

ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย

The results of Development of Surveillance and Health Promotion model for Monks by Lifestyle Medicine in Nong khai Province.

(Received: September 23,2025 ; Revised: September 27,2025 ; Accepted: September 29,2025)

ธวัชชัย เหลืองศิริ¹ สิทธิศานต์ ทรัพย์ศิริโสภา¹ ฉัตรทิวัฒน์ ฝ่ายหมื่นไวย¹ สุธิดา ดวงพุทธา¹
Tawatchai Luangsiri¹ Sittisant Sapsirisopa¹ Chattiwat Faimuenwai¹ Suthida Duangputtha¹

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยและแผนการวิจัยไว้เป็น 3 ระยะ โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย 3) เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตในจังหวัดหนองคาย ดำเนินการในพระสงฆ์ทุกรูปที่พำนักในวัดทุกแห่ง ในจังหวัดหนองคาย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-กรกฎาคม 2568 การเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์

ผลการวิจัยพบว่า 1) พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในทุกด้าน โดยพฤติกรรมด้านการออกกำลังกาย การนอนหลับ การดื่มน้ำเปล่า และการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม มีค่าเฉลี่ยดีขึ้นจากการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 ส่วนพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ การฉีกผักและผลไม้สด และการสูบบุหรี่หรือยาเส้น ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) พระสงฆ์มีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นในทุกประเด็นและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยแบบ 2 คำถาม (2Q) พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีขึ้นจากก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 ทั้ง 2 ประเด็น ได้แก่ รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และประเด็นรู้สึก เบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน 3) น้ำหนักตัว ปริมาณน้ำตาลในเลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ค่าความดันโลหิต หลังการดำเนินการมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 สำหรับส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และการมีโรคประจำตัวพบว่าไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์, เวชศาสตร์วิถีชีวิต

Abstract

The study titled “Outcomes of Developing a Surveillance and Health Promotion Model for Buddhist Monks Using Lifestyle Medicine in Nong Khai Province” employed action research consisting of three phases. The objectives were: (1) to examine the situation and problems in surveillance and health promotion for Buddhist monks in Nong Khai Province; (2) to develop a surveillance and health promotion model for Buddhist monks using lifestyle medicine; and (3) to compare outcomes before and after the implementation of the model. The study was conducted with all monks residing in every temple in Nong Khai Province between February and July 2025. Data collection tools included the *Desirable Health Behavior Questionnaire for Monks*

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย

(Department of Health, 2025), the *Depression Screening Questionnaire (2Q)* (Department of Mental Health, 2022), and individual monk health surveillance and promotion records. Data were analyzed using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum) and inferential statistics (Paired t-test) to compare monks' health behaviors.

The results revealed that: (1) desirable health behaviors of monks improved in all aspects. Specifically, behaviors related to tooth brushing, sleeping, drinking plain water, and consumption of carbonated beverages significantly improved after the intervention at the 0.05 level of statistical significance. However, behaviors concerning physical activity, consumption of energy drinks, tea/coffee, fresh fruits and vegetables, and smoking showed no statistically significant differences; (2) depressive symptoms among monks improved in all aspects. A comparison of mean depression scores using the 2Q tool before and after implementation showed statistically significant improvement at the 0.05 level in both indicators: feeling down, depressed, or hopeless, and lack of interest or pleasure in activities; (3) body weight, blood sugar level (finger-prick), and blood pressure improved significantly after the intervention at the 0.05 level, while height, body mass index (BMI), and prevalence of chronic diseases showed no significant differences.

Keywords: Model Development, Surveillance and Health Promotion of Buddhist Monks, Lifestyle Medicine

บทนำ

ปัจจุบันปัญหาด้านสุขภาพเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของประเทศไทยที่มีผลกระทบมาจากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ความผกผันของเศรษฐกิจสังคม และสิ่งแวดล้อม สามารถเกิดขึ้นได้กับประชากรทุกคนรวมทั้งในพระสงฆ์ด้วย ซึ่งจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพระสงฆ์มีแนวโน้มมีสุขภาพ สุขภาพมากขึ้น จากการสำรวจข้อมูลภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ในช่วง ๒0 ปีที่ผ่านมา คือ พ.ศ. 2549 พบว่ามีพระสงฆ์ที่มีสุขภาพดีร้อยละ 60.3 แต่ในปี พ.ศ. 2559 มีพระสงฆ์ที่มีสุขภาพดีลดลงเหลือร้อยละ 52.3 และในปี พ.ศ. 2560 มีพระสงฆ์อาพาธที่เข้ามาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสงฆ์ด้วยโรคไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ไตวายเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ข้อเข่าเสื่อม ส่วนโรคที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ส่วนใหญ่คือโรคต่อกระจก ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ท้องร่วง และเบาหวาน ส่วนข้อมูลทางสุขภาพของพระสงฆ์ในต่างจังหวัดจากการสำรวจข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอุดรธานี พบว่ามีพระสงฆ์เข้ารับการรักษาด้วยโรคเบาหวานมากที่สุด รองลงมาคือโรค

ความดันโลหิตสูง¹ จากสถิติดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการเจ็บป่วยของพระสงฆ์เป็นการเจ็บป่วยที่มีองค์ประกอบหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลาย ๆ องค์ประกอบรวมกันอันได้แก่ การดูแลสุขอนามัยด้านโภชนาการ การจัดการกับความเครียด บุหรี่ และการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายรวมทั้งลักษณะวิถีชีวิตหรือพื้นที่ที่พระสงฆ์จำพรรษาอยู่ เป็นต้น ซึ่งถ้าวิเคราะห์แล้วจะพบว่าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพหรือการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส การเจ็บป่วยนี้ยังมีผลกระทบต่อ การปฏิบัติศาสนกิจของพระสงฆ์ด้วยซึ่งมีโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของพระพุทธศาสนาได้ในอนาคตข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ในปีพุทธศักราช 2566 จากรายงานข้อมูลโรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ พบว่า พระสงฆ์-สามเณรอาพาธมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์มากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ความผิดปกติของฟันและโครงสร้าง การติดเชื้อทางเดินหายใจ และเนื้อเยื่อผิดปกติ โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่มาจากปัญหาการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ อีกทั้งพระสงฆ์ไม่

สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ต้องฉันอาหารตามที่
ขรราวาสใส่บาตร หรือนำอาหารมาถวาย ประกอบกับ
สถานภาพของพระภิกษุไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย
ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค จำเป็นต้องได้รับการ
สนับสนุนให้พระสงฆ์และวัดมีบทบาทในการส่งเสริม
สุขภาพเป็นศูนย์กลางสุขภาพชุมชนและจัด
สภาพแวดล้อมที่ดีให้เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ²

จากข้อมูลการดำเนินงานในปี พ.ศ. ๒๕๖๓
พบว่า ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ ๘ (ประกอบด้วยจังหวัด
อุดรธานี จังหวัดสกลนคร จังหวัดนครพนม จังหวัด
เลย จังหวัดหนองคาย จังหวัดหนองบัวลำภู และ
จังหวัด บึงกาฬ) พบว่า 5 อันดับแรกของโรคเรื้อรัง
ได้แก่ 1.โรคเบาหวาน 2.โรคความดันโลหิตสูง 3.
โรคหัวใจและหลอดเลือด 4.โรคหลอดเลือดสมองตีบ
(Stroke) และ 5.โรคไตวายเรื้อรัง โดยพบว่ามี
พระสงฆ์จำนวนมากที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บางรูป
ถูกตัดนิ้วเท้าทั้งสองข้างจากอาการแทรกซ้อนของ
โรคเบาหวาน โดยสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่มา
จากปัญหาการบริโภคไม่ถูกหลักโภชนาการ อีกทั้ง
พระภิกษุไม่สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ต้องฉัน
อาหารตามที่ขรราวาสใส่บาตรหรือเอาอาหารมาถวาย
ประกอบกับสถานภาพของพระไม่เอื้อต่อการออก
กำลังกาย ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรค³

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine:
LM) ประกอบไปด้วยข้อพึงปฏิบัติอยู่ 6 เสาหลัก (Six
Pillars) ได้แก่ การบูรณาการแนวทางเวชศาสตร์
ปฏิบัติด้านวิถีชีวิตเข้ากับหลักการของการแพทย์
ปัจจุบัน ซึ่งการบูรณาการนี้มีจุดมุ่งหมายที่เน้นให้แต่
ละบุคคลมุ่งและตั้งใจปฏิบัติเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่อการ
เกิดโรค โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ทำให้สุขภาพของแต่
ละคนอยู่อย่างยาวนาน (Healthy Aging) และใน
กรณีที่เป็นโรคอยู่แล้วก็สามารถ ใช้เป็นแนวทางเสริม
ในการบำบัดรักษาได้ แนวทางนี้เริ่มใช้มากขึ้นและมี
การบูรณาการในปี ค.ศ. 2007 โดยให้คำจำกัดความ
ของเวชศาสตร์วิถีชีวิตว่าเป็น “การประยุกต์ ใช้

หลักการด้านสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมศาสตร์
การแพทย์และแรงจูงใจที่แต่ละคนต้องปฏิบัติในการ
จัดการปัญหาสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตในระดับ
คลินิกหรือคงความมีสุขภาพให้ ยืนยาวในคนที่
ปราศจากโรค”⁴

จังหวัดหนองคาย เป็นจังหวัดหนึ่งที่ประชาชน
นับถือศาสนาพุทธเป็นจำนวนมาก จังหวัดหนองคาย
ประกอบด้วย 9 อำเภอ มีวัดจำนวน 572 แห่ง มี
พระสงฆ์สังกัดมหานิกาย จำนวน 2,217 รูป สังกัด
ธรรมยุติก จำนวน 518 รูป รวมทั้งสิ้น 2,735 รูป จาก
ข้อมูลของกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดหนองคายพบว่า ในปีงบประมาณ
2567 มีพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายที่มีอาการอา
พาตและเข้ารับบริการในสถานบริการสาธารณสุข
คิดเป็นร้อยละ 54.17 โดยส่วนใหญ่เป็นการรับ
บริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มอาการที่เข้ารับ
บริการมากที่สุด ได้แก่ กลุ่มโรคเบาหวาน ความดัน
โลหิตสูงและที่เกี่ยวข้อง จะเห็นได้ว่าพระสงฆ์ใน
จังหวัดหนองคาย เป็นประชากรที่ต้องได้รับการเฝ้า
ระวังและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกัน
และลดปัญหาจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่ง
สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลและกระทรวง
สาธารณสุข⁵

ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นบุคลากรทางด้านสุขภาพ
อีกทั้งยังเป็นพุทธมามกะที่เลื่อมใสในพุทธศาสนาเห็น
ความสำคัญของการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพ
พระสงฆ์ตามหลัก 4 พระธรรมวินัย ที่เอื้อต่อสุข
บัญญัติตามธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ.
2560 ข้อ ๗ ที่กล่าวไว้ว่า พระสงฆ์พึงมีความรอบรูดา
นสุขภาพ การดูแลตนเองทั้งเรื่องอาหาร การรักษา
สุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย สภาพแวดล้อม และ
การพักผ่อนอย่างเหมาะสม การฝึกฝนพัฒนาจิตและ
ปัญญาเพื่อให้เกิดความพร้อมต่อการทำหน้าที่ในฐานะผู้
สืบทอดและเผยแผ่พระพุทธศาสนาได้อย่างเต็มที่ ข้อ
๘ พระสงฆ์พึงดูแลสุขภาพะอุปัชฌาย์ อาจารย์และ

สหธรรมิกในขณะอาพาธ ด้วยการรักษาพยาบาล การดูแลอาหาร สภาพแวดล้อม และการพักผ่อนอย่างเหมาะสม เป็นต้น ดังนั้นจึงเห็นสมควรทำการวิจัยเรื่อง ผลการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย (The results of Development of Surveillance and Health Promotion model for Monks by Lifestyle Medicine in Nong Khai Province) เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ และเพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย อันจะเป็นการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัญหาในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย
3. เพื่อเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่องผลการพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยและแผนการวิจัยไว้เป็น ๓ ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1

เป็นการศึกษาข้อมูล การเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล เพื่อเป็นฐานข้อมูลก่อนการพัฒนาารูปแบบ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 1 เป็นพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย ทุกรูป จำนวน ๑,๘๗๒ รูป

1.2 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) เป็นผู้ที่ยินดียิ่งร่วมการศึกษาวิจัย และเป็นผู้ที่สามารถร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบถ้วนตามที่กำหนด

1.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ไม่ยินดียิ่งร่วมการศึกษาวิจัย ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม

1.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการศึกษา รวบรวมเอกสารและข้อมูลการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 รวมทั้งบททวนเอกสารวิชาการ ผลงานวิชาการที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนระบบการจัดให้บริการด้านสาธารณสุขในประชากรกลุ่มพระสงฆ์

1.5 ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการในระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2568

การวิจัยระยะที่ 2

เป็นการร่างรูปแบบและตรวจสอบความเหมาะสม การพัฒนาารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย โดยการสนทนากลุ่ม

2.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 2 ได้แก่ผู้แทนคณะสงฆ์จังหวัดหนองคาย จำนวน 5 รูป บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 5 คน ผู้แทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน และ

ผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข/ Care Giver/ นักบริหารท้องถิ่น จำนวน 5 คน รวม 20 คน

2.2 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) เป็นผู้ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย และสามารถร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด

2.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการสนทนากลุ่มเพื่อร่างรูปแบบและตรวจสอบความเหมาะสม และความเป็นไปได้ของการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ จังหวัดหนองคาย โดยผู้มีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้อง

2.5 ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการในระหว่างเดือนมีนาคม พ.ศ. 2568

การวิจัยระยะที่ 3

เป็นการทดลองใช้และประเมินเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ (กรมอนามัย, ๒๕๖8) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๖๕) และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ประชากรในการวิจัยระยะที่ 3 เป็นพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย ทุกรูป จำนวน ๑,๙๗๒ รูป

3.2 เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) เป็นผู้ที่ยินดีร่วมการศึกษาวิจัย และเป็นผู้ที่สามารถร่วมกิจกรรมการวิจัยได้ครบถ้วนตามที่กำหนด

3.3 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) เป็นผู้ที่ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ไม่สามารถร่วมการวิจัยได้ตามระยะเวลาที่กำหนด ด้วยสาเหตุใด ๆ ก็ตาม

3.4 ขอบเขตด้านเนื้อหา เป็นการทดลองใช้และประเมินเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน ระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย

3.5 ขอบเขตด้านเวลา ดำเนินการในระหว่างเดือนมีนาคม-กรกฎาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์

จำนวน 7 ข้อ (รวม 9 ข้อย่อย)

2) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ประกอบด้วย

2.1) แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) ประกอบด้วย ๒ ข้อคำถาม

2.2) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ประกอบด้วย ๙ ข้อคำถาม

2.3) แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) ประกอบด้วย ๘ ข้อคำถาม

3) แบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล เป็นแบบบันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อใช้ประกอบกับแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ประกอบด้วยข้อมูล อายุ ดัชนีมวลกาย (BMI) โรคประจำตัว ผลการประเมินความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โดยบุคลากรสาธารณสุขผู้ทำการตรวจ/ประเมิน เป็นผู้บันทึกข้อมูล

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ด้วยการหาดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (Index of Item Objective Congruence: IOC) ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นโดย Rovinelli, & Hambleton⁶ โดยเป็นการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาว่ามีความสอดคล้องกับชื่อเรื่องการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัย

คำถามการวิจัย กรอบแนวคิดในการวิจัย นิยามศัพท์ และวิธีดำเนินการวิจัย หรือไม่ ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ของเครื่องมือ โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถาม ได้คะแนน ร้อยละ ๘๐.๐๐ ขึ้นไป ซึ่งเป็นไปตามค่าที่ยอมรับได้ตามค่าการอ้างอิง

การทดสอบความน่าเชื่อถือ (Reliability Test) ของแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล โดยการหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยดำเนินการในพระสงฆ์จำนวน 30 รูป ในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ กำหนดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาที่ยอมรับได้ตั้งแต่ 0.70 ขึ้นไป⁷ จากการทดสอบพบว่า แบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.87 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ตามที่กำหนดไว้

จริยธรรมการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง ผลการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย ได้รับการรับรองการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย รหัส COA No. NKPH11 ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ๒๕๖๘

ผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 79.61 รองลงมา มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ในการแปรงฟัน ร้อยละ 77.33 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ที่จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนมากที่สุด คือ พฤติกรรมการฉันทเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม ที่พบว่า มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ร้อยละ 42.49

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย ที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพดี ประกอบด้วย 4 พฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการฉันทเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม พฤติกรรมการฉันทเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ พฤติกรรมการฉันทผักและผลไม้สด พฤติกรรมการฉันทน้ำเปล่า ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีค่าคะแนนพฤติกรรมที่พึงประสงค์น้อยกว่า ร้อยละ 50 ใน 4 พฤติกรรมดังกล่าว

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 2 คำถาม (2Q) ทำให้ทราบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายมีความรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 14 รูป คิดเป็นร้อยละ 0.71 และยังพบว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 21 รูป คิดเป็นร้อยละ 1.06 โดยมีจำนวนพระสงฆ์ที่ต้องทำการคัดกรองต่อไปด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 9 คำถาม (9Q) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 8 คำถาม (8Q) จำนวน 28 รูป

ผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 9 คำถาม (9Q) ผู้วิจัยพบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา พระสงฆ์จำนวน 28 รูป มีอาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรงเป็นบางวัน (1-7 วัน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.14 รองลงมาพบว่า มีความรู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวังเป็นบางวัน (1-7 วัน) ร้อยละ 78.57 ทั้งนี้ ร้อยละ 100 ไม่คิดจะทำร้ายตนเองและเมื่อนำผลจากการคัดกรองมาแปลผลเพื่อจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า ร้อยละ 78.57 ของพระสงฆ์ 28 รูป ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้ายกระดับน้อยมาก และพบว่า มี

เพียง ร้อยละ 21.43 มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 8 คำถาม (8Q) ในพระสงฆ์ทั้ง 28 รูป พบว่าร้อยละ 100 ไม่คิดอยากตาย ไม่อยากทำร้ายตัวเอง ไม่คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ไม่มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย ไม่ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย ไม่ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บและไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และเมื่อนำผลการคัดกรองไปจำแนกกลุ่ม พบว่าร้อยละ 100 ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย ร้อยละ 100 ไม่คิดอยากตาย ไม่อยากทำร้ายตัวเอง ไม่คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ไม่มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย ไม่ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเอง หรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย ไม่ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บและไม่เคยพยายามฆ่าตัวตาย และร้อยละ 100 ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน มีพระสงฆ์เพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 1.06) ที่พบว่าในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินและมีเพียงร้อยละ 0.71 ที่มีความรู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา

ผลจากการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 40.92 มีอายุอยู่ในระหว่าง 35-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 53.18 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.87 ปี พระสงฆ์ร้อยละ 53.45 มีน้ำหนักระหว่าง 45-69 กิโลกรัม โดยมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 67.78 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.62 กิโลกรัม พระสงฆ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 48.63 มีส่วนสูงระหว่าง 150-164 เซนติเมตร โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 162.08 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.64 เซนติเมตร เมื่อนำน้ำหนักตัวและส่วนสูง มาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าส่วนใหญ่ ร้อยละ 49.04 มีดัชนีมวลกายอยู่ในค่าปกติ เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวของพระสงฆ์พบว่า มีโรค

ประจำตัว ร้อยละ 20.99 โดยส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.00 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.79 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.93 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 20.44 มีปริมาณน้ำตาลในเลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. ขึ้นไป ในขณะที่อดอาหารเมื่อตรวจวัดความดันโลหิต พบว่า ร้อยละ 24.39 ของพระสงฆ์ มีระดับความดันโลหิตในระดับเสี่ยงขึ้นไป

ผู้วิจัยสรุปได้ว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย จำเป็นต้องมีการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพรายบุคคลด้วยหลักการเวชศาสตร์วิถีชีวิตในประเด็นดังต่อไปนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อปรับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ค่าความดันโลหิต ภาวะไขมันในเลือดสูง ปริมาณน้ำตาลในเลือดสูง ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถควบคุมโรคประจำตัวให้อยู่ในเกณฑ์ที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

การร่างรูปแบบและตรวจสอบความเหมาะสม การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย โดยการสนทนากลุ่ม ผู้ร่วมการสนทนากลุ่มประกอบด้วย ผู้แทนคณะสงฆ์จังหวัดหนองคาย จำนวน 5 รูป บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข จำนวน 5 คน ผู้แทนส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 คน และผู้แทนอาสาสมัครสาธารณสุข/Care Giver/นักบริบาลท้องถิ่น จำนวน 5 คน รวม 20 คน

โดยใช้แบบบันทึกผลการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการบันทึกข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ ตลอดจนข้อวิพากษ์ของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม เพื่อจัดทำร่างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์และแบบตรวจสอบความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของร่างรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยมีลักษณะเป็นมาตราส่วนเพื่อให้คะแนน ซึ่งกำหนดค่าคะแนนเป็นช่วง 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยได้นำ

ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญมาทำการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานครบถ้วนทุกด้าน ผู้วิจัยจึงได้สรุปผลการศึกษาในรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต จังหวัดหนองคาย ที่ได้จากการสนทนากลุ่มและผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีครอบคลุมในประเด็นการเฝ้าระวังสุขภาพด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นและการตรวจคัดกรองภาวะซึมเศร้า การแจ้งผลการตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การนัดหมายและช่องทางรับการตรวจวินิจฉัยและรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมในทุกมิติ การให้บริการคำปรึกษาและขอแนะนำทางการแพทย์และสาธารณสุข การให้บริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขแก่พระสงฆ์ที่อาพาธที่วัด/ศาสนสถาน และการเยี่ยม/ติดตามพระสงฆ์ที่อาพาธ

สรุปผลการวิจัยระยะที่ 3

การทดลองใช้และประเมินเปรียบเทียบผลการดำเนินงานระหว่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคาย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า และแบบบันทึกข้อมูลเพื่อการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล โดยสรุปผลการวิจัยดังนี้

หลังจากการนำรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคายที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ผู้วิจัยพบว่าพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมการแปร่งฟัน 2 ครั้ง ในช่วงเช้าและก่อนนอนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 57.10 รองลงมาเป็นการแปร่งฟันทุกครั้งหลังฉันอาหารและก่อนนอน ร้อยละ 24.24 โดยมีการมีพฤติกรรมการแปร่งฟัน 1 ครั้งต่อวัน น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 18.66

หลังจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานพบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมการนอนหลับ (วันละ 6-8 ชั่วโมง) จำนวน 6-7 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.38 รองลงมาเป็นการนอนหลับ (วันละ 6-8 ชั่วโมง) จำนวน 4-5 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 21.35 และมีการนอนหลับ (วันละ 6-8 ชั่วโมง) จำนวน 1-3 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 5.27 ตามลำดับ

ด้านการมีกิจกรรมทางกายของพระสงฆ์ (เช่น การเดิน/บิณฑบาต/กวาดลานวัด/ทำสวน ฯลฯ) จนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ อย่างน้อยวันละ 30 นาที พบว่าส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที ตั้งแต่ 5 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 73.58 รองลงมาไม่มีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยวันละ 30 นาที แต่ไม่ถึง 5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 19.98 และไม่มีกิจกรรมทางกายหรือมีไม่ถึงวันละ 30 นาที น้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 6.44

พฤติกรรมการฉีมน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว (น้ำ 1 แก้ว เท่ากับ 200 มิลลิลิตร) พบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีการฉีมน้ำได้ 8 แก้ว ทุกวัน/เกือบทุกวัน (6 - 7 วันต่อสัปดาห์) คิดเป็นร้อยละ 66.02 รองลงมามีการฉีมน้ำได้ 8 แก้ว เป็นบางวัน (3 - 5 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 28.75 และฉีมน้ำไม่ได้หรือฉีมน้ำไม่ถึง 8 แก้วต่อวัน (0 - 2 วันต่อสัปดาห์) น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.22 ตามลำดับ

จากข้อมูลพบว่า พระสงฆ์มีการดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง (ปริมาณ 100 - 150 มิลลิลิตร/ขวด/วัน) 1-3 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.73 รองลงมาดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 4-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 28.30 และ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง 6-7 วันต่อสัปดาห์น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 8.98

ผู้วิจัยพบว่า พระสงฆ์มีการดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา/กาแฟ (ปริมาณ 200 มิลลิลิตร/ถ้วย/วัน) จำนวน 1-3 วันต่อสัปดาห์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.03 รองลงมาดื่มเครื่องดื่มประเภท ชา/กาแฟ

6-7 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 23.99 โดยพบว่า มีพระสงฆ์ร้อยละ 19.68 ที่ไม่ดื่มเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ

สำหรับ เครื่องดื่มประเภตน้ำอัดลม (ปริมาณ 250 มิลลิลิตร/ขวด/วัน) พบว่ามากที่สุดมีการดื่มเครื่องดื่มประเภตน้ำอัดลม จำนวน 1-3 วันต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 39.71 รองลงมา มีการดื่มเครื่องดื่มประเภตน้ำอัดลม จำนวน 4-5 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 30.12 โดยพบว่า มีพระสงฆ์ร้อยละ 18.61 ที่ไม่ดื่มน้ำอัดลม

ผู้วิจัยพบว่า พระสงฆ์มีการฉันทัดและผลไม้สด (ปริมาณ 400 กรัม หรือ 5 กำมือต่อวัน) เป็นประจำเกือบทุกวัน/ทุกวัน (6 - 7 วันต่อสัปดาห์) เป็นส่วนใหญ่ โดยคิดเป็นร้อยละ 50.05 รองลงมา พบว่า ฉันทัดและผลไม้สดเป็นบางวัน (3 - 5 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 44.17 และพบว่าไม่ฉันทัดหรือฉันทัดไม่ถึง 400 กรัม หรือ 5 กำมือต่อวัน (0 - 2 วันต่อสัปดาห์) น้อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.78 ตามลำดับ

จากข้อมูลผู้วิจัยพบว่า พระสงฆ์ส่วนใหญ่ร้อยละ 59.58 มีประวัติเคยสูบบุหรี่หรือยาเส้นแต่ปัจจุบันเลิกสูบแล้ว รองลงมาพบว่าไม่เคยสูบ ร้อยละ 23.02 และร้อยละ 17.39 ยังสูบบุหรี่ถึงปัจจุบัน

เมื่อนำข้อมูลมาสรุปเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพในการไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.61 รองลงมา มีพฤติกรรมการแปรงฟันที่พึงประสงค์ ร้อยละ 81.34 ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนมากที่สุดคือ พฤติกรรมการฉันทัดและผลไม้สด ร้อยละ 50.05

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ภายหลังจากดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในทุกด้าน ผลการวิจัยยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ด้านการแปรงฟัน การนอนหลับ การฉันทัดและผลไม้สดและการดื่มเครื่องดื่มประเภท

น้ำอัดลม มีค่าเฉลี่ยดีขึ้นจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P \text{ value} < 0.05$ ส่วนพฤติกรรมกิจกรรมทางกาย การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ การฉันทัดและผลไม้สด และการสูบบุหรี่หรือยาเส้น ไม่มีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การคัดกรองภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 2 คำถาม (2Q) ทำให้ทราบว่าใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีความรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวัง จำนวน 4 รูป คิดเป็นร้อยละ 0.20 นอกจากนี้ยังพบว่าใน 2 สัปดาห์ก่อนหน้านี้ พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย รู้สึกเบื่อทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน จำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 0.25 โดยมีจำนวนพระสงฆ์ที่ต้องทำการคัดกรองต่อไปด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 9 คำถาม (9Q) และแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 8 คำถาม (8Q) จำนวน 8 รูป

จากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 9 คำถาม (9Q) ผู้วิจัยพบว่า ในช่วง 2 สัปดาห์ก่อนหน้านี้พระสงฆ์ จำนวน 8 รูป มีอาการหลับยากหรือหลับๆ ตื่นๆ หรือหลับมากไปเป็นบางวัน (1-7 วัน) มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ซึ่งมีสัดส่วนเท่ากับการมีอาการเหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรงเป็นบางวัน (1-7 วัน) รองลงมาพบว่า มีเบื่ออาหารหรือกินมากเกินไปเป็นบางวัน (1-7 วัน) ร้อยละ 37.50 ทั้งนี้ร้อยละ 100 ไม่คิดจะทำร้ายตนเอง และเมื่อนำผลจากการคัดกรองมาแปลผลเพื่อจำแนกระดับภาวะซึมเศร้าพบว่า ร้อยละ 100 ของพระสงฆ์ 8 รูป ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก

ข้อมูลจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า ชนิด 8 คำถาม (8Q) ในพระสงฆ์ทั้ง 8 รูป พบว่า ร้อยละ 100 ไม่คิดอยากตาย ไม่อยากทำร้ายตัวเอง ไม่คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัว

ตาย ไม่มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย ไม่ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตาย ไม่ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บและไม่เคยพยายามฆ่าตัวตายและเมื่อนำผลการคัดกรองไปจำแนกกลุ่ม พบว่าร้อยละ 100 ไม่มีแนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ภายหลังจากดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นในทุกประเด็นและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยแบบ 2 คำถาม (2Q) ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีขึ้นจากก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P \text{ value} < 0.05$ ทั้ง 2 ประเด็น ได้แก่ รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และประเด็นรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน

จากการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์รายบุคคล ผู้วิจัยพบว่าหลังการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 41.48 มีอายุอยู่ในระหว่าง 35-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 53.22 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.88 ปี พระสงฆ์ร้อยละ 54.51 มีน้ำหนักระหว่าง 45-69 กิโลกรัม โดยมีน้ำหนักตัวเฉลี่ย 67.69 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.58 กิโลกรัม พระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.63 มีส่วนสูงระหว่าง 150-164 เซนติเมตร โดยมีส่วนสูงเฉลี่ย 162.08 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.64 เซนติเมตร เมื่อนำน้ำหนักตัวและส่วนสูง มาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 48.83 มีดัชนีมวลกายอยู่ในค่าปกติ เมื่อพิจารณาโรคประจำตัวของพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์มีโรคประจำตัว ร้อยละ 20.99 โดยส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 24.00 ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 20.79 และภาวะไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 19.93 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่า พระสงฆ์ร้อยละ 19.12 มีปริมาณน้ำตาลใน

เลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ตั้งแต่ 100 มก./ดล. ขึ้นไป ในขณะที่อดอาหารเมื่อตรวจวัดความดันโลหิต พบว่า ร้อยละ 22.01 ของพระสงฆ์ มีระดับความดันโลหิตในระดับเสี่ยงขึ้นไป

ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า ภายหลังจากดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคายสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ผู้วิจัยพบว่า น้ำหนักตัว ปริมาณน้ำตาลในเลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ค่าความดันโลหิต หลังการดำเนินการมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการ อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P \text{ value} < 0.05$ สำหรับส่วนสูงดัชนีมวลกาย (BMI) และการมีโรคประจำตัว พบว่าไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องจึงจะเห็นผล (จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562)

สรุปและอภิปรายผล

จากการนำการตามรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยศาสตร์วิถีชีวิต ในจังหวัดหนองคายที่ได้รับการพัฒนาขึ้น พบว่าพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพิ่มขึ้นในทุกด้าน พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ด้านการแปรงฟัน การนอนหลับ การฉันทน้ำเปล่า และการดื่มเครื่องดื่มประเภทน้ำอัดลม มีค่าเฉลี่ยดีขึ้นจากก่อนการดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $P \text{ value} < 0.05$ ส่วนพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง การดื่มเครื่องดื่มประเภทชา/กาแฟ การฉันทผักและผลไม้สด และการสูบบุหรี่หรือยาเส้น ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเป็นเหตุผลสำคัญที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องร่วมกันดำเนินการเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในพระสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องกับธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช ๒๕๖๐^๖ และมติมหาเถรสมาคม ครั้งที่ ๗/๒๕๖๐ เมื่อวันที่ ๒๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐ มติที่ ๑๙๑/๒๕๖๐ เรื่องการดำเนินงาน

พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพที่กำหนดให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ และมีผลเทียบเคียงได้กับการศึกษาของ สุพัฒตรา สังข์กร⁹ ที่สรุปผลการศึกษาไว้ว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-59 ปี ร้อยละ 65.2 และอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 34.8 พบว่าเส้นรอบเอวเกินเกณฑ์ ร้อยละ 53.2 ค่าดัชนีมวลกายส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 31.8 รองลงมาอ้วน ร้อยละ 24.5 น้ำหนักเกิน ร้อยละ 23.2 อ้วนมาก ร้อยละ 11.5 และส่วนใหญ่พระสงฆ์จำวัด 1-5 พรรษา ร้อยละ 40.0

ภายหลังการดำเนินงานตามรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย มีภาวะซึมเศร้าดีขึ้นในทุกประเด็นและเมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าของพระสงฆ์ ในจังหวัดหนองคาย ระหว่างก่อนและหลังดำเนินการ ด้วยแบบ 2 คำถาม (2Q) ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย มีค่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้าดีขึ้นจากก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ P value < 0.05 ทั้ง 2 ประเด็น ได้แก่ รู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง และประเด็นรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน ซึ่งสอดคล้องกับปรัชญาและแนวคิดหลักของธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ การมีสุขภาพที่ดีของพระสงฆ์นั้นควรจะต้องพร้อมทั้ง ๔ มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางปัญญา อย่างเป็นรูปธรรมตามหลักสุขภาพองค์รวมแนวพุทธ ผลการศึกษาครั้งนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัฒน์ ชัยวรรณ¹⁰ ที่พบว่าพระสงฆ์เพียงส่วนน้อยคือ ไม่เกินร้อยละ ๑๐ ที่ประสบปัญหาสุขภาพทางจิต คือรู้สึกว่ามีอาการวิตกกังวลนอนไม่หลับ รู้สึกว่ามีอาการเจ็บป่วยทางกาย และรู้สึกว่ามีอาการบกพร่องทางสังคม ตามลำดับ

ภายหลังการดำเนินการตามรูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถี

ชีวิตพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดีขึ้น ผู้วิจัยพบว่า น้ำหนักตัว ปริมาณน้ำตาลในเลือด (เจาะที่ปลายนิ้ว) ค่าความดันโลหิต หลังการดำเนินการมีค่าเฉลี่ยดีขึ้นกว่าก่อนดำเนินการอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ P value < 0.05 สำหรับส่วนสูง ดัชนีมวลกาย (BMI) และการมีโรคประจำตัวพบว่าไม่แตกต่างจากก่อนดำเนินการ ประเด็นดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ พระกิตติญาณ เมธี (สมเกียรติ งามัญวงศ์)¹¹ ที่ได้ทำวิจัยเรื่องการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี ซึ่งพบว่าพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี ขาดความคล่องตัวในการส่งเสริมสุขภาพ ขาดการดูแลต่อเนื่องและเยี่ยมชมติดตาม ขาดกิจกรรมรณรงค์การให้ความรู้ เพื่อลด ละ เลิกพฤติกรรมเสี่ยงร่วมกันระหว่างวัดและหน่วยงาน องค์กรและประชาชนในชุมชน ขาดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนและพระสงฆ์ ในการบริโภคอาหารที่จากหน่วยงานเกี่ยวข้อง โดยอาจใช้การสื่อสารความเสี่ยงมาช่วยในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ตามการศึกษาของ กิรติภัท ยอดจันทร์ และวิโรจน์ วิโรจน์¹² ที่ทำการวิจัยเรื่องรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ในพระภิกษุสงฆ์ จังหวัดพิจิตรและผลการศึกษาพบว่า ๑) รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมสุขภาพในประชาชนทั่วไป ๒) ปัจจัยที่ทำให้การสื่อสารความเสี่ยงไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ได้แก่ 1.ผู้ทำหน้าที่ในการสื่อสารความเสี่ยง 2.พระภิกษุสงฆ์เมื่อเกิดอาพาธ ๓) พระภิกษุสงฆ์ต้องการรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงให้ครอบคลุมถึงระเบียบวิธีปฏิบัติตามหลักพุทธศาสนาและรัฐธรรมนูญพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 การดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย ชุมชนและสังคม กับการดูแลอุปถัมภ์พระสงฆ์ที่ถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย 3 ประเด็น คือ (1) หลักพระธรรมวินัยกับการดูแลสุขภาพ (2) การส่งเสริมสุขภาพและการดูแลพระสงฆ์

