



การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

โดย

พระสุกสะหวັນ บุตชะหมวน

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

โดย

พระสุกสะหวັນ บุตชะหมวน



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหลักสูตร
สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต
ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ปีการศึกษา 2559
ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

SELF HEALTH CARE OF MONKS IN DUSIT DISTRICT,
BANGKOK METROPOLIS

BY

PHRA SOUKSAVANH BOUTKHAMUAN



A THESIS SUBMITTED IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE
REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF SOCIAL WORK
DEPARTMENT OF SOCIAL WORK
FACULTY OF SOCIAL ADMINISTRATION
THAMMASAT UNIVERSITY
ACADEMIC YEAR 2016
COPYRIGHT OF THAMMASAT UNIVERSITY

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

วิทยานิพนธ์

ของ

พระสุกสะหวັນ บุคชะหมวน


เรื่อง

การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติ ให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต

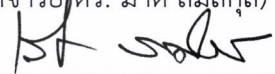
เมื่อ วันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2560

ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



(อาจารย์ ดร. มาตี ลิมสกุล)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก



(รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ)

กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม



(รองศาสตราจารย์ อภิญญา เวชชัย)

คณบดี



(ศาสตราจารย์ ดร. โกวิท พวงงาม)

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
ชื่อผู้เขียน	พระสุกสะหวัน บุคชะหมวน
ชื่อปริญญา	สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา/คณะ/มหาวิทยาลัย	สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ อภิญญา เวชยชัย
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษาเรื่อง “การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 253 รูป 16 วัด เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประมวลผลการศึกษาโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อทำการวิจัยทางสังคมศาสตร์ สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและ ค่าสถิติทดสอบ Chi-Square, t-test, F-test กำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ประเด็นที่น่าสนใจจากผลการศึกษา ดังนี้

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุเฉลี่ย 41 ปี พรรษาเฉลี่ย 14 พรรษา ส่วนมากเป็นพระลูกวัด ได้นักธรรม ไม่ได้เปรียญธรรม จบปริญญาตรี ไม่มีโรคประจำตัว สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 49.2 มีโรคประจำตัวนั้น 3 รัตบ์โรคที่อาพาธมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ส่วนมาก ตรวจสุขภาพรอบ 1 ปีและเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ กรณีเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ เรื่องที่สำคัญๆ ได้แก่เรื่อง สุขภาพ การดูแลรักษา สุขภาพเบื้องต้น/ทั่วไป ส่วนกรณีไม่เคยเข้ารับการอบรม สาเหตุที่ไม่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ ระบุว่าไม่มีเวลา/ไม่มีเวลาไปอบรม ไม่มีหน่วยงานเข้า ไม่ทราบสถานที่อบรม

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.8 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อยสุด 2 ด้าน คือ ด้านการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี และด้านการขับถ่าย ส่วนมาก ร้อยละ 80.00 ขึ้นไป มีความรู้ด้านการดูแล

สุขภาพตนเองของพระสงฆ์อยู่ในระดับมาก คือ ด้านการบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ ด้านการออกกำลังกายและการหลับนอน และด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ส่วนทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์อยู่ในระดับมากที่สุด คือ ด้านความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และด้านการมีสุขภาพที่ดี ส่วนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก 2 ด้าน คือ ด้านการขับถ่าย และด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร โดยภาพรวม พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างอายุ พรรษา ตำแหน่ง การศึกษาทางธรรม การศึกษาทางโลก ยกเว้น โรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี ยกเว้น การเคยอบรมการดูแลสุขภาพ

แนวทางในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ได้แก่ พระสงฆ์ควรให้ความสำคัญในการศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ และตรวจสุขภาพเป็นประจำ สำหรับผู้บริหารวัดควรปรึกษาหารือ ประชุม ทำกิจกรรม กับพระสงฆ์ภายในวัด โดยเฉพาะการอบรมให้ความรู้ สร้างวัดต้นแบบการดูแลสุขภาพ ตลอดถึง สวัสดิการการรักษาพยาบาล สำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรลงพื้นที่ตรวจสุขภาพแก่พระสงฆ์ ทุก ๆ ปี จัดโครงการอบรมความรู้เรื่องดูแลสุขภาพ จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตั้งศูนย์สุขภาพบริการสร้างวัดต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพทุกระดับการปกครอง

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ, พระสงฆ์

Thesis Title	SELF HEALTH CARE OF MONKS IN DUSIT DISTRICT, BANGKOK METROPOLIS
Author	Phra Souksavanh Boutkhamuan
Degree	Master of Social Work
Major Field/Faculty/University	Social Administration Social Administration Thammasat University
Thesis Advisor	Associate Professor Lek Sombat
Thesis Co-Advisor	Associate Professor Apinya Wechayachai
Academic Years	2016

ABSTRACT

This study on “ Self Health Care of Monks in Dusit District, Bangkok Metropolis” aims to study knowledge, attitude and behavior on self health care of monks in Dusit District, Bangkok Metropolis. The samples were 253 monks from 16 temples. In this Quantitative Research, the Survey Research was applied and the data collection tool was questionnaire. The data was proceeded by Statistical Package for the Social Sciences. The statistics for data analysis included frequency, percentage, mean, standard deviation, Chi-Square, t-test and F-test at the significant level of 0.05. The major findings from the study results were summarized as follows.

From the study results, the samples aged 41 years, ordained for 14 years, were monks, had Dhamma Scholar, did not have the highest level of Buddhist Dhamma, graduated a bachelor’s degree, had no chronic disease, conducted annual health check and attended health training (major courses i.e. health, basic/general health care). For some samples (49.2%), top three chronic diseases were hypercholesterolemia, high blood pressure and diabetes. For the samples never attending health care training, reasons included no time, no inviting organization and no information on training place.

For knowledge on self health care of monks, the samples (67.8%) had knowledge on self health care (self treatment and annual health check, and excretion) at the lowest level. The sample (80% and higher) had knowledge on self health care of monks (food consumption, beverage and smoking, exercise and sleeping, and environmental sanitation) at the high level. For attitude on self health care of monks, the samples had attitude on self health care of monks (importance of health care and good health) at the highest level. For behavior on self health care of monks, the samples had behavior on self health care of monks (excretion and environmental sanitation) at the high level. From overall variable comparison, it was found that there was indifference in terms of age, ordination year, position, Dhamma education, ordinary education, except chronic disease, annual health check history, except training attention.

Regarding a guideline on health care and health promotion of monks, monks should give priority to self-learning, regular exercise and health check. The management of temples should discuss, have meetings, do activities with monks, especially training, building a model of health care temples, and providing treatment welfare. Related organizations should offer on-site health check annually, provide training projects on health care, prepare health care manuals, establish health care centers, and build a model of health promotion temples at all administrative level.

Keywords: Health Care, Monk

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ ด้วยการให้ความช่วยเหลือจาก รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติกรรมกรและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักที่ได้ให้คำแนะนำ บอกแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ตรวจสอบแก้ไข และเอาใจใส่ในการติดตามผลเป็นอย่างดี และ รองศาสตราจารย์ อภิญา เวชยชัย อาจารย์ กรรมกรและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมที่ได้เติมพลังกำลังใจ ให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการรวบรวมแนวคิดสรุปภาพรวมอย่างเป็นรูปธรรม รวมทั้ง อาจารย์ ดร.มาตี ลิมสกุล ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้คำแนะนำ บอกแหล่งข้อมูลที่สำคัญ ๆ ในการศึกษาครั้งนี้

ขออนุโมทนาขอบคุณ นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์ กรุงเทพมหานคร ที่ได้ให้ข้อมูลสถิติพระสงฆ์อาพาธ และให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ด้านกระบวนการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ในประเทศไทย

ขอขอบพระคุณเจ้าอาวาสวัด ทั้ง 16 วัด รองเจ้าอาวาส ผู้ช่วยเจ้าอาวาส เลขานุการ เจ้าอาวาส ตลอดถึงพระสงฆ์ทุกรูป ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ที่ได้เมตตาอำนวยความสะดวกและให้ร่วมมือในการเก็บข้อมูลและตอบแบบสอบถามในวิจัยครั้งนี้ให้เป็นไปด้วยดี

ขออนุโมทนาขอบคุณ คณาจารย์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาลัยธรรมศาสตร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ให้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สิริพรรณ ศรีมีชัย อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ ที่ให้กำลังใจ ให้คำแนะนำที่ประโยชน์ในการศึกษาด้วยดีเสมอมา รวมทั้งเจ้าหน้าที่พนักงานที่ได้ช่วยอำนวยความสะดวกในด้านต่าง ๆ

ขอกราบขอบพระคุณ พระเดชพระคุณ พระธรรมบัณฑิต เจ้าอาวาสวัดพระราม 9 กาญจนภิเษก และพระเดชพระคุณ พระราชาญาณกวี ผู้ช่วยเจ้าอาวาสวัดพระราม 9 กาญจนภิเษก ที่ได้เมตตาอนุเคราะห์ที่พักอาศัย คอยอบรมสั่งสอน ตลอดถึงสนับสนุนทุนการศึกษาด้วยดีเสมอมา

ขออนุโมทนาบุญ กับคณะศรีทธาญาติโยมวัดพระราม 9 กาญจนภิเษก ที่คอยอุปถัมภ์เรื่องอาหาร สิ่งอำนวยความสะดวก ต่าง ๆ ตลอดถึงทุนการศึกษาในครั้งนี้

สุดท้ายนี้ ขออนุโมทนาบุญ คุณแม่บุญจัน บุคชะหมวน คุณยาย น้ำสาว และน้องสาว ที่คอยช่วยเหลือ ให้กำลังใจเป็นอย่างดีตลอดมา คุณประโยชน์ที่เกิดจากวิทยานิพนธ์นี้ ขอถวายเป็น พุทธบูชา ธรรมบูชาและสังฆบูชา ตลอดถึง ขอบูชาคุณพ่อ หนูทอง บุคชะหมวน ที่ได้อบรมสั่งสอนให้ข้อคิดสะกิดใจมาจนถึงทุกวันนี้

พระสุกสะหวัน บุคชะหมวน

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	(1)
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	(3)
กิตติกรรมประกาศ	(5)
สารบัญตาราง	(15)
สารบัญภาพ	(20)
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 มูลเหตุจูงใจในการศึกษา	5
1.3 วัตถุประสงค์ในการศึกษา	7
1.4 ขอบเขตการวิจัย	7
1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา	7
1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร	7
1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่	8
1.5 นิยามศัพท์	8
1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ	8
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	9
2.1 แนวคิดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม	9
2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้	10
2.1.1.1 ความหมายความรู้	10

2.1.1.2 สาเหตุของความรู้	11
2.1.1.3 ระดับพัฒนาการความรู้	11
2.1.1.4 การวัดความรู้	13
2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ	13
2.1.2.1 ความหมาย	13
2.1.2.2 การเกิดทัศนคติ	15
2.1.2.3 องค์ประกอบของทัศนคติ	17
2.1.2.4 ประเภทของทัศนคติ	18
2.1.2.5 การวัดทัศนคติ	18
2.1.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม	19
2.1.3.1 ความหมาย	19
2.1.3.2 ประเภทของพฤติกรรม	20
2.1.3.3 การโน้มน้าวพฤติกรรม	21
2.1.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม	22
2.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพ	23
2.2.1 ความหมายของสุขภาพ	23
2.2.2 ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง	24
2.2.3 รูปแบบการดูแลสุขภาพ	25
2.2.4 หลักสำคัญของการดูแลสุขภาพ	27
2.2.5 ลักษณะการดูแลสุขภาพ	28
2.2.6 ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง	29
2.2.7 ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง	30
2.3 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ	31
2.3.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ	31
2.3.2 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ	32
2.3.3 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ	33
2.3.4 การส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์	34
2.4 แนวคิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพ	37
2.4.1 ความหมายของพฤติกรรมดูแลสุขภาพ	38
2.4.2 พฤติกรรมดูแลสุขภาพทางร่างกาย	39
2.4.2.1 การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม	39

(1) การบริโภคอาหาร	39
(2) การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล	41
2.4.2.2 การซั้บถ่าย	42
(1) การซั้บถ่ายปัสสาวะ	43
(2) การซั้บถ่ายอุจจาระ	43
2.4.2.3 การออกกำลังกาย	44
2.4.2.4 การนอนหลับ	46
2.4.2.5 การจัดการความเครียด	47
(1) สาเหตุของความเครียด	47
(2) วิธีคลายเครียด	48
(3) พุทธวิธีคลายเครียด	48
2.4.2.6 การอนามัยสิ่งแวดล้อม	52
2.4.2.7 การสูบบุหรี่	52
2.4.2.8 การรักษาพยาบาลตนเอง	55
2.4.2.9 การตรวจสุขภาพประจำปี	56
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	59
2.5.1 การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์	59
2.5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ	62
2.5.3 ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพ	62
2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา	64
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการวิจัย	65
3.1 วิธีการศึกษา	65
3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา	65
3.3 หลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง	67
3.4 หลักเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง	67
3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา	67
3.6 การทดสอบแบบสอบถาม	69
3.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	69

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล	70
3.9 จริยธรรมในการศึกษา	72
3.10 การเสนอข้อมูล	73
บทที่ 4 ผลการศึกษา	74
4.1 ผลการศึกษา	74
4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์	74
4.1.1.1 อายุ พรรษา และตำแหน่ง	74
4.1.1.2 ระดับการศึกษาทางธรรม และระดับการศึกษาทางโลก	76
4.1.1.3 โรคประจำตัว	77
4.1.1.4 ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และการเคยเข้ารับการอบรม การดูแลสุขภาพ	78
4.1.1.5 การเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ	79
4.1.2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	82
4.1.2.1 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่เกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	82
4.1.2.2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขับถ่าย	83
4.1.2.3 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การออกกำลังกายและการหลับนอน	84
4.1.2.4 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การจัดการความเครียด	86
4.1.2.5 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การอนามัยสิ่งแวดล้อม	86
4.1.2.6 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี	87
4.1.2.7 ภาพรวมระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	88
4.1.3 ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	89
4.1.3.1 ทักษะการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การมีสุขภาพที่ดี	90

4.1.3.2	ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ	92
4.1.3.3	ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	95
4.1.3.4	ภาพรวมระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	97
4.1.4	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	98
4.1.4.1	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	98
4.1.4.2	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขี้นถ่าย	101
4.1.4.3	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การออกกำลังกายและการนอนหลับ	103
4.1.4.4	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การจัดการความเครียด	106
4.1.4.5	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การอนามัยสิ่งแวดล้อม	108
4.1.4.6	พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลตนเอง และการตรวจสุขภาพประจำปี	109
4.1.4.7	ภาพรวมระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	112
4.1.5	ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์	112
4.1.5.1	ข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์	112
4.1.5.2	ข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมากใน การจัดการสุขภาพของพระสงฆ์	114
4.1.5.3	ข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์	116
4.1.6	การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร	117
4.1.6.1	การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับ ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	117
(1)	การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุกับระดับ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	117
(2)	การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพรรษากับระดับ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	120

(3) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งกับระดับ ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	123
(4) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษา ทางธรรมกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์	126
(5) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษา ทางโลกกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์	132
(6) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรคประจำตัวกับ ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	135
(7) การศึกษาเปรียบเทียบประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี กับ ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	137
(8) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเคยเข้ารับ การอบรมการดูแลสุขภาพกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ตนเองของพระสงฆ์	140
4.1.6.2 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับ ระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	143
(1) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุกับระดับ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	143
(2) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพรรษากับระดับ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	144
(3) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งกับระดับ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	145
(4) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษา ทางธรรมกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์	146
(5) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษา ทางโลกกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์	148
(6) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรคประจำตัวกับ ระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	149

(7) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปีกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	150
(8) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	151
4.1.6.3 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	152
(1) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	152
(2) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพรรษากับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	154
(3) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	156
(4) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาทางธรรมกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	157
(5) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาทางโลกกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	159
(6) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรคประจำตัวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	160
(7) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปีกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	161
(8) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเคยอบรมการดูแลสุขภาพกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	162
4.2 การอภิปรายผลการศึกษา	168
4.2.1 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง	168
4.2.1.1 กระบวนการรักษาพยาบาลและใช้สิทธิ์การรักษา	168
(1) คำนึงกับการรักษาพยาบาลตนเอง	169
(2) โรคจากการขับถ่ายที่พระสงฆ์ควรรู้	170
(3) ความรู้ความเข้าใจต่อการอนามัยสิ่งแวดล้อม	171
(4) จิตผ่องคลายได้ด้วยธรรมวินัย	172

4.2.2	ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง	173
4.2.2.1	มุมมองความคิดต่อการมีสุขภาพดีของพระสงฆ์	174
(1)	ผู้บริหารวัดเป็นบุคคลสำคัญต่อการผลักดันการส่งเสริมสุขภาพ และสร้างวัดต้นแบบด้านสุขภาพ	174
4.2.3	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง	177
4.2.3.1	อาหาร เครื่องดื่ม และยาที่มาพร้อมกับโรค	177
4.2.3.2	การออกกำลังกายกับกิจวัตรพระสงฆ์	178
4.2.3.3	สัญญาณของโรคเบาหวาน	180
4.2.3.4	พระสงฆ์ความรู้มาก แต่ไม่นำไปปฏิบัติอย่างเต็มที่	180
4.2.3.5	การรักษาพยาบาลเบื้องต้นของพระสงฆ์	182
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ		183
5.1	สรุปผลการศึกษา	183
5.1.1	ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์	183
5.1.2	ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	183
5.1.3	ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	184
5.1.3.1	ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการมี สุขภาพที่ดี	184
5.1.3.2	ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ	184
5.1.3.3	ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	185
5.1.4	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	185
5.1.4.1	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	185
5.1.4.2	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การขับถ่าย	185
5.1.4.3	พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การออกกำลังกายและการนอนหลับ	185

5.1.4.4	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การจัดการความเครียด	186
5.1.4.5	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การอนามัยสิ่งแวดล้อม	186
5.1.4.6	พฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี	186
5.1.5	ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์	186
5.1.5.1	ข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์	186
5.1.5.2	ข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมากในการ จัดการสุขภาพของพระสงฆ์	187
5.1.5.3	ข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพด้าน อื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์	187
5.1.6	การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร	188
5.1.6.1	การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับ ระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	188
5.1.6.1	การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับ ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	188
5.1.6.1	การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับ ระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	189
5.2	ข้อเสนอแนะ	190
5.2.1	ข้อเสนอแนะสำหรับพระสงฆ์	190
5.2.2	ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารวัด	190
5.2.3	ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	191
5.3	ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาคั้งต่อไป	191
	รายการอ้างอิง	192
	ภาคผนวก	199
	ประวัติผู้เขียน	211

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1.1	สถิติการอาพาธของพระสงฆ์	3
1.2	5 ลำดับ โรคแรกพระสงฆ์อาพาธผู้ป่วยนอก	4
1.3	5 ลำดับ โรคแรกพระสงฆ์อาพาธผู้ป่วยใน	4
2.1	แนวทางปริมาณอาหารที่แต่ละคนควรรับประทานอาหารในแต่ละวัน	40
2.2	แสดงปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มต่าง ๆ	42
3.1	จำนวนวัดและประชากรกลุ่มตัวอย่างในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร	66
4.1	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ เกี่ยวกับอายุ พรรษาและตำแหน่ง	75
4.2	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ เกี่ยวกับระดับการศึกษาทางธรรม และระดับการศึกษาทางโลก	76
4.3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ เกี่ยวกับโรคประจำตัว	78
4.4	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ เกี่ยวกับประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี	79
4.5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ เกี่ยวกับการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ	79
4.6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ เกี่ยวกับสาเหตุที่ไม่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ	80
4.7	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์ เกี่ยวกับเรื่องที่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ	81
4.8	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่	82
4.9	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขับถ่าย	84
4.10	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการหลับนอน	85
4.11	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการจัดการความเครียด	86

4.12	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม	87
4.13	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี	88
4.14	ภาพรวมระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	89
4.15	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี	91
4.16	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพ	94
4.17	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	96
4.18	ภาพรวมระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	98
4.19	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	100
4.20	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขับถ่าย	102
4.21	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ	104
4.22	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการจัดการความเครียด	107
4.23	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม	109
4.24	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี	111
4.25	ภาพรวมระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	112

4.26	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์	113
4.27	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมากในการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์	115
4.28	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคม ในการดูแลอาหารและสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์	116
4.29	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	118
4.30	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพรรษากับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	121
4.31	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำแหน่งกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	124
4.32	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรมกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	127
4.33	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลีกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	130
4.34	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางโลกกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	133
4.35	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	135
4.36	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี กับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	138
4.37	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	141
4.38	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามอายุ	144
4.39	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามพรรษา	145
4.40	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามตำแหน่ง	146

4.41	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรมแผนกธรรม	147
4.42	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรมแผนกบาลี	148
4.43	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางโลก	149
4.44	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามโรคประจำตัว	150
4.45	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี	151
4.46	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามการเคยอบรมการดูแลสุขภาพ	152
4.47	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์ จำแนกตามอายุ	153
4.48	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามพรรษา	155
4.49	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามตำแหน่ง	156
4.50	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรมแผนกธรรม	157
4.51	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรมแผนกบาลี	158
4.52	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางโลก	159
4.53	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามโรคประจำตัว	160
4.54	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี	161
4.55	การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์จำแนกตามการเคยอบรมการดูแลสุขภาพ	162

4.56	สรุปการเปรียบเทียบตัวแปรความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	163
4.57	สรุปการเปรียบเทียบตัวแปรทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	165
4.58	สรุปการเปรียบเทียบตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	166



สารบัญภาพ

รูปภาพที่		หน้า
2.1	องค์ประกอบของทัศนคติ	17



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

“อโรคยา ปรมา ลาภา” การไม่มีโรคเป็นลาภอันประเสริฐ แล้วจะปฏิบัติอย่างไรเพื่อไม่มีโรค และเกิดโรคตามมา การดูแลสุขภาพตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตในสังคม เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี สมบูรณ์ ตลอดจน การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพที่จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข โดยการมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ ในมิติ ของการป้องกันโรค วินิจฉัยโรค การบำบัดฟื้นฟู การดำเนินการรักษาทั้งก่อนและหลัง ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพทั้งในรูปแบบการรักษาแบบใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์สมัยปัจจุบัน ซึ่งกระบวนการการรักษาดังกล่าวจะขึ้นกับการตัดสินใจหรือการกระทำของบุคคลเหล่านั้นว่าจะเลือกรูปแบบการรักษาตามความเชื่อของตนเองตามวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติและมีสุขภาพที่ดีต่อไป

การสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่เอื้ออำนวยให้ประชาชนสามารถเพิ่มความสามารถ ในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง การจะเข้าถึงสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิต และสังคมนั้น บุคคลหรือกลุ่มบุคคลต้องสามารถระบุถึงสิ่งที่ต้องการบรรลุและบรรลุในสิ่งที่ต้องการได้ รวมถึงสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมพัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ รายงานการประชุมระดับโลกรื่องการสร้างเสริมสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงได้ สุขภาพจึงมิใช่เป้าหมายแห่งการดำรงชีวิตอยู่อีกต่อไป หากแต่เป็นแหล่งประโยชน์ของทุกวันที่เราดำเนินชีวิต สุขภาพเป็นแนวคิดด้านบวกที่มุ่งเน้นแหล่งประโยชน์ทางสังคมและแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล รวมถึงศักยภาพทางกายของบุคคล ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงไม่เป็นเพียงความรับผิดชอบของภาคส่วนที่ดูแลสุขภาพเท่านั้น แต่ยังมีมุ่งไปที่รูปแบบการดำเนินชีวิต ที่ส่งผลดีต่อสุขภาพซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพะในที่สุด (สินศักดิ์ชนม์ อุณหรมมี, 2556, น. 1-2)

นอกจากนี้ การส่งเสริมสุขภาพยังเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญที่สุดในการปฏิรูประบบสุขภาพ คือ การที่สังคมมีสำนึกหรือจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพที่ดี และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน สถานที่ทำงาน ระบบการสังคม สื่อมวลชน ตลอดจนนโยบายอีกด้วย (ประเวศ วะสี, 2541, น. 15) เมื่อมีการส่งเสริมและสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพแล้ว ย่อมส่งผลประโยชน์ให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีทั้งกาย จิตใจ อารมณ์

สังคัม ทำให้การดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างปกติสุข โอกาสที่จะเกิดโรคก็น้อยกว่าคนอื่น สามารถประกอบกิจกรรมทางสังคัมได้ ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคอีกด้วย นอกจากนี้ ยังทำให้มีอายุยืน แข็งแรง ปราศจากโรคและมีความสุข ไม่เจ็บป่วยล้มตายโดยไม่จำเป็น (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2548, น. 2) การส่งเสริมสุขภาพต้องมีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การบริโภคอาหาร การตรวจสุขภาพ และการส่งเสริมสุขภาพจิต เป็นต้น (สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, 2556, น. 9-15) เมื่อสุขภาพได้รับการดูแลเป็นอย่างดีตามอัตรภาพแล้ว ย่อมส่งผลให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีพลังและมีความสุขในการดำเนินชีวิต แต่ตรงกันข้าม หากปล่อยปละละเลย หรือขาดความรู้และการเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพแล้ว ก็ย่อมทำให้มีผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายตามมามากมาย ได้แก่ ทำให้สุขภาพมีความอ่อนเพลียได้ง่าย ทำให้การทำงานของระบบอวัยวะในร่างกายมีความผิดปกติบ่อย เจ็บป่วยได้ง่าย เป็นโรคก่อนถึงวัยอันควร และทำให้สภาพจิตใจมีความท้อแท้ ซึมเศร้า ไม่สดชื่นร่าเริง

พระสงฆ์ จัดเป็นรัตนะหนึ่งในจำนวนพระรัตนตรัย ซึ่งได้แก่ พระพุทธรัตนนะ พระธรรมรัตนนะ พระสังฆรัตนนะ พระสงฆ์ ได้แก่ ภิกษุ ในพระพุทธศาสนา สาวกของพระพุทธเจ้า ผู้ซึ่งสละเรือนแล้วออกบวชตามพระพุทธเจ้า หลังจากได้ฟังคำสั่งสอนแล้วเกิดความเลื่อมใส ปฏิบัติตามธรรม เพื่อจะได้บรรลุธรรมตามพระพุทธเจ้าได้ทรงสั่งสอนไว้ พระพุทธเจ้าทรงสถาปนาพระสงฆ์ขึ้นมาก็เพื่อให้พระสงฆ์ได้เกื้อกูลกันและกัน ช่วยชี้ทางบรรเทาทุกข์ให้กับประชาชน ผู้ที่จะมาบวชในพุทธศาสนาในขั้นต้นนั้นต้องเป็นผู้ที่มีความเลื่อมใสโดยแท้จริง มีความตั้งใจ ที่จะละทางโลก คือเคหะสถานบ้านช่องและสมบัติทั้งปวง ตัดความห่วงใยในบรรดาสิ่งซึ่งเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจไว้ที่บ้าน แต่ในขณะที่เดียวกัน เมื่อบวชแล้วแม้จะมีความเป็นอยู่ที่ต่างออกไปก็ไม่ใช่ว่า พระสงฆ์จะแยกตัวออกเด็ดขาดไปจากฆราวาส หรือประชาชนและเป็นอยู่โดยลำพัง เพราะเมื่อบรรพชิตอุปสมบทเป็นภิกษุสามเณรแล้ว ไม่สามารถจะทำธุรกิจประกอบอาชีพได้ เพราะขัดกับพุทธบัญญัติ (พุทธทาสภิกษุ, 2537, น. 3) จึงต้องอาศัยปัจจัย 4 ได้แก่ การบวชต้องอาศัยการเที่ยวบิณฑบาตหาเลี้ยงชีพ ด้วยลำแข้ง เครื่องนุ่งห่มต้องใช้ผ้าบังสุกุล ที่อยู่อาศัยพักตามโคนไม้ และยารักษาโรคให้ฉันทน้ำมูลเนา (พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2539, น. 101-102) เพื่อเป็นเครื่องดำรงชีวิต ด้านวัตถุจากประชาชน เพราะพระสงฆ์ยังต้องกินอยู่เพื่อบำรุงชีวิตและร่างกายให้ดำรงอยู่ ยังต้องการเครื่องนุ่งห่มเพื่อกันความร้อนเย็น ยังต้องมีที่อยู่อาศัยกันแดดกันฝน และยังต้องการหยูกยา อันต้องใช้เพื่อป้องกันเยียวยารักษาความเจ็บไข้ในร่างกาย

พระสงฆ์ เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามคำสั่งสอนของพระพุทธเจ้าแล้ว นำมาสั่งสอนผู้อื่นให้รู้ตาม นับว่าเป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีความสำคัญต่อสถาบันพระพุทธศาสนา และมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจรรโลงศาสนาและจิตใจของประชาชนชาวไทย การอยู่ในเพศบรรพชิตจำเป็นที่จะต้องปฏิบัติตามวินัยของพระสงฆ์ที่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป จากอดีตที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มนักบวชหรือพระสงฆ์

เป็นกลุ่มที่มีโอกาสน้อย ในการเข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพ และขาดการส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากต้องปฏิบัติศาสนกิจประจำวัน เผชิญปัญหาความเครียดต่าง ๆ ที่มาจากประชาชน นอกจากนั้น พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ การบริโภคอาหารที่ได้จากการบิณฑบาต ขาดการตรวจสุขภาพประจำปี ตลอดจน ข้อจำกัดในการออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา กลางแจ้งของพระสงฆ์ เป็นต้น (พระธรรมกิตติวงศ์, 2548, น. 110) เพราะฉะนั้น จึงทำให้พระสงฆ์มีความเสี่ยงในการเป็นโรคต่าง ๆ และปัญหาเรื่องสุขภาพเป็นจำนวนมากในแต่ละปีเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามผลการตรวจคัดกรองสุขภาพพระภิกษุที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสงฆ์ดังนี้

ตารางที่ 1.1

สถิติการอาหารของพระสงฆ์

กลุ่มโรค/จำนวนพระสงฆ์อาหาร	พ.ศ. 2554	พ.ศ. 2556
		5,230 รูป
ไขมันในเลือดสูง	309 รูป	7,315 รูป
ความดันโลหิตสูง	662 รูป	5,472 รูป
โรคเบาหวาน	462 รูป	5,090 รูป

ที่มา: จาก *อาหารพระ: ลดโรค*, นสพ. มติชน, วันที่ 12 กรกฎาคม 2556, น. 10 สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th>.

ในปี พ.ศ. 2558 นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา อธิบดีกรมการแพทย์เปิดเผยว่า จากการตรวจคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์สามเณรทั่วประเทศ พบปัญหาด้านสุขภาพแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค โดยพระสงฆ์สามเณรในเขตกรุงเทพมหานครมีไขมันผิดปกติทำให้เกิดภาวะโรคอ้วนมากที่สุด เขตภาคใต้มีภาวะกรดไขมันสูง และการทำงานของไตผิดปกติ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีภาวะโลหิตจาง นอกจากนั้น ยังพบว่า พระสงฆ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการทำงานของไตผิดปกติถึง 8 เท่า หากมีภาวะอ้วนก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะระดับไขมันในเลือดผิดปกติถึง 2 เท่า และหากมีภาวะอ้วนลงพุงจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานถึง 2 เท่า แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์ในประเทศไทยมีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังดังกล่าว จากสถิติข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2558 พบว่าโรคที่เป็นอันดับต้น ๆ คือ ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และยังมีโรคของผู้สูงอายุอื่น ๆ ได้แก่ โรคต่อกระเพาะอาหารอักเสบ ต่อมลูกหมากโต ซึ่งเป็นโรคที่ไม่ติดต่อและบางโรคสามารถป้องกันได้ (กรมการแพทย์,

2558) งานเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์ วันที่ 18 ตุลาคม 2559 มีพระสงฆ์เข้ารับการตรวจรักษาปี 2559 จำนวน 107,902 รูป ตามลำดับ 5 โรคแรก ดังนี้

ตารางที่ 1.2

5 ลำดับ โรคแรกพระสงฆ์อาหารผู้ป่วยนอก

ลำดับ		กลุ่มโรค	จำนวน
			102,791 รูป
1	ภาวะไขมันในเลือด		8,976 รูป
2	โรคความดันโลหิตสูง		8,021 รูป
3	โรคเบาหวาน		6,057 รูป
4	โรคไตวายเรื้อรัง		4,293 รูป
5	โรคข้อเข่าเสื่อม		2,550 รูป

ที่มา: จาก เอกสารงานเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์ โดย โรงพยาบาลสงฆ์, 18 ตุลาคม 2559.

ตารางที่ 1.3

5 ลำดับ โรคแรกพระสงฆ์อาหารผู้ป่วยใน

ลำดับ		กลุ่มโรค	จำนวน
			5,111 รูป
1	โรคความดันโลหิตสูง		625 รูป
2	โรคเบาหวาน		499 รูป
3	ภาวะไขมันในเลือด		498 รูป
4	โรคต่อกระจก		493 รูป
5	โรคปอดอุดตันเรื้อรัง		244 รูป

ที่มา: จาก เอกสารงานเวชระเบียนและสถิติของโรงพยาบาลสงฆ์ โดย โรงพยาบาลสงฆ์, 18 ตุลาคม 2559.

1.2 มลเหตุจูงใจในการศึกษา

จะเห็นได้ว่า โรคที่กล่าวมาข้างต้นเป็นโรคลำดับต้น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพในหมู่พระสงฆ์ และนับวัน ยิ่งเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ผู้ศึกษาเชื่อว่า ยังมีพระภิกษุสงฆ์อีกหลายรูปที่ยังไม่รู้ว่ามีสภาพร่างกายของตนเองเป็นอย่างไรบ้าง จากจำนวนพระสงฆ์ที่มีสถิติการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ นั้น อาจสันนิษฐานขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย และโอกาสในการอบรมการดูแลสุขภาพป้องกัน แก่ไข พ้นฟูพัฒนาสุขภาพตนเองในทางที่ถูกต้อง

สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติได้รายงานจำนวนพระสงฆ์ในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2557 มีประชากรทั้งหมด 256,826 รูป ถ้าหากเทียบกับจำนวนการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ เท่ากับหนึ่งส่วนสามของประชากรพระสงฆ์ทั้งหมดในประเทศ เพราะฉะนั้น ปัญหาด้านสุขภาพย่อมส่งผลกระทบต่อพระสงฆ์เองในด้านภูมิคุ้มกันร่างกายอ่อนแอ ด้านการดูแลรักษาด้วยยาและเวลา เกิดภาวะความเครียด การทำประโยชน์กิจวัตรของตนเองไม่เต็มที่ ได้แก่ ไหว้พระสวดมนต์ ศึกษาเล่าเรียน หาความรู้ทั้งทางโลกและทางธรรม ตลอดจนการปฏิบัติธรรมจิตภาวนาเพื่อบรรลुरुธรรมยิ่ง ๆ ขึ้นไป ภาวการณ์เจ็บป่วยของพระสงฆ์มีตั้งแต่ระดับพื้นฐาน ถึงระดับนอนติดเตียง นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อการทำงานที่ต่อส่วนรวม เป็นภาระแก่พระสงฆ์ ญาติและประชาชนที่ต้องคอยมารักษาดูแล ให้กำลังใจอยู่เป็นประจำ เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติศาสนกิจ ทำหน้าที่ต่อการเผยแผ่พระพุทธศาสนา อบรมสั่งสอนปลูกฝังคุณธรรม จริยธรรมแก่พระสงฆ์และประชาชน เพื่อให้สังคม ประเทศชาติ มีความสงบสุขร่มเย็นและเจริญยิ่ง ๆ ขึ้นไป ตลอดจนการใช้งบประมาณของรัฐในการรักษาพยาบาล เป็นจำนวนมากและเพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ตรงกันข้าม หากพระสงฆ์มีสุขภาพดี ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์ส่วนตน และประโยชน์ส่วนรวมเป็นอย่างยิ่ง คือ มีเวลาโอกาสศึกษาเล่าเรียน พัฒนาความรู้ความสามารถ จิตใจให้สูงขึ้น แล้วนำมาเป็นแนวทางในการอบรมสั่งสอนประชาชน เผยแผ่พระพุทธศาสนา ได้อย่างต่อเนื่อง กลายเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ด้วยกัน ตลอดจนประชาชน อีกด้วย

การที่พระสงฆ์มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องและ ผ่านการเรียนรู้โดยตรงจาก ตัวอย่างหรือผู้ที่รักษาสุขภาพดี และศึกษาหาความรู้ด้วยตนเอง เพื่อมุ่งหวังให้มีสุขภาพกายและจิตใจ ที่ดี ย่อมส่งผลให้มีทัศนคติในทางบวก รักต่อการดูแลสุขภาพ เอาใจใส่ในการดูแลตนเอง คิดหาวิธีป้องกันมากกว่าการรักษา เมื่อมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาสุขภาพแล้ว ย่อมส่งผลต่อการเอาใจใส่ต่อการบริโภคอาหารที่เป็นประโยชน์และพอประมาณ ออกกำลังกายเป็นประจำ พักผ่อนเพียงพอ ตลอดจนการพัฒนาจิตใจของตนเองให้สงบเย็น เอิบอím ใบน้หน้าแจ่มใส เป็นแบบอย่างที่ดีด้านสุขภาพ และมีความสุขต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสังคมได้อย่างต่อเนื่อง

พระสงฆ์ คือ “ผู้ที่ออกจากเรือน ไม่เกี่ยวข้องด้วยเรือนแล้ว” บวชถวายเฉพาะ พระผู้มีพระภาคเจ้าพระองค์นั้น นี่คือคำปฏิญาณของผู้บวชในพระพุทธศาสนา เมื่อไม่มีเรือน การดำรงชีพคือเนื่องด้วยผู้อื่น พระวินัยที่เกี่ยวข้องกับการฉันอาหารของพระสงฆ์ จึงกำหนดให้ พระสงฆ์เป็นผู้เลี้ยงง่าย ไม่ร้องขอเฉพาะเจาะจง สดแล้วแต่อาหารที่ประชาชนจะถวายให้ อาหาร อันหลากหลายและพฤติกรรมในการฉันอาหารที่มากเกินไป รวมทั้ง การไม่ตระหนักถึงความสำคัญ ของการดูแลสุขภาพตนเองในด้านร่างกายและจิตใจ จึงเป็นบ่อเกิดแห่งโรคร้ายไข้เจ็บ บั่นทอนสุขภาพ ของพระสงฆ์ เป็นอุปสรรคในการศึกษาธรรม ปฏิบัติและสั่งสอนธรรม ทำให้ขาดประโยชน์ส่วนตน คือ การบรรลุธรรมยิ่ง ๆ ขึ้นไป และประโยชน์ส่วนร่วม คือ สั่งสอนประชาชน ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสังคม อันจะยังสังคมให้มีความสุขร่มเย็น

โดยพื้นฐานการศึกษาที่มุ่งเน้นการเรียนพระธรรมวินัย และปริยัติสามัญ ห่างไกลจาก ความรู้ทางโลก โดยเฉพาะ การดูแลสุขภาพ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับวิวัฒนาการการเปลี่ยนแปลงของโลก สภาพร่างกาย ความเป็นอยู่ สิ่งแวดล้อม การกีฬา เป็นต้น อาจกล่าวได้ว่า พระสงฆ์แม้ไม่อยู่ใน ภาวะเจ็บป่วยก็ตาม แต่มีพระสงฆ์ส่วนใหญ่ มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคที่ไม่ติดต่อ เรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน และการยับยั้งชั่งใจเลือกเฟ้นฉันอาหาร ของพระสงฆ์เอง พระสงฆ์บางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วย มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการ ออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ (พระครูสุวิธานพัฒนา บัณฑิต, 2557, น. 39)

จากการรายงานสถิติการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ ณ โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ ปิงปประมาณ 2559 พระสงฆ์ที่อาศัยอยู่ในวัด 50 เขต กรุงเทพมหานคร พบว่า พระสงฆ์ที่จำพรรษา ในวัด เขตดุสิต เจ็บป่วยและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์มากที่สุด ซึ่งป่วยเป็นโรค ความดัน โลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคไตวายเรื้อรัง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหัวใจ โรคปอดอุดตัน เรื้อรัง ซึ่งสาเหตุการเจ็บป่วยของพระสงฆ์นั้นได้สอดคล้องกับงานวิจัยของพระครูสุวิธานพัฒนา บัณฑิต ที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร มีวัดทั้งหมด 16 วัด คือ วัดใหม่ทองเสน วัดเบญจมบพิตร ดุสิตวนาราม วัดราชาธิวาสวิหาร วัดน้อยนพคุณ วัดธรรมาภิรตาราม วัดเทวราชกุญชร วัดโบสถ์ วัดสุคันธาราม วัดอัมพวัน วัดประสาธตญาณาวาส วัดสวัสดิวารีสีมาราม วัดราชผาติการาม วัดแก้วฟ้า จุฬามณี วัดจอมสุตาราม วัดจันทรสโมสร วัดประหาระบือธรรม มีพระสงฆ์ทั้งหมด จำนวน 691 รูป ที่ตั้งของแต่ละวัดตั้งอยู่กลางชุมชนเมืองและเป็นศูนย์รวมของประชาชน

พระสงฆ์ในตำแหน่งผู้บริหารวัด โดยมีเจ้าอาวาส รองเจ้าอาวาส ผู้ช่วยเจ้าอาวาส เลขานุการ- เจ้าอาวาส ที่มีอายุ พรรษามาก ถือว่าเป็นพระสงฆ์ ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแล ปกครอง ฟื้นฟู พัฒนาพระสงฆ์ในการปกครองของตน และ ในฐานะสมาชิกพระลูกวัด ซึ่งมีอายุพรรษา ในวัยกลางคน ซึ่งมีบทบาทในการศึกษาเล่าเรียน อบรมสั่งสอนเยาวชน ช่วยดูแลกิจกรรมภายในวัด และเผยแผ่พระพุทธศาสนา อาศัยความเป็นพระสงฆ์จึงไม่ค่อยมีผู้ถวายความรู้ในเรื่องการฉันอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพ เป็นต้น เพราะเข้าใจว่าประชาชนจะต้องเป็นผู้รับการสั่งสอน แนะนำจากพระสงฆ์ฝ่ายเดียว ดังนั้นในฐานะผู้ศึกษาเป็นหนึ่งในพระสงฆ์ จึงสนใจศึกษาการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ว่า พระสงฆ์มีความรู้มากน้อยเพียงใด มีทัศนคติอย่างไร และมีพฤติกรรมอย่างไรในการดูแลสุขภาพของตนเอง ตลอดจนข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ โดยมุ่งหวังประโยชน์ระยะยาวแก่คณะสงฆ์ ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพตนเอง มีความรู้ที่ถูกต้อง มีทัศนคติที่ดีถึงเห็นถึงประโยชน์และมีการปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพตนเองและหมู่คณะสงฆ์ เพราะพระสงฆ์ที่อยู่ในฐานะเป็นผู้ปกครองสงฆ์โดยพระธรรมวินัยและจารีตประเพณีอีกด้วย ควรเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งเรื่องอื่นด้วย เมื่อทำได้เช่นนี้ย่อมเกิดคุณูปการให้แก่พระสงฆ์ทั้งในระดับวัดที่สังกัดคณะสงฆ์ ตลอดจนประชาชนก็ได้รับประโยชน์ด้วยกัน ทำให้คนในสังคมมีความสุขกับการใช้ชีวิต และทำประโยชน์แก่สังคมได้อีกมากมาย

1.3 วัดอุปสงฆ์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร
3. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

เป็นการศึกษาความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

1.4.2 ขอบเขตด้านประชากร

พระสงฆ์ในตำแหน่งผู้บริหารวัดและพระสงฆ์ในฐานะสมาชิกพระลูกวัดที่จำพรรษาในวัดใหม่ทองเสน วัดเบญจมบพิตรดุสิตวนาราม วัดราชาธิวาสวิหาร วัดน้อยนพคุณ วัดธรรมมาภิตาราม วัดเทวราชกุญชร วัดโบสถ์ วัดสุคันธาราม วัดอัมพวัน วัดประสาธตบุญญาวาส

วัดสวัสดิวารีสีมาราม วัดราชผาติการาม วัดแก้วฟ้าจุฬามณี วัดจอมสุदारาม วัดจันทรสโมสร
วัดประจักษ์ปือธรรม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 16 วัด มีพระสงฆ์ทั้งหมด จำนวน 691 รูป

1.4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

พระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัด เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

1.5 นิยามศัพท์

ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง พระสงฆ์มีความรู้ต่อแนวปฏิบัติกรดูแล
สุขภาพของตนเอง ได้แก่ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การข้บถ่าย การออกกำลัง
กายและการนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและ
การตรวจสุขภาพประจำปี ที่เกิดจากการสั่งสมหรือเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ ด้านการดูแล
สุขภาพตนเอง และสามารถตัดสินใจในการรักษาสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง พระสงฆ์มีความรู้สึกรู้จักคิดต่อการมีสุขภาพที่ดี
มองเห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการคิดหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ
ที่จะก่อให้เกิด การเจ็บป่วยหรือโรคต่างๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี สมบูรณ์ สามารถ
ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

พฤติกรรมกรดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง พระสงฆ์มีการแสดงออกเพื่อดูแลสุขภาพ
ตนเอง ได้แก่ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การข้บถ่าย การออกกำลังกายและ
การนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจ
สุขภาพประจำปี เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดีสมบูรณ์ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้
อย่างปกติสุข

1.6 ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทำให้ทราบถึงความรู้ของพระสงฆ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง
2. ทำให้ทราบถึงทัศนคติของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง
3. ทำให้ทราบถึงพฤติกรรมของพระสงฆ์ต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง “การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” ผู้ศึกษาวิจัยได้ศึกษา ค้นคว้า บทความ เอกสาร ทฤษฎี และหนังสือทางด้านวิชาการต่าง ๆ รวมถึงผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ประกอบในการศึกษาครั้งนี้ ดังนี้

- 2.1 แนวคิดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)
- 2.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพ
- 2.3 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ
- 2.4 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ
- 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
- 2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 แนวคิดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

แนวคิดทฤษฎีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP) เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญกับ 3 ตัวแปรหลัก คือ ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และการยอมรับปฏิบัติ (Practice) ของผู้รับสารอันจะมีผลกระทบต่อสังคมต่อไป กล่าวได้ว่า การเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้าหากบุคคลมีความรู้ดีความเข้าใจดี ทัศนคติก็น่าจะเปลี่ยนแปลงและเมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงแล้ว ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ดังนั้น ทั้ง 3 อย่างนี้จึงมีความเชื่อมโยงต่อกันในการจะมีการยอมรับหรือปฏิเสธในสิ่งใด ต้องพยายามเปลี่ยนแปลงทัศนคติเสียก่อน โดยการให้ความรู้ อรรถพร ปิลาพันธ์ (2542, น. 35) นอกจากนี้ สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533, น. 118-119) กล่าวว่า KAP เป็นเครื่องมือหนึ่งที่นำมาประยุกต์ใช้เป็นจำนวนมากในการปรับเปลี่ยนสังคมให้ทันสมัย โดยแสดงให้เห็นถึงการสื่อสารหรือสื่อมวลชนในฐานะเป็นตัวแปรต้นที่สามารถเป็นตัวนำการพัฒนาเข้าสู่สังคมได้ด้วยอาศัย KAP เป็นตัวแปรตามในการวัดความสำเร็จของการสื่อสารเพื่อการพัฒนาจากการยอมรับ ความเปลี่ยนแปลงของกลุ่มผู้รับสารว่า ความรู้ ทักษะ พฤติกรรมของผู้รับสารเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร นอกจากนั้นยังศึกษาถึงความสัมพันธ์ในลักษณะสายโซ่ที่เริ่มจากความรู้ ไปสู่ทัศนคติและกลายเป็นพฤติกรรมต่อไป มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยาม หลักการเกี่ยวกับแนวคิดความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP) ไว้ดังนี้

2.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับความรู้

2.1.1.1 ความหมายความรู้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2542, น. 3) กล่าวว่า ความรู้เป็นสิ่งที่สั่งสมมาจากการศึกษาเล่าเรียน การค้นคว้า ได้ยิน ได้ฟัง ได้คิด หรือประสบการณ์ รวมทั้งความสามารถเชิงปฏิบัติและทักษะ จนให้เกิดความเข้าใจจากประสบการณ์นั้นด้วย

คาร์เตอร์ วีกูต (Good, 1973, p. 325) กล่าวว่า ความรู้ เป็นข้อเท็จจริง (Facts) ความจริง (Truth) เป็นข้อมูลที่มนุษย์ได้รับและเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ การที่บุคคลยอมรับหรือปฏิเสธสิ่งใด สิ่งหนึ่งได้อย่างมีเหตุผล บุคคลจะต้องรู้เรื่องเกี่ยวกับสิ่งนั้น เพื่อประกอบการตัดสินใจ นั่นก็คือ บุคคลจะต้องมีข้อเท็จจริง หรือข้อมูลต่าง ๆ ที่สนับสนุนและให้คำตอบข้อสงสัยที่บุคคลมีอยู่ ชี้แจงให้บุคคลเกิดความเข้าใจและ ทศนคติที่ดีต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง รวมทั้งเกิดความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมต่าง ๆ ด้วย

อรรวรรณ ปิลันธน์โอวาท (2542, น. 35-36) กล่าวว่า ความรู้ คือ การได้ข้อมูลเกี่ยวกับข้อเท็จจริง รูปแบบ วิธีการ กฎเกณฑ์ แนวปฏิบัติ สิ่งของ เหตุการณ์ หรือบุคคล ซึ่งได้จากการสังเกต ประสบการณ์หรือจากสิ่งต่าง ๆ ที่ประกอบกัน

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, น. 16) กล่าวว่า ความรู้ เป็นพฤติกรรมขั้นต้น ซึ่งผู้เรียนเพียงจำได้ อาจโดยการนึกได้หรือมองเห็น ได้ยิน ก็จำได้ ความรู้ขั้นนี้ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับคำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีการแก้ไขปัญหา เป็นต้น

สรุป ความรู้ หมายถึง ข้อมูลที่เกี่ยวกับข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ที่เกิดจากบุคคลได้สั่งสมหรือเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ ต่าง ๆ เช่น การศึกษาเล่าเรียน ค้นคว้า การได้เห็น ได้ยิน ได้ฟัง ได้นึกคิด ตลอดจนการก่อให้เกิดความความเข้าใจและทัศนคติ ความตระหนัก ความเชื่อ และค่านิยมในประสบการณ์นั้น ๆ เพื่อประกอบการตัดสินใจต่อไป

ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงหมายถึง การที่พระสงฆ์มีข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎเกณฑ์ แนวปฏิบัติ ได้แก่ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การขยับร่างกาย การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การสูบบุหรี่ การรักษาพยาบาลตนเอง การตรวจสุขภาพประจำปี ที่เกิดจากบุคคลได้สั่งสมหรือเก็บรวบรวมจากประสบการณ์ต่าง ๆ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง และสามารถตัดสินใจในการรักษาสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตที่ดีสมบูรณ์ ตลอดจน การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพที่จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.1.1.2 สาเหตุของความรู้

ความรู้เป็นการรับรู้เบื้องต้น ซึ่งบุคคลจะได้รับประสบการณ์โดยการเรียนรู้จากการตอบสนองต่อสิ่งเร้า แล้วจัดเป็นโครงสร้างความรู้ที่ผสมผสานระหว่างความจำ (ข้อมูล) กับสภาพจิตวิทยา ด้วยเหตุนี้ ความรู้จึงเป็นความรู้ที่เลือกสรร ซึ่งสอดคล้องกับสภาพจิตใจของตนเอง ความรู้ จึงเป็นกระบวนการภายใน อย่างไรก็ตาม การแสดงพฤติกรรมของมนุษย์ อาจมาจากความรู้ที่ได้เรียนรู้และได้รับจากประสบการณ์ในสภาพแวดล้อมทางสังคมเป็นส่วนหนึ่ง ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้รับสารเชิงความรู้ ในทฤษฎีการสื่อสารนั้น อาจปรากฏได้จากสาเหตุ 5 ประการ คือ สุรพงษ์ โสรณะเสถียร (2533, น. 120-121)

1. การตอบข้อสงสัย (Ambiguity Resolution) การสื่อสารมักจะสร้างความสับสนให้กับสมาชิกในสังคม ผู้รับสารมักจะแสวงหาสารสนเทศ โดยอาศัยสื่อทั้งหลายในการตอบข้อสงสัยและความสับสนของตนเอง

2. การสร้างทัศนคติ (Attitude Formation) ผลกระทบต่อการปลูกฝังทัศนคตินั้น ส่วนมากนิยมใช้กับสารสนเทศที่เป็นนวัตกรรม เพื่อสร้างทัศนคติให้คนยอมรับการแพร่กระจายนวัตกรรมนั้น ๆ (ในฐานะความรู้)

3. การกำหนดวาระ (Agenda Setting) เป็นผลกระทบจากความรู้ที่สื่อกระจายออกไปเพื่อให้ประชาชนได้ตระหนักและผูกพันกับประเด็นวาระที่สื่อกำหนดขึ้น หากตรงกับภูมิหลังของบุคคลและค่านิยมของสังคมแล้วผู้รับสารก็จะรับสารสนเทศนั้น

4. การพอกพูนระบบความเชื่อ (Expansion of the Belief) การสื่อสารสังคมมักจะกระจายความเชื่อ ค่านิยม และอุดมการณ์ด้านต่าง ๆ ไปสู่ประชาชนจึงทำให้ผู้รับสารสร้างระบบความเชื่อที่หลากหลายและลึกซึ้งไว้ในความเชื่อของตนมากขึ้นไปเรื่อย ๆ

5. การรู้แจ้งค่านิยม (Value Clarification) ความชัดเจนในเรื่องค่านิยมและอุดมการณ์ เป็นภาวะปกติของสังคม สื่อมวลชนที่นำเสนอข้อเท็จจริงในประเด็นเหล่านั้น ย่อมทำให้ประชาชนผู้รับสารเข้าใจถึงค่านิยมเหล่านั้นได้แจ้งชัดขึ้น

2.1.1.3 ระดับพัฒนาการความรู้

นอกจากนี้ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, น. 16-19) ยังได้แบ่งระดับของพัฒนาการการเรียนรู้ของมนุษย์จากระดับง่าย ๆ ไปสู่การพัฒนาศติปัญญาที่สูงขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 6 ระดับด้วยกัน คือ

1. ความรู้ (Knowledge) เป็นขั้นตอนแรกของพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการจดจำ อาจจะได้การนึกได้ มองเห็น ได้ยินหรือได้ฟัง ความรู้ขั้นนี้ประกอบด้วย คำจำกัดความ ความหมาย ข้อเท็จจริง ทฤษฎี กฎ โครงสร้าง วิธีแก้ไขปัญหา มาตรฐานเหล่านี้ เป็นต้น

2. ความเข้าใจ (Comprehension) เป็นพฤติกรรมขั้นต่อมาจากความรู้
ขั้นตอนนี้ จะต้องใช้ความสามารถทางสมอง และทักษะในขั้นสูงจนถึงระดับของ “การสื่อความหมาย”
ซึ่งอาจทำได้ทั้งที่เป็นการใช้ปากเล่า ข้อเขียน ภาษาหรือการใช้สัญลักษณ์ มักเกิดขึ้นหลังจากบุคคลได้
ทราบข่าวสารต่าง ๆ แล้ว

3. การนำความรู้ไปใช้ (Application) ความสามารถในการนำความรู้ไป
ใช้นี้ เป็นพฤติกรรมที่สาม ซึ่งต้องอาศัยความสามารถหรือทักษะทางด้านความเข้าใจดังกล่าวมาแล้ว
การนำความรู้ไปใช้ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ การแก้ไขปัญหาตนเอง

4. การวิเคราะห์ (Analysis) ความสามารถในการวิเคราะห์เป็นพฤติกรรม
ที่ช่วยให้สามารถแยกภาพรวมออกเป็นส่วนย่อย เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่เด่นชัดยิ่งขึ้น แบ่งเป็น
ชั้นย่อย ๆ ได้ 3 ชั้นด้วยกัน คือ

4.1 ความสามารถในการแยกแยะองค์ประกอบของปัญหาออกเป็น ส่วน ๆ

4.2 ความสามารถในการมองเห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างส่วนประกอบ

4.3 ความสามารถในการมองเห็นหลักของการผสมผสานของปัญหาที่
มีองค์ประกอบย่อยมากมายหลาย ๆ ส่วน มารวมกันเข้าเป็นกรอบโครงสร้างที่แน่ชัด โดยทั่วไปแล้ว
ความสามารถนี้จะเกิดจากการนำเอาประสบการณ์ในอดีตมารวมเป็นประสบการณ์ในปัจจุบัน และ
นำมาสร้างเป็นกรอบที่มีระเบียบแบบแผน ความสามารถในการสังเคราะห์นี้เป็นส่วนหนึ่งของ
พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความคิดสร้างสรรค์หรือความคิดริเริ่ม จึงต้องอาศัยความสามารถต่าง ๆ หลายๆ
ขั้นดังกล่าวมาแล้ว

5. การสังเคราะห์ (Synthesis) ความสามารถในการนำเอาส่วนประกอบ
ย่อยหลาย ๆ ส่วนมารวมกันเข้าเป็นโครงสร้างที่แน่ชัด สร้างเป็นแบบแผนหรือหลักสำหรับปฏิบัติ
ขบวนการในการรวมกันของส่วนประกอบต่าง ๆ ให้มีระเบียบแบบแผน ทั้งนี้ ความสามารถในการ
สังเคราะห์นี้จะต้องอาศัยความสามารถขั้นต่าง ๆ หลายขั้นดังกล่าวมาแล้ว คือ ความเข้าใจ การนำ
ความรู้ไปใช้และความสามารถในการวิเคราะห์

6. การประเมินผล (Evaluation) ความสามารถในการประเมินผล
ที่เกี่ยวข้องกับการให้ค่าต่อความรู้หรือข้อเท็จจริงต่าง ๆ ซึ่งจะต้องใช้เกณฑ์หรือมาตรฐานอย่างใด
อย่างหนึ่ง เป็นส่วนประกอบในการประเมินผล มาตรฐานนี้อาจออกมาทั้งในเชิงคุณภาพหรือ
เชิงปริมาณ และมาตรฐานที่ใช้นี้ อาจมาจากที่บุคคลตั้งขึ้นมาเองหรือมาตรฐานที่มีอยู่แล้ว

อย่างไรก็ตาม การเกิดความรู้ไม่ว่าจะอยู่ในระดับไหนก็ตาม ย่อมมี
ความสัมพันธ์กับความรู้สึนึกคิด ซึ่งเชื่อมโยงกับสภาพจิตใจให้แตกต่างกันออกไป อันเนื่องมาจาก
ประสบการณ์ที่สั่งสมมา รวมทั้งสภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยและมีอิทธิพลทำให้บุคคลมีความคิด แล้ว
ประพฤติปฏิบัติตามความคิด ความรู้สึกของตนเองต่อไป

2.1.1.4 การวัดความรู้

กระบวนการทางการเรียนรู้ ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทัศนคติของบุคคล จึงประกอบด้วยคุณลักษณะ 3 ประการ คือ ประการแรก จุดประสงค์ของการเรียนรู้ (Education Goal) ที่กำหนดขึ้นอย่างแจ่มชัดหรือสมบูรณ์ ประการที่สอง ประสบการณ์การเรียนรู้ (Learning Experience) ที่ถูกจัดขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับจุดประสงค์ และ ประการสุดท้าย คือ การวัดผลหรือการประเมินผล (Evaluation Procedure) ที่ใช้เป็นตัวตรวจสอบความรู้หรือประสบการณ์ ซึ่งเป็นผลมาจากจุดประสงค์และวิธีการอบรมสั่งสอน ซึ่งมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามและเครื่องมือในการวัดความรู้ดังนี้

เยาวตี วิบูลย์ศรี (2539, น. 6) กล่าวว่า การวัดความรู้ เป็นกระบวนการที่พยายามค้นหาระดับที่แสดงถึงปริมาณของคุณลักษณะใดลักษณะหนึ่งในตัวบุคคลหรือเหตุการณ์ เช่น วัดความสามารถของบุคคลในการระลึกรู้ถึงเรื่องราว หรือสิ่งที่เคยเรียนมาแล้ว วัดความถนัด เป็นต้น ซึ่งคำถามที่ใช้ในระดับนี้ คือ ความจำ

การวัดความรู้เป็นการวัดความสามารถในการระลึกรู้ถึงเรื่องราวข้อเท็จจริงหรือประสบการณ์ต่าง ๆ หรือเป็นการวัดการระลึกรู้ถึงประสบการณ์เดิมที่บุคคลได้รับจากคำสอน การบอกกล่าว การฝึกฝนของผู้สอน รวมทั้งจากตำรา จากสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ คำถามวัดความรู้ แบ่งออกเป็น 3 ชนิด (ไพศาล หวังพาณิชย์, 2526, น. 96-118) คือ

1. ถามความรู้ในเนื้อเรื่อง เป็นการถามรายละเอียดของเนื้อหาข้อเท็จจริงต่าง ๆ ของเรื่องราวทั้งหลาย ประกอบด้วยคำถามประเภทต่าง ๆ เช่น ศัพท์ นิยาม กฎ ความจริง หรือรายละเอียดของเนื้อหาต่าง ๆ

