วารสารพิพัฒนสังคม ปีที่ 2 ฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม - เดือนเมษายน พ.ศ. 2568)

Research Articles

ความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในวัดเขตสาทร กรุงเทพมหานคร

Expectations of Health Welfare Services Provided for Monks in Temples within the Sathorn District, Bangkok

สุคนธ์ มั่นคงวาจา[1,*] และ วิไลลักษณ์ อยู่สำราญ[2]

Sukol Mankhongwaja[1,*] and Wilailak Yoosamran[2]

[1] หลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; Master of Social Work Program, Faculty of Social Administration, Thammasat University; email: sukol.sm@gmail.com

[2] อาจารย์ ดร. ประจำหลักสูตรสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต, คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; Lecturer Dr. in Master of Social Work Program, Faculty of Social Administration, Thammasat University; email: wilailakyoosamran@gmail.com

* Corresponding author email: sukol.sm@gmail.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: มุ่งศึกษาความคาดหวังการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ต่อวัดในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาระดับความคาดหวังของพระสงฆ์ต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพ และ (2) ศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกับคาดหวังการจัดสวัสดิการสุขภาพของพระสงฆ์ต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพของวัดในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ จากกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร จำนวน 170 รูป ผ่านแบบสอบถามความคาดหวังการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบ t-tests และ F-tests โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อค้นพบ: พระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 37.10) และมีระยะพรรษา 1-10 ปี (ร้อยละ 62.40) โดยส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางคณะสงฆ์ (ร้อยละ 89.40) และภูมิลำเนาส่วนใหญ่มาจากภาคเหนือ (ร้อยละ 28.20) ระดับความคาดหวัง พบว่า (1) พระสงฆ์มีความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพมากที่สุดในด้านการรักษาสุขภาพ ($\overline{X}$ = 4.22, S.D. = 0.595) รองลงมาอยู่ในระดับมาก ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ($\overline{X}$ = 4.19, S.D. = 0.528) การป้องกันสุขภาพ ($\overline{X}$ = 4.19, S.D. = 0.581) และด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ($\overline{X}$ = 4.11, S.D. = 0.632) (2) ระดับการศึกษาแผนกสามัญศึกษา (sig = .026) และแผนกบาลี (sig = .038) ที่แตกต่างกันมีความคาดหวังแตกต่างกัน และเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ระดับการศึกษาแผนกสามัญศึกษาของพระสงฆ์ที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังด้านการป้องกันสุขภาพ การรักษาสุขภาพ (sig = .026) และการฟื้นฟูสุขภาพ (sig = .012) แตกต่างกัน และพระสงฆ์ที่เปรียญธรรมที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังด้านการป้องกันสุขภาพ (sig = .015) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Received: December 6, 2024 Revised: January 5, 2025 Accepted: January 6, 2025

การประยุกต์ใช้จากการศึกษานี้: ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายและแผนการจัดสวัสดิการสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ในเขตสาทรและพื้นที่อื่น ๆ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดระบบสวัสดิการสุขภาพที่มีความครอบคลุม เท่าเทียม และตอบสนองต่อความต้องการของพระสงฆ์ได้อย่างแท้จริง
คำสำคัญ: ความคาดหวัง; สวัสดิการสุขภาพ; พระสงฆ์

Abstract

Purpose: This study aims to study expectations of health welfare services provided for monks in temples within the Sathorn district, Bangkok, with two objectives: (1) to study expectations of health welfare services provided for monks and (2) to compare the mean differences in these expectations based on specific demographic and educational characteristics of the monks.

Methodology: This is a quantitative research study conducted with a sample of 170 monks residing in temples within the Sathorn District, Bangkok. Data were collected using a structured questionnaire designed to measure expectations of health welfare services. Statistical analyses included t-tests and F-tests, with a significance level set at .05.

Findings: The majority of the monks surveyed were aged 21–30 years (37.10%), had been ordained for 1–10 years (62.40%), held no monastic administrative positions (89.4%), and primarily originated from Northern Thailand (28.20%). The results regarding levels of expectation indicated that: (1) Health care services were the most highly expected dimension ($\overline{\mathbf{X}}$ = 4.22, S.D. = 0.595), followed by: Health promotion services ($\overline{\mathbf{X}}$ = 4.19, S.D. = 0.528), Health prevention services ($\overline{\mathbf{X}}$ = 4.19, S.D. = 0.581), and Health rehabilitation services ($\overline{\mathbf{X}}$ = 4.11, S.D. = 0.632), and (2) Monks with different levels of education in general secular studies (sig = .026) and Bhali studies (sig = .038) exhibited significant differences in expectations. Specifically, differences in general secular education levels were associated with varying expectations for health prevention, health care (sig = .026), and health rehabilitation services (sig = .012). Similarly, monks with different proficiency levels in Buddhist studies (Bhali) showed significant differences in expectations for health prevention services (sig = .015). All findings were statistically significant at the .05 level.

Applications: The findings of this study can serve as a framework for developing policies and plans to enhance the provision of health welfare services for monks, both within the Sathorn District and in other regions. The goal is to establish an inclusive, equitable, and responsive health welfare system that effectively addresses the unique needs and expectations of monks.

Keywords: Expectations; Health welfare; Monk

1. บทนำ

สถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพในสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงไปจากอดีต ทั้งนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากวิวัฒนาการและกระแสการเปลี่ยนแปลงของโลก อาทิ ความเจริญก้าวหน้าทางด้านเทคโนโลยี การติดต่อสื่อสาร การคมนาคม รวมถึงความเจริญทางด้านวิทยาศาสตร์และทางการแพทย์ ซึ่งมีบทบาทสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ (อัญชลี แก้วสระศรี, รัตนา นิลเลือม, และชุลีพร หีตอักษร, 2560, น. 160-169) กระทบต่อการเกิดโรคต่าง ๆ ทั้งโรคติดต่อ (Communicable Disease: CD) เช่น โรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบีและซี วัณโรค หรือโรคเรื้อน เป็นต้น และโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Disease: NCDs) โดยสาเหตุของโรคส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ อาทิ การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย รวมถึงการจัดการอารมณ์และความเครียด ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเกิดขึ้นได้กับทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมพฤติกรรมการรับประทานอาหารได้ยากอย่างพระสงฆ์ที่ต้องปฏิบัติตนตามหลักพระธรรมวินัย (ฐาปะณี คงรุ่งเรือง, 2565, น. 1)

พระสงฆ์เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่เป็นผู้เสียสละออกจากเรือนเพื่อเป็นนักบวชตามพระพุทธเจ้า โดยต้องปฏิบัติตนตามธรรมและวินัยที่กำหนดไว้เฉพาะสำหรับพระสงฆ์จำนวน 227 ข้อ ซึ่งภายใต้การดำเนินชีวิตและการประพฤติปฏิบัติตนในฐานะนักบวชหรือสมณเพศนั้นไม่สามารถทำธุรกิจหรือประกอบอาชีพอื่นได้ ต้องอาศัยการรับประทานอาหารที่ได้จากการบิณฑบาตเพื่อดำรงชีพให้ร่างกายสามารถดำรงอยู่ได้ ตามหลักพระธรรมวินัยได้ระบุไว้ว่า “พระสงฆ์ห้ามรังเกียจหรือปฏิเสธอาหารที่พุทธศาสนิกชนถวาย” (พีระพล หมีเอี่ยม และธนัช กนกเทศ, 2563, น. 2-3) แต่อาหารส่วนใหญ่ที่ได้รับจากการบิณฑบาตร้อยละ 90 เป็นอาหารที่มีส่วนประกอบของน้ำตาล น้ำมัน เกลือ กะทิ และโซเดียมในปริมาณมาก เช่น แกงเขียวหวาน พะโล้ ผัดกะเพรา ของทอด อาหารที่มีรสจัด รวมถึงน้ำปานะหรือเครื่องดื่มที่พระสงฆ์และสามเณรได้รับอนุญาตให้ฉัน (รับประทาน) หลังมื้อเพล (มื้ออาหารเที่ยง) ซึ่งมีรสชาติหวาน อาทิ กาแฟกระป๋อง ชาเขียว เครื่องดื่มชูกำลัง ซึ่งอาหารที่ได้รับจากการบิณฑบาตเหล่านี้ล้วนเสี่ยงต่อการอาพาธด้วยโรคอ้วน หรือโรคเบาหวานถึงร้อยละ 45 (กรมอนามัย, 2560) อันจะนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงได้ในภายหลัง โดยจากการศึกษากลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ พบว่า ร้อยละ 65.23 มีภาวะโภชนาการเกิน โดยจัดอยู่ในภาวะกลุ่มเสี่ยงร้อยละ 18.36 มีภาวะอ้วนในระดับที่ 1 ร้อยละ 31.85 และภาวะอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 15.02 (โกนิฏฐ์ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิตย์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์, 2564 น. 1798)

ปัจจุบันพบว่า พระสงฆ์ว่ามีอัตราสุขภาพดีลดน้อยลง จากผลการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ ปี พ.ศ. 2565 พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ 25.58 ส่งผลให้พระสงฆ์ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และภาวะไขมันในเลือดสูง พระสงฆ์นั้นไม่สามารถเลือกฉันอาหารเองได้ ต้องฉันอาหารตามที่ฆราวาสตักบาตรหรือนำอาหารมาถวาย ประกอบกับสถานภาพของพระสงฆ์ที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย ส่งผลอย่างยิ่งต่อความเสี่ยงในการเกิดโรค (กรมอนามัย, 2560) สะท้อนได้จากสถิติย้อนหลัง 3 ปี (พ.ศ. 2556-2558) ของพระสงฆ์ที่ใช้บริการโรงพยาบาลสงฆ์ ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 100,000 รูปต่อปี และผู้ป่วยในเฉลี่ย 5,000 รูปต่อปี และมีอัตราครองเตียงค่อนข้างนานกว่าผู้ป่วยทั่วไป อันเป็นสภาวะที่ไม่ปกติของการอาพาธในกลุ่มพระสงฆ์ นอกจากนี้ ข้อมูลการสำรวจสุขภาพพระสงฆ์ของโรงพยาบาลสงฆ์ ในปี พ.ศ. 2559 ที่ได้คัดกรองสุขภาพพระสงฆ์สามเณรจาก 41,142 วัด จำนวน 138,715 รูปทั่วประเทศ พบว่า กลุ่มพระสงฆ์มีอัตราสุขภาพดีลดน้อยลงเหลือร้อยละ 52.30 จากร้อยละ 60.30 ในปี พ.ศ. 2549 ขณะเดียวกันพระสงฆ์อาพาธกลับมีอัตราสูงขึ้นเป็นร้อยละ 28.50 จากร้อยละ 17.50 ในปี พ.ศ. 2549 (โรงพยาบาลสงฆ์, 2562, น. 26)

ถึงแม้ปัจจุบันจะมีข้อตกลงร่วมหรือกติกาที่เป็นเจตจำนงและพันธะร่วมของพระสงฆ์ คณะสงฆ์ ชุมชน สังคม และหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วน เพื่อเป็นกรอบและแนวทาง การส่งเสริมสุขภาวะพระสงฆ์ในทุกระดับ และส่งเสริมบทบาทของพระสงฆ์ในการเป็นผู้นำด้านสุขภาวะของชุมชนและสังคม หรือที่เรียกว่า ธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 แต่ผลในทางปฏิบัติจริงกลับพบว่า พระสงฆ์ยังไม่ได้รับการดูแลด้านสุขภาพเท่าที่ควร โดยเฉพาะการคัดกรองโรค เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี รวมทั้งขาดการประชาสัมพันธ์ การสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ และที่สำคัญ คือ แนวทางในการปฏิบัติยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร (วิภาวดี สีตนไชย และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์, 2564, น. 110)

ดังนั้น การจัดสวัสดิการสุขภาพของรัฐ หรือหน่วยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องไม่ควรละเลยประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับความคาดหวังของบุคคล ทั้งความคิด ความเชื่อ ความต้องการ และความปรารถนาที่เกิดขึ้น โดยความคาดหวังอาจมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ วิจารณญาณ หรือจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล การจัดสวัสดิการที่ดีควรคำนึงถึงความต้องการตามความหลากหลายของวิถีชีวิต ประเพณี ความเชื่อ และค่านิยม ทั้งเป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลได้สะท้อนความคิดเห็น ความคาดหวังหรือความต้องการของตนเองก่อนที่จะมีการดำเนินการจัดสวัสดิการนั้น ๆ (ระพีพรรณ คำหอม, 2557, น. 20) เช่นเดียวกับการจัดสวัสดิการสุขภาพของพระสงฆ์ที่ต้องคำถึงถึงความคาดหวังอันเป็นลักษณะของความคิด ความเชื่อ รวมถึงเป็นความต้องการและความปรารถนาที่อยากให้เกิดขึ้น ฉะนั้นความคาดหวังจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่จะสร้างสวัสดิการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการของพระสงฆ์แต่ละรูป รวมถึงมีความครอบคลุม สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างเสมอภาคและมีความเท่าเทียมกัน

การจัดสวัสดิการสุขภาพพระสงฆ์ที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานและสอดคล้องกับบริบทของพระสงฆ์จำเป็นต้องมีการทำงานแบบแนวราบ โดยเปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมแสดงความคิดเห็นและวิพากษ์ เพื่อให้เข้าใจความคาดหวังที่เป็นจุดเริ่มต้นสำคัญในการจัดบริการ (ชิษณุกร พรภานุวิชญ์, 2540, น. 6; เบญจา นิลบุตร, 2540, น. 10; สิริวรรค์ อัศวกุล, 2528, น. 1) อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบันยังไม่มีการจัดสวัสดิการสำหรับพระสงฆ์อย่างชัดเจน การศึกษาความคาดหวังจึงเริ่มต้นที่พื้นที่ต้นแบบ เช่น เขตสาทร ซึ่งมีวัดเพียง 5 แห่ง ได้แก่ วัดยานนาวา วัดสุทธิวราราม วัดปรกยานนาวา วัดบรมสถล และวัดลุ่มเจริญศรัทธา และมีพระสงฆ์ 294 รูป (สำนักงานแขวงยานนาวา, 2565) วัดเหล่านี้มีปัจจัยสนับสนุนความสำเร็จ ทั้งปัจจัยภายใน เช่น ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์ และปัจจัยภายนอก เช่น ความร่วมมือจากองค์กรภาครัฐและเอกชน เช่น วัดสุทธิวราราม ที่เป็นศูนย์วิจัยสุขภาพพระสงฆ์และได้รับการสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสำนักงานเขตสาทร (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2562; วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี, 2565)

ดังนั้น การศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญในการเริ่มต้นการศึกษาความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพของพระสงฆ์ในวัดเขตสาทร กรุงเทพมหานคร ซึ่งผลจากการศึกษามีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาและต่อยอดสู่การสร้างสวัสดิการสุขภาพสำหรับพระสงฆ์โดยองค์กรพระสงฆ์เอง รวมถึงเป็นดำเนินการเชิงนโยบายระดับวัดหรือระดับคณะสงฆ์ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดสวัสดิการสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ที่มีกิจลักษณะหรือเป็นระบบมากยิ่งขึ้น

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาระดับความคาดหวังของพระสงฆ์ต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพของวัดในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร

2.2 เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกับคาดหวังการจัดสวัสดิการสุขภาพของพระสงฆ์ต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพของวัดในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร

3. ทบทวนวรรณกรรม/เอกสารงานที่เกี่ยวข้อง

3.1 ทฤษฎีความคาดหวัง

ความคาดหวัง (Expectation) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะต่อบุคคลอื่นหรือสิ่งอื่น รวมถึงเป็นความต้องการและความปรารถนาที่เกิดขึ้นภายใน ซึ่งจะก่อให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำสิ่งต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่เฉพาะเจาะจง มีทิศทางและเป้าหมายของตนเองอย่างชัดเจน โดยความคาดหวังหรือการคาดการณ์เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตนั้น อาจมีความแตกต่างกันตามข้อมูลที่เกิดจากประสบการณ์ วิจารณญาณ หรือจิตใต้สำนึกของแต่ละบุคคล (มะแอน ราโอบ, 2551 น. 11; วัชรพล ทิพย์สุวรรณพร, 2562; สุดารัตน์ จันทร์พุธ, 2559, น. 9; สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2556)

ความคาดหวัง ในฐานะที่เป็นความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ การตีความ หรือการคาดการณ์ของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่ง อันเป็นความปรารถนาจะให้ไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ซึ่งเป็นสภาวะภายในที่มีอยู่ตามขั้นพื้นฐานที่ความคล้ายคลึงกับความต้องการของบุคคล และเมื่อบุคคลได้รับสิ่งที่เป็นไปตามความคาดหวังแล้ว จะนำมาสู่การตอบสนองต่อพึงพอใจ และความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคลนั้นด้วย (สิริวรรค์ อัศวกุล, 2528, น. 1; ชิษณุกร พรภาณุวิชญ์, 2540, น. 6; เบญจา นิลบุตร, 2540, น. 10) ความพึงพอใจและความต้องการขั้นพื้นฐานอาจมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่ปัจจัยส่วนบุคคล ภายใต้บริบททางสังคม สภาพแวดล้อม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล อาทิ ภูมิลำเนา การย้ายถิ่นฐาน ลักษณะครอบครัว ตำแหน่งทางสังคม ประสบการณ์ในอดีต ระดับการศึกษา โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุคคลซึ่งครองตนอยู่ในเพศบรรพชิต หรือพระสงฆ์ ที่มีการดำเนินชีวิตและการประพฤติปฏิบัติตนซึ่งมีความเฉพาะและแตกต่างจากบุคคลทั่วไป

ดังนั้น ความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ การตีความ หรือการคาดการณ์ของพระสงฆ์ที่มีต่อสิ่งหนึ่ง อันเป็นไปเพื่อตอบสนองความพึงพอใจและความต้องการ จึงมีความแตกต่างจากบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพซึ่งเป็นสวัสดิการสังคมประเภทหนึ่ง ที่เป็นระบบการจัดบริการซึ่งสามารถช่วยให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และสาธารณสุข อันเป็นโครงการพื้นฐานที่เป็นประโยชน์และตอบสนองความจำเป็นขั้นพื้นฐานต่อวิถีชีวิตหรือการดำเนินชีวิตสำหรับสังคมในทุกระดับ การศึกษาความคาดหวังของพระสงฆ์ครั้งนี้ จะเห็นซึ่งความแตกต่างของความคาดหวัง อันมาจากฐานความรู้สึก ความคิดเห็น การรับรู้ การตีความ หรือการคาดการณ์ของพระสงฆ์ต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพในวัดเขตสาทร กรุงเทพมหานคร

3.2 แนวคิดเกี่ยวกับการจัดสวัสดิการสุขภาพโดยชุมชน

การจัดสวัสดิการโดยองค์กรชุมชน เป็นการจัดสวัสดิการจากฐานทรัพยากร เพื่อให้ทุกคนมีความมั่นคงในชีวิต เป็นการเกื้อกูลและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดสวัสดิการสุขภาพโดยชุมชน เรียกได้ว่า เป็นบริการด้านสุขภาพซึ่งเกิดจากการที่ชุมชนได้เล็งเห็นถึงความสำคัญเกี่ยวกับสุขภาพของคนในชุมชน ซึ่งในการจัดบริการดังกล่าวนั้น ต้องคำนึงถึงความจำเป็นหรือความต้องการ และสภาพปัญหาของบุคคลที่เป็นผู้ใช้บริการอีกด้วย โดยการที่บุคคลได้รับการจัดบริการด้านสุขภาพหรือได้รับ การสนับสนุนด้านสุขภาพที่ดีตั้งแต่ในระดับของครอบครัวและระดับชุมชน หรือการบริการสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health of Care Level: PHC) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพที่ดีและลดการเกิดปัญหาด้านสุขภาพ เนื่องจากเป็นการบริการสาธารณสุขที่ดำเนินการ โดย

ประชาชนหรืออาสาสมัครและสามารถดำเนินการได้ในระดับชุมชน อันนำมาสู่การจัดสวัสดิการสุขภาพที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับขนบธรรมเนียมและความต้องการของชุมชน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่จะขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อนำไปสู่สุขภาวะ หรือภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ ปัญญา และสังคม ที่เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล (พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2550; สุนุตตรา ตะบูนพงศ์, ม.ป.ป., น. 15) โดยปัจจุบันพบว่า การจัดบริการ ด้านสุขภาพต้องครอบคลุมใน 4 มิติ ประกอบด้วย การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ (มยุรี ผิวสุวรรณ, ดารณี สุวพันธ์, ปิยมาส อุมัษเฐียร, วิไลภรณ์ โคตรบึงแก, Barney และ Karen, 2556, น. 4)

การจัดสวัสดิการสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์หรือหน่วยงานของรัฐและเอกชน แต่ยังรวมถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการบูรณาการหลักการทางพระพุทธศาสนาเข้ากับแนวทางการดูแลสุขภาพองค์รวมของกระทรวงสาธารณสุข เช่น การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในวัด การมีแกนนำพระสงฆ์ดูแลด้านสุขภาพ และการจัดสวัสดิการในรูปแบบต่าง ๆ โดยองค์กรด้านสุขภาพและชุมชนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนด้านการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู รวมถึงการเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชนเกี่ยวกับการสนับสนุนสุขภาพพระสงฆ์ เช่น การถวายสังฆทานที่มีคุณภาพและการจัดงานบุญที่ปลอดอบายมุข ดังนั้น การจัดสวัสดิการสุขภาพของพระสงฆ์ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่ควรสอดคล้องกับวิถีชีวิตและบริบทของพระสงฆ์เอง การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนช่วยสร้างระบบบริการสุขภาพที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของพระสงฆ์ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ การศึกษาความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพในวัดเขตสาทร กรุงเทพมหานคร สะท้อนถึงความสำคัญของบทบาทชุมชนในการสร้างระบบสุขภาพที่ตอบโจทย์ปัญหาและความต้องการของพระสงฆ์อย่างยั่งยืน

สรุปแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมทำให้เห็นถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อความคาดหวังของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับประเด็นด้านสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป กล่าวคือ บุคคลมีความคาดหวังด้านการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสุขภาพที่แตกต่างกันออกไป โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล โดยปัจจัยเหล่านี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการพิจารณาความต้องการและความคาดหวังด้านสุขภาพที่เฉพาะของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในการจัดสวัสดิการสุขภาพ โดยผู้วิจัยจึงเห็นตัวแปรสำคัญที่สามารถนำมาศึกษาความคาดหวังด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตสาทรให้มีความสอดคล้องกับบริบทของพระสงฆ์ คือ (1) อายุ (2) พรรษา (3) ระดับการศึกษา (4) ตำแหน่งทางคณะสงฆ์ (5) ภูมิลำเนา (6) ประสบการณ์การได้รับสวัสดิการสุขภาพ (7) การย้ายวัด และ (8) ลักษณะครอบครัว อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาเพื่อกำหนดตัวแปรสำคัญในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มต่าง ๆ อาทิ พระภิกษุ ผู้สูงอายุ บุคลากรภาครัฐและเอกชน ได้กล่าวถึงความต้องการและความคาดหวังด้านการดูแลสุขภาพและสวัสดิการสุขภาพดังนี้

1) ความคาดหวังด้านการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล และ การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ

2) ความต้องการและความคาดหวังด้านการป้องกันสุขภาพ เช่น การป้องกันไม่ให้เกิดโรค (ระดับปฐมภูมิ) การป้องกันในระยะที่มีโรค (ระดับทุติยภูมิ) และการป้องกันการเกิดความพิการและ การไร้สมรรถภาพ (ระดับตติยภูมิ)

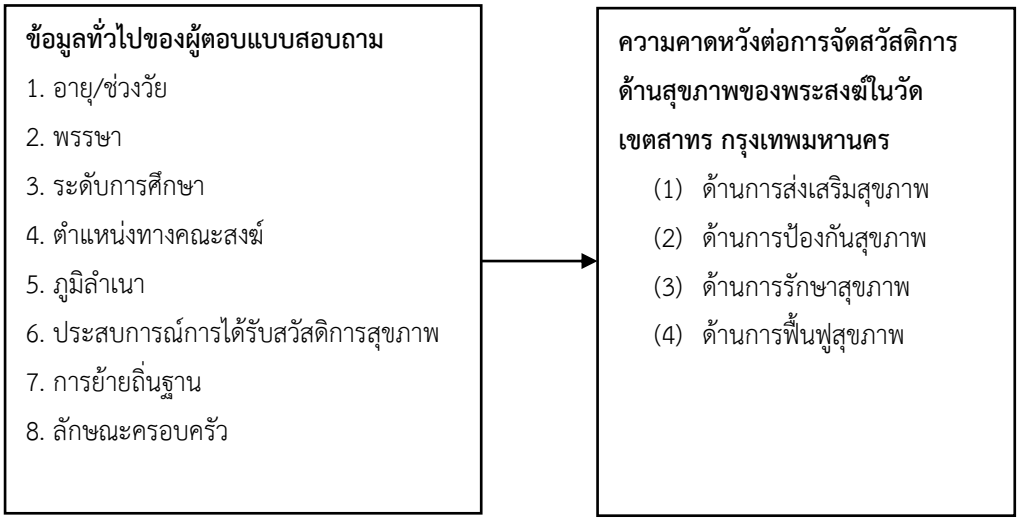
3) ความต้องการและความคาดหวังด้านการรักษาสุขภาพ เช่น การส่งตัวเข้ารับการตรวจวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษาทางการแพทย์กรณีพบโรค การได้รับการดูแลรักษาเบื้องต้น การสนับสนุนค่ารักษาพยาบาลและค่าพาหนะ รวมถึงการมีผู้ดูแล

4) ความต้องการและความคาดหวังด้านการฟื้นฟูสุขภาพ เช่น การฟื้นฟูด้านสุขภาพ การฟื้นฟูด้านการศึกษา เป็นการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และการฟื้นฟูด้านบริการทางสังคม

จากปัจจัยข้างต้นจะเห็นว่าลักษณะการดูแลสุขภาพที่ดีต้องคลอบคลุมตั้งแต่การสร้างความเข้าใจและการคาดการณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาด้านสุขภาพ การดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค รวมถึงการป้องกันการเจ็บป่วย การได้รับคำแนะนำเฉพาะแต่ละบุคคลเพื่อการเปลี่ยนแปลง ไปจนถึงการมีส่วนร่วมในการวางแผนดูแลสุขภาพ ดังนั้นงานวิจัยครั้งนี้จึงนำระบบบริการสุขภาพดังกล่าวมาประยุกต์ใช้เพื่อศึกษาระดับความคาดหวังของพระสงฆ์ที่อยู่ในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร และนำสู่การกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษา

4. กรอบแนวคิดการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดที่พัฒนาจากทฤษฎีความคาดหวัง โดยกำหนดให้ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และประสบการณ์การได้รับสวัสดิการสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความคาดหวังใน 4 ด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ การรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตสาทร



5. วิธีการศึกษา

5.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือพระสงฆ์จำนวน 294 รูป ที่ประจำอยู่ในวัด 5 แห่งในเขตสาทร ได้แก่ วัดยานนาวา วัดสุทธิวราราม วัดปรกยานนาวา วัดบรมสถล และวัดลุ่มเจริญศรัทธา ซึ่งเป็นข้อมูลจากผลสำรวจล่าสุดในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2565 (สำนักงานแขวงยานนาวา, 2565) สำหรับกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยใช้หลักการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของยามาเน่ (Yamane, 1973, p. 1088) ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 โดยนำประชากรทั้งหมดจำนวน 294 รูป มาแทนค่าสูตรการคำนวณ ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 170 รูป และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอาศัยความ

น่าจะเป็น (Probability sampling) โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ซึ่งเริ่มต้นจากการจัดทำบัญชีรายชื่อพระสงฆ์ทั้งหมดและลงรหัสไว้ จากนั้นทำการจับฉลากรายชื่อจากภาชนะปิดทึบเพื่อตอบแบบสอบถาม

5.2 เครื่องมือและการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือแบบสอบถาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม และ (2) ความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพของพระสงฆ์ในวัดเขตสาทร โดยพัฒนาแบบสอบถามจากแนวคิดการจัดสวัสดิการสุขภาพและการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งแบ่งเป็น 4 ตอน จำนวน 60 ข้อ ได้แก่ ความคาดหวังด้านการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ 20 ข้อ ความคาดหวังด้านการป้องกันสุขภาพพระสงฆ์ 14 ข้อ ความคาดหวังด้านการรักษาสุขภาพพระสงฆ์ 10 ข้อ และความคาดหวังด้านการฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ 16 ข้อ ใช้มาตราประเมินค่าแบบ Likert Scale ระดับ 5 ระดับ (มากที่สุด ถึง น้อยที่สุด) โดยแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบ IOC จากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ 30 รูปในพื้นที่ใกล้เคียง (Pilot Test) โดยผลการคำนวณค่าความน่าเชื่อถือด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าคะแนน 0.98 แสดงถึงความน่าเชื่อถือที่สูง จากนั้นได้มีการปรับคำถามให้ชัดเจนและเหมาะสมยิ่งขึ้นก่อนการเก็บข้อมูลจริง

5.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการด้วยการใช้แบบสอบถามความคาดหวังการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพที่ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้ว โดยแจกแบบสอบถามให้แก่พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างทั้ง 170 รูปในเขตสาทร

5.4 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น อายุ พรรษา ระดับการศึกษา ตำแหน่งทางคณะสงฆ์ และประสบการณ์ได้รับสวัสดิการสุขภาพ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) และค่าร้อยละ (Percent)

2) การวิเคราะห์ระดับความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพของพระสงฆ์ ใช้ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของข้อมูลทั่วไปกับระดับความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพ เพื่อการวิเคราะห์ความแตกต่างระหว่างกลุ่มตัวแปรตามวัตถุประสงค์ที่ 2 จึงใช้สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบ t-test และการทดสอบความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ .05

6. ผลการศึกษา

6.1 ข้อมูลทั่วไป

พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-30 ปี (ร้อยละ 37.10) โดยมีอายุเฉลี่ย 36.94 ปี และอายุสูงสุด 80 ปี ด้านจำนวนพรรษา พบว่า มีช่วงพรรษา 1-10 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 62.40) โดยพรรษาเฉลี่ยอยู่ที่ 11.15 พรรษา และพระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งทางคณะสงฆ์ (ร้อยละ 89.40) ด้านการศึกษา พบว่าพระสงฆ์สำเร็จการศึกษาแผนกสามัญระดับปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 32.40) และกำลังศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 63.30) ในแผนกธรรมสำเร็จนักธรรมชั้นเอกมากที่สุด (ร้อยละ 81.20) และส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นเปรียญธรรม (ร้อยละ 64.70) ด้านภูมิลำเนา พระสงฆ์ส่วนใหญ่มาจากภาคเหนือ (ร้อยละ 28.20) และเกือบครึ่งหนึ่งเคยย้ายวัด (ร้อยละ 51.80) โดยย้าย 1-5 ครั้งมากที่สุด (ร้อยละ 93.20)

ก่อนบวช พระสงฆ์ส่วนใหญ่มาจากครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 48.20) และส่วนใหญ่อยู่คนเดียวก่อนบวชเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 1.80) ด้านสุขภาพ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 80.00) สำหรับสวัสดิการด้านสุขภาพ พระสงฆ์ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับสวัสดิการจากวัด (ร้อยละ 82.90) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของพระสงฆ์ จำแนกตามคุณลักษณะส่วนบุคคล

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ราย) (N=170)	ร้อยละ (100.00)
1. อายุ		
- น้อยกว่า 21 ปี	12	7.10
- 21-30 ปี	63	37.10
- 31-40 ปี	35	20.60
- 41-50 ปี	31	18.20
- 51-60 ปี	15	8.80
- 60 ปีขึ้นไป	14	8.20
(Min = 18, Max = 80, อายุเฉลี่ย 36.94)		
2. จำนวนพรรษา		
- 1-10 พรรษา	106	62.40
- 11-20 พรรษา	43	25.30
- 21-30 พรรษา	10	5.90
- 31-40 พรรษา	6	3.50
- 41 ปีขึ้นไป	5	2.90
(Min = 1, Max = 53, จำนวนพรรษาเฉลี่ย 11.15)		
3. ตำแหน่งทางคณะสงฆ์		
- ไม่มีตำแหน่งทางคณะสงฆ์	152	89.40
- มีตำแหน่งทางคณะสงฆ์	18	10.60
4. ภูมิลำเนา		
- ภาคเหนือ	48	28.20
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	42	24.70
- ภาคกลาง	40	23.60
- ภาคใต้	8	4.70
- กรุงเทพมหานคร	32	18.80
5. การย้ายวัด		
- เคยย้ายวัด	88	51.80
- ไม่เคยย้ายวัด	82	48.20

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน (ราย) (N=170)	ร้อยละ (100.00)
6. ลักษณะครอบครัวก่อนบวชของพระสงฆ์		
- ครอบครัวเดี่ยว	82	48.20
- ครอบครัวขยาย	61	35.90
- ครอบครัวลักษณะเฉพาะ	24	14.10
- ครอบครัวลักษณะอื่น ๆ (อยู่คนเดียว)	3	1.80
7. โรคประจำตัว		
- ไม่มีโรคประจำตัว	136	80.00
- มีโรคประจำตัว	34	20.00
8. ประสบการณ์การได้รับสวัสดิการสุขภาพจากวัด		
- ไม่เคยได้รับสวัสดิการสุขภาพจากวัด	141	82.90
- เคยได้รับสวัสดิการสุขภาพจากวัด	29	17.10

6.2 ระดับความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพพระสงฆ์

จากการศึกษาความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพพระสงฆ์ในเขตสาทร พบว่า พระสงฆ์มีความคาดหวังการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพจากวัดในเขตสาทรอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.18) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า พระสงฆ์มีความคาดหวังด้านการรักษาสุขภาพอยู่ในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.22) รองลงมาเป็นด้านการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.19) และด้านการป้องกันสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.19) และมีความคาดหวังลำดับสุดท้ายคือด้านการฟื้นฟูสุขภาพ อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.11) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพระสงฆ์ตามระดับความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพพระสงฆ์

ประเด็นความคาดหวัง	$\overline{X}$	S.D.	การแปรผล
1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ	4.19	0.528	มาก
2. ด้านการป้องกันสุขภาพ	4.19	0.581	มาก
3. ด้านการรักษาสุขภาพ	4.22	0.595	มากที่สุด
4. ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	4.11	0.632	มาก
ภาพรวม	**4.18**	**0.537**	**มาก**

6.2.1 ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

พระสงฆ์ในเขตสาทรมีความคาดหวังด้านการส่งเสริมสุขภาพใน 5 ด้านหลัก โดย (1) ด้านการสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีความคาดหวังในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.10) โดยเฉพาะการส่งเสริมให้วัดมีนโยบาย

ด้านสุขภาพที่ชัดเจน ($\overline{X}$ = 4.32) และการประชุมประจำเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ($\overline{X}$ = 3.96) (2) ด้านการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ มีความคาดหวังสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.29) เช่น การปลูกต้นไม้เพิ่มออกซิเจน ($\overline{X}$ = 4.33) และการจัดการขยะอย่างถูกสุขลักษณะ ($\overline{X}$ = 4.31) (3) ด้านการเสริมสร้างกิจกรรมให้เข้มแข็ง มีความคาดหวังในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.23) โดยมุ่งเน้นโครงการดูแลสุขภาพกายและจิต ($\overline{X}$ = 4.27) และกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ($\overline{X}$ = 4.25) (4) ด้านการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล มีความคาดหวังในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.17) โดยเฉพาะการส่งเสริมทักษะปฐมพยาบาล ($\overline{X}$ = 4.21) และกิจกรรมออกกำลังกาย ($\overline{X}$ = 4.19) สุดท้าย (5) ด้านการปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ มีความคาดหวังในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.15) โดยเน้นการส่งเสริมให้พระสงฆ์ดูแลกันเอง ($\overline{X}$ = 4.21) และการประสานงานกับคลินิกสัญจรในพื้นที่ ($\overline{X}$ = 4.17) เพื่อการดูแลสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพระสงฆ์ตามระดับความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพพระสงฆ์ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ประเด็นความคาดหวัง	$\overline{X}$	S.D.	การแปรผล
1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ	4.10	0.649	มาก
2. การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ	4.29	0.598	มากที่สุด
3. การเสริมสร้างกิจกรรมให้เข้มแข็ง	4.23	0.600	มากที่สุด
4. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล	4.17	0.602	มาก
5. การปรับเปลี่ยนบริการสุขภาพ	4.15	0.628	มาก
ภาพรวมด้านการส่งเสริมสุขภาพ	**4.19**	**0.528**	**มาก**

6.2.2 ด้านการป้องกันสุขภาพ

พระสงฆ์ในเขตสาทรมีความคาดหวังด้านการป้องกันสุขภาพใน 3 ระดับ โดย (1) ระดับปฐมภูมิ (การป้องกันไม่ให้เกิดโรค) มีความคาดหวังในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.21) โดยเฉพาะการฉีดวัคซีนป้องกันไข้หวัดหรือโรคติดต่อประจำปี ($\overline{X}$ = 4.35) การสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพกาย เช่น ลานออกกำลังกายที่เหมาะสม ($\overline{X}$ = 4.21) และการสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันสุขภาพ เช่น หน้ากากอนามัย ($\overline{X}$ = 4.21) รวมถึงการสร้างภูมิคุ้มกันด้านสุขภาพจิต ($\overline{X}$ = 4.15) สำหรับ (2) ระดับทุติยภูมิ (การป้องกันในระยะที่มีโรค) มีความคาดหวังในระดับมากที่สุด ($\overline{X}$ = 4.21) โดยมุ่งเน้นระบบควบคุมโรคทันทีเมื่อมีอาพาธเกิดขึ้น ($\overline{X}$ = 4.36) การทำความสะอาดสถานที่ภายในวัด ($\overline{X}$ = 4.25) การจัดบริการรับ-ส่งไปโรงพยาบาล ($\overline{X}$ = 4.19) และการจัดห้องพยาบาลสำหรับปฐมพยาบาลเบื้องต้น ($\overline{X}$ = 4.18) ในขณะที่ (3) ระดับตติยภูมิ (การป้องกันการเกิดความพิการและไร้สมรรถภาพ) มีความคาดหวังในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.16) โดยเน้นการออกแบบสถานที่ที่เอื้อต่อสุขภาพ ($\overline{X}$ = 4.19) การจัดระบบดูแลพระสงฆ์ที่อาพาธติดเตียง ($\overline{X}$ = 4.18) และการประสานงานกับสถานพยาบาลในการให้ความรู้เพื่อป้องกันความพิการ ($\overline{X}$ = 4.15) พร้อมทั้งมีอุปกรณ์ฟื้นฟูสุขภาพ ($\overline{X}$ = 4.12) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพระสงฆ์ตามระดับความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพพระสงฆ์ ด้านการป้องกันสุขภาพ

ประเด็นความคาดหวัง	$\bar{X}$	S.D.	การแปรผล
1. การป้องกันไม่ให้เกิดโรค (ระดับปฐมภูมิ)	4.21	0.604	มากที่สุด
2. การป้องกันในระยะที่มีโรค (ระดับทุติยภูมิ)	4.21	0.605	มากที่สุด
3. การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ (ระดับตติยภูมิ)	4.16	0.668	มาก
ภาพรวมด้านการป้องกันสุขภาพ	**4.19**	**0.581**	**มาก**

6.2.3 ด้านการรักษาสุขภาพ

พระสงฆ์ในเขตสาทรมีความคาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.22) โดยในมิติการสนับสนุน/อำนวยความสะดวกเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ พบว่า พระสงฆ์มีความคาดหวังว่าวัดควรประสานให้สถานพยาบาลใกล้เคียงพิจารณารับพระสงฆ์เมื่อมีอาการอาพาธ ($\bar{X}$ = 4.31) วัดจำเป็นต้องมีการตรวจสอบสิทธิด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดความสะดวกในการเข้ารักษา ($\bar{X}$ = 4.29) ในขณะเดียวกันควรดูแลการอาพาธของพระสงฆ์ทุกรูปอย่างเท่าเทียมกัน ($\bar{X}$ = 4.26) รวมถึงอำนวยความสะดวกในการ รับ-ส่งไปยังสถานพยาบาลเมื่อต้องการเข้ารับการรักษา ($\bar{X}$ = 4.19) และมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับค่ารักษาพยาบาลเมื่ออาพาธ ($\bar{X}$ = 4.16) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพระสงฆ์ตามระดับความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพพระสงฆ์ ด้านการรักษาสุขภาพ

ประเด็นความคาดหวัง	$\bar{X}$	S.D.	การแปรผล
1. การรักษาสุขภาพ	4.22	0.595	มากที่สุด
ภาพรวมด้านการรักษาสุขภาพ	**4.22**	**0.595**	**มากที่สุด**

6.2.4 ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

พระสงฆ์ในเขตสาทรมีความคาดหวังต่อการฟื้นฟูในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (1) ด้านสุขภาพ พระสงฆ์มีความคาดหวังในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.09) โดยเฉพาะการมีเงินเยียวยาเมื่อเจ็บป่วยร้ายแรงหรือทุพพลภาพ ($\bar{X}$ = 4.18) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ($\bar{X}$ = 4.17) และการจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการฟื้นฟูสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.17) อีกทั้งคาดหวังการสนับสนุนการบริหารความเครียดและการจัดกิจกรรมคลายเครียด ($\bar{X}$ = 3.85) (2) ด้านการศึกษา การให้คำปรึกษา และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ มีความคาดหวังในระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.13) โดยเน้นการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.24) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพกายและจิตแก่พระสงฆ์อาพาธและผู้ดูแล ($\bar{X}$ = 4.21) และกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การระบุอาการเตือนและการใช้ยา ($\bar{X}$ = 4.16) นอกจากนี้

ยังคาดหวังการจัดหาวิทยากรเพื่อให้ความรู้ด้านทักษะสังคมและการใช้ชีวิตประจำวัน ($\overline{X}$ = 4.02) และ (3) ด้านบริการทางสังคม พระสงฆ์มีความคาดหวังในระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.11) โดยเฉพาะการสำรวจสิทธิที่พระสงฆ์พึงได้รับ ($\overline{X}$ = 4.30) การประสานงานนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้คำปรึกษา ($\overline{X}$ = 4.13) การจัดกิจกรรมบำบัด เช่น การบำบัดความทุกข์ใจ ($\overline{X}$ = 4.02) และการจัดกิจกรรมทางสังคม เช่น กลุ่มสนทนา หรือกิจกรรมวาดภาพ ($\overline{X}$ = 4.01) ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของพระสงฆ์ตามระดับความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพพระสงฆ์ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ

ประเด็นความคาดหวัง	$\overline{X}$	S.D.	การแปรผล
1. การฟื้นฟูด้านสุขภาพ	4.10	0.649	มาก
2. การฟื้นฟูด้านการศึกษา การให้คำปรึกษา การให้คำแนะนำและการให้ความรู้ด้านสุขภาพ	4.29	0.598	มากที่สุด
3. การฟื้นฟูด้านบริการทางสังคม	4.23	0.600	มากที่สุด
ภาพรวมด้านการฟื้นฟูสุขภาพ	**4.19**	**0.528**	**มาก**

6.3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกับคาดหวังการจัดสวัสดิการสุขภาพของพระสงฆ์โดยการใช้ t-test

1) ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในด้านการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า การมีตำแหน่งทางคณะสงฆ์ (sig = .641) การย้ายถิ่นฐาน (sig = .115) การมีโรคประจำตัว (sig = .621) และประสบการณ์การได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพ (sig = .131) ที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังการจัดสวัสดิการสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2) ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในด้านการป้องกันสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า การมีตำแหน่งทางคณะสงฆ์ (sig = .597) การย้ายถิ่นฐาน (sig = .250) การมีโรคประจำตัว (sig = .613) และประสบการณ์การได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพ (sig = .598) ที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังการจัดสวัสดิการสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

3) ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในด้านการรักษาสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า การมีตำแหน่งทางคณะสงฆ์ (sig = .580) การย้ายถิ่นฐาน (sig = .239) การมีโรคประจำตัว (sig = .570) และประสบการณ์การได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพ (sig = .680) ที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังการจัดสวัสดิการสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

4) ค่าเฉลี่ยความคาดหวังในด้านการฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า การมีตำแหน่งทางคณะสงฆ์ (sig = .454) การย้ายถิ่นฐาน (sig = .329) การมีโรคประจำตัว (sig = .578) และประสบการณ์การได้รับสวัสดิการด้านสุขภาพ (sig = .246) ที่แตกต่างกัน มีความคาดหวังการจัดสวัสดิการสุขภาพไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

6.4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกับคาดหวังการจัดสวัสดิการสุขภาพของพระสงฆ์โดยการใช้ F-test

1) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของตัวแปรข้อมูลพื้นฐานในกลุ่มพระสงฆ์กับความคาดหวังการจัดสวัสดิการสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดแผนกสามัญศึกษา ระดับการศึกษาแผนกบาลีของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่แตกต่างกันมีความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ขณะที่ ปัจจัยทางด้านอายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาแผนกธรรม ภูมิลำเนา และลักษณะครอบครัวก่อนบวชของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่แตกต่างกันมีความคาดหวังด้านส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ไม่แตกต่างกัน

2) ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของตัวแปรข้อมูลพื้นฐานในกลุ่มพระสงฆ์กับความคาดหวังด้านส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษาสูงสุดแผนกสามัญศึกษา ระดับการศึกษาแผนกธรรม ระดับการศึกษาแผนกบาลี ตำแหน่งทางคณะสงฆ์ ภูมิลำเนา จำนวนการย้ายถิ่นฐาน/ย้ายวัด ลักษณะครอบครัวก่อนบวช ระยะเวลาในการรักษาโรคประจำตัว และประสบการณ์การได้รับสวัสดิการจากวัดของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่แตกต่างกันมีความคาดหวังด้านส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ไม่แตกต่างกัน

3) ความคาดหวังด้านการป้องกันสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า ระดับการศึกษาแผนกบาลีของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่แตกต่างกันมีความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่ด้านอื่น ๆ ของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่แตกต่างกันมีความคาดหวังด้านป้องกันสุขภาพพระสงฆ์ไม่แตกต่างกัน

4) ความคาดหวังด้านการรักษาสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดแผนกสามัญของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่แตกต่างกันมีความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่ด้านอื่น ๆ ของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่แตกต่างกันมีความคาดหวังด้านรักษาสุขภาพพระสงฆ์ไม่แตกต่างกัน

5) ความคาดหวังด้านการฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ พบว่า ระดับการศึกษาสูงสุดแผนกสามัญของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่แตกต่างกันมีความคาดหวังแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ในขณะที่ด้านอื่น ๆ ของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่แตกต่างกันมีความคาดหวังด้านการฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ไม่แตกต่างกัน

7. อภิปรายผล

7.1 ความคาดหวังสวัสดิการด้านสุขภาพของพระสงฆ์

จากผลการศึกษา พบว่า ความคาดหวังด้านการจัดสวัสดิการสุขภาพในภาพรวมของพระสงฆ์ในเขตสาทรอยู่ในระดับที่สูงมาก โดยเฉพาะความคาดหวังในด้านการรักษาสุขภาพสูงสุด ($\overline{X}$ = 4.22) อาจเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ เช่น การขาดคลินิกสุขภาพในวัด หรือการที่พระสงฆ์ต้องพึ่งพาการรักษาผ่านโรงพยาบาลสงฆ์ในกรณีที่มีอาการรุนแรง ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของโรงพยาบาลสงฆ์ (2562) ที่ระบุว่าพระสงฆ์มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์สูงถึง 100,000 รูปต่อปี

สะท้อนว่า พระสงฆ์มีความต้องการที่จะให้วัดให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพอย่างครบถ้วน ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแนวโน้มในการพัฒนาและการจัดการสวัสดิการด้านสุขภาพภายในวัดในมุมที่กว้างขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับศิริพร ธนานิธิ (2563) ที่เน้นความสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพภายในวัด เช่น การมีพื้นที่สำหรับการออกกำลังกาย การจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับพระสงฆ์ ซึ่งเป็นองค์ประกอบที่ช่วยให้พระสงฆ์สามารถดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การส่งเสริมให้วัดมีนโยบาย

ชัดเจนในเรื่องของการจัดการส่งเสริมสุขภาพหรือการให้บริการสุขภาพที่เข้าถึงได้ง่าย ยังเป็นความคาดหวังสำคัญมากของพระสงฆ์เช่นกัน อีกทั้ง วิเชียร สุขสำราญ (2564) พบว่า กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ เช่น การจัดกลุ่มสนทนา การปฏิบัติธรรม และการจัดกิจกรรมบำบัดความเครียด ช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตของพระสงฆ์อย่างมีประสิทธิภาพ งานวิจัยนี้สะท้อนถึงความคาดหวังของพระสงฆ์ในเขตสาทรที่ต้องการให้วัดจัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพจิต เช่น การสนทนาเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและการจัดกิจกรรมบำบัดความเครียด ซึ่งเป็นการตอบสนองต่อความต้องการของพระสงฆ์ที่เห็นความสำคัญของการดูแลสุขภาพจิตใจ เป็นต้น

1) ความคาดหวังด้านการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า พระสงฆ์มีความคาดหวังสูงในด้านการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะการสร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อการพัฒนาสุขภาพ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในวัด การปลูกต้นไม้เพื่อเพิ่มคุณภาพอากาศ และการจัดกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพ เช่น การอบรมเกี่ยวกับการออกกำลังกายและโภชนาการ สอดคล้องกับ มานพ นักการเรียน (2563) ที่ระบุถึงความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพผ่านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การสนับสนุนการบริโภคอาหารที่มีคุณค่า และการจัดอบรมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ อีกทั้ง พระสงฆ์ยังคาดหวังให้วัดเป็นศูนย์กลางในการสร้างสุขภาพ โดยไม่เพียงแต่ดูแลพระสงฆ์เท่านั้น แต่ยังมีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชนรอบข้างด้วย ดังนั้น การจัดกิจกรรมที่สร้างสรรค์ เช่น การปลูกฝังนิสัยสุขภาพที่ดีผ่านกิจกรรมทางศาสนา และการสร้างสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ จะช่วยให้วัดเป็นพื้นที่ที่ส่งเสริมสุขภาพกายและจิตได้อย่างแท้จริง ความเชื่อมโยงนี้ตอกย้ำถึงความสำคัญของการสนับสนุนจากองค์กรพุทธศาสนาและชุมชนในการผลักดันการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดผลเป็นรูปธรรม

2) ความคาดหวังด้านการป้องกันสุขภาพ พบว่า พระสงฆ์มีความคาดหวังอย่างยิ่งต่อการป้องกันสุขภาพ โดยเฉพาะการจัดการโรคติดต่อ เช่น การฉีดวัคซีนป้องกันโรค การควบคุมโรคระบาดในวัด และการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเกิดโรค ผลการศึกษาในประเด็นนี้สอดคล้องกับ ประเสริฐ ปอนถิ่น, พระครูสาทรธรรมสิทธิ์, พระครูสิริบรมธาตุพิทักษ์, สังวรณ์ สมบัติใหม่ และปุระวิชญ์ วันตา (2563) ซึ่งเน้นถึงบทบาทของชุมชนในการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การใช้ธรรมะเพื่อสร้างสุขภาพจิต และการจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การมีพื้นที่ออกกำลังกายและการแยกขยะในวัด ช่วยเสริมสร้างการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ การป้องกันสุขภาพที่มีประสิทธิภาพยังรวมถึงการให้ความรู้และการสร้างระบบสนับสนุนในวัด เช่น การมีอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือบุคลากรที่เชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นสำหรับพระสงฆ์ สิ่งเหล่านี้ช่วยลดความเสี่ยงของโรคติดต่อและสร้างความมั่นใจให้พระสงฆ์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง การป้องกันสุขภาพที่ดีไม่เพียงช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา แต่ยังช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและความยั่งยืนของสุขภาพในวัดและชุมชนโดยรอบ

3) ความคาดหวังด้านการรักษาสุขภาพ พบว่า พระสงฆ์มีความคาดหวังต่อการรักษาสุขภาพในระดับสูงสุด โดยเฉพาะในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม การสนับสนุนค่ารักษาพยาบาล และการจัดระบบดูแลเมื่อพระสงฆ์เจ็บป่วยรุนแรง เช่น การตรวจสอบสิทธิด้านสุขภาพและการประสานงานกับสถานพยาบาลใกล้เคียง สอดคล้องกับ พระมหานัฐพล อิสฺสรธมฺโม, พระมหาสุริยา สุริยเมธี, พระมหาสุรศักดิ์ สุรเตโช, และพระมหาสุรชัย สุรชโย (2566) เน้นถึงการนำหลักสังคหวัตถุธรรมมาปรับใช้ในระบบการจัดการสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อสร้างความเท่าเทียมและประสิทธิภาพในการรักษา ความเชื่อมโยงนี้แสดงให้เห็นว่าการรักษาสุขภาพพระสงฆ์ต้องอาศัยการบริหารจัดการที่ดีทั้งในวัดและจากหน่วยงานภายนอก เช่น สถานพยาบาลหรือเครือข่ายสุขภาพในชุมชน นอกจากนี้

การรักษาสุขภาพที่ครอบคลุมยังหมายถึงการดูแลสุขภาพจิตควบคู่กับสุขภาพกาย พระสงฆ์ต้องการการดูแลแบบองค์รวมที่ไม่เพียงแค่ตอบสนองความต้องการในการรักษาโรค แต่ยังสนับสนุนการฟื้นฟูและป้องกันไม่ให้เกิดโรคซ้ำ การทำงานร่วมกันระหว่างวัด ชุมชน และหน่วยงานสุขภาพ เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ และลดภาระด้านการรักษาพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) ความคาดหวังด้านการฟื้นฟูสุขภาพ พบว่า พระสงฆ์มีความคาดหวังต่อการฟื้นฟูสุขภาพในระดับสูง โดยเฉพาะการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ เช่น การจัดหาอุปกรณ์ฟื้นฟู การสนับสนุนกิจกรรมลดความเครียด และการดูแลผู้ป่วยติดเตียงในวัด สอดคล้องกับ พระครูสิริสุตานุยุต (2565) ระบุว่าการฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ควรครอบคลุมมิติทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา โดยใช้ธรรมะเป็นหลักในการดำเนินงาน ผลการศึกษาสะท้อนว่าพระสงฆ์ต้องการระบบฟื้นฟูที่ชัดเจนและต่อเนื่อง โดยได้รับการสนับสนุนจากทั้งวัดและหน่วยงานภายนอก เช่น สำนักงานพระพุทธศาสนา หรือกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ การฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ยังเป็นส่วนสำคัญในการสร้างความยั่งยืนในระบบสวัสดิการของวัด การพัฒนาระบบดูแล เช่น การจัดพื้นที่ฟื้นฟูที่เหมาะสมและกิจกรรมเสริมสร้างสุขภาพจิต เช่น การใช้ธรรมะบำบัด หรือการจัดกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนทางจิตวิทยา จะช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางสุขภาพของพระสงฆ์ในระยะยาว

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้สามารถนำไปปรับใช้ในบริบทของวัดในเขตชนบทหรือพื้นที่อื่นได้อย่างไร เพื่อขยายขอบเขตการใช้งาน เสนอแผนการนำผลไปใช้ในระดับประเทศ เช่น การจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์ที่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในทุกวัดทั่วประเทศ

7.2 การทดสอบสมมติฐาน

ผลการศึกษาจากการสำรวจความคาดหวังการจัดสวัสดิการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตสาทร พบว่า พระสงฆ์มีความคาดหวังต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพของวัดในเขตสาทร กรุงเทพมหานครอยู่ในระดับมาก ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ อยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านการรักษาสุขภาพที่พระสงฆ์มีความคาดหวังสูงที่สุด การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การปลูกต้นไม้ การมีพื้นที่ออกกำลังกายและการประชุมเกี่ยวกับสุขภาพอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งที่พระสงฆ์ต้องการมากที่สุด นอกจากนี้ยังมีความคาดหวังในการให้บริการฉีดวัคซีนประจำปีและการดูแลสุขภาพจิตที่ดีผ่านการพูดคุยและกิจกรรมฟื้นฟูจิตใจ

ในส่วนของความคาดหวังด้านการส่งเสริมด้านสุขภาพไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้โดย พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกันมีความคาดหวังด้านการส่งเสริมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ในขณะเดียวกันปัจจัยส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน คือ ระดับการศึกษาแผนกบาลี และระดับการศึกษาแผนกสามัญศึกษา พบว่า มีความคาดหวังด้านการป้องกันสุขภาพ การรักษาสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพ แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

8. ข้อเสนอแนะการวิจัย

8.1 ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) สำนักงานพระพุทธศาสนา กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องควรร่วมมือกันจัดทำนโยบายที่ชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในเขตสาทร เช่น การจัดพื้นที่ออกกำลังกายภายในวัด การตรวจสุขภาพประจำปี รวมถึงการจัดทำระบบสวัสดิการสุขภาพ ที่เอื้อต่อการเข้าถึงการรักษาพยาบาลของพระสงฆ์ได้สะดวกขึ้น

2) วัดควรมีนโยบายการดูแลสุขภาพให้พระสงฆ์แบบองค์รวม โดยสามารถดำเนินการผ่านการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุขและองค์กรพัฒนาเอกชน การสนับสนุนทางด้านทรัพยากรจากชุมชนในพื้นที่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างความยั่งยืนของนโยบายสุขภาพในวัด ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายจะทำให้นโยบายเหล่านี้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม

3) กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกับมหาเถรสมาคมในการจัดทำ “นโยบายสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ” เพื่อให้การดูแลสุขภาพพระสงฆ์มีมาตรฐานและสอดคล้องกับความต้องการในทุกมิติ พร้อมกับการพัฒนาระบบโครงข่ายความปลอดภัยควรเกิดจากความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และภาคเอกชน เพื่อสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือที่ครอบคลุมในทุกด้าน ทั้งในเรื่องของความช่วยเหลือทางการเงิน การให้การสนับสนุนอาชีพ รวมถึงการดูแลสุขภาพจิตและสังคมของสตรีหม้าย การทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ จะช่วยให้การดูแลและฟื้นฟูมีประสิทธิภาพมากขึ้น

8.2 ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1) ควรพัฒนาสวัสดิการสุขภาพผ่านการจัดโครงการหรือกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การจัดกิจกรรมออกกำลังกาย รวมถึงสนันสนุนอุปกรณ์ในการออกกำลังกายในสถานที่เหมาะสม ในกรณีที่พระสงฆ์อาพาธควรจัดตั้งคลินิกสุขภาพภายในวัดเพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกให้กับพระสงฆ์ที่เจ็บป่วย อีกทั้งควรจัดตั้งกลุ่มสนทนาเพื่อฟื้นฟูในด้านของสุขภาพจิตในกรณีที่พระสงฆ์ที่มีความเครียด

