นิพนธ์ต้นฉบับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

วรเศรษฐ์ วัชรโรจนสกุล, ธัญชนก วงค์วิบูลย์, พิเชษฐ แซ่โซว, รติพร บัวบาน
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่

บทคัดย่อ

บทนำ: พระภิกษุสงฆ์มีความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจากข้อจำกัดด้านวิถีชีวิตและการบริโภคอาหารตามบริบทของสมณเพศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม อย่างไรก็ตามการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ในพระภิกษุสงฆ์ยังมีจำกัด

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรดังกล่าวของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างคือพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 369 รูป เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามระหว่างเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2569 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 46.82 ปี (SD = 17.27) ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงดี ยกเว้นด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ส่วนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.44) ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์มากที่สุด ($r = 0.410$, $p < 0.001$)

สรุปผล: ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ โดยเฉพาะด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเอง ผลการศึกษาสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตของพระภิกษุสงฆ์

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, 3อ. 2ส. 1ฟ., พระภิกษุสงฆ์

ส่งบทความ: 16 มี.ค. 2569, แก้ไขบทความ: 24 พ.ค. 2569, ตอบรับบทความ: 28 พ.ค. 2569

ติดต่อบทความ
ธัญชนก วงค์วิบูลย์, อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เชียงใหม่
E-mail: thanchanok@bcnc.ac.th

Original Article

Health literacy and health behaviors based on the 3E. 2S. 1T. framework among buddhist monks in Mueang District, Chiang Mai Province

Woraset Watchararotchanasakul, Thanchanok Wongvibul, Pishet Sasow, Ratiporn Buaban

Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

ABSTRACT

Background: Buddhist monks are at risk of non-communicable diseases due to lifestyle constraints and dietary practices related to the monastic context. Health literacy is therefore important for promoting appropriate health behaviors. However, studies on health literacy and health behaviors based on the 3E. 2S. 1T. framework among Buddhist monks remain limited.

Objectives: To examine the levels of health literacy and health behaviors for the prevention of non-communicable diseases based on the 3E. 2S. 1T. framework, and to examine the association between these variables among Buddhist monks in Mueang District, Chiang Mai Province.

Methods: This quantitative cross-sectional study employed a descriptive correlational research design. A total of 369 Buddhist monks in Mueang District, Chiang Mai Province, were recruited. Data were collected using a questionnaire from January to February 2026, and analyzed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

Results: The participants had a mean age of 46.82 years (SD = 17.27). Most participants had moderate to good levels of health literacy, except for the decision-making domain. Overall health behaviors were at a moderate level (73.44%). All domains of health literacy were positively and significantly correlated with health behaviors at the 0.05 level. The self-management domain had the strongest correlation with health behaviors ($r = 0.410$, $p < 0.001$).

Conclusion: Health literacy was associated with health behaviors among Buddhist monks, particularly in the self-management domain. The findings can serve as baseline information for developing health promotion strategies appropriate to the monastic way of life.

Keywords: health literacy, health behaviors, non-communicable diseases, 3E. 2S. 1T., Buddhist monks

Submitted: 2026 Mar 16, Revised: 2026 May 24, Accepted: 2026 May 28

Contact

Thanchanok Wongvibul, Nursing Instructor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai

E-mail: thanchanok@bcnc.ac.th

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และโรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง นับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญของโลก และประเทศไทย เนื่องจากเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น และก่อให้เกิดภาระด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมอย่างต่อเนื่อง[1-2] ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมักเกี่ยวข้องกับการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ การขาดกิจกรรมทางกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์[3-4] ด้วยเหตุนี้การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจึงจำเป็นต้องมุ่งเน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพตนเอง

ในบริบทของสังคมไทย พระภิกษุสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่มีวิถีชีวิตเฉพาะ และเผชิญข้อจำกัดด้านสุขภาพหลายประการ โดยเฉพาะการบริโภคอาหารซึ่งต้องพึ่งพาการถวายจากญาติโยม ทำให้ไม่สามารถเลือกชนิด และคุณภาพอาหารได้ตามหลักโภชนาการ อาหารที่ได้รับมักมีรสหวาน มัน เค็ม และมีพลังงานสูง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รายงานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพระบุว่าพระภิกษุสงฆ์จำนวนมากป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง[5] ขณะเดียวกัน ข้อมูลจากกรมอนามัยยังชี้ให้เห็นว่าพระภิกษุสงฆ์ และสามเณรทั่วประเทศมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพหลายประการ ทั้งการสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล รวมถึงมีปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะซึมเศร้าและความเครียดจากบทบาทหน้าที่ทางศาสนาและสังคม[6-9] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าพระภิกษุสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางสุขภาพ และจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับบริบทของวิถีสงฆ์อย่างเป็นรูปธรรม

ปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพคือ ความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองและป้องกันโรคอย่างเหมาะสม[10] ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงการปฏิบัติหรือวิถีชีวิตที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว[11] ทั้งนี้ หลักฐานเชิงประจักษ์จากการศึกษาที่ผ่านมาสนับสนุนว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมักสามารถตัดสินใจ และปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้มากกว่า ส่งผลให้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลง[12]

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์ พบว่ามีผลการศึกษาที่แตกต่างกัน เช่น การศึกษาของวลัยกรณ์ หงส์ชัย และคณะ[13] พบว่าพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดนครพนมมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับสูงขณะที่การศึกษาของนิสา ปัญญา และคณะ[14] รายงานว่าพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่ในจังหวัดศรีสะเกษมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ แต่พฤติกรรมสุขภาพยังอยู่ในระดับไม่ดี นอกจากนี้การศึกษาของ โกนิฏฐ์ ศรีทอง และคณะ[15] ที่ดำเนินการในหลายจังหวัดของประเทศไทย ยังพบว่าพระภิกษุสงฆ์จำนวนไม่น้อยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ ข้อค้นพบดังกล่าวจึงสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตและข้อจำกัดเฉพาะของพระภิกษุสงฆ์ เพื่อยกระดับทั้งความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างยั่งยืน

แนวทางส่งเสริมสุขภาพที่สำคัญในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีการใช้อย่างกว้างขวางในประเทศไทย คือ หลัก 3อ. 2ส. ซึ่งประกอบด้วยการรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพจิต (อารมณ์) การไม่สูบบุหรี่ และการไม่ดื่มสุรา[16] นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพช่องปากและฟันควรได้รับการเพิ่มเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบ เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในพระภิกษุสงฆ์จากข้อจำกัดของวิถีชีวิต เช่น การรับบิณฑบาตที่ไม่สามารถเลือกชนิดอาหารได้ การเข้าถึงบริการทันตกรรมอย่างจำกัด และการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างไม่ต่อเนื่อง[17–18] ดังนั้นหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. จึงมีความเหมาะสมสำหรับการทำความเข้าใจ และประเมินพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ในบริบทของการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

แม้จะมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในพระภิกษุสงฆ์บางส่วน แต่การศึกษาที่เชื่อมโยงตัวแปรทั้งสองภายใต้หลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ยังมีจำกัด โดยเฉพาะในมิติที่สะท้อนความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลสุขภาพกับการนำไปสู่การปฏิบัติจริงภายใต้ข้อจำกัดของวิถีสงฆ์ อีกทั้งยังไม่พบการศึกษาประเด็นดังกล่าวในพื้นที่ภาคเหนือหรือจังหวัดเชียงใหม่อย่างชัดเจน ช่องว่างดังกล่าวทำให้การส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ยังขาดข้อมูลเชิงประจักษ์ที่จำเป็นต่อการพัฒนาแนวทางหรือมาตรการที่เหมาะสมกับบริบทเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการเติมเต็มองค์ความรู้เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ และสนับสนุนการพัฒนาแนวทางส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตสงฆ์ได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

3. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่

นิยามศัพท์

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถของพระภิกษุสงฆ์ในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อดูแลสุขภาพตนเองและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. โดยในการวิจัยครั้งนี้ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

พฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติของพระภิกษุสงฆ์ในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ซึ่งประกอบด้วยการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา และการดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ กลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ได้มีสาเหตุจากการติดเชื้อ แต่มักมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยแวดล้อม ตัวอย่างของโรคกลุ่มนี้ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง และโรคทางเดินหายใจเรื้อรัง[2] โดยในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง กลุ่มโรคที่มุ่งป้องกันโดยการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้พัฒนากรอบแนวคิดจากการบูรณาการแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam[10] และแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ Godin and Kok[11] โดยแนวคิดของ Nutbeam อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นความสามารถในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมต่อสุขภาพขณะที่แนวคิดของ Godin and Kok ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพเป็นผลของกระบวนการตัดสินใจ และการปฏิบัติของบุคคลภายใต้แนวคิดดังกล่าว การวิจัยครั้งนี้กำหนดให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรต้น และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. เป็นตัวแปรตาม เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของพระภิกษุสงฆ์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive-correlational design) ทั้งนี้ การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการระหว่างเดือนมกราคม ถึง กุมภาพันธ์ 2569

โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อันดับของสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามมีลักษณะเป็นข้อมูลเชิงอันดับ และผลการทดสอบการแจกแจงข้อมูลพบว่าไม่เป็นปกติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ พระภิกษุสงฆ์ที่พำนักประจำอยู่ในวัด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 1,263 รูป จาก 135 วัด โดยอ้างอิงข้อมูลจากบัญชีรายชื่อวัด และจำนวนพระภิกษุสงฆ์ใน Government Data Catalog Smart Plus ณ วันที่ 4 สิงหาคม 2568 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ พระภิกษุสงฆ์ที่พำนักประจำอยู่ในวัด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multistage sampling) เนื่องจากไม่สามารถเข้าถึงรายชื่อพระภิกษุสงฆ์ทั้งหมดได้โดยตรง โดยในขั้นแรกสุ่มเลือกวัดด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากวัดทั้งหมดในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ และในขั้นที่สองสุ่มเลือกพระภิกษุสงฆ์ภายในวัดที่ได้รับการคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มตามสัดส่วนของจำนวนพระภิกษุสงฆ์ในแต่ละวัด

ขนาดกลุ่มตัวอย่างคำนวณตามสูตรของ Krejcie and Morgan[19] สำหรับการประมาณค่าสัดส่วนประชากรกรณีที่ทราบจำนวนประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเบื้องต้น 295 รูป จากนั้นปรับเพิ่มอีกร้อยละ 25 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลและความไม่สมบูรณ์ของแบบสอบถาม จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 369 รูป

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นพระภิกษุสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่ในวัด อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 2) มีอายุ 20 ปีขึ้นไป และพำนักอยู่ในวัดมาแล้วไม่น้อยกว่า 3 เดือน 3) สามารถอ่าน เขียน หรือสื่อสารภาษาไทยได้เพียงพอต่อการตอบแบบสอบถาม และ 4) สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย และลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม ขณะที่เกณฑ์การคัดออกคือ 1) มีภาวะเจ็บป่วยทางกายหรือจิตเวชรุนแรงที่ส่งผลต่อความสามารถในการให้ข้อมูล 2) ตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน หรือมีข้อมูลสูญหายเกินกว่าร้อยละ 20 รวมทั้งขาดข้อมูลในตัวแปรหลัก และ 3) อยู่ระหว่างการเข้าร่วมโครงการวิจัยอื่นที่มีเนื้อหาใกล้เคียงกันในช่วงเวลาเดียวกัน

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ หมายเลข IRBCMRU 2025/518.14.10 ลงวันที่ 25 พฤศจิกายน 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่อ้างอิงและได้รับอนุญาตจากงานวิจัยของ Tshopanja et al.[20] โดยแบบสอบถามประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ใช้เก็บข้อมูลพื้นฐานของพระภิกษุสงฆ์ ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการบวช (พรรษา) ระดับการศึกษา และโรคประจำตัว

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. จำนวน 35 ข้อ ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน 3) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 4) การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ 5) การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง

ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญด้านสุขภาพ การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านละ 5 ข้อ ที่มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0–4 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ 1 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 2 หมายถึง บางครั้ง 3 หมายถึง บ่อยครั้ง และ 4 หมายถึง ทุกครั้ง คะแนนรวมของแต่ละด้านอยู่ระหว่าง 0–20 คะแนน และแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (0-7 คะแนน) ระดับปานกลาง (8-14 คะแนน) และระดับดี (15-20 คะแนน) ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 0–10 คะแนน และแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (0-5 คะแนน) ระดับปานกลาง (6-7 คะแนน) และระดับดี (8-10 คะแนน) และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นข้อคำถามแบบปรนัย 4 ตัวเลือก จำนวน 5 ข้อ คะแนนรวม 5–20 คะแนน และแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (5-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (11-15 คะแนน) และระดับดี (16-20 คะแนน)[20]

ตอนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0–4 คะแนน โดย 0 หมายถึง ไม่ได้ปฏิบัติ 1 หมายถึง นาน ๆ ครั้ง 2 หมายถึง บางครั้ง 3 หมายถึง บ่อยครั้ง และ 4 หมายถึง ทุกครั้ง คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–40 คะแนน และแปลผลเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี (0-13 คะแนน) ระดับปานกลาง (14-27 คะแนน) และระดับดี (28-40 คะแนน)[20]

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้อ้างอิงมาจากงานวิจัยของ Tshopanja et al.[20] ซึ่งศึกษาในพระภิกษุสงฆ์ และสามเณร โรงเรียนพระปริยัติธรรม เขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เครื่องมือดังกล่าวผ่านการตรวจสอบคุณภาพทั้งด้านความตรง และความเชื่อมั่นเรียบร้อยแล้ว มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Item-objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ในด้านความเชื่อมั่น (Reliability) แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพได้รับการตรวจสอบด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.89 และ 0.93 ตามลำดับ[20] แบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพ ค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson 20 (KR-20)

มีค่าเท่ากับ 0.71[20] นอกจากนี้ แบบทดสอบดังกล่าวมีค่าความยากง่าย (Difficulty index) อยู่ระหว่าง 0.37–0.80 และค่าอำนาจจำแนก (Discrimination index) อยู่ระหว่าง 0.37–0.69[20]

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้นำเครื่องมือไปทดลองใช้กับพระภิกษุสงฆ์ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 50 รูป พบว่าแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.85 และ 0.83 ตามลำดับ ส่วนแบบทดสอบความรู้ด้านสุขภาพมีค่าความเชื่อมั่นด้วยวิธี KR-20 เท่ากับ 0.71 ขณะที่ค่าความยากง่ายอยู่ระหว่าง 0.32–0.80 และค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.38–0.58

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมืองจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 369 รูป มีอายุเฉลี่ย 46.82 ปี (SD = 17.27) โดยมีช่วงอายุระหว่าง 20–86 ปี และมีระยะเวลาบวชเฉลี่ย 15.91 ปี (SD = 12.98) ด้านการศึกษาทางธรรม พบว่าส่วนใหญ่เป็นนักธรรมชั้นเอก (ร้อยละ 61.00) รองลงมาเป็นนักธรรมชั้นตรี (ร้อยละ 20.10) และนักธรรมชั้นโท (ร้อยละ 10.00) ขณะที่ร้อยละ 8.90 ไม่ได้ศึกษาธรรม ด้านการศึกษาสายเปรียญธรรม ส่วนใหญ่ไม่เป็นเปรียญธรรม (ร้อยละ 72.10) ส่วนที่ศึกษาเปรียญธรรม 1–2 ประโยค 3–5 ประโยค และ 6–9 ประโยค คิดเป็นร้อยละ 10.00, 11.40 และ 6.50 ตามลำดับ ด้านระดับการศึกษาสูงสุดแผนกสามัญศึกษา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย(ร้อยละ 71.27) รองลงมาเป็นมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 20.87) และระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 4.61) ด้านภาวะสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 46.30 ไม่มีโรคประจำตัว ส่วนกลุ่มที่มีโรคประจำตัว โรคที่พบมาก ได้แก่ ความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 19.00) เบาหวาน(ร้อยละ 12.74) และโรคหัวใจ (ร้อยละ 10.57) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n= 369)	ร้อยละ (%)
อายุ (ปี), mean±SD	46.82 ± 17.27	
จำนวนพรรษาที่บวช (พรรษา), mean±SD	15.91 ± 12.98	
ระดับการศึกษา		
แผนกธรรม		
นักธรรมชั้นตรี	74	20.10
นักธรรมชั้นโท	37	10.00
นักธรรมชั้นเอก	225	61.00
ไม่ได้นักธรรม	33	8.90
แผนกบาลี		
เปรียญธรรม 1-2 ประโยค	37	10.00
เปรียญธรรม 3-5 ประโยค	42	11.40
เปรียญธรรม 6-9 ประโยค	24	6.50
ไม่เป็นเปรียญธรรม	266	72.10
แผนกสามัญศึกษา		
มัธยมศึกษาตอนต้น	77	20.87
มัธยมศึกษาตอนปลาย	263	71.27
ปริญญาตรี	17	4.61
ปริญญาโท	5	1.35
ปริญญาเอก	7	1.90

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n= 369)	ร้อยละ (%)
โรคประจำตัว (เลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีโรคประจำตัว	171	46.34
เบาหวาน	47	12.74
ความดันโลหิตสูง	70	19.00
หัวใจ	39	10.57
มะเร็ง	2	0.54
ไวรัสตับอักเสบ	10	2.71
ปวดหลังปวดเอว	65	17.61
ไมเกรน	18	4.88
กระเพาะอาหาร	18	4.88
อื่นๆ	69	18.70

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.

ผลการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ทั้ง 6 ด้าน เมื่อเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปน้อย พบว่า ด้านการรู้เท่าทันสื่อ และสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (mean = 9.02, SD = 4.29) รองลงมาคือ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ (mean = 8.84, SD = 3.54) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ และบริการสุขภาพ (mean = 8.39, SD = 2.62) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ (mean = 7.76, SD = 1.97) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง (mean = 6.16, SD = 4.52) และด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตนมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด (mean = 6.15, SD = 2.88) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาสัดส่วนระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน พบว่า 4 ใน 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่มีความรอบรู้อยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่ด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน พบว่าพระภิกษุสงฆ์มีสัดส่วนอยู่ในระดับดี มากที่สุดเมื่อเทียบกับระดับอื่น คิดเป็นร้อยละ 38.75 ส่วนด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่าพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 51.22

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23.22 คะแนน (SD = 6.74) โดยพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 73.44 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ รายด้าน

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.	จำนวน	ร้อยละ
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	145	39.30
ระดับปานกลาง	214	57.99
ระดับดี	10	2.71

ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละของความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ รายด้าน (ต่อ)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน		
ระดับไม่ดี	129	34.96
ระดับปานกลาง	97	26.29
ระดับดี	143	38.75
การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	106	28.73
ระดับปานกลาง	258	69.91
ระดับดี	5	1.36
การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	116	31.44
ระดับปานกลาง	237	64.22
ระดับดี	16	4.34
การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ		
ระดับไม่ดี	131	35.50
ระดับปานกลาง	182	49.32
ระดับดี	56	15.18
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง		
ระดับไม่ดี	189	51.22
ระดับปานกลาง	168	45.53
ระดับดี	12	3.25
พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.		
ระดับไม่ดี	21	5.69
ระดับปานกลาง	271	73.44
ระดับดี	77	20.87

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ.

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. โดยใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's rank correlation coefficient) ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 369 คน พบว่า พฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง ($r = 0.410$, $p < 0.001$) ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่สูงที่สุด รองลงมา ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน ($r = 0.298$, $p < 0.001$) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ($r = 0.243$, $p < 0.001$) การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ($r = 0.242$, $p < 0.001$) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ($r = 0.185$, $p < 0.001$) และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ ($r = 0.171$, $p = 0.001$) ซึ่งทั้งหมดมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำถึงปานกลาง ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. โดยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient)

ข้อที่	1	2	3	4	5	6	7
1. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	1.000						
2. ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน	0.128*	1.000					
3. การสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	-0.023	0.241*	1.000				
4. การจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	0.294*	0.210*	0.174*	1.000			
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ	0.238*	0.339*	0.080	0.417*	1.000		
6. การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	0.114*	0.138*	-0.099	0.195*	-0.124*	1.000	
7. ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	0.185*	0.298*	0.242*	0.410*	0.171*	0.243*	1.000

หมายเหตุ *กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value ≤ 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า พระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. แตกต่างกันในแต่ละด้าน โดยด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาคือ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ตามลำดับ ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับบริบทของเขตเมืองที่พระภิกษุสงฆ์มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพจากหลายช่องทาง ทั้งสื่อสังคมออนไลน์ หน่วยบริการสุขภาพ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพในชุมชน ซึ่งเอื้อต่อการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อย่างไรก็ตาม การที่ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าด้านอื่น ยังไม่สามารถสรุปได้ว่าพระภิกษุสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้หมายถึงการได้รับข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่ครอบคลุมถึงความสามารถในการค้นหา ทำความเข้าใจ ประเมินความน่าเชื่อถือ และนำข้อมูลไปใช้ประกอบการตัดสินใจดูแลสุขภาพในชีวิตประจำวัน[21-22]

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านตามระดับ พบว่า พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศเพื่อเสริมสร้างสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง ประเด็นนี้แสดงให้เห็นว่า พระภิกษุสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านเหล่านี้อยู่ในระดับหนึ่ง แต่ยังควรได้รับการส่งเสริมให้สามารถใช้ข้อมูลสุขภาพในการดูแลตนเองได้เหมาะสมยิ่งขึ้น ทั้งในด้านการเลือกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ การสื่อสารเพื่อขอคำแนะนำด้านสุขภาพ การจัดการตนเอง และการพิจารณาข้อมูลจากสื่ออย่างมีวิจารณญาณ สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ที่อธิบายว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการอ่านหรือเข้าใจข้อมูลสุขภาพ แต่รวมถึงความสามารถในการสื่อสาร วิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อจัดการปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพของตนเอง[23]

