การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่ จังหวัดลพบุรี*

อาจารีย์ พรหมรัตน์ พย.ม.** นฤมล จันทรเกษม กศ.ม.***
ธนพล บรรดาศักดิ์ พย.ม.** ทวีทรัพย์ จูมศิลป์ พย.ม.**
พรเลิศ ชุมชัย ปร.ด.** ขวัญชนก ยศคำลือ พย.ม.** อาภาภรณ์ กล่ำถึก ส.บ.****

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ ด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน 2) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) ประเมินผลการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การวิจัยและพัฒนาเป็นกรอบการวิจัยและบูรณาการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ในการพัฒนารูปแบบและการประเมินผลการนำไปใช้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ประกอบด้วย พระสงฆ์และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในชุมชน รวมทั้งผู้ร่วมวิจัยและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบ จำนวน 69 คน และกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์อาพาธที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 15 รูป ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2567 เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและการตีความ และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ paired samples t-test

ผลการวิจัย พบว่า การดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธยังขาดการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน การวางแผนและการติดตามที่เป็นระบบ การจัดบริการสุขภาพยังไม่สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและการเข้าถึงบริการสุขภาพยังไม่ทั่วถึง รูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้น คือ “PRA-NGAM Model” ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ การวางแผนแบบมีส่วนร่วม การจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย การเข้าถึงบริการสุขภาพ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลและเครือข่าย การให้ความรู้ทางสุขภาพเชิงพุทธ การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแล และการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ผลการประเมิน พบว่า ระดับความดันโลหิตและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สรุปได้ว่า รูปแบบดังกล่าวสามารถนำไปใช้ได้อย่างเหมาะสมกับบริบทวัดและชุมชน และมีแนวโน้มก่อให้เกิดการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนสำหรับพระภิกษุสงฆ์ที่เจ็บป่วย

คำสำคัญ: พระสงฆ์อาพาธ วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม รูปแบบการดูแลสุขภาพ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

เลขที่จริยธรรมการวิจัย COA No.BCNPB018/2566 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน
วันที่รับบทความ 16 ตุลาคม 2568 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 15 กุมภาพันธ์ 2569 วันที่ตอบรับบทความ 23 กุมภาพันธ์ 2569

***ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท**
****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก**
*****อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก**
ผู้ประพันธ์บรรณกิจ อีเมล 251026@bcnpb.ac.th
******พยาบาลเทคนิคชำนาญงาน เทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี**

Development of a health care model for monks with hypertension and diabetes mellitus through community participation in Lopburi Province*

Arjaree Prommarut M.N.S.** Narumol Jangasem M.Ed.***
Thanapol Bundasak M.N.S.** Taweesup Joomsil M.N.S.**
Pornlert Chumchai Ph.D. ** Kwanchanok Yotkhamlue M.N.S.** Apapron Kumturk B.P.H.****

Abstract

This study aimed to 1) examine the problems and context of health care for monks suffering from hypertension and diabetes mellitus, 2) develop a community participation–based health care model, and 3) evaluate the outcomes of the model. A research and development approach was employed, integrating participatory action research in both model development and implementation evaluation.

The informants included monks, individuals involved in monk health care in the community, co-researchers, and stakeholders in model development, totaling 69 participants. A sample of 15 monks suffering from hypertension and diabetes was also included. The study was conducted from December 2023 to December 2024. Data were collected through in-depth interviews, focus group discussions, and health outcome recording forms. Qualitative data were analyzed using content analysis and interpretation, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired samples t-test.

The findings revealed that health care for ill monks lacked intersectoral integration, systematic planning and monitoring, congruence with monastic discipline, and equitable access to health services. The developed health care model, termed the “PRA-NGAM Model,” comprised seven components: participatory planning, health service provision consistent with monastic discipline, accessibility to health services, development of health information systems and care networks, Buddhist-oriented health education, enhancement of caregiver capacity, and continuous monitoring. Evaluation results indicated that systolic and diastolic blood pressure levels, as well as glycated hemoglobin levels, significantly decreased after implementation of the model ($p<0.001$). In conclusion, the PRA-NGAM Model is appropriate for application in temple and community contexts and demonstrates potential for promoting sustainable health care for ill monks.

keywords: Ill monks; participatory action research; health care model; non-communicable diseases

Ethical approval: COA No.BCNPB018/2566, Plagiarism checked, 3 Reviewers.
Received 16 October 2025, Revised 15 February 2026, Accepted 23 February 2026

***This research was supported by Boromarajonani College of Nursing, Phra-Phutthabat research fund**
****Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phra-Phutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute**
*****Lecturer, Boromarajonani College of Nursing, Phra-Phutthabat, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Corresponding author, E-mail: 251026@bcnpb.ac.th**
******Technical Nurse, Experienced Level, Khaoprangam Subdistrict Municipality, Lopburi Province**

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่มีสาเหตุหลักจากพฤติกรรมเสี่ยงในการดำเนินชีวิตและมีการพัฒนาโรคอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบถึงความผิดปกติในระยะเริ่มต้น จนก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายและนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในแต่ละปีประชากรทั่วโลกเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังประมาณ 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมด[1] โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็ม การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ รวมถึงภาวะเครียดเรื้อรัง นอกจากนี้ ปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่น การขยายตัวของเมือง กลยุทธ์ทางการตลาดและการใช้เทคโนโลยี ยังมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ความชุกของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง อาทิ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคอ้วน โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง[2] ในประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต มากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของประชาชน[3-4] ขณะเดียวกันกลุ่มพระสงฆ์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญทางศาสนาและวัฒนธรรมของสังคมไทย กลับเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพ และมีแนวโน้มอาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[5]

จากการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีภาระโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับรูปแบบการดำเนินชีวิต ข้อจำกัดด้านการบริโภคอาหารจากการถวายของประชาชน การมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ รวมถึงการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองและการดูแลสุขภาพที่ยังไม่ทั่วถึงและขาดความต่อเนื่อง[6] จากมุมมองของพระสงฆ์เอง พบว่า ข้อจำกัดด้านการบริโภคอาหารและการดำเนินชีวิตตามวิถีสมณเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เนื่องจากพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกชนิดอาหารได้ด้วยตนเอง อาหารที่ได้รับจากการถวายมักมีรสหวาน มัน และเค็ม รวมทั้งขาดความหลากหลายทางโภชนาการ ประกอบกับข้อจำกัดด้านกิจวัตรประจำวันและความเหมาะสมตามพระธรรมวินัย ส่งผลให้พระสงฆ์มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ และขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ[7] ปัจจัยดังกล่าว เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรัง และปัญหาการมองเห็น ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนสำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยพบว่า พระสงฆ์ไทยมีปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นและภาวะแทรกซ้อนดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การปฏิบัติศาสนกิจ และก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายต่อระบบบริการสุขภาพ[8-9] จังหวัดลพบุรีเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนวัดและพระภิกษุจำพรรษาสูง โดยมีวัด จำนวน 725 วัด และพระภิกษุรวมทั้งสิ้น 3,779 รูป[10] นับเป็นพื้นที่ที่มีบทบาทสำคัญทางศาสนาและวัฒนธรรม อย่างไรก็ตาม พระสงฆ์ในพื้นที่ยังคงประสบข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง และยังขาดการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาครัฐในการวางแผนและดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์

การทบทวนวรรณกรรมและข้อมูลเชิงนโยบายสะท้อนให้เห็นช่องว่างสำคัญ ได้แก่ ช่องว่างเชิงระบบโดยเฉพาะข้อจำกัดในการดำเนินงานในระดับพื้นที่ แม้ว่าจะมีการขับเคลื่อนเชิงนโยบายในระดับประเทศเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ และพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์ให้มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพภายในวัดและชุมชน ซึ่งเชื่อมโยงวัดกับระบบบริการสุขภาพอย่างเป็นระบบ[11] แต่การดำเนินงานในระดับพื้นที่ยังขาดความต่อเนื่องและกลไกเชิงโครงสร้างในการบูรณาการการทำงานระหว่างบริบททางศาสนา ระบบสาธารณสุข

และชุมชน[12] ขณะเดียวกันยังพบช่องว่างเชิงพฤติกรรม เนื่องจากการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์มีข้อจำกัดตามพระธรรมวินัยและรูปแบบการบริโภคอาหารที่ไม่สามารถควบคุมได้ด้วยตนเอง[13] ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์มีความสัมพันธ์กับบทบาทของชุมชนและผู้อุปัฏฐาก อย่างไรก็ตาม งานวิจัยเชิงลึกที่ศึกษาประเด็นดังกล่าว ในบริบทของวัดและชุมชนยังมีจำนวนจำกัด[14-16] นอกจากนี้ ยังพบช่องว่างเชิงบริบททางสังคมวัฒนธรรม เนื่องจากรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่มีอยู่ส่วนใหญ่ยังมุ่งเน้นการดำเนินงานในระดับโครงการหรือพื้นที่เฉพาะ และยังขาดความสอดคล้องกับวิถีสมณเพศ หลักพระธรรมวินัย และบริบททางสังคมวัฒนธรรมของวัดและชุมชนอย่างแท้จริง อีกทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านประสิทธิผลของการนำรูปแบบการดูแลดังกล่าวไปใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับชุมชนยังมีจำกัด[17] โดยเฉพาะในมิติของความต่อเนื่องและความยั่งยืนของผลลัพธ์ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่เน้นการมีส่วนร่วมและความยั่งยืนของผลลัพธ์ในระยะยาว[18]

ลักษณะของปัญหาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์มิได้เป็นเพียงปัญหาทางการแพทย์หรือพฤติกรรมส่วนบุคคลเท่านั้น หากแต่เป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนเชื่อมโยงหลายมิติ ทั้งด้านโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม ระบบการดูแลสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างวัดกับชุมชน การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ จึงไม่อาจอาศัยแนวทางเชิงเทคนิคหรือการถ่ายทอดความรู้จากผู้เชี่ยวชาญเพียงฝ่ายเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในบริบทจริง เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเป็นผู้ร่วมสร้างความรู้ ร่วมตัดสินใจ และร่วมขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลง[19]

ภายใต้ลักษณะของปัญหาและกรอบวิธีวิทยาที่มุ่งแก้ไขปัญหาเชิงปฏิบัติในบริบทจริง การวิจัยครั้งนี้จึงยึดปรัชญาการวิจัยแบบปฏิบัตินิยม (pragmatism) ซึ่งมุ่งเน้นการแสวงหาความรู้ที่สามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาได้จริงในบริบทของพระสงฆ์และชุมชน และเอื้อต่อการเลือกใช้วิธีการวิจัยที่หลากหลายและยืดหยุ่นตามวัตถุประสงค์ในแต่ละระยะของการวิจัย ทั้งการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อให้ได้ข้อค้นพบที่ครอบคลุมและนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมและยั่งยืน[20]

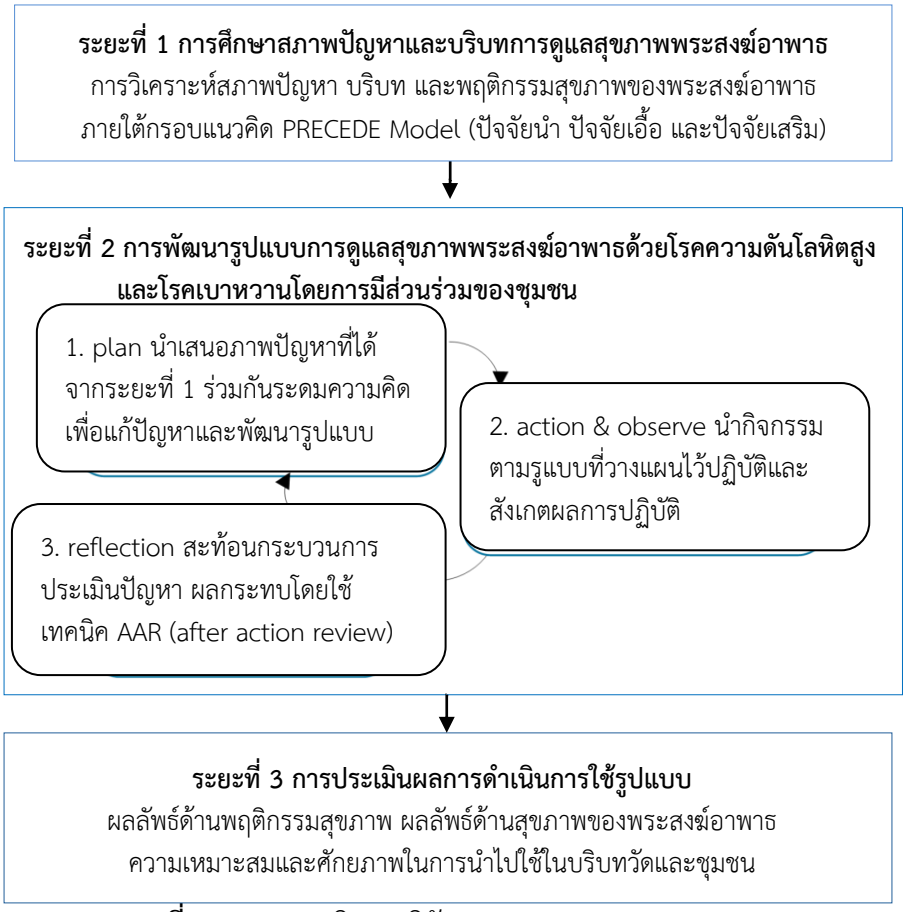
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและบริบทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินการของรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ยึดปรัชญาการวิจัยแบบปฏิบัตินิยม (pragmatism) ซึ่งมุ่งแสวงหาความรู้ที่สามารถนำไปใช้แก้ไขปัญหาได้จริงในบริบทของพระสงฆ์และชุมชน ภายใต้กรอบปรัชญาดังกล่าว ผู้วิจัยมุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่จังหวัดลพบุรี โดยเริ่มจากการศึกษาสภาพปัญหา บริบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อนำมาใช้เป็นฐานในการออกแบบและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีสมณเพศและบริบทชุมชน วิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพอาศัยกรอบแนวคิด PRECEDE Model ซึ่งครอบคลุมปัจจัยนำ

ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม[21] ร่วมกับการบูรณาการกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) [22] ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) การวางแผนเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น (planning) 2) ลงมือปฏิบัติการตามแผน (action) 3) สังเกตการณ์ (observation) และ 4) สะท้อนกลับ (reflection) กระบวนการและผลของการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน (re-planning) ที่เชื่อมโยงความรู้ที่ได้จากการทำวิจัยกับการปฏิบัติงานที่เกิดขึ้นจริงผสานเข้าด้วยกันเป็นกลไกในการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ จึงออกแบบเป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development: R&D) เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบท และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างยั่งยืน[23] โดยกรอบแนวคิดการวิจัยสามารถสรุปได้ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย (conceptual framework)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development; R&D) ภายใต้ปรัชญาการวิจัยแบบปฏิบัตินิยม (pragmatism) โดยบูรณาการกรอบแนวคิด PRECEDE Model ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และสามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างยั่งยืน การวิจัยดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2566 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ.2567 ในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม อำเภอเมืองลพบุรี จังหวัดลพบุรี กลุ่มผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมการวิจัย

คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามบทบาท หน้าที่ และการมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ เพื่อให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการวิจัยในแต่ละระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาและบริบทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ

การดำเนินการวิจัยในระยะนี้ ใช้การวิจัยเชิงคุณภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกต เพื่อศึกษาสภาพปัญหา พฤติกรรมสุขภาพ วิถีชีวิต และปัจจัยที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ วิเคราะห์ข้อมูลภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE Model ซึ่งครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมในบริบทของวิถีสมณเพศและชุมชน ทั้งนี้ การกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูลใช้หลักการข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมุมมองจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างรอบด้าน ผู้ให้ข้อมูลในระยะนี้เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ตรง และมีบทบาทเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธในระดับนโยบาย การปฏิบัติ และชุมชน โดยคัดเลือกแบบเจาะจงให้ครอบคลุมบริบทวิถีสมณเพศและระบบเกื้อหนุนทางสังคม ประกอบด้วย ฝ่ายสงฆ์ ได้แก่ เจ้าคณะจังหวัดลพบุรี จำนวน 1 รูป เจ้าอาวาสวัด/สำนักสงฆ์ จำนวน 7 รูป และพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 5 รูป รวมฝ่ายสงฆ์ทั้งสิ้น 13 รูป และฝ่ายฆราวาส ได้แก่ ผู้อำนวยการสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดลพบุรี จำนวน 1 คน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานเทศบาลตำบลเขาพระงาม จำนวน 3 คน บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 2 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 5 คน และประชาชนทั่วไป จำนวน 5 คน รวมฝ่ายฆราวาสทั้งสิ้น 16 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ

การพัฒนารูปแบบในระยะที่ 2 ดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research; PAR) โดยเน้นกระบวนการออกแบบร่วม (co-design) ระหว่างพระสงฆ์และภาคีในชุมชน กระบวนการวิจัย ประกอบด้วย ขั้นตอนการวางแผน การลงมือปฏิบัติและการสังเกต และการสะท้อนผล เพื่อให้การพัฒนารูปแบบมีความสอดคล้องกับการปฏิบัติจริงและบริบทพื้นที่

กระบวนการพัฒนารูปแบบใช้เทคนิคการระดมสมอง การประชุมกลุ่มย่อย และการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (after action review; AAR) เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยร่วมกันกำหนดแนวคิด หลักการ และองค์ประกอบของรูปแบบ ตลอดจนปรับปรุงรูปแบบอย่างต่อเนื่องจากผลการสะท้อนร่วม โดยพระสงฆ์ในพื้นที่มีบทบาทในการร่วมออกแบบแนวทางการดูแล ให้ข้อเสนอเชิงหลักธรรมและข้อจำกัดตามพระวินัย รวมทั้งร่วมสะท้อนผลและตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพ ผู้เข้าร่วมการวิจัยในระยะนี้ทำหน้าที่เป็นผู้ร่วมวิจัย (co-researchers) และเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ ประกอบด้วย ฝ่ายสงฆ์ ได้แก่ พระสงฆ์ผู้แทนวัดในพื้นที่ จำนวน 2 รูป และฝ่ายฆราวาส ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 2 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 11 คน ผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน และประชาชนในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จำนวน 15 คน เพื่อแสดงให้เห็นระดับและบทบาทการมีส่วนร่วม ของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยสรุปบทบาทและระดับการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ร่วมวิจัยไว้ ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับและบทบาทการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) ในระยะที่ 2

