



2026

ปีที่ 9 ฉบับที่ 1 มกราคม-เมษายน 2569

VOL.9 NO.1 JANUARY-APRIL 2026

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

THAI JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND HEALTH SCIENCES

(PRINT)

issn 2672-9148

(ONLINE)

issn 2651-1711





วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences)
ผ่านการรับรองคุณภาพของ Thai Citation Index (TCI) ถึง – 31 ธันวาคม 2572

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
(เจ้าของลิขสิทธิ์)

ขอบเขตและรายละเอียดเบื้องต้นของวารสาร

วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) มีวัตถุประสงค์เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางวิชาการและผลงานวิจัยทางด้านสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ ขอบเขตของวารสารครอบคลุมในสาขาต่าง ๆ ได้แก่ นโยบายสุขภาพและการจัดการการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ สุขศึกษา พฤติกรรมสุขภาพ อาชีวอนามัย อนามัยสิ่งแวดล้อม พืชวิทยา สาธารณสุขชุมชน ทันตสาธารณสุข เภสัชสาธารณสุข การพยาบาล และสาขาสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์การแพทย์ สนับสนุนโดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Thai Journal of Public Health and Health Sciences (TJPHS) aims to publish original articles and contributions relevant to public health and medical sciences. The scope of the journal is broad, covering health policy and management, health care and services, health promotion, health education, behavioral health, occupational health, environmental health, toxicology, community public health, dental public health, public health pharmacy, nursing and related, and other relevant health issues of public health and medical sciences. The journal is supported by Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health, Thailand.

สนับสนุนการจัดพิมพ์โดย คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข (เจ้าของลิขสิทธิ์)

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

กรรมการที่ปรึกษา

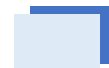
ศ. (พิเศษ) ดร.นพ.วิชัย เทียนถาวร	อธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
ศ.ร.อ.พญ.วนิดา ชื่นกองแก้ว	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.อรัญญา เชาวลิตร	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
นพ. รามิน อโรรา	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.ศุภกิจ เจริญสุข	รองอธิการบดีสถาบันพระบรมราชชนก
รศ.ดร.วิทยา อยู่สุข	คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
รศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.อาภาพร กฤษณพันธ์	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.นพมาศ เครือสุวรรณ	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
ดร.กীরติ พลเพชร	รองคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์
สุนทร ปรามเขต	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง
ทพ. ภาสกร ศรีไทย	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดสุพรรณบุรี
ผศ.ดร.ปริญญา จิตอร่าม	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก
ทพญ.ฉติมา เดียววัฒนวิวัฒน์	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี
ดร.วิชาญ ภีบาล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา
ดร. นิธิศ ธาณี	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี
ผศ.ดร.วรางคณา ชมภูพาน	รักษาการผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ผศ.ดร.เบญจวรรณ พุณณานิวัฒน์กุล	ผู้อำนวยการวิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และ สาธารณสุขกาญจนาภิเษก
ดร.ภก.บุญมี โพธิ์คำ	ผู้อำนวยการวิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี

บรรณาธิการที่ปรึกษา

ศ.ดร.สธิกร พงศ์พานิช	จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ศ.ดร.ดำรงศักดิ์ ฟ้างูสง	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
ศ.ดร.พญ.เนสินี ไชยเอีย	มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.ดร.สุคนธา คงศีล	มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร. ยุติ รอดจากภัย	มหาวิทยาลัยบูรพา

บรรณาธิการที่ปรึกษานานาชาติ

Prof.Dr. Michael A. Yost	University of Washington, USA
Prof.Dr. Mark G. Robson	Rutgers, The State University of New Jersey, USA



บรรณาธิการที่ศึกษานานาชาติด้าน linguistics

Dr. Elizabeth K.H. Thepaksorn

Sirindhorn College of Public Health, Trang

บรรณาธิการ

บรรณาธิการ

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

รองบรรณาธิการ

ผศ.ดร.สุทัศน์ เสียมไหม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ผศ.ดร.ธวัชชัย สุนทรนนท์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.บุบผา รักษานาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ดร.ประวิช ขุนนิคม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

กองบรรณาธิการ

ศ.ดร.นพ.พงษ์เทพ วิวรรณเดชะ

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ศ.ดร.วงศา เล่าหศิริวงศ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ศ.ดร.นพ.วิฑูรย์ โลหะสุนทร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ศ.ดร.อนามัย เกศกะทีก

มหาวิทยาลัยบูรพา

รศ.ดร. วาริท เจาะจิตต์

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร.วัฒน์สิทธิ์ ศิริวงศ์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รศ.ดร.โยธิน แสงวงศ์

มหาวิทยาลัยมหิดล

รศ.ดร.สงวน ลือเกียรติบัณฑิต

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รศ.ดร.บุญญพัฒน์ ไชยเมส

มหาวิทยาลัยทักษิณ

รศ.ดร. จรรยา สุวรรณบำรุง

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

รศ.ดร. จำนงค์ ธนะภพ

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ผศ.ดร.นพ.ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร พงศ์เทพ สุธีรัฐ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ดร.ชาคริตา พรหมสุบรรณ

มหาวิทยาลัยนเรศวร

ดร.พิมาน อีระรัตนสุนทร

มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์

ดร.ธงชัย อามาตย์บัณฑิต

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

ดร.เกศรา แสนศิริทวีสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ระบาดวิทยา

ผศ.(พิเศษ) ดร.สมตระกูล ราศิริ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

ดร.สุพัฒน์ อาสนะ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ดร.กมลนันทน์ ม่วงยิ้ม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี

ดร.อุไรวรรณ ศิริธรรม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดยะลา

ดร.ภคิน ไชยช่วย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี

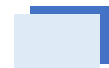
ดร.วรัญญา อรุณยานันท์

วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข

กาญจนาภิเษก

สุจิตา โอภาณี

วิทยาลัยการแพทย์แผนไทยอภัยภูเบศร



กองบรรณาธิการนานาชาติ

Prof.Dr.Richard N.Neitzel

University of Michigan, USA

Assoc.Prof.Tri Dung Phung

University of Queensland, Australia

ฝ่ายจัดการ

วิภาวรรณ แก้วลาย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ณวัฒน์ กิตติภัทรไพบูลย์

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

บรรณาธิการแถลง

ปาฐกถาพิเศษของนายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในการประชุมโครงการบริหารจัดการการรับและเตรียมความพร้อมแพทย์เพิ่มพูนทักษะกองสนับสนุนระบบเพื่อปฏิบัติงานสถานอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี ระหว่างวันที่ 27-29 เมษายน 2569 ณ โรงแรมเซ็นทารา ไลฟ์ ศูนย์ราชการและคอนเวนชันเซ็นเตอร์ แจ้งวัฒนะ เขตหลักสี่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ได้นำเสนอทิศทางสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทย โดยมียกระดับสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯ ให้เป็นกลไกหลักในการดูแลสุขภาพประชาชนอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และใกล้บ้าน ภายใต้นโยบาย “ประชาชนทุกคนมีหมอประจำตัว” แนวทางดังกล่าวเน้นการเสริมสร้างบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ การพัฒนาเครือข่ายหน่วยบริการทั้งภาครัฐและเอกชน และการบริหารทรัพยากรร่วมกัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อน และยกระดับคุณภาพบริการในระดับปฐมภูมิ

ทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยสู่อนาคตที่ยึดประชาชนเป็นศูนย์กลาง ภายใต้กรอบกฎหมายและนโยบายที่มุ่งให้ทุกคนเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง โดยเน้นบทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวและทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลแบบองค์รวม ต่อเนื่อง และเชื่อมโยงครอบครัว ชุมชน และระบบบริการทุกระดับ พร้อมรับมือกับความท้าทายสำคัญ ได้แก่ สังคมผู้สูงอายุ โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ความเหลื่อมล้ำ และข้อจำกัดของระบบบริการเดิม

สาระสำคัญชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการปรับระบบบริการสู่รูปแบบใหม่ที่ผสานนวัตกรรมเทคโนโลยีดิจิทัล และความเอื้ออาทร (compassionate care) เช่น telemedicine ระบบข้อมูลสุขภาพ และการดูแลถึงบ้าน ควบคู่กับการเสริมพลังประชาชนให้มีความรอบรู้และมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพ ครอบคลุม ยั่งยืน และตอบสนองต่อบริบทสังคมไทยได้อย่างแท้จริงในระยะยาว

ในฉบับที่ 1 (เดือนมกราคม – เมษายน) ประจำปี 2569 มีบทความวิจัยและวิชาการ ที่ได้รับการตีพิมพ์ ประกอบด้วย ผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ครอบคลุมในด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสาธารณสุขกองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านสมาชิก คณาจารย์ นักวิจัย นักศึกษา บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนศิษย์เก่า และบุคคลทั่วไปที่สนใจได้รับความรู้และนำความรู้ที่ได้จากบทความดังกล่าวไปใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติงาน การเรียนการสอน และทำวิจัย ตลอดจนเป็นข้อมูลอ้างอิงในเชิงวิชาการต่อไปซึ่งท่านสามารถสืบค้นและดาวน์โหลดบทความในวารสารได้ที่เว็บไซต์

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

บรรณาธิการ

กองบรรณาธิการ

บรรณาธิการแถลง

บทความวิจัย (Original Article)

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 1

สมุทราการ

Factors Affecting the Happiness of Older Adults in Elderly Clubs, Bang Pla Subdistrict, Bang Phli District, Samut Prakan Province, Thailand

ดร.นพวรรณ สมใจ, ดวงหทัย แสงสว่าง, วิภาวรรณ เฟื่องพานิช, ภาสกรณ กุลันขวัญ, ภัทรวดี หอมสมบัติ, จิตินันท์ จอระกา, สุนันทา หงษ์โต, อินทิรา เห่งขุนทด, วิมลรัตน์ กุณะคำ

ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียน มัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดชลบุรี 15

Effects of Weight Control Program with Line Application on Food Consumption Behavior and Physical Activity Behavior among Overweight Secondary School Students, Chonburi Province
ธนากรณ ศรีเรือง, นริสสราร รางแดง, ณัฐญา พรหมศรี, ศศิธร ตันติเอกรัตน์

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านความรู้เกี่ยวกับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตำบลดอนทราย อำเภopakทอ จังหวัดราชบุรี 31

Results of the village health volunteer capacity development program on knowledge of NCDs health care behavior with lifestyle medicine through participatory learning program, Don Sai Subdistrict, Pak Tho District, Ratchaburi Province

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย, จตุรงค์ เดชารุ่งโรจน์, พิรุฬ ศรีทองคำ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารกิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย 45

Relationships between Health Literacy, Dietary Behaviors, Physical Activity, and Quality of Life among Thai Elderly

มนทล หวานวาจา, ประวีณนุช กาญจนขจรศักดิ์, กมลวรรณ สุขประเสริฐ

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา 62

Factors Related to the Participation of Network Partners in the Prevention and Control of Dengue Fever in the Responsibility area of Mueang Songkhla District Public Health Office, Songkhla Province

จำลอง แก้วพิทยานนท์

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด : การศึกษาย้อนหลังในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี 74

Predictors of High Risk to Violence (SMI-V) among Substance Use Patients : A Retrospective Study in Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

สิริยาภรณ์ บรรณสิทธิ์, รวินันท์ โสมมา

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและสถานะการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่มีหรือเคยมีประวัติติดยาในกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า 86

Association Between Family Functioning and Smoking Cessation Status among Smokers in Outpatient Department, Phramongkutklao Hospital

ธนาตุล ปุณยลิขิต, สุภัชฌา เก่งพานิช, กุลเชษฐา เกษะโกมล, กษิดิศ หล้าวงษา

การพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช 99

Development of Model Health Literacy program of Knee Osteoarthritis of the Elderly to Prevent Falls in Chaiyai District , Nakhon Si Thammarat Province

ศุสึพร อมรวัฒน์

คำแนะนำการส่งบทความ 116

จริยธรรมวิจัยและการตีพิมพ์ 120

ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางปลา
อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
Factors Affecting the Happiness of Older Adults in Elderly Clubs, Bang Pla
Subdistrict, Bang Phli District, Samut Prakan Province, Thailand

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Aug. 1, 2025

Revised: Feb. 27, 2026

Accepted: Mar. 15, 2026

Published : Mar. 17, 2026

ดร.ณวรรณ สมใจ, ดวงหทัย แสงสว่าง, วิภาวรรณ เฟ่งพานิช,

ภาสกรณ์ กลิ่นขวัญ, ภัทรวดี หอมสมบัติ, จิตินันท์ จอระกา,

สุนันทา หงษ์โต, อินทิรา เห่งขุนทด, วิมลรัตน์ ฤณะคำ

คณะสาธารณสุขศาสตร์และสิ่งแวดล้อม มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

Darunwan Somjai, Duanghathai Saengsawang, Wiphavann Phengphanich,

Phasakorn Klinkwan, Phattharawadi Homsombat, Thitinan Joraga,

Sununta Hongto, Inthira Hernguntod, Wimonrat Gunakum

Faculty of Public Health and Environment, Huachiew Chalermprakiet University

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสุขของผู้สูงอายุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 88 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้านสุขภาวะและแบบสอบถามความสุข คือ 0.908 และ 0.938 ตามลำดับ ใช้สถิติ Multiple Linear Regression ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56.81) อายุ 60 – 70 ปี (ร้อยละ 71.69) มีการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 67.05) มีอาชีพแบบไม่มีรายได้แน่นอน (ร้อยละ 64.77) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 59.09) สถานภาพสมรส (ร้อยละ 53.41) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท (ร้อยละ 38.64) มีรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาท (ร้อยละ 57.96) รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาท (ร้อยละ 44.32) และส่วนใหญ่ไม่มีภาระหนี้สิน (ร้อยละ 76.14) ค่าเฉลี่ยความสุขของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมาก ($M = 4.28$) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุมี 3 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ($p = 0.009$) การไม่มีอาชีพที่แน่นอน ($p = 0.019$) และ สุขภาวะทางสังคม ($p = 0.011$) โดยพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความสุขของผู้สูงอายุลดลง การมีรายได้ไม่ประจำทำให้ความสุขลดลง และการที่มีสุขภาวะทางสังคมที่ดีส่งผลให้มีความสุขเพิ่มขึ้น และตัวแปรทั้ง 3 สามารถอธิบายความสุขของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 21 หน่วยงานในท้องถิ่นจึงควรมีการส่งเสริมอาชีพที่มีรายได้ประจำให้แก่ผู้สูงอายุ และควรจัดให้มีกิจกรรมในชุมชนให้ผู้สูงอายุพบปะกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน มีความสุขในชีวิตมากขึ้น

คำสำคัญ ความสุขผู้สูงอายุ, ชมรมผู้สูงอายุ, สภาวะสุขภาพ

Corresponding author: ผศ.ดร.ดร.ณวรรณ สมใจ E-mail: darunwans@yahoo.com

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the level of happiness among older adults and to identify factors influencing their happiness in the Elderly Club of Bang Pla Subdistrict, Bang Phli District, Samut Prakan Province, Thailand. A total of 88 participants were recruited using a structured questionnaire. The reliability coefficients (Cronbach's alpha) of the well-being and happiness scales were 0.908 and 0.938, respectively. Data were analyzed using Multiple Linear Regression analysis.

The findings indicated that most participants were female (56.81%), aged between 60 and 70 years (71.69%), had completed primary education (67.05%), and had irregular or no fixed income (64.77%). More than half had underlying diseases (59.09%) and were married (53.41%). Regarding economic status, 38.64% reported a monthly personal income exceeding 10,000 baht, 57.96% had monthly expenses below 5,000 baht, 44.32% reported a household income below 20,000 baht per month, and 76.14% had no debt. The overall mean happiness score was at a high level ($M = 4.28$). Multiple regression analysis revealed that three factors significantly influenced happiness: age ($p = 0.009$), irregular employment status ($p = 0.019$), and social well-being ($p = 0.011$). Increasing age was associated with lower happiness levels, while having irregular income was negatively associated with happiness. In contrast, higher levels of social well-being were positively associated with greater happiness. These three variables jointly explained 21% of the variance in happiness. The findings suggest that local authorities should promote stable income-generating opportunities for older adults and organize regular community-based social activities to enhance social well-being and improve overall happiness among older adults in the community.

Keywords: Elderly Happiness, Elderly Club, Health and Well-being

Corresponding author: Darunwan Somjai E-mail: darunwans@yahoo.com

บทนำ

ความสุข (Happiness) เป็นสิ่งที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับ ไม่ว่าจะอยู่ในช่วงวัยใดก็ตาม และถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินชีวิต การที่มนุษย์มีความสุขจะส่งผลให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุขเช่นกัน ความสุขจึงภาวะทางจิตใจที่สะท้อนถึงความพึงพอใจในชีวิต การมีอารมณ์เชิงบวก โดยมีความเกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถปรับตัวต่อสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลง (Diener et al., 2018) และองค์การอนามัยโลกได้อธิบายสุขภาพว่าเป็นภาวะที่มีความสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีความสามารถในการปฏิบัติตามบทบาทของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ (WHO, 2020)

การอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุมีหลายทฤษฎีที่ครอบคลุมทั้งมิติทางจิตวิทยา สังคม และเศรษฐกิจ เนื่องจากความสุขในวัยชราเป็นผลลัพธ์ของกระบวนการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาท สุขภาพ และสถานภาพชีวิต จากแนวคิด Socioemotional Selectivity Theory กล่าวว่าเมื่อบุคคลตระหนักว่าช่วงชีวิตมีข้อจำกัด เป้าหมายจะเปลี่ยนจากการแสวงหาความสำเร็จภายนอกไปสู่การแสวงหาความหมายและความพึงพอใจทางอารมณ์ (Carstensen, 1995) ผู้สูงอายุจึงให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีคุณภาพมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ Social Support Theory ที่ชี้ว่าการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์และการช่วยเหลือจากเครือข่ายสังคมสามารถลดความเครียดและเสริมสร้างสุขภาวะทางจิตให้ดีขึ้นได้ (Cohen & Wills, 1985) ในขณะเดียวกัน บทบาทและการมีส่วนร่วมทางสังคมได้รับการอธิบายผ่าน Activity Theory ซึ่งกล่าวว่าการคงไว้ซึ่งบทบาทและกิจกรรมสัมพันธ์กับความพึงพอใจในชีวิตที่สูงขึ้น (Havighurst, 1961) ส่วนด้านจิตวิทยา Six-factor Model of Psychological Well-being อธิบายว่าสุขภาวะทางจิตประกอบด้วย การยอมรับตนเอง ความสัมพันธ์เชิงบวก ความเป็นอิสระ การควบคุมสิ่งแวดล้อม เป้าหมายชีวิต และการเติบโตส่วนบุคคล (Ryff, 1989) แนวคิดนี้สะท้อนว่าความสุขเป็นผลจากการประเมินชีวิตโดยรวมและการรับรู้คุณค่าในตนเอง และนอกจากนี้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจสามารถส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุได้เช่นเดียวกันผ่านแนวคิด Easterlin Paradox ซึ่งชี้ว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความสุขในระดับหนึ่ง (Easterlin, 1974) ซึ่งสำหรับผู้สูงอายุ ความมั่นคงทางการเงินและความพึงพอใจต่อสถานะทางเศรษฐกิจจึงมีบทบาทต่อความรู้สึกปลอดภัยและเสถียรภาพในชีวิต จากแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่าความสุขของผู้สูงอายุเป็นปรากฏการณ์หลายมิติที่เกิดจากการผสมผสานของความมั่นคงทางเศรษฐกิจ คุณภาพความสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม การคงบทบาท และการรับรู้คุณค่าในตนเอง

ในประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์ โดยมีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ประเด็นด้านความสุขของผู้สูงอายุกลายเป็นเรื่องสำคัญ ไม่เพียงแต่ในมิติสุขภาพกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงสุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และภาวะเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตในวัยสูงอายุ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2564) ความสุขของผู้สูงอายุจึงเป็นตัวชี้วัดสำคัญอย่างหนึ่งของคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีความสุขมักมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี มีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง มีการเคลื่อนไหวหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม และมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ในการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขโดยเฉพาะในผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยมีการนำปัจจัยทั้งในมิติด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพมาอธิบายความสุข ซึ่งในงานวิจัยพบว่า การมีรายได้ที่มั่นคง การมีครอบครัวใกล้ชิด การอยู่ร่วมกันแบบครอบครัวขยาย การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เกิดความสุขในผู้สูงอายุ (Horton et al., 2024) ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ได้ข้อค้นพบ

คล้ายคลึงกัน นั่นคือ รายได้ สุขภาพ การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ (Huaisai et al., 2025)

การสำรวจระดับความสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 57.1 ประเมินตนเองว่ามีความสุขมาก และร้อยละ 14.3 ประเมินตนเองว่ามีความสุขมากที่สุด โดยผู้สูงอายุชายมีระดับความสุขที่สูงกว่าผู้สูงอายุหญิง เมื่อพิจารณาระดับความสุขในระดับภาค พบว่า กรุงเทพมหานครมีผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่ามีความสุขมากที่สุดสูงที่สุด (ร้อยละ 23.3) รองลงมาคือ ภาคใต้ (ร้อยละ 18.1) ภาคเหนือ (ร้อยละ 14.1) ภาคกลาง (ร้อยละ 12.9) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 11.6) (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567) ซึ่งจากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่รายงานระดับความสุขของผู้สูงอายุจำแนกตามภูมิภาค พบว่า ภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่ประเมินตนเองว่ามีความสุขน้อยกว่าภูมิภาคอื่น ดังนั้นจากสถิติจึงสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างเชิงพื้นที่ของระดับความสุข ดังนั้นจึงเป็นสิ่งที่น่าสนใจว่าโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรศาสตร์ในแต่ละภูมิกษณาคณะจะมีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ

จังหวัดจังหวัดสมุทรปราการเป็นจังหวัดปริมณฑลในภาคกลาง มีลักษณะกึ่งเมือง-กึ่งอุตสาหกรรม เป็นศูนย์กลางของนิคมอุตสาหกรรมและการจ้างงาน ส่งผลให้เกิดการขยายตัวของชุมชน การเคลื่อนย้ายแรงงาน และความเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างครอบครัวอย่างต่อเนื่อง (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2563) ดังนั้นในบริบทนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเผชิญการเปลี่ยนแปลง เช่น การลดลงของการอยู่ร่วมกันหลายรุ่นในครอบครัว ความสัมพันธ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง หรือความเหลื่อมล้ำด้านรายได้และคุณภาพชีวิต ซึ่งอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อระดับความสุขของตัวผู้สูงอายุเอง ถึงแม้ว่าภาคตะวันออกเฉียงเหนือผู้สูงอายุมีความสุขอยู่ในระดับต่ำที่สุดในภาพรวมของประเทศ แต่ภาคกลางโดยเฉพาะจังหวัดสมุทรปราการ มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากภูมิภาคอื่น ทั้งในด้านโครงสร้างเศรษฐกิจ ความหนาแน่นประชากร และความหลากหลายทางสังคม การศึกษาพื้นที่นี้จึงมีความน่าสนใจในการทำควมเข้าใจปัจจัยกำหนดความสุขของผู้สูงอายุในบริบทสังคมเมืองและกึ่งเมืองที่กำลังเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ซึ่งอาจมีรูปแบบความสัมพันธ์ของตัวแปรแตกต่างจากพื้นที่อื่นๆ การศึกษาในพื้นที่นี้จึงเป็นการมุ่งเน้นการสร้างองค์ความรู้เชิงลึกในบริบทเฉพาะ เพื่อให้สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขได้อย่างสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมจริงของชุมชน ผลการศึกษาจะสามารถนำไปใช้กำหนดแนวทางหรือมาตรการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพได้ต่อไป

