

THE RELATIONSHIP BETWEEN HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIOR 3E 2S OF MONKS AMONG KHUN HAN DISTRICT, SISAKET PROVINCE

Nisa Panya¹, Wuttichan Huaisai^{2*}, Thiraporn Unkaew³, Wachirapon Montreewong⁴

Received: July 06, 2023

^{1,3,4} Khun Han Hospital, Sisaket 33140, Thailand

Received: Marck 04, 2024

² Sirindhorn college of public health Ubon Ratchathani, Ubon Ratchathani 31490, Thailand

Accepted: Marck 11, 2024

Corresponding author; E-mail: wuttichan@scphub.ac.th*

Citation: Panya N., Unkaew T., Montreewong R. (2023). The Relationship Between Health Literacy and Health Behavior 3E 2S of Monks Among Khun Han District, Sisaket Province. *Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)*, 39(1), 1-11.



Copyright (c) 2024 Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

ABSTRACT

This cross-sectional research aims to investigate the relationship between health literacy and health behaviors 3E 2S among monks in Khun Han District, Si Sa Ket Province. The sample group consisted of 148 monks selected through simple random sampling from April to June 2023. Data were collected using questionnaires and analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentages, means, standard deviations, maximum, and minimum values. Additionally, the relationship between health literacy and health behaviors was analyzed using the Chi-square test. The research findings revealed that the majority of the sample group were temple monks (75.0%), with a mean age of 48.8 years (SD = 17.27) and an average monastic experience of 7.8 years (SD = 9.21). Most had completed primary education (24.3%) without studying Dhamma or Pali (41.2%) and had no chronic illnesses (81.1%). Regarding health knowledge, the majority had adequate levels (61.5%), while most health behaviors (3E 2S) were at an unsatisfactory level (83.1%). The relationship between health literacy and health behaviors (3E 2S) was statistically significant at the .05 level. Therefore, there should be activities implemented to enhance health knowledge among monks to facilitate appropriate health behavior modifications in the future.

Keywords: The monk; Health literacy; Health behavior 3E 2S

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระภิกษุสงฆ์ ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

รับบทความ: 06 กรกฎาคม 2566

แก้ไขล่าสุด: 04 มีนาคม 2567

ตอบรับตีพิมพ์: 11 มีนาคม 2567

นิตยา ปัญญา¹, วุฒิमान ห้วยทราย^{2*}, ธิราภรณ์ อุ่นแก้ว³, วชิราภรณ์ มนต์วีรังษ์⁴

^{1, 3-4} โรงพยาบาลขุนหาญ, ศรีสะเกษ 33140, ประเทศไทย

² วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี, อุบลราชธานี 34190, ประเทศไทย

ติดต่อผู้วิจัย: E-mail: wuttichan@scphub.ac.th*

อ้างอิง: นิตยา ปัญญา, วุฒิमान ห้วยทราย, ธิราภรณ์ อุ่นแก้ว, วชิราภรณ์ มนต์วีรังษ์. (2567). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระภิกษุสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ. *วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)*, 39(1), 1-11.



ลิขสิทธิ์ (c) 2024 วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ จำนวน 148 รูป เก็บข้อมูลโดยการสุ่มอย่างง่าย ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 75.0 อายุเฉลี่ย 48.8 ปี (SD = 17.27) อายุพรรษาเฉลี่ย 7.8 พรรษา (SD = 9.21) ระดับการศึกษาแผนกสามัญสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 24.3 ส่วนใหญ่ไม่ได้ศึกษาแผนกธรรมหรือบาลี ร้อยละ 41.2 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 81.1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 61.5 และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 83.1 และความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: พระสงฆ์; ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส.

บทนำ

พระสงฆ์เป็นผู้มีบทบาทสำคัญและมีความสัมพันธ์อย่างแนบแน่นต่อชุมชนและสังคมไทย พระสงฆ์ให้ความรู้และแนวทางปฏิบัติอันเป็นประโยชน์แก่การพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ประชาชนในชุมชน ส่งเสริมให้ใช้หลักพุทธธรรมในการดำเนินชีวิตเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น (Thirabhatto, 2022) ร้อยละ 80 ของคนไทยนับถือศาสนาพุทธ มีความใกล้ชิดกับวัดและพระสงฆ์เป็นอย่างมาก วิถีชีวิตคนไทย ผูกพันกับพุทธศาสนามาช้านาน พระสงฆ์ได้รับการยอมรับว่าเป็นศูนย์รวมของความเชื่อถือศรัทธาว่าจะช่วยให้เกิดความสงบทางจิตใจ ในบทบาทของพระสงฆ์ไม่เพียงแต่จะช่วยเหลือ ผู้เดือดร้อนด้านปัจจัยหรือวัตถุต่าง ๆ เท่านั้น แต่ยังช่วยดูแลผู้มีปัญหาด้านจิตใจอีกด้วย (Phrakusirisothonkanarak, 2022) ดังนั้นหากพระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ดีแล้วจะเป็นแบบอย่างและถ่ายทอดให้กับคนที่เข้าวัดฟังธรรมได้

พระสงฆ์ในพระพุทธศาสนาเป็นผู้ออกจากเรือนไม่เกี่ยวข้องกับด้วยเรือนแล้ว จึงจำเป็นที่จะต้องดูแลตนเอง และดูแลพระสงฆ์ด้วยกันตามหลักพระธรรมวินัย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม ทำให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพของพระสงฆ์ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคไขมัน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคหลอดเลือด เป็นต้น ซึ่งเป็นสาเหตุมาจากการฉ้อฉลอาหารตามที่ญาติโยมนำมาถวายและการฉ้อฉลอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ ซึ่งญาติโยมยังขาดความรู้ความเข้าใจในการถวายอาหารพระสงฆ์ และความตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ เพราะพระสงฆ์ไม่สามารถเตรียมและเลือกอาหารเองได้ อาหารที่ญาติโยมนิยมนำมาถวายมักเป็นอาหารที่มีรสหวาน รสมัน รสเค็ม และน้ำปानะที่มีรสหวาน รวมถึงการขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอของพระสงฆ์เอง เนื่องจากอาจจะไม่เหมาะสมกับทางสมณเพศ เป็นเหตุให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บ และยังขาดการมีส่วนร่วมขององค์กรภาครัฐ ในการวางแผนงานด้านการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์อย่างจริงจัง (Phanthali, 2021) จากที่ผ่านมามาหาเถรสมาคมได้มีการประกาศใช้ธรรมนูญ

สุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 ตามมติ ครั้งที่ 7/2560 เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2560 เรื่อง การดำเนินงานพระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาพที่กำหนดให้ดำเนินการวัดส่งเสริมสุขภาพและธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ เพื่อเป็นกรอบและแนวทางการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ทั่วประเทศ เพื่อส่งเสริมให้พระสงฆ์ได้ดูแลสุขภาพตนเองตามหลักพระธรรมวินัย โดยมีแนวปฏิบัติการอุปฐากพระสงฆ์ตรงตามหลักพระธรรมวินัย และกำหนดให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม (National Health Commission Office, 2017) จากรายงานผลการตรวจสุขภาพพระสงฆ์ของอำเภอขุนหาญปี พ.ศ. 2562 นำร่องในพื้นที่ตำบลจำนวน 5 วัด พบว่า ผลการคัดกรองสุขภาพจำนวน 48 รูป พบดัชนีมวลกายอยู่ที่ระดับอ้วนถึงอ้วนมากจำนวน 25 รูป คิดเป็นร้อยละ 45.5 พฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงถึง 12 รูป คิดเป็นร้อยละ 21.8 มีภาวะเสี่ยงต่อเบาหวานจำนวน 5 รูป คิดเป็นร้อยละ 9.1 จากปัญหาสุขภาพที่พบดังกล่าวส่วนใหญ่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้ ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการฉ้อฉลอาหารไม่ถูกหลักโภชนาการ เนื่องจากพระสงฆ์ไม่สามารถเลือกฉ้อฉลอาหารเองได้ ต้องฉ้อฉลตามที่ญาติโยมนำมาถวาย ประกอบกับพระภิกษุสงฆ์อยู่ในสถานภาพที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และมีกิจกรรมการเคลื่อนไหวร่างกายน้อย จึงทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น (Khun Han Hospital, 2023)

การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ถือได้ว่าเป็นอีกหนึ่งกลไกที่มีความสำคัญต่อการสร้างสุขภาพให้เกิดความยั่งยืน อีกทั้งพระสงฆ์จำเป็นที่จะต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้มีกระบวนการจัดการสุขภาพพระสงฆ์อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น เพื่อมุ่งสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตที่ดีของพระสงฆ์ จากที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งได้ให้ความหมายว่า เป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมของบุคคล ที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและสมรรถนะที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารและบริการสุขภาพเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษา

สุขภาพตนเองให้คงที่อยู่เสมอ (World Health Organization, 1998) ประเทศไทยให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพมาอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยกองสุขศึกษา จึงได้ริเริ่มสร้างเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มเสี่ยง ร่วมกับสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทร-วิโรฒ (Intarakamhang, 2017) โดยได้ให้ความหมายความรู้ด้านสุขภาพไว้ว่า เป็นระดับความสามารถที่ประชาชนใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการสุขภาพที่ได้รับจากบุคลากรสาธารณสุข สื่อต่าง ๆ และได้เรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลตนเอง จัดการสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันและคงรักษาสุขภาพที่ดีของตนเองไว้เสมอ โดยแบ่งระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ได้แก่ ความรู้ด้านสุขภาพระดับพื้นฐาน ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน และความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณ (Intarakamhang, 2017)

ดังนั้น จากการทบทวนวรรณกรรมการสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่บุคคลถือเป็นตัวแปรสำคัญในการเกิดพฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพะส่งผลกระทบต่อ การยกระดับคุณภาพชีวิต (Sookpool et al., 2020) โดยเฉพาะในเรื่องการลดการเจ็บป่วยทางกายและจิตใจ ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญในการยกระดับสุขภาพะทางปัญญา และสังคมซึ่งการมีความรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่าระดับพื้นฐานอาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพ จนส่งผลให้เกิดความเจ็บป่วยได้ การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการสุขภาพของพระสงฆ์อันจะนำมาสู่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรม 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ ในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ตามขอบเขตเนื้อหาความรู้ด้านสุขภาพ 5 ประเด็น ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. โดยประยุกต์จากแนวคิดของสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ร่วมกับกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Intarakamhang, 2017) ระยะเวลาทำการศึกษาระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

- 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
 - 1.1 ประชากร คือ พระสงฆ์ที่จำพรรษาในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ระหว่างเดือนเมษายน ถึง มิถุนายน พ.ศ. 2566 จำนวน 479 รูป
 - 1.1.1 เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Inclusion criteria)
 - 1) เป็นพระสงฆ์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนในเขตจังหวัดศรีสะเกษ
 - 2) เป็นพระสงฆ์ที่จำพรรษาอยู่วัดในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ไม่น้อยกว่า 1 พรรษา
 - 1.1.2 เกณฑ์การคัดออกผู้เข้าร่วมการวิจัย (Exclusion criteria)
 - 1) ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2) ไม่ได้จำวัดอยู่ในเขตอำเภอ
ขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ในวันที่ลงเก็บข้อมูล

