

DOI:

พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรวัยใส ในภาคเหนือของประเทศไทย

สายชล ปัญญชิต¹

บทคัดย่อ

สถานการณ์ความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและรูปแบบการสร้างสุขภาพโดยเฉพาะในประชากรวัยใสถือเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องทำความเข้าใจและส่งเสริมให้ประชากรวัยใสห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทุกรูปแบบ งานวิจัยนี้ได้มุ่งไปยังประชากรวัยใสที่บวชเป็นสามเณรโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สำรวจความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย 2) วิเคราะห์ปัจจัยทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย และ 3) พัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธเพื่อลดโอกาสและความเสี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรในสังคมไทย อาศัยการวิจัยแบบผสมผสานวิธีด้วยการเก็บข้อมูลแบบผสมผสานจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสามเณรจำนวน 477 รูป ในพื้นที่ภาคกลางและภาคเหนือของประเทศไทย โดยใช้แบบสอบถาม และมีการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ จำนวน 10 รูป/คน ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการทางสถิติและการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก และมีรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธที่สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่เข้มแข็ง สำหรับปัจจัยทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทยมี 4 ปัจจัย ประกอบด้วย ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทั้งจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเล่นการพนัน ในส่วนของข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธควรมีการยกระดับด้วยแนวคิดขยายสุขภาพะใน 4 ระดับคือ ขยายสุขภาพะระดับบุคคล ขยายสุขภาพะระดับวัด ขยายสุขภาพะระดับชุมชน และขยายสุขภาพะระดับนโยบาย

คำสำคัญ: ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ, สุขภาพวิถีพุทธ, สามเณรวัยใส, สังคมไทย, ขยายสุขภาพะ

¹ อาจารย์ประจำภาควิชาสังคมวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ติดต่อได้ที่ อีเมล saicholpa@g.swu.ac.th

DOI:

**Strengthening the Buddhist Model for Promoting Good Health of Teenage Novices
in the North Part of Thailand**

Saichol Panyachit¹

Abstract

Having knowledge of health risks and an appropriate model for promoting health is important, especially among young people. The objectives of this study, which focused on teenage Buddhist novices, were to: 1) investigate the knowledge of health risks and a Buddhist model for fostering good health among teenage novices in Thai society, 2) analyze those health risks relevant to a Buddhist model for promoting good health among Thai novices, and 3) develop policy recommendations for creating environmental conditions conducive to the fostering of good health and reduced exposure to health risks among teenage novices in Thailand through a Buddhist model. Using mixed methods, the study collected data from a sample group of 477 novices in Thailand's central and northern regions. Instruments comprised a questionnaire and in-depth interviews of key informants, with each research team member conducting interviews with 10 novices. Data were then subjected to statistical and content analyses.

The study found that the majority of novices in the sample group practiced behavior for reducing health risks at a high level and that a strong Buddhist model for fostering good health was in place. Four health factors were shown to be relevant to this model: the understanding of the health risks of smoking, and awareness of behaviors to reduce health risks associated with cigarette smoking, alcohol consumption and gambling. Policy recommendations for creating conditions conducive to strengthening the Buddhist model for promoting good health focus on four levels within the network: the individual, the temple, the community, and policy.

Keywords: Health Risk Factors, Buddhist Well-being Model, Teenage Novices, Thai Society,
Health Safety Net

¹ Lecturer, Department of Sociology, Faculty of Social Sciences, Srinakharinwirot University, Bangkok,
email: saicholpa@g.swu.ac.th

DOI:

บทนำ

ประชากรวัยใสทำไมจึงเสี่ยง?

“วัยใส” ถือเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของการใช้ชีวิตและมีความรวดเร็วในพัฒนาการด้านร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมที่สร้างสรรคโดยเฉพาะพฤติกรรมเลียนแบบ (Imitation Behavior) โดยเฉพาะบุคคลใกล้ชิดอย่างกลุ่มเพื่อน ซึ่งพฤติกรรมเลียนแบบเป็นกระบวนการทางสังคมอย่างหนึ่งที่วัยใสมักเรียนรู้และเลือกรับเอามาเป็นพฤติกรรมในหลายลักษณะทั้งการเลียนแบบพฤติกรรมและแสดงออกซึ่งพฤติกรรมโดยตรง การเลียนแบบพฤติกรรมและแสดงออกอย่างค่อยเป็นค่อยไป หรือการเลียนแบบพฤติกรรมและแสดงออกอย่างมีวิจารณญาณ วัยใสในปัจจุบันอยู่ท่ามกลางปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทั้งการดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การท้องก่อนวัยอันควร และการติดเกม (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2564, หน้า 18) ประกอบกับการเข้าสู่โลกทางสังคมดิจิทัลได้เร่งเร้าให้ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเหล่านี้สามารถเข้าถึงได้ง่าย รวดเร็ว และได้ก่อตัวปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเพิ่มขึ้นมาใหม่ เช่น การพนันออนไลน์ การเข้าถึงเครือข่ายสื่อสังคมออนไลน์ และจดหมายลูกโซ่ที่เป็นลักษณะของข้อความอิเล็กทรอนิกส์ เป็นต้น ความสนใจในประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต้องขยายขอบเขตความเข้าใจให้ครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพทางกาย สุขภาพทางใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางปัญญา ซึ่งความครอบคลุมทั้ง 4 มิติช่วยก่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและก่อให้เกิดความอยู่ดีมีสุข (Well-being) ในประชากรวัยใสได้ภายใต้การพัฒนาคูแลสุขภาพให้เป็นทักษะและการเรียนรู้ที่สำคัญในสังคมโลกปัจจุบัน

“ทำไมวัยใสจึงเสี่ยง?” เป็นคำถามที่งานศึกษาของธานี สุวรรณประทีป, วุฒินันท์ กันทะเดียน, และ พงษ์พัฒน์ ไหมจันทร์ดี (2565) ได้ตั้งเป็นกรอบสำหรับการทำความเข้าใจและสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพในกลุ่มประชากรวัยใส โดยความเสี่ยงในวัยใสเป็นความเสี่ยงทางอารมณ์ สังคม และจิตใจ การอยากรู้ อยากลอง และความเปราะบางของวัยใสซึ่งส่งผลต่อการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพได้เพิ่มมากขึ้น รวมไปถึงการได้รับอิทธิพลจากกลุ่มทางสังคมใกล้ชิดทั้งที่เป็นครอบครัว เพื่อน และชุมชนที่อยู่อาศัย ทั้งนี้ งานศึกษาชิ้นดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการควบคุมปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพสามารถควบคุมได้ด้วยปัจจัยปกป้อง (Protective Factors) โดยมีระดับชั้นของปัจจัยปกป้อง 5 ชั้น ประกอบด้วย 1) ระดับปัจเจกบุคคล ปัจจัยปกป้องเกิดขึ้นภายใต้การมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับบรรทัดฐานทางสังคม มีทักษะทางสังคม การคิดอย่างรอบคอบ และการควบคุมตนเอง 2) ระดับสถาบันครอบครัว ปัจจัยปกป้องเกิดขึ้นจากความสัมพันธ์ที่ดีภายในครอบครัว มีการสื่อสารดูแลเอาใจใส่ มีความรับผิดชอบ และตระหนักถึงความรู้สึกทางจิตใจของคนในครอบครัว 3) ระดับสถาบันชุมชน ปัจจัยปกป้องเกิดขึ้นได้ด้วยเครือข่ายทางสังคมที่ดูแลกันภายในชุมชนอย่างทั่วถึงและเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน 4) ระดับสถาบันการศึกษา เป็นสถาบันที่เสริมสร้างปัจจัยปกป้องผ่านการเข้าถึงการศึกษาได้อย่างเท่าเทียมและเกิดความสัมพันธ์อันดีระหว่างครู ผู้ปกครอง และนักเรียน และ 5) ระดับสังคมและนโยบาย เป็นการออกมาตรการทางสังคมเพื่อป้องกันการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรวัยใสผ่านทั้งมาตรการทางสังคมที่เป็นกฎหมายและการมีต้นแบบเชิงสังคม หรือแนวปฏิบัติที่ดีในการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

DOI:

วิถีชีวิตทางสุขภาพจากพระสงฆ์สูงวัยถึงวัยใสสามเณร

สำหรับความมุ่งหมายของการวิจัยในครั้งนี้ได้กำหนดกลุ่มของการศึกษาแบบเฉพาะซึ่งเป็นวัยใสที่บวชเป็น “สามเณร” ที่มีความเฉพาะที่จะต้องได้รับการดูแลและส่งเสริมความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ เนื่องจากการสร้างมาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพของสามเณรถูกกำหนดขึ้นภายใต้หลักพระธรรมวินัยอันเป็นแนวปฏิบัติที่บัญญัติไว้ในพระไตรปิฎกและเอกสารทางพระพุทธศาสนา ประกอบกับการจัดทำธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 ได้ให้ความสำคัญกับสุขภาพของคณะสงฆ์ไทยรวมไปถึงสามเณรอย่างเป็นองค์รวมทั้งในแง่ของการมีร่างกายที่แข็งแรง ความสมบูรณ์ทางจิตใจ ความสามารถในการใช้ชีวิตในสังคม และการใช้ปัญญาได้อย่างมีเหตุผล การพัฒนาสุขภาพจะต้องเริ่มต้นจากตนเองไปสู่สถาบันทางสังคมอื่น ๆ ที่อยู่รอบตัว ความคาดหวังในด้านการพัฒนาสุขภาพของคณะสงฆ์จึงมุ่งพัฒนาให้ครอบคลุมทั้งสุขภาพทางกาย จิต สังคม และปัญญาเชื่อมโยงกับหลักภาวะ 4 ได้แก่ การพัฒนากาย (กายภาวนา) การพัฒนาศีล (ศีลภาวนา) การพัฒนาจิต (จิตตภาวนา) และการพัฒนาปัญญา (ปัญญาภาวนา) อีกทั้งธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติยังได้ให้ความสำคัญกับปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Diseases: NCDs) ซึ่งอาจเกิดจากการบริโภคที่ไม่สามารถเลือกชั้นได้ตามหลักพระธรรมวินัย การสูบบุหรี่ และการใช้สารเสพติด ประเด็นการศึกษาความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทยจึงมีความสำคัญในการช่วยส่งเสริมและขับเคลื่อนให้สามเณรวัยใสในสังคมไทยสามารถดูแลสุขภาพตนเองให้เป็นไปตามหลักพระธรรมวินัยโดยเฉพาะ

เมื่อพิจารณางานศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพของคณะสงฆ์ที่ผ่านมาของ พินิจ ลาภธนานนท์ (2557) ที่ได้ศึกษาสุขภาพของพระสงฆ์ภายใต้การวิเคราะห์หลักสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านสุขภาพทางกาย สุขภาวะทางใจ สุขภาวะทางสังคม และสุขภาพทางปัญญา โดยพบว่าวิถีชีวิตทางสุขภาพของพระสงฆ์ส่วนใหญ่เสี่ยงในการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทั้งนี้เป็นผลมาจากการปฏิบัติตามพระธรรมวินัย เช่นเดียวกันกับความเครียดที่ส่งผลต่อสุขภาพทางใจของพระสงฆ์ได้เป็นเงื่อนไขสำคัญในการพัฒนาสุขภาพของพระสงฆ์อย่างเป็นองค์รวม ในอนาคต ขณะทำงานของ โณนัฐ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิตย์, และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์ (2564) ได้ทำการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทยจำนวน 719 รูป โดยการใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับภาวะโภชนาการจากค่าดัชนีมวลกายและแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย (THLA-N8) พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาเกิน (ค่าดัชนีมวลกาย ≥ 23 กก./ม.²) สำหรับความรู้ด้านสุขภาพพบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ โดยสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพและการสร้างมาตรฐานการดูแลสุขภาพตนเองมีความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพของพระสงฆ์โดยเฉพาะการฉันภัตตาหารที่มรवादสววย การเข้าถึงสิทธิการรักษาพยาบาล และการปฏิบัติกิจกรรมทางกายและโภชนาการตามหลักพระธรรมวินัย

ขณะทำงานของ จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ (2557) ได้ชี้ชวนให้เห็นถึงการพัฒนาสุขภาพของสามเณรที่มุ่งเน้นไปยังสุขภาพทางกายภายใต้การปรับตัวของสามเณรในช่วงของการบวชและการดำเนินชีวิตตามหลักพระธรรมวินัย รูปแบบอาหารส่วนใหญ่ที่สามเณรจะได้รับจากการบิณฑบาตมักเป็นข้าวขาว อาหารที่มีความเค็ม หวาน ของทอด และแกงกะทิ ซึ่งเป็นอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการสำหรับช่วงวัยของสามเณรที่อยู่ในช่วงของหัวเลี้ยวหัวต่อ ในแง่

DOI:

ของการรับรู้เรื่องสุขภาพและความเจ็บป่วย สามเณรสามารถรับรู้โรคได้จากการเรียนรู้หรือการพบเห็นผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรครอบตัวแต่ไม่ได้ทราบสาเหตุของการเกิดโรคที่ชัดเจน ซึ่งงานศึกษาดังกล่าวได้นำไปสู่การสร้างนวัตกรรมการสื่อสารเกี่ยวกับสุขภาพะทางกายที่ถูกหลักโภชนาการให้พระสงฆ์ สามเณร และฆราวาสได้รับรู้แนวทางของการดื่มน้ำที่ถูกต้องและรักษาสุขภาพะทางกายของพระสงฆ์และสามเณรไปด้วยในตัว สำหรับงานของ พระราชปริยัติ (2562) ได้ศึกษาสถานการณ์สุขภาพะของสามเณรในจังหวัดพะเยาแสดงให้เห็นว่าสามเณรในจังหวัดพะเยาส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายเทียบเท่าอายุ และได้รับความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพะโดยเฉพาะในแง่ของสุขภาพะทางกาย อย่างไรก็ตามสามเณรในจังหวัดพะเยามีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยทางจิต เช่นเดียวกับกับงานของเบญจมาศ สุขสถิตย์ (2562) ได้ชี้ให้เห็นถึง การทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตของสามเณรในจังหวัดพะเยาที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพะทางกายและทางจิต ซึ่งสามเณรมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับดี อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านช่วงวัยที่นับเป็นหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ อาจส่งผลให้เกิดความท้าทายต่อการทำให้สามเณรมีความมั่นคงด้านคุณภาพชีวิต และการพัฒนาให้เป็นทรัพยากรมนุษย์ที่สมบูรณ์

วิถีพุทธ วิถีสามเณร: สุขภาพะสามเณรวัยใสสร้างอย่างไรให้เข้มแข็ง?

งานศึกษาสุขภาพะในสถาบันพุทธศาสนาที่ผ่านมาได้มุ่งทำความเข้าใจประเด็นสุขภาพะอย่างแยกขาดกันและไม่ได้มีการหยิบยกขึ้นมาทำความเข้าใจสุขภาพะในเชิงที่เป็นองค์รวม ถึงแม้ว่างานส่วนหนึ่งจะทำความเข้าใจสุขภาพะอย่างเป็นองค์รวม แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียดแล้วยังคงขาดการทำความเข้าใจวิถีสุขภาพะวิถีพุทธของสามเณรในบริบทของสังคมไทย รวมไปถึงการกล่าวถึงการสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการลดปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพะของสามเณรผ่าน การมีสุขภาพะที่เข้มแข็งและมีความเข้าใจในปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพะ ซึ่งมีข้อท้าทายในการดูแลสุขภาพะและมีปัจจัยเร่งเร้าที่ทำให้สามารถเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพะได้มากขึ้นทั้งในฐานะที่เป็นประชากรวัยใสและในฐานะที่เป็นกลุ่มทางสังคมหนึ่งๆที่ดำเนินวิถีชีวิตภายใต้ระเบียบของสถาบันพุทธศาสนาที่ถูกกำกับผ่านพระธรรมวินัย แนวปฏิบัติ และหลักธรรมคำสอน ที่อาจทำให้สามเณรซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของประชากรวัยใสและเป็นส่วนหนึ่งของสถาบันพุทธศาสนามีความแตกต่างในด้านของความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพะและรูปแบบการสร้างสุขภาพะ ดังที่ William C. Cockerham (2013a) ได้อธิบายถึงแนวคิดเรื่องวิถีชีวิตทางสุขภาพะ (Health Lifestyle) ที่ขึ้นอยู่กับตัวแปรเชิงโครงสร้าง ไม่ว่าจะเป็นสถานะทางสังคมและเศรษฐกิจ อายุ เพศ เชื้อชาติ และตัวแปรทางสังคมอื่น ๆ ซึ่งตัวแปรเชิงโครงสร้างจะสะท้อนสภาพบริบททางสังคมว่าปัจเจกบุคคลมีประสบการณ์ชีวิตอย่างไรและถูกทำให้มีแนวปฏิบัติต่อการดำเนินวิถีชีวิตแตกต่างกันออกไปภายใต้โครงสร้างทางสังคมหรือไม่ ซึ่งวิถีชีวิตทางสุขภาพะยังเป็นส่วนสำคัญที่ถูกก่อตัวขึ้นภายใต้ความโน้มเอียงของอุปนิสัย (Habitus) ที่ทำให้มีการแสดงพฤติกรรมบางอย่างและนำไปสู่ปฏิบัติการกระทำทางสุขภาพะที่อาจทำให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพะทั้งการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ปฏิบัติการเหล่านี้จึงเป็นวิถีชีวิตทางสุขภาพะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้อาศัยกรอบคิดสำคัญของ Blaxter (2003) ที่มุ่งอธิบายถึงความเข้มแข็งทางด้านสุขภาพะในแง่ของทุนทางสุขภาพะ (Health Capital) ที่เกิดขึ้นจากการสังสมของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไปซึ่งทุนทางสุขภาพะสามารถวัดได้ผ่านเครื่องมือที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นค่าดัชนีมวลกาย ความรอบรู้ด้านสุขภาพะ ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพะเกี่ยวกับบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ รวมไปถึงพฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพะจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเล่นการพนัน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนสามารถเชื่อมโยงกับทุนสุขภาพะ

DOI:

ในฐานะที่สามารถวัดได้และแสดงออกให้เห็นได้ง่ายกว่าทุนประเภทอื่น ๆ ซึ่งทุนทางสุขภาพสามารถแปลงไปเป็นทุนทางเศรษฐกิจ ทุนทางสังคม และทุนทางสัญลักษณ์ได้ต่อไป การศึกษาครั้งนี้จึงมุ่งการศึกษาไปยังการสำรวจและวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธ และพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธเพื่อลดโอกาสและความเสี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรในสังคมไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อสำรวจรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย
- 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย
- 3) เพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธเพื่อลดโอกาสและความเสี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรในสังคมไทย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-method Research) โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเพื่อการค้นหาคำอธิบายเป็นลำดับขั้น (Explanatory Sequential Design) จากการเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อเชื่อมโยงและอธิบายเพิ่มเติมด้วยข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยมีพื้นที่ของการวิจัยที่คัดเลือกจากพื้นที่ที่มีความต่อเนื่องของการพัฒนาวัดและชุมชนต้นแบบร่วมกับมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัยและสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ประกอบด้วยเป็นพื้นที่ที่มีคณะสงฆ์หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพร้อมให้การสนับสนุนการขับเคลื่อนเครือข่ายการลดปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีพื้นที่ของการศึกษา 2 พื้นที่ ได้แก่ 1) ภาคเหนือ คือ จังหวัดลำปาง และจังหวัดน่าน และ 2) ภาคกลาง คือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดพิจิตร

การวิจัยเชิงปริมาณ มีจุดมุ่งเน้นในการสำรวจความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทยโดยการอาศัยเครื่องมือที่ใช้สำหรับการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดประชากรเป็นสามเณรที่ศึกษาในโรงเรียนพระปริยัติธรรม แผนกสามัญศึกษาในพื้นที่พัฒนาวัดและชุมชนต้นแบบที่ดำเนินการโดยมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย 5 พื้นที่ที่มีจำนวนประชากร 3,843 รูป (กองพุทธศาสนศึกษา สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ, 2564) โดยดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของ Taro Yamane (1967) ซึ่งมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 363 รูป จากนั้นทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามความสะดวก (Convenience Sampling) ทั้งนี้ ผู้วิจัยสามารถเก็บข้อมูลได้มากกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณออกมาเป็น 477 รูป โดยมีรายละเอียดการกำหนดกลุ่มตัวอย่างแบ่งตามสัดส่วนพื้นที่ดังนี้

DOI:

ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างแบ่งตามสัดส่วนพื้นที่

พื้นที่	จำนวนประชากร สามเณร (รูป)	สัดส่วน	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้จากการสุ่ม ตามสะดวก (รูป)	ขนาดกลุ่ม ตัวอย่างที่เก็บได้ จริง (รูป)
ภาคเหนือ (จังหวัดลำปาง และ จังหวัดน่าน)	1,979	51.5	187	195
ภาคกลาง (จังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัด นครสวรรค์ และจังหวัดพิจิตร)	1,864	48.5	176	282
รวม	3,843	100.0	363	477

เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ และรูปแบบการสร้างสุขภาพะของ กลุ่มตัวอย่าง และใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่ม (Binary Logistic Regression) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและรูปแบบการสร้างสุขภาพะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย

การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและรูปแบบการสร้างสุขภาพะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทยผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยเครื่องมือการวิจัยจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยมีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) พระสังฆาธิการและผู้ที่มีส่วนสำคัญในการสนับสนุนการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพของสามเณร จำนวน 6 รูป/คน และ 2) กลุ่มหัวหน้าสามเณร จำนวน 4 รูป รวมกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้งสิ้น 10 รูป/คน เมื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้วผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้รับมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ที่ได้มาจากการสัมภาษณ์ เพื่อแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ รูปแบบการสร้างสุขภาพะ และแนวทางการเสริมสร้างสุขภาพะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย

การวิจัยครั้งนี้ให้ความสำคัญกับจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ทั้งในหลักการป้องกันความเสี่ยงและผลกระทบเชิงลบต่อผู้ให้ข้อมูลการวิจัย ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมสำหรับการพิจารณาโครงการที่ทำวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์รหัสโครงการวิจัย SWUEC/E-125/2565E อย่างไรก็ดี เนื่องด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) ผู้วิจัยไม่สามารถเดินทางไปเก็บข้อมูลด้วยตนเองกับกลุ่มตัวอย่างและผู้ให้ข้อมูลสำคัญจึงดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยวิธีการออนไลน์ด้วยการสร้างแบบฟอร์มออนไลน์ที่ไม่ระบุข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามและมีการแสดงข้อความขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่ยินยอมแบบฟอร์มออนไลน์จะจบการตอบแบบสอบถามทันที ขณะที่การเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยอาศัยการเก็บข้อมูลด้วยการใช้แอปพลิเคชันสำหรับการสนทนาออนไลน์และขอความยินยอมผ่านคำพูด (Verbal Consent)

DOI:

ผลการวิจัย

สำหรับผลการวิจัยผู้วิจัยได้แบ่งออกตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ดังนี้

สำรวจความรอบรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย

1) **ข้อมูลพื้นฐานเป็นของกลุ่มตัวอย่าง** ผลการศึกษา พบว่า สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างบรรพชาเป็นสามเณรในพื้นที่ภาคกลาง จำนวน 282 รูป (ร้อยละ 59.10) และภาคเหนือ จำนวน 195 รูป (ร้อยละ 40.90) โดยบรรพชาในวัดที่เป็นพระอารามหลวง จำนวน 220 รูป (ร้อยละ 46.10) วัดราษฎร์ จำนวน 240 รูป (ร้อยละ 50.30) สำนักสงฆ์ จำนวน 13 รูป (ร้อยละ 2.70) และอื่น ๆ จำนวน 4 รูป (ร้อยละ 0.80) ส่วนใหญ่ศึกษาแผนกสามัญศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 159 รูป (ร้อยละ 33.30) รองลงมาศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จำนวน 109 รูป (ร้อยละ 22.9) มัธยมศึกษาปีที่ 4 จำนวน 76 รูป (ร้อยละ 15.90) ไม่ได้ศึกษาในแผนกสามัญศึกษา จำนวน 66 รูป (ร้อยละ 13.80) กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 5 จำนวน 40 รูป (ร้อยละ 8.40) มัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 14 รูป (ร้อยละ 2.90) และมัธยมศึกษาปีที่ 2 จำนวน 13 รูป (ร้อยละ 2.70) สำหรับสามเณรที่เข้ารับการบรรพชาจะได้รับการศึกษาในแผนกธรรมร่วมด้วย สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ศึกษาในระดับมัธยมศึกษาชั้นเอก จำนวน 271 รูป (ร้อยละ 56.8) ถัดมา มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาชั้นโท จำนวน 129 รูป (ร้อยละ 27.0) ไม่ได้ศึกษาในแผนกธรรม จำนวน 55 รูป (ร้อยละ 11.50) และระดับมัธยมศึกษาชั้นตรี จำนวน 22 รูป (ร้อยละ 4.60) ทั้งนี้ สามเณรส่วนใหญ่บรรพชาสามเณรมาแล้วมากกว่า 5 ปี

2) **ทุนสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยปกป้องทางสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง** เมื่อพิจารณาในมิติของทุนสุขภาพ (Health Capital) ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับทุนต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นทุนวัฒนธรรม ทุนสังคม และทุนเศรษฐกิจ จากการศึกษาพบว่า สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 51-70 กิโลกรัม จำนวน 263 รูป (ร้อยละ 55.10) รองลงมามีน้ำหนักตัวมากกว่า 70 กิโลกรัมขึ้นไป จำนวน 120 รูป (ร้อยละ 25.20) และมีน้ำหนักตัวอยู่ระหว่าง 31-50 กิโลกรัม จำนวน 94 รูป (ร้อยละ 19.70) โดยน้ำหนักตัวต่ำสุดอยู่ที่ 36 กิโลกรัม สูงสุดอยู่ที่ 140 กิโลกรัม ขณะที่ส่วนสูงของสามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างพบว่ามีส่วนสูงสูงสุดอยู่ที่ 185 เซนติเมตร ต่ำสุดอยู่ที่ 137 เซนติเมตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนสูงอยู่ระหว่าง 161-170 เซนติเมตร จำนวน 217 รูป (ร้อยละ 45.5) ส่วนน้อยมีส่วนสูงต่ำกว่า 160 เซนติเมตร จำนวน 116 รูป (ร้อยละ 24.30) และมีส่วนสูงมากกว่า 170 เซนติเมตร จำนวน 144 รูป (ร้อยละ 30.20)

ในส่วนของค่าดัชนีมวลกาย (Body Mass Index : BMI) ที่ได้จากการคำนวณน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมและนำไปหารด้วยส่วนสูงที่มีหน่วยเป็นเมตรยกกำลังสอง โดยใช้เกณฑ์ค่าดัชนีมวลกายของ Asia-Pacific แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ($18.50-22.90 \text{ กก./ม.}^2$) จำนวน 161 รูป (ร้อยละ 33.80) รองลงมามีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับอ้วน ($\geq 25 \text{ กก./ม.}^2$) จำนวน 139 รูป (ร้อยละ 29.10) อยู่ในระดับน้ำหนักน้อย ($\leq 18.50 \text{ กก./ม.}^2$) จำนวน 113 รูป (ร้อยละ 23.70) และอยู่ในระดับน้ำหนักเกิน ($23-24.90 \text{ กก./ม.}^2$) จำนวน 64 รูป (ร้อยละ 13.40) สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังไม่เจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวด้วยสำหรับความเสี่ยง

DOI:

ต่อความล่อแหลมจากปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ได้แก่ การถูกชักชวนให้สูบบุหรี่ และการถูกชักชวนให้ดื่มแอลกอฮอล์ สามเกณฑ์เป็นกลุ่มตัวอย่างสามารถป้องกันปัจจัยล่อแหลมเหล่านี้ได้เป็นอย่างดี

3) ความรอบรู้ทางสุขภาพและความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สำหรับความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) ผู้วิจัยได้อาศัยเครื่องมือวัด HLS-EU-16Q Short Form ที่ปรับปรุงขึ้นจากงานของ Sørensen, and et.al (Lorini, and et.al., 2019, pp.10-18) โดยความรอบรู้ทางสุขภาพมีด้วยกัน 16 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับปรุงข้อคำถามเพื่อให้เข้ากับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสามเณร มีเกณฑ์การให้คะแนน 3 ระดับคือ มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ (ค่าคะแนน 0-8) มีความรอบรู้ทางสุขภาพยังน่ากังวล (ค่าคะแนน 9-12) และมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ (ค่าคะแนน 13-16) สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเกณฑ์ความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ในระดับมีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ จำนวน 405 รูป (ร้อยละ 84.90) ถัดมามีความรอบรู้ทางสุขภาพยังน่ากังวล จำนวน 51 รูป (ร้อยละ 10.70) และมีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ จำนวน 21 รูป (ร้อยละ 4.40) ค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ทางสุขภาพอยู่ที่ 14.39 คะแนน

ในมิติของความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามขึ้นมาและมีการปรับปรุงเครื่องมือสำหรับการวิจัยตามข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนน 2 ระดับ ได้แก่ มีความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพไม่เพียงพอ (ค่าคะแนน 0-4) และมีความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเป็นอย่างดี (ค่าคะแนน 5-8) โดยผู้วิจัยได้แบ่งความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพออกเป็น 2 ประเภทคือ ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ และความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งสามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจเป็นอย่างดีต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทั้ง 2 ประเภท โดยบุหรืมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 6.05 คะแนน และการดื่มแอลกอฮอล์มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 6.99 คะแนน

4) พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณร ในมิติของพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก จำนวน 374 รูป (ร้อยละ 78.40) ถัดมาพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 61 รูป (ร้อยละ 12.80) และมีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับน้อย จำนวน 42 รูป (ร้อยละ 8.80) เมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเล่นการพนัน อยู่ในระดับมาก

สำหรับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณร ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มของรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มที่มีรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธในระดับล่อแหลม และกลุ่มที่มีรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธในระดับเข้มแข็ง การศึกษานี้พบว่า สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธอยู่ในระดับเข้มแข็ง จำนวน 428 รูป (ร้อยละ 89.70) และมีรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธอยู่ในระดับล่อแหลม จำนวน 49 รูป (ร้อยละ 10.30) เมื่อพิจารณาแยกรายด้านพบว่า สามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในด้านสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา อยู่ในระดับเข้มแข็งซึ่งพร้อมต่อการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ

DOI:

ปัจจัยทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย

สำหรับปัจจัยทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการทดสอบแบบไค-สแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบสองกลุ่มซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสุขภาพกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสุขภาพกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทยด้วยการทดสอบแบบไค-สแควร์ พบว่า ปัจจัยทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย มีด้วยกัน 7 ปัจจัย ประกอบด้วย การมีโรคประจำตัว ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการเล่นการพนัน

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางสุขภาพกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย

ตัวแปรอิสระ	รูปแบบการสร้างสุขภาวะ		Chi-square	p-value
	ล่อแหลม	เข้มแข็ง		
ค่าดัชนีมวลกาย	477		4.43	0.219
น้ำหนักน้อย < 18.50 กก./ม. ²	10 (8.80)	103 (91.20)		
ปกติ (18.50-22.90 กก./ม. ²)	22 (13.70)	139 (86.30)		
น้ำหนักเกิน (23 -24.90 กก./ม. ²)	3 (4.70)	61 (95.30)		
อ้วน (> 25 กก./ม. ²)	14 (10.10)	125 (89.90)		
การมีโรคประจำตัว	477		4.44	0.036*
ไม่มีโรคประจำตัว	148 (11.30)	337 (88.70)		
มีโรคประจำตัว	1 (1.90)	51 (98.10)		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	477		17.16	0.000***
มีความรอบรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ	6 (28.60)	15 (71.40)		
มีความรอบรู้ทางสุขภาพยังน่ากังวล	11 (21.60)	40 (78.40)		
มีความรอบรู้ทางสุขภาพเพียงพอ	32 (7.90)	373 (92.10)		
ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่	477		36.21	0.000***
มีความเข้าใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ	14 (40.00)	21 (60.00)		
มีความเข้าใจอยู่ในระดับดี	35 (7.90)	407 (92.10)		
ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์	477		24.70	0.000***
มีความเข้าใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ	7 (50.00)	7 (50.00)		
มีความเข้าใจอยู่ในระดับดี	42 (9.10)	421 (90.90)		

DOI:

ตัวแปรอิสระ	รูปแบบการสร้างสุขภาวะ		Chi-square	p-value
	ล่อแหลม	เข้มแข็ง		
พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่	477		92.44	0.000***
มีการป้องกันอยู่ในระดับน้อย	12 (40.00)	18 (60.00)		
มีการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง	27 (31.40)	59 (68.60)		
มีการป้องกันอยู่ในระดับมาก	10 (2.80)	351 (97.20)		
พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์	477		82.75	0.000***
มีการป้องกันอยู่ในระดับน้อย	11 (35.50)	20 (64.50)		
มีการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง	21 (38.20)	34 (61.80)		
มีการป้องกันอยู่ในระดับมาก	17 (4.30)	374 (95.70)		
พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการเล่นการพนัน	477		103.95	0.000***
มีการป้องกันอยู่ในระดับน้อย	12 (36.40)	21 (63.60)		
มีการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง	22 (44.00)	28 (56.00)		
มีการป้องกันอยู่ในระดับมาก	15 (3.80)	379 (96.20)		

*, **, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ

ที่มา: ผู้วิจัย

หมายเหตุ: () = ร้อยละ

2) ปัจจัยทางสุขภาพที่ส่งผลต่อรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยทางสุขภาพที่ส่งผลต่อรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทยภายใต้ 2 แบบจำลอง ซึ่งแต่ละแบบจำลองชี้ให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทางสุขภาพกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะ ดังตารางที่ 3

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกในแบบจำลองที่ 1 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยทางสุขภาพกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย โดยนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันจากการทดสอบแบบไค-สแควร์ 7 ปัจจัยมาใช้เป็นแบบจำลองที่ 1 พบว่า ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการเล่นการพนัน มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย โดยสามเณรที่มีความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับไม่เพียงพอมีรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งน้อยกว่าสามเณรที่มีความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับดี (p-value = 0.001) สำหรับสามเณรที่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับปานกลาง มีรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งน้อยกว่า สามเณรที่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ในระดับมาก (p-value = 0.033)

DOI:

ขณะที่สามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง มีรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งน้อยกว่าสามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมาก ($p\text{-value} = 0.014$) ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการเล่นการพนัน สามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับน้อยและระดับปานกลาง มีรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งน้อยกว่าสามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับมาก ($p\text{-value} = 0.028, 0.001$) จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในแบบจำลองที่ 1 ชี้ให้เห็นถึงนัยยะความสำคัญของการสร้างพฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการเล่นการพนัน เพราะพฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพดังกล่าวสัมพันธ์กับรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งของสามเกณฑ์ในสังคมไทย อยู่ที่ร้อยละ 48.00 (Nagelkerke R Square = 0.48)

เมื่อทำการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกในแบบจำลองที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ปัจจัยทางสุขภาพกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเกณฑ์ในสังคมไทยด้วยการนำตัวแปรอิสระที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพมาร่วมวิเคราะห์ทั้งหมด พบว่า ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการเล่นการพนัน มีความเกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเกณฑ์ โดยสามเกณฑ์ที่มีความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่อยู่ในระดับไม่เพียงพอมีรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งน้อยกว่าสามเกณฑ์ที่มีความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ในระดับดี ($p\text{-value} = 0.002$) ในด้านของสามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับน้อยและปานกลาง มีรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งน้อยกว่าสามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ในระดับมาก ($p\text{-value} = 0.023, 0.019$)

สำหรับสามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์อยู่ในระดับปานกลาง มีรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งน้อยกว่าสามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ในระดับมาก ($p\text{-value} = 0.016$) ในส่วนของพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการเล่นการพนัน สามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง มีรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งน้อยกว่าสามเกณฑ์ที่มีพฤติกรรมการป้องกันอยู่ในระดับมาก ($p\text{-value} = 0.004$) จากการวิเคราะห์ข้อมูลในแบบจำลองที่ 2 แสดงให้เห็นถึงนัยยะความสำคัญของการสร้างพฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ และการเล่นการพนัน เพราะพฤติกรรมป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพดังกล่าวสัมพันธ์กับรูปแบบการสร้างสุขภาวะที่เข้มแข็งของสามเกณฑ์ในสังคมไทยอยู่ที่ร้อยละ 49.00 (Nagelkerke R Square = 0.49)

จากการวิเคราะห์ปัจจัยทางสุขภาพที่ส่งผลต่อรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเกณฑ์ในสังคมไทย พบว่า ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการเล่นการพนัน มีความสัมพันธ์กับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเกณฑ์ที่เข้มแข็ง

DOI:

ตารางที่ 3 แบบจำลองสัดส่วนโอกาส (Odds Ratio) ต่อการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย

ตัวแปรอิสระ	Model 1		Model 2	
	OR	S.E.	OR	S.E.
ค่าดัชนีมวลกาย (อ้างอิง: ระดับน้ำหนักน้อย < 18.50 กก./ม. ²)				
ระดับปกติ (18.50-22.90 กก./ม. ²)			-0.22	0.58
ระดับน้ำหนักเกิน (23 -24.90 กก./ม. ²)			1.32	1.02
ระดับอ้วน (> 25 กก./ม. ²)			-0.12	0.65
การมีโรคประจำตัว (อ้างอิง: ไม่มีโรคประจำตัว)				
มีโรคประจำตัว	2.24	1.16	2.18	1.18
ความรู้ด้านสุขภาพ (อ้างอิง: มีความรู้ทางสุขภาพเพียงพอ)				
มีความรู้ทางสุขภาพไม่เพียงพอ	0.38	0.90	0.28	0.95
มีความรู้ทางสุขภาพยังน่ากังวล	-0.58	0.59	-0.40	0.64
ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ (อ้างอิง: มีความเข้าใจอยู่ในระดับดี)				
มีความเข้าใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ	-2.39	0.72***	-2.39	0.76**
ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับการดื่มแอลกอฮอล์ (อ้างอิง: มีความเข้าใจอยู่ในระดับดี)				
มีความเข้าใจอยู่ในระดับไม่เพียงพอ	0.54	1.12	0.89	1.18
พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ (อ้างอิง: มีการป้องกันอยู่ในระดับมาก)				
มีการป้องกันอยู่ในระดับน้อย	-1.74	0.97	-2.39	1.05*
มีการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง	-1.37	0.64*	-1.50	0.64*
พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ (อ้างอิง: มีการป้องกันอยู่ในระดับมาก)				
มีการป้องกันอยู่ในระดับน้อย	0.91	0.70	0.38	0.80
มีการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง	-1.40	0.57*	-1.37	0.57*
พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการเล่นการพนัน (อ้างอิง: มีการป้องกันอยู่ในระดับมาก)				
มีการป้องกันอยู่ในระดับน้อย	-2.32	1.06*	-1.54	1.13
มีการป้องกันอยู่ในระดับปานกลาง	-1.85	0.57***	-1.69	0.59**
Log likelihood	189.77		186.07	
Nagelkerke R Square	0.48		0.49	
จำนวนสามเณร (N) 477				

*, **, *** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05, 0.01 และ 0.001 ตามลำดับ

ที่มา: ผู้วิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธเพื่อลดโอกาสและความเสี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรในสังคมไทย

สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธเพื่อลดโอกาสและความเสี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรในสังคมไทย ผู้วิจัยได้อาศัยข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธควรเกิดขึ้นในลักษณะของ “ข่ายใยสุขภาวะ” (Health Safety Net) ซึ่งเชื่อมโยงการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและอาศัยเครือข่ายทางสังคมในการสร้างสภาพแวดล้อมทางด้านสุขภาวะที่เหมาะสมและยั่งยืน โดยการเกิดขึ้นของข่ายใยสุขภาวะมีลักษณะสำคัญดังนี้

DOI:

1) ข่ายใยสุขภาพระดับบุคคล การส่งเสริมให้สามเณรมีความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และความรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk Factors Literacy) ถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดข่ายใยสุขภาพระดับบุคคลได้อย่างเข้มแข็งและสามารถขยายต่อการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาพไปสู่บุคคลใกล้ชิด โดยข่ายใยสุขภาพระดับบุคคลในที่นี้ไม่ได้เกิดในลักษณะของการแยกส่วน แต่เป็นการประกอบข่ายใยร่วมกันผ่านความร่วมมือระหว่างสถาบันทางสังคมต่าง ๆ โดยเฉพาะสถาบันการศึกษา และสถาบันพระพุทธศาสนา สำหรับสถาบัน การศึกษาที่มีทุนทางวัฒนธรรม (Cultural Capital) สามารถพัฒนาไปสู่ทุนทางสุขภาพ (Health Capital) ผ่านองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพอย่างหลากหลายไม่ว่าจะเป็นทางด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสามัญประจำบ้าน การป้องกันโรคที่เกิดจากพฤติกรรม (Noncommunicable diseases: NCDs) การพัฒนาความสามารถของบุคคลและกลุ่ม และการสื่อสารทางด้านสุขภาพ องค์ความรู้เหล่านี้จะเป็นกลไกการสร้างข่ายใยสุขภาพที่สำคัญที่สามารถส่งต่อและพัฒนาเป็นความรู้ทางสุขภาพได้ในระดับบุคคลที่เหมาะสม เนื่องจากสามเณรมีการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญาที่ดีจากหลักธรรมที่เป็นทุนทางวัฒนธรรมของสถาบันพระพุทธศาสนาที่สั่งสมมา แต่ยังคงมีข้อจำกัดทางการส่งเสริมสุขภาพทางกายตามหลักพระธรรมวินัย

“ถ้าเป็นเรื่องออกกำลังกายก็ยากพอสมควร คือ ด้วยความที่เป็นพระ เป็นเณร มันค่อนข้างข้อจำกัดเยอะนิดนึง มันก็เลย กิจกรรมพวกนี้คือ ก็มีที่ได้จริง ๆ ก็คือ การมาให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องนุหรี เรื่องอะไรแบบนี้ซะส่วนใหญ่ เพราะว่า ถ้าเรา เอ้อ เอาไปส่งเสริมด้านกายให้ออกกำลังกายให้อะไรอย่างนี้ คือ บางทีมันทำแล้วคนอื่นมาเห็นมันดูไม่สมควร”

(ID1 สามเณร เรียนอยู่ชั้นประโยค ป.ธ.5)

“เรื่องสุขภาพร่างกายนะครับ ผมคิดว่ามันก็ เรื่องนี้อาจจะเป็นเรื่องที่ยากพอสมควร ด้วยอิริยาบถของภิกษุสามเณรต้องอยู่ในความเรียบร้อยอะครับ พอได้ออกกำลังกาย ถ้า ๆ มันไม่ใช่แบบเป็นที่ที่ปิดตาคน หรือว่าคนไม่เห็นก็ตรงนี้ก็พอได้ครับ แต่ว่าถ้ามันเป็น เป็นยังงี้ครับ เป็นที่ออกกำลังกายแล้วมีคนเห็น มีคนพบเข้า อาจจะเป็นที่วิพากษ์วิจารณ์ของญาติโยมได้ครับ”

(ID4 สามเณร เรียนอยู่ชั้นประโยค ป.ธ.5)

เมื่อพิจารณาตามช่วงวัยประชากรของสามเณรแล้ว สามเณรอยู่ในช่วงของวัยเรียนรู้และวัยใสที่มีทั้งปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและปัจจัยปกป้องในเวลาเดียวกัน อุปนิสัยของประชากรในช่วงวัยเรียนรู้และวัยใสส่วนใหญ่อยู่ในช่วงของการอยากรู้ อยากลอง การเปิดรับการเรียนรู้จึงเป็นโอกาสสำคัญที่จะช่วยสร้างข่ายใยสุขภาพขึ้นได้อย่างสำเร็จจากการมี “ครูพระสุขภาพะ” ที่คอยขับเคลื่อนองค์ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การห่างไกลจากปัจจัยเสี่ยงจากการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเล่นการพนัน ซึ่งปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้ถูกลดได้เมื่อมีการเรียนรู้เชิงพฤติกรรมผ่านครูพระสุขภาพะที่มีความรู้รอบรู้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิต สังคม และปัญญาด้วยการอาศัยกระบวนการเรียนรู้ตามความสนใจ นอกจากความรู้พื้นฐานที่ได้รับจากการศึกษาภาคบังคับแล้ว การมีความรู้ด้านสุขภาพจะกลายเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยให้สามเณรดำรงชีวิตอยู่ในสังคมที่มีความเสี่ยงภัยทางสุขภาพ อีกทั้งสถาบันพระพุทธศาสนาในสังคมไทยได้มุ่งเน้นการปรับกระบวนการคนไปสู่การเป็นพระพุทธศาสนาเพื่อสังคม (Socially Engaged Buddhism) การที่สามเณรมีทักษะสุขภาพะ

DOI:

ทางสังคมและปัญญาที่เข้มแข็งจะช่วยก่อให้เกิดทุนจิตสาธารณะ (Public Minds Capital) ในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมได้อีกด้วย ซึ่งประเด็นดังกล่าวไม่สามารถเกิดขึ้นได้จากการเรียนรู้ตามการศึกษาภาคบังคับแต่เพียงอย่างเดียว

2) ข่ายใยสุขภาวะระดับวัด ภายใต้ข้อจำกัดการส่งเสริมสุขภาวะของสามเณรที่จำเป็นต้องปฏิบัติตามหลักพระธรรมวินัยโดยเฉพาะการฉันอาหารให้ครบตามหลักโภชนาการของสามเณร การบริหารชั้นที่ตามหลักพระธรรมวินัย และการบ่มเพาะทางด้านจิตใจ สังคม และปัญญาผ่านการบ่มเพาะจากกิจกรรมของแต่ละวัดสิ่งเหล่านี้ล้วนมีความเกี่ยวข้องกับข่ายใยสุขภาวะระดับวัดโดยเฉพาะการสร้างสภาพแวดล้อมวัดให้เหมาะสมต่อการเรียนรู้และเอื้ออำนวยต่อการส่งเสริมสุขภาวะของสามเณรที่อยู่ในช่วงวัยทางประชากรที่เป็นวัยแห่งการเรียนรู้ การที่วัดสามารถพัฒนาสภาพแวดล้อมของวัดให้อยู่ในลักษณะของ “ชนสุขภาวะเข้าวัด” ผ่านการระดมเครือข่ายทางสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สภาพแวดล้อมทางสุขภาวะใน 2 ลักษณะดังนี้

2.1) ข่ายใยสุขภาวะระดับวัดที่เกิดจากภายในวัด เป็นการผลักดันให้สามเณรรวมตัวกันขึ้นเป็นชมรมสุขภาวะที่มุ่งเน้นในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะที่มีสามเณรเป็นแกนกลางของกิจกรรม การรวมกลุ่มทางสังคมในลักษณะดังกล่าวถือเป็นจุดเด่นของช่วงวัยแห่งการเรียนรู้ที่มีการรวมกลุ่มจากความไว้น้ำใจเชื่อใจ (Trust) และความสนิทใกล้ชิดของกลุ่มเพื่อน การเกิดการรวมตัวกันขึ้นเป็นชมรมสุขภาวะจะช่วยทำให้สามเณรเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางความคิดและมีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันซึ่งจะนำไปสู่การพึ่งพากันทางด้านสุขภาวะ รวมไปถึงการพัฒนาไปสู่ทักษะความเห็นอกเห็นใจต่อผู้อื่นได้ต่อไป

“ด้านกิจกรรมทั้งหลายในวัด อะไรอย่างนี้ครับ ให้เณรลองฝึก ลองช่วยกัน ส่วนด้านจิตใจ ก็มีการทำวัตร สวดมนต์อยู่แล้ว เพราะว่า เป็นพระ เณร พระภิกษุสามเณร มีการเทศนา มีการคุยกับญาติโยม ด้านปัญญา ก็ได้เรียนพระบาลี แล้วก็มีการเรียนของที่วัดก็คือ ทุกวันก็จะมีกรรมาแปลหนังสือร่วมกัน มีการถามปัญหากัน อะไรอย่างนี้ครับ ส่วนด้านสังคม ก็เอาผลประโยชน์ที่ได้ 3 ข้อแรกเนี่ย ก็คือไปสอนญาติโยม สอนธรรมะศึกษา หัวข้อธรรม วิธีการใช้ชีวิต วิธีการทำจิตใจให้สงบนิ่ง ประมาณนี้ครับ”

(ID1 สามเณร เรียนอยู่ชั้นประโยค ป.๕.5)

“อยากให้มามีกิจกรรมเกี่ยวกับการสนทนาเพื่อการปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างครับ กิจกรรมเกี่ยวกับการ คล้ายๆกับการได้วาที่ครับ การพูดคุยกันอย่างนี้ เพราะว่า มันอยู่กันเป็นห้องแล้วมันไม่ค่อยได้เจอหน้ากัน ไม่ค่อยได้คุยกันครับ (เราอยู่กับ-ผู้เขียน) เป็นเอกเทศตัวเองไปเลย ไม่ค่อยได้พบปะเพื่อน พบปะคนอื่น”

(ID2 สามเณร เรียนอยู่ชั้นประโยค ป.๕.5)

2.2) ข่ายใยสุขภาวะระดับวัดที่เกิดจากภายนอกวัด เป็นการรวมกลุ่มขึ้นของฆราวาสที่เข้ามามีส่วนร่วมต่อการดูแลสุขภาวะของสามเณรโดยเฉพาะในแง่ของการประกอบอาหารให้ถูกต้องตามหลักโภชนา มีสารอาหารครบ 5 หมู่ และสามารถดึงดูดให้สามเณรสามารถฉันอาหารเหล่านี้ได้อย่างมีความสุข เครือข่ายภายในวัด

ที่เป็นการรวมกลุ่มชมราชาวาสเพื่อดูแลสุขภาพะสามเณรเป็นการรวมกลุ่มที่เกิดขึ้นได้จากการมีความรู้และความเข้าใจ
 ในเรื่องของหลักโภชนาการและหลักพระธรรมวินัยบางประการที่อาจเกี่ยวข้องกับหลักโภชนาการ นอกจากนี้ควรมี
 การตรวจสุขภาพประจำปีให้กับสามเณรภายในวัดผ่านความร่วมมือกับสถาบันทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและ
 สาธารณสุข ซึ่งการระดมเครือข่ายดังกล่าวจะเป็นกลไกสนับสนุนที่สำคัญในการสร้างสุขภาพะที่มั่นคงให้กับสามเณร
 ได้ต่อไป

(ID5 อาจารย์ผู้สอนอยู่ที่โรงเรียนพระปริยัติธรรม)

(ID1 สามเณร เรียนอยู่ชั้นประโยค ป.๕.5)

(ID5 อาจารย์ผู้สอนอยู่ที่โรงเรียนพระปริยัติธรรม)

กระบวนการสร้างชุมชนสุขภาวะถือเป็นอีกกลไกสำคัญที่จะช่วยก่อให้เกิดขยายสุขภาวะระดับชุมชน โดยชุมชนแต่ละชุมชนมีความแตกต่างทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และทรัพยากรภายในชุมชน การที่สามารถพัฒนาทุนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนขึ้นมาเพื่อเป็นขยายโอกาสทางสุขภาพที่แข็งแรงจะช่วยส่งเสริมให้ชุมชนกับวัดมีสุขภาวะที่ดีควบคู่กันไป ข้อพึงตระหนักสำคัญในการสร้างชุมชนสุขภาวะคือ การมีพื้นที่การเรียนรู้และพัฒนาความคิด ซึ่งวัดภายในเมือง

DOI:

ส่วนใหญ่ก็มีข้อจำกัดทางด้านพื้นที่ การที่สามเณรสามารถออกไปเรียนรู้ในพื้นที่การเรียนรู้จะช่วยให้เกิดการส่งต่อและต่อยอดทางความคิดออกไปได้เป็นอย่างมาก เช่น การมีห้องสมุดชุมชน การมีพื้นที่สาธารณะในชุมชน การมีสถานที่สำหรับการทำกิจกรรมทางสุขภาวะในชุมชน และการมีพิพิธภัณฑ์การเรียนรู้ในชุมชน เป็นต้น พื้นที่การเรียนรู้เหล่านี้จะช่วยทำให้สามเณรมีการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธคู่ขนานไปกับการทำกิจกรรมร่วมกับชุมชนตลอดจนการเรียนรู้การอยู่ร่วมกันท่ามกลางสังคมพหุวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาต่อยอดการขับเคลื่อนสุขภาวะควบคู่กันไป หรือแม้แต่การมีกิจกรรมทางสุขภาวะภายในวัดในฐานะพื้นที่สาธารณะซึ่งทำให้วัดกลายเป็นศูนย์กลางของการขับเคลื่อนสุขภาวะเพื่อชุมชนก็จะช่วยให้สามเณรได้พัฒนาสุขภาวะทางปัญญาและสุขภาวะทางสังคมมากยิ่งขึ้น

“วันพระเนี่ยทางหลวงพ่อท่านก็อยากให้เณรลองเทศน์ ลองให้ศิลาโยมดู ก็ได้ลองเทศน์ได้ลองให้ศิลาโยมดูครับ ส่วนทางด้านสังคมก็จะมีในเดือนหน้าเนี่ยคือเขาจะให้เณรเนี่ยแหละครับ พวกเณรพวกนี้แหละครับ คือ พวกผมเนี่ยไปสอนธรรมะศึกษาของนักเรียนต่างโรงเรียนในกรุงเทพฯ อย่างนี้ครับ...อย่างที่ผมพูดไปข้างต้นก็คือ ให้เณรได้ลองเทศน์ดู ได้ลองฟังธรรม ช่วยกันคิดหัวข้อธรรม เพื่อให้จิตใจมันสงบขึ้น อะไรอย่างนี้ครับ แล้วก็พัฒนาความรู้ของตัวเองด้วยไปอีกด้านหนึ่ง”

(ID1 สามเณร เรียนอยู่ชั้นประโยค ป.ธ.5)

4) ข่ายใยสุขภาวะระดับนโยบาย การสร้างข่ายใยสุขภาวะระดับนโยบายเป็นหน้าที่สำคัญของสถาบันทางสังคมที่เกี่ยวข้องอย่างสถาบันสุขภาวะ สถาบันการศึกษา และสถาบันพระพุทธศาสนาผ่านการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาวะของสามเณรในสังคมไทย ด้วยช่วงวัยที่มีอุปนิสัยแตกต่างจากพระสงฆ์ หรือแม้กระทั่งมีจิตวิทยาความท้าทายทางด้านสุขภาวะแตกต่างกันออกไปตามช่วงอายุ ประกอบการสามเณรในสังคมไทยส่วนใหญ่มีการศึกษาทั้งในแผนกสามัญศึกษาและแผนกธรรม ความตึงเครียดจากการศึกษานี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของสามเณรไปได้ ในอีกแง่หนึ่งสามเณรนับเป็นเยาวชนที่เป็นกำลังสำคัญในการร่วมขับเคลื่อนประเด็นทางสังคมและมีการตื่นตัวต่อสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาวะอย่างฉับพลัน ความแตกต่างเหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งที่ข่ายใยสุขภาวะระดับนโยบายควรให้หันกลับมาทบทวนและให้ความสนใจ

“ผมรู้สึกว่ามันมีความติดลบ มันอาจจะเป็นเพราะว่าการอยู่แบบแออัดเกินไป หรือว่าอย่างที่ฟังลูกเณรนะครับว่าต่างคนต่างมา แล้วมันเหมือนแบบอุปนิสัยเนี่ยมันก็คือ แบบ กว่าจะมาขัดเกลาอะไรแต่ละอย่างเนี่ย แต่พอถึงกระนั้นละเนี่ย มันก็เป็นเรื่องที่ยากมาก อย่างวัด A เนี่ยนะครับ พอเข้าสู่ในยุคที่แบบการศึกษาเต็มรูปแบบ สิ่งที่ยังขาดหายคือ สุขภาวะ อันนี้ผมกลัวพูดเลย เราจะเห็นได้ว่าสำนักเรียนนะครับ ไม่ว่าจะเป็นวัด B ที่มีชื่อเสียงโด่งดังในเรื่องของการศึกษา กับวัด A ที่มีชื่อเสียง ถ้าเอาผลงานมาวัดกันมันดูดีนะ แต่พอจะไปอยู่ในเรื่องของสุขภาวะ 2 ที่เนี่ยนะ เมื่อมาเทียบกันต่างกันอย่างมาก”

(ID5 อาจารย์ผู้สอนอยู่ที่โรงเรียนพระปริยัติธรรม)

DOI:

สำหรับแผนพัฒนาสุขภาวะของสามเณรในสังคมไทยควรคำนึงถึงการพัฒนาสุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมโดยมีรูปแบบการแผนพัฒนา 2 ลักษณะดังนี้

การพัฒนาสุขภาวะของสามเณรจากภายใน เป็นการออกแบบการพัฒนาสุขภาวะที่มุ่งตรงไปยังสามเณรให้มีความเข้มแข็งทั้งสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา การสร้างฐานคิดทางด้านสิทธิในการมีสุขภาวะที่ดีและการเป็นพลเมืองโลก (Cosmopolitanism) ที่ตื่นตัวต่อความเปลี่ยนแปลงทางด้านสุขภาวะ คำนึงถึงความหลากหลายทางสุขภาวะที่แตกต่างกันออกไปตามสถานะทางสุขภาพ สถานะทางสังคม และสถานะทางวัฒนธรรม การปลูกพัฒนาขับเคลื่อนเพื่อสร้างฐานคิดดังกล่าวจะช่วยให้เกิดความเห็นอกเห็นใจ การตระหนักถึงความรอบรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการเล่นเกมพนัน รวมทั้งเป็นกำลังสำคัญในการแพร่กระจายฐานคิดสุขภาวะออกไปยังสังคมที่มีความหลากหลาย อีกทั้งการพัฒนาสุขภาวะของสามเณรยังควรปลูกฝังให้เกิดความคิดสร้างสรรค์และการเปิดกว้างทางความคิดเพื่อนำไปสู่การต่อยอดทางนวัตกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะในกลุ่มของตนเองและกลุ่มอื่น ๆ ในสังคม

การพัฒนาสุขภาวะของสามเณรสู่ภายนอก เป็นการต่อยอดการพัฒนาสุขภาวะของสามเณรจากภายในภายใต้ฐานคิดสุขภาวะที่มีความเข้มแข็งเพื่อตอบสนองต่อการเป็นพระพุทธศาสนาเพื่อสังคม การพัฒนาสุขภาวะของสามเณรสู่ภายนอกเป็นการส่งเสริมให้สามเณรในฐานะผู้มีความรู้ในการส่งต่อสุขภาวะที่ดีไปสู่ชุมชนรอบตัวของตนเองเป็นลำดับแรกผ่านการทำงานเชิงเครือข่ายทางสังคมที่พัฒนาจากการรวมตัวขึ้นเป็นชมรมสุขภาวะกลายเป็นผู้นำเยาวชนทางด้านสุขภาวะที่มีความรอบรู้เกี่ยวกับสุขภาวะอย่างครอบคลุม การสร้างเครือข่ายไม่เพียงแต่เกิดขึ้นในชุมชนทางกายภาพเท่านั้น แต่ควรจะต้องเกิดคู่ขนานกันไปในชุมชนออนไลน์ (Online Community) เนื่องจากสามเณรเป็นประชากรชาวดิจิทัลกลุ่มหนึ่งที่มีทักษะในการเรียนรู้ทางด้านดิจิทัลรวมไปถึงมีทักษะที่สำคัญในการสร้างเครือข่ายในโลกออนไลน์ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนทุนทางวัฒนธรรมที่สั่งสมจากการเรียนรู้ทั้งจากหลักพระธรรมวินัยและการสร้างฐานคิดทางด้านสุขภาวะไปสู่ทุนทางสังคมที่เชื่อมโยงต่อกันในโลกออนไลน์ มีการทำกิจกรรมร่วมกัน มีการพัฒนานวัตกรรมการสื่อสารสุขภาวะอย่างรวดเร็วเพื่อการถ่ายทอดองค์ความรู้ทางด้านสุขภาวะไปยังโลกออนไลน์ การที่สามเณรเกิดแพร่กระจายองค์ความรู้ทางสุขภาวะสู่ภายนอกถือเป็นนวัตกรรมทางด้านสุขภาพหนึ่งที่มีเยาวชนเป็นแกนกลางของการขับเคลื่อนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถเข้ามาสนับสนุนการทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ต่อไป

สรุปผลและอภิปรายผล

รูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในพื้นที่ภาคกลางและภาคเหนือของประเทศไทยจำเป็นต้องคำนึงถึงการพัฒนาสุขภาวะวิถีพุทธอย่างเป็นองค์รวมทั้งสุขภาวะทางกาย สุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา การที่สุขภาวะทั้ง 4 องค์ประกอบนี้เชื่อมโยงต่อกันจะเป็นหลักประกันสำคัญต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตได้อย่างมั่นคงภายใต้การมีสุขภาวะที่มั่นคง ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิตอยู่ท่ามกลางโลกสมัยใหม่ที่หันกลับมาสนใจประเด็นสุขภาวะมากยิ่งขึ้น โดยสามเณรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอยู่ในระดับมาก และมีรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธอยู่ในระดับที่เข้มแข็ง

DOI:

เมื่อพิจารณางานของ จงจิตร อังคทะวานิช และคณะ (2557) ซึ่งชี้ให้เห็นว่าสามเณรได้มีการปรับตัวในการใช้ชีวิตภายใต้สภาพ 10 ซึ่งมุ่งให้เกิดการขัดเกลาทางสังคมและเปลี่ยนแปลงอุปนิสัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะโดยเฉพาะสุขภาวะทางกาย ประกอบกับสามเณรมีการเรียนรู้เกี่ยวกับสุขภาวะผ่านห้องเรียนสำหรับการศึกษาค้นคว้าระดับอาชีวศึกษา ทำให้มีความรู้ต่อประเด็นดังกล่าว ขณะทำงานอีกชิ้นของจงจิตร อังคทะวานิช, ทิพวรรณ ศิริเกียรติทอง, และรุ่งฉัตร อำนวย (2565) ได้ทบทวนประเด็นด้านสุขภาวะของสามเณรในโรงเรียน พระปริยัติธรรมซึ่งมุ่งเน้นไปยังสุขภาวะทางกาย เนื่องจากสุขภาวะทางจิต สุขภาวะทางสังคม และสุขภาวะทางปัญญา สามเณรได้รับการบ่มเพาะจากการฝึกปฏิบัติผ่านกิจกรรมทางศาสนาแล้ว แต่สำหรับสุขภาวะทางกายยังถูกจำกัดด้วยหลักพระธรรมวินัยซึ่งก่อให้เกิดปัญหาสุขภาวะทางกายจาก “ผักน้อยเกิน เหม็นนมวัว รวบน้ำหวาน กำล้างานถดถอย” การที่จะทำให้การสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรก่อรูปได้สำเร็จและมีความสมบูรณ์จึงจำเป็นต้องตระหนักถึงประเด็นสุขภาวะทางกายดังกล่าวเพิ่มเติมด้วย

สำหรับปัจจัยทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรในสังคมไทย มีด้วยกัน 4 ปัจจัยสำคัญ ประกอบด้วย ความเข้าใจต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพเกี่ยวกับบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพจากการเล่นการพนัน เมื่อพิจารณาปัจจัยทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธล้วนเป็นทุนทางสุขภาพ (Health Capital) ที่เกิดขึ้นจากการสั่งสมของแต่ละบุคคลแตกต่างกันออกไปซึ่งทุนทางสุขภาพสามารถวัดได้ผ่านเครื่องมือที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น ที่ชั่งน้ำหนัก ที่วัดส่วนสูง และแบบวัดทางสุขภาพ เป็นต้น โดย Blaxter (2003) นักสังคมวิทยาที่สนใจในประเด็นทางสุขภาพได้พัฒนาต่อยอดแนวคิดทุนทางสุขภาพจากความคิดเกี่ยวกับทุนของ Pierre Bourdieu ซึ่งทั้ง Bourdieu (1986), Bourdieu & Wacquant (1992) และ Swartz (1997) ได้ตอกย้ำให้เห็นว่าการครอบครองทุนเป็นความสามารถในการยับยั้งและการจัดการนำทรัพยากรทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมมาก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสมาชิกหรือปัจเจกบุคคลที่ครอบครองได้ เมื่อพิจารณาในมิติของทุนแล้ว การสามารถมีทุนทางสุขภาพและการวัดที่เป็นรูปธรรมได้เช่นเดียวกับทุนทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้ทุนทั้งสองประเภทสามารถแปลงเปลี่ยนไปเป็นทุนประเภทอื่น ๆ ทั้งทุนทางสัญลักษณ์ ทุนทางสังคม และทุนวัฒนธรรมได้ง่ายขึ้น เช่น การเป็นนักเรียนหรือสามเณรต้นแบบให้กับหน่วยงานด้านสุขภาพ เป็นต้น สำหรับ Blaxter แล้วทุนทางสุขภาพจึงมีความสัมพันธ์กับทุนทางวัฒนธรรมในฐานะที่ทุนทางวัฒนธรรมเป็นส่วนของการเรียนรู้ทางด้านสุขภาพที่ติดตัว การสั่งสมองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ และสามารถแปลงทุนดังกล่าวให้กลายเป็นทุนทางสุขภาพผ่านการดูแลสุขภาพตนเองภายใต้องค์ความรู้ที่เหมาะสมในมิตินี้ การที่สามเณรมีการสร้างสุขภาวะวิถีพุทธของสามเณรเพื่อลดโอกาสและความเสี่ยงต่อการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพอย่างการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นเสมือนกันป้องกันไม่ให้ทุนทางสุขภาพถูกทำลายด้วยปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต่าง ๆ

สำหรับมิติของ Schneider-Kamp (2020) ได้มีการวิเคราะห์ทุนทางสุขภาพจากมุมมองของ Bourdieusian ซึ่งมีข้อเสนอแตกต่างกันออกไปเกี่ยวกับทุนทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการหาข้อมูลทางด้านสุขภาพ การมีความรู้ด้านสุขภาพ และการตัดสินใจทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมพฤติกรรมเหล่านี้ล้วนแต่เป็นทุนทางสุขภาพทั้งสิ้น ซึ่งทำให้นักคิดกลุ่มหนึ่งมองว่าทุนทางสุขภาพถูกแปลงมาจากทุนทางวัฒนธรรมผ่านการสั่งสมองค์ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ แต่สำหรับ Kamp แล้ว เขาเสนอให้พิจารณาทุนทางสุขภาพที่ผนวกรวมเข้ากับทุนทางสัญลักษณ์ร่วมด้วย

DOI:

ซึ่งการมีส่วนร่วมทางด้านสุขภาพอย่างแข็งขัน มีการสะสมความรู้ด้านสุขภาพ และการรู้จักเลือกบริโภคอาหารที่เหมาะสมต่อร่างกาย การกระทำดังที่กล่าวมาถูกแสดงออกในฐานะทุนทางสังคมที่แสดงออกมาเพื่อให้ได้รับการยอมรับซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปตามสถานะทางสังคม ขณะที่ Cockerham (2013a) ได้กล่าวถึงรูปแบบวิถีชีวิตทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับสถานะทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง การที่ปัจเจกบุคคลมีรูปแบบวิถีชีวิตทางสุขภาพที่แตกต่างกันเป็นผลมาจากสภาพแวดล้อมทางสังคม อีกทั้งรูปแบบวิถีชีวิตทางสุขภาพยังก่อตัวขึ้นภายใต้ความโน้มเอียงของอุปนิสัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทั้งการสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ของแต่ละบุคคลอาจมีความแตกต่างกัน หรือเหมือนกันตามสถานะทางสังคมที่แตกต่างกันออกไป

นอกจากนี้งานของ Fitzpatrick (2021) ยังมีข้อเสนอที่สะท้อนให้เห็นมุมมองของความอ้วนและการกิจกรรมทางกายในระบบการศึกษาที่สะท้อนคุณค่าการมองร่างกายในฐานะทุนทางวัฒนธรรมหรือทุนทางสุขภาพ โดยการมีสุขภาพดีจากภายนอกคือการมีร่างกายที่ดูแข็งแรงและปราศจากโรคภัย ถือเป็นคุณค่าทางสังคมที่สามารถผลักดันให้ปัจเจกได้รับการยอมรับว่าอยู่ในความสัมพันธ์แถวหน้าในพื้นที่ทางสุขภาพในความสัมพันธ์ภายในสถานการศึกษาได้ ทั้งนี้วิกฤตทางสุขภาพและการพิจารณาทุนทางสุขภาพว่าเป็นส่วนหนึ่งของความเจริญทางการแพทย์ในสังคม ส่งผลให้เกิดการพัฒนานโยบายของรัฐที่หันมาสนใจการปรับสภาพแวดล้อมด้านสุขภาพ ทั้งอาหาร การเพิ่มกิจกรรมทางกายในระบบการศึกษา และการปรับสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เอื้อต่อการลดวิกฤตปัญหาสุขภาพในกลุ่มวัยใสให้ได้มากขึ้น

ในส่วน of ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าประเด็นเกี่ยวกับการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อรูปแบบการสร้างสุขภาพวิถีพุทธเพื่อลดโอกาสและความเสี่ยงต่อปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพของสามเณรในสังคมไทยที่การศึกษาครั้งนี้ค้นพบคือ การยกระดับด้วยแนวคิดขยายสุขภาพะใน 4 ระดับคือ ขยายสุขภาพะระดับบุคคล ขยายสุขภาพะระดับวัด ขยายสุขภาพะระดับชุมชน และขยายสุขภาพะระดับนโยบายซึ่งควรดำเนินการในลักษณะของการเชื่อมประสานระหว่างกัน พระสุริยรัตนบัณฑิต (2562) ได้แสดงให้เห็นถึงลักษณะที่สำคัญในการพัฒนาสามเณรในศตวรรษที่ 21 เพื่อการมีสุขภาพะที่เข้มแข็ง โดยการที่สามเณรสามารถเรียนรู้ประเด็นทางด้านสุขภาพะได้ตามความสนใจ การมีบทเรียนที่มีความยืดหยุ่น การบ่มเพาะคุณลักษณะของการเป็นพลเมืองที่ดี การเรียนรู้ที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชน การพัฒนาทักษะทางด้านความคิดสร้างสรรค์ และการเปิดรับความหลากหลายทางวัฒนธรรม ปัจจัยเหล่านี้จะทำให้เกิดการพัฒนาสุขภาพะของสามเณรได้อย่างยั่งยืนและเกิดการโอนถ่ายความรู้ส่งต่อไปยังผู้อื่นได้ เพื่อให้เกิดการพัฒนาสุขภาพะที่เชื่อมโยงกันในทุกๆระดับ

ข้อเสนอแนะและข้อจำกัดของการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติควรมีการระดมเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพะของสามเณรในสังคมไทย
- 2) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ควรมีการยกระดับเกี่ยวกับนวัตกรรมสื่อสารสุขภาพะที่เหมาะสมกับสามเณรในสังคมไทย โดยเฉพาะในเรื่องของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์

DOI:

3) ฝ่ายสาธารณสุขสงเคราะห์ของมหาเถรสมาคมและกรมอนามัย ควรมีการร่วมมือกันเพื่อขับเคลื่อนการสร้างเครือข่ายผู้นำสามเณรสุขภาพและพัฒนาพื้นที่ต้นแบบการเรียนรู้สุขภาพสำหรับสามเณร

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการในการอบรมผู้นำสามเณรสุขภาพะโดยเป็นการให้ความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพะและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพะจนนำมาสู่การออกแบบหลักสูตรการเรียนรู้สุขภาพะของสามเณรที่ครอบคลุม สามารถยกระดับองค์ความรู้ด้านสุขภาพะได้

2) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในการให้สามเณรได้รวมกลุ่มกันเพื่อทดลองพัฒนากิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะและดำเนินการถอดบทเรียนกิจกรรมที่ได้จัดขึ้นเพื่อนำไปใช้ในการเป็นกิจกรรมต้นแบบในพื้นที่อื่น ๆ ได้ต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

1) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบตัดขวาง (Cross-sectional Data) ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพะของสามเณรที่เก็บได้ในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง

2) การศึกษาค้นคว้านี้ได้เลือกพื้นที่การศึกษาเฉพาะ 2 พื้นที่ ได้แก่ 1) ภาคเหนือ คือ จังหวัดลำปาง และจังหวัดน่าน และ 2) ภาคกลาง คือ จังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดนครสวรรค์ และจังหวัดพิจิตร เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านเวลาและงบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง “สามเณรใจสิงห์: วิธีการสร้างสุขภาพะและการเรียนรู้ด้านสุขภาพะในมิติสังคมวิทยา” ได้รับทุนอุดหนุนดำเนินการวิจัยจากโครงการการพัฒนาเครือข่ายลดปัจจัยเสี่ยงตามแนวพระพุทธศาสนา สำนักสนับสนุนการควบคุมปัจจัยเสี่ยงหลัก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

รายการอ้างอิง

- โกนิฐ์ ศรีทอง, ชลวิทย์ เจียรจิตต์, เบญจมาศ สุขสถิตย์, และชัยวัชร พรหมจิตติพงศ์. (2564). สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในสังคมไทย. *วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร*, 9(5), 1793-1804.
- จงจิตร อังคทะวานิช, ทิพวรรณ ศิริเกียรติทอง, และรุ่งนัย อำนวย. (2565). *การพัฒนาเว็บแอปพลิเคชันเพื่อสามเณรในโรงเรียนพระปริยัติธรรม*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- จงจิตร อังคทะวานิช, และคณะ. (2557). *การศึกษาวิถีชีวิต ลักษณะอาหาร ภาวะโภชนาการ ของพระสงฆ์ สามเณร และฆราวาส : ในบริบท 4 ภูมิภาคประเทศไทย*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ธานี สุวรรณประทีป, วุฒินันท์ กันทะเตียน, และ พงษ์พัฒน์ ไหมจันทร์ดี. (2565). *ปกป้องวัยใส ห่างไกลเหล้า-บุหรี่*. นิตยธรรมการพิมพ์.

DOI:

- เบญจมาศ สุขสถิตย์. (2562). คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของสามเณรจังหวัดพะเยา. ใน พระราชปริยัติ, พระสุธีรัตนบัณฑิต, เบญจมาศ สุขสถิตย์, และวโรดม เสมอเชื้อ, บรรณาธิการ. *การส่งเสริมสุขภาพะด้านอาหารและโภชนาการของสามเณรในจังหวัดพะเยา*. โครงการพัฒนาสุขภาพะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระราชปริยัติ. (2562). สถานการณ์สุขภาพะของสามเณรในจังหวัดพะเยา. ใน พระราชปริยัติ, พระสุธีรัตนบัณฑิต, เบญจมาศ สุขสถิตย์, และวโรดม เสมอเชื้อ, บรรณาธิการ. *การส่งเสริมสุขภาพะด้านอาหารและโภชนาการของสามเณรในจังหวัดพะเยา*. โครงการพัฒนาสุขภาพะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พระสุธีรัตนบัณฑิต. (2562). สามเณร: บทบาทและการเรียนรู้ในศตวรรษที่ 21. ใน พระราชปริยัติ, พระสุธีรัตนบัณฑิต, เบญจมาศ สุขสถิตย์, และวโรดม เสมอเชื้อ, บรรณาธิการ. *การส่งเสริมสุขภาพะด้านอาหารและโภชนาการของสามเณรในจังหวัดพะเยา*. โครงการพัฒนาสุขภาพะและการเรียนรู้ตามแนวพระพุทธศาสนา สถาบันวิจัยพุทธศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
- พินิจ ลาภธนานนท์. (2557). *สุขภาพะของพระสงฆ์ ปี 2555* (พิมพ์ครั้งที่ 2). สถาบันวิจัยสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.). (2564). *วัยเรียน วัยรุ่น หัวเลี้ยวหัวต่อ เดินหน้าอย่างไร ไม่ให้หลงทาง*. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- Blaxter, M. (2003). Biology, Social Class and Inequalities in Health: Their Synthesis in "health capital". in Bendelow, G.; Birke, L. and Williams, S., editors. *Debating Biology: sociological reflections on health, medicine, and society*. (pp.69-83). Routledge.
- Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital. In Richardson, J. (Ed.), *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. (pp. 241-258). Greenwood.
- Bourdieu, P., and Wacquant, L. (1992). *An Invitation to Reflexive Sociology*. The University of Chicago Press.
- Cockerham, W. C. (2013a). Bourdieu and an update of health lifestyle theory. In Cockerham, W. (Ed.), *Medical sociology on the move: New directions in theory* (pp. 127–154). Springer.
- Fitzpatrick, K. (2011). Obesity, Health and Physical Education: A Bourdieuean perspective. *Policy Futures in Education*. 9(3), 353-366.
- Lorini, C., and et.al. (2019). Measuring health literacy in Italy: the validation study of the HLS-EU-Q16 and of the HLS-EU-Q6 in Italian language. *Annali dell'Istituto superiore di sanita*, 55(1), 10-18.
- Schneider-Kamp, A. (2020). Health capital: toward a conceptual framework for understanding the construction of individual health. *Social Theory & Health*, 19, 205-219.
- Sørensen, K., and et.al. (2013). Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). *BMC Public Health*, 13, 948 (2013).
- Swartz, D. (1997). *Culture & Power: The Sociology of Pierre Bourdieu*. The University of Chicago Press.
- Vidgen, H. A. (2014). *Food Literacy: What Is It and Does It Influence What We Eat?*. Queensland University of Technology.