2) ควรมีการจัดตั้งระบบสุขภาพแบบองค์รวมในวัด หรือพัฒนาแนวทางการฝึกอบรมพระคิลานุปัฏฐาก

3) การสร้างระบบประเมินผลหลังการดำเนินโครงการ เช่น การประเมินว่าการจัดสวัสดิการสุขภาพในวัดส่งผลให้สุขภาพของพระสงฆ์ดีขึ้นอย่างไร การสร้างเครือข่ายระหว่างวัดในเขตเมืองและเขตชนบท เพื่อแลกเปลี่ยนทรัพยากรและองค์ความรู้ในการจัดสวัสดิการ เสนอให้จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน เช่น การประชาสัมพันธ์การถวายอาหารเพื่อสุขภาพ หรือกิจกรรมเชิงสุขภาพที่รวมชุมชนและพระสงฆ์

8.3 ข้อเสนอสำหรับวิจัยครั้งถัดไป

1) ควรขยายขอบเขตการศึกษาให้ครอบคลุมวัดในพื้นที่ต่าง ๆ ไม่เพียงแค่เขตสาทรเท่านั้น เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบข้อมูลจากวัดในเขตเมืองและเขตชนบทรวมถึงวัดขนาดเล็กและขนาดใหญ่ เพื่อทำความเข้าใจถึงความแตกต่างในความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในแต่ละพื้นที่

2) ต่อยอดการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อทดลองโมเดลหรือตัวแบบในการจัดสวัสดิการของวัดเพื่อทดลองให้เห็นความเป็นไปได้ต่อการจัดสวัสดิการสุขภาพพระสงฆ์ต่อไป หรือการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบสวัสดิการสุขภาพที่เหมาะสมในบริบทวัด และการศึกษาผลกระทบของการจัดสวัสดิการสุขภาพต่อคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์ในระยะยาว

เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย. (2560). **รายงานประจำปี กรมอนามัย 2560**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

โกนิฏฐ์ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิตย์ และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2564). สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย. **วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร**, **9**(5), 1798.

ชิษณุกร พรภาณุวิชญ์. (2540). **ความคาดหวังของประชาชนที่มีต่อบทบาทการจัดการทรัพยากรธรรมชาติในท้องถิ่นของสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล: กรณีศึกษาจังหวัดแพร่** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

ฐาปะณี คงรุ่งเรือง. (2565). **คู่มือฝึกอบรมหลักสูตร "พัฒนาศักยภาพ จป. เพื่อเป็นผู้นำการขับเคลื่อนองค์กรสุขภาวะ**. สืบค้นเมื่อ 25 กันยายน 2566 จาก https://hp.anamai.moph.go.th/th/km-research-person/download/?did=204835&id=75830&reload=

เบญจา นิลบุตร. (2540). **ความคาดหวังของข้าราชการตำรวจต่อรูปแบบภาวะผู้นำของผู้บังคับบัญชาศึกษากรณีศึกษาของกองบัญชาการศึกษา** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์.

ประเสริฐ ปอนถิ่น, พระครูสาทรธรรมสิทธิ์, พระครูสิริบรมธาตุพิทักษ์, สังวรณ์ สมบัติใหม่ และปุระวิชญ์ วันตา. (2563). แนวทางการมีส่วนร่วมของพระบัณฑิตอาสาพัฒนาชาวเขากับการจัดสวัสดิการสังคมในพื้นที่สูงจังหวัดเชียงใหม่. **วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่**, **11**(2), 161-164.

พระครูสิริสุตานุยุต. (2565). การฟื้นฟูสุขภาพพระสงฆ์ในมิติต่าง ๆ: กาย จิตใจ สังคม และปัญญา. **วารสารวิจัยพระพุทธศาสนา**, **10**(2), 50-65.

พระมหานัฐพล อิสฺสรธมฺโม, พระมหาสุริยา สุริยเมธี, พระมหาสุรศักดิ์ สุรเตโช, และพระมหาสุรชัย สุรชโย. (2566). การจัดสวัสดิการด้านสุขภาวะของพระสงฆ์ในอำเภอเลิงนกทา จังหวัดยโสธร. **วารสารสักทอง: สมัยใหม่ทางพระพุทธศาสนา**, **29**(1), 30-31.

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ**.** (2550). **ราชกิจจานุเบกษา**. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก. หน้า 1-18

พีระพล หมีเอี่ยม และธนัช กนกเทศ. (2563). ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในเขตอำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์. **วารสารวิทยาลัยสงฆ์นครลำปาง**, **9**(3), 1-12.

มยุรี ผิวสุวรรณ, ดารณี สุวพันธ์, ปิยมาส อุมัษเฐียร, วิไลภรณ์ โคตรบึงแก, Barney, M., และ Karen, H. (2556). **CBR Guidelines ขององค์การอนามัยโลก ฉบับภาษาไทย (Community Based Rehebilitation).** สุรินทร์: พรีเมี่ยม เอ็กซ์เพรส.

มะแอน ราโอบ. (2551). **ปัจจัยที่ส่งผลต่อความคาดหวังในการศึกษาต่อของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลาม จังหวัดปัตตานี** (วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.

มานพ นักการเรียน. (2563). การส่งเสริมสุขภาพผ่านการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในวัด. **วารสารวิจัยการพัฒนาชุมชน**, **8**(3), 99-112.

ระพีพรรณ คำหอม. (2557). **สวัสดิการสังคมกับสังคมไทย**. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

โรงพยาบาลสงฆ์. (2562). **การอุปถัมภ์พระสงฆ์ภายใต้หลักพระธรรมวินัยโรงพยาบาลสงฆ์.** (พิมพ์ครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัท อาร์ต ควอลิไฟท์ จำกัด.

วัชรพล ทิพย์สุวรรณพร. (2562). **การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาประสิทธิภาพในการทำงานของพนักงาน** (วิทยานิพนธ์บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.

วิกิพีเดีย สารานุกรมเสรี. (2565). **วัดในเขตสาทร**. สืบค้นเมื่อ 2 กุมภาพันธ์ 2566 จาก https://th.wikipedia.org/wiki/หมวดหมู่:วัดในเขตสาทร

วิเชียร สุขสำราญ. (2564). กิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของพระสงฆ์: การจัดกลุ่มสนทนา การปฏิบัติธรรม และการจัดกิจกรรมบำบัดความเครียด. **วารสารสุขภาพจิตไทย**, **29**(1), 75-88.

วิภาวดี สีตนไชย และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์. (2564). การรับรู้และพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามธรรมนูญสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองจังหวัดพิจิตร. **วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์**, **6**(3), 103-111.

ศิริพร ธนานิธิ. (2563). ความสำคัญของการจัดสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนสุขภาพภายในวัด. **วารสารการพัฒนาสังคม**, **15**(2), 45-60.

สำนักงานแขวงยานนาวา. (2565). **จำนวนพระสงฆ์ในเขตสาทร กรุงเทพมหานคร**. กรุงเทพฯ: สำนักงานแขวงยานนาวา.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2562). **แถลงข่าว “การดูแลสุขภาพพระสงฆ์ไทย”.** สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2562 จาก https://www.healthstation.in.th/photo/view.php?id=388

สิริวรรค์ อัศวกุล. (2528). **ความคาดหวังเกี่ยวกับความสามารถในการทำงานที่กำหนด ของนักเรียนที่มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงและต่ำ** (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุดารัตน์ จันทร์พุธ. (2559). **ความคาดหวังและการรับรู้ของนักท่องเที่ยวชาวไทยต่อการท่องเที่ยวเชิงนิเวศในอำเภอปาย จังหวัดแม่ฮ่องสอน** (วิทยานิพนธ์นิเทศศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์.

สุนุตตรา ตะบูนพงศ์. (ม.ป.ป.). **ระบบบริการสุขภาพกับการปฏิรูประบบสุขภาพ**. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2566 จาก https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2553/4572/10/ch2.pdf

สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2556). **การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ให้ห่างจากโรคเบาหวาน** (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยบูรพา.

อัญชลี แก้วสระศรี, รัตนา นิลเลือม, และชุลีพร หีตอักษร. (2560). การเปลี่ยนแปลงของสังคมและวัฒนธรรมไทยกับแนวโน้มวิชาชีพการพยาบาล. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์**, **37**(3), 160-169.

Cronbach, L.J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. **Psychometrika**, **16**(3), 297–334. https://doi.org/10.1007/BF02310555

Yamane, T. (1973). **Statistics: An Introductory Analysis.** (2nd edition). New York: Harper & Row.