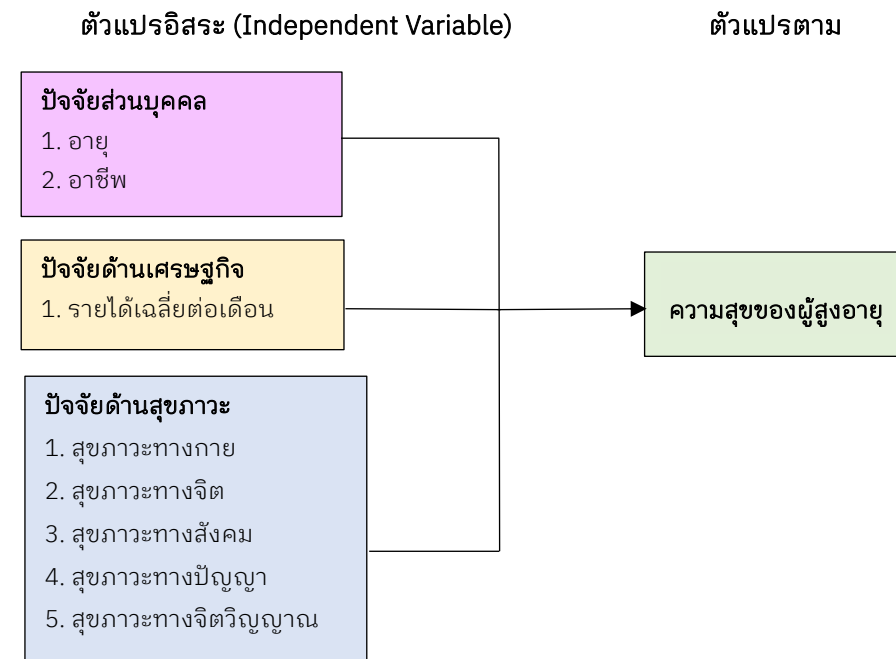
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ด้านสุขภาพ และความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้พัฒนาขึ้นจากการสังเคราะห์ทฤษฎีและแนวคิดสำคัญด้านความสุขและการสูงวัย ได้แก่ Socioemotional Selectivity Theory ซึ่งเน้นบทบาทของคุณภาพความสัมพันธ์และการสนับสนุนทางอารมณ์ (Carstensen, 1995) Activity Theory และ Disengagement Theory ซึ่งอธิบายความสำคัญของการคงบทบาทและการมีส่วนร่วมทางสังคมต่อความพึงพอใจในชีวิต (Havighurst, 1961;

Cumming & Henry, 1961) แนวคิด Easterlin Paradox ซึ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ระหว่างรายได้กับความสุข (Easterlin, 1974) และกรอบ Social Support Theory ที่อธิบายบทบาทของการสนับสนุนทางสังคมต่อสุขภาพ (Cohen & Wills, 1985) โดยกำหนดออกมาเป็นกรอบแนวคิด ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ และปัจจัยด้านสุขภาพ เพื่อนำมาอธิบายความสุขของผู้สูงอายุ



ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross Sectional survey Research) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่เดือนมกราคม - พฤษภาคม 2567

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 90 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกของชมรมผู้สูงอายุตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน (Krejcie and Morgan, 1970) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 โดยกำหนดสัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.50

$$n = \frac{X^2 NP(1 - P)}{d^2(N - 1) + X^2 P(1 - P)}$$

แทนค่าในสูตร

$$n = \frac{(3.841)(90)(0.50)(0.50)}{(0.05)^2(90 - 1) + (3.841)(0.50)(0.50)}$$

ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 73.05 ปัดเป็น 74 คน และมีการเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก 20% เพื่อความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม รวมเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 88 คน จากนั้นได้ทำการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ตามรายชื่อของผู้สูงอายุในชุมชน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- อายุ 60 ขึ้นไป
- ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการศึกษา
- เป็นผู้สูงอายุติดสังคม มีการรับรู้ดี สามารถเขียน อ่าน ฟัง และสื่อสารได้

เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

- ไม่ยินยอมเข้าร่วมวิจัย
- มีความผิดปกติทางด้านการฟัง และการสื่อสาร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิ คือ แบบสอบถาม (Questionnaire) โดยแบ่งโครงสร้างของแบบสอบถามออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว สถานภาพการสมรส เพื่อเป็นการอธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ จำนวน 4 ข้อ เป็นคำถามรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุที่ได้รับจากแหล่งต่างๆ และมีคำถามรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ รายได้ครัวเรือนเฉลี่ยต่อเดือน และภาระหนี้สินเพื่อให้สามารถอธิบายด้านเศรษฐกิจโดยรวมของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น

ส่วนที่ 2 แบบวัดปัจจัยด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุ เป็นแบบวัดที่คณะผู้วิจัยพัฒนามาจาก อัจฉรา ประเสริฐสิน, ทักษิณ สุริโย และ ปพน ญัฐเมธาวิณ (อัจฉรา ประเสริฐสิน, ทักษิณ สุริโย และ ปพน ญัฐเมธาวิณ. 2561) ประกอบด้วย 5 ด้าน ได้แก่ สุขภาวะทางกาย (5 ข้อ) สุขภาวะทางจิต (4 ข้อ) สุขภาวะทางสังคม (4 ข้อ) สุขภาวะทางปัญญา (4 ข้อ) และ สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (6 ข้อ) รวมทั้งหมด 23 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert's Scale 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 21 ข้อ และคำถามเชิงลบ จำนวน 2 ข้อ การวิเคราะห์จะนำมาแบ่งกลุ่มใหม่เป็น 3 ระดับ (Best, 1977)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00 หมายถึงมีสุขภาวะอยู่ในระดับดี

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 หมายถึงมีสุขภาวะอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33 หมายถึงมีสุขภาวะอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 3 แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แบบวัดความสุขของผู้สูงอายุของ วราภรณ์ วัฒทอง (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแบบวัดความสุข (The Oxford Happiness Questionnaire: OHQ) ของ Argyle and Martin (1991) ประกอบด้วยคำถามจำนวน 29 ข้อ โดยลักษณะคำถามเป็นแบบ Likert's Scale 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 17 ข้อ และคำถามเชิงลบจำนวน 12 ข้อการวิเคราะห์จะนำมาแบ่งกลุ่มใหม่เป็น 3 ระดับ (Best, 1977)

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67 – 5.00 หมายถึงมีความสุขอยู่ในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.34 – 3.66 หมายถึงมีความสุขอยู่ในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 2.33 หมายถึงมีความสุขอยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบ Content Validity โดยการให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์วิภาวรรณ เพ็งพานิช ผศ.ดร.อมรรัตน์ ลีอนาม และดร.กฤตวรรณ สหายาย ซึ่งมีความรู้ประสบการณ์ด้านการวิจัยและการดำเนินโครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหา โดยทุกข้อคำถามพบว่ามีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence = IOC) มากกว่า 0.5 ขึ้นไป

การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) นำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้สูงอายุ ที่ลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในตำบลบางพลีใหญ่ จังหวัดสมุทรปราการ จำนวน 30 คน แล้วนำมา วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1951) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดปัจจัยด้านสุขภาพเท่ากับ 0.908 และแบบวัดความสุข ของผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ 0.938

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารยินยอมสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย การเข้าร่วมโครงการนี้จะ เป็นไปตามความสมัครใจของผู้เข้าร่วม โดยมีการประสานงานกับผู้นำชมรมเพื่อขอความอนุเคราะห์ใน การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยร่วมกับผู้ช่วยเก็บข้อมูลภาคสนาม จำนวน 2 คน ซึ่งก่อนเก็บข้อมูลได้มีการ ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และแนวทางการอ่านข้อคำถามอย่างเป็นมาตรฐานอย่าง ครบถ้วนก่อนลงพื้นที่ เพื่อให้การเก็บข้อมูลมีความสอดคล้องกันทุกกรณี สำหรับผู้สูงอายุที่อ่านหนังสือ ไม่คล่อง ผู้เก็บข้อมูลอ่านข้อคำถามตามต้นฉบับโดยไม่ชี้นำคำตอบ และบันทึกตามคำตอบของผู้เข้าร่วม วิจัย ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะนำมาใช้เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น และข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับไม่มี การเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมวิจัย การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมจะไม่มี ผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย หลักฐานทั้งหมดจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายคุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ Multiple Linear Regression ใช้วิธีประมาณค่าแบบ Ordinary Least Squares (OLS) การ กำหนดจำนวนตัวแปรอิสระเข้าวิเคราะห์ อ้างอิงตามแนวทางของ Hair และคณะ (2019) ซึ่งเสนอว่าควรมี จำนวนตัวอย่างประมาณ 10 เท่าของจำนวนพารามิเตอร์ที่ประมาณค่า การศึกษานี้มีตัวอย่าง 88 คน จึง กำหนดตัวแปรอิสระจำนวน 8 ตัว เพื่อให้สัดส่วนอยู่ในระดับที่เหมาะสม เพิ่มความเสถียรของค่า สัมประสิทธิ์ถดถอย และลดความเสี่ยงของการประมาณค่าเกินความเหมาะสมของแบบจำลอง และก่อน การวิเคราะห์ผู้วิจัยได้ตรวจสอบ การเกิดMulticollinearity โดยตรวจสอบด้วยค่าสหสัมพันธ์ระหว่างตัว แปรอิสระ พบว่าไม่มีตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันเองสูง เกินกว่าระดับ 0.8 (Gujarati & Porter, 2009) และ ตัวแปรมีการแจกแจงปกติ โดยพิจารณาได้จากกราฟฮิสโตแกรมของค่ามาตรฐานของความคาดเคลื่อน (Histogram of Regression Standardized Residuals) ซึ่งผ่านเงื่อนไข สำหรับการตรวจสอบความเป็น อิสระของค่าคลาดเคลื่อน (autocorrelation) ได้พิจารณาจากค่า Durbin-Watson ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.650 โดยค่า Durbin-Watson ที่อยู่ในช่วงประมาณ 1.5–2.5 หมายถึงไม่มีปัญหา autocorrelation (Gujarati & Porter, 2009) ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าแบบจำลองผ่านข้อกำหนดเบื้องต้นของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เลขที่รับรอง HCU-EC1593/2658

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 56.81 อายุ 60 – 70 ปีคิดเป็นร้อยละ 71.69 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 67.05 มีอาชีพแบบไม่มีรายได้แน่นอน คิดเป็นร้อยละ 64.77) มีโรคประจำตัวคิดเป็นร้อยละ 59.09 สถานภาพสมรสคิดเป็นร้อยละ 53.41 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 38.64 มีรายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 5,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 57.96 รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือนน้อยกว่า 20,000 บาทคิดเป็นร้อยละ 44.32 และไม่มีภาระหนี้สินคิดเป็นร้อยละ 76.14 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (n=88)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	38	43.19
หญิง	50	56.81
อายุ		
60 – 70 ปี	63	71.69
71 – 80 ปี	14	15.90
80 ปีขึ้นไป	11	12.51
M = 68.40 ±7.05, Min = 60, Max = 88		
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	59	67.05
สูงกว่าประถมศึกษา	29	32.95
อาชีพ		
อาชีพไม่มีรายได้ประจำ	57	64.77
อาชีพมีรายได้ประจำ	31	35.23
โรคประจำตัว		
ไม่มี	36	40.91
มี (เบาหวาน ความดัน หัวใจ)	52	59.09
สถานภาพการสมรส		
โสด	14	15.90
สมรส	47	53.41
หม้าย, แยกกันอยู่, หย่าและร้าง	27	30.69
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน		
น้อยกว่า 5,000 บาท	27	30.68

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
5,001 – 10,000 บาท	27	30.68
มากกว่า 10,000 บาท	34	38.64
M = 11,059 ±10,243, Min = 0, Max = 50,000		
รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของผู้สูงอายุ		
น้อยกว่า 5,000 บาท	51	57.96
5,001 – 10,000 บาท	16	18.18
มากกว่า 10,000 บาท	21	23.86
M = 7,745 ±8,706, Min = 0, Max = 45,000		
รายได้เฉลี่ยครัวเรือนต่อเดือน		
น้อยกว่า 20,000 บาท	39	44.32
20,001 – 30,000 บาท	26	29.54
มากกว่า 30,000 บาท	23	26.14
Median = 21,900, Min = 3,000, Max = 100,000		
ภาระหนี้สิน		
มีหนี้สิน	21	23.86
ไม่มีหนี้สิน	67	76.14

เมื่อวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยโดยรวมของปัจจัยด้านสุขภาวะของผู้สูงอายุ พบว่า อยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.15 เมื่อวิเคราะห์รายด้านของสุขภาวะพบว่าผู้สูงอายุมีสุขภาวะทางจิตสูงที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.39 และมีสุขภาวะทางกายและปัญญาต่ำที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.02 และเมื่อวิเคราะห์ความสุขของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสุขอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของสุขภาวะ 5 ด้าน และความสุขของผู้สูงอายุ(n=88)

ตัวแปร	M	S.D.	แปลผล
สุขภาวะ			
สุขภาวะทางกาย	4.02	0.83	ดี
สุขภาวะทางจิต	4.39	0.71	ดี
สุขภาวะทางสังคม	4.22	0.91	ดี
สุขภาวะทางปัญญา	4.02	1.05	ดี
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	4.11	0.71	ดี
รวม	4.15	0.58	ดี
ความสุขของผู้สูงอายุ	4.28	0.51	มาก

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.026) ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่ประจำมีระดับความสุขต่ำกว่ากลุ่มที่มีรายได้ประจำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.030) โดยมีคะแนนความสุขต่ำกว่าเฉลี่ย 4.261 คะแนน ในทางตรงกันข้าม สุขภาวะทางสังคมมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความสุขอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ($p = 0.022$) และตัวแปรทั้งสาม ได้แก่ อายุ การมีรายได้ไม่ประจำ และสุขภาวะทางสังคม สามารถอธิบายความสุขของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 26.2 ($R^2 = 0.262$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุ($n=88$)

ตัวแปรอิสระ	B	Std. Er.	Beta	t	Sig.	95% Conf.	Interval
Constant	116.154	13.526		5.591	0.000	89.140	143.168
อายุ	-0.338	0.148	-0.297	-2.281	0.026*	-0.634	-0.041
อาชีพที่มีรายได้ไม่ประจำ	-4.261	1.917	0.245	-2.221	0.030*	-0.431	-8.090
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.001	0.000	-0.136	1.171	0.247	-0.003	0.000
สุขภาวะทางกาย	0.084	0.320	0.031	0.262	0.793	-0.555	0.723
สุขภาวะทางจิต	0.261	0.423	0.079	0.621	0.540	-0.585	1.107
สุขภาวะทางสังคม	0.755	0.321	0.320	2.351	0.022*	0.113	1.397
สุขภาวะทางปัญญา	-0.479	0.276	-0.234	-1.735	0.088	-1.031	0.073
สุขภาวะทางจิตวิญญาณ	-0.345	0.244	-0.170	-1.412	0.163	-0.834	0.143

F = 2.901 Prob>F = 0.008 R-squared = 0.262 Durbin – Watson 1.650 *มีนัยสำคัญระดับ.05

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยเทคนิคการถดถอยพหุคูณแสดงให้เห็นว่าแบบจำลองมีความสามารถในการอธิบายความสุขของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 21 โดยการศึกษาได้ตอบวัตถุประสงค์ครบทั้ง 2 ข้อ ดังนี้

1. ระดับความสุขของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมมีความสุขอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.28 ซึ่งจากข้อมูลการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2567) ที่พบว่าผู้สูงอายุในภาคกลางและภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีความสุขน้อยกว่าภาคอื่น และการศึกษาของ ยุพาทองสุข และคณะ (2562) พบว่าผู้สูงอายุมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง แต่จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าผู้สูงอายุในชมรมมีความสุขในระดับมาก อาจเนื่องจากการศึกษาในระดับประเทศและระดับจังหวัด มีการสำรวจผู้สูงอายุที่หลากหลาย ในขณะที่การศึกษานี้มุ่งเน้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีเครือข่ายการสนับสนุน และมีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนจึงพบว่ามีระดับความสุขอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลบางปลา เป็นชมรมที่มีความเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง มีการจัดกิจกรรมกับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ผลการศึกษาจึงเน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในกิจกรรมทางสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรูปแบบของชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีใช้เพียงกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน แต่ยังเป็นกลไกสำคัญในการส่งเสริมให้เกิดความสุขในผู้สูงอายุอย่างชัดเจน สอดคล้องกับแนวคิดการสูงวัยอย่างมีพลัง (Active Aging) ที่องค์การอนามัยโลกเสนอไว้อย่างชัดเจนในแผนยุทธศาสตร์เพื่อการสูงวัยสุขภาพดี (WHO Decade of Healthy Ageing 2021–2030) ที่กล่าวว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมอย่างเต็มศักยภาพในชุมชน และสังคม เป็นกุญแจสำคัญของการมีชีวิตที่มีความหมายในวัยสูงอายุ (World Health Organization, 2021) ดังนั้น การส่งเสริมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุจึงควรได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ

2. การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุในชมรม พบว่า ปัจจัยด้านอายุ การมีอายุที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้ความสุขของผู้สูงอายุลดลง เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลง

ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมถึงจากทฤษฎีความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุ กล่าวว่ายิ่งมีอายุเพิ่มขึ้นร่างกายจะมีความเสื่อมถอยมากขึ้นของอวัยวะต่างๆ ความเสี่ยงต่อโรคต่างๆเพิ่มขึ้น ภูมิคุ้มกันโรคลดลง ดังนั้นยิ่งผู้สูงอายุมีอายุเพิ่มขึ้นถ้าต้องการให้มีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ควรรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ ด้วยการดูแลสุขภาพ ออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ (ชญานิษฐ์ โคโณะ, 2564) และสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภนารี วรรณพงษ์ และ จงรักษ์ หงส์งาม (2561) การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความสุขของผู้สูงอายุในจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 66 –70 ปี และ 75 ปีขึ้นไป มีความสุขในชีวิตด้านสังคม มากกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุระหว่าง 60 –65 ปี

ปัจจัยด้านอาชีพ พบว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพที่ไม่มีรายได้เป็นหลักแหล่ง รายได้ไม่มั่นคง เช่น ทำเกษตรกรรมในพื้นที่เพียงเล็กน้อย ปลูกผักพื้นบ้านเพื่อขายที่เหลือจากการบริโภคในครัวเรือน หรือมีอาชีพรับจ้างทั่วไปที่มีรายได้เป็นครั้งคราวตามแต่จะมีคนมาว่าจ้าง เป็นต้น การไม่มีรายได้ที่แน่นอนเหล่านี้ ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถคาดการณ์ในอนาคตได้ว่า วันพรุ่งนี้ หรือเดือนหน้า ยังจะมีรายได้หรือไม่ ส่งผลให้มีความสุขในชีวิตลดลง จากทฤษฎีบทบาท (Role Theory) (Biddle, B. J. 1986) กล่าวว่าบุคคลมีบทบาทต่าง ๆ ในชีวิต เช่น บทบาทการทำงาน บทบาทสมาชิกในครอบครัว หรือบทบาทในชุมชน เมื่อบุคคลสามารถปฏิบัติบทบาทเหล่านี้ได้อย่างมีคุณค่า ก็จะรู้สึกถึงความมีตัวตน (sense of identity) และมีความหมายในชีวิต ตรงข้ามการสูญเสียบทบาทที่มีคุณค่า อาจทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าไม่มีใครต้องการหรือไร้ค่า ซึ่งส่งผลให้มีความสุขลดลงอย่างชัดเจน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุไม่มีงานประจำหรือไม่มีรายได้แน่นอน จะเกิดความรู้สึกว่าสูญเสียบทบาทที่เคยมีมา การขาดรายได้ประจำจึงเป็นการสูญเสียบทบาทที่เคยมี ทำให้ความรู้สึกมีตัวตนลดลง นำไปสู่ความไม่พึงพอใจในชีวิตและความสุขที่ลดลง

ปัจจัยด้านสุขภาวะทางสังคม พบว่าการที่มีสุขภาวะทางสังคมที่ดีส่งผลให้มีความสุขเพิ่มมากขึ้น นั่นคือการที่ผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว มีกิจกรรมทางสังคมที่เข้าร่วมเป็นประจำ เช่น มีการเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ การมีคนใกล้ชิดที่ปรึกษาได้ และมีส่วนในกิจกรรมอาสาสมัครต่างๆ ที่ช่วยเหลือสังคม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสุขเพิ่มขึ้น เป็นที่น่าสังเกตว่าชมรมผู้สูงอายุในตำบลบางปลา เป็นชมรมที่มีกิจกรรมเหล่านี้อย่างสม่ำเสมอ เช่น การศึกษาดูงานต่างสถานที่ งานวันประเพณีต่างๆ การดูแลผู้พิการในชุมชน เป็นต้น จากกิจกรรมที่มีการจัดมาพบปะอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมได้มีบทบาทที่เข้ามามีส่วนร่วมในชมรม ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือชุมชน รวมถึงสืบสานประเพณีอันดีงามในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุในชมรมรู้สึกมีคุณค่า จากทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory of Aging) พัฒนาขึ้นโดย Robert J. Havighurst (1961) ทฤษฎีนี้อธิบายถึงสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ เมื่อคนมีอายุมากขึ้นจะมีบทบาททางสังคมจะลดลง แต่คนยังมีความต้องการทางสังคมเหมือนวัยกลางคน ทฤษฎีนี้เชื่อว่าผู้สูงอายุมีความต้องการที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อความสุขและการมีชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับวัยผู้ใหญ่ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมที่ตนเองสนใจได้ เช่น กิจกรรมกับเพื่อนฝูง สังคม ชุมชน ซึ่งกิจกรรมจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตัวเองยังมีคุณค่า และมีประโยชน์กับสังคม ดังนั้นการที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมต่อสังคมรอบข้าง ส่งผลให้มีความสุขพึงพอใจในชีวิตสูงขึ้น ดังนั้น การจัดกิจกรรมต่างๆ ให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่ากับสังคมรอบข้างจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสุขมากขึ้น ส่วนสุขภาวะทางปัญญาและสุขภาวะทางจิตวิญญาณมีค่าสัมประสิทธิ์เป็นลบ แต่ไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่ามีความสัมพันธ์กับระดับความสุขอย่างชัดเจน แต่ทิศทางความสัมพันธ์ดังกล่าวที่เป็นลบอาจสะท้อนความซับซ้อนของความหมายชีวิต ซึ่งแตกต่างจากความสุขในเชิงความพึงพอใจโดยตรง สุขภาวะทางปัญญาจะมีความเกี่ยวข้องกับการคิด วิเคราะห์ การเรียนรู้ และการปรับตัวต่อสถานการณ์ใหม่ รวมถึงสุขภาวะทางจิตวิญญาณจะมีความเกี่ยวข้องกับการตระหนักรู้ถึงความหมายของชีวิต การยอมรับความไม่เที่ยง และความสงบภายใน อาจทำให้ผู้สูงอายุมีการรับรู้ชีวิต

อย่างลึกซึ้งมากขึ้น การตระหนักรู้ดังกล่าวอาจสัมพันธ์กับการรับรู้ถึงความเปลี่ยนแปลง ความสูญเสีย หรือข้อจำกัดในช่วงบั้นปลายชีวิต ซึ่งอาจจะสะท้อนให้มีคะแนนความสุขน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้ตระหนักรู้ถึงการเปลี่ยนแปลงของชีวิตในอนาคต

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. การส่งเสริมอาชีพที่มีรายได้ประจำให้แก่ผู้สูงอายุ อาจจะเริ่มจากการฝึกอาชีพให้ผู้สูงอายุได้มีอาชีพ เช่น การทำอาหาร ขนม การผลิตงานฝีมือ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีอาชีพ และควรมีการจัดตั้งเป็นตลาดอาชีพผู้สูงอายุในระดับตำบลหรืออำเภอ โดยประสานงานร่วมกับภาครัฐ เอกชน และภาคประชาสังคม เนื่องจากเมื่อผู้สูงอายุผลิตผลผลิตออกมาแล้ว การจัดจำหน่ายอาจทำได้ด้วยตนเองได้ยาก การที่มีหน่วยงานมาช่วยในการจัดหาแหล่งจำหน่าย หาดตลาดเพื่อให้เกิดการขายสินค้าที่ผู้สูงอายุผลิตขึ้น จึงเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อเป็นการสร้างงานและรายได้ให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่าและมีรายได้ชัดเจน

2. การจัดให้มีกิจกรรมในชุมชนให้ผู้สูงอายุพบปะกันอย่างสม่ำเสมอ จึงควรมีการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุในชุมชนเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุให้มากที่สุด และท้องถิ่นควรสนับสนุนชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง มีการศึกษาดูงานต่างชมรม เพื่อให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เหล่านี้จะสามารถพัฒนาให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน มีความสุขในชีวิตมากขึ้น

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้เก็บข้อมูลเฉพาะผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น สามารถเดินทางมาร่วมกิจกรรมได้ มีระดับการมีส่วนร่วมทางสังคม ดังนั้น ผลการวิจัยจึงอาจไม่สามารถอ้างอิงไปยังผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียง หรือมีภาวะพึ่งพิงสูงได้อย่างสมบูรณ์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความสุขของผู้สูงอายุในกลุ่มอื่น และอาจมีการวิจัยเชิงทดลอง โดยการใส่กิจกรรมให้กับผู้สูงอายุและวิเคราะห์เปรียบเทียบก่อนหลัง เพื่อให้ได้แนวทางกิจกรรมที่สามารถสร้างความสุขให้กับผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

References

- Argyle, M., & Martin, M. (1991). The psychological causes of happiness. In E. Diener (Ed.), Subjective well-being, 77–95.
- Best, J. W. (1977). Research in Education (3rd ed.). Prentice-Hall.
- Biddle, B. J. (1986). Recent developments in role theory. In K. S. Cook, G. A. Fine, & J. S. House (Eds.), Sociological perspectives on social psychology (pp. 67–92). Allyn & Bacon.
- Carstensen, L. L. (1995). Evidence for a life-span theory of socioemotional selectivity. *Current Directions in Psychological Science*, 4(5), 151–156.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(3), 297–334.
- Cumming, E., & Henry, W. E. (1961). Growing old: The process of disengagement. Basic Books.
- Department of Local Administration. (2020). Statistical report on elderly clubs in Samut Prakan Province. Bangkok: Department of Local Administration. (in Thai)
- Diener E, Oishi S, Tay L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nat Hum Behav*. 2018 Apr;2(4):253-260.
- Easterlin, R. A. (1974). Does economic growth improve the human lot? Some empirical evidence. In P. A. David & M. W. Reder (Eds.), Nations and households in economic growth (pp. 89–125). Academic Press.
- Gujarati, D. N., & Porter, D. C. (2009). Basic econometrics (5th ed.). McGraw-Hill Irwin.
- Havighurst, R. J. (1961). Successful aging. *The Gerontologist*, 1(1), 8–13.
- Horton, C. J., Walsh, L. C., Rodriguez, A., & Kaufman, V. A. (2024). The diversity of well-being indicators: A latent profile analysis. *Frontiers in Psychology*, 15.
- Huaisai, W., Songsin, N., Chusuton, S., Somporn, K., & Chamnankit, T. (2025). Determinants of subjective well-being among the elderly population: A cross-sectional study in Thai communities. *National Journal of Community Medicine*, 16(12).
- Kono, S. (2021). A study of 2017 secondary data of the happiness among Thai elderly. *Sripatum Review of Humanities and Social Sciences*, 21(2), 19–33. (in Thai)
- Krejcie, R. V., & Morgan, D. W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607–610.
- National Statistical Office. (2021). Elderly population of Thailand by province. Bangkok: National Statistical Office. (in Thai)
- National Statistical Office. (2024). Survey on the elderly population in Thailand 2024. Bangkok: National Statistical Office. (in Thai)
- Pathong, W. (2006). Effects of a positive thinking development program on life happiness of patients with hypertension. A thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree of Master Degree, Chiang Mai University). (in Thai)

- Prasertsin, A., Suriyo, T., & Natmethawin, P. (2018). Well-being of the elderly: Concepts and related factors. *Journal of Health Education, Mahidol University*, 41(1), 1–15. (In Thai)
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Thongsuk, Y., Watanasin, D., & Hengudomsub, P. (2019). Factors influencing psychological Well-being among older adults. *Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health*, 33(1), 95–110. (In Thai)
- Wannapong S & Hongngam J. (2018). Factors affecting life happiness of elderly people: An empirical study in Amphoe Muang, Khon Kaen Province. *Journal of Economics and Management Strategy*, 5(2), July–December.
- World Health Organization. (2020). Decade of healthy ageing: Baseline report (WHO)
- World Health Organization. (2021). Decade of Healthy Ageing: Baseline Report. Geneva: WHO.

ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรม
การบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียน
มัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดชลบุรี
Effects of Weight Control Program with Line Application on Food Consumption
Behavior and Physical Activity Behavior among Overweight
Secondary School Students, Chonburi Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Aug. 12, 2025

Revised : Mar.13, 2026

Accepted : Mar. 23, 2026

Published : Mar. 24, 2026

ธนากรณ์ ศรีเรือง, นริสสรา รวงแดง, ณัฏฐญา พรหมศร, ศศิธร ตันติเอกรัตน์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี
Thanakorn Srirueang, Narissara Rangdaeng, Naranya Phromson, Sasithon Tantiekkarat
Faculty of Public Health, Valaya Alongkorn Rajabhat University
under the Royal Patronage Pathum Thani Province

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก
ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย
ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนระดับ
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ปีการศึกษา 2567 จำนวน 72 คน คัดเลือกด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย
จากเกณฑ์ดังนี้ 1) นักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน 2) อ่านออกและเขียนภาษาได้
3) มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟน และแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน กลุ่มทดลอง
ได้รับโปรแกรมควบคุมน้ำหนักซึ่งประกอบด้วย การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอ้วน ธาตุโภชนาการ การส่งเสริม
การมีกิจกรรมทางกาย และการสนับสนุนทางสังคมผ่านการใช้ตัวแบบ และแอปพลิเคชันไลน์
เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรม
ทางกายมีค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .94 และค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของ
ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ
เชิงพรรณนา และการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มและระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติทีแบบไม่เป็น
อิสระต่อกันและแบบเป็นอิสระต่อกัน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการมีกิจกรรม
ทางกายหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์มีประสิทธิภาพในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ทั้งนี้ บุคลากรสาธารณสุขสามารถนำ
โปรแกรมดังกล่าวไปประยุกต์ใช้ร่วมกับครูในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การบริโภคอาหารและการมีกิจกรรมทางกายของนักเรียนได้อย่างเหมาะสมในสถานศึกษา

คำสำคัญ: โปรแกรมควบคุมน้ำหนัก, แอปพลิเคชันไลน์, พฤติกรรมการบริโภคอาหาร, พฤติกรรมการทำ
กิจกรรมทางกาย, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Corresponding Author: ศศิธร ตันติเอกรัตน์ E-mail: sasitorn.tun@vru.ac.th

Abstract

This quasi-experimental two-group study aimed to examine the effects of a weight control program combined with the use of the LINE application on consumption behaviors and physical activity behaviors among overweight secondary school students in Chonburi Province. The sample consisted of 72 students in grades 7–9 during the 2024 academic year who were selected by simple random sampling based on the following criteria 1) being overweight or obese, 2) ability to read and write and 3) owning a smartphone and assigned to an experimental group and a control group, 36 students in each group. The experimental group received an 8-week weight-control program comprising education on obesity, nutrition based on the nutrition flag, promotion of physical activity, and social support via the LINE application. A questionnaire on consumption behaviors and physical activity behaviors was used as the research instrument with a content validity (CVI) of .94 and Cronbach's alpha coefficient of .85 and .80, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and comparison of mean scores within and between groups by dependent and independent t-tests.

The results showed that, after the intervention, the experimental group had significantly higher mean scores for consumption behaviors and physical activity behaviors than before the intervention and then the control group at the 0.05 level, indicating that the weight control program combined with the LINE application was effective in modifying health behaviors among overweight students. Health personnel can apply this program in collaboration with teachers to organize activities that effectively promote changes in students' dietary and physical activity behaviors in school settings.

Keywords: Weight Control Program, Line Application, Consumption Behavior, Physical Behavior, Secondary School Students

Corresponding Author: Sasithon Tantiekkarat E-mail: sasitorn.tun@vru.ac.th

บทนำ

โรคอ้วนในเด็กเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของโลกที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี ค.ศ. 2022 องค์การอนามัยโลกรายงานว่ามีเด็กและวัยรุ่นอายุ 5–19 ปี ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนมากกว่า 340 ล้านคน โดยสัดส่วนเพิ่มจากร้อยละ 8 ในปี ค.ศ. 1990 เป็นร้อยละ 20 ในปี ค.ศ. 2022 (World Health Organization, 2022) สหพันธ์โรคอ้วนโลก พ.ศ. 2023 คาดการณ์ว่าเด็กและวัยรุ่นอายุ 5–19 ปี ในกลุ่มประเทศอาเซียนที่เป็นโรคอ้วนจะเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงปี ค.ศ. 2020–2035 โดยในเพศชายเพิ่มจากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 16 และเพศหญิงเพิ่มจากร้อยละ 3 เป็นร้อยละ 11 (World Obesity Federation, 2023) สะท้อนให้เห็นว่าโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นเป็นปัญหาที่ทุกภูมิภาคต้องเผชิญและจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง สำหรับประเทศไทย จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย (สุขภาพเด็ก) ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 พบว่า เด็กไทยทุกช่วงอายุมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนสูงกว่าเด็กที่มีภาวะผอม โดยกลุ่มอายุ 12–14 ปี มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.6 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 6–11 ปี ร้อยละ 12.9 และกลุ่มอายุ 1–5 ปี ร้อยละ 10.5 (Eakpalakorn, 2023) ข้อมูลจากระบบรายงาน Health Data Center (HDC) เขตสุขภาพที่ 6 ระหว่างปี พ.ศ. 2564–2568 ระบุว่า จังหวัดชลบุรีมีเด็กอายุ 6–14 ปี ที่มีภาวะเริ่มอ้วนและโรคอ้วนสูงที่สุดในเขตสุขภาพ โดยแม้อัตราจะลดลงเพียงเล็กน้อยจากร้อยละ 15.62 เป็นร้อยละ 15.33 แต่อัตรากลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 13.58 เป็นร้อยละ 14.52 (Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health, 2025) แสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนในเด็กและวัยรุ่นยังคงอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

แม้องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2025 จะแนะนำแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาลูกเด็กที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยเน้นการจำกัดปริมาณอาหารที่ให้พลังงานสูง การเพิ่มการบริโภคผักและผลไม้ และการมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักอย่างน้อยวันละ 60 นาที (World Health Organization, 2025) แต่ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 พบว่า เด็กอายุ 6–14 ปี ยังคงมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น รับประทานผักน้อยกว่า 1 ส่วนต่อวันเกือบร้อยละครึ่ง รับประทานผลไม้ไม่น้อยกว่า 1 ส่วนต่อวันมากกว่าครึ่ง ใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์และสมาร์ทโฟนในปริมาณสูง และมีกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนักทุกวันเพียงประมาณหนึ่งในห้า พฤติกรรมดังกล่าวเอื้อต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย เช่น ความผิดปกติของกระดูกและข้อ ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและเบาหวานชนิดที่ 2 รวมทั้งปัญหาการหยุดหายใจขณะนอนหลับ และด้านจิตสังคม เช่น การถูกล้อเลียน การแยกตัว ความเครียดและความวิตกกังวล (Bureau of Nutrition, Department of Health, 2024)

เด็กมัธยมศึกษาตอนต้นเป็นช่วงวัยที่กำลังเข้าสู่วัยรุ่นตอนต้น ใช้เวลาอยู่ในโรงเรียนเป็นส่วนใหญ่ จึงได้รับอิทธิพลจากครูและเพื่อนอย่างมากต่อการแสดงพฤติกรรมสุขภาพ เด็กวัยนี้มีความสามารถในการคิดอย่างมีเหตุผล เลือกและตัดสินใจได้ด้วยตนเอง และสามารถเข้าถึงเทคโนโลยีสารสนเทศได้อย่างรวดเร็ว เช่น Facebook และ application LINE เป็นต้น จากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) การที่บุคคลเชื่อว่าตนเองมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมหนึ่งให้สำเร็จ จะช่วยให้สามารถลงมือทำและคงไว้ซึ่งพฤติกรรม นั้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากได้รับการเสริมแรงจากประสบการณ์สำเร็จของตนเอง การเห็นตัวแบบที่ดี การชักจูงด้วยวาจา และการสนับสนุนด้านอารมณ์ งานวิจัยที่นำแนวคิดนี้ไปใช้ในโปรแกรมควบคุมน้ำหนักและจัดกิจกรรมเน้นการฝึกทักษะจริง เช่น การใช้สื่อวีดิทัศน์ การบรรยาย การสาธิตและฝึกปฏิบัติ

พบว่าสามารถปรับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของนักเรียนให้ดีขึ้นได้ (Thongsang, 2021; Khaikham, Jantacumma, & Waelveerakup, 2022) นอกจากนี้ ทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ของเฮาส์ (House, 1981) ซึ่งให้เห็นว่าการได้รับการช่วยเหลือและสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง ทั้งด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านอารมณ์ และด้านทรัพยากร จะช่วยให้บุคคลรู้สึกมีคุณค่า ได้รับการดูแล และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดี ผลการศึกษาโปรแกรมควบคุมน้ำหนักที่ประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ พบว่าสามารถส่งเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายของนักเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Phetkong & Banchonhattakit, 2019) อย่างไรก็ตาม งานวิจัยจำนวนมากยังคงเน้นการให้สุขศึกษาและติดตามผลผ่านสมุดบันทึกหรือกลุ่ม Facebook เป็นหลัก (Phetkong & Banchonhattakit, 2019; Khumlue, 2018) โดยพบการศึกษาที่เน้นการให้สุขศึกษาผ่าน application LINE ยังมีน้อย

ดังนั้น การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมร่วมกับเทคโนโลยีสื่อสารสมัยใหม่ เช่น แอปพลิเคชันไลน์ ซึ่งสามารถใช้เป็นช่องทางให้ความรู้เตือนความจำ ให้กำลังใจ เป็นระบบที่นักเรียนสามารถเข้าถึงข้อมูลได้อย่างรวดเร็ว สามารถเชื่อถือได้ หากมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพสามารถพิมพ์ถาม Chatbot ได้ทันที และสื่อสารโต้ตอบระหว่างนักเรียนกับผู้วิจัยอย่างต่อเนื่อง จึงมีศักยภาพในการพัฒนาโปรแกรมที่ช่วยเสริมสร้างทักษะการเลือกบริโภคอาหารตามธงโภชนาการและการวางแผนกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักนักเรียนร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมในการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูราและทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของเฮาส์ เพื่อให้ได้รูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของนักเรียนไทยในปัจจุบัน

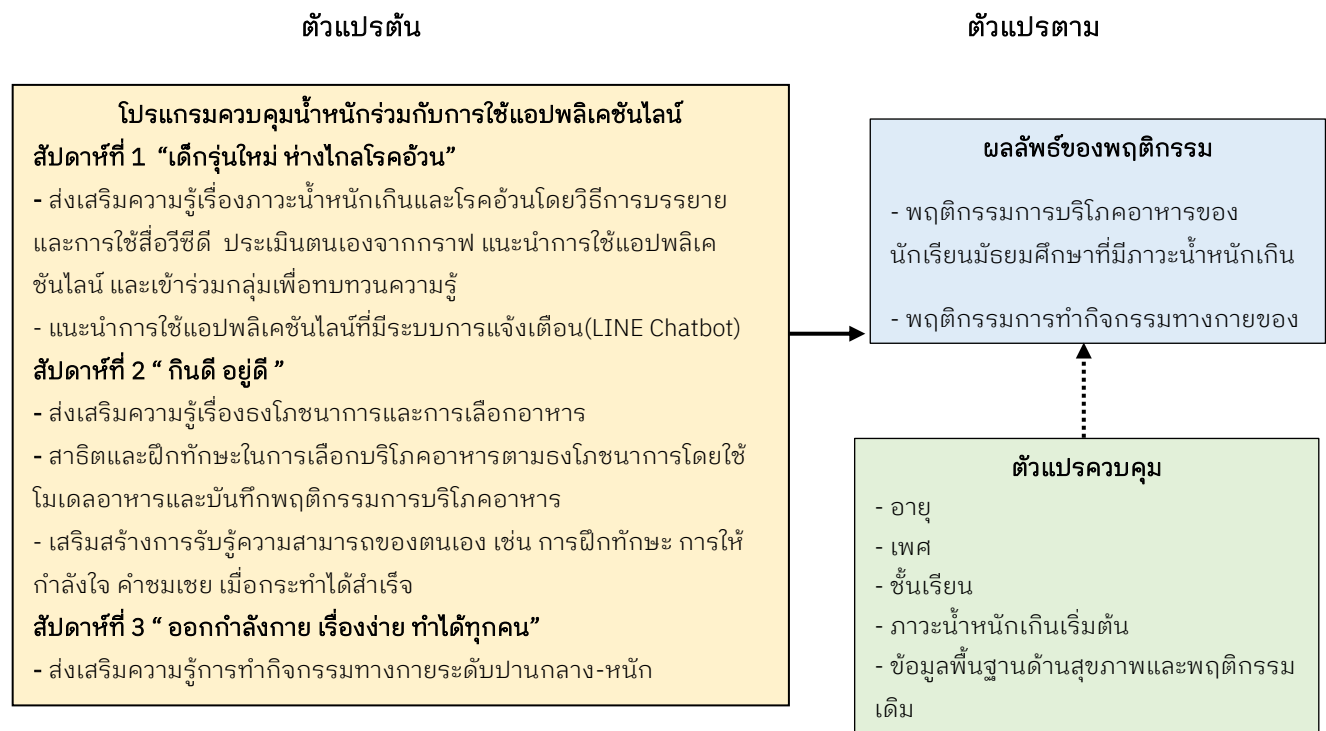
วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์

สมมติฐาน

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่าก่อนการทดลอง
2. ภายหลังได้รับโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายสูงกว่ากลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดการวิจัย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จังหวัดชลบุรี

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Quasi- Experimental Research; Two Group Pretest - Posttest Design) มีรายละเอียดของวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนรัฐบาล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 2 ปีการศึกษา 2567 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี จำนวน 1,678 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-3 ในโรงเรียนรัฐบาล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาเขต 2 ปีการศึกษา 2567 อำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป สำหรับสถิติการทดสอบที่แบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน กำหนดขนาดอิทธิพลเท่ากับ .65 ซึ่งผู้วิจัยได้ทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาของ Srithanya, Kittiboontawam, and Dodsakul (2023) ค่าอำนาจทดสอบ (power of the test) เท่ากับ .80 ค่าความคลาดเคลื่อน .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 30 คน เพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างหรือคุณสมบัติไม่ครบตามเกณฑ์จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 72 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 36 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน และทำการสุ่มแบบ cluster quasi-experimental ซึ่งได้จากการสุ่มโรงเรียนในอำเภอพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี 2 โรงเรียน เข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยพิจารณาจากรายชื่อนักเรียนที่มีภาวะน้ำหนักเกิน (น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีค่ามัธยฐานระหว่าง +2 SD ถึง +3 SD) ใกล้เคียงกัน จากนั้นจึงทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยวิธีการจับฉลาก เพื่อจำแนกนักเรียนเข้ากลุ่มทดลอง

และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 36 คน รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 72 คน โดยมีสัดส่วนของเพศชายต่อเพศหญิงที่เท่ากัน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria) ได้แก่ 1) มีภาวะน้ำหนักเกินโดยพิจารณาจากน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงมีค่ามัธยฐานระหว่าง +2 SD ถึง +3 SD (มีภาวะน้ำหนักเกินหรือเริ่มอ้วน) เมื่อเทียบกับน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูงของเด็กเพศและวัยเดียวกัน แยกตามเพศและอายุของกรมอนามัย พ.ศ.2542 2) อ่านออกและเขียนภาษาได้ 3) มีโทรศัพท์มือถือสมาร์ทโฟนเป็นของตนเอง เกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ได้แก่ 1) ลาออกหรือย้ายโรงเรียน และ 2) ขาดเรียนหรือป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลในช่วงเวลาเข้าร่วมกิจกรรม และเกณฑ์การยกเลิกจากการวิจัย (discontinuation criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำ ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักส่วนสูง การพักอยู่อาศัยกับครอบครัว อาชีพของบิดา/มารดา เงินที่ได้รับจากผู้ปกครองรายวันและการรับประทานอาหารนอกบ้าน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากคู่มือแนวทางการจัดการโรคอ้วนในเด็ก สำหรับสถานบริการสาธารณสุข (Bureau of Nutrition, Department of Health, 2024) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง จำนวน 15 ข้อ โดยระบุความถี่พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง (7 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนนและไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 15-75 คะแนน โดยจะมีเกณฑ์การจำแนกคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 57 - 75 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 36 - 56 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 15 - 35 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารระดับไม่ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและปรับปรุงจากคู่มือแนวทางการจัดการโรคอ้วนในเด็ก สำหรับสถานบริการสาธารณสุข (Bureau of Nutrition, Department of Health, 2024) ลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินานๆครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติทุกครั้ง จำนวน 12 ข้อ โดยระบุความถี่พฤติกรรมใน 1 สัปดาห์ ได้แก่ ปฏิบัติทุกครั้ง (7 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้ง (5-6 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง (3-4 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัตินานๆครั้ง (1-2 วันต่อสัปดาห์) เท่ากับ 2 คะแนนและไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน คิดคะแนนรวมโดยมีคะแนนระหว่าง 12-60 คะแนน โดยจะมีเกณฑ์การจำแนกคะแนน ออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1977) ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 46 - 60 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายระดับดี

คะแนนเฉลี่ย 29 - 45 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 12 - 28 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายระดับไม่ดี

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์เพื่อพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมาจากแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy theory)

ของแบนดูรา (Bandura, 1997) แนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ของเฮาส์ (House, 1981) และคู่มือการจัดการภาวะโภชนาการเกินในเด็กสำหรับสถานศึกษา (Bureau of Nutrition, Department of Health, 2024) โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ทางด้านสาธารณสุข 2 ท่าน และครูสุขศึกษา 1 ท่าน

1) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีค่าความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) เท่ากับ .94 ผู้วิจัยปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมทางกาย มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ .85 และ .80 ตามลำดับ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ คู่มือการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ สมุดบันทึกพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย และคู่มือเสริมสร้างความรู้ สู้เด็กไทย ป้องกันได้ overweight หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความเข้าใจของภาษาในการสื่อให้เข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยคำนวณค่าความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่า มีความเข้าใจเนื้อหาและภาษาที่ใช้ได้ถูกต้อง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูลจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ถึงผู้อำนวยการโรงเรียนเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขออนุญาตเก็บข้อมูล

1.2 เมื่อได้รับอนุมัติจากผู้ผู้อำนวยการโรงเรียน ผู้วิจัยเข้าพบคุณครูเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงรายละเอียดการวิจัย วัตถุประสงค์ ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล และวางแผนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

1.3 ผู้วิจัยเตรียมครูกลุ่มสาระการเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษาในการติดตามและการให้สนับสนุนทางสังคมกับกลุ่มตัวอย่าง และเตรียมสถานที่ และอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรม

2. ขั้นทดลอง

2.1 กลุ่มทดลอง หลังได้รับการยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กและตัวเด็กแล้ว นักวิจัยให้เด็กตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมทางกายก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที และเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์โดยดำเนินการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ โดยจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 50 นาที โดยใช้คาบชุมนุมของวันศุกร์ เวลา 14.40-15.30 น. ที่ไม่มีการเรียนการสอน ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินโดยวิธีการบรรยาย และการใช้สื่อวีซีดี การประเมินตนเองจากกราฟการเจริญเติบโต และสร้างกลุ่มผ่านแอปพลิเคชันไลน์เพื่อติดต่อและให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ในหัวข้อ “เด็กรุ่นใหม่ ห่างไกลโรคอ้วน” โดยใช้เวลา 50 นาที

- นำเข้าสู่บทเรียนโดยให้นักเรียนดูวิดีโอทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกิน สาเหตุ ภาวะแทรกซ้อน โดยใช้การ์ตูนแอนิเมชันเป็นตัวแทนที่มีพฤติกรรมบริโภคอาหารและการออกกำลังกายที่เหมาะสมและมอบคู่มือ “เสริมสร้างความรู้ สู้เด็กไทย ป้องกันได้ overweight”

- กิจกรรมการประเมินตนเองจากกราฟแสดงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6-19 ปี เพศชาย และเพศหญิง โดยให้นักเรียนแต่ละคนลงจุดน้ำหนักและส่วนสูงในกราฟ และแปลผลว่าตนเองอยู่ในช่วงใดบ้าง เช่น สมส่วน ท้วม หรือเริ่มอ้วน และให้ตัวแทนในแต่ละกลุ่มนำเสนอเพื่อทำให้ทราบว่าเรามีโอกาสที่จะเป็นผู้ใหญ่อ้วนในอนาคตหรือไม่ และให้เพื่อนๆแสดงความคิดเห็นสาเหตุต่างๆที่นำไปสู่ภาวะน้ำหนักเกิน และผู้วิจัยบรรยายสรุปหลักการประเมินตนเองจากกราฟและการแปลผลที่ถูกต้อง

- กิจกรรมแนะนำการใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่มีระบบการแจ้งเตือน (LINE Chatbot) ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารแก่นักเรียนที่มีปัญหาในเรื่องสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและสามารถทบทวนความรู้ร่วมกับผู้วิจัยได้ โดยใช้ชื่อว่า “สารความรู้กับคุณหมอ Natasha” โดยให้นักเรียนทุกคนสแกนคิวอาร์โค้ดผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พร้อมมอบคู่มือการใช้แอปพลิเคชันไลน์

สัปดาห์ที่ 2 ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการบริโภคอาหารอย่างถูกวิธีโดยวิธีการบรรยาย การใช้สื่อวีซีดี และการสาธิต และฝึกทักษะการเลือกอาหารตามหลักของธงโภชนาการ ในหัวข้อ “กินดี อยู่ดี” โดยใช้เวลา 50 นาที

- นำเข้าสู่บทเรียนโดยให้นักเรียนดูวิดีโอทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารตามธงโภชนาการอย่างถูกวิธี และร่วมกันสรุปสาระสำคัญ

- แบ่งกลุ่มทำกิจกรรมฝึกทักษะการจำแนกประเภทและสัดส่วนที่เหมาะสมของอาหารต่างๆตามหลักธงโภชนาการ โดยใช้โมเดลอาหารตามหมวดต่างๆ คือ ข้าว-แป้ง ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ นมและน้ำตาล เกลือ น้ำมัน และให้แต่ละกลุ่มวางแผนการรับประทานอาหารของตนเองโดยจัดเมนูอาหาร 3 มื้อ เช้า กลางวันและเย็น โดยการวาดรูปอาหารเมนูอาหารและอธิบายว่าในเมนูอาหารแต่ละชนิดประกอบด้วยหมวดอะไรบ้าง โดยนำเสนอหน้าชั้นเรียนและอภิปรายร่วมกับเพื่อนในกลุ่ม และร่วมกันสรุปสาระสำคัญ นักวิจัยกล่าวคำชมเชยและให้รางวัลสำหรับนักเรียนที่ทำได้ถูกต้อง และให้กำลังใจนักเรียนที่ไม่ถูกต้องและร่วมกันสรุปสาระสำคัญ

- มอบสมุดบันทึกพฤติกรรมบริโภคอาหาร โดยนำเสนอคุณครูประจำชั้นทุกสัปดาห์ และสามารถส่งคำถามต่างๆ หรืออุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริโภคอาหารผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้

สัปดาห์ที่ 3 ส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกายอย่างถูกวิธีโดยวิธีการบรรยาย การใช้สื่อวีซีดี การจัดอภิปรายกลุ่ม แลกเปลี่ยนคำถาม ในหัวข้อ “ออกกำลังกาย เรื่องง่าย ทำได้ทุกคน” โดยใช้เวลา 50 นาที

- นำเข้าสู่บทเรียนโดยให้นักเรียนดูวิดีโอทัศน์ให้ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกายอย่างถูกวิธีตามหลักการขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก ระยะเวลา 60 นาที ทุกวัน และร่วมกันสรุปสาระสำคัญ

- แบ่งกลุ่มทำกิจกรรมให้นักเรียนแต่ละคนวาดภาพกิจกรรมทางกายของตนและระบุระดับของความหนักของกิจกรรม คือ ระดับเบา ปานกลางหรือหนัก และในขณะที่ทำกิจกรรมทางกายสามารถพูดหรือร้องเพลงได้หรือไม่ โดยให้แต่ละกลุ่มนำเสนอ และตอบข้อสงสัยโดยผู้วิจัย

- ให้นักเรียนแต่ละคนวางแผนการทำกิจกรรมทางกายของตนเองใน 1 สัปดาห์ โดยใช้กิจกรรมที่ตนเองชอบหรือทำแล้วสนุกสนาน และปรับพฤติกรรมน้อยนึ่งให้ลดลง

- มอบสมุดบันทึกพฤติกรรมทำกิจกรรมทางกาย โดยนำเสนอคุณครูประจำชั้นทุกสัปดาห์ และสามารถส่งคำถามต่างๆ หรืออุปสรรคในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทำกิจกรรมทางกายผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ได้

สัปดาห์ที่ 4-8 การสนับสนุนทางสังคมทางจากครูและนักวิจัย จากสมุดบันทึกพฤติกรรมและผ่านแอปพลิเคชันไลน์

- ครูติดตามจากสมุดบันทึกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกาย ครูมีการให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชย การใช้คำพูดชักจูง

- นักวิจัยสอบถามนักเรียนถึงปัญหาและอุปสรรคต่างๆ การให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชย การใช้คำพูดชักจูง และตอบข้อสงสัยผ่านแอปพลิเคชันไลน์ พร้อมยกตัวอย่างนักเรียนที่ประสบความสำเร็จ (Modeling) มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการทำกิจกรรมทางกายที่ถูกต้อง

- สัปดาห์ที่ 8 ให้นักเรียนตอบแบบสอบถาม (posttest) โดยใช้เวลาประมาณ 15 นาที

2.2 กลุ่มควบคุม หลังได้รับการยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองเด็กและตัวเด็กแล้ว นักวิจัยให้เด็กตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายก่อนการทดลอง (pre-test) โดยใช้เวลา 15-20 นาที โดยในระหว่างอยู่ในโปรแกรมกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามปกติของโรงเรียน โดยไม่มีการส่งเสริมการใช้งาน Line Chatbot หรือเข้าร่วมกิจกรรมเสริมใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะน้ำหนักตัวเกิน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 8 เพื่อประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายโดยใช้แบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง พร้อมมอบคู่มือ “เสริมสร้างความรู้สู่เด็กไทย ป้องกันได้ overweight ”

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป รายละเอียด ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (mean: M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ด้วยสถิติที่ชนิดที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired samples t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ภายหลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติเกี่ยวกับตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ ด้วยสถิติที่ชนิดที่เป็นอิสระต่อกัน (independent samples t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ภายหลังผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นทางสถิติเกี่ยวกับตัวแปรตามมีการแจกแจงแบบปกติ (normal distribution)

4. ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบ chi-square สำหรับข้อมูลที่มีการวัดแบบนามบัญญัติ และ independent samples t-test สำหรับข้อมูลที่มีระดับการวัดเป็นค่าต่อเนื่อง

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เลขที่ 0016/2567 วันที่ 7 มิถุนายน 2567 ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตัว อธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับ การเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะดำเนินกิจกรรม โดยสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมได้ทันที และไม่มีผลกระทบต่อการเรียนแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะได้รับการปกปิดชื่อ-นามสกุล โดยอภิปรายผลของข้อมูลในภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการจึงให้ลงลายมือชื่อและหลังจากนั้น ผู้วิจัย

ได้ติดต่อบิดามารดาหรือผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่าง และเมื่อได้รับความยินยอมจากบิดามารดาหรือผู้ปกครองจึงให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมเพื่อดำเนินการวิจัย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี พบว่า นักเรียนกลุ่มทดลองเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงจำนวนเล็กน้อย (ร้อยละ 52.78 และ ร้อยละ 47.22 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 14.08 ปี (SD = 1.23) น้ำหนักเฉลี่ย 68.47 กิโลกรัม (SD = 8.67) ส่วนสูงเฉลี่ย 159.69 เซนติเมตร (SD = 8.36) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 72.22 บิดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 58.30 มารดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 47.22 เงินรายวันที่ได้รับจากผู้ปกครองเฉลี่ย 77.36 บาท (SD = 25.17) ส่วนใหญ่รับประทานอาหารนอกบ้าน 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 61.11 สำหรับกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงจำนวนเล็กน้อย (ร้อยละ 55.56 และ ร้อยละ 44.44 ตามลำดับ) อายุเฉลี่ย 13.69 ปี (SD = 1.01) น้ำหนักเฉลี่ย 65.03 กิโลกรัม (SD = 13.89) ส่วนสูงเฉลี่ย 160.92 เซนติเมตร (SD = 8.21) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดามารดา ร้อยละ 66.67 บิดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 52.78 มารดาประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 55.56 เงินรายวันที่ได้รับจากผู้ปกครองเฉลี่ย 79.17 บาท (SD = 20.05) ส่วนใหญ่รับประทานอาหารนอกบ้าน 5-6 วันต่อสัปดาห์ ร้อยละ 80.56 ผลการทดสอบความเท่าเทียมกันของข้อมูลทั่วไปพบว่า ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ดังแสดงในตาราง 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี (n=72)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=36)	การ ทดสอบ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ) / M (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ) / M (S.D.)		
เพศ				
- ชาย	19 (52.78)	20 (55.56)	0.06 ^a	.81
- หญิง	17 (47.22)	16 (44.44)		
อายุเฉลี่ย (ปี)	14.08 (1.23)	13.69 (1.01)	1.47 ^b	.15
น้ำหนักเฉลี่ย (กิโลกรัม)	68.47 (8.67)	65.03 (13.89)	1.26 ^b	.21
ส่วนสูงเฉลี่ย (เซนติเมตร)	159.69 (8.36)	160.92 (8.21)	-0.63 ^b	.53
การพักอาศัย				
- บิดาและมารดา	26 (72.22)	24 (66.67)	0.26 ^a	.61
- อื่นๆ (บิดา,มารดา,หรือผู้ปกครอง)	10 (27.78)	12 (33.33)		
อาชีพของบิดา				
- รับจ้าง	21 (58.30)	19 (52.78)	0.23 ^a	.64
- อื่นๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ, ค้าขาย, เกษตรกรรม,รับจ้าง, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ,ธุรกิจส่วนตัว)	15 (41.70)	17 (47.22)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา จังหวัดชลบุรี (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง (n=36)	กลุ่มควบคุม (n=36)	การ ทดสอบ	p-value
	จำนวน (ร้อยละ) / M (S.D.)	จำนวน (ร้อยละ) / M (S.D.)		
อาชีพของมารดา				
-รับจ้าง	17 (47.22)	20 (55.56)	0.50 ^a	.48
- อื่นๆ (ไม่ได้ประกอบอาชีพ, ค้าขาย, เกษตรกรรม, รับจ้าง, รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ, ธุรกิจ ส่วนตัว)	19 (52.78)	16 (44.44)		
เงินที่ได้รับจากผู้ปกครอง	77.36 (25.17)	79.17 (20.05)	-0.34 ^b	.74
รายวันเฉลี่ย (บาท)				
การรับประทานอาหารนอกบ้าน (วัน/สัปดาห์)				
- สัปดาห์ละ 5-6 วัน	22 (61.11)	29 (80.56)	3.29 ^a	.07
- อื่นๆ (ทุกวัน, สัปดาห์ละ 3-4 วัน, สัปดาห์ละ 1-2 วัน, ไม่เคย เลย)	14 (38.89)	7 (19.44)		

หมายเหตุ a = Pearson chi-square test , b = independent t-test

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จ.ชลบุรี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก ร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มทดลอง

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จ.ชลบุรี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ของกลุ่มทดลอง พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (M = 50.31, SD = 9.62) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 40.19, SD = 7.41) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($t = -4.83$, $p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย (M = 42.28, SD = 8.04) สูงกว่าก่อนการทดลอง (M = 36.11, SD = 7.92) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($t = -3.18$, $p < .001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จ.ชลบุรี ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	M (SD)	แปลผล	M (SD)	แปลผล		
พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	40.19 (7.41)	ปานกลาง	50.31 (9.62)	ปานกลาง	-4.83*	< .001
พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย	36.11 (7.92)	ปานกลาง	42.28 (8.04)	ปานกลาง	-3.18*	< .001

* $p < .001$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จ.ชลบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์

ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จ.ชลบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ($M = 50.31, SD = 9.62$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 43.33, SD = 7.38$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($t = 3.45, p < .001$) มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย ($M = 42.28, SD = 8.04$) สูงกว่ากลุ่มควบคุม ($M = 38.36, SD = 7.85$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($t = 2.09, p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกายของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกิน จ.ชลบุรี ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมควบคุมน้ำหนักร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันไลน์

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง (n=36)		กลุ่มควบคุม (n=36)		t	p-value
	M (SD)	แปลผล	M (SD)	แปลผล		
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร						
ก่อนการทดลอง	40.19 (7.41)	ปานกลาง	43.36 (7.42)	ปานกลาง	-1.81	.07
หลังการทดลอง	50.31 (9.62)	ปานกลาง	43.33 (7.38)	ปานกลาง	3.45**	<.01
พฤติกรรมกรรมการทำกิจกรรมทางกาย						
ก่อนการทดลอง	36.11 (7.92)	ปานกลาง	38.14 (7.82)	ปานกลาง	-1.09	.28
หลังการทดลอง	42.28 (8.04)	ปานกลาง	38.36 (7.85)	ปานกลาง	2.09*	.04

* $p < .05$; ** $p < .001$

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหาร สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -4.83, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$ ($t = 3.45, p < .001$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ซึ่งสามารถอธิบายได้ว่าการให้ความรู้จากสื่อวีดิทัศน์โดยการใช้ตัวแบบจากการ์ตูนสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถจดจำและเข้าใจเนื้อหาการป้องกันภาวะน้ำหนักเกิน และทราบภาวะโภชนาการของตนเองจากการประเมินตนเองจากกราฟ ซึ่งเราสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้มีรูปร่างที่สมส่วนได้ นอกจากนี้การฝึกทักษะการจำแนกประเภทและสัดส่วนที่เหมาะสมของอาหารต่างๆตามหลักโภชนาการ โดยใช้โมเดลอาหารตามหมวดต่างๆ คือ ข้าว-แป้ง ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ นมและน้ำตาล เกลือ น้ำมัน และให้วางแผนการรับประทานอาหารของตนเองโดยจัดเมนูอาหาร 3 มื้อ เข้า กลางวันและเย็นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดทักษะและความชำนาญมากขึ้นเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ พร้อมทั้งการให้รางวัล กำลังใจ คำชมเชยจากผู้วิจัยด้วยบรรยากาศเป็นกันเอง มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่มีระบบการแจ้งเตือน (LINE Chatbot) ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารกับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในเรื่องสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและสามารถทบทวนความรู้ร่วมกับผู้วิจัยได้ โดยใช้ชื่อว่า “สาระความรู้กับคุณหมอ Natasha” ซึ่งเป็นระบบที่นักเรียนสามารถเข้าถึง

ข้อมูลได้ง่าย รวดเร็ว ให้ความรู้สึกปลอดภัยและเป็นส่วนตัว สามารถเชื่อถือได้ หากมีข้อสงสัยเรื่องสุขภาพ สามารถพิมพ์ถาม Chatbot ได้ทันที ซึ่งสอดคล้องกับ Somtua (2024) ระบุว่าพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์กับการส่งเสริมภาพของวัยรุ่นมีความสัมพันธ์ทางบวก รวมทั้งการติดตามสมุดบันทึกพฤติกรรม การบริโภคอาหาร การให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชยจากครูประจำชั้น อีกทั้งผู้วิจัยมีการยกตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างที่ประสบความสำเร็จ (Modeling) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่อธิบายว่า ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการทำสิ่งต่างๆ นั้นมีผลต่อพฤติกรรม การคิด และอารมณ์ของบุคคลนั้น บุคคลที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงจะมีความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองที่จะประสบความสำเร็จในงานที่ได้รับมอบหมาย และมีแนวโน้มที่จะพยายามทำสิ่งต่างๆ ให้สำเร็จแม้ว่าจะต้องเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ ซึ่งนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ต่อไป และแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ของเฮาส์ (House, 1981) ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมของบุคคล ในด้านความช่วยเหลือทางด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุประสงค์ของ หรือการสนับสนุนทางด้านจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มคนและเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมไปในทางที่ผู้รับต้องการ จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในเด็กวัยรุ่น พบว่า การใช้สื่อสังคมออนไลน์และเทคโนโลยีสารสนเทศร่วมกับการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างกลุ่ม อีกทั้งการจัดกิจกรรมให้ความรู้ประกอบสื่อ การสาธิต และการฝึกปฏิบัติเพื่อสร้างทักษะ ช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและสมรรถนะแห่งตนในการจัดการภาวะโภชนาการ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่า BMI ลดลงกว่ากลุ่มควบคุม (Likhitweerawong, Boonchooduang, Kittisakmontri, Chonchaiya, & Louthrenoo, 2021) และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารและพฤติกรรมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Phetkong & Banchonhattakit, 2019; Thongsang, 2021)

2. พฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย สูงกว่าก่อนการทดลอง ($t = -3.18, p < .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ ($t = 2.09, p < .05$) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานซึ่งสามารถอธิบายได้ว่า การให้ความรู้จากสื่อวีดิทัศน์ความรู้เกี่ยวกับการทำกิจกรรมทางกายอย่างถูกวิธีตามหลักการขององค์การอนามัยโลกที่เน้นการทำกิจกรรมทางกายระดับปานกลางถึงหนัก ระยะเวลา 60 นาที ทุกวัน สามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าใจเนื้อหาได้ง่าย และสามารถวางแผนการทำกิจกรรมทางกายของตนเองได้ใน 1 สัปดาห์ โดยเลือกจากกิจกรรมที่ตนเองชอบหรือทำแล้วสนุกสนาน และปรับลดพฤติกรรมเนือยนิ่ง เช่น การนั่งเล่นเกมสื่จากคอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน นักวิจัยได้ให้กำลังใจ คำชมเชย เพื่อให้เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติ มีการใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่มีระบบการแจ้งเตือน (LINE Chatbot) ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารกับกลุ่มตัวอย่างที่มีปัญหาในเรื่องสุขภาพเกี่ยวกับภาวะน้ำหนักเกินและสามารถทบทวนความรู้ร่วมกับผู้วิจัยได้ และร่วมกันแก้ไขปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติ รวมทั้งการติดตามสมุดบันทึกพฤติกรรมการทำกิจกรรมทางกาย การให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชยจากครูประจำชั้น เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตน (Self-efficacy theory) ของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองช่วยให้บุคคลสามารถบรรลุในพฤติกรรมที่คาดหวังได้ผ่านแรงจูงใจ การรับรู้และกระบวนการตัดสินใจ มีการใช้คำพูดชักจูง ให้กำลังใจ กล่าวคำชมเชย และแนวคิดทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคม (Social support theory) ของเฮาส์ (House, 1981) ที่อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือ ความเอาใจใส่ และความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของ

สังคม จากบุคคลอื่นในชีวิตประจำวัน ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัว เพื่อน หรือคนในชุมชน มีทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และด้านวัตถุสิ่งของซึ่งมีผลดีต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิต จากการศึกษา งานวิจัยเกี่ยวกับผลของโปรแกรมควบคุมน้ำหนักในเด็กวัยรุ่น พบว่า การใช้เทคโนโลยีโมบายแอปพลิเคชันเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นที่มีภาวะน้ำหนักเกิน โดยการบูรณาการความรู้ด้านโภชนาการควบคู่กับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายผ่านแอปพลิเคชัน เช่น LINE และ Mobile Application ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจและการกำกับตนเอง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีค่าBMI ลดลงและมีพฤติกรรมการออกกำลังกายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (Chenglai, 2021; Wisapha, Wiroonpanich, & Wattanasit, 2020; Vaidya, Gupta, Chawla, Singh, Arya, Yadav, Sharma, & Jain, 2026)

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. ครูผู้สอนและบุคลากรทางสาธารณสุขควรทำงานเชิงบูรณาการร่วมกัน โดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร (เช่น LINE Chatbot หรือกลุ่มไลน์) เป็นช่องทางในการติดตามพฤติกรรม ให้คำปรึกษา และสร้างแรงจูงใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะช่วยให้นักเรียนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและกิจกรรมทางกายได้อย่างยั่งยืนมากกว่าการให้สุขศึกษาในรูปแบบเดิม
2. ควรเน้นการให้ความสำคัญกับบทบาทของครูในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ทั้งด้านการให้ข้อมูลและการเสริมแรงทางบวก เช่น การชมเชยเมื่อนักเรียนสามารถปฏิบัติได้ตามแผน เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ให้แก่นักเรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แอปพลิเคชันไลน์ที่มีระบบการแจ้งเตือน และเพื่อให้ได้ฟังก์ชันการทำงานที่ซับซ้อนมากขึ้นในเรื่องของสาระความรู้และการเข้าถึงที่รวดเร็วควรมีการพัฒนาโปรแกรมโดยการนำเทคโนโลยีต่างๆเข้ามาร่วมใช้เพิ่มขึ้น เช่น โมบายแอปพลิเคชันในการจัดโปรแกรมควบคุมน้ำหนัก การคำนวณพลังงานจากภาพถ่ายอาหารแบบอัตโนมัติ
2. ในการศึกษาครั้งนี้ยังไม่มีติดตามผลในระยะยาว เช่น ค่าน้ำหนัก เส้นรอบเอว ซึ่งทำให้ไม่สามารถประเมินการคงทนของพฤติกรรมและค่าการเปลี่ยนแปลงของสรีระที่ชัดเจนได้ ดังนั้นควรมีการติดตามผลพฤติกรรมในระยะต่างๆ เช่น 3 เดือน, 6 เดือน หรือ 1 ปี

References

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman.
- Best, J. W. (1977). *Research in Education*. Prentice Hall.
- Bureau of Nutrition, Department of Health. (2024). *Management of Overnutrition in Children in School*. Bangkok: Minnie Group. (in Thai)
- Bureau of Nutrition, Department of Health. (2024). *Manual of guidelines for childhood obesity management for health care services*. Bangkok: Minnie Group. (in Thai)
- Chenglai, N. (2021). Effect of Weight Loss Program in Thailand 4.0 Era on Body Weight of Overweight Teenage in Trang Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital*. 24(3), 23-33. (in Thai)
- Eakpalakorn, W. (2023). Thai Population Health Survey by 6Th Physical Examination Report. Bangkok: Faculty of Medicine, Mahidol University. (in Thai)
- House J. (1981). *Work stress and social support*. California: Addison Wesley.
- Khaikham, P., Jantacumma, N., & Waelveerakup, W. (2022). The Effects of a Self –Efficacy Developing Program to Control Obesity among Secondary School Students at Chiang rai Municipality. *Chiangrai Medical Journal*. 14(3), 143-154. (in Thai)
- Khumlue, K. (2018). *The Effects of Health Promotion Program on Behavioral Modification for Weight Control Among Overweight Chomchonbanlung School, Chiang Muan District, Phayao Province*. (Master's thesis). University of Phayao, Thailand. (in Thai)
- Likhitweerawong, N., Boonchooduang, N., Kittisakmontri, K., Chonchaiya, W., & Louthrenoo, O. (2021). Effectiveness of mobile application on changing weight, healthy eating habits, and quality of life in children and adolescents with obesity: a randomized controlled trial. *BMC pediatrics*, 21(1), 1-9.
- Phetkong, C., & Banchonhattakit, P. (2019). Effects of Health Literacy Promoting Program with Social Media Used on Obesity Prevention Behavior among Overweight Mattayomsuksa 2 Students. *Journal of Health Education*, 42(2), 23-32. (in Thai)
- Somtua, J. (2024). Online social media usage behavior and health promotion of teenagers. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 14(3), 514-527 (in Thai)
- Srithanya, S., Kittiboontawam, P., & Dodsakul, Y. (2023). The Effects of Using Line Application Program on The Eating Behavior and Physical Activity of Overweight Late Primary School-Aged Children. *Journal of Health and Nursing Research*. 39(1), 147-158. (in Thai)
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. (2025). Report System Health Data Center (HDC). Retrieved 13 April, 2025 from <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/overweightstudent/ampur?year=2021&kid=134&cw=20>
- Thongsang, P. (2021). *Effects of The Self-Efficacy Proram for Nutrition Management n Dietary Behaviors and Body Mass Index of Overweight Grade 11 Student*. (Master's thesis). Naresuan University , Thailand. (in Thai)

- Vaidya, V., Gupta, P., Chawla, V., Singh, M., Arya, S., Yadav, R. K., Sharma, R. & Jain, V. (2026). Smartphone applications-based intervention to reduce body mass index and improve health-related behavior among children with overweight/obesity: a pilot clinical trial. *Indian Journal of Pediatrics*, 93(1), 23-29. <https://doi.org/10.1007/s12098-024-05402-9>
- Wisapha, C., Wiroonpanich, W., & Wattanasit, P. (2020). Effects of Weight Control Mobile Application on Food Consumption Behavior, Physical Activity, and The Body Weight of Overweight Adolescents. *Journal of The police nurses*. 12(1), 73-85. (in Thai)
- World Health Organization. (2022). Obesity and Overweight. Retrieved 5 March, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Health Organization. (2025). Prevention and Management. Retrieved 1 July, 2025 from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- World Obesity Federation. (2023). World Obesity Atlas 2023. Retrieved 6 March, 2025 from <https://www.worldobesity.org/resources/resource-library/world-obesity-atlas-2023>

ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต
โดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตำบลดอนทราย
อำเภอบางท้อ จังหวัดราชบุรี

Results of the village health volunteer capacity development program on
knowledge of NCDs health care behavior with lifestyle medicine through
participatory learning program, Don Sai Subdistrict,
Pak Tho District, Ratchaburi Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Aug. 7, 2025

Revised : Mar. 25, 2026

Accepted : Mar. 30, 2026

Published : Apr. 1, 2026

ธัญวรรณ เกิดดอนทราย¹, จตุรงค์ เดชารุงโรจน์², พิรุฬ ศรีทองคำ³^{1,3}คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี, ²โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนทรายThanyawan Kerddonsai¹, Chaturong Decharungroj², Pirun Sirithongkum³^{1,3}Faculty of Public Health Bangkokthonburi University, ²Don Sai Subdistrict Health Promotion Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 60 คน ได้แก่ กลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือเป็นแบบสอบถามและโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 8 สัปดาห์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา paired t-test และ independent t-test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะทางประชากรที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 41-50 ปี สถานภาพสมรส ระดับการศึกษาประถมศึกษา รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท และมีประสบการณ์ปฏิบัติงานเป็น อสม. 1-5 ปี และ 16-20 ปี ในสัดส่วนใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($M = 24.6$, $SD = 3.8$ และ $M = 24.6$, $SD = 4.2$ ตามลำดับ, $p = .955$) แสดงว่าทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานความรู้เริ่มต้นที่เทียบเคียงกันได้ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเอง ($M = 3.7$ vs 3.1 , $p = .003$) การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย ($M = 3.4$ vs 2.8 , $p = .002$) และการลด ละ เลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด ($M = 3.7$ vs 3.2 , $p = .050$) สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความรู้ด้านโภชนาการ การนอนหลับและผลลัพธ์ต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และทักษะภาวะผู้นำและการจัดการ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 26.7$, $SD = 3.5$ และ $M = 25.0$, $SD = 2.6$ ตามลำดับ, $p = .032$) ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ของ อสม. ด้านพฤติกรรมสุขภาพโรค NCDs ดังนั้นจึงมีข้อเสนอแนะให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น รพ.สต. และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ นำโปรแกรมนี้ไปขยายผลในพื้นที่อื่น และควรศึกษาติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความคงทนของความรู้และพฤติกรรมสุขภาพของ อสม. ต่อไป

คำสำคัญ : อาสาสมัครสาธารณสุข, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, เวชศาสตร์วิถีชีวิต, การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

Corresponding author: ธัญวรรณ เกิดดอนทราย E-mail : thanyawan1134@gmail.com

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare knowledge of non-communicable disease (NCD) health care behaviors based on lifestyle medicine using a participatory learning program. Knowledge levels were assessed before and after the intervention in both experimental and control groups. The sample comprised 60 village health volunteers, with 30 participants in each group. Research instruments included a structured questionnaire and an 8-week participatory learning program. Data were analyzed using descriptive statistics, paired t-tests, and independent t-tests.

The findings indicated that the experimental and control groups were comparable in their demographic characteristics. Most participants were female, aged 41–50 years, married, had primary-level education, earned a monthly income of no more than 5,000 baht, and had 1–5 years or 16–20 years of experience as village health volunteers in similar proportions. Prior to the intervention, there was no statistically significant difference in mean knowledge scores between the experimental and control groups ($M = 24.6$, $SD = 3.8$ and $M = 24.6$, $SD = 4.2$, respectively; $p = .955$), indicating comparable baseline knowledge. Within-group analysis showed that, following the intervention, the experimental group demonstrated significantly higher mean knowledge scores in several domains compared to pre-intervention levels, including principles of self-care promotion ($M = 3.7$ vs. 3.1 , $p = .003$), physical activity promotion ($M = 3.4$ vs. 2.8 , $p = .002$), and reduction and cessation of smoking, alcohol consumption, and substance use ($M = 3.7$ vs. 3.2 , $p = .050$), at the .05 level of statistical significance. However, no statistically significant improvements were observed in knowledge related to nutrition, sleep and health outcomes, mental resilience, or leadership and management skills. Between-group comparisons after the intervention revealed that the experimental group had significantly higher overall mean knowledge scores than the control group ($M = 26.7$, $SD = 3.5$ vs. $M = 25.0$, $SD = 2.6$; $p = .032$). These findings suggest that the participatory learning program was effective in enhancing NCD-related health care knowledge among village health volunteers. It is therefore recommended that relevant agencies, such as sub-district health promoting hospitals and district public health offices, consider scaling up and integrating this participatory learning program into routine capacity-building initiatives.

Keywords: Village Health Volunteers, Noncommunicable Diseases, Lifestyle Medicine, Participatory Learning

Corresponding author: Thanyawan Kerddonsai E-mail : thanyawan1134@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยพบว่าใน พ.ศ.2562 คนไทยเสียชีวิตจากโรค NCDs สูงถึงร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁽¹⁾ โดยสาเหตุหลักเกิดจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่ไม่สมดุล การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ความเครียด การสูบบุหรี่ และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นต้น⁽²⁾ การเกิดโรค NCDs นำไปสู่ภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่เพิ่มขึ้นอย่างมหาศาล รวมถึงส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมโดยรวม กระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาโรค NCDs โดยกำหนดเป็นประเด็นสำคัญในแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านสาธารณสุข⁽³⁾ และได้กำหนดเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรค NCDs ลงร้อยละ 25 ภายใน พ.ศ. 2568 ผ่านมาตรการต่างๆ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยง การคัดกรอง การเฝ้าระวัง และการจัดการรักษาที่มีคุณภาพ⁽⁴⁾ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นบุคลากรด้านหน้าในการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับชุมชน ที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค NCDs โดยทำหน้าที่เป็นแกนนำในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนในชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาพบว่าอสม.ยังขาดความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลสุขภาพโรค NCDs⁽⁵⁾ ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ให้มีความรู้และทักษะที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค NCDs ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม⁽⁶⁾ (Participatory Learning) เป็นวิธีการเสริมสร้างศักยภาพที่มุ่งเน้นให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้อย่างกระตือรือร้น มีปฏิสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยผู้ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพจะเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้เรียนเกิดความเข้าใจและจดจำได้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของโนลส์ ที่กล่าวว่าการเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะมีประสิทธิภาพเมื่อผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกระบวนการเรียนรู้และได้ลงมือปฏิบัติด้วยตนเอง โดยโปรแกรมที่ได้ออกแบบมานั้นประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ หลักการส่งเสริมการออกกำลังกาย การส่งเสริมทัศนคติและการลดละเลิกเหล้า บุหรี่ และสารเสพติด โภชนาการ การออกกำลังกายและกิจกรรมที่เป็นยาที่ดี การจัดการความเครียดทางใจ และทัศนคติต่อการออกกำลังกาย⁽⁷⁾ เวชศาสตร์วิถีชีวิต เป็นแนวทางการส่งเสริมป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีการดำเนินชีวิตด้วยการบูรณาการหลักการทางการแพทย์ การใช้อาหารเป็นยา การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการนำหลักธรรมะมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิต เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรค NCDs⁽⁸⁾ ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพในชุมชน และเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับบริบทสังคมและวัฒนธรรมไทย อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี ยังพบว่ามีอัตราการเกิดโรค NCDs ค่อนข้างสูง โดยข้อมูลสถิติพบว่าประชาชนป่วยเป็นโรคเบาหวานร้อยละ 8.26 และโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 22.52 ในปี พ.ศ. 2563 สะท้อนถึงปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่⁽⁹⁾ ทั้งนี้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ถือเป็นกลไกสำคัญในระบบสุขภาพระดับชุมชน เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนและมีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จึงสามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรค NCDs ได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง จากการสำรวจข้อมูลเบื้องต้นพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตพื้นที่ตำบลดอนทราย อำเภอปากท่อ ยังมีความรู้ ทัศนคติ และทักษะในการดูแลสุขภาพโรค NCDs ค่อนข้างน้อย ซึ่งส่งผลให้การดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร ดังนั้นการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะ

ที่เพียงพอในการดูแลสุขภาพตนเองก่อน และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแล แนะนำ และติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรค NCDs ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนาศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ดังกล่าว ผ่านการจัดโปรแกรม การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้อาทิ การปฏิบัติตนด้านพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยการประยุกต์ใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามทฤษฎีของโคลบ์ ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) ประสพการณ์รูปธรรม 2) การสะท้อนคิด 3) การสร้างแนวคิดนามธรรม 4) การทดลองใช้แนวคิด⁽¹⁰⁾ บูรณาการร่วมกับแนวคิดเวชศาสตร์วิถีชีวิต ผ่านกิจกรรมต่างๆ อาทิ หลักการส่งเสริมการดูแลตนเอง อาหารและโภชนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการจัดการความเครียด เป็นต้น

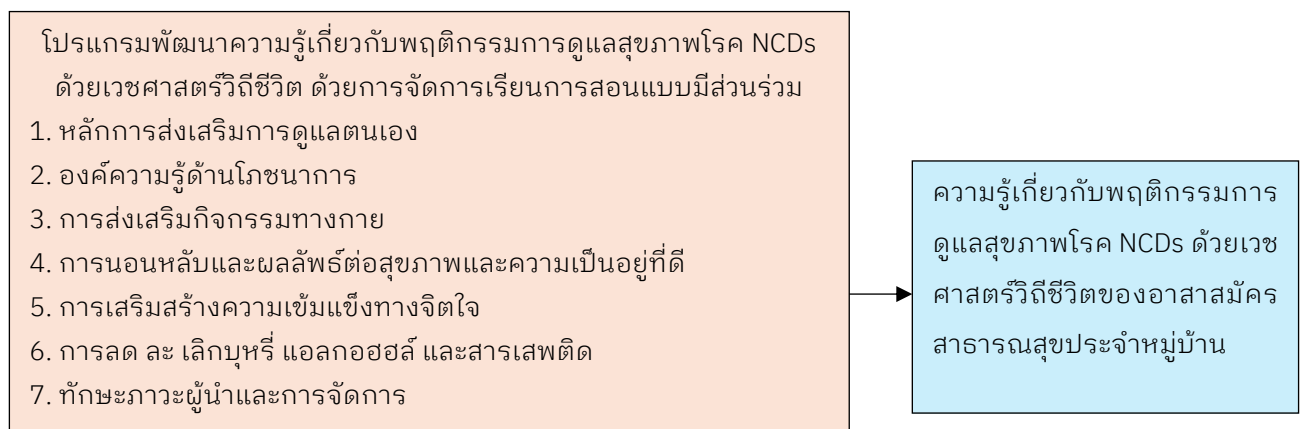
โปรแกรมนี้มุ่งเสริมสร้างให้ อสม. มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต และสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการให้คำแนะนำ ติดตาม และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรค NCDs ในชุมชนได้อย่างถูกต้องและเป็นรูปธรรม ซึ่งคาดว่าจะนำไปสู่การลดอัตราการเกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนจากโรค NCDs ในพื้นที่ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
2. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

กรอบแนวคิด

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรม การดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ หลักการส่งเสริมการดูแลตนเอง องค์ความรู้ด้านโภชนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การนอนหลับและผลลัพธ์ต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การลด ละ เลิก บุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด และทักษะภาวะผู้นำและการจัดการ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (Two-group Pretest-posttest Design) ระยะเวลาดำเนินการวิจัยตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขและปฏิบัติงานที่ รพ.สต. ตำบลดอนทราย อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี จำนวนทั้งสิ้น 9 หมู่บ้าน รวม 80 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน ตามแนวคิดของ Polit and Hungler ที่กำหนดว่างานวิจัยกึ่งทดลองควรมีก่อนกลุ่มตัวอย่างไม่น้อยกว่า 15 หน่วยต่อกลุ่ม ทั้งนี้เพื่อป้องกันการสูญเสียกลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง (Drop Out)

การแบ่งกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน หมู่ที่ 1–5 เป็นกลุ่มทดลอง และ อสม. ที่ปฏิบัติงานใน หมู่ที่ 6–9 เป็นกลุ่มควบคุม เพื่อป้องกันการปนเปื้อน (Contamination) ระหว่างกลุ่ม

เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่

1. เป็น อสม. ที่มีอายุระหว่าง 20–60 ปี
2. ไม่มีโรคประจำตัวที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าร่วมกิจกรรมตามโปรแกรม
3. ปฏิบัติหน้าที่ในพื้นที่มากกว่า 1 ปี
4. สามารถอ่านเขียนภาษาไทยและสื่อสารได้ดี
5. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในแบบฟอร์มยินยอม (Informed Consent)

เกณฑ์การคัดออก ได้แก่

1. เคยผ่านการอบรมเรื่องพฤติกรรมลดสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาก่อน
2. เข้าร่วมกิจกรรมโปรแกรมน้อยกว่าร้อยละ 80 ของระยะเวลาทั้งหมด

เกณฑ์การให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยถอนตัวจากการศึกษา

ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธหรือบอกเลิกการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา โดยไม่มีข้อแม้ใดๆ และการถอนตัวดังกล่าวจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

1. แบบสอบถาม (Questionnaire) ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้ต่อเดือน และประสบการณ์การทำงานเป็น อสม.

ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมลดสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ครอบคลุม 7 ด้าน ได้แก่ หลักการส่งเสริมการดูแลตนเอง องค์ความรู้ด้านโภชนาการ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย การนอนหลับและผลลัพธ์ต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ การลด ละ เลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด และทักษะภาวะผู้นำและการจัดการ รวมทั้งหมด 30 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบถูกหรือผิด โดยตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0–30 คะแนน

2. โปรแกรมพัฒนาความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมลดสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยพัฒนาโปรแกรมโดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

ร่วม (Participatory Learning) ตามแนวคิดของ Kolb ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ประสบการณ์ รูปแบบ การสะท้อนคิด การสร้างแนวคิดนามธรรม และการทดลองใช้แนวคิด มีรายละเอียด ดังนี้

- สถานที่จัดกิจกรรม ห้องประชุม รพ.สต. ตำบลอนทราญ อำเภอบางท้อ จังหวัดราชบุรี
- ระยะเวลา 8 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- เนื้อหากิจกรรม จัดตามลำดับสัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์	เนื้อหา
1	ความรู้เดิมและหลักการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต
2	องค์ความรู้ด้านโภชนาการ (ฐาน "หวาน-หวาน" และฐาน 2:1:1)
3	การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการนอนหลับเพื่อสุขภาพ
4	การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ
5	การจัดการความเครียดและการส่งเสริมสุขภาพจิต
6	การลด ละ เลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด
7	การจัดการสารพิษในสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ
8	ทักษะภาวะผู้นำและการจัดการด้านสุขภาพชุมชน

แต่ละสัปดาห์ใช้รูปแบบกิจกรรมที่หลากหลาย ได้แก่ การบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และฝึกปฏิบัติ และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ระหว่างผู้เข้าร่วม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) เท่ากับ 0.67–1.00 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ที่ยอมรับได้ สำหรับค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบความรู้ (ส่วนที่ 2) ผู้วิจัยตรวจสอบด้วยสูตร 2 วิธี โดยใช้สูตร Kuder-Richardson 20 (KR-20) ซึ่งเหมาะสมกับข้อคำถามแบบถูก-ผิด ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75 แบบสอบถามมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับดี และเหมาะสมสำหรับนำไปใช้ในการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการ รพ.สต. ตำบลอนทราญ เพื่อขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่และประสานนัดหมายกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเข้าร่วม และสิทธิในการถอนตัวแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งรวบรวมเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed Consent) ก่อนเริ่มการเก็บข้อมูล นอกจากนี้ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย จำนวน 2 คน ซึ่งเป็นนักศึกษาสาธารณสุขศาสตร์ชั้นปีที่ 4 โดยผู้วิจัยได้ให้การอบรมชี้แจงบทบาทหน้าที่และแนวทางการดำเนินกิจกรรมแก่ผู้ช่วยนักวิจัยก่อนเริ่มการวิจัย

2. จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยประยุกต์กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ตามแนวคิดของ Kolb มีระยะเวลาทั้งสิ้น 8 สัปดาห์ ดังนี้

2.1 แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้เดิมเรื่องพฤติกรรมสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตและหลักการส่งเสริมการดูแลสุขภาพด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต

2.2 องค์ความรู้ด้านโภชนาการ รวมทั้งเข้าฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 ฐาน หวาน หวาน และ การอ่านโภชนาการ และฐานที่ 2 ฐาน 2:1:1 และ เรียนรู้บูรณาการเมนูอาหาร

2.3 การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการนอนหลับและผลลัพธ์ต่อสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดี

2.4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ

2.5 การจัดการความเครียดและการส่งเสริมสุขภาพจิต

2.6 การลด ละ เลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด

2.7 การจัดการสารพิษในสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพ

2.8 ทักษะภาวะผู้นำและการจัดการ

3. เมื่อครบ 8 ครั้ง ผู้วิจัยประเมินความรู้เรื่องพฤติกรรมลดสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวช ศาสตร์วิถีชีวิต

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา จำนวนและร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เดิมเรื่องพฤติกรรมลดสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวช ศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนและหลังทดลองรายด้านและภาพรวมโดย ใช้สถิติ Paired t-test

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร เอกสารรับรอง 45/2567 รหัสโครงการเลขที่ 33/2567 ลงวันที่ 29 ตุลาคม 2567 ผู้วิจัย ได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยประโยชน์ที่ได้รับ ผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับและจะนำไปทำลาย เมื่อผลงานวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้วกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างรวม 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรระหว่างสองกลุ่ม พบว่ามีความคล้ายคลึงกันดังนี้

กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 96.7 อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.7 สถานภาพสมรส ร้อยละ 60.0 ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1-6 ร้อยละ 56.7 อาชีพหลักแม่บ้าน/ พ่อบ้าน ร้อยละ 33.3 รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 46.7 และประสบการณ์ทำงานเป็น อสม. 1-5 ปี, 11-15 ปี และ 16-20 ปี ร้อยละ 26.7 เท่ากันทุกช่วง

กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.0 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 56.7 ระดับการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1-6 ร้อยละ 53.3 อาชีพหลักแม่บ้าน/พ่อบ้าน ร้อย ละ 30.0 รายได้ต่อเดือนไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 43.3 และประสบการณ์ทำงานเป็น อสม. 16-20 ปี ร้อยละ 26.7

เมื่อเปรียบเทียบลักษณะทางประชากรระหว่างสองกลุ่มโดยรวม พบว่า ทั้งสองกลุ่มมีลักษณะ ทางประชากรที่ใกล้เคียงกัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่าง ทั้งสองกลุ่มมีความเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneity) เหมาะสมสำหรับการเปรียบเทียบผลการทดลอง

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมลดสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวช ศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม

2.1 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง โดยใช้ independent t-test (n = 60)

ตัวแปร/กลุ่ม	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	24.6	3.8	-0.574	29	0.955
กลุ่มควบคุม	24.6	4.2			

2.2 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนต่างของคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง โดยใช้ independent t-test (n = 60)

ตัวแปร/กลุ่ม	Mean	SD	t	df	p-value
กลุ่มทดลอง	26.7	3.5	2.259	29	0.032
กลุ่มควบคุม	25.0	2.6			

2.3 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้รายด้านในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้รายด้านในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้ paired t-test พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านหลักการส่งเสริมการดูแลตนเอง การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการลด ละ เลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด สูงวก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความรู้ด้านโภชนาการ การนอนหลับและผลลัพธ์ต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และทักษะภาวะผู้นำและการจัดการ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมลดสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตรายด้าน ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในกลุ่มทดลอง โดยใช้ paired t-test (n = 30)

ตัวแปร/ระยะการทดลอง	Mean	SD	t	df	p-value
หลักการส่งเสริมการดูแลตนเอง					
ก่อนการทดลอง	3.1	0.8	3.195	29	0.003
หลังการทดลอง	3.7	0.5			
องค์ความรู้ด้านโภชนาการ					
ก่อนการทดลอง	3.8	2.1	0.516	29	0.610
หลังการทดลอง	3.6	0.6			
การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย					
ก่อนการทดลอง	2.8	0.7	3.440	29	0.002
หลังการทดลอง	3.4	0.7			
การนอนหลับและผลลัพธ์ต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี					
ก่อนการทดลอง	3.0	0.9	1.022	29	0.315
หลังการทดลอง	3.3	0.8			
การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ					
ก่อนการทดลอง	3.5	0.6	1.424	29	0.165
หลังการทดลอง	3.7	0.6			
การลด ละ เลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด					
ก่อนการทดลอง	3.2	1.0	2.041	29	0.050
หลังการทดลอง	3.7	0.7			
ทักษะภาวะผู้นำและการจัดการ					
ก่อนการทดลอง	5.1	1.18	0.354	29	0.726
หลังการทดลอง	5.2	1.54			

อภิปรายผล

การวิจัยนี้มุ่งศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมลดสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตผ่านโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม จากผลการวิจัย สามารถอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัยได้ดังนี้

1. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง ผลการวิจัยพบว่าภายหลังการได้รับโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kolb กล่าวว่า การเรียนรู้มีประสิทธิภาพต้องประกอบด้วยประสบการณ์ การสะท้อนคิด การสร้างความคิดรวบยอด และการนำไปประยุกต์ใช้⁽⁶⁾ โดยโปรแกรมนี้ได้ออกแบบกิจกรรมให้ อสม. ได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ผ่านการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การวิเคราะห์สถานการณ์ และการฝึกปฏิบัติทำให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและสามารถจดจำความรู้ได้ดียิ่งขึ้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านหลักการส่งเสริมการดูแลตนเอง การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการลดละเลิกบุหรี่

แอลกอฮอล์ และสารเสพติดเพิ่มขึ้น สามารถอธิบายผลได้ว่า ด้านดังกล่าวเป็นทักษะเชิงปฏิบัติที่ต้องอาศัยการฝึกฝนจริง โปรแกรมการทดลองให้ผู้เข้าร่วมได้ฝึกทักษะต่างๆ ภายใต้การสาธิตและแนะนำของวิทยากรทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดความมั่นใจและนำไปปฏิบัติได้จริงในชีวิตประจำวัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ⁽¹¹⁾ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้ อสม. มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประเสริฐ ประสมรักษ์ และคณะ⁽¹²⁾ พบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพส่งผลให้ อสม. มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้น ส่วนองค์ความรู้บางด้าน เช่น ความรู้ด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและผลลัพธ์ต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และทักษะการวางแผน ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งอาจเป็นเพราะ อสม. มีความรู้พื้นฐานจากการอบรม ประสพการณ์การทำงานที่ผ่านมา และสิ่งที่ต้องใช้เวลาและต้องอาศัยการฝึกฝนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ จตุพร เหลืองอุบล และคณะ⁽¹³⁾ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการและการออกกำลังกายในระดับดีอยู่แล้วก่อนเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ⁽¹⁴⁾ พบว่าการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแบบมีส่วนร่วมให้กับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะ และพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้นกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของชนมณีภา วรณพงษ์⁽¹⁵⁾ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรัง พบว่ากลุ่มที่ได้รับการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ได้รับการความรู้ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ เนื่องจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจในการดูแลตนเอง และได้เรียนรู้เทคนิคการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม

2. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ไม่แตกต่างกับกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้เป็นเพราะกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีพื้นฐานพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตไม่แตกต่างกันก่อนได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

3. การเปรียบเทียบคะแนนความรู้ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงให้เห็นว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่เน้นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสะท้อนคิด การวิเคราะห์ และการประยุกต์ใช้ความรู้ มีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ของ อสม. มากกว่าการให้ความรู้แบบบรรยายสอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ของ Knowles⁽¹⁶⁾ กล่าวว่า การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะมีประสิทธิภาพเมื่อผู้เรียนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ และเห็นประโยชน์ของการเรียนรู้ที่สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันหรือการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้ การส่งเสริมการปฏิบัติ การฝึกทักษะการสื่อสารทางสุขภาพ และทักษะที่จำเป็น การเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง และการประเมินทักษะที่จำเป็นในการ

ดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นันทพร และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมตามแนวคิดของ Kolb ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพมีความรู้และปฏิบัติตามหลักเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้ดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วรณวิมล เมฆวิมล และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงทำให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. การวิเคราะห์ผลของโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้รายด้าน

การวิเคราะห์ผลของโปรแกรมฯ ต่อความรู้รายด้านในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยด้านหลักการส่งเสริมการดูแลตนเอง การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการลดละเลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติดสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งกระบวนการเสริมสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Efficacy) อยู่ในรูปแบบของการฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพ เช่น การคำนวณปริมาณแคลอรีในอาหาร การฝึกท่าออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น กระบวนการดังกล่าวช่วยเพิ่มความมั่นใจและความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพตนเอง และกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติจริง สอดคล้องกับทฤษฎีความสามารถแห่งตนของ Bandura ที่กล่าวว่าเมื่อบุคคลรับรู้ว่ามีความสามารถในการกระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง จะทำให้เกิดแรงจูงใจและพยายามกระทำพฤติกรรมนั้นให้สำเร็จ⁽¹⁹⁾ สะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมมีประสิทธิภาพในการพัฒนาความรู้ของ อสม. ในด้านดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ พิษณุ แสนประเสริฐ และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่าการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ช่วยเพิ่มความรู้ด้านการส่งเสริมการดูแลตนเองและการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ อารี บุตรสอน และคณะ⁽²¹⁾ พบว่าการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ในชุมชนโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ทำให้ อสม. มีความรู้เรื่องการลดละเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุปราณี แสงอ่อน และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าการจัดโปรแกรมเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อุบล จ้วงพานิช และคณะ⁽²³⁾ พบว่าการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพ ช่วยให้กลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเอง ความรู้ และพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น ส่วนด้านโภชนาการ การออกกำลังกายและผลลัพธ์ต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจ และทักษะภาวะผู้นำและการจัดการ ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจมีสาเหตุจากปัจจัยต่างๆ เช่น ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมไม่เพียงพอ เนื้อหาที่ซับซ้อน หรือวิธีการถ่ายทอดความรู้ที่อาจไม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรไสว ลีมิตรกุล และคณะ⁽²⁴⁾ พบว่าการพัฒนาความรู้ด้านโภชนาการและการเสริมสร้างความเข้มแข็งทางใจในอาสาสมัครสาธารณสุขต้องใช้เวลาและรูปแบบกิจกรรมที่เฉพาะเจาะจง

อภิปรายผล

การศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต่อความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิตโดยโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ตำบลดอนทราย อำเภอปากท่อ จังหวัดราชบุรี เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มควบคุม 30 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต และ

โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 8 สัปดาห์ ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ เมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ด้านหลักการส่งเสริมการดูแลสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการลด ละ เลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ความรู้ด้านโภชนาการ การนอนหลับและผลลัพธ์ต่อสุขภาพ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และทักษะภาวะผู้นำและการจัดการ ไม่แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้โดยรวมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($M = 26.7$ vs 25.0 , $p = .032$)

ผลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการเพิ่มพูนความรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพโรค NCDs ด้วยเวชศาสตร์วิถีชีวิต ซึ่งจะเป็นพื้นฐานสำคัญให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง และนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ในการแนะนำ ติดตาม และสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วยโรค NCDs ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ควรนำโปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านด้านการดูแลสุขภาพโรค NCDs โดยเฉพาะในประเด็นการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการลด ละ เลิกบุหรี่ แอลกอฮอล์ และสารเสพติด ซึ่งพบว่ามีประสิทธิภาพชัดเจน
2. สำหรับด้านที่ยังไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความรู้ด้านโภชนาการ การนอนหลับ การเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ และทักษะภาวะผู้นำ ควรพิจารณาปรับรูปแบบกิจกรรมให้มีความเข้มข้นและระยะเวลาที่เพียงพอมากขึ้น หรือพัฒนาโปรแกรมเฉพาะด้านเพิ่มเติม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาผลของโปรแกรมต่อตัวแปรอื่นๆ นอกเหนือจากความรู้ เช่น ทักษะ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยโรค NCDs ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้เห็นภาพผลลัพธ์ที่ครอบคลุมมากขึ้น
2. ควรศึกษาผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชน เช่น ระดับความรู้และพฤติกรรมการสุขภาพของผู้ป่วยโรค NCDs ที่ได้รับการดูแลจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ผ่านโปรแกรม เพื่อประเมินผลกระทบในระดับชุมชนอย่างแท้จริง

References

- American College of Lifestyle Medicine. (2021). What is lifestyle medicine? Retrieved March 29, 2025, from https://www.lifestylemedicine.org/ACLM/About/What_is_Lifestyle_Medicine/ACLM/About/What_is_Lifestyle_Medicine_/Lifestyle_Medicine.aspx
- Bureau of Non-Communicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2017). National Strategic Plan for Prevention and Control of Non-communicable Diseases 5 Years (2017-2021). Nonthaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)
- Butrsorn, A., Homsin, P. & Samran, K. (2018). Effects of Village Health Volunteer Capacity Development Program in Smoking Cessation. *Journal of Health Science*, 27(2), 223-231. (in Thai)
- Churungsarit, C. (2016). 'MS' Learning Management and Thai Education. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University Press. (in Thai)
- Chuprapawan, C., Kerdmongkol, P., Kanjanakunn, K. & Kamhong, S. (2020). Effects of Learning Activities to Promote Health Literacy in Type 2 Diabetes Patients. *Journal of Nursing Science, Ubon Ratchathani University*, 1, 76-92. (in Thai)
- Don Sai Subdistrict Health Promoting Hospital. (2020). Public Health Statistics Report of Don Sai Subdistrict 2020. Ratchaburi: Don Sai Subdistrict Health Promoting Hospital. (in Thai)
- Eiumsupasit, S. (2013). Behavior Modification Theories and Techniques. (8th ed.). Bangkok: Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- Juangpanich, U., Tantayotai, W. & Chanyadham, K. (2020). Development of Self-Care Ability Promotion Program for Type 2 Diabetes Patients Through Health Team Participation. *Thai Journal of Nursing Council*, 35(2), 5-21. (in Thai)
- Kolb, D. A. (2014). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. (2nd ed.). New Jersey: Pearson Education.
- Knowles, M. S. (1984). Andragogy in Action: Applying Modern Principles of Adult Education. San Francisco: Jossey-Bass.
- Laowichaya, N., Prompitagkul, P. & Watcharasin, J. (2021). Effects of Health Personnel Capacity Development Program in Lifestyle Medicine. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 41(1), 55-66. (in Thai)
- Limsatrakul, P., Khumpalikij, S., Srisathitnarakun, B. & Luangamornlert, S. (2020). Village Health Volunteers Capacity Development on Health Literacy Regarding Care for Type 2 Diabetes Mellitus Patients in Community, Phetchaburi Province. *Ramathibodi Nursing Journal*, 26(2), 175-187. (in Thai)
- Luangubon, J., Ngamukhote, C. & Panoothum, S. (2017). Health Literacy Regarding Non-Communicable Diseases Among Village Health Volunteers in Phichit Province. *Journal of Health Science*, 26(4), 718-727. (in Thai)
- Manee, C. & Kowit, L. (2015). Effects of Applying the Participatory Learning According to Kolb's Learning Styles Toward the Changing of Health Behaviors of the Elderly in the Elderly School. *Nursing Journal*, 42, 92-103. (in Thai)

- Mekwimol, W., Pantametheeruthi, B. & Youngvaniseth, S. (2018). Effects of Participatory Health Promotion Program in Community on Prevention and Control Behaviors of Hypertension and Diabetes Among Village Health Volunteers. *Journal of Nurses Association of Thailand, North-Eastern Division*, 36(3), 11-20. (in Thai)
- Prasomrak, P., Aekplakorn, W. & Suksomboon, N. (2019). Development of Health Promotion Model for Chronic Non-Communicable Disease Care by Village Health Volunteers. *Journal of Health Systems Research*, 13(1), 16-30. (in Thai)
- Saenprasert, P., Watcharasin, J. & Diawisares, W. (2019). Effects of Self-Health Care Promotion Activity Package on Self-Health Care Advice Behaviors for Non-Communicable Disease Patients Among Village Health Volunteers. *Nursing and Education*, 12(4), 142-155. (in Thai)
- Saeng-on, S., Rattanagrittakul, S. & Putthawattana, P. (2016). Effects of Empowerment Program on Self-Care Behaviors Among Patients After Coronary Artery Bypass Graft Surgery. *Ramathibodi Nursing Journal*, 22(2), 145-159. (in Thai)
- Srivanichakorn, S., Jiracheepattana, W. & Ravivorakul, T. (2017). Effects of Competency Development Program for Village Health Volunteers in Caring for Patients with Chronic Non-Communicable Diseases in Communities. *Journal of Nursing Science and Health*, 40(3), 81-89. (in Thai)
- Steering Committee for the Development of the 12th National Health Development Plan, B.E. 2560-2564. (2016). The 12th National Health Development Plan, B.E. 2560-2564 (2017-2021). Nonthaburi: Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. (in Thai)
- Thai Health Promotion Foundation. (2020). Annual Report 2019. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation. Retrieved March 29, 2025, from <https://www.thaihealth.or.th/Content/53435-Annual%20Report%202019.html> (in Thai)
- Thongnuadee, B. & Jiracheepattana, W. (2018). Factors Related to Village Health Volunteers' Participation in Non-Communicable Disease Prevention and Control in Suphan Buri Province. *Journal of Health Science*, 27, 273-282. (in Thai)
- Wannapong, C. (2019). Effects of Participatory Learning Program on Self-Care Behaviors Among Elderly at Risk of Diabetes in Community (Master's thesis). Bangkok: Chulalongkorn University. (in Thai)
- World Health Organization. (2018). Noncommunicable diseases country profiles 2018. Geneva: World Health Organization. Retrieved March 29, 2025, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/274512>

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย Relationships between Health Literacy, Dietary Behaviors, Physical Activity, and Quality of Life among Thai Elderly

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Aug. 28, 2025

Revised : Mar. 17, 2026

Accepted : Mar. 30, 2026

Published : Apr. 1, 2026

มณฑล หวานวาจา, ประวีณัฐ กาญจนจรัสศักดิ์, กมลวรรณ สุขประเสริฐ
กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
Montol Wanwaja, Praweenuch Kanjanakajornsak, Kamonwan Sukprasert
Health Literacy and Communication Promotion Division,
Department of Health, Ministry of Public Health

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ที่มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย รวมถึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกายกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทยใน 5 ภูมิภาค ภูมิภาค การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลจากผู้สูงอายุจำนวน 335 ราย จาก 5 ภูมิภาค โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือหลัก จากนั้นวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติสหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้นและมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ($r = 0.85, p < 0.01$) ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคที่สมดุล และพบว่าในบางภูมิภาค เช่น ภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ความรู้ด้านสุขภาพที่ดีส่งผลโดยตรงต่อการเพิ่มระดับกิจกรรมทางกาย อย่างไรก็ตาม ในภูมิภาคอื่นพบว่ากิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านความรู้เพียงอย่างเดียว แต่ยังถูกหล่อหลอมด้วยบริบททางสังคมและวิถีชีวิต อาทิ การประกอบอาชีพเกษตรกรรม การใช้แรงงาน และการสนับสนุนจากท้องถิ่น ดังนั้น การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนจึงจำเป็นต้องบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพควบคู่ไปกับการปรับใช้ปัจจัยเชิงพื้นที่และวิถีชีวิตจริงของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความรู้ด้านสุขภาพ, กิจกรรมทางกาย, พฤติกรรมสุขภาพ

Corresponding Author : มณฑล หวานวาจา E-mail: hldoh2560@gmail.com

Abstract

This study aimed to examine the relationships influencing health literacy, dietary behaviors, physical activity, and quality of life among older adults in Thailand. It also analyzed the relationship between physical activity behaviors and quality of life among older adults across the five regions of Thailand. This research employed a quantitative approach, collecting data from 335 older adults across five regions using a questionnaire as the primary instrument. Data were analyzed using descriptive statistics and Pearson's correlation.

The findings revealed that most older adults had a high level of quality of life, which showed a moderate positive correlation with physical activity behaviors ($r = 0.85$, $p < 0.01$). Good health literacy was associated with balanced dietary behaviors. In certain regions, such as the northern and eastern regions, higher health literacy directly contributed to increased levels of physical activity. However, in other regions, physical activity among older adults was not solely determined by knowledge factors but was also shaped by social contexts and lifestyles, such as engagement in agricultural work, manual labor, and local community support. Therefore, promoting sustainable health behaviors requires integrating health literacy with contextual and lifestyle factors specific to each locality.

Keywords: Older Adults, Health Literacy, Physical Activity, Health Behavior

Corresponding Author : Montol Wanwaja E-mail: hldoh2560@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ส่งผลให้ประเด็นด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุกลายเป็นปัญหาสำคัญในเชิงนโยบายและการพัฒนาสังคม จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563 พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากเผชิญกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) อาทิ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมสะสมมาเป็นระยะเวลานานนอกจากนี้ (National Statistical Office, 2020) ผู้สูงอายุยังประสบปัญหาด้านการเสื่อมถอยของสภาพร่างกาย เช่น ความบกพร่องทางการได้ยิน ความจำเสื่อม การทรงตัวที่ไม่ดี อุบัติเหตุจากการหกล้ม และภาวะกลืนอาหารไม่ได้ ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการพึ่งพาตนเองขณะเดียวกัน ปัจจัยทางสังคมยังมีผลกระทบต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการขาดโอกาสในการเข้าถึงสวัสดิการสังคม กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งต้องใช้ชีวิตอย่างโดดเดี่ยว ขาดการสนับสนุนทางสังคม และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่จำกัด ทั้งที่ผู้สูงอายุคือผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตและองค์ความรู้ท้องถิ่นที่มีคุณค่าซึ่งสามารถถ่ายทอดให้คนรุ่นหลังได้เรียนรู้และนำไปใช้ในการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาวะและยั่งยืน (Supakan, B., et al., 2019)

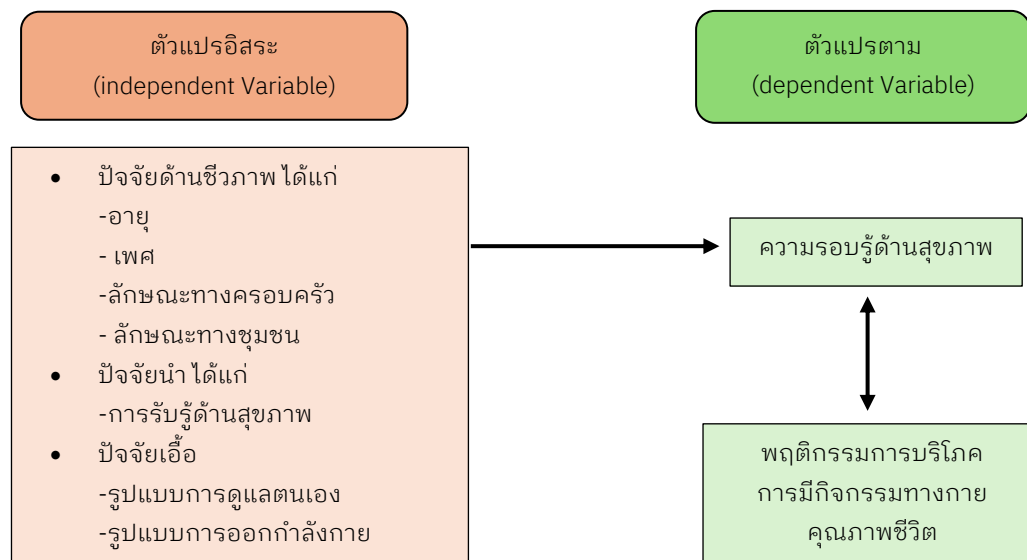
ความจำเป็นในการส่งเสริมการเรียนรู้และการรับรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นเรื่องที่ไม่อาจละเลย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งมีความต้องการข้อมูลที่เข้าใจง่าย เหมาะสมกับวัย และสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้ด้านสุขภาพจึงไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค แต่ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระยะยาว ในปัจจุบัน “ความรอบรู้ด้านสุขภาพ” (Health Literacy) ได้รับการยอมรับว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพหมายถึง ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การสืบค้น ทำความเข้าใจ ตีความ และใช้ข้อมูลเหล่านั้นอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว (McHill et al., 2017) การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากสามารถลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ช่วยให้ประชาชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน และเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองในระยะยาว ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เป็นต้นมา จำนวนผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และในปี พ.ศ. 2566 คาดว่าจะมีผู้มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นปีละประมาณ ล้านคน หรือคิดเป็นมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (Department of Provincial Administration, 2021) ระบุว่า กลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยต้น (อายุ 60–69 ปี) รองลงมาได้แก่ วัยกลาง (70–79 ปี) และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในอัตราดังกล่าว ย่อมนำมาซึ่งความท้าทายในการจัดการระบบสุขภาพ สวัสดิการ และคุณภาพชีวิตในระยะยาว โดยเฉพาะด้านการเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะทั้งนี้

จากการทบทวนวรรณกรรมผู้วิจัยพบว่า การรับรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและการเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ด้านสุขภาพยังคงเป็นปัญหาการรับรู้ของผู้สูงอายุ อีกทั้งการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุ โดยเฉพาะด้านการเตรียมความพร้อมในการใช้ชีวิตในวัยสูงอายุอย่างมีสุขภาวะทั้งนี้ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนของสังคม ทั้งภาครัฐ ภาควิชาการ และภาคประชาชน โดยเน้นการบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์และการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้มีสุขภาพที่ดีตลอดช่วงชีวิต ไม่เพียงในมิติทางร่างกายเท่านั้น แต่ยังรวมถึงมิติทางจิตใจ สังคม และสติปัญญาอีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ต่อความรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมการบริโภคการมีกิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการมีกิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย

กรอบแนวคิด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยการใช้การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุไทย กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จังหวัดละ 67 คน จากพื้นที่สุขภาพดีใน 5 ภูมิภาค เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อเก็บข้อมูลเชิงปริมาณด้านพฤติกรรมบริโภคการมีกิจกรรมทางกาย คุณภาพชีวิต และความรู้ด้านสุขภาพ ทั้งหมดจะถูกรวบรวมและเปรียบเทียบเพื่อสะท้อนปัจจัยและบริบทที่แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค อันจะช่วยให้เข้าใจพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยได้อย่างรอบด้าน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย
2. กลุ่มตัวอย่าง: เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดี จาก 5 ภูมิภาคในประเทศไทย จำนวนจำนวน 335 คน แบ่งตามภูมิภาคต่างๆ ได้ 5 ภูมิภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคอีสาน ภาคใต้ และภาคตะวันออก โดยมีการคัดเลือกเข้าตามเกณฑ์การคัดเลือก ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ประกอบด้วย

- 1) เป็นผู้สูงอายุสุขภาพดีในประเทศไทย
- 2) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา
- 3) สามารถสื่อสาร ฟัง พูด อ่าน เขียน ได้ดี
- 4) ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงสามารถช่วยเหลือตนเองได้

เกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ประกอบด้วย

- 1) ไม่ยินยอมและไม่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมตลอดการศึกษา
- 2) มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เจ็บป่วยรุนแรงหรือ ทุพพลภาพระหว่างการทำการการศึกษา
- 3) เสียชีวิตระหว่างทำการการศึกษา

เกณฑ์การถอนออกจากการวิจัย (Discontinuation Criteria)

อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัย มีสิทธิถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแสดงเหตุผล และการถอนตัวจะไม่ส่งผลกระทบต่อสิทธิหรือสวัสดิการใด ๆ ที่พึงได้รับ

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกด้วยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้ผู้สูงอายุภูมิภาคละ 67 ราย รวม 335 ราย จาก 5 ภูมิภาค ตามเกณฑ์การคัดเลือก และเก็บข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามจำนวน 4 ฉบับ ดังนี้

1. แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา การประกอบอาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นต้น
2. แบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพจำนวน 34 ข้อ, ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 14 ข้อ และส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ และพัฒนาปรับรูปแบบข้อคำถาม จาก 34 ข้อ เหลือ 17 ข้อคำถาม โดยมีค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม 0.892 (Kamonwan et al., 2023)

การแบ่งระดับความรู้ตามแบบสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2566 ซึ่งผ่านการทดสอบคุณภาพแล้วจำนวน 17 ข้อ

คำถาม ครอบคลุมทักษะความรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การชักถามข้อสงสัย และการตัดสินใจ โดย แบ่งคะแนนเป็น ไม่รู้และ

ไม่เกี่ยวข้อง = 0 คะแนน, ยากมาก = 1 คะแนน, ยาก = 2 คะแนน , ง่าย = 3 คะแนน, ง่ายมาก = 4 คะแนน, รวมทั้งแบบสอบถาม 68 คะแนน

กลุ่มต่ำ ตามเกณฑ์ EU $\leq 50\%$ หรือตามแบบสอบถามครั้งนี้ ≤ 34 คะแนน

กลุ่มไม่เพียงพอ ตามเกณฑ์ EU 51-66% หรือตามแบบสอบถามครั้งนี้ 35-44 คะแนน

กลุ่มเพียงพอ ตามเกณฑ์ EU 67-84% หรือตามแบบสอบถามครั้งนี้ 45-57 คะแนน

กลุ่มดีมาก ตามเกณฑ์ EU $>84\%$ หรือตามแบบสอบถามครั้งนี้ 58-68 คะแนน (World Health Organization ,2015)

3. แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร (Food frequency questionnaire) แบบประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร นำรูปแบบข้อคำถามจากแนวทางการประเมินพฤติกรรมการบริโภค หวาน มัน เค็ม ซึ่งสามารถตอบอาหารที่ท่านเคยรับประทานหรือรับประทานอยู่ในช่วงสัปดาห์ที่ผ่านมา (Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. ,2012)

4. เป็นแบบสอบถามกิจกรรมทางกายเพื่อประเมินถึงระดับของการทำกิจกรรมทางกายมีการแปลผล ได้แก่ ความหนักระดับ ปานกลางถึงหนัก 150 นาทีต่อสัปดาห์ (Wongnoy, K., Juwa, S., & Srisookkum, T. ,2023) และเพื่อแยกระดับกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวออก แรง และ ประเมินการมีพฤติกรรมเนือยนิ่ง โดยจะสอบถามเกี่ยวกับระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางกาย(Bull, F. C., Maslin, T. S., & Armstrong, T. ,2009)

5. แบบสอบถาม คุณภาพชีวิต (Quality of Life: QoL) คือ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF THAI) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ครอบคลุมองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้าน

สิ่งแวดล้อม โดยมีการตรวจให้คะแนนแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ (Likert Scale) และแปลผลคะแนนรวมออกเป็น 3 ระดับ คือ ระดับไม่ดี ระดับปานกลาง และระดับดี (Department of Mental Health [DMH], 2007)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

มี 4 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การเตรียมการ

- 1) การศึกษารวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์ ทบทวนวรรณกรรมและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) พฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิต
- 2) ออกแบบแบบสอบถามเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค กิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย
- 3) เพื่อพิจารณาเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายมาดำเนินการและวิเคราะห์เอกสาร แนวคำถามแบบสอบถาม
- 4) ประชุมระดมสมอง ระหว่างทีมผู้วิจัย บุคลากรจากศูนย์อนามัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้าใจและวางแนวทางร่วมกัน ในการเก็บข้อมูลและบริหารจัดการแบบสอบถามให้มีประสิทธิภาพ

ระยะที่ 2 ระยะค้นหากลุ่มเป้าหมาย

- 1) ประสานหน่วยงานในพื้นที่เพื่อค้นหากลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการวิจัย ดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อคัดเลือกตามพื้นที่ที่สุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และเก็บข้อมูลผ่านแบบสอบถาม
- 2) การขออนุญาตดำเนินการจัดกิจกรรมและทำแบบสอบถามของผู้สูงอายุไทยที่ โดยทำการยินยอมในการยินยอมการวิจัย
- 3) ชี้แจงโครงการและขอความอนุเคราะห์ผู้สูงอายุลงนามยินยอมเข้าร่วมเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิต

ระยะที่ 3 การดำเนินการทำแบบสอบถาม

- 1) จัดหาสถานที่ที่จะใช้ดำเนินการทำแบบสอบถาม
- 2) ดำเนินการนำกลุ่มตัวอย่างมาเข้ากระบวนการกลุ่ม และดำเนินการให้ทำแบบสอบถามด้วยการจัดกลุ่ม โดยมีทีมผู้วิจัยให้ตอบข้อซักถาม ข้อสงสัย หรือในการทำแบบสอบถาม
- 3) ขณะดำเนินการจะมีการสังเกตผู้เข้าร่วมทำแบบสอบถาม

ระยะที่ 4 ระยะการจัดทำข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และการรายงานผล

- 1) ดำเนินการจัดทำรหัส ลงข้อมูลข้อมูลที่ได้จากการเก็บแบบสอบถาม
- 2) ประมวลผล และวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ต่อพฤติกรรมการบริโภค การมีกิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เพื่ออธิบายลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงผลในรูปของจำนวน (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.)

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้สถิติสหสัมพันธ์ (Correlation) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย เลขที่ 765 วันที่ 30 กันยายน 2567

ผลการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดพะเยา ดำเนินการกับผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 335 ราย จาก 5 พื้นที่ตัวอย่างทั่วประเทศ ผู้วิจัยลงพื้นที่ตามอำเภอต่าง ๆ และขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่อาจมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง การเก็บข้อมูลเป็นไปอย่างเรียบร้อย ไม่มีผู้เข้าร่วมปฏิเสธ หลังเสร็จสิ้น ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนและถูกต้องของแบบสอบถาม ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ความสัมพันธ์

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว การมีผู้ดูแล และสถานการณ์เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง	ภาคเหนือ (n=67)	ภาคอีสาน (n=67)	ภาคกลาง (n=67)	ภาคใต้ (n=67)	ภาคตะวันออก (n=67)
เพศ					
ชาย	14 (20.9%)	17 (25.4%)	12 (18.0%)	10 (15.0%)	13 (19.4%)
หญิง	53 (79.1%)	50 (74.6%)	55 (82.0%)	57 (85.0%)	54 (80.6%)
อายุ	60 - 87 ปี	60 - 82 ปี	60 - 84 ปี	60 - 86 ปี	60 - 85 ปี
สถานภาพสมรส					
โสด	4 (6.0%)	4 (6.0%)	4 (6.0%)	2 (3.0%)	2 (3.0%)
สมรส	46 (68.6%)	45 (67.2%)	50 (75.0%)	52 (78.0%)	50 (74.6%)
หม้าย/หย่าร้าง	17 (25.4%)	18 (26.8%)	13 (19.0%)	13 (19.0%)	15 (22.4%)
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาปีที่ 4	40 (60.0%)	35 (52.2%)	35 (52.2%)	36 (54.0%)	38 (56.7%)
มัธยมศึกษา	7 (10.0%)	20 (29.9%)	12 (17.9%)	10 (15.0%)	15 (22.4%)
อื่นๆ/ไม่เคยศึกษา	20 (30.0%)	12 (17.9%)	20 (29.9%)	21 (31.0%)	14 (20.9%)
ความเพียงพอของรายได้					
เพียงพอ	28 (42.0%)	39 (58.2%)	31 (46.3%)	32 (48.0%)	34 (50.7%)
เพียงพอแต่มีหนี้สิน	29 (43.0%)	5 (7.5%)	11 (16.4%)	10 (15.0%)	6 (9.0%)
เพียงพอไม่มีหนี้สิน	10 (15.0%)	23 (34.3%)	25 (37.3%)	25 (37.0%)	27 (40.3%)
ลักษณะของครอบครัว					
ครอบครัวเดี่ยว	52 (78.0%)	56 (83.6%)	52 (78.0%)	48 (72.0%)	55 (82.1%)
ครอบครัวขยาย	15 (22.0%)	11 (16.4%)	15 (22.0%)	19 (28.0%)	12 (17.9%)

ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การประเมินตนเองของผู้สูงอายุต่อสถานะทางการเงินในปัจจุบัน โดยแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่

1. รายได้เพียงพอและเหลือเก็บ
2. รายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ
3. รายได้ไม่เพียงพอ

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ 5 พื้นที่ในประเทศไทย

จังหวัด	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
เชียงใหม่	ดีมาก	0	0.00
	เพียงพอ	0	0.00
	ไม่เพียงพอ	20	30.00
	ต่ำ	47	70.00
นครราชสีมา	ดีมาก	0	0.00
	เพียงพอ	13	19.00
	ไม่เพียงพอ	24	36.00
	ต่ำ	30	45
นนทบุรี	ดีมาก	5	7.46
	เพียงพอ	19	28.36
	ไม่เพียงพอ	27	40.30
	ต่ำ	16	23.88
นครศรีธรรมราช	ดีมาก	0	0.00
	เพียงพอ	0	0.00
	ไม่เพียงพอ	37	55.22
	ต่ำ	30	44.78
จันทบุรี	ดีมาก	16	23.88
	เพียงพอ	14	20.89
	ไม่เพียงพอ	19	28.36
	ต่ำ	18	26.87

การศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุใน 5 จังหวัดตัวแทนแต่ละภูมิภาค ได้แก่ เชียงใหม่ นครราชสีมา นนทบุรี นครศรีธรรมราช และจันทบุรี พบว่าจันทบุรีมีสัดส่วนผู้สูงอายุระดับดีมากสูงสุดร้อยละ 23.88 รองลงมาคือ นนทบุรีร้อยละ 7.46 ส่วนจังหวัดนครศรีธรรมราชมีสัดส่วนระดับไม่เพียงพอสูงสุดร้อยละ 55.22 รองลงมาคือ นนทบุรีร้อยละ 40.38 ระดับต่ำมากที่สุดอยู่ที่เชียงใหม่ ร้อยละ 70 รองลงมาคือ นครราชสีมาร้อยละ 45 จังหวัดจันทบุรีมีการกระจายระดับความรอบรู้ทุกระดับอย่างสมดุล แสดงถึงแนวโน้มที่ดีในการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ ขณะที่เชียงใหม่และนครศรีธรรมราชถือว่าน่าเป็นห่วง เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ‘ต่ำ’ และ ‘ไม่เพียงพอ’ โดยมีเพียงจันทบุรีและนนทบุรีที่มีผู้สูงอายุระดับดีมาก

ตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุ 5 พื้นที่

รายการอาหาร	นครราชสีมา	นนทบุรี	จันทบุรี	นครศรีธรรมราช	เชียงใหม่
1. เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน	—	—	ไม่เคยบริโภค 52.24%	—	บริโภค 2-3 ครั้ง/ วัน 43.30%
2. เนื้อสัตว์ติดมัน	—	บริโภคต่ำ และไม่ สม่ำเสมอ	บริโภคสูง 48.00%	บริโภคสูง 54.00%	—
3. อาหารทะเล	บริโภคต่ำสุด	—	บริโภคสูง	บริโภคสูง	—
4. โปรตีนจากพืช	ไม่เคยบริโภค 52.24%	บริโภคน้อย	บริโภคน้อย	บริโภคน้อย	บริโภคน้อย

รายการอาหาร	นครราชสีมา	นนทบุรี	จันทบุรี	นครศรีธรรมราช	เชียงใหม่
5. นม	—	ไม่เคย บริโภค 78%	ไม่เคยบริโภค 54%	บริโภคน้อย	บริโภคน้อย
6. ข้าว/ธัญพืชหลัก	บริโภค สม่ำเสมอ	บริโภค สม่ำเสมอ	บริโภค สม่ำเสมอ 63-70%	บริโภคสม่ำเสมอ	บริโภคสม่ำเสมอ 63-70%
7. เส้น/ขนมปัง	บริโภคต่ำ	บริโภคต่ำ	บริโภคสูง	บริโภคต่ำ	บริโภคสูง
8. ผัก	ไม่เคยบริโภค 45%	—	ปานกลาง	—	บริโภคสูง 57%
9. ผลไม้พื้นบ้าน	กระจาย หลากหลาย	ปานกลาง	บริโภค 4-6 ครั้ง/สัปดาห์ 58.20%	กระจาย หลากหลาย	ปานกลาง
10. ผลไม้นอกฤดู	บริโภคต่ำ	บริโภคต่ำ	บริโภคสูง	—	บริโภคสูง
11. ไขมันจากพืช	กระจาย หลากหลาย	กระจาย หลากหลาย	บริโภค สูง	บริโภคสูง	กระจาย หลากหลาย
12. ไขมันจากสัตว์	ไม่บริโภค >75%	ไม่บริโภค >75%	ไม่บริโภค >75%	ไม่บริโภค >75%	ไม่บริโภค >75%
13. ขนมไทย/ของ ว่าง	กระจาย หลากหลาย	กระจาย หลากหลาย	บริโภคสูง	—	บริโภคสูง
14. ชา/กาแฟ	—	—	บริโภคสูง	—	บริโภคสูง
15. แอลกอฮอล์	มีบางกลุ่ม บริโภค	มีบางกลุ่ม บริโภค	มีบางกลุ่ม บริโภค	งดบริโภค 100%	มีบางกลุ่มบริโภค
16. น้ำอัดลม/ ชานมไข่มุก	—	—	แนวโน้ม บริโภคสูง	บริโภคน้อย	บริโภคมาก
17. น้ำเปล่า	บริโภคประจำ >75%	บริโภค ประจำ >75%			บริโภคประจำ >75%

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุใน 5 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา นนทบุรี จันทบุรี นครศรีธรรมราช และเชียงใหม่ โดยพิจารณาการบริโภคอาหารหลัก ได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต ผัก ผลไม้ ไขมัน อาหารว่าง และเครื่องดื่ม ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้

1. กลุ่มอาหารหมวดโปรตีน

1.1 เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน จังหวัดเชียงใหม่มีสัดส่วนผู้สูงอายุที่บริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมันในระดับสูง โดยร้อยละ 43.30 บริโภค 2-3 ครั้งต่อวัน ในขณะที่จังหวัดจันทบุรีมีสัดส่วนผู้ที่ไม่เคยบริโภคอยู่สูงสุด (ร้อยละ 52.24)

1.2 เนื้อสัตว์ติดมัน จังหวัดนครศรีธรรมราชและจันทบุรีเป็นสองจังหวัดที่มีการบริโภคเนื้อสัตว์ติดมันในระดับสูง โดยร้อยละ 54.00 และ 48.00 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดนนทบุรีมีแนวโน้มการบริโภคต่ำและไม่สม่ำเสมอ

1.3 อาหารทะเล จังหวัดนครศรีธรรมราชและจันทบุรีมีแนวโน้มบริโภคอาหารทะเลสูง ขณะที่จังหวัดนครราชสีมามีอัตราการบริโภคต่ำสุดในกลุ่มตัวอย่าง

1.4 โปรตีนจากพืช พบว่าในทุกจังหวัดมีแนวโน้มบริโภคโปรตีนจากพืชน้อยหรือไม่สม่ำเสมอ โดยจังหวัดนครราชสีมามีสัดส่วนผู้ที่ไม่เคยบริโภคอยู่สูงสุด (ร้อยละ 52.24)

1.5 นม การบริโภคนมอยู่ในระดับต่ำในทุกจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดนนทบุรี (ร้อยละ 78 ไม่เคยบริโภค) และจันทบุรี (ร้อยละ 54 ไม่เคยบริโภค)

2. กลุ่มอาหารหมวดคาร์โบไฮเดรต

2.1 ข้าว/ธัญพืชหลัก การบริโภคข้าวหรือธัญพืชหลักเป็นไปอย่างสม่ำเสมอในทุกจังหวัด โดยเฉพาะจังหวัดเชียงใหม่และจันทบุรีที่มีสัดส่วนผู้บริโภคประจำสูง (ประมาณร้อยละ 63–70)

2.2 อาหารประเภทเส้นและขนมปัง จังหวัดเชียงใหม่และจันทบุรีมีอัตราการบริโภคอาหารประเภทเส้นและขนมปังสูงกว่าจังหวัดอื่น ๆ

3. กลุ่มผัก จังหวัดเชียงใหม่มีการบริโภคผักในระดับสูงสุด (ร้อยละ 57) ขณะที่จังหวัดนครราชสีมา มีสัดส่วนผู้ที่ไม่เคยบริโภคผักสูงที่สุด (ร้อยละ 45)

4. กลุ่มผลไม้

4.1 จังหวัดจันทบุรีบริโภคผลไม้พื้นบ้านบ่อยที่สุด 58.20% (4–6 ครั้ง/สัปดาห์) เชียงใหม่และนนทบุรีระดับปานกลาง ส่วนนครราชสีมาและนครศรีธรรมราชกระจายหลากหลาย

4.2 จันทบุรีและเชียงใหม่บริโภคผลไม้นอกฤดูสูง ขณะที่นนทบุรีและนครราชสีมาบริโภคน้อย

5. กลุ่มไขมัน

5.1 ไขมันจากพืชผู้สูงอายุ จังหวัดนครศรีธรรมราชและจันทบุรีมีการบริโภคไขมันจากพืชในระดับสูง ในขณะที่จังหวัดนนทบุรีและเชียงใหม่มีการบริโภคที่กระจายตัวหลากหลาย

5.2 ไขมันจากสัตว์ ทุกจังหวัดมีแนวโน้มไม่บริโภคไขมันจากสัตว์ โดยเฉพาะจังหวัดจันทบุรีและเชียงใหม่ที่มีสัดส่วนไม่บริโภคมากกว่าร้อยละ 75

6. อาหารว่างและขนมไทย ผู้สูงอายุในจังหวัดจันทบุรีและเชียงใหม่มีแนวโน้มบริโภคอาหารว่างและขนมไทยมากที่สุด ขณะที่จังหวัดนนทบุรีและนครราชสีมา มีการบริโภคที่กระจายตัว

7. เครื่องดื่ม

7.1 ชา/กาแฟ: บริโภคมากในจังหวัดจันทบุรีและเชียงใหม่

7.2 แอลกอฮอล์: จังหวัดนครศรีธรรมราชไม่มีผู้บริโภเลย (ร้อยละ 100 งดบริโภค) ขณะที่จังหวัดอื่น ๆ มีการบริโภคในบางกลุ่ม

7.3 น้ำอัดลมและชาสมุนไพร: บริโภคมากในจังหวัดเชียงใหม่และนครศรีธรรมราช โดยจังหวัดจันทบุรีก็มีแนวโน้มบริโภคค่อนข้างสูง

7.4 น้ำเปล่า: เป็นเครื่องดื่มที่บริโภคมากที่สุดในทุกจังหวัด โดยมากกว่าร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุดื่มเป็นประจำ

ตารางที่ 4 การมีกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุใน 5 ภูมิภาค

ภูมิภาค	มาก (%)	ปานกลาง (%)	น้อย (%)
ภาคเหนือ	19.00	36.00	45.00
ภาคกลาง	22.00	30.00	48.00
ภาคอีสาน	39.00	31.34	45.00
ภาคใต้	34.00	39.00	27.00
ภาคตะวันออก	39.00	22.40	39.00

สรุป: ผู้สูงอายุในภาคอีสาน และภาคตะวันออก มีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายระดับ “มาก” สูงถึง 39% ภาคเหนือและภาคกลาง มีสัดส่วนการมีกิจกรรมทางกายน้อยที่สุด (น้อยกว่า 20% ที่มีกิจกรรมมาก) ส่วนใหญ่ยังคงมีกิจกรรมทางกายในระดับ “น้อย” หรือ “ปานกลาง” อยู่มาก โดยเฉพาะภาคเหนือและภาคกลางที่มีผู้สูงอายุอยู่ในกิจกรรมมาก

ตารางที่ 5 คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุใน 5 ภูมิภาค (ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

ภูมิภาค	ดี (%)	ปานกลาง (%)	ไม่ดี (%)
ภาคเหนือ	30.00	36.00	34.36
ภาคกลาง	39.00	30.00	31.34
ภาคอีสาน	37.30	45.00	18.00
ภาคใต้	36.00	34.33	30.00
ภาคตะวันออก	33.00	30.00	37.30

สรุป: ผู้สูงอายุในภาคอีสานมีคุณภาพชีวิตระดับ 'ดี' และ 'ปานกลาง' รวมกันสูงถึงร้อยละ 82 โดยมีเพียงร้อยละ 18 ที่รายงานว่าคุณภาพชีวิต 'ไม่ดี' ขณะที่ภาคตะวันออกมีผู้สูงอายุที่รายงานคุณภาพชีวิต 'ไม่ดี' สูงที่สุดถึงร้อยละ 37.3 ส่วนภาคเหนือและภาคกลางมีสัดส่วนผู้สูงอายุที่รายงานคุณภาพชีวิต 'ไม่ดี' ค่อนข้างสูงกว่า 30%

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคของผู้สูงอายุใน 5 พื้นที่

จังหวัด	ความรู้โดยรวม	ลักษณะการบริโภคอาหาร	วิเคราะห์ความสัมพันธ์
เชียงใหม่	ต่ำมาก (70% ต่ำ, 30% ไม่พอ)	ขาดเนื้อไม่ติดมัน, ไม่กินผัก, โปรตีนน้อย, ขนมห้างมาก, น้ำอัดลมมาก	ไม่สอดคล้องกับความรู้ต่ำ ส่งผลให้บริโภคไม่สมดุล
นครราชสีมา	ส่วนใหญ่ต่ำถึงไม่พอ (81%)	โปรตีนน้อย, ไม่กินโปรตีนพืช, ผักผลไม้ต่ำ, เนื้อไม่ติดมันน้อย	ไม่สอดคล้องกับความรู้ต่ำ นำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่ดี
นนทบุรี	ระดับพอใช้ (28%) และดี มาก (7%) รวม $\approx 35\%$	บริโภคอาหารกระจายดีขึ้น เช่น ข้าว, ไขมันพืช, ผักผลไม้, น้ำเปล่า	บางส่วนสัมพันธ์กัน แต่ยังมี พฤติกรรมไม่ดีในนม/เนื้อ พืช
นครศรีธรรมราช	ต่ำและไม่พอทั้งหมด (100%)	บริโภคอาหารทะเล, น้ำตาล, น้ำอัดลมสูง, ไม่กินนม	ความรู้ต่ำสัมพันธ์กับ พฤติกรรมเสี่ยงสูง
จันทบุรี	ดีมาก+พอใช้ $\approx 44.77\%$	บริโภคอาหารครบถ้วนหลายหมวด, มีผัก-ผลไม้-เนื้อดี, น้ำเปล่ามาก	ความรู้สูงสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคที่ดี

ตารางที่ 7 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุใน 5 พื้นที่ “ความรู้ด้านสุขภาพ” กับ “กิจกรรมทางกาย” ของผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาค

ภูมิภาค	จังหวัดตัวแทน	ความรู้ด้านสุขภาพ	กิจกรรมทางกาย	วิเคราะห์
ภาคเหนือ	เชียงใหม่	ต่ำมาก (0%)	น้อย (19%)	สอดคล้องกัน — ความรู้ต่ำ กิจกรรมทางกายก็น้อย
ภาคกลาง	นนทบุรี	พอใช้ (35.82%)	น้อย (22%)	ไม่สัมพันธ์ชัดเจน — แม้ความรู้ดีขึ้น แต่กิจกรรมยังต่ำ
ภาคอีสาน	นครราชสีมา	ต่ำ (19%)	มาก (39%)	ตรงข้าม — ความรู้ต่ำ แต่กิจกรรมสูง อาจเพราะวิถีชนบทหรือเกษตร
ภาคใต้	นครศรีธรรมราช	ต่ำมาก (0%)	มาก (34%)	ตรงข้าม — เช่นเดียวกับอีสาน อาจมีปัจจัยอื่นเช่นอาชีพ/พื้นที่
ภาคตะวันออก	จันทบุรี	สูงสุด (44.77%)	มาก (39%)	สอดคล้องกัน — ความรู้สูง กิจกรรมทางกายก็มาก

ผลการคำนวณค่า R (Pearson Correlation Coefficient):

- ค่า $R = 0.294 \rightarrow$ ความสัมพันธ์เชิงบวกเล็กน้อย (แต่ไม่ชัดเจน)
- ค่า $p = 0.632 \rightarrow$ ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิเคราะห์

- ค่า $r=0.805$ $r=0.805$ $r=0.805 \rightarrow$ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง ระหว่าง “ความรู้ด้านสุขภาพ” และ “พฤติกรรมการบริโภค”
- ค่า $p = 0.100 \rightarrow$ ยังไม่ถึงระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha=0.05$ $\alpha=0.05$ $\alpha=0.05$ (อาจเนื่องจากจำนวนกลุ่มน้อย เพียง 5 จังหวัด)

ตารางที่ 8 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุใน 5 พื้นที่

จังหวัด	ภูมิภาค	ความรู้ระดับต่ำ (%)	คุณภาพชีวิตไม่ดี (%)	ความสอดคล้อง
เชียงใหม่	ภาคเหนือ	100%	34.36%	สอดคล้อง — ความรู้ต่ำ คุณภาพชีวิตแย่
นครราชสีมา	ภาคอีสาน	81%	18.00%	ไม่สอดคล้องชัดเจน — ความรู้ต่ำ แต่คุณภาพชีวิตยังดีอยู่มาก
นนทบุรี	ภาคกลาง	64.18%	31.34%	อาจสอดคล้องบางส่วน
นครศรีธรรมราช	ภาคใต้	100%	30.00%	ค่อนข้างสอดคล้อง
จันทบุรี	ภาคตะวันออก	55.23%	37.30%	ไม่สอดคล้อง — ความรู้ปานกลาง แต่คุณภาพชีวิตแย่มากที่สุด

ผลการคำนวณค่า R (Pearson Correlation Coefficient):

- ค่า $R = -0.211$ (ประมาณ)
- ค่า $p = 0.734$

ตารางที่ 9 ความสัมพันธ์ระหว่าง ระดับกิจกรรมทางกาย กับ ระดับคุณภาพชีวิต ทั้ง 5 ภูมิภาค

ภูมิภาค	คะแนนเฉลี่ยกิจกรรมทางกาย	คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต
ภาคเหนือ	1.74	1.96
ภาคกลาง	1.74	2.08
ภาคอีสาน	2.25	2.20
ภาคใต้	2.07	2.07
ภาคตะวันออก	2.01	1.96

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้สูงอายุใน 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัด นครราชสีมา นครราชสีมา นครราชสีมา และเชียงใหม่ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในแต่ละหมวดหมู่ของอาหาร ทั้งในแง่ของความถี่และประเภทอาหารที่บริโภค ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การบริโภคโปรตีน

ผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่มีแนวโน้มบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมันมากกว่าจังหวัดอื่น สะท้อนถึงการตระหนักด้านสุขภาพและการป้องกันโรคเรื้อรัง ขณะที่จังหวัดจันทบุรีพบสัดส่วนผู้ที่ไม่เคยบริโภคเนื้อสัตว์ไม่ติดมันสูงสุด อาจเกี่ยวข้องกับข้อจำกัดทางรายได้หรือค่านิยมด้านอาหาร นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในนครราชสีมาและจันทบุรีบริโภคเนื้อสัตว์ติดมันและอาหารทะเลสูง ซึ่งสัมพันธ์กับลักษณะภูมิศาสตร์ที่ใกล้ทะเล อย่างไรก็ตาม การบริโภคไขมันจากสัตว์โดยรวมอยู่ในระดับต่ำทุกจังหวัด ถือเป็นแนวโน้มที่ดีต่อสุขภาพ ส่วนการบริโภคนมและโปรตีนจากพืชยังคงค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในจันทบุรีและนครราชสีมาที่มีสัดส่วนผู้ไม่บริโภคนมสูง อาจเกิดจากความเชื่อเรื่องการย่อยยากหรือการแพ้แลคโตส ซึ่งควรส่งเสริมให้บริโภคในปริมาณที่เหมาะสม เนื่องจากนมเป็นแหล่งแคลเซียมสำคัญ

2. การบริโภคคาร์โบไฮเดรต

ทุกจังหวัดบริโภคข้าวและธัญพืชเป็นประจำตามวัฒนธรรมไทย แต่เชียงใหม่และจันทบุรีบริโภคเส้นและขนมปังมากกว่า แสดงถึงความหลากหลายวัฒนธรรมและแนวโน้มการบริโภคอาหารแปรรูป

3. การบริโภคผักและผลไม้

จังหวัดเชียงใหม่มีการบริโภคผักที่สูงที่สุด ขณะที่นครราชสีมามีอัตราผู้ที่ไม่เคยบริโภคผักในระดับสูง ซึ่งน่ากังวลในแง่ของสุขภาพระยะยาว เพราะผักเป็นแหล่งใยอาหาร วิตามิน และแร่ธาตุที่สำคัญในด้านผลไม้ จังหวัดจันทบุรีบริโภคผลไม้พื้นบ้านในระดับสูงมาก ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับการเป็นพื้นที่เกษตรกรรมที่มีผลไม้ท้องถิ่นหลากหลาย ส่วนจังหวัดอื่นมีการบริโภคผลไม้ทั่วไปแตกต่างกัน โดยปัจจัยด้านฤดูกาล ราคา และการเข้าถึงอาจมีผลต่อพฤติกรรมนี้

4. การบริโภคไขมัน

การบริโภคไขมันจากพืชในจังหวัดนครราชสีมาและจันทบุรีสูงกว่าในจังหวัดอื่น อาจเนื่องมาจากการใช้วัตถุดิบจากพืช เช่น น้ำมันมะพร้าว หรือน้ำมันปาล์ม ซึ่งผลิตได้ในท้องถิ่น ขณะที่การบริโภคไขมันจากสัตว์ต่ำในทุกจังหวัด ถือเป็นพฤติกรรมที่สอดคล้องกับคำแนะนำด้านโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

5. การบริโภคอาหารว่างและขนมไทย

จันทบุรีและเชียงใหม่มีแนวโน้มบริโภคอาหารว่างและขนมไทยในระดับสูง สะท้อนถึงวัฒนธรรมท้องถิ่นและการเข้าถึงอาหารพื้นบ้าน ขณะที่จังหวัดอื่นมีพฤติกรรมที่หลากหลาย อาจสะท้อนถึงความหลากหลายของวิถีชีวิตและสภาพเศรษฐกิจ

6. การบริโภคเครื่องดื่ม

เครื่องดื่มประเภทชาและกาแฟได้รับความนิยมในจังหวัดจันทบุรีและเชียงใหม่ ส่วนแอลกอฮอล์มีการบริโภคอย่างสิ้นเชิงในนครศรีธรรมราช สะท้อนถึงอิทธิพลของวัฒนธรรม ศาสนา หรือการรณรงค์ในพื้นที่ น้ำอัดลมและชาสมุนไพรบริโภคมากในเชียงใหม่และนครศรีธรรมราช ควรเฝ้าระวังเรื่องน้ำตาลสูงขณะที่น้ำเปล่ายังคงเป็นเครื่องดื่มหลักในทุกจังหวัด ซึ่งเหมาะสมต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) คือ ความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง, เข้าใจ, ประเมิน, และ นำข้อมูลด้านสุขภาพไปใช้ เพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมพฤติกรรมการบริโภคอาหาร คือ การเลือกและรับประทานอาหารในชีวิตประจำวัน เช่น เลือกกินผัก ผลไม้ ลดหวาน มัน เค็ม เป็นต้น เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี ย่อม มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม

จากการศึกษาระดับกิจกรรมทางกายและคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ พบว่า ค่าสหสัมพันธ์เพียร์สัน (r) ระหว่างระดับกิจกรรมทางกายกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละภูมิภาคของประเทศไทย เท่ากับ 0.85 ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูง นั้นหมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายมากกว่ามีแนวโน้มที่จะรายงานคุณภาพชีวิตที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (Wongnoy, K., Juwa, S., & Srisookkum, T., 2023) ที่ชี้ว่า กิจกรรมทางกายมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

ภูมิภาคที่มีคะแนนกิจกรรมทางกายเฉลี่ยสูง เช่น ภาคอีสาน (2.25) และภาคใต้ (2.07) ก็มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตที่สูงกว่าภูมิภาคอื่น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ (Chuenjai, S., 2021) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการออกกำลังกายเป็นประจำมีระดับความพึงพอใจในชีวิตและสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้ที่ไม่มีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางกายยังสัมพันธ์กับการลดความเสี่ยงต่อโรคเรื้อรัง การรักษาความสามารถในการเคลื่อนไหว และการมีอารมณ์ที่มั่นคง (Supakan, B., et al., 2019) ซึ่งทั้งหมดนี้ล้วนเป็นองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการ เช่น ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นเพียงค่าเฉลี่ยระดับภูมิภาค และเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ไม่สามารถสรุปเหตุและผลได้โดยตรง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในอนาคตโดยควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน เช่น รายได้ การศึกษา หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่จากการศึกษากล่าวได้ว่าผู้สูงอายุมี กิจกรรมทางกายมากขึ้น เช่น การเดิน ออกกำลังกายเบา ๆ ยิ่งส่งเสริมให้มี คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง ซึ่งจะสามารถตัดสินใจเลือกกิจกรรมที่เหมาะสมกับตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความสัมพันธ์ของความรอบรู้ด้านสุขภาพกับกิจกรรมทางกาย

1. มีเพียงบางภูมิภาค (ภาคเหนือ, ตะวันออก) ที่แสดงความสอดคล้องว่า ความรอบรู้ที่ดี ส่งผลต่อกิจกรรมทางกายที่สูงขึ้น
2. ในภาคอื่น ๆ แนวโน้มกิจกรรมทางกายของผู้สูงอายุไม่ชัดเจน อาจสะท้อนว่าการมีกิจกรรมทางกายไม่ได้ขึ้นอยู่กับความรู้ด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ยังได้รับอิทธิพลจากอาชีพ ลักษณะภูมิประเทศ วิถีชีวิต และการเข้าถึงแหล่งเรียนรู้หรือการส่งเสริมจากท้องถิ่น

สรุปแนวโน้มความสัมพันธ์

จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดความเสี่ยงโรคเรื้อรังและการรักษาอารมณ์ให้มั่นคง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ (Taylor, 2014) ที่ระบุว่าการเคลื่อนไหวร่างกายเป็นองค์ประกอบหลักของคุณภาพชีวิตในวัยสูงอายุ อย่างไรก็ตาม ประเด็นที่น่าสนใจจากการวิเคราะห์มีดังนี้:

1. ความย้อนแย้งของข้อมูลในบางพื้นที่

แม้ค่า $R = -0.211$ จะแสดงความสัมพันธ์เชิงลบอ่อนๆ ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพต่ำกับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (หมายถึงเมื่อความรู้ต่ำ คุณภาพชีวิตมักจะแย่ลง) แต่ในบางพื้นที่กลับพบผลที่สวนทางกัน เช่น จังหวัดนครราชสีมา ที่มีสัดส่วนความรู้ด้านสุขภาพต่ำสูงถึง 81% แต่มีผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิต "ไม่ดี" เพียง 18%

การอภิปราย: ปรากฏการณ์นี้สะท้อนว่าคุณภาพชีวิตไม่ได้ถูกกำหนดด้วย "ความรู้" เพียงอย่างเดียว แต่อาจมี ตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding Factors) ที่เข้มแข็งกว่า เช่น สายสัมพันธ์ในครอบครัว การเกื้อกูลกันในชุมชน หรือสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ช่วยประคับประคองจิตใจ ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของสังคมชนบทในบางภูมิภาค

2. อิทธิพลของความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการบริโภค

ข้อมูลแสดงให้เห็นชัดเจนว่า จังหวัดที่มีความรู้ด้านสุขภาพสูง (เช่น จันทบุรี, นนทบุรี) มีพฤติกรรมการบริโภคที่สมดุลกว่า ในขณะที่จังหวัดที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ (เช่น เชียงใหม่, นครศรีธรรมราช) มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า เช่น การเลี้ยงผักผลไม้และบริโภคน้ำหวาน ซึ่งตอกย้ำว่า "ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)" คือทักษะสำคัญในการตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตที่เหมาะสม

3. ข้อจำกัดของการศึกษา (Limitation)

- ช่วงเวลาในการเก็บข้อมูล: การวัดคุณภาพชีวิตในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา อาจเป็นเพียงภาพสะท้อนระยะสั้น ไม่สามารถระบุถึงคุณภาพชีวิตในระยะยาวได้
 - ขนาดตัวอย่างระดับพื้นที่: การวิเคราะห์ข้อมูลจากเพียง 5 จังหวัด อาจทำให้ผลการศึกษามีลักษณะ "สรุปอ้างอิงกว้างเกินไป (Over generalization)" เมื่อเทียบกับบริบทที่หลากหลายของทั้งประเทศ
 - ลักษณะทางสถิติ: เนื่องจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ (Correlation) จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผล (Causality) ได้โดยตรง
1. จังหวัดที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ เช่น เชียงใหม่, นครราชสีมา, นครศรีธรรมราช มีแนวโน้มบริโภคโปรตีนพืชต่ำ, ไม่กินผัก-ผลไม้, และบริโภค น้ำอัดลม ขนมหวาน สูง ซึ่งเป็นพฤติกรรมเสี่ยง
 2. จังหวัดที่มีความรู้สูงหรือพอใช้มากกว่า 40% เช่น จันทบุรี, นนทบุรี พบว่า มีพฤติกรรมการบริโภคที่สมดุลกว่า โดยเฉพาะ จันทบุรี ที่บริโภคเนื้อ, ผัก, ผลไม้ และไขมันจากพืชในระดับดี
 3. จากการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และเพิ่มการอภิปรายความสัมพันธ์ของความรู้ด้านสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
 4. ค่า $R = -0.211$ แสดงถึงความสัมพันธ์เชิงลบอ่อนๆ ระหว่างร้อยละของความรู้ด้านสุขภาพต่ำกับร้อยละของคุณภาพชีวิตไม่ดี กล่าวคือ เมื่อความรู้ด้านสุขภาพต่ำลง คุณภาพชีวิตมีแนวโน้มแย่ลงเล็กน้อย

ความสัมพันธ์ที่ไม่ชัดเจน

1. แม้ความรู้ด้านสุขภาพจะมีแนวโน้มสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตในทางลบ แต่จากข้อมูลนี้ ความสัมพันธ์ยังไม่ชัดเจนพอจะยืนยัน
2. บางพื้นที่ เช่น นครราชสีมา มีความรู้สุขภาพต่ำสูงถึง 81% แต่คุณภาพชีวิต "ไม่ดี" เพียง 18% ซึ่งสวนทางกัน

1. ตัวแปรแทรกซ้อน (Confounding Factors)

1. การใช้เพียง 2 ตัวแปรอธิบายคุณภาพชีวิตอาจไม่เพียงพอ
2. ปัจจัยอื่นที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่ รายได้และสถานะทางเศรษฐกิจ ความช่วยเหลือจากครอบครัว ความครอบคลุมของบริการสุขภาพในพื้นที่ การมีโรคเรื้อรัง และความรู้สึกโดดเดี่ยวทางสังคม

2. ข้อจำกัดของข้อมูล

1. จำนวนจังหวัดน้อย (5 จังหวัด) → ขนาดกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ
2. การจับคู่ระหว่างจังหวัดกับภูมิภาคอาจทำให้เกิดการสับสนที่กว้างเกินไป
3. คุณภาพชีวิตวัดจากสัดส่วนในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นช่วงเวลาสั้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Policy Recommendations)

- **การออกแบบนโยบายเฉพาะถิ่น (Localized Policy):** หน่วยงานภาครัฐควรหยุดใช้มาตรการ "ขนาดเดียวใช้ได้กับทุกคน (One-size-fits-all)" แต่ควรเน้นการส่งเสริมสุขภาพตามบริบทวัฒนธรรม เช่น ภาคเหนือและตะวันออกเฉียงเหนืออาจเน้นการให้ความรู้ (Health Literacy) ส่วนภาคตะวันออกเฉียงเหนืออาจเน้นการใช้กลไกชุมชนและศาสนาเป็นต้นนำ
- **การบูรณาการระบบบริการสุขภาพ:** ควรสนับสนุนให้ รพ.สต. และศูนย์สุขภาพชุมชน ยกระดับจากเพียงผู้รักษา เป็น "ผู้อำนวยความสะดวกด้านกิจกรรม (Activity Facilitator)" โดยเชื่อมโยงฐานข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพเข้ากับแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. หน่วยงานสาธารณสุขควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาและส่งเสริม ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเลือกพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ควรส่งเสริม กิจกรรมทางกายในผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชน เช่น การออกกำลังกายหรือกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ เนื่องจากกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายขนาดกลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ศึกษาให้ครอบคลุมมากขึ้น เพื่อให้ผลการวิจัยสามารถอธิบายสถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทยได้อย่างชัดเจนมากยิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ หรือสิ่งแวดล้อม ที่อาจมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้อย่างรอบด้าน

References

- Basnet, S., Merikanto, I., Lahti, T., Mannisto, S., Laatikainen, T., Vartiainen, E., et al. (2016). Associations of common chronic non-communicable diseases and medical conditions with sleep-related problems in a population-based health examination study. *Sleep Science*, 9(3), 249–254.
- Bull, F. C., Maslin, T. S., & Armstrong, T. (2009). Global physical activity questionnaire (GPAQ): Nine-country reliability and validity study. *Journal of Physical Activity and Health*, 6(6), 790–804.
- Chow, B. C., Duong, T. V., Jiao, J., Hassel, H., Kwok, T. C. Y., Nguyen, M. H., & Liu, H. (2024). Health literacy mediates the relationships of cognitive and physical functions with health-related quality of life in older adults. *Frontiers in Public Health*, 12, 1–12.
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.135539>
- Chuenjai, S., & Chatprasart, W. (2021). Factors related to life satisfaction among elderly club members under Kanchanaburi Municipality. *Journal of Health Science Research*, 15(1), 125–136.
- Department of Health. (2021). Guidelines for promoting nutrition for older adults. Bangkok, Thailand: Nutrition Division, Department of Health, Ministry of Public Health. Retrieved from <https://nutrition.anamai.moph.go.th>
- Edwards, M., Wood, F., Davies, M., & Edwards, A. (2012). The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. *BMC Public Health*, 12, 130. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-130>
- Green, T. J., Allen, O. B., & O'Connor, D. L. (1998). A three-day weighed food record and a semiquantitative food-frequency questionnaire are valid measures for assessing the folate and vitamin B-12 intakes of women aged 16 to 19 years. *The Journal of Nutrition*, 128(10), 1665–1671. <https://doi.org/10.1093/jn/128.10.1665>
- McHill, A. W., Phillips, A. J., Czeisler, C. A., Keating, L., Yee, K., Barger, L. K., et al. (2017). Later circadian timing of food intake is associated with increased body fat. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 106(5), 1213–1219.
- National Statistical Office. (2020). Household socioeconomic survey report 2020. Bangkok, Thailand: National Statistical Office. Retrieved from <https://www.nso.go.th>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Supakan, B., et al. (2019). Study of food consumption behaviors of older adults in Southern Thailand. *Journal of Public Health Research*, 28(3), 112–125.
- Suerungreang, S., Chamnankhong, K., Wanwaja, M., & Kloaiam, S. (2024). Health literacy survey of Thai people aged 15 years and over, 2023 (2nd ed.): Promoting health literacy in Thailand—Current situation, determinants, and policy recommendations. Nonthaburi, Thailand: Health Systems Research Institute.
- Suwimol, C. (2021). Physical activity and well-being of older adults in rural areas. *Community Public Health Journal*, 17(2), 45–59.
- Suwimol, P. (2017). Introduction to research (12th ed.). Bangkok, Thailand: Suwiriyasarn.
- Taylor, D. (2014). Physical activity is medicine for older adults. *Postgraduate Medical Journal*, 90(1059), 26–32. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2012-131366>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกัน
และควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา
Factors Related to the Participation of Network Partners in the Prevention and
Control of Dengue Fever in the Responsibility area of Mueang Songkhla District
Public Health Office, Songkhla Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Dec. 30, 2025

Revised : Mar. 25, 2026

Accepted : Apr. 5, 2026

Published : Apr. 10, 2026

จำลอง แก้วพิทยานนท์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

Jumlong Kaewpittayanon

Songkhla Provincial Public Health

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research and Development: R&D) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และ 2) พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานดังกล่าว ในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างคือภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จำนวน 340 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน สถิติไคสแควร์ และการทดสอบ t แบบจับคู่ (Paired t-test)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 47.1) มีทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.5) และมีระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 83.2) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ เพศ อายุ การได้รับข้อมูลข่าวสาร ตำแหน่งในชุมชน และทัศนคตินอกจากนี้ ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อเสนอแนะจากการวิจัย ควรส่งเสริมการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาทัศนคติที่เหมาะสมต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ควบคู่กับการรณรงค์สร้างความตระหนักและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย รวมทั้งการสนับสนุนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและเพียงพอ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ภาคีเครือข่าย, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

Corresponding Author : จำลอง แก้วพิทยานนท์ E-mail: kaewpitaya2509@hotmail.co.th

Abstract

This study employed a Research and Development (R&D) approach with the objectives of: (1) examining factors associated with the participation of network partners in dengue prevention and control operations, and (2) developing a participatory model for network partners in such operations in Mueang District, Songkhla Province. The sample comprised 340 network partners from the study area. Data were collected using a structured questionnaire. Descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation, were used to summarize the data, while inferential statistics included Pearson's correlation coefficient, Chi-square test, and paired t-test.

The results indicated that participants demonstrated a high level of knowledge regarding dengue prevention and control (47.1%), a moderate level of attitudes (56.5%), and a high level of participation (83.2%). Factors significantly associated with participation at the 0.05 level included gender, age, access to information, community role, and attitudes toward dengue prevention and control. Furthermore, the level of participation among network partners significantly increased following the implementation of the developed participatory model ($p < 0.05$). These findings suggest that practical training programs should be promoted to strengthen positive attitudes toward dengue prevention and control. In addition, awareness campaigns and active engagement of network partners should be enhanced, alongside the provision of accurate and sufficient information, to improve the overall effectiveness of dengue prevention and control efforts.

Keywords: Participation, Network Partners, Village Health Volunteers, Prevention and Control of Dengue Fever

Corresponding Author : Jumlong Kaewpittayanon E-mail: kaewpitaya2509@hotmail.co.th

บทนำ

โรคไข้เลือดออกสามารถพบได้ในประเทศไทยและประเทศต่างๆ นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์เพราะมีผู้ป่วยเป็นจำนวนมากที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ผู้ที่มีอาการรุนแรงจะมีภาวะช็อกจนทำให้เสียชีวิตได้ โรคไข้เลือดออกเกิดจากยุงลายเป็นพาหะนำโรค เป็นโรคระบาดจากสัตว์สู่คน พบการระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ในช่วง พ.ศ. 2497 (กรมควบคุมโรค, 2551) ประเทศไทยพบการระบาดครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 มีรายงานผู้ป่วยมากถึง 2,158 ราย และมีแนวโน้มที่สูงขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2551)

องค์การอนามัยโลก (WHO) ปีพ.ศ. 2564 ระบุว่า มีผู้ติดเชื้อไวรัสเดงกีก่อโรคไข้เลือดออกเฉลี่ยปีละ 390 ล้านคนทั่วโลก และมีอัตราการเสียชีวิตร้อยละ 2.50 ต่อปี สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2566 (กองโรคติดต่อภายในโดยแมลง 2565) พบว่า โรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทยและอาเซียน โดยตั้งแต่เดือนมกราคม - พฤษภาคม 2566 ประเทศไทยมีผู้ป่วยถึง 18,173 ราย มากกว่าปีที่แล้วถึง 4.20 เท่า เป็นการระบาดหนักสุดในรอบ 3 ปี และมีผู้เสียชีวิต 15 ราย เฉลี่ยมีผู้ป่วยสัปดาห์ละ 900 ราย เสียชีวิต สัปดาห์ละ 1 ราย พบอัตราป่วยสูงสุด คือ กรุงเทพฯ ภาคใต้ และภาคกลางในกลุ่มนักเรียนอายุ 5-14 ปี ประเทศไทยพบว่ามีผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออก ปี 2565 มากถึง 158,705 ราย คิดเป็นอันตรายป่วยเท่ากับ 239.86 ต่อประชากรแสนคน และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 181 ราย อัตราป่วยร้อยละ 0.11 จำนวนผู้ป่วยไข้เลือดออกปี พ.ศ. 2566 มากกว่า พ.ศ. 2565 ณ ช่วงเวลาเดียวกัน 3.5 เท่า (กรมควบคุมโรค, 2567) สถานการณ์โรคไข้เลือดออกของจังหวัดสงขลา ตั้งแต่ปี 2561 - 2565 พบอัตราป่วย ต่อประชากรแสนคน 154.87, 175.03, 89.28, 136, 9.66, 45.88 ตามลำดับ และจากรายงานเฝ้าระวัง ทางระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงเดือนตุลาคม 2566 พบว่า จังหวัดสงขลา มีผู้ป่วยไข้เลือดออกสะสมอันดับ 8 ของประเทศ มีจำนวน 4,848 ราย เสียชีวิต 5 ราย คิดเป็นอัตราป่วยตาย ร้อยละ 0.10 ส่วนใหญ่ อาชีพนักเรียน พบสูงสุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี อำเภอที่พบผู้ป่วย มากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอหาดใหญ่ 1,685 ราย อำเภอสะเดา 767 ราย และอำเภอเมือง 731 ราย ตามลำดับ (4) และเมื่อศึกษาข้อมูลย้อนหลัง 5 ปี (ปี 2561-2565) พบว่า พื้นที่ที่มีการระบาดของโรคไข้เลือดออก ช้ำซาก ตามเกณฑ์การประเมินพื้นที่เสี่ยงระดับอำเภอโรคไข้เลือดออก ของกองโรคติดต่อภายในโดยแมลง พบว่า จังหวัดสงขลา มีทั้งหมด 5 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสงขลา อำเภอเทพา อำเภอสะเดา อำเภอหาดