

นิพนธ์ต้นฉบับ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์
จังหวัดเชียงใหม่ณัฐกิตติ์ แสงชั้น⁽¹⁾, สนิษานาฏ ชาวตระการ⁽²⁾, วราภรณ์ บุญเชียง⁽²⁾, พัลลภ เขียวชัยสกุล^{(2)*}

วันที่ได้รับต้นฉบับ: 25 มกราคม 2567

บทคัดย่อ

วันที่ตอบรับการตีพิมพ์: 25 เมษายน 2567

* ผู้รับผิดชอบบทความ

(1) นักศึกษาลัทธิศาสนาพุทธศาสนาเถรวาทมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

(2) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การดำเนินชีวิตของพระสงฆ์มีข้อจำกัดในหลายด้านที่ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เมื่อมีการเจ็บป่วยจึงเลือกใช้บริการสุขภาพที่แตกต่างตามความเหมาะสมของตนเอง การศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่อยู่จำพรรษาในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 311 รูป ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566 ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายจากรายชื่อพระสงฆ์โดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และได้วิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์โดยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ด้วยโปรแกรมวิเคราะห์สถิติสำเร็จรูป

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยรับการถวายความรู้ด้านสุขภาพ (64.95%) และเกือบครึ่งหนึ่งไม่เคยรับการตรวจสุขภาพประจำปี (49.52%) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ประเภหัตถ์ (Adj OR=1.88; 95%CI: 1.10-3.20) การทราบสิทธิรักษาพยาบาล (Adj OR=1.98; 95%CI: 1.11-3.50) และการสนับสนุนทางสังคม (Adj OR=0.97; 95%CI: 0.94-0.99) เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่อย่างนัยสำคัญทางสถิติ

ดังนั้น พฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์ที่เหมาะสม ควรดำเนินไปภายใต้การเลือกใช้บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ เพื่อป้องกันความรุนแรงของโรคและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจนเป็นอันตรายถึงชีวิตได้

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพ, พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพ, พระสงฆ์

Original Article

Factors Related to Health Service Seeking Behaviors of Monks, Chiang Mai Province

Nutthakit Sangkhan⁽¹⁾, Sineenart Chautrakarn⁽²⁾, Waraporn Boonchieng⁽²⁾, Pallop Siewchaisakul^{(2)}*

Received Date: January 25, 2024

Accepted Date: April 25, 2024

Abstract

The lifestyle of monks is limitations in many aspects that affect their access to the health care system. They choose different healthcare systems based on their personal suitability. Therefore, the objective of this research was to study the health-seeking behavior among monks in Chiang Mai province.

This cross-sectional study conducted in Mueang district, Chiang Mai province. A total of 311 participants were selected, and data were collected between February and March 2566 (2023). Simple random sampling was used to recruit participants, and a questionnaire was employed as the data collection tool. The study analyzed factors related to health-seeking behavior among monks using logistic regression analysis with statistical analysis software.

The study found that the majority of the sample group had no prior knowledge of health care (64.95%), and nearly half of them had never undergone health check-ups (49.52%). And the study revealed that place of residence (Adj OR= 1.88; 95%CI: 1.10-3.20), healthcare entitlement (Adj OR=1.98; 95%CI: 1.11-3.50) and social support (Adj OR=0.97; 95%CI: 0.94-0.99) were significantly associated with health-seeking behavior among monks in Chiang Mai province.

Therefore, appropriate health-seeking behaviors for monks should be conducted under a selection of quality healthcare services to prevent the severity of diseases and potentially life-threatening complications.

Keywords: Health Service, Health-Seeking Behavior, Monk

* Corresponding author

(1) Master of Public Health Student,

Faculty of Public Health

Chiang Mai University

(2) Faculty of Public Health,

Chiang Mai University

บทนำ

นับตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบันพระสงฆ์ได้มีส่วนสำคัญกับสังคมไทยมาโดยตลอด ด้วยเป็นผู้เผยแผ่หลักธรรมคำสอนทางพระพุทธศาสนา และจากการดำรงตนในสมณเพศจึงทำให้พระสงฆ์ทั้งในวัดราษฎร์ กล่าวคือพระสงฆ์ ที่จำพรรษาในวัดที่ประชาชนทั่วไปร่วมกันสร้างหรือบูรณปฏิสังขรณ์ขึ้น รวมไปถึงพระสงฆ์ในวัดพระอารามหลวง ต่างก็มีวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากกลุ่มบุคคลทั่วไป ทั้งการมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ มีโอกาสน้อยในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นเรื่องที่ไม่สะดวกสำหรับพระสงฆ์ ทั้งในเรื่องการเดินทางไปรักษาพยาบาล และการรอฟบแพทย์ เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยก็มักจะรักษาด้วยตนเอง ประกอบกับปัญหาด้านสิทธิการรักษาที่ยังดำเนินการได้ไม่ทั่วถึง แม้ว่าปัจจุบันจะมีแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์เป็นจำนวนมากแล้วก็ตาม (ศศวรรณ อัครวรคุณ, นิตยา งามดี, & วิเชษฐ์ เชิดสันเทียะ, 2562) จากสถานการณ์สุขภาพของพระสงฆ์ในปัจจุบัน พบว่า พระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นกับพระสงฆ์เขตเมืองมากกว่าเขตนอกเมือง (จงจิตร อังคทะวานิช, 2560) สอดคล้องกับข้อมูลสุขภาพจากโรงพยาบาลสงฆ์ที่เปิดเผยว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีพระสงฆ์เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกด้วยสามอันดับโรคแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และไขมันในเลือดสูง

ประเทศไทยได้จัดให้มีการเข้ารับการรักษาด้านสิทธิการรักษาพยาบาลต่าง ๆ และพระสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นผู้ถือสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อย่างไรก็ตามมีพระสงฆ์เพียงเล็กน้อยที่ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลดังกล่าว เนื่องจากพระสงฆ์ส่วนใหญ่ยังขาดความเข้าใจและขาดการรับรู้ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล (พระครูพิพิธสุตาทร, 2561) ด้วยเหตุนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงได้ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย และองค์กรสงฆ์ในการขับเคลื่อนงานส่งเสริม

สุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง จนทำให้ปัจจุบันพระสงฆ์สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564) แต่ด้วยระบบพหุลักษณะทางการแพทย์ หรือ วัฒนธรรมสุขภาพ กล่าวคือบุคคลสามารถแสวงหาระบบบริการสุขภาพเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยที่เหมาะสมกับตนเอง ตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่มีอยู่ในพื้นที่ (Kleinman, 1980) ดังนั้นเมื่อพระสงฆ์เผชิญกับความเจ็บป่วยจึงมีวิธีการเลือกระบบบริการสุขภาพที่ต่างกันไ้ทั้งระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ และระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ

การส่งเสริมความรู้และสร้างความเข้าใจในพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึงการจัดบริการสุขภาพถวายแด่พระสงฆ์ ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ควรผลักดันให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการจากทุกภาคส่วน ทั้งการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้ครอบคลุมและทั่วถึง เนื่องจากปัจจุบัน พบว่า พระสงฆ์บางกลุ่มยังมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลด้านพฤติกรรมสุขภาพ (คณิตจักร วุฒิสักดิ์สกุล, 2561) ซึ่งการรับรู้ประโยชน์ในพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์สามารถส่งผลทางบวกต่อตนเองได้ อีกทั้งการสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมให้พระสงฆ์ได้ปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากยิ่งขึ้น (อลงกรณ์ สุขเรืองกุล และคณะ, 2560) นอกจากนี้ Poortaghi et al. (2015) ได้กล่าวว่า การแสวงหาระบบบริการสุขภาพ เป็นกระบวนการประเมินผลและตัดสินใจของบุคคลซึ่งส่วนหนึ่งอยู่ภายใต้ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ โดยธวัชชัย ยืนยาว, นริมาลย์ นิละไพจิตร, & จุฬารักษ์ กวีวิวิชัย (2560) กล่าวว่า การเลือกระบบบริการสุขภาพ เกิดขึ้นจากความเชื่อและวัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีส่วนส่งเสริมด้านจิตใจ รวมถึงเชื่อมั่นว่าระบบบริการสุขภาพนั้นสามารถตอบสนองต่อความคาดหวังของตนเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยได้

ด้วยในปัจจุบันพื้นที่เขตเมืองของจังหวัดเชียงใหม่เกิดการขยายตัวและพัฒนาขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงทำให้ประสบกับปัญหาในหลายมิติ เช่น การอยู่อาศัยสภาพแวดล้อม ปัจจัยการดำรงชีพ เป็นต้น (อัมพิกา ชุมมธยา & ฌวิทย์ อ่องแสงชัย, 2561) พระสงฆ์ในพื้นที่เขตเมืองของจังหวัดเชียงใหม่จึงเป็นอีกกลุ่มบุคคลหนึ่งที่ได้รับผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงของบริบททางสังคมเขตเมืองดังกล่าว จนส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาดังกล่าวในกลุ่มพระสงฆ์ ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงได้ทำการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยการศึกษาครั้งนี้มุ่งหวังให้บุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้วางแผนวางแนวทางการส่งเสริมสุขภาพที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย แต่พระสงฆ์ ตามเจตนารมณ์ของธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2566

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพที่มีต่อระบบบริการสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

● รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Analytical Cross-sectional study) โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2566

● ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พระสงฆ์ที่อยู่จำพรรษาในพื้นที่อำเภอเมืองเชียงใหม่ จำนวน 1,265 รูป ซึ่งได้คัดเลือกจากพระสงฆ์ที่มีอายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป อยู่จำพรรษาในพื้นที่ที่ศึกษามาแล้วไม่ต่ำกว่า 1 ปี สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนพระสงฆ์ที่ได้คัดออกจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ พระสงฆ์ที่เจ็บป่วยในระยะวิกฤต รวมถึงพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยในลักษณะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในขณะดำเนินการเก็บข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงจาก Dhand & Khtkar (2014) กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% ได้กลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่ใช้ในการศึกษานี้จำนวนทั้งสิ้น 311 รูป

● เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบและเขียนกรอกข้อมูล ส่วนที่ 2 การรับรู้ภาวะสุขภาพ สร้างขึ้นตามแนวคิดการรับรู้ภาวะสุขภาพของ Brook et al. (1979) ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคม สร้างขึ้นตามแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ House (1981) ส่วนที่ 4 ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โดยแบบสอบถามส่วนที่ 2 ถึงส่วนที่ 4 มีลักษณะข้อคำถามแบบเลือกตอบ 5 ระดับ สำหรับแบบสอบถาม ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Poortaghi et al. (2015) และ Kleinman (1978) ข้อคำถามมีลักษณะเป็นแบบเลือกตอบ ด้วยการกรอกหมายเลขแสดงลำดับการเลือกระบบบริการสุขภาพเมื่อพระสงฆ์เผชิญกับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย หมายเลข 0 คือ พระสงฆ์เลือกระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น พระสงฆ์รักษาอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง พระสงฆ์รักษาอาการเจ็บป่วยด้วยวิธีการตามความเชื่อหรือภูมิ

ปัญหาท้องถิ่น เป็นต้น และหมายเลข 1 คือ พระสงฆ์ เลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ เช่น พระสงฆ์ที่ไปพบ บุคลากรด้านสาธารณสุขที่หน่วยบริการเพื่อรับถวาย คำปรึกษาเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ หรือพระสงฆ์ที่เข้ารับ ถวายการรักษาจากแพทย์ในสถานบริการสาธารณสุขเมื่อ มีอาการเจ็บป่วย เป็นต้น

● การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของ เครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่า Content validity index (CVI) เท่ากับ 0.92 จากนั้นไปตรวจสอบ ความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ในพื้นที่ อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 30 ชุด พบว่า แบบสอบถามส่วนที่ 2, ส่วนที่ 3, ส่วนที่ 4 และส่วนที่ 5 มีค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคอัลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.80, 0.87, 0.84 และ 0.80 ตามลำดับ

● วิธีการศึกษา

ภายหลังผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ ET001/2566 วันที่ 31 มกราคม 2566 ผู้วิจัยดำเนินการ เก็บข้อมูลด้วยตนเองตามรายชื่อพระสงฆ์ที่สุ่มได้ โดย พระสงฆ์ตัวอย่างทุกรูปจะได้รับการถวายคำชี้แจงให้ ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ซึ่งสามารถยินยอม หรือปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้ด้วย ความ สนิทใจ โดยไม่เกิดความเสียหายต่อกลุ่มตัวอย่าง

● การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่า ร้อยละ ค่าพิสัย ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ คำนวณหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การ แสวงหาระบบบริการสุขภาพจากการวิเคราะห์การ ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ด้วย การวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงเดี่ยว แล้วนำตัวแปรที่มีค่า

p-value<0.05 เข้าสู่การวิเคราะห์แบบตัวแปรเชิงพหุ โดยการศึกษาค้นคว้าได้กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.05 ซึ่งผู้วิจัยได้จำแนกพระสงฆ์ออกเป็นสองกลุ่ม ตามผลการเลือกระบบบริการสุขภาพ เมื่อพระสงฆ์เผชิญ กับความเจ็บป่วย ประกอบด้วย กลุ่มพระสงฆ์ที่เลือก ระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ และกลุ่มพระสงฆ์ที่ เลือกกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ

ผลการวิจัย

● ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาค้นคว้านี้มีอายุเฉลี่ย 39 ปี (S.D.= 16.43) โดยมีอายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 81 ปี ส่วนใหญ่มีสัญชาติไทย ร้อยละ 91.00 มีภูมิลำเนาในจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 48.87 อยู่ จำพรรษาในวัดราษฎร์ ร้อยละ 67.52 มีจำนวนพรรษาน้อยกว่า 10 พรรษา ร้อยละ 56.27 และมีตำแหน่งเป็น พระลูกวัด ร้อยละ 76.21 ในด้านการศึกษา พบว่า พระสงฆ์สำเร็จการศึกษาระดับพระปริยัติธรรมแผนก ธรรม (นักธรรมชั้นตรี โท เอก) ร้อยละ 71.70 และมี รายได้ต่อเดือนโดยเฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 54.34 ที่สำคัญในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พระสงฆ์ ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการถวายความรู้ด้านสุขภาพถึงร้อยละ 64.95 และเกือบครึ่งหนึ่งร้อยละ 49.52 ไม่ได้รับถวายเป็น การตรวจสุขภาพประจำปี ถึงแม้พระสงฆ์จะเป็นผู้ถือสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติร้อยละ 60.80 แต่กลับพบ พระสงฆ์ที่ไม่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาล ร้อยละ 26.69 นอกจากนี้ในกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.76 เป็นพระสงฆ์ที่มี โรคประจำตัวและพบการเจ็บป่วยด้วยโรคสามอันดับแรก คือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง และเบาหวาน (ตารางที่ 1)

● การรับรู้ภาวะสุขภาพ

พระสงฆ์มีระดับการรับรู้ภาวะสุขภาพโดยรวมใน ระดับมาก ($\bar{X}$ =3.83; S.D.=0.75) เมื่อพิจารณารายด้าน

พบว่า พระสงฆ์ทราบว่าการดูแลสุขภาพเป็นสิ่งที่สำคัญในระดับมาก ($\bar{X}=4.18$; S.D.=1.01)

● การสนับสนุนทางสังคม

พระสงฆ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.28$; S.D.=0.79) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การได้รับถวายเป็นบุญกุศลด้านสุขภาพจากอาสาสมัครดูแลสุขภาพและบุคลากรด้านสาธารณสุข จะทำให้พระสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องในระดับมาก ($\bar{X}=3.58$; S.D.=1.05)

● ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ

พระสงฆ์มีระดับความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพโดยรวมในระดับปานกลาง ($\bar{X}=3.42$; S.D.=0.69) และมีระดับความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพวิชาชีพโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.79$; S.D.=0.78)

● พฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 58.70 พระสงฆ์วัดราษฎร์ ร้อยละ 50.00 พระสงฆ์ที่มีพรรษามากกว่า 21 พรรษาขึ้นไป ร้อยละ 52.63 พระสงฆ์ตำแหน่งเจ้าอาวาสหรือรองเจ้าอาวาส ร้อยละ 51.35 และพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค ร้อยละ 60.38 เมื่อมีอาการเจ็บป่วยจะเลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพมากกว่าระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ (ตารางที่ 1) นอกจากนี้ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพ โดยนำตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value}<0.05$ (ตารางที่ 2) มาวิเคราะห์ตัวแปรแบบเชิงพหุ (ตารางที่ 3) พบว่า เมื่อพระสงฆ์ในวัดราษฎร์เจ็บป่วยจะเลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพเป็น 1.88 เท่า (Adj OR=1.88; 95%CI: 1.10-3.20) หากเทียบกับพระสงฆ์ในวัดพระอารามหลวง และเมื่อพระสงฆ์ที่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาลมีอาการเจ็บป่วยจะเลือกระบบสุขภาพวิชาชีพเป็น 1.98 เท่า (Adj OR=1.98; 95%CI: 1.11-3.50) หากเทียบกับพระสงฆ์ที่ไม่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาล นอกจากนี้ยังพบว่า เมื่อ

พระสงฆ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมเผชิญกับความเจ็บป่วยจะเลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพเป็น 0.97 เท่า (Adj OR=0.97; 95%CI: 0.94-0.99) หากเทียบกับพระสงฆ์ขาดการสนับสนุนทางสังคม

บทสรุปและอภิปรายผล

● การรับรู้ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่

พบว่า พระสงฆ์มีการรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับมาก ซึ่งการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสมตามหลัก พระธรรมวินัยจะช่วยส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ในการดำรงตนเป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคม โดยพระสงฆ์ควรมีความรู้ด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค เพื่อจะทำหน้าที่สืบทอดพระพุทธศาสนาได้อย่างเต็มที่ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ด้วยการรับรู้ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ศิริรัตน์ โชติกสถิต & เสาวนีย์ พงษ์ผึ่ง, 2553) ดังนั้น การที่พระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่มีการรับรู้ภาวะสุขภาพในระดับมากย่อมส่งผลทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งบุคคลจะมีวิธีการดูแลสุขภาพเมื่อเผชิญความเจ็บป่วยที่แตกต่างกันภายใต้การรับรู้ภาวะสุขภาพ ตามแบบจำลองอธิบายความเจ็บป่วยของ Kleinman (1980) โดยการศึกษาครั้งนี้พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่เมื่อเจ็บป่วยจะเลือกระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ แต่ในขณะเดียวกันก็ยังมีพระสงฆ์อีกจำนวนหนึ่งที่เลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ สอดคล้องกับพระครูสุวิธานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, & สรัญญา วณิชชวีย์ (2558) ที่พบว่า พระสงฆ์จะรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยตนเอง เพราะไม่สะดวกด้านการเดินทางและต้องรอพบแพทย์ ซึ่งขัดแย้งกับคณิตันต์ วุฒิสักดิ์สกุล (2561) ที่พบว่า พระสงฆ์มักจะเลือกวิธีการรักษาด้วยระบบบริการวิชาชีพ เพราะมีโอกาสเข้าถึงบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีการถวาย

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ส่งผลทำให้พระสงฆ์มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบกับปัจจุบันมีพื้นที่หรือตึกที่ให้การรักษาเฉพาะพระสงฆ์โดยตรง จึงทำให้พระสงฆ์เข้าถึงระบบบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรถวายเป็นความรู้ด้านสุขภาพแด่พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างการรับรู้ภาวะสุขภาพ และส่งเสริมบทบาทพระสงฆ์ให้เป็นผู้นำด้านสุขภาพของชุมชนและสังคมต่อไป

● การสนับสนุนทางสังคมของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่

พบว่า พระสงฆ์ได้รับการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง โดยเห็นว่าการได้รับถวายเป็นความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งพระมหาหมื่นภัทร คำชนะนาม (2552) กล่าวว่า การได้รับข้อมูลด้านสุขภาพของพระสงฆ์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยพัฒนาองค์ความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ แต่สำหรับพระสงฆ์บางกลุ่มการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพยังถือเป็นข้อจำกัด เช่น กลุ่มพระสงฆ์สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพจาก Social Network เป็นต้น (คณิตศาสตร์ วุฒิสักดิ์สกุล, 2561) ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า พระสงฆ์ยังขาดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและทั่วถึง โดยระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่ได้รับการถวายเป็นความรู้ด้านสุขภาพ เกือบครึ่งหนึ่งไม่ได้รับถวายเป็นตรวจสุขภาพประจำปี และมีพระสงฆ์อีกจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาลของตนเอง ถึงแม้ในปี พ.ศ. 2565 กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดถวายบริการสุขภาพพระสงฆ์ที่เฝ้าต่อพระธรรมวินัย (โรงพยาบาลสงฆ์, 2565) แต่การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพก็ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของพระสงฆ์ในเขตเมืองเช่นเดิม และยังคงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของพระสงฆ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม (ศศวรรณ อัครวรคุณ, นิตยา งามดี, & วิเชษฐ์ เชิดสนธิ์, 2562) ดังนั้น ภาครัฐ ชุมชน และภาค

เครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมกิจกรรมที่มีลักษณะสอดคล้องกับแผนพัฒนากิจการพระพุทธศาสนาและนโยบายของคณะสงฆ์ทุกระดับ เพื่อสร้างความตระหนักและใส่ใจในวิธีการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

● ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่

พบว่า พระสงฆ์มีความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพวิชาชีพในระดับมาก ด้วยเหตุผลที่ว่าระบบบริการสุขภาพวิชาชีพเป็นระบบบริการที่มีประสิทธิภาพสอดคล้องกับคณิศร วุฒิสักดิ์สกุล (2561) ที่พบว่าพระสงฆ์มักเลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ เนื่องจากมีผลตรวจทางวิทยาศาสตร์ให้ทราบถึงพยาธิสภาพของโรค จึงสามารถปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นพระสงฆ์ที่เลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพจึงมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าพระสงฆ์ที่รักษาด้วยระบบบริการสุขภาพแบบอื่น ส่วนความเชื่อมั่นของพระสงฆ์ที่มีต่อระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพนั้น พบว่า พระสงฆ์มีความเชื่อมั่นในระดับปานกลาง ซึ่งพระสงฆ์มักจะรักษาอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยด้วยตนเอง สอดคล้องศศวรรณ อัครวรคุณ, นิตยา งามดี, & วิเชษฐ์ เชิดสนธิ์ (2562) ที่พบว่า เมื่อพระสงฆ์มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะรอให้หายเอง หรือซื้อยามาฉีดยาด้วยตนเอง ถึงอย่างไรก็ตาม โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ & คณิศร เต็งรัง (2554) กล่าวว่า ด้วยระบบพหุลักษณะทางการแพทย์ หรือความหลากหลายทางวัฒนธรรมสุขภาพในสังคมหนึ่งจึงเกิดเป็นระบบบริการสุขภาพหลากหลายรูปแบบ ซึ่งไม่มีระบบบริการสุขภาพใดที่จะรักษาความเจ็บป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติและสอดคล้องกับบริบททางสังคมหรือตอบสนองต่อความพึงพอใจได้ ด้วยเหตุนี้ ธรรมนุญ สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2566 จึงได้ส่งเสริมสนับสนุนให้พระสงฆ์ได้นำองค์ความรู้ภูมิปัญญาด้านสุขภาพตามหลักพระธรรมวินัย ได้แก่ ความคิด ความเชื่อ ในการดูแลสุขภาพที่สืบทอดกันมาในท้องถิ่น รวมถึง

การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้าน และการแพทย์ทางเลือกอื่น ที่สอดคล้องกับท้องถิ่นนั้นมาใช้ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566)

● พฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่ มีดังนี้

ประเภทวัด

พบว่า พระสงฆ์ในวัดราษฎร์เมื่อเจ็บป่วยจะมีการเลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพมากกว่าพระสงฆ์ในวัดพระอารามหลวง ซึ่งเป็นไปได้ว่าวัดราษฎร์เป็นวัดที่มีความใกล้ชิดคุ้นเคยกับชุมชน จึงมักจะได้รับการดูแลช่วยเหลือเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยได้ง่าย ทั้งจากประชาชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนโดยรอบวัด ญาติ พระสงฆ์ด้วยกันเอง หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เช่น การได้รับถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ การถ่ายทอดตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การถ่ายทอดความช่วยเหลือเมื่อต้องเดินทางไปตรวจรักษาโรค เป็นต้น สอดคล้องกับพระมหาขวัญชัย กิตติเมธี & พระมหาพรชัย สิริโวโร, (2565) ที่กล่าวว่า วัดราษฎร์จะอาศัยวิถีแบบชาวบ้านและวัฒนธรรมชุมชน ซึ่งเน้นไปที่การสร้างความสัมพันธ์ที่ได้ประโยชน์ร่วมกันโดยการเปิดโอกาสให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม สอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2566 ซึ่งได้สนับสนุนกลไกระดับพื้นที่ให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย โดยเชื่อมโยงกันระหว่างวัดกับชุมชน ในส่วนของการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วยกันเองนั้น พระคิลานุปัฏฐาก หรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ควรเข้าไปดำเนินการส่งเสริมสุขภาพตามหลักพระธรรมวินัยถวายแด่พระสงฆ์ทั้งในวัดราษฎร์และวัดพระอารามหลวงอย่างต่อเนื่อง

ด้วยการถ่ายทอดความรู้ด้านสุขภาพ ถวายการรับรู้ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล รวมถึงถวายเป็นการดูแลและติดตามสุขภาพพระสงฆ์ตามวัดต่าง ๆ สำหรับการส่งเสริมความรู้และพัฒนาศักยภาพพระคิลานุปัฏฐากนั้น ถือเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการร่วมระหว่างคณะสงฆ์ ภาครัฐ และภาคเอกชนทุกระดับเพื่อการเรียนรู้และเข้าใจในภาวะสุขภาพ จนเกิดแนวทางปฏิบัติที่เป็นแบบแผน ปลอดภัย และสร้างมาตรฐานด้านสาธารณสุขแด่พระคิลานุปัฏฐาก (พระอธิการเฉลิม กนต์สารโ & ศิริโรจน์ นามเสนา, 2565) ด้วยเหตุนี้ในปี พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายจึงได้กำหนดแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วยการจัดอบรมหรือสร้างพระคิลานุปัฏฐากให้เป็นพระนักบริบาล (Care Giver) พร้อมทั้งจัดให้มีการขับเคลื่อนงานกฤษฎิชาภิบาลและสถานชีวาภิบาล เพื่อถวายเป็นการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่มีภาวะพึ่งพิงหรือถวายเป็นการดูแลแบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต (กรุงเทพมหานคร, 2567)

สิทธิการรักษาพยาบาล

พบว่า พระสงฆ์ที่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาลจะมีการเลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ มากกว่าพระสงฆ์ที่ไม่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาล โดยพระสงฆ์ที่มีเลขประจำตัวประชาชนสามารถเข้ารับบริการ ณ หน่วยบริการของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2562) ในส่วนของพระสงฆ์ที่ไม่ทราบสิทธิการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยมักจะแสวงหาระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ เนื่องจากมีความสะดวกและสามารถนำความรู้ด้านสุขภาพหรือประสบการณ์ความเจ็บป่วยมารักษาโรคด้วยตนเอง แต่วิธีการดังกล่าวพระสงฆ์อาจเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมในส่วนอื่น เช่น ค่าบริการสุขภาพ ค่ายารักษาโรค ค่าวัสดุอุปกรณ์รักษาโรค เป็นต้น ดังนั้น หากพระสงฆ์มีการรับรู้สิทธิการรักษาพยาบาลของตนเองอย่างถูกต้อง จะสามารถเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ

วิชาชีพได้มากยิ่งขึ้น ทำให้พระสงฆ์ได้รับถวายเป็นการตรวจรักษาโรคด้วยวิธีที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับนิภาษนามมันทะ (2564) ที่กล่าวว่า การได้ตรวจวินิจฉัยและดำเนินการรักษาโรคตั้งแต่ขั้นต้น สามารถเพิ่มโอกาสการรักษาให้หายขาด และลดค่าใช้จ่ายในการรักษาที่เพิ่มขึ้นได้ ดังนั้น พระสงฆ์ไทยที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลควรได้รับถวายเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และรักษาพยาบาลจากระบบบริการสุขภาพวิชาชีพเป็นหลักตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งในปี พ.ศ. 2567 กระทรวงสาธารณสุข ได้วางแนวทางผลักดันฐานข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์เพื่อยกระดับการเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยการจัดทำ Smart Card สำหรับพระสงฆ์ให้สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพมากยิ่งขึ้น (กรุงเทพมหานคร, 2567) สำหรับพระสงฆ์ที่ไร้สัญชาตินั้น การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพแบบวิชาชีพถือเป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากไม่มีเลขประจำตัวประชาชน ดังนั้น พระสงฆ์กลุ่มนี้จึงไม่ได้รับสนับสนุน ค่ารักษาพยาบาลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (ศสวธรรณ อุตวรคุณ, นิตยา งามดี, & วิเชษฐ์ เชิดสนธิ์, 2562) สอดคล้องกับการศึกษาของพระวิสิษฐ์ ฐิตวิสิฐ (วงศ์ใส), พระครูปลัดธรรม โชติวิโส (วงศ์ชา), & สันติพงษ์ มูลฟอง (2566) ที่กล่าวว่า พระสงฆ์ที่ไร้สัญชาติจะไม่สามารถออกหนังสือสิทธิเพื่อแสดงตัวตนในความเป็นพระสงฆ์ได้ ดังนั้น เมื่อเจ็บป่วยจึงมีภาระค่าใช้จ่ายสูงและขาดการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพด้วยเหตุนี้พระสงฆ์ที่ไร้สัญชาติจึงควรได้รับหนังสือสิทธิและควรจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ไร้สัญชาติโดยการสนับสนุนจากบุคคลทั่วไปและภาคเอกชน (พระวิสิษฐ์ ฐิตวิสิฐ (วงศ์ใส), พระครูปลัดธรรม โชติวิโส (วงศ์ชา), & สันติพงษ์ มูลฟอง, 2566)

การสนับสนุนจากสังคม

พบว่า พระสงฆ์ที่ได้รับการสนับสนุนจากสังคมจะมีการเลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพมากกว่าพระสงฆ์ที่ขาดการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพระมหาหมินภัทร

คำชะนาม (2552) กล่าวว่า การที่พระสงฆ์ได้รับบริการสุขภาพต่างกันจะมีพฤติกรรมสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น การส่งเสริมและสนับสนุนให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมทั้งในสถานการณ์ปกติและเมื่อเจ็บป่วย เช่น การถวายเป็นความรู้ด้านสุขภาพ การถวายเป็นการรับรู้ด้านสิทธิการรักษาพยาบาล การออกหน่วยถวายเป็นการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ เป็นต้น สำหรับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (กปท.) ภายใต้การสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้ความสำคัญและผลักดันประเด็นด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยบูรณาการร่วมกับคณะสงฆ์หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ นอกจากนี้แล้วพุทธศาสนิกชนยังเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพดีและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ด้วยการส่งเสริมให้หน่วยงานของรัฐ และภาคส่วนต่าง ๆ ในสังคม ร่วมกันรณรงค์ให้พุทธศาสนิกชนตระหนักถึงการจัดอาหารบิณฑบาต น้ำปานะ และชุดสังฆทานที่สร้างเสริมสุขภาพ (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2566) ซึ่งที่ผ่านมา พบว่า ภัตตาหารที่พระสงฆ์ได้รับถวายเป็นส่วนใหญ่มักมีปริมาณโปรตีนและใยอาหารต่ำ พระสงฆ์จึงต้องฉันทาน้ำปานะที่มีปริมาณน้ำตาลสูง (จงจิตร อังคทะวานิช, 2560) ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในทุกด้านจะต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชน หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมถึงตัวของพระสงฆ์เอง ด้วยการมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่เหมาะสม จากประเด็นการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และการเลือกระบบบริการสุขภาพเมื่อพระสงฆ์เผชิญความเจ็บป่วย ถือว่ามีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ได้ เนื่องจากเป็นความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ได้มาตรฐาน และเป็นการปฏิบัติตนเมื่อเจ็บป่วยที่เหมาะสม (พระครูรัตนกิจจาภิวัฒน์ สิทธิพร สุนทร, & เสาวลักษณ์ นิกรพิทยา, 2564)

ด้วยการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์พื้นที่เขตเมืองของจังหวัดเชียงใหม่ จึงไม่สามารถอ้างอิงผลการศึกษานี้ไปยังกลุ่มตัวอย่างประเภทอื่น หรืออ้างอิงไปยังกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในพื้นที่อื่นได้ เนื่องจากพระสงฆ์มีวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากบุคคลโดยทั่วไป อีกทั้งระบบบริการสุขภาพในแต่ละพื้นที่ก็ยังคงมีความแตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรมด้วย สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรสร้างความเข้าใจและยอมรับ ความแตกต่างทางวัฒนธรรมสุขภาพที่หลากหลาย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงรูปแบบของระบบบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้รับบริการต่อไป

ข้อเสนอแนะหรือการนำไปใช้ประโยชน์

● ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

บุคลากรด้านสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาพระคิลานุปัฏฐาก หรือพระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด (พระ อสว.) ให้สามารถประสานงานระหว่างวัดกับบุคลากรด้านสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งดำเนินการถวายความรู้ด้านการดูแลสุขภาพทั้งในสถานการณ์ปกติ

และเมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วย หน่วยบริการสาธารณสุขควรถวายเป็นการรับรู้ด้านสิทธิการรักษาพยาบาลแต่พระสงฆ์พร้อมพิจารณาจัดรูปแบบการถวายบริการสุขภาพที่เอื้อต่อพระธรรมวินัย ชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมผลักดันและสนับสนุนการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ในระดับพื้นที่

● ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรดำเนินการศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์พื้นที่นอกเขตเมืองร่วมด้วย เนื่องจากพระสงฆ์แต่ละพื้นที่อาจมีพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพที่แตกต่างกันไปตามบริบททางสังคมและวัฒนธรรม เช่น ความเชื่อด้านสุขภาพ ภูมิปัญญาด้านการรักษาโรค ความพร้อมของระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ทั้งนี้ การศึกษาพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพในสังคมอื่นๆ ผู้ศึกษาจะต้องสร้างความเข้าใจและศึกษาถึงความหลากหลายของวัฒนธรรมสุขภาพที่มีอยู่ในสังคมนั้นด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณคณะสงฆ์อำเภอเมืองเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ที่เมตตาเสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามจนการศึกษาวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรุงเทพธุรกิจ. (2567). ปี 67 เดินหน้าสร้างสุขภาวะ ‘พระสงฆ์’ พระแข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเป็นสุข. ค้นเมื่อ 4 มกราคม 2567, จาก <https://www.bangkokbiznews.com/health/public-health/1106851>
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, & คณิศร เต็งรัง. (2554). วิถีชุมชน เครื่องมือ 7 ขั้นที่ทำงานชุมชนง่ายได้ผลและสนุก (พิมพ์ครั้งที่ 9). นนทบุรี: สุขศาลา.
- คณิศร วุฒิสักดิ์สกุล. (2561). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอฝางจังหวัดเชียงใหม่. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ, 24(1), 71-83.
- จงจิตร อังคทะวานิช. (2560). สงฆ์ไทยไกลโรค-เข้าพรรษา-อย่าลืมตักบาตรถา(สุขภาพ)พระ. ค้นเมื่อ 22 สิงหาคม 2565, จาก <https://www.nationalhealth.or.th/index.php/en/node/937>
- ธวัชชัย ยืนยาว, นริมาลย์ นิละไพจิตร, & จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2560). พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 27(3), 120-132.

- นิภาพร นามมันทะ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพของบุคคลที่มีความเสี่ยงโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พระครูพิพิธสุตาทร. (2561). พระสงฆ์กับระบบหลักประกันสุขภาพใหญ่ที่ยังต้องขับเคลื่อนอีกมาก. ค้นเมื่อ 11 ธันวาคม 2566, จาก <https://www.hfocus.org/content/2018/09/16305>
- พระครูรัตนกิจจาภิวัฒน์, สิทธิพร สุนทร, & เสาวลักษณ์ นิกรพิทยา. (2564). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตพระสงฆ์ในเขตอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชพฤกษ์, 7(2), 16-30.
- พระครูสุธีฐานพัฒนบัณฑิต, ธวัชรัตน์ แดงหาญ, & สรัญญา วณิชชวิสี. (2558). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น โดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 22(2), 117-130.
- พระมหาขวัญชัย กิตติเมธี, & พระมหาพรชัย สิริโร. (2565). รูปแบบวัดสมานรัตนารามที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน. วารสารพุทธศาสนศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 29(2), 21-53.
- พระมหาณินภัทร คำชนาม. (2552). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศิลปากร.
- พระวิสุทธิ ฐิตวิสิทโธ (วงศ์ไส), พระครูปลัดธรรมา โขติวิโส (วงศ์ชา), & สันติพงษ์ มูลพอง. (2566). การศึกษาปัญหาพระภิกษุสงฆ์และสามเณร ไร้รัฐ ไร้สัญชาติ: การเข้าถึงบริการสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสถาบันวิจัยพหุวัฒนธรรม, 10(2), 13-24.
- พระอธิการเฉลิม กนต์สาโร, & ศิริโรจน์ นามเสนา. (2565). พระคิลานุปัฏฐาก: บทบาทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์. วารสารวิจัยวิชาการ, 5(2), 275-284.
- โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2565). รายงานประจำปี 2565 โรงพยาบาลสงฆ์. ค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2566, จาก <https://www.priest-hospital.go.th/pdf/2565/mobile/index.html>
- ศวรรณ อัครคุณ, นิตยา งามดี, & วิเชษฐ์ เชิดสันเทียะ. (2562). สุขภาพพระสงฆ์ในเขตเมือง: ปัญหาที่ควรได้รับการดูแล. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง, 63(พิเศษ), 177-184.
- ศิริรัตน์ โชติกสถิต, & เสาวนีย์ พงษ์. (2553). ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดระนอง. วารสารสาธารณสุขล้านนา, 6(3), 297-307.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2566). ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2566. กรุงเทพฯ: วุฒิวัฒน์การพิมพ์.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2562). คู่มือการใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับพระภิกษุสามเณร. นนทบุรี: สหมิตรพรินติ้ง ปับลิชชิ่ง.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2564). สปสช.เผยภาพรวมกลุ่มพระสงฆ์เข้าถึงหลักประกันสุขภาพมากขึ้น. ค้นเมื่อ วันที่ 3 ธันวาคม 2566, จาก <https://www.nhso.go.th/news/3382>
- อลงกรณ์ สุขเรืองกุล, ทวีลักษณ์ วรรณฤทธิ์, ประทับจิต บุญสร้อย, & ไพโรจน์ อุดศรี. (2560). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร, 44(พิเศษ2), 38-48.
- อัมพิกา ชุมมธยา, & ณวิทย์ อ่องแสงชัย. (2561). การขยายตัวของเมืองกับการเปลี่ยนแปลงบริบทของย่านเมืองเก่าในจังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการ การออกแบบสภาพแวดล้อม, 5(1), 61-81.
- Brook, R. H., Ware J. E., Jr., Davies-Avery, A., Stewart, A. L., Donald, C. A., Rogers, W. H., et al. (1979). *Essentials of psychological testing* (3rd ed.). New York: Harper and Row.
- Dhand, N. K., & Khatkar, M. S. (2014). *Statulator: An online statistical calculator, sample size calculator for comparing two paired proportions*. Retrieved August 24, 2020, from <http://statulator.com/SampleSize/ss2PP.html>
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Kleinman, A. (1978). Culture, illness and care. *Annals of Internal Medicine*, 88(2), 251-258.

Kleinman, A. (1980). *Patient and healer in the context of culture*. London: University of California.

Poortaghi, S., Raiesifar, A., Bozorgzad, P., Golzari, S. E., Parvizy, S., & Rafii, F. (2015). Evolutionary concept analysis of health seeking behavior in nursing: A systematic review. *BMC Health Services Research*, 15(1), 523.

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล แสดงการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่ (n=311)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (%)	การแสวงหาระบบบริการสุขภาพ	
		เลือกระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ	เลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ
		จำนวน (%)	จำนวน (%)
1. อายุ (ปี)			
20-39	184 (59.16)	112 (60.87%)	72 (39.13%)
40-59	81 (26.05)	44 (54.32%)	37 (45.68%)
≥60	46 (14.79)	19 (41.30%)	27 (58.70%)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	39 (16.43)		
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	33 (20:81)		
2. สัญชาติ			
สัญชาติไทย	283 (91.00)	158 (55.83%)	125 (44.17%)
สัญชาติอื่น	28 (9.00)	17 (60.71%)	11 (39.29%)
3. ภูมิลำเนา			
จังหวัดเชียงใหม่	152 (48.87)	80 (52.63%)	72 (47.37%)
ต่างจังหวัด	142 (45.66)	85 (59.86%)	57 (40.14%)
ต่างประเทศ	17 (5.47)	10 (58.82%)	7 (41.18%)
4. ประเภทวัด			
วัดพระอารามหลวง	101 (32.48)	70 (69.31%)	31 (30.69%)
วัดราษฎร์	210 (67.52)	105 (50.00%)	105 (50.00%)
5. จำนวนพรรษา (พรรษา)			
1-9	175 (56.27)	108 (61.71%)	67 (38.29%)
10-20	79 (25.40)	40 (50.63%)	39 (49.37%)
≥21	57 (18.33)	27 (47.37%)	30 (52.63%)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	15 (14.83)		
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	9 (1:60)		
6. ตำแหน่งทางสงฆ์			
เจ้าอาวาส/รองเจ้าอาวาส	74 (23.79)	36 (48.65%)	38 (51.35%)
พระลูกวัด	237 (76.21)	139 (58.65%)	98 (41.35%)
7. การศึกษาทางธรรม			
ไม่ได้รับการศึกษา	18 (5.79)	11 (61.11%)	7 (38.89%)
พระปริยัติธรรมแผนกธรรม	223 (71.70)	122 (54.71%)	101 (45.29%)
พระปริยัติธรรมแผนกบาลี	70 (22.51)	42 (60.00%)	28 (40.00%)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล แสดงการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่ (n=311) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (%)	การแสวงหาระบบบริการสุขภาพ	
		เลือกระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ	เลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ
		จำนวน (%)	จำนวน (%)
8. รายได้ (บาท)			
ไม่มีรายได้	67 (21.54)	39 (58.21%)	28 (41.79%)
<5,000	169 (54.34)	91 (53.85%)	78 (46.15%)
≥5,000	75 (24.12)	45 (60.00%)	30 (40.00%)
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	6,398.71 (6566.43)		
มัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	5,000 (0:30,000)		
9. การรับถวายเป็นรู้ด้านสุขภาพ (1 ปีที่ผ่านมา)			
เคยได้รับการถวายเป็นรู้	109 (35.05)	58 (53.21%)	51 (46.79%)
ไม่เคยได้รับการถวายเป็นรู้	202 (64.95)	117 (57.92%)	85 (42.08%)
10. การตรวจสุขภาพประจำปี (1 ปีที่ผ่านมา)			
เคยรับการตรวจสุขภาพ	157 (50.48)	90 (57.32%)	67 (42.68%)
ไม่เคยรับการตรวจสุขภาพ	154 (49.52)	85 (55.19%)	69 (44.81%)
11. การทราบสิทธิการรักษาพยาบาล			
ไม่ทราบสิทธิการรักษา	83 (26.69)	56 (67.47%)	27 (32.53%)
ทราบสิทธิการรักษา	228 (73.31)	119 (52.19%)	109 (47.81%)
12. โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	206 (66.24)	119 (57.77%)	87 (42.23%)
มีโรคประจำตัว	52 (16.72)	35 (67.31%)	17 (32.69%)
มีโรคประจำตัว >1 โรค	53 (17.04)	21 (39.62%)	32 (60.38%)
13. โรคประจำตัว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)			
ความดันโลหิตสูง	49 (15.76)	20 (40.82%)	29 (59.18%)
ไขมันในเลือดสูง	46 (14.79)	22 (47.83%)	24 (52.17%)
เบาหวาน	28 (9.00)	16 (57.14%)	12 (42.86%)
เก๊าต์	22 (7.07)	12 (54.55%)	10 (45.45%)
หัวใจและหลอดเลือด	14 (4.50)	10 (71.43%)	4 (28.57%)

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยแบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (n=311)

ปัจจัย	การแสวงหาระบบบริการสุขภาพ		OR (95%CI)
	เลือกระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ	เลือกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
1. อายุ (ปี)			
20 – 39	112 (60.87%)	72 (39.13%)	1
40 – 59	44 (54.32%)	37 (45.68%)	1.31 (0.77-2.22)
≥ 60	19 (41.30%)	27 (58.70%)	2.21 (1.15-4.27)*

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหากระบวนการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยแบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (n=311) (ต่อ)

ปัจจัย	การแสวงหากระบวนการสุขภาพ		OR (95%CI)
	เลือกกระบวนการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ	เลือกกระบวนการสุขภาพวิชาชีพ	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
2. สัญชาติ			
สัญชาติไทย	158 (55.83%)	125 (44.17%)	1
สัญชาติอื่น	17 (60.71%)	11 (39.29%)	0.82 (0.37-1.81)
3. ภูมิลำเนา			
จังหวัดเชียงใหม่	80 (52.63%)	72 (47.37%)	1
ต่างจังหวัด	85 (59.86%)	57 (40.14%)	0.75 (0.47-1.18)
ต่างประเทศ	10 (58.82%)	7 (41.18%)	0.78 (0.28-2.15)
4. ประเภทวัด			
วัดพระอารามหลวง	70 (69.31%)	31 (30.69%)	1
วัดราษฎร์	105 (50.00%)	105 (50.00%)	2.26 (1.37-3.73)*
5. จำนวนพรรษา (พรรษา)			
1 - 9	108 (61.71%)	67 (38.29%)	1
10 - 20	40 (50.63%)	39 (49.37%)	1.57 (0.92-2.69)
≥ 21	27 (47.37%)	30 (52.63%)	1.79 (0.98-3.27)
6. ตำแหน่งทางสงฆ์			
เจ้าอาวาส/รองเจ้าอาวาส	36 (48.65%)	38 (51.35%)	1
พระลูกวัด	139 (58.65%)	98 (41.35%)	0.67 (4.00-1.13)
7. การศึกษาทางธรรม			
ไม่ได้รับการศึกษา	11 (61.11%)	7 (38.89%)	1
พระปริยัติธรรมแผนกธรรม	122 (54.71%)	101 (45.29%)	1.31 (0.49-3.48)
พระปริยัติธรรมแผนกบาลี	42 (60.00%)	28 (40.00%)	1.05 (0.36-3.03)
8. รายได้ (บาท)			
ไม่มีรายได้	39 (58.21%)	28 (41.79%)	1
< 5,000	91 (53.85%)	78 (46.15%)	1.19 (0.67-2.12)
≥ 5,000	45 (60.00%)	30 (40.00%)	0.93 (0.48-1.81)
9. การรับถวายเป็นความรู้ด้านสุขภาพ (1 ปีที่ผ่านมา)			
เคยได้รับการถวายเป็นความรู้	58 (53.21%)	51 (46.79%)	1
ไม่เคยได้รับการถวายเป็นความรู้	117 (57.92%)	85 (42.08%)	0.83 (0.52-1.32)
10. การตรวจสุขภาพประจำปี (1 ปีที่ผ่านมา)			
เคยรับการตรวจสุขภาพ	90 (57.32%)	67 (42.68%)	1
ไม่เคยรับการตรวจสุขภาพ	85 (55.19%)	69 (44.81%)	1.09 (0.70-1.71)
11. การทราบบลิตีการรักษายาบาล			
ไม่ทราบบลิตีการรักษา	56 (67.47%)	27 (32.53%)	1
ทราบบลิตีการรักษา	119 (52.19%)	109 (47.81%)	1.90 (1.12-3.22)*

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยแบบตัวแปรเชิงเดี่ยว (n=311) (ต่อ)

ปัจจัย	การแสวงหาระบบบริการสุขภาพ		OR (95%CI)
	เลือกกระบบบริการสุขภาพที่ไม่ใช่วิชาชีพ	เลือกกระบบบริการสุขภาพวิชาชีพ	
	จำนวน (%)	จำนวน (%)	
12. โรคประจำตัว			
ไม่มีโรคประจำตัว	119 (57.77%)	87 (42.23%)	1
มีโรคประจำตัว	35 (67.31%)	17 (32.69%)	0.66 (0.35-1.26)
มีโรคประจำตัว > 1 โรค	21 (39.62%)	32 (60.38%)	2.08 (1.13-3.86)
13. การรับรู้ภาวะสุขภาพ			1.02 (0.99-1.05)
14. การสนับสนุนทางสังคม			0.96 (0.93-0.99)*
15. ความเชื่อมั่นต่อระบบบริการสุขภาพ			0.99 (0.97-1.01)

OR: Crude Odds Ratio; * p-value<0.05

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการแสวงหาระบบบริการสุขภาพของพระสงฆ์จังหวัดเชียงใหม่เมื่อเผชิญกับความเจ็บป่วยแบบตัวแปรเชิงพหุ (n=311)

ตัวแปร	OR (95%CI)	Adj OR (95%CI)
1. อายุ		
20 – 39 ปี	1	1
40 – 59 ปี	1.31 (0.77-2.22)	1.14 (0.64-2.04)
60 ปีขึ้นไป	2.21 (1.15-4.27)*	1.47 (0.67-3.21)
2. ประเภทวัด		
พระอารามหลวง	1	1
วัดราษฎร์	2.26 (1.37-3.73)*	1.88 (1.10-3.20)*
3. สิทธิการรักษาพยาบาล		
ไม่ทราบสิทธิการรักษา	1	1
ทราบสิทธิการรักษา	1.90 (1.12-3.22)*	1.98 (1.11-3.50)*
4. โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	1	1
มีโรคประจำตัว	0.66 (0.35-1.26)	0.57 (0.28-1.13)
มีโรคประจำตัวมากกว่า 1 โรค	2.08 (1.13-3.86)	1.35 (0.64-2.82)
5. การสนับสนุนทางสังคม	0.96 (0.93-0.99)*	0.97 (0.94-0.99)*

OR: Crude Odds Ratio; Adj OR: Adjusted Odds Ratio; * p-value<0.05