ที่ช่วยเหลือนตนเองไม่ได้ (3) พระคิลานุปัฏฐากมีศักยภาพในการสร้างการมีส่วนร่วมและการสร้างเครือข่ายพระสงฆ์แกนนำในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ มีความรู้ มีทัศนคติและมีทักษะในการส่งเสริมสุขภาพ ดูแลพระสงฆ์ สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลพระสงฆ์ได้อย่างถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัยและถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าวจำเป็นต้องทำอย่างต่อเนื่องจึงจะเห็นผล¹³

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1.1 หน่วยงานด้านการกำหนดนโยบาย ควรให้ความสำคัญและกำหนดนโยบายเพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

1.2 หน่วยบริการสาธารณสุข หน่วยงาน/องค์กรส่งเสริมพระพุทธศาสนาและพระสงฆ์ ควรมีการ เฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยถือปฏิบัติเป็นงานประจำและดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านศาสนาและองค์กรเกี่ยวกับพระสงฆ์ ควรมีความร่วมมือในการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ร่วมกันโดยนำหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน

2.2 ควรกำหนดให้การเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ เป็นตัวชี้วัดการปฏิบัติราชการ เพื่อให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้นำไปถือปฏิบัติ

2.3 กระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรพิจารณาให้การสนับสนุนวัสดุ ครุภัณฑ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นในการดำเนินงานเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์

ให้กับหน่วยบริการทุกระดับอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยบริการสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.4 หน่วยบริการสาธารณสุขทุกระดับ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์) ควรดำเนินการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในพื้นที่รับผิดชอบ ด้วยหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่ดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจในพระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง

3. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยต่อไป

3.1 เพื่อให้มีความครอบคลุมนักบวชในทุกศาสนา การวิจัยครั้งต่อไปควรพิจารณาดำเนินการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมนักบวชในทุกศาสนา

3.2 เนื่องจากผลของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจำเป็นต้องใช้ระยะเวลาพอสมควร ดังนั้น หากมีทรัพยากรและเวลาเพียงพอ การวิจัยครั้งต่อไปควรดำเนินการในระยะเวลาที่นานขึ้น

3.3 เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกอย่างแท้จริง ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุแห่งพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดหนองคาย อีกทางหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ที่ปรึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชลการ ทรงศรี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี นายแพทย์สุรพงษ์ ผดุงเวียง นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดหนองคาย นายแพทย์ณรงค์ จันทร์แก้ว นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะและการสนับสนุนการดำเนินการวิจัยจนสำเร็จลุล่วงตามวัตถุประสงค์ ขอกราบขอบพระคุณพระเทพวชิรคุณ เจ้าอาวาสวัดโพธิ์ชัยพระอารามหลวง เจ้าคณะจังหวัดหนองคาย พระสงฆ์ทุกรูปที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัย

นี้ ด้วยความเมตตา กรุณาให้ความร่วมมือในการตอบ
แบบสอบถามและการเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็ม

ใจ อันเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้งานวิจัยนี้มีความ
สมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ปิติณัช ราชภัคดี และคณะ, 2561. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนครอุดรธานี จังหวัดอุดรธานี. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี.ปีที่ 26 ฉบับที่ 3 กันยายน-ธันวาคม 2561.
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, รายงานประจำปี 2566. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 เมษายน 2568]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.priest-hospital.go.th/report/reportYear>.
3. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <https://www.thaihealth.or.th/?p=234209> [1 กรกฎาคม 2568]
4. อมร ลีลาธรรมิ, เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine: LM). [ออนไลน์], แหล่งที่มา: <https://tmc.or.th/pdf/att-dn-236.pdf> [20 กุมภาพันธ์ 2568].
5. กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ. (2567). รายงานข้อมูลพระสงฆ์จังหวัดหนองคาย. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
6. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). On the use of content specialists in the assessment of criterion-referenced test item validity. Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 2(2), 49-60.
7. Cronbach, L. J. (1970). Essentials of psychological test (5th ed.). New York : Harper Collins.
8. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2560. ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท โอ. เอส. พรินติ้ง เฮาส์ จำกัด.
9. สุพัฒตรา สังข์กร, 2568. สถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ เขตสุขภาพที่ 6.
10. สุพัฒน์ ชัยวรรณ, 2565. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในพื้นที่จังหวัดนครปฐม (DEVELOPMENT OF HEALTH CARE MONKS IN NAKHON PATHOM PROVINCE) ดุษฎีนิพนธ์ หลักสูตรปริญญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
11. พระกิตติญาณ เมธี (สมเกียรติ รัมภ์วงศ์), 2561. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดลพบุรี", วารสารรัชต์ภาคย์, ปีที่ 12 ฉบับที่ 25 (มกราคม-เมษายน 2561)
12. กิรติภัทท์ ยอดจันทร์ และ วิโรจน์ วิโรจน์, 2562. รูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ ในพระภิกษุสงฆ์ จังหวัด พิจิตร. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ. ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 ประจาเดือนตุลาคม – ธันวาคม 2562.
13. จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ, 2562. พฤติกรรมสุขภาพ แนวคิด ทฤษฎี และการประยุกต์ใช้. พิมพ์ครั้งที่ 3. สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยนเรศวร.