

บทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตร ออกตาวาชาเตอร์ของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนา ตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่

The Role and Participation in The Ottawa Charter for People's
Health Promotion of Buddhist Monks and Novices Stay in The
Developed Model Buddhist Temples in
Chiang Mai Province

ฐาวรี ชันสำโรง¹

สำราญ ชันสำโรง², พรสุข หุ่นรินัน¹,

สุภาดา คำสุชาติ¹, สุภกรณ จันทวงศ์¹, วชิรินทร์ พอสม¹

Thawari Khansamrong¹

Samran Khansamrong², Pornsuk Hunnirun¹, Supada Kamsuchart¹

Supakan Jantavong¹, Watcharin Porsom¹

มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น¹, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตเชียงใหม่²

Western University¹, Mahachulalongkornrajavidyalaya University²

Corresponding Author, E-mail: samranrakpak@gmail.com

บทคัดย่อ

การวิจัยตัดขวางนี้ศึกษาบทบาทและการมีส่วนร่วมของพระภิกษุสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่าง (วัดตัวอย่าง) และวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น (วัดดีเด่น) ในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออกตาวาชาเตอร์ (การสร้างนโยบายสาธารณะ การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็งการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ) และความสอดคล้องระหว่างเกณฑ์ประเมินวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุสามเณรที่พำนักวัดตัวอย่างและวัดดีเด่น (2,155 รูป, 35 วัด) ในเชียงใหม่ ใช้สูตรKrejcie & Morgan ได้ 405 รูป สุ่มแบบสองขั้นนำแบบสอบถาม แบบประเมิน และสนทนากลุ่มรวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ด้วย Pearson Correlation,

Research Articles

Received: 2019-01-18

Revised: 2019-02-28

Accepted: 2019-06-29

Chi-square test, Content analysis

ผลการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุและสามเณร ร้อยละ 61.7, 38.3 ฟานักวัดตัวอย่าง 10 วัด 132 รูป และวัดดีเด่น 25 วัด 273 รูป อายุเฉลี่ย 28.7 ปี พรรษาเฉลี่ย 8.0 ปี ฟานักวัดปัจจุบันเฉลี่ย 6.7 ปีส่วนใหญ่จบปริญญาตรี (ร้อยละ 34.1) และเป็นพระลูกวัด (ร้อยละ 94.8) เกินครึ่งดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ ร้อยละ 88.6 รับข่าวสารด้านสุขภาพอย่างน้อย 1-2 วัน/สัปดาห์และร้อยละ 78.3ไม่เคยทำงานส่งเสริมสุขภาพ

2. บทบาทและการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่ฟานักวัดตัวอย่างและวัดดีเด่น ภาพรวม อยู่ในระดับปานกลางและแตกต่างกัน (ภาพรวม, รายด้าน) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. บทบาท, ปัจจัยส่วนบุคคล (สถานภาพการศึกษา ช่องทาง/ความถี่ในการรับรู้ ข่าวสารด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ ระยะเวลาฟานักวัดปัจจุบัน) สัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

4. นวัตกรรม -วัดพัฒนาตัวอย่างมีคุณลักษณะสอดคล้องเกณฑ์ของวัดส่งเสริมสุขภาพ ระดับพื้นฐาน

คำสำคัญ: บทบาท; การมีส่วนร่วม; การส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรรอตราขาว ชาเตอร์

Abstract

This Cross sectional research aims to; study the roles and participation of the monks and novices staying at developed model temples in promoting health according to Ottawa Charter (Build Healthy Public Policy, Create Supportive Environment, Strengthen Community Action, Develop Personal Skills, Reorient Health Services) and the relation between the assessment criteria of developed model temples and health promoting temples. The samples consist of 2,155 monks and novices from thirty-five temples and 405 of them are randomly selected with two stages sampling according to Krejcie & Morgan formula. The tools use to collect data are questionnaire, focus group interview and the assessment form. The data are analyzed by using Pearson's Product Moment Correlation Coefficient statistics, Chi – square analysis and Content analysis. The research results are as follows;

1. 61.7% of the samples are monks and 38.3 % are novices. There are 132 monks and novices staying at 10 different developed model temples and 273 of them stay at 25 distinct developed temples. Their average age is 28. 7 years old. The duration of being a monk or novice is 8.0 years. The length of staying at the present temple is 6.7 years. Most of them are not abbots (94.8 %) and hold undergraduate level (34.1%). More than half of them take care of health promotion on nutrition, exercise, and emotion management. They receive information about health promotion once or twice per week (88.6%). On the other hand, they never work about health promotion (78.3%)

2. The role and participation of the monks and novices who stay at the distinct and developed model temples are statistically significant at moderate and different level.

3. Their role and personal status (education, frequency of receiving health information, duration of staying at the temple) are statistically significantly related.

4. Innovation – The developed model temples have a basic criterion of health promotion.

Keywords: Role; Participation; The Ottawa Charter for People’s Health Promotion

บทนำ

การมีสุขภาพที่ดีเป็นพื้นฐานของการมีคุณภาพชีวิตที่ดี เพราะสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นยิ่งต่อความเจริญงอกงามและพัฒนาการทุกด้านในตัวบุคคลสุขภาพเป็นรากฐานที่สำคัญของชีวิตตั้งแต่แรกเกิดจนถึงวัยสูงอายุเนื่องจากมนุษย์เป็นหัวใจและกลไกสำคัญของกระบวนการพัฒนาประเทศที่พัฒนาแล้วล้วนให้ความสำคัญต่อกระบวนการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์เพราะเชื่อว่าหากทรัพยากรมนุษย์มีคุณภาพ การพัฒนาประเทศทุกด้านก็มีโอกาสประสบความสำเร็จสูง (ลิขิต ธีรเวคิน, 2552) ประเทศไทยได้กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ถึงฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) เน้นการพัฒนาคนทุกกลุ่มวัยให้มีกายใจแข็งแรงสมบูรณ์ มีศักยภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสมเพื่อเป็นกำลังในการพัฒนา

ประเทศ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560) สอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564 เป็นแผนยุทธศาสตร์ที่จัดทำขึ้นเพื่อชี้นำทิศทางการพัฒนาสุขภาพในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติหนึ่งในสี่ยุทธศาสตร์(ยุทธศาสตร์ที่1) ได้เน้นการพัฒนาาระบบสุขภาพเชิงรุกโดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันควบคุมโรคสร้างจิตสำนึกและสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะอย่างมีส่วนร่วมของประชาชนและทุกภาคส่วน (กระทรวงสาธารณสุข, 2559: 43) เพราะการสร้างเสริมสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่นำไปสู่การมีสุขภาวะและเป็นกลวิธีที่มีประสิทธิภาพให้ผลทางสุขภาพได้สูงสุด (World Health Organization, 2009: 66) องค์การอนามัยโลกได้ร่วมกับนานาชาติประเทศสร้างปฏิญญาส่งเสริมสุขภาพ ชื่อว่า ปฏิญญาออกตาวาหรือ กฎบัตรออกตาวาชาเตอร์ (Ottawa Charter) เมื่อปีพ.ศ. 2529 เป้าหมายให้เกิดสุขภาวะอย่างมีส่วนร่วมแก่ประชากรโลกประกอบด้วย 5กลยุทธ์คือ 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy) 2) การสร้างสรีรสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environment) 3) การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง(Strengthen Community Action) 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง (Develop Personal Skills) และ 5) การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (Reorient Health Services) (World Health Organization, 1986: 20) กฎบัตรนี้มีความสำคัญและได้รับการยอมรับกันอย่างกว้างขวางในวงการสาธารณสุขนานาชาติเรียกกรอบแนวคิดนี้ว่าการสาธารณสุขแนวใหม่ (The new public healthy) เป็นแนวคิดที่มองสุขภาพแบบองค์รวมไม่ได้มองสุขภาพเป็นเพียงการบริการสาธารณสุขกับพฤติกรรมของปัจเจกบุคคลเท่านั้นแต่มองว่าเป็นการสร้างเสริมสุขภาพที่ดำเนินงานโดยใช้หลักการที่หลากหลายและกลยุทธ์บูรณาการสอดคล้องซึ่งกันและกัน (World Health Organization, 2009: 43) การสร้างสุขภาพแนวใหม่จะไม่ใช้อำนาจ บทบาท หน้าที่ของบุคลากรหรือหน่วยงานด้านการแพทย์สาธารณสุขแต่ผู้เดียวแต่เป็นภาระหน้าที่และความร่วมมือของคนในสังคม (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2546)

บนพื้นฐานของสังคมไทยที่มีพระพุทธศาสนาเป็นรากฐานของสังคมและวัฒนธรรมมาแต่โบราณ วัดเป็นศูนย์กลางการดำรงชีวิตทางสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ชีวิตของประชาชนในชุมชนทั้งเขตเมืองและชนบทจึงวนเวียนอยู่กับวัด พระสงฆ์กับวัดจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือสังคมชุมชนอย่างมีส่วนร่วม แต่เดิมบทบาทของพระสงฆ์มี5 ด้านคือ 1) ด้านการปกครองคณะสงฆ์ 2) ด้านการจัดการศึกษาแก่พระสงฆ์สามเณรและประชาชนทั่วไป 3) ด้านการเผยแผ่พระพุทธศาสนา 4) ด้านการก่อสร้าง/บูรณปฏิสังขรณ์

วัดวาอาราม และ 5) ด้านการบำเพ็ญสาธารณประโยชน์แก่สังคม แต่ในปัจจุบัน บทบาทของ พระสงฆ์ได้เปลี่ยนแปลงและลดลงไปตามการพัฒนาด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง (มานพ พลไพรินทร์, 2531; 10-39) อย่างไรก็ตาม พระสงฆ์ยังคงเป็นผู้นำชุมชน ไม่เป็นทางการที่เกื้อกูลชาวบ้านโดยตลอด และเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนในชุมชนกล่าวได้ว่า พระและวัดเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาวะทั้ง 4 ด้านคือ กาย ใจ สังคม และจิต วิญญาณของชุมชน (สำนักสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2555) อีกด้านหนึ่ง ปัญหาสุขภาพของ พระสงฆ์ที่ได้รับการศึกษาช่วงปี 2544-2555 ใน 11 จังหวัดทั่วประเทศ (สำนักงานกองทุน สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2556) ชี้ว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคร้อยละ 43.1 เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 45 และมีโรคประจำตัว ได้แก่ โรคภูมิแพ้ โรคกระเพาะอาหารและลำไส้ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง และโรคมะเร็ง การพัฒนาสุขภาพ ประชาชนและพระสงฆ์เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงต้องอาศัยการสาธารณสุขแนวใหม่ (กฎบัตรออตตาวา ชาเตอร์) เมื่อพิจารณาคุณลักษณะของวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาที่มี ผลงานดีเด่นที่มีการจัดบริเวณวัดเป็นสัดส่วน สะอาด สงบ ร่มรื่น สวยงาม อาคารเสนาสนะ มั่นคง เป็นระเบียบ มีพระสงฆ์จำพรรษา/จัดกิจกรรมเป็นประโยชน์แก่ชุมชน/พัฒนาวัดต่อ เนื่อง (สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2552) มีความสอดคล้องกับวัดส่งเสริมสุขภาพ ภายใต้แนวคิดของกฎบัตรออตตาวา ชาเตอร์ ที่ใช้หลัก 5 ร (ร่มรื่น, ร่มเย็น, ร่วมสร้างสุขภาพ, ร่วมจิต, ร่วมพัฒนา) เป็นเกณฑ์ประเมินและถวายเกียรติบัตรและโล่แก่วัดที่ผ่านประเมิน 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับก้าวหน้า ระดับยั่งยืนโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556; 20-38) ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาบทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาชาเตอร์ของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่าง (หมายถึงวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาที่มีผลงานดีเด่น) ด้วยเหตุที่ จังหวัดเชียงใหม่เป็น เมืองเก่าแก่รุ่งเรืองด้านพระพุทธศาสนามาตั้งแต่สมัยสุโขทัย มีวัดจำนวนมากกว่าหนึ่งพัน สามร้อยแห่งและมีมหาวิทยาลัยสงฆ์ 2 แห่ง จึงเหมาะสมต่อการศึกษาประเด็นนี้ เพื่อให้พระ และวัดที่มีคุณลักษณะเอื้อต่อการเกื้อกูลประโยชน์สรสร้างสุขภาวะแก่ประชาชน สังคม ประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของพระภิกษุ

และสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับบทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่

4. เพื่อศึกษาความสอดคล้องระหว่างเกณฑ์ประเมินวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดส่งเสริมสุขภาพ

ระเบียบวิธีวิจัย

1. รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่าง (วัดพัฒนาตัวอย่างในการวิจัยนี้หมายถึง วัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น ทั้งหมด 35 วัด) ในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวนทั้งหมด 2,155 รูป (สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2558) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Krejcie และ Morgan (Krejcie & Morgan, 1970; 608-610) ได้จำนวน 326 รูป เพิ่มอีกร้อยละ 10 เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากการเก็บข้อมูล รวมเป็น 405 รูป ทำการสุ่มตัวอย่างแบบสองขั้น (Two stage sampling) คือ ขั้นที่ 1 สุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) โดยหาสัดส่วนจากจำนวนประชากรในแต่ละวัดต่อจำนวนประชากรทั้งหมดซึ่งคิดเป็น 100 ส่วน ได้สัดส่วนแล้วนำไปคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละวัด ขั้นที่ 2 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือ มีอายุ 18 ปีขึ้นไปและสามารถสื่อสารภาษาไทยได้เพื่อตอบแบบสอบถามและสนทนากลุ่ม การคัดเลือกวัดเป็นตัวแทนในการสนทนากลุ่ม โดยสุ่มชื่อวัดแบบง่ายไม่ใส่สลากคินจากกลุ่มวัดในเขตอำเภอเมืองและในเขตชนบท กลุ่มละ 2 วัด รวมเป็น 4 วัด สนทนากลุ่มวัดละ 1 กลุ่มๆ ละ 7 รูป และการคัดเลือกวัดเพื่อประเมินมาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย ใช้วิธีสุ่มชื่อวัดแบบง่ายไม่ใส่สลากคินจากกลุ่มวัดที่ผ่านและยังไมผ่านการประเมินให้เป็นวัดส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัยกลุ่มละ 5 วัด (อยู่ในเขตเมือง 2 วัดและเขตชนบท 3 วัด) รวม 10 วัด

3. ระยะเวลาในการวิจัยระหว่างเดือนเมษายน 2560 – มีนาคม 2561

4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามแบ่งเป็น 4 ตอน ตอนที่ 1 ปลายัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา (สามัญศึกษา) จำนวนพรรษาที่บวช ตำแหน่งทางคณะสงฆ์ ระยะเวลาที่จำพรรษาในวัดปัจจุบัน ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความถี่ในการรับรู้

ข่าวสารด้านสุขภาพ ประสบการณ์การทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยส่วนบุคคล (หลัก 3 อ. : อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์)ตอนที่ 2 บทบาทของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ในจังหวัดเชียงใหม่ประกอบด้วย 1) การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ 2) การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาพ 3) การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง 4) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ 5) การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ในจังหวัดเชียงใหม่ประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมตัดสินใจและวางแผน 2) การมีส่วนร่วมลงมือปฏิบัติ 3) การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และ 4) การมีส่วนร่วมติดตามประเมินผล และตอนที่ 4 ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับบทบาทและการมีส่วนร่วมของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ จังหวัดเชียงใหม่

2) แนวคำถามสนทนากลุ่มด้วยคำถามกึ่งโครงสร้างประกอบด้วย บทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นในจังหวัดเชียงใหม่ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ

3) แบบประเมินมาตรฐานวัดส่งเสริมสุขภาพของกรมอนามัย (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เกณฑ์การประเมินแบ่งเป็น 3 ระดับคือ ระดับพื้นฐาน ระดับก้าวหน้า และระดับยั่งยืน ประกอบด้วยข้อคำถาม 5 ประเด็นคือ (1) สะอาด ร่มรื่น (2) สงบ ร่มเย็น (3) สุขภาพ ร่วมสร้าง (4) ศิลปะร่วมจิต และ (5) ชาวประชา ร่วมพัฒนาการวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ ระดับพื้นฐาน ต้องผ่าน “เงื่อนไขที่จำเป็น” 5 ประเด็น จำนวน 19 ข้อครบทุกข้อ

5. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย หาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือวิจัย (Content validity index หรือ CVI) โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการส่งเสริมสุขภาพและพระพุทธศาสนาพิจารณาเครื่องมือวิจัย จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามและแนวคำถามในการสนทนากลุ่มด้วยคำถามกึ่งโครงสร้างมากกว่า 0.8 พร้อมทั้งปรับปรุงภาษาและระยะเวลาให้เหมาะสมจากนั้นทดลองใช้เครื่องมือวิจัยกับพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นในจังหวัดลำพูน จำนวน 30 รูป หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือวิจัยโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.871

6. การพิทักษ์สิทธิและจริยธรรมการวิจัยการวิจัยครั้งนี้ ได้ผ่านการพิจารณาและรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น อนุมัติเมื่อวันที่ 4กรกฎาคม2560 ใบรับรองเลขที่ WTU-2560-0047

7. การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เลขคณิต ค่าสูงสุด-ต่ำสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปร ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและไคสแคว์

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุจำนวน 250 รูป (ร้อยละ 61.7) และสามเณร จำนวน 155 รูป (ร้อยละ 38.3) พำนักวัดพัฒนาตัวอย่าง จำนวน 132 รูป (ร้อยละ 32.6 จาก 10 วัด) และวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น จำนวน 273 รูป (ร้อยละ 67.4 จาก 25 วัด) ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 18-30 ปี ร้อยละ 74.1 อายุเฉลี่ย 28.73 ± 13.84 ปี (min-max: 18-85 ปี) จบการศึกษาในระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 34.1) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 28.6) และระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 21.0) และพบว่า กึ่งหนึ่งมีจำนวนพรรษาที่บวชน้อยกว่า 5 ปี (ร้อยละ 50.9) รองลงมาคือ มีจำนวนพรรษาอยู่ในช่วง 5-10 ปี และมากกว่า 20 ปี (ร้อยละ 30.9, 12.1 ตามลำดับ) จำนวนพรรษาที่บวชเฉลี่ย เท่ากับ 8.02 ± 10.75 ปี (min-max: 1-61 ปี) และมีตำแหน่งทางสงฆ์เป็นเจ้าคณะหรือรองเจ้าคณะร้อยละ 2.5 และเจ้าอาวาสหรือรองเจ้าอาวาส ร้อยละ 2.7 ส่วนมากเป็นพระลูกวัด (ร้อยละ 94.8) ระยะเวลาจำพรรษาในวัดที่พำนักปัจจุบันอยู่ในช่วง 1-5 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 38.0) รองลงมาคือ น้อยกว่า 1 ปี และช่วง 5-10 ปี (ร้อยละ 25.7, 23.7 ตามลำดับ) ระยะเวลาจำพรรษาในวัดปัจจุบันเฉลี่ย เท่ากับ 6.65 ± 9.12 ปี (min-max: 1-53 ปี) และพบอีกว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่เอื้อต่อบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายได้แก่ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่กลุ่มตัวอย่างนิยมใช้คือ โซเชียลมีเดีย ได้แก่ ไลน์ เฟสบุค อินสตาแกรม เป็นต้น (ร้อยละ 42.5) รองลงมาคือ โทรทัศน์ วิทยุ และการพูดคุยกับเพื่อนสหธรรมิกหรือผู้รู้ด้านสุขภาพ (ร้อยละ 31.9, 10.4 ตามลำดับ) เกือบกึ่งหนึ่งรับข่าวสารด้านสุขภาพเป็นประจำและเกือบทุกวัน (ร้อยละ 47.2) และร้อยละ 11.4 ไม่ได้รับข่าวสารด้านสุขภาพกลุ่มตัวอย่างส่วนมากไม่เคยมีประสบการณ์การทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 78.3) การดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ ของกรมอนามัย พบว่า เกินครึ่งฉันอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวันและออกกำลังกายสม่ำเสมอสัปดาห์ละ 3 วัน ครั้งละ 30 นาที (ร้อยละ 57.3, 56.3 ตามลำดับ) และส่วนใหญ่รักษาใจให้เป็นปกติอย่างสม่ำเสมอ

(ร้อยละ 73.3)

บทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า บทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวม (ร้อยละ 47.2, 41.7 ตามลำดับ) อยู่ในระดับปานกลางและพบว่าบทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯของกลุ่มตัวอย่างที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่าง (ร้อยละ 47.7, 40.9 ตามลำดับ) และวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น (ร้อยละ 46.9, 42.1 ตามลำดับ) อยู่ในระดับปานกลาง และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.005 (ตารางที่ 1)

เมื่อพิจารณาบทบาทและการมีส่วนร่วมรายด้าน พบว่าบทบาทของกลุ่มตัวอย่างที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างด้านการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง และด้านการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ (ร้อยละ 43.2, 50.0, 55.3 ตามลำดับ) อยู่ในระดับมาก ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพและด้านการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ(ร้อยละ 44.7, 43.2 ตามลำดับ)อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนบทบาทของกลุ่มตัวอย่างที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นด้านการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ อยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 45.8) และด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ด้านการสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพด้านการเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง และด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง (ร้อยละ 41.8, 36.6, 35.9, 35.9 ตามลำดับ) อยู่ในระดับปานกลางการมีส่วนร่วมของกลุ่มตัวอย่างที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างทั้ง 4 ด้าน (ร้อยละ 56.8, 43.9, 43.2, 47.0 ตามลำดับ)อยู่ในระดับมาก ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นมีส่วนร่วมในด้านการร่วมตัดสินใจและวางแผน(ร้อยละ 45.1) อยู่ในระดับมากด้านการร่วมลงมือปฏิบัติและด้านการร่วมรับผลประโยชน์(ร้อยละ 42.5, 40.3 ตามลำดับ) อยู่ในระดับปานกลาง และด้านการร่วมติดตามประเมินผล(ร้อยละ 34.8) อยู่ในระดับน้อย ทั้งสองกลุ่มมีบทบาทและการมีส่วนร่วมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ประเด็น	บทบาท			p-value	การมีส่วนร่วม			p-value
	n (%)				n (%)			
	3	2	1		3	2	1	
● ภาพรวม	102 (25.2)	191 (47.2)	112 (27.7)		107 (26.4)	169 (41.7)	129 (31.9)	
● วัดพัฒนาตัวอย่าง	44 (33.3)	63 (47.7)	25 (18.9)	.005*	47 (35.6)	54 (40.9)	31 (23.5)	.005*

● วัดพัฒนาตัวอย่างดีเด่น	58 (21.2)	128 (46.9)	87 (31.9)	60 (22.0)	115 (42.1)	98 (35.9)	
รวม	102 (100.0)	191 (100.0)	112 (100.0)	405 (100.0)	107 (100.0)	169 (100.0)	405 (100.0)

*Chi-square testเปรียบเทียบระหว่างวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น, $p < .05$

3=มาก, 2=ปานกลาง, 1=น้อย

ทางสถิติทุกด้าน(ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 บทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ
ภาพรวม และจำแนกตามประเภทวัด (n=405)

ตารางที่ 2 บทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ
ของกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นจำแนก
รายด้าน (n=405)

	n (%)			n (%)			
	3	2	1	3	2	1	
● การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	49 (37.1)	59 (44.7)	24 (18.2)	73 (26.7)	114 (41.8)	86 (31.5)	.010*
● การสร้างสรีรศาสตร์สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	57 (43.2)	57 (43.2)	18 (13.6)	92 (33.7)	100 (36.6)	81 (29.7)	.002*
● การเสริมสร้างชุมชนให้เข้มแข็ง	57 (43.2)	48 (36.4)	27 (20.5)	83 (30.4)	98 (35.9)	92 (33.7)	.009*
● การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้เข้มแข็ง	66 (50.0)	41 (31.1)	25 (18.9)	91 (33.3)	98 (35.9)	84 (30.8)	.003*
● การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ	73 (55.3)	54 (40.9)	5 (3.8)	125 (45.8)	95 (34.8)	53 (19.4)	.000*
การมีส่วนร่วม	3	2	1	3	2	1	p-value
● การร่วมตัดสินใจและวางแผน	75 (56.8)	53 (40.2)	4 (3.0)	123 (45.1)	103 (37.7)	47 (17.2)	.000*
● การร่วมลงมือปฏิบัติ	58 (43.9)	53 (40.2)	21 (15.9)	85 (31.1)	116 (42.5)	72 (26.4)	.014*
● การร่วมรับผลประโยชน์	57 (43.2)	52 (39.4)	23 (17.4)	85 (31.1)	110 (40.3)	78 (28.6)	.017*
● การร่วมติดตามประเมินผล	62 (47.0)	41 (31.1)	29 (22.0)	88 (32.2)	90 (33.0)	95 (34.8)	.006*

*Chi-square test, $p < .05$ และ 3=มาก, 2=ปานกลาง, 1=น้อย

นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา (สามัญศึกษา) ช่องทางและความถี่ในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ (การฉันอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน และการรักษาใจให้เป็นปกติ)และบทบาทมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและบทบาทกับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯของกลุ่มตัวอย่าง (n=405)

ตัวแปร	r	p-value
◆ ปัจจัยส่วนบุคคล		
▪ สถานภาพ		.001*
▪ อายุ	.026	.599
▪ ระดับการศึกษาทั่วไป		.000*
▪ จำนวนพรรษาที่บวช	.083	.095
▪ ตำแหน่งทางคณะสงฆ์		.358
▪ ระยะที่จำพรรษาในวัดปัจจุบัน	.116	.019**
▪ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ		.001*
▪ ความถี่ในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ		.000*
▪ ประสิทธิภาพการทำงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ		.094
▪ การดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ		
- การฉันอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน		.001*
- การออกกำลังกายสม่ำเสมอ		.702
- การรักษาใจให้เป็นปกติ		.001*
◆ บทบาทในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ	.917	.000**

:hi-square test **Pearson correlation, $p < .05$

ปัญหาอุปสรรคเกี่ยวกับบทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของพระภิกษุและสามเณรที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่าง/วัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นในจังหวัดเชียงใหม่

จากการสนทนากลุ่ม สรุปได้ว่า ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อบทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ สามลำดับแรกคือ 1) ความศรัทธาของชาวบ้านต่อวัดและพระสงฆ์ 2) ความถี่ของกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาและทางสังคมที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพชุมชนและ 3) นโยบายของเจ้าอาวาสวัดแม้ว่าไม่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่เป็นข้อวัตรปฏิบัติของสงฆ์ตามพระวินัย อย่างไรก็ตามข้อสังเกตจากการศึกษาพบว่า ปัญหาอุปสรรคในการแสดงบทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ คือ 1) ถ้าเจ้า

ตารางที่ 4การเปรียบเทียบคุณลักษณะตามเกณฑ์การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขระหว่างวัดพัฒนาตัวอย่าง/วัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นและวัดส่งเสริมสุขภาพ (n=10)

รายชื่อวัด	เกณฑ์การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพพระดับพื้นฐาน (กระทรวงสาธารณสุข)																		
	1. ร่มรื่น									2. ร่มเย็น		3. ร่มสร้าง				4. ร่มจิต			
	ข้อที่ 1.1	ข้อที่ 1.2	ข้อที่ 1.6	ข้อที่ 1.9	ข้อที่ 1.11	ข้อที่ 1.12	ข้อที่ 1.14	ข้อที่ 1.16	ข้อที่ 1.17	ข้อที่ 1.18	ข้อที่ 2.1	ข้อที่ 2.6	ข้อที่ 3.1	ข้อที่ 3.3	ข้อที่ 3.4	ข้อที่ 3.5	ข้อที่ 3.7	ข้อที่ 4.1	ข้อที่ 4.3
วัดพัฒนาตัวอย่าง/วัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น																			
วัดที่ 1	■	■	■	■		■	■	■	■	■	■	■	■	■		■	■	■	■
วัดที่ 2	■	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
วัดที่ 3	■	■									■	■	■	■	■				■

วัดที่ 4	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
วัดที่ 5	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
วัดส่งเสริมสุขภาพ																		
วัดที่ 1	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
วัดที่ 2	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
วัดที่ 3	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
วัดที่ 4	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪
วัดที่ 5	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪	▪

■ เงื่อนไขที่จำเป็น (ต้องมี-จึงผ่าน) จำนวน 19 ข้อ เป็นเกณฑ์การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพระดับพื้นฐานและรับใบประกาศเกียรติคุณได้

อภิปรายผล

บทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของพระภิกษุและสามเณรที่สำนักวัดพัฒนาตัวอย่างในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยที่พบว่าบทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของกลุ่มตัวอย่าง ภาพรวมและจำแนกตามประเภทของวัด อยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่า สังคมและวัฒนธรรมไทยมีรากฐานมาจากพระพุทธศาสนาวัดเป็นศูนย์กลางการดำรงชีวิตทางสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม พระสงฆ์เป็นศาสนทายาทหรือผู้สั่งสอนหลักธรรมในพระพุทธศาสนา บทบาทหน้าที่ของพระสงฆ์คือการปฏิบัติตามหลักพระธรรมวินัยที่พระพุทธเจ้าทรงแสดงไว้เพื่อความดับทุกข์และสั่งสอนให้ผู้อื่นรู้ตาม(พระธรรมปิฎก, 2536: 39) พระสงฆ์กับวัดจึงมีบทบาทในการช่วยเหลือสังคมชุมชนอย่างมีส่วนร่วมอย่างไ้ก็ดี การส่งเสริมสุขภาพเป็นบทบาทหลักของบุคลากรสาธารณสุขที่จะขึ้นำ (Advocate) โกล่เกลี่ย (Mediate) เสริมความสามารถ (Enable) ให้ประชาชนควบคุมปัจจัยกำหนดสุขภาพและพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพอย่างเต็มศักยภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559: 364) Katz, Danial and Robert L. Kahn (Katz, Danial and Robert L. Kahn, 1966: 55) กล่าวว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงบทบาทคือ สถานภาพตำแหน่งและความอาวุโส สอดคล้องกับการปกครองคณะสงฆ์ในปัจจุบันเปลี่ยนแปลงไปจากครั้งพุทธกาล ซึ่งพระพุทธองค์ทรงวางระบบสังคมสงฆ์บนพื้นฐานของการมีส่วนร่วมกันของพระภิกษุทุกรูปทรงมอบอำนาจให้สงฆ์เป็นใหญ่ในปกครองบริหารงานเรียกว่าสังฆกรรมโดยยึดพระธรรมวินัย (Mahachulalongkornrajavidyalaya University, 1996: 476-572) รัฐไม่เข้ามาข้องเกี่ยวแต่ปัจจุบัน อยู่ภายใต้พระราชบัญญัติคณะสงฆ์ พ.ศ. 2505 (พระเทพเวที, 2541) มหาเถรสมาคมมีอำนาจหน้าที่ปกครองคณะสงฆ์ตามกฎหมายมหาเถรสมาคมโดยไม่ขัดหรือแย้งกับกฎหมายและพระธรรมวินัย และแบ่งเป็นระดับชั้นตำแหน่ง เช่น เจ้าคณะภาค เจ้าคณะจังหวัดเจ้าคณะอำเภอ เจ้าคณะตำบลและภายในวัด

คือเจ้าอาวาส รองเจ้าอาวาส ผู้ช่วยเจ้าอาวาสทำหน้าที่ดูแลปกครองพระลูกวัด กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยนี้ส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัด (ร้อยละ 94.8) กอปรกับการสนทนากลุ่มสนับสนุนว่า บทบาทของพระภิกษุสามเณรในวัดส่วนใหญ่ในการประสานกับคนในชุมชนหรือหน่วยงานต่างๆ ในชุมชนเป็นบทบาทของเจ้าอาวาสหรือผู้ที่เจ้าอาวาสมอบหมายจึงทำให้บทบาทและการมีส่วนร่วมของพระลูกวัดหรือผู้ที่ไม่ได้รับมอบหมายลดน้อยหรือไม่มี

และผลการวิจัยชี้ว่า บทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ ของกลุ่มตัวอย่างที่พำนักวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น ทั้งภาพรวมและรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า วัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นมีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเลือกของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ที่แตกต่างกันคือวัดพัฒนาตัวอย่างมีการจัดการศึกษาแก่พระภิกษุสามเณร และประชาชน ส่วนวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นมีการจัดการศึกษาพระปริยัติธรรมอย่างต่อเนื่องนั่นหมายถึง การบริหารจัดการโดยการควบคุมดูแลของเจ้าอาวาสวัด เป็นกลไกและตัวประสานที่สำคัญที่สุดในการประมวล ผลักดันและกำกับให้บทบาทและการมีส่วนร่วมของพระภิกษุสามเณรที่พำนักในวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นต่อเนื่องและแตกต่างจากพระภิกษุสามเณรวัดพัฒนาตัวอย่าง อีกประการหนึ่ง วัดพัฒนาตัวอย่างมีการจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมศีลธรรม กิจกรรมวันสำคัญต่างๆ และกิจกรรมที่เอื้ออำนวยประโยชน์ต่อชุมชน เป็นการเน้นกิจกรรมภายในวัดและการมีส่วนร่วมกับชุมชน ส่วนวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นมีการจัดกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์ต่อชุมชน เพื่อส่งเสริมประชาชนให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น เช่น การลด ละ เลิกอบายมุข การจัดสรรพื้นที่วัดในการฝึกอบรมอาชีพ การออกกำลังกาย เป็นต้น