2. ถามความรู้ในวิธีการดำเนินการ เป็นการถามวิธีการปฏิบัติต่าง ๆ ตามแบบแผน ประเพณี ขั้นตอน ของการปฏิบัติงานทั้งหลาย เช่นถามระเบียบแบบแผน ลำดับขั้น แนวโน้มการจัดประเภทและหลักเกณฑ์ต่าง ๆ

3. ถามความรู้รวบยอด เป็นการถามความสามารถในการจดจำข้อสรุปหรือหลักการของเรื่องที่เกิดจากการผสมผสานหาลักษณะร่วม เพื่อรวบรวมและย่อลงมาเป็นหลักหรือหัวใจของเนื้อหานั้น ๆ รวมถึงหลักวิชาการและการเชื่อมโยงทางโครงสร้าง อีกด้วย

2.1.2 แนวคิดเกี่ยวกับทัศนคติ

2.1.2.1 ความหมาย

ทัศนคติ หรือในภาษาอังกฤษเรียกว่า “Attitude” มาจากภาษาลาตินว่า “Aptus” แปลว่า โน้มเอียงหรือเหมาะสม นำมาใช้ในความหมายของคำว่า “Attitude” คือ ท่าทีการแสดงออกของมนุษย์ที่บ่งบอกถึงสภาพจิตใจ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก ซึ่งแนวคิดทัศนคตินี้มี

ความสำคัญมากในแผนกจิตวิทยาและสังคมวิทยา โดยมีนักคิด นักวิชาการและนักจิตวิทยาได้ให้นิยาม ศัพท์ของทัศนคติไว้อย่างมากมาย

บารอน และคณะ (Baron and others, 1988, p. 86) ได้ให้ความหมายของทัศนคติไว้ว่า หมายถึง สิ่งที่เราสามารถประเมินจากประสบการณ์ของเราได้โดยการใช้การตอบสนองทางบวกและลบต่อสิ่งของหรือบุคคล ทัศนคติ ถูกสร้างขึ้นจากความรู้ ความเชื่อ ประสบการณ์ ความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ ซึ่งนำไปสู่การกำหนดพฤติกรรมต่อสิ่งนั้น ๆ

โรเจอร์ส (Rogers, อ้างถึงใน สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533, น. 122) กล่าวว่า ทัศนคติ เป็นดัชนีชี้ว่าบุคคลนั้นคิดและรู้สึกอย่างไรกับคนรอบข้าง วัตถุหรือสิ่งแวดล้อม ตลอดจนสถานการณ์ต่าง ๆ โดยทัศนคติมีรากฐานมาจากความเชื่อที่อาจส่งผลถึงพฤติกรรมในอนาคตได้ ทัศนคติจึงเป็นเพียงความพร้อมที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าและเป็นมิติของการประเมินเพื่อแสดงว่าชอบหรือไม่ชอบต่อประเด็นหนึ่ง ๆ ซึ่งถือว่าการสื่อสารภายในบุคคล (Interpersonal Communication) ที่เป็นผลกระทบมาจากการรับสารอันจะมีผลต่อพฤติกรรมต่อไป

อรวรรณ ปิรันธน์โอวาท (2542, น. 25) ได้ให้ความหมายของทัศนคติว่า แนวโน้มของคน ๆ หนึ่งที่มีต่อสิ่งเร้าหรือเรื่องบางเรื่อง รวมถึงผลรวมของความรู้สึก อคติ ความกลัว ความคิด และความรู้สึกอื่น ๆ ที่มีต่อเรื่องต่าง ๆ และมีความสัมพันธ์กับความเชื่อ (Belief) ในเรื่องต่าง ๆ หรือโลกทัศน์ที่ปลูกฝังอยู่ก่อนแล้ว (Predispositions) โดยทัศนคติ คือ ความเชื่อที่ประเมินค่า (Evaluation Belief) ดังนั้น การเปลี่ยนแปลง ทัศนคติ จึงหมายถึง การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างของความเชื่อหรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาในเรื่องความเชื่อบางประการ ซึ่งจะกลายเป็นทัศนคติต่อไป

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, น. 1) กล่าวว่า ทัศนคติ หมายถึง สิ่งที่เป็นนามธรรมและเป็นส่วนที่ทำให้เกิด การแสดงออกด้านการปฏิบัติ แต่ทัศนคติไม่ใช่แรงจูงใจ (Motive) หรือแรงขับ (Drive) หากแต่เป็นสภาพ ความพร้อมที่จะตอบโต้และแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้า

กมลรัตน์ หล้าสุวงศ์ (2534, น. 240) ได้กล่าวถึงทัศนคติว่า หมายถึง ความพร้อมของร่างกายและจิตใจ ที่มีแนวโน้มจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าหรือสถานการณ์ใด ๆ ด้วยการเข้าหาหรือถอยหนี ทั้งนี้ ยังได้แบ่งลักษณะของทัศนคติไว้ดังนี้

1. เป็นสิ่งที่เกิดจากการเรียนรู้หรือได้รับประสบการณ์ ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ได้รับมาแต่กำเนิด
2. เป็นสิ่งชี้แนวทางในการแสดงพฤติกรรม กล่าวคือ ถ้ามีทัศนคติที่ดีก็จะมีแนวโน้มที่จะเข้ามาหา หรือแสดงพฤติกรรมหรือแสดงพฤติกรรมที่ตรงกันข้าม ถ้ามีทัศนคติที่ไม่ดีก็จะมีแนวโน้มไม่เข้ามาหา โดยการถอยหนี หรือต่อต้านการแสดงพฤติกรรมนั้น
3. ทัศนคติสามารถถ่ายทอดจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งได้

4. เป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เนื่องจากทัศนคติเป็นสิ่งที่ได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ของแต่ละคน ถ้าการเรียนรู้และประสบการณ์นั้นเปลี่ยนแปลงไป ทัศนคติก็น่าจะเปลี่ยนแปลงไปด้วย

สรุป ทัศนคติ หมายถึง ค่ายภาพของบุคคลที่แสดงออกทางด้านความคิด ความรู้สึกอันเนื่องมาจากการเรียนรู้ ความเชื่อ และประสบการณ์ ที่ใช้ในการตอบสนองทั้งทางบวก และทางลบต่อสิ่งเร้า หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อม และยังส่งผลต่อพฤติกรรมของบุคคลอีกด้วย ทั้งนี้การที่จะเปลี่ยนแปลงทัศนคติได้นั้น จะต้องเปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้างของความเชื่อของบุคคลก่อน โดยการให้ความรู้ต่าง ๆ ซึ่งจะกลายเป็นทัศนคติใหม่ต่อไป

ในส่วนทัศนคติในการดูแลสุขภาพตนเอง จึงหมายถึง พระสงฆ์มีความรู้สึกนึกคิดต่อการมีสุขภาพที่ดี มองเห็นความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพ ตลอดจนการคิดหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพที่จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดีสมบูรณ์ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.1.2.2 การเกิดทัศนคติ

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, น. 91-93) กล่าวถึง การเกิดทัศนคติ ว่าทัศนคติเกิดจากการเรียนรู้ (Learning) ซึ่งขั้นตอนหรือกระบวนการรู้เรียนแตกต่างกันออกไป แล้วแต่ชนิดของทัศนคติ บุคคลและสิ่งแวดล้อม ซึ่งจำแนกการเกิดทัศนคติดังนี้

1. ประสบการณ์เฉพาะบางอย่าง (Specific Experience) เมื่อบุคคลมีประสบการณ์เฉพาะบางอย่างต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดในทางที่ดี ก็จะทำให้บุคคลเกิดทัศนคติที่ดี เกิดความรู้สึกชอบ ถ้ามีประสบการณ์ที่ไม่ดี ก็จะทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดี เกิดความรู้สึกคับข้องใจ และยังส่งผลต่อจิตใจอีกด้วย

2. การติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น (Communication from others) ทัศนคติหลายอย่างของบุคคลเกิดขึ้นจากผลของการได้ติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น จากการเรียนรู้อย่างไม่เป็นทางการ เช่น คนในครอบครัว เด็กจะได้รับการสั่งสอนจากผู้ปกครอง จะก่อให้เกิดทัศนคติ การยอมรับ และการกระทำต่าง ๆ ตามมา

3. สิ่งที่เป็นแบบอย่าง (Models) การเรียนแบบบุคคลอื่นย่อมก่อให้เกิดทัศนคติได้ ซึ่งมาจากการเคารพ นับถือ การเชื่อฟังบุคคลที่เป็นตัวอย่าง เช่น พ่อแม่ ดาราละคร แล้วจะนำมาเลียนแบบในการรับความรู้สึกในสิ่งที่ชอบหรือไม่ชอบของบุคคลนั้นไปด้วย

4. ความเกี่ยวข้องกับสถาบัน (Institutional Factors) ทัศนคติหลายอย่างของบุคคลเกิดขึ้นเนื่องจากความเกี่ยวข้องทางสถาบัน เช่น ครอบครัว โรงเรียน สถานที่ประกอบพิธีทางศาสนา หน่วยงานต่าง ๆ เป็นต้น สถาบันเหล่านี้จะเป็นทั้งแหล่งที่มา และสิ่งที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดทัศนคติบางอย่างได้

นอกจากนี้ ริงชัย สันติวงษ์ (2543, น. 166-167) ยังได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการก่อตัวและการเปลี่ยนแปลงทัศนคติเนื่องจากหลายประการ

1. การจูงใจทางร่างกาย (Biological Motivation) หมายถึง ทัศนคติจะเกิดขึ้น เมื่อบุคคลใด บุคคลหนึ่งกำลังดำเนินการสนองความต้องการ หรือแรงผลักดันทางร่างกาย ตัวบุคคลจะสร้างทัศนคติที่ดีต่อบุคคลหรือสิ่งของ ที่สามารถช่วยให้เขามีโอกาสในการตอบสนองความต้องการของตนเองได้

2. ข้อมูลข่าวสาร (Information) หมายถึง จะมีพื้นฐานจากชนิดหรือขนาดของข้อมูลข่าวสารที่ได้รับ รวมทั้งลักษณะของแหล่งที่มาของข้อมูลข่าวสารด้วย กลไกการเลือกเฟ้นในการมองเห็นและเข้าใจปัญหาต่าง ๆ ข้อมูลข่าวสารที่เข้ามาสู่บุคคลนั้นจะทำให้บุคคลนั้นเก็บไปคิดและสร้างเป็นทัศนคติขึ้นมาได้

3. การเข้าเกี่ยวข้องกับกลุ่ม (Group Attitude) ทัศนคติบางอย่างอาจมาจากกลุ่มต่าง ๆ ที่บุคคลเกี่ยวข้องอยู่ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม เช่น ครอบครัว วัด กลุ่มเพื่อนร่วมงาน กลุ่มกีฬา กลุ่มสังคมต่าง ๆ โดยกลุ่มเหล่านี้ไม่เป็นเพียงแหล่งรวมของค่านิยมต่าง ๆ แต่ยังมี การถ่ายทอดข้อมูลให้แก่บุคคลในกลุ่ม ซึ่งทำให้สามารถสร้างทัศนคติขึ้นได้ โดยเฉพาะครอบครัวและเพื่อนร่วมงานเป็นกลุ่มที่สำคัญที่สุด ที่จะเป็แหล่งสร้างทัศนคติให้แก่บุคคลได้

4. ประสบการณ์ (Experience) ประสบการณ์ที่คนมีต่อวัตถุสิ่งของ ย่อมเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้บุคคลต่าง ๆ ตีค่าสิ่งที่เขาได้มี ประสบการณ์จะกลายเป็นทัศนคติได้

5. ลักษณะท่าทาง (Personality) ลักษณะท่าทางหลายประการต่างก็มี ส่วนที่สำคัญในการสร้างทัศนคติกับให้ตัวบุคคลได้

จะเห็นได้ว่า การเกิดของทัศนคติของแต่ละบุคคลนั้น เกิดขึ้นได้หลากหลายทางแตกต่างกันออกไปทั้งดีและไม่ดี อาจพูดได้อีกอย่างหนึ่งว่า ทัศนคติที่ถูกต้องหรือไม่ถูกต้อง ซึ่งมาจาก ข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์ต่าง ๆ ภายใต้บริบทของสถาบันทางสังคมได้แก่ ครอบครัว กลุ่มเพื่อน โรงเรียน สถานที่ประกอบพิธีทางศาสนาและหน่วยงานอีกด้วย ที่จะหล่อหลอมทัศนคติบุคคลให้เป็นตัวตนของตนเอง นอกจากนี้ การมีทัศนคติที่ดีย่อมมีประโยชน์มากมายต่อบุคคล กลุ่ม สังคม ดังที่ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, น. 5) ได้จำแนกประโยชน์ไว้ 3 ประการ คือ

1. ช่วยทำให้เข้าใจสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว โดยการจัดรูปหรือจัดระบบ สิ่งของต่าง ๆ อยู่รอบตัว

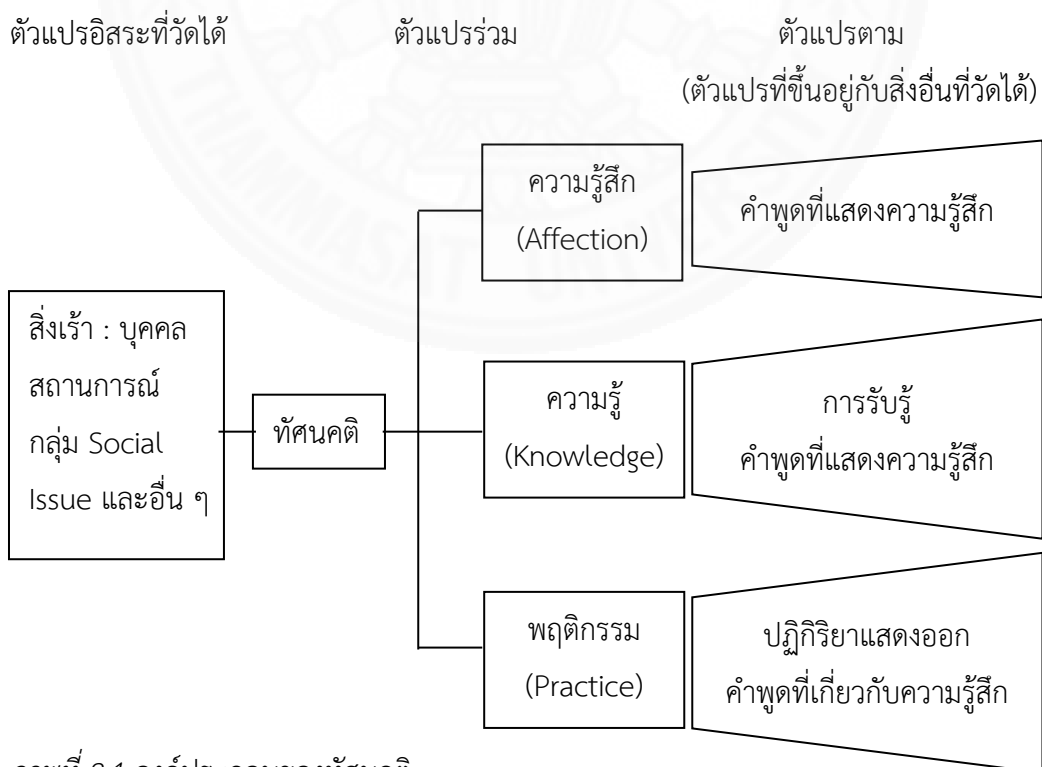
2. ช่วยให้มี Self-esteem โดยช่วยให้บุคคลหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดีหรือปกปิดความจริงบางอย่าง ซึ่งนำความไม่พอใจมาสู่ตัวเขา

3. ช่วยในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่สลับซับซ้อน ซึ่งการมีปฏิริยาตอบโต้ หรือกระทำการสิ่งหนึ่ง สิ่งใดออกไปนั้น ส่วนมากจะทำในสิ่งที่นำความพอใจมาให้ หรือเป็นบำเหน็จรางวัลจากสิ่งแวดล้อม

2.1.2.3 องค์ประกอบของทัศนคติ

การประกอบส่วนของการแสดงออกทางด้านร่างกายและจิตใจ มีความสัมพันธ์กันเกี่ยวเนื่องกันอย่างยิ่งในการปฏิบัติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่ง ทริยานดิส (Triandis, 1971, pp. 8-12, อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526, น. 3-4) ได้แบ่งองค์ประกอบของทัศนคติออกเป็น 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (The Cognitive Component) การใช้ความคิดสั่งงานไปที่สมองของบุคคลให้รับรู้ และวินิจฉัยข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับ มีการวิเคราะห์ข้อมูล จัดหมวดหมู่ เพื่อช่วยด้านการรับรู้ ทำให้เกิดทัศนคติที่แสดงออกมาว่าอะไรถูก อะไรผิด
2. องค์ประกอบด้านความรู้สึก (The Effective Component) เป็นลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ของบุคคลที่คล้อยตามความคิด ถ้าบุคคลมีความคิดในทางที่ดีต่อสิ่งใดก็จะมีความรู้สึกที่ดีต่อสิ่งนั้น ทัศนคติจะออกมาในรูปของความรู้สึกชอบหรือไม่ชอบ มีความรู้สึกในด้านบวก (Positive) หรือมีความรู้สึกในด้านลบ (Negative) พอใจหรือไม่พอใจ
3. องค์ประกอบทางการปฏิบัติ (The Behavioral Component) เป็นการแสดงออกทางความพร้อมที่จะกระทำหรือตอบสนอง ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความรู้สึกที่แสดงออกในรูปของการยอมรับหรือปฏิเสธการเข้าหาหรือถอยหนี



ภาพที่ 2.1 องค์ประกอบของทัศนคติ.

2.1.2.4 ประเภทของทัศนคติ

กมลรัตน์ หล้าสูงษ์ (2527, น. 172-176) กล่าวว่า ทัศนคติ คือ ความรู้สึกของบุคคลที่ได้จากการเรียนรู้และประสบการณ์ แล้วแสดงออกทางสภาวะร่างกายและจิตใจในด้านความพร้อมที่จะตอบสนองต่อบุคคลหรือสิ่งต่าง ๆ ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง ซึ่งแบ่งออกเป็นดังนี้

1. ทัศนคติทางบวก (Positive Attitude) หมายถึง การแสดงความคิดเห็น ความรู้สึกของบุคคลที่พร้อม จะเข้าไปหาเมื่อเกิดความรู้สึกชอบหรือพอใจต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น นักเรียนที่ชอบครู ก็จะเข้าไปหาครูอยู่เสมอ

2. ทัศนคติทางลบ (Negative Attitude) หมายถึง ความรู้สึกของบุคคลที่พร้อมจะถอยหรือหลีกเลี่ยง เมื่อเกิดความรู้สึกไม่ชอบหรือไม่พอใจต่อบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เช่น นักเรียนที่ไม่ชอบครูเพราะครูดุ ก็จะพยายามหลบหน้าหรือไม่เข้าไปหาผู้นั้น

3. ทัศนคติที่บุคคลไม่แสดงความคิดเห็นในเรื่องราวใดเรื่องราวปัญหาใดปัญหาหนึ่งที่เกิดขึ้นต่อบุคคล หน่วยงาน องค์กร เป็นต้น รวมทั้งสภาพแวดล้อมตนเอง

ทัศนคติทั้ง 3 ประเภทนี้ บุคคลอาจมีเพียงประเภทเดียวหรือหลายประเภทรวมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับความมั่นคงของสภาวะจิตใจ ความเชื่อและค่านิยม อุดมคติ ที่มีต่อบุคคล สิ่งของ การกระทำหรือสถานการณ์ต่าง ๆ ยิ่งถ้าทัศนคติของแต่ละบุคคลถูกกระตุ้นให้ ความแสดงความคิดเห็นร่วมกัน ก็จะกลายเป็น “สาธารณสมบัติ”

2.1.2.5 การวัดทัศนคติ

ไพศาล หวังพานิช (2556, น. 147-148) การวัดทัศนคติมีความยุ่งยากพอสมควร เพราะเป็นการวัดคุณลักษณะภายในของบุคคล ซึ่งเกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึก หรือเป็นลักษณะทางจิตใจ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงได้ง่าย ไม่แน่นอน แต่ถึงอย่างไรก็ตาม ทัศนคติของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดก็ยังสามารถวัดได้ซึ่งต้องอาศัยหลักสำคัญดังนี้

1. ต้องยอมรับข้อตกลงเบื้องต้นเกี่ยวกับทัศนคติ คือ

1.1 ความคิดเห็น ความรู้สึก หรือทัศนคติของบุคคลนั้น จะมีลักษณะที่คงอยู่ในช่วงเวลาหนึ่ง ซึ่งทำให้เราสามารถวัดได้

1.2 ทัศนคติของบุคคลไม่สามารถวัดหรือสังเกตเห็นได้โดยตรง การวัดจะเป็นการวัดทางอ้อม โดยวัดจากแนวโน้มที่บุคคลจะแสดงหรือประพฤติปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

1.3 ทัศนคตินอกจากแสดงออกในรูปทิศทางของความรู้สึก เช่น สนับสนุนหรือคัดค้าน นอกจากจะทำให้ทราบถึงลักษณะหรือทิศทางแล้ว ยังสามารถบอกระดับความมากน้อย หรือความเข้มข้นของทัศนคติได้ด้วย

2. การวัดทัศนคติด้วยวิธีใดก็ตาม จะต้องมีส่วนประกอบ 3 อย่าง เช่น ตัวบุคคลที่จะถูกวัด มีสิ่งเร้า เช่น การกระทำเรื่องราวที่บุคคลจะแสดงออกทัศนคติเพื่อตอบสนอง และสุดท้ายต้องมีการตอบสนองซึ่งจะออกมาเป็นระดับสูงต่ำมากน้อย

3. สิ่งเร้าที่จะนำไปใช้เร้า หรือทำให้บุคคลแสดงทัศนคติที่มีต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งออกมา ที่นิยมใช้ คือ ข้อความวัดทัศนคติ (Attitude Statements) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าทางภาษาที่ใช้อธิบายถึงคุณค่า คุณลักษณะของสิ่งนั้น เพื่อให้บุคคลตอบสนองออกมาเป็นระดับความรู้สึก (Attitude Continuum หรือ Scale) เช่น มาก ปานกลาง น้อย เป็นต้น

4. การวัดทัศนคติเพื่อทราบทิศทางและระดับความรู้สึกของบุคคลนั้น เป็นการสรุปผลจากการตอบสนองของบุคคลจากรายละเอียด หรือแง่มุมต่าง ๆ ตลอดถึงรายละเอียดปลีกย่อย มาผสมผสานสรุปรวมเป็นทัศนคติ ของบุคคลนั้น เพราะฉะนั้น จำเป็นอย่างยิ่งที่การวัดนั้น ๆ จะต้องครอบคลุมถึงคุณลักษณะต่าง ๆ ให้ครบถ้วนทุกลักษณะ เพื่อให้การสรุปผลตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

5. การวัดทัศนคติ ต้องคำนึงถึงความเที่ยงตรง (validity) ของผลการวัดเป็นพิเศษ คือ ต้องพยายามให้ผลการวัดที่ได้ตรงกับสภาพความเป็นจริงของบุคคล ทั้งในแง่ทิศทางและช่วงของทัศนคติ

2.1.3 แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรม

2.1.3.1 ความหมาย

พจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน (2546, น. 768) ได้แสดงความหมายคำว่า พฤติกรรม (Behavior) ไว้ดังนี้ พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรืออาการที่แสดงออกทางกล้ามเนื้อ ความคิดของบุคคลที่ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก ซึ่งอาจทำไปโดยรู้ตัวหรือไม่รู้ตัว อาจเป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ผู้อื่นอาจสังเกตจากการกระทำนั้นได้ และสามารถใช้เครื่องมือทดสอบได้

ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์ (2541, น. 2) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมหรือการปฏิบัติใดๆของปัจเจกบุคคลกระทำ ไปเพื่อจุดประสงค์ใดจุดประสงค์หนึ่ง เพราะฉะนั้น พฤติกรรม (Behavior) หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่น โดยลักษณะของพฤติกรรมมี 2 ลักษณะด้วยกัน คือ

1. พฤติกรรมภายนอก (Overt Behavior) หมายถึง ลักษณะของการกระทำ หรือกิจกรรมของบุคคลที่สามารถสังเกตได้โดยบุคคลอื่นเช่น การกิน การเดิน การนั่ง หรือการแสดงอาการเคลื่อนไหวต่าง ๆ เป็นต้น

2. พฤติกรรมภายใน (Covert Behavior) หมายถึง ลักษณะการกระทำ หรือกิจกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลนั้นโดยอาศัยเครื่องมือต่างๆมาช่วยในการสังเกต พฤติกรรมเช่น ความคิด ความฝัน ทศนคติ ค่านิยม หรือความเชื่อ เป็นต้น

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533, น. 123) กล่าวว่า พฤติกรรมเป็นการแสดงออก ของบุคคล โดยมีพื้นฐาน มาจากความรู้และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เนื่องมาจากความรู้และทัศนคติที่แตกต่างกัน ความแตกต่างในการแปลความสารที่ตนเองได้รับ ก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสมที่แตกต่างกันอันมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งนั้น

พรสุข หุ่นนิรันดร์ (2545, น. 79) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติของบุคคลที่มีผล ซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ของบุคคลเป็นสำคัญ โดย แสดงออกให้เห็นได้ในลักษณะของการกระทำและไม่กระทำในสิ่งที่เป็นผลดีต่อตนเองหรือผลเสีย ต่อตนเอง แล้วแต่กรณี นอกจากนี้พฤติกรรมยังรวมถึงพฤติกรรมด้านความรู้และทัศนคติที่มีต่อ สุขภาพอีกด้วย

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526, น. 15) กล่าวว่า พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรม ทุกประเภทที่มนุษย์กระทำไม่ว่าสิ่งนั้นจะสังเกตได้หรือไม่ได้ เช่น การทำงานของหัวใจ การทำงานของ กล้ามเนื้อ การเดิน การพูด การคิด ความรู้สึก ความชอบ ความสนใจ เป็นต้น

ประสาธ อิศรปรีดา (2522, น. 13) ได้ให้ความหมายของพฤติกรรมไว้ว่า กิริยาอาการ การกระทำหรือกิจกรรมของมนุษย์ ซึ่งอาจกระทำเจาะจงหรือไม่เจาะจงก็ได้ อาจเป็น กิจกรรมที่สังเกตเห็นได้หรือไม่สามารถสังเกตเห็นได้หรือสังเกตได้ยาก เช่น ความรู้สึก การจำ ความคิด เป็นต้น

พฤติกรรม หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ของบุคคลที่แสดงออกทั้งที่สังเกตเห็น ได้และไม่เห็นได้ เช่น การเดิน การพูด ความรู้สึกนึกคิด เป็นต้น ทั้งนี้พฤติกรรมของบุคคลยังเป็นผลมา จากการเรียนรู้และทัศนคติอีกด้วย การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เนื่องมาจากความรู้และ ทัศนคติที่แตกต่างกัน ความแตกต่างในการแปล ความสารที่ตนเองได้รับก่อให้เกิดประสบการณ์สั่งสม ที่แตกต่างกัน อันมีผลกระทบต่อบุคคลทั้งนั้น ในส่วนของพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ จึงหมายถึง การที่พระสงฆ์ได้แสดงออกทางการประพฤติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกาย และจิตใจที่สมบูรณ์ ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพที่จะก่อให้เกิด การเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.1.3.2 ประเภทของพฤติกรรม

นอกจากนี้ คุณาจารย์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย (2551, น. 33) ยังได้กล่าวถึง นักจิตวิทยาได้แบ่งพฤติกรรมของมนุษย์ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. พฤติกรรมที่มีมาแต่กำเนิด ซึ่งเกิดขึ้นโดยไม่มีการเรียนรู้มาก่อน ได้แก่ ปฏิกริยาสะท้อนกลับ เช่น การกระพริบตาและสัญชาตญาณ เช่น ความกลัว การเอาตัวรอด เป็นต้น

2. พฤติกรรมที่เกิดจากอิทธิพลของกลุ่ม ได้แก่ พฤติกรรมที่เกิดจากการติดต่อสื่อสารและมีความสัมพันธ์ กับบุคคลอื่นในสังคม ดังนั้น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ให้เหมาะสมกับสิ่งแวดล้อมสามารถแบ่งออกได้ 4 ลักษณะ คือ

2.1 การปรับเปลี่ยนทางด้านของสรีระร่างกาย คือ เช่น การปรับปรุงบุคลิกภาพ การแต่งกายการพูด

2.2 การปรับเปลี่ยนทางด้านอารมณ์และความรู้สึกนึกคิด ให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่นปรับอารมณ์ความรู้สึกให้สอดคล้องกับบุคคลอื่น รู้จักการยอมรับผิด

2.3 การปรับเปลี่ยนทางด้านสติปัญญา เช่น การศึกษาค้นคว้าเพื่อให้มีความรู้ที่ทันสมัยทันเหตุการณ์ การมีความคิดเห็นคล้ายตามคนส่วนใหญ่

2.4 การปรับเปลี่ยนอุดมคติ หมายถึง ความสามารถปรับเปลี่ยนหลักแนวทางบางส่วนบางตอนเพื่อให้เข้ากับสังคมส่วนใหญ่ได้ โดยพิจารณาจากความจำเป็นและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อบรรลุเป้าหมายเป็นประโยชน์แก่ตนเอง เพื่อสวัสดิภาพของตนเองและของกลุ่ม

2.1.3.3 การโน้มน้าวพฤติกรรม

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร (2533. น, 40) การโน้มน้าวพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพก็เป็นอีกสิ่งหนึ่งได้มาจากการเรียนรู้ หรือการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เพื่อกระตุ้นให้กำลังใจ ก่อให้เกิดแรงจูงใจในการใส่ใจต่อการดูแลสุขภาพตนเองขึ้น โดยผ่านกระบวนการของสื่อที่อาศัยวิธีการดังนี้

1. การปลุกเร้าอารมณ์ (Emotional Arousal) เพื่อก่อให้เกิดความตื่นตัวเร้าใจในการติดตามไม่ว่าจะด้วยรูปภาพหรือแสงสีเสียง

2. การเห็นอกเห็นใจ (Empathy) การแสดงความอ่อนโยน เสียสละ และความกรุณาปราณี ยอมแพ้ เพื่อความเป็นพระชนะใจคนก็อาจโน้มน้าวให้ผู้คนให้ยอมรับได้

3. การสร้างแบบอย่างขึ้นในใจ (Internalized Norms) การสร้างมาตรฐานอย่างหนึ่งขึ้นเพื่อให้มาตรฐานนั้นปลูกศรัทธา และเป็นตัวอย่างแก่ผู้รับสารที่จะต้องปฏิบัติ

4. การให้รางวัล (Reward) เช่น การลดแลกแจกแถมในการโฆษณา เพื่อเป็นการจูงใจให้ซื้อสินค้ายี่ห้อ นั้น ๆ ซึ่งผลของการโน้มน้าวใจด้วยวิธีดังกล่าวนี้ สามารถก่อให้เกิดพฤติกรรมพื้นฐานได้ 2 แบบ คือ กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมใหม่ หรือพฤติกรรมต่อเนื่อง (Activation) และการหยุดยั้งพฤติกรรมเก่า ๆ (Deactivation) ทั้งการกระตุ้นและการหยุดยั้ง เป็นพฤติกรรมพื้นฐานที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมอื่น ๆ ตามมา เช่น การตัดสินใจวินิจฉัย ต่อประเด็นปัญหา การจัดยุทธวิธีดำเนินงานและสร้างพฤติกรรมเพื่อส่วนรวม

2.1.3.4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม

ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice) ของบุคคลเกิดมาจากกระบวนการเรียนรู้ทางสังคม สภาพแวดล้อมต่าง ๆ ดังนั้นการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลขึ้นอยู่กับความรู้ คือ ถ้าหากบุคคลมีความรู้ดี ความเข้าใจดี ทักษะดีก็จะเปลี่ยนแปลงและเมื่อทัศนคติเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีแล้ว ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ดังนั้นทั้ง 3 อย่างนี้จึงมีความเชื่อมโยงต่อกัน ในการจะมีการยอมรับหรือปฏิเสธในสิ่งใด ต้องพยายามเปลี่ยนทัศนคติเสียก่อน โดยการให้ความรู้ต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาวิจัยพบอีกว่า ในบางครั้งการเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลอาจไม่นำไปสู่พฤติกรรมเสมอไป เพราะขาดช่องว่างระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม กล่าวได้ว่า กระบวนการเรียนรู้ต่าง ๆ สามารถก่อให้เกิดความรู้ ทักษะที่ดีตอบสนองต่อสิ่งเรานั้น แต่ในทางการปฏิบัติ อาจมีผลในทิศทางตรงกันข้ามได้หรือไม่ปฏิบัติตาม ซึ่งเป็นผลมาจากหลายสาเหตุ เช่น คนส่วนใหญ่มองว่า ชีวิตในวัยเด็ก วัยรุ่นไม่จำเป็นจะต้องใส่ใจในการดูแลสุขภาพสักเท่าไรก็ได้ สามารถบริโภคอะไรก็ได้ตามใจชอบ นอนเมื่อไหร่ก็ได้ เป็นต้น เพราะสภาพร่างกายยังแข็งแรงสมบูรณ์อยู่ ถึงแม้ว่าจะได้รับความรู้ แนวคิด และแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองหลายครั้งก็ตาม แต่ก็ยังไม่ปฏิบัติตาม รอเวลาให้เกิดโรคก่อน อายุมากก่อน ถึงจะใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมนี้ อาจมาจากขาดความสม่ำเสมอในการให้ความรู้ สร้างแรงบันดาลใจที่ทำให้เกิดทัศนคติใหม่ เพราะฉะนั้น ย่อมส่งผลต่อพฤติกรรมเช่นกัน ซึ่ง โรเจอร์ส (Rogers, อ้างถึงใน สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533, น, 39) ได้เสนอวิธีการแก้ไขช่องว่างระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม 4 วิธี คือ

1. การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ให้มากขึ้น เพื่อต้องการให้ผู้ปฏิบัติได้รู้เข้าใจวิธีปฏิบัติอย่างแท้จริงต่อสิ่งที่เผยแพร่หรือนวัตกรรมให้
2. ให้คำแนะนำในการปฏิบัติโดยใช้สื่อบุคคล เช่น เจ้าหน้าที่ส่งเสริมหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องเข้าไปเผยแพร่นวัตกรรมกับผู้ปฏิบัติอย่างใกล้ชิด
3. การให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติ เพื่อจูงใจให้ผู้อื่น ๆ ที่ไม่ยอมรับ ได้นำไปปฏิบัติตาม ซึ่งการเผยแพร่นี้ก็อาจรวมถึงสื่อมวลชนที่เข้ามาช่วยในการเผยแพร่นวัตกรรมนั้นด้วย
4. การใช้กลยุทธ์ในการโน้มน้าวใจ โดยใช้สื่อบุคคลหรือผู้นำทางความคิดเข้าไปเผยแพร่ข่าวสารข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติ เพื่อโน้มน้าวให้เกิดแรงจูงใจ ยอมรับและนำไปปฏิบัติต่อไป

ในการดูแลสุขภาพตนเองให้แข็งแรงสมบูรณ์ได้ตามวัยนั้น การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและนำไปสู่พฤติกรรมในทิศทางเดียวกันนั้น ต้องอาศัยบุคคลหรือผู้นำทางความคิดที่มีสุขภาพดี สื่อมวลชนช่วยให้ความรู้ที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้ปฏิบัติ โดยการโน้มน้าวให้เกิดความสนใจ ยอมรับและนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดีสมบูรณ์

ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพที่จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

2.2 แนวคิดการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวันของมนุษย์ทุกคน เพื่อรักษาความสมดุลของร่างกายให้มีความสมบูรณ์ จิตใจที่รื่นรมย์ เบิกบานและมีสังคมสงบสุข โดยผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ที่สร้างสรรค์ และมีประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพ ดังมีนักวิชาการ นักคิดหลายท่านได้ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลสุขภาพดังนี้

2.2.1 ความหมายของสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (WHO, 1948) ในฐานะที่เป็นองค์กรหลักดูแลด้านสุขภาพอนามัย ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง การมีสภาวะทั้งร่างกายและจิตใจ สังคม รวมไปถึงความเป็นอยู่ที่ดีทางสังคมอย่างปกติสุข มิได้หมายเฉพาะแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ (2550, น. 1) ให้ความหมายของสุขภาพ คือ ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ทางปัญญาและสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมบูรณ์

สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ และคณะ (2556, น. 1) ยังได้ให้ความหมายของสุขภาพที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติและขยายเนื้อความเพิ่มเติม ว่าสุขภาพไม่ได้หมายถึงสุขภาพทางร่างกายและทางจิตเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสุขภาพทางสังคมและปัญญาอีกด้วย

ทางกาย หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย กล่าวคือ อวัยวะต่างๆอยู่ในสภาพที่ดี มีความแข็งแรงสมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้อย่างปกติ และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนเป็นอย่างดี และก่อให้เกิดประสิทธิภาพที่ดีในการทำงาน

ทางจิต หมายถึง สภาพของจิตใจที่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ มีจิตที่เบิกบานแจ่มใส มิให้เกิดความคับข้องใจหรือขัดแย้งในจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข สามารถควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์ต่าง ๆ ซึ่งมีสุขภาพจิตดีย่อมมีผลมาจากสุขภาพกายที่ดีด้วย

ทางสังคม หมายถึง บุคคลที่มีสภาวะทางกายและจิตใจที่สุขสมบูรณ์ มีสภาพความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ไม่ทำให้ผู้อื่นหรือสังคมเดือดร้อน สามารถปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้เป็นอย่างดีและมีความสุข

ทางปัญญา หมายถึง สภาพที่ดีของปัญญาที่มีความรู้ทั่ว รู้เท่าทันและความเข้าใจอย่างแยกได้ในเหตุผลแห่งความดีชั่ว ความมีประโยชน์และความมีโทษ ซึ่งนำไปสู่ความมีจิตใจอันดีงามและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่

ประเวศ วะสี (2536, น. 53) ได้ให้ความหมายของสุขภาพว่า คือความสุขหรือคุณภาพชีวิต โดยมองเห็นความเกี่ยวข้องของร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การบรรลุถึงความสมบูรณ์สูงสุดในพระพุทธศาสนาใช้คำว่า อิศรภาพ คือการหลุดพ้นจากความบีบคั้น จากความไม่สบาย ความไม่มีสุขภาวนั้นเอง

สรุป สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ในการดำเนินชีวิตของบุคคลในสังคมได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้ยังรวมไปถึงการไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ เบียดเบียน และบรรลุถึงความสมบูรณ์ในทางพระพุทธศาสนา เรียกว่า อิศรภาพ คือ การหลุดพ้นจากความบีบคั้น จากความไม่สบาย ความไม่มีสุขภาวนอกด้วย

2.2.2 ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเอง

องค์การอนามัยโลก (1948, อ้างถึงใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533, น. 12) การดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชนในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพทั้งการใช้ยา การรักษาโรค การป้องกันโรค การวินิจฉัยไปจนถึงการปฏิบัติตนหลังการรักษา

ฮิลล์ และ สมิธ (Hill & Smith, 1990, p. 2) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การดูแลตนเอง เป็นผลของการกระทำที่บุคคลกระทำกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี

โอเรียม (Orem 1991, pp. 103-105) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน และเมื่อกระทำ อย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนากำหนดไปได้ถึงสุดขีด การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม นั้นต้องริเริ่มและปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ซึ่งประกอบด้วยปัจจัย 6 ประการ คือ 1) มีความรู้ความชำนาญและความรับผิดชอบในการดูแลตนเอง 2) มีแรงจูงใจที่จะกระทำและมีความพยายามอย่างต่อเนื่องจนได้รับผลสำเร็จ 3) ให้ความสำคัญกับการมีสุขภาพดี 4) รับรู้ว่าการดูแลตนเองสามารถลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ 5) ได้กระทำกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยมีข้อบกพร่องหรือการลืมน้อยที่สุดจนบรรลุผลสำเร็จตามต้องการ 6) มีกำลังใจและความตั้งใจสูง ตั้งแต่เริ่มปฏิบัติจนสิ้นสุด

เอื้อมพร ทองกระจาย (2533, น. 49) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ คุ้มครองรักษาภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาตนเอง ซึ่งรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจหลังการเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

มัลลิกา มัติโก (2534, น. 39) ได้ให้ความหมายของการดูแลสุขภาพตนเองไว้ว่า การดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การปฏิบัติของบุคคล เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวเอง ทั้งในด้าน การส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรค และการบำบัดรักษาโรค

ทวีทอง หงส์วิวัฒน์ (2533, น. 36) การดูแลสุขภาพของตนเอง หมายถึง การพึ่งพิงตนเองที่มีความสมบูรณ์ ที่อยู่บนพื้นฐานองค์ความรู้ ความเชื่อ หรือวัฒนธรรม ที่เป็นผลมาจากการตัดสินใจร่วมกันในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงหน่วยงานวิชาชีพ

สรุป การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ทางด้านสุขภาพ รวมไปถึงการป้องกัน การบำบัดฟื้นฟูสุขภาพร่างกายจิตใจ และการส่งเสริมด้านสุขภาพ ซึ่งบุคคล ครอบครัว และชุมชน ที่อยู่บนพื้นฐานองค์ความรู้ ความเชื่อ หรือวัฒนธรรม ที่เป็นผลมาจากการตัดสินใจร่วมกันของบุคคล ครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ ยังรวมไปถึงหน่วยงานวิชาชีพ

การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ หมายถึง การปฏิบัติกรรมต่าง ๆ ของพระสงฆ์ ด้านสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การขับถ่าย การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การสูบบุหรี่ การรักษาพยาบาลตนเอง การตรวจสุขภาพประจำปีเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและสมบูรณ์ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.2.3 รูปแบบการดูแลสุขภาพ

มัลลิกา มัติโก (2530, น. 11-13) ได้จำแนกรูปแบบในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพในภาวะปกติ (Self-care in health) คือ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวให้มีสุขภาพดีแข็งแรง แบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ

1.1 การป้องกัน (Disease Prevention) เป็นพฤติกรรมที่มุ่งป้องกันไม่ให้เจ็บไข้ เป็นโรค เช่น การรับภูมิคุ้มกัน ระดับการป้องกันโรคแบ่งได้ 3 ระดับ คือ

1.1.1 การป้องกันโรคเบื้องต้น (Primary Prevention) เช่น การได้รับภูมิคุ้มกัน โดยสังเกตความผิดปกติของร่างกายและตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อตรวจสอบความผิดปกติของร่างกายได้ทันต่อการรักษาดูแลต่อไป

1.1.2 การป้องกันโรคและความรุนแรงของโรค (Second Prevention) เป็นระดับของการป้องกันที่มุ่งขจัดโรคให้หมดไปก่อนที่อาการของโรคจะรุนแรงมากขึ้น เช่น บุคคลที่มีอาการโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ในระยะแรกก็จะมีการตรวจและถ่ายภาพรังสีปอด เพื่อป้องกันโรคที่เกิดขึ้นภายหลัง

1.1.3 การป้องกันการระบาดของโรค (Tertiary Prevention) เป็นระดับการป้องกันโรคที่มีเป้าหมายยับยั้งการแพร่กระจายของเชื้อโรคเป็นสู่คนอื่น ๆ

1.2 การดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Health Maintenance) หมายถึง การดูแลสุขภาพไม่ให้เจ็บป่วย สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข หลีกเลี่ยงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่น การควบคุมอาหาร การตรวจสุขภาพประจำปี หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา การสูบบุหรี่ ซึ่งเป็นพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพที่ประชาชนควรปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในภาวะร่างกายที่มีสุขภาพแข็งแรง

2. การดูแลตนเองเมื่อภาวะเจ็บป่วย (Self-care in Illness) การรับรู้ที่ตนเองเจ็บป่วยและอาจตัดสินใจด้วยตนเอง ปรึกษาครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม ในการเข้าสู่พฤติกรรม การดูแลการเจ็บป่วย มีองค์ประกอบ 4 ระดับ คือ

2.1 การดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล (Individual Self-care)

2.2 การดูแลสุขภาพตนเองโดยครอบครัว (Family Self-care)

2.3 การดูแลสุขภาพตนเองโดยเครือข่ายทางสังคม (Care from the Extended Social Network)

2.4 การดูแลสุขภาพตนเองโดยกลุ่มหรือบุคคลในชุมชน (Mutual Aid or Self Help Group)

นอกจากนี้ การดูแลตนเองเมื่อภาวะเจ็บป่วยยังหมายถึง พฤติกรรมของบุคคลที่ตระหนักและประเมินถึงลักษณะอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายและตัดสินใจที่จะกระทำ การบางอย่างต่อสิ่งผิดปกตินั้นหรือตัดสินใจไม่ทำอะไรเลย โดยบุคคลจะรับรู้และตระหนักถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยจากพฤติกรรมเจ็บป่วย 4 แบบ คือ

1. ตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติ

2. ใช้น้ำรักษาตนเอง

3. การรักษาตนเองโดยไม่ต้องใช้ยา เช่น เมื่อเป็นหวัดก็จะดื่มน้ำอุ่น หรือพักผ่อนให้มาก ๆ

4. การตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาหรือขอคำแนะนำจากระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งบุคคลจะตัดสินใจเองว่าจะทำตามคำแนะนำในการรักษาหรือรักษาแนวทางอื่น

2.2.4 หลักสำคัญของการดูแลสุขภาพ

ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533, น. 100-104) ยังได้เสนอว่า การดูแลสุขภาพตนเอง สำหรับภารกิจยกระดับสุขภาพของประชาชนนั้น ควรคำนึงถึงหลักสำคัญ 4 ประการ คือ

1. การมีส่วนร่วม (Participate) เป็นการผลักดันให้บุคลากรด้านการแพทย์ หรือ ด้านสาธารณสุขมุ่งให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนเพื่อเป็นแนวทางให้ประชาชนได้ตัดสินใจ ดำเนินการด้านสุขภาพอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ

2. ทรรศนาระบบสาธารณสุข มีการสนับสนุนระหว่างระบบสาธารณสุขและ สังคมกับการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ไม่ว่าจะป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข และการส่งเสริมอย่างพอเพียง ให้ประชาชนเข้าถึงได้ในภายหลัง เมื่อประชาชน ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

3. ภูมิปัญญาท้องถิ่นและการพึ่งพาตนเอง ปัจจุบัน ความเจริญก้าวหน้าทางด้าน เศรษฐกิจ ด้านวัตถุ และแพทย์สมัยใหม่ จึงทำให้เกิดการละเลยการรักษาแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่งอาจทั้งโดยเจตนาหรือไม่เจตนา ทำให้ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นอ่อนแอลง ต้องพึ่งพาการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ในบางครั้ง ประชาชนก็ไม่มีความรู้เรื่องยาแผนปัจจุบัน จึงเป็น สิ่งจำเป็นที่ต้องรื้อฟื้นการรักษาแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้เกิดระบบการแพทย์ที่หลากหลายหรือ เรียกว่า “ระบบการแพทย์พหุลักษณะ” การดูแลสุขภาพทางการแพทย์แบบท้องถิ่นจะทำให้เกิดการพึ่งพา ตนเองมากขึ้น สร้างความมั่นใจ ภูมิใจต่อการมีภูมิปัญญาและทรัพยากรท้องถิ่น

4. การดูแลสุขภาพมี 2 ระดับ คือ

4.1 การดูแลสุขภาพตนเองขั้นปฐมภูมิ (Primary Self-Care) เป็นการดูแลสุขภาพตนเองระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในบริบทโครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่ง นักวิชาชีพสาธารณสุขควรช่วยส่งเสริม โดยสนับสนุนให้ประชาชนปฏิบัติดูแลสุขภาพของตนเอง

4.2 การดูแลสุขภาพตนเองขั้นทุติยภูมิ (Second Self-care) เป็นการดูแลสุขภาพของหน่วยงานที่ให้บริการของระบบสาธารณสุข โรงพยาบาล โดยมีการจัดกิจกรรมโครงการให้ ความรู้ ข้อมูลที่จำเป็นต่อผู้มารับบริการ โดยรูปแบบการดูแลสุขภาพ มักมุ่งเน้นที่การบำรุงรักษา สุขภาพ และป้องกันโรคเป็นหลัก

นอกจากนี้ กุลยา ตันติผลาชีวะ (2556, น. 48-89) ยังให้ความสำคัญในระดับตัว บุคคลในการดูแลสุขภาพตนเองเป็นฐานพื้นหลัก เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพแบบยั่งยืนและมีสุขภาวะที่ดี

1. กินเป็น หมายถึง การกินอาหารที่ถูกต้อง ได้สัดส่วนกับความต้องการของ ร่างกาย ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารประเภทที่ทำให้เกิดผลเสีย ต่อสุขภาพร่างกาย เช่น อาหารไขมัน ขนมหิวหวานจัด งดสิ่งเสพติดที่ไม่เป็นประโยชน์ต่างร่างกาย เช่น บุหรี่ สุรา ยาเสพติด เป็นต้น ตลอดจน การประเมินความสมดุลของการกินกับน้ำหนักตนเอง

2. นอนเป็น การนอนมีความสำคัญต่อสุขภาพอย่างยิ่ง เพราะการนอนเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า คุณภาพการนอนจะขึ้นกับจิตใจ สิ่งแวดล้อมและท่านอน คนที่มีจิตใจดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สดชื่น ไม่เคร่งเครียด ท่านอนสบายก็จะทำให้หลับได้ดี จำนวนชั่วโมงการนอนหลับขึ้นอยู่กับความเพียงพอของร่างกายแต่ละบุคคล

3. อยู่เป็น การรู้จักวิธีในการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายมีความตื่นตัวและสดชื่น รักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน หลีกเลี่ยงการเป็นโรค รู้จักวิธีลดความเครียดทางจิตใจ ฝึกมองโลกในแง่ดี ฝึกตนเองให้มีอารมณ์จิตใจที่แจ่มใส และมีการพักผ่อนที่เหมาะสม

4. สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมตามวัยและโลกรอบตัว ในระยะแรก ของการปรับตัวจะสร้างความคับข้องใจอยู่บ้าง แต่การใช้เหตุผล ความเข้าใจและการยอมรับตัวเองจะทำให้ปรับตัวดีขึ้น สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ข้อสำคัญอย่าไปคาดหวังกับสังคมมากเกินไป เพราะถ้าไม่เป็นอย่างที่คาดหวังแล้ว จะทำให้เกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ในที่สุดก็ต้องแยกตัวออกจากสังคม หรืออยู่ในสังคมอย่างมีความสุขเลย

ในการใช้ชีวิตในสังคม การกินเป็น นอนเป็น อยู่เป็นและสังคมเป็นนั้น มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างยิ่ง ที่ต้องริเริ่มกระทำจากตัวบุคคลในการดูแลสุขภาพตนเอง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดชีวิตทุกช่วงวัย เพราะจะทำให้มีสุขภาพที่ดีสมบูรณ์และยังเป็นการป้องกันโรคไปในตัว สามารถปรับตัวและปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อสังคม ตลอดถึงการรักษาอารมณ์ จิตใจที่แจ่มใสในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

2.2.5 ลักษณะการดูแลสุขภาพ

การดูแลสุขภาพ จึงเป็นกิจกรรมหนึ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ ในสังคม ซึ่งต้องลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยอาศัยความรู้ทั้งภูมิปัญญาท้องถิ่นและการรักษาแบบ แพทย์สมัยใหม่ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี และ เลวิน (Levin, 1976, น. 206, อ้างถึงใน มัลลิกา มัติโก, 2530, น. 10) ก็ได้จำแนกลักษณะสำคัญของการดูแลสุขภาพไว้ดังนี้

1. การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมดั้งเดิมของประชาชนที่มีขอบเขตจำกัดภายในตัวของมันเอง เป็นสิ่งสากลที่มีอยู่ทั่วไป ไม่ต้องมีการจัดองค์กร เป็นพฤติกรรมที่สลับซับซ้อนผสมผสานกับการอบรมขัดเกลาทางสังคม

2. การดูแลตนเองเป็นปรากฏการณ์พื้นฐานพื้นบ้านซึ่งอยู่นอกเหนือกระบวนการจัดการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของบุคลากรทางวิชาชีพ หากแต่อยู่ภายใต้อิทธิพลตามธรรมชาติของสถาบันบริบททางสังคมนั้น ๆ

3. การดูแลสุขภาพเป็นความต่อเนื่องของพฤติกรรมดั้งเดิมที่เกี่ยวข้องกับประเพณี และวิถีการดำรงชีวิต ที่ส่งผลต่อการวินิจฉัยโรคด้วยตนเองและรักษาตนเอง

4. กระบวนการประเมินผลด้านสุขภาพอนามัย เป็นสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ตามธรรมชาติ และขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลที่อาจปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตามข้อกำหนดทางวิชาชีพก็ได้

5. การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการตัดสินใจซึ่งรวมถึงตั้งแต่การสังเกต การรับรู้อาการ การให้ความหมายของอาการ การตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาและการประเมินผลของการรักษาด้วยตนเอง

2.2.6 ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพตนเอง

มัลลิกา มัติโก (2530, น. 17-19) ได้จากการที่มนุษย์มีลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลตนเอง เป็นรากฐานดั้งเดิม ประกอบกับการดูแลสุขภาพตนเองก็เป็นกลวิธีหนึ่งในการช่วยแก้ไขปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เป็นปัญหาเรื้อรัง ในปัจจุบัน นอกจากสภาพดังกล่าวแล้ว ยังมีปัจจัยบางประการที่สนับสนุนส่งเสริมให้มีการพัฒนาแนวคิดดูแลสุขภาพตนเองสามารถแบ่งออกเป็น 5 ประการ คือ

1. การดูแลผู้ป่วยเหมือนเครื่องจักร บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ ในปัจจุบัน ให้การดูแลผู้ป่วยเปรียบเสมือนผู้ป่วยเป็นเครื่องจักร ซึ่งเป็นผลมาจากความเจริญทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ทำให้มีความชำนาญเฉพาะทางขึ้นและนำไปสู่การแบ่งส่วนดูแลและรักษา โดยปราศจากความเมตตาและความเข้าใจ

2. การรักษาที่มีราคาแพง การรักษาตามวิธีทางการแพทย์ปัจจุบัน ต้องเสียค่าใช้จ่ายจำนวนมากในการรักษาแต่ละครั้ง

3. ความไม่ชัดเจนของการเจ็บป่วย การเจ็บป่วยในบางโรคมีความซับซ้อน ซึ่งการแพทย์สมัยใหม่ยังไม่สามารถตรวจวินิจฉัยโรคได้อีกมากมาย ทำให้ผู้ป่วยตกอยู่ในภาวะของความคลุมเครือ และไม่แน่ใจว่าเป็นความเจ็บป่วยจริงหรือไม่ มีความเจ็บป่วยมากเพียงใด จึงทำให้ผู้ป่วยไม่แน่ใจในการรักษาของแพทย์ แล้วใช้วิธีการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง

4. แบบแผนของโรคมักมีการเปลี่ยนแปลงไป วิทยาศาสตร์การแพทย์ในปัจจุบันสามารถรักษาโรคได้เกือบทุกชนิด แต่ก็ยังมีโรคเรื้อรังบางชนิดที่ไม่สามารถรักษาแก้ไขให้หายขาดได้ เพียงแต่ช่วยบรรเทาไม่ให้โรคเกินขอบเขตตามทางการแพทย์กำหนด เช่น โรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ โรคประสาท เป็นต้น จึงเป็นหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัวที่จะให้การดูแลอย่างเหมาะสมที่สุด

5. ประชาชนมีความรู้ด้านการแพทย์มากขึ้น ปัจจุบัน การเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพมีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งประชาชนสามารถหาความรู้ทางการแพทย์ได้หลากหลายทาง เช่น วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ตและ ข้อมูลบริการของสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล เป็นต้น สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตได้ ตลอดจนปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิตของตนเองได้ด้วย เพื่อให้มีสุขภาพที่ดี

2.2.7 ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพตนเอง

การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นบริการสุขภาพที่ประชาชนจัดหากันขึ้นมาเอง โดยอาศัยพื้นฐานความรู้ ความเชื่อและวัฒนธรรมของตนในการรักษาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ ทำให้ตนเองมีอายุยืน และมีความสุขกับการดำรงชีวิตในสังคม ซึ่งประโยชน์จากการดูแลสุขภาพของตนเองนั้นมีมากมายพอสรุปได้ดังนี้

1. ช่วยให้ระบบการทำงานอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายมีความสมบูรณ์และเป็นปกติ ทрудโทรมได้ช้าลง
2. ช่วยให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันที่ดี ปราศจากโรคร้ายไข้เจ็บต่าง ๆ สามารถฟื้นฟูสภาพ การเจ็บป่วยได้เร็ว
3. ช่วยให้สภาพจิตใจมีความสงบสุข สดชื่นเบิกบาน และสามารถประกอบ กิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมได้อย่างปกติ
4. ช่วยให้เป็นผู้ที่มีคุณค่าต่อสังคม ในการเป็นตัวอย่งที่ดีในการดูแลสุขภาพ นอกจากนั้น ยังสามารถเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าในการถ่ายทอดความรู้ วิธีการดูแลสุขภาพ ให้แก่บุคคลอื่น ๆ ได้ด้วย

กล่าวโดยสรุป การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้านสุขภาพที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตในสังคม เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี สมบูรณ์ ตลอดจนการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพที่จะก่อให้เกิดการเจ็บป่วยหรือโรคต่าง ๆ โดยการมีส่วนร่วมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคมและประเทศชาติ ในมิติของการป้องกันโรค วินิจฉัยโรค การบำบัดฟื้นฟูการดำเนินรักษาทั้งก่อนและหลัง ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพทั้งในรูปแบบการรักษาแบบใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์สมัยปัจจุบัน ซึ่งกระบวนการรักษาดังกล่าว จะขึ้นกับการตัดสินใจหรือกระทำของบุคคลเหล่านั้นว่าจะเลือกรูปแบบการรักษาตามความเชื่อของตนเองตามวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

สำหรับพระสงฆ์ที่อยู่วัยผู้ใหญ่ตอนต้นถึงวัยกลางคนเป็นวัยที่แสวงหาความต้องการ ความมั่นคงในชีวิต สามารถมองเห็นทางออกในการดำเนินชีวิต มีความมั่นคงทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และสังคม จนก่อให้เกิดความภาคภูมิใจตนเอง อีกมุมมองหนึ่งก็เป็นวัยที่สามารถซ่อมแซมหรือแก้ไขในสิ่งที่ไม่สมบูรณ์ ให้สมบูรณ์ เพราะฉะนั้น การดูแลสุขภาพตนเองในวัยนี้จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะให้ความรู้ ทศนคติ แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลของ ตนเอง รักษาบำบัดฟื้นฟูและยกระดับความมั่นคงทางสุขภาพให้กับตนเองก่อนถึงวัยสูงอายุ เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขตามวัยอันเหมาะสมต่อไป

2.3 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ

การประชุมนานาชาติครั้งที่ 1 เรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพ: การเคลื่อนสู่สาธารณสุขแนวใหม่” ระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน พ.ศ. 2529 ที่กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา เป็นการจัดร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก องค์การสุขภาพ และสวัสดิการแห่งแคนาดาและสมาคมแห่งสาธารณสุขแคนาดา มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 212 คน จาก 38 ประเทศทั่วโลก ส่วนใหญ่เป็นประเทศอุตสาหกรรม เหตุผลที่เลือกจัดขึ้นที่นี้ เพราะประเทศแคนาดามีประวัติการบุกเบิกงานส่งเสริมสุขภาพมาช้านานและมีแนวคิดส่งเสริมสุขภาพแนวใหม่ที่เน้นมิติทางสังคมและสิ่งแวดล้อมในการส่งเสริมสุขภาพ เป็นกิจกรรมทางสังคมของการพัฒนาคุณภาพชีวิตโดยอิงบนหลักพื้นฐานของเป้าหมาย “สุขภาพดีถ้วนหน้า” นอกจากนี้ พรวิรินทร์ เพียรพิทักษ์ (2547, น. 16) ยังได้กล่าวถึงการส่งเสริมสุขภาพเป็นการส่งเสริมวิถีชีวิตและการดำรงชีวิตอย่างมีความสุข ให้ประชาชนได้ตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง สร้างพลังในตนเองเพื่อสิทธิและความรับผิดชอบในการจัดสภาพแวดล้อมระบบนโยบายที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดีและความเป็นอยู่ที่ดี โดยผ่านกิจกรรมการสนับสนุนทางสังคมที่จะทำให้ประชาชนมีทางเลือกที่จะส่งเสริมสุขภาพและมีการดำเนินชีวิตที่ดี เป็นการเอื้ออำนวยให้สภาวะร่างกาย จิตใจและความเป็นอยู่ในสังคมให้สมบูรณ์ บุคคล ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติสามารถที่จะระบุสิ่งที่จำเป็นในการบรรลุการมีสุขภาพดีอีกด้วย โดยการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและประชาชน เพื่อก่อให้เกิดการสุขภาพที่ดีในสังคมต่อไปมีนักวิชาการหลายท่านได้ให้นิยามศัพท์ของการส่งเสริมสุขภาพไว้ดังนี้

2.3.1 ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ

สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ และคณะ (2551, น. 34) องค์การอนามัยโลกได้ประกาศกฎออตตาวา (The Ottawa Charter for Health Promotion) และได้ให้ความหมายของ “การส่งเสริมสุขภาพ” ว่าหมายถึง กระบวนการส่งเสริมสมรรถนะในการควบคุมและการพัฒนาสุขภาพของตนเองให้ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และสังคม บุคคลหรือกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความมุ่งมาดปรารถนาของตนเอง สามารถตอบสนองปัญหาของตนเองและสามารถปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมหรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ ดังนั้น สุขภาพจึงเป็นทรัพยากรสำหรับชีวิตประจำวัน ไม่ใช่เป้าหมายของการดำรงชีวิต สุขภาพเป็นคำที่มีความหมายในเชิงบวก ซึ่งเน้นเรื่องทรัพยากรบุคคลและสังคม รวมทั้งสมรรถนะของร่างกาย ดังนั้นการส่งเสริมสุขภาพจึงไม่ใช่อยู่ในความรับผิดชอบภาคสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ขยายออกไปสู่เรื่องของการมีวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ ไปถึงจนเรื่องของสภาวะโดยรวม

เพ็นเดอร์ (Pender, 1996, p. 4) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีโดยส่วนรวม และการมีศักยภาพที่ถูกต้องสมบูรณ์ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

Green & Kreuter (1991, น. 4) ได้ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า หมายถึง ผลรวมของการสนับสนุนด้านการศึกษาและสิ่งแวดล้อมเพื่อก่อให้เกิดผลทางการปฏิบัติและเงื่อนไขของการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์

หทัย ชิตานนท์ (2540, น. 3) ให้ความหมายของการส่งเสริมสุขภาพว่า คือ กระบวนการซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเพิ่มการควบคุมสุขภาพ และทำให้สุขภาพดีขึ้น จนบรรลุถึงสภาวะสุขสบายทั้งร่างกาย จิตใจและสังคมได้

ลักขณา เต็มศิริกุลชัย และ สุชาดา ตั้งทางธรรม (2541, น. 7) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่มีฐานเชิงทฤษฎี ที่สนับสนุนเป้าหมายการพัฒนามนุษย์ โดยสร้างขึ้นจากหลากหลายวิชาและประยุกต์ความรู้จากสหวิทยาการมาเป็นกระบวนการใหม่ที่สร้างสรรค์ มีแบบแผน และมีความเป็นมืออาชีพ

สรุป การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง กระบวนการ ซึ่งทำให้บุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคมมีศักยภาพในการควบคุม พัฒนาสุขภาพตนเองให้มีสภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ทั้งนี้การส่งเสริมสุขภาพ ต้องอาศัยความรู้จากสหวิทยาการต่าง ๆ มาเป็นกระบวนการเรียนรู้ใหม่ที่มีความสร้างสรรค์ มีระเบียบแบบแผน และมีความเป็นมืออาชีพ โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ให้ดียิ่งขึ้น

2.3.2 กระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544, น. 193) ได้กล่าวถึง การส่งเสริมสุขภาพประกอบไปด้วย 4 กระบวนการ คือ

1. การให้ความรู้ทางสุขภาพ เป็นกระบวนการให้ข้อมูลข่าวสารที่มุ่งให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพโดยอาศัยกลวิธีต่าง ๆ ได้แก่ การสอนกลุ่ม การมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้สื่อมวลชน เป็นต้น

2. การป้องกันโรค หมายถึง กระบวนการเพื่อวินิจฉัยโรคหรือปัญหาทางสุขภาพในระยะแรก ก่อนจะมีอาการทางคลินิก (การตรวจคัดกรอง) หรือการป้องกันเฉพาะโรค เช่น การฉีดวัคซีน การป้องกันการหกล้ม เป็นต้น

3. การคงไว้ของสุขภาพ หมายถึง การจัดการรักษาเพื่อป้องกันมิให้เกิดอาการเสื่อมถอยของสถานะทางสุขภาพในประชากรกลุ่มเสี่ยง

4. นโยบายสาธารณะทางสุขภาพ เป็นกระบวนการทางนโยบายเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยตรงหรือเพื่อให้การสนับสนุน เช่น การจัดสรรงบประมาณ การออกกฎหมายเฉพาะ (ได้แก่

กฎหมายให้บริการการตรวจคัดกรองแก่ผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่า) การพัฒนาระบบบริการหรือควบคุมการโฆษณาที่อาจเป็นผลเสียต่อสุขภาพ เช่น การโฆษณาบุหรี่ สุรา เป็นต้น

2.3.3 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ

จรรยาพร ธรณินทร์ (2538, น. 43) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ เป็นแนวหนึ่งที่มีความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจรและการกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งครอบคลุมไปด้วย 4 มิติ คือ

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพจิตวิญญาณที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้น เช่น การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การพักผ่อน การนันทนาการ การสร้างพลังใจให้ตนเอง เป็นต้น

2. การป้องกันสุขภาพ เป็นการป้องกันลดความเสี่ยงจากการเกิดโรค ทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม นอกจากนี้ ยังเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกาย จิตใจและสังคม โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ

3. การบำบัดรักษาสุขภาพ เป็นการรักษาสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ สุขภาพสังคม และสุขภาพของจิตวิญญาณ โดยวิธีการต่าง ๆ การบำบัดรักษาทางการแพทย์ จิตวิทยาการ การทำสมาธิ และกลวิธีอื่น ๆ เป็นต้น เพื่อช่วยให้สุขภาพโดยรวมมีความปกติสุขดี

4. การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการช่วยทำให้ร่างกาย จิตใจ การปรับสภาพสังคมให้ดีขึ้น หลังจากรักษา เพื่อให้สามารถกลับคืนสู่สภาพที่ปกติ มีความสุขกับการใช้ชีวิต การทำงาน และการอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้ ถึงแม้ว่าจะกลับคืนสภาพไม่ได้ตามเดิมก็ตาม

นอกจากนี้ ลักษณะ เดิมศิริกุลชัย (2541, น. 41-43) ได้สรุปแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องไปในแนวทางเดียวกันกับกฎบัตรอตตาวา ประกอบด้วย 4 มิติ คือ

1. มิติของการพัฒนาสุขภาพ (Health Enhancement) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1.1 แบ่งตามปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ความอ้วน การไม่ออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมที่ไม่ปลอดภัย การไม่ตรวจสุขภาพร่างกาย เพื่อค้นหาโรคระยะแรก

1.2 แบ่งตามการเกิดโรค ได้แก่ ปัญหาโรคหัวใจ ปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาโรคที่เกิดจากโรคสัมพันธ์

2. มิติของกลุ่มเป้าหมาย (Population Group) ได้แก่ กลุ่มเด็ก กลุ่มเยาวชน กลุ่มผู้ชาย กลุ่มผู้หญิงกลุ่มคนพิการและกลุ่มผู้สูงอายุ

3. มิติของพื้นที่เป้าหมาย (Key Settings) การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ อาจเริ่มต้นจากครอบครัว โรงเรียน สถานที่ทำงาน ชุมชน เขตเมือง หรือการให้การสนับสนุน (Sponsorship) การกีฬา และศิลปวัฒนธรรมต่าง ๆ

4. มิติของกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ (Strategies) ได้แก่ การจัดกิจกรรม สุขศึกษา การให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชน การตลาดเชิงสังคม (Social Marketing) การสร้าง กระแสทางสังคม เพื่อให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจกำหนดนโยบาย (Advocacy) การรวมตัวกันเป็นองค์กร เพื่อเคลื่อนไหวทางสังคมและการสร้างเครือข่าย (Coalition Building and Network) การพัฒนา ชุมชนให้เข้มแข็ง (Community Development) การพัฒนานโยบายสาธารณะ (Public Policy Development) การออกกฎหมายและกฎระเบียบต่าง ๆ (Legislation and Regulation) การใช้ นโยบายการเงินการคลัง (Fiscal Policy) เป็นต้น

สรุปแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการบริการการดูแลสุขภาพแบบครบวงจร ซึ่งครอบคลุมไปด้วยหลากหลายมิติ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟู สุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนให้ความสำคัญกับการพัฒนาสุขภาพ การพัฒนากลุ่มเป้าหมาย พื้นที่กลุ่มเป้าหมายและกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมี สุขภาพดี สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

2.3.4 การส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์

จากการประชุมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 วันที่ 20 ธันวาคม 2555 ในมติที่ 7 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558) ได้ยกประเด็นเรื่อง “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพ” ขึ้นพิจารณา ซึ่งได้ข้อสรุปดังนี้

1. ตระหนัก ว่าคนไทยร้อยละ 95 นับถือพุทธศาสนา ซึ่งใช้หลักการทาง พระพุทธศาสนาเป็นแนวทาง การดำเนินชีวิตจนกลายเป็นรากฐานทางประเพณี และวัฒนธรรม อันเป็นเอกลักษณ์มรดกของชาติไทย พระสงฆ์เป็นผู้มีความสำคัญ ในการสืบทอดพระพุทธศาสนา พัฒนาการเรียนรู้ด้านคุณธรรม จริยธรรม และการพัฒนาสังคม ท้องถิ่น ชุมชน อันเป็นแบบอย่างที่ดี ให้กับชุมชน ในเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง สิ่งแวดล้อมภายในวัด และขยายผลสู่การพัฒนาสุขภาพ ของชุมชน

2. กังวล ว่าพระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุ สำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน ที่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และ ตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้ พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็น สาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกาย ที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่

3. รับทราบ ว่าปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ ได้มีหน่วยงานต่าง ๆ ดำเนินการแก้ไข ปัญหาอยู่แล้ว แต่เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการกับ ภาคส่วนต่าง ๆ อย่างจริงจัง และมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น และแม้ว่าพระสงฆ์จะมี

หลักประกันสุขภาพ แต่เมื่ออาพาธยังมีปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร

4. ห่วงใย ว่าหากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลพระสงฆ์ในด้านสุขภาพ จะทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนา และการพัฒนาความดีงามด้านคุณธรรมจริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทยก็จะอ่อนแอลง

5. ชื่นชม ว่าได้มีการดำเนินงานแล้วหลายโครงการ เช่น โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ โครงการเครือข่ายพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอสีคิ้ว โดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์พัฒนาโคราช โครงการแก้ปัญหาค่าครองชีพไม่พร้อมของวัยรุ่นที่ได้ผลของเจ้าอาวาสวัดศรีรัตนาราม ตำบลหนองสมบูรณ์ อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี โครงการวัด 5ส. โดยคณะสงฆ์จังหวัดสระบุรี และโครงการวัดร่มรื่นพระสุขภาพดีด้วยวิถีชุมชนจังหวัดสิงห์บุรี

จากการเล็งเห็นความสำคัญเกี่ยวกับสาเหตุของปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ ปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังได้ยกพระสงฆ์ในฐานะที่เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของประชาชน จำเป็นต้องให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนการจัดการจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ โดยจะก่อให้เกิดความเชื่อมโยงระหว่างวัดกับชุมชน ทำให้พระสงฆ์แข็งแรง วัดมั่นคง ชุมชนเข้มแข็ง จึงได้ตั้งมติเอกฉันท์ร่วมกัน เพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ช่วยกันรับผิดชอบดำเนินการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ดังต่อไปนี้

1. ขอให้สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ (ซึ่งเป็นหน่วยงานที่สนองงานคณะสงฆ์) เป็นหน่วยงานหลักในการประสานกับกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงวัฒนธรรม สถาบันวิชาการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชนและภาคีเครือข่ายภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องดำเนินการดังนี้

1.1 พัฒนาแนวทางการปฏิบัติสำหรับพระสงฆ์ ให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัย และสถานการณ์ด้านสุขภาพ

1.2 ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา ดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การขับเคลื่อนวัดส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และชุมชน

1.3 ดำเนินการและพัฒนาระบบทะเบียนพระสงฆ์ และจัดทำระบบฐานข้อมูลพระสงฆ์ทั่วประเทศเพื่อประโยชน์ด้านสิทธิและสวัสดิการอันพึงมีพึงได้ของพระสงฆ์ โดยให้คำนึงถึงความถูกต้องของสถานะความเป็นพระสงฆ์

1.4 ส่งเสริม สนับสนุนและพัฒนาองค์กรคณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์ นักพัฒนา โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ ในการดำเนินการเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและพระสงฆ์ในพื้นที่

รับผิดชอบ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการสร้างสุขภาวะของชุมชน โดยคำนึงถึงการพัฒนาจิตใจ เช่น การทำสมาธิภาวนา การเดินจงกรม ทั้งนี้ ให้มีการสนับสนุนพระสงฆ์ได้เข้าศึกษาเรียนรู้ด้านการแพทย์แผนไทย การแพทย์ทางเลือก และการปฐมพยาบาลเบื้องต้น

1.5 ร่วมกับองค์กรชุมชน ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในพื้นที่ให้ครอบคลุมและทั่วถึง

1.6 ร่วมกับคณะสงฆ์ กระทรวงศึกษาธิการ มหาวิทยาลัยสงฆ์ และ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ส่งเสริมและสนับสนุนการบรรจุเนื้อหาเกี่ยวกับ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” ไว้ในหลักสูตรต่าง ๆ ของพระสงฆ์ ได้แก่ หลักสูตรการอบรมพระสังฆาธิการ หลักสูตรของมหาวิทยาลัยสงฆ์หลักสูตรพระธรรมจาริก และหลักสูตรพระสงฆ์นักพัฒนา

2. ขอให้กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการ และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานภาคี เครือข่ายที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น คณะสงฆ์ชุมชน และภาคประชาชน ในพื้นที่ดำเนินการ

2.1 พัฒนาระบบและรูปแบบการบริการด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น การตรวจคัดกรองโรคเรื้อรัง การติดตามเยี่ยมเยียนและการดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง ทุกพลภาพ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง

2.2 รณรงค์ส่งเสริมให้ประชาชนตระหนักในการถวายสังฆทาน ด้วยอาหารและเครื่องดื่มที่ไม่ เป็นโทษต่อสุขภาพพระสงฆ์ และหลีกเลี่ยงหรืองดเว้นสิ่งที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บุหรี่ที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง

3. ขอให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้บริการของสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้เอื้อให้พระสงฆ์ได้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข สามารถรับบริการได้ทุกสถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนที่เป็นเครือข่ายบริการของสำนักงานหลักประกันสุขภาพในพื้นที่

4. ขอให้กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข ส่งเสริมสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยสงฆ์ทุกแห่ง และสถาบันการศึกษาอื่น ๆ ทำการศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมอย่างต่อเนื่อง เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ รวมทั้งพัฒนารูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์

5. ขอให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับ เปิดโอกาสให้พระสงฆ์มีส่วนร่วมเป็นคณะกรรมการหรือคณะกรรมการในการพัฒนาระบบสุขภาวะของชุมชน

6. ขอให้คณะสงฆ์ และเครือข่ายพระสงฆ์นักพัฒนา

6.1 พัฒนารูปแบบ แนวทาง กระบวนการเรียนรู้ ส่งเสริมและสนับสนุน การพัฒนาสุขภาวะของพระสงฆ์และชุมชน โดยมีพระสงฆ์เป็นแกนนำ

6.2 ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการพัฒนาวัดให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน วัดส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามแผนงานที่จะกำหนดขึ้นร่วมกัน

7. ขอให้สมาชิกสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ส่งเสริมสนับสนุน และนำประเด็น “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพระดับเคลื่อนในระดับพื้นที่ต่อไป

8. ขอให้เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ รายงานความก้าวหน้าต่อ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ

กล่าวโดยสรุป การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการกระบวนกร ซึ่งทำให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ มีศักยภาพในการควบคุม พัฒนาสุขภาพตนเองให้มี สุขภาวะความสมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ภายใต้ ยุทธศาสตร์ แบบแผนการปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพ แนวใหม่ เพื่อให้ก่อให้เกิดสุขภาพดีทั่วหน้า เป็นการปรับเปลี่ยนระบบบริการสาธารณสุขแนวใหม่ ที่มุ่งการส่งเสริม การป้องกันสุขภาพ มากกว่า การบำบัดรักษาและแก้ไขสุขภาพ โดยอาศัยความร่วมมือจากสหวิทยาการต่าง ๆ ในการวางแผน การตั้งเป้าหมาย การตัดสินใจ การดำเนินการ และการประเมินงานร่วมกัน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพ แบบครบวงจร ครอบคลุมไปด้วยหลากหลายมิติ ได้แก่ การส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดถึงให้ความสำคัญกับการพัฒนา สุขภาพ การพัฒนากลุ่มเป้าหมาย พื้นที่กลุ่มเป้าหมาย และกลยุทธ์ในการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของประชาชนให้มีสุขภาพที่ดี มีทักษะในการดำรงชีวิต ตลอดถึงการมี สภาพแวดล้อม ธรรมชาติที่รื่นรมย์อุดมสมบูรณ์ และยังสามารถอนุรักษ์วิถีชีวิต ถ่ายทอดแก่คนรุ่นหลัง อีกด้วย

2.4 แนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพ เป็นการกระทำหรือกิจกรรมใด ๆ เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพกาย สุขภาพใจที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์ต่อการดำรงชีวิตในแต่ละวัน ได้แก่ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การขับถ่าย การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การสูบบุหรี่ การรักษาพยาบาลตนเอง การตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งได้มีนักวิชาการ นักปราชญ์หลาย ท่านได้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดูแลสุขภาพไว้ดังนี้

2.4.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ

เพนเดอร์ (Pender, 1996, pp. 67-68) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลกระทำ โดยมีเป้าหมายสำคัญในการยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี และการบรรลุเป้าหมายในการมีสุขภาพที่ดีของบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสังคม ทั้งนี้ยังหมายถึงสิ่งต่าง ๆ ที่ผู้คนได้ปฏิบัติด้วยตนเองเพื่อช่วยลดปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากโรค ตลอดจนเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษาอีกด้วย

เอี่ยมพร ทองกระจาย (2533, น. 49) กล่าวว่า การดูแลสุขภาพตนเองเป็นกระบวนการที่ประชากรสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพตนเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผนุงรักษาภาวะสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษาตนเอง ซึ่งรวมไปถึงการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ ภายหลังจากเจ็บป่วย กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองนี้เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดช่วงชีวิต

วรรณวิมล เมฆวิมล (2553, น. 13) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีสุขภาพที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมอันจะนำไปสู่สภาวะของชีวิต เกิดศักยภาพสูงสุดในตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคม โดยพฤติกรรมหรือการกระทำนั้น ๆ มีทั้งสังเกตได้และสังเกตไม่ได้

ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2532, น. 202) ได้กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมทุกประเภทที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่มนุษย์แสดงออกทั้งในด้านความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ ซึ่งจะสามารถสังเกตหรือวัดได้โดยตรงและทางอ้อมพฤติกรรมด้านการปฏิบัติที่สังเกตมองเห็นได้นั้น อาจแยกประเภทได้เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ การปฏิบัติตามปกติวิสัยในชีวิตประจำวัน ซึ่งจะเป็นการปฏิบัติที่เป็นส่งเสริมการดูแลสุขภาพและป้องกันโรค บำบัดรักษาโรค คือ การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยซึ่งจะรวมถึงการปฏิบัติตนโดยทั่ว ๆ ไป และการไปรับบริการรักษาพยาบาลและการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ หรือบุคลากรทางสาธารณสุข

สรุป พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่ปฏิบัติต่อการดูแลสุขภาพในกิจวัตรประจำวัน โดยมีเป้าหมายเพื่อสุขภาพที่ดีสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม ทั้งนี้ ยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคอีกด้วย

การปฏิบัติดูแลสุขภาพของพระสงฆ์เป็นพฤติกรรมหนึ่งที่สำคัญที่ทำให้ทราบถึงกิจวัตรประจำวันที่พระสงฆ์ต่อร่างกาย ได้แก่ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การขับถ่าย การออกกำลังกาย การนอนหลับการจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การสูบบุหรี่

การรักษาพยาบาลตนเอง การตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม

2.4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพทางร่างกาย

ป.อ.ปยุตโต (2559, น. 2) ร่างกายกับจิตใจเป็นสิ่งที่อาศัยซึ่งกันและกัน พอร่างกายเจ็บป่วย คนทั่วไปมักจะพาจิตใจเจ็บป่วยได้ด้วย เช่น เศร้าหมอง กระทบกระชวย กระสับกระส่าย เป็นต้น และในทำนองเดียวกัน เมื่อจิตใจไม่สบายก็พลอยทำให้ร่างกายไม่สบายไปด้วย ในทางตรงกันข้าม ถ้าจิตใจดี สบาย บางทีก็กลับมาช่วยกายเช่น ในยามเจ็บป่วย ถ้ามีกำลังใจหรือจิตใจมองใสเบิกบาน โรคที่เป็นมากก็กลายเป็นน้อย หรือโรคที่หายยากก็หายง่ายขึ้น

ดังนั้น การดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ จึงมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของคนเราเป็นอย่างมาก โดยการคำนึงและเอาใจใส่ต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเป็นพื้นฐาน เพื่อเป็นการตระหนักถึงการป้องกันและ การส่งเสริมการดูแลสุขภาพให้ตนเองมีสุขภาพที่ดีและสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขต่อไป

2.4.2.1 การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม

(1) การบริโภคอาหาร

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ (2547, น. 5) การรับประทานอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหารเพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารที่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกายเป็นการส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดีได้ ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเข้าใจและการปฏิบัติร่วมกันเกี่ยวกับการกินอาหาร ให้ถูกต้องให้ครบ 5 หมู่ ได้แก่ หมู่ที่ 1 อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ต่าง ๆ ซึ่งให้ประโยชน์ทางโปรตีนเป็นหลัก ทำให้ร่างกายเจริญเติบโต หมู่ที่ 2 อาหารจำพวกข้าว แป้ง ซึ่งให้ประโยชน์ทางคาร์โบไฮเดรต ให้พลังแก่ร่างกายและช่วยสร้างความอบอุ่นในร่างกายอีกด้วย หมู่ที่ 3 อาหารจำพวกผักต่าง ๆ ซึ่งให้ประโยชน์ทางวิตามินและแร่ธาตุหลายชนิด ช่วยเสริมทำให้ร่างกายแข็งแรงและช่วยให้อวัยวะต่าง ๆ ทำงานได้อย่างปกติ หมู่ที่ 4 อาหารจำพวกผลไม้ต่าง ๆ ซึ่งให้ประโยชน์ทางวิตามินและแร่ธาตุต่าง ๆ ช่วยให้ร่างกายแข็งแรงและช่วยให้การขับถ่ายของลำไส้เป็นปกติ คล้ายอาหารจำพวกหมู่ที่ 3 หมู่ที่ 5 อาหารจำพวกไขมันและน้ำมันจากพืชและสัตว์ เป็นแหล่งอาหารที่ให้พลังงาน ทั้งในการเติบโตในเด็กและให้พลังงานในการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ โดยเฉพาะงานหนัก (สิริพันธ์ จุลรังคะ, 2550, น. 6-7)

ชนิดา ปิโชติการและ ศัลยา คงสมบูรณ์เวช (2548, น. 29-30) ได้ให้ความหมายของหลักการบริโภคอาหารที่ดี 3 ประการ ได้แก่

1. ความหลากหลาย (Variety) หมายถึง การเลือกรับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ ซึ่งและหมู่จะมีอาหารหลากหลายให้เลือก ไม่ได้ผูกขาดกับอาหารชนิดใดชนิดเดียวในแต่ละหมู่ การรับประทานอาหารที่หลากหลายจะช่วยให้ร่างกายรับสารอาหารได้ตามที่ต้องการ

2. ความสมดุล (Balance) หมายถึง การรับประทานอาหารที่ได้สัดส่วน ทำให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วนและสมดุล ไม่มากเกินไปหรือน้อยเกินไปจากอาหารในแต่ละหมู่ การรับประทานอาหารอย่างสมดุลจะให้สารอาหารและพลังงานตามที่ร่างกายต้องการ สัดส่วนในปริมาณอาหารที่ควรรับประทานขึ้นอยู่กับอายุ เพศ และระดับพลังงานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน ตามตารางที่ 2.1 ดังนี้

ตารางที่ 2.1

แนวทางปริมาณอาหารที่แต่ละคนควรรับประทานอาหารในแต่ละวัน

ระดับพลังงานต่อวัน	ปริมาณอาหารที่แต่ละหมวดต่อวัน					
	หมวดข้าวแป้ง (ทัพพี)	หมวดผัก (ทัพพี)	หมวดผลไม้ (ส่วน)	หมวดนม (แก้ว)	หมวดเนื้อสัตว์ (ชิ้นโต๊ะ)	หมวดน้ำมัน น้ำตาล เกลือ (ช้อนชา)
1,600 กิโลแคลอรี สำหรับเด็กอายุ 6-13 ปี ผู้หญิงวัยทำงานอายุ 26-30 ปี ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป	8	4-6	3-4	1-2	6	ใช้น้อยเท่าที่ จำเป็นหรือ 5 ช้อนชา
2,000 กิโลแคลอรี สำหรับวัยรุ่นหญิง-ชาย อายุ 14-25 ปี วัยทำงานอายุ 25- 60 ปี	10	5	4	1	9	
2,400 กิโลแคลอรี สำหรับหญิง-ชายที่ใช้ พลังงานหนักมาก เช่น เกษตรกร ผู้ใช้แรงงาน นักกีฬา	12	6	5	1	12	ใช้น้อยเท่าที่ จำเป็นหรือ 7 ช้อนชา

3. ความพอเหมาะ (Moderation) หมายถึง การเลือกอาหารหรือเครื่องดื่มตามต้องการ ขณะเดียวกัน ก็สามารถควบคุมแคลอรี ไขมัน โคเรสเตอรอล โซเดียม น้ำตาลรวมทั้งปริมาณเครื่องดื่มที่ดื่ม เช่น เมื่อรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ควรจำกัดปริมาณและเลือกอาหารที่มีไขมันต่ำอื่น ๆ โดยเพิ่มปริมาณที่รับประทานร่วมในมื้อนั้น การเดินสายกลางหรือเลือกอาหารที่พอเหมาะมีความยืดหยุ่นในการบริโภค โดยไม่รู้สึกรู้สึกว่าถูกจำกัดหรือบังคับ ซึ่งหมายถึงการรับประทานอาหารที่หลากหลายรวมทั้งอาหารที่ตนเองชอบ

สรุป การรับประทานหรือการฉันทอาหาร หมายถึง การบริโภคอาหาร 5 หมู่ ที่ถูกหลักตามโภชนาการ เพื่อให้ร่างกายได้รับพลังงานและสารอาหารที่หลากหลาย สมดุล และพอเหมาะตามความต้องการของร่างกายเป็นการสร้างกำลังให้ร่างกายมีความแข็งแรงสมบูรณ์

จากการรวมองค์ความรู้เกี่ยวกับเรื่องอาหารและโภชนาการเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งในปัจจุบัน หากพระสงฆ์ทำความเข้าใจเกี่ยวกับคุณประโยชน์หรือโทษของอาหารเหล่านั้น พระสงฆ์จะสามารถควบคุมหรือลดอัตราการเกิดโรคต่าง ๆ ได้ซึ่งก่อให้เกิดภาวะการมีสุขภาพดี แข็งแรง สมบูรณ์และเป็นกำลังในการเผยแผ่คุณงามความดีแก่สังคมได้อย่างตั้งใจต่อไป

(2) การบริโภคเครื่องดื่มผสมน้ำตาล

ตามที่องค์การอนามัยโลก (WHO) มีคำแนะนำให้ผู้ใหญ่และเด็กลดการบริโภคน้ำตาลประเภท Free Sugar ลงเหลือไม่เกิน 10% จากปริมาณที่บริโภคในแต่ละวัน และแนะนำเพิ่มเติมให้ลดปริมาณลงอีกเหลือเพียงไม่เกิน 5% จากปริมาณที่เคยบริโภค หรือไม่เกิน 25 กรัม หรือ 6 ช้อนชาต่อวัน เพื่อให้มีผลดีต่อสุขภาพมากขึ้น (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส), 2559)

น้ำตาลเป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดหนึ่งที่เป็นแหล่งพลังงานของร่างกาย น้ำตาล 1 กรัมให้พลังงาน 4 กิโลแคลอรี ในทางโภชนาการ “น้ำตาล” จัดเป็นแหล่งพลังงานว่างเปล่า หมายถึง น้ำตาลให้แต่พลังงาน โดยไม่ให้สารอาหารอื่นเช่น แร่ธาตุ วิตามินที่เป็นประโยชน์กับร่างกาย ในขณะที่อาหารอื่น ๆ ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้จะให้ทั้งพลังงาน แร่ธาตุ วิตามิน และสารสำคัญอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย

ดังนั้นการบริโภคเครื่องดื่มผสมน้ำตาลมาก จะทำให้ได้แต่พลังงานว่างเปล่ามากขึ้นเพียงอย่างเดียว พลังงานที่มากเกินไปจะทำให้อ้วน มีการสะสมเป็นไขมันตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย และสามารถก่อโรคต่างได้อีกด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคฟันผุ โรคหัวใจอีกด้วย ดังจะได้ชี้แจงปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2.2

แสดงปริมาณน้ำตาลในเครื่องดื่มต่าง ๆ

เครื่องดื่ม	น้ำตาล (ช้อนชา)
กาแฟกระป๋อง (180 มล.)	4-5
เครื่องดื่มช็อคโกแลต 3 in 1 (1 ซอง)	4-5
นมเปรี้ยว 1 กล่อง (180 มล.)	4-5
น้ำอัดลมโคล่า 1 กระป๋อง (325 มล.)	8-9
น้ำอัดลมรสส้ม 1 กระป๋อง (325 มล.)	9-10
รู้ดเบียร์ 1 กระป๋อง (325 มล.)	14-15
ชาเขียวต้นตำรับ 1 ขวด (500 มล.)	9-10
ชาমনาว 1 ขวด (500 มล.)	10-11
ชานม 1 ขวด (500 มล.)	10-11
เครื่องดื่มชูกำลัง 1 ขวด (150 มล.)	5-6

ที่มา: จาก หยุดหวาน-มัน-เค็ม หยุดยั้งโรคเรื้อรัง. โดย หมอชาวบ้าน, 2556, สืบค้นจาก <https://www.doctor.or.th>.

สรุป น้ำตาลเป็นคาร์โบไฮเดรตชนิดหนึ่งจัดว่าเป็นแหล่งพลังงานว่างเปล่าต่อร่างกาย ในขณะที่อาหารอื่นๆ เช่น ข้าว เนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้จะให้ทั้งพลังงาน แร่ธาตุ วิตามิน และสารสำคัญอื่น ๆ ที่มีความจำเป็นต่อร่างกาย เพราะฉะนั้น การบริโภคน้ำตาลที่มากเกินไป ปริมาณตามคำแนะนำขององค์การอนามัยกำหนด ย่อมส่งผลกระทบต่อการเกิดโรคแก่ร่างกายได้

การบริโภคเครื่องดื่มผสมน้ำตาลมากเกินไปปริมาณที่กำหนดในแต่ละวัน ย่อมส่งผลต่อกระทบต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ได้เช่นกัน ทางที่ดีสำหรับพระสงฆ์คือการหลีกเลี่ยงการดื่มหรือดื่มให้น้อยที่สุด เพื่อไม่ให้น้ำตาลส่วนเกิน เข้าสู่ร่างกาย และยังให้เกิดผลดีต่อสุขภาพอีกด้วย

2.4.2.2 การขบถ่าย

การขบถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เป็นหนึ่งในกิจวัตรที่จำเป็นต่อร่างกาย เพราะร่างกายจะได้กำจัดของเสียส่วนเกินรวมไปถึงสารพิษ สารตกค้างต่าง ๆ ออกไป แน่แน่นอนว่า หากคุณมีการขบถ่ายที่ดีย่อมส่งผลให้สุขภาพคุณดีตามไปด้วย อย่างไรก็ตาม ยังมีคนจำนวนไม่น้อยที่ ละเลยกิจวัตรนี้ ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อร่างกายที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้ด้วย

(1) การขับถ่ายปัสสาวะ

กฤษยา ตันติผลาชีวะ (2556, น. 105-112) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้นในตอนกลางคืน บางคนอาจตื่นมาถ่าย 2 -3 ครั้งและอาจถึง 4 ครั้งในบางคืน ซึ่งสาเหตุของการปัสสาวะบ่อย คือ

1.1 ขนาดบรรจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงจากเดิมประมาณครึ่งหนึ่งของหนุ่มวัยสาว ซึ่งปกติจะเก็บได้ถึง 500-600 ซีซี แต่เมื่อมีอายุ การจุกเก็บจะได้เพียง 250-350 ซีซี กระเพาะปัสสาวะจึงเต็มง่าย ทำให้รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเร็วกว่าปกติ

1.2 ความสามารถในการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะเพื่อขับปัสสาวะกับแรงต้านของท่อปัสสาวะไม่สมดุลกัน ทำให้การบีบขับปัสสาวะออกไม่สมบูรณ์ คงมีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะมาก ปัสสาวะจึงเต็มเร็ว ซึ่งกระตุ้นให้ถ่ายบ่อย ช่วงของการปัสสาวะถี่ขึ้น

1.3 การบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะมีความไวขึ้นทำให้ถ่ายบ่อย

1.4 อัตราการกรอง และจำนวนน้ำที่ขับออกของไตมีปริมาณลดลง เพราะการไหลเวียนโลหิตไปยังไตลดลงด้วย แต่ในเวลากลางคืน การนอนทำให้การไหลเวียนของโลหิตที่ไตมีมากขึ้น การกรองมีมาก ปัสสาวะเต็มเร็ว ทำให้ถ่ายบ่อยในตอนกลางคืน

1.5 ในผู้ชายอาจมีต่อมลูกหมากโต ทำให้การขับถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งออกไม่สะดวกและไม่หมด มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมาก ปัสสาวะจึงเต็มเร็ว

(2) การขับถ่ายอุจจาระ

การขับถ่ายอุจจาระเป็นปัญหาที่สร้างความวิตกกังวลให้กับผู้สูงอายุมาก ปัญหาหนึ่ง และเป็นที่ที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจพยายามศึกษาและแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ปัญหาที่สำคัญของการขับถ่ายอุจจาระสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายดังนี้ (ข้าวสาด, 3 มิถุนายน 2559, น. 16)

2.1 ท้องผูก แน่นนอนว่าการไม่ยอมถ่ายให้เป็นกิจวัตรทุกวันจะนำมาสู่อาการท้องผูกอย่างไม่ต้องสงสัย เพราะเมื่อเราไม่ยอมถ่ายและปล่อยให้อุจจาระอยู่ในลำไส้ ร่างกายก็จะดูดน้ำในอุจจาระกลับมาใช้ในร่างกายอีกครั้ง ส่งผลให้อุจจาระที่ไม่ได้ถูกถ่ายออกมาแข็งตัวมากขึ้น ทำให้ถ่ายลำบากจนกลายเป็นอาการท้องผูกในที่สุด

2.2 เชื้อโรคแพร่กระจาย นอกเหนือจากน้ำที่อยู่ในอุจจาระจะถูกดูดกลับไปใช้ในร่างกายแล้ว บรรดาเชื้อโรคต่าง ๆ ที่เจริญเติบโตขึ้นภายในอุจจาระก็ยังคงถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดอีกด้วย ซึ่งจะก่อให้เกิดอาการอักเสบ รวมทั้งระบบภูมิคุ้มกันก็จะทำงานหนักขึ้น ผลสุดท้ายเชื้อโรคก็จะทำให้ร่างกายของคุณอ่อนเพลีย มีอาการปวดหัว ท้องอืด ผิวน้ำหนักอักเสบ สิวขึ้น แผลยังทำให้คุณอารมณ์ไม่ดี หงุดหงิดง่ายอีกด้วย

2.3 สารพิษสะสมในร่างกาย การขับถ่ายเป็นวิธีที่ร่างกายใช้กำจัดสารพิษและสารเคมีต่าง ๆ ในร่างกายออกไปได้ แต่ถ้าหากร่างกายไม่ได้ขับถ่ายทุกวัน ก็จะทำให้สารพิษเหล่านั้นถูกดูดกลับไปสะสมอยู่ในร่างกาย ไม่ว่าจะในกระแสเลือดหรือตามอวัยวะต่าง ๆ อย่างเช่น ตับ ลำไส้ใหญ่ และปัญหาที่จะตามมาก็คือสุขภาพของคุณจะเริ่มแยลง น้ำหนักจะขึ้น แอมน้ำจะลดน้ำหนักก็ทำได้ยาก เนื่องจากมีสารพิษในร่างกายมากเกินไปนั่นเอง

2.4 มีกลิ่นปากและกลิ่นตัว การที่คุณไม่ขับถ่าย เมื่อเชื้อโรคถูกดูดซึมเข้ากระแสเลือดแล้ว เลือดจะไม่สะอาด เมื่อผ่านไปยังปอด ปอดก็จะฟอกเลือดและขับเชื้อโรคเหล่านี้ออกมาทางลมหายใจและผิวหนังกลายเป็นกลิ่นเหม็นรบกวนคนข้าง ๆ ได้

2.5 เสี่ยงกับโรคน้ำลำไส้อักเสบ (Diverticulitis) เมื่อคุณไม่ขับถ่ายของเสียที่สะสมอยู่ในลำไส้ สิ่งตามมา ก็คือ ผนังลำไส้ในส่วนที่อ่อนแอจะเกิดการโป่งพองเนื่องจากต้องรับน้ำหนักของอุจจาระที่แข็งตัวขึ้น และเมื่อถูกที่โป่งพองในลำไส้เหล่านี้มีเชื้อโรคไปสะสมก็อาจจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อกลายเป็นโรคน้ำลำไส้ใหญ่อักเสบ จนอาจทำให้เกิดเลือดออกในลำไส้ เป็นหนองหรือลำไส้อุดตันได้

มยุรา วัฒนพงศ์ไพศาล, เรวดี จงสุวัฒน์ และ เอกราช บำรุงพีชน. (2558, น. 219) ได้ทดลองเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับน้ำผักผลไม้ผสมใยอาหารและกลุ่มที่ได้รับน้ำผักผลไม้ผสมใยอาหาร จำนวน 30 คน พบว่า การบริโภคน้ำผักผลไม้ผสมใยอาหาร (Dextrin and Polydextrose) วันละ 10 กรัม ทำให้การขับถ่ายอุจจาระดีขึ้นในผู้ที่มีอาการท้องผูก โดยความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระเพิ่มมากขึ้น ปริมาณอุจจาระมากขึ้น รูปร่างอุจจาระอ่อนนุ่มขึ้น สีอุจจาระดีขึ้น กลิ่นอุจจาระลดลง เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการทดลอง โดยเห็นผลใน 1 สัปดาห์แรกหลังการบริโภคน้ำผักผลไม้ผสมใยอาหาร

2.4.2.3 การออกกำลังกาย

ศรีนวล เจียนจันทร์พงษ์ และคณะ (2546, น. 76) การออกกำลังกายเป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายหรือการกระตุ้นส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ทำงานได้มากกว่าภาวะปกติ อย่างเป็นระบบระเบียบ โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของเพศ วัย และสภาพร่างกายของแต่ละบุคคล เป็นสำคัญ จนส่งผลทำให้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นและสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ไกรวัชร ชีรเนตร (2554, น. 7-9) การออกกำลังกายของพระสงฆ์ที่ประชาชนคุ้นเคยและเป็นที่ยอมรับกันดี ได้แก่ การเดินบิณฑบาต การทำความสะอาดวัด การบูรณสิ่งแวดลอมภายในวัด ฯลฯ แต่ในปัจจุบัน สังคมสิ่งแวดลอมเปลี่ยนแปลงไป อาจจำกัดให้กิจกรรมในการปฏิบัติธรรมต่าง ๆ ของพระสงฆ์น้อยลงจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะฉะนั้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์นั้น สามารถทำได้ทั้งรูปแบบกิจวัตรประจำวันของสงฆ์ เช่น

การบิณฑบาต การเดิน การทำความสะอาดวัด หรือการใช้อุปกรณ์ช่วยในออกกำลังกายในสถานที่ที่เหมาะสม เป็นส่วนตัว เพราะความสำคัญของการออกกำลังกายสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพระบบหัวใจและหลอดเลือด สร้างความยืดหยุ่นแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว เพื่อลดการบาดเจ็บ อากาศปวดของกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ เสริมสร้างอิริยาบถที่ถูกต้องและป้องกันการหกล้ม รวมถึงการสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรคได้ด้วย

นอกจากนี้ ฌรณศักดิ์ ใจซื่อ และ ฌรณค์ จันทร์หอม (2555, น. 29-40) กล่าวว่า พระสงฆ์ เป็นกลุ่มประชากรหนึ่งที่จัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคข้อเสื่อมสภาพและไขมันในเลือดสูง ดังนั้น พระสงฆ์ต้องให้ความสำคัญกับการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างสม่ำเสมอและการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ จะทำให้เกิดประโยชน์มากมาย ซึ่งสามารถป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ได้แก่

1. ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน
2. ลดความเสี่ยงของโรคเบาหวาน มะเร็งลำไส้ใหญ่ และช่วยลดระดับ

ไขมันในเลือด

3. ช่วยป้องกันและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ช่วยควบคุม

ความดันโลหิตสูง

4. ช่วยควบคุมน้ำตาลและลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคอ้วน

5. ลดความเสี่ยงต่ออาการปวดหลัง ปวดข้อเข่า

6. ช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่อส่วน

ต่าง ๆ ของร่างกาย

7. เสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี ลดความเครียด ความกังวล และภาวะซึมเศร้า

ในการออกกำลังเพื่อสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์นั้นมีอยู่หลายวิธี

โดยรูปแบบของการออกกำลังกายแตกต่างกันออกไป หากรูปไหนมีความบกพร่องทางร่างกาย ควรจะตรวจสอบความพร้อมของร่างกายตนเองก่อนหรือปรึกษาแพทย์ก่อนเริ่มออกกำลังกาย โดยหลักทั่วไป การออกกำลังกายเพื่อสุขภาพนั้นควรเลือกกิจกรรมแบบแอโรบิค ซึ่งหมายถึง การออกกำลังกายประเภทที่มีการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง และมีความรู้สึกเหนื่อยในระดับปานกลาง ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที สัปดาห์ละ 3 ครั้ง หรือวันเว้นวัน เป็นอย่างน้อย

สุวัฒน์ ศรีสรฉัตร และคณะ (2558, น. 41-44) ได้กล่าวถึง การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพของพระสงฆ์ไว้ดังนี้

1. การเดินจงกรม ควรปฏิบัติให้ได้อย่างน้อย 30-45 นาที
2. กวาดลานวัดหรือทำความสะอาดวัด ควรปฏิบัติให้ได้อย่างน้อย 1-2

ชั่วโมงต่อวัน

3. การออกบิณฑบาตเป็นกิจวัตรประจำวัน
4. การเดินขึ้นลงบันได อย่างน้อย 40-50 นาที เป็นการออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา
5. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ
- ยืนตรงให้หลังแนบกับฝาผนังห้อง ค่อย ๆ ย่อเข่าลงเล็กน้อย โดยให้หลังแนบชิดกับผนังตลอด แล้วเกร็งกล้ามเนื้อน่องไว้ 10-20 วินาที นับเป็น 1 ครั้ง ทำให้ได้ 8-10 ครั้งต่อวัน เพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อม
 - ยืนตรงให้หลังแนบกับฝาผนังห้อง ค่อย ๆ เขย่งข้อเท้าขึ้น เกร็งค้างไว้ 10 วินาที ทำให้ได้ 8-10 ครั้งต่อวัน เพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อม

6. การแกว่งแขน โดยการแกว่งแขนไปข้างหน้าเบาหน้อยท่ามุม 30 องศา กับลำตัวพร้อมกับหายใจเข้าแล้วแกว่งแขนไปข้างหลังให้แรงท่ามุม 60 องศา กับลำตัวพร้อมกับหายใจออก ควรทำต่อเนื่องกันอย่างน้อย ครั้งละ 10 นาที โดยใน 1 วัน ควรทำรวมกันให้ได้อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 5 ครั้ง การแกว่งแขนจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะการแกว่งแขนจะช่วยให้เลือดลมไหลเวียนได้ดีขึ้น

สรุปการออกกำลังกาย เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายหรือการกระตุ้นส่วนต่าง ๆ ของร่างกายให้ทำงานได้มากกว่าภาวะปกติอย่างเป็นระบบระเบียบและสร้างความยืดหยุ่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว นอกจากนี้ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ยังสามารถช่วยในการป้องกันโรคต่าง ๆ ช่วยส่งเสริมให้มีสุขภาพกายและจิตใจดีขึ้นอีกด้วย ทั้งนี้การออกกำลังกายนั้น ควรคำนึงถึงความเหมาะสมของเพศ วัย และสภาพร่างกาย ของแต่ละบุคคลเป็นสำคัญ

การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ที่สามารถปฏิบัติได้นั้น มีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การทำกิจวัตร ของสงฆ์ ตัวอย่าง การออกบิณฑบาต การกวาดลานวัด การทำความสะอาดในวัด การเดินจงกรม เป็นต้น นอกจากนี้ ยังมีรูปและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ เช่น การแกว่งแขน การเดินเร็ว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด การออกกำลังกายโดยใช้เก้าอี้ การถีบจักรยานในที่มืดซิด ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ โดยไม่ขัดต่อข้อกำหนดของสงฆ์ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จะพัฒนาสมรรถภาพทางกายได้เป็นอย่างดีสำหรับพระสงฆ์ให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีความสุขต่อไป

2.4.2.4 การนอนหลับ

บรรลุ ศิริพานิช (2553, น. 99-102) กล่าวว่า การพักผ่อนเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับทุกวัย ลองพิจารณาดูว่า ถ้าหากวันไหนหากนอนไม่หลับ หรือนอนไม่เพียงพอ วันนั้นจะรู้สึกหมดพลัง อ่อนเพลีย แล้วยังส่งผลต่อการทำงานของสมองอีกด้วย ถ้าหากวันไหนได้พักผ่อนนอน

หลับอย่างเต็มที่แล้ว ก็จะทำให้ตื่นนอนขึ้นมาด้วยความสดชื่น กระปรี้กระเปร่า พร้อมทั้งจะทำงานหรือทำภารกิจประจำวันต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สมชาติ กิจยรรยง (2555, น. 181)

ในชีวิตของคนเราใช้เวลา 1 ใน 3 ของชีวิตเพื่อการนอนหลับ คนส่วนใหญ่ต้องการนอนวันละ 8 ชั่วโมง บางคนนอนแค่วันละ 5-6 ชั่วโมง โดยไม่มีอาการง่วงนอน เพราะการนอนหลับเป็นกระบวนการตามธรรมชาติ เพื่อป้องกันอันตราย เนื่องจากความเหน็ดเหนื่อยและรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีของหัวใจ การไหลเวียนของโลหิตและการทำงานของร่างกายขณะหลับจะลดระดับลงสู่ระยะพัก ช่วยลดความเหนื่อยล้า ความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ ขณะเดียวกันการนอนหลับในเวลา 23.00 – 03.00 น. ก็เป็นการฟื้นฟูร่างกาย ขจัดสารพิษในร่างกาย และสะสมพลังกำลังของร่างกาย ให้พร้อมสำหรับกิจกรรมในวันต่อไป ยิ่งหลับได้นานและสนิทยิ่งเป็นประโยชน์ต่อร่างกายและจิตใจ ซึ่งความต้องการของการพักผ่อนนอนหลับจะแตกต่างกันไปตามอายุ

2.4.2.5 การจัดการความเครียด

ความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับจิตใจ เมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวลตลอดจนถูกบีบคั้น ซึ่งทำให้ร่างกายและจิตใจเกิดการเปลี่ยนแปลงและแสดงออกถึงการเสียความสมดุลของร่างกายและจิตใจ ซึ่งสอดคล้องกับ กรมสุขภาพจิต (2541, น. 2) ความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดจากความตื่นตัวเตรียมรับเหตุการณ์อย่างใดอย่างหนึ่ง ซึ่งไม่น่าพอใจและเป็นเรื่องที่เราคิดว่าหนักหนาสาหัส เกินกำลังความสามารถที่จะแก้ไขได้ ทำให้เกิดความรู้สึกหนักใจและพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายไปด้วย

(1) สาเหตุของความเครียด

กรมสุขภาพจิต (2540, น. 3) ได้แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็น 4 ประการ คือ

1.1 สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ การเจ็บไข้ไม่สบายที่ไม่รุนแรงตลอดจนถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง และเรื้อรัง

1.2 สาเหตุด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่า จะไม่ได้ดังหวัง กลัวความสำเร็จหนักใจในงานที่ได้รับมอบหมาย ความรู้สึกว่าตนเองทำในสิ่งที่ยากกว่าความสามารถ มีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น

1.3 สาเหตุจากความเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนวัย การแต่งงาน การตั้งครุภรรยา การเริ่มเข้าทำงาน การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก เป็นต้น

1.4 ความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อากาศร้อนหรือเย็นจัด เสียงดังเกินไป การจราจรติดขัด ฝนแล้ง ไฟไหม้ น้ำท่วม แผ่นดินไหว และสงคราม เป็นต้น

(2) วิธีคลายเครียด

เมื่อสังเกตได้ว่าความเครียดเกิดขึ้นแล้ว จากสาเหตุที่กล่าวมาข้างต้น ควรหาวิธีจัดการกับความเครียดอย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ตนเองมีความสุขกาย สบายใจ (ประเวศ วะสี, 2549, น. 35-46) โดยวิธีดังต่อไปนี้

2.1 หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความกังวล แล้วหาวิธีแก้ไขในเรื่องนั้น ๆ แล้วเลือกว่าสิ่งใดที่ทำได้ง่ายที่สุด เรียงลำดับแล้วลงมือปฏิบัติ จนกว่าความกังวลจะหมดไป หรือปรึกษาคนใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง สามี ภรรยา เพื่อน หรือพบแพทย์ที่เชี่ยวชาญทางจิตเวช เป็นต้น

2.2 ควรทำงานอดิเรก เช่น ดูหนัง ฟังเพลง หรือ ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน หรือ วิ่ง เพียงวันละ 30 นาที จะสามารถช่วยให้ร่างกายผ่อนคลายความเครียดได้

2.3 เลือกเวลาและสถานที่ที่ปลอดภัย เงียบสงบ นั่งพัก ปล่อยอารมณ์หรือนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่

2.4 หาความสุขที่สำคัญที่สุด คือ ความสุขที่เกิดจากการให้ทาน รักษาศีล และสวดมนต์ภาวนา มองโลก ในแง่ดี ทำให้ตนเองมีอารมณ์ขัน ทำให้จิตใจไม่โลภโกรธหลง จะช่วยให้ใจสบายมากขึ้น

2.5 การฝึกจิตทำสมาธิ เป็นการกำหนดจิต หรือกำหนดสติให้มีสมาธิ โดยการทำวิปัสสนา จะทำให้จิตนิ่งและสามารถควบคุมกายและจิตใจได้มากขึ้น และเว้นความชั่ว กระทำแต่ความดี

(3) พุทธวิธีคลายเครียด

พระราชญาณกวี (2549, น. 10-19) ได้กล่าวว่า พุทธวิธีคลายเครียดเป็นวิธีกำจัดความเครียดตามแนวพระพุทธศาสนาดังต่อไปนี้

3.1 คลายเครียดด้วยสมาธิ

สมาธิ คือ การทำใจและอารมณ์ให้นิ่ง ใจเหมือนแก้ว ส่วนอารมณ์เหมือนน้ำ ใจว่าวุ่นเหมือนน้ำถูกเขย่า อารมณ์ขุ่นมัวเหมือนน้ำสกปรก เราต้องทำใจให้นิ่งเพื่อให้อารมณ์ตกตะกอน เหมือนวางแก้วให้นิ่งเพื่อให้น้ำในแก้วนิ่ง แล้วตกตะกอน เมื่ออารมณ์ไม่ขุ่นตกตะกอน เราจะได้เห็นความใสของน้ำ เริ่มตั้งแต่ขอบปากแก้วลงมาถึงก้นแก้วว่าแตกต่างกัน เมื่อน้ำใสก็จะมองเห็นตะกอนที่หยาบและละเอียด ปัญหาต่าง ๆ ที่เราแก้ไม่ได้ มองไม่เห็น เมื่อใจนิ่งอารมณ์เย็น ก็จะเปิดออกมาให้เราเห็นปม เป็นเรื่องที่น่าคิดว่าคนไม่เคยทำสมาธิเลย พอวันหนึ่งหัดนั่งนิ่ง ตัวตรง ทำใจให้สบาย ๆ หายใจให้ลึก เพียงไม่กี่นาทีปัญหาต่าง ๆ ที่ติดขัดก็เรียงลำดับออกมาเป็น 1, 2, 3, 4, 5 ให้เรามองเห็นว่าสิ่งไหนทับซ้อนสิ่งไหนอยู่ แล้วเราก็อบาย ๆ แก้ปัญหาตามลำดับ ยากง่าย โดยปกติถ้าใจขุ่นมัว ปัญหาต่าง ๆ จะมั่วทับซ้อนกันไม่เห็นเงื่อนปม คนส่วนใหญ่จะหลงไป

แก้ปัญหาลูกปากคอกทับเอาไว้ ไปแก้ปัญหายังไม่เป็นปัญหา ยิ่งแก้ยิ่งเครียดหนักเพราะแก้ไม่ได้
แก้ปัญหานี้กลับไปเกิดปัญหาใหม่ให้เครียดไม่สิ้นสุด

ทางที่ดีขอเชิญชวนให้ศึกษาวิธีคลายเครียด โดยไม่ต้องกินยา นั่นคือ
อาบน้ำ รับประทานอาหารเบา ๆ ใส่เสื้อผ้าสบาย ๆ นั่งให้สบาย ผ่อนคลายอารมณ์ที่ห้องพระหรือ
ระเบียงบ้านก็ได้ หรือไต่ต้นไม้ใหญ่ตามความเหมาะสม แล้วกำหนดลมหายใจเข้า-ออก ให้ลึก-ยาว
ตลอดเวลาประมาณ 30 นาที อารมณ์จะตกตะกอน แล้วมองเห็นปัญหาเป็นลำดับขั้น ตั้งแต่ ปัญหาที่
ยากที่สุดจนถึงง่ายสุด วางเรียงลำดับไว้ให้เรา พุดไปก็เป็นสิ่งเหลือเชื่อ แต่ทุกคนจะพบความจริง
อย่างเดียวกัน เพราะนี่คือวิถีธรรมชาติที่สุด จิตกับอารมณ์ไม่ต่างอะไรจากแก้วกับน้ำ ต้องนั่งจึงจะ
มองเห็นปมคลายเครียด

3.2 กำจัดความเครียดด้วยปัญญา

ต่อไปนี้จะเป็นการนำเสนอวิธีการกำจัดความเครียด ต่อจากวิธี
คลายเครียด การคลายเครียดเป็นเพียงวิธีบรรเทาเบื้องต้น เหมือนรับประทานยา บรรเทาปวด ทายา
คลายกล้ามเนื้อ ยังมีใช้ยารักษาให้หายขาด แต่ธรรมขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าท่าน
มิใช่
เพื่อบรรเทา หากแต่เพื่อ กำจัดเด็ดขาด โดยแบ่งออกเป็น 7 วิธี ได้แก่

วิธีที่ 1 กล้าเผชิญความจริง

ความเครียดทั้งปวงเกิดจากความคิดวิตกกังวล คนเราจะวิตก กังวล
ทุกอย่างเมื่อความจริงยังไม่ปรากฏต่อเมื่อความจริงปรากฏเสียแล้ว ปัญหาก็เกิดเอง ยกตัวอย่าง
นักกีฬา ก่อนแข่งขันก็วิตกกังวล เกรงว่าจะแพ้ แต่เมื่อการแข่งขันเริ่มขึ้น คือเผชิญความจริงแล้ว
สติปัญญาที่จะแก้ปัญหาก็มาเอง แรงผลักดันต่อสู้ การแก้ปัญหาก็ตามมา ยิ่งกับคนที่ต้องดูแลคน
ป่วยหนัก หากไม่มีกำลังใจเพียงพอจะยิ่งเครียด ไม่มีทางออก วิตกกังวลไปสารพัดอย่าง ถ้าจิตใจ
ไม่เข้มแข็ง ไม่กล้า เผชิญความจริง คนเฝ้าอาจหมดแรงก่อนคนป่วยก็เป็นได้ง่าย ๆ จากนั้นจึงทรง
แสดงความดับทุกข์ เหมือนเราดับไฟที่ลุกโชน เผาไหม้สิ่งต่าง ๆ อยู่เมื่อไฟดับ ความร้อนก็หายไป
ความเย็นก็ปรากฏ เช่นเดียวกับ ทุกข์ดับ สุขก็ปรากฏ จากนั้นทรงแสดงทางสายกลาง คือ การไม่ทำ
อะไรสุดโต่ง หรือเรียกง่าย ๆ ว่า “ความสมดุลในการดำรงชีวิต” อันเป็นเหตุให้เกิดความสุข แม้เรื่อง
อริยสัจ 4 ก็เป็นเรื่องสอนให้คนกล้าเผชิญความจริง โดยเฉพาะทรงสอนเรื่อง “ทุกข์” มิใช่สอนเรื่อง “สุข”
ทรงนำเสนอความทุกข์ประเภทต่าง ๆ เช่น ทรงสอนวิหิตเหตุแห่งทุกข์นั้นว่ามาจากความทะยานอยาก

วิธีที่ 2 เข้าใจเรื่องอารมณ์ของตนและคนอื่น (จริต 6)

นำคิดเป็นอย่างยิ่งว่า สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าตรัสแสดง
ความแตกต่างของคนที่ไร้จริตทรงแสดงว่าคนเหมือนกันแต่ไม่เหมือนกัน ก็เพราะชอบไม่เหมือนกัน
พฤติกรรมไม่เหมือนกัน ท่านเรียกว่า จริต คนเหมือนกันแต่ถ้าจริตต่างกันก็จะมีอารมณ์ต่าง ๆ กัน

ความต่างกันของอารมณ์นี้เองที่ทำให้มนุษย์เราคิดต่างกัน เกิดความขัดแย้งกัน ตลอดเวลา กระทั่งนำความเครียดมาให้เรา ด้วยเหตุนี้เราจึงจำเป็นต้องเรียนรู้พฤติกรรมของคนในจริต 6 คือ

1) คนบางคนรักสวยรักงาม ชอบแต่งตัว ชอบประดิษฐ์ ทำงานขาละเอียด คนประเภทนี้ ท่านเรียกว่า คนราคะจริต

2) คนบางคนใจร้อน หงุดหงิด ชอบแสดงอำนาจ เป็นนิสัย ทำอะไรเร็ว พูดเร็ว ไม่ใส่ใจเรื่องความละเอียด ชอบหลักการมากกว่ารายละเอียด คนประเภทนี้ ท่านเรียกว่า คนโทสจริต

3) คนบางคนชอบแสดงว่าตนไม่รู้อะไรไว้ก่อน เพราะปลอดภัย เพราะกลัวผิด กลัวถูกตำหนิ กลัวถูกใช้งาน การไม่รู้ คือ ไม่ต้องทำ เมื่อไม่ทำก็ไม่ผิด ท่านเรียกคนพวกนี้ว่า คนโมหจริต

4) คนบางคนเชื่อคนง่าย ชื่นชมอะไรง่าย ๆ โดยไม่พิจารณา หรือตำหนิง่าย ๆ แล้วกลับชื่นชมอีก เมื่อคนอื่นชื่นชม แปลว่ากลับคำได้ง่าย ทำตามคนอื่น ไม่มีจุดคิดของตนเอง เรียกว่า คนสัทธาจริต

5) คนบางคนชอบคิด ชอบแสดงเหตุผล ชอบศึกษา เรียนรู้ ชอบหาความจริงของเรื่องนั้น เป็นนิสัย ไม่เชื่ออะไรง่าย ๆ จนกว่าจะเห็นด้วยปัญญา ของตน ท่านเรียกว่า คนพุทธิจริต

6) คนบางคนชอบจับจตฟุ้งซ่าน ชอบบ่นจู้จี้จุกจิก ทำงานแบบหยิบ โหยง ไม่จับอะไรเป็นชิ้น เป็นอัน ชอบเป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ คิดมากกังวลมาก ท่านเรียกว่า คนวิตกจริต

จำง่าย ๆ ว่าคนทั้ง 6 ประเภทนี้ คือ ราคะจริต โทสจริต โมหจริต สัทธาจริต พุทธิจริต และวิตกจริต เป็นลักษณะคติของคน ที่เราต้องเรียนรู้เขาให้เข้าใจ เมื่อเข้าใจแล้ว ก็จะไม่เครียด

วิธีที่ 3 ไม่คาดหวัง แต่พิจารณาความเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่ง

ความเครียดอย่างหนึ่งมักเกิดจากความหวัง เป็นธรรมดาที่มนุษย์ทำอะไรมักหวังผลตอบแทน เมื่อลงทุนก็หวังผลกำไร ไม่มีใครหวังขาดทุน แม้ทำบุญยังหวังผลบุญ เมื่อหวังจึงมีทั้งสมหวังและผิดหวัง สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า จึงทรงสอนให้คนรู้จักหลักความจริง 3 ข้อ คือ ความเปลี่ยนแปลงความอดทนอยู่ในสภาพเดิมไม่ได้ และความที่เราไม่อาจยึดสิ่งใด ๆ ไว้ในอำนาจได้ตลอดไป หรือที่รู้จักกันในวงการชาวพุทธว่า “อนิจจัง ทุกขัง อนัตตา” อันเป็นหลักธรรมใหญ่ที่สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงค้นพบ ว่าเป็นลักษณะที่ใช้ได้กับสรรพสิ่งในจักรวาล ซึ่งมีความสำคัญมากต่อการคลายเครียด หรือกำจัดความเครียด นั่นคือ หมั่นพิจารณาสรรพสิ่งที่เราเผชิญว่า “สรรพสิ่งล้วนเกิดขึ้น ตั้งอยู่ ดับไป” เป็นธรรมดาของธรรมชาติ

วิธีที่ 4 เปิดประตูรับรู้ให้เป็นเวลา

โลกยุคเทคโนโลยี ทำให้มนุษย์ตั้งแต่เด็กจนถึงผู้ใหญ่ ไม่มีเวลาพักผ่อนที่แท้จริง ไม่ได้พักผ่อนกับธรรมชาติ เช่น ทะเล ภูเขา หรือตามประสาพ่อแม่ หากแต่พักผ่อนกับเกมส์ อยู่กับเทคโนโลยี บางทีกลับเครียดหนักมากกว่าเดิมหลายเท่า บางครั้งถึงเวลานอนแต่กับไม่ได้นอน ไปนอนเวลาทำงานหรือเวลาเรียน โดยเฉพาะอุปกรณ์ชิ้นใหม่ที่เรียกว่า “Internet” ทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ ต้องหมกมุ่นอยู่กับข้อมูลโดยไม่ได้ความรู้ใด ๆ ดูเหมือนรู้มาก แต่ไม่เข้าใจอะไรเลย ดูเหมือนย่อโลกไว้ในห้องนอน แต่ในความเป็นจริงคือ กำลังหลงโลก หลงทาง สุดท้ายก็ไม่มีปัญญาจะจัดการกับคนที่มีชีวิตจริง ๆ ได้ โลกยิ่งทันสมัยดูเหมือนมนุษย์อยู่ไกลจากความจริง เพราะฉะนั้นจำเป็นต้องอยู่กับความจริง ถ้าเผชิญกับความจริงของชีวิต จึงจะพบความจริง ความจริงเท่านั้นที่ทำให้มนุษย์มีปัญญาอันงดงาม สดใสและเฉียบคมได้ ดังที่องค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้าทรงสอนให้รู้จักผัสสะ คือรสชาติแห่งการรับสัมผัสทาง ตา หู จมูก ลิ้น กาย ใจ ไม่หลง และที่สำคัญคือ การมีสติปิด-เปิด เมื่อถึงเวลาอันเหมาะสม เหมือนกับใช้โทรศัพท์มือถือ ต้องรู้จักปิดเมื่อขับขี่ยานพาหนะ ต้องรู้จักปิดเมื่ออยู่ในที่ประชุม หรือชุมชน หรือเวลานอน เป็นต้น

วิธีที่ 5 คนส่วนมากเครียดเรื่องคนอื่น ไม่ใช่ของเรา

ยิ่งโลกทันสมัยเท่าใด คำพูดของคนก็ยิ่งนำความทุกข์มาให้ง่ายเท่านั้น โดยธรรมชาติ คนเรามักเป็นทุกข์เพราะเรื่องคนอื่น เรื่องของตนมีน้อย เช่น นำเรื่องนอกบ้านมาถกเถียงในบ้าน กระทั่งเกิดการทะเลาะวิวาท ทั้ง ๆ ที่ตนไม่ได้ประโยชน์อะไร เพียงแต่ต่อสู้เอาชนะกันทางทีฐิมานะ หรือเหตุผลเท่านั้น มองดูอาจเป็น การแสดงภูมิปัญญา แต่บางครั้ง เราต้องรู้เท่าทันว่า เรื่องของคนอื่นที่ไม่ใช่เรื่องของตัวเอง เราควรทิ้งไว้นอกประตูบ้าน ไม่นำขยะความคิดใด ๆ เข้าบ้านของเรา การนำไฟน้อออก นำไฟน้อเข้ามาบ้าน คือปัญหาที่สังคมแก้ไม่ตก บ้านใดร้อนใด ครอบครัวยใด ฉลาดเรื่องไฟ ก็จะไม่ถูกไฟเผาไหม้ให้ร้อนรน

วิธีที่ 6 ฝึกแผ่เมตตา นึกถึงกฎแห่งกรรมมากกว่ากฎหมาย

เมื่อมนุษย์มีความเครียดควรนึกถึงกฎแห่งกรรมที่อำนาจยิ่งใหญ่กว่ากฎหมาย ปัญหาบางอย่างแก้ด้วยกฎหมายไม่ได้ แต่แก้ด้วยกาลเวลาได้ นั่นคือการปล่อยวางให้กฎแห่งธรรมชาติจัดการปัญหานั้น นั่นหมายความว่า ได้พยายามแก้ไขเต็มสติปัญญาแล้ว แต่แก้ไขไม่ได้ ฉะนั้น ไม่จำเป็นต้องเครียดกับปัญหาที่แก้ไขไม่ได้ ทุกอย่างมีเหตุผลในตัวเสมอ ต้องยอมรับกฎเกณฑ์แห่งกาลเวลาที่จะช่วยแก้ปัญหาทุกอย่างได้

วิธีที่ 7 นึกถึงธรรมชาติที่เหมือนกันของสัตว์ทั้งหลาย

เป็นวิธีการจัดการความเครียดขั้นสุดท้าย นั่นคือ การมองให้เห็นความจริงเสมอกันระหว่างสัตว์ทั้งหลาย รวมทั้งคนอื่นและตัวเราเองว่า ต้องเผชิญความลำบากในสังสารวัฏเหมือนกันคือ ต้องอยู่ในครรภ์ ต้องกินอาหาร ต้องดูแลชั้น 5 ต้องถูกโรคภัยเบียดเบียน

ต้องแก่ ต้องเจ็บ และสุดท้าย “สัตว์ทั้งหลายต้องตาย” ทุกคนต้องตาย ความตายเป็นปลายทางชีวิตเหมือนกันหมด ไม่ว่าผู้หนึ่งจะยากดี มีเงินอย่างไรก็ไม่แตกต่างอะไรกัน

สรุป ความเครียด หมายถึง ภาวะของความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับจิตใจ เมื่อเผชิญกับเหตุการณ์ที่ถูกกดดันต่าง ๆ จนทำให้เกิดความไม่สบายใจ วิตกกังวล และพลอยทำให้ร่างกายผิดปกติไปด้วย เมื่อเกิดความเครียดขึ้นแล้ว ควรหาวิธีการจัดการกับความเครียดให้ถูกต้องและเหมาะสม เช่น หาสาเหตุของความเครียด หางานอดิเรกที่ชอบทำ ทำสมาธิเพื่อให้เกิดความสงบในใจ และปรึกษาผู้เชี่ยวชาญทางจิต

การรับรู้ถึงภาวะความเครียดและวิธีการจัดการความเครียดจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อพระสงฆ์ ในการนำประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้ร่างกายเกิดความสมดุล มีความสุขกาย สบายใจและยังสามารถ ช่วยให้คำปรึกษาและเป็นที่ยึดเหนี่ยวใจแก่บุคคลอื่นได้ด้วย

2.4.2.6 การอนามัยสิ่งแวดล้อม

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2546, น. 1191) สิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ทั้งทางธรรมชาติและสังคมที่อยู่รอบๆมนุษย์ การอนามัยสิ่งแวดล้อม หมายถึง การควบคุมกระบวนการอิทธิพลหรือปัจจัยต่าง ๆ ทั้งทางด้านกายภาพ เคมีและชีวภาพ สังคม และจิตวิทยาทางสังคม รวมทั้งการนำความรู้ทางทฤษฎีและความรู้ ไปปฏิบัติในการประเมิน แก้ไข ควบคุม และป้องกันปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทำหรืออาจจะทำให้เกิดผลเสียทั้งโดยตรงและทางอ้อมต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจในปัจจุบันและอนาคต เพื่อการดำรงชีวิตในของมนุษย์ในสังคมได้อย่างปกติสุข (พัฒนา มูลพฤกษ์, 2546, น. 18-30)

การจัดการหรือควบคุมปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่เป็น หรืออาจเป็นอันตรายต่อการเติบโตและการอยู่รอดของมนุษย์ เพื่อให้มนุษย์มีสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิต ในสังคมได้อย่างมีความสุข

ดังนั้นการอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัดให้สะอาด เป็นกิจวัตรหนึ่งที่พระสงฆ์ควรให้ความสำคัญ เพราะจะทำให้บริเวณวัดสะอาด มีทัศนียภาพที่สวยงาม ปราศจากโรค ยังส่งผลให้สภาวะทางร่างกายและจิตใจของผู้อาศัย และพุทธศาสนิกชนอีกด้วย

2.4.2.7 การสูบบุหรี่

มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย (2539, สุตตันตปิฎก ทีฆนิกาย ปาฏิหารค เล่มที่ 11 หัวข้อที่ 247, น. 202) การสูบบุหรี่ ที่พระพุทธรเจ้าทรงปฏิเสธและไม่ให้เกี่ยวข้อง โดยได้บัญญัติเป็นกฎของพระวินัยไว้ (มหาจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย, 2539, วินัยปิฎก มหาวิภังค์ เล่มที่ 2 หัวข้อที่ 327, น. 465) เพราะบุหรี่ และสารเสพติดที่ทำให้มีนิเมมา เมื่อเสพเข้าไปแล้ว ย่อมทำให้ร่างกายได้รับผลกระทบ เกิดโรค ดังนั้น พระสงฆ์จะต้องปฏิบัติตามพระธรรมวินัยอย่างเคร่งครัด

ทงศ์ศักดิ์ ฐิรพัฒน์, วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์ และ ชุตินา มาลยมาน (2541, น. 2) กล่าวว่า บุหรี่มีสารต่าง ๆ มากกว่า 4,000 ชนิด นอกเหนือจากทาร์และนิโคติน ยังมี ก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (พบได้ในไอเสีรยยนต์) แอมโมเนีย (พบได้ในน้ำยาล้างห้องน้ำ) และ สารอาร์ซีนิก (พบได้ในยาเบื่อหนู) อย่างน้อยในสารเคมี 43 ชนิดในบุหรี่สามารถทำให้เกิดมะเร็งปอด คอ ปาก ภาวะเปัสสาวะ และตับ ควันบุหรี่ทำให้เกิดมะเร็งในส่วนต่าง ๆ ได้มากมาย นฤมล กมลวาทิน และ ปาริชาติ อุทก (3544, น. 21) กล่าวว่า บุหรี่มีสารต่าง ๆ หลายชนิด แต่ที่สำคัญทำให้เกิดการเสพติดคือ สารนิโคติน เป็นสารแอลคาลอยด์ที่มีสารนิโคติน 30 มิลลิกรัม สารเคมีอื่น ๆ ที่ผสมในบุหรี่สามารถทำให้คนตายได้ บุหรี่ธรรมดาตามวหนึ่งจะมีสารนิโคตินอยู่ราว 15-20 มิลลิกรัม ก็คือ จำนวนในบุหรี่ 2 มวนทำให้คนตายได้ในทันที แต่การสูบบุหรี่ติดต่อกการหลายมวนแล้วไม่ตาย ก็เพราะว่ามีสารนิโคตินในควันบุหรี่เป็นส่วนน้อยที่เข้าสู่ร่างกายของผู้สูบ ซึ่งบุหรี่จะออกฤทธิ์กระตุ้นประสาท

กระแสสังคมที่มุ่งสู่การสร้างสิ่งแวดล้อมปลอดควันบุหรี่ ภายใต้พระราชบัญญัติคุ้มครองสุขภาพผู้ไม่สูบบุหรี่ พ.ศ. 2535 ซึ่งมีประกาศกระทรวงสาธารณสุขออกมาอย่างต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการกำหนดและขยายพื้นที่สาธารณะและสถานที่ทำงานให้เป็นเขตปลอดบุหรี่เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ ด้วยเหตุนี้ อุตสาหกรรมยาสูบจึงได้ผลิตยาสูบชนิดไม่มีควันในรูปแบบต่าง ๆ ขึ้น ทั้งนี้เพื่อหลบเลี่ยงปัญหาควันบุหรี่มือสอง อาทิ บุหรี่อิเล็กทรอนิกส์/ บุหรี่ไฟฟ้า ชนิดไม่มีควัน และ Snus (รูปแบบหนึ่งของผลิตภัณฑ์ยาสูบชนิดไม่มีควัน ซึ่งเป็นที่นิยมในต่างประเทศ) เป็นต้น

ผลกระทบ

Stephen Hamann et al. (2005, pp. 95-96) กล่าวว่า การสูบบุหรี่จะก่อให้เกิดผลกระทบหรือปัญหาด้านสุขภาพมากมาย โดยทั่วไปสามารถจำแนกผลกระทบหรือการเจ็บป่วยที่เกิดจากการสูบบุหรี่ได้เป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผลกระทบระยะสั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการและอาการแสดงจากการสูบบุหรี่ และผลกระทบระยะยาว ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคในกลุ่มมะเร็งและกลุ่มโรคเรื้อรังของระบบต่าง ๆ ที่เป็นผลสืบเนื่องจากการสูบบุหรี่ ดังนี้

1) ผลกระทบระยะสั้น

- ประสาทสัมผัสของการรับรู้กลิ่นและรส ทำหน้าที่ได้ลดลง
- แสบตา น้ำตาไหล
- خنอ่อนที่ทำหน้าที่พัดโบกเพื่อกำจัดสิ่งแปลกปลอมภายในหลอดลม เป็นอัมพาต หรือทำงานได้ช้าลง
- ระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในปอดและในกระแสเลือดเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว และความดันโลหิตสูงขึ้น
- มีกรดในกระเพาะอาหารมากขึ้น

- เกิดกลิ่นที่นารังเกียดตามร่างกายและเสื้อผ้า
- ลมหายใจมีกลิ่นเหม็นและมีกลิ่นปาก

2) ผลกระทบระยะยาว

- โรคมะเร็งปอดและมะเร็งส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ได้แก่ กล้องเสียง หลอดลม ลำคอ หลอดอาหารและกระเพาะปัสสาวะ
- โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ และโรคหัวใจขาดเลือด มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการหัวใจวาย
- โรคเลือดสมอง หลอดเลือดส่วนอื่น ๆ ตีบตัน และหลอดเลือดใหญ่ ทรวงอก และช่องท้อง โป่งพอง
- โรคถุงลมโป่งพอง โรคหลอดลมอักเสบเรื้อรัง
- ทำให้สมรรถภาพทางเพศเสื่อมจากการอุดตันของเส้นเลือดขนาดเล็กที่ไปเลี้ยงประสาทที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการแข็งตัวของอวัยวะเพศ
- เกิดอาการเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงแขนและขาตีบตัน อาจจะต้องตัดแขนหรือขาทิ้งได้

เทคนิคการเลิกบุหรี่

1) เมื่อตั้งใจเลิก ให้หาสาเหตุที่ทำให้ตนเองอยากเลิกบุหรี่ให้ได้ เช่น สุขภาพไม่ดี ปัญหาการเงิน บุคลิกภาพไม่ดี ไม่เหมาะสมสำหรับเพศสมณะ ลูกหรือคนที่รักเราขอร้องให้เลิก เป็นต้น

2) วางแผนการเลิกบุหรี่ ดังนี้

2.1 สำรวจตนเองว่าติดบุหรี่หรือไม่ ระดับใด ถ้าหยุดแล้วจะมีอาการทางกาย เช่น หงุดหงิด หัว เครียด กระสับกระส่ายหรือทนนไม่ไหวหรือไม่

2.2 หาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดบุหรี่ให้ได้ เช่น เพราะมีเพื่อนหรือคนสนิทในครอบครัว สูบบุหรี่ เวลาว่าง ๆ ไม่มีอะไรทำมักจะสูบบุหรี่ เวลาหรือสถานที่บางแห่งทำให้ต้องสูบบุหรี่ เช่น หลังตื่นนอน หลังอาหาร อยู่ในที่ส่งเสริมให้สูบบุหรี่ เป็นต้น

2.3 ปรึกษาแพทย์หรือผู้ให้คำปรึกษาเรื่องการเลิกบุหรี่ เพื่อช่วยในการเลิกบุหรี่ได้ง่ายขึ้น ได้แก่ การใช้หมากฝรั่งหรือแผ่นปะนิโคติน เพื่อช่วยลดอาการขาดสาร มีการปฏิเสธถ้าถูกชวนหรือล้อเลียนหาเพื่อนหรือคนในครอบครัวมาร่วมกันเลิกบุหรี่

2.4 กำจัดอุปกรณ์เกี่ยวกับบุหรี่ทิ้งไปให้หมด

2.5 หาวันสำคัญที่คิดว่าจะเป็นวันเลิกบุหรี่ เช่น วันเกิดตนเอง หรือวันที่คิดว่าจะไม่มี ความเครียดจากสิ่งแวดล้อม

3) เลิก

ตั้งใจให้แน่แน่ว ให้กำลังใจตนเองว่า ทำสิ่งที่ถูกต้องแล้ว เลือกรับการเลิกที่เหมาะสมกับตนเอง เช่น หักดิบ หรือค่อย ๆ ลดจำนวนโดยให้เลิกได้หมดในเวลาไม่เกิน 2 สัปดาห์ อาจมีอาการถอน หรืออาการขาดสารนิโคตินในเวลา 2-3 วันแรก ซึ่งมักจะหายไปได้ภายในเวลา 2 สัปดาห์

4) เลิกได้ถาวร

เมื่อผ่านพ้นช่วง 2 สัปดาห์แรกไปได้แล้ว ก็ให้ความภาคภูมิใจในตนเองว่า สามารถเอาชนะช่วงเวลาที่ยากที่สุดของการสูบบุหรี่ไปได้แล้ว แต่อย่าชะลอใจ เพราะอาการอยากสูบบุหรี่อาจกลับมาได้อีก เมื่อไปพบสาเหตุหรือปัจจัยเก่า ๆ ที่ได้พูดไว้ในช่วงการวางแผนเลิกบุหรี่ ต้องพยายามหาวิธีใหม่ ๆ มาต่อสู้กับการแก้ปัญหาหรืออารมณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นให้ได้ในชีวิตประจำวัน คอยบอกคนใกล้ชิดช่วยเตือนหรือเป็นกำลังใจให้ต่อ ๆ ไป

สรุป การสูบบุหรี่ เป็นการนำสารเคมีของบุหรี่ที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเข้าสู่ร่างกาย จนก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งระยะสั้นและระยะยาวต่อตนเองและบุคคลรอบข้าง การที่จะเลิกสูบบุหรี่ได้นั้น ที่สำคัญคือสภาพจิตที่พร้อมจะเลิก โดยอาศัยกระบวนการต่าง ๆ ที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดกระบวนการเลิกบุหรี่ได้อย่างถูกต้องและส่งผลดีต่อสภาพร่างกายและจิตใจ

ในสังคมไทยส่วนใหญ่ พระสงฆ์ในฐานะเป็นผู้นำและเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของประชาชน การสูบบุหรี่สำหรับพระสงฆ์นั้นถือว่าเป็นสิ่งที่ไม่ดี และทำให้เสียภาพลักษณ์พระสงฆ์ เพราะฉะนั้น การลด ละ เลิกสูบบุหรี่ จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนในสังคมต่อไป

2.4.2.8 การรักษาพยาบาลตนเอง

การที่บุคคลสามารถดูแลภาวะสุขภาพของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องใช้ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะที่สั่งสมมาตลอดชีวิต ในการตัดสินใจว่าจะทำอย่างไรในสถานการณ์ที่กำลังคุกคามหรือเผชิญอยู่ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง ถือเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ไม่ได้เกิดจากสัญชาตญาณ หรือปฏิกิริยาสะท้อนของระบบประสาทมนุษย์จะแสวงหาแนวทางที่ดีต่อตนเอง หากได้ผลดีแล้วก็จะขยายความคิดนั้นไปสู่คนอื่นในครอบครัว ชุมชน (เอี่ยมทอง ทองกระจาย, 2533, น. 18) การดูแลสุขภาพตนเองด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาลนั้น บุคคลจะกระทำเมื่อเกิดการรับรู้ว่ามีสิ่งผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตนเองหรือสมาชิกในครอบครัว แต่แต่ละบุคคลจะมีการตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน ตั้งแต่เกิดความตระหนัก และประเมินผลเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งการตัดสินใจที่จะกระทำการใด ๆ เกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นนั้น ตั้งแต่การรักษาด้วยวิธีการของตนเอง

หรือหาคำแนะนำ หรือรักษาจากผู้อื่น ทั้งที่เป็นสามัญชนจากครอบครัว และเครือข่ายทางสังคม ตลอดจนจากบุคลากรทางสาธารณสุข

2.4.2.9 การตรวจสุขภาพประจำปี

ประเสริฐ อัสสันตชัย (2555, น. 1-6) ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับว่า การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคเป็นวิธีการที่จะได้ประสิทธิภาพคุ้มค่าที่สุดในการพยายามให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้ดีกว่าการมุ่งตั้งรับให้การรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นอีกวิธีหนึ่งที่มีกปฏิบัติกันอย่างแพร่หลาย ในเวชปฏิบัติทั่วไป แม้ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าของกระทรวงสาธารณสุขก็ได้รวมการตรวจสุขภาพประจำปีเข้าไว้เป็นหนึ่งในบริการที่รวมอยู่ในงานส่งเสริมสุขภาพด้วย โดยที่ผู้รับบริการสามารถใช้สิทธิ์โดยไม่จำเป็นต้องจ่ายค่าบริการใด ๆ ยังมีประชากรอีกกลุ่มหนึ่งที่เป็นเสาหลักของประเทศ คือ พระสงฆ์ ซึ่งมีลักษณะด้านการดำเนินชีวิตที่อาจแตกต่างจากประชาชนทั่วไป ทำให้เสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพที่แตกต่างไปบ้าง เช่น การต้องฉันอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาต จึงไม่สามารถเลือกอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพได้ตลอดเวลา หรือไม่สามารถเล่นกีฬา เพราะอาจทำให้เกิดภาพลักษณ์ที่ไม่เป็นการสำรวม เป็นต้น การรู้จักประมาณในการบริโภคแต่พอควร การประกอบความเพียรโดยไม่เห็นแก่การนอนมากนัก การเดินจงกรม เป็นบพัญญุติกำกับวิถีชีวิตของพระสงฆ์ ซึ่งมีความสำคัญที่ทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพร่างกายที่ดีแข็งแรงได้

การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคอย่างหนึ่ง เพื่อช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี การป้องกันโรคอาจจำแนกออกได้เป็นหลายระดับ ดังต่อไปนี้

1. การป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิ หมายถึง การป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยทั่วไปมักหมายถึงการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้มีสุขภาพที่ดียาวนานที่สุด เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ การควบคุมอาหาร การทำจิตใจให้ผ่องใส มองโลกในแง่ดีเสมอ การฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่สำคัญ เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก เป็นต้น

2. การป้องกันโรคในระดับทุติยภูมิ หมายถึง การป้องกันการลุกลามของโรคที่เกิดขึ้นแล้ว และกำลังนำไปสู่การเกิดโรคร้ายไข้เจ็บ โดยทั่วไปหมายถึง การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจหาและให้การดูแลรักษาโรครดดังกล่าวแต่ในระยะแรกให้หมดไป หรือสามารถควบคุมให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า กำลังมีโรคความดันโลหิตสูง หรือโรคเบาหวาน หรือภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ หรือโรคมะเร็งในระยะเริ่มแรก ที่ยังไม่ปรากฏชัดเจน ทำให้แพทย์สามารถให้การดูแลรักษา ควบคุมการดำเนินโรครดตั้งแต่ในระยะเริ่มต้นหรือรักษาให้หายขาดได้

3. การป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ หมายถึง การป้องกันความพิการต่าง ๆ หรือภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังจากพระสงฆ์มีอาการอาพาธหรือเกิดโรคชัดเจนแล้ว เพื่อคงความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน หรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว เช่น การป้องกันการแทรกซ้อนหรือความพิการหลังจากที่มีโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ได้แก่ การป้องกันแผลกดทับ การป้องกันการสำลักอาหาร การป้องกันภาวะการรบกวนรสชาติอาหาร การฝึกกายภาพบำบัดหรือการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อให้สามารถเดินได้ด้วยตนเอง

พระสงฆ์มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังต่าง ๆ เมื่ออายุมากขึ้น พบว่าในระบบไหลเวียนโลหิตและโรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยสำคัญ การตรวจสุขภาพประจำปี แพทย์จึงต้องมุ่งไปที่การตรวจเพื่อหาพยาธิสภาพในกลุ่มโรคดังกล่าว ได้แก่

1. การซักประวัติความเจ็บป่วยทั่วไป ประวัติความเจ็บป่วยในอดีตและโรคประจำตัวเรื้อรัง การใช้ยาประจำ ตลอดจนประวัติการสูบบุหรี่ ตัวอย่างการซักประวัติเพื่อชี้บ่งถึงโรคเบาหวาน เช่น ปัสสาวะบ่อย ตื่นน้ำบ่อย น้ำหนักตัวลดโดยไม่ตั้งใจ อ่อนเพลีย เหนื่อยตามัว แผลหายยาก ตัวอย่างการซักประวัติเพื่อชี้บ่งถึงโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน เช่น เจ็บหน้าอก เจ็บแน่น ๆ เหมือนมีของหนักมาทับหน้าอก นานประมาณ 30 วินาทีถึง 15 นาที อาจมีการเจ็บร้าวไปที่แขนด้านในลามไปถึงข้อมือ คาง คือ ทื่อไหล่ มักเจ็บหน้าอกขณะทำงาน ตื่นตื่น โกรธ หรือถูกอากาศเย็น รวมทั้งอาจมีอาการเหนื่อยหอบ ใจสั่น เหงื่อออก เป็นลมหน้ามืด เป็นต้น

2. การตรวจร่างกายทั่วไปทุกระบบ ได้แก่ การวัดสัญญาณชีพ (ความดันโลหิต ชีพจร อัตราการหายใจ อุณหภูมิ) การตรวจระบบหัวใจและปอด ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินอาหาร ระบบกล้ามเนื้อและข้อ ผิวหนัง ระบบประสาท รวมทั้งการชั่งน้ำหนัก การวัดดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบเอว โดยถูกวัดในท่ายืนตรง ไม่มีจีวรปิดบริเวณที่วัด ใช้สายเอวพันรอบเอวผ่านจุดกึ่งกลางระหว่างขอบล่างของชายโครงกับขอบบนของกระดูกเชิงกราน พยายามให้สายวัดขนานกับพื้นและแนบเอวพอดี และวัดขณะหายใจออก

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ โดยสมาคมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคมะเร็ง ได้ออกแนวทางการตรวจสุขภาพในผู้ชายในแต่ละกลุ่มอายุ และในแต่ละเชื้อชาติ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ ในแต่ละกลุ่มอายุและเชื้อชาติที่แตกต่างกันออกไป ในที่นี้จะนำเสนอเฉพาะผู้ชายชาวเอเชีย ดังต่อไปนี้

หัวข้อ/อายุ	อายุ 20-29 ปี	อายุ 30-39 ปี	อายุ 40-49 ปี	อายุ 50-64 ปี	อายุ 65 ปีขึ้นไป
ความดันเลือด	วัดอย่างน้อย ทุก 2 ปี ถ้าความดันเลือด < 120/80 มม.ปรอท	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี
ดัชนีมวลกาย	คำนวณทุกครั้ง ที่มาพบแพทย์	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี
ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด	ตรวจทุก 5 ปี ยกเว้นมีความเสี่ยงจากภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ควรตรวจถี่ขึ้น	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี
ระดับน้ำตาลในเลือด	ไม่ต้องตรวจ ยกเว้นมีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	ตั้งแต่อายุ 45 ปีขึ้นไป ควรตรวจเลือดวัดน้ำตาลทุก 3 ปี	ตรวจเลือดวัดระดับน้ำตาลทุก 3 ปี	ตรวจเลือดวัดระดับน้ำตาลทุก 3 ปี
มะเร็งลำไส้ใหญ่	ไม่ต้องตรวจ ยกเว้นมีความเสี่ยงต่อโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	เหมือนกลุ่มอายุ 20-29 ปี	ควรได้รับการตรวจคัดกรองทุกราย	ควรได้รับการตรวจคัดกรองทุกราย
มะเร็งต่อมลูกหมาก	ไม่ต้องตรวจ	ไม่ต้องตรวจ	ตั้งแต่อายุ 45 ปีขึ้นไปควรได้รับการตรวจโดยเฉพาะมีญาติสายตรงที่เป็นโรคนี	ควรได้รับการตรวจคัดกรองทุกรายโดยปรึกษาแพทย์ถึงวิธีการตรวจ	ควรได้รับการตรวจคัดกรองทุกรายโดยปรึกษาแพทย์ถึงวิธีการตรวจ

สรุป การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการป้องกันโรคต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในร่างกาย โดยใช้รูปแบบในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและระดับตติยภูมิ ทั้งนี้ ยังเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนมีสุขภาพที่ดี สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

สรุปโดยรวม พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ หมายถึงการปฏิบัติกิจกรรมของพระสงฆ์ในแต่ละวัน ซึ่งได้แก่ การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม การขับถ่าย การออกกำลังกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การสูบบุหรี่ การรักษาพยาบาลตนเอง การตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งสามารถจัดหมวดหมู่ออกเป็น ดังนี้ คือ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การขับถ่าย การออกกำลังกายและการนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลและการตรวจสุขภาพประจำปี

จากการดำเนินชีวิตของพระสงฆ์ที่มีความแตกต่างจากประชาชนทั่วไป ไม่ว่าจะเป็นเป็นการได้มาซึ่งอาหาร การฉันอาหาร และการออกกำลังกาย เป็นต้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดหนึ่งต่อการดูแลสุขภาพร่างกายตนเอง เพราะฉะนั้น การตรวจสุขภาพประจำปี จึงเป็นช่องทางหนึ่งที่สำคัญต่อการป้องกัน การแก้ไขและการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ เพื่อให้พระสงฆ์มีสุขภาพร่างกายที่ดี แข็งแรงสมบูรณ์ สามารถปฏิบัติกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมได้อย่างปกติสุข

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาถึง “การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” ซึ่งได้ทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาเพื่อนำมาช่วยในการอธิบายและสนับสนุนในงานวิจัยให้มีความเชื่อถือมากขึ้น ซึ่งงานวิจัยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.5.1 การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ในการศึกษาวิจัยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพเรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ยานนาวา กรุงเทพมหานคร” อาโซ แลเชอ (2555) เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ 5 อ. ตามแนวทางของกองศึกษากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุชาติดา วงศ์สีบชาติ (2554) เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษาวัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามและวัดปากน้ำภาษีเจริญ” พบว่า การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์โดยรวมอยู่ในระดับนาน ๆ ครั้ง ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาเป็นข้อ ๆ พบว่า พระสงฆ์มีการดูแลสุขภาพของตนเองในระดับเป็นประจำ ได้แก่ ใช้ช้อนกลางเมื่อฉันอาหารร่วมกับคนอื่น รองลงมาระดับ

บ่อยครั้ง ได้แก่ ล้างมือฟอกสบู่หลังการรับประทานอาหารและหลังรับประทานอาหาร แปลงฟันวันละ 2 ครั้งเช้า-เย็น เมื่อเจ็บป่วยก็ทำตามแพทย์แนะนำอย่างเคร่งครัด รองลงมาในระดับบางครั้ง ได้แก่ ตรวจสุขภาพประจำปี นอกจากนี้ สกุนตลา แซ่เตียว และคณะ (2555) ยังได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ในเขตเทศบาลนครสงขลา” เป็นการศึกษาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีพฤติกรรมสูงที่สุดคือ ด้านการฉันทาอาหาร รองลงมาคือการแสวงหาการรักษาพยาบาล ส่วนด้านที่มีพฤติกรรมน้อยที่สุด คือด้านการจัดการความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ พระพิพัฒน์ อภิวิฑูโน (2554) เรื่อง “การศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่” พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพอนามัยโดยรวมอยู่ในระดับมากคือ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอบายมุข ด้านอาหาร ด้านอากาศ ด้านอารมณ์และด้านการออกกำลังกาย และยังพบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดแพร่มีการปฏิบัติเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.85 คือ ทำนราดน้ำซักโครก ทำความสะอาดทุกครั้งหลังการใช้ส้วม รองลงมา ทำการทิ้งขยะทุกชนิดในที่รองรับ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมของหมู่บ้าน/ชุมชนในการรักษาสิ่งแวดล้อม ในงานวิจัยทั้ง 4 ที่กล่าวมาแล้วข้างบนนั้นมีความแตกต่างกับงานวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร” พระสุทธิพนธ์ สุทธิวิจิตร (2556) ศึกษาถึงพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับที่มากที่สุด ซึ่งได้แก่ ด้านอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านอารมณ์ ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอากาศ และด้านอบายมุข ซึ่งสอดคล้องกับวิจัยของ พระพิพัฒน์ อภิวิฑูโน (2554) เรื่อง “การศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่” พบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดแพร่มีทัศนคติ และพื้นฐานการรับรู้การดูแลสุขภาพอนามัยในระดับมาก คือ ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ด้านอบายมุข ด้านด้านอาหาร ด้านด้านอากาศ ด้านอารมณ์และด้านการออกกำลังกาย เมื่อพิจารณาด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 1.85 คือ การทำความสะอาดสถานที่ประกอบอาหารทุกครั้งหลังการทำอาหาร การราดน้ำทุกครั้งหลังใช้ห้องน้ำจะช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง การทำความสะอาดวัดและบริเวณวัดเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดโรคและทำลายพาหะนำโรค เช่น หนู แมลงสาบ ยุง ค่าเฉลี่ย 1.89 รองลงมา คือ ขยะที่ทิ้งสะสมไว้จะเป็นแหล่งเชื้อโรค/พาหะนำโรคเกิดโรคอุจจาระร่วง/ภูมิแพ้ การคัดแยกขยะสามารถลดปริมาณขยะและนำมาใช้ใหม่ได้ การกำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกต้องคือ วิธีเผา/ฝัง/ทิ้งในที่รองรับการกำจัดขยะจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และการใช้โพนหรือถุงพลาสติกมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่ย่อยสลาย/เกิดมลพิษ มีงานวิจัยอยู่หลายเรื่องที่ให้ข้อมูลตรงกันว่า การบริโภคอาหารที่มากเกินไปหรืออาหารที่ไม่เป็นประโยชน์ต่อร่างกาย ย่อมก่อให้เกิดโรคต่าง ๆ ตามมาได้ ดังที่ มณฑนา หิรัญประดิษฐ์ (2550) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรม

การรับประทานอาหารของพระภิกษุสงฆ์ในเขตยานนาวา” เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการฉันอาหารของพระสงฆ์ทั้งการรับอาหารจากการบิณฑบาตและรับกิจนิมนต์ พบว่า อาหารประเภทแป้ง พระสงฆ์ฉันข้าวมากที่สุด รองลงมาในจำนวนเท่ากัน คือ ขนมปังและกล้วยเดี่ยว อาหารประเภทเนื้อสัตว์และแทนเนื้อสัตว์ พระสงฆ์ฉันเนื้อหมูและเนื้อวัว รองลงมา คือ ปลา เนื้อไก่ นมและผลิตภัณฑ์จากนม เป็นต้น อาหารประเภทไขมัน พระสงฆ์ฉันอาหารทอดมากที่สุด รองลงมา คือ อาหารประเภทผัด อาหารใส่กะทิ และอาหารที่มีเนื้อสัตว์ติดมัน อาหารประเภทผัก พระสงฆ์ฉันผักสดมากที่สุด รองลงมา คือ ผักผัก ผักต้ม ผักลวก อาหารประเภทผลไม้ พระสงฆ์ฉันผลไม้สดมากที่สุด รองลงมา คือ ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทูเรียน เงาะ ลำไย ผลไม้กระป๋อง และผลไม้แช่อิ่ม น้ำ/เครื่องดื่ม ฉันน้ำเปล่ามากที่สุด รองลงมา คือ น้ำอัดลม ชา กาแฟและน้ำหวาน ขนมและของหวาน ฉันขนมไทยมากที่สุด รองลงมาคือ ขนมเค้ก คุกกี้ โดนัท ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย ของศนิกันต์ ศรีมณี และคณะ (2558) เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์และพฤติกรรมการถวายอาหารของประชาชน เขตภาษีเจริญ” พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของพระภิกษุสงฆ์อยู่ในระดับปานกลาง สามารถอธิบายได้ว่า อาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตส่วนใหญ่เป็นอาหารปรุงสำเร็จรูป เช่น แกงถุง หมูทอด ไก่ทอด แกงกะทิ ทำให้ไม่สามารถเลือกฉันอาหารได้ อีกทั้งอาหารส่วนใหญ่เป็นอาหารคาวประเภทใส่กะทิ มีรสหวาน และอาหารปรุงโดยการทอด อาหารดังกล่าวมีไขมันและคาร์โบไฮเดรตสูง ซึ่งเป็นผลเสียต่อสุขภาพ อาจส่งผลให้เกิดโรคเรื้อรังได้ ยังพบอีกว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์ มีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก คือ พระสงฆ์คิดว่ามีสุขภาพแข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญ นอกจากนี้ อาโซ แลเซอ (2555) ยังได้พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ดังนี้ พระสงฆ์อายุ 20-59 ปี มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการผ่อนคลายความเครียดดีกว่าพระสงฆ์อายุ 60-85 ปี การศึกษาทางโลก พระสงฆ์ที่ได้ศึกษาทางโลก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อมดีกว่า พระสงฆ์ที่ไม่ได้ศึกษาทางโลก การศึกษาทางแผนกบาลี พระสงฆ์ที่ได้เปรียญธรรมมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ด้านการออกกำลังกายดีกว่าพระสงฆ์ที่ไม่ได้เปรียญธรรมและการส่งเสริมสุขภาพ พระสงฆ์ที่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพด้านการฉันอาหาร ด้านออกกำลังกาย ด้านการผ่อนคลายความเครียด และด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อมดีกว่าพระสงฆ์ที่ไม่ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ พระเฉลิมพล อัสวเสมาชัย (2554) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การเสริมสร้างสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตบางซื่อ” เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการมากที่สุด คือ มีสติและรู้ประมาณในการบริโภคที่ใกล้เคียงกันในประเด็นที่ว่า ฉันภัตตาหารเป็นเวลาและใช้ช้อนกลางเมื่อฉันภัตตาหารร่วมกับผู้อื่น รองลงมาคือ ด้านความสามารถในการจัดการความเครียดตรงประเด็นที่ว่า บอกตนเองว่าปัญหา

ทุกอย่างแก้ไขได้กับพยายามหาทางแก้ไขเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น และน้อยที่สุดคือ เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ จะเก็บไว้คนเดียวและให้เวลาเป็นเครื่องเยียวยา ในส่วนภาพรวมที่อยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ ด้านการไม่เสพสิ่งเสพติด คือ เมื่อรู้สึกเครียด ไม่สบายใจจะสูบบุหรี่ เมื่อรู้สึกง่วงนอนหรือเหนื่อยล้า มักจะดื่มชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เช่น กระทิงแดง คารา-บาวแดง เอ็ม 150 เป็นต้น

2.5.2 ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลสุขภาพ

พระครูสุวิธาน พัฒนาบัณฑิต (2557) ศึกษาเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย” เป็นการศึกษาถึงสภาพปัจจุบันปัญหาและความต้องการของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพในจังหวัดขอนแก่น พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ มีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพพืชรัฐบาลนั้น พระสงฆ์ยังไม่เข้าถึงบริการเท่าที่ควร จะเห็นได้จากการเจ็บป่วย พระสงฆ์จะไปซื้อยาฉันทเองหรือไปรักษาที่คลินิกเอกชน จึงสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายส่วนตัว อีกทั้ง การดูแลสุขภาพก็ไม่ต่อเนื่อง แม้แต่การตรวจสุขภาพประจำปีก็ยังไม่ได้รับบริการ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยหลายประการ ทั้งตัวพระสงฆ์เองก็ขาดความรู้ ความตระหนักและความใส่ใจในเรื่องการดูแลสุขภาพ

2.5.3 ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพ

ในส่วนข้อเสนอแนะ จากการวิจัยเกี่ยวข้องเห็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ ให้คณะสงฆ์จัดตั้งศูนย์สุขภาพพระสงฆ์ จัดทำหนังสือคู่มือการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในรูปแบบต่าง ๆ จัดให้มีการอบรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทางกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งการให้ความสำคัญในการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อให้พระสงฆ์มีความสุขกายและใจที่ดี และเป็นตัวอย่างแก่ประชาชนทั่วไป พระเฉลิมพล อัครเสมาชัย (2554) เห็นว่า วัดควรจัดให้พระสงฆ์ได้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ มีการตรวจสุขภาพประจำปี มุ่งเน้นส่งเสริมให้พระสงฆ์ได้ปฏิบัติตามวินัยอย่างเคร่งครัด นอกจากนี้ การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการบริโภคอาหารและสมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของ สุชาติดา วงศ์สีบชาติ (2554) ในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ว่า พระสงฆ์ควรตรวจสุขภาพประจำปี พระสงฆ์ควรศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองในการบริหารร่างกาย เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงเป็นการป้องกันโรคก่อนการรักษา นอกจากนี้ ยังได้เสนอไปยังเจ้าหน้าที่ฝ่ายคณะสงฆ์และฝ่ายสาธารณสุขช่วยร่วมมือกันในการดำเนินงาน ให้ความรู้ และอบรมการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์อย่างถูกต้อง ตลอดถึงการตั้งศูนย์สุขภาพของพระสงฆ์ภายในวัด นอกจากนี้ พระครูสุวิธาน พัฒนาบัณฑิต (2557) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานว่า วัดควรมีการพัฒนาบริการสุขภาพแก่พระสงฆ์และเป็นวัดต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพในเชิงบูรณาการทั้งการแพทย์แนววิถีพุทธ การแพทย์สมัยใหม่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

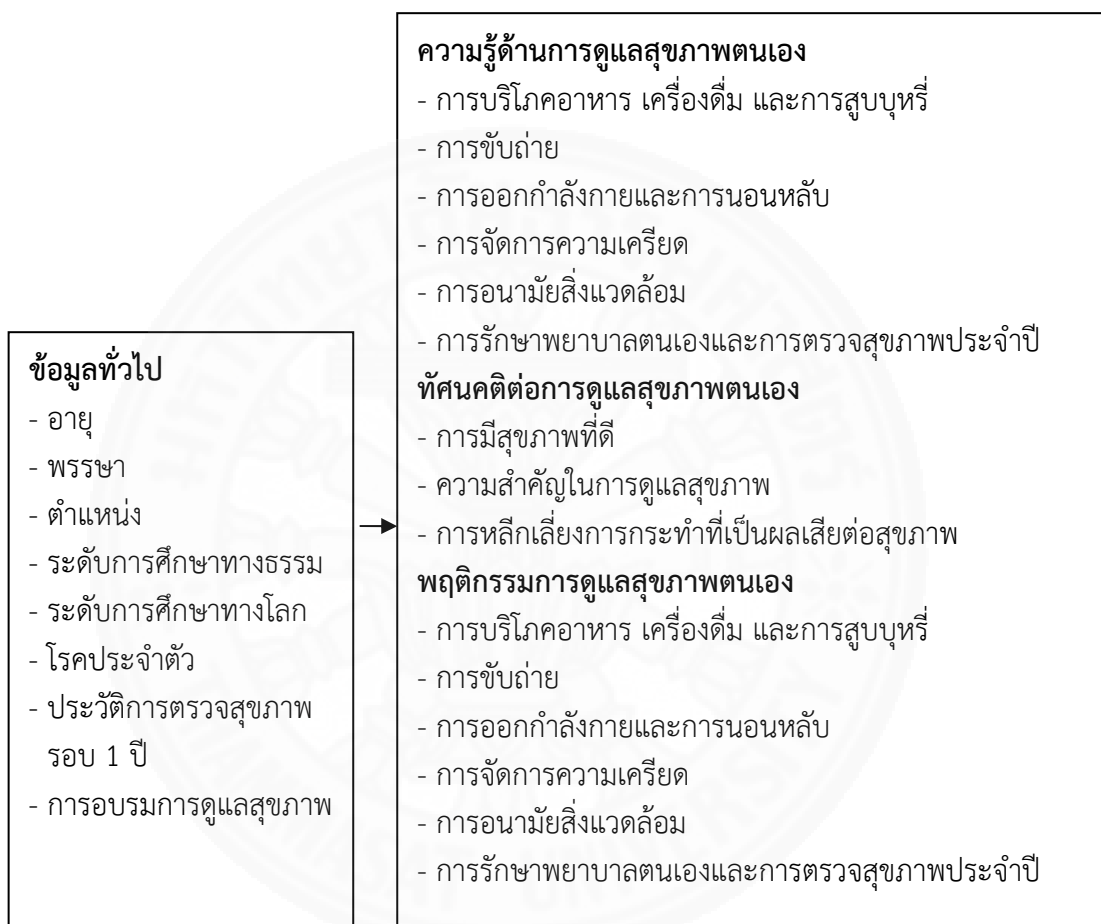
ได้แก่ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองท้องถิ่น ทั้งนี้ ควรพิจารณาอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับพระธรรมวินัย

สรุป จากข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ สามารถแยกเป็นหลาย ประเด็นด้วยกันได้แก่ พระสงฆ์ควรศึกษาหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง พระสงฆ์ควรตรวจ สุขภาพประจำปี องค์การสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ตั้งศูนย์สุขภาพของพระสงฆ์ การจัดกิจกรรมอบรมสุขภาพแก่พระสงฆ์อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการสร้าง วัฒนธรรมแบบในการส่งเสริมสุขภาพ จากประเด็นดังกล่าว สามารถสังเคราะห์ออกเป็น 2 หัวข้อด้วยกัน คือ 1) พระสงฆ์เอง 2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



2.6 กรอบแนวคิดในการศึกษา

จากการที่ได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สามารถสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยได้ดังนี้



บทที่ 3

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง “การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อทำการศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative Research) ที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยผู้ศึกษาได้กำหนดวิธีการวิจัยดังนี้

3.1 วิธีการศึกษา

1. ศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร (Document Study) เป็นการศึกษาจากหนังสือตำรา เอกสาร บทความ วารสารสิ่งพิมพ์ วิทยานิพนธ์ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งข้อมูลจากอินเทอร์เน็ต
2. การศึกษาภาคสนาม (Field Study) เป็นการศึกษาภาคสนามใช้การวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถาม (Questionnaire) จากกลุ่มตัวอย่าง ที่กำหนดแล้วนำมาวิเคราะห์ทางสถิติ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มามีประโยชน์มากที่สุด

3.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรพระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดเขตดุสิต ซึ่งเป็นเขตพื้นที่ที่มีพระสงฆ์อาพาธมากที่สุดในกรุงเทพมหานคร จำนวน 16 วัด มีพระสงฆ์ทั้งหมด 691 รูป โดยใช้ตารางสำเร็จรูปกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2555, น. 145-154) ดังนี้

$$n = \frac{N}{1+N(e)^2}$$

เมื่อ N = ขนาดกลุ่มประชากร จำนวน 691 รูป
 n = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
 e = ความคลาดเคลื่อนขนาดกลุ่มตัวอย่าง 0.05
 แทนด้วย $n = \frac{691}{1+691(0.05)^2}$

$$n = 253.34$$

$$n = 253$$

จากการเทียบตารางการกำหนดกลุ่มประชากร 691 รูป ของ Yamane จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 253 รูป โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3.1

จำนวนวัดและประชากรกลุ่มตัวอย่างในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

ลำดับ	วัด	จำนวน กลุ่มประชากร	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	
			พระผู้บริหารวัด	พระลูกวัด
1	วัดใหม่ทองเสน	78 รูป	4 รูป	12 รูป
2	วัดเบญจมบพิตรดุสิตวนาราม	77 รูป	4 รูป	12 รูป
3	วัดราชาธิวาสวิหาร	70 รูป	4 รูป	12 รูป
4	วัดน้อยนพคุณ	52 รูป	4 รูป	12 รูป
5	วัดธรรมมาภิตาราม	45 รูป	4 รูป	12 รูป
6	วัดเทวราชกุญชร	42 รูป	4 รูป	12 รูป
7	วัดโบสถ์	41 รูป	4 รูป	12 รูป
8	วัดสุคันธาราม	41 รูป	4 รูป	12 รูป
9	วัดอัมพวัน	40 รูป	4 รูป	12 รูป
10	วัดประสาธตบุญญาวาส	34 รูป	4 รูป	12 รูป
11	วัดสวัสดีวารีสมาราม	33 รูป	4 รูป	12 รูป
12	วัดราชผาติการาม	32 รูป	4 รูป	12 รูป
13	วัดแก้วฟ้าจุฬามณี	29 รูป	4 รูป	12 รูป
14	วัดจอมสุदारาม	27 รูป	4 รูป	11 รูป
15	วัดจันทรสโมสร	25 รูป	4 รูป	11 รูป
16	วัดประหารระปือธรรม	25 รูป	4 รูป	11 รูป
รวม		691 รูป	253 รูป	

3.3 หลักเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ จากพระสงฆ์ที่จำพรรษา ในเขต ดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 16 วัด

- คุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ มีดังนี้

1. พระสงฆ์ในตำแหน่งผู้บริหารวัดและพระสงฆ์ในฐานะสมาชิกพระลูกวัดที่จำพรรษา ในวัดใหม่ทองเสน วัดเบญจมบพิตรดุสิตวนาราม วัดราชาธิวาสวิหาร วัดน้อยนพคุณ วัดธรรมมาภิตาราม วัดเทวราชกุญชร วัดโบสถ์ วัดสุคันธาราม วัดอัมพวัน วัดประสาทรบุญญาวาส วัดสวัสด์วารีสีมาราม วัดราชผาติการาม วัดแก้วฟ้าจุฬามณี วัดจอมสุदारาม วัดจันทรมโสสร วัดประหาระปือธรรม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 16 วัด

2. ยินยอมและเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

3.4 หลักเกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่พระสงฆ์ในตำแหน่งผู้บริหารวัดและพระสงฆ์ในฐานะสมาชิกพระลูกวัดที่จำพรรษาในวัดใหม่ทองเสน วัดเบญจมบพิตรดุสิตวนาราม วัดราชาธิวาสวิหาร วัดน้อยนพคุณ วัดธรรมมาภิตาราม วัดเทวราชกุญชร วัดโบสถ์ วัดสุคันธาราม วัดอัมพวัน วัดประสาทรบุญญาวาส วัดสวัสด์วารีสีมาราม วัดราชผาติการาม วัดแก้วฟ้าจุฬามณี วัดจอมสุदारาม วัดจันทรมโสสร วัดประหาระปือธรรม เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

2. กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลหลักมีความประสงค์ไม่ยินยอมในการให้ข้อมูลหรือ ขอลถอนตัว

3. กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการหยุดการให้ข้อมูล

3.5 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งวัดความรู้ ทักษะคติ พฤติกรรมต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ผู้ศึกษาได้ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลจากภาคสนามที่มีลักษณะคำถามปลายปิด และปลายเปิด โดยเลือกตอบแบบ Check List แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษาประกอบด้วยคำถามจำนวน 8 ข้อ คือ อายุ พรรษา ตำแหน่ง ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก โรคประจำตัว ประวัติการตรวจ

สุขภาพรอบ 1 ปี การอบรม การดูแลสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง และเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ คือ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การขยับถ่าย การออกกำลังกายและการนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพ ประจำปี ลักษณะข้อคำถามในลักษณะถูก ผิด ข้อที่ตอบถูกมี 1 คะแนน ข้อที่ตอบผิดมี 0 คะแนน ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตารางที่ตรงกับความรู้ของผู้ตอบ โดยกำหนดเกณฑ์ในการให้คะแนนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ คือ การมีสุขภาพที่ดีมีความสำคัญในการดูแลสุขภาพ การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยใช้วิธีการ Rating Scale ของ Likert โดยให้คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางที่ตรงกับทัศนคติของผู้ตอบ ดังนี้

ข้อคำถามเชิงบวก		ข้อคำถามเชิงลบ	
คำตอบ	ระดับคะแนน	คำตอบ	ระดับคะแนน
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1
เห็นด้วย	4	ไม่เห็นด้วย	2
ไม่แน่ใจ	3	ไม่แน่ใจ	3
ไม่เห็นด้วย	2	เห็นด้วย	4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	5

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ คือ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การขยับถ่าย การออกกำลังกายและการนอนหลับ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพ ประจำปี โดยใช้วิธีการ Rating Scale ของ Likert โดยให้คะแนน ลักษณะข้อคำถามเป็นการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในตารางที่ตรงกับพฤติกรรมของผู้ตอบ ดังนี้

- ปฏิบัติสม่ำเสมอ ให้ 5 คะแนน คือ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอทุกวัน

- ปฏิบัติบ่อยครั้ง ให้ 4 คะแนน คือ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ 3-4 ครั้ง ต่อสัปดาห์

- ปฏิบัติบางครั้ง ให้ 3 คะแนน คือ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ 1-2 ครั้ง ต่อสัปดาห์

- ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ให้ 2 คะแนน คือ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เดือนละครั้ง

- ไม่ปฏิบัติหรือน้อยครั้งให้ 1 คะแนน คือ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ 2-3

เดือนต่อครั้ง

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ลักษณะคำถามปลายเปิดในระดับบุคคลและระดับส่วนรวม

3.6 การทดสอบแบบสอบถาม

ผู้ศึกษาได้สร้างเครื่องมือแบบสอบถาม จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

1. การทดสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำแบบสอบถามที่จัดทำขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ได้แก่

ดร.มาตี ลีมสกุล	ประธานกรรมการวิทยานิพนธ์
รองศาสตราจารย์ เล็ก สมบัติ	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
รองศาสตราจารย์ อภิญา เวชชัย	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา (Content) ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ที่ศึกษาวิจัย และนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงเครื่องมือ เพื่อใช้ในการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่าง

2. การหาค่าความเชื่อถือได้ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการแนะนำและการแก้ไข จากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว นำไปสอบถาม (Try out) กับพระสงฆ์ ที่จำพรรษาในวัด เขตบางกะปิ จำนวน 30 รูป จากนั้น จึงนำแบบสอบถามไปตรวจสอบหาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Alpha Coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ซึ่งในภาพรวมวัดความเชื่อมั่นได้ 0.746 มีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

3. นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมและสมบูรณ์ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริงกับกลุ่มตัวอย่างต่อไป

3.7 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลในครั้งนี้มีกระบวนการ ดังนี้

1. ศึกษาหนังสือปฏิทินศาสนา ประจำปี 2560 เพื่อศึกษาค้นหาวัดและเบอร์โทรติดต่อผู้บริหารวัด ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

2. ติดต่อประสานงานกับผู้บริหารวัด เพื่อขอข้อมูลจำนวนพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่จริงในวัดเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร รวมทั้งหมด 16 วัด และได้ทราบทราบบกับผู้บริหารวัด เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลกับพระสงฆ์ภายในวัด

3. นำแบบสอบถามที่ผ่านทดลองใช้ (Pre-test) และปรับปรุงแก้ไขจากอาจารย์ที่ปรึกษาสมบูรณ์แล้ว จึงนำไปสอบถามและเก็บข้อมูลกับผู้บริหารวัด และพระลูกวัด ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 16 วัด มีพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 253 รูป ผ่านการชี้แจงรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ลงเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง และรับแบบสอบถามกลับคืนด้วยตนเอง สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 242 คิดเป็นร้อยละ 95.6

3.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลโดยการนำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมาประมวลผล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อทำการวิจัยทางสังคมศาสตร์ (Statistical Package for the Social Science or SPSS) โดยสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ วิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percentage)

การกำหนดคะแนนความรู้ จัดเกณฑ์วัดความรู้ด้านการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ไว้ดังนี้

ระดับความรู้	ระดับคะแนน
ระดับรู้น้อย	0-22
ระดับรู้น้อยมาก	23-27

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ วิเคราะห์ด้วยวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ในการอธิบายค่ากลางของคะแนนทั้งหมดและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สำหรับการกระจายของข้อมูลน้ำหนักคำตอบในแต่ละข้อและกำหนดแปลความหมายค่าเฉลี่ย

การกำหนดค่าเฉลี่ยจากคะแนนทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ที่ใช้เป็นเกณฑ์คำนวณและแปลความหมายในการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งระดับจากช่วงคะแนนตามค่าอันตรภาคชั้นจากสูตรคำนวณ

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

จากกำหนดหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแบ่งเป็นระดับและแปรความหมาย
ดังนี้

4.21-5.00	หมายถึง	มากที่สุด
3.41-4.20	หมายถึง	มาก
2.61-3.40	หมายถึง	ปานกลาง
1.81-2.60	หมายถึง	น้อย
1.00-1.80	หมายถึง	น้อยที่สุด

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ วิเคราะห์ด้วยวิเคราะห์โดยหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ในการอธิบายค่ากลางของคะแนนทั้งหมด และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ใช้สำหรับการกระจายของน้ำหนักคำตอบในแต่ละข้อและกำหนดเกณฑ์แปรความหมายค่าเฉลี่ย

การกำหนดค่าเฉลี่ยจากคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ที่ใช้เป็นเกณฑ์คำนวณ ในการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งระดับจากช่วงคะแนนตามค่าอันตรภาคชั้นจากสูตรคำนวณ

$$\frac{\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}} = \frac{5 - 1}{5} = 0.80$$

จากกำหนดหลักเกณฑ์ดังกล่าว สามารถแบ่งเป็นระดับและแปรความหมายของระดับคะแนน ดังนี้

- ข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมเชิงบวก
 - 4.21-5.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมากที่สุด
 - 3.41-4.20 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับมาก
 - 2.61-3.40 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง
 - 1.81-2.60 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อย
 - 1.00-1.80 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อยที่สุด

- ข้อคำถามที่เป็นพฤติกรรมเชิงลบ
 - 4.21-5.00 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง
อยู่ในระดับน้อยที่สุด
 - 3.41-4.20 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง
อยู่ในระดับน้อย
 - 2.61-3.40 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง
อยู่ในระดับปานกลาง
 - 1.81-2.60 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง
อยู่ในระดับมาก
 - 1.00-1.80 หมายถึง ระดับพฤติกรรมของพระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเอง
อยู่ในระดับมากที่สุด
- ศึกษาความแตกต่างระหว่างตัวแปรต้น คือ อายุ พรรษา ตำแหน่ง
ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก โรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี
การอบรม การดูแลสุขภาพ กับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ
ค่าไคสแควร์ (Chi-square) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร 2 ตัวแปร คำนัยความสำคัญทางสถิติ
Chi-square อยู่ที่ 0.5
- ศึกษาความแตกต่างระหว่างตัวแปรต้น คือ อายุ พรรษา ตำแหน่ง
ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก โรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี
การอบรม การดูแลสุขภาพกับ ทักษะคิดและพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ วิเคราะห์
โดยใช้สถิติ t-test เพื่อทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ย ของตัวแปรจำแนก 2 กลุ่ม และ F-test เพื่อ
ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของตัวแปรจำแนกที่มากกว่า 2 กลุ่ม คำนัยสำคัญทางสถิติของ t-test
และ F-test อยู่ที่ 0.05

3.9 จริยธรรมในการศึกษา

ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นพื้นที่มีพระสงฆ์อาพาธมากที่สุดในกรุงเทพมหานคร เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิ เคารพสิทธิ มนุษยชนและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้เข้าร่วมวิจัย ผู้ศึกษาได้คำนึงถึงหลักจริยธรรมในกระบวนการศึกษาครั้งนี้ คือ

1. ติดต่อประสานงานกับพระสงฆ์ในตำแหน่งผู้บริหารวัด และจัดทำหนังสือเพื่อขอ
อนุญาตเก็บข้อมูลกับพระสงฆ์ภายในวัด โดยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากภายในวัด

จากคณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทาลัยธรรมศาสตร์ ภายในวันที่ 4-12 พฤษภาคม พ.ศ. 2560 ผู้ศึกษาได้ชี้แจงรายละเอียดอย่างชัดเจนถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ที่จะได้รับ รวมถึงการให้สิทธิในการปฏิเสธ และการอนุญาตแก่ผู้เข้าร่วมวิจัยในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ได้ตลอดเวลา

2. ไม่มีการระบุชื่อตัวบุคคล และอัตลักษณ์ของบุคคลในแบบสอบถาม จะเก็บข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยเป็นความลับ หากต้องเปิดเผยข้อมูลของผู้เข้าร่วมวิจัยในสถานที่ทั่วไปจะต้องรับอนุญาตเสียก่อน และจะเปิดเผยข้อมูลได้ในบทสรุปผลการวิจัย สามารถเปิดเผยข้อมูลได้เฉพาะกรณีที่เป็นทางวิชาการเท่านั้น

3. เอกสารหลักฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัย หลังจากแปรผลและอภิปรายผลในการศึกษาเสร็จสมบูรณ์แล้ว จะถูกทำลายด้วยเครื่องทำลายเอกสารทันที

3.10 การเสนอข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณ ซึ่งเป็นข้อมูลทางสถิติ โดยเครื่องมือแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยผู้ศึกษาจะนำเสนอข้อมูลในลักษณะเชิงพรรณนาทางสถิติ ในรูปแบบของตาราง

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาเรื่อง “การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” จากกลุ่มตัวอย่างข้อมูลที่เก็บรวบรวมจากพระสงฆ์ ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวนรวมทั้งหมด 242 รูป ที่นำมาใช้ประมวลผลและวิเคราะห์ทางสถิติ โดยแบ่งผลการศึกษาเป็น 2 ตอน ตามลำดับดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษา

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์

4.1.2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

4.1.3 ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

4.1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

4.1.5 ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

4.1.6 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร

4.2 การอภิปรายผลการศึกษา

4.1 ผลการศึกษา

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์

ศึกษาข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างผู้ตอบแบบสอบถามสำหรับการศึกษาคั้งนี้ เกี่ยวกับ อายุ พรรษา ตำแหน่ง ระดับการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก โรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และการอบรมการดูแลสุขภาพ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.1.1 อายุ พรรษา และตำแหน่ง

ผลการศึกษาด้านอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.9 มีอายุน้อยกว่า 30 ปี รองลงมาคืออายุ 31-40 ปี อายุ 61 ปีขึ้นไป อายุ 41-50 ปี และอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 23.6 ร้อยละ 14.9 ร้อยละ 14.0 และร้อยละ 13.6 ตามลำดับ โดยมีอายุเฉลี่ย 41 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี อายุสูงสุด 83 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 15.855

ผลการศึกษาด้านพรรษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.4 มีพรรษา 1-5 พรรษา รองลงมาคือร้อยละ 23.1 มีพรรษา 21 พรรษา ขึ้นไป และร้อยละ 18.2 มีพรรษา 6-10 พรรษา ร้อยละ 11.2 มีพรรษา 11-15 พรรษา และร้อยละ 11.2 เท่ากัน มีพรรษา 16-20 พรรษา โดยมีพรรษาเฉลี่ย 14 พรรษา พรรษาต่ำสุด 1 พรรษา พรรษาสูงสุด 64 พรรษา ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 12.987

ผลการศึกษาด้านตำแหน่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนมาก ร้อยละ 83.1 เป็นพระลูกวัดมีพระสงฆ์ที่เป็นผู้บริหาร ได้แก่ เจ้าอาวาส รองเจ้าอาวาส ผู้ช่วยเจ้าอาวาส และเลขานุการ เจ้าอาวาส รวมกันร้อยละ 16.9 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์เกี่ยวกับอายุ พรรษาและตำแหน่ง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
น้อยกว่า 30 ปี	82	33.9
31-40 ปี	57	23.6
41-50 ปี	34	14.0
51-60 ปี	33	13.6
61 ปี ขึ้นไป	36	14.9
รวม	242	100.0
พรรษา		
1-5 พรรษา	88	36.4
6-10 พรรษา	44	18.2
11-15 พรรษา	27	11.2
16-20 พรรษา	27	11.2
21 พรรษา ขึ้นไป	56	23.1
รวม	242	100.0
ตำแหน่ง		
เจ้าอาวาส	8	3.3
รองเจ้าอาวาส	1	0.4
ผู้ช่วยเจ้าอาวาส	24	9.9
เลขานุการเจ้าอาวาส	8	3.3
พระลูกวัด	201	83.1
รวม	242	100.0

4.1.1.2 ระดับการศึกษาทางธรรม และระดับการศึกษาทางโลก

ผลการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.4 มีระดับการศึกษา นักธรรมชั้นเอก รองลงมาร้อยละ 16.9 มีระดับการศึกษา นักธรรมชั้นตรี และร้อยละ 13.2 มีระดับการศึกษา นักธรรมชั้นโท และกลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 92.6 ได้นักธรรม มีร้อยละ 7.4 ที่ไม่ได้นักธรรม

การศึกษาทางธรรม แผนกบาลี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 55.0 ที่ไม่ได้เป็นเปรียญ ร้อยละ 26.9 ประโยค 3-6 รองลงมาร้อยละ 9.9 ประโยค 7-9 และร้อยละ 8.3 ประโยค 1-2 ตามลำดับ

ส่วนการศึกษาทางโลก พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.0 มีการศึกษา ระดับปริญญาตรี รองลงมาร้อยละ 37.2 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 14.0 การศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 9.1 ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 0.8 ระดับปริญญาเอก และร้อยละ 0.8 เท่ากัน ที่ไม่ได้รับการศึกษา (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์เกี่ยวกับระดับการศึกษาทางธรรม และระดับการศึกษาทางโลก

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม		
นักธรรมตรี	41	16.9
นักธรรมโท	32	13.2
นักธรรมเอก	151	62.4
ไม่ได้นักธรรม	18	7.4
รวม	242	100.0

ตารางที่ 4.2

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์เกี่ยวกับระดับการศึกษาทางธรรม และระดับการศึกษาทางโลก (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี		
ประโยค 1-2	20	8.3
ประโยค 3-6	65	26.9
ประโยค 7-9	24	9.9
ไม่เป็นเปรียญธรรม	133	55.0
รวม	242	100.0
ระดับการศึกษาทางโลก		
ไม่ได้รับการศึกษา	2	0.8
ประถมศึกษา	22	9.1
มัธยมศึกษา	90	37.2
ปริญญาตรี	92	38.0
ปริญญาโท	34	14.0
ปริญญาเอก	2	0.8
รวม	242	100.0

4.1.1.3 โรคประจำตัว

กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.8 ไม่มีโรคประจำตัว มีร้อยละ 49.2 ที่มีโรคประจำตัว โรคที่เป็นมากที่สุด ได้แก่ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ร้อยละ 21.5 ร้อยละ 17.4 ร้อยละ 11.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังมีโรคข้อเข่าเสื่อม โรคเก๊าต์ กระดูกสันหลังเสื่อม โรคหัวใจ ไวร้สตับอักเสบ ต่อมลูกหมาก ต้อกระจก โรคไตเรื้อรัง และโรคอื่น ๆ (ระบุโรคอื่น ๆ ได้แก่ ภูมิแพ้ 6 รูป/หอบหืด 4 รูป/กระเพาะ-ทางเดินอาหาร 2 รูป/กรดไหลย้อน 2 รูป/โรคอ้วน 2 รูป/ปวดหลัง 1 รูป/กระดูกทับเส้นประสาทสันหลัง 1 รูป/โลหิตจาง 1 รูป/ไซนัส 1 รูป/ไมเกรน 1 รูป/ผอมน้ำหนักตัวน้อยมาก 1 รูป) (ตารางที่ 4.3)

ตารางที่ 4.3

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์เกี่ยวกับโรคประจำตัว

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	119	49.2
ไม่มีโรคประจำตัว	123	50.8
รวม	242	100.0
โรคประจำตัวที่เป็น		
ความดันโลหิตสูง	42	17.4
เบาหวาน	28	11.6
ไขมันในเลือดสูง	52	21.5
โรคไตเรื้อรัง	3	1.2
โรคหัวใจ	10	4.1
ข้อเข่าเสื่อม	17	7.0
กระดูกสันหลังเสื่อม	11	4.5
ต้อกระจก	8	3.3
ไวรัสตับอักเสบบ	10	4.1
ต่อมลูกหมาก	9	3.7
โรคเก๊าต์	17	7.0
อื่น ๆ	22	9.1

*ระบุโรคประจำตัวที่เป็น ได้มากกว่า 1 รายการ (โรค)

4.1.1.4 ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ

สุขภาพ

พระสงฆ์ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.4 เคยตรวจสุขภาพ ร้อยละ 6.6 ไม่ได้ตรวจสุขภาพเลย โดยที่มีรายการตรวจ ได้แก่ มีการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจระดับความดันโลหิต ตรวจสภาพสายตา ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และตรวจสุขภาพฟันและหูรูด ร้อยละ 86.0 ร้อยละ 83.9 ร้อยละ 76.4 ร้อยละ 72.3 ร้อยละ 67.8 และร้อยละ 64.0 ตามลำดับ ส่วนการตรวจระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและ ปอด และคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ส่วนมากไม่ได้ตรวจ (ตารางที่ 4.4)

ตารางที่ 4.4

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์เกี่ยวกับประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี

ข้อมูลทั่วไป	ตรวจ		ไม่ได้ตรวจ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี	226	93.4	16	6.6	242	100.0
ซึ้น้ำหนัก	208	86.0	34	14.0	242	100.0
วัดส่วนสูง	203	83.9	39	16.1	242	100.0
การตรวจระดับความดันโลหิต	185	76.4	57	23.6	242	100.0
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	164	67.8	78	32.2	242	100.0
การตรวจสุขภาพฟันและหินปูน	155	64.0	87	36.0	242	100.0
การตรวจสภาพสายตา	175	72.3	67	27.7	242	100.0
ระบบทางเดินอาหาร	91	37.6	151	62.4	242	100.0
ระบบหัวใจและปอด	109	45.0	133	55.0	242	100.0
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	79	32.6	163	67.4	242	100.0

4.1.1.5 การเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.8 ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ มีอยู่ร้อยละ 32.2 เคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ (ตารางที่ 4.5)

ตารางที่ 4.5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์เกี่ยวกับการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ		
เคย	78	32.2
ไม่เคย	164	67.8
รวม	242	100.0

กรณีที่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ สาเหตุ คือ ไม่มีเวลาไปอบรม ร้อยละ 25.0 ไม่มีหน่วยงานเข้ามา ร้อยละ 13.3 และไม่ทราบสถานที่อบรม/ไม่รู้จะอบรมที่ไหน/ไม่มีที่ให้เข้ารับการอบรมและยังไม่มีการจัด/ไม่มีการอบรม/ไม่มีโครงการอบรม ร้อยละ 10.0 เท่ากัน (ตารางที่ 4.6)

ตารางที่ 4.6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์เกี่ยวกับสาเหตุที่ไม่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ

สาเหตุ (ที่ระบุ)	จำนวน	ร้อยละ
ไม่มีเวลา/ไม่มีเวลาไปอบรม	15	25.0
ไม่ค่อยสนใจเรื่องการดูแลสุขภาพ	2	3.3
ไม่ทราบว่ามีการอบรม	1	1.7
สุขภาพดี/แข็งแรง	2	3.3
ไม่ทราบสถานที่อบรม/ไม่รู้จะอบรมที่ไหน/ไม่มีที่ให้เข้ารับการอบรม	6	10.0
ติดปฏิบัติงาน/ติดภารกิจ	4	6.7
ไม่มีการนิมนต์/ไม่มีใครบอก	5	8.3
ติดเรียน/เรียนหนัก	4	6.7
ไม่มีคนแนะนำ	1	1.7
ยังไม่มีการจัด/ไม่มีการอบรม/ไม่มีโครงการอบรม	6	10.0
ไม่ได้เข้า	1	1.7
ไม่มีโอกาส	3	5.0
ไม่มีหน่วยงานเข้ามา	8	13.3
ชราภาพ	1	1.7
อายุมากกว่าที่กำหนด	1	1.7
รวม	60	100.0

ส่วนกรณีที่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ เรื่องที่เคยอบรม การดูแลสุขภาพ ที่สำคัญ ๆ ได้แก่เรื่อง สุขภาพ การดูแลรักษา สุขภาพเบื้องต้น/ทั่วไป เบาหวาน/ ความดัน/การใช้ยา การรับประทานอาหาร ร้อยละ 21.6 ร้อยละ 19.6 ร้อยละ 13.7 ร้อยละ 7.8 ตามลำดับ และอื่น ๆ (ตารางที่ 4.7)

ตารางที่ 4.7

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์เกี่ยวกับเรื่องที่เคยอบรม การดูแลสุขภาพ

เรื่องทีอบรม (ทีระบุ)	จำนวน	ร้อยละ
การรับประทานอาหาร	4	7.8
สุขภาพ การดูแลรักษา	11	21.6
สุขภาพเบื้องต้น/ทั่วไป	10	19.6
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1	2.0
การดูแลสุขภาพและการออกกำลังกายแบบโยคะ	1	2.0
เบาหวาน/ความดัน/การใช้ยา	7	13.7
สงฆ์ไทยไกลโรค	2	3.9
การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	2	3.9
การดูแลสุขภาพพระสงฆ์	2	3.9
บุหรีและผลเสียของการสูบบุหรี	2	3.9
อาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ	1	2.0
น้ำหนัก-อาหาร	1	2.0
ชะลอชราอย่างสะอาด	1	2.0
การสร้างกล้ามเนื้อและกระดูก	1	2.0
ปากและฟัน	1	2.0
โภชนบำบัด	1	2.0
ระบบลำไส้	1	2.0
การดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น	1	2.0
โรคภัยไข้เจ็บของพระสงฆ์	1	2.0
รวม	51	100.0

4.1.2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ

1. การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่
2. การขับถ่าย
3. การออกกำลังกายและการหลับนอน
4. การจัดการความเครียด
5. การอนามัยสิ่งแวดล้อม และ
6. การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี โดยถามประเด็นความรู้แล้วตรวจสอบความถูกต้องว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ถูกต้องหรือไม่มีความรู้ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1.2.1 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีความรู้ ดังนี้ ร้อยละ 96.3 มีความรู้ว่าผลกระทบจากบุหรี่ ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ สมรรถภาพทางเพศเสื่อม รองลงมา ร้อยละ 93.4 มีความรู้ว่าอาหารประเภทผลไม้ จะให้สารอาหารแก่ร่างกาย ได้แก่ วิตามิน และเกลือแร่ต่าง ๆ โยอาหาร ช่วยเรื่องระบบขับถ่าย ดูดซับสารพิษ รวมถึงปริมาณน้ำตาลและไขมันในเลือด ร้อยละ 93.0 มีความรู้ว่าอาหารที่มีรสหวาน เค็มจัด เป็นบ่อเกิดของโรคเบาหวาน ไต ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 92.1 มีความรู้ว่าการบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลที่เกินปริมาณสามารถก่อให้เกิดโรคฟันผุ โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน ร้อยละ 89.7 มีความรู้ว่ามีสารต่าง ๆ มากกว่า 4,000 ชนิด นอกเหนือจากคาร์และนิโคติน ยังมีก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ แอมโมเนีย และสาร อาร์ซีนิก และร้อยละ 74.8 มีความรู้ว่าการเลิกสูบบุหรี่ จะต้องอาศัยกระบวนการบำบัดรักษาตามกระบวนการของแพทย์หรือผู้มีความรู้ เพื่อให้ตนเองเลิกได้ถาวร โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านนี้ 5.40 (ตารางที่ 4.8)

ตารางที่ 4.8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่

ประเด็นความรู้	มีความรู้ (1)	ไม่มีความรู้ (0)	รวม
อาหารที่มีรสหวาน เค็มจัด เป็นบ่อเกิดของโรคเบาหวาน ไต ความดันโลหิตสูง ฯลฯ	93.0 (225)	7.0 (17)	100.0 (242)

ตารางที่ 4.8

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ประเด็นความรู้	มีความรู้ (1)	ไม่มีความรู้ (0)	รวม
อาหารประเภทผลไม้ จะให้สารอาหารแก่ร่างกาย ได้แก่ วิตามิน และเกลือแร่ต่าง ๆ โยอาหาร ช่วยเรื่องระบบขับถ่าย ดูดซับ สารพิษ รวมถึงปริมาณน้ำตาลและไขมันในเลือด	93.4 (226)	6.6 (16)	100.0 (242)
การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลที่เกินปริมาณ สามารถ ก่อให้เกิดโรคฟันผุ โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน	92.1 (223)	7.9 (19)	100.0 (242)
บุหรีมีสารต่าง ๆ มากกว่า 4,000 ชนิด นอกเหนือจากทาร์และ นิโคติน ยังมีก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (พบได้ในไอเสียรถยนต์) แอมโมเนีย (พบได้ในน้ำยาล้างห้องน้ำ) และสารอาร์ซีนิก (พบได้ในยาเบื่อหนู)	89.7 (217)	10.3 (25)	100.0 (242)
ผลกระทบจากบุหรี ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ สมรรถภาพ ทางเพศเสื่อม เป็นต้น	96.3 (233)	3.7 (9)	100.0 (242)
เทคนิคการเลิกสูบบุหรี จะต้องอาศัยกระบวนการบำบัดรักษา ตามกระบวนการของแพทย์หรือผู้มีความรู้ เพื่อให้ตนเองเลิกได้ถาวร	74.8 (181)	25.2 (61)	100.0 (242)

$\bar{X} = 5.40$, S.D. = 0.892, Max = 6.00, Min = 1.00

4.1.2.2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขับถ่าย

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากร้อยละ 96.3 มีความรู้ว่าการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เป็นหนึ่งในกิจวัตรที่จำเป็นต่อร่างกาย เพราะร่างกายจะได้กำจัดของเสียส่วนเกินรวมไปถึงสารพิษ สารตกค้างต่าง ๆ ออกไป รองลงมา ร้อยละ 45.5 มีความรู้ว่าการเกิดโรคท้องผูก ผนังลำไส้อักเสบ ไม่ได้เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีใยอาหาร ปริมาณน้ำที่เพียงพอ ตลอดถึงการขับถ่ายที่เป็นเวลาและร้อยละ 12.8 มีความรู้ว่าการเพาะ ปัสสาวะของวัยหนุ่มสาว ไม่ได้สามารถเก็บปัสสาวะได้ประมาณ 250-350 ซีซี ซึ่งเป็นผลดีต่อ

การขยับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ง่ายในทุกครั้งหลังการขยับถ่าย โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านนี้ 1.54 (ตารางที่ 4.9)

ตารางที่ 4.9

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ เกี่ยวกับการขยับถ่าย

ประเด็นความรู้	มีความรู้ (1)	ไม่มี ความรู้ (0)	รวม
การขยับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เป็นหนึ่งในกิจวัตรที่จำเป็นต่อร่างกาย เพราะร่างกายจะได้กำจัดของเสียส่วนเกินรวมไปถึงสารพิษ สารตกค้างต่าง ๆ ออกไป	96.3 (233)	3.7 (9)	100.0 (242)
กระเพาะปัสสาวะของวัยหนุ่มสาว สามารถเก็บปัสสาวะได้ประมาณ 250-350 ซีซี ซึ่งเป็นผลดีต่อการขยับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ง่ายในทุกครั้งหลังการขยับถ่าย	12.8 (31)	87.2 (211)	100.0 (242)
การเกิดโรคท้องผูก ผั่งลำไส้อักเสบ เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีใยอาหาร ปริมาณน้ำที่เพียงพอ ตลอดถึงการขยับถ่ายที่เป็นเวลา	45.5 (110)	54.5 (132)	100.0 (242)

$\bar{X} = 1.54$, S.D. = 0.651, Max = 3.00, Min = 1.00

4.1.2.3 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการหลับนอน

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการหลับนอน พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีความรู้ด้านนี้ ร้อยละ 97.1 มีความรู้ว่าการนอนหลับเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของมนุษย์ ประมาณ 6-8 ชั่วโมง จึงเพียงพอต่อการพักผ่อนของร่างกาย รองลงมา ร้อยละ 95.0 มีความรู้ว่าการออกกำลังกาย สามารถช่วยให้เลือดลมไหลเวียนได้ดีขณะหลับ ช่วยลดความเหนื่อยล้า ความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจได้ด้วย ร้อยละ 92.6 มีความรู้ว่าการออกกำลังกายสามารถป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคต่างได้เช่น ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน และ ช่วยป้องกันและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ช่วยควบคุมความดันโลหิตสูง ร้อยละ 89.7 มีความรู้ว่าการนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท สามารถทำให้ระบบ

ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เป็นโรคได้ง่าย ตลอดถึงส่งผลกระทบต่อภาวะการทำงานของสมอง อารมณ์และจิตใจ ร้อยละ 85.1 มีความรู้ว่าการออกกำลังกายสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ควรใช้เวลา ประมาณ 30-60 นาทีในแต่ละครั้ง และร้อยละ 67.4 มีความรู้ว่าการนอนหลับในเวลา 23.00- 03.00 น. เป็นการฟื้นฟูร่างกาย ขจัดสารพิษในร่างกาย และสะสมพลังกำลังของร่างกาย โดยมีค่าเฉลี่ย ความรู้ด้านนี้ 5.30 (ตารางที่ 4.10)

ตารางที่ 4.10

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการหลับนอน

ประเด็นความรู้	มีความรู้ (1)	ไม่มีความรู้ (0)	รวม
การออกกำลังกายสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ควรใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีในแต่ละครั้ง	85.1 (206)	14.9 (36)	100.0 (242)
การออกกำลังกายสามารถป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ได้ เช่น ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน และช่วยป้องกันและลดความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ช่วยควบคุมความดันโลหิตสูง	92.6 (224)	7.4 (18)	100.0 (242)
การออกกำลังกาย สามารถช่วยให้เลือดลมไหลเวียนได้ดี ขณะหลับ ช่วยลดความเหนื่อยล้า ความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจได้ด้วย	95.0 (230)	5.0 (12)	100.0 (242)
การนอนหลับเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของมนุษย์ ประมาณ 6-8 ชั่วโมง จึงเพียงพอต่อการพักผ่อนของร่างกาย	97.1 (235)	2.9 (7)	100.0 (242)
การนอนหลับในเวลา 23.00-03.00 น. เป็นการฟื้นฟูร่างกาย ขจัดสารพิษในร่างกาย และสะสมพลังกำลังของร่างกาย	67.4 (163)	32.6 (79)	100.0 (242)
อาการนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท สามารถทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เป็นโรคได้ง่าย ตลอดถึงส่งผลกระทบต่อภาวะการทำงานของสมอง อารมณ์และจิตใจ	89.7 (217)	10.3 (25)	100.0 (242)

$\bar{X} = 5.30$, S.D. = 1.001, Max = 6.00, Min = 1.00

4.1.2.4 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการจัดการ

ความเครียด

ผลการศึกษาคำถามรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก มีความรู้ดังนี้ ร้อยละ 94.2 มีความรู้ว่า การจัดการความเครียดต้องเผชิญกับความจริง โดยอาศัยสติ สมาธิและปัญญาจึงจะสามารถแก้ไขปัญหาคความเครียดได้ รองลงมา ร้อยละ 92.6 มีความรู้ว่า ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร และยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และร้อยละ 85.5 มีความรู้ว่าผลกระทบจากความเครียด ทำให้ความสัมพันธ์ ในวัด ชุมชน สังคมและประเทศชาติ ตึงเครียดและเกิดการทะเลาะวิวาทได้ โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านนี้ 2.723 (ตารางที่ 4.11)

ตารางที่ 4.11

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการจัดการความเครียด

ประเด็นความรู้	มีความรู้ (1)	ไม่มี ความรู้ (0)	รวม
ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร และยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ	92.6 (224)	7.4 (18)	100.0 (242)
ผลกระทบจากความเครียด ทำให้ความสัมพันธ์ในวัด ชุมชน สังคมและประเทศชาติตึงเครียดและเกิดการทะเลาะวิวาทได้	85.5 (207)	14.5 (35)	100.0 (242)
การจัดการความเครียดต้องเผชิญกับความจริง โดยอาศัยสติ สมาธิและปัญญาจึงจะสามารถแก้ไขปัญหาคความเครียดได้	94.2 (228)	5.8 (14)	100.0 (242)

$\bar{X} = 2.72$, S.D. = 0.613, Max = 3.00, Min = 1.00

4.1.2.5 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการอนามัย

สิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษาคำถามรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 94.2 มีความรู้ว่า การอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการป้องกันโรคภัย และอุบัติเหตุที่จะส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของมนุษย์ รองลงมา ร้อยละ 88.8 มีความรู้ว่า การอนามัยสิ่งแวดล้อม คือการจัดการหรือควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อมนุษย์ เพื่อให้เกิดความสมดุลของระบบ

นิเวศน์ และส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีต่อร่างกายและจิตใจ และร้อยละ 8.7 มีความรู้ว่า ขอบเขตการอนามัยสิ่งแวดล้อม ไม่ใช่เป็นการจัดการทำความสะอาดสถานที่อยู่อาศัยให้สะอาด โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านนี้ 1.91 (ตารางที่ 4.12)

ตารางที่ 4.12

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็นความรู้	มีความรู้ (1)	ไม่มี ความรู้ (0)	รวม
การอนามัยสิ่งแวดล้อม คือการจัดการหรือควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อมนุษย์ เพื่อให้เกิดความสมดุลของระบบนิเวศน์ และส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีต่อร่างกายและจิตใจ	88.8 (215)	11.2 (27)	100.0 (242)
ขอบเขตการอนามัยสิ่งแวดล้อม คือการจัดการทำความสะอาดสถานที่อยู่อาศัยให้สะอาด	8.7 (21)	91.3 (221)	100.0 (242)
การอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการป้องกันโรคมัยและอุบัติเหตุที่จะส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์	94.2 (228)	5.8 (14)	100.0 (242)

\bar{X} = 1.91, S.D. = 0.448, Max = 3.00, Min = 1.00

4.1.2.6 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 93.4 มีความรู้ว่า การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคอย่างหนึ่ง เพื่อช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี ร้อยละ 86.8 รู้ว่าหากต้องการตรวจไขมันในเลือด ควรงดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป ร้อยละ 83.5 รู้ว่าการรักษาพยาบาลโรคใดโรคหนึ่ง ต้องอาศัยคนในครอบครัว แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคโดยเฉพาะ จึงสามารถช่วยรักษาได้ ร้อยละ 55.4 รู้ว่าเมื่อมีอาการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลด้วยตนเอง ได้ถือว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด ร้อยละ 54.1 รู้ว่าการซื้อยากินตามร้านขายยาหรือหมอพื้นบ้าน ไม่ได้เป็นการพยาบาลเบื้องต้น ช่วยบรรเทาและทำให้โรคหายได้ในที่สุด และร้อยละ 52.1 การตรวจสุขภาพประจำปี ไม่จำเป็นต้องมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป โดยมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านนี้ 4.25 (ตารางที่ 4.13)

ตารางที่ 4.13

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี

ประเด็นความรู้	มีความรู้ (1)	ไม่มี ความรู้ (0)	รวม
เมื่อมีอาการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลด้วยตนเอง ถือว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด	55.4 (134)	44.6 (108)	100.0 (242)
การซื้อยาจากร้านขายยาหรือหมอพื้นบ้าน เป็นการพยาบาลเบื้องต้น ช่วยบรรเทาและทำให้โรคหายได้ในที่สุด	54.1 (131)	45.9 (111)	100.0 (242)
การรักษาพยาบาลโรคใดโรคหนึ่ง ต้องอาศัยคนในครอบครัว แพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคโดยเฉพาะ จึงสามารถช่วยรักษาได้	83.5 (202)	16.5 (40)	100.0 (242)
การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคอย่างหนึ่ง เพื่อช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี	93.4 (226)	6.6 (16)	100.0 (242)
การตรวจสุขภาพประจำปี จำเป็นต้องมีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป	52.1 (126)	47.9 (116)	100.0 (242)
หากต้องการตรวจไขมันในเลือด ควรตรวจอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป	86.8 (210)	13.2 (32)	100.0 (242)

$\bar{X} = 4.25$, S.D. = 1.248, Max = 6.00, Min = 1.00

4.1.2.7 ภาพรวมระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาระดับความรู้รายด้าน 6 ด้าน เกี่ยวกับ 1. การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ ร้อยละ 86.8 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก ร้อยละ 13.2 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย 2. การขับถ่าย ร้อยละ 47.5 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก ร้อยละ 52.5 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย 3. การออกกำลังกายและการหลับนอน ร้อยละ 83.9 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก ร้อยละ 16.1 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย 4. การจัดการความเครียด ร้อยละ 93.8 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก ร้อยละ 6.2 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย 5. การอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 88.0 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ

ตนเองในระดับมาก ร้อยละ 12.0 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อยและ 6. การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 45.5 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก ร้อยละ 54.5 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย โดยรวม ร้อยละ 67.8 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับน้อย และมีร้อยละ 32.2 ที่มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองในระดับมาก (ตารางที่ 4.14)

ตารางที่ 4.14

ภาพรวมระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ระดับความรู้	มาก	น้อย	รวม
การบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	86.8 (210)	13.2 (32)	100.0 242
การขับถ่าย	47.5 (115)	52.5 (127)	100.0 242
การออกกำลังกายและการนอนหลับ	83.9 (203)	16.1 (39)	100.0 242
การจัดการความเครียด	93.8 (227)	6.2 (15)	100.0 242
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	88.0 (213)	12.0 (29)	100.0 242
การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี	45.5 (110)	54.5 (132)	100.0 242
รวม	32.2 (78)	67.8 (164)	100.0 242

\bar{X} = 21.09, S.D. = 2.645, Max = 26.00, Min = 11.00

4.1.3 ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาที่ศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การมีสุขภาพที่ดี 2. ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และ 3. การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ โดยวัดคำตอบเป็นระดับความคิดเห็น 5 ระดับ มีรายละเอียด ดังนี้

4.1.3.1 ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี

ประกอบด้วยประเด็นที่เป็นความคิดเห็น 4 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ความสนใจในการหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง การดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.9 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 40.9 เห็นด้วย ร้อยละ 5.0 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 0.8 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และร้อยละ 0.4 ไม่เห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.44 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

2. การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น บุคคล วัด ชุมชน ที่รักด้านการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย ทำให้เรียนรู้ นำไปปฏิบัติและมีสุขภาพที่ดีได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50.8 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 40.9 เห็นด้วย ร้อยละ 6.2 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 1.2 ไม่เห็นด้วย และ ร้อยละ 0.8 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.39 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

3. หากผู้บริหารในวัดมีการส่งเสริม การจัดอบรมการดูแลสุขภาพให้แก่ พระสงฆ์อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดีขึ้น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 48.8 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 41.3 เห็นด้วย ร้อยละ 9.1 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 0.4 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 0.4 เท่ากัน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.37 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

4. การจัดอบรมหลักสูตรแก่พระสงฆ์ และวัดที่ต้องการเป็นวัดต้นแบบ ด้านการดูแลสุขภาพ สามารถทำให้พระสงฆ์ในวัดและคนในชุมชนอื่น ๆ มีสุขภาพที่ดีได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.5 เห็นด้วย ร้อยละ 44.6 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 8.3 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 0.8 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 0.8 เท่ากัน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.32 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

เมื่อพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี จากค่าเฉลี่ย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.38 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด แสดงว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดีอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนรายชื่อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.44 ประเด็นความสนใจในการหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น รองลงมามีค่าเฉลี่ย 4.39 ประเด็นการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น บุคคล วัด ชุมชน ที่รักด้านการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ทำให้เรียนรู้ นำไปปฏิบัติและมีสุขภาพที่ดีได้ และค่าเฉลี่ย 4.37 ประเด็นหากผู้บริหารในวัดมีการส่งเสริม การจัดอบรมการดูแลสุขภาพให้แก่พระสงฆ์อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดีขึ้น (ตารางที่ 4.15)

ตารางที่ 4.15

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					\bar{x}	S.D.	การ แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง			
ความสนใจใน การหาความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพ ทำให้มีการเปลี่ยน แปลงการดูแล สุขภาพที่ดีขึ้น	52.9 (128)	40.9 (99)	5.0 (12)	0.4 (1)	0.8 (2)	4.44	0.687	มาก ที่สุด
การอยู่ในสภาพ แวดล้อมที่ดี เช่น บุคคล วัด ชุมชน ที่ รักด้านการดูแล สุขภาพสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย โปร่ง ทำให้ เรียนรู้ นำไปปฏิบัติ และมีสุขภาพที่ดีได้	50.8 (123)	40.9 (99)	6.2 (15)	1.2 (3)	0.8 (2)	4.39	0.734	มาก ที่สุด
หากผู้บริหารในวัด มีการส่งเสริม การจัดอบรม การดูแลสุขภาพ ให้แก่พระสงฆ์อย่าง สม่ำเสมอ จะทำให้พระสงฆ์มี สุขภาพที่ดีขึ้น	48.8 (118)	41.3 (100)	9.1 (22)	0.4 (1)	0.4 (1)	4.37	0.702	มาก ที่สุด

ตารางที่ 4.15

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี (ต่อ)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					\bar{x}	S.D.	การ แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง			
การจัดอบรม หลักสูตรแก่พระสงฆ์ และวัดที่ต้องการเป็น วัดต้นแบบด้าน การดูแลสุขภาพ สามารถทำให้ พระสงฆ์ในวัดและ คนในชุมชนอื่น ๆ มีสุขภาพที่ดีได้	44.6 (108)	45.5 (110)	8.3 (20)	0.8 (2)	0.8 (2)	4.32	0.731	มาก ที่สุด
รวม						4.38	0.571	มาก ที่สุด

4.1.3.2 ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพ

ประกอบด้วยประเด็นที่เป็นความคิดเห็น 4 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การเลือกฉันอาหารและเครื่อง ดื่มน้ำที่พอเหมาะตามความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยเป็นประจำ สามารถทำให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีได้ พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.9 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 38.8 เห็นด้วย ร้อยละ 7.4 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 0.8 ไม่เห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.43 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

2. การทำสมาธิก่อนนอน ช่วยทำให้การนอนหลับได้สนิทและเพียงพอต่อการสร้างพลัง งานแก่ร่างกายและจิตใจได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 53.7 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 36.0 เห็นด้วย ร้อยละ 7.4 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 1.7 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 1.2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.39 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

3. การมีสุขภาพที่ดี ช่วยทำให้ปฏิบัติศาสนกิจปกติ ได้แก่ ไหว้พระสวดมนต์ ศึกษาเล่าเรียนทั้งทางธรรมและทางโลก พัฒนาจิตใจ ปฏิบัติกิจเพื่อสังคมได้อย่างเต็มที่ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 62.0 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 30.6 เห็นด้วย ร้อยละ 6.6 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 0.4 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 0.4 เท่ากัน ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.53 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

4. การมีสุขภาพที่ดี ในฐานะเป็นพระสงฆ์ ทำให้เป็นแบบอย่างที่ดีของการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ด้วยกัน ตลอดถึงประชาชนอีกด้วย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 52.1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 38.0 เห็นด้วย ร้อยละ 7.0 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 2.1 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 0.8 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.38 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

เมื่อพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับเกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพ จากค่าเฉลี่ย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.43 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด แสดงว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับเกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนรายชื่อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.53 ประเด็น การมีสุขภาพที่ดี ช่วยทำให้ปฏิบัติศาสนกิจปกติ ได้แก่ ไหว้พระสวดมนต์ ศึกษาเล่าเรียนทั้งทางธรรมและทางโลก พัฒนาจิตใจ ปฏิบัติกิจเพื่อสังคมได้อย่างเต็มที่ รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 4.43 ประเด็นการเลือกฉันอาหารและเครื่องดื่มที่เหมาะสมตามความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม สัมกับวัยเป็นประจำ สามารถทำให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีได้ และค่าเฉลี่ย 4.39 ประเด็นการทำสมาธิก่อนนอน ช่วยทำให้การนอนหลับได้สนิทและเพียงพอต่อการสร้างพลัง งานแก่ร่างกายและจิตใจได้ (ตารางที่ 4.16)

ตารางที่ 4.16

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพ

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	การ แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง			
การเลือกฉันอาหาร และเครื่องดื่มที่ พอเหมาะตาม ความต้องการของ ร่างกาย การออก กำลังกายที่เหมาะสม กับวัยเป็นประจำ สามารถทำให้มี สุขภาพร่างกายที่ดีได้	52.9 (128)	38.8 (94)	7.4 (18)	0.8 (2)	0.0 (0)	4.43	0.668	มาก ที่สุด
การทำสมาธิก่อนนอน ช่วยให้การนอน หลับได้สนิทและ เพียงพอต่อการสร้าง พลัง งานแก่ร่างกาย และจิตใจได้	53.7 (130)	36.0 (87)	7.4 (18)	1.7 (4)	1.2 (3)	4.39	0.799	มาก ที่สุด
การมีสุขภาพที่ดี ช่วยให้ปฏิบัติ ศาสนกิจปกติ ได้แก่ ไหว้พระสวดมนต์ ศึกษาเล่าเรียนทั้ง ทางธรรมและทางโลก พัฒนาจิตใจ ปฏิบัติ กิจเพื่อสังคมได้ อย่างเต็มที่	62.0 (150)	30.6 (74)	6.6 (16)	0.4 (1)	0.4 (1)	4.53	0.676	มาก ที่สุด

ตารางที่ 4.16

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพ (ต่อ)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	การ แปล ผล
	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง			
การมีสุขภาพที่ดีในฐานะเป็นพระสงฆ์ทำให้เป็นแบบอย่างที่ดีของการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ด้วยกันตลอดถึงประชาชนอีกด้วย	52.1 (126)	38.0 (92)	7.0 (17)	2.1 (5)	0.8 (2)	4.38	0.776	มากที่สุด
รวม						4.43	0.600	มากที่สุด

4.1.3.3 ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

ประกอบด้วยประเด็นที่เป็นความคิดเห็น 4 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

1. เมื่อมีอาหาร ประเภทแป้ง คาร์โบไฮเดรตและ ไม่เป็นประโยชน์สามารถเลือกฉันทานอาหารอื่นได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.5 เห็นด้วย ร้อยละ 33.1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 15.3 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 3.7 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 0.4 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.09 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมาก

2. การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ ทำให้ป้องกันโรคทางเดินอาหารและโรคมะเร็งได้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.0 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 43.4 เห็นด้วย ร้อยละ 8.7 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 2.5 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 0.4 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.30 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

3. เมื่อมีโรคติดต่อ ต้องหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ป่วย และป้องกันตนเองจากการติดต่อเสมอ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.5 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 45.0 เห็นด้วย ร้อยละ 6.2 ไม่แน่ใจ และร้อยละ 3.3 ไม่เห็นด้วย โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.32 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

4. การให้ความ สำคัญในการตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำทุกปี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.8 เห็นด้วย ร้อยละ 42.1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง ร้อยละ 9.9 ไม่แน่ใจ ร้อยละ 2.9 ไม่เห็นด้วย และร้อยละ 1.2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับความคิดเห็น 4.22 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด

เมื่อพิจารณาระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ จากค่าเฉลี่ย พบว่ามีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.23 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด แสดงว่ามีความคิดเห็นเกี่ยวกับเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด

ส่วนรายชื่อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.32 ประเด็น เมื่อมีโรคติดต่อ ต้องหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ป่วย และป้องกันตนเองจากการติดต่อเสมอ รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 4.30 ประเด็นการไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ ทำให้ป้องกันโรคทางเดินอาหารและโรคมะเร็งได้ และค่าเฉลี่ย 4.22 ประเด็นการให้ความ สำคัญในการตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำทุกปี (ตารางที่ 4.17)

ตารางที่ 4.17

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					\bar{x}	S.D.	การแปลผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			
เมื่อมีอาหารประเภท แป้ง คาร์โบไฮเดรต และไม่เป็นประโยชน์ สามารถ เลือกฉันอาหารอื่นได้	33.1 (80)	47.5 (115)	15.3 (37)	3.7 (9)	0.4 (1)	4.09	0.815	มาก

ตารางที่ 4.17

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ (ต่อ)

ประเด็น	ระดับความคิดเห็น					\bar{X}	S.D.	การแปลผล
	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง			
การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ ทำให้ป้องกันโรคทางเดินอาหารและโรคมะเร็งได้	45.0 (109)	43.4 (105)	8.7 (21)	2.5 (6)	0.4 (1)	4.30	0.765	มากที่สุด
เมื่อมีโรคติดต่อ ต้องหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ป่วยและป้องกันตนเองจากการติดต่อเสมอ	45.5 (110)	45.0 (109)	6.2 (15)	3.3 (8)	0.0 (0)	4.32	0.738	มากที่สุด
การให้ความสำคัญในการตรวจสอบสุขภาพเป็นประจำทุกปี	42.1 (102)	43.8 (106)	9.9 (24)	2.9 (7)	1.2 (3)	4.22	0.836	มากที่สุด
รวม						4.23	0.597	มากที่สุด

4.1.3.4 ภาพรวมระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 4.35 คะแนนจัดอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด แสดงว่า ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์โดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ รายด้าน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.43 เกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพ รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 4.38 เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี และค่าเฉลี่ย 4.23 เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ (ตารางที่ 4.18)

ตารางที่ 4.18

ภาพรวมระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ประเด็นความคิดเห็น	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การมีสุขภาพที่ดี	4.38	0.571	มากที่สุด
ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ	4.43	0.600	มากที่สุด
การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	4.23	0.597	มากที่สุด
รวม	4.35	0.501	มากที่สุด

4.1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ 2. การขับถ่าย 3. การออกกำลังกายและการนอนหลับ 4. การจัดการความเครียด 5. การอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 6. การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี รายละเอียด ดังนี้

4.1.4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่

ประกอบด้วย ประเด็นที่เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 9 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ฉันทาหารครบ 5 หมู่และตรงตามเวลาในแต่ละวัน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 37.2 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 27.3 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 26.4 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 7.4 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 1.7 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.69 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

2. ฉันทาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า อาหารกระป๋อง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.9 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 30.2 ปฏิบัตินานๆครั้ง ร้อยละ 17.4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 9.9 ปฏิบัติสม่ำเสมอ และร้อยละ 8.7 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.10 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

3. ฉันทาหารประเภทแป้งและไขมัน เช่น ข้าวเหนียว ข้าวเจ้า ก๋วยเตี๋ยว หมูทอด หมูปิ้ง แกงเขียวหวาน ข้าวขาหมู ผัดกระเพรา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.6 มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 30.6 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 16.5 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 9.1 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ ร้อยละ 1.2 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 2.36 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

4. ฉันทอาหารประเภทรสเค็มจัด เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม และของหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ขนมนั่น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 43.4 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 23.1 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 16.5 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 9.5 ปฏิบัติสม่ำเสมอ และ ร้อยละ 7.4 ไม่ปฏิบัติโดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.02 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

5. ล้างมือและใช้ช้อนกลางทุกครั้งเมื่อฉันร่วมกับผู้อื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 45.9 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 45.9 เท่ากัน ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 33.9 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 33.9 เท่ากัน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 12.0 มีการปฏิบัติบางครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 4.15 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

6. หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม ชาเขียว น้ำผลไม้ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.0 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 25.6 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 16.1 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 14.0 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 8.3 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.27 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

7. ดื่มน้ำตามความต้องการของร่างกายที่เหมาะสม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 28.5 มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 23.6 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 19.8 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 16.1 ปฏิบัติบ่อยครั้ง และร้อยละ 12.0 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.28 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

8. ดื่มน้ำตามความต้องการของร่างกายที่เหมาะสม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.0 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 27.7 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 27.7 เท่ากัน ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 3.7 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และ ร้อยละ 2.9 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.94 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

9. ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.8 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 19.8 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 19.4 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 16.5 ปฏิบัติบางครั้ง และ ร้อยละ 7.4 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.47 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ จากค่าเฉลี่ย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.36 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า มีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ในระดับปานกลาง

ส่วนรายข้อ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.15 ประเด็นการล้างมือและใช้ช้อนกลาง ทุกครั้งเมื่อฉันร่วมกับผู้อื่น รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.94 ประเด็นการดื่มน้ำตามความต้องการของร่างกายที่เหมาะสม และค่าเฉลี่ย 3.69 ประเด็นฉันทอาหารครบ 5 หมู่และตรงตามเวลาในแต่ละวัน (ตารางที่ 4.19)

ตารางที่ 4.19

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่

ประเด็น	ระดับการปฏิบัติ					\bar{x}	S.D.	การแปลผล
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ			
ฉันอาหารครบ 5 หมู่และตรงตามเวลาในแต่ละวัน	26.4 (64)	27.3 (66)	37.2 (90)	7.4 (18)	1.7 (4)	3.69	0.997	มาก
ฉันอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า อาหารกระป๋อง เป็นต้น	9.9 (24)	17.4 (42)	33.9 (82)	30.2 (73)	8.7 (21)	3.10	1.102	ปานกลาง
ฉันอาหารประเภทแป้งและไขมัน เช่น ข้าวเหนียว ข้าวเจ้าว ก๋วยเตี๋ยว หมูทอด หมูปิ้ง แกงเขียวหวาน ข้าวขาหมู ผัดกระเพรา เป็นต้น	16.5 (40)	42.6 (103)	30.6 (74)	9.1 (22)	1.2 (3)	2.36	0.906	มาก
ฉันอาหารประเภทรสเค็มจัด เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม และของหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ขนมชั้น	9.5 (23)	16.5 (40)	43.4 (105)	23.1 (56)	7.4 (18)	3.02	1.038	ปานกลาง
ล้างมือและใช้ช้อนกลางทุกครั้งเมื่อฉันร่วมกับผู้อื่น	45.9 (111)	33.9 (82)	12.0 (29)	33.9 (82)	45.9 (111)	4.15	0.985	มาก
หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม ชาเขียว น้ำผลไม้ เป็นต้น	16.1 (39)	25.6 (62)	36.0 (87)	14.0 (34)	8.3 (20)	3.27	1.141	ปานกลาง
ดื่มกาแฟกระป๋อง เอ็ม 150 ลิโพ กระทิงแดง	12.0 (29)	16.1 (39)	23.6 (57)	28.5 (69)	19.8 (48)	3.28	1.283	ปานกลาง

ตารางที่ 4.19

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ (ต่อ)

ประเด็น	ระดับการปฏิบัติ					\bar{x}	S.D.	การแปลผล
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ			
ดื่มน้ำตามความต้องการของร่างกายที่เหมาะสม (วันละ 8-10 แก้ว)	38.0 (92)	27.7 (67)	27.7 (67)	3.7 (9)	2.9 (7)	3.94	1.033	มาก
ไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่	36.8 (89)	19.8 (48)	16.5 (40)	7.4 (18)	19.4 (47)	3.47	1.519	มาก
รวม						3.36	0.451	ปานกลาง

4.1.4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขับถ่าย

ประกอบด้วย ประเด็นที่เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 4 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

1. สามารถขับถ่ายได้อย่างปกติและเป็นเวลาทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด ไม่เคยกลั้น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.1 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 39.7 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 16.9 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 2.9 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 0.4 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 4.16 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

2. ทำความสะอาดและล้างมือทุกครั้งหลังการขับถ่าย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 60.3 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 27.7 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 9.9 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 1.7 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 0.4 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 4.45 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

3. ขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง เมื่อมีอาการปวด ไม่กลั้นปัสสาวะ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.9 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 36.4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 14.0 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 1.2 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 0.4 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 4.30 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด

4. มีปัญหาการขยับถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้งในตอนกลางคืน พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 28.9 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 24.0 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 21.9 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 16.5 ปฏิบัติสม่ำเสมอ และร้อยละ 8.7 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 2.86 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการขยับถ่าย จากค่าเฉลี่ย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.94 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แสดงว่ามีการปฏิบัติเรื่องการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการขยับถ่ายในระดับมาก

ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.45 ประเด็นการทำความสะอาดและล้างมือทุกครั้งหลังการขยับถ่าย รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 4.30 ประเด็นการขยับถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง เมื่อมีอาการปวด ไม่กลั้นปัสสาวะ และค่าเฉลี่ย 4.16 ประเด็นความสามารถขยับถ่ายได้อย่างปกติและเป็นเวลาทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด ไม่เคยกลั้น (ตารางที่ 4.20)

ตารางที่ 4.20

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขยับถ่าย

ประเด็น	ระดับการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.	การแปลผล
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ			
สามารถขยับถ่ายได้อย่างปกติ และเป็นเวลา ทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด ไม่เคยกลั้น	40.1 (97)	39.7 (96)	16.9 (41)	2.9 (7)	0.4 (1)	4.16	0.837	มาก
ทำความสะอาดและล้างมือทุกครั้งหลังการขยับถ่าย	60.3 (146)	27.7 (67)	9.9 (24)	1.7 (4)	0.4 (1)	4.45	0.773	มากที่สุด
ขยับถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง เมื่อมีอาการปวด ไม่กลั้นปัสสาวะ	47.9 (116)	36.4 (88)	14.0 (34)	1.2 (3)	0.4 (1)	4.30	0.786	มากที่สุด
มีปัญหาการขยับถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้งในตอนกลางคืน	16.5 (40)	21.9 (53)	28.9 (70)	24.0 (58)	8.7 (21)	2.86	1.206	ปานกลาง
รวม						3.94	0.538	มาก

4.1.4.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการออกกำลังกาย และการนอนหลับ

ประกอบด้วย ประเด็นที่เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 6 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ออกกำลังกายโดยการปฏิบัติกิจวัตรของสงฆ์ เช่น การออกบิณฑบาต กวาดลานวัด ทำความสะอาดวัด เดินจงกรม ประมาณ 30 นาทีขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.1 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 36.0 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 19.0 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 4.5 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 0.4 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 4.10 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

2. ออกกำลังกายนอกเหนือจากกิจวัตรของสงฆ์ตามความเหมาะสม โดยการยืดเส้น เช่น ยืดแขนยืดขา เล่นโยคะ วิดพื้นหรือซิทอัพอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละประมาณ 30 นาที ขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 34.7 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 26.4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 22.7 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 9.5 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 6.6 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.49 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

3. ใช้อุปกรณ์ช่วยออกกำลังกาย เช่น เครื่องปั่นไฟฟ้า จักรยานปั่นออกกำลังกาย อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ประมาณ 30 นาทีขึ้นไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32.2 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 26.9 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 15.7 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 12.8 ปฏิบัติบ่อยครั้ง และร้อยละ 12.4 ปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 2.57 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

4. ออกกำลังกายหลังจากตื่นนอนหรือก่อนนอนช่วงค่ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 26.9 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 20.7 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 18.6 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 18.6 เท่ากัน ปฏิบัติบ่อยครั้ง และร้อยละ 15.3 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.04 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

5. นอนหลับเพียงพอในแต่ละวัน 6-8 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 31.0 มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 29.3 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 27.3 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 10.3 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 2.1 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.75 คะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก

6. จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดความเครียด เช่น อุณหภูมิห้องที่เย็นสบาย ไม่มีเสียงรบกวน ที่นอนไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.5 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 30.6 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 25.6 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 7.0 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 3.3 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.83 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ จากค่าเฉลี่ย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.46 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แสดงว่ามีการปฏิบัติเรื่องการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับในระดับมาก

ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.10 ประเด็นการออกกำลังกายโดยการปฏิบัติกิจวัตรของสงฆ์ เช่น การออกบิณฑบาต กวาดลานวัด ทำความสะอาดวัด เดินจงกรม ประมาณ 30 นาทีขึ้นไปปรองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.83 ประเด็นการจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดรบกวนเวลานอน เช่น อุณหภูมิห้อง ที่เย็นสบาย ไม่มีเสียงรบกวน ที่นอนไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป และค่าเฉลี่ย 3.75 ประเด็นนอนหลับเพียงพอในแต่ละวัน 6-8 ชั่วโมง (ตารางที่ 4.21)

ตารางที่ 4.21

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ

ประเด็น	ระดับการปฏิบัติ					\bar{x}	S.D.	การแปลผล
	สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ			
ออกกำลังกายโดยการปฏิบัติกิจวัตรของสงฆ์ เช่น การออกบิณฑบาต กวาดลานวัด ทำความสะอาดวัด เดินจงกรม ประมาณ 30 นาทีขึ้นไป	40.1 (97)	36.0 (87)	19.0 (46)	4.5 (11)	0.4 (1)	4.10	0.895	มาก
ออกกำลังกายนอกเหนือจากกิจวัตรของสงฆ์ตามความเหมาะสม โดย การยืดเส้น เช่น ยืดแขน ยืดขา เล่นโยคะ วิดพื้น หรือซิทอัพอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละ ประมาณ 30 นาทีขึ้นไป	22.7 (55)	26.4 (64)	34.7 (84)	9.5 (23)	6.6 (16)	3.49	1.139	มาก

ตารางที่ 4.21

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ (ต่อ)

ประเด็น	ระดับการปฏิบัติ					\bar{x}	S.D.	การ แปล ผล
	สม่ำเสมอ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ			
ใช้อุปกรณ์ช่วยออกกำลังกาย เช่น เครื่องปั่นไฟฟ้า จักรยานปั่นออกกำลังกาย อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ประมาณ 30 นาที ขึ้นไป	12.4 (30)	12.8 (31)	26.9 (65)	15.7 (38)	32.2 (78)	2.57	1.377	มาก
ออกกำลังกายหลังจากตื่นนอนหรือก่อนสร่งน้ำ ช่วงค่ำ	18.6 (45)	18.6 (45)	26.9 (65)	20.7 (50)	15.3 (37)	3.04	1.324	ปาน กลาง
นอนหลับเพียงพอใน แต่ละวัน 6-8 ชั่วโมง	29.3 (71)	31.0 (75)	27.3 (66)	10.3 (25)	2.1 (5)	3.75	1.053	มาก
จัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้ รบกวนเวลานอน เช่น อุณหภูมิห้องที่เย็นสบาย ไม่มีเสียงรบกวน ที่นอน ไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป	33.5 (81)	30.6 (74)	25.6 (62)	7.0 (17)	3.3 (8)	3.83	1.072	มาก
รวม						3.46	0.772	มาก

4.1.4.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการจัดการความเครียด

ประกอบด้วย ประเด็นที่เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 5 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

1. เมื่อมีปัญหา พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 41.7 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 37.6 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 17.4 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 2.1 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 1.2 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 4.16 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

2. เมื่อมีความเครียด จะปรึกษาพ่อแม่ ญาติ ครูอาจารย์ เพื่อน เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 28.9 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 24.0 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 19.8 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 15.3 ไม่ปฏิบัติ และร้อยละ 12.0 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับ การปฏิบัติ 3.21 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

3. เมื่อเกิดความเครียด มักจะอยู่คนเดียวและปล่อยให้เวลาเป็นเครื่องเยียวยา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 32.2 มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 24.8 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 24.0 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 11.2 ไม่ปฏิบัติ และร้อยละ 7.9 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับ การปฏิบัติ 2.50 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

4. เมื่อเกิดความไม่สบายใจ จะแสดงอารมณ์กับตนเองและคนอื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.2 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 21.5 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 19.8 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 15.3 ปฏิบัติบ่อยครั้ง และร้อยละ 13.2 ปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับ การปฏิบัติ 3.19 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

5. แก้ไขปัญหาความเครียดด้วยการสวดมนต์ นั่งสมาธิ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 33.1 มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 30.6 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 25.2 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 6.6 ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 4.5 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.78 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการความเครียด จากค่าเฉลี่ย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.37 คะแนนเฉลี่ยจัดอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่ามีการปฏิบัติเรื่องการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการจัดการความเครียดในระดับปานกลาง

ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.16 ประเด็นเมื่อมีปัญหา พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.78 ประเด็นแก้ไขปัญหาความเครียดด้วยการสวดมนต์ นั่งสมาธิ และค่าเฉลี่ย 3.21 ประเด็นเมื่อมีความเครียด จะปรึกษาพ่อแม่ ญาติ ครูอาจารย์ เพื่อน เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย (ตารางที่ 4.22)

ตารางที่ 4.22

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการจัดการความเครียด

ประเด็น	ระดับการปฏิบัติ					\bar{x}	S.D.	การ แปล ผล
	สม่ำเสมอ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ			
เมื่อมีปัญหา พยายาม แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง	41.7 (101)	37.6 (91)	17.4 (42)	2.1 (5)	1.2 (3)	4.16	0.872	มาก
2.เมื่อมีความเครียด จะ ปรึกษาพ่อแม่ ญาติ ครู อาจารย์ เพื่อน เพื่อช่วย ให้ผ่อนคลาย	19.8 (48)	24.0 (58)	28.9 (70)	12.0 (29)	15.3 (37)	3.21	1.314	ปาน กลาง
3.เมื่อเกิดความเครียด มักจะอยู่คนเดียวและ ปล่อยให้เวลาเป็นเครื่อง เยียวยา	24.0 (58)	32.2 (78)	24.8 (60)	7.9 (19)	11.2 (27)	2.50	1.250	มาก
4.เมื่อเกิดความไม่สบายใจ จะแสดงอารมณ์กับตนเอง และคนอื่น	13.2 (32)	15.3 (37)	30.2 (73)	21.5 (52)	19.8 (48)	3.19	1.288	ปาน กลาง
5.แก้ไขปัญหาคความเครียด ด้วยการสวดมนต์ นั่ง สมาธิ	30.6 (74)	33.1 (80)	25.2 (61)	6.6 (16)	4.5 (11)	3.78	1.091	มาก
รวม						3.37	0.527	ปาน กลาง

4.1.4.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการอนามัย

สิ่งแวดล้อม

ประกอบด้วย ประเด็นที่เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 3 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ทำความสะอาดห้อง นอนกุฏิและรอบกุฏิ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 42.1 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 39.3 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 16.9 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 0.8 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 0.8 เท่ากัน ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 4.21 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

2. มีส่วนร่วมในชุมชนในการการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.6 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 22.3 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 21.1 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 13.2 ไม่ปฏิบัติ และร้อยละ 12.8 นาน ๆ ครั้ง โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.26 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

3. มีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมรณรงค์การอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 28.1 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 24.8 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 22.7 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 16.5 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 7.9 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.38 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อมจากค่าเฉลี่ยพบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.61 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แสดงว่ามีการปฏิบัติเรื่องการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อมในระดับมาก

ส่วนรายข้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.21 ประเด็นการทำความสะอาดห้องนอนกุฏิและรอบกุฏิ รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.38 ประเด็นการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมรณรงค์การอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัด และค่าเฉลี่ย 3.26 ประเด็นการมีส่วนร่วมในชุมชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย (ตารางที่ 4.23)

ตารางที่ 4.23

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ประเด็น	ระดับการปฏิบัติ					\bar{x}	S.D.	การ แปล ผล
	สม่ำเสมอ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ			
ทำความสะอาดห้อง นอน กุฏิและรอบกุฏิ	42.1 (102)	39.3 (95)	16.9 (41)	0.8 (2)	0.8 (2)	4.21	0.810	มาก
มีส่วนร่วมในชุมชนในการ การจัดแหล่งเพาะพันธุ์ ยุงลาย	22.3 (54)	21.1 (51)	30.6 (74)	12.8 (31)	13.2 (32)	3.26	1.303	ปาน กลาง
มีส่วนร่วมในการ จัดกิจกรรมรณรงค์ การ อนามัยสิ่งแวดล้อมในวัด	22.7 (55)	24.8 (60)	28.1 (68)	16.5 (40)	7.9 (19)	3.38	1.224	ปาน กลาง
รวม						3.61	0.919	มาก

4.1.4.6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเอง และการตรวจสุขภาพประจำปี

ประกอบด้วย ประเด็นที่เป็นพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง 7 ข้อ มีรายละเอียด ดังนี้

1. ซึ่ย้านเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย โดยไม่ต้องพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.2 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 24.4 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 18.2 นาน ๆ ครั้ง ร้อยละ 15.3 ปฏิบัติสม่ำเสมอ และร้อยละ 12.0 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 2.87 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

2. เมื่อเจ็บป่วยไข้ไม่สบาย จะรักษาโดยการพบแพทย์ที่คลินิก หรือโรงพยาบาล พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 36.8 มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 31.4 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 24.0 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 5.0 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 2.9 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.88 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

3. ปล่อยให้ตนเองป่วยเป็นเวลาหลายวัน แล้วค่อยไปพบแพทย์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.6 มีการปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 25.2 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 17.4 ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 15.7 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 11.2 ปฏิบัติสม่ำเสมอ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.02 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

4. หากอาหารเล็กน้อย จะรอให้หายเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 30.2 มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 27.7 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 23.1 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 12.0 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 7.0 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 2.49 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

5. เมื่อรู้ว่าตนเองอาหาร จะป้องกันไม่ให้โรคไปติดผู้อื่น พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 40.1 มีการปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 38.4 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 17.8 ปฏิบัติ บางครั้ง ร้อยละ 2.1 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 1.7 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 4.11 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

6. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี เช่น ความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำตาลใน เลือด พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 38.0 มีการปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 25.6 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 23.6 ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 6.6 นาน ๆ ครั้ง และร้อยละ 6.2 ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับ การปฏิบัติ 3.82 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก

7. ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่สำคัญ เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก เป็นต้น ใน ทุก ๆ ปี พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 28.1 มีการปฏิบัติ บ่อยครั้ง ร้อยละ 26.0 ปฏิบัติสม่ำเสมอ ร้อยละ 22.7 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ร้อยละ 11.6 นาน ๆ ครั้ง และ ร้อยละ 11.6 เท่ากัน ไม่ปฏิบัติ โดยมีค่าเฉลี่ยระดับการปฏิบัติ 3.40 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับ ปานกลาง

เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและ การตรวจสุขภาพประจำปี จากค่าเฉลี่ย พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.37 คะแนนเฉลี่ยจัดอยู่ในระดับ ปานกลาง แสดงว่ามีการปฏิบัติเรื่องการดูแลสุขภาพเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจ สุขภาพประจำปี ในระดับปานกลาง

ส่วนรายชื่อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.11 ประเด็นเมื่อรู้ว่าตนเองอาหารจะป้องกัน ไม่ให้โรคไปติดผู้อื่น รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.88 ประเด็นเมื่อเจ็บป่วยไข้ไม่สบาย จะรักษาโดยการพบแพทย์ที่ คลินิก หรือโรงพยาบาล และค่าเฉลี่ย 3.82 ประเด็นตรวจสุขภาพประจำปี เช่น ความดันโลหิต ไขมัน ในเลือด น้ำตาลในเลือด (ตารางที่ 4.24)

ตารางที่ 4.24

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ตอบ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี

ประเด็น	ระดับการปฏิบัติ					\bar{X}	S.D.	การ แปล ผล
	สม่ำเสมอ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ			
ซื้อยามันเองเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วย โดยไม่ต้องพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล	15.3 (37)	24.4 (59)	30.2 (73)	18.2 (44)	12.0 (29)	2.87	1.227	ปาน กลาง
เมื่อเจ็บป่วยไข้ไม่สบาย จะรักษาโดยการพบแพทย์ที่คลินิก หรือโรงพยาบาล	31.4 (76)	36.8 (89)	24.0 (58)	5.0 (12)	2.9 (7)	3.88	1.002	มาก
ปล่อยให้ตนเองป่วยเป็นเวลาหลายวัน แล้วค่อยไปพบแพทย์	11.2 (27)	25.2 (61)	30.6 (74)	15.7 (38)	17.4 (42)	3.02	1.247	ปาน กลาง
หากอาหารเล็กน้อย จะรอให้หายเอง	23.1 (56)	30.2 (73)	27.7 (67)	12.0 (29)	7.0 (17)	2.49	1.175	มาก
เมื่อรู้ว่าตนเองอาหารจะป้องกันไม่ให้โรคไปติดผู้อื่น	38.4 (93)	40.1 (97)	17.8 (43)	2.1 (5)	1.7 (4)	4.11	0.885	มาก
ตรวจสุขภาพประจำปี เช่น ความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด เป็นต้น	38.0 (92)	25.6 (62)	23.6 (57)	6.6 (16)	6.2 (15)	3.82	1.189	มาก
ฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่สำคัญ เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก เป็นต้น ในทุก ๆ ปี	26.0 (63)	22.7 (55)	28.1 (68)	11.6 (28)	11.6 (28)	3.40	1.301	ปาน กลาง
รวม						3.37	0.572	ปาน กลาง

4.1.4.7 ภาพรวมระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 3.47 ค่าคะแนนจัดอยู่ในระดับมาก แสดงว่าพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ส่วนในรายด้าน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เกี่ยวกับพฤติกรรม การขับถ่าย ค่าเฉลี่ย 3.94 รองลงมาเกี่ยวกับการรอนามัยสิ่งแวดล้อม ค่าเฉลี่ย 3.61 การออกกำลังกายและการนอนหลับ ค่าเฉลี่ย 3.46 ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ย 3.37 การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ค่าเฉลี่ย 3.37 เท่ากัน และการบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ ค่าเฉลี่ย 3.36 ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง (ตารางที่ 4.25)

ตารางที่ 4.25

ภาพรวมระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

พฤติกรรม	\bar{X}	S.D.	การแปลผล
การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่	3.36	0.451	ปานกลาง
การขับถ่าย	3.94	0.538	มาก
การออกกำลังกาย และการนอนหลับ	3.46	0.772	มาก
การจัดการความเครียด	3.37	0.527	ปานกลาง
การรอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.61	0.919	มาก
การรักษาพยาบาลตนเอง และการตรวจสุขภาพประจำปี	3.37	0.572	ปานกลาง
รวม	3.47	0.384	มาก

4.1.5 ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ผลการศึกษาข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์ ข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมากในการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ และข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์ ดังนี้

4.1.5.1 ข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง 134 รูป ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์ ที่สำคัญๆ สรุปได้ ดังนี้ ด้านบริโภคอาหารและเครื่อง ร้อยละ 34.4 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ควรฉันอาหารที่เป็นประโยชน์ ครบ 5 หมู่ งดดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล ในแต่ละวัน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมความต้องการของร่างกาย และวัย รองลงมา ด้านการอบรมการดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาล ร้อยละ 32.8 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ควรฉีดวัคซีนทุกปีและตรวจสุขภาพทุกปี ถ้าอาหารก็ควรไปพบแพทย์ ฉ้นยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง ศึกษาหาความรู้ด้าน

การดูแลสุขภาพตนเองก่อนจะอาพาธ และ ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 29.1 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ควรออกกำลังกายบ่อย ๆ สม่ำเสมอ โดยการออกบิณฑบาต เดินจงกรมและนั่งสมาธิ ก็จะทำให้มีสุขภาพดี (ตารางที่ 4.26)

ตารางที่ 4.26

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
<p>การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฉันทาหารที่เป็นประโยชน์ ครบ 5 หมู่ เว้นอาหารประเภทที่มีไขมันสูง เค็ม หวาน ของดิบ ฉันทักผลไม้ต่างๆ 2. ฉันทให้น้อย แล้วจะไม่เป็นโรค โรคเกิดจากอาหาร ควรตั้งมั่นในพระธรรมวินัย เพราะโรคต่างๆมักเกิดจากการไม่สำรวมในอาหารการกิน 3. ต้องดูแลตัวเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และนักโภชนาการ 4. ฉันทาหารเหมาะสมกับวัย ตรงเวลา นอนจำวัดเป็นเวลาอย่างน้อย 6-8 ชม./วัน 5. งดเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของน้ำตาล 	46	34.4
<p>การอบรมการดูแลสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ฉันทัดขึ้นทุกปีและตรวจสุขภาพทุกปี 2. ถ้าอาพาธก็ไปพบแพทย์ ฉันทยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง 3. ศึกษาหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองก่อนจะอาพาธ 4. อยากให้ทางโรงพยาบาลลงพื้นที่ตรวจสุขภาพที่วัดเป็นประจำทุก 3 เดือน/ทุกปี 5. อยากให้คณะสงฆ์ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพร่วมมือจัดโครงการให้ความรู้พระสงฆ์ทุกๆปี 6. ขยาย/ให้ความรู้ เรื่องการดูแลสุขภาพก่อนเกิดโรคภัย 7. อยากให้มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพตามวัดทุกวัด 8. ควรมีโรงพยาบาล/คลินิก ที่ให้บริการแก่พระสงฆ์เพิ่มขึ้น 9. รัฐควรดูแลให้งบประมาณในการดูแลพระสงฆ์ให้ทั่วถึง 	44	32.8

ตารางที่ 4.26

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์ (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
การออกกำลังกาย	39	29.1
1. ออกกำลังกายทุกวันเป็นการออกกำลังกาย		
2. ออกกำลังกายบ่อยๆ/สม่ำเสมอ		
3. นั่งสมาธิ เดินจงกรมทำให้สุขภาพดี		
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	5	3.7
1. ทำที่อยู่ให้สะอาด สภาพแวดล้อมเหมาะสม		
รวม	134	100.0

4.1.5.2 ข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมากในการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง 106 รูป ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมาก ในการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ ที่สำคัญๆ สรุปได้ ดังนี้ ด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 66.9 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ควรตรวจสุขภาพประจำปี ผู้บริหารควรจัดให้มีการอบรมการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ทำกิจกรรม ปรึกษาหารือในการอยู่ร่วมกัน ได้ตาม ให้กำลังใจ เอื้ออาทรต่อกัน ทั้งนี้ ควรจัดระบบการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์รวมทั้งงบในการรักษาพระสงฆ์ผู้อาพาธภายในวัด รองลงมา ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 27.4 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ควรทำความสะอาด และ จัดสภาพแวดล้อมภายในวัดให้น่าอยู่ตามหลัก 5ส. ทั้งนี้ ควรให้ความรู้เรื่องความสะอาดกับผู้อยู่อาศัยภายในวัด รวมทั้งบริเวณรอบวัด และด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 5.7 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ควรมีสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ภายในวัด (ตารางที่ 4.27)

ตารางที่ 4.27

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมาก ในการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
การรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ 1. ตรวจสอบสุขภาพประจำปี 2. ควรมีแพทย์เข้ามาตรวจร่างกายเดือนละครั้ง/ประจำ 3. จัดให้มีการอบรม/บรรยาย เรื่องของสุขภาพ 4. ส่งเสริมให้มีกลุ่มนำปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ 5. ทำกิจกรรม ประชุมร่วมกันเพื่อปรึกษาหารือ ให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพ และสุขอนามัยในการอยู่ร่วมกัน 6. ผู้บริหารควรจัดระบบในการดูแลสุขภาพ 7. รณรงค์ให้พระสงฆ์มาตรวจโรคเวลาที่ทางโรงพยาบาลไปตรวจโรคที่วัด 9. ให้ดูแลกันเอง ไต่ถาม ให้กำลังใจ เอื้ออาหารต่อกัน 10. จัดงบบุแลภิกษุอาพาธในวัด 11. ดูแลสุขภาพให้ร่างกายสะอาด และแข็งแรง 12. ดูแลสุขภาพจิตของพระสงฆ์ สามเณร เพื่อไม่ให้ความเครียดเกิดขึ้น 13. ต้องเอาพระวินัยเป็นหลัก ไม่ตึงเกินไป หย่อนยานเกินไป 14. ควรมีการดูแลเอาใจใส่จากผู้บริหารวัด เพื่อสุขภาพที่ดีของพระสงฆ์	71	66.9
การอนามัยสิ่งแวดล้อม 1. ประพฤติตามหลัก 5ส. 2. จัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ไม่ควรมีขี้แมวขี้หมา เพราะเป็นบ่อเกิดเชื้อโรค 3. ควรมีการจัดการเรื่องขยะ 4. มีกุฏิ สุขา ภาชนะต่าง ๆ เพียงพอเป็นสัดส่วน 5. อยู่ที่มีอากาศถ่ายเท ไม่ควรอยู่ในห้องกุฏิเป็นจำนวนมาก 6. จัดกิจกรรมในวัด ควรให้ความรู้เรื่องความสะอาดกับผู้อยู่อาศัยภายในวัด รวมทั้งบริเวณรอบวัด 7. จัดให้มีการทำความสะอาดกุฏิ ลานวัด ศาลาการเปรียญ โบสถ์	29	27.4
การออกกำลังกาย 1. ควรสถานที่ออกกำลังกายที่เหมาะสม	6	5.7
รวม	106	100.0

4.1.5.3 ข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง 108 รูป ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์ ที่สำคัญ ๆ สรุปได้ ดังนี้ ด้านอาหาร ร้อยละ 80.6 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ชุมชนควรถวายอาหารที่เป็นประโยชน์แก่พระสงฆ์ และชี้แนะให้ผู้ขายอาหารให้ความสำคัญต่อคุณภาพอาหาร/บุตเนา/หมดอายุ ไม่ควรถวายอาหารค้างคืน โดยเน้นเรื่องโภชนาการ รองลงมา ด้านการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 13.9 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ วัดละชุมชนควรศึกษาหาความรู้เชิงวิชาการด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ช่วยกันดูแลพระสงฆ์ผู้อาพาธ ทั้งนี้โรงพยาบาลตรวจควรลงตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำพื้นที่ตนเอง และ ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 5.6 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ชุมชนควรทำความสะอาดบริเวณรอบวัด ไม่ให้มีน้ำขัง ป้องกันยุงจัดชุมชนให้น่าอยู่ ดูแลสภาพแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ให้วัด (ตารางที่ 4.28)

ตารางที่ 4.28

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
อาหาร	87	80.6
1. ถวายอาหารที่เป็นประโยชน์ให้เหมาะกับสุขภาพพระสงฆ์		
2. ประชาสัมพันธ์ให้ชาวบ้านใส่บาตรด้วยอาหารใหม่สดสะอาด		
3. ควรถวายอาหารที่ไม่หวานมาก และไม่ใช้น้ำมันมากเกินไป		
4. ดูแลเรื่องอาหาร ถวายอาหารที่เสริมสุขภาพ ปลอดภัย		
5. การถวายอาหารพระสงฆ์เป็นไปตามศรัทธา พระสงฆ์เองก็ต้องพิจารณาเอาเองตามสมควร		
6. ให้ผู้มีความรู้ด้านโภชนาการมาให้ความรู้		
7. ควรชี้แนะให้ผู้ขายอาหารให้ความสำคัญต่อคุณภาพอาหาร/บุตเนา/หมดอายุ ไม่ควรถวายอาหารค้างคืน		
8. ถวายพวกพืชผักผลไม้มากกว่าขนมหวาน พระจะได้มีสุขภาพที่ดีขึ้น		
9. ไม่ควรนำอาหารร้อนใส่พลาสติก		

ตารางที่ 4.28

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์ (ต่อ)

ข้อเสนอแนะ	จำนวน	ร้อยละ
การดูแลสุขภาพ	15	13.9
1. โรงพยาบาลตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำพื้นที่ตนเอง		
2. ชุมชนและวัดมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในวัดด้วย		
3. ชุมชนช่วยดูแลพระภิกษุสงฆ์อาพาธ		
4. ศึกษาหาความรู้ข้อมูลเชิงวิชาการการดูแลสุขภาพ		
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	6	5.6
1. ชุมชนที่อยู่ใกล้วัดควรจะให้ความเอื้อเฟื้อต่อพระสงฆ์ เช่น การใช้เสียงดัง		
2. ควรจัดชุมชนให้น่าอยู่ ดูแลสภาพแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ให้วัด		
3. จัดทำความสะอาดบริเวณวัด ไม่ให้มีน้ำขัง ป้องกันยุง /รักษาสิ่งแวดล้อม		
รวม	108	100.0

4.1.6 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร

ผลการศึกษาความแตกต่างของ 1. ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ 2. ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ และ 3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ตามตัวแปรเกี่ยวกับ อายุ พรรษา ตำแหน่งการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก โรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และการอบรมการดูแลสุขภาพ

4.1.6.1 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

(1) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขับถ่าย ตามอายุ โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 63.2 มีความรู้เกี่ยวกับการขับถ่ายในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 69.7 มีความรู้เกี่ยวกับการขับถ่ายในระดับมาก และมีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ตามอายุ โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 63.4 มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 72.7 มีความรู้

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ระดับมาก และไม่มีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ โดยรวมตามอายุ (ตารางที่ 4.29)

ตารางที่ 4.29

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ความรู้	อายุ					รวม	χ^2	p-value
	น้อยกว่า 30 ปี	31-40 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	61 ปี ขึ้นไป			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่								
ระดับน้อย	7.3 (6)	17.5 (10)	5.9 (2)	15.2 (5)	25.0 (9)	13.2 (32)	.475	0.050
ระดับมาก	92.7 (76)	82.5 (47)	94.1 (32)	84.8 (28)	75.0 (27)	86.8 (210)		
รวม	100.0 (82)	100.0 (57)	100.0 (34)	100.0 (33)	100.0 (36)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย								
ระดับน้อย	58.8 (49)	63.2 (36)	52.9 (18)	30.3 (10)	38.9 (14)	52.5 (127)	3.524*/	0.009
ระดับมาก	40.2 (33)	36.8 (21)	47.1 (16)	69.7 (23)	61.1 (22)	47.5 (115)		
รวม	100.0 (82)	100.0 (57)	100.0 (34)	100.0 (33)	100.0 (36)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ								
ระดับน้อย	14.6 (12)	12.3 (7)	14.7 (5)	12.1 (4)	30.6 (11)	16.1 (39)	6.745	0.150
ระดับมาก	85.4 (70)	87.7 (50)	85.3 (29)	87.9 (29)	69.4 (25)	83.9 (203)		
รวม	100.0 (82)	100.0 (57)	100.0 (34)	100.0 (33)	100.0 (36)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.29

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	อายุ					รวม	χ^2	p-value
	น้อยกว่า 30 ปี	31-40 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	61 ปี ขึ้นไป			
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด								
ระดับน้อย	6.1 (5)	5.3 (3)	5.9 (2)	3.0 (1)	11.1 (4)	6.2 (15)	2.157	0.706
ระดับมาก	93.9 (77)	94.7 (54)	94.1 (32)	97.0 (32)	88.9 (32)	93.8 (227)		
รวม	100.0 (82)	100.0 (57)	100.0 (34)	100.0 (33)	100.0 (36)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม								
ระดับน้อย	14.6 (12)	10.5 (6)	14.7 (5)	3.0 (1)	13.9 (5)	12.0 (29)	3.531	0.473
ระดับมาก	85.4 (70)	89.5 (51)	85.3 (29)	97.0 (32)	86.1 (31)	88.0 (213)		
รวม	100.0 (82)	100.0 (57)	100.0 (34)	100.0 (33)	100.0 (36)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี								
ระดับน้อย	63.4 (52)	59.6 (34)	50.0 (17)	27.3 (9)	55.6 (20)	54.5 (132)	13.398*	0.009
ระดับมาก	36.6 (30)	40.4 (23)	50.0 (17)	72.7 (24)	44.4 (16)	45.5 (110)		
รวม	100.0 (82)	100.0 (57)	100.0 (34)	100.0 (33)	100.0 (36)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.29

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามอายุกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	อายุ					รวม	χ^2	p-value
	น้อยกว่า 30 ปี	31-40 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	61 ปี ขึ้นไป			
รวมความรู้ทั้งหมดทุกด้าน								
ระดับน้อย	72.0 (59)	73.7 (42)	73.5 (25)	51.5 (17)	58.3 (21)	67.8 (164)	7.544	0.109
ระดับมาก	28.0 (23)	26.3 (15)	26.5 (9)	48.5 (16)	41.7 (15)	32.2 (78)		
รวม	100.0 (82)	100.0 (57)	100.0 (34)	100.0 (33)	100.0 (36)	100.0 (242)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(2) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพระภิกษุกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง ของพระสงฆ์ในทุก ๆ ประเด็น ตามพรรษา (ตารางที่ 4.30)

ตารางที่ 4.30

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพรรษา กับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของ
พระสงฆ์

ความรู้	พรรษา					รวม	χ^2	p-value
	1-5 พรรษา	6-10 พรรษา	11-15 พรรษา	16-20 พรรษา	21 พรรษา ขึ้นไป			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่								
ระดับน้อย	11.4 (10)	11.4 (5)	18.5 (5)	11.1 (3)	16.1 (9)	13.2 (32)	1.558	0.816
ระดับมาก	88.6 (78)	88.6 (39)	81.5 (22)	88.9 (24)	83.9 (47)	86.8 (210)		
รวม	100.0 (88)	100.0 (44)	100.0 (27)	100.0 (27)	100.0 (56)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย								
ระดับน้อย	55.7 (49)	54.5 (24)	55.6 (15)	51.9 (14)	44.6 (25)	52.5 (127)	1.922	0.749
ระดับมาก	44.3 (39)	45.5 (20)	44.4 (12)	48.1 (13)	55.4 (31)	47.5 (115)		
รวม	100.0 (88)	100.0 (44)	100.0 (27)	100.0 (27)	100.0 (56)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ								
ระดับน้อย	10.2 (9)	22.7 (10)	11.1 (3)	18.5 (5)	21.4 (12)	16.1 (39)	5.464	0.242
ระดับมาก	89.8 (79)	77.3 (34)	88.9 (24)	81.5 (22)	78.6 (44)	83.9 (203)		
รวม	100.0 (88)	100.0 (44)	100.0 (27)	100.0 (27)	100.0 (56)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.30

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพรรษา กับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของ
พระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	พรรษา					รวม	χ^2	p-value
	1-5 พรรษา	6-10 พรรษา	11-15 พรรษา	16-20 พรรษา	21 พรรษา ขึ้นไป			
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด								
ระดับน้อย	9.1 (8)	2.3 (1)	7.4 (2)	3.7 (1)	5.4 (3)	6.2 (15)	2.857	0.581
ระดับมาก	90.9 (80)	97.7 (43)	92.6 (25)	96.3 (26)	94.6 (53)	93.8 (227)		
รวม	100.0 (88)	100.0 (44)	100.0 (27)	100.0 (27)	100.0 (56)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม								
ระดับน้อย	9.1 (8)	22.7 (10)	11.1 (3)	11.1 (3)	8.9 (5)	12.0 (29)	6.047	0.195
ระดับมาก	90.9 (80)	77.3 (34)	88.9 (24)	88.9 (24)	91.1 (51)	88.0 (213)		
รวม	100.0 (88)	100.0 (44)	100.0 (27)	100.0 (27)	100.0 (56)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี								
ระดับน้อย	52.3 (46)	61.4 (27)	55.6 (15)	59.3 (16)	50.0 (28)	54.5 (132)	1.728	0.785
ระดับมาก	47.7 (42)	38.6 (17)	44.4 (12)	40.7 (11)	50.0 (28)	45.5 (110)		
รวม	100.0 (88)	100.0 (44)	100.0 (27)	100.0 (27)	100.0 (56)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.30

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพรรษา กับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	พรรษา					รวม	χ^2	p-value
	1-5 พรรษา	6-10 พรรษา	11-15 พรรษา	16-20 พรรษา	21 พรรษา ขึ้นไป			
รวมความรู้ทั้งหมดทุกด้าน								
ระดับน้อย	62.5 (55)	72.7 (32)	70.4 (19)	70.4 (19)	69.6 (39)	67.8 (164)	1.871	0.759
ระดับมาก	37.5 (33)	27.3 (12)	29.6 (8)	29.6 (8)	30.4 (17)	32.2 (78)		
รวม	100.0 (88)	100.0 (44)	100.0 (27)	100.0 (27)	100.0 (56)	100.0 (242)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(3) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งกับระดับความรู้
ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ
ตนเองของพระสงฆ์ในทุก ๆ ประเด็นตามตำแหน่ง (ตารางที่ 4.31)

ตารางที่ 4.31

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำแหน่งกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของ
พระสงฆ์

ความรู้	ตำแหน่ง		รวม	χ^2	p-value
	ผู้บริหาร	พระลูกวัด			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่					
ระดับน้อย	12.2 (5)	13.4 (27)	13.2 (32)	0.045	0.831
ระดับมาก	87.8 (36)	86.6 (174)	86.8 (210)		
รวม	100.0 (41)	100.0 (201)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย					
ระดับน้อย	43.9 (18)	54.2 (109)	52.5 (127)	1.071	0.300
ระดับมาก	56.1 (23)	45.8 (92)	47.5 (115)		
รวม	100.0 (41)	100.0 (201)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ					
ระดับน้อย	12.2 (5)	16.9 (34)	16.1 (39)	0.266	0.605
ระดับมาก	87.8 (36)	83.1 (167)	83.9 (203)		
รวม	100.0 (41)	100.0 (201)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.31

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำแหน่งกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของ
พระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	ตำแหน่ง		รวม	χ^2	p-value
	ผู้บริหาร	พระลูกวัด			
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด					
ระดับน้อย	9.8 (4)	5.5 (11)	6.2 (15)	0.464	0.495
ระดับมาก	90.2 (37)	94.5 (190)	93.8 (227)		
รวม	100.0 (41)	100.0 (201)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการรอนามัยสิ่งแวดล้อม					
ระดับน้อย	14.6 (6)	11.4 (23)	12.0 (29)	0.095	0.756
ระดับมาก	85.4 (35)	88.6 (178)	88.0 (213)		
รวม	100.0 (41)	100.0 (201)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี					
ระดับน้อย	48.8 (20)	55.7 (112)	54.5 (132)	0.411	0.521
ระดับมาก	51.2 (21)	44.3 (89)	45.5 (110)		
รวม	100.0 (41)	100.0 (201)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.31

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตำแหน่งกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	ตำแหน่ง		รวม	χ^2	p-value
	ผู้บริหาร	พระลูกวัด			
รวมความรู้ทั้งหมดทุกด้าน					
ระดับน้อย	61.0 (25)	69.2 (139)	67.8 (164)	0.702	0.402
ระดับมาก	39.0 (16)	30.8 (62)	32.2 (78)		
รวม	100.0 (41)	100.0 (201)	100.0 (242)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(4) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาทางธรรมกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม ผลการศึกษา พบว่า ไม่มี ความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในทุก ๆ ประเด็นตามระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม (ตารางที่ 4.32)

ตารางที่ 4.32

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรมกับความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ความรู้	ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม		รวม	χ^2	p-value
	ได้นักธรรม	ไม่ได้นักธรรม			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่					
ระดับน้อย	13.8 (31)	5.6 (1)	13.2 (32)	0.405	0.524
ระดับมาก	86.2 (193)	94.4 (17)	86.8 (210)		
รวม	100.0 (224)	100.0 (18)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย					
ระดับน้อย	52.7 (118)	50.0 (9)	52.5 (127)	0.047	0.826
ระดับมาก	47.3 (106)	50.0 (9)	47.5 (115)		
รวม	100.0 (224)	100.0 (18)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ					
ระดับน้อย	16.5 (37)	11.1 (2)	16.1 (39)	0.071	0.789
ระดับมาก	83.5 (187)	88.9 (16)	83.9 (203)		
รวม	100.0 (224)	100.0 (18)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.32

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรมกับความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม		รวม	χ^2	p-value
	ได้นักธรรม	ไม่ได้นักธรรม			
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด					
ระดับน้อย	5.8 (13)	11.1 (2)	6.2 (15)	0.152	0.696
ระดับมาก	94.2 (211)	88.9 (16)	93.8 (227)		
รวม	100.0 (224)	100.0 (18)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม					
ระดับน้อย	12.9 (29)	0.0 (0)	12.0 (29)	1.562	0.211
ระดับมาก	87.1 (195)	100.0 (18)	88.0 (213)		
รวม	100.0 (224)	100.0 (18)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี					
ระดับน้อย	54.5 (122)	55.6 (10)	54.5 (132)	0.008	0.928
ระดับมาก	45.5 (102)	44.4 (8)	45.5 (110)		
รวม	100.0 (224)	100.0 (18)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.32

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรมกับความรู้ด้าน การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม		รวม	χ^2	p-value
	ได้นักธรรม	ไม่ได้นักธรรม			
รวมความรู้ทั้งหมดทุกด้าน					
ระดับน้อย	67.4 (151)	72.2 (13)	67.8 (164)	0.025	0.874
ระดับมาก	32.6 (73)	27.8 (5)	72.2 (78)		
รวม	100.0 (224)	100.0 (18)	100.0 (242)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี ผลการศึกษา พบว่า ไม่มี ความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในทุก ๆ ประเด็นตามระดับการศึกษา ทางธรรม แผนกบาลี (ตารางที่ 4.33)

ตารางที่ 4.33

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลีกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ความรู้	ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี		รวม	χ^2	p-value
	เป็นเปรียญ	ไม่ได้เป็นเปรียญ			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่					
ระดับน้อย	11.0 (12)	15.0 (20)	13.2 (32)	0.532	0.465
ระดับมาก	89.0 (97)	85.0 (113)	86.8 (210)		
รวม	100.0 (109)	100.0 (113)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย					
ระดับน้อย	58.7 (64)	47.4 (63)	52.5 (127)	2.654	0.103
ระดับมาก	41.3 (45)	52.6 (70)	47.5 (115)		
รวม	100.0 (109)	100.0 (133)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ					
ระดับน้อย	13.8 (15)	18.0 (24)	16.1 (39)	0.527	0.467
ระดับมาก	86.2 (94)	82.0 (109)	83.9 (203)		
รวม	100.0 (109)	100.0 (133)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.33

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลีกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี		รวม	χ^2	p-value
	เป็นเปรียญ	ไม่ได้เป็นเปรียญ			
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด					
ระดับน้อย	5.5 (6)	6.8 (9)	6.2 (15)	0.018	0.890
ระดับมาก	94.5 (103)	93.2 (124)	93.8 (227)		
รวม	100.0 (109)	100.0 (133)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม					
ระดับน้อย	13.8 (15)	10.5 (14)	12.0 (29)	0.327	0.567
ระดับมาก	86.2 (94)	89.5 (119)	88.0 (213)		
รวม	100.0 (109)	100.0 (133)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี					
ระดับน้อย	57.8 (63)	51.9 (69)	54.5 (132)	0.624	0.429
ระดับมาก	42.2 (46)	48.1 (64)	45.5 (110)		
รวม	100.0 (109)	100.0 (133)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.33

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลีกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี		รวม	χ^2	p-value
	เป็นเปรียญ	ไม่ได้เป็นเปรียญ			
รวมความรู้ทั้งหมดทุกด้าน					
ระดับน้อย	69.7 (76)	66.2 (88)	67.8 (164)	0.203	0.651
ระดับมาก	30.3 (33)	33.8 (45)	32.2 (78)		
รวม	100.0 (109)	100.0 (133)	100.0 (242)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(5) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาทางโลกกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในทุก ๆ ประเด็นตามระดับการศึกษาทางโลก (ตารางที่ 4.34)

ตารางที่ 4.34

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางโลกกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ความรู้	ระดับการศึกษาทางโลก		รวม	χ^2	p-value
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรีขึ้นไป			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่					
ระดับน้อย	16.7 (19)	10.2 (13)	13.2 (32)	1.696	0.1928
ระดับมาก	83.3 (95)	89.8 (115)	86.8 (210)		
รวม	100.0 (114)	100.0 (128)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย					
ระดับน้อย	52.6 (60)	52.3 (67)	52.5 (127)	0.002	0.964
ระดับมาก	47.4 (54)	47.7 (61)	47.5 (115)		
รวม	100.0 (114)	100.0 (128)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ					
ระดับน้อย	14.9 (17)	17.2 (22)	16.1 (39)	0.093	0.760
ระดับมาก	85.1 (97)	82.8 (106)	83.9 (203)		
รวม	100.0 (114)	100.0 (128)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.34

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการศึกษาทางโลกกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	ระดับการศึกษาทางโลก		รวม	χ^2	p-value
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	ปริญญาตรีขึ้นไป			
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด					
ระดับน้อย	8.8 (10)	3.9 (5)	6.2 (15)	1.689	0.193
ระดับมาก	91.2 (104)	96.1 (123)	93.8 (227)		
รวม	100.0 (114)	100.0 (128)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี					
ระดับน้อย	55.3 (63)	53.9 (69)	54.5 (132)	0.006	0.934
ระดับมาก	44.7 (51)	46.1 (59)	45.5 (110)		
รวม	100.0 (114)	100.0 (128)	100.0 (242)		
รวมความรู้ทั้งหมดทุกด้าน					
ระดับน้อย	70.2 (80)	65.6 (84)	67.8 (164)	0.382	0.536
ระดับมาก	29.8 (34)	34.4 (44)	32.2 (78)		
รวม	100.0 (114)	100.0 (128)	100.0 (242)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(6) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรคประจำตัวกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ตามโรคประจำตัว โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 61.8 มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.9 มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ในระดับมาก และมีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ โดยรวม ตามโรคประจำตัว โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.6 มีความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม ในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.3 มีความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวม ในระดับมาก (ตารางที่ 4.35)

ตารางที่ 4.35

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ความรู้	โรคประจำตัว		รวม	χ^2	p-value
	มี	ไม่มี			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่					
ระดับน้อย	14.3 (17)	12.2 (15)	13.2 (32)	0.084	0.771
ระดับมาก	85.7 (102)	87.8 (108)	86.8 (210)		
รวม	100.0 (119)	100.0 (123)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย					
ระดับน้อย	48.7 (58)	56.1 (69)	52.5 (127)	1.034	0.309
ระดับมาก	51.3 (61)	49.3 (54)	50.8 (123)		
รวม	100.0 (119)	100.0 (123)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.35

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง
ของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	โรคประจำตัว		รวม	χ^2	p-value
	มี	ไม่มี			
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ					
ระดับน้อย	18.5 (22)	13.8 (17)	16.1 (39)	0.659	0.416
ระดับมาก	81.5 (97)	86.2 (106)	83.9 (203)		
รวม	100.0 (119)	100.0 (123)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด					
ระดับน้อย	5.0 (6)	7.3 (9)	6.2 (15)	0.218	0.640
ระดับมาก	95.0 (113)	92.7 (114)	93.8 (227)		
รวม	100.0 (119)	100.0 (123)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม					
ระดับน้อย	8.4 (10)	15.4 (19)	12.0 (29)	2.216	0.136
ระดับมาก	91.6 (109)	84.6 (104)	88.0 (213)		
รวม	100.0 (119)	100.0 (123)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.35

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามโรคประจำตัวกับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	โรคประจำตัว		รวม	χ^2	p-value
	มี	ไม่มี			
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี					
ระดับน้อย	47.1 (56)	61.8 (76)	54.5 (132)	4.715*	0.029
ระดับมาก	52.9 (63)	38.2 (47)	50.8 (123)		
รวม	100.0 (119)	100.0 (123)	100.0 (242)		
รวมความรู้ทั้งหมดทุกด้าน					
ระดับน้อย	59.7 (71)	75.6 (93)	67.8 (164)	6.329*	0.011
ระดับมาก	40.3 (48)	24.4 (30)	32.2 (78)		
รวม	100.0 (119)	100.0 (123)	100.0 (242)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(7) การศึกษาเปรียบเทียบประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี กับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขี้ถ่าย ตามตัวแปรประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี ไม่ได้มีการตรวจสุขภาพเลย ร้อยละ 81.3 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการขี้ถ่ายในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่มีการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 49.6 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการขี้ถ่ายในระดับมาก นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ตามตัวแปรประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีการตรวจสุขภาพ ร้อยละ 87.5 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่ได้มีการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 47.8 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสอบสุขภาพประจำปี ในระดับมาก และพบว่า มีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ โดยรวม ตามตัวแปรประวัติการตรวจสอบสุขภาพรอบ 1 ปี โดยที่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้มีการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 93.8 มีความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวม ในระดับน้อย และกลุ่มตัวอย่างที่มีการตรวจสอบสุขภาพ ร้อยละ 34.1 มีความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวม ในระดับมาก โดยรวม ระดับมาก (ตารางที่ 4.36)

ตารางที่ 4.36

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการตรวจสอบสุขภาพรอบ 1 ปี กับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ความรู้	การตรวจสอบสุขภาพรอบ 1 ปี		รวม	χ^2	p-value
	ได้ตรวจ	ไม่ได้ตรวจ			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่					
ระดับต่ำ	13.7 (31)	6.3 (1)	13.2 (32)	0.221	0.638
ระดับสูง	86.3 (195)	93.8 (15)	86.8 (210)		
รวม	100.0 (226)	100.0 (16)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย					
ระดับต่ำ	50.4 (114)	81.3 (13)	52.5 (127)	4.518*	0.033
ระดับสูง	49.6 (112)	18.8 (3)	47.5 (115)		
รวม	100.0 (226)	100.0 (16)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.36

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี กับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	การตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี		รวม	χ^2	p-value
	ได้ตรวจ	ไม่ได้ตรวจ			
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ					
ระดับต่ำ	15.5 (35)	25.0 (4)	16.1 (39)	0.420	0.516
ระดับสูง	84.5 (191)	75.0 (12)	83.9 (203)		
รวม	100.0 (226)	100.0 (16)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด					
ระดับต่ำ	6.2 (14)	6.3 (1)	6.2 (15)	0.000	0.992
ระดับสูง	93.8 (212)	93.8 (15)	93.8 (227)		
รวม	100.0 (226)	100.0 (16)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม					
ระดับต่ำ	11.9 (27)	12.5 (2)	12.0 (29)	0.004	0.947
ระดับสูง	88.1 (199)	87.5 (14)	88.0 (213)		
รวม	100.0 (226)	100.0 (16)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.36

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี กับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	การตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี		รวม	χ^2	p-value
	ได้ตรวจ	ไม่ได้ตรวจ			
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี					
ระดับต่ำ	52.2 (118)	87.5 (14)	54.5 (132)	6.148*	0.013
ระดับสูง	47.8 (108)	12.5 (2)	45.0 (110)		
รวม	100.0 (226)	100.0 (16)	100.0 (242)		
รวมความรู้ทั้งหมดทุกด้าน					
ระดับน้อย	65.9 (149)	93.8 (15)	67.8 (164)	4.097*	0.042
ระดับมาก	34.1 (77)	6.3 (1)	32.2 (78)		
รวม	100.0 (226)	100.0 (16)	100.0 (242)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(8) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในทุกประเด็นตามตัวแปรเกี่ยวกับการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ (ตารางที่ 4.37)

ตารางที่ 4.37

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพกับความรู้อื่นๆ ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ความรู้	การเคยเข้ารับการอบรม การดูแลสุขภาพ		รวม	χ^2	p-value
	เคย	ไม่เคย			
ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่					
ระดับน้อย	15.4 (12)	12.2 (20)	13.2 (32)	0.231	0.630
ระดับมาก	84.6 (66)	87.8 (144)	86.8 (210)		
รวม	100.0 (78)	100.0 (164)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการขับถ่าย					
ระดับน้อย	52.6 (41)	52.4 (86)	52.5 (127)	0.001	0.985
ระดับมาก	47.4 (37)	47.6 (78)	47.5 (115)		
รวม	100.0 (78)	100.0 (164)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ					
ระดับน้อย	21.8 (17)	13.4 (22)	16.1 (39)	2.161	0.141
ระดับมาก	78.2 (61)	86.6 (142)	83.9 (203)		
รวม	100.0 (78)	100.0 (164)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.37

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพกับความรู้อันเนื่องมาจากสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	การเคยเข้ารับการอบรม การดูแลสุขภาพ		รวม	χ^2	p-value
	เคย	ไม่เคย			
ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียด					
ระดับน้อย	9.0 (7)	4.9 (8)	6.2 (15)	0.902	0.342
ระดับมาก	91.0 (71)	95.1 (156)	93.8 (227)		
รวม	100.0 (78)	100.0 (164)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม					
ระดับน้อย	11.5 (9)	12.2 (20)	12.0 (29)	0.021	0.883
ระดับมาก	88.5 (69)	87.8 (144)	88.0 (213)		
รวม	100.0 (78)	100.0 (164)	100.0 (242)		
ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี					
ระดับน้อย	47.4 (37)	57.9 (95)	54.5 (132)	1.942	0.163
ระดับมาก	52.6 (41)	42.1 (69)	45.5 (110)		
รวม	100.0 (78)	100.0 (164)	100.0 (242)		

ตารางที่ 4.37

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพกับความรู้อันเนื่องจากการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ความรู้	การเคยเข้ารับการอบรม การดูแลสุขภาพ		รวม	χ^2	p-value
	เคย	ไม่เคย			
รวมความรู้ทั้งหมดทุกด้าน					
ระดับน้อย	64.1 (50)	69.5 (114)	67.8 (164)	0.482	0.487
ระดับมาก	35.9 (28)	30.5 (50)	32.2 (78)		
รวม	100.0 (78)	100.0 (164)	100.0 (242)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.1.6.2 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การมีสุขภาพที่ดี 2. ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และ 3. การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ตามตัวแปรเกี่ยวกับ อายุ พรรษา ตำแหน่งการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก โรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพ รอบ 1 ปี และการอบรมการดูแลสุขภาพ

(1) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การมีสุขภาพที่ดี 2. ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และ 3. การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ตามตัวแปรเกี่ยวกับอายุ (ตารางที่ 4.38)

ตารางที่ 4.38

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามอายุ

อายุ	n	การมีสุขภาพที่ดี		ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ		การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ		รวม	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
น้อยกว่า 30 ปี	82	4.34	0.552	4.51	0.506	4.222	0.616	4.360	0.470
31-40 ปี	57	4.3	0.637	4.39	0.638	4.21	0.685	4.33	0.567
41-50 ปี	34	4.37	0.489	4.33	0.577	4.18	0.541	4.30	0.456
51-60 ปี	33	4.33	0.642	4.35	0.646	4.25	0.511	4.31	0.503
61 ปีขึ้นไป	36	4.56	0.494	4.48	0.707	4.35	.535	4.47	0.506
รวม	242	4.38	0.570	4.43	0.599	4.24	0.596	4.35	0.501
หมายเหตุ	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value	
	1.056	0.378	0.844	0.498	0.414	0.798	0.644	0.631	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(2) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพรรษากับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การมีสุขภาพที่ดี 2. ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและ 3. การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ตามตัวแปรเกี่ยวกับพรรษา (ตารางที่ 4.39)

ตารางที่ 4.39

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามพรรษา

พรรษา	n	การมีสุขภาพที่ดี		ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ		การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ		รวม	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1-5 พรรษา	82	4.33	0.579	4.41	0.611	4.27	0.584	4.34	0.521
6-10 พรรษา	57	4.39	0.568	4.48	0.540	4.12	0.625	4.33	0.473
11-15 พรรษา	34	4.31	0.715	4.38	0.670	4.15	0.750	4.28	0.630
16-20 พรรษา	33	4.36	0.569	4.35	0.621	4.35	0.564	4.35	0.498
21 พรรษาขึ้นไป	36	4.50	0.476	4.50	0.592	4.27	0.521	4.42	0.427
รวม	242	4.38	0.570	4.44	0.599	4.24	0.596	4.35	0.501
หมายเหตุ		F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value
		0.853	0.493	0.761	0.465	0.920	0.452	0.771	0.451

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(3) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การมีสุขภาพที่ดี 2. ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและ 3. การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ตามตัวแปรเกี่ยวกับตำแหน่ง (ตารางที่ 4.40)

ตารางที่ 4.40

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามตำแหน่ง

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	ตำแหน่ง				t-test	p-value
	ผู้บริหาร (n=41)		พระลูกวัด (n=201)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การมีสุขภาพที่ดี	4.47	0.578	4.37	0.569	1.11	0.267
ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ	4.53	0.616	4.41	0.596	1.17	0.244
การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	4.38	0.525	4.20	0.607	1.67	0.096
รวม	4.46	0.482	4.33	0.504	1.55	0.122

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(4) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาทางธรรมกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม ผลการศึกษา พบว่า ไม่มี ความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การมีสุขภาพที่ดี 2. ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและ 3. การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ตามตัวแปรเกี่ยวกับ ระดับการศึกษาทางธรรมแผนกธรรม (ตารางที่ 4.41)

ตารางที่ 4.41

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรมแผนกธรรม

ทัศนคติต่อการดูแล สุขภาพตนเองของ พระสงฆ์	การศึกษาทางธรรม แผนกธรรม				t-test	p-value
	ได้นักธรรม (n=224)		ไม่ได้นักธรรม (n=18)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การมีสุขภาพที่ดี	4.38	0.570	4.48	0.587	0.67	0.503
ความสำคัญใน การดูแลสุขภาพ	4.43	0.604	4.52	0.555	0.67	0.506
การหลีกเลี่ยงการ กระทำที่เป็นผลเสีย ต่อสุขภาพ	4.23	0.599	4.30	0.579	0.51	0.611
รวม	4.35	0.503	4.43	0.492	0.72	0.471

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี ผลการศึกษา พบว่า ไม่มี ความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การมีสุขภาพที่ดี 2. ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และ 3. การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ตามตัวแปร เกี่ยวกับระดับการศึกษาทางธรรมแผนกบาลี (ตารางที่ 4.42)

ตารางที่ 4.42

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางธรรมแผนกบาลี

ทัศนคติต่อการดูแล สุขภาพตนเองของ พระสงฆ์	การศึกษาทางธรรม แผนกบาลี				t-test	p-value
	เป็นเปรียญ (n=109)		ไม่ได้เป็นเปรียญ (n=133)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การมีสุขภาพที่ดี	4.38	0.558	4.39	0.583	0.17	0.865
ความสำคัญใน การดูแลสุขภาพ	4.47	0.594	4.40	0.606	0.83	0.406
การหลีกเลี่ยง การกระทำที่เป็น ผลเสียต่อสุขภาพ	4.25	0.608	4.22	0.589	0.42	0.672
รวม	4.37	0.491	4.34	0.511	0.44	0.663

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(5) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาทางโลก
กับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การมีสุขภาพที่ดี 2. ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และ 3. การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ตามตัวแปรเกี่ยวกับระดับการศึกษาทางโลก (ตารางที่ 4.43)

ตารางที่ 4.43

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางโลก

ทัศนคติต่อ การดูแลสุขภาพ ตนเองของ พระสงฆ์	การศึกษาทางโลก				t-test	p-value
	ต่ำกว่าปริญญาตรี (n=114)		ปริญญาตรีขึ้นไป (n=128)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การมีสุขภาพที่ดี	4.41	0.556	4.36	0.585	0.64	0.525
ความสำคัญใน การดูแลสุขภาพ	4.44	0.602	4.47	0.600	0.01	0.989
การหลีกเลี่ยง การกระทำที่เป็น ผลเสียต่อสุขภาพ	4.28	0.579	4.20	0.611	1.09	0.278
รวม	4.38	0.489	4.33	0.513	0.67	0.506

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(6) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรคประจำตัวกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การมีสุขภาพที่ดี 2. ความสำคัญในการดูแลสุขภาพและ 3. การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ตามตัวแปรเกี่ยวกับ โรคประจำตัว(ตารางที่ 4.44)

ตารางที่ 4.44

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามโรคประจำตัว

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	มีโรคประจำตัว (n=119)		ไม่มีโรคประจำตัว (n=123)		t-test	p-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การมีสุขภาพที่ดี	4.42	0.526	4.35	0.610	1.05	0.296
ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ	4.44	0.623	4.43	0.580	0.05	0.958
การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	4.25	0.576	4.22	0.618	0.45	0.625
รวม	4.38	0.502	4.33	0.503	0.60	0.551

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(7) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปีกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ตามประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี พบว่า ไม่มีความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี ทุกตัวแปร ทั้งโดยรวมและรายด้าน (ตารางที่ 4.45)

ตารางที่ 4.45

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามประวัติการดูแลสุขภาพในรอบ 1 ปี

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	การดูแลสุขภาพในรอบ 1 ปี				t-test	p-value
	ได้ตรวจ(n=226)		ไม่ได้ตรวจ(n=16)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การมีสุขภาพที่ดี	4.40	0.574	4.19	0.504	1.44	0.152
ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ	4.45	0.602	4.25	0.548	1.29	0.198
การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	4.250	0.587	4.05	0.714	1.32	0.189
รวม	4.37	0.498	4.16	0.525	1.59	0.114

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(8) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ตามตัวแปรเกี่ยวกับการเคยอบรมการดูแลสุขภาพ พบว่า มีความแตกต่างของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี โดยมีค่าเฉลี่ย 4.50 ในกลุ่มที่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ มากกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้เคยอบรมการดูแลสุขภาพ ที่มีค่าเฉลี่ย 4.32 (ตารางที่ 4.46)

ตารางที่ 4.46

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามการเคยอบรมการดูแลสุขภาพ

ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	การเคยอบรมการดูแลสุขภาพ				t-test	p-value
	เคย (n=78)		ไม่เคย (n=164)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การมีสุขภาพที่ดี	4.50	0.465	4.33	0.607	2.59*	0.010
ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ	4.48	0.590	4.41	0.605	0.84	0.402
การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ	4.29	0.537	4.21	0.623	0.99	0.323
รวม	4.43	0.439	4.31	0.526	1.62	0.107

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.1.6.3 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับ

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เกี่ยวกับ 1. การบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ 2. การขับถ่าย 3. การออกกำลังกายและการนอนหลับ 4. การจัดการความเครียด 5. การอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 6. การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ตามตัวแปรเกี่ยวกับอายุพรรษา ตำแหน่งการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก โรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และการอบรมการดูแลสุขภาพ

(1) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างอายุกับระดับพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างของพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ และการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ตามตัวแปรเกี่ยวกับอายุ (ตารางที่ 4.47)

ตารางที่ 4.47

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ จำแนกตามอายุ

อายุ	n	การบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่		การขยับถ่าย		การออกกำลังกายและการนอนหลับ		การจัดการความเครียด		การอนามัยสิ่งแวดล้อม		การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี			รวม	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
น้อยกว่า 30 ปี	82	3.26	0.442	3.91	0.576	3.56	0.808	3.34	0.574	3.59	0.899	3.29	0.574	3.43	0.380	
31-40 ปี	57	3.29	0.362	3.96	0.513	3.40	0.808	3.34	0.445	3.62	0.982	3.28	0.661	3.42	0.395	
41-50 ปี	34	3.45	0.428	3.96	0.567	3.45	0.718	3.47	0.434	3.59	0.960	3.33	0.438	3.50	0.322	
51-60 ปี	33	3.43	0.413	3.93	0.451	3.38	0.678	3.23	0.526	3.43	0.855	3.51	0.555	3.47	0.374	
61 ปีขึ้นไป	36	3.59	0.554	4.00	0.549	3.47	0.780	3.50	0.598	3.87	0.870	3.63	0.456	3.64	0.406	
รวม	242	3.37	0.451	3.95	0.537	3.47	0.772	3.37	0.526	3.62	0.919	3.37	0.572	3.48	0.383	
หมายเหตุ	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value
	4.690*	0.001	0.216	0.929	0.471	0.756	1.309	0.267	1.032	0.391	3.281*	0.012	2.199	0.069		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(2) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างพระราชกฤษฎีกา

การดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม ตามตัวแปรเกี่ยวกับ พระราช (ตารางที่ 4.48)



ตารางที่ 4.48

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามพรรษา

พรรษา	n	การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่		การขยับถ่าย		การออกกำลังกายและการนอนหลับ		การจัดการความเครียด		การอนามัยสิ่งแวดล้อม		การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี		รวม	
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.
1-5 พรรษา	88	3.30	0.462	3.88	0.560	3.34	0.817	3.25	0.560	3.43	0.848	3.33	0.526	3.38	0.378
6-10 พรรษา	44	3.23	0.368	3.95	0.523	3.49	0.765	3.32	0.400	3.61	0.991	3.18	0.523	3.40	0.356
11-15 พรรษา	27	3.44	0.463	3.97	0.543	3.48	0.810	3.50	0.640	3.72	0.885	3.56	0.728	3.57	0.402
16-20 พรรษา	27	3.49	0.522	3.97	0.451	3.66	0.700	3.42	0.471	3.81	0.992	3.50	0.616	3.60	0.319
21 พรรษาขึ้นไป	56	3.48	0.415	4.02	0.522	3.56	0.708	3.51	0.489	3.78	0.921	3.46	0.536	3.58	0.391
รวม	242	3.37	0.451	3.95	0.537	3.47	0.722	3.37	0.526	3.62	0.919	3.37	0.572	3.45	0.383
หมายเหตุ		F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value	F	p-value
		3.129*	0.015	0.666	0.615	1.253	0.289	2.812*	0.026	1.746	0.140	2.799*	0.026	4.055*	0.003

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(3) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตำแหน่งกับระดับ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับ การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ ตามตัวแปรตำแหน่ง โดยมีค่าเฉลี่ย 3.55 ในกลุ่มที่เป็นผู้บริหาร มากกว่าในกลุ่มที่เป็นพระลูกวัดที่มีค่าเฉลี่ย 3.33 และมีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับ การขับถ่าย ตามตัวแปรตำแหน่ง โดยมีค่าเฉลี่ย 4.09 ในกลุ่มที่เป็นผู้บริหาร มากกว่าในกลุ่มที่เป็นพระลูกวัดที่มีค่าเฉลี่ย 3.91 (ตารางที่ 4.49)

ตารางที่ 4.49

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามตำแหน่ง

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	ตำแหน่ง				t-test	p-value
	ผู้บริหาร (n=41)		พระลูกวัด (n=201)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่	3.55	0.452	3.33	0.443	2.85*	0.005
การขับถ่าย	4.09	0.503	3.91	0.541	1.99*	0.048
การออกกำลังกายและ การนอนหลับ	3.40	0.744	3.48	0.779	0.56	0.575
การจัดการความเครียด	3.43	0.428	3.359	0.545	0.78	0.439
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.70	0.869	3.602	0.930	0.62	0.538
การรักษาพยาบาลตนเอง และการตรวจสุขภาพประจำปี	3.37	0.549	3.376	0.578	0.03	0.974
รวม	3.55	.365	3.463	0.387	1.28	0.203

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(4) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาทางธรรม
กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม ผลการศึกษา พบว่า ไม่มี
ความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในทุกประเด็น ตามตัวแปรระดับการศึกษา
ทางธรรม แผนกธรรม (ตารางที่ 4.50)

ตารางที่ 4.50

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามระดับ
การศึกษาทางธรรมแผนกธรรม

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของ พระสงฆ์	ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม				t-test	p-value
	ได้นักธรรม (n=224)		ไม่ได้นักธรรม (n=18)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	3.37	0.448	3.333	0.504	0.33	0.741
การขับถ่าย	3.95	0.537	3.85	0.557	0.81	0.418
การออกกำลังกายและ การนอนหลับ	3.49	0.752	3.17	0.971	1.68	0.095
การจัดการความเครียด	3.78	0.515	3.29	0.673	0.69	0.493
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.63	0.910	3.388	1.031	1.10	0.27
การรักษาพยาบาลตนเอง และการตรวจสุขภาพ ประจำปี	3.37	0.573	3.44	0.570	0.47	0.639
รวม	3.485	0.375	3.38	0.480	1.06	0.291

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ระดับทางธรรม แผนกบาลี ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในทุกประเด็น ตามตัวแปรระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี (ตารางที่ 4.51)

ตารางที่ 4.51

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามระดับ การศึกษาทางธรรมแผนกบาลี

พฤติกรรมการดูแล สุขภาพตนเองของ พระสงฆ์	ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี				t-test	p-value
	เป็นเปรียญ (n=109)		ไม่ได้เป็นเปรียญ (n=133)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	3.37	0.430	3.36	0.469	0.08	0.933
การขี้เกียจ	3.93	0.515	3.96	0.557	0.45	0.650
การออกกำลังกายและ การนอนหลับ	3.57	0.738	3.39	0.792	1.87	0.063
การจัดการความเครียด	3.41	0.483	3.33	0.559	1.12	0.265
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.62	0.932	3.616	0.911	0.04	0.972
การรักษาพยาบาลตนเอง และการตรวจสุขภาพ ประจำปี	3.34	0.579	3.40	0.566	0.95	0.343
รวม	3.49	0.359	3.16	0.404	0.55	0.581

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(5) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างระดับการศึกษาทางโลก
กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า ไม่มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองในทุกประเด็น ตามตัวแปรระดับการศึกษาทางโลก (ตารางที่ 4.52)

ตารางที่ 4.52

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามระดับการศึกษาทางโลก

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของพระสงฆ์	ระดับการศึกษาทางโลก				t-test	p-value
	ต่ำกว่าปริญญาตรี (n=114)		ปริญญาตรีขึ้นไป (n=128)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	3.33	0.479	3.40	0.424	1.27	0.207
การขับถ่าย	3.90	0.535	3.98	.540	1.11	0.269
การออกกำลังกายและ การนอนหลับ	3.39	0.807	3.54	0.735	1.60	0.111
การจัดการความเครียด	3.36	0.574	3.38	0.483	0.27	0.788
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.59	0.942	3.64	0.901	0.44	0.658
การรักษาพยาบาลตนเอง และการตรวจสุขภาพ ประจำปี	3.33	0.526	3.41	0.610	1.11	0.267
รวม	3.43	0.402	3.51	0.364	1.64	0.103

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(6) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างโรคประจำตัวกับพฤติกรรม

การดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ตามตัวแปรเกี่ยวกับโรคประจำตัว โดยมีค่าเฉลี่ย 3.45 ในกลุ่มที่มีโรคประจำตัว มากกว่าในกลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัว ที่ค่าเฉลี่ย 3.30 (ตารางที่ 4.53)

ตารางที่ 4.53

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามโรคประจำตัว

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของพระสงฆ์	โรคประจำตัว				t-test	p-value
	มี (n=119)		ไม่มี (n=123)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	3.40	0.480	3.33	0.420	1.22	0.222
การขับถ่าย	3.97	0.477	3.93	0.592	0.57	0.567
การออกกำลังกายและการ นอนหลับ	3.47	0.725	3.47	.819	0.04	0.970
การจัดการความเครียด	3.41	0.526	3.33	0.526	1.23	0.219
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.66	0.879	3.55	0.957	0.76	0.451
การรักษาพยาบาลตนเอง และการตรวจสุขภาพ ประจำปี	3.45	0.504	3.30	0.624	2.15*	0.033
รวม	3.51	0.375	3.44	0.390	1.53	0.128

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(7) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างประวัติการตรวจสุขภาพ
รอบ 1 ปี กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.39 ในกลุ่มที่ได้ตรวจสุขภาพ สูงกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจที่มีค่าเฉลี่ย 2.93 นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการขับถ่าย โดยมีค่าเฉลี่ย 3.98 ในกลุ่มที่ได้ตรวจสุขภาพมากกว่า ในกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจ ที่มีค่าเฉลี่ย 3.50 และมีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง โดยรวม โดยมีค่าเฉลี่ย 3.49 ในกลุ่มที่ได้ตรวจสุขภาพ มากกว่าในกลุ่มที่ไม่ได้ตรวจ ที่มีค่าเฉลี่ย 3.23 (ตารางที่ 4.54)

ตารางที่ 4.54

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี

พฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์	การตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี				t-test	p-value
	ได้ตรวจ (n=226)		ไม่ได้ตรวจ (n=16)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	3.39	0.444	2.93	0.309	4.14*	<0.001
การขับถ่าย	3.98	0.519	3.50	0.619	3.52*	0.001
การออกกำลังกายและการนอนหลับ	3.47	0.763	3.38	0.920	0.44	0.658
การจัดการความเครียด	3.38	0.532	3.24	0.440	1.05	0.295
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.60	0.924	3.75	0.856	.59	0.555
การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี	3.39	0.556	3.12	0.747	1.82	0.070
รวม	3.49	0.377	3.23	0.402	2.65*	0.009

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

(8) การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการเคยอบรมการดูแลสุขภาพ กับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ โดยมีค่าเฉลี่ย 3.66 ในกลุ่มที่เคยอบรมการดูแลสุขภาพสูงกว่าในกลุ่มที่ไม่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ ที่มีค่าเฉลี่ย 3.38 นอกจากนี้มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการจัดการความเครียด โดยมีค่าเฉลี่ย 3.53 ในกลุ่มที่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ มากกว่าในกลุ่มที่ไม่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ ที่มีค่าเฉลี่ย 3.30 มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี โดยมีค่าเฉลี่ย 3.59 ในกลุ่มที่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ มากกว่าในกลุ่มที่ไม่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ ที่มีค่าเฉลี่ย 3.27 และมีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวม โดยมีค่าเฉลี่ย 3.61 ในกลุ่มที่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ ที่มากกว่าในกลุ่มที่ไม่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ ที่มีค่าเฉลี่ย 3.41 (ตารางที่ 4.55)

ตารางที่ 4.55

การวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์จำแนกตามการเคยอบรมการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ตนเองของพระสงฆ์	การเคยอบรมการดูแลสุขภาพ				t-test	p-value
	เคย (n=78)		ไม่เคย (n=164)			
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่	3.45	0.449	3.33	0.448	1.95	0.053
การขับถ่าย	4.03	0.524	3.90	0.541	1.72	0.087
การออกกำลังกายและการ นอนหลับ	3.66	0.642	3.38	0.813	2.90*	0.004
การจัดการความเครียด	3.53	0.554	3.29	0.497	3.32*	0.001
การอนามัยสิ่งแวดล้อม	3.73	0.866	3.56	0.941	1.31	0.190
การรักษาพยาบาลตนเอง และการตรวจสุขภาพ ประจำปี	3.59	0.535	3.27	0.563	4.08*	<0.001
รวม	3.62	0.371	3.41	0.372	4.09*	<0.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1. ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ โดยรวม มีความแตกต่างตาม โรคประจำตัว และประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี ส่วนรายด้าน มีความแตกต่างเฉพาะความรู้เกี่ยวกับ
2. การขยับถ่าย ตามอายุ และประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และมีความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ตาม อายุ โรคประจำตัว และประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี อย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างในทางสถิติ (ตารางที่ 4.56)

ตารางที่ 4.56

สรุปการเปรียบเทียบตัวแปรความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ตัวแปร	การบริโภค อาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่	การขยับถ่าย	การออกกำลังกาย และการ หลับนอน	การจัดการ ความ เครียด	การ อนามัย สิ่งแวดล้อม	การรักษา พยาบาล ตนเองและ การตรวจ สุขภาพ ประจำปี	รวม
อายุ	$\chi^2=9.475$ p=0.050	$\chi^2=13.524^*$ p=.009	$\chi^2=6.745$ p=0.150	$\chi^2=2.157$ p=.706	$\chi^2=3.531$ p=.473	$\chi^2=13.398^*$ p=.009	$\chi^2=7.544$ p=0.109
พรรษา	$\chi^2=1.558$ p=0.816	$\chi^2=1.922$ p=0.749	$\chi^2=5.464$ p=0.242	$\chi^2=2.857$ p=.581	$\chi^2=6.047$ p=.195	$\chi^2=1.728$ p=0.785	$\chi^2=1.871$ p=0.759
ตำแหน่ง	$\chi^2=0.045$ p=0.831	$\chi^2=1.071$ p=0.300	$\chi^2=.266$ p=0.605	$\chi^2=.464$ p=0.495	$\chi^2=.095$ p=0.756	$\chi^2=.411$ p=0.521	$\chi^2=0.702$ p=0.402
ระดับ การศึกษา ทางธรรม แผนกธรรม	$\chi^2=0.405$ p=.524	$\chi^2=0.047$ p=.826	$\chi^2=0.071$ p=.789	$\chi^2=0.152$ p=0.696	$\chi^2=1.562$ p=0.211	$\chi^2=0.008$ p=0.928	$\chi^2=0.025$ p=0.874

ตารางที่ 4.56

สรุปการเปรียบเทียบตัวแปรความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ตัวแปร	การบริโภค อาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่	การขับถ่าย	การออกกำลังกาย และการ หลับนอน	การจัดการ ความ เครียด	การ อนามัย สิ่งแวดล้อม	การรักษา พยาบาล ตนเองและ การตรวจ สุขภาพ ประจำปี	รวม
ระดับ การศึกษา ทางธรรม แผนกบาลี	$\chi^2=0.532$ p=0.465	$\chi^2= 2.654$ p=0.103	$\chi^2= 0.527$ p=0.467	$\chi^2= 0.018$ p=0.890	$\chi^2=0.327$ p=0.567	$\chi^2=0.624$ p=0.429	$\chi^2= 0.203$ p=0.651
ระดับ การศึกษา ทางโลก	$\chi^2= 1.696$ p=0.192	$\chi^2= 0.002$ p=0.964	$\chi^2=0.093$ p=0.760	$\chi^2= 1.689$ p=0.193	$\chi^2= 0.004$ p=0.949	$\chi^2= .006$ p=0.934	$\chi^2= 0.382$ p=0.536
โรค ประจำตัว	$\chi^2= 0.084$ p=0.771	$\chi^2= 1.034$ p=0.309	$\chi^2= .659$ p=0.416	$\chi^2= 0.218$ p=0.640	$\chi^2= 2.216$ p=0.136	$\chi^2= 4.715^*$ p=0.029	$\chi^2=4.329^*$ p=0.011
ประวัติการ ตรวจ สุขภาพ รอบ 1 ปี	$\chi^2= .221$ p=0.638	$\chi^2= 4.518^*$ p=0.033	$\chi^2= 0.420$ p=0.516	$\chi^2= 0.000$ p=0.992	$\chi^2=0.004$ p=0.947	$\chi^2= 6.148^*$ p=0.013	$\chi^2=4.097^*$ p=0.042
การเคยเข้า รับการ อบรมการ ดูแล สุขภาพ	$\chi^2= 0.231$ p=0.630	$\chi^2= 0.001$ p=0.985	$\chi^2= 2.161$ p=0.141	$\chi^2= 0.902$ p=0.342	$\chi^2=0.021$ p=0.883	$\chi^2= 1.942$ p=0.163	$\chi^2= 0.482$ p=0.487

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์โดยรวม ไม่มีความแตกต่างในทางสถิติ ส่วนทักษะคิดในรายด้าน พบว่า มีความแตกต่างของทักษะคิดเฉพาะเกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี ตามการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ไม่มีความแตกต่างในทางสถิติ (ตารางที่ 4.57)

ตารางที่ 4.57

สรุปการเปรียบเทียบตัวแปรทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ตัวแปร	การมีสุขภาพ ที่ดี	ความสำคัญ ในการดูแล สุขภาพ	การหลีกเลี่ยงการ กระทำที่เป็น ผลเสียต่อสุขภาพ	รวม
อายุ	F=1.056 p=0.378	F= 0.844 p=0.498	F= 0.414 p=0.798	F= 0.644 p=0.631
พรรษา	F= 0.853 p=0.493	F= 0.465 p=0.761	F= 0.920 p=0.452	F= 0.451 p=0.771
ตำแหน่ง	t=1.11 p=0.267	t=1.17 p=0.244	t=1.67 p=0.096	t=1.55 p=0.122
ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกธรรม	t=0.67 p=0.503	t= 0.67 p=0.506	t= 0.51 p=0.611	t= 0.72 p=0.471
ระดับการศึกษาทางธรรม แผนกบาลี	t= 0.17 p=0.865	t=0 .83 p=0.406	t= 0.42 p=0.672	t= 0.44 p=0.663
ระดับการศึกษาทางโลก	t= 0.64 p=0.525	t= 0.01 p=0.989	t= 1.09 p=0.278	t= 0.67 p=0.506
โรคประจำตัว	t= 1.05 p=0.296	t= 0.05 p=0.958	t=0.45 p=0.625	t= 0.60 p=0.551
ประวัติการตรวจสุขภาพ รอบ 1 ปี	t= 1.44 p=.152	t= 1.29 p=0.198	t= 1.32 p=0.189	t= 1.59 p=0.114
การเคยเข้ารับการอบรม การดูแลสุขภาพ	t= 2.59* p=.010	t= 0.84 p=0.402	t= 0.99 p=0.323	t= 1.62 p=0.107

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ โดยรวม มีความแตกต่างตาม พรรษา ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ ส่วนในรายด้าน มีความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับ 1. การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ ตามอายุ พรรษา ตำแหน่ง และประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี มีความแตกต่างของพฤติกรรมเกี่ยวกับ 2. การข้บถ่าย ตามตำแหน่ง และประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี มีความแตกต่างของพฤติกรรมเกี่ยวกับ 3. การออกกำลังกายและการนอนหลับ ตามการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ มีความแตกต่างของพฤติกรรมเกี่ยวกับ 4. การจัดการความเครียด ตามพรรษา และการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ และมีความแตกต่างของพฤติกรรมเกี่ยวกับ 5. การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ตามอายุ พรรษา โรคประจำตัว และการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญในทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับ 6. การอนามัยสิ่งแวดล้อม และตัวแปรอื่นๆ ไม่มีความแตกต่างในทางสถิติ (ตารางที่ 4.58)

ตารางที่ 4.58

สรุปการเปรียบเทียบตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ตัวแปร	การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่	การข้บถ่าย	การออกกำลังกาย และการนอนหลับ	การจัดการความเครียด	การอนามัยสิ่งแวดล้อม	การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี	รวม
อายุ	F=4.690* p=0.001	F= 0.216 p=0.929	F= 0.471 p=0.751	F=1.309 p=0.276	F=1.032 p=0.391	F=3.281* p=0.012	F=2.199 p=0.069
พรรษา	F=3.129* p=0.015	F= 0.666 p=0.615	F=1.253 p=0.289	F=2.812* p=.026	F=1.746 p=0.140	F=2.799* p=0.026	F=4.055* p=0.003
ตำแหน่ง	t= 2.85* p=0.005	t= 1.99* p=0.048	t= 0.56 p=0.575	t= 0.78 p=0.439	t= 0.62 p=0.538	t= 0.03 p=0.974	t= 1.28 p=0.203
ระดับการศึกษาทางธรรมแผนกธรรม	t= .33 p=.741	t= 0.81 p=0.418	t= 1.68 p=0.095	t= 0.69 p=0.493	t= 1.10 p=0.272	t= 0.47 p=0.639	t= 1.06 p=0.291

ตารางที่ 4.58

สรุปการเปรียบเทียบตัวแปรพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ (ต่อ)

ตัวแปร	การ บริโภค อาหาร เครื่องดื่ม และการ สูบบุหรี่	การ ขับถ่าย	การออก กำลังกาย และ การ นอนหลับ	การ จัดการ ความ เครียด	การ อนามัย สิ่งแวดล้อม	การรักษา พยาบาล ตนเองและ การตรวจ สุขภาพ ประจำปี	รวม
ระดับ การศึกษา ทางธรรม แผนกบาลี	t= 0.08 p=0.933	t=0.45 p=0.650	t= 1.87 p=0.063	t= 1.12 p=0.265	t= 0.04 p=0.972	t= 0.95 p=0.343	t= 0.55 p=0.581
ระดับ การศึกษา ทางโลก	t= 1.27 p=0.207	t= 1.11 p=0.269	t= 1.60 p=0.111	t= .027 p=0.788	t= 0.44 p=0.658	t= 1.11 p=0.267	t= 1.64 p=0.103
โรค ประจำตัว	t= 1.22 p=0.222	t= 0.57 p=0.567	t= 0.04 p=0.970	t= 1.23 p=0.219	t= 0.76 p=0.451	t= 2.15* p=0.033	t= 1.53 p=0.128
ประวัติการ ตรวจ สุขภาพรอบ 1 ปี	t= 4.14* p<0.001	t= 3.52* p=0.001	t=0.44 p=0.658	t= 1.05 p=0.295	t= 0.59 p=0.555	t= 1.82 p=0.070	t= 2.65* p=0.009
การเคยเข้า รับการ อบรมการ ดูแลสุขภาพ	t= 1.95 p=0.053	t= 1.72 p=0.087	t= 2.90* p=0.004	t= 3.32* p=0.001	t= 1.31 p=0.190	t= 4.08* p<0.001	t= 4.09* p<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปผลศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร ซึ่งให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ พรรษา มาก ผู้บริหารมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะด้านดีกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ พรรษาน้อยและพระลูกวัด แสดงเห็นว่า กาลเวลาทำให้กลุ่มตัวอย่าง

มีประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมในศึกษาหาความรู้และนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตของตน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และเคยอบรมการดูแลสุขภาพ มีแนวโน้มต่อการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า และพบอีกว่า การศึกษาทั้งระดับทางธรรมและระดับศึกษาทางธรรม ไม่มีส่วนช่วยสนับสนุนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งพิจารณาย้อนกลับไปมองหลักสูตรวิชาการที่ได้ศึกษาเล่าเรียนมา พบว่า การศึกษาหลักสูตรไม่ได้ให้ความสำคัญที่การดูแลสุขภาพ หรือสถานศึกษาด้านศาสนายังมุ่งเน้นเฉพาะการศึกษาทางวิชาซึ่งมากกว่าการศึกษาทางวิชาชีวิต ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตประจำของมนุษย์

4.2 การอภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาเรื่อง “การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์ได้ดังนี้

4.2.1 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

ในการศึกษาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งนำมาอภิปรายผลดังนี้

4.2.1.1 กระบวนการรักษาพยาบาลและใช้สิทธิ์การรักษา

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 47.9 มีความรู้ระดับน้อยสุด คือ ประเด็น การตรวจสุขภาพประจำปี จำเป็นต้องมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ซึ่ง ประเสริฐ อัสสันตชัย (2555) ได้กล่าวถึง การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และเป็นวิธีการพยายามให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างมีประสิทธิภาพคุ้มค่าที่สุด ดีกว่าการมุ่งตั้งรับการรักษา เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ประชาชนที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ควรตรวจสุขภาพประจำปี สิ่งที่ต้องตรวจ คือ ความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับไขมันโคเลสเตอรอลในเลือด การตรวจสิ่งเหล่านี้ ทำให้ทราบถึงสภาวะปกติหรือผิดปกติในร่างกาย เพื่อรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้น ส่วนสาเหตุที่ทำให้พระสงฆ์ไม่ยอมไปตรวจสุขภาพประจำปีหรือไปรักษาที่โรงพยาบาล คือ 1) พระสงฆ์กลัวจะพบโรค ที่ตรวจในร่างกาย 2) การตรวจสุขภาพมีค่าใช้จ่ายจำนวนมาก 3) เชื่อในการรักษาด้วยยาแบบภูมิปัญญาท้องถิ่น ซึ่ง จิราภรณ์ ศรีไชย (สัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาล โรงพยาบาลสงฆ์, 2560) ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลพระสงฆ์ ดังนี้ ในกระบวนการรักษาพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับพระสงฆ์มีความยืดหยุ่นมาก ซึ่งพระสงฆ์สามารถเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลรัฐทุกระดับและพระสงฆ์มีสิทธิ์ในการรักษา ดังนี้ 1) บัตรทอง 2) ประกันสังคม (ทำประกันสังคมตอนเป็นฆราวาส) 3) ประกันสุขภาพ (บริษัทสุขภาพ) 4) ข้าราชการ (พระสงฆ์หรือ

คนในครอบครัวเป็นข้าราชการ) แม้ที่สุด หากพระสงฆ์ ไม่มีสิทธิ์รักษาอะไรเลย เพียงแต่มีบัตรประชาชน ทางโรงพยาบาลรัฐทุกระดับพื้นที่จะอำนวยความสะดวกในการเปิดสิทธิ์การรักษาและอนุเคราะห์การรักษาพยาบาลแก่พระสงฆ์ในโรงพยาบาลรัฐเกือบทุกจังหวัดมีติดบัตรรองสำหรับพระสงฆ์อาหาร นอกจากนี้ พระสงฆ์สามารถไปใช้บริการได้ โดยไม่จำเป็นต้องรอไปรักษาที่โรงพยาบาลสงฆ์แห่งเดียว ทั้งนี้ การรับวัคซีนก็เช่นกัน พระสงฆ์สามารถรับวัคซีน ณ โรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศได้ เช่นเดียวกันกับประชาชนทั่วไป โดยไม่มีค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้น อย่างไรก็ตาม เป็นที่สังเกตว่า โรงพยาบาลสงฆ์หรือโรงพยาบาลของรัฐที่มีติดบัตรรองสำหรับพระสงฆ์อาหาร แต่ไม่ได้รับงบประมาณการรักษายาพยาบาลจากกระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ซึ่งงบประมาณในการซื้อเวชภัณฑ์และอุปกรณ์เวชภัณฑ์นั้น ได้มาจากค่าบำรุงโรงพยาบาลและเงินบริจาคเท่านั้น

(1) ค่านิยมกับการรักษาพยาบาลตนเอง

ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 45.9 การซื้อยา กินตามร้านขายยาหรือหมอพื้นบ้านเป็นการพยาบาลเบื้องต้น ช่วยบรรเทาและทำให้โรคหายได้ในที่สุด และเมื่อมีอาการเจ็บป่วยการรักษาพยาบาลด้วยตนเอง ถือว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด สอดคล้องกับ สกุนตลา แซ่เตียว และคณะ (2555) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ในเขตเทศบาลนครสงขลา” พบว่าพระสงฆ์ที่มีอายุพรรษามาก มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพมากกว่า พระสงฆ์ที่มีอายุพรรษาน้อย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาลสำหรับพฤติกรรมที่มากที่สุดคือ เมื่อรู้ว่าตนเองอาพาธจะป้องกันไม่ให้ไปติดต่อกับผู้อื่น รองลงมา ก่อนการใช้ยาจะมีการศึกษาสรรพคุณและโทษหรืออาการข้างเคียงของยาชนิดนั้น ๆ และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยมักจะซื้อยามันเอง ซึ่ง มัลลิกา มัติโก (2530) ได้กล่าวถึง รูปแบบการรักษาพยาบาลตนเองและการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อภาวะเจ็บป่วย ผู้ป่วยจะรับรู้ตนเอง และอาจตัดสินใจรักษาด้วยตนเองหรือปรึกษาครอบครัวหรือเครือข่ายสังคม คือ 1) ตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยต่อพฤติกรรมที่ผิดปกติ 2) ใช้ยารักษาตนเอง 3) การรักษาตนเองโดยไม่ต้องใช้ยา เช่น เมื่อเป็นหวัดก็จะดื่มน้ำอุ่น หรือพักผ่อนให้มาก ๆ 4) ตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาหรือขอคำแนะนำจากระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งผู้ป่วยจะตัดสินใจเองว่าจะทำตามคำแนะนำในการรักษาหรือรักษาแนวทางอื่น

เดิมที พระสงฆ์ส่วนมาก มีวิถีชีวิตและค่านิยมในการรักษาพยาบาลตนเองด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่น เพราะฉะนั้น เมื่อพระสงฆ์อาพาธเล็กน้อยหรืออาพาธหนัก ส่วนมากพระสงฆ์จะซื้อยาและหาวิธีการรักษาตนเอง โดยไม่รักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน หากรักษาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นไม่ได้จริง ๆ จึงหันมารักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งค่านิยมเหล่านี้ฝังลึกในวิถีชีวิตของพระสงฆ์และมีการเรียนรู้ถ่ายทอดจากรุ่นสู่รุ่น ซึ่ง สุรพงษ์ โสธนาเสถียร (2533) ได้กล่าวถึงสาเหตุความรู้ที่พระสงฆ์ได้รับมา จนเป็นค่านิยมในการรักษาพยาบาลในหมู่สงฆ์ ดังนี้ 1) สามารถตอบข้อสงสัย รักษาแล้วได้ผล 2) สร้างทัศนคติใหม่ จนเกิดการยอมรับการรักษาแบบด้วย

ภูมิปัญญาท้องถิ่น 3) พอกพูนระบบความเชื่อในจิตใต้สำนึก และสุดท้าย กลายเป็นค่านิยมที่ฝังรากลึก ลงวิถีชีวิตของพระสงฆ์ การที่จะปรับค่านิยมด้านการรักษาพยาบาลตนเองของพระสงฆ์นี้ ถือว่าเป็น เรื่องที่ยาก แต่ก็สามารถทำได้ เพื่อให้พระสงฆ์มีทางเลือกในการรักษาพยาบาลตนเองได้หลากหลายทาง โดยไม่เอียงไปทางใดทางหนึ่ง เป็นการสร้างความสมดุลระหว่างการรักษาพยาบาลด้วยภูมิปัญญา ท้องถิ่นและแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งรูปแบบในการรักษานั้น พระสงฆ์ก็จะตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เพื่อความมีสุขภาพที่ดีต่อไป

(2) โรคจากการขับถ่ายที่พระสงฆ์ควรรู้

มนุษย์ทุกคนมีนาฬิกาการทำงานของร่างกายเหมือนกัน เป็นกระบวนการ ทำหน้าที่ของระบบอวัยวะในร่างกาย เช่น กระเพาะปัสสาวะและลำไส้ใหญ่ มีหน้าที่ขับของเสียออก จากร่างกายในแต่ละวัน ซึ่งทำให้ร่างกายไม่มีสารตกค้าง ทำให้ตับและไตมีความแข็งแรงสมบูรณ์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 87.2 มีความรู้ระดับน้อยสุด คือ ประเด็นกระเพาะปัสสาวะของวัยหนุ่มสาว สามารถเก็บปัสสาวะได้ประมาณ 250-350 ซีซี ซึ่งเป็น ผลดีต่อการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ง่ายในทุกครั้งหลังการขับถ่าย ซึ่ง กุลยา ตันติผลาชีวะ กล่าวไว้ว่า ขนาดบรรจุของกระเพาะปัสสาวะลดลงจากเดิมประมาณครึ่งหนึ่งของหนุ่มวัยสาว ซึ่งปกติจะ เก็บได้ถึง 500-600 ซีซี แต่เมื่อมีอายุมากขึ้น การจุกเก็บจะได้เพียง 250-350 ซีซี กระเพาะปัสสาวะจึง เต็มง่าย ทำให้รู้สึกอยากถ่ายปัสสาวะเร็วกว่าปกติ และในผู้ชายอาจมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ การขับถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้ง ออกไม่สะดวกและไม่หมด มีปัสสาวะค้างอยู่ในกระเพาะปัสสาวะมาก ปัสสาวะจึงเต็มเร็ว กิจกรรมหรือกิจวัตรของพระสงฆ์ในแต่ละวัน โดยเฉพาะพิธีกรรมที่ใช้เวลานาน หลายชั่วโมง เช่น การสวดมนต์ในงานพระราชพิธีหรืองานทั่วไป พระสงฆ์ ส่วนมากจะกลั้นปัสสาวะ หลายชั่วโมงจนกว่าจะเสร็จพิธี เมื่อเสร็จพิธีแล้ว พระสงฆ์จึงค่อยไปปัสสาวะ เมื่อกลั้นปัสสาวะ บ่อยครั้ง ก็จะส่งผลกระทบต่อความเป็นนิ่วในไตหรือต่อมลูกหมากโต เมื่อต่อมลูกหมากโต ก็จะทำให้ การขับปัสสาวะไม่สะดวก ออกไม่หมด ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ หรือรบกวนในเวลาอน เพราะจะตื่นมาถ่ายปัสสาวะบ่อย ที่อันตรายไปกว่านั้น เมื่อขับปัสสาวะออกไม่หมด ก็ทำให้เกิดติดเชื้อใน กระเพาะปัสสาวะ หรือน้ำท่วมปอด ติดเชื้อในปอด ซึ่งวิธีการทำให้โรคต่อมลูกหมากโตช้าลงสำหรับ พระสงฆ์ โดยเฉพาะพระเถระ ควรจะเตรียมตัวก่อนเข้าร่วมพิธีกรรมต่าง ๆ ได้แก่ 1) ดื่มน้ำให้น้อย 2) ปัสสาวะก่อนร่วมพิธีกรรมทุกครั้ง 3) ไม่กลั้นปัสสาวะและใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปสำหรับผู้สูงอายุ ป้องกันไว้ วิธีการเหล่านี้ สามารถช่วยทำให้พระสงฆ์ชะลอจากโรคต่อมลูกหมากโตได้

ในการขับถ่ายอุจจาระ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.5 มีความรู้ระดับ น้อย คือ การเกิดโรคท้องผูก ผั่งลำไส้อักเสบ เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีใยอาหาร ปริมาณน้ำที่ เพียงพอ ตลอดถึงการขับถ่ายที่เป็นเวลา ในประเด็นนี้ สามารถอธิบายให้เข้าใจได้ว่า การบริโภค อาหารที่มีใยอาหาร การดื่มน้ำในปริมาณที่เพียงพอต่อร่างกาย ทำให้การขับถ่ายเป็นเวลา ไม่เกิด

โรคท้องผูก และผนังลำไส้อักเสบ ซึ่งมยุรา วัฒนพงศ์ไพศาล เรวดี จงสุวัฒน์ และเอกราช บำรุงพีชน (2558) ได้ทดลองเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับน้ำผักผลไม้ผสมใยอาหารและกลุ่มที่ได้รับน้ำผักผลไม้ผสมใยอาหาร จำนวน 30 คน พบว่า การบริโภคน้ำผักผลไม้ผสมใยอาหาร (Dextrin and Polydextrose) วันละ 10 กรัม ทำให้การขับถ่ายอุจจาระดีขึ้น ในผู้ที่มีอาการท้องผูก โดยความถี่ในการขับถ่ายอุจจาระเพิ่มมากขึ้น ปริมาณอุจจาระมากขึ้น รูปร่างอุจจาระอ่อนนุ่มขึ้น สีอุจจาระดีขึ้น กลิ่นอุจจาระลดลง

โรคที่เกิดจากการขับถ่ายดังกล่าว พระสงฆ์ควรให้ความสำคัญในการศึกษาหาความรู้และทำหน้าที่นาฬิกาชีวิตของตนเองให้ดี เพื่อเป็นการสร้างภูมิคุ้มกันให้กับระบบขับถ่ายด้วยการดื่มน้ำให้พอเพียง 6-8 แก้วต่อวัน ฉ้นอาหารที่มีกากใยอาหารและไม่กลั่นปัสสาวะและอุจจาระ ก็จะทำให้ระบบการทำงานของร่างกายมีสภาพที่สมบูรณ์ตามมา

(3) ความรู้ความเข้าใจต่อการอนามัยสิ่งแวดล้อม

การอนามัยสิ่งแวดล้อม ไม่ได้จำกัดเฉพาะการทำความสะดวกสบายในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่งเท่านั้น แต่เป็นการสร้างระบบความสมดุลของธรรมชาติและวิถีการดำรงชีวิตของมนุษย์ให้พึ่งพาอาศัยกันและกัน ซึ่งประกอบไปด้วยหลากหลายมิติ ได้แก่ การป้องกัน การแก้ไข ฟื้นฟูและพัฒนาโลกใบนี้ให้น่าอยู่อย่างสงบสุข

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 91.3 มีความรู้ระดับน้อย ประเด็นขอบเขต การอนามัยสิ่งแวดล้อม คือ การจัดการทำความสะอาดสถานที่อยู่อาศัยให้สะอาด ซึ่ง พัฒนา มูลพฤกษ์ (2546) กล่าวว่า อนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการควบคุมกระบวนการอิทธิพลหรือปัจจัยต่าง ๆ ทางด้านกายภาพ เคมีและชีวภาพ สังคม และจิตวิทยาทางสังคม ได้แก่ การจัดการน้ำดื่มเพื่อการอุปโภคและบริโภค การบำบัดน้ำเสียและการควบคุมมลพิษทางน้ำ การจัดการขยะมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล การควบคุมพาหะนำโรค การควบคุมมลพิษทางอากาศ การป้องกันอันตรายจากกัมมันตภาพรังสีการควบคุมมลพิษทางเสียง การจัดการสิ่งแวดล้อมของที่พักอาศัย การวางผังเมืองเป็นการจัดการการใช้พื้นที่อย่างเป็นสัดส่วน การจัดการสิ่งแวดล้อมของการคมนาคมทางบก ทางน้ำและทางอากาศ การป้องกันอุบัติเหตุต่าง ๆ การจัดการสิ่งแวดล้อมของสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ การจัดการสุขภาพในภาวะอุบัติเหตุและเหตุฉุกเฉิน และการป้องกันเพื่อไม่ให้สิ่งแวดล้อมโดยทั่วไปเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อวิถีการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม โดยไม่จำกัดเฉพาะการทำความสะดวกสบายเท่านั้น และสอดคล้องกับ พระพิพัฒน์ อภิวัตน์ (2554) ได้ทำการศึกษาวิจัยเรื่อง “การศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมและการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่” พบว่า พระสงฆ์ในจังหวัดแพร่มีการรับรู้การดูแลสุขภาพอนามัย ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อมอยู่ในดับมาก ค่าเฉลี่ย 1.85 คือ การทำความสะอาดสถานที่ประกอบอาหารทุกครั้งหลังการทำอาหาร การรดน้ำทุกครั้งหลังใช้ห้องน้ำจะช่วยป้องกันโรคอุจจาระร่วง การทำความสะอาดวัดและบริเวณวัดเป็น

การป้องกันไม่ให้เกิดโรคและทำลายพาหะนำโรค เช่น หนู แมลงสาบ ยุง รองลงมา คือ ขยะที่ทิ้งสะสมไว้จะเป็นแหล่งเชื้อโรค/พาหะนำโรค เกิดโรคอุจจาระร่วง/ภูมิแพ้ การคัดแยกขยะสามารถลดปริมาณขยะและนำมาใช้ใหม่ได้ การกำจัดขยะมูลฝอยที่ถูกต้องคือ วิธีเผา/ฝัง/ทิ้งในที่รองรับการกำจัดขยะจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ และการใช้โฟมหรือถุงพลาสติกมีผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมที่ไม่ย่อยสลาย/เกิดมลพิษ เมื่อพระสงฆ์ชอบเขตการอนามัยสิ่งแวดล้อม ควรจะช่วยศึกษาหาความรู้เพิ่มเติมในกระบวนการรักษา ป้องกัน แก้ไข พื้นฟูและพัฒนาาระบบนิเวศของวัด ชุมชน ประเทศ โดยร่วมมือกับกระทรวงสิ่งแวดล้อมและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อมอบคุณภาพชีวิตดีให้แก่ประชาชนต่อไป

(4) จิตผ่องคลาย ได้ด้วยธรรมวินัย

กิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันที่พระสงฆ์ควรทำทุกวัน คือ 1) ลงทำกิจกรรมในพระอุโบสถ 2) บิณฑบาตเลี้ยงชีพ 3) สวดมนต์ไหว้พระ 4) กวาดวิหารลานเจดีย์ 5) รักษาผ้าครองประจำกาย 6) อยู่ปริวาสกรรม (การเข้าอยู่ในพื้นที่เฉพาะสำหรับพระสงฆ์ที่ผิดวินัยร้ายแรง) 7) โจนผมโกนหนวด ตัดเล็บ 8) ศึกษาและดูแลรับใช้ครูบาอาจารย์ 9) เทศนาบัตติ (การแสดงอาบัติ) 10) พิจารณาปัจจัย 4 คือ ผ้าจีวร อาหาร ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค ซึ่งกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ โดยเฉพาะ การสวดมนต์ไหว้พระ พระสงฆ์จะสวดมนต์ไหว้พระ ฟังเทศน์ นั่งสมาธิ ทุกเช้าเย็น ซึ่งถือว่ามีส่วนช่วยในการหล่อหลอมสร้างวินัยต่อหน้าที่ความเป็นตัวตนของพระสงฆ์ จนทำให้พระสงฆ์มีจิตใจที่ความสงบนิ่งและอ่อนโยน มีสติปัญญาหาทางออกในการเผชิญกับปัญหาทางอารมณ์ได้ดี

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 92.4 มีความรู้ระดับมากที่สุดต่อการจัดการกับความเครียดต้องเผชิญกับความจริง โดยอาศัยสติ สมาธิและปัญญา จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาคความเครียดได้ ซึ่งกรมสุขภาพจิต (2540) ได้ระบุสาเหตุของเครียดไว้ 4 ประการ คือ 1) สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางร่างกาย ได้แก่ การเจ็บไข้ไม่สบาย 2) สาเหตุด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าจะไม่ได้ดังหวัง หนักใจในงานที่ได้รับมอบหมาย มีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น 3) สาเหตุจากความเปลี่ยนแปลงในชีวิต ได้แก่ การเปลี่ยนวัย การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ 4) ความเครียดที่เกิดจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อากาศร้อนหรือเย็นจัด ฝนแล้ง ไฟไหม้ น้ำท่วม แผ่นดินไหว โดยที่ ประเวศ วะสี (2549) ได้ให้วิธีจัดการกับความเครียด ดังนี้ 1) หาสาเหตุที่ทำให้เกิดความกังวล แล้วหาวิธีแก้ไขในเรื่องนั้น ๆ 2) เลือกเวลาและสถานที่ที่ปลอดภัย เงียบสงบ นั่งพักผ่อนหรือนอนหลับพักผ่อนให้เต็มที่ 3) หาความสุขที่สำคัญที่สุด คือ ความสุขที่เกิดจากการให้ทาน รักษาศีล และสวดมนต์ภาวนา 4) การฝึกจิตทำสมาธิ เป็นการกำหนดจิต หรือกำหนดสติให้มีสมาธิ เว้นความชั่ว กระทบแต่ความดี และ พระราชญาณกวี (2549) ให้วิธีกำจัดความเครียดตามแนวพุทธศาสนา ดังนี้การกำจัดความเครียดได้นั้นต้องอาศัยสมาธิและปัญญา โดยวิธีการ คือ กล้าเผชิญกับความจริง เข้าใจอารมณ์ของตนและคนอื่น ไม่คาดหวังแต่พิจารณาความเปลี่ยนแปลงของสรรพสิ่ง เปิดประตูรับรู้โลกเทคโนโลยีให้เป็นเวลา ไม่ควรนำปัญหาของคนอื่นเข้าบ้าน ฝึกแผ่เมตตา

นึกถึงกฎแห่งกรรมมากกว่ากฎหมาย และนึกถึงธรรมชาติที่เหมือนกันของสัตว์ทั้งหลาย และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พระพิพัฒน์ อภิวัตน์ (2554) เรื่อง “การศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดแพร่” พบว่า พระสงฆ์มีพื้นฐานความรู้สุขภาพอนามัยด้านอารมณ์อยู่ในระดับมาก จะสามารถผ่อนคลายความเครียดได้อย่างเหมาะสม ได้แก่ การสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ ปรึกษาหารือพูดคุยกับเพื่อน ๆ และใช้วิธีคลายความเครียดที่ตนเองถนัด

อย่างไรก็ดี ร่างกายและจิตใจมีส่วนสำคัญต่อการทำหน้าที่ของกันและกัน ซึ่ง พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) (2559) ได้ให้แนวทางในการดูแลร่างกายและจิตใจ ดังนี้ ร่างกายกับจิตใจเป็นสิ่งที่อาศัยซึ่งกันและกัน พอร่างกายเจ็บป่วย คนทั่วไปมักจะพาจิตใจเจ็บป่วยไปด้วย เช่น เศร้าหมอง กระวนกระวาย กระสับกระส่าย เป็นต้น และในทำนองเดียวกันเมื่อจิตใจไม่สบายก็พลอยทำให้ร่างกายไม่สบายไปด้วย ในทางตรงกันข้าม ถ้าจิตใจดี สบาย บางทีก็กลับมาช่วยกายเช่น ในยามเจ็บป่วย ถ้ามีกำลังใจ หรือจิตใจผ่องใสเบิกบาน โรคที่เป็นมากก็กลายเป็นน้อย หรือโรคที่หายยากก็หายง่ายขึ้น เมื่อพระสงฆ์ได้รู้จักวิธีในการผ่อนคลายความเครียด ย่อมส่งผลให้พระสงฆ์มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี แล้วยังสามารถถ่ายทอดประสบการณ์เหล่านี้แก่ผู้อื่นได้ด้วย

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์โดยภาพรวม พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่าง อายุ พรรษา ตำแหน่ง การศึกษาทางธรรม การศึกษาทางโลก และการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพในทุกๆประเด็น ยกเว้น ความแตกต่างระหว่างโรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี กับระดับความรู้ คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.6 มีระดับความรู้การดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.3 และกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 34.1 ที่มีประวัติการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี มีความรู้ระดับมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการตรวจสุขภาพในรอบ 1 ปี ร้อยละ 93.8

4.2.2 ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเอง

การเปลี่ยนแปลงทศนคติต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์นั้น ถือว่าเป็นสิ่งที่ยาก แต่ก็สามารถทำได้ ก่อนอื่นจะต้องเปลี่ยนแปลงระบบโครงสร้างของความเชื่อ ค่านิยมของพระสงฆ์เสียก่อน โดยการให้ความรู้ที่มีระบบแบบแผนที่ชัดเจน ถูกต้อง และต่อเนื่อง จึงจะเกิดการยอมรับปฏิบัติตามมา ถ้าไม่เช่นนั้น ภารกิจนี้ อาจเสียเวลาเปล่าก็ได้ เพราะพระสงฆ์เองก็มีแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองที่แตกต่างออกไป ทางออกที่ดี คือ การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กันไป

4.2.2.1 มุมมองความคิดต่อการมีสุขภาพดีของพระสงฆ์

ผลการศึกษาทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.35 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน คือ ด้านความสำคัญในการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.43 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ประเด็นที่มีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ระดับมากที่สุด คือ ประเด็นการมีสุขภาพที่ดี ช่วยทำให้ปฏิบัติศาสนกิจปกติ ได้แก่ ไหว้พระสวดมนต์ ศึกษาเล่าเรียนทั้งทางธรรมและทางโลก การพัฒนาจิตใจ ปฏิบัติกิจเพื่อสังคมได้อย่างเต็มที่ ซึ่งวิธีการทำให้มีสุขภาพที่ดีนั้น ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533) ได้ให้หลักการดูแลสุขภาพที่ชัดเจน 3 ประการ คือ 1) บุคลากรด้านการแพทย์ควรมือกันผลักดัน มุ่งให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ 2) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนให้ประชาชนเข้าถึงการบริการได้อย่างทั่วถึง 3) รักษาด้วยภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์แผนปัจจุบันควบคู่กันไป และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศนิกานต์ ศรีมณี และคณะ (2558) เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรม การบริโภคของพระภิกษุสงฆ์และพฤติกรรมการถวายอาหารของประชาชน เขตภาษีเจริญ” พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์ ด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพของพระสงฆ์มีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.37 คือ พระสงฆ์คิดว่ามีสุขภาพแข็งแรงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่ง กุลยา ดันติผลาชีวะ (2556) ให้ความสำคัญในระดับตัวบุคคลต่อการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพื้นฐานหลัก เพื่อเป็นการดูแลสุขภาพแบบยั่งยืนและมีสุขภาพที่ดี โดยมีแนวปฏิบัติ ดังนี้ 1) กินเป็น หมายถึง การกินอาหารที่ถูกต้องได้สัดส่วนกับความต้องการของร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารและสิ่งเสพติดประเภทที่ทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพร่างกาย 2) นอนเป็น นอนเต็มที่และเพียงพอจะทำให้ตื่นมาทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระปรี้กระเปร่า 3) อยู่เป็น การรู้จักวิธีในการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายมีความตื่นตัวและสดชื่น และ 4) สังคมเป็น หมายถึง การปรับตัวให้เข้ากับสภาพสังคมตามวัยและโลกรอบตัว จนสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เพราะฉะนั้น การกินเป็น นอนเป็น อยู่เป็นและสังคมเป็นนั้น มีความสำคัญและมีประโยชน์อย่างยิ่งที่พระสงฆ์ควรใส่ใจดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตลอดชีวิตทุกช่วงวัย เพราะจะทำให้มีสุขภาพที่ดีสมบูรณ์และยังเป็นการป้องกันโรคไปในตัว สามารถปรับตัวและมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อสังคมตลอดถึง การรักษาอารมณ์ จิตใจที่แจ่มใสในสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

(1) ผู้บริหารวัดเป็นบุคคลสำคัญต่อการผลักดันการส่งเสริมสุขภาพและสร้างวัดต้นแบบด้านสุขภาพ

พระพุทธศาสนาจะมั่นคงตั้งอยู่ได้นั้น มีองค์ประกอบ อยู่ 4 ประการ คือ 1) ศาสนา-บุคคล 2) ศาสนธรรม 3) ศาสนวัตถุ และ 4) ศาสนพิธี องค์ประกอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อพระพุทธศาสนา ซึ่งขาดส่วนใดส่วนหนึ่งไปไม่ได้ ที่นี้จะได้กล่าวถึง ศาสนาบุคคล ซึ่งผู้ขับเคลื่อน

งานต่าง ๆ ในทางพระพุทธศาสนาในทางอภิปุณฺณ และสร้างสันติสุขทางวิญญานแก่มนุษยชาติ ก่อนอื่น ต้องย้อนกลับไปมองที่ตัวบุคคล คือ พระสงฆ์ที่มีความพร้อมทางด้านร่างกายและจิตใจมากน้อย แค่นั้นต่อการสืบสานงานพระพุทธศาสนาและงานช่วยเหลือสังคม หากพระสงฆ์เป็นบุคคลที่บทบาทสำคัญในการเผยแผ่พระพุทธศาสนาและการช่วยเหลือสังคม แต่มีโรคและอาพาธ ก็จะทำงานได้ไม่เต็มที่ แล้วจะทำอย่างไรให้พระสงฆ์อาพาธน้อยที่สุด และการมีดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธอย่างทั่วถึง

ในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธ ถูตามวิถีปฏิบัติขององค์สมเด็จพระสัมมาสัมพุทธเจ้า ที่ทรงเห็นพระสงฆ์อาพาธแล้วไม่มีใครช่วยดูแล จึงทำให้พระองค์ต้องไปดูแลสุขภาพพระสงฆ์อาพาธด้วยพระองค์เอง หลังจากนั้นเพื่อให้เกิดความมีน้ำใจในดูแลกันยามเจ็บป่วย พระองค์ทรงเรียกประชุมสงฆ์แล้วตรัสคำว่า “ผู้ใดปรารถนาจะอุปฐากเราตถาคต ผู้นั้นพึงรักษาภิกษุผู้อาพาธเถิด” ซึ่งการทำหน้าที่ดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อาพาธเป็นการปิดทองหลังพระที่อยู่เบื้องหลังความสำเร็จของการเผยแผ่พระพุทธศาสนาและช่วยเหลือสังคม

ผลการศึกษาทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ย 4.35 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน คือ ด้านความสำคัญในการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.43 เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ คือ ประเด็นหากผู้บริหารในวัดมีการส่งเสริมการจัดอบรมการดูแลสุขภาพให้แก่พระสงฆ์อย่างสม่ำเสมอจะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดีขึ้น มีค่าเฉลี่ย 4.37 ซึ่งมีแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพที่หลากหลายมิติ ดัง จรวยพร ธรณินทร์ (2538) ได้ให้แนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลสุขภาพอย่างครบวงจรและการกระทำอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมไปด้วย 4 มิติ คือ 1) การส่งเสริมสุขภาพ เป็นการส่งเสริมสุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคมและสุขภาพจิตวิญญาณ ที่มีอยู่ให้ดียิ่งขึ้น เช่น การบริโภคอาหารที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย การพักผ่อน การนันทนาการ การสร้างพลังใจให้ตนเอง 2) การป้องกันสุขภาพ เป็นการป้องกันลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพ 3) การบำบัดรักษาสุขภาพ เป็นการรักษาสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตใจ สุขภาพสังคม และสุขภาพของจิตวิญญาณ โดยวิธีการต่าง ๆ การบำบัดรักษาทางการแพทย์ จิตวิทยา การทำสมาธิ และกลวิธีอื่น ๆ 4) การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการช่วยทำให้ร่างกาย จิตใจ การปรับสภาพสังคมให้ดีขึ้น หลังจากการรักษา เพื่อให้สามารถกลับคืนสู่สภาพที่ปกติมีความสุขกับการดำรงชีวิตต่อไป แล้วจะทำอย่างไรเพื่อให้เกิดกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ และอำนวยความสะดวกแก่พระสงฆ์ในการรับบริการทางสาธารณสุขในสังคมปัจจุบัน ซึ่งแนวทางเหล่านี้จะขับเคลื่อนได้นั้น ต้องอาศัยอำนาจและบารมีผู้บริหารวัด โดยเฉพาะเจ้าอาวาส

กุลบุตรที่บวชเข้ามาในเพศบรรพชิต เพื่อศึกษาเล่าเรียนทั้งการศึกษาทางธรรม การศึกษาทางโลก และสืบทอดพระพุทธศาสนา ได้มาอาศัยในวัดที่มีเจ้าอาวาสเป็นผู้นำสูงสุด ถือเป็นพ่อคนหนึ่งที่มีพระเดชพระคุณต่อลูก ๆ ในวัด เพราะฉะนั้น เมื่อเจ้าอาวาส รับท่านเหล่านั้นเข้ามาอยู่ในวัดแล้ว ก็ไม่ควรให้ท่านกลับไปบวชหรือเบียดเบียนค่าใช้จ่ายในครอบครัว พระสงฆ์ส่วนมาก เมื่ออาพาธก็ต้องกลับไปอาศัยพึ่งพิงคนในครอบครัวหรือผู้อุปถัมภ์ ในฐานะที่เจ้าอาวาสเป็นพ่อของพระสงฆ์ในวัด ซึ่งมีหลายตำแหน่งในเวลาเดียวกัน ตั้งแต่ระดับกรรมการมหาเถรสมาคมลงมา และมีบทบาทสำคัญ ในการจัดการปกครอง ดูแลจัดการเรื่องต่าง ๆ ควรให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ภายในวัดและพื้นที่การปกครองของตน ได้แก่ 1) สนับสนุนการศึกษาไปพร้อมกับดูแลสุขภาพ ยกตัวอย่าง มีพระสงฆ์หลายรูป ศึกษาเล่าเรียนมาครึ่งชีวิต แต่สุดท้ายทำงานได้ไม่เต็มที่ เพราะสุขภาพร่างกายไม่อำนวย 2) จัดตั้งกองทุนการส่งเสริมสุขภาพและกองทุนพระสงฆ์อาพาธ ยกตัวอย่าง วัดส่วนใหญ่ มีกองทุนสนับสนุนการศึกษาหรือมอบทุนการศึกษาสำหรับผู้เรียนดี ประพฤติดี แต่ไม่มีกองทุนส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ไม่มีกองทุนสำหรับพระสงฆ์อาพาธหรือมอบทุนแก่พระสงฆ์ผู้มีสุขภาพดี

หากผู้บริหารมีวิสัยทัศน์ดี คำนึงถึงการดูแลสุขภาพชีวิตของพระสงฆ์อย่างรอบด้าน จะเป็นการจุดประกายสำคัญในการทำงานด้านการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อย่างจริงจัง และอย่างมีคุณภาพ ดังที่ สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ประชุมครั้งที่ 5 วันที่ 20 ธันวาคม 2555 ในมติที่ 7 ว่า ชื่นชม โครงการวัดส่งเสริมสุขภาพ โครงการเครือข่ายพระสงฆ์เพื่อการส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การจัดระบบสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอสีคิ้ว โดยสมัชชาสุขภาพจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับเครือข่ายพระสงฆ์พัฒนาโคราช และสามารถถ่ายทอดแก่วัดในเขตพื้นที่อื่นและเป็นแบบอย่างด้านการดูแลสุขภาพแก่ประชาชนได้อีกด้วย ดังนั้น ควรส่งเสริมการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ ด้านการให้ความรู้ และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง มากกว่าการรอรับการรักษายาบาล ซึ่งพระครูสุวิธาน พัฒนาบัณฑิต (2557) ได้ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ว่าวัดควรมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพแก่พระสงฆ์และเป็นวัดต้นแบบการส่งเสริมสุขภาพในเชิงบูรณาการทั้งการแพทย์แนววิถีพุทธ การแพทย์สมัยใหม่ ภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองท้องถิ่น ทั้งนี้ ควรพิจารณาอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และสอดคล้องกับพระธรรมวินัย

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการอบรม มีค่าเฉลี่ย 4.50 มีระดับทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเอง มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับการอบรม มีค่าเฉลี่ย

4.33 นอกนั้นไม่มีความแตกต่างระหว่างอายุ พรรษา ตำแหน่ง การศึกษาทางธรรม การศึกษาทางโลก โรคประจำตัวกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในทุก ๆ ประเด็น

4.2.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ในการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบประเด็นที่น่าสนใจ ซึ่งนำมาอภิปรายผลดังนี้

4.2.3.1 อาหาร เครื่องดื่ม และยาที่มาพร้อมกับโรค

พระสงฆ์ คือ ผู้ที่ออกจากเรือน ไม่เกี่ยวข้องกับด้วยเรือนแล้ว” นี้คือ คำปฏิญาณของผู้บวชในพระพุทธศาสนา เมื่อไม่มีเรือน การดำรงชีพคือเนื่องด้วยผู้อื่น พระวินัยที่เกี่ยวข้องกับการฉันอาหารของพระสงฆ์ จึงกำหนดให้พระสงฆ์เป็นผู้เลี้ยงง่าย ไม่ร้องขอเฉพาะเจาะจงสุดแล้วแต่อาหารที่ประชาชนจะถวายให้ ส่วนพระสงฆ์ควรพิจารณาเลือกฉันอาหาร เครื่องบริโภค อุปโภคให้พอเหมาะกับความต้องการของร่างกายของตนเอง เพื่อการทำหน้าที่ของสงฆ์ในแต่ละวัน

ผลการศึกษาเกี่ยวกับการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและสูบบุหรี่ พบว่าอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.36 ในประเด็นมากที่สุด คือ การล้างมือและใช้ช้อนกลางทุกครั้งเมื่อฉันร่วมกับผู้อื่น ซึ่งมีความสอดคล้องกับงานวิจัยของ อาโซ แลเชอ (2555) เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ยานนาวา กรุงเทพมหานคร” เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ 50. ตามแนวทางของกองศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพด้านต่าง ๆ ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ย 2.49 คือ เมื่อพิจารณารายด้านคือ การรับประทานอาหาร พบว่า พระสงฆ์ใช้ช้อนกลางเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว และฉันอาหารประเภทแป้ง เช่น ข้าวเหนียว ข้าวเจ้า ข้าวกล้อง ก๋วยเตี๋ยว เป็นต้น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ พระเฉลิมพล อัครเสมาชัย (2554) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การเสริมสร้างสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตบางซื่อ” เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองด้านโภชนาการมากที่สุด คือ มีสติและรู้ประมาณในการบริโภค รองลงมา ฉันทัดอาหารเป็นเวลาและใช้ช้อนกลางเมื่อฉันภัตตาหารร่วมกับผู้อื่น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า พระสงฆ์ระมัดระวังเรื่องการติดเชื้อโรคจากการฉันอาหาร

การประชุมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 วันที่ 20 ธันวาคม 2555 ในมติที่ 7 ว่า พระสงฆ์มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคเกาต์ เป็นต้น ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมัตังนี้ 1) อาหารที่พระสงฆ์รับมาจากการบิณฑบาตรในแต่ละวัน ส่วนมากเป็นอาหารประเภทแป้งและ

ไขมัน เช่น ข้าว ก๋วยเตี๋ยว แกงเขียวหวาน แกงกะทิ ผัดกระเพรา อาหารประเภททอด เช่น ไข่ทอด หมูทอดอาหารประเภทรสเค็มจัด หวานจัด เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม ทองหยิบ ทองหยอด และอาหาร กึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า อาหารกระป๋อง ซึ่งอาหารประเภทเหล่านี้ พระสงฆ์บริโภคเกือบทุกวัน ตลอดชีวิตก็ว่าได้ 2) การนอนหลังฉันอาหาร เพราะการนอนหลังฉันอาหารทำให้กระเพาะอาหาร ไม่ย่อย ทำให้ไขมันสะสม 3) การบริโภคเครื่องดื่ม และสูบบุหรี่ พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสิ่งที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มน้ำอัดลม ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง พระสงฆ์ ส่วนมาก บริโภคเครื่องดื่มเหล่านี้เป็นจำนวนมากในแต่ละวัน 4) ยารักษาโรค ซึ่งเป็นยาที่ประชาชน นำมาถวายด้วยความหวังดีว่าจะช่วยให้หายโรคได้ โดยเฉพาะยาสมุนไพรชนิดต่าง ๆ การฉันยา สมุนไพรก็มีประโยชน์ แต่หากฉันไปนาน ๆ หรือเกินปริมาณ ก็จะทำลายการทำงานของตับและไตได้ เช่น กรณีที่ประชาชนที่เป็นผู้อุปถัมภ์รู้ว่าอาจารย์ของตนเองเป็นโรคเบาหวาน ก็จะแสวงหายาดี เพื่อรักษาโรคเบาหวานมาให้อาจารย์ของตนเองฉัน ซึ่งยาแต่ละอย่างที่ได้มาก็หลากหลายสถานที่ เมื่อฉันรวมกันมาก ๆ เข้า ก็จะทำให้สรรพคุณของยาเป็นโทษในการก่อโรคเพิ่มขึ้น ซึ่งชนิดา ปโซติการ และ คัลยา คงสมบูรณ์เวช (2548) ได้ให้ความหมายของหลักการบริโภคอาหารที่ดี 3 ประการ ได้แก่ 1) การเลือกรับประทานอาหารหลักให้ครบ 5 หมู่ ที่มีอาหารหลากหลายให้เลือก ไม่ได้ผูกขาดกับ อาหารชนิดใดชนิดเดียวในแต่ละหมู่ 2) การรับประทานอาหารที่ได้สัดส่วน ทำให้ร่างกายได้รับ สารอาหารครบถ้วนและสมดุล ขึ้นอยู่กับอายุ เพศ และระดับพลังงานที่ใช้ในชีวิตประจำวัน 3) การ เลือกอาหารหรือเครื่องดื่มตามต้องการของร่างกาย ขณะเดียวกันก็สามารถควบคุมแคลอรี ไขมัน โคเรสเตอรอล โซเดียม น้ำตาล รวมทั้งปริมาณเครื่องดื่ม การปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทั้งแพทย์ แผนภูมิปัญญาท้องถิ่นและแพทย์แผนสมัยใหม่ จะทำให้พระสงฆ์มีความรู้เรื่องการรักษาพยาบาล ตนเองและปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง

อย่างไรก็ตาม สิ่งที่กำลังมาข้างต้นเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคเพียง ส่วนเดียว แต่สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ ตัวพระสงฆ์เอง พระสงฆ์จะต้องใส่ใจและพิจารณาปัจจัย 4 ได้แก่ อาหาร เคียงนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค ก่อนการบริโภคและอุปโภค เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรค หรือเกิดโรคให้น้อยที่สุด ซึ่งพิจารณาปัจจัย 4 นั้น พระสงฆ์รู้ดีว่าจะต้องปฏิบัติอย่างไร เพื่อให้ เหมาะสมกับความเรียบง่ายต่อร่างกายและจิตใจตามธรรมวินัยต่อไป

4.2.3.2 การออกกำลังกายกับกิจวัตรพระสงฆ์

การออกกำลังกายของพระสงฆ์ที่ประชาชนคุ้นเคยและเป็นที่ยอมรับกันดี ได้แก่ การเดินบิณฑบาต การเดินจงกรม การทำความสะอาดวัด แต่ในปัจจุบัน สังคมสิ่งแวดล้อม เปลี่ยนแปลงไป อาจจำกัดให้กิจกรรมในการปฏิบัติธรรมต่าง ๆ ของพระสงฆ์น้อยลงจนส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เพราะฉะนั้น การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์นั้น สามารถทำได้ทั้งรูปแบบ

ตามกิจวัตรประจำวันของสงฆ์ เช่น การบิณฑบาต การเดินจงกรม การทำความสะอาดวัด หรือการใช้ อุปกรณ์ช่วยออกกำลังกายในสถานที่ที่เหมาะสมในห้องนอนหรือโซนหลังวัด ซึ่งเป็นพื้นที่ประชาชน เข้าไปไม่ถึง เพราะความสำคัญของการออกกำลังกายสามารถเสริมสร้างสมรรถภาพพระบัพหัวใจและ หลอดเลือด สร้างความยืดหยุ่นแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัว รวมถึงการสร้างภูมิคุ้มกันต่อโรค ได้ ผลการศึกษา พบว่า พระสงฆ์ออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง คือ ปฏิบัติบางครั้ง ร้อยละ 26.9 ประเด็น ออกกำลังกายหลังจากตื่นนอนหรือก่อนสร้งน้ำช่วงค่ำ สอดคล้องกับงานวิจัยของ อาโซ แลเซอ (2555) เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ยานนาวา กรุงเทพมหานคร” พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง คือ ร้อยละ 50.0 พระสงฆ์การออกกำลังกายพอประมาณ โดยการแกว่งแขน ขา คอ ศรีษะ พอประมาณก่อน สร้งน้ำ ซึ่งเวลาออกกำลังกายของพระสงฆ์มีเวลาจำกัด ส่วนมากพระสงฆ์จะให้เวลากับการศึกษาและ ทำกิจกรรมในวัด หากพระสงฆ์ให้ความสำคัญต่อการออกกำลังกายในแต่ละวัน ก็จะทำให้ช่วยพระสงฆ์ สุขภาพดี ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค ลดความเสี่ยงต่ออาการปวดหลัง ปวดข้อเข้าช่วยเสริมสร้าง ความแข็งแรงของกระดูก กล้ามเนื้อ และเสริมสร้างสุขภาพจิตที่ดี ลดความเครียด ความกังวล และ ภาวะซึมเศร้า ซึ่ง สุวัฒน์ ศรีสรณ์ และคณะ (2558, น. 41-44) ได้กล่าวถึง การออกกำลังกายที่ เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ เพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ดังนี้

1. กวาดลานวัดหรือทำความสะอาดวัด ควรปฏิบัติให้ได้อย่างน้อย 1-2 ชั่วโมงต่อวัน
2. เดินจงกรม ควรปฏิบัติให้ได้อย่างน้อย 30-45 นาที (ตามอานิสงค์การ เดินจงกรม 5 อย่าง)
3. การแกว่งแขน โดยการแกว่งแขนไปข้างหน้าเบาหน้อยท่ามุม 30 องศา กับลำตัวพร้อมกับหายใจเข้าแล้วแกว่งแขนไปข้างหลังให้แรงท่ามุม 60 องศา กับลำตัวพร้อมกับ หายใจออก ควรทำต่อเนื่องกันอย่างน้อย ครั้งละ 10 นาที โดยใน 1 วัน ควรทำรวมกันให้ได้อย่างน้อย 30 นาที สัปดาห์ละ 5 ครั้ง การแกว่งแขนจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เพราะ การแกว่งแขนจะช่วยให้เลือดลมไหลเวียนได้ดีขึ้น
4. การออกกำลังกายกล้ามเนื้อ
 - ยืนตรงให้หลังแนบกับฝาผนังห้อง ค่อย ๆ ย่อเข่าลงเล็กน้อย โดยให้ หลังแนบชิดกับผนังตลอดแล้วเกร็งกล้ามเนื้อน่องไว้ 10-20 วินาที นับเป็น 1 ครั้ง ทำให้ได้ 8-10 ครั้งต่อ วันเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อม
 - ยืนตรงให้หลังแนบกับฝาผนังห้อง ค่อย ๆ เขย่งข้อเท้าขึ้น เกร็งค้าง ไว้ 10 วินาที ทำให้ได้ 8-10 ครั้งต่อวันเพื่อป้องกันข้อเข่าเสื่อม

5. การออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด 9-10 ท่า ใช้เวลา 10-20 นาที

การออกกำลังกายสำหรับพระสงฆ์ที่สามารถปฏิบัติได้นั้น มีรูปแบบที่หลากหลาย เช่น การออกบิณฑบาต การกวาดลานวัด การเดินจงกรม เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีรูปแบบและวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับพระสงฆ์ เช่น การแกว่งแขน การเดินเร็ว การยืดเหยียดกล้ามเนื้อ การออกกำลังกายโดยใช้ยางยืด ซึ่งสามารถปฏิบัติได้โดยไม่ขัดต่อข้อกำหนดของสงฆ์ ช่วยพัฒนาสมรรถภาพทางกายได้เป็นอย่างดี ให้พระสงฆ์ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างมีความสุขต่อไป

4.2.3.3 สัญญาณของโรคเบาหวาน

นอกจากโรคเบาหวานจะเป็นโรคที่ติดต่อทางกรรมพันธุ์แล้ว การละเลยใส่ใจในการบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการดูแลสุขภาพตนเอง ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคนี้ ผลการศึกษาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองด้านการขับถ่าย อยู่ในระดับปานกลาง ปฏิบัติบางครั้ง คือ มีปัญหาการขับถ่าย ปัสสาวะบ่อยครั้งในตอนกลางคืน มีค่าเฉลี่ย 2.86 จากการศึกษาได้สัมผัสกับพระสงฆ์ที่เป็นโรคเบาหวานจำนวนมากในแต่ละวัน พบว่า พระสงฆ์ที่เป็นโรคเบาหวานมีอาการคอแห้ง ตื่นน้ำบ่อย และมีการขับถ่ายปัสสาวะบ่อยครั้งทั้งเวลากลางวันและกลางคืน เป็นการรบกวนการนอนหลับอย่างยิ่ง ทั้งนี้ โรคเบาหวานเป็นโรคที่ไม่มียารักษาให้หายขาด เพียงแต่ช่วยบรรเทาไม่ให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกินปริมาณเท่านั้น ปัจจัยที่สำคัญต่อป้องกันและรักษาโรคเบาหวาน คือ 1) ลดอาหารประเภทแป้ง 2) ฉ้นผลไม้ที่ประเภทเย็น หวานน้อย เช่น มะละกอ ลูกฝรั่ง ลูกแก้วมังกร เป็นต้น 3) หลีกเลี่ยงดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม น้ำชา กาแฟ เครื่องดื่มบำรุงกำลัง เป็นต้น 4) ฉ้นยาตามคำแนะนำของแพทย์ 5) ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อพระสงฆ์สังเกตว่า ตนเองมีอาการคอแห้ง ตื่นน้ำบ่อยและขับปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน ควรไปปรึกษาแพทย์หรือตรวจสุขภาพร่างกาย เพื่อเป็นการป้องกันหรือรักษาโรคตามกระบวนของแพทย์ต่อไป

4.2.3.4 พระสงฆ์ความรู้มาก แต่ไม่นำไปปฏิบัติอย่างเต็มที่

ผลการศึกษาด้านความรู้การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์โดยรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 93.8 มีความรู้ระดับมากด้านการจัดการความเครียด เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ร้อยละ 94.2 มีความรู้ประเด็น การจัดการความเครียดต้องเผชิญกับความจริง โดยอาศัยสติ สมาธิและปัญญา จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาคความเครียดได้ แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.37 คือ เมื่อมีความเครียด จะปรึกษาพ่อแม่ ญาติ ครู อาจารย์ เพื่อน เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย ค่าเฉลี่ย 3.21 และเมื่อเกิดความไม่สบายใจ ท่านจะแสดงอารมณ์กับตนเองและคนอื่น มีค่าเฉลี่ย 3.19 สอดคล้องกับงานวิจัยของ พระเฉลิมพล อัครเสมาชัย (2554) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง “การเสริมสร้างสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ในเขตบางซื่อ” เป็นการศึกษาถึงพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมด้านการจัดการ

ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง และจะให้เพื่อนสหธรรมิกคอยให้กำลังใจหรือคอยช่วยเหลือ เมื่อรู้สึกท้อแท้หรือเบื่อหน่าย มีค่าเฉลี่ย 1.92

พระสงฆ์ที่บวชเข้ามาในบวรพระพุทธศาสนา มี 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มอริยะสงฆ์ หมายถึงพระสงฆ์ที่บรรลุนิพพานขั้นสูงตั้งแต่ระดับพระโสดาบันขึ้นไป พ้นจากกิเลสแล้ว ได้แก่ ความโลภ ความโกรธ และความหลง 2) กลุ่มสมมติสงฆ์ หมายถึง พระสงฆ์ที่ปฏิบัติคำสั่งสอนพระพุทธเจ้า ยังไม่ได้บรรลุนิพพานขั้นสูงเพียงแต่สามารถลด ละความโลภ ความโกรธ และความหลงได้บ้าง สามารถหักห้ามการกระทำที่ผิดต่อพระธรรมวินัยได้ แต่ยังมีอารมณ์ความรู้สึกเหมือนประชาชนคนทั่วไป เมื่อพระสงฆ์มีความเครียดเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ก็จะหาวิธีการกำจัดความเครียดและที่พึ่งทางใจ เช่น แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง ปรีชาพ่อแม่ ครูบาอาจารย์ และเพื่อน นั่งสมาธิ หรือแสดงอารมณ์ที่ไม่ดี ต่อหน้าผู้อื่น สิ่งที่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างความรู้และพฤติกรรมด้านนี้ อาจมาจากการขาดความสม่ำเสมอ ในการให้ความรู้ และการสร้างแรงบันดาลใจที่ทำให้เกิดทัศนคติและพฤติกรรมเช่นนั้น ดัง Rogers (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533) ได้เสนอวิธีการแก้ไขช่องว่างระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม 4 วิธี คือ

- 1) การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการความเครียดให้มากขึ้น เพื่อต้องการให้พระสงฆ์ได้เข้าใจวิธีการจัดการความเครียดได้หลากหลายวิธี
- 2) ให้คำแนะนำในการปฏิบัติโดยใช้สื่อบุคคล เช่น เจ้าอาวาส หรือพระผู้ใหญ่ที่เคารพนับถือหรือองค์การเผยแพร่พระพุทธศาสนาช่วยส่งเสริมเผยแพร่วิธีการจัดการกับความเครียดอย่างใกล้ชิด
- 3) การให้รางวัลแก่ผู้ปฏิบัติ เพื่อจูงใจให้พระสงฆ์ที่ไม่ยอมรับ ได้นำไปปฏิบัติตาม ซึ่งการเผยแพร่นี้ก็อาจรวมถึงสื่อมวลชนที่เข้ามาช่วยในการเผยแพร่วิธีการจัดการกับความเครียด
- 4) การใช้กลยุทธ์ในการโน้มน้าวใจ โดยให้กรรมการมหาเถรสมาคมช่วยเผยแพร่วิธีการจัดการกับความเครียดที่จะเป็นประโยชน์พระสงฆ์ เพื่อโน้มน้าวให้เกิดแรงจูงใจยอมรับและนำไปปฏิบัติต่อไป