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์ จำนวน 148 รูป จากการคำนวณโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป G*Power 3.1 เลือก Statistical test เป็น Correlation: Point biserial model ขนาด Effect size $f^2:0.3$ (Medium effect size) (Cohen, 1977) ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ยอมรับได้ จำนวน 134 รูป และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันข้อมูลสูญหายและเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนของข้อมูลอีกร้อยละ 10 (Lemeshow et al., 1990) ดังนั้นจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 148 รูป จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) โดยการจับสลากแบบไม่ใส่คืนจนครบตามจำนวน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จาก Intarakamhang (2017) ประกอบไปด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ตำแหน่งหน้าที่ในวัด อายุ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษา แผนกสามัญ ระดับการศึกษาแผนกธรรม/บาลี โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่
1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ 2) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ 3) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ 4) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ 5) การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น จำนวน 47 ข้อ โดยเป็นแบบสอบถามชนิดเลือกตอบ 5 ตัวเลือก คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด การแปลผลคะแนนแบ่งระดับความรอบรู้ตามเกณฑ์ของ Bloom (1968) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (น้อยกว่า 141 คะแนน) ความรอบรู้ไม่เพียงพอ, คะแนน ร้อยละ 60 ถึง 79 (141 ถึง 185 คะแนน) ความรอบรู้เพียงพอ, คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (186 คะแนนขึ้นไป) ความรอบรู้ดีมาก

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ประยุกต์จากกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(Department of Health Service Support, 2017) โดยเป็นแบบสอบถามความถี่ในการปฏิบัติพฤติกรรมแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือก ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย, 1 - 2 วัน/สัปดาห์, 3 วัน/สัปดาห์, 4 - 5 วัน/สัปดาห์ และ 6 - 7 วัน/สัปดาห์ จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามเชิงบวก 4 ข้อ และเชิงลบ 2 ข้อ แปลผลพฤติกรรม 3อ. 2ส. ตามเกณฑ์ของกองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (Department of Health Service Support, 2017) ได้แก่ ระดับไม่ดี คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60, ระดับพอใช้ คะแนนร้อยละ 60 - 69, ระดับดี คะแนนร้อยละ 70 - 79, ระดับดีมาก คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

3. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ หมายเลขการรับรอง SPPH 2023-055 วันที่รับรอง 28 มีนาคม 2566 ถึง 27 มีนาคม 2567

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

4.1 สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

4.2 สถิติเชิงอนุมาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 148 รูป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นพระลูกวัด ร้อยละ 75.0 อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 - 39 ปี ร้อยละ 22.3 อายุเฉลี่ย 48.77 ปี (SD = 17.27) อายุสูงสุด 88 ปี อายุต่ำสุด 14 ปี จำนวนพรรษาส่วนใหญ่ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 58.1 พรรษาเฉลี่ย 7.80 พรรษา (SD = 9.21) พรรษาสูงสุด 40 พรรษา ระดับการศึกษาแผนกสามัญสูงสุด

ประถมศึกษา ร้อยละ 24.3 รองลงมาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 24.3 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ ร้อยละ 18.9 การศึกษาแผนกธรรมบาลีส่วนใหญ่ ไม่ได้ 81.1 (Table 1) ศึกษา ร้อยละ 41.2 รองลงมาระดับการศึกษานักธรรมตรี

Table 1: General Information Showing Counts and Percentages of the Sample Group's Characteristics

General Information	Number (n=148)	Percentage (%)
Position in the Temple		
Abbot	19	12.8%
Deputy Abbot	18	12.2%
Temple Monks	111	75.0%
Age		
Below 30 years	18	12.2%
30 - 39 years	33	23.3%
40 - 49 years	32	21.6%
50 - 59 years	25	16.9%
60 - 69 years	18	12.2%
70 years and above	22	14.9%
Mean = 48.77, SD = 17.27, Min = 14, Max = 88		
Monastic Experience		
Not more than 5 years	86	58.1%
More than 5 years	62	49.9%
Mean = 7.80, SD = 9.21, Median = 4.00, Min = 0, Max = 40		
Education (Primary)		
No formal education	22	14.9%
Monastic novice course	2	1.4%
Primary Education	36	24.3%
Lower Secondary Education	28	18.9%
Upper Secondary/High School	19	12.8%
Diploma/Associate's Degree	9	6.1%
Bachelor's Degree	25	16.9%
Higher than Bachelor's Degree	7	4.7%
Education (Dhamma/Pali)		
No formal education	61	41.2%
Completed Dhamma/Pali studies	87	58.8%
Chronic Illnesses		
Yes	28	81.1%
No	120	18.9%

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 61.5 รองลงมาอยู่ในระดับไม่เพียงพอ ร้อยละ 29.0 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเพียงพอ (Table 2)

Table 2: Number and Percentage of Health Literacy Levels in the Sample Group

Level of Health Literacy	Score Range	Number (n = 148)	Percentage
Insufficient	Less than 60% (Below 141 points)	43	29.0%
Adequate	60% to 79% (141 to 185 points)	91	61.5%
Excellent	80% and above (186 points and above)	14	9.5%
Mean = 154.68 points, SD = 25.205, Maximum = 231, Minimum = 85			

3. พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดี ร้อยละ 83.1 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 12.2 พฤติกรรมในภาพรวมอยู่ในระดับไม่ดี (Table 3)

Table 3: Number and Percentage of Health Behavior Levels According to the 3E 2S Principles in the Sample Group

Health Behavior Levels	Score Range	Number (n = 148)	Percentage
Poor	Less than 60% score (0 - 17.99)	123	83.1%
Fair	60-69% score (18.00 - 20.99)	18	12.2%
Good	70-79% score (21.00 - 23.99)	4	2.7%
Excellent	80% or higher score (24.00 - 30.00)	3	2.0%
Mean = 12.67 points, SD = 4.78, Maximum = 30 Minimum = 6			

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. โดยกำหนดให้ระดับพฤติกรรมเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับไม่ดี และระดับเพียงพอถึงดีมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็นไม่เพียงพอ และเพียงพอถึงดีมาก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ได้แก่ จำนวนพรรษา ระดับการศึกษา สายสามัญ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับกับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Table 4)

Table 4: Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and Health Behavior 3E 2S

Factor	Health Behavior Levels 3E 2S		χ^2	p-value
	Poor (n=123)	Fair to Excellent (n=25)		
Position in the Temple				
Abbot	17 (13.8%)	2 (8.0%)	2.104	0.361
Deputy Abbot	13 (10.6%)	5 (20.0%)		
Temple Monks	93 (75.6%)	18 (72.0%)		
Age				
Below 60 years				
60 years and above				
Monastic Experience				
Not more than 5 years	77 (62.6%)	9 (36.0%)	6.040*	0.016
More than 5 years	46 (37.4%)	16 (64.0%)		
Education (Primary)				
Below Secondary Education	45 (36.0%)	15 (60.0%)	4.725*	0.043
Secondary Education and above	78 (64.0%)	10 (40.0%)		
Education (Dhamma/Pali)				
No	53 (43.1%)	8 (32.0%)	1.055	0.376
Yes	70 (56.9%)	17 (68.0%)		
Chronic Illnesses				
No	97 (78.9%)	23 (92.0%)	2.338	0.166
Yes	26 (21.1%)	2 (8.0%)		
Health Literacy				
Poor	31 (25.2%)	12 (48.0%)	5.238*	0.030
Fair to Excellent	92 (74.8%)	13 (52.0%)		

(*statistical significance at .05)

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเพียงพอ ร้อยละ 61.5 ด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น ทักษะพื้นฐานในการดำเนินชีวิต เช่น การเขียน การอ่าน การพูดคุยสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น การทำกิจวัตรประจำวัน รวมถึง การเดินทางด้วยตนเองเป็นความสามารถพื้นฐานของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับการศึกษาของ Hongchai et al. (2021) ที่พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนมส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ แปลได้ว่าส่วนใหญ่

มีความรอบรู้เพียงพอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Srithong et al. (2021) ที่พบว่าสถานการณ์ความรอบรู้ของพระสงฆ์ในสังคมไทย ในพื้นที่ 9 จังหวัด ได้แก่ พระนครศรีอยุธยา พิษณุโลก ลำพูน ขอนแก่น ศรีสะเกษ ปราจีนบุรี นครปฐม สุราษฎร์ธานีและสงขลา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอเพียงร้อยละ 21.2 จากผลการวิจัยครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่ผ่านมา อาจเนื่องจากใช้เครื่องมือในการวิจัยที่แตกต่างกัน โดยงานวิจัยดังกล่าวได้ใช้แบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพฉบับภาษาไทย

(Thai Health Literacy Assessment Instrument: Nutrition label: THLA-N) ซึ่งเน้นความรู้ด้านสุขภาพทางโภชนาการ

2. พฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่ดี ร้อยละ 83.1 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 12.2 ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Tongterm (2019) พระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดศรีสะเกษ ส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมที่มีกิจกรรมทางกาย อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 74.2 อาจเนื่องด้วยกลุ่มตัวอย่าง และการใช้แบบสอบถามพฤติกรรมที่แตกต่างกัน และไม่สอดคล้องกับ Tshopanja et al. (2022) ที่พบว่าพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. 1ฟ. ของพระภิกษุสงฆ์และสามเณรโรงเรียนพระปริยัติธรรม ในเขตเทศบาลนครขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง

3. อายุพรรษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อาจเนื่องด้วยพระสงฆ์ที่มีจำนวนพรรษามากขึ้น ได้อยู่ในระเบียบวินัยสงฆ์มานาน ทำให้สามารถควบคุมตนเองได้ จากการเรียนรู้หลักธรรมทางพระพุทธศาสนา มาก มีประสบการณ์การเทศน์ การสอน มีการเข้าถึงการอบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์มากขึ้น และการที่พระสงฆ์ที่มีพรรษามากเป็นผลให้ต้องมีการวางตัวให้เหมาะสมและต้องรับบทบาทการเป็นผู้นำคณะสงฆ์และญาติโยม จึงต้องปฏิบัติตนให้เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านต่าง ๆ รวมไปถึงเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ Hongchai et al. (2021) ที่พบว่าจำนวนพรรษาที่บวช มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์

4. การศึกษาสายสามัญ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อาจเนื่องด้วยการศึกษายสายสามัญ มีการเรียนการสอนในรายวิชาที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ อาทิ วิชาสุขศึกษา ซึ่งเป็นวิชาพื้นฐานที่ได้เรียนรู้ในระดับมัธยมศึกษา จึงส่งผลให้มีความรู้พื้นฐานในการดูแลสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่สอดคล้องกับการศึกษาของ Narathosawadikun & Khemkaew (2020) ที่พบว่าการศึกษาทางโลกมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ดังนั้นจึงควรจัดการศึกษาขั้นพื้นฐานให้พระสงฆ์หรือสามเณรที่บวชก่อนจบการศึกษาสายสามัญ

5. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์สอดคล้องกับทฤษฎีของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่า หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่เพียงพอ จะส่งผลให้มีพฤติกรรมสุขภาพดีตามไปด้วย ทั้งนี้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น จะต้องมียุทธศาสตร์พื้นฐานด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน เนื่องจากทักษะด้านการสื่อสารเป็นปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำมาซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และการพัฒนาตนเอง สู่การเกิดทักษะการปฏิบัติ ส่งผลต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Nimtrakul & Thitawisittho (2020) ที่พบว่า พระที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากกว่า มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่มากกว่า และยังคงสอดคล้องกับ Jirawutthipan et al. (2022) ที่พบว่าความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการจัดการตนเอง ดังนั้นจึงควรจัดกิจกรรมในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในพระสงฆ์ให้ดียิ่งขึ้น เพื่อเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

สรุปผล

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของพระสงฆ์ในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ อายุพรรษา การศึกษาสายสามัญ และความรู้ด้านสุขภาพ ข้อแตกต่าง คือ มีระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. อยู่ในระดับที่ไม่ดี ดังนั้น ควรมีการจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพแก่พระสงฆ์ เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้
 - 1.1 จากผลการวิจัยจะเห็นได้ว่าความรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมตามหลัก 3อ. 2ส. ดังนั้นควรจัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ในเขตอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ เพื่อเอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

- 1.2 ควรจัดกิจกรรมหรือโครงการในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น
2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป
 - 2.1 ควรศึกษาโดยใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์อื่น ๆ ศึกษาปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น PRECEDE-PROCEED Model
 - 2.2 ควรทำวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ในพื้นที่

References

- Bloom, B.S. (1968). Learning for Mastery. Instruction and Curriculum. Regional Education Laboratory for the Carolinas and Virginia, Topical Papers and Reprints, Number 1. *Evaluation Comment*, 1(2), 1-12.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences* (2nd ed). New York: Academic Press.
- Department of Health Service Support. (2017, December 14). *Tools and programs for evaluating HL and HB in working age groups*. Health Education Division. Research Institute. <http://www.hed.go.th/linkHed/333>
- Hongchai V. et al. (2021). Health literacy and factors predicting health promotion behaviors among Buddhist monks in Nakhon Phanom Province. *Journal of Social Science and Buddhistic Anthropology*, 6(11), 529-543.
- Intarakamhang U., (2017). *Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales* (research report). Bangkok: Behavioral Science Research Institute.
- Jirawutthipan T. et al. (2022). Health Literacy and Self-Management Among Older Monks with Multimorbidity. *Nursing Journal CMU*, 49(3), 42-55.
- Khun Han Hospital. (2023). *Khun Han Take care of Thai monks and stay away from disease 4.0 under the drive of the National Monks Health Statute Project. "Monk Thai Klai Rok 4.0" among Khun Han District, Khun Han Hospital, fiscal year 2023*. Sisaket: Primary and Holistic Services Group Khunhan Hospital.
- Lemeshow S. et al. (1990). *Adequacy of sample size in health studies*. New York: World Health Organization.
- Narathosawadikun J. & Khemkaew P. (2020). Study of factors related to Health promotional behavior of monks in Phichit province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal*. 1(1), 10-23.
- National Health Commission Office. (2017). *The National Sangha Health Charter B.E. 2560*. Nonthaburi: O.S. Printing House.
- Nimtrakul U. & Thitawisittho P. (2020). Health Behaviors of Monks and Health Literacy from Phra Kilanuphatthak to Communicators in Health Region 1. *Journal of Buddhist Studies*, 11(1), 33-51.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, 67(12), 2072-2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Phanthali, P. (2021). Health care of Thai monks at present. *The New Viridian Journal of Arts, Humanities and Social Sciences*, 1(3), 14-27.
- Phrakusirisothonkanarak. (2022). The Role of Monks in Promoting Quality of Life. *Journal of Buddhist Philosophy Evolved*, 6(2), 624-635.

- Sookpool A. et al. (2020). Effectiveness of Health Literacy and Health Behavior Development Program for Working People. *Journal of Health Science*, 29(3), 419-429.
- Srithong K. et al. (2021). Health Literacy Situation of Monks in Thai Society. *Journal of MCU Peace Studies*. 9(5), 1793-1804.
- Thirabhatto, P. (2022). The Role of Monks: Amid The Crisis of Thai Society. *Journal of MCU Social Science Review*, 11(6), A151-A166.
- Tongterm, T. (2019). Factors associated with physical activity among the elderly Buddhist monks living in Sisaket province. *Journal of MCU Nakhondhat*, 6(9), 4425-4437.
- Tshopanja A. et al. (2022). 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*, 4(1), 38-48.
- World Health Organization. (1998, June 16). *Health promotion glossary*. WHO. Research Institute. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>