นอกจากนี้ ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา (สามัญศึกษา) ช่องทางและความถี่ในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพการดูแลสุขภาพตามหลัก 3 อ. (การฉันอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน, การรักษาใจให้เป็นปกติ) และบทบาทมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับประยูร ศรีประสาธน์ (ประยูร ศรีประสาธน์, 2542: 5) อธิบายว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ปัจจัยคือ (1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุและเพศ (2) ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ และการเป็นสมาชิกกลุ่มและ (3) ปัจจัยด้านการสื่อสาร ได้แก่ การรับข่าวสารจากสื่อมวลชนและสื่อบุคคล ความถี่ในการรับรู้ข่าวสาร และแหล่งที่มาของข่าวสารและสอดคล้องกับการศึกษาของพงษ์ชัย พรสุโรจน์ (พงษ์ชัย พรสุโรจน์, 2550) ได้ศึกษากิจวัตรของพระสงฆ์ในการพัฒนาชุมชนอำเภอบ้านแพ้ว

จังหวัดสมุทรสาครพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของพระสงฆ์ในการพัฒนาชุมชนคือ อายุจำนวนพรรษา ระดับการศึกษา (สามัญศึกษา) ระดับการศึกษาทางธรรมและสถานภาพ ในวัดปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการฉันอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวันและการรักษาใจให้เป็นปกติมีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎบัตรฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า พระและวัดเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาวะทั้ง 4 ด้านคือ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของชุมชน (สำนักสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ, 2555) จึงต้องเป็นแบบอย่างที่ดี การฉันอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวันและการรักษาใจให้เป็นปกติเป็นการมีส่วนร่วมในการลงมือปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Develop personal skills) ในการควบคุมสุขภาพตนเองนอกจากนี้ การศึกษาของบุญตา ไส้เลิศ (บุญตา ไส้เลิศ, 2550) สรุปว่า บทบาท หมายถึง การปฏิบัติตามสิทธิและหน้าที่ของสถานภาพตำแหน่งที่ได้รับและกำหนดไว้ตามบทบาทของตำแหน่งนั้น สอดคล้องตามความมุ่งหวังของสังคม เมื่อดำเนินงานตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย จะเกิดความพึงพอใจในงานที่ตนได้ปฏิบัติ ส่งผลให้เห็นคุณค่าของตนเอง และภูมิใจในบทบาทหน้าที่ที่ได้รับ และมีแนวทางมีทิศทางที่จะปฏิบัติต่อไปทำให้เกิดการมีส่วนร่วมด้วยความเต็มใจเช่นเดียวกับบทบาทของพระสงฆ์ที่ช่วยเหลือเกื้อกูลชาวบ้าน ชาวบ้านให้ความเคารพกราบไหว้ด้วยศรัทธา บทบาทของพระสงฆ์จึงสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมกับชาวบ้าน (คนในชุมชน) ในลักษณะเกื้อกูลกัน

ความสอดคล้องระหว่างเกณฑ์การประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขและเกณฑ์การคัดเลือกวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ข้อค้นพบใหม่จากการวิจัยนี้คือวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นมีคุณลักษณะสอดคล้องกับตามเกณฑ์ประเมินวัดส่งเสริมสุขภาพ ระดับพื้นฐาน ของกระทรวงสาธารณสุขดังนี้ วัดที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกให้เป็นวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติพึงได้รับการเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ระดับพื้นฐาน ตามเกณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุขควบคู่ในคราวเดียว

สรุป

1. ด้วยเหตุที่ พระสงฆ์เป็นผู้นำชุมชนที่ไม่เป็นทางการ กอปรกับวัดเป็นศูนย์กลางบริการสังคม จึงทำให้พระสงฆ์ต้องเป็นแบบอย่างที่ดีให้กับคนในชุมชนด้วยหลักทางสายกลาง การมีสติ สันโดษ และการปล่อยวางซึ่งเป็นหลักธรรมสำคัญของพระพุทธศาสนา รวมถึงการ

จัดสิ่งแวดล้อมภายในวัดที่เป็นระเบียบและสงบบรมรื่น วัดจึงกลายเป็นจุดศูนย์กลางของการพัฒนาสุขภาวะของชุมชน โดยเฉพาะ วัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นที่มีคุณลักษณะสอดคล้องตามเกณฑ์การเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข ยิ่งเอื้อต่อการแสดงบทบาทและการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพอย่างเต็มที่ แม้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลของพระสงฆ์และสามเณร ได้แก่ สถานภาพ ระดับการศึกษา (สามัญศึกษา) ระยะเวลาที่จำพรรษาในวัดปัจจุบัน ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ความถนัดในการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การฉันทอาหารครบ 5 หมู่ในแต่ละวัน และการควบคุมอารมณ์/รักษาศีลใจให้เป็นปกติที่แตกต่างกันทำให้การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน แต่การถวายเป็นกุศลความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตราว่า ซาเตอร์ ที่สอดคล้องกับพระวินัยเพิ่มให้กับพระภิกษุและสามเณรที่พำนักในวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น เป็นกิจของบุคลากรสาธารณสุขที่พึงสนับสนุนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2. ความศรัทธาของชาวบ้านต่อวัดและพระสงฆ์ ความถนัดของกิจกรรมทางพระพุทธศาสนา กิจกรรมทางสังคมที่ช่วยสงเคราะห์ชุมชนที่วัดและพระสงฆ์จัดขึ้น และนโยบายการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าอาวาส (ไม่เป็นลายลักษณ์อักษร เป็นข้อวัตรปฏิบัติของสงฆ์ตามพระวินัย) เป็นปัจจัยเอื้อต่อการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพตามกฎหมายบัตรออตราว่า ซาเตอร์ ดังนั้น เจ้าอาวาสวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น พึงกำหนดนโยบาย การวางแผน การประชุม และประชาสัมพันธ์สู่ชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้เป็นรูปธรรมชัดเจน ตลอดจนจัดกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาและกิจกรรมทางสังคมที่ช่วยสงเคราะห์ชุมชนอย่างสม่ำเสมอเพื่อเพิ่มการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนและความศรัทธาของชาวบ้านต่อวัดและพระสงฆ์

3. วัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นมีคุณลักษณะการเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ระดับพื้นฐาน ตามเกณฑ์ประเมินของกระทรวงสาธารณสุข ฉะนั้นวัดที่ผ่านเกณฑ์คัดเลือกให้เป็นวัดพัฒนาตัวอย่างและวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่นของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ พึงได้รับการเป็นวัดส่งเสริมสุขภาพ ระดับพื้นฐาน จากกระทรวงสาธารณสุขควบคู่ในคราวเดียว

บรรณานุกรม

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (10 กันยายน 2546). การสร้างเสริมสุขภาพคนทำงาน
ในสถานประกอบการ. **วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม**. 8
(5). [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2560. แหล่งที่มา: <http://www.advisor.anamai.moph.go.th/main.php?filename=factory1>
- กระทรวงสาธารณสุข. (10 มีนาคม 2559). **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12**. สืบค้น
เมื่อ 8 ตุลาคม 2560, แหล่งที่มา: http://www.http://wops.moph.go.th/ops/oic/data/20161115144754_1_.pdf
- บุญตา ไส้เลิศ. (2550). บทบาทของผู้บริหารในการพัฒนาหลักสูตรสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน
สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเพชรบูรณ์ เขต 3. **วิทยานิพนธ์ปริญญา
ครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหาร การศึกษา**. บัณฑิตวิทยาลัย:
มหาวิทยาลัยราชภัฏเทพสตรี.
- ประยูร ศรีประสาธน์. (2542). รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วมใน
การดำเนินงานของคณะกรรมการการศึกษาประจำโรงเรียนประถมศึกษา.
ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พงษ์ชัย พรสุโรจน์. (2550). **กิจวัตรของพระสงฆ์ในการพัฒนาชุมชน อำเภอบ้านแพ้ว
จังหวัดสมุทรสาคร**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
- พระเทพเวที. (2541). **พระราชบัญญัติคณะสงฆ์และกฎหมายอาญา พระราชบัญญัติ
คณะสงฆ์ พ.ศ.2505 (แก้ไขเพิ่มเติมพ.ศ. 2535)**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์
สหธรรมมิก.
- พระธรรมปิฎก (ป.อ. ปยุตโต). (2536). **สถานการณ์พระพุทธศาสนาพลิกทวนเป็นพัฒนา**.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์การศาสนา.
- มานพ พลไพรินทร์. (2531). **คู่มือการบริหารกิจการคณะสงฆ์**. กรุงเทพมหานคร: ชูติมา
การพิมพ์.
- ลิขิต อีร์เวคิน. (11 มีนาคม 2552). **ความสำคัญของทรัพยากรมนุษย์**. สืบค้นวันที่ 1
มีนาคม 256, แหล่งที่มา: [http://www.mgonline.com/daily/de-
tail/9520000027853](http://www.mgonline.com/daily/detail/9520000027853)
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (29 พฤษภาคม 2556). **สถานการณ์ แรง
ด่วนสุขภาพะพระสงฆ์**. สืบค้นวันที่ 8 พฤศจิกายน 2560, แหล่งที่มา: [http://
www.manager.co.th/QOL/ViewNews.spx?NewsID=9560000064131](http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.spx?NewsID=9560000064131).

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2560). **ทิศทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2544-2548)-12 (พ.ศ. 2560-2564)**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.

สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. (20 พฤศจิกายน 2558). **ผลการคัดเลือกวัดพัฒนาตัวอย่างที่มีผลงานดีเด่น วัดพัฒนาตัวอย่าง และอุทยานการศึกษาในวัด ประจำปี 2558**. สืบค้นวันที่ 6 พฤษภาคม 2559, แหล่งที่มา: <http://www.onab.go.th/service>

สำนักสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (19 ธันวาคม 2555). **มติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 5 พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพะ ประชุมคณะอนุกรรมการดำเนินการประชุมคณะที่ 2**. เข้าถึงวันที่ 8 พฤษภาคม 2559, เข้าถึงเมื่อ: <http://www.health-station.in.th/action/viewvideo/2120/>

Katz, Danial and Robert L. Kahn. (1966). **The Social Psychology of Organizations**. New York: John Wiley.

Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining Sample Size for Research Activities. **Educational and Psychological Measurement**, 30(3), 607-610.

Mahachulalongkornrajavidyalaya University. (1996). **Thai Tipitaka**. Bangkok: MCU Press.

World Health Organization. (2009). **Milestones in health promotion Statements from global conferences**. Geneva: World Health Organization.

_____. (1986). **Ottawa charter for health promotion**. Geneva: World Health Organization.