ในฐานะที่พระสงฆ์ เป็นผู้นำทางจิตวิญญาณของประชาชน จำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเองให้มีสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งกายและจิตใจ โดยเริ่มจากการเรียนรู้เปลี่ยนแปลงทัศนคติ ให้ความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพทั้งกายและจิตใจ แล้วนำไปสู่พฤติกรรมในทิศทางเดียวกันนั้น อีกทั้ง ต้องอาศัยบุคคลหรือผู้นำทางความคิดในสถาบันทางสังคม โดยเฉพาะสถาบันทางศาสนา สถาบันทางการแพทย์ และสื่อมวลชนช่วยให้ความรู้ที่ถูกต้องเป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพแก่ผู้ปฏิบัติ โดยการโน้มน้าวให้เกิดความสนใจ ยอมรับและนำไปปฏิบัติได้จริง เพื่อให้

พระสงฆ์มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและมีจิตใจสดชื่นเบิกบาน กลายเป็นแบบอย่างที่ดีด้านการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ด้วยกัน ตลอดถึงประชาชนอีกด้วย

4.2.3.5 การรักษาพยาบาลเบื้องต้นของพระสงฆ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.37 คะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ย 2.49 ปฏิบัติบ่อยครั้ง ซึ่งประเด็นที่น่าสนใจ คือ หากท่านอาหารเล็กน้อยจะรอให้หายเอง ซึ่งมัลลิกา มัตโก (2530) ได้ให้รูปแบบการรักษาพยาบาลตนเอง คือ 1) ผู้ป่วยตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยต่ออาการที่ผิดปกติต่อร่างกาย 2) ตัดสินใจใช้ยารักษาตามอาการ 3) ตัดสินใจไม่ต้องใช้ยารักษา เช่น เมื่อเป็นหวัดก็จะดื่มน้ำอุ่น หรือพักผ่อนให้มาก ๆ และ 4) ตัดสินใจที่จะเข้ารับการรักษาทางสาธารณสุข ส่วนการรักษาพยาบาลตนเองเบื้องต้น ส่วนมาก พระสงฆ์จะตัดสินใจไม่ทำอะไรเลยต่ออาการผิดปกติในร่างกาย เพราะพระสงฆ์สังเกตเห็นว่า อาการไม่รุนแรง คิดว่าเมื่อได้พักผ่อน อาการผิดปกตินั้นก็หายไปเอง สอดคล้องกับงานวิจัยของ สกุนตลา แซ่เตียว และคณะ (2555) เรื่อง “พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในเขตเทศบาลนครสงขลา” พบว่า พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ด้านการแสวงหาการรักษาพยาบาล โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง คือ หากพระสงฆ์มีอาการอาหารเล็กน้อย จะรอให้หายเอง มีค่าเฉลี่ย 3.36

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุมาก พรรษามาก ตำแหน่งผู้บริหาร มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองระดับมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย พรรษาน้อย ตำแหน่งพระลูกวัด เฉพาะด้านการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ การขับถ่าย การจัดการความเครียด และเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี และกลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ค่าเฉลี่ย 3.45 มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัวมีค่าเฉลี่ย 3.30 กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี มีค่าเฉลี่ย 3.49 มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี มีค่าเฉลี่ย 3.23 และกลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.62 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.41

การดูแลสุขภาพตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำรงชีวิตในสังคม เพราะฉะนั้น พระสงฆ์จะต้องศึกษาหาความรู้ทางวิชาการต่อแนวทางการดูแลสุขภาพตนเองทั้งแบบภูมิปัญญาท้องถิ่นและแบบแผนสมัยใหม่ ตลอดถึง การปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เมื่อทำได้เช่นนี้ ก็จะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่สมบูรณ์แข็งแรง มีจิตใจเข้มแข็ง ทั้งนี้ หากเจ้าอาวาสหรือผู้บริหารวัดมีวิสัยทัศน์ที่ดีต่อการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ภายในวัดและพื้นที่การปกครองของตน ย่อมทำให้พระสงฆ์ตระหนักถึงความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพตนเอง มีการจัดการอบรมการดูแลสุขภาพ แล้วนำไปประพฤติปฏิบัติอย่างจริงจัง และยังสามารถถ่ายทอดให้คนอื่นได้อีกด้วย

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาเรื่อง “การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ คือ พระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัด เขตดุสิต กรุงเทพมหานคร จำนวน 253 รูป 16 วัด ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างได้ จำนวน 242 รูป คิดเป็นร้อยละ 95.6 % ใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ประมวลผลการศึกษาโดยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติเพื่อทำการวิจัย ทางสังคมศาสตร์ สถิติที่ใช้ในวิเคราะห์ข้อมูล คือ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าสถิติทดสอบ Chi-Square, t-test, F-test กำหนด คำนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษารูปดังนี้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 33.9 มีอายุน้อยสุด 20 ปี และมีอายุมากที่สุด 83 ปี กลุ่มตัวอย่าง มีพรรษา 1-5 พรรษา ร้อยละ 36.4 มีพรรษาน้อยสุด 1 พรรษาและมีพรรษามากสุด 64 พรรษา กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 83.1 จบนักธรรมชั้นเอก ร้อยละ 62.4 และไม่เป็นเปรียญ ร้อยละ 55.0 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 38.0 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.8 ส่วนที่มีโรคประจำตัวนั้น 3 โรคที่โรคที่เป็นมากที่สุด คือ ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มีประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี ร้อยละ 93.4 สิ่งที่ตรวจ คือ การตรวจสุขภาพเบื้องต้น ส่วนสิ่งที่ไม่ได้ตรวจ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจหาโรคต่าง ๆ ในร่างกาย คือ การตรวจระบบทางเดินอาหาร ระบบหัวใจและปอด คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ไม่เคยเข้ารับการอบรม การดูแลสุขภาพ ร้อยละ 67.8 สาเหตุที่ไม่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ คือ ไม่มีเวลาไปอบรม ไม่ทราบสถานที่อบรม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เคยอบรมการดูแลสุขภาพ เรื่องที่สำคัญๆ ได้แก่ สุขภาพและการดูแลรักษา สุขภาพเบื้องต้น/ทั่วไป

5.1.2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับ 1. การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ 2. การขับถ่าย 3. การออกกำลังกายและการนอนหลับ

4.การจัดการความเครียด 5. การอนามัยสิ่งแวดล้อม และ 6. การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี สรุปได้ ดังนี้ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 67.8 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 32.2 มีความรู้อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาความรู้ระดับน้อยสุดเป็นรายด้าน คือ ร้อยละ 54.5 มีความรู้ด้านการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 52.5 มีความรู้ด้านการขับถ่าย และยังพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมาก ร้อยละ 80.0 มีความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ระดับมาก คือ การจัดการความเครียด การอนามัยสิ่งแวดล้อม การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่ การออกกำลังกายและการนอนหลับ

5.1.3 ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีระดับทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 4.35 คะแนนอยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด ส่วนทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ รายด้าน มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.43 เกี่ยวกับความสำคัญในการดูแลสุขภาพ รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 4.38 เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี และมีค่าเฉลี่ย 4.23 เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ ส่วนรายด้านมีดังนี้

5.1.3.1 ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการมีสุขภาพที่ดี

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.38 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนรายข้อ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.44 ประเด็นความสนใจในการหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 4.39 ประเด็นการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น บุคคล วัด ชุมชน ที่รักด้านการดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย โปร่ง ทำให้เรียนรู้ นำไปปฏิบัติและมีสุขภาพที่ดีได้ และมีค่าเฉลี่ย 4.37 ประเด็นหากผู้บริหารในวัดมีการส่งเสริมการจัดอบรมการดูแลสุขภาพให้แก่พระสงฆ์อย่างสม่ำเสมอจะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดีขึ้น

5.1.3.2 ทักษะติดต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับความสำคัญ

ในการดูแลสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.43 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ส่วนรายข้อ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.53 ประเด็นการมีสุขภาพที่ดี ช่วยทำให้ปฏิบัติศาสนกิจปกติ ได้แก่ ไหว้พระสวดมนต์ ศึกษาเล่าเรียนทั้งทางธรรมและทางโลก พัฒนาจิตใจ ปฏิบัติกิจเพื่อสังคมได้อย่างเต็มที่ รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 4.43 ประเด็นการเลือกฉันอาหารและเครื่องดื่มที่พอเหมาะตามความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสม สัมกับวัยเป็นประจำ สามารถทำให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีได้ และมีค่าเฉลี่ย 4.39 ประเด็นการทำสมาธิก่อนนอน ช่วยทำให้การนอนหลับได้สนิทและเพียงพอต่อการสร้างพลังงานแก่ร่างกายและจิตใจได้

5.1.3.3 ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวม 4.23 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุดส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยสูงสุด 4.32 ประเด็นเมื่อมีโรคติดต่อ ต้องหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ป่วยและป้องกันตนเองจากการติดต่อเสมอ รองลงมามีค่าเฉลี่ย 4.30 ประเด็นการไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ ทำให้ป้องกันโรคทางเดินอาหารและโรคมะเร็งได้ และมีค่าเฉลี่ย 4.22 ประเด็นการให้ความสำคัญในการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

5.1.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ในภาพรวม มีค่าเฉลี่ย 3.47 คะแนนจัดอยู่ในระดับมาก แสดงว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ส่วนรายด้าน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเกี่ยวกับพฤติกรรมการขับถ่าย มีค่าเฉลี่ย 3.94 รองลงมา เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 3.61 การออกกำลังกายและการนอนหลับ มีค่าเฉลี่ย 3.46 ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนการจัดการความเครียด มีค่าเฉลี่ย 3.37 เท่ากันกับ การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี และการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ย 3.36 ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายด้านมีดังนี้

5.1.4.1 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร เครื่องดื่มและการสูบบุหรี่

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.36 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.15 ประเด็นการล้างมือและใช้ช้อนกลางทุกครั้งเมื่อฉันร่วมกับผู้อื่น รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.94 ประเด็นการดื่มน้ำตามความต้องการของร่างกายที่เหมาะสม และมีค่าเฉลี่ย 3.69 ประเด็นฉันอาหารครบ 5 หมู่และตรงตามเวลาในแต่ละวัน

5.1.4.2 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการขับถ่าย

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.94 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.45 ประเด็นการทำความสะอาดและล้างมือทุกครั้งหลังการขับถ่าย รองลงมามีค่าเฉลี่ย 4.30 ประเด็นการขับถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง เมื่อมีอาการปวดไม่กลั้นปัสสาวะ และมีค่าเฉลี่ย 4.16 ประเด็นความสามารถขับถ่ายได้อย่างปกติและเป็นเวลา ทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด ไม่เคยกลั้น

5.1.4.3 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการออกกำลังกายและการนอนหลับ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.46 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.10 ประเด็นการออกกำลังกายโดยการปฏิบัติกิจวัตร

ของสงฆ์ เช่น การออกบิณฑบาต กวาดลานวัด ทำความสะอาดวัด เติมน้ำประปา ประมาณ 30 นาทีขึ้นไป รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.83 ประเด็นการจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้รบกวนเวลานอน เช่น อุณหภูมิห้องที่เย็นสบาย ไม่มีเสียงรบกวน ที่นอนไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป และมีค่าเฉลี่ย 3.75 ประเด็นนอนหลับเพียงพอในแต่ละวัน 6-8 ชั่วโมง

5.1.4.4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการจัดการความเครียด

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.37 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.16 ประเด็นเมื่อมีปัญหา พยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.78 ประเด็นแก้ไขปัญหาคความเครียดด้วยการสวดมนต์ นั่งสมาธิ และมีค่าเฉลี่ย 3.21 ประเด็นเมื่อมีความเครียด จะปรึกษาพ่อแม่ ญาติ ครูอาจารย์ เพื่อน เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย

5.1.4.5 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการอนามัยสิ่งแวดล้อม

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.61 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.21 ประเด็นการทำความสะอาดห้อง นอนกุฏิและรอบกุฏิ รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.38 ประเด็นการมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมรณรงค์การอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัด และมีค่าเฉลี่ย 3.26 ประเด็นการมีส่วนร่วมในชุมชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย

5.1.4.6 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยโดยรวม 3.37 คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนรายช้อมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 4.11 ประเด็นเมื่อรู้ว่าตนเองอาพาธ จะป้องกันไม่ให้โรคไปติดผู้อื่น รองลงมา มีค่าเฉลี่ย 3.88 ประเด็นเมื่อเจ็บป่วยไข้ไม่สบาย จะรักษาโดยการพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล และมีค่าเฉลี่ย 3.82 ประเด็นตรวจสุขภาพประจำปี เช่น ความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด

5.1.5 ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

5.1.5.1 ข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง 134 รูป ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์ที่สำคัญ ๆ สรุปได้ ดังนี้ ด้านบริโภคอาหารและเครื่อง ร้อยละ 34.4 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ควรฉันอาหารที่เป็นประโยชน์ ครบ 5 หมู่ งดดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล ในแต่ละวัน โดยคำนึงถึง ความเหมาะสมความต้องการของร่างกาย และวัย รองลงมา ด้านการอบรมการดูแลสุขภาพ และการรักษาพยาบาล ร้อยละ 32.8 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ควรฉีควัคซีนทุกปีและตรวจ

สุขภาพทุกปี ถ้าอาหารก็ควรไปพบแพทย์ ฉ้นยาตามเวลาที่แพทย์สั่ง ศึกษาหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองก่อนจะอาหาร และด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 29.1 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ควรออกกำลังกายบ่อย ๆ สม่าเสมอ โดยการออกบิณฑบาต เดินจงกรมและนั่งสมาธิ ก็จะทำให้มีสุขภาพดี

5.1.5.2 ข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมากในการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง 106 รูป ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมากในการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ ที่สำคัญๆ สรุปได้ ดังนี้ ด้านการรักษาพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ร้อยละ 66.9 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ควรตรวจสุขภาพประจำปี ผู้บริหารควรจัดให้มีการอบรมการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ทำกิจกรรม ปรึกษาหารือในการอยู่ร่วมกัน ได้ถาม ให้กำลังใจ เอื้ออาทรต่อกัน ทั้งนี้ เจ้าอาวาสควรจัดระบบการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ รวมทั้งงบประมาณในการรักษาพระสงฆ์ผู้อาพาธภายในวัด ซึ่งที่มาของงบประมาณในการรักษา สามารถพิจารณาเก็บจากพระสงฆ์ครึ่งหนึ่งและวัดครึ่งหนึ่ง โดยเก็บเป็นรายเดือนหรือรายปีก็ได้ รองลงมา ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 27.4 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ พระสงฆ์ ควรทำความสะอาด และ จัดสภาพแวดล้อมภายในวัดให้น่าอยู่ ตามหลัก 5 ส. ทั้งนี้ ควรให้ความรู้เรื่องความสะอาดกับผู้อยู่อาศัยภายในวัด รวมทั้งบริเวณรอบวัด และ ด้านการออกกำลังกาย ร้อยละ 5.7 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ วัดควรมีสถานที่ออกกำลังกายที่มีชีวิต เช่น ห้องนอน ห้องโถงหรือโซนเขตสงฆ์พัก ในการยืดแขนยืดขา เล่นโยคะ วิดพื้น อันถือเป็นการออกกำลังกายในสภาพปกติ ซึ่งอยู่ในพื้นที่ภายในของหมู่พระสงฆ์

5.1.5.3 ข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์

กลุ่มตัวอย่าง 108 รูป ได้ให้ข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์ ที่สำคัญๆ สรุปได้ ดังนี้ ด้านอาหาร ร้อยละ 80.6 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ชุมชนควรถวายอาหารที่เป็นประโยชน์แก่พระสงฆ์ และชี้แนะให้ผู้ขายอาหารตามท้องตลาดที่มีพระสงฆ์ไปบิณฑบาตให้ความสำคัญต่อคุณภาพอาหาร ไม่ควรถวายอาหารค้างคั้น/บูดเน่า/หมดอายุ โดยเน้นเรื่องโภชนาการ รองลงมา ด้านการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 13.9 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ วัดและชุมชนควรศึกษา หาความรู้เชิงวิชาการด้านการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ช่วยกันดูแลพระสงฆ์ผู้อาพาธ ทั้งนี้ โรงพยาบาลควรลงตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำพื้นที่ตนเอง และด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ร้อยละ 5.6 มีประเด็นที่น่าสนใจ คือ ชุมชนควรทำความสะอาดบริเวณรอบวัดไม่ให้มีน้ำขัง ป้องกันยุง จัดชุมชนให้น่าอยู่ ดูแลสภาพแวดล้อมที่เอื้อประโยชน์ให้วัด การดูแลสุขภาพตนเอง

5.1.6 การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของ 1. ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ 2. ทักษะคิดต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ และ 3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ของพระสงฆ์ ตามตัวแปรเกี่ยวกับอายุ พรรษา ตำแหน่งการศึกษาทางธรรม ระดับการศึกษาทางโลก โรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และการอบรมการดูแลสุขภาพ โดยสรุปดังนี้

5.1.6.1 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความรู้ ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับความด้านความรู้ การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์โดยภาพรวม พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างอายุ พรรษา ตำแหน่ง การศึกษาทางธรรม การศึกษาทางโลกและการเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ ในทุก ๆ ประเด็น ยกเว้น ความแตกต่างระหว่าง โรคประจำตัว และประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี กับระดับความรู้ด้านความรู้การดูแลสุขภาพตนเอง คือ กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 75.6 มีระดับความรู้ต่ำกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40.3 และ กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 34.1 ที่มีประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี มีความรู้มากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี ร้อยละ 93.8 เมื่อพิจารณาอายุกับความรู้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์รายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 69.7 มีความรู้ระดับรู้การดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 63.2 เฉพาะ ด้านการขับถ่าย และ กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 51-60 ปี ร้อยละ 72.7 มีระดับความรู้การดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 63.4 เฉพาะด้านการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี

5.1.6.2 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างอายุ พรรษา ตำแหน่ง การศึกษาทางธรรม การศึกษาทางโลก โรคประจำตัวกับระดับทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในทุก ๆ ประเด็น ยกเว้น การเคยอบรมการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการอบรม มีค่าเฉลี่ย 4.50 มีระดับทัศนคติการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 4.33

5.1.6.3 การศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับ

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างข้อมูลทั่วไปกับระดับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมาก มีระดับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย เฉพาะด้านการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ และด้านการรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มตัวอย่างที่มีพรรษามากมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพรรษาน้อย เฉพาะด้านการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี กลุ่มตัวอย่างตำแหน่งผู้บริหารมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างตำแหน่งพระลูกวัด เฉพาะด้านการบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่ มีค่าเฉลี่ย 3.55 กับ 3.33 และด้านการขับถ่ายมีค่าเฉลี่ย 4.09 กับ 3.91 กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว ค่าเฉลี่ย 3.45 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีโรคประจำตัว มีค่าเฉลี่ย 3.30 กลุ่มตัวอย่างที่มีประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี ค่าเฉลี่ย 3.49 มีระดับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี มีค่าเฉลี่ย 3.23 กลุ่มตัวอย่างที่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ ค่าเฉลี่ย 3.62 มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ มีค่าเฉลี่ย 3.41

สรุปผลการศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร พบว่า ไม่มี ความแตกต่าง ยกเว้น ข้อมูลของโรคประจำตัว ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และ การเคยอบรม การดูแลสุขภาพ ผลศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างตัวแปร ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ พรรษามาก ผู้บริหารมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองเฉพาะด้านดีกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ พรรษาน้อยและพระลูกวัด แสดงให้เห็นว่า กาลเวลาทำให้กลุ่มตัวอย่าง มีประสบการณ์ทางตรงและทางอ้อมในศึกษาหาความรู้และนำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตของตน ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัว มีประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี และเคยอบรมการดูแลสุขภาพ มีแนวโน้มต่อการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีกว่า และพบอีกว่า การศึกษาทั้งระดับทางธรรมและระดับศึกษาทางธรรม ไม่มี ส่วนช่วยสนับสนุนทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ทศนคติและพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น ซึ่งก็ย้อนกลับไปมองหลักสูตรวิชาการที่ได้ศึกษาเล่าเรียนมาแล้ว มีการศึกษาหลักสูตรการดูแลสุขภาพหรือไม่ หรือสถานศึกษามุ่งเน้นเฉพาะการศึกษาทางวิชาชีพมากกว่าการศึกษาทางวิชาชีพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตประจำของมนุษย์

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะสำหรับพระสงฆ์

ผลการศึกษา “การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” พบประเด็นที่น่าสนใจในการนำไปปรับปรุงการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. พระสงฆ์ควรให้ความสำคัญในการศึกษาหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ด้วยตนเองจากแหล่งการศึกษาต่าง ๆ เช่น หนังสือ เอกสาร อินเทอร์เน็ต ตลอดจนการแสวงหาสถานที่อบรมการดูแลสุขภาพ เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลสงฆ์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ หรือ โรงพยาบาลประจำตำบล อำเภอและจังหวัด

2. พระสงฆ์ควรสำรวจในฉันทอาหาร เครื่องดื่ม และยารักษาโรคที่ได้มาให้พอเพียงต่อความต้องการต่อร่างกาย ไม่มากเกินไป ไม่น้อยเกินไป เพื่อรักษาน้ำใจศรัทธาของประชาชนและเป็นการรักษาสุขภาพตนเอง

3. พระสงฆ์ควรออกกำลังกายบ่อย ๆ อย่างสม่ำเสมอ โดยการปฏิบัติกิจวัตรของสงฆ์ เช่น การออกบิณฑบาต กวาดลานวัด เดินจงกรม นอกเหนือจากกิจวัตรของสงฆ์ตามความเหมาะสมแล้ว ควรออกกำลังกายโดยการยืดเส้น เช่น ยืดแขนยืดขา เล่นโยคะ วิดพื้นหรือ ซิทอัพ ในห้องนอนหรือพื้นที่ที่เหมาะสม อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละประมาณ 30 นาทีขึ้นไป

4. พระสงฆ์ควรตรวจสุขภาพประจำปีที่เป็น การตรวจครอบคลุมทุกประเภท อย่างสม่ำเสมออย่างน้อย 1 ปี โดยไม่จำเป็นต้องรอมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป ทั้งนี้ ควรฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่สำคัญ เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก ในทุก ๆ ปี

5. สำหรับพระสงฆ์สูงอายุและพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัว ต้องดูแลตัวเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และนักโภชนาการ โดยเฉพาะเรื่องอาหารและการรักษาโรคด้วยยา

5.2.2 ข้อเสนอแนะต่อผู้บริหารวัด

1. เจ้าอาวาสควรส่งเสริมจัดอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพ ให้แก่พระสงฆ์ภายในวัดอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจน การประชุม การทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อปรึกษาหารือ ให้คำแนะนำเรื่องสุขภาพและสุขอนามัยในการอยู่ร่วมกัน

2. เจ้าอาวาสควรประสานงานกับหัวหน้าชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและสำนักงานเขต เพื่อปรึกษาหารือการจัดอบรมการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ การจัดระบบการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และจัดตั้งกองทุนสนับสนุนการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ พร้อมทั้งสวัสดิการรักษายาบาลแก่พระสงฆ์ภายในพื้นที่ของตน

3. เจ้าอาวาส ควรประสานงานกับหัวหน้าชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลและสำนักงานเขต ควรร่วมมือกันประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโภชนาการแก่ประชาชน โดยใช้รูปแบบการกรรณรงค์ การแจกเอกสาร และการจัดอบรมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้ค้าขายอาหารใส่บาตรพระในตลาดชุมชน

5.2.3 ข้อเสนอแนะต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

1. รัฐบาลควรจัดงบประมาณค่ารักษาพยาบาลแก่โรงพยาบาลของรัฐทั่วทุกภูมิภาค เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้สิทธิการรักษาพยาบาลและการบริการแก่พระสงฆ์
2. รัฐบาลควรจัดงบประมาณ สนับสนุนให้กรมศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ร่วมมือจัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ตั้งศูนย์สุขภาพบริการแก่พระสงฆ์ทั่วทุกภูมิภาค ตลอดถึง การสร้างวัดต้นแบบในการส่งเสริมสุขภาพทั้งระดับตำบล อำเภอ จังหวัดและระดับประเทศ
3. กรมศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข ควรประชุม ปรึกษาหารือหรือจัดทำการประชุมสุขภาพกลุ่มแบบถั่วหน้า เพื่ออำนวยความสะดวกการใช้สิทธิรักษาพยาบาลแก่พระสงฆ์ทั่วประเทศ
4. กรมการศาสนาและกระทรวงสาธารณสุข ควรจัดโครงการอบรมความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การป้องกันและการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ ก่อนเกิดโรคแก่พระสงฆ์ทั่วถึงทุกพื้นที่ อย่างสม่ำเสมอทุก ๆ ปี
5. กรมศาสนา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ กรมการมหาเถรสมาคม ควรจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสุขภาพและกองทุนช่วยเหลือพระสงฆ์อาพาธ
6. โรงพยาบาลในพื้นที่ต่าง ๆ ทั้งระดับตำบล อำเภอและจังหวัด ควรร่วมมือกันลงพื้นที่ตรวจสุขภาพแก่พระสงฆ์ที่วัดเป็นประจำ ทุก ๆ ปี

5.3 ข้อเสนอแนะต่อการศึกษาครั้งต่อไป

1. ศึกษาเชิงลึกกับพระสงฆ์ระดับผู้บริหารวัด ถึงรูปแบบการดูแลสุขภาพตนเองตามพระธรรมวินัย
2. ศึกษาเชิงลึกถึงรูปแบบ กระบวนการดูแลสุขภาพตนเองกับพระสงฆ์ที่มีอายุพรรษา มากตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรงหรือวัดต้นแบบในการดูแลสุขภาพตามแบบ วิถีพุทธ
3. ศึกษาเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ในเขตพื้นที่ปกครองกรุงเทพมหานคร และภูมิภาค

รายการอ้างอิง

หนังสือ

- กมลรัตน์ หล้าสุวงษ์. (2524). *จิตวิทยาการศึกษา*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรวิทยาลัย.
- กมลรัฐ อินทรทัศน์, และ พรทิพย์ เย็นจะบก. (2547). *การพัฒนาองค์ความรู้ การสื่อสารเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โครงการการพัฒนาองค์ความรู้การสื่อสารเพื่อสุขภาพ.
- กรมสุขภาพจิต. (2541). *การบริการสุขภาพจิตมุ่งชีวิตเป็นสุข*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข, กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2540). *คู่มือคลายเครียด* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: สยามเอ็มแอนด์บีพับลิชชิง. กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (ม.ป.ป.). *ความรู้พื้นฐานและประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ, สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ. (2556). *ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2548). *การส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ*. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ.
- กิติมา สุรสุนธิ. (2548). *ความรู้ทางการสื่อสาร* (พิมพ์ครั้งที่ 4, แก้ไขและเพิ่มเติม). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน.
- กุลยา ตันติผลาชีวะ. (2556). *ดูแลสุขภาพสูงวัยดูแลได้ด้วยตนเอง*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บีบีค.
- ชนิดา ปิโชติการ, และ ศัลยา คงสมบูรณ์เวช. (2548). *กินเพื่อสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เฉลิมมิตร.
- จรรยาพร ธรณินทร์. (2538). *การเสริมสร้างสุขภาพคนยุคใหม่*. กรุงเทพฯ: บริษัท ดันอ้อ แกรมมี จำกัด.
- ดวงใจ รัตนธัญญา. (2545). *สุขศึกษา: หลักและกระบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (2533). *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. (บรรณาธิการ). นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์, ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข.

- ทงศ์กัฏ์ ภูริพัฒน์, วราภรณ์ ภูมิสวัสดิ์, และ ชุตินา มาลยมาน. (2541). *คุณสมบัตินักบริหาร*.
 นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, กรมการแพทย์, สถาบันควบคุมการบริโภคยาสูบ.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2530). *องค์การและการบริหาร: การศึกษาการจัดการแผนใหม่ (Organization and management)*. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช.
- นฤมล กมลวาทิน, และ ปาริชาติ อุทก. (2544). *เรียนรู้เรื่องยาเสพติด ชีวิตปลอดภัย*. กรุงเทพฯ: สำนักพัฒนาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด, ส่วนการพัฒนาสื่อและเทคโนโลยี.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2553). *สร้างกาย-ใจ ให้แข็งแรง*. กรุงเทพฯ: Be Bright.
- บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ. (2549). *เทคนิคการสร้างเครื่องมือรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิจัย (พิมพ์ครั้งที่ 6)*. กรุงเทพฯ: จามจุรีโปรดักท์.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2541*. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประภาพร สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ การวัด การเปลี่ยนแปลง และพฤติกรรมอนามัย*. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.
- ประภาพร สุวรรณ. (2526). *ทัศนคติ การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์ไทยวัฒนาพานิชจำกัด.
- ประสิทธิ์ ทองอ่อน. (2542). *พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน*. กรุงเทพฯ: เวิร์ดเวฟ เอ็ดดูเคชั่น.
- ประเวศ วะสี. (2441). *บนเส้นทางใหม่การส่งเสริมสุขภาพอนามัยชีวิตและสังคม*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- ประเวศ วะสี. (2549). *วิถีคลายเครียด (พิมพ์ครั้งที่ 11)*. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.
- พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช), ป.ธ. 9, ราชบัณฑิต. (2548). *พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ คำวัด*. กรุงเทพฯ: ช่อระกา.
- พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ. ปยุตโต). (2559). *โพษมงคล: พุทธวิธีเสริมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคง การพิมพ์.
- พระราชญาณกวี. (2549). *พุทธวิธีคลายเครียด*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล เงินฮั่ว.
- พัฒนา มูลพฤกษ์. (2546). *อนามัยสิ่งแวดล้อม*. กรุงเทพฯ: บริษัทชิกมา ดีไซน์ กราฟฟิก จำกัด.
- พิมพ์วัลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ. (2530). *การดูแลสุขภาพตนเอง ทัศนะทางสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์แสงแดดจำกัด.
- พุทธทาสภิกขุ. (2537). *ตำราดูพระภิกษุ*. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา.
- ไพศาล หวังพานิช. (2526). *การวัดผลการเรียน*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- โภชนศาสตร์สาธารณสุข. (2547). *สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช*.
 นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

- มหาจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย. (2539). *พระไตรปิฎกภาษาไทย ฉบับมหาจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย*.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย.
- มัลลิกา มัติโก. (2534). *คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โครงการข่างานวิจัยพฤติกรรม
สุขภาพกระทรวงสาธารณสุข.
- เยาวดี วิบูลย์ศรี. (2540). *การวัดผลและการสร้างแบบสอบถามผลสัมฤทธิ์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, และ สุชาดา ตั้งทางธรรม. (2541). *สู่ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ*.
นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ลักขณา เต็มศิริกุลชัย, และ สุชาดา ตั้งทางธรรม. (2541). *ภาคีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ: การส่งเสริม
สุขภาพในศตวรรษที่ 21*. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2546). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน*. กรุงเทพฯ: นานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่น.
- เรณู สอนเครือ. (2553). *แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาล*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข,
โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ศรีนวล เจียนจันทร์พงษ์ และคณะ. (2546). *อาหารและสุขภาพ*. กรุงเทพฯ: โอเอสพรีนติ้งเฮาส์.
- สงบ แสงบำรุง, และ จำนง พรายแย้มแจ. (2516). *เทคนิคการวัดผลวิชาวิทยาศาสตร์*. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช.
- สมชาติ กิจยรรยง. (2555). *สร้างสมอง สร้างพลังจิต พิชิตความสำเร็จ*. กรุงเทพฯ: Smart Life.
- สมศรี ลายลิขิต และคณะ. (2555). *คู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์*. กรุงเทพฯ: หจก. มีเดีย เพรส.
- สิริพันธุ์ จุลกรังคะ. (2550). *โภชนศาสตร์เบื้องต้น*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
- สินศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี. (2556). *พัฒนาการสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ*. นนทบุรี:
บริษัทนาเพรส จำกัด.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2533). *การสื่อสารกับสังคม*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกร.
- สุวัฒน์ ศรีสรฉัตร และคณะ. (2558). *ฉันอย่างไรหัวใจแข็งแรง*. กรุงเทพฯ: เอ็ม. โอ. ดับเบิล. กรุ๊ป
จำกัด.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, คณะแพทยศาสตร์, ภาควิชาอายุรศาสตร์, สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและ
พัฒนาวิทยา.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2558). *สรุปผลที่สำคัญการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพและการดื่มสุรา
ของประชากร พ.ศ. 2557*. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ, สำนักสถิติพยากรณ์,
สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ และคณะ. (2556). *ชุดความรู้การดูแลตนเองและพัฒนาศักยภาพ
ผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

หทัย ชิตานนท์, และ พิสมัย จันทวิมล. (2540). *นิยามศัพท์ส่งเสริมสุขภาพ*. นนทบุรี: โครงการ
สำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

อรรวรรณ ปิรันธน์โอวาท. (2542). *การสื่อสารเพื่อการโน้มน้าวใจ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่ง
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2533). การดูแลสุขภาพตนเอง แนวคิด นโยบาย และยุทธวิธีเพื่อการพัฒนา
สาธารณสุข. ใน *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

เอี่ยมพร ทองกระจาย. (2553). *ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง*. นครปฐม:

มหาวิทยาลัยมหิดล, คณะสังคมและมนุษยศาสตร์, ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข.

อำพล จินดาวัฒน์, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, และ สุรณี พิพัฒน์โรจนกุล. (2551). *การสร้างเสริม
สุขภาพ: แนวคิด หลักการ และบทเรียนของไทย*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน.

Stephen Hamann และคณะ. (2548). *การทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการบริโภคยาสูบ*.
กรุงเทพฯ: บริษัทศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด.

บทความวารสาร

มยุรา วัฒนพงศ์ไพศาล, เรวดี จงสุวัฒน์, และ เอกราช บำรุงพีชน. (พฤษภาคม-สิงหาคม 2558)
ผลของการบริโภคน้ำผักผลไม้ผสมโยเกิร์ตต่อการขับถ่ายอุจจาระในผู้ที่มีภาวะท้องผูก.
วารสารสาธารณสุขศาสตร์คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล, 45(2).

วิทยานิพนธ์

ธีราพร ต้นที่ปธรรม. (2554). *การใช้เฟสบุ๊คที่มีผลกระทบต่อวิถีชีวิตของนักศึกษา
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่,
บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ.

พรวิรินทร์ เพียรพิทักษ์. (2547). *พฤติกรรมการออกกำลังกายและการสนับสนุนจากครอบครัว
เพื่อการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุที่มาออกกำลังกายที่สวนสุขภาพ
ในเขตกรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,
คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม.

พระพิพัฒน์ อภิวัตน์โน. (2554). *การศึกษาวิเคราะห์พฤติกรรมดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ใน
จังหวัดแพร่*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
วิทยาเขตแพร่, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาพระพุทธศาสนา.

- พระสุทธิพงษ์ สุทธิวงษ์. (2556). *พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภอพังโคน จังหวัดสกลนคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาพระพุทธศาสนา.
- พระเฉลิมพล อัครเสมาชัย. (2554). *การเสริมสร้างสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตบางซื่อ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, สาขาการบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม.
- สุชาดา วงศ์สีปชาติ. (2554). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร: กรณีศึกษา วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลารามและวัดปากน้ำภาษีเจริญ*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, บัณฑิตวิทยาลัย, สาขาวิชาพระพุทธศาสนา.
- อาโซ แลเชอ. (2555). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตการปกครองคณะสงฆ์ยานนาวา กรุงเทพมหานคร*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์.

เอกสารอื่น ๆ

- เกษร ขอรัตน์ และคณะ. (2005). *การส่งเสริมสุขภาพสำหรับสมาชิกชมรมสร้างสุขภาพ*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, กรมอนามัย, สำนักส่งเสริมสุขภาพ.
- พระครูสุวิธานพัฒนาบัณฑิต. (2557). *การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในจังหวัดขอนแก่นโดยเน้นการมีส่วนร่วมของเครือข่าย*. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, สถาบันการวิจัยพุทธศาสตร์.
- มณฑนา หิรัญประดิษฐ์. (2550). *พฤติกรรมการรับประทานอาหารของพระภิกษุสงฆ์ในเขตยานนาวา*. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลกรุงเทพ, คณะเทคโนโลยีคหกรรมศาสตร์.
- ศนิกันต์ ศรีมณี และคณะ. (2558). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคของพระภิกษุสงฆ์และพฤติกรรมการถวายอาหารของประชาชน เขตภาษีเจริญ*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- สกุณฑลา แซ่เตี่ยว และคณะ. (2555). *พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตเทศบาลนครสงขลา*. บทความวิจัย, วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา.

สื่ออิเล็กทรอนิกส์

กรมการแพทย์. (2558). *กรมการแพทย์เปิดตัวโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์-สามเณรทั่วไทย*.

สืบค้นจาก http://www.dms.moph.go.th/dmsweb/prnews/pr_01_01022559.pdf

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. (2557). *ความรู้พื้นฐานและ*

ประเภทของผลิตภัณฑ์ยาสูบ. สืบค้นจาก [http://www.ezygodiet.com/%E0%B8%](http://www.ezygodiet.com/%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B3%E0%B8%99)

[99%E0%B9%89%E0%B8%B3%E0%B8%99](http://www.ezygodiet.com/%E0%B8%99%E0%B9%89%E0%B8%B3%E0%B8%99)

ไกรวัชร ชีเรนทร. (2559). *แนวทางเวชปฏิบัติการเคลื่อนไหวร่างกาย ออกกำลังกายในพระสงฆ์*

โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สืบค้นจาก

<http://www.naewna.com/lady/218972>

พจนานุกรมเพื่อการศึกษาพุทธศาสน์ ชุดคำวัด. (2548). *พระธรรมกิตติวงศ์ (ทองดี สุรเตโช) ป.ธ. 9*

ราชบัณฑิต วัดราชโอรสาราม. สืบค้นจาก [http://www.schoolnet.net.th/library/](http://www.schoolnet.net.th/library/create-web/1000/religion/1000-4567.html)

[create-web/1000/religion/1000-4567.html](http://www.schoolnet.net.th/library/create-web/1000/religion/1000-4567.html)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2556). *อาหารพระ: ลดโรค*. สืบค้นจาก

[http://www.thaihealth.or.th/Content/7176-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%](http://www.thaihealth.or.th/Content/7176-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%B%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B0%20%20%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84.html)

[B8%B%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B0%20%20%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84.html](http://www.thaihealth.or.th/Content/7176-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%B%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B0%20%20%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84.html)

[20%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84.html](http://www.thaihealth.or.th/Content/7176-%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%B%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%9E%E0%B8%A3%E0%B8%B0%20%20%E0%B8%A5%E0%B8%94%E0%B9%82%E0%B8%A3%E0%B8%84.html)

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส). (2559). *รวมพลังเครือข่ายไม่กินหวาน*

ลดบริโภคน้ำตาล. สืบค้นจาก [http://www.thaihealth.or.th/Content/31215-](http://www.thaihealth.or.th/Content/31215-%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%A5%E0%B8%B)

[%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%A5%E0%B8%B](http://www.thaihealth.or.th/Content/31215-%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%A5%E0%B8%B)

[สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. \(2558\). *จากการประชุมของสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์วันที่ 20 ธันวาคม 2555*. สืบค้นจาก](http://www.thaihealth.or.th/Content/31215-%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%A5%E0%B8%B)

[ที่ 5 เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในพระสงฆ์วันที่ 20 ธันวาคม 2555. สืบค้นจาก](http://www.thaihealth.or.th/Content/31215-%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%A5%E0%B8%B)

[http://nha2012.samatcha.org](http://www.thaihealth.or.th/Content/31215-%E0%B8%A3%E0%B8%A7%E0%B8%A1%E0%B8%9E%E0%B8%A5%E0%B8%B)

หมอชาวบ้าน. (2556). *หยุดหวาน-มัน-เค็ม หยุดยั้งโรคเรื้อรัง*. สืบค้นจาก

<https://www.doctor.or.th/article/detail/14800>

World Health Organization. (1948). *การดูแลสุขภาพ*. สืบค้นจาก

<http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

Books

- Good, Carter V. (1973). *Dictionary of Education*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Green, Lawrence W., & Kreuter, Marshall W. (1999). *Health promotion Planning: an educational and ecological approach* (3rd). Mountain View, Calif: Mayfield Pub.
- Hill, Lyda, & Smit, Nancy. (1990). *Self-care nursing: promotion of health*. Norwalk, Conn: Appleton & Lange.
- Orem, Dorothea Elizabeth. (1987). Nursing: concepts of practice / Dorothea E. Orem.: St. Louis :Nola J. Pender. In *Health promotion in nursing* (2nd). (pp. 103-105). Norwalk, Conn: Appleton & Lange.
- Pender, N. J. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice* (3rd ed). Appleton and Lange Connecticut.
- Triandis, H. C. (1971). *Attitude and attitude change*. New York: John Willey & Sons Inc.



ภาคผนวก

แบบสอบถาม

เรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามนี้ มีความประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร โปรดตอบแบบสอบถามนี้ด้วยตัวท่านเองและตรงกับความจริงมากที่สุด

2. ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายแก่ท่าน จะเก็บไว้เป็นความลับ โดยนำไปวิเคราะห์และนำเสนอผลงานวิจัยในลักษณะภาพรวมและเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น ภายหลังจากสรุปลงานวิจัยแล้ว จะทำลายแบบสอบถามที่ท่านตอบโดยเครื่องทำลายเอกสารทันที

ในการศึกษา “การดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร” เป็นการศึกษา ถึงความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองพระสงฆ์ ตลอดถึงข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพ ของพระสงฆ์ ในเขตดุสิต กรุงเทพมหานคร

จึงขอความอนุเคราะห์จากท่านโปรดตอบแบบสอบถามตรงกับความ เป็นจริงมากที่สุด และกรุณา ตอบแบบสอบถามทุกข้อ เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล ซึ่งข้อมูลที่ได้จากท่านจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการศึกษา ครั้งนี้

แบบสอบถามจะแบ่งเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ส่วนที่ 3 ทัศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง

พระสุกสะหวัน บุคชะหมวน

นักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพระสงฆ์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง และเติมข้อความลงในช่องว่าง.....ที่ตรงกับเป็นความจริงของท่าน

1. อายุ.....ปี

2. พรรษา.....พรรษา

3. ตำแหน่ง

เจ้าอาวาส

รองเจ้าอาวาส

ผู้ช่วยเจ้าอาวาส

เลขานุการเจ้าอาวาส

พระลูกวัด

4. ระดับการศึกษาทางธรรม

4.1 แผนกธรรม

นักธรรมตรี

นักธรรมโท

นักธรรมเอก

ไม่ได้นักธรรม

4.2 แผนกบาลี

ประโยค 1-2

ประโยค 3-6

ประโยค 7-9

ไม่เป็นเปรียญธรรม

5. ระดับการศึกษาทางโลก

ไม่ได้รับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษา

ปริญญาตรี

ปริญญาโท

ปริญญาเอก

6. โรคประจำตัว

ความดันโลหิตสูง

เบาหวาน

ไขมันในเลือดสูง

โรคไตเรื้อรัง

โรคหัวใจ

ข้อเข่าเสื่อม

กระดูกสันหลังเสื่อม

ต้อกระจก

ไวรัสตับอักเสบบ

ต่อมลูกหมาก

โรคเก๊าต์

อื่น ๆ (ระบุ).....

ไม่มีโรคประจำตัว

7. ประวัติการตรวจสุขภาพรอบ 1 ปี

ชั่งน้ำหนัก	<input type="checkbox"/> ได้ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
วัดส่วนสูง	<input type="checkbox"/> ได้ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจระดับความดันโลหิต	<input type="checkbox"/> ได้ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด	<input type="checkbox"/> ได้ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจสุขภาพฟันและหู	<input type="checkbox"/> ได้ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจสภาพสายตา	<input type="checkbox"/> ได้ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ระบบทางเดินอาหาร	<input type="checkbox"/> ได้ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
ระบบหัวใจและปอด	<input type="checkbox"/> ได้ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ
การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ	<input type="checkbox"/> ได้ตรวจ	<input type="checkbox"/> ไม่ได้ตรวจ

8. ท่านเคยเข้ารับการอบรมการดูแลสุขภาพ

- เคย เรื่องที่อบรม.....
- ไม่เคย เนื่องจาก.....

ส่วนที่ 2 ความรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตารางที่ตรงกับความรู้ของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด
การบริโภคอาหาร เครื่องดื่ม และการสูบบุหรี่			
9.	อาหารที่มีรสหวาน เค็มจัด เป็นบ่อเกิดของโรคเบาหวาน ไต ความดันโลหิตสูง ฯลฯ		
10.	อาหารประเภทผลไม้ จะให้สารอาหารแก่ร่างกาย ได้แก่ วิตามิน และเกลือแร่ต่าง ๆ โยอาหาร ช่วยเรื่องระบบขับถ่าย ดูดซับสารพิษ รวมถึงปริมาณน้ำตาลและไขมันในเลือด		
11.	การบริโภคเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาลที่เกินปริมาณ สามารถก่อให้เกิดโรคฟันผุ โรคหัวใจ และโรคเบาหวาน		
12.	บุหรี่ยี่ห้อต่าง ๆ มากกว่า 4,000 ชนิด นอกเหนือจากทาร์และนิโคติน ยังมีก๊าซคาร์บอนมอนอกไซด์ (พบได้ในไอเสียร์ถยนต์) แอมโมเนีย (พบได้ในน้ำยาล้างห้องน้ำ) และสารอาร์ซินิค (พบได้ในยาเบื่อหนู)		

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด
13.	ผลกระทบจากบุหรี ส่งผลให้หัวใจเต้นเร็ว ความดันโลหิตสูงขึ้น ทำให้เกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจ สมรรถภาพทางเพศเสื่อม เป็นต้น		
14.	เทคนิคการเลิกสูบบุหรี จะต้องอาศัยกระบวนการบำบัดรักษาตามกระบวนการของแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อให้ตนเองเลิกได้ถาวร		
การขับถ่าย			
15.	การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ เป็นหนึ่งในกิจวัตรที่จำเป็นต่อร่างกาย เพราะร่างกายจะได้กำจัดของเสียส่วนเกินรวมไปถึงสารพิษ สารตกค้างต่าง ๆ ออกไป		
16.	กระเพาะปัสสาวะของวัยหนุ่มสาว สามารถเก็บปัสสาวะได้ประมาณ 250-350 ซีซีซึ่งเป็นผลดีต่อการขับถ่ายของเสียออกจากร่างกายได้ง่ายในทุกครั้งหลังการขับถ่าย		
17.	การเกิดโรคท้องผูก ผั่งลำไส้อักเสบ เกิดจากการบริโภคอาหารที่มีใยอาหารปริมาณน้ำ ที่เพียงพอ ตลอดถึงการขับถ่ายที่เป็นเวลา		
การออกกำลังกายและการหลับนอน			
18.	การออกกำลังกายสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ควรใช้เวลาประมาณ 30-60 นาทีในแต่ละครั้ง		
19.	การออกกำลังกายสามารถป้องกันโรคและลดปัจจัยเสี่ยงของโรคต่าง ๆ ได้ เช่น ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน และ ช่วยป้องกันและความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง ช่วยควบคุมความดันโลหิตสูง		
20.	การออกกำลังกาย สามารถช่วยให้เลือดลมไหลเวียนได้ดีขึ้น ช่วยลดความเหนื่อยล้า ความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจได้ด้วย		
21.	การนอนหลับเป็นกระบวนการตามธรรมชาติของมนุษย์ ประมาณ 6-8 ชั่วโมงจึงเพียงพอต่อการพักผ่อนของร่างกาย		
22.	การนอนหลับในเวลา 23.00 – 03.00 น. เป็นการฟื้นฟูร่างกาย ขจัดสารพิษในร่างกาย และสะสมพลังกำลังของร่างกาย		
23.	อาการนอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท สามารถทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง เป็นโรคได้ง่าย ตลอดถึงส่งผลกระทบต่อภาวการณ์ทำงานของสมอง อารมณ์และจิตใจ		

ลำดับ	ข้อความ	ถูก	ผิด
การจัดการความเครียด			
24.	ผู้ที่มีความเครียดเป็นประจำ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะอาหาร และยิ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ		
25.	ผลกระทบจากความเครียด ทำให้ความสัมพันธ์ในวัด ชุมชน สังคมและประเทศชาติตึงเครียดและเกิดการทะเลาะวิวาทได้		
26.	การจัดการความเครียดต้องเผชิญกับความจริง โดยอาศัยสติ สมาธิและปัญญา จึงจะสามารถแก้ไขปัญหาคความเครียดได้		
การอนามัยสิ่งแวดล้อม			
27.	การอนามัยสิ่งแวดล้อม คือการจัดการหรือควบคุมสิ่งแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อมนุษย์ เพื่อให้เกิดความสมดุลของระบบนิเวศน์ และส่งผลต่อความเป็นอยู่ที่ดีต่อร่างกายและจิตใจ		
28.	ขอบเขตการอนามัยสิ่งแวดล้อม คือการจัดการทำความสะอาดสถานที่อยู่อาศัยให้สะอาด		
29.	การอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นการป้องกันโรคภัย และอุบัติเหตุที่จะส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของมนุษย์		
การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี			
30.	เมื่อมีอาการเจ็บป่วย การรักษาพยาบาลด้วยตนเอง ถือว่าเป็นทางออกที่ดีที่สุด		
31.	การซื้อยากินตามร้านขายยาหรือหมอพื้นบ้าน เป็นการพยาบาลเบื้องต้นช่วยบรรเทาและทำให้โรคหายได้ในที่สุด		
32.	การรักษาพยาบาลโรคใดโรคหนึ่ง ต้องอาศัยคนในครอบครัว แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคโดยเฉพาะ จึงสามารถช่วยรักษาได้		
33.	การตรวจสุขภาพประจำปี เป็นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคอย่างหนึ่ง เพื่อช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดี		
34.	การตรวจสุขภาพประจำปี จำเป็นต้องมีอายุตั้งแต่ 35 ปี ขึ้นไป		
35.	หากต้องการตรวจไขมันในเลือด ควรงดอาหาร 8 ชั่วโมงขึ้นไป		

ส่วนที่ 3 ทศนคติต่อการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตารางที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ แน่ใจ	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
การมีสุขภาพที่ดี						
36.	ความสนใจในการหาความรู้ด้านการดูแลสุขภาพ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้น					
37.	การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น บุคคล วัตถุประสงค์ ที่รักด้านการดูแลสุขภาพ สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ช่วยทำให้ได้เรียนรู้ นำไปปฏิบัติและมีสุขภาพที่ดีได้					
38.	หากผู้บริหารในวัดมีการส่งเสริม การจัดอบรม การดูแลสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ อย่างสม่ำเสมอ จะทำให้พระสงฆ์มีสุขภาพที่ดีขึ้น					
39.	การจัดอบรมหลักสูตรแก่พระสงฆ์และวัดที่ต้องการเป็นวัดต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพ สามารถทำให้พระสงฆ์ในวัดและคนในชุมชนมีสุขภาพที่ดีได้					
ความสำคัญในการดูแลสุขภาพ						
40.	การเลือกกินอาหารและเครื่องดื่มที่พอเหมาะตามความต้องการของร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัยเป็นประจำ สามารถทำให้มีสุขภาพร่างกายที่ดีได้					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับความคิดเห็น				
		เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
41.	การทำสมาธิก่อนนอน ช่วยทำให้การนอนหลับได้สนิทและเพียงพอต่อการสร้างพลังงานแก่ร่างกายและจิตใจได้					
42.	การมีสุขภาพที่ดี ช่วยทำให้ปฏิบัติศาสนกิจปกติ ได้แก่ ไหว้พระสวดมนต์ ศึกษาเล่าเรียนทั้งทางธรรมและทางโลก พัฒนาจิตใจ ปฏิบัติกิจเพื่อสังคมได้อย่างเต็มที่					
43.	การมีสุขภาพที่ดี ในฐานะเป็นพระสงฆ์ ทำให้ท่านเป็นแบบอย่างที่ดีของการดูแลสุขภาพแก่พระสงฆ์ด้วยกัน ตลอดถึงประชาชนอีกด้วย					
การหลีกเลี่ยงการกระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ						
44.	เมื่อมีอาหาร ประเภทแป้ง คาร์โบไฮเดรต และไม่เป็นประโยชน์ ท่านสามารถเลือกฉันทาอาหารอื่นได้					
45.	การไม่สูบบุหรี่และหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนที่สูบบุหรี่ ทำให้ป้องกันโรคทางเดินอาหารและโรคมะเร็งได้					
46.	เมื่อมีโรคติดต่อ ต้องหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ผู้ป่วย และป้องกันตนเองจากการติดต่อเสมอ					
47.	ท่านให้ความสำคัญในการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี					

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในตารางที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านมากที่สุด

- ปฏิบัติสม่ำเสมอ หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอทุกวัน
- ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์
- ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์
- ปฏิบัตินานๆครั้ง หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ เดือนละครั้ง
- ไม่เคยปฏิบัติหรือน้อยครั้ง หมายถึง พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพ 2-3 เดือนต่อครั้ง

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
		สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
การบริโภคอาหารเครื่องดื่มและการสูบบุหรี่						
48.	ท่านฉันอาหารครบ 5 หมู่และตรงตามเวลา ในแต่ละวัน					
49.	ท่านฉันอาหารสำเร็จรูป หรือกึ่งสำเร็จรูป เช่น มาม่า อาหารกระป๋อง เป็นต้น					
50.	ท่านฉันอาหารประเภทแป้งและไขมัน เช่น ข้าวเหนียว ข้าวเจ้า กล้วยเตี๋ย หมูทอด หมูปิ้ง แกงเขียวหวาน ข้าวขาหมู ผัดกระเพรา เป็นต้น					
51.	ท่านฉันอาหารประเภทรสเค็มจัด เช่น ไข่เค็ม ปลาเค็ม และของหวาน เช่น ทองหยิบ ทองหยอด ฝอยทอง ขนมชั้น					
52.	ท่านล้างมือและใช้ช้อนกลางทุกครั้ง เมื่อฉันร่วมกับผู้อื่น					
53.	ท่านหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมน้ำตาล เช่น น้ำอัดลม ชาเขียว น้ำผลไม้ เป็นต้น					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
		สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
54.	ท่านดื่มกาแฟกระป๋อง เอ็ม 150 ลิโพ กระทั่งแดง					
55.	ท่านดื่มน้ำตามความต้องการของร่างกายที่เหมาะสม (วันละ 8-10 แก้ว)					
56.	ท่านไม่สูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงที่จะอยู่ใกล้คน สูบบุหรี่					
การขยับถ่าย						
57.	ท่านสามารถขยับถ่ายได้อย่างปกติ และเป็นเวลา ทุกครั้งเมื่อมีอาการปวด ไม่เคยกลั้น					
58.	ท่านทำความสะอาดและล้างมือ ทุกครั้งหลังการขยับถ่าย					
59.	ท่านขยับถ่ายปัสสาวะทุกครั้ง เมื่อมีอาการปวด ไม่กลั้นปัสสาวะ					
60.	ท่านมีปัญหาการขยับถ่ายปัสสาวะ บ่อยครั้ง ในตอนกลางคืน					
การออกกำลังกายและการนอนหลับ						
61.	ท่านออกกำลังกายโดยการปฏิบัติ กิจวัตรของสงฆ์ เช่น การออกบิณฑบาต กวาดลานวัด ทำความสะอาดวัด เดินจงกรม ประมาณ 30 นาทีขึ้นไป					
62.	ท่านออกกำลังกายนอกเหนือจาก กิจวัตรของสงฆ์ตามความเหมาะสม โดยการยืดเส้น เช่น ยืดแขนยืดขา เล่นโยคะ วิดพื้นหรือซิทอัพอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ๆ ละประมาณ 30 นาทีขึ้นไป					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
		สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
63.	ท่านใช้อุปกรณ์ช่วยออกกำลังกาย เช่น เครื่องปั่นไฟฟ้า จักรยานปั่น ออกกำลังกาย อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ประมาณ 30 นาทีขึ้นไป					
64.	ท่านออกกำลังกายหลังจากตื่นนอน หรือ ก่อนสร้งน้ำช่วงค่ำ					
65.	ท่านนอนหลับเพียงพอในแต่ละวัน 6-8 ชั่วโมง					
66.	ท่านจัดสิ่งแวดล้อมไม่ให้เกิดความเครียด เวลานอน เช่น อุณหภูมิห้องที่เย็นสบาย ไม่มีเสียงรบกวน ที่นอนไม่แข็งหรือนุ่มเกินไป					
การจัดการความเครียด						
67.	เมื่อมีปัญหา ท่านพยายามแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง					
68.	เมื่อมีความเครียดท่านจะปรึกษาพ่อแม่ ญาติ ครูอาจารย์ เพื่อน เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย					
69.	เมื่อเกิดความเครียด ท่านมักจะอยู่คนเดียวและปล่อยให้เวลาเป็นเครื่องเยียวยา					
70.	เมื่อเกิดความไม่สบายใจ ท่านจะแสดงอารมณ์ กับตนเองและคนอื่น					
71.	ท่านแก้ไขปัญหาความเครียดด้วยการสวดมนต์ นั่งสมาธิ					

ลำดับ	ข้อความ	ระดับการปฏิบัติ				
		สม่ำเสมอ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นาน ๆ ครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
การอนามัยสิ่งแวดล้อม						
72.	ท่านทำความสะอาดห้องนอนกุฏิและรอบกุฏิ					
73.	ท่านมีส่วนร่วมในชุมชนในการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย					
74.	ท่านมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมรณรงค์ การอนามัยสิ่งแวดล้อมในวัด					
การรักษาพยาบาลตนเองและการตรวจสุขภาพประจำปี						
75.	เมื่อเกิดอาการอาหาร ท่านซื้อยาฉันทันเอง โดยไม่ต้องพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล					
76.	เมื่อท่านอาหาร ท่านจะรักษาโดยการพบแพทย์ที่คลินิกหรือโรงพยาบาล					
77.	ท่านปล่อยให้ตนเองป่วยเป็นเวลาหลายวัน แล้วค่อยไปพบแพทย์					
78.	หากท่านอาหารเล็กน้อย จะรอให้หายเอง					
79.	เมื่อรู้ว่าตนเองอาหาร จะป้องกันไม่ให้โรค ไปติดผู้อื่น					
80.	ท่านตรวจสุขภาพประจำปี เช่น ความดันโลหิต ไขมันในเลือด น้ำตาลในเลือด เป็นต้น					
81.	ท่านฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดต่อที่สำคัญ เช่น วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก เป็นต้น ใน ทุก ๆ ปี					

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะต่อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

ข้อเสนอแนะต่อการดูแล/ป้องกันสุขภาพของพระสงฆ์

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะต่อวัดที่มีพระสงฆ์จำพรรษาจำนวนมาก ในการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์

.....

.....

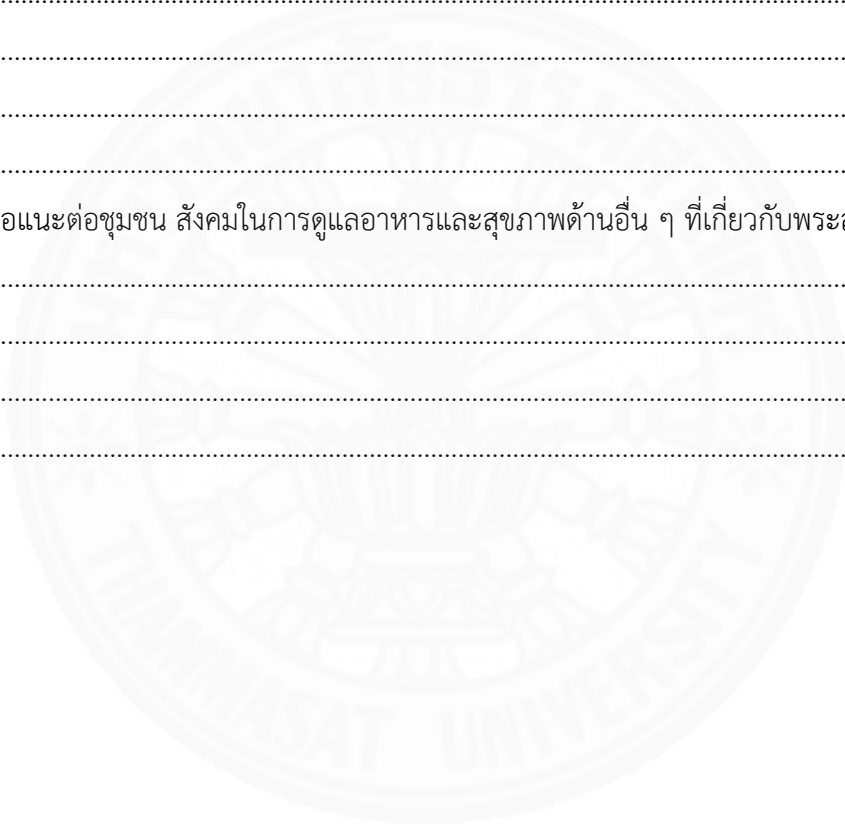
.....

ข้อเสนอแนะต่อชุมชน สังคมในการดูแลอาหารและสุขภาพด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับพระสงฆ์

.....

.....

.....



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-นามสกุล

พระสุกสะทวัน บุคชะหมวน

วันเดือนปีเกิด

วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2532

วุฒิการศึกษา

ปีการศึกษา 2555: พุทธศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 1)

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย

