

การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9*

Participation in Health Promotion of Monks in Sangha Administrative Area, Region 9

พระบุญเพ็ง สิริวงษา, ภูวนิดา कुณพลิน และกนกอร บุญมี
Phra Boonpeng Sittivongsa, Poowanida Kunpalin and Kanokon Boonmee
มหาวิทยาลัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
North Eastern University, Thailand
Corresponding Author, E-mail: boounpenggg@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพการมีส่วนร่วม 2) วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วม และ 3) เพื่อนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9 ข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยได้มาจากแบบสอบถามพระสงฆ์ จำนวน 390 รูป โดยใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน และแบบสัมภาษณ์ตัวแทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 44 คน/รูป สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบสเต็ปไวซ์

ผลการวิจัยพบว่า

1. การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ และด้านการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ สำหรับปัจจัยส่งเสริมการมีส่วนร่วม อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านบทบาทเถรสมาคม ด้านบทบาทท้องถิ่น ด้านบทบาทพระสงฆ์ในการขึ้นปกครอง ด้านความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคีการสนับสนุนจากภาครัฐ และด้านบทบาทของเจ้าอาวาส

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า 1) ด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X_2) บทบาท

*ได้รับบทความ: 3 มกราคม 2562; แก้ไขบทความ: 8 กุมภาพันธ์ 2562; ตอรับตีพิมพ์: 5 มิถุนายน 2562

Received: January 3, 2019; Revised: February 8, 2019; Accepted: June 5, 2019



พระสงฆ์ฆาติการขึ้นปกครอง (X_7) และ การมีส่วนร่วมของชุมชน (X_1) โดยทั้ง 3 ปัจจัยสามารถทำนาย การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ได้ร้อยละ 8.10 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 2) ด้านการมีส่วนร่วมในการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ ประกอบด้วย ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X_2) การมีส่วนร่วมของชุมชน (X_1) และ บทบาทท้องถิ่น (X_6) โดยทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการ นำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติได้ร้อยละ 10.20 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และ 3) ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของชุมชน (X_1) บทบาทท้องถิ่น (X_6) บทบาทพระสงฆ์ฆาติการขึ้นปกครอง (X_7) ภาวะผู้นำของเจ้าอาวาส (X_4) และ ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X_2) โดยทั้ง 5 ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ได้ร้อยละ 90.60 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9 ประกอบด้วย การตรวจสอบและปรับปรุงใหม่ การวางแผนพัฒนา การจัดการความร่วมมือ และการประเมิน ประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม; การส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์; เขตปกครองคณะสงฆ์ภาค 9

Abstract

The objectives of this research were: 1) to study the conditions of participation; 2) to analyze the influencing factors toward participation; 3) to present the participatory model in health promotion of monks in Sangha administrative area, region 9 as appropriate participatory model. Data were drawn from a set of 390 questionnaires in Sangha administrative area, region 9, with multi-stage random sampling technique, and 44 interview forms or representatives of government and private agencies relating terms of monks' health promotion. The following statistics were analyzed as follows: frequency, percentage, mean, standard deviation and Stepwise-multiple regression correlation.

Research results found that:

1. The conditions of participation of monks in health promotion were at moderate level in 3 aspects, namely setting health promotion policy, implementing health promotion policy, and evaluating health promotion policy. Moreover, all 7 health promotion factors were at the moderate level, such as the participation of the community, the role of the Sangha Supreme Council of Thailand, local roles, the role of the Sangha Supreme Council



of Thailand, helping from the network, Government supporting, and leadership of abbots.

2. As crucial factors as to the participation in monks' health promotion, it revealed that (1) Participation in setting the health promotion policy, consisted of assisting from the networks (X_2), the role of the Sangha Supreme Council of Thailand (X_7), and community participation (X_1), all 3 aspects could predict the participation in setting the health promotion policy at 8.10 percent and at the .05 level of significance; (2) Participation in implementing the health promotion policy, consisted of assisting from networks (X_2), community participation (X_1), and local roles (X_6), these 3 aspects could predict the participation in implementing the health promotion policy at 10.20 percent and at the .05 level of significance; (3) Participation in evaluating the health promotion policy, consisted of community participation (X_1), local roles (X_6), the role of the Sangha Supreme Council of Thailand (X_7), the role of the abbots (X_4), and assisting from the networks (X_2), these 5 aspects could predict the participation in evaluating the health promotion policy at 90.60 percent and at the .05 level of significance.

3. Participation model in health promotion of monks in Sangha administrative area, region 9, it consisted of participation, review and renovation, development planning, cooperation management and performance evaluation.

Keywords: Participation; Health Promotion of Monks; Sangha Administrative Area Region 9

1. บทนำ

องค์การอนามัยโลกได้พิจารณาถึงปัญหาสุขภาพอนามัยของประชากรโลกแล้ว พบว่ามีความแตกต่างด้านสุขภาพระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้กำหนดตัวชี้วัดความเป็นพื้นฐานเพื่อการบรรลุการมีสุขภาพดีถ้วนหน้าตามแนวคิดของรัฐบาลด้วยปรัชญาที่ว่า การดูแลสุขภาพที่ดี มีความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน (Sabaiying, et al., 2016) ซึ่งสอดคล้องกับ

นโยบายขององค์การอนามัยโลก ที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เรื่องการสาธารณสุขขั้นพื้นฐาน และการดูแลสุขภาพตัวเองและครอบครัวได้ด้วยการมีส่วนร่วมการดำเนินงานทุกภาคส่วน (Buathet, 2010)

พุทธศาสนาอยู่คู่กับคนไทยมายาวนาน โดยมีพระสงฆ์เป็นสื่อกลางในการนำพระธรรมคำสั่งสอนไปสู่การปฏิบัติ (Phramaha Praphat Parichano (Kaewketphong), 2017 : 179-192) จากการสำรวจ พระสงฆ์ในประเทศไทย พบว่าพระสงฆ์ที่มีภาวะเจ็บป่วย จำนวน 27,588 รูป



หรือคิดเป็นร้อยละ 30.6 ปี 2559 ในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และ ร้อยเอ็ด โรคที่พบมากที่สุด คือ ภาวะอาหาร ลำไส้อักเสบ (Taarak, 2017) โดยสาเหตุของการ เกิดโรคส่วนใหญ่มาจากปัญหาการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการเป็นปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ที่จะต้องเร่งแก้ไข

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ คือการมีส่วนร่วม การดำเนินงานทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นชุมชน ภาครัฐ เครือข่ายท้องถิ่นรวมถึงหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสุขภาพ (Buathet, 2010) ในประเทศกำลังพัฒนาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพขั้นพื้นฐาน ควรได้รับการพัฒนาภายใต้การมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้ง 7 ประเด็นด้วยกันคือ การมีส่วนร่วมของชุมชน การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย บทบาท ของเถรสมาคม บทบาทของเจ้าอาวาส การสนับสนุนจากภาครัฐ บทบาทท้องถิ่นและบทบาทพระสงฆ์ในการขับเคลื่อน (Siribamrungwong, 2016)

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ในประเทศไทย ปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9 ดังกล่าว การดำเนินการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ตามนโยบายในธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 การนำนโยบายไปปฏิบัติ ล้วนต้องการความร่วมมือของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษาสภาพการมีส่วนร่วม ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และรูปแบบการมีส่วนร่วม

ส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ข้อมูลที่ได้จะเป็นข้อมูลสำคัญที่สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในเขตปกครองภาค 9 และภาคอื่นๆ ให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้สุขภาพพระสงฆ์ที่ดีขึ้นต่อไป

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9
3. เพื่อนำเสนอรูปแบบการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9

3. วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method) (Koenchai, 2016 : 297-314) โดยการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่นำมาศึกษาได้มาจากเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ การวิจัยที่มีคุณภาพ โดยการตรวจสอบความตรง (Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ มีค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้องรวมทั้งหมดเป็น 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบอัลฟา (Alpha-reliability Coefficient) เป็น 0.884) ข้อมูลทั้งหมดถูกนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมการคำนวณค่าสถิติสำเร็จรูปด้วยคอมพิวเตอร์ แบ่งเป็น 4 ตอน คือ



ตอนที่ 1 สถานภาพผู้ตอบแบบสอบถาม
ค่าสถิติที่ใช้คือ จำนวน และร้อยละ

ตอนที่ 2 สภาพทั่วไปการมีส่วนร่วมในการ
ส่งเสริมสุขภาพ ค่าสถิติที่ใช้คือ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน โดยมีเกณฑ์การแปลความหมาย
Srisaard (2002) ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง
การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูงที่สุด ค่าเฉลี่ย
3.51-4.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ใน
ระดับ ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง การ
มีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ และค่าเฉลี่ย 1.00-1.50
หมายถึง การมีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำที่สุด

ตอนที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมี
ส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ วิเคราะห์โดยใช้
สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบ
สเต็ปไวส์ (Stepwise-Multiple Regression
Correlation Coefficient)

ตอนที่ 4 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วม
ส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะ
สงฆ์ภาค 9 นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลในตอน
ที่ 3 และผลจากการสัมภาษณ์ผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน
44 คน/รูป ไปพัฒนารูปแบบในเบื้องต้น ส่วนใน
ขั้นต่อไปได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 15 คน
ช่วยกันวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะเพื่อปรับ
รูปแบบให้เหมาะสมและเป็นรูปธรรม โดยการจัด

สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) ผู้วิจัย
ได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิและนำ
ไปเขียนในรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ต่อไป

4. สรุปผลการวิจัย

1. สภาพทั่วไปของการมีส่วนร่วมส่งเสริม
สุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์
ภาค 9 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณา
เป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับปานกลางทั้ง
3 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมิน
นโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการมีส่วนร่วม
ในการนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ
และด้านการมีส่วนร่วมกำหนดนโยบายการ
ส่งเสริมสุขภาพ สภาพทั่วไปของปัจจัยส่งเสริม
สุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์
ภาค 9 พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง
เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า อยู่ในระดับ
ปานกลาง ทั้ง 7 ด้าน คือ ด้านการมีส่วนร่วมของ
ชุมชน ด้านบทบาทเถรสมาคม ด้านบทบาทท้องถิ่น
ด้านบทบาทพระสังฆาธิการชั้นปกครอง ด้านความ
ช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี การสนับสนุนจาก
ภาครัฐ ด้านบทบาทของเจ้าอาวาส

2. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการส่งเสริม
สุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์
ภาค 9 สรุปได้ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 สรุปผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณแบบสเต็ปไวส์การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9

Dep.V	Indep.V	R ²	F	Reg.Coefficient		t-value	Sig.
				B	Beta		
1. การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (Y ₁)	• ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X₂) • บทบาทพระสังฆาธิการชั้นปกครอง (X₇) • มีส่วนร่วมของชุมชน (X₁)	0.0810	4.79*	0.322	0.281	3.99*	.000
				0.213	0.147	2.72*	.007
				-0.249	-0.186	-2.46*	.014
2. การมีส่วนร่วมในการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ (Y ₂)	• ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X₂) • การมีส่วนร่วมของชุมชน (X₁) • บทบาทท้องถิ่น (X₆)	0.1020	6.17*	0.240	0.323	4.64*	.000
				0.193	0.223	2.98*	.003
				-0.177	-0.268	-2.63*	.009
3. การมีส่วนร่วมในการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (Y ₃)	• การมีส่วนร่วมของชุมชน (X₁) • บทบาทท้องถิ่น (X₆) • บทบาทพระสังฆาธิการชั้นปกครอง (X₇) • บทบาทของเจ้าอาวาส (X₄) • ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X₂)	0.9060	523.06*	0.670	0.716	29.52*	.000
				0.172	0.241	7.30*	.000
				0.134	0.131	7.60*	.000
				-0.031	-0.052	-3.29*	.001
				0.037	0.046	2.04*	.042

* P < .05

2.1 การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ (Y₁) ได้รับอิทธิพลทางตรงจาก ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X₂) บทบาทพระสังฆาธิการชั้นปกครอง (X₇) และ การมีส่วนร่วมของชุมชน (X₁) โดยทั้ง 3 ปัจจัยสามารถ

ทำนายการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ได้ร้อยละ 8.10 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ $Y_1 = 0.281X_2 + 0.147X_7 - 0.186X_1$



2.2 การมีส่วนร่วมในการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ (Y_2) ได้รับอิทธิพลทางตรงจาก ความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X_2) การมีส่วนร่วมของชุมชน (X_1) และบทบาทท้องถิ่น (X_6) โดยทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติได้ร้อยละ 10.20 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ $Y_2 = 0.323X_2 + 0.223X_1 - 0.268X_6$

2.3 การมีส่วนร่วมในการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ได้รับอิทธิพลจากทางตรงจาก การมีส่วนร่วมของชุมชน (X_1) บทบาทท้องถิ่น (X_6) บทบาทพระสังฆาธิการชั้นปกครอง (X_7) บทบาทของเจ้าอาวาส (X_4) และความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี (X_2) โดยทั้ง 5 ปัจจัยดังกล่าวสามารถทำนายการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 90.60 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สามารถเขียนสมการพยากรณ์ในรูปคะแนนมาตรฐาน ได้ดังนี้ $Y_3 = 0.716X_1 + 0.241X_6 + 0.131X_7 - 0.052X_4 + 0.046X_2$

3. รูปแบบการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9 ผู้วิจัยพัฒนามาจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงสถิติและผลการสัมภาษณ์ ผ่านการวิพากษ์ของผู้ทรงคุณวุฒิ 15 คน มีตัวแปรทั้งหมด 19 ตัวแปร ถูกนำไปจัดทำเป็นรูปแบบเพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้และเน้นไปสู่การปฏิบัติ จำแนกตามเงื่อนไขตามมุมมองการมีส่วนร่วมในการพัฒนา โดยปรับปรุงจากแนวทางของ Bureau of Higher Education and Ministry of University Affairs, Ministry of

Education (2002) ได้แก่ 1) การตรวจสอบและปรับปรุงใหม่ 2) การวางแผนพัฒนา 3) การจัดการความร่วมมือ และ 4) การประเมินประสิทธิภาพ

5. อภิปรายผลการวิจัย

1. สภาพทั่วไปในการมีส่วนร่วมส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9 อยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ ด้านการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิธิพงศ์ ศรีเบญจมาศ (Sribenjamat, 2011) ได้ทำวิจัยเรื่อง แบบจำลองเชิงสาเหตุ พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสาธารณสุข จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า การมีส่วนร่วมในการประเมินนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ บทบาทในการขับเคลื่อนนโยบายการดูแลส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และให้ชุมชนประเมินผล อยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน

2. ปัจจัยการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9 พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านบทบาทเถรสมาคม ด้านบทบาทท้องถิ่น ด้านบทบาทพระสังฆาธิการชั้นปกครอง ด้านความช่วยเหลือจากเครือข่ายภาคี ด้านการสนับสนุนจากภาครัฐ และด้านบทบาทของเจ้าอาวาส ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของเกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (Chareonwongsak, 2000) ที่ว่าการที่ปัจเจกบุคคล องค์กร หน่วยงานหรือสถาบันใดๆ ได้ตกลงที่จะประสานเชื่อมโยงหากัน



ภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบโดยกลุ่มเครือข่ายจะต้องแสดงออกเป็นการลงมือกระทำกิจกรรมร่วมกันทำนองเดียวกับผลิน ภูจรรย์ (Poocharoen, 1992) ให้ความเห็นว่า ความร่วมมือระหว่างกันสามารถแยกได้ออกเป็น 3 ระดับใหญ่ คือ 1) ความร่วมมือระหว่างกันระดับบุคคล 2) ความร่วมมือระหว่างกันระดับหน่วยงานภายในองค์กรเดียวกัน และ 3) ความร่วมมือระหว่างกันระดับองค์กรกับองค์กร

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ภาค 9 พบว่า ปัจจัยที่มีอำนาจการทำนายสูงสุดคือด้านบทบาทเถรสมาคม ซึ่งอาจเป็นเพราะว่ามหาเถรสมาคม เป็นองค์กรที่รับผิดชอบโดยตรงเกี่ยวกับการปกครองคณะสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องกับ Sangha Act (1992) บัญญัติไว้ว่า มหาเถรสมาคม มีอำนาจตรากฎหมายมหาเถรสมาคม ออกข้อบังคับวางระเบียบออกคำสั่ง สอดคล้องกับพระครูสุวิธานพัฒน์บัณฑิต (Phrakru Suwithanpattanabundit, 2014) ได้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่น พบว่ารูปแบบที่ได้จะเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย โดยต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย มีการกำหนดบทบาทหน้าที่ของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน การส่งเสริมสนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนาการดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบและกำหนดรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ผู้นำชุมชน การนำนโยบายไปปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย

ของเดชา บัวเทศ (Buathet, 2010) ได้ศึกษาวิทยานิพนธ์เรื่องสุขภาพพระสงฆ์รูปแบบการดูแลสุขภาพพองค์รวม โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลางตอนบน พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์องค์รวมโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในภาคกลาง ตอนบน ปัจจุบันมีการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน หน่วยงานภาครัฐ วัดและคณะสงฆ์ สำนักงานพุทธศาสนา กิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ และการส่งเสริมให้พระสงฆ์และวัดมีการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพให้พระสงฆ์มีการดูแลสุขภาพพลานามัยที่แข็งแรงสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้

6. ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 ผู้บริหารหรือผู้ที่เกี่ยวข้องจากทุกภาคส่วนควรมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ กำหนดรูปแบบการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และการปฏิบัติหน้าที่เป็นภาคีเครือข่าย

1.2 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน มีส่วนร่วมในการปฏิบัติให้ความร่วมมือประสานงานแก่ทุกฝ่าย โดยคำนึงถึงสิทธิเท่าเทียมกันระหว่างพระสงฆ์กับบุคคลธรรมดา

2. ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

2.1 ด้านการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ผู้บริหารควรมีส่วนร่วม



ในการกำหนดนโยบายที่มีแผนแม่บทอย่างชัดเจน

2.2 ด้านการมีส่วนร่วมในการนำนโยบายการส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ในองค์กรภาครัฐได้มีส่วนในการปฏิบัติหน้าที่โดยยึดหลักความเอาใจใส่ ติดตามในการทำงานร่วมกัน การปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ และพัฒนาบุคลากรภาครัฐให้สามารถใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่า

2.3 ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมิน

ผลนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ ควรกำหนดให้สาธารณสุขอำเภอ หรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นรองประธาน โดยร่วมกับชุมชน และพระสงฆ์ในโครงสร้างคณะกรรมการมีบทบาทในการประเมินผลนโยบายการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์อย่างจริงจัง

References

- Buathet, D. (2010). Buddhist Monk Health: A Model of Take care of Holistic health by Participation of Community in the Upper Central Part. *Ph.D. Desertion in Cultural Programme*. Graduate School : Manasrakham University.
- Bureau of Higher Education and Ministry of University Affairs, Ministry of Education. (2002). *Learning Kits Self-set of Academic Research Community*. Bangkok : SR Printing.
- Chareonwongsak, K. (2000). *Looking forward to dream: Vision Thailand 2017*. Bangkok : Success Media.
- Koenchai, N. (2016). Mixed Research Methodology: The Third Research Methodology. *Dhammathas Academic Journal*, 16(2), 297-314.
- National Buddhism Office in the Buddhist Temple. *National Buddhism Office in the Buddhist Temple*. <http://www.onab.go.th/category/rule/rule-rule/> (Accessed 11 December 2017).
- Phrakru Suwithanpattanabundit. (2014). *Model Development of Take Care Holistic Health of Monk in KhonKaen Province Emphasised on Network Participation*. KhonKaen : Mahachulalongkornrajavidyalaya University KhonKaen Campus.
- Phramaha Praphat Parichano (Kaewketphong). (2017). Buddhist Cure Method with Dhamma Treatment to take care of Good Health. *Dhammathas Academic Journal*, 17(1), 179-192.
- Poocharoen, P. (1992). *New Modern Management New Conception Management in Creating and Dynamic Development for Competition*. Bangkok : AEK Pimthai.



- Sabaiying, W., et al. (2016). *Psychology for Life*. Bangkok : Sukhothaimathirat Open University Press.
- Sangha Act. (1992). *Wikisource*. <https://th.wikisource.org/> (Accessed 4 January 2019).
- Siribamrungwong, P. (2016). A Model of Promotion of Avoidance Behaviour to consume Alcohol of Rajabhat Ratanakosin's Student Group. *Ph.D. Dissertation in the Regional Development Strategy*. Graduate School : Manasrakhm University.
- Sribenjamat, N. (2011). A Causal model of Behavior to Promote Health of Public Health Personnel. *Ph.D. Dissertation in Environment Studies*. Graduate School : Manasrakhm University.
- Srisa-ad, B. (2002). *Foundation of Research*. Bangkok : Suwiriyasarn Printing Modern.
- Taearak, P. (2017). *Role of decentralization to the public as a whole, local administrative organizations*. file:/C:/Users/User/Downloads/Fulltext%232_277260.pdf (Accessed 4 January 2019).