

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก

ก้องภพ เวียงนาค, ส.บ. (สาธารณสุขชุมชน)*, ธีรวิทย์ อิ่มเกิด, ส.บ. (สาธารณสุขชุมชน)*

ยุทธนา แยกคาย, ส.ด.*, วิชัย เทียนถาวร, พ.บ., ประด.ด** และรัศมี สุชนรินทร์, ส.ด.*

บทคัดย่อ

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนายครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก ประชากรคือ ประชาชน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 621,869 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง ด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากรได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 595 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 ประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.1 การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.6 การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.1 การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.1 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.3 และการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.6 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน ได้แก่ การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา เพศ และอายุ ตามลำดับ ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 7 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก ได้ร้อยละ 37.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชนให้เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล., พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล., ประชาชน

*วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

** สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding Email: yutthanaya@scphpl.ac.th

(Received: September 24, 2025; Revised: February 13, 2026; Accepted: July 28, 2026)

Factors Influencing 3E3R Health Behavior among People in Phitsanulok Province

Kongphob Wiangnak, B.P.H. (Community Public Health)*

Teerawee Eimkerd, B.P.H. (Community Public Health)*

Yutthana Yaebkai, Dr.P.H.* , Vichai Tienthavorn, M.D., Ph.D.** & Rassamee Suknarin Dr.P.H.*

Abstract

This predictive correlational study aimed to study the factors influencing 3E3R health behavior among people in Phitsanulok Province. The population consisted of 621,869 residents of Phitsanulok Province. The sample size was determined using the population mean estimation formula, resulting in 595 individuals selected through multistage sampling. Data were collected using questionnaires and analyzed with descriptive statistics and stepwise multiple regression analysis.

The findings revealed that health literacy regarding the 3E3R principles was at a moderate level (78.3%). Specifically, knowledge and understanding of health under the 3E3R principles were at a low level (46.1%), access to health service information was at a low level (69.6%), health communication regarding the 3E3R principles was at a low level (52.1%), self-management based on the 3E3R principles was at a low level (66.1%), media and information literacy under the 3E3R principles was at a moderate level (79.3%), decision-making regarding adherence to the 3E3R principles was at a low level (36.6%), and health behaviors following the 3E3R principles were at a moderate level (64.4%). The factors influencing 3E3R health behavior among people included health communication regarding the 3E3R principles, decision-making in adhering to the 3E3R principles, self-management under the 3E3R principles, non-smoking behavior, non-alcohol consumption, gender, and age. These seven predictive variables collectively explained 37.5% of the variance in 3E3R health behavior, with statistical significance at the 0.05 level.

Therefore, relevant agencies should promote health literacy regarding the 3E3R principles and encourage people to adopt appropriate 3E3R health behaviors.

Keywords: Health Literacy on 3E3R, Health Behaviors on 3E3R, People

* Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences

Praboromarajchanok Institute

** Praboromarajchanok Institute

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable Diseases: NCDs) เป็นกลุ่มโรคที่ไม่สามารถแพร่ติดต่อจากบุคคลหนึ่งไปสู่อีกบุคคลหนึ่งและมิได้เกิดจากการติดเชื้อเฉียบพลัน ลักษณะของโรคมักดำเนินไปอย่างช้า ๆ ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องหรือแม้กระทั่งตลอดชีวิต ความเจ็บป่วยเหล่านี้เกิดจากการผสมผสานของหลายปัจจัยทั้งพันธุกรรม ความผิดปกติทางสรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยมีปัจจัยเสี่ยงสำคัญเชื่อมโยงกับพฤติกรรมประจำวัน เช่น การบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มัน และเค็มเกินความจำเป็น การขาดการออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ในขณะเดียวกันยังมีปัจจัยทางเมตาบอลิก เช่น ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง และภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน รวมทั้งปัจจัยสิ่งแวดล้อมและสังคม ได้แก่ มลพิษทางอากาศ การขยายตัวของเมืองอย่างรวดเร็ว และการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ ปัจจัยทั้งหมดนี้ล้วนส่งผลต่อความเสื่อมถอยของร่างกายและนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง โดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) รายงานว่าในปี 2564 มีผู้เสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากกว่า 43 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 75.0 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยกว่า 18 ล้านคนเป็นการเสียชีวิตก่อนอายุ 70 ปี และกว่าร้อยละ 82.0 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเหล่านี้อยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญประกอบด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดประมาณ 19 ล้านคน โรคมะเร็ง ประมาณ 10 ล้านคน โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง ประมาณ 4 ล้านคน และโรคเบาหวาน รวมถึงโรคไตจากเบาหวานมากกว่า 2 ล้านคนต่อปี ซึ่งทั้ง 4 กลุ่มโรครวมกันคิดเป็นเกือบร้อยละ 80.0 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังทั่วโลก (World Health Organization, 2024) และยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประเทศไทยสะท้อนถึงแนวโน้มการเจ็บป่วยที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยโรคเบาหวานมีอัตราป่วย 7,685 ต่อแสนประชากร และโรคความดันโลหิตสูงมีอัตราป่วย 8,104 ต่อแสนประชากรซึ่งเป็นภาระสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพ ในขณะเดียวกัน โรคหัวใจและหลอดเลือดยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตและความพิการหลักโดยเฉพาะโรคหัวใจขาดเลือดและโรคหลอดเลือดสมอง ผลกระทบดังกล่าวไม่เพียงเกิดขึ้นต่อสุขภาพเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ การสูญเสียทางเศรษฐกิจ และสะท้อนให้เห็นว่าโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนทั้งในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม และจำเป็นต้องได้รับการจัดการอย่างจริงจังผ่านมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ (กองโรคไม่ติดต่อ, 2567)

พฤติกรรมสุขภาพของประชากรไทยยังคงสะท้อนถึงความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่าประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไปสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.4 และดื่มสุรา ร้อยละ 28.0 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) การออกกำลังกายและมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ ร้อยละ 57.5 การบริโภคอาหารที่มีน้ำตาล ไขมัน และโซเดียมสูงอยู่ในระดับสูง ภาวะอ้วนและอ้วนลงพุงเพิ่มสูงขึ้นมีภาวะน้ำหนักเกิน ร้อยละ 46.6 (กองโรคไม่ติดต่อ, 2567) ในภาคเหนือ พบว่า มีความท้าทายสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ โดยมีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 17.1 และการดื่มสุราสูงที่สุดของประเทศคือ ร้อยละ 35.4 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) เมื่อพิจารณาในส่วนของภาคเหนือพบพฤติกรรมการดื่มสุรา ร้อยละ 35.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 17.1 และมีโรคประจำตัวเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าภูมิภาคอื่น ๆ ส่วนระบบการควบคุมโรคไม่ติดต่อในระดับอำเภออยู่เพียงระดับพื้นฐานที่ต้องการการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจังหวัดพิษณุโลกถือเป็นพื้นที่ที่สะท้อนปัญหาได้อย่างชัดเจนพบการบริโภคอาหารไขมันสูงที่สุดของประเทศ ร้อยละ 38.7 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ในปี 2566-2567 สำหรับจังหวัดพิษณุโลกพบอัตราการป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มจากร้อยละ 11.7 เป็นร้อยละ 18.3 โรคเบาหวานเพิ่มจากร้อยละ 9.8 เป็น 10.8 โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มจากร้อยละ 15.1 เป็น 16.4 ส่วนโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังคงอยู่ที่ร้อยละ 0.4 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2567) นอกจากนี้ มะเร็งทุกชนิดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่งของจังหวัดพิษณุโลก โดยอัตราเสียชีวิตเพิ่มจาก 143.01 ต่อแสนประชากร ในปี 2564 เป็น 162.05 ต่อแสนประชากร ในปี 2567 รองลงมาคือ โรคหลอดเลือดสมองที่เพิ่มจาก 77.43 เป็น 96.25 ต่อแสนประชากร ในขณะที่โรคหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 3 และความดันโลหิตสูงเป็น

สาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ 4 ส่วนอุบัติเหตุทางถนนอยู่ในลำดับที่ 5 โดยเพิ่มจาก 33.62 เป็น 37.16 ต่อแสนประชากร และโรคหัวใจอื่น ๆ เพิ่มขึ้นจาก 14.09 เป็น 28.77 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2567) สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมกับภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในพื้นที่อย่างชัดเจน และยังสะท้อนให้เห็นถึงความท้าทายของระบบบริการสุขภาพของจังหวัดพิษณุโลก (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก, 2567) ซึ่งล้วนเป็นประเด็นสำคัญที่จำเป็นต้องเร่งแก้ไขเพื่อบรรเทาภาระโรคในอนาคต

จากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องข้างต้นสรุปได้ว่า สถานการณ์ด้านสุขภาพของประชาชนไทยมีแนวโน้มเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมากขึ้น ซึ่งสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร ขาดการเคลื่อนไหวหรือการออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โดยสามารถปรับเปลี่ยนการปฏิบัติพฤติกรรมหรือการกระทำที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ และการไม่ปฏิบัติหรือการไม่กระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพเป็นประจำและต่อเนื่องจนเกิดนิสัย จึงจะส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยความเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการป้องกันโรคอุบัติใหม่ (กองสุขศึกษา, 2561) อย่างไรก็ตาม ยังไม่พบการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดอ้วน ลดการสูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา) และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชนในจังหวัดพิษณุโลก โดยปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ (World Health Organization, 1998) ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 3 อ. 3 ล. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. และการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. และปัจจัยคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว รอบเอว และดัชนีมวลกาย มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน ดังนั้น จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก เพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินการปฏิบัติและจัดการตนเอง รวมถึงสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนเพื่อการสุขภาวะที่ดีได้ (กองสุขศึกษา, 2561) ตลอดจนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ตาม 3 อ. 3 ล. ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. (ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 3 อ. 3 ล. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. และการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล.) และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก

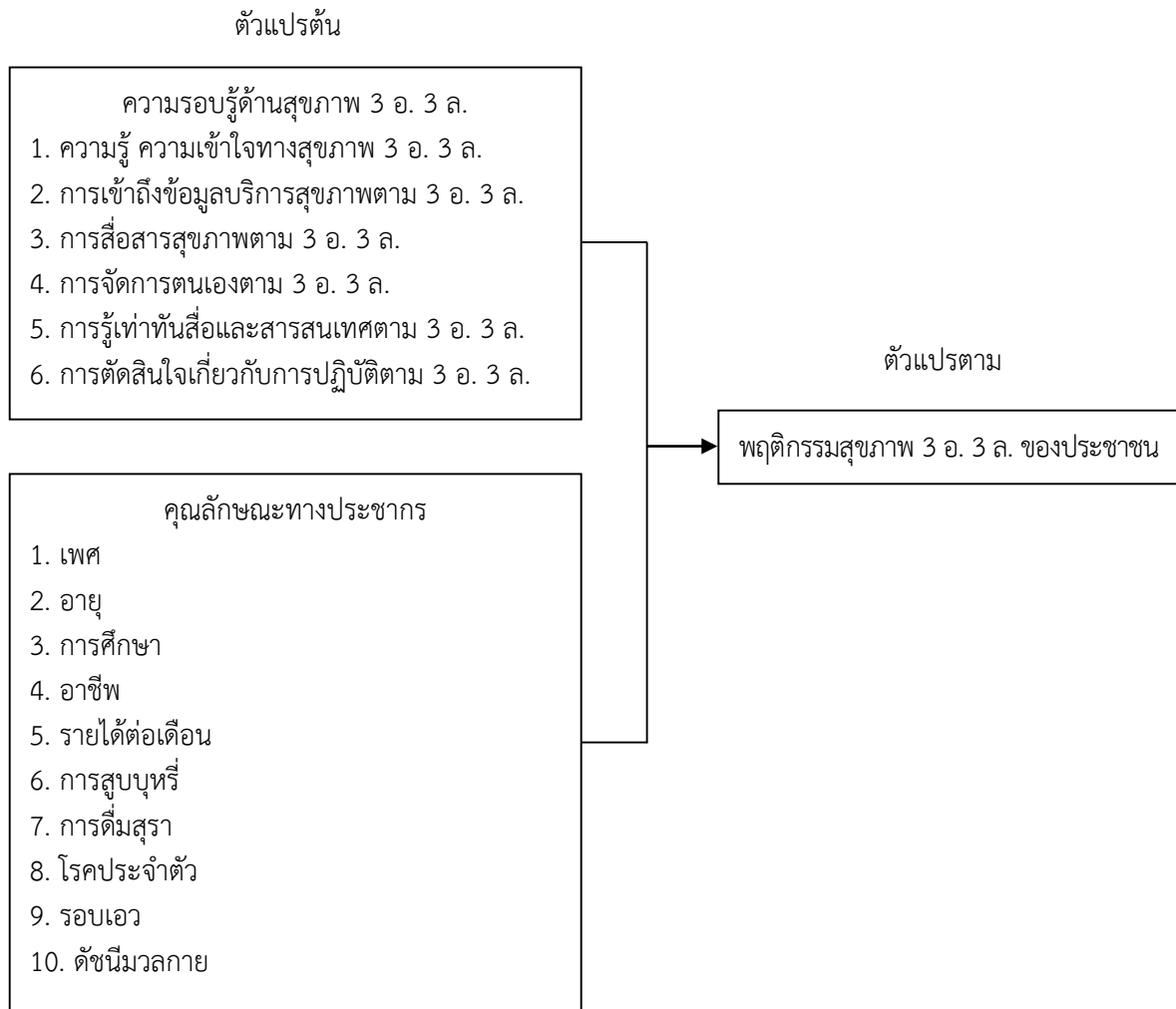
สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. (ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 3 อ. 3 ล. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. และการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล.) และคุณลักษณะทางประชากร (เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว รอบเอว และดัชนีมวลกาย) มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ ที่อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคมซึ่งกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูล เพื่อส่งเสริมและรักษาสุขภาพที่ดี (World Health Organization, 1998) และแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ที่อธิบายว่า 3 อ. 3 ล. เป็นการปฏิบัติหรือการกระทำที่เป็นผลดีต่อสุขภาพและการไม่ปฏิบัติหรือการไม่กระทำที่เป็นผลเสียต่อสุขภาพ

อย่างเป็นประจำและต่อเนื่องจนเกิดนิสัยและส่งผลดีต่อสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ เอง โดยมุ่งเน้นพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ 3 อ. 3 ล. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดอ้วน ลดการสูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา) ได้อย่างเหมาะสม (วิชัย เทียนถาวร, 2566) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว รอบเอว และดัชนีมวลกาย ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษาความสัมพันธ์เชิงทำนาย (Predictive correlational study) ครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก เอกสารรับรองเลขที่ IRRB of SCPHPL 9/2567.2.4 วันที่รับรอง 27 พฤศจิกายน 2567 การรับรองนี้มีผลถึงวันที่ 27 พฤศจิกายน 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นประชาชน จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 621,869 คน (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, 2566) ซึ่งได้จากคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณการค่าเฉลี่ยประชากร (กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา, 2558) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 535 คน เพื่อป้องกันการตอบข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์โดยการปรับขนาด

กลุ่มตัวอย่างภายใต้เงื่อนไขเฉพาะอัตราการเกิดผลลัพธ์ไม่ครบถ้วนตามความคาดหวัง ร้อยละ 10.0 (จรณ์ิต แก้วกังวาล, 2561) ได้ขนาดตัวอย่างใหม่ จำนวน 595 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน ประกอบด้วยขั้นตอนที่ 1 การสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น ขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม ขั้นตอนที่ 3 การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม และขั้นตอนที่ 4 การสุ่มอย่างง่าย โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าคือ กลุ่มตัวอย่างมีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลกในปี 2567 สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทยและอ่านออกเขียนได้ และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ สำหรับเกณฑ์การคัดออกคือ กลุ่มตัวอย่างมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงกะทันหันไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว รอบเอว และดัชนีมวลกาย จำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามเป็นเลือกตอบและเติมคำลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. จำนวน 6 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 3 อ. 3 ล. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. และการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. เป็นแบบทดสอบปลายปิดแต่ละข้อมีคำตอบให้เลือกตอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 12 คะแนน การแปลความหมายคะแนนความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko & Brookhart (2014) คือ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 7 คะแนน) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60 - 79 (8 - 9 คะแนน) หมายถึง ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง และคะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (10 - 12 คะแนน) หมายถึง ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับสูง

2. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลความหมายคะแนนการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko & Brookhart (2014) คือ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 (6-17 คะแนน) หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60.0 - 79.0 (18 - 23 คะแนน) หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (24 - 30 คะแนน) หมายถึง การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับสูง

3. การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลความหมายคะแนนการสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko & Brookhart (2014) คือ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 (6 - 17 คะแนน) หมายถึง การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60.0 - 79.0 (18 - 23 คะแนน) หมายถึง การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (24 - 30 คะแนน) หมายถึง การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับสูง

4. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลความหมายคะแนนการจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko & Brookhart (2014) คือ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 (6 - 17 คะแนน) หมายถึง การจัดการ

ตนเองตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60.0 - 79.0 (18 - 23 คะแนน) หมายถึง การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (24 - 30 คะแนน) หมายถึง การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับสูง

5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลความหมายคะแนนการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko & Brookhart (2014) คือ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 (6 - 17 คะแนน) หมายถึง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60.0 - 79.0 (18-23 คะแนน) หมายถึง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (24 - 30 คะแนน) หมายถึง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับสูง

6. การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทุกครั้ง บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่ได้ปฏิบัติ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 6 ข้อ คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลความหมายคะแนนการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko & Brookhart (2014) คือ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 (6 - 17 คะแนน) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60.0 - 79.0 (18 - 23 คะแนน) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (24 - 30 คะแนน) หมายถึง การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ประกอบด้วยอาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ลดอ้วน ลดการสูบบุหรี่ และลดการดื่มสุรา เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง และไม่เคย โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนข้อคำถามเชิงบวกให้คะแนน 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ ส่วนข้อคำถามเชิงลบให้คะแนน 1, 2, 3, 4 และ 5 คะแนน ตามลำดับจำนวน 12 ข้อ คะแนนเต็ม 60 คะแนน การแปลความหมายคะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Nitko & Brookhart (2014) คือ 1) คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60.0 (12 - 35 คะแนน) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ 2) คะแนนร้อยละ 60.0 - 79.0 (36 - 47 คะแนน) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง และ 3) คะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป (48 - 60 คะแนน) หมายถึง พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้ออยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.85

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย จำนวน 1 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมศาสตร์ จำนวน 1 คน และผู้เชี่ยวชาญด้าน สบช. โมเดล จำนวน 1 คน โดยมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยรายข้อ (Index of item-objective congruence: IOC) อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับประชาชน จังหวัดสุโขทัย จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อถือได้ของแบบสอบถาม ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพ 3 อ. 3 ล. โดยใช้สูตร KR-21 ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.70 และแบบสอบถามการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ตาม 3 อ. 3 ล. การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.84, 0.85, 0.80, 0.79, 0.85 และ 0.85 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ผู้วิจัยส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก ถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย ในเดือนธันวาคม 2567 ถึงมกราคม 2568 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการวิจัย สิทธิของประชาชนในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัย การวิจัยครั้งนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อประชาชน พร้อมทั้งปกปิดรายชื่อและข้อมูลที่ได้จากประชาชนเก็บเป็นความลับและไม่นำมาเปิดเผย เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามจำนวนที่กำหนดไว้ ผู้วิจัยนำแบบสอบถามมาตรวจสอบความถูกต้องและสมบูรณ์ของข้อมูลก่อนการวิเคราะห์ตามวิธีการทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด
2. การวิเคราะห์ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน และร้อยละ
3. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression analysis) ซึ่งกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เป็นเกณฑ์ในการยอมรับสมมติฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากรของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.2 มีอายุเฉลี่ย 45.21 ± 14.30 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 75 ปี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ร้อยละ 24.7 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 46.7 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย $9,853.81 \pm 11,947.82$ บาท รายได้ต่อเดือนต่ำสุด 1,000 บาท และรายได้ต่อเดือนสูงสุด 100,000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.7 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 49.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 60.5 ผู้ชายมีรอบเอวเฉลี่ย 87.52 ± 9.76 เซนติเมตร รอบเอวต่ำสุด 56 เซนติเมตร รอบเอวสูงสุด 105 เซนติเมตร ส่วนผู้หญิงมีรอบเอวเฉลี่ย 85.09 ± 13.05 เซนติเมตร รอบเอวต่ำสุด 54 เซนติเมตร รอบเอวสูงสุด 150 เซนติเมตร และมีดัชนีมวลกายเป็นโรคอ้วน ($<25.0 - 29.9 \text{ kg/m}^2$) ร้อยละ 35.5 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามคุณลักษณะทางประชากร (n = 595)

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	100	16.8
หญิง	495	83.2
อายุ (ปี)		
กลุ่มวัยรุ่น (18 - 21 ปี)	68	11.4
กลุ่มวัยทำงาน (22 - 59 ปี)	422	70.9
กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป)	105	17.6
(Minimum = 18, Maximum = 75, M = 45.21, SD = 14.30)		
การศึกษา		
ไม่ได้เรียน	2	0.3
ประถมศึกษา	142	23.9
มัธยมศึกษาตอนต้น	112	18.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	147	24.7

คุณลักษณะทางประชากร	จำนวน	ร้อยละ
อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.)	52	8.7
ปริญญาตรี	132	22.2
สูงกว่าปริญญาตรี	8	1.3
อาชีพ		
เกษตรกร	278	46.7
รับจ้าง/พนักงานของเอกชน	95	16.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	44	7.4
ข้าราชการ	34	5.7
พนักงานของรัฐ/รัฐวิสาหกิจ/นักการเมืองท้องถิ่น/นักการเมืองท้องถิ่น	36	6.1
ว่างงาน/งานบ้าน/นักเรียน/นักศึกษา	108	18.2
รายได้ต่อเดือน (บาท)		
≤5,000 บาท	274	46.1
5,001 - 15,000 บาท	252	42.4
15,001 - 50,000 บาท	58	9.7
>50,000 บาท	11	1.8
(Minimum = 1000, Maximum = 100000, M = 9853.81, SD = 11947.82)		
การสูบบุหรี่		
ไม่สูบบุหรี่	516	86.7
สูบบุหรี่	79	13.3
การดื่มสุรา		
ไม่ดื่มสุรา	294	49.4
ดื่มสุรา	301	50.6
โรคประจำตัว		
ไม่มีโรคประจำตัว	360	60.5
มีโรคประจำตัว	235	39.5
รอบเอว		
ชาย (n = 100)		
<90 เซนติเมตร	55	55.0
≥90 เซนติเมตร	45	45.0
(Minimum = 56, Maximum = 105, M = 87.52, SD = 9.76)		
หญิง (n = 495)		
<80 เซนติเมตร	169	34.1
≥80 เซนติเมตร	326	65.9
(Minimum = 54, Maximum = 150, M = 85.09, SD = 13.05)		
ดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI)		
ต่ำกว่าเกณฑ์ (<18.5 kg/m ²)	22	3.7
สมส่วน (18.5 - 22.9 kg/m ²)	152	25.5
น้ำหนักเกิน (23.0 - 24.9 kg/m ²)	110	18.5
โรคอ้วน (<25.0 - 29.9 kg/m ²)	211	35.5
โรคอ้วนอันตราย (>30.0 kg/m ²)	100	16.8

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก

กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 78.3 ประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 46.1 การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.6 การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.1 การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.1 การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.3 และการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.6 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.4 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก (n = 595)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		
	ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป)	ระดับปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79)	ระดับต่ำ (น้อยกว่าร้อยละ 60)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล.	45(7.6)	466(78.3)	84(14.1)
1. ความรู้ ความเข้าใจทางสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล.	55(9.2)	266(44.7)	274(46.1)
2. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล.	19(3.2)	162(27.2)	414(69.6)
3. การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล.	39(6.6)	246(41.3)	310(52.1)
4. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล.	15(2.5)	187(31.4)	393(66.1)
5. การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล.	50(8.4)	472(79.3)	73(12.3)
6. การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล.	211(35.5)	166(27.9)	218(36.6)
พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล.	106(17.8)	383(64.4)	106(17.8)

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก เรียงลำดับตามความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. พบว่า ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 1 คือ การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ ร้อยละ 21.9 ($R^2 \text{ Change} = 0.128$, $R^2 = 0.219$) โดยเมื่อคะแนนการสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. จะเพิ่มขึ้น 0.231 คะแนน ($b = 0.231$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 2 คือ การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 5.8 เป็นร้อยละ 27.7 ($R^2 \text{ Change} = 0.058$, $R^2 = 0.277$) โดยเมื่อคะแนนการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. จะเพิ่มขึ้น 0.444 คะแนน ($b = 0.444$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 3 คือ การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรม 3 อ. 3 ล. ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 4.8 เป็นร้อยละ 32.4 ($R^2 \text{ Change} = 0.048$, $R^2 = 0.324$) โดยเมื่อคะแนนการจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. เพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรม 3 อ. 3 ล. จะเพิ่มขึ้น 0.552 คะแนน ($b = 0.552$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 4 คือ การไม่สูบบุหรี่ โดยประชาชนที่ไม่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. มากกว่าประชาชนที่สูบบุหรี่ (กลุ่มอ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 35.3 ($R^2 \text{ Change} = 0.029$, $R^2 = 0.353$) เมื่อประชาชนที่ไม่สูบบุหรี่ คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. จะเพิ่มขึ้น 3.727 คะแนน ($b = 3.727$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 5 คือ การไม่ดื่มสุรา โดยประชาชนที่ไม่ดื่มสุรามีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. มากกว่า

ประชาชนที่ดื่มสุรา (กลุ่มอ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.8 เป็นร้อยละ 36.1 (R^2 Change = 0.008, $R^2 = 0.361$) เมื่อประชาชนที่ไม่ดื่มสุรา คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. จะเพิ่มขึ้น 1.365 คะแนน ($b = 1.365$) ตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 6 คือ เพศ โดยประชาชนที่เป็นเพศชายมีพฤติกรรม 3 อ. 3 ล. มากกว่าประชาชนที่เป็นเพศหญิง (กลุ่มอ้างอิง) ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.9 เป็นร้อยละ 37.0 (R^2 Change = 0.009, $R^2 = 0.370$) เมื่อประชาชนที่เป็นเพศชาย คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. จะเพิ่มขึ้น 1.657 คะแนน ($b = 1.657$) และตัวแปรที่ถูกคัดเลือกเข้าไปในการวิเคราะห์ขั้นตอนที่ 7 คือ อายุ โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรม 3 อ. 3 ล. ซึ่งสามารถอธิบายความแปรปรวนได้เพิ่มขึ้น ร้อยละ 0.4 เป็นร้อยละ 37.5 (R^2 Change = 0.004, $R^2 = 0.375$) โดยเมื่ออายุเพิ่มขึ้น 1 คะแนน คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. จะเพิ่มขึ้น 0.031 คะแนน ($b = 0.031$) ซึ่งตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 7 ตัวแปรสามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชนได้ ร้อยละ 37.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนตัวแปรอื่น ๆ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน โรคประจำตัว รอบเวลาดังนี้มวลกาย ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ 3 อ. 3 ล. การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. และการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศตาม 3 อ. 3 ล. ไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนระหว่างตัวแปรพยากรณ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก ($n = 595$)

ตัวแปรพยากรณ์	R^2	R^2 Change	b	s.e. of b	β	t	p-value
การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล.	0.219	0.218	0.231	0.083	0.130	2.790	0.005
การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล.	0.277	0.274	0.444	0.056	0.315	7.920	<0.001
การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล.	0.324	0.321	0.552	0.081	0.284	6.812	<0.001
การไม่สูบบุหรี่ (สูบบุหรี่ = กลุ่มอ้างอิง)	0.353	0.349	3.727	0.679	0.191	5.488	<0.001
การไม่ดื่มสุรา (ดื่มสุรา = กลุ่มอ้างอิง)	0.361	0.356	1.365	0.474	0.103	2.882	0.004
เพศชาย (เพศหญิง = กลุ่มอ้างอิง)	0.370	0.364	1.657	0.596	0.094	2.781	0.006
อายุ	0.375	0.367	0.031	0.016	0.067	2.001	0.046

Constant (a) = 8.962, $R = 0.612$, $R^2 = 0.375$, Adjusted $R^2 = 0.367$, $MSE = 27.783$, $F = 50.231$, $p < 0.05$

จากผลการวิเคราะห์สามารถเขียนสมการในการพยากรณ์พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน ในรูปคะแนนดิบได้ ดังนี้

พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน = $8.962 + 0.231$ (การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล.) + 0.444 (การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล.) + 0.552 (การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล.) + 3.727 (การไม่สูบบุหรี่) + 1.365 (การไม่ดื่มสุรา) + 1.657 (เพศชาย) + 0.031 (อายุ)

อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม 3 อ. 3 ล. ของประชาชน จังหวัดพิษณุโลก พบว่า ตัวแปรการสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. การไม่สูบบุหรี่ การไม่ดื่มสุรา เพศ และอายุ สามารถร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรม 3 อ. 3 ล. ของประชาชน ร้อยละ 37.5 โดยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้

1. การสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน อธิบายได้ว่าประชาชนมีการสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.1 ซึ่งประชาชนมีความสามารถสื่อสารข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล. ด้วยวิธีการพูด อ่าน เขียนรวมทั้งสามารถสื่อสารและโน้มน้าวให้บุคคลอื่นเข้าใจ และยอมรับข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 3 ล. ได้ (กองสุศึกษา, 2561) เมื่อการสื่อสารสุขภาพตาม 3 อ. 3 ล.

เพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 3 ล. เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของภมร ดรณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ที่พบว่า การสื่อสารสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของประชาชน และทักษะการสื่อสารมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของประชาชน (ทรรศนีย์ บุญมั่น, 2566) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมณีนรัตน์ เทียมหมอก และพิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา (2567) ที่พบว่า ทักษะการสื่อสารสุขภาพไม่สามารถทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

2. การตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน อธิบายได้ว่า ประชาชนมีการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 36.6 ซึ่งประชาชนมีความสามารถในการกำหนดทางเลือกและปฏิเสธ/หลีกเลี่ยงหรือเลือกวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. เพื่อให้มีสุขภาพดี ใช้เหตุผลหรือวิเคราะห์ผลดี-ผลเสียเพื่อการปฏิเสธ/หลีกเลี่ยง/เลือกวิธีการปฏิบัติสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และแสดงทางเลือกที่เกิดผลกระทบน้อยต่อตนเองและผู้อื่นได้ (กองสุศึกษา, 2561) เมื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตาม 3 อ. 3 ล. เพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติพฤติกรรม 3 อ. 3 ล. เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของภมร ดรณ และประกันชัย ไกรรัตน์ (2562) ที่พบว่า การตัดสินใจและเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของประชาชน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมั่น (2566) ที่พบว่า ทักษะการตัดสินใจไม่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของประชาชน และทักษะการตัดสินใจไม่สามารถทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น (มณีนรัตน์ เทียมหมอก และพิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, 2567)

3. การจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน อธิบายได้ว่า ประชาชนมีการจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 66.1 ซึ่งประชาชนมีความสามารถในการกำหนดเป้าหมาย วางแผน และปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. พร้อมทั้งมีการทบทวนวิธีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ตามเป้าหมายเพื่อนำมาปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้ถูกต้อง (กองสุศึกษา, 2561) เมื่อการจัดการตนเองตาม 3 อ. 3 ล. เพิ่มขึ้นจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมตาม 3 อ. 3 ล. เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน สอดคล้องกับการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมั่น (2566) ที่พบว่า ทักษะการจัดการตนเองมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของประชาชน และการจัดการตนเองมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพตาม 3 อ. 2 ส. ของประชาชน (ภมร ดรณ และประกันชัย ไกรรัตน์, 2562) แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของมณีนรัตน์ เทียมหมอก และพิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา (2567) ที่พบว่า ทักษะการจัดการตนเองไม่สามารถทำนายการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

4. การสูบบุหรี่ โดยประชาชนที่ไม่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. มากกว่าประชาชนที่สูบบุหรี่ อธิบายได้ว่า ประชาชนไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 86.7 ซึ่งประชาชนสามารถลด ละ เลิกการสูบบุหรี่ หลีกเลี่ยงการสูดควันบุหรี่ ลดการสัมผัสสารเคมีพิษจากบุหรี่ที่ตกค้างอยู่บนพื้นผิวต่าง ๆ ได้ แสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 3 ล. ที่สามารถควบคุมพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพได้ รับรู้รสชาติและกลิ่นดีขึ้น ฟันฟูสมรรถภาพอดและระบบไหลเวียนโลหิต ลดความเครียดและความวิตกกังวลนำไปสู่การมีสุขภาพจิตที่ดีและสามารถควบคุมอารมณ์ได้ดียิ่งขึ้น ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอย่างชัดเจนทั้งต่อตนเองและคนรอบข้าง สอดคล้องกับการศึกษาของนิสิต ยัมมรินทร์ (2565) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่สูบบุหรี่มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่สูบบุหรี่ แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวิทมา ธรรมเจริญ และนิทัศน์ เจริญงาม (2564) พบว่า การสูบบุหรี่ไม่มีต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลาย

5. การดื่มสุรา โดยประชาชนที่ไม่ดื่มสุรามีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. มากกว่าประชาชนที่ดื่มสุรา อธิบายได้ว่า ประชาชนที่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 49.4 ซึ่งประชาชนสามารถลด ละ เลิกการดื่มสุรา หรือควบคุมปริมาณการดื่มสุรา แสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 3 ล. ทำให้บุคคลสามารถควบคุมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมของตนเอง และลดผลกระทบต่อคนรอบข้าง สอดคล้องกับการศึกษาของนิสิต ยัมมรินทร์ (2565) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมากกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดื่มแอลกอฮอล์ และ

การดื่มสุรามีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้น แต่การดื่มสุราไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนปลาย (วิหมา ธรรมเจริญ และนิทัศน์ เจริญงาม, 2564)

6. เพศ โดยประชาชนเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. มากกว่าประชาชนเพศหญิง อธิบายได้ว่า ประชาชนเพศชาย ร้อยละ 16.8 มีความแตกต่างทางสรีรวิทยา สิ่งแวดล้อม และบทบาททางสังคมกับเพศหญิงจึงมีแนวโน้มมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. มากกว่าเพศหญิง เช่น การควบคุมรสอาหารไม่ให้หวาน มัน และเค็มทุกมื้อ ควบคุมปริมาณอาหารทุกมื้อ รับประทานผักและผลไม้สดสะอาดอย่างสม่ำเสมอวันละอย่างน้อยครึ่งกิโลกรัม การจัดการความเครียดของตนเองด้วยทำงานอดิเรกหรือมองโลกในแง่ดีเสมอ ทำสมาธิให้จิตใจสงบ วางแผนการออกกำลังกายและปฏิบัติตามกำหนดการที่ตั้งไว้ได้ เคลื่อนไหวออกแรงต่อเนื่องจนรู้สึกเหนื่อยมีเหงื่อออก และออกกำลังกายระดับเบาถึงปานกลางอย่างน้อย 30 นาที ในทางตรงกันข้าม พฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. เช่น ลดสูดควันบุหรี่หรือสูบบุหรี่ และลด ละ เลิกการดื่มสุรา ซึ่งอาจจะมีการปฏิบัติพฤติกรรมได้น้อยกว่าเพศหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของจงรัก เฟิงชัย และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2568) ที่พบว่า เพศมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจุฑาภรณ์ สว่างเมฆ (2564) ที่พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศชายมีพฤติกรรมสุขภาพน้อยกว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพศหญิง แต่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าเพศหญิง

7. อายุ โดยมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน อธิบายได้ว่า ประชาชนในแต่ละช่วงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ที่ไม่เหมือนกัน เนื่องจากการประกอบอาชีพ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย และสภาพจิตที่เกิดขึ้นตามวัยทำให้มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ที่แตกต่างกัน ซึ่งจะได้จากผลการวิจัยที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากมีอายุอยู่ในช่วงกลุ่มวัยทำงาน (22 - 59 ปี) มากที่สุด ร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 17.7 และน้อยที่สุดคือ กลุ่มวัยรุ่น (18 - 21 ปี) ร้อยละ 11.4 อายุเฉลี่ย 45.21 ± 14.30 ปี อายุต่ำสุด 18 ปี และอายุสูงสุด 75 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของปริญทร์ ศรีศัลลักษณ์ และคณะ (2567) พบว่า อายุสามารถทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มที่ควรระวังและกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง และจงรัก เฟิงชัย และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์ (2568) ที่พบว่า อายุมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของนิสิต ยัมรินทร์ (2566) ที่พบว่า อายุไม่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาล (รพ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ให้แก่ประชาชน

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาล (รพ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานและเป็นแนวทางในการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ที่เหมาะสมต่อไป

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาล (รพ.) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี (สอน.) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ควรนำผลการวิจัยไปใช้จัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ที่อาจจะเกิดขึ้นให้แก่ประชาชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และพฤติกรรม 3 อ. 3 ล. ของประชาชน โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อมุ่งประเด็นหาข้อมูลเชิงลึก ครอบคลุมความหลากหลายมากที่สุด และทำความเข้าใจปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่แตกต่างกันในพื้นที่ที่ต่างกันและในระยะเวลาที่ต่างกัน
2. ควรศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพหรือการวิจัยเชิงผสมผสานเพิ่มเติม เพื่อให้ได้ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชนที่อาจนอกเหนือจากการวิจัยในครั้งนี้ และอาจจะได้ข้อค้นพบใหม่ด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน
3. ควรพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. โดยใช้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบเพื่อใช้เป็นแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน ให้มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่มากยิ่งขึ้น
4. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. หรือโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ของประชาชน เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3 อ. 3 ล. และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 3 ล. ที่พึงประสงค์ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- กองสุศึกษา. (2561). *กลยุทธ์การสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์.
- กองโรคไม่ติดต่อ. (2567). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 กองโรคไม่ติดต่อ*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุศึกษา. (2567). *แนวทางการประเมินพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนตามหลัก 3อ. 2ส. และป้องกันโรคอุบัติใหม่*. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กัลยา วานิชย์บัญชา และฐิตา วานิชย์บัญชา. (2558). *การใช้ SPSS for Windows ในการวิเคราะห์ข้อมูล* (พิมพ์ครั้งที่ 27). กรุงเทพมหานคร: สามลดา.
- จณิต แก้วก้างวาล. (2561). ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคลินิก. ใน พรณี ปิติสุทธิธรรม และชยันต์ พิเชียรสุนทร (บ.ก.), *ตำราการวิจัยทางคลินิก ฉบับปรับปรุงใหม่* (พิมพ์ครั้งที่ 4, หน้า 185–227). กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.
- จรงค์ เพ็งชัย และคันสนีย์ เมฆรุ่งเรืองวงศ์. (2568). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ 2 ส 1 ย ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอขามเฒ่าลักษ์บุรี จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี*, 36(1), 1–15.
- จุฑาภรณ์ สว่างเมฆ. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้นแบบ จังหวัดกระบี่. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 6(3), 121–130.
- ทรรศนีย์ บุญมัน. (2566). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของประชาชน อำเภอเมืองสุโขทัย จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีอินทร์*, 4(1), 137–152.
- นิสิต ยิ้มรินทร์. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. *วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ*, 32(3), 9–23.

- ปริญทร์ ศรีศศลักษณ์, สุภาวดี นพจุจินดา, ประทีป หมีทอง และสุนิสา จันทร์แสง. (2567). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. *วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต*, 4(2), 25–36.
- ภมร ดรุธ และประกันชัย ไกรรัตน์. (2562). ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารวิชาการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(3), 71–82.
- มณีรัตน์ เทียมหมอก และพิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา. (2567). ปัจจัยทำนายความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 40(1), 61–72.
- วิชัย เทียนถาวร. (2566). *แนวคิด สบช.โมเดล*. นนทบุรี: สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข.
- วิหมา ธรรมเจริญ และนิทัศน์ย์ เจริญงาม. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุตอนต้นและตอนปลายในตำบลสองพี่น้อง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. *วารสารวิจัยร่วมไพพรรณี*, 15(1), 137–150.
- ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. (2566). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก เขตสุขภาพที่ 2*. เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2567, จาก <https://hdc.moph.go.th/plk/public/standard-subcatalog/ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0>
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2564). *การสำรวจด้านพฤติกรรมสุขภาพของประชากร พ.ศ. 2564*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก. (2567). *รายงานประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก*. พิษณุโลก: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก.
- Nitko, A. J., & Brookhart, S. M. (2014). *Educational assessment of students* (7th ed.). Boston, MA: Pearson.
- World Health Organization. Division of Health Promotion, Education, and Communication. (1998). *Health promotion glossary*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2024, 23 December). *Noncommunicable diseases*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>