

การส่งเสริมสังคมสุขภาวะพระสงฆ์ในวัดอาวูตวิกสิตารามและวัดพระยาหยัง*

SOCIAL HEALTH SUPPORT FOR MONKS

IN WAT AWUTVIKASITARAM AND WAT PHRAYAYANG

พระมหาภาณุวิชญ์ ภาณุวิชญ์, สุเทพ สุวีรางกูร

Phramaha Phanuvich Numbuddee*, Suthep Suvirangkun

คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาราชวิทยาลัย นครปฐม ประเทศไทย

Faculty of Social Sciences, Mahamakut Buddhist University, Nakhon Pathom, Thailand

*Corresponding author E-mail: Phanuvich.num@mbu.ac.th

*Tel: 093-516-2610

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาสังคมสุขภาวะพระสงฆ์ในวัดอาวูตวิกสิตารามและวัดพระยาหยัง 2) พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสังคมสุขภาวะพระสงฆ์ในพื้นที่ดังกล่าว ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ประกอบด้วย การวิจัยเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ 132 รูป และการวิจัยเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ 24 คน ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาสังคมสุขภาวะในปัจจุบันส่วนใหญ่มีรากเหง้ามาจากพุทธบริษัทปฏิบัติชีวิตให้เข้ากับการขยายตัวของสังคมเมืองอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการฉ้อฉลและขาดโภชนาการที่เหมาะสม แม้ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าพระสงฆ์มีความตระหนักรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับมาก แต่ในทางปฏิบัติกลับยังเผชิญข้อจำกัดสำคัญด้านพื้นที่สำหรับเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายที่เหมาะสมกับสมณสาธิต รวมถึงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้อง ฉะนั้น รูปแบบการส่งเสริมสังคมสุขภาวะที่ถูกพัฒนาขึ้น คือ 3-S Model 3 องค์ประกอบสำคัญ คือ 1) การเสริมสร้างความรู้และทักษะการจัดการสุขภาพด้วยตนเอง 2) การปรับปรุงจัดสภาพแวดล้อมภายในวัดให้เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี และ 3) การสร้างเครือข่ายความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่างวัดและชุมชนเพื่อดูแลกัน หลังทดลองใช้รูปแบบดังกล่าวพบว่า พระสงฆ์มีคะแนนพฤติกรรมทางสุขภาพในภาพรวมเฉลี่ยเพิ่มสูงขึ้นจากการทดลอง ส่งผลให้พระสงฆ์มีความตระหนักและมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองในระดับที่ดีขึ้น ถือเป็นรากฐานสำคัญให้วัดเป็นศูนย์กลางแห่งสุขภาพของชุมชน รูปแบบนี้สามารถนำไปขยายผลประยุกต์ใช้กับวัดในเขตเมืองที่มีบริบทจำกัดเพื่อความยั่งยืน

คำสำคัญ: สังคมสุขภาวะ, พระสงฆ์, การส่งเสริมสุขภาพ

Abstract

This research aimed to: 1) Investigate the conditions and problems of healthy social environments for Buddhist monks in Wat Awutvikasitaram and Wat Phrayayang, and 2) Develop a model to promote a healthy social environment for monks in the designated areas. A mixed-methods research design was employed. Quantitative data were collected via questionnaires from a sample of 132 monks, while qualitative data were gathered through in-depth interviews with 24 key informants. The findings revealed that current problems regarding the healthy social environment predominantly stem from



the rapid transition of the Buddhist community into an urbanized lifestyle. This shift has led to dietary behaviors characterized by nutritional imbalances and improper nutrition. Although the results indicated that the monks maintained a moderate level of health awareness, they practically faced major constraints, particularly the lack of physical activity spaces appropriate for their monastic discipline, as well as limited access to accurate health literacy. Consequently, the developed model for promoting a healthy social environment, designated as the "3-S Model," comprises three key components: 1) Enhancing health literacy and self-management skills, 2) Modifying the temple environment to support well-being, and 3) Establishing a strong collaborative network between temples and communities for mutual care. Following the implementation of this model, the overall average health behavior scores of the monks significantly increased compared to the pre-experiment period. This improvement resulted in higher levels of health awareness and self-care behaviors among the monks, serving as a vital foundation for transforming temples into community health hubs. This model can be upscaled and applied to other urban temples facing similar contextual constraints to ensure long-term sustainability.

