Thai Health Sciences Frontiers
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า
THSF

บทความวิจัย | RESEARCH ARTICLE

การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

Development of a Health Promotion Model for Buddhist Monks to Prevent Emerging and Re-emerging Infectious Diseases, Mueang District, Kalasin Province

สุมาลี วิชัยโย[1*]

Sumalee Wichaiyo[1*]

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนและศูนย์สุขภาพเขตเมือง กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

*ผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author)

☐ **รับบทความ:** 31 มีนาคม 2569 ✓ **แก้ไขบทความ:** 10 เมษายน 2569 ☑ **ตอบรับบทความ:** 20 เมษายน 2569

การอ้างอิง (Citation): สุมาลี วิชัยโย. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์: ผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิต. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพไทยก้าวหน้า. 2569;1(1):44–56.

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหา พัฒนาและประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ระหว่างเดือนมกราคม 2567–มีนาคม 2569 ระยะประเมินผลใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) กลุ่มตัวอย่าง 356 ราย ประกอบด้วย พระสงฆ์ 86 รูป เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 26 คน อสม. 58 คน ไวยาวัจกร 46 คน แม่ครัววัด 38 คน ผู้มาทำบุญที่วัดเป็นประจำ 74 คน และกรรมการวัด 28 คน คัดเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ และประเมินผลลัพธ์ในพระสงฆ์ 86 รูป เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต (TMHI-66) คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) และความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า พระสงฆ์เคยอาพาธด้วยโควิด 19 ร้อยละ 34.26 มีดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ร้อยละ 22.65 และรอบเอวเกินเกณฑ์ร้อยละ 25.62 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักและ 10 มาตรการสำคัญ หลังใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยของพระสงฆ์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้ง 4 ด้าน ($p < .001$) ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโควิด 19 (35.42±22.77 เป็น 52.72±28.45, $t = 5.42$) ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย (32.44±14.76 เป็น 53.44±13.26, $t = 6.27$) สุขภาพจิต (152.23±88.34 เป็น 180.32±92.84, $t = 3.57$) และคุณภาพชีวิต (90.22±52.44 เป็น 125.26±56.32, $t = 3.62$) ความพึงพอใจเฉลี่ย 18.78±8.35 คะแนน (เต็ม 25 คะแนน) ข้อเสนอแนะ ควรนำรูปแบบไปทดสอบในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายด้วยแบบแผนต่อไป

คำสำคัญ: พระสงฆ์, การสร้างเสริมสุขภาพ, โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research and development study aimed to examine the situation, develop, and evaluate a health promotion model for Buddhist monks to prevent emerging and re-emerging infectious diseases in Mueang District, Kalasin Province, Thailand, from January 2024 to March 2026. The evaluation phase used a one-group pretest–posttest design. The sample comprised 356 participants: 86 monks, 26 health personnel, 58 village health volunteers, 46 temple stewards, 38 temple cooks, 74 regular temple visitors, and 28 temple committee members, selected by stratified sampling; outcomes were evaluated in the 86 monks. Instruments included semi-structured interview and focus group guides, questionnaires on health literacy, mental health (TMHI-66), quality of life (WHOQOL-BREF-THAI), and satisfaction. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test; qualitative data were analyzed by content analysis.

The results showed that 34.26% of the monks had contracted COVID-19, 22.65% had a body mass index above the cut-off, and 25.62% had a waist circumference above the cut-off. The developed model comprised three main components and 10 key measures. After implementation, mean scores of the monks increased significantly in all four domains (all $p < .001$): health literacy for COVID-19 prevention (35.42±22.77 to 52.72±28.45, $t = 5.42$), health literacy on diet, emotion, and exercise (32.44±14.76 to 53.44±13.26, $t = 6.27$), mental health (152.23±88.34 to 180.32±92.84, $t = 3.57$), and quality of life (90.22±52.44 to 125.26±56.32, $t = 3.62$). Satisfaction averaged 18.78±8.35 (out of 25). The model may be tested further in areas with similar contexts, integrated with multidisciplinary teams and community networks, using designs with comparison groups.

Keywords: Buddhist monks, health promotion, emerging and re-emerging diseases, health literacy, quality of life

บทนำ

โรคติดเชื้ออุบัติใหม่และโรคติดเชื้ออุบัติซ้ำเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชากรโลกอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของเชื้อก่อโรค การเดินทางและการเคลื่อนย้ายของประชากร และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อม[1] โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19; COVID-19) เป็นตัวอย่างสำคัญของโรคอุบัติใหม่ที่ส่งผลกระทบทั่วโลก โดยข้อมูลขององค์การอนามัยโลก ณ เดือนมีนาคม 2569 รายงานผู้ป่วยยืนยันสะสมมากกว่า 779 ล้านราย และผู้เสียชีวิตมากกว่า 7.1 ล้านราย[2] สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมมากกว่า 4.7 ล้านราย และผู้เสียชีวิตมากกว่า 34,000 ราย[2] นอกจากนี้ โรคอุบัติซ้ำ เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก และโรคหัด ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง โดยผู้สูงอายุและผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยรุนแรง

พระสงฆ์เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เนื่องจากต้องเดินทางไปตามกิจนิมนต์และมีโอกาสสัมผัสญาติโยมและพระร่วมวัดอย่างใกล้ชิด จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด 19 ในอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งมีพระสงฆ์ 886 รูป พบว่ามีพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคดังกล่าวประมาณร้อยละ 34 ในช่วงปี 2564–2566 ตามข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ โรคประจำตัวที่พบส่วนมาก คือ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง และมีภาวะเสี่ยงจากดัชนีมวลกายเกินและรอบเอวเกิน ซึ่งส่วนหนึ่งอาจเกี่ยวข้องกับภัตตาหารที่ญาติโยมนำมาถวายซึ่งมีรสหวาน มัน เค็ม รวมทั้งการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพและการมีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของพระสงฆ์ ทั้งนี้ การศึกษาในพระสงฆ์อายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดจันทบุรีพบความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 10.83[3] ซึ่งโรคเรื้อรังเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อ

การสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา เน้นการสร้างนโยบายสาธารณะ สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล[4] ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่ทำให้บุคคลเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพตนเอง[5,6] ที่ผ่านมามีการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ เช่น รูปแบบการถวายความรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์[7] และธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ[8] อย่างไรก็ตาม งานวิจัยส่วนใหญ่มุ่งเน้นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังหรือการบริบาลภิกษุไข้ ยังขาดรูปแบบที่บูรณาการการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำเข้ากับการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในบริบทพื้นที่เมือง ซึ่งการวิจัยและพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเป็นแนวทางที่เหมาะสมต่อการพัฒนารูปแบบดังกล่าว[9] ทั้งนี้ ผู้วิจัยเคยพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในสถานการณ์หลังการระบาดของโควิด 19 ในพื้นที่เดียวกัน[10] การศึกษาครั้งนี้จึงต่อยอดจากงานดังกล่าว โดยขยายขอบเขตจากการป้องกันโควิด 19 ไปสู่โรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอื่น เพิ่มภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และประเมินผลลัพธ์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตอย่างเป็นระบบ

เนื่องจากปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์เป็นปัญหาเร่งด่วน ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ โดยคำนึงถึงข้อปฏิบัติตามพระธรรมวินัย และการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชนเรื่องอาหารที่นำมาถวาย เพื่อให้พระสงฆ์มีสุขภาพดี มีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เป็นที่พึ่งทางใจให้แก่ประชาชน และสามารถปฏิบัติตนได้ตามวัตรปฏิบัติ โดยประยุกต์กฎบัตรออตตาวา แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของ Pender[11] เป็นกรอบแนวคิด มีตัวแปรต้น คือ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ 10 มาตรการ และตัวแปรตาม คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจของพระสงฆ์ (ภาพ 1) ผลการวิจัยคาดว่าจะเป็นแนวทางให้หน่วยงานสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายนำไปประยุกต์ใช้ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำของพระสงฆ์ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ ทั้งผลด้านกระบวนการ (ความครอบคลุมของมาตรการ) และผลลัพธ์ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความพึงพอใจ

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ระหว่างเดือนมกราคม 2567–มีนาคม 2569 รวมระยะเวลา 27 เดือน แบ่งเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัญหา (มกราคม–มิถุนายน 2567) ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ (กรกฎาคม–ธันวาคม 2567) และระยะที่ 3 ทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (มกราคม–ธันวาคม 2568 โปรแกรมมีระยะเวลา 12 เดือน และสรุปผลเผยแพร่ระหว่างมกราคม–มีนาคม 2569) ระยะที่ 3 ใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (one-group pretest–posttest design) ข้อมูลสถานการณ์ในระยะที่ 1 รวบรวมจากฐานข้อมูลสุขภาพ (HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์และผลการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำปี มีรายละเอียดดังนี้

ประชากร

พระสงฆ์ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 886 รูป เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลเอกชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) รวม 26 คน อสม. 2,488 คน ไวยาวัจกร 111 คน แม่ครัววัด 186 คน ผู้มาทำบุญที่วัดเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน 2,026 คน และกรรมการวัด 628 คน จากวัดในอำเภอเมือง 110 วัด โดยคัดเลือกวัดเข้าร่วมแบบเจาะจง 30 วัด ครอบคลุมทุกตำบล ตามความสมัครใจของเจ้าอาวาส ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ 26 คน ศึกษาทั้งประชากร (census)

กลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ Yamane คือ $n = N/(1+Ne^2)$ เมื่อ N = 6,351 และ e = 0.0515 ได้ 356 ราย ได้แก่ พระสงฆ์ 86 รูป เจ้าหน้าที่ 26 คน อสม. 58 คน ไวยาวัจกร 46 คน แม่ครัววัด 38 คน ผู้มาทำบุญที่วัด 74 คน และกรรมการวัด 28 คน คัดเลือกแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified sampling) ตามบทบาทในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ โดยให้พระสงฆ์ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักมีจำนวนมากที่สุด และสุ่มรายชื่อภายในกลุ่มด้วยวิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน สำหรับการประเมินผลลัพธ์ในระยะที่ 3 ใช้พระสงฆ์ 86 รูป ซึ่งคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power 3.1 สำหรับ Paired t-test แบบสองทาง กำหนดขนาดอิทธิพล (dz) = 0.35, α = .05 และอำนาจการทดสอบ .80 ได้อย่างน้อย 67 รูป เพิ่มเพื่อชดเชยการสูญหายร้อยละ 20 ได้ 84 รูป จึงใช้ 86 รูป

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) พระสงฆ์ที่จำพรรษาหรืออาศัยในวัดพื้นที่อำเภอเมืองอย่างน้อย 1 ปี 2) เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ไวยาวัจกร แม่ครัววัด และกรรมการวัดที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ 3) ผู้มาทำบุญที่วัดเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน 4) มีอายุ 18 ปีขึ้นไป และ 5) สื่อสารภาษาไทยได้และสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

เจ็บป่วยรุนแรงจนไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ส่วนเกณฑ์การยุติการเข้าร่วมการวิจัย (Discontinuation Criteria) ได้แก่ 1) ย้ายออกจากพื้นที่หรือลาสิกขาระหว่างการวิจัย และ 2) ขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือวิจัย

ประกอบด้วย 1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ 10 มาตรการ (ตาราง 3) และคู่มือการดำเนินงาน ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านประเมินว่ามีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับมาก 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวทางการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามที่วัดก่อนและหลังการใช้รูปแบบ 4 ด้าน คือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโควิด 19 และความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมินของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ชุดละ 13 ข้อ มาตรวัด 5 ระดับ (13–65 คะแนน) สุขภาพจิต (ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย TMHI-66) 66 ข้อ มาตรวัด 4 ระดับ (66–264 คะแนน) และคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) 26 ข้อ มาตรวัด 5 ระดับ (26–130 คะแนน) และแบบสอบถามความพึงพอใจที่วัดหลังการใช้รูปแบบ (เต็ม 25 คะแนน) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่า IOC รายข้อ 0.67–1.00 สำหรับแบบวัดที่ผู้วิจัยพัฒนา ส่วน TMHI-66 และ WHOQOL-BREF-THAI ใช้ฉบับมาตรฐานโดยไม่ดัดแปลง ทดสอบความเที่ยงในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 คน ได้ค่า Cronbach's alpha เท่ากับ 0.85, 0.83, 0.89, 0.87 และ 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสังเกต การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8–10 คน และการสัมภาษณ์เชิงลึกแบบกึ่งโครงสร้าง 15 ราย กับผู้ให้ข้อมูลหลักที่คัดเลือกแบบเจาะจงจนข้อมูลอิ่มตัว บันทึกเสียงและถอดความและตรวจสอบความน่าเชื่อถือด้วยการตรวจสอบสามเส้า (triangulation) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณวัดก่อน (มกราคม 2568) และหลังการใช้รูปแบบ (ธันวาคม 2568) โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย 2 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประมวลผลด้วยโปรแกรม R เวอร์ชัน 4.4.1 ผ่าน RStudio สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{x}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมานใช้ Paired t-test เปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบในพระสงฆ์ 86 รูป หลังตรวจสอบการแจกแจงของผลต่างด้วย Shapiro–Wilk test (หากไม่เป็นโค้งปกติใช้ Wilcoxon signed-rank test) รายงานผลต่างเฉลี่ย ($\bar{d}$) ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI) และขนาดอิทธิพล (Cohen's dz) ปรับค่า p ด้วยวิธี Bonferroni (α = .0125) วิเคราะห์เฉพาะผู้ที่มีข้อมูลครบทั้ง 2 ครั้ง (complete case) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ด้วยการให้รหัส จัดหมวดหมู่ และสรุปประเด็น โดยผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 2 คน วิเคราะห์อย่างอิสระและหาข้อสรุปร่วมกัน แล้วนำผลไปใช้กำหนดมาตรการในระยะที่ 2

