาเชิงปริมาณ ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างที่วัดแต่ละแห่งและดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบด้วยตนเอง
2. การศึกษาเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยนัดหมายผู้ให้ข้อมูลสำคัญและเดินทางไปเก็บข้อมูลที่วัด โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และมีการบันทึกเสียงระหว่างการเก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ (Thematic analysis)

ผลการศึกษา

ผู้ตอบแบบสอบถามคือ พระสงฆ์ 379 รูป ร้อยละ 81.5 เป็นพระสงฆ์ในวัดที่อยู่นอกเขตเทศบาล ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 41-60 ปี (ร้อยละ 37.5) โดยมีอายุเฉลี่ย 48.59 ปี ($SD = 17.23$) บวชมาแล้วเฉลี่ย 9.89 พรรษา ($SD = 11.17$) เกือบทั้งหมดเป็นพระลูกวัด (ร้อยละ 84.2) เกือบครึ่งหนึ่งมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 45.3) ส่วนการศึกษาทางโลก พระสงฆ์ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 47.2) การตรวจสอบสุขภาพประจำปีที่ได้

รับมากที่สุดคือ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง และวัดรอบเอว (ร้อยละ 70.7) ส่วนที่ได้รับน้อยที่สุดคือ การตรวจสุขภาพช่องปาก (ร้อยละ 46.7) ทั้งนี้พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 64.6) และใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ (ร้อยละ 60.7)

ผลการศึกษาส่วนที่ 1 ความต้องการการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

จากการสอบถามพระสงฆ์ 379 รูป สัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้อง จำนวน 30 คน และการสังเกตวัด 10 วัด ผลการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พบข้อค้นพบที่สำคัญ ดังนี้

1. พระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง และพระสงฆ์ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาถวายความรู้ที่วัดอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง (ปัจจัยนำ)

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 41.7) มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองระดับปานกลาง ($\bar{X} = 15.35$, $SD = 5.66$) เรื่องที่พระสงฆ์มีความรู้มากที่สุดได้แก่ เรื่องการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ ($\bar{X} = 0.87$, $SD = .34$) รองลงมาคือเรื่องการออกกำลังกายช่วยคลายเครียดได้ ($\bar{X} = 0.83$, $SD = .38$) ส่วนเรื่องที่พระสงฆ์มีความรู้น้อยที่สุดได้แก่ จำนวนชั่วโมงในการนอนที่เพียงพอต่อวัน ($\bar{X} = 0.20$, $SD = .40$) รองลงมาคือไม่ทราบว่ามีผลไม้อะไรหวานจัดเป็นอันตรายต่อร่างกาย ($\bar{X} = 0.27$, $SD = .44$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพยืนยันไปในทางเดียวกันว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความรู้ในการดูแลสุขภาพพระระดับหนึ่ง ซึ่งมีแนวโน้มว่าพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากการแนะนำเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเมื่อไปรับการรักษาโรค พระสงฆ์ส่วนใหญ่ต้องการให้มีการจัดกิจกรรมถวายความรู้ที่วัด เรื่องการดูแลสุขภาพพื้นฐานอย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อปี และพระอาวาสสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อ.สว.) ต้องการให้อบรม พัฒนาให้มีพระ อ.สว. เพิ่มขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“พระก็อยู่ตามสภาพแต่ละวัด การดูแลสุขภาพก็ประมาณพอใช้ถึงปานกลางไม่เต็มร้อย อยากได้คำแนะนำ การดูแลสุขภาพทั่ว ๆ ไป อาหารการกิน ความเป็นอยู่” (พระสงฆ์)

“พระก็มีความรู้ประมาณหนึ่ง รูปที่ป่วยไปหาหมอ ก็ได้รับความรู้จักหมอ รูปที่ไม่ป่วยก็ไม่ค่อยมีใครเข้ามาให้ความรู้ที่วัด ท่านก็อาจจะได้จากการดูข่าว” (ผู้นำสงฆ์)

“โดยส่วนตัวคิดว่าเจ้าหน้าที่ควรลงมาให้ความรู้ที่วัด อย่างน้อยปีละครั้งสองครั้งก็ยังดี มาตรวจเช็คสุขภาพประจำปีไปด้วยเลย ให้ไปตรวจกันเองพระก็จะไม่ค่อยอยากไปตรวจ (พระสงฆ์)”

“อาตมาเป็นพระ อสว. รูปเดียวในตำบล ดูแลไม่ทั่วถึงหรอก ควรจะอบรมให้มีพระ อสว. เพิ่ม หรือไม่ก็ อบรมให้ความรู้เรื่องสุขภาพพระทั้งตำบลเลย ปีละครั้งก็ได้” (พระสงฆ์)

2. พระสงฆ์มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมดี แต่ยังฉันทาอาหารหวานจัดและไขมันสูงเพื่อสนองศรัทธาผู้นามถวาย รวมถึงเมื่อมีความทุกข์จะเก็บไว้โดยไม่ปรึกษาผู้อื่น และการสูบบุหรี่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญของพระสงฆ์ (ปัจจัยนำ)

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74.7) มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับดี ($\bar{X} = 82.63$, $SD = 8.10$) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่พระสงฆ์ทำได้ดีที่สุดได้แก่ การล้างมือทุกครั้งหลังการขับถ่าย ($M = 4.66$, $SD = .76$) รองลงมาคือการฉันทาอาหารตรงเวลา ($\bar{X} = 4.62$, $SD = .78$) ส่วนพฤติกรรมที่พระสงฆ์ทำได้น้อยที่สุดได้แก่ การปรึกษาผู้อื่นเมื่อรู้สึกเครียด/มีความทุกข์ ($\bar{X} = 2.37$, $SD = 1.18$) รองลงมาคือหลีกเลี่ยงการฉันทาอาหารไขมันสูง ($\bar{X} = 2.99$, $SD = .94$) และอาหารหวานจัด ($\bar{X} = 3.07$, $SD = .95$) ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าพระสงฆ์ร้อยละ 55.9 ที่สูบบุหรี่ และในจำนวนนี้เป็นผู้ที่สูบบุหรี่ทุกวันและเกือบทุกวัน ร้อยละ 61.8

ข้อมูลเชิงคุณภาพสนทนากับพระสงฆ์บางรูปก็มีเรื่องที่ทุกซอก โดยเฉพาะเรื่องปัญหาปัจจัยที่จะนำมาใช้จ่ายส่วนตัวและภายในวัด แต่ท่านมักไม่ปรึกษาผู้อื่น พระสงฆ์ที่เจ็บป่วยพยายามเลี่ยงการฉันทาอาหารที่จะส่งผลต่อโรคที่เป็นอยู่ แต่ก็ยังต้องฉันทอยู่บ้างเพื่อไม่ให้ผู้ถวายเสียความตั้งใจ หรือต้องฉันทเพราะไม่มีอาหารให้เลือก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ยังระบุตรงกันว่าพระสงฆ์ฉันทเครื่องดื่มที่มีรสหวานเป็นประจำตามความชอบ และยอมรับว่ามีพระสงฆ์จำนวนมากที่สูบบุหรี่ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ความทุกข์ท่านก็มีนะ ยิ่งช่วงนี้โควิดมันกระทบทุกอย่าง กิจกรรมดลัมเลิกหมด....รูปที่ต้องเล่าเรียนก็ยังต้องใช้เงิน....พระก็มีค่าใช้จ่ายเยอะ แต่พระท่านก็ไม่กล้าพูดให้โยมฟังหรอก” (พระวาสนผู้ดูแลในวัด)

“พอป่วยก็จะปรับพวอาหารหวาน ๆ ลง กินกาแฟดำตามคำแนะนำของหมอ อย่างพวกเอมร้อย คาราบาว เป๊ปซี่ก็ลดลงเยอะ แต่บางทีอาหารที่ถวายมาไม่มีให้เลือก โยมซื้อใส่บาตรมาแบบไหน พระก็ต้องฉันท” (ผู้นำสงฆ์)

“การฉันทเครื่องดื่มชูกำลังพระก็จะฉันทบ้างตอนทำงาน แต่กาแฟจะฉันทเป็นประจำ ส่วนมากสะดวกเป็นทรินวัน....อาตมาว่าเป็นเพราะความเคยชินตั้งแต่ก่อนบวช หรือพระสูบบุหรี่ท่านสูบมาตั้งแต่ยังไม่บวชแล้ว ที่นี้มีพระ 10 รูป สูบบุหรี่ประมาณ 4 รูปได้” (ผู้นำสงฆ์)

อย่างไรก็ตาม การถวายเครื่องอุปโภคบริโภคของญาติโยมมีแนวโน้มเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น มีการคำนึงถึงสุขภาพพระสงฆ์มากขึ้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“ญาติโยมก็เปลี่ยนนะ ถวายน้ำพริกผักเยอะขึ้น แกงกะทิน้อยลง ของหวานเริ่มน้อยลง เมื่อก่อนพวกขนมทองหยิบทองหยอดเยอะ ตอนนี้ก็เปลี่ยนเป็นผลไม้มากขึ้น” (พระสงฆ์)

3. การจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดเอื้อให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี แต่ยังต้องการการจัดการสัตว์นำโรค และสัตว์จรจัด รวมถึงการทำห้องน้ำให้เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ (ปัจจัยเอื้อ)

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.0) เห็นว่าการจัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 54.63$, $SD = 8.66$) สิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพมากที่สุดได้แก่ อากาศในวัดและในกุฏิถ่ายเทสะดวก ($\bar{X} = 4.22$, $SD = .83$) รองลงมาคือ ความเพียงพอของแสงสว่างภายในวัด ($\bar{X} = 4.20$, $SD = .79$) ในทางตรงกันข้ามสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพน้อยที่สุดได้แก่ ห้องน้ำไม่มีราวจับสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ ($\bar{X} = 3.51$, $SD = 1.05$) รองลงมาคือ การจัดตุ้ยไม่เป็นระเบียบ ($\bar{X} = 3.55$, $SD = .97$) และการมีสัตว์นำโรคในวัด ($\bar{X} = 3.66$, $SD = .92$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์บ่งชี้ว่าพระสงฆ์เป็นผู้ดูแลสิ่งแวดล้อมในวัดเอง และสังเกตพบว่าวัดส่วนใหญ่

มีสุขภาพทั้งแบบนั่งยองและแบบชักโครก แต่ยังไม่ทำราวจับในห้องน้ำสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ วัดส่วนใหญ่จัดวางยาไว้ในตู้ยาหรือตู้กระจกโดยวางยาทุกชนิดรวมกัน และพบว่ามียาที่หมดอายุแล้ววางรวมอยู่ หนูเป็นปัญหาสัตว์นำโรคที่สำคัญของวัดในเขตเทศบาล ในขณะที่สุนัขและแมวจรจัดเป็นปัญหาของวัดนอกเขตเทศบาล ดังคำพูดต่อไปนี้

“ห้องน้ำของวัดก็มีทั้ง 2 แบบ หลวงพ่อแก่แล้วแต่ใช้แบบนั่งยองเพราะถนัดแบบนั้น ในห้องน้ำไม่มีที่จับ ก็ใช้มือทาบกำแพงเอาเวลาลุก....ปกติพระทำความสะอาดห้องน้ำเอง” (ผู้นำสงฆ์)

“ยากี่แกะจากสังฆทาน จัดไว้ในตู้ก็ไม่ได้แยกหรือว่าเป็นยาภายในหรือภายนอก” (พระสงฆ์)

“ก็มีแต่หนูนี้แหละ เยอะมาก บางทีแม่ครัวก็ซื้อยามาเบื่อ...กำจัดไม่หมดหรอก วัดอยู่ใกล้ตลาด” (ฆราวาสผู้ดูแลในวัดในเขตเทศบาล)

“สัตว์เลี้ยงในวัดเป็นภาระของพระ มีคนเอามาปล่อย.....มันมีลูกเยอะแยะทั้งหมาทั้งแมว แมวเป็น 30 ตัว” (ฆราวาสผู้ดูแลในวัดนอกเขตเทศบาล)

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพยายามในการควบคุมจำนวนสุนัขและแมวในวัด แต่พบว่ามีปัญหาอุปสรรคในเชิงการบริหารจัดการ ทำให้การแก้ปัญหาทำได้ยาก ดังคำพูดต่อไปนี้

“จะสำรวจประชากรสุนัขในวัดยังยากเลย...เจ้าหน้าที่ลงไปทำหมัน ไปฆ่าเห็บหมัด ไปฉีดวัคซีน ทุกอย่างพร้อมแต่จับหมาไม่ได้ตามเป้าเลย การจะจับหมาไปศูนย์พักพิง (ศูนย์พักพิงสุนัขจรจัด “นครชัยบุรินทร์”) ตอนนี้เหมือนกับว่าศูนย์เต็ม ทางเราก็มองไม่มีที่พักสัตว์” (เจ้าหน้าที่ อบท.)

4. พระสงฆ์เดินทางไปรับบริการสุขภาพได้สะดวก แต่ยังมิชอบจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (ปัจจัยเอื้อ)

พระสงฆ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68.3) รับรู้ว่าตนเองเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้ง่าย ($\bar{X} = 44.66$, $SD = 7.78$) เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอันดับแรกที่พระสงฆ์รับรู้ได้แก่ การมีอาสาสมัครประจำบ้านไว้ฉีฉนเมื่ออาพาธ ($\bar{X} = 3.97$, $SD = .84$) รองลงมาคือ การไปรับบริการที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล ($\bar{X} = 3.96$, $SD = .82$) ส่วนการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพอันดับสุดท้ายที่พระสงฆ์รับรู้ได้แก่ การเข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 3.39$,

$SD = .94$) รองลงมาคือ การได้พูดคุยความรู้เรื่องสุขภาพกับผู้อื่น ($\bar{X} = 3.45$, $SD = .92$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่าพระสงฆ์เข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยตนเองโดยไม่ลำบาก ทั้งการเดินทางและการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพ อย่างไรก็ตามพระสงฆ์หลายวัดระบุตรงกันว่าไม่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาดูแลสุขภาพที่วัดอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขว่าพระสงฆ์ยังไม่ใช้กลุ่มเป้าหมายหลักในการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนั้นยังพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านระบบเทคโนโลยีสารสนเทศ ดังคำพูดต่อไปนี้

“เวลาพระจะไปหาหมอ ก็มีโยมที่วัดพาไป ไม่ก็เรียกตุ๊กๆ เรียก Grab เรียกสามล้อไป ก็สะดวกอยู่ พระสงฆ์ที่นี้มีสิทธิบัตรทองทุกรูป” (ผู้นำสงฆ์)

“กลุ่มพระสงฆ์ ถ้าจัดลำดับก็จะอยู่ลำดับกลาง ๆ กลุ่มที่เราจะให้ความสำคัญก่อนจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุและกลุ่ม 7 โรคเรื้อรัง” (เจ้าหน้าที่ อบท.)

“อบต. มีงบของ สปสช.และมีงบของ อบต. เองทาง รพ.สต. เขียนโครงการมาขอได้ แต่ไม่เห็นทางของนามัยจะส่งโครงการดูแลพระสงฆ์มา ส่วนใหญ่เป็นดูแลคนกลุ่มอื่น” (เจ้าหน้าที่ อบท.)

“ไม่มีเจ้าหน้าที่มาให้ความรู้พระ พระก็จะหาข่าวสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต ก็อาจจะใช้ได้ไม่กี่รูป คนทำเป็นก็จะหาไม่ยาก แต่คนทำไม่เป็นก็จะยาก” (พระสงฆ์)

5. พระสงฆ์ได้รับการดูแลสุขภาพจากฆราวาสมากที่สุด เรื่องการจัดอาหารถวาย ทั้งแบบที่มีและไม่มีคำตอบแทนแต่ฆราวาสยังขาดการช่วยเหลือเมื่อพระสงฆ์มีเรื่องทุกข์ใจ (ปัจจัยเอื้อ)

ประมาณครึ่งหนึ่งของพระสงฆ์ (ร้อยละ 53.3) ระบุว่าได้รับการสนับสนุนการดูแลสุขภาพจากฆราวาสผู้ดูแลในวัดในระดับมาก ($\bar{X} = 11.34$, $SD = 2.65$) โดยเรื่องที่ได้รับการสนับสนุนมากที่สุดได้แก่ การดูแลสุขภาพด้านอาหาร ($\bar{X} = 2.43$, $SD = .67$) ส่วนเรื่องที่ได้รับการสนับสนุนน้อยที่สุดได้แก่ การช่วยเหลือเมื่อมีเรื่องทุกข์ใจ ($\bar{X} = 2.08$, $SD = .94$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่ามีฆราวาสเข้าไปดูแลจัดอาหารให้พระสงฆ์ แต่มีความแตกต่างกันระหว่างวัดในและนอกเขตเทศบาล กล่าวคือวัดในเขตเทศบาลอาจต้องจ่าย

คำตอบแทนให้ผู้ดูแล ในขณะที่วัดนอกเขตเทศบาลเป็นการเข้าไปดูแลโดยไม่คำตอบแทน นอกจากนั้นพระวาสผู้ดูแลในวัดยังระบุว่าตนเองไม่สามารถช่วยเหลือพระสงฆ์ที่มีความทุกข์ได้ โดยทำได้เพียงการรับฟังปัญหาเท่านั้น ดังคำพูดต่อไปนี้

“เมื่อเช้าท่านก็ช่วยเหลือตัวเอง บิณฑบาตมาก็ฉัน ห้องใครห้องคนนั้น เมื่อเพลก็มีแม่ครัวทำให้ แม่ครัวก็จ้างจากเงินวัด ถ้าไม่จ้างคน ก็ไม่มีใครทำ” (พระวาสผู้ดูแลในวัดในเขตเทศบาล)

“ผมไปดูแลท่านเจ้าอาวาส ท่านแก่แล้ว ต้มข้าวต้มให้ท่านเกือบทุกวัน” (พระวาสผู้ดูแลในวัดนอกเขตเทศบาล)

“ผมก็ได้ฟังพระบ่นอยู่เหมือนกันว่าไม่มีกิจนิมนต์ ไม่มีปัจจัย เราก็ไม่รู้จะช่วยให้ยังไง เราก็หากินลำบากเหมือนกัน” (พระวาสผู้ดูแลในวัดในเขตเทศบาล)

6. พระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐในระดับปานกลาง และต้องการให้พระสงฆ์ได้รับการที่รวดเร็วขึ้น โดยคำนึงถึงวัตรปฏิบัติในการฉันเพล และควรจัดที่นั่งเฉพาะให้กับพระสงฆ์ตามความเหมาะสม (ปัจจัยเสริม)

โดยภาพรวมพระสงฆ์มีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพของภาครัฐที่จัดให้ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 6.77$, $SD = 2.20$) พระสงฆ์ที่เคยไปรับบริการสุขภาพจากสถานบริการของรัฐ ร้อยละ 88.2 ระบุว่าเจ้าหน้าที่ให้ความเคารพในฐานะที่เป็นพระสงฆ์ ร้อยละ 83.5 ได้ใช้สิทธิรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพสนับสนุนว่าพระสงฆ์ที่ไปรับบริการที่โรงพยาบาลได้เข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลทุกรูป แต่รูปที่ไม่เคยไปรับบริการอาจไม่รู้ว่าพระสงฆ์มีสิทธิการรักษาพยาบาล พระสงฆ์ระบุความต้องการที่สำคัญ 2 เรื่อง คือ 1) ให้สถานบริการของรัฐให้บริการพระสงฆ์ให้รวดเร็วขึ้น และควรเสร็จก่อนเวลาฉันเพล และ 2) ให้จัดที่นั่งสำหรับพระสงฆ์แยกจากฆราวาส หรือช่วยหาที่นั่งให้ เมื่อมีพระสงฆ์เข้าไปรับบริการ ดังคำพูดต่อไปนี้

“พระท่านสามารถเข้ารับการรักษาได้โดยไม่ต้องจ่ายเงินเพิ่ม เรื่องของการเข้าถึงสิทธิ์ตรงนี้ก็ทำให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ดีขึ้น” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

“พระสงฆ์ก็มีคิวเหมือนคนปกติ ถ้ามีช่องทางสำหรับพระสงฆ์เลยก็จะเร็วขึ้น ถ้าไปรอนานก็จะติดเรื่อง

ฉันเพลด้วย ยิ่งพระที่มาไกลมารอนานก็จะลำบาก” (ผู้นำสงฆ์)

“รพ. รัฐน่าจะมียี่งของพระสงฆ์ต่างหาก คนเยอะ ๆ บางทีก็เดินชนกันกับโยมเลย” (พระสงฆ์)

“บางทีก็เห็นว่ามีการจัดที่นั่งให้พระอยู่เหมือนกัน แต่โยมก็ไปนั่งกันจนเต็ม พระจะไปบอกกับโยมก็ไม่ได้ น่าจะมีเจ้าหน้าที่มาจัดการให้” (พระสงฆ์)

“ส่วนกลางไม่ได้มีนโยบายชัด ๆ ว่าให้จัดบริการเฉพาะสำหรับพระสงฆ์ ขึ้นอยู่กับผู้บริหารโรงพยาบาล อย่างที่ รพ. ผอ. เข้าใจว่าจะต้องดูแลพระยังไง ก็จัดที่นั่งสำหรับให้พระสงฆ์ วางนโยบายไว้เลย ที่ รพ. ...ก็พยายามมีตึกสงฆ์อาพาธอยู่นะ” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

7. นโยบายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมายังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน การขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ต้องเกิดจากภาคส่วนเจ้าหน้าที่ประชาชน และพระสงฆ์ (ปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม)

เจ้าหน้าที่ภาครัฐทั้งระดับปฏิบัติและระดับนโยบายระบุตรงกันว่า นโยบายการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ของประเทศไทยยังไม่ชัดเจน ที่เห็นเป็นรูปธรรมคือ “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์” ซึ่งในจังหวัดนครราชสีมา มีเพียงบางพื้นที่ที่ขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ได้อย่างเข้มแข็งและเป็นรูปธรรม การดูแลสุขภาพพระสงฆ์จึงขึ้นอยู่กับการเห็นความสำคัญของผู้บริหารหรือเจ้าหน้าที่ในสถานบริการแต่ละแห่ง ซึ่งจะกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามที่เห็นว่าเหมาะสม อย่างไรก็ตาม ทุกคนเห็นสอดคล้องกันว่า ควรขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ประชาชน และพระสงฆ์

“จังหวัดเรามีการทำธรรมนูญร่วมกันว่าจะดูแลพระสงฆ์อย่างไร แต่ยังไม่สามารถขับเคลื่อนได้เต็มรูปแบบ...งานนี้จะประสบผลสำเร็จได้มันต้องมาจากทั้งทางฝั่งพระและฝั่งสาธารณสุข และถ้ามีภาคส่วนอื่นร่วมอีกเช่น พชอ. ยิ่งดีมาก” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

“สสจ. มีนโยบายเรื่อง Health Station ในชุมชน รพ.สต. ของเราคิดว่าควรกำหนดให้วัดเป็น Health Station เพราะวัดเป็นจุดศูนย์รวมอยู่แล้ว พระก็จะได้เข้าร่วมด้วย” (เจ้าหน้าที่ รพ.สต.)

“สิ่งที่ประชาชนนำมาถวายพระก็สะท้อนว่าประชาชนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ขนาดไหน เราก็ต้อง

รณรงค์ควบคู่กันทั้งพระสงฆ์และประชาชน” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

“จริง ๆ แล้วการทำงานดูแลสุขภาพพระสงฆ์นั้นไม่มีตัวชี้วัดมาเป็นตัวกำกับ คนทำงานเขาก็จะทำงานที่มี KPI ก่อน จึงควรมี KPI การดูแลสุขภาพพระสงฆ์บ้าง แค่อ้อมผ่านในเกณฑ์มาตรฐาน แบบเป็น *minimum requirement* แล้วปีหน้าให้ขยับสูงขึ้น” (ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย)

ผลการศึกษาส่วนที่ 2 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

จากข้อค้นพบสามารถสังเคราะห์เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายได้ ดังนี้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านพระสงฆ์

1.1 จัดบริการถวายองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพกายและจิตให้แก่พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง รวมถึงจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพด้านเทคโนโลยีสารสนเทศให้พระสงฆ์สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเน้นการให้เจ้าหน้าที่ไปถวายความรู้ที่วัด

1.2 ส่งเสริมให้ทุกวัดมีพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (อสว.)

2. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2.1 สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้วัดเป็น “สถานีสุขภาพ” (Health Station) ของชุมชน เพื่อให้พระสงฆ์ได้มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพได้มากขึ้น

2.2 สนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเสนอโครงการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อขอสนับสนุนงบบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านประชาชน

3.1 รณรงค์การถวายอาหารสุขภาพแด่พระสงฆ์ผ่านช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและเข้าถึงประชาชนได้ทุกกลุ่ม

3.2 ปลุกจิตสำนึกรับผิดชอบต่อสังคม โดยการไม่นำสัตว์เลี้ยงไปปล่อยที่วัด ร่วมกับการจัดการสัตว์จรจัดแบบครบวงจรตั้งแต่การควบคุมจำนวนและขยายสถานพักพิงสัตว์จรจัดให้เพียงพอ

4. ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านการบริหารจัดการ

4.1 ผลักดันให้เกิดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ

พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดแนวปฏิบัติการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ และกำหนดเป็นภาระงานขั้นต่ำที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องดำเนินการ ร่วมกับการติดตามงานในการประชุมระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ

4.2 ส่งเสริมให้ผู้บริหารโรงพยาบาลทุกระดับให้ความสำคัญของการปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการที่เอื้อให้พระสงฆ์ได้รับการบริการอย่างรวดเร็ว มีที่นั่งรอรับบริการแยกจากประชาชนทั่วไป รวมถึงมีเตียง/พื้นที่เฉพาะสำหรับพระสงฆ์อาพาธที่ต้องเข้าพักในโรงพยาบาล

4.3 สนับสนุนการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์จังหวัดนครราชสีมา โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนให้เห็นเป็นรูปธรรม

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลตามปัจจัยการดูแลสุขภาพ 3 ด้าน¹¹ ดังนี้

1. ด้านปัจจัยนำเข้าพบว่าพระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองในระดับปานกลางและต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาถวายความรู้ที่วัดอย่างน้อยปีละ 1-2 ครั้ง และด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์โดยรวมอยู่ในระดับดี แต่ยังไม่อาจหลีกเลี่ยงการฉ้อโกงอาหารหวานจัดและไขมันสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่จังหวัดขอนแก่น ที่พบว่าพระสงฆ์ส่วนหนึ่งยังขาดองค์ความรู้ในเรื่องสุขภาพองค์รวม โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พระสงฆ์ต้องการได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเยี่ยมดูแลสุขภาพที่วัดอย่างต่อเนื่อง⁶ เหตุผลสำคัญที่พระสงฆ์ยังคงฉ้อโกงอาหารหวานมันอยู่เป็นเพราะญาติโยมนำมาถวาย แต่พระสงฆ์ส่วนใหญ่ก็พยายามฉ้อโกงเพียงเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สนธนา สีฟ้า ที่พบว่า พระภิกษุส่วนใหญ่มีการรับรู้ประโยชน์การบริโภคอาหารและการออกกำลังกายอยู่ในระดับมาก แต่ต้องฉ้อโกงอาหารที่ญาติโยมนำมาถวาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาหารไขมันสูง⁴ ในด้านปัจจัยนำเข้าข้อมูลบางส่วนสะท้อนว่าพระสงฆ์ขาดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งมีการศึกษาที่บ่งชี้ว่าความตระหนักด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี^{17,18} การศึกษานี้ยังพบว่าเวลาที่พระสงฆ์

มีความทุกข์ ท่านมักจะไม่ปรึกษาผู้อื่น ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ พระสงฆ์ถูกคาดหวังจากสังคมว่าเป็นผู้มีจิตสงบ มีปัญญา และควรเป็นผู้ที่ละจากความทุกข์ได้ รวมถึงเป็นที่พึ่งทางจิตใจ ให้พุทธศาสนิกชน ดังนั้นเวลาที่มีความทุกข์ใจจึงไม่กล้าบอก หรือขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผลการศึกษาอีกประการ ที่น่าสนใจคือ การสูบบุหรี่เป็นปัญหาพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญ ของพระสงฆ์ สอดคล้องกับผลการสำรวจการสูบบุหรี่ของ พระสงฆ์ 543 รูปจากจังหวัดต่าง ๆ ในปีพ.ศ. 2559 พบ พระสงฆ์ร้อยละ 48.4 มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ทั้งที่เคยสูบ (ร้อยละ 26.7) และที่ยังสูบบุหรี่ (ร้อยละ 21.7) โดยร้อยละ 56.9 เข้าใจผิดเกี่ยวกับโทษของการสูบบุหรี่ เพราะขาดความรู้ เกี่ยวกับโรคที่จะเกิดขึ้นจากการสูบบุหรี่¹⁹

2. ด้านปัจจัยเอื้อ พบว่าสิ่งแวดล้อมภายในวัดเอื้อ ให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี แต่วัดในเขตเทศบาลยังต้องการ การจัดการสัตว์นำโรค โดยเฉพาะหนู ทั้งนี้เป็นเพราะวัดใน เขตเมืองตั้งอยู่ใกล้กัน และใกล้ตลาดที่ตั้งอยู่กลางเมือง ทำให้ หนูจากตลาดเข้าไปที่วัดได้ง่าย สอดคล้องกับข้อมูลทีมงาน ป้องกันและควบคุมโรคเทศบาลนครตรังสุ่มตรวจเฉลี่ยประชากร หนูในตลาด พบว่าอาจมีหนูประมาณ 20,000-30,000 ตัว ที่หากินอยู่ในตลาด เนื่องจากเป็นแหล่งอาหารที่สมบูรณ์²⁰ ซึ่งการกำจัดสัตว์นำโรคควรต้องมีหน่วยงานภายนอกเข้าไป ช่วยเหลือวัด เพราะพระสงฆ์ไม่สามารถหาหนูหรือบอกให้ ผู้อื่นฆ่าให้ได้ ส่วนวัดนอกเขตเทศบาลพบปัญหาเรื่องสัตว์เลี้ยง ถูกนำมาปล่อยที่วัด ซึ่งสังเกตเห็นได้ว่าทุกวัดมีสัตว์จรจัดและ พระสงฆ์ต้องเป็นผู้ดูแล สอดคล้องกับข้อมูลตัวเลขจำนวน สุนัขและแมวไม่มีเจ้าของ ที่สำรวจโดยองค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในปี 2562 ระบุว่าทั่วประเทศยกเว้นกรุงเทพฯ มีสุนัข และแมวไม่มีเจ้าของ 164,144 ตัว²¹ นอกจากนั้นการจัดการ สัตว์จรจัดยังคงเป็นปัญหาเนื่องจากยังไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบ อย่างชัดเจน รวมถึงสถานกักกันมีไม่เพียงพอ แม้จังหวัด นครราชสีมาจะมีศูนย์พักพิงสุนัขจรจัด แต่ยังไม่สามารถรองรับ สุนัขจรจัดในจังหวัดได้อย่างเพียงพอ