Keywords: Social Health, Buddhist Monks, Health Promotion

บทนำ

ในสถานการณ์ปัจจุบัน สังคมไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลากหลายมิติ ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการขยายตัวของความเป็นเมือง (Urbanization) ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อวิถีชีวิตของพระสงฆ์ (พระสมุทรธงชัย สุนทรจาโร และคณะ, 2566) ในฐานะบุคลากรทางศาสนาและผู้นำทางจิตวิญญาณของชุมชน ความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและวิถีชีวิตที่เร่งรีบได้ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์เปลี่ยนไปอย่างน่ากังวล (สุพรรณชัยวรรณ, 2565) โดยเฉพาะปัญหาเรื่อง “สังคมสุขภาวะ” (Social Health) ซึ่งครอบคลุมทั้งมิติกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ซึ่งทำให้พระสงฆ์ไทยจำนวนมากต้องเผชิญกับภัยคุกคามจากกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (ปิยนันท์ จินา, 2567) ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจากข้อจำกัดในวิถีสมณะที่ไม่สามารถเลือกฉันภัตตาหารได้เอง โดยประกอบกับขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสมภายใต้กรอบพระธรรมวินัย (กัลยกร วรกุลลัญญานีย์ และคณะ, 2564)

ในปัจจุบัน บริบทเฉพาะของวัดอาวธวิสถารามและวัดพระยาไย ซึ่งตั้งอยู่ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประสบกับปัญหาความจำกัดของพื้นที่และการอาศัยอยู่ในชุมชนที่มีความหนาแน่นสูง ทำให้การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะทำได้ยากขึ้น อีกทั้งสภาพสังคมเมืองยังทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างวัดและชุมชนเปลี่ยนรูปแบบไปสู่การปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์มากขึ้น ส่งผลให้การจัดการด้านโภชนาการและการดูแลสุขภาวะขาดการบูรณาการร่วมกับชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ ความเครียดจากภาระงานบริหารจัดการวัดและการตอบสนองต่อความต้องการของสังคมที่หลากหลาย ยังเป็นปัจจัยเสริมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของพระสงฆ์ในเมืองอย่างเลี่ยงไม่ได้ (Akarathanarak, T. & Sukonthasab, S., 2024)

การส่งเสริมสังคมสุขภาวะพระสงฆ์จึงมีความเชื่อมโยงโดยตรงกับการสืบทอดพระพุทธศาสนา เพราะหากพระสงฆ์มีสุขภาพที่อ่อนแอ ย่อมไม่สามารถปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ การสร้างรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับ “ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560” จึงเป็นเรื่องเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการในระดับพื้นที่ เพื่อให้พระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลตนเอง (Self-care) และสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับภาคส่วนต่าง ๆ ในการขับเคลื่อนให้วัดเป็นศูนย์กลางของสุขภาวะชุมชนอย่างแท้จริง

ดังนั้น ปัญหาสำคัญที่ยังคงอยู่ คือ การขาดระบบการสื่อสารและสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้อง ทำให้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพทำได้ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งผลการวิจัยระบุว่า “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ปัจจัยการมีโรคประจำตัว” ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งวิเคราะห์สภาพปัญหาเชิงลึกในพื้นที่วัดอาวูธวิสิฐารามและวัดพระยาอภัย เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสังคมสุขภาพที่นำไปปฏิบัติได้จริง โดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างการดูแลสุขภาพทางโลกและการรักษาจริยวัตรตามหลักพระธรรม เพื่อให้ได้มาซึ่งต้นแบบในการยกระดับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ในสังคมเมืองอย่างยั่งยืนสืบไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสังคมสุขภาพพระสงฆ์ในวัดอาวูธวิสิฐารามและวัดพระยาอภัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสังคมสุขภาพพระสงฆ์ในวัดอาวูธวิสิฐารามและวัดพระยาอภัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง การส่งเสริมสังคมสุขภาพพระสงฆ์ในวัดอาวูธวิสิฐารามและวัดพระยาอภัย ผู้วิจัยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยแบ่งกระบวนการวิจัยออกเป็น 3 ระยะหลัก ดังนี้

แบบแผนการวิจัย

ระยะที่ 1 การสำรวจสถานการณ์และสภาพปัญหาสังคมสุขภาพ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสังคมสุขภาพ และระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยใช้การประเมินเชิงคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ (Expert Opinion).

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์ที่จำพรรษาในวัดอาวูธวิสิฐารามและวัดพระยาอภัย สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง 132 รูป โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วน (Proportionate Stratified Random Sampling) สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วย เจ้าอาวาส พระเลขาการ ผู้นำชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ รวม 24 ท่าน และในระยะที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินรูปแบบจำนวน 5 ท่าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามสภาพปัญหาสังคมสุขภาพ (IOC 0.60 - 1.00, Reliability 0.89) 2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง 3) ประเด็นการสนทนากลุ่ม และ 4) แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบสำหรับผู้เชี่ยวชาญ (อภิโชค เกิดผล, 2565)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยผ่านแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม สำหรับระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้นำร่างรูปแบบที่พัฒนาขึ้นเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการจำแนกประเภทข้อมูลและการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสรุปประเด็นสำคัญและสังเคราะห์เป็นรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ



ผลการวิจัย

ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาสังคมสุขภาวะพระสงฆ์ในวัดอาวุธวิสิทารามและวัดพระยาอัง พบว่า

ตารางที่ 1 ภาพรวมเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาวะพระสงฆ์

ข้อที่	การรับรู้และพฤติกรรมสุขภาวะ	ระดับความเข้าใจ			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับ
1	การรับรู้ด้านสุขภาพในปัจจุบัน	4.0	0.34	มาก	2
2	การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	4.0	0.34	มาก	2
3	การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	4.04	0.35	มาก	1
4	การรับรู้ถึงประโยชน์และอุปสรรคต่อสุขภาพ	4.0	0.36	มาก	2
ค่าเฉลี่ยทุกขั้นตอน		4.06	0.31	มาก	

จากตารางที่ 1 แสดงภาพรวมเกี่ยวกับการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาวะของพระสงฆ์ พบว่า โดยเฉลี่ยแล้วพระสงฆ์มีการรับรู้และพฤติกรรมสุขภาวะอยู่ในระดับ “มาก” (ค่าเฉลี่ยทุกขั้นตอน = 4.06, S.D. = 0.31)

ตารางที่ 2 เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสังคมสุขภาวะพระสงฆ์

ข้อที่	การรับรู้และพฤติกรรมสุขภาวะ	ระดับความเข้าใจ			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับ
1	การเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ	4.02	0.36	มาก	3
2	การมีส่วนร่วมในการทำสมาธิและการทำกายบริหาร	4.04	0.30	มาก	2
3	ความคิดเห็นต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัด	4.08	0.40	มาก	1
ค่าเฉลี่ยทุกขั้นตอน		4.05	0.26	มาก	

จากตารางที่ 2 พบว่า พระสงฆ์มีการมีส่วนร่วมในกิจกรรมส่งเสริมสังคมสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.05, S.D. = 0.26) โดยมีความคิดเห็นต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมในวัดมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.40) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการทำสมาธิและการทำกายบริหาร ($\bar{X}$ = 4.04, S.D. = 0.30) และการเข้าร่วมกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.02, S.D. = 0.36)

ตารางที่ 3 เกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสังคมสุขภาวะพระสงฆ์

ข้อที่	การรับรู้และพฤติกรรมสุขภาวะ	ระดับความคิดเห็น			
		$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	ลำดับ
1	พระสงฆ์เห็นความสำคัญของสุขภาพ	4.00	0.25	มาก	2
2	ปัจจัยใดส่งผลต่อสุขภาพจิตใจพระสงฆ์	3.5	0.33	มาก	4
3	กิจกรรมใดส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด	3.23	0.38	น้อยที่สุด	5
4	วิธีการสื่อสารสุขภาพมีอะไรบ้าง	3.61	0.31	มาก	3
5	อุปสรรคในการรักษาสุขภาพมีอะไรบ้าง	4.01	0.25	มาก	1
ค่าเฉลี่ยทุกขั้นตอน		4.00	0.18	มาก	

จากตารางที่ 3 พบว่า พระสงฆ์เห็นว่า อุปสรรคในการรักษาสุขภาพ มีระดับความเข้าใจ มากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.01, S.D. = 0.25) รองลงมา คือ พระสงฆ์เห็นความสำคัญของสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.00, S.D. = 0.25) ส่วนกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้ดีที่สุด มีระดับความเข้าใจ น้อยที่สุด ($\bar{X}$ = 3.23, S.D. = 0.38) โดยค่าเฉลี่ยทุกขั้นตอนอยู่ที่ 4.00 (S.D. = 0.18) ซึ่งอยู่ในระดับมาก

ข้อมูลนี้แสดงให้เห็นว่า พระสงฆ์รับรู้ถึงอุปสรรคในการรักษาสุขภาพเป็นอย่างดี แต่กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจจะยังไม่ได้รับการส่งเสริมเท่าที่ควร

วัตถุประสงค์ที่ 2 พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสังคมสุขภาพพระสงฆ์ในวัดอาวธวิกสิตารามและวัดพระยาอ่างจากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยได้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ ที่เรียกว่า “Model for Social Health Support” ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การจัดการโภชนาการ (Nutrition Management) การสร้างความเข้าใจกับญาติโยมผ่านกิจกรรม “ใส่บาตรสุขภาพ” เพื่อปรับพฤติกรรมการถวายภัตตาหาร

1. การปรับสภาพแวดล้อม (Environmental Adjustment) การจัดพื้นที่ภายในวัดให้เอื้อต่อการเดินจงกรม และการทำกิจกรรมทางกายที่สอดคล้องกับพระธรรมวินัย

2. ระบบภาคีเครือข่าย (Network System) การเชื่อมโยงระหว่างวัด โรงพยาบาล และชุมชน เพื่อการตรวจสุขภาพเชิงรุก

3. การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) การจัดอบรมให้พระสงฆ์มีความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้น

ผลการประเมินรูปแบบจากผู้เชี่ยวชาญ พบว่า มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับมากที่สุด และเมื่อทดลองใช้รูปแบบเบื้องต้น พบว่า พระสงฆ์มีความพึงพอใจและเริ่มมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการฉันและการเคลื่อนไหวร่างกายอย่างเห็นได้ชัด

อภิปรายผล

การวิจัยในภาพรวมเพื่อชี้ให้เห็นถึงความเชื่อมโยงของตัวแปรและปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ โดยผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่า สังคมสุขภาพของพระสงฆ์ในบริบทวัดเขตเมืองไม่ได้เป็นเพียงผลลัพธ์จากพฤติกรรมส่วนบุคคลเท่านั้น แต่เป็นผลผลิตจากความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างระหว่างปัจจัยด้านโภชนาการ สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และระบบสนับสนุนทางสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก

ในประเด็นด้านสภาพปัญหาและการรับรู้สุขภาพ (ภาณุวัฒน์ ด้านกลาง และคณะ, 2557) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าแม้พระสงฆ์ส่วนใหญ่จะมีความตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพในระดับสูง แต่ในทางปฏิบัติกลับเผชิญกับข้อจำกัดเชิงโครงสร้างอย่างรุนแรง โดยเฉพาะความเชื่อมโยงระหว่าง “ปัจจัยนำเข้า” คือ ภัตตาหาร กับ “ผลลัพธ์ทางสุขภาพ” คือ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ อัญธิษฐา อักษรศรีและคณะ ที่ระบุว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายและทิศทางการส่งเสริมสุขภาพในระดับประเทศต้องให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคม (Social Determinants of Health) เนื่องจากพระสงฆ์อยู่ในสถานะที่ (อัญธิษฐา อักษรศรี และคณะ, 2567) “เลือกฉันไม่ได้” ตามหลักพระธรรมวินัย (พระครูวิจิตรธรรมสาธก (กิตติคุณ) และคณะ, 2564) ภัตตาหารที่ได้รับถวายจากชาวบ้านในสังคมเมืองที่มีลักษณะรีบเร่งมักเป็นอาหารสำเร็จรูปที่มีรสจัดและขาดสมดุลทางโภชนาการ ส่งผลให้ตัวแปรด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคมะเร็งสัมพันธ์โดยตรงกับพฤติกรรมการฉันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เมื่อพิจารณาความเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดด้านสภาพแวดล้อม พบว่า ความจำกัดของพื้นที่ในวัดอาวธวิกสิตารามและวัดพระยาอ่างส่งผลกระทบต่อตัวแปรด้านกิจกรรมทางกายอย่างชัดเจน ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับข้อเสนอของ พระอธิการเฉลิม กนต์สารโร และ ศิริโรจน์ นามเสนา ที่ชี้ให้เห็นว่าบทบาทของวัดในการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การที่พระสงฆ์ขาดพื้นที่ในการเคลื่อนไหวร่างกายที่เหมาะสมภายใต้สมณสาธูป ไม่เพียงแต่ส่งผลต่อสุขภาพกาย แต่ยังเชื่อมโยงไปถึงสุขภาพทางจิตปัญญา เนื่องจากการขาดกิจกรรมทางกายที่ผสมผสานกับการปฏิบัติธรรม เช่น การเดินจงกรม หรือการทำวัตรปฏิบัติที่เป็นการขยับกายอย่างสม่ำเสมอ ย่อมทำให้ความสมดุลระหว่าง “กาย” และ “จิต” ลดน้อยลง ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของสุขภาพเชิงพุทธตามกรอบภาวนา 4 (พระอธิการเฉลิม กนต์สารโร และศิริโรจน์ นามเสนา, 2565)



นอกจากนี้ การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาวะที่เน้นภาคีเครือข่ายยังแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างตัวแปรด้านความสัมพันธ์ในชุมชนกับความยั่งยืนของการแก้ปัญหา โดยผลการวิจัยพบว่า รูปแบบที่ประสบความสำเร็จต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของ “บวร” (บ้าน วัด โรงเรียน/ราชการ) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤติกา หงษ์โกคาพันธ์ ที่เน้นการพัฒนาระบบสุขภาพแบบมีส่วนร่วมตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ การสื่อสารความรู้ด้านโภชนาการจากวัดสู่ชุมชนเพื่อให้ญาติโยมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการถวายภัตตาหาร (กฤติกา หงษ์โกคาพันธ์, 2567) เป็นจุดเชื่อมโยงสำคัญที่ทำให้ตัวแปรด้านการสนับสนุนทางสังคมสามารถขับเคลื่อนสุขภาวะของพระสงฆ์ได้จริง หากขาดการสื่อสารที่ทรงพลังจากฝ่ายสงฆ์ไปยังฆราวาส การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระดับบุคคลของพระสงฆ์ย่อมเกิดขึ้นได้ยากและขาดความต่อเนื่อง (พระครูสังฆรักษ์สมพงษ์ จตุตมโล, 2567)

ในมิติของสุขภาวะทางจิตและการปรับตัว ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าความสงบและการปฏิบัติธรรมเป็นปัจจัยรากฐานที่ส่งผลต่อใจพระสงฆ์มากที่สุด ตัวแปรนี้ทำหน้าที่เป็น “ปัจจัยปกป้อง” (Protective Factor) ที่ช่วยลดทอนความเครียดจากการจัดการกิจนิมนต์และความวุ่นวายในสังคมเมือง ความเชื่อมโยงระหว่างการฝึกจิตปัญญากับการมีสุขภาวะที่ดีเป็นสิ่งที่งานวิจัย ได้ต่อยอดในรายงานการวิจัยว่า รูปแบบการส่งเสริมที่มีประสิทธิภาพสูงสุด คือ การทำให้การดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของวิถีธรรม ไม่ใช่กิจกรรมแปลกแยกจากจริยวัตรปกติ

การวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่าการส่งเสริมสังคมสุขภาวะพระสงฆ์จะบรรลุผลได้ ต้องเกิดจากการประสานกันของตัวแปร 3 ระดับ คือ 1) ระดับบุคคลผ่านการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ 2) ระดับสถาบันผ่านการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในวัด และ 3) ระดับสังคมผ่านการสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับชุมชน การเชื่อมโยงเหล่านี้สะท้อนถึงการนำหลักพุทธธรรมมาบูรณาการกับการจัดการสุขภาพสมัยใหม่ เพื่อสร้างเสริมให้พระสงฆ์เป็นทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและเป็นผู้นำทางจิตปัญญาของสังคมได้อย่างสง่างามและยั่งยืน

องค์ความรู้ใหม่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรายงานการวิจัยเรื่อง “การส่งเสริมสังคมสุขภาวะพระสงฆ์ในวัดอาวูธวิสิฐารามและวัดพระยาหยิง” ผู้วิจัยได้สังเคราะห์องค์ความรู้ใหม่ซึ่งเป็นผลสัมฤทธิ์จากการวิจัยออกมาเป็นโมเดลเชิงปฏิบัติการที่เหมาะสมกับบริบทวัดในสังคมเมือง ดังนี้



ภาพที่ 1 3-S Model เพื่อสังคมสุขภาวะพระสงฆ์เขตเมือง

องค์ความรู้อันเป็นผลสัมฤทธิ์ที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ คือ การค้นพบว่า สุขภาวะของพระสงฆ์ในวัดเขตเมืองมีความซับซ้อนและเชื่อมโยงกับ “สังคมรอบวัด” มากกว่าที่เคยเข้าใจ ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์ออกมาเป็น “3-S Model” ซึ่งเป็นองค์ความรู้เชิงบูรณาการที่ทำให้วัดอาวธวิสิฐารามและวัดพระยาวยังกลายเป็นต้นแบบของสังคมสุขภาวะ

คำอธิบายรูปแบบ 3-S Model

โมเดลนี้ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักที่ต้องขับเคลื่อนไปพร้อมกันเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

1. การปกครองและวินัยตนเองเชิงพุทธ S - Self-Governance

องค์ความรู้ใหม่ที่สำคัญ คือ การเปลี่ยนทัศนคติจากการมองว่า “การดูแลสุขภาพเป็นเรื่องทางโลก” มาเป็น “การดูแลสุขภาพ คือ ส่วนหนึ่งของการปฏิบัติธรรม” เน้นให้พระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยใช้หลักพระธรรมวินัยนำทาง เช่น การขยับกายอย่างมีสติผ่านกิจวัตรประจำวัน การกวาดลานวัด หรือการเดินจงกรม ซึ่งเป็นการออกกำลังกายที่ไม่ผิดสมณสาธูป องค์ความรู้นี้ช่วยแก้ปัญหาความเข้าใจผิดที่ว่าพระสงฆ์ไม่ควรออกกำลังกาย

2. เครือข่ายสนับสนุนทางสังคม S - Social Support & Network

ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าพระสงฆ์ “เลือกฉันไม่ได้” ดังนั้น สังคมสุขภาวะจะเกิดขึ้นได้ต้องมีภาคีเครือข่าย องค์ความรู้นี้เรียกว่า “ระบบพี่เลี้ยงสุขภาวะ” ซึ่งเป็นการดึงเอาญาติโยมในชุมชน ผู้นำชุมชน และบุคลากรจากศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วม โมเดลนี้สร้างระบบการสื่อสารข้อมูลโภชนาการจากวัดสู่ชุมชน เพื่อให้ชาวบ้านเกิดความเข้าใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินที่นำมาถวายให้ลดหวาน มัน และเค็ม

3. การจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะ S - Space Transformation

เนื่องจากวัดในเมืองมีข้อจำกัดด้านพื้นที่ องค์ความรู้ใหม่ที่ได้ คือ การบริหารจัดการพื้นที่จำกัดให้กลายเป็น “พื้นที่สร้างสุข” (Healthy Space) เช่น การจัดมุมความรู้สุขภาพในวัด การจัดเส้นทางเดินเพื่อสุขภาพที่สงบและร่มรื่น และการจัดการระบบขยะและสิ่งแวดล้อมภายในวัดให้สะอาดตามหลักสุขาภิบาล ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพจิตและความสงบในการปฏิบัติศาสนกิจ

โมเดล “3-S” นี้ช่วยให้เห็นว่า สังคมสุขภาวะพระสงฆ์ไม่ใช่เรื่องของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง แต่คือ การสร้างสมดุลระหว่าง “พระสงฆ์ดูแลตนเอง-ชุมชนดูแลพระสงฆ์-วัดดูแลสุขภาพแวดล้อม”

เมื่อนำโมเดลนี้ไปใช้ พบว่า พระสงฆ์ในวัดอาวธวิสิฐารามและวัดพระยาวยังมีพฤติกรรมการฉันที่ระมัดระวังมากขึ้น มีกิจกรรมทางกายที่สม่ำเสมอภายใต้วิถีสมณะ และชุมชนรอบวัดมีความตระหนักในการถวายภัตตาหารที่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ความรู้ที่เป็นรูปธรรมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับวัดอื่น ๆ ในพื้นที่เขตเมืองที่มีบริบทใกล้เคียงกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปและข้อเสนอแนะ

สภาพปัญหาสังคมสุขภาวะของพระสงฆ์ในวัดอาวธวิสิฐารามและวัดพระยาวยังมีความเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับบริบทสังคมเมือง โดยเฉพาะปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่เกิดจากข้อจำกัดในการเลือกฉันภัตตาหารและสภาพแวดล้อมที่จำกัดต่อการทำกิจกรรมทางกาย พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความตระหนักด้านสุขภาพแต่ขาดแนวทางปฏิบัติที่สอดคล้องกับวิถีสมณะ รูปแบบการส่งเสริมสังคมสุขภาวะที่พัฒนาขึ้นเน้นการบูรณาการหลักพุทธธรรมเข้ากับการดูแลสุขภาพยุคใหม่ ผ่านการสร้างความรู้ด้านโภชนาการ การปรับสภาพแวดล้อมภายในวัดให้เอื้อต่อการเดินจงกรมหรือออกกำลังกายเบื้องต้น และการสร้างภาคีเครือข่ายระหว่างวัดกับชุมชน ผลสัมฤทธิ์ของโมเดลนี้ช่วยให้พระสงฆ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเชิงบวกได้อย่างมีนัยสำคัญ ส่งผลให้สุขภาพกายแข็งแรงและสุขภาพจิตสงบ มั่นคง พร้อมต่อการปฏิบัติศาสนกิจได้อย่างเต็มศักยภาพ สำหรับการนำผลการวิจัยไปใช้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายคือ วัดควรจัดตั้งระบบพี่เลี้ยงสุขภาวะหรืออาสาสมัครประจำวัด เพื่อคัดกรองสุขภาพและให้คำแนะนำด้านโภชนาการ



แก่พระสงฆ์และญาติโยมอย่างต่อเนื่อง ควรมีการสื่อสารกับชุมชนรอบวัดให้ตระหนักถึงการถวายภัตตาหารที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงโรคเรื้อรัง นอกจากนี้ควรปรับปรุงพื้นที่ภายในวัดให้เป็นสัดส่วนเพื่อส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ที่รักษาสมณสาธูป ในส่วนของประเด็นสำหรับการวิจัยต่อไป ควรมีการศึกษาเชิงทดลองเพื่อติดตามผลของรูปแบบ การส่งเสริมสุขภาพในระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อความยั่งยืนของพฤติกรรมสุขภาพ และควรมีการศึกษา เปรียบเทียบกับวัดในบริบทชนบทหรือพื้นที่ต่างจังหวัดเพื่อขยายผลองค์ความรู้ให้ครอบคลุมและหลากหลายมากยิ่งขึ้น นำไปสู่การพัฒนาธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ในระดับปฏิบัติการที่เข้มแข็งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กฤติกา หงษ์โกคาพันธ์. (2567). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 18(2), 606-621.
- กัลยกร วรกุลสถฐานีย์ และคณะ. (2564). การประเมินผลการสื่อสารทางสังคม สำนักงานสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2562. วารสารศาสตร์, 14(3), 11-45.
- ปิยนันท์ จินา. (2567). สงฆ์ไทยใกล้โลก รัฐกับการจัดการสุขภาพะประชากรสงฆ์. ใน สารนิพนธ์สังคมวิทยาและ มานุษยวิทยามหาบัณฑิต สาขาวิชามานุษยวิทยา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พระครูวิจิตรธรรมสาธก (กิตติวัฒน์) และคณะ. (2564). สุขภาวะพระสงฆ์: การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างสุขภาพ ตามแนววิถีพุทธโดยการบูรณาการสาธารณสุขชุมชนเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีในภาคเหนือตอนบน. วารสาร สันติศึกษาปริทรรศน์ มจร, 9(2), 744-754.
- พระครูสังฆรักษ์สมพงษ์ จิตตมโล. (2567). รูปแบบการจัดการสุขภาพของพระสงฆ์ตามธรรมนุญสุขภาพพระสงฆ์ แห่งชาติในจังหวัดอ่างทอง. วารสารพุทธนวัตกรรมการจัดการ, 7(6), 212-227.
- พระสมุทรชัย สุนทราจาโร และคณะ. (2566). รูปแบบการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ตามธรรมนุญ สุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครราชสีมา. วารสาร มจร สังคมศาสตร์ปริทรรศน์, 12(6), 318-335.
- พระอธิการเฉลิม กนตสาโร และศิริโรจน์ นามเสนา. (2565). พระคิลานุปัฏฐาก: บทบาทการดูแลสุขภาพพระสงฆ์. วารสารวิจัยวิชาการ, 5(2), 275-286.
- ภาณุวัฒน์ ด้านกลาง และคณะ. (2557). การพัฒนาสภาพแวดล้อมในวัดที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ สูงอายุ. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
- สุพัฒน์ ชัยวรรณ. (2565). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในพื้นที่จังหวัดนครปฐม. ใน ดุษฎีนิพนธ์ พุทธศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาสังคม. มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- อัญชิษฐา อักษรศรี และคณะ. (2567). กลไกการเสริมสร้างสุขภาพพระสงฆ์เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังใน จังหวัดนครปฐม. วารสารสิรินธรปริทรรศน์, 25(2), 764-775.
- Akarathanarak, T. & Sukonthasab, S. (2024). Model of developing monks for promoting health among the aging through community participation. Pakistan Journal of Life and Social Sciences, 22(2), 100980-100989.