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 101/2566 ลงวันที่ 15 ธันวาคม 2566 ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการวิจัย ให้ลงนามในหนังสือยินยอม เก็บข้อมูลเป็นความลับ นำเสนอผลในภาพรวม และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิถอนตัวได้ทุกเมื่อโดยไม่มีผลต่อการรับบริการ การขอความยินยอมจากพระสงฆ์ดำเนินการอย่างเหมาะสมกับพระธรรมวินัย โดยชี้แจงข้อมูลผ่านไวยาวัจกรหรือผู้แทน และหลีกเลี่ยงการส่งเอกสารจากมือสตรีถึงพระสงฆ์โดยตรง

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์

1.1 ลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่าง 356 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 214 คน (ร้อยละ 60.11) เพศชาย 142 คน (ร้อยละ 39.89) จำแนกตามกลุ่มเป็นพระสงฆ์มากที่สุด 86 รูป (ร้อยละ 24.16) รองลงมาเป็นผู้มาทำบุญที่วัด 74 คน (ร้อยละ 20.79) และ อสม. 58 คน (ร้อยละ 16.29) อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 31–40 ปี (ร้อยละ 29.21) รองลงมา 18–30 ปี (ร้อยละ 24.72) อายุเฉลี่ย 41.40±13.60 ปี สถานภาพสมรสส่วนใหญ่โสด (นับรวมพระสงฆ์) ร้อยละ 58.99 การศึกษาส่วนใหญ่เป็นวุฒิทางธรรม ร้อยละ 24.16 รองลงมาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 20.50 ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง (n = 356)

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	142	39.89
หญิง	214	60.11
กลุ่มตัวอย่าง		
พระสงฆ์	86	24.16
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล	26	7.30
อสม.	58	16.29
ไวยาวัจกร	46	12.92
แม่ครัววัด	38	10.67
ผู้มาทำบุญที่วัด	74	20.79
กรรมการวัด	28	7.87
อายุ (ปี) ($\bar{x}$±S.D. = 41.40±13.60)		
18–30 ปี	88	24.72
31–40 ปี	104	29.21
41–50 ปี	81	22.75

ตัวแปร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
51 ปีขึ้นไป	83	23.31
สถานภาพสมรส		
โสด	210	58.99
แต่งงาน	48	13.48
หม้าย	98	27.53
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	36	10.11
ประถมศึกษา	57	16.01
มัธยมศึกษาตอนต้น	58	16.29
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	46	12.92
ปริญญาตรี	73	20.50
วุฒิทางธรรม	86	24.16

1.2 สถานการณ์ปัญหาการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคในพระสงฆ์ จากข้อมูลการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ประจำปี 2567 ร่วมกับฐานข้อมูล HDC (N = 886) พบว่าพระสงฆ์เคยอาพาธด้วยโควิด 19 ร้อยละ 34.26 ในจำนวนนี้ได้รับการรักษานอนพักในโรงพยาบาลร้อยละ 28.72 ไม่พบผู้เสียชีวิตหรือพิการ เป็นผู้สูงอายุร้อยละ 24.72 มีโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.54 โรคเบาหวานร้อยละ 13.25 มีประวัติพลัดตกหกล้มใน 1 ปีร้อยละ 22.42 ดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ (≥ 23 กก./ม.²) ร้อยละ 22.65 รอบเอวเกิน 36 นิ้ว ร้อยละ 25.62 ดังแสดงในตาราง 2 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกับภาคีเครือข่ายพบว่าปัญหาสำคัญเกิดจากการเดินทางไปตามกิจนิมนต์ การถวายภัตตาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม การขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการขาดพื้นที่กักตัวภายในวัด ผลเชิงคุณภาพสะท้อน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) ข้อจำกัดของพระสงฆ์ในการเลือกภัตตาหาร ดังคำกล่าวว่า “ญาติโยมถวายอะไรมาก็ต้องฉันตามนั้น เลือกไม่ได้” 2) ญาติโยมขาดความรู้เรื่องอาหารที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ และ 3) วัดขาดแนวทางและพื้นที่รองรับเมื่อมีพระสงฆ์ติดเชื้อ

ตาราง 2 สถานการณ์ปัญหาสุขภาพและการป้องกันโรคของพระสงฆ์ (n = 886)

ประเด็นสถานการณ์	ร้อยละ
อาพาธด้วยโควิด 19	34.26
ได้รับการรักษานอนพักในโรงพยาบาลเนื่องจากโควิด 19	28.72
เสียชีวิตหรือพิการ	0.00
เป็นผู้สูงอายุ	24.72
โรคประจำตัว: โรคความดันโลหิตสูง	16.54
โรคประจำตัว: โรคเบาหวาน	13.25

ประเด็นสถานการณ์	ร้อยละ
มีประวัติพลัดตกหกล้มใน 1 ปี	22.42
ดัชนีมวลกาย (BMI) เกินเกณฑ์ (≥ 23 กก./ม.²)	22.65
รอบเอวเกิน 36 นิ้ว (ประมาณ 91 ซม.)	25.62
ความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป	13.64
ระดับน้ำตาลในเลือดจากปลายนิ้วขณะอดอาหาร ≥ 126 มก./ดล.	3.65
สายตาสั้น	14.03
สายตายาว	5.42

2. ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

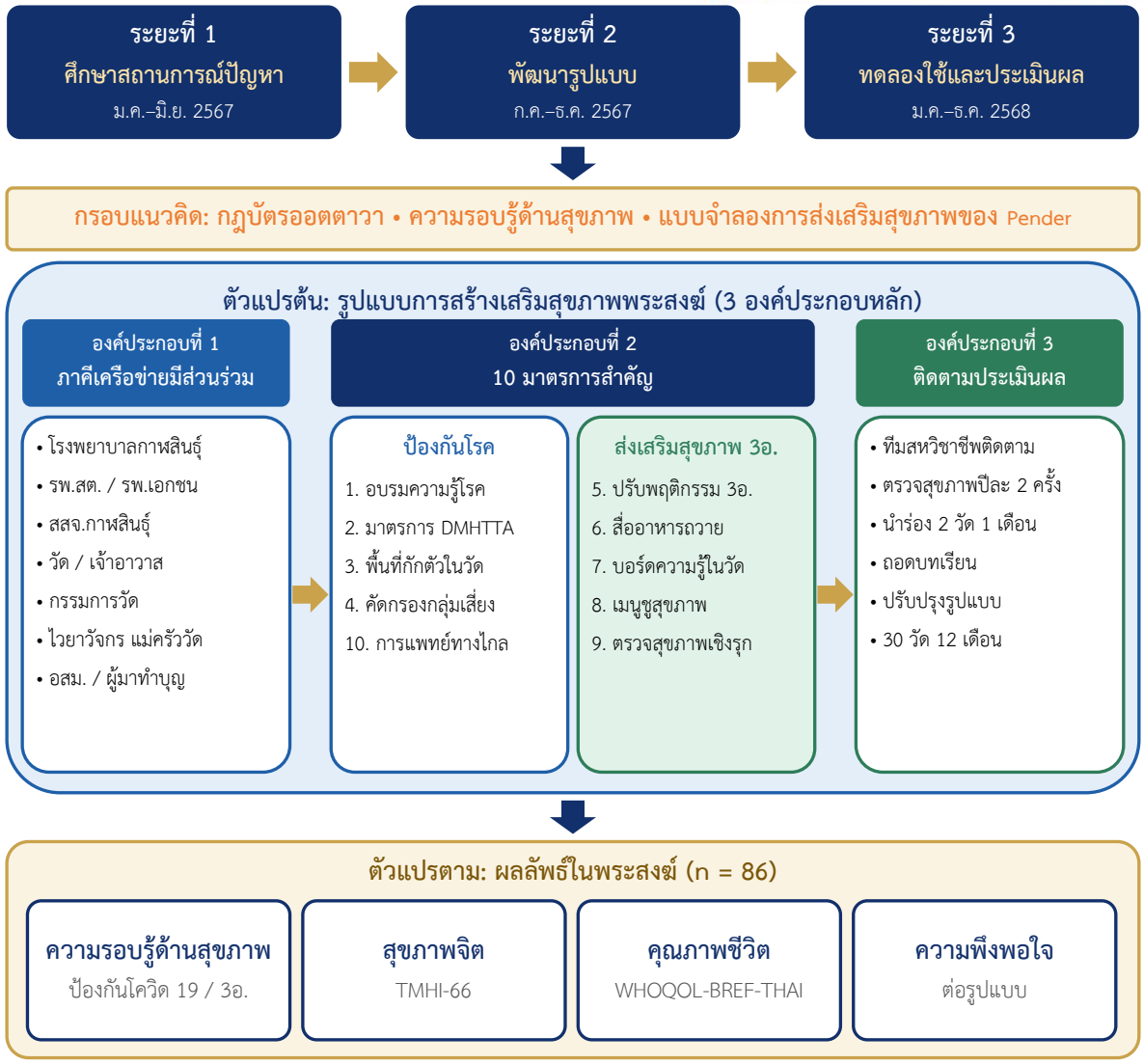
2.1 มาตรการสำคัญของรูปแบบ ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบจากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และประชุมหาทางออกร่วมกับภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้แทนพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ไวยาวัจกร แม่ครัววัด และกรรมการวัด รวม 30 คน ประชุม 3 ครั้ง หาฉันทามติด้วยการอภิปรายกลุ่มและการลงมติร่วมกัน และผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้รูปแบบที่ประกอบด้วย 10 มาตรการสำคัญ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 มาตรการสำคัญของรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ

ข้อ	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
1	อบรมให้ความรู้เรื่องโควิด 19 และมาตรการเฝ้าระวังป้องกันการติดเชื้อแก่พระสงฆ์และประชาชนที่มาทำบุญที่วัด	สื่อการสอน (PowerPoint) คู่มือความรู้	2 ชั่วโมง	เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐานและระดับปฏิสัมพันธ์ ตามแนวคิดของ Nutbeam[5]
2	จัดทำแนวทางเฝ้าระวังและป้องกันโรคตามมาตรการ DMHTTA จัดการสิ่งแวดล้อมในวัด ทำความสะอาดอุปกรณ์และบริเวณประกอบศาสนกิจทุกวัน	แนวทางปฏิบัติ น้ำยาทำความสะอาด	ทุกวัน	สร้างสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อต่อสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวา[4]
3	กำหนดพื้นที่ในการกักตัวภายในวัดให้เหมาะสม ตามบริบท	แบบประเมินพื้นที่ ผังวัด	1 วัน ต่อวัด	แยกผู้ป่วยออกจากผู้อื่น ลดการแพร่เชื้อภายในวัด
4	ตรวจคัดกรองกลุ่มเสี่ยงโควิด 19 ที่มาทำบุญที่วัด	แบบคัดกรอง เครื่องวัดอุณหภูมิ ชุดตรวจ ATK	ทุกวัน ที่มีกิจกรรม	ค้นหาผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงเชิงรุกตั้งแต่ระยะแรก
5	กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์เรื่อง 3อ. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์) และการพักผ่อนที่เพียงพอ	แผนการสอน สมุดบันทึกสุขภาพ	3 ชั่วโมง	ส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ตามแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพ ของ Pender[11]

ข้อ	กิจกรรม/เนื้อหา	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลา	เหตุผลทางวิชาการ
6	ประชาสัมพันธ์ทางเสียงตามสาย หอกระจายข่าว แผ่นพับ คลิปวิดีโอ และเพจโรงพยาบาล เรื่องอาหารถวายเพื่อสุขภาพ หลีกเลี่ยงรสหวาน มัน เค็ม	เสียงตามสาย แผ่นพับ คลิปวิดีโอ เพจโรงพยาบาล	ต่อเนื่อง ตลอดโครงการ	สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ญาติโยม ผู้ถวายภัตตาหาร[6]
7	จัดทำบอร์ดโปสเตอร์ เรื่องอาหารสุขภาพและโรคเรื้อรังภายในวัด	บอร์ดโปสเตอร์	ตลอด โครงการ	กระตุ้นเตือนและเสริมความรู้อย่างต่อเนื่องในสิ่งแวดล้อมของวัด
8	อบรมเมนูชูสุขภาพสำหรับพระสงฆ์ห่างไกลโรคเรื้อรัง	คู่มือเมนูสุขภาพ การสาธิตประกอบอาหาร	3 ชั่วโมง	พัฒนาทักษะแม่ครัววัดและไวยาวัจกรในการจัดเตรียมอาหารถวาย
9	ทีมสหวิชาชีพออกตรวจสุขภาพพระสงฆ์เชิงรุกแบบบูรณาการ	เครื่องชั่งน้ำหนัก สายวัด เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องตรวจน้ำตาลปลายนิ้ว	ปีละ 2 ครั้ง	คัดกรองกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อ
10	บริการการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ผ่านวิดีโอคอล ซักถามอาการ และจัดส่งยาโดยเจ้าหน้าที่และ อสม.	สมาร์ตโฟน วิดีโอคอล	ตามนัด หรือเมื่อมีอาการ	เพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดการเดินทางและการสัมผัสใกล้ชิด

2.2 กระบวนการพัฒนาและองค์ประกอบของรูปแบบ ภาคีเครือข่ายร่วมผลักดันกิจกรรมและนำรูปแบบไปทดลองใช้ในวัดนำร่อง 2 แห่ง ผู้เข้าร่วม 30 คน เป็นเวลา 1 เดือน จากนั้นประเมินผลและปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง โดยปรับระยะเวลาการอบรมให้สอดคล้องกับกิจวัตรของพระสงฆ์ และปรับสื่อให้เข้าใจง่ายขึ้น รูปแบบมีองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน ได้แก่ (1) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ได้แก่ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ รพ.สต. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด วัด และ อสม. (2) มาตรการ 10 ข้อ ที่ครอบคลุมการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. และ (3) การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพ ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1 รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

3. ผลการทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ

3.1 ผลการดำเนินการตามรูปแบบ วัดที่เข้าร่วมทั้ง 30 วัดดำเนินการครบทั้ง 10 มาตรการ พระสงฆ์เข้าร่วมการอบรมร้อยละ 93.02 (80 จาก 86 รูป) มีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงผู้มาทำบุญรวม 2,450 ครั้ง ให้บริการการแพทย์ทางไกลแก่พระสงฆ์ 124 ครั้ง ผลตรวจสุขภาพหลังดำเนินการพบดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ร้อยละ 19.77 รอบเอวเกินร้อยละ 22.09 และความดันโลหิตตั้งแต่ 140/90 มม.ปรอท ร้อยละ 11.63 ส่วนพระสงฆ์ที่อาพาธด้วยโรคติดเชื้อทางเดินหายใจระหว่างดำเนินการมี 5 รูป (ร้อยละ 5.81)

3.2 การเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พระสงฆ์ 86 รูปตอบแบบสอบถามครบทั้ง 2 ครั้ง ไม่มีผู้สูญหาย พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบทั้ง 4 ด้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังคงมีนัยสำคัญหลังปรับด้วยวิธี Bonferroni โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง (Cohen's d_z = 0.38–0.68) ดังแสดงในตาราง 4 ส่วนความพึงพอใจต่อรูปแบบซึ่งวัดหลังการใช้รูปแบบ มีคะแนนเฉลี่ย 18.78±8.35 คะแนน (เต็ม 25 คะแนน)

ตาราง 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการใช้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ (n = 86)

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	ก่อน		หลัง		$\bar{d}$	95% CI	t	Cohen's dz	p-value
		$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.					
ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันโควิด 19	65	35.42	22.77	52.72	28.45	17.30	10.95–23.65	5.42	0.58	<.001*
ความรอบรู้ด้านสุขภาพเรื่องอาหาร อารมณ์ และการออกกำลังกาย	65	32.44	14.76	53.44	13.26	21.00	14.34–27.66	6.27	0.68	<.001*
สุขภาพจิต (TMHI-66)	264	152.23	88.34	180.32	92.84	28.09	12.45–43.73	3.57	0.38	<.001*
คุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI)	130	90.22	52.44	125.26	56.32	35.04	15.79–54.29	3.62	0.39	<.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <.05

อภิปรายผล

ผลการศึกษาสถานการณ์พบพระสงฆ์อาพาธด้วยโควิด 19 ร้อยละ 34.26 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับวิถีปฏิบัติที่ต้องเดินทางไปตามกิจนิมนต์และมีปฏิสัมพันธ์ใกล้ชิดกับญาติโยมและพระร่วมวัด นอกจากนี้ยังพบโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 16.54 โรคเบาหวานร้อยละ 13.25 ดัชนีมวลกายเกินร้อยละ 22.65 และรอบเอวเกินร้อยละ 25.62 ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการถวายภัตตาหารที่มีรสหวาน มัน เค็ม และการขาดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความชุกของโรคเบาหวานที่พบใกล้เคียงกับการศึกษาในพระสงฆ์อายุ 35 ปีขึ้นไปในจังหวัดจันทบุรี (ร้อยละ 10.83)[3] แม้นิยามและวิธีวัดอาจแตกต่างกัน ทั้งนี้ หลักฐานจากการศึกษาอื่นชี้ว่าโรคเรื้อรังเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความรุนแรงของโรคติดเชื้อ[12] จึงควรดำเนินการป้องกันโรคติดเชื้อควบคู่กับการสร้างเสริมสุขภาพ

รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์ได้มาจากกระบวนการทบทวนปัญหา ทบทวนวรรณกรรม และประชุมหาทางออกร่วมกันจนได้ 10 มาตรการสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพตามกฎบัตรออตตาวาที่เน้นการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน[4] และแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นการเข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ดูแลสุขภาพตนเอง[5,6] เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของมัฏฐวรรณ ลี้ยุทธานนท์ และคณะ[7] ซึ่งมีองค์ประกอบสำคัญคือการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมทั้งเป็นไปตามทิศทางของธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ[8]

ผลการใช้รูปแบบพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับเล็กถึงปานกลาง (Cohen's dz = 0.38–0.68) ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานร่วมกันของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ชุมชน และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ และความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่ต่อเนื่องมาจากช่วงการระบาดของโควิด 19 ผลนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของมัฏฐวรรณ ลี้ยุทธานนท์ และคณะ[7] และการศึกษาเดิมของผู้วิจัยในพื้นที่เดียวกัน[10] รูปแบบนี้อาจนำไปปรับใช้ในการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำอื่น เช่น ไข้หวัดใหญ่ ไข้เลือดออก และโรคหัด

ข้อจำกัดของการวิจัย ได้แก่ 1) เป็นแบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลหรือควบคุมอิทธิพลของปัจจัยภายนอก การเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ และผลจากการทดสอบซ้ำได้ 2) ระยะประเมินผลอยู่ในช่วงหลังการระบาดใหญ่ของโควิด 19 3) ไม่ได้วัดผลลัพธ์ด้านการเกิดโรคหรือพฤติกรรมป้องกันโรค 4) คะแนนเป็นการรายงานด้วยตนเอง 5) ข้อมูลของพระสงฆ์ซ้อนอยู่ภายในวัด และ 6) ดำเนินการเฉพาะในอำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ได้รูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพพระสงฆ์เพื่อการป้องกันโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักและ 10 มาตรการสำคัญ จากการวิเคราะห์สถานการณ์พบพระสงฆ์อาพาธด้วยโควิด 19 ร้อยละ 34.26 และมีภาวะเสี่ยงด้านโรคเรื้อรัง หลังใช้รูปแบบ คะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตของพระสงฆ์สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ซึ่งเป็นผลเบื้องต้นจากแบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ 1) หน่วยบริการสาธารณสุขที่จะนำรูปแบบไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง ควรปรับมาตรการให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและภาระงานของบุคลากร และดำเนินการอย่างน้อย 12 เดือน 2) ควรขยายกิจกรรมสู่ประชาชนที่ถวายภัตตาหารและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยบูรณาการร่วมกับทีมสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง 3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอาจใช้ผลการศึกษาประกอบการวางแผนการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ตามธรรมนูญว่าด้วยสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลองที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การวิจัยกึ่งทดลองที่จัดกลุ่มระดับวัด (cluster quasi-experimental design) ในพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียง ติดตามผลระยะยาว ใช้ผลลัพธ์ด้านการเกิดโรคหรือพฤติกรรมป้องกันโรค และทดสอบรูปแบบกับโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำชนิดอื่น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณพระสงฆ์ ไวยาวัจกร แม่ครัววัด กรรมการวัด อสม. และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เครือข่ายคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เมือง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่สนับสนุนการดำเนินงานวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Morens DM, Folkers GK, Fauci AS. The challenge of emerging and re-emerging infectious diseases. Nature. 2004;430(6996):242-9.
2. World Health Organization. WHO COVID-19 dashboard [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2026 [cited 2026 Mar 15]. Available from: https://data.who.int/dashboards/covid19
3. Kuramasuwan B, Howteerakul N, Suwannapong N, Rawdaree P. Diabetes, impaired fasting glucose, daily life activities, food and beverage consumption among Buddhist monks in Chanthaburi Province, Thailand. Int J Diabetes Dev Ctries. 2013;33(1):23-8.

4. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
5. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promot Int. 2000;15(3):259-67.
6. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.
7. Leeyutthanont M, Uraiwan P, Kaewsakulthong J, Saetew P. Development of health education model for monks. The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima. 2019;25(2):104-17. (in Thai)
8. National Health Commission Office. The National Health Charter for Buddhist Monks, first edition, B.E. 2560. Nonthaburi: National Health Commission Office; 2017. (in Thai)
9. Kemmis S, McTaggart R, Nixon R. The action research planner: doing critical participatory action research. Singapore: Springer; 2014.
10. Wichaiyo S, Chaisongkram S, Noenchat A. Development of a health promotion model for Buddhist monks in the post-COVID-19 situation, Mueang District, Kalasin Province. J Environ Educ Med Health. 2023;8(4):624-9. (in Thai)
11. Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 7th ed. Boston: Pearson; 2015.
12. Guan WJ, Liang WH, Zhao Y, Liang HR, Chen ZS, Li YM, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: a nationwide analysis. Eur Respir J. 2020;55(5):2000547.