กลุ่มผู้มีส่วนร่วม	การกำหนดปัญหา	การออกแบบการวิจัย	การเก็บข้อมูล	การวิเคราะห์ข้อมูล	การตัดสินใจลงมือปฏิบัติการ	การสะท้อนผล (reflection)
พระสงฆ์อาพาธ	สะท้อนปัญหาตามวิถีสงฆ์	เสนอแนวทางการดูแล	ให้ข้อมูลจากประสบการณ์	ร่วมตีความประสบการณ์	ร่วมเลือกแนวทางการดูแล	สะท้อนการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ
ผู้นำสงฆ์ / เจ้าอาวาส	เสนอประเด็นการดูแลพระสงฆ์	ร่วมพิจารณาความเหมาะสม	ให้ข้อมูลบริบทวัด	ร่วมแลกเปลี่ยนผลการดำเนินงาน	ขับเคลื่อนการดูแลในวัด	สะท้อนผลภาพรวม
อสม./ชุมชนบุคลากรสาธารณสุข	สะท้อนความต้องการชุมชนวิเคราะห์ปัญหาระบบสุขภาพพระสงฆ์	ออกแบบตามบริบทร่วมออกแบบกิจกรรม	ติดตามและบันทึกข้อมูลเก็บข้อมูลการดูแล	แลกเปลี่ยนผลในพื้นที่วิเคราะห์ผลร่วมทีมวิจัย	ร่วมดำเนินการดูแลปรับรูปแบบการดูแลตามผลการวิจัย	เสนอแนวทางปรับปรุงสะท้อนการเปลี่ยนแปลง
ผู้วิจัย	เอื้อต่อการมีส่วนร่วม	ออกแบบการวิจัย	สนับสนุนการจัดการข้อมูล	สังเคราะห์ข้อมูล	สนับสนุนการตัดสินใจร่วม	อำนวยการสะท้อนผล

ระยะที่ 3 การประเมินผลการดำเนินการของรูปแบบ

การประเมินผลการดำเนินการของรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ เพื่อพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และผลลัพธ์ของการนำรูปแบบไปใช้ในบริบทการปฏิบัติจริง ผู้เข้าร่วมการวิจัยคือพระสงฆ์อาพาธที่ได้รับการวินิจฉัยว่า เป็นโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งจำพรรษาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จังหวัดลพบุรี จำนวน 15 รูป คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนดำเนินการและภายหลังการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เป็นระยะเวลา 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเชิงปริมาณ ประกอบด้วย การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ ค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาลในเลือดสะสม ในส่วนของการประเมินผลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้ร่วมกันสะท้อนผลการดำเนินการผ่านการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (after action review; AAR) เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิเคราะห์ปัจจัยเอื้อและอุปสรรคในการดำเนินการ ตลอดจนประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของรูปแบบ ผลจากการสะท้อนดังกล่าวถูกนำมาใช้ในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบให้สอดคล้องกับบริบทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ และเอื้อต่อการนำไปใช้ได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ และเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้ในการศึกษาสภาพปัญหา บริบท ความต้องการ การพัฒนารูปแบบ และการสะท้อนผลการดำเนินงานของรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ ในแต่ละระยะของการวิจัย ประกอบด้วย

1.1 แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์และระยะของการวิจัย โดยครอบคลุมประเด็นสภาพปัญหา บริบทการดูแลสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัย

ที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ (ระยะที่ 1) รวมทั้งประเด็นความต้องการ แนวทาง และข้อเสนอแนะในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ (ระยะที่ 2)

1.2 แบบบันทึกการสังเกตและแบบบันทึกการสะท้อนผลการดำเนินกิจกรรม ใช้บันทึกการมีส่วนร่วม กระบวนการดำเนินกิจกรรม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติจริง รวมทั้งการสะท้อนผลผ่านการทบทวนหลังการปฏิบัติงาน (after action review; AAR) ในระยะที่ 2 และระยะที่ 3

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ในการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพของพระสงฆ์อาพาธก่อนและหลังการนำรูปแบบการดูแลสุขภาพไปใช้ โดยใช้แบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยค่าความดันโลหิตและค่าระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ข้อมูลดังกล่าวเป็นผลการตรวจตามนัดหมายปกติของคลินิกโรคเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ดำเนินการโดยบุคลากรสาธารณสุขตามมาตรฐานการดูแลรักษา และผู้วิจัยนำมาบันทึกลงในแบบบันทึกที่กำหนดไว้ทั้งก่อนและหลังการใช้รูปแบบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือเชิงคุณภาพพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิดเชิงทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และบริบทของพื้นที่ศึกษา จากนั้นตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านการพยาบาลชุมชนและการวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 และผ่านการทดสอบภาคสนามก่อนนำไปใช้จริง สำหรับเครื่องมือเชิงปริมาณ แบบบันทึกผลลัพธ์ทางสุขภาพได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านพยาบาลชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 3 ท่าน พบว่า สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการตามแนวทางของ Miles และ Huberman[24] ได้แก่ การลดทอนข้อมูล การจัดแสดงข้อมูล และการสรุปและตรวจสอบข้อค้นพบ โดยเป็นการวิเคราะห์แบบวนซ้ำควบคู่กับวงรอบของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกต และการสะท้อนผล ถูกนำมาวิเคราะห์และตีความร่วมกัน เพื่อใช้เป็นฐานในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพให้เหมาะสมกับบริบทการปฏิบัติจริง การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลใช้การตรวจสอบข้อมูลจากหลายแหล่งและการตรวจสอบกับผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ การประเมินคุณภาพของกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมพิจารณาตามกรอบของ Reason และ Bradbury[18] ซึ่งสรุปแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การแสดงความน่าเชื่อถือและความสมเหตุสมผลของความรู้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เกณฑ์คุณภาพตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	ความหมายตามแนวคิด Reason & Bradbury	การดำเนินการในงานวิจัย
credibility	ข้อค้นพบสะท้อนประสบการณ์จริงของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง	ใช้ข้อมูลจากพระสงฆ์อาพาธ ผู้นำสงฆ์ บุคลากรสาธารณสุข และชุมชน วิเคราะห์ และสะท้อนผลร่วมกันในแต่ละวงรอบ พร้อมตรวจสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 2 การแสดงความน่าเชื่อถือและความสมเหตุสมผลของความรู้ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (ต่อ)

เกณฑ์คุณภาพตามการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	ความหมายตามแนวคิด Reason & Bradbury	การดำเนินการในงานวิจัย
catalytic validity	กระบวนการวิจัยเอื้อต่อการตระหนักรู้และการเปลี่ยนแปลงเชิงปฏิบัติ	กระบวนการมีส่วนร่วมช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องตระหนักถึงปัญหาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์และใช้ผลการสะท้อนร่วมเป็นฐานในการปรับปรุงแนวทางการดูแล
dialogic validity	การสร้างความรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนและตรวจสอบร่วมกัน	จัดเวทีสะท้อนผลร่วมระหว่างผู้วิจัยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อแลกเปลี่ยน ตรวจสอบ และยืนยันข้อค้นพบในแต่ละวงรอบของการวิจัย

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ตรวจสอบการกระจายตัวด้วย Shapiro–Wilk test เมื่อข้อมูลมีการกระจายตัวเป็นปกติ ใช้ Paired Samples t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของความดันโลหิตและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p<0.05$

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท เลขที่ COA No.BCNPB018/2566 โดยผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้แก่ ชี้แจงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนของการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้าใจอย่างชัดเจนก่อนเข้าร่วมการวิจัย ขอความยินยอมโดยสมัครใจ (informed consent) คุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างตามหลักการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว (confidentiality and privacy) ผู้เข้าร่วมจะปฏิเสธหรือถอนตัวในการเข้าร่วมการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่กระทบต่อสิทธิที่พึงมี การดำเนินงานทั้งหมดเป็นไปตามหลักมาตรฐานจริยธรรมการวิจัย

ผลการวิจัย

1. สภาพปัญหาและบริบทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานจากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและการสังเกต ในระยะที่ 1 พบประเด็นปัญหาหลักเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 7 ประเด็น ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ประเด็นปัญหาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จากการศึกษาระยะที่ 1

ประเด็นหลัก (theme)	ประเด็นย่อย (sub-theme)	ตัวอย่างคำกล่าวอ้างจากผู้ให้ข้อมูล (verbatim quotes)
1. ข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการและการประสานงาน	การขาดการวางแผนและการกำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกัน	“แต่ละหน่วยงานทำงานของตัวเอง ยังไม่มีแผนร่วมกันชัดเจน งบประมาณก็ไม่พอสำหรับดูแลพระระยะยาว”
2. ความไม่สอดคล้องของการดูแลกับบริบทพระสงฆ์	บุคลากรทางสุขภาพขาดความรู้เรื่องพระธรรมวินัยและวิถีชีวิต	“บางคำแนะนำทำตามลำบาก เพราะพระกลัวว่าจะขัดกับพระวินัย เลยไม่กล้าปฏิบัติ”
3. ข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ	การเข้าถึงบริการและการตรวจ คัดกรองที่ไม่ทั่วถึง	“พระบางวัดไม่ค่อยได้ตรวจสุขภาพประจำปี ถ้าไม่ป่วยหนักก็ไม่ได้ไปโรงพยาบาล”
4. การขาดระบบข้อมูลสุขภาพ	ไม่มีฐานข้อมูลสุขภาพและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน	“ไม่มีข้อมูลรวมว่าพระแต่ละวัดป่วยอะไรบ้าง เวลาจะติดตามก็ทำต่อไม่ได้”
5. ข้อจำกัดด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์อาพาธ	ข้อจำกัดด้านวัย การมองเห็นและการได้ยิน	“พระส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ฟังไม่ค่อยชัด อ่านเอกสารสุขภาพก็ไม่ค่อย รู้เรื่อง”
6. การมีส่วนร่วมของชุมชนและผู้เกี่ยวข้องยังไม่เพียงพอ	ผู้นำชุมชนและประชาชนขาดความรู้ในการดูแลและถวายภัตตาหารที่เหมาะสม	“ชาวบ้านยังไม่รู้ว่าควรถวายอาหารแบบไหนที่เหมาะกับพระที่เป็นเบาหวานหรือความดัน”
7. การขาดระบบติดตามและความต่อเนื่องของการดูแล	การติดตามเยี่ยมและการดูแลสุขภาพไม่ต่อเนื่อง	“ไปตรวจครั้งหนึ่งแล้วก็เงียบ ไม่มีใครมาตามต่อ”

เมื่อพิจารณาประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงคุณภาพภายใต้กรอบแนวคิด PRECEDE Model พบว่า ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับข้อจำกัดด้านความรู้และความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์อาพาธ จัดอยู่ในกลุ่มปัจจัยนำ (predisposing factors) ขณะที่ประเด็นด้านการบริหารจัดการ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการขาดระบบข้อมูลสุขภาพสะท้อนปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ส่วนประเด็นด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนและการขาดระบบติดตามอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ มีลักษณะเชิงระบบและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขในหลายระดับพร้อมกัน

2. การพัฒนารูปแบบ มีผลการวิจัย ดังนี้

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ ดำเนินการภายใต้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนำผลการศึกษาสภาพปัญหา และบริบทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธจากระยะที่ 1 มาวิเคราะห์ สังเคราะห์ และพัฒนาร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วน ได้แก่ พระสงฆ์อาพาธ ผู้นำสงฆ์ บุคลากรสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เพื่อให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นสะท้อนสภาพ

ความเป็นจริงของพื้นที่และสอดคล้องกับวิถีสมณเพศ ผลการพัฒนาในระยะที่ 2 นำไปสู่รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้ชื่อ “PRA-NGAM Model” ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) participatory planning การวางแผนแบบมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ หน่วยงาน และชุมชน 2) respect การจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักพระธรรมวินัยและวิถีสมณเพศ 3) accessibility การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและระบบส่งต่ออย่างต่อเนื่อง 4) network การพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธและการเชื่อมโยงเครือข่ายหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้อง 5) guidance การให้คำแนะนำทางสุขภาพเชิงพุทธ เพื่อเสริมสร้างความรู้และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง 6) ability การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลพระสงฆ์ในชุมชน และ 7) monitoring การจัดระบบกำกับติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รูปแบบดังกล่าวได้รับการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน เพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์ แนวคิดเชิงทฤษฎี และองค์ประกอบของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ผลการตรวจสอบ พบว่า รูปแบบมีความเหมาะสม ครอบคลุมปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมตามกรอบแนวคิด PRECEDE Model และสามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงในบริบทชุมชนได้ รายละเอียดการเชื่อมโยงองค์ประกอบของ PRA-NGAM Model กับกรอบแนวคิด PRECEDE Model แสดงไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเชื่อมโยงองค์ประกอบของ PRA-NGAM Model กับกรอบแนวคิด PRECEDE Model

PRA-NGAM Model	สาระสำคัญของการดำเนินการ	การเชื่อมโยงตาม PRECEDE Model
participatory planning	การวางแผนร่วมของพระสงฆ์ หน่วยงาน และชุมชน เพื่อกำหนดบทบาทและแนวทางการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ	reinforcing factors/ administrative factors
respect	การจัดบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับหลักพระธรรมวินัยและวิถีสมณเพศ	administrative and policy factors
accessibility	การส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและระบบส่งต่ออย่างต่อเนื่อง	enabling factors
network	การพัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพและการเชื่อมโยงเครือข่ายหน่วยงาน	enabling factors
guidance	การให้คำแนะนำทางสุขภาพเชิงพุทธเพื่อเสริมความรู้และแรงจูงใจในการดูแลตนเอง	predisposing factors
ability	การเสริมสร้างศักยภาพผู้ดูแลพระสงฆ์ในชุมชน	reinforcing factors
monitoring	การกำกับติดตามผลลัพธ์ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง	administrative and policy factors

3. ผลการดำเนินการภายหลัง การนำรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (PRA-NGAM Model) ที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้กับกลุ่มพระสงฆ์อาพาธที่จำพรรษาอยู่ในเขตเทศบาลตำบลเขาพระงาม จำนวน 15 รูป ผลการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ผลจากการสะท้อนความคิดเห็นและการติดตามผลเชิงคุณภาพ พบว่า

พระสงฆ์อาพาธมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพของตนเองเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตนด้านโภชนาการ การใช้ยาอย่างถูกต้อง การติดตามอาการ และการปรับพฤติกรรมสุขภาพให้สอดคล้องกับวิถีสมณเพศ นอกจากนี้ พระสงฆ์สามารถนำหลักธรรมทางพระพุทธศาสนามาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพและการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ผลการเปลี่ยนแปลงด้านระบบและการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการดำเนินการ พบว่า การนำ PRA-NGAM Model ไปใช้ช่วยเสริมสร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธอย่างเป็นระบบทั้งในด้านการประสานงานระหว่างวัด หน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน เกิดการจัดระบบข้อมูลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องและการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชน ส่งผลให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่มากยิ่งขึ้น การยอมรับและความเหมาะสมของรูปแบบ จากการประเมินความคิดเห็นของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า PRA-NGAM Model เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับหลักพระธรรมวินัย วิถีสมณเพศ และบริบทชุมชน สามารถนำไปใช้ในการปฏิบัติจริงได้ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นว่า รูปแบบช่วยให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธมีความชัดเจนเป็นระบบ และเอื้อต่อการดำเนินงานร่วมกันในระยะยาว ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า เมื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่าง และระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จำนวน 15 รูป ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางสุขภาพของพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (n=15)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	ก่อนการใช้รูปแบบ (Mean±SD)	หลังการใช้รูปแบบ (Mean±SD)	Δ	t(14)	*p*-value
ค่าความดันโลหิตตัวบน (mmHg)	143.60±10.54	129.07±7.37	-14.53	6.834	<.001*
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง (mmHg)	89.47±4.88	81.13±1.92	−8.34	8.730	<.001*
ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c)(%)	7.11±0.86	6.75±0.73	-0.36	4.530	<.001*

*p<0.001

อภิปรายผลการวิจัย

1. ผลการศึกษา ระยะที่ 1 พบว่า สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน มีลักษณะเชิงระบบครอบคลุมทั้งระดับบุคคล ระบบบริการสุขภาพและชุมชน สอดคล้องกับกรอบแนวคิด PRECEDE Model ที่เน้นการวิเคราะห์ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมเป็นฐานในการวางแผนพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ[21] ข้อจำกัดด้านความรู้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และข้อจำกัดทางกายภาพของพระสงฆ์อาพาธ โดยเฉพาะพระสูงอายุ สะท้อนบทบาทของปัจจัยนำ (predisposing factors) ที่มีผลต่อการรับรู้และการจัดการตนเองด้านสุขภาพ ขณะที่ข้อจำกัดด้านการบริหารจัดการการประสานงาน การเข้าถึงบริการ และการขาดระบบข้อมูลสุขภาพ จัดเป็นปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ซึ่งเป็นเงื่อนไขเชิงโครงสร้างที่ส่งผลต่อความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพ ส่วนการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ยังไม่เพียงพอและการขาดระบบติดตามอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับปัจจัยเสริม (reinforcing factors) ที่มีผลต่อ

การคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพและความยั่งยืนของการดูแล[25] ผลการศึกษาดังกล่าว เป็นฐานข้อมูลสำคัญในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ โดยมุ่งวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบตามกรอบ PRECEDE Model เพื่อใช้เป็นฐานในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชนและกลุ่มเป้าหมาย[26]

2. ผลการพัฒนารูปแบบ ระยะที่ 2 สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบที่ตั้งอยู่บนผลการวิเคราะห์สภาพปัญหาและบริบท จากระยะที่ 1 ควบคู่กับการใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วนได้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ ส่งผลให้เกิด PRA-NGAM Model ที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงของพื้นที่และวิถีสมณเพศ อันนำไปสู่การยอมรับและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบไปใช้จริงในบริบทชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Arnstein[27] ที่เน้นการมีส่วนร่วมในระดับการตัดสินใจและการกำหนดทิศทางร่วมกัน นอกจากนี้ กระบวนการสะท้อนผล (reflection) ที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ร่วมกันและการตระหนักรู้ในบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน สอดคล้องกับแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowerment) ที่มุ่งเพิ่มศักยภาพของบุคคลและชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง[28-29] และยังสอดคล้องกับข้อค้นพบจากการศึกษาที่ผ่านมา ที่ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพพระสงฆ์และชุมชนในการดูแลโรคเรื้อรัง[30-31] องค์ประกอบทั้ง 7 ของ PRA-NGAM Model สะท้อนการตอบสนองต่อปัญหาที่ค้นพบอย่างเป็นระบบ และสอดคล้องกับบริบทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ โดยการวางแผนแบบมีส่วนร่วมช่วยเสริมสร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน[32] การเคารพพระธรรมวินัยและวิถีสมณเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่เอื้อต่อการยอมรับรูปแบบในบริบทวัดและชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการบูรณาการมิติทางจิตวิญญาณเข้ากับระบบบริการสุขภาพ[33-34] ขณะเดียวกัน การพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพและการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการสุขภาพช่วยลดข้อจำกัดของระบบบริการและเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล[35-36] การส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลพระสงฆ์ในชุมชนผ่านการอบรมและการรณรงค์ด้านอาหารสุขภาพช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลพระสงฆ์อาพาธอย่างต่อเนื่อง สะท้อนแนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจของชุมชนในการจัดการปัญหาสุขภาพด้วยตนเอง[37] และสอดคล้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจของบุคคลและชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ[38] นอกจากนี้ การจัดระบบกำกับติดตามสุขภาพพระสงฆ์อาพาธผ่านการเยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และการให้บริการหน่วยตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ประจำวัด ช่วยสะท้อนแนวโน้มสุขภาพและกระตุ้นการปรับพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อความยั่งยืนของรูปแบบการดูแลสุขภาพ[39-40]

3. ผลการดำเนินการตามกระบวนการของ PRA-NGAM Model ซึ่งเน้นการวางแผน ปฏิบัติ และสะท้อนผลร่วมกันของพระสงฆ์อาพาธ ชุมชน และบุคลากรสาธารณสุขในบริบทวัดและชุมชน สอดคล้องกับแนวทางการมีส่วนร่วมและการดูแลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง[41-42] และสะท้อนแนวคิดปฏิบัตินิยมที่มุ่งใช้ความรู้เพื่อพัฒนาการปฏิบัติจริง (knowledge-in-action)[19] กระบวนการมีส่วนร่วมดังกล่าว เปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทำหน้าที่เป็นผู้ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมดำเนินการ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของและความต่อเนื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมที่เอื้อต่อการนำรูปแบบไปใช้ได้จริงและการคงอยู่ของผลลัพธ์ในพื้นที่[43] บทบาทของบุคลากรพยาบาลในฐานะผู้ประสานสนับสนุนการเรียนรู้และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง มีส่วนสำคัญในการขับเคลื่อนกระบวนการดังกล่าวให้เกิดผลในทางปฏิบัติภายหลังการใช้รูปแบบ พบว่า ค่าความดันโลหิตและระดับน้ำตาล

เฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ระบบการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วมและต่อเนื่องสามารถปรับปรุงตัวชี้วัดทางคลินิกควบคู่กับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ[44] นอกจากนี้ ยังสะท้อนการเปลี่ยนแปลงในหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคลที่พระสงฆ์อาพาธสามารถติดตามและจัดการสุขภาพของตนเองได้ดีขึ้น ระดับกลุ่มและองค์กรที่เกิดการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างวัด ชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และระดับโครงสร้างที่เกิดระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ ซึ่งสามารถดำเนินการได้จริงและต่อเนื่องในพื้นที่ ผลลัพธ์ดังกล่าวจึงตอบวัตถุประสงค์การวิจัยทั้งด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพและการเปลี่ยนแปลงเชิงการปฏิบัติ อันสอดคล้องกับสาระสำคัญของปรัชญาปฏิบัตินิยมและคุณภาพของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม[22] จากการศึกษาที่ผ่านมารูปแบบสุขภาวะพระสงฆ์แบบบูรณาการที่เน้นการสร้างเครือข่ายเป็นหลัก[45] แต่ PRA-NGAM Model มีจุดเด่นที่การบูรณาการการทำงานร่วมกันของวัด ชุมชน และหน่วยงานท้องถิ่น โดยคำนึงถึงพระธรรมวินัยและบริบททางศาสนาเป็นกลไกสำคัญในการกำหนดรูปแบบการดูแล ส่งผลให้เกิดนวัตกรรมเชิงกระบวนการที่สามารถเชื่อมโยงการพยาบาลชุมชนเข้ากับระบบบริการสุขภาพและบริบททางศาสนาได้อย่างเป็นรูปธรรมและเอื้อต่อการนำไปใช้จริงและความยั่งยืนของการดำเนินงานในพื้นที่

สรุปผล

การวิจัยครั้งนี้ สามารถพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ PRA-NGAM Model ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทวัด วิถีสมณเพศและโครงสร้างชุมชนในพื้นที่ ผลการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า พระสงฆ์อาพาธมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิตและระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือด (HbA1c) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควบคู่กับการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง รวมทั้งเกิดระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธที่มีความต่อเนื่องจากความร่วมมือของวัด ชุมชน หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผลการวิจัยสะท้อนว่า PRA-NGAM Model เป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธที่สามารถนำไปใช้ได้จริง และสอดคล้องกับบริบทสังคมไทย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย หน่วยงานด้านสาธารณสุขควรส่งเสริมการบูรณาการความร่วมมือกับคณะสงฆ์ ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนทรัพยากร งบประมาณ และกลไกการติดตามผล เพื่อให้การดูแลโรคเรื้อรังของพระสงฆ์ดำเนินไปอย่างเป็นระบบและยั่งยืน

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ ชุมชนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรนำ PRA-NGAM Model ไปประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ โดยให้ความสำคัญกับการจัดอาหารที่เหมาะสม การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย และการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่องผ่านเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ ควรมีการศึกษาต่อยอดเพื่อติดตามผลลัพธ์ระยะยาวของการใช้ PRA-NGAM Model รวมถึงการพัฒนานวัตกรรมหรือเทคโนโลยีสนับสนุนการติดตามสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อเสริมประสิทธิภาพการสื่อสารข้อมูล การจัดการฐานข้อมูลสุขภาพ และการตัดสินใจทางการดูแลรักษาในบริบทชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท ที่สนับสนุนทุนการวิจัย ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิในตรวจสอบเครื่องมือวิจัยและตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น และขอบคุณผู้เข้าร่วมวิจัยที่ให้ความร่วมมือตลอดระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย

References

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases: key facts [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Jun 19]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396(10258):1223–49.
3. Ministry of Public Health. Public health statistics 2023 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy; 2024 [cited 2024 Nov 15]. Available from: https://spd.moph.go.th
4. Aekplakorn W, Chariyalertsak S, Kessomboon P, Assanangkornchai S, Taneepanichskul S, Putwatana P. Prevalence of diabetes and relationship with socioeconomic status in the Thai population: National Health Examination Survey, 2004–2014. J Diabetes Res 2018;2018:1654530. doi:10.1155/2018/1654530
5. Ministry of Public Health. Public health statistics 2023 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Policy and Strategy; 2024 [cited 2024 Jun 9]. Available from: https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2023/11/Hstatistic65.pdf (in Thai)
6. Petchthai P, Kitnarong N. Health survey of monks residing in urban areas: the Bangkok Noi model. Siriraj Med J 2024;76(11):746–57. (in Thai)
7. Sirimongkon P, Boonchieng W, Wungrath J. A qualitative exploration of diet-related noncommunicable diseases from the perspectives of Thai Buddhist monks in Chiang Mai Province, Thailand. J Popul Soc Stud 2025;33:844–58. (in Thai)
8. Chaimai A, Sillabutra J, Suriyong P. Effects of nursing case management for diabetes prevention among Buddhist monks in Thailand. J Med Assoc Thai 2019;102(5):451–8. (in Thai)
9. Vos T, Lim SS, Abbafati C, Abbas KM, Abbasi M, Abbasifard M, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet 2020;396(10258):1204–22.
10. National Office of Buddhism. Basic information on Buddhism 2023 [Internet]. Bangkok: National Office of Buddhism; 2023 [cited 2023 Dec]. Available from: https://www.onab.go.th/th/content/category/detail/id/1278/iid/90194
11. National Health Security Office (NHSO). Empower Buddhist monks to bridge the gap in Thai healthcare access [Internet]. Nonthaburi: NHSO; 2020 [cited 2024 Jun 9]. Available

from: https://eng.nhso.go.th/view/1/home/Empower-Buddhist-monks-to-bridge-up-the-gap-in-Thai-healthcareaccess/214/EN-US

12. Kluenkaew C, Luweela V. Self-care of Dhammayut Buddhist monks with chronic diseases in Mueang District, Udon Thani Province. Community Health Dev Acad 2019;4(3):401-12. (in Thai)
13. Jeamjitvibool T, Tankumpuan T, Lukkahatai N, Davidson P. Noncommunicable diseases and social determinants of health in Buddhist monks: an integrative review. Res Nurs Health 2022;45(2):249–60.
14. Srimantayamas V, Fongkaew W, Suksatit B, Aree P, Kosachunhanun N. Health behaviors and health-related quality of life among Buddhist monks with metabolic syndrome. PRIJNR 2020;24(2):159-71. (in Thai)
15. Sangkhan N, Chautrakarn S, Boonchieng W, Saokaew S, Tansakul C. Factors related to health-seeking behaviors among Buddhist monks in Thailand. J Health Res 2023;37(5):390–401. (in Thai)
16. Chaiwan S. Development of health care for monks in Nakhon Pathom Province [dissertation]. Nakhon Pathom: Mahachulalongkornrajavidyalaya University; 2022. (in Thai)
17. Trongsoon N, Noppiboon S. Development of a holistic care model for the Sangha through community network participation. Prim Health Care J (Northeast) 2022;38(1):127–40. (in Thai)
18. Reason P, Bradbury H, editors. The SAGE handbook of action research: participative inquiry and practice. 2nd ed. London: SAGE Publications; 2008.
19. Morgan DL. Pragmatism as a paradigm for social research. Qual Inq 2014;20(8):1045–53.
20. Creswell JW, Plano Clark VL. Designing and conducting mixed methods research. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2011.
21. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and ecological approach. 4th ed. New York: McGraw-Hill; 2005.
22. Kemmis S, McTaggart R. Participatory action research: communicative action and the public sphere. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. The Sage handbook of qualitative research. 3rd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2005. p. 559-603.
23. Richey RC, Klein JD. Design and development research: methods, strategies, and issues. Mahwah (NJ): Lawrence Erlbaum Associates; 2007.
24. Miles MB, Huberman AM. Qualitative data analysis: an expanded sourcebook. 2nd ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 1994.
25. Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. Health behavior and health education: theory, research, and practice. 4th ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2008.

26. Ua-Kit N, Pensri L. Utilization of the PRECEDE model in health promotion. Thai Red Cross Nurs J 2019;12(1):38–48. (in Thai)
27. Arnstein SR. A ladder of citizen participation. J Am Inst Plann 1969;35(4):216–24.
28. Wallerstein N, Duran B. Using community-based participatory research to address health disparities. Health Promot Pract 2006;7(3):312–23.
29. Zimmerman MA. Empowerment theory: psychological, organizational and community levels of analysis. In: Rappaport J, Seidman E, editors. Handbook of community psychology. New York (NY): Kluwer Academic/Plenum Publishers; 2000. p. 43–63.
30. Singsalasang A, Satayavongthip B, Salawongluk T. Potential development among monks on disease protection and complication of chronic disease. Christian Univ J 2022;28(1):88–100. (in Thai)
31. Suvithanpatthanabandit P, Daenghan T, Waphatchawithi S. Model development of monks' holistic health care in Khon Kaen Province through network participation. J Dis Prev Control Khon Kaen 2015;22(2):117–30. (in Thai)
32. Minkler M, Wallerstein N, editors. Community-based participatory research for health: from process to outcomes. 2nd ed. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2008.
33. Khunluek K, Suwannaphant K, Pajan T, Phra Thepwachirakhun, Ratananikom K, Sararat P. Development of hypertension prevention and control model among monks in Nong Khai Province, Thailand. J Buddhist Anthropol 2025;10(1):89-107 [cited 2026 Jan 3]. Available from: https://so04.tci-thaijo.org/index.php/JSBA/article/view/277402 (in Thai)
34. Puchalski CM, Vitillo R, Hull SK, Reller N. Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. J Palliat Med 2022;25(7):1075–89.
35. World Health Organization. Global report on traditional and complementary medicine 2023 [Internet]. Geneva: WHO; 2023 [cited 2025 Jun 19]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240067681
36. Thalarat P. Development of a health care model to prevent diabetes, hypertension, and heart disease among Buddhist monks in Chon Buri Province [master's thesis]. Chon Buri: Burapha University; 2017. (in Thai)
37. Atcharoek B. Improvement of the prevention system and reduction of redundant symptoms among Buddhist monks with diabetes and hypertension in Nakhon Ratchasima Province. Journal of Buddhist Anthropology 2023;10(11):127–37. (in Thai)
38. Laverack G. Health promotion practice: power and empowerment. 2nd ed. London: Sage Publications; 2007.
39. Joomsil T, Piyabanditkul L. Development of a training program on healthy foods for monks. J R Thai Army Nurses 2023;24(2):236-47. (in Thai)

40. Meeiem P. Factors affecting health behaviors of Buddhist monks in Takhli District, Nakhon Sawan Province [master's thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai)
41. Prakongsin K, Arunkamonphat S. Developing patterns of behavioral health among high-risk groups of diabetes and hypertension through participatory processes of network partners. J Dis Prev Control 10 Ubon Ratchathani 2024;22(2):80-95. (in Thai)
42. Wongsanao C, Wongsricha W, Seansupha W. Development of a care system for patients with diabetes and hypertension using a family doctor clinic model. J Health Environ Educ 2023;8(2):127–37. (in Thai)
43. Baum F, MacDougall C, Smith D. Participatory action research. J Epidemiol Community Health 2006;60(10):854–7.
44. Wagner EH, Austin BT, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood) 2001;20(6):64–78.
45. Chaiaree C, Buajaroen H. Development of healthcare services system for sick Buddhist monks in Nakhon Pathom Province. Thai J Cardio-Thorac Nurs 2021;31(2):112–26. (in Thai)