สำหรับด้านความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตน แม้ด้านนี้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในลำดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่น แต่เมื่อพิจารณาการกระจายตามระดับความรอบรู้ พบว่า พระภิกษุสงฆ์มีสัดส่วนอยู่ในระดับดีมากกว่าระดับอื่น ความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยและการกระจายตามระดับดังกล่าวบ่งชี้ว่าความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ยังไม่สม่ำเสมอภายในกลุ่มตัวอย่าง กล่าวคือ

พระภิกษุสงฆ์บางส่วนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพและการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับดี ขณะที่อีกส่วนหนึ่งยังมีความรู้อยู่ในระดับต่ำหรือปานกลาง จึงทำให้ค่าเฉลี่ยโดยรวมของด้านนี้ไม่สูงมากนัก ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์จึงยังมีความจำเป็น โดยเฉพาะในกลุ่มที่ยังมีความรู้จำกัด และควรเน้นเนื้อหาที่นำไปใช้ได้จริงในบริบทของชีวิตสงฆ์ เช่น การเลือกฉันอาหารจากภัตตาหารที่ได้รับถวาย การลดอาหารหวาน มัน เค็ม การป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง การดูแลสุขภาพช่องปาก และการมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับสมณเพศ

อย่างไรก็ตาม ความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเสมอไป ดังเห็นได้จากด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ซึ่งพบว่าพระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านนี้อยู่ในระดับไม่ดี การตัดสินใจด้านสุขภาพไม่ได้อาศัยเพียงการรับรู้หรือเข้าใจข้อมูลเท่านั้น แต่ยังรวมถึงการพิจารณาความน่าเชื่อถือของข้อมูล การเปรียบเทียบทางเลือก และการเลือกแนวทางที่เหมาะสมกับเงื่อนไขของตนเอง[21] สำหรับพระภิกษุสงฆ์ เงื่อนไขดังกล่าวเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตสงฆ์ เช่น การฉันอาหารตามที่ญาติโยมถวาย การปฏิบัติตามพระธรรมวินัย บทบาททางศาสนา และรูปแบบกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ต้องเหมาะสมกับสมณเพศ ดังนั้น การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์จึงควรพัฒนาทั้งความรู้ที่ถูกต้องและทักษะการตัดสินใจจากสถานการณ์ที่ใกล้เคียงกับชีวิตจริง เพื่อสนับสนุนการเลือกแนวทางดูแลสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

สำหรับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ผลการศึกษาพบว่า พระภิกษุสงฆ์ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง สะท้อนว่าพระภิกษุสงฆ์มีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพบางส่วนแล้ว แต่ยังไม่ต่อเนื่องหรือยังไม่ครอบคลุมเพียงพอที่จะอยู่ในระดับดี โดยเฉพาะพฤติกรรมด้านอาหาร และกิจกรรมทางกาย ซึ่งสัมพันธ์กับบริบทของชีวิตสงฆ์โดยตรง พระภิกษุสงฆ์ไม่ได้เป็นผู้กำหนดอาหารทั้งหมดด้วยตนเอง แต่อาศัยอาหารจากการบิณฑบาตหรือการถวายของญาติโยมเป็นหลัก ทำให้มีข้อจำกัดในการเลือกชนิด ปริมาณ และคุณค่าทางโภชนาการของอาหาร ขณะเดียวกันการมีกิจกรรมทางกายต้องคำนึงถึงความเหมาะสมตามสมณเพศ สถานที่ และกิจวัตรของวัด ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Tshopanja et al.[20] ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรอยู่ในระดับปานกลาง[20] และสอดคล้องกับการศึกษาของศนิกานต์ ศรีมณี และคณะที่พบว่าพฤติกรรมการบริโภคของพระสงฆ์สัมพันธ์กับพฤติกรรมการถวายภัตตาหารของประชาชนในพื้นที่ในเขตภาษีเจริญ กรุงเทพมหานคร[24] การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์จึงควรมุ่งทั้งการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของพระภิกษุสงฆ์ และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพในระดับวัดและชุมชน โดยเฉพาะการสร้างความเข้าใจแก่ญาติโยมเกี่ยวกับการถวายภัตตาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 6 ด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า พระภิกษุสงฆ์ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้านสูงกว่ามีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากกว่า ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่อธิบายว่า ความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ[21-22] นอกจากนี้ยังเป็นไปในทิศทางเดียวกับการศึกษาของ Panya et al.[14] และ Tshopanja et al. [20] ที่พบ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์เช่นกัน[14,20] อย่างไรก็ตาม ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลางแสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของพระภิกษุสงฆ์ โดยความเกี่ยวข้องดังกล่าวควรพิจารณาร่วมกับบริบทอื่นของชีวิตสงฆ์ เช่น สิ่งแวดล้อมของวัด อาหารที่ได้รับถวาย กิจวัตรประจำวัน แรงสนับสนุนจากญาติโยม และหน่วยบริการสุขภาพ

เมื่อเปรียบเทียบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์รายด้าน พบว่า ด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น ประเด็นนี้สะท้อนว่า การจัดการตนเองเป็นทักษะสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงความรอบรู้ด้านสุขภาพไปสู่การปฏิบัติจริง โดยเฉพาะในบริบทของพระภิกษุสงฆ์ที่มีข้อจำกัดเฉพาะด้านวิถีชีวิต การฉันอาหาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พระภิกษุสงฆ์ที่สามารถจัดการเงื่อนไขด้านสุขภาพของตนเองได้ดี จึงมีแนวโน้มที่จะปรับพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมกว่า เช่น การเลือกฉันอาหารในปริมาณที่พอเหมาะจากอาหารที่ได้รับถวาย การหลีกเลี่ยงอาหารหวานมัน เค็มเท่าที่สามารถทำได้ การใช้กิจวัตรของวัดเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวร่างกาย และการดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam ที่มองว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นทรัพยากรส่วนบุคคลที่ช่วยให้บุคคลสามารถควบคุม และจัดการสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น[10]

ขณะที่ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ แม้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำกว่าด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเอง ข้อค้นพบนี้ชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงหรือรับรู้ข้อมูลสุขภาพเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการปรับพฤติกรรม แต่ยังไม่เพียงพอหากขาดทักษะในการประเมินข้อมูล การตัดสินใจ และการจัดการตนเอง การส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์จึงควรเน้นการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในเชิงปฏิบัติ โดยเฉพาะทักษะการจัดการตนเอง และการตัดสินใจจากสถานการณ์จริง ควบคู่กับการให้ข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสมกับบริบทของสมณเพศ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้พบว่า พระภิกษุสงฆ์ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ในหลายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ขณะที่บางด้านยังควรได้รับการส่งเสริมเพิ่มเติม โดยเฉพาะด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สำหรับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมพบว่าอยู่ในระดับปานกลาง ความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยด้านการจัดการเงื่อนไขของตนเองเพื่อเสริมสร้างสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพสูงที่สุด ผลการวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมสุขภาพพระภิกษุสงฆ์ควรพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับทักษะการจัดการตนเองและการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่เหมาะสม ภายใต้บริบทของวิถีชีวิตสงฆ์ และการสนับสนุนจากวัด ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างเหมาะสมและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพยาบาลและการวางแผนบริการสุขภาพแก่พระภิกษุสงฆ์ในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการวางแผนให้คำแนะนำด้านสุขภาพในการส่งเสริมป้องกันที่เหมาะสมกับบริบทของวิถีสงฆ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมหรือโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับพระภิกษุสงฆ์ โดยเน้นการพัฒนาความสามารถ

ในการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ การตัดสินใจ และการจัดการตนเองภายใต้ข้อจำกัดของวิถีสงฆ์ ควบคู่กับการให้ความรู้ด้านสุขภาพในประเด็นสำคัญ ตลอดจนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาลที่มุ่งเสริมศักยภาพของพระภิกษุสงฆ์ในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; c2025 [updated 2025 Sep 25; cited 2025 Sep 27]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases
2. Division of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. National plan for the prevention and control of non-communicable diseases (2023-2027), Thailand [Internet]. Nonthaburi: The Division; c2023 [cited 2025 May 17]. Available from: https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1625920241004031950.pdf [In Thai]
3. Sakaria N, Indongo N. Socioeconomic and behavioural factors that contribute to the co-occurrence of risk factors for noncommunicable diseases. BMC Public Health. 2025;25(1):165. doi: 10.1186/s12889-024-20993-w.
4. Tulpraneetkul N. Predicting factors for the risk of NCDs (diabetes and hypertension) among the working-age service receivers in health promotion hospital, regional health promotion center 5 ratchaburi. Region 4-5 Medical Journal. 2024;43(3):463-78. [In Thai]
5. Thai Health Promotion Foundation. To truly gain merit from making offerings to monks, choose healthy food [Internet]. 2023 [cited 2025 May 17]. Available from: https://resource.thaihealth.or.th/index.php/article/ทำบุญให้ได้บุญอย่างแท้จริง-เลือกอาหารเพื่อสุขภาพถวายพระสงฆ์ [In Thai]
6. Ministry of public health. Desirable health behaviors of religious leaders [Internet]. 2025 [cited 2025 May 17]. Available from: https://healthtemple.anamai.moph.go.th/home/index?byear=2568&region=0&province=0&amphur=0&tambon=0 [In Thai]
7. Sriwilas T, Thavichachat N. Factors related to depression in elderly monks in Bangkok Metropolis.. Chulalongkorn Medical Journal. 2013;57(1):93-105. [In Thai]
8. Kanittakul S. Surveying depression among monks: when depression is not limited to laypeople [Internet]. Bangkok: The MATTER; c2022 [updated 2022 Sep 2; cited 2025 May 17]. Available from: https://thematter.co/social/depression-in-buddhist-monk/184548. [In Thai]
9. Pengpid S, Peltzer K. Depressive symptoms among clients attending monk healers and primary care clinics in Thailand: a comparative follow-up study. Prim Health Care Res Dev. 2021;22:e38. doi: 10.1017/S1463423621000475.

10. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
11. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: a review of its applications to health-related behaviors. Am J Health Promot. 1996;11(2):87-98. doi: 10.4278/0890-1171-11.2.87.
12. Pitts PJ, Freeman E. Health literacy: The common denominator of healthcare progress. Patient. 2021;14(5):455-58. doi: 10.1007/s40271-021-00537-9.
13. Hongchai V, Chumkesornkolkit P, Ponrachom C. Health literacy and factors predicting health promotion behaviors among Buddhist monks in Nakhon Phanom Province. Journal of buddhist anthropology. 2021;6(11):529-43. [In Thai]
14. Panya N, Huaisai W, Unkaew T, Montreewong W. The relationship between health literacy and health behavior 3E 2S of monks among Khun Han District, Sisaket Province. Primary Health Care Journal (Northeastren Edition). 2024;39(1):1-11. [In Thai]
15. Srithong K, Jearajit C, Suksatit B, Promjittiphong C. Health literacy situation of monks in Thai society. Journal of MCU Peace Studies. 2021;9(5):1793-804. [In Thai]
16. Thai Health Promotion Foundation. 3E 2S disease prevention code [Internet]. c2024 [cited 2025 May 17]. Available from: https://resourcecenter.thaihealth.or.th/content/81223-media-3%20อ.%202%20ส.%20รหัสป้องกันโรค?t=1778059657095 [In Thai]
17. Department of Health. Department of Health suggests monks consume less sugar for dental health, emphasizing 6 ways to care for oral health [Internet]. Nonthaburi: The Department; c2019 [updated 2019 May 18; cited 2025 May 17]. Available from: https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news180562/ [In Thai]
18. Butsabong T, Kajonkiatsakul S, Nammontri O, Butkhot J. Attitude, self-efficacy, and oral health behaviors of monks in Phuwaing District, Khon Kaen Province. Thai Dental Nurse Journal. 2020;31(2):77-89. [In Thai]
19. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas. 1970;30:607-10. doi: 10.1177/001316447003000308.
20. Tshopanja A, Kankhwao P, Kankhwao B. Health literacy and health behaviors (food, emotion, exercise, smoking, alcohol cessation and teeth) of monks and novices in Phrapariyattidhamma school, Nakhon Khon Kaen Metropolitan, Khon Kaen province. Journal of Council of Community Public Health. 2022;4(1):38-48. [In Thai]
21. 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. doi: 10.1186/1471-2458-12-80.
22. World Health Organization, Division of Health Promotion, Education, and Communication. Health promotion glossary [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1998 [cited 2026 May 10]. Available from: https://iris.who.int/handle/10665/64546

23. 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. doi: 10.1093/heapro/15.3.259.
24. Seemanee S, Mattavagkul C, Poomrittikul P, Ditajorn R, Trangkasant P. Factors related consumption behaviors of monks and foodstuff dedication behaviors to the monks of people in Phasicharoen district, Bangkok. Journal of Nursing, Siam University. 2018;19(37):22-38. [In Thai]