Factors associated with health-promoting behaviors among Buddhist monks in Phichai district, Uttaradit province

Pratuang Pengkaew[1*], Kongprai Tunsuchart[2], Thawatchai Sattayasomboon[2*]

[1]M.PH., Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

[2] Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok,Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

[*] Corresponding author: e-mail: tawatchai@scphpl.ac.th

Original article

OPEN ACCESS

Citation: Pengkaew, P. ., Sattayasomboon, T., & Tunsuchart, K. . Factors associated with health-promoting behaviors among Buddhist monks in Phichai district, Uttaradit province. *Journal of Health Policy, Law and Administration*. retrieved from https://so05.tci-thaijo.org/index.php/journal_law/article/view/287526

Received: 1 March 2026
Revised: 15 March 026
Accepted 18 March 2026

Abstract

This study was an analytic cross-sectional study. The objective was to examine the factors associated with health-promoting behaviors among Buddhist monks in Phichai district, Uttaradit province. This study employed a stratified random sampling technique to recruit 191 monks as participants. Data was collected using a self-administered questionnaire. The reliability coefficients were 0.95 for Part II and 0.87 for Part III. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation coefficient, with statistical significance set at $p < 0.05$.

The results revealed that the overall health-promoting behaviors of the participants were at a good level ($\bar{x}$ = 3.81, S.D. = 0.55). Perceived susceptibility to disease, perceived severity of disease, perceived benefits of health behavior practices, and perceived barriers engaging in health-promoting behaviors were also found to be at a good level. (mean=4.1, S.D.=0.54; mean 4.11 S.D.=0.60; mean 4.36 S.D.=0.55; mean= 3.72 S.D.=0.70 respectively). The factors associated with health-promoting behaviors were underlying disease, age, years in monkhood, perceived susceptibility to disease, perceived severity of disease, perceived benefits, and perceived barriers for practicing health-promoting behaviors were examined in relation to health-promoting behaviors.

Based on the findings, administrators can utilize this information as a foundation for formulating health promotion policies for monks. At the community level, environmental strategies should include campaigns promoting the offering of healthy food to monks and the organization of appropriate physical activity programs within temples that are suitable for monastic life.

Keywords: health promoting behaviors; health belief model; monks; Uttaradit province

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

ประเทือง เป็งแก้ว[1], ก้องไพร ตันสุชาติ[2], ธวัชชัย สัตยสมบูรณ์[2*]

[1] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2] วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

*****อีเมล์ติดต่อ : *tawatchai@scphpl.ac.th*

นิพนธ์ต้นฉบับ

วันรับ 1 มีนาคม 2569
วันแก้ไข 15 มีนาคม 2569
วันตอบรับ 18 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นพระสงฆ์จำนวน 191 รูป ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง มีค่าความเชื่อมั่นส่วนที่ 2 = 0.95 และส่วนที่ 3=0.87 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ที่นัยสำคัญทางสถิติ <0.05

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$=3.81,S.D.=0.55) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับดี ($\bar{X}$= 4.16 S.D.=0.54; $\bar{X}$=4.11 S.D.=0.60, $\bar{X}$=4.36 S.D.=0.55 และ $\bar{X}$=3.72 S.D.=0.70 ตามลำดับ) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ (p <0.05) ได้แก่ โรคประจำตัว อายุ จำนวนพรรษา การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยนี้ผู้บริหารสามารถนำข้อมูลไปใช้เป็นพื้นฐานสำหรับกำหนดนโยบายสร้างเสริมสุขภาพในกลุ่มพระสงฆ์ ด้านสิ่งแวดล้อมในชุมชนควรรณรงค์การถวายอาหารสุขภาพแก่พระสงฆ์ และจัดกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะกับพระสงฆ์ภายในวัด

คำสำคัญ : พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ; แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ; พระสงฆ์; จังหวัดอุตรดิตถ์