สิ่งแวดล้อมที่วัดเกือบทั้งหมดต้องปรับปรุงคือ การทำราวจับช่วยพยุงและกันการหกล้มในห้องน้ำสำหรับ พระสงฆ์สูงอายุ ซึ่งราวจับจะช่วยป้องกันอุบัติเหตุ ช่วยพยุงตัว ทรงตัว และป้องกันการลื่นล้ม ในจุดที่มีการนั่ง ลูกยืน และ เดิน²² ซึ่งการที่วัดไม่ได้ทำห้องน้ำให้เหมาะสมนั้น อาจเป็น

เพราะพระสงฆ์และฆราวาสผู้ดูแลในวัดยังไม่มีความรู้และ ยังไม่เห็นความสำคัญ

พระสงฆ์ยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ โดยพระสงฆ์รูปที่เจ็บป่วยเท่านั้นที่จะได้รับความรู้ด้านสุขภาพ จากเจ้าหน้าที่เมื่อไปรับการรักษา ส่วนรูปที่ไม่เจ็บป่วยจะได้ ข้อมูลสุขภาพบ้างจากการดูโทรทัศน์และทางสื่อสังคมออนไลน์ (ทางแอปพลิเคชันไลน์เป็นหลัก) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ของ พระสุกสะหวัน บุตตะหมวน ที่พบว่าพระสงฆ์ไม่เคยอบรม เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพราะไม่มีเวลาไปอบรม ไม่มี หน่วยงานเข้ามาอบรมให้ และไม่ทราบสถานที่อบรม⁸ พระสงฆ์ในการศึกษานี้มีอายุเฉลี่ย 48.59 ปี และบวชมา แล้วเฉลี่ยเกือบ 10 พรรษา จึงเป็นไปได้ว่าจะมีทักษะด้าน เทคโนโลยีน้อย ทำให้เข้าถึงข้อมูลสุขภาพทางสื่อสังคม ออนไลน์ได้น้อย สิ่งที่ควรให้ความสำคัญคือ พระสงฆ์เข้าถึง ข้อมูลจากแอปพลิเคชันไลน์เป็นหลัก หากขาดสมรรถนะ การรู้เท่าทันสื่อ อาจทำให้เชื่อข่าวสารที่บิดเบือนได้

3. ปัจจัยเสริม พบว่าฆราวาสเข้าไปดูแลพระสงฆ์ เรื่องการจัดอาหารถวายเป็นหลัก อาจเนื่องจากพระธรรมวินัย กำหนดไว้ว่าให้ภิกษุฉันอาหารที่ได้รับประเคนแล้วเท่านั้น เพื่อให้ภิกษุสำรวมระวังไม่เหยียบยวงของผู้อื่นโดยไม่ได้รับ อนุญาต²³ ส่วนเรื่องที่ฆราวาสดูแลพระสงฆ์น้อยที่สุดคือ การช่วยเหลือเมื่อพระสงฆ์มีเรื่องทุกข์ใจ สอดคล้องกับ ผลการศึกษาข้างต้นที่พระสงฆ์ระบุว่าเวลามีปัญหา ท่านมัก ไม่ปรึกษาใคร อีกประการหนึ่งคือ ปัญหาที่พระสงฆ์ทุกข์ใจ อาจเป็นเรื่องส่วนตัวที่ฆราวาสจะเข้าไปช่วยเหลือได้ยาก และฆราวาสเองก็อาจรู้สึกอึดอัดใจที่จะเข้าไปดูแลสภาพจิตใจ ของพระ และอาจเห็นว่าพระสงฆ์มีการปฏิบัติเพื่อดูแล สภาวะทางจิตใจของตนเองได้ด้วยการเจริญสติและการทำ สมาธิ จึงทำให้พบว่าขาดการช่วยเหลือในด้านนี้มากที่สุด

ส่วนระบบบริการสุขภาพของภาครัฐ พระสงฆ์มี ความพึงพอใจในระดับปานกลาง และต้องการได้รับการที่ รวดเร็วขึ้น เนื่องจากพระสงฆ์มีข้อจำกัดเรื่องการฉันอาหาร เพียงวันละสองมื้อ และเมื่อเพลต้องฉันก่อนเที่ยงวัน นอกจาก นั้นต้องการให้จัดที่นั่งเฉพาะให้กับพระสงฆ์แยกจากผู้ป่วย ทัวไป เพื่อไม่ให้ใกล้ชิดกับฆราวาสมากจนอาจผิดพระวินัยได้ ซึ่งการปรับบริการสุขภาพให้เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์มีความ สำคัญ เพื่อให้พระสงฆ์ได้รับการดูแลตามสิทธิความเป็น

พลเมืองไทย และตามบริบทสังคมไทยซึ่งเป็นสังคมแห่งพุทธศาสนา

สำหรับนโยบายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา ควรสร้างความตระหนักให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ และใช้ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ของจังหวัดนครราชสีมาเป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนงานบนพื้นฐานความร่วมมือของทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น ที่เน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ช่วยให้พระสงฆ์มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของเพิ่มขึ้นจากก่อนดำเนินงาน⁶

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ผู้รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ควร

พิจารณานำข้อค้นพบจากการศึกษานี้ ทั้งด้านปัจจัยนำปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมเป็นแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ผู้รับผิดชอบระดับนโยบาย ควรผลักดันข้อเสนอแนะเชิงนโยบายให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยในอนาคต

1. ทำวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยใช้ข้อค้นพบจากการศึกษานี้ไปเป็นแนวทางให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องร่วมกันดำเนินการ
2. ศึกษาต่อยอดเรื่องสุขภาพจิตและการจัดการความทุกข์ของพระสงฆ์ ซึ่งข้อค้นพบจากการศึกษานี้ ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะนำไปส่งเสริมสุขภาพจิตพระสงฆ์ได้

References

1. National Statistical Office. Results of the 2018 Social, Cultural and Mental Health Survey [Internet]. 2020 [cited 2020 November 1]. Available from: <http://www.nso.go.th/sites/2014/Pages/News/2561/N21-09-61-1.aspx>. (in Thai)
2. Wuttisaksakul K. Factors Related to Health Behaviors of Monks in Fang District, Chiangmai. Journal of Nurses Association of Thailand Northern Office 2018;24(1): 71-83. (in Thai)
3. Longchareon W. Health Behavior of Buddhist Monk in Amphoe Muang, Chanthaburi Province. [master,s degree]. Burapha University;2014. (in Thai)
4. Sifa S. The Study of Health Promoting Behavior of Monks in Pattani Province. [master,s degree]. Songkla: Prince of Songkla University;2017. (in Thai)
5. Khaosod. Health Check Up of 100,000 Monks [Internet]. 2019 [cited 2020 November 1]. Available from: https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/iq_621225_8762.pdf. (in Thai)
6. PraKru Suvithanpatthanabandi, Daengharn T, Vapuchavitee S. Model Development of Monk's Holistic Health Care in Khon Kaen Province. Journal of the Office of DPC 6 Khon Kaen 2015;22(2): 117-29. (in Thai)
7. Hfocus. Monks and the health insurance system A big problem that still needs a lot of driving. [Internet].2018 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.hfocus.org/content/2018/09/>. (in Thai)
8. Boutkhamuan S. Self-Care of Monks in Dusit district, Bangkok. [Thesis of Master degree]. Bangkok: Thammasat University;2016. (in Thai)

9. PraKru Piphitsutathorn, Pramaha Prayoon Chothivaro, Boonyasopit W, Posayanon T, Larphananon P, Yodmongkol N, et al. National Monk Health Constitution 2017. 6th ed. Bangkok: O.S. Print House Co.,Ltd.;2017. (in Thai).
10. Nakkanrian M, Nakkanrian B, Saramart C. A Synthesis of Researches in Monks'Health Promotion During 2013-2018. Journal of Yanasangvorn Research Institute 2020;11(1): 13-23. (in Thai)
11. Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Strategies for Health Literacy and Health Behavior Promotion. Bangkok: Sam Charoen Panich Co.,Ltd.;2018. (in Thai).
12. Kanchanawasi T, Kanchanawasi S. Research Methodology. 3rd ed. Bangkok: 3B Printing and Rubber Stamp Co.,Ltd.;2020. (in Thai)
13. Buddhist Clergy, Mueang Nakhon Ratchasima District. Temple Visit to Evaluate the Five-Precept Village Project and Support the Training Unit of Local Government Organization, Nakhon Ratchasima Province in 2020 [Internet]. 2020 [cited 2020 November 1]; Available from: <http://www.songkorat.com/>. (in Thai).
14. Bloom B. Mastery learning. New York: Holt, Rinehart & Winston; 1971.
15. Sandelowski, M. Focus on Research Methods: Whatever Happened to Qualitative Description?. Research in Nursing & Health 2000;23:334-40.
16. Miles, M. B., & Huberman, A. M. Qualitative data analysis: An expanded sourcebook. 2nd ed. Sage Publications, Inc; 1994.
17. Tiparat W, Suwanweala S, Sumrit W. The Effects of Self-Awareness Development Program on Stroke Prevention Behaviors among Hypertension Patients in Muang District, Trang Province. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2017;4(2):94-107. (in Thai)
18. Sukolrattanamettee P. Consumer's Health Knowledge, Motivation, Consciousness, Behavior and Communication Behavior. [Internet].2009 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.car.chula.ac.th/display7.php?bib=b1998812>. (in Thai).
19. Hfocus. Survey of Smoking in Monks. [Internet].2019 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.hfocus.org/content/2019/09/17751>. (in Thai)
20. Thairath. A Sampling of Rat Population in markets [Internet]. 2019 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.thairath.co.th/news/society/1655766>. (in Thai)
21. Bangkokbiznews. Dogs, the Pet Problem in Thai Society [Internet]. 2019 [cited 2021 August 23]; Available from: <https://www.bangkokbiznews.com/news/detail/895503>. (in Thai)
22. Rattanai S. Elder care manual. 1st ed. Bangkok: Sangdaw; 2012. (in Thai).
23. Monks at Wat Na Pa Phong. Ariyavinai [Internet]. 2009 [cited 2021 August 23]; Available from: https://download.watnapahpong.org/data/static_media/อริยวินัย_2.pdf