บทนำ

พระสงฆ์เป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาสังคมไทย เป็นผู้นำด้านจิตวิญญาณ และเป็นผู้นำในด้านการพัฒนาสังคม ชุมชน และประเทศ เป็นศูนย์กลางให้กับชุมชนในการดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (Chiraphakphong, et al, 2019) สังคมไทยยึดหลัก “ธรรมนำโลก” เพื่อมุ่งสู่ 3 เป้าหมายสำคัญ คือ 1) พระภิกษุสงฆ์ต้องดูแลสุขภาพกันเองได้และถูกต้องตามหลักพระธรรมวินัย 2) ชุมชนและสังคมร่วมกันดูแลสุขภาพพระสงฆ์โดยเป็นไปตามหลักพระธรรมวินัย และ 3) พระภิกษุสงฆ์มีบทบาทในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม (National Health Commission Office, 2017) การขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 เป็นกรอบแนวคิดและแนวทางสร้างสุขภาวะให้กับพระสงฆ์เพื่อฟื้นคืนบทบาทสถาบันทางศาสนาให้เป็นเสาหลักในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ด้วยกันเอง

หลักสุขภาวะองค์รวม ได้แก่ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางปัญญา ต้องได้รับการดูแลสนับสนุนจากภาคีเครือข่ายทั้งจากพุทธศาสนิกชน ชุมชน โรงเรียน หน่วยงาน ภาครัฐและภาคเอกชน โดยจะมุ่งเน้นในเรื่องของการให้พระภิกษุสงฆ์สามารถดูแลและส่งเสริมสุขภาพได้ด้วยตนเองประกอบกับการที่มีหน่วยงานเข้ามามีบทบาทในเรื่องของการจัดกิจกรรมหรือแม้กระทั่ง การเข้ามาสนับสนุนรวมถึงเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ภายใต้ข้อจำกัดในการปฏิบัติพฤติกรรมโดยปกติและพระสงฆ์สามารถที่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเป็นปกติ เพียงจะต้องอยู่ในกรอบไม่เกินเลยหรือกระทำตนจนเป็นที่น่ารังเกียจและขัดต่อพระธรรมวินัยที่กำหนดไว้ตั้งแต่ในสมัยอดีตกาล (National Health Commission Office, 2017) การออกกำลังกายของพระสงฆ์ก็สามารถที่จะปฏิบัติได้ในรูปแบบของการเดินจงกลม การทำสาธารณะประโยชน์ การกวาดลานวัด ถูศาลา หรือแม้กระทั่งการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ก็ถือเป็นการออกกำลังตามกิจวัตร 10 ของพระสงฆ์ที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ และไม่ขัดต่อพระธรรมวินัย โดยจุดมุ่งหมายหลักในการร่วมกันส่งเสริมสุขภาพป้องกันและควบคุมโรคตลอดจนการรักษาพยาบาลเพื่อให้พระสงฆ์ของประเทศห่างไกลจากโรค (Office of Health Promotion Support, 2017) การขับเคลื่อนการดำเนินงานวัดส่งเสริมสุขภาพผ่านเกณฑ์ จำนวน 15,078 แห่ง และมีพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด: พระอสว.) จำนวน 9,582 รูป (Bureau of Elderly Health,

Department of Health, Ministry of Public Health, 2022) ข้อมูลปี 2563 พบว่า พระสงฆ์ยังมีปัญหาสุขภาพอย่างมากโดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและไขมันในเลือดสูง จากการคัดกรองสุขภาพพระสงฆ์ในวัด จำนวน 9,798 แห่ง พบว่า พระสงฆ์ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีความเสี่ยงและป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 39.0 ป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 6.0 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 11.0 (Inspection Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health,2020) สาเหตุส่วนหนึ่งเกิดจากพฤติกรรมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารหวาน มันเค็ม ที่รับใส่บาตรทำบุญจากประชาชน พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่น การสูบบุรี่ การดื่มกาแฟ การบริโภคเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม รวมทั้งค่านิยมทางโลกธรรม การปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาลและการเข้าไม่ถึงระบบบริการทางสุขภาพ หรือขาดญาติพี่น้องดูแล เป็นต้น ซึ่งจากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ ปี พ.ศ.2565 จำนวน18,496 รูป พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 25.48 (Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2023)

การแก้ไขปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์เป็นเพียงโครงการเฉพาะกิจ ที่ขาดระบบกลไกการดำเนินงาน ขาดการบูรณาการกับภาคส่วนต่าง ๆ อย่างจริงจัง และมีการดำเนินงานเฉพาะในบางพื้นที่เท่านั้น ปัญหาในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข รวมทั้งขาดการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร หากไม่มีการพัฒนากระบวนการส่งเสริมและการดูแลพระสงฆ์ในด้านสุขภาพจะส่งผลทำให้กลไกในการสืบทอดพระพุทธศาสนา และการพัฒนาความดีงามด้านคุณธรรมจริยธรรม ที่สำคัญยิ่งของประเทศไทยก็จะอ่อนแอลง จากสถานการณ์สุขภาพพระสงฆ์ดังกล่าว รัฐบาลจึงเล็งเห็นความสำคัญของสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งสอดคล้องมติมหาเถรสมาคมที่ 191/2560 และมติสมัชชาแห่งชาติครั้งที่ 5 ให้มีการขับเคลื่อนงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่ต้องได้รับการดูแลเสริมสร้างทักษะการดำรงชีวิตการเรียนรู้และการพัฒนาตลอดช่วงชีวิต เพื่อเป็นคนไทยที่มีศักยภาพมีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมอยู่ดีมีสุข

(Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health, 2023)

จังหวัดอุตรดิตถ์ ในอำเภอพิชัย มีวัดจำนวน 46 วัด สำนักสงฆ์จำนวน 11 แห่ง ที่พักสงฆ์ 8 แห่ง มีพระสงฆ์จำนวน 378 รูป (Pichai District Sangha Council, Uttaradit Province, 2023) ในปี พ.ศ.2565 สถานการณ์การเจ็บป่วยของพระภิกษุและสามเณร ในอำเภอพิชัย ผลการสำรวจพระภิกษุและสามเณรจำนวน 240 รูป พบว่าเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 43.75 (105 รูป) โดยเป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 26.25 (63 รูป) โรคเบาหวาน ร้อยละ 17.50 (42รูป) และต่อมาในปี พ.ศ.2566 การสำรวจพระภิกษุและสามเณรจำนวน 255 รูป เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 44.71 (114 รูป) โดยจำนวนนี้ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 56.14 (64 รูป) โรคเบาหวาน ร้อยละ 43.86 (50 รูป) (Uttaradit Provincial Public Health Office, 2023) จากข้อมูลเห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มพระสงฆ์ มีความชุกสูงถึงเกือบร้อยละ 45 ดังนั้นจึงเป็นกลุ่มที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคไม่ติอต่อเรื้อรังอย่างเร่งด่วนเพื่อการป้องกันภาวะแทรกซ้อนด้านสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นต่อไปในระยะยาว

ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ จากงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า มีหลายปัจจัย เช่น การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Mheeaium & Kanokthet, 2020; Sifa, 2017) การวิจัยที่จังหวัดตรัง (Pitakphupha, 2015) พบว่า ปัจจัยโรคประจำตัว การได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้และทัศนคติ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) (Petchphoom, 2019) เป็นแนวคิดที่เชื่อว่าบุคคลจะแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคเมื่อมีการรับรู้การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคของการการป้องกันโรค จากปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีความชุกสูงในพระสงฆ์ ในอำเภอพิชัย เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน และไม่เคยมีกรวิจัยในพื้นที่นี้มาก่อน ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ โดยนำปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวน พรรษา ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม ตำแหน่งพระสังฆาธิการ การมีโรคประจำตัว และปัจจัยด้านการรับรู้จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มาร่วมเป็นตัวแปรอิสระเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นประโยชน์ต่อการกำหนดมาตรการสร้างเสริมสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์และสามเณรในอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ อันจะนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี และเพื่อรักษาพระภิกษุสงฆ์และสามเณรให้เป็นกำลังหลักที่สำคัญในการจรรโลงพระพุทธศาสนาให้มีความมั่นคงและยั่งยืนถาวรต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.ศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

2.วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยการรับรู้ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์

สมมติฐานการวิจัย

1.ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาทางโลก การศึกษาทางธรรม ตำแหน่งพระสังฆาธิการที่ได้รับ โรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์

2. ปัจจัยด้านการรับรู้ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์

นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง การแสดงออกพฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง พฤติกรรมการจัดการอารมณ์และความเครียด ใน 1 สัปดาห์ ของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ประเมินตามการรายงานด้วยตนเองจากคำตอบแบบสอบถาม

การรับรู้ หมายถึง ระดับความคิดเห็นของพระภิกษุสงฆ์กลุ่มตัวอย่างต่อข้อความในแบบสอบถาม ซึ่ง

แบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจากพฤติกรรม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ประเมินโดยแบบสอบถาม

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (analytical cross-sectional research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พระสงฆ์จำพรรษาอยู่ที่วัดในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 378 รูป (ข้อมูลในปี 2566) กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ พระสงฆ์จำพรรษาอยู่ที่วัดในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 191 รูป จำพรรษาอยู่วัดในเขตอำเภอพิชัย ในระหว่างเดือน มกราคม ถึง พฤษภาคม พ.ศ.2568 การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างประเภทการใช้การประมาณค่าเฉลี่ยกลุ่มประชากรแบบทราบขนาดประชากร (Estimating a Finite Population Mean) ตามหลักการคำนวณกลุ่มตัวอย่างของ n4 studies (Ngamjarus et al, 2016) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 มีสูตรดังนี้

$$n = \frac{N\sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}{d^2(N-1) + \sigma^2 z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}}$$

โดย n = กลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร พระสงฆ์ในเขตอำเภอพิชัย จำนวน 378 รูป

Z α/2 = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติระดับความเชื่อมั่น 95% มีค่า=1.96

σ = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของตัวแปรผลลัพธ์หลักที่ต้องการศึกษา งานวิจัยนี้ใช้ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยของเปรมกมล ศรีมงคลและคณะ (Sirimongkon, P., et al, 2024) มีค่าเท่ากับ 0.89

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ผู้วิจัยยอมรับได้ ร้อยละ 10 ของค่า S.D. ซึ่ง S.D. มีค่าเท่ากับ 0.09 หรือประมาณ 0.10

และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างขนาดเล็ก การคำนวณจึงปรับค่าขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Finite Population Correction (FPC) ผลคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 191 คน

เกณฑ์การคัดเข้าผู้เข้าร่วมวิจัย (Inclusion Criteria)

1. เป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่วัดในเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ในระหว่างปีพ.ศ. 2566 ถึง ปีพ.ศ. 2567 มาแล้วอย่างน้อย 1 พรรษา

2. มีสติสัมปชัญญะดี ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือปัญหาการมองเห็น

3. สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี

4. ยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมวิจัย (Exclusion Criteria)

1. พระสงฆ์ที่ย้ายวัดไปจำพรรษาที่วัดอื่นนอกเขตอำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ ในระหว่างเก็บข้อมูลวิจัย

2. พระสงฆ์ที่ลาสิกขา หรือ มรณภาพ

การสุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ ใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิชนิดสัดส่วน (proportionate stratified random sampling) โดยแบ่งประชากรตามตำบล จากนั้นคำนวณจำนวนตัวอย่างในแต่ละตำบลตามสัดส่วนประชากร แล้วสุ่มตัวอย่างภายในตำบล โดยจัดทำทะเบียนรายชื่อพระสงฆ์ทั้งหมดตามตำบล 11 ตำบล เรียงรายชื่อตามลำดับทีละตำบล ใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic sampling) ภายในแต่ละตำบล โดยจับฉลากลำดับที่เริ่มต้นการสุ่มลำดับแรก แล้วสุ่มเป็นช่วงตามที่กำหนดจนได้ตัวอย่างครบตามจำนวนในแต่ละตำบล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 6 ข้อ ส่วนที่ 2) ปัจจัยการรับรู้ 40 ข้อ ผู้วิจัยสร้างคำถามตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 4 ด้านๆละ 10 ข้อ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ คำตอบเป็นมาตรประมาณค่าลิเคิร์ท 5 ระดับ (1=ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2=ไม่เห็นด้วย 3= ไม่แน่ใจ 4= เห็นด้วย 5=เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และ ส่วนที่ 3) พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ คำตอบการปฏิบัติ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (5=เป็นประจำ 4= บ่อยครั้ง 3=บางครั้ง 2=นานๆครั้ง 1=ไม่เคยเลย)

การแปลผลคะแนนเฉลี่ยตัวแปรการรับรู้โดยรวมและรายด้าน และตัวแปรพฤติกรรมสุขภาพ เป็น 3

ระดับตามแนวทางของเบสส์ (Best, 1977) มีเกณฑ์คะแนนดังนี้ 1.00 – 2.33 คะแนน อยู่ในระดับต่ำ 2.34 – 3.66 คะแนน อยู่ในระดับปานกลาง และ 3.67 – 5.00 คะแนน อยู่ในระดับสูง

การตรวจคุณภาพของเครื่องมือ

บบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน มีค่า IOC รายข้อระหว่าง 0.67 – 1.00 และหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์อำเภอใกล้เคียงที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 รูป วิเคราะห์โดยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค แบบสอบถามส่วนที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 และส่วนที่ 3 มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87

การเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับการรับรองการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เก็บข้อมูลดังนี้

2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังเจ้าคณะอำเภอพิชัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลวัดในพื้นที่วิจัยและชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยขออนุญาตพบกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มรายชื่อได้เพื่อให้ข้อมูลโครงการวิจัยอย่างย่อ ขอความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร นำส่งแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างและรับแบบสอบถามกลับด้วยตนเอง

4. ผู้วิจัยตรวจสอบความถูกต้องความสมบูรณ์ครบถ้วนของแบบสอบถาม ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน และไคร์สแควร์ กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ณ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL3/2567.4.1.7 เมื่อวันที่ 2 เมษายน พ.ศ. 2567 และดำเนินการวิจัยโดยยึดหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง 191 รูป พบว่า อายุระหว่าง 40-59 ปี ร้อยละ 46.60 มีจำนวนพรรษา เฉลี่ย 9.86 พรรษา ระดับการศึกษาทางโลก จบชั้นมัธยมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 81.15 ระดับการศึกษาทางธรรม มีคุณวุฒินักธรรม ร้อยละ 82.70 ตำแหน่งพระสังฆาธิการ พระสงฆ์ที่ไม่มีตำแหน่ง ร้อยละ 81.70 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 51.31 จากพระสงฆ์ที่มีโรคประจำตัว 93 รูป โรคประจำตัวที่มีมากที่สุด 3 ลำดับแรก คือ โรคความดันโลหิต ร้อยละ 56.99 รองลงมาโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 44.09 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 35.48 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

2. ระดับปัจจัยการรับรู้ของพระสงฆ์ พบว่า ปัจจัยการรับรู้โดยรวม อยู่ในระดับสูง (Mean=4.09, S.D.=0.48) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Mean=4.36, S.D.=0.55) และด้านที่คะแนนเฉลี่ยต่ำที่สุด คือการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Mean=3.72, S.D.=0.70) ดังตารางที่ 2

3. พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง (Mean=3.81, S.D.=0.55) โดยด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ การจัดการอารมณ์ อยู่ในระดับสูงทุกด้าน ดังตารางที่ 2 และเมื่อแบ่งระดับพฤติกรรมจากคะแนนเฉลี่ย พบว่า มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.45) ปานกลาง ร้อยละ 45.55 ตามลำดับ

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ($p<0.05$) พบว่า ได้แก่ โรคประจำตัว (p-value<0.001) อายุ (p-value=0.001) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค (p-value<0.001) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค (p-value<0.001) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ(p-value<0.001) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (p-value<0.001) ดังตารางที่ 3 และตารางที่ 4

อภิปรายผล

พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์อยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการ

จัดการกับความเครียดที่ดีหรือปฏิบัติบ่อยๆถึงเป็นประจำ เนื่องมาจากพระสงฆ์มีการรับรู้ในระดับสูงทุกด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การมีสุขภาพดี มีการรับรู้ความเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การฉันอาหารที่มีรสหวานจัดทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวาน และรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น การเป็นโรคความดันโลหิตสูงจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต สอดคล้องกับแนวคิดตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Petchphoom, 2019) ที่กล่าวว่า การรับรู้ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้บุคคลกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ผลวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับ การวิจัยพระสงฆ์ที่จังหวัดนครสวรรค์ (Mheeaium & Kanokthet, 2020) และการวิจัยพระสงฆ์ที่จังหวัดพิจิตร (Narathornsawaddikul & Khemkaew, 2020) พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องมาจากแบบสอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการแบ่งระดับพฤติกรรมที่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยนี้สอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด ใช้คะแนนเฉลี่ยในการแบ่งระดับพฤติกรรม แต่วิจัยของMheeaium & Kanokthet (2020) แบ่งระดับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจากคะแนนเต็ม ส่วน Narathornsawaddikul and Khemkaew (2020) สอบถามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน แตกต่างจากวิจัยนี้ มีเพียง 3 ด้าน จึงทำให้ระดับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์มีระดับแตกต่างกัน

ปัจจัยการรับรู้ของพระสงฆ์ โดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง แสดงถึงความเข้าใจของพระสงฆ์เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น อาหารหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงของโรคเบาหวาน อาหารรสเค็มหากทานบ่อยเป็นปัจจัยเสี่ยงให้เกิดโรคความดันโลหิตสูง และโรคไต เป็นต้น พระสงฆ์เห็นประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี เช่น การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การออกเดินบิณฑบาต กวาดลานวัด เดินจงกรม เป็นการบริหารร่างกายเพื่อให้สุขภาพแข็งแรงที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ ทั้งนี้เนื่องมาจากพระสงฆ์มีความเข้าใจการป้องกันโรคเบาหวานและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ดี การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพระดับสูง ประเด็นที่พระสงฆ์รับรู้ว่าเป็นอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เป็นปัญหาเชิงโครงสร้างสังคมและกฎระเบียบทางสงฆ์ที่ไม่เอื้อต่อการทำให้พระสงฆ์ดูแลสุขภาพทางกายของตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกายไม่สอดคล้องกับหลักพระธรรมวินัย การดำรงอยู่ในสมณเพศไม่เอื้อต่อการดูแลรักษาสุขภาพ เลือกอาหารไม่ได้เพราะอาหารส่วนใหญ่ได้มาจากการออกบิณฑบาต เป็นต้น ซึ่งการรับรู้อุปสรรคสูงนี้ แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์มีความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว อายุ การรับรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน อธิบายได้ว่า กลุ่มที่ไม่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพระดับสูงมากกว่ากลุ่มที่มีโรคประจำตัว เนื่องจากผู้ที่มีโรคประจำตัวปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่สม่ำเสมอทั้งด้านอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ อายุและจำนวนพรรษาที่เพิ่มขึ้นพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ลดลง เนื่องมาจากด้านร่างกายที่กำลังลดลงเมื่ออายุสูงขึ้นและบทบาทพระสงฆ์ที่มีอายุเพิ่มขึ้นรับกิจนิมนต์มากขึ้น รับประทานอาหารที่ประชาชนถวายเลือกไม่ได้จึงลดอาหารทอด อาหารหวานมันเค็มไม่ได้ งานต่างๆที่ต้องออกแรงมีลูกศิษย์ช่วยทำให้ การออกกำลังกายจึงลดลง ผลวิจัยพบว่า การรับรู้การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เนื่องมาจากความตระหนักของพระสงฆ์ที่มีการรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้องมาแล้วจึงปรับใช้ให้เหมาะกับชีวิตประจำวันของพระสงฆ์ โดยการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ มีความสัมพันธ์สูงที่สุด ซึ่งอุปสรรคของพระสงฆ์ไม่ได้เป็นเพียงความคิดว่าทำไม่ได้ แต่แสดงถึงความตระหนักรู้บริบทของตนเองที่ปฏิบัติไม่เป็นประจำ เช่น อาหารจากการบิณฑบาตและกิจวัตรตามพระธรรมวินัย ผลวิจัยนี้สอดคล้องกับผลวิจัยของ Mheeaium and Kanokthet (2020) ศึกษาที่จังหวัดนตรสวรรค์ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ ได้แก่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ประโยชน์ และการศึกษาทางธรรม แต่ไม่สอดคล้องกันที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบ อาจเนื่องจากคำถามแตกต่างกัน ไม่สอดคล้องกับผลวิจัยของ Naratsawatsakul &

Khemkaeo (2020) ที่พบว่า อายุ และจำนวนพรรษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์

สรุป พระสงฆ์อำเภอพิชัย จังหวัดอุตรดิตถ์ มีระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับสูง (Mean= 3.81±0.55) ด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และ การจัดการอารมณ์ อยู่ในระดับสูงทุกด้าน มีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โดยรวมและรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับสูง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ (p-value<0.05) ได้แก่ โรคประจำตัว อายุ และการรับรู้รายด้านทั้ง 4 ด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านนโยบาย สำหรับผู้บริหารสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด และ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดอุตรดิตถ์ ควรมีนโยบายปรับสิ่งแวดล้อมในชุมชนเป็นชุมชนต้นแบบรณรงค์การถวายอาหารสุขภาพแก่พระสงฆ์ ร้านอาหารที่ขายอาหารใส่บาตรทำอาหารไม่หวาน ไม่มัน ไม่เค็ม

2. สำหรับบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านส่งเสริมสุขภาพในอำเภอพิชัย ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ถึงญาติโยมในชุมชนและร้านขายอาหาร เรื่องการถวายภัตตาหารที่เหมาะสมแก่พระสงฆ์

3. บุคลากรด้านงานส่งเสริมสุขภาพในอำเภอพิชัย ควรจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ในวัด ที่เหมาะสมและไม่ขัดต่อพระธรรมวินัยอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดินเพื่อสุขภาพ และท่าออกกำลังสำหรับพระสงฆ์สูงอายุ ที่สอดคล้องกับวิถีสงฆ์เพื่อรักษาสุขภาพและคุณภาพชีวิตในระยะยาว

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของพระสงฆ์ (n = 191)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	**จำนวน**	**ร้อยละ**
อายุ (ปี)		
20 - 39	48	25.13
40 - 59	89	46.60
60 ปีขึ้นไป	54	28.27
Mean = 50.31 ปี, S.D. =16.30 ปี, Min=21 ปี, Max = 90 ปี		
จำนวนพรรษา		
1-9	107	56.02
10-19	57	29.84
20-29	17	8.90
30 ขึ้นไป	10	5.24
Mean = 9.86, S.D. =9.12, Min = 1.0, Max = 55.0		
ระดับการศึกษาทางโลก		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	77	40.31
มัธยมศึกษา	78	40.84
ปริญญาตรีขึ้นไป	36	18.85
ระดับการศึกษาทางธรรม(แผนกธรรม)		
ไม่มีคุณวุฒินักธรรม	33	17.28
มีคุณวุฒินักธรรม	158	82.72
นักธรรมชั้นตรี	43	27.22
นักธรรมชั้นโท	20	12.66
นักธรรมชั้นเอก	95	60.12

คุณลักษณะส่วนบุคคล	**จำนวน**	**ร้อยละ**
ตำแหน่งพระสังฆาธิการ		
ไม่มีตำแหน่ง	156	81.68
มีตำแหน่ง (ตอบได้มากกว่า1 ตำแหน่ง)	35	18.32
ตำแหน่งระดับวัด (n=35)	28	80.00
ตำแหน่งระดับตำบล (n=35)	4	11.43
ตำแหน่งระดับจังหวัด (n=35)	3	8.57
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	98	51.31
มีโรคประจำตัว (ตอบได้มากว่า 1 โรค)	93	48.69
โรคความดันโลหิตสูง (n=93)	53	56.99
โรคเบาหวาน (n=93)	33	35.48
โรคหัวใจ (n=93)	9	9.68
โรคไขมันในเลือดสูง (n=93)	41	44.09
โรคปอด/หอบหืด (n=93)	12	12.90
โรคถุงลมโป่งพอง (n=93)	2	2.15
โรคเก๊าต์ (n=93)	13	13.98
โรคมะเร็ง (n=93)	2	2.15
โรคกระเพาะอาหาร (n=93)	7	7.53
อื่นๆ (จิตเวช,ต่อมลูกหมากโต,ไทรอยด์,ภูมิแพ้) (n=93)	4	4.30

ตารางที่ 2 ระดับปัจจัยการรับรู้ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ (n = 191)

ตัวแปร	Mean	S.D.	ระดับคะแนนเฉลี่ย
การรับรู้โดยรวม	**4.09**	0.48	สูง
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	4.16	0.54	สูง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	4.11	0.60	สูง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	4.36	0.55	สูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	3.72	0.70	สูง
พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวม	**3.81**	**0.55**	**สูง**
ด้านอาหาร	3.73	0.60	สูง
ด้านการออกกำลังเคลื่อนไหวร่างกาย	3.89	0.66	สูง
ด้านการจัดการอารมณ์	3.81	0.68	สูง

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ (n=191)

		ระดับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ		Chi-square	
		สูง	ปานกลาง		
ตัวแปร	จำนวน	n (%)	n (%)	(df)	p-value
ระดับการศึกษาทางโลก				0.85(2)	0.654
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	77	40(51.9)	37(48.1)		
มัธยมศึกษา	78	42(53.8)	36(46.2)		
ปริญญาตรีขึ้นไป	36	22(61.1)	14(38.9)		
ระดับการศึกษาทางธรรม				2.40(1)	0.121
ไม่มีคุณวุฒินักธรรม	33	22(66.7)	11(33.3)		
มีคุณวุฒินักธรรม	158	82(51.9)	76(48.1)		
ตำแหน่งพระสังฆาธิการ				0.13(1)	0.723
ไม่มีตำแหน่ง	156	84(53.8)	72(46.2)		
มีตำแหน่ง	35	20(57.1)	15(42.9)		
โรคประจำตัว				13.50(1)	<0.001
ไม่มีโรคประจำตัว	98	66(67.3)	32(32.7)		
มีโรคประจำตัว	93	38(40.9)	55(59.1)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ จำนวนพรรษา การรับรู้รายด้าน กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ (n= 191)

ตัวแปร	r^A	p-value	ระดับความสัมพันธ์
อายุ (ปี)	-0.243**	0.001	ทางลบระดับต่ำ
จำนวนพรรษา	-0.067	0.360	ไม่สัมพันธ์
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค	0.446**	<0.001	ระดับปานกลาง
การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค	0.379**	<0.001	ระดับปานกลาง
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	0.344**	<0.001	ระดับปานกลาง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ	0.568**	<0.001	ระดับปานกลาง

หมายเหตุ: A=สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน , ** p-value = 0.001

เอกสารอ้างอิง (ภาษาอังกฤษ)

Best, J. W. (1977). *Research in education*. Prentice-Hall.

Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2022). *Training manual for the monk health caregiver program (Temple Health Volunteer Monks—THVM)* (4th ed.; W. Banphuan, Ed.). Office of the War Veterans Organization Printing.

Bureau of Elderly Health, Department of Health, Ministry of Public Health. (2023). *Operational manual for the survey of desirable health behaviors among monks*. https://drive.google.com/drive/folders/

Chetta Ngamjarus, C., Chongsuvivatwong, V., & McNeil, E.. (2016). n4Studies: Sample Size Calculation for an Epide-miological Study on a Smart Device. Siriraj Med J.; 68 :160-170.

Chiraphakphong, C., Suwannapha, C., Mongkolphiphatphon, P., & Attawongkhana, P. (2019). Monk well-being: Development of a Buddhist-based well-being model integrating public health for improving quality of life in Lampang province. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and Arts), 12*(6), 1127–1247.

Inspection Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (2020). *Inspection report*. Ministry of Public Health.

Meeam, P., & Kanoket, T. (2020). Factors affecting health behaviors of Buddhist monks in Takhli district, Nakhon Sawan province. *Journal of Nakhon Lampang Buddhist College*, *9*(3), 1–12.

Naratsawatsakul, C., & Khemkaeo, P. (2020). A study of factors related to health-promoting behaviors of Buddhist monks in Phichit province. Phichit Provincial Public Health Research and Academic Journal, 1(1), 1–15.

National Health Commission Office. (2017). National Health Charter for Buddhist Monks B.E. 2560 (2017). O.S. Printing House.

Office of Health Promotion Support. (2017). Non-Communicable Disease Surveillance Report 2017. Ministry of Public Health, Thailand. https://ddc.moph.go.th/uploads/publish /10166202 00522094814.pdf

Petchphoom, J. (2019). *Health behavior: Concepts, theories, and applications* (3rd ed.). Naresuan University Press.

Pichai District Sangha Council, Uttaradit Province. (2023). *Registry and summary report of monks, novices, and temple residents in the ecclesiastical administrative area of Pichai District, Uttaradit Province* [Unpublished document].

Pitakphupha, S. (2015). *Factors associated with dietary health behaviors among monks in health-promoting temples and non-health-promoting temples in Trang Province* [Master's thesis, Sirindhorn College of Public Health, Trang].

Sifa, S. (2017). Health-promoting behaviors of Buddhist monks in Pattani Province [Master's thesis, Prince of Songkla University].

Sirimongkon, P., Wungrath, J., Boonchieng, W. (2024) The Relationship between Food consumption behavior and Nutritional status among Buddhist Monks, Mueang District, Chiang Mai Province. Lanna Journal of Health Promotion and Environmental Health. 14 :108-120

Uttaradit Provincial Public Health Office. (2023). *Survey report on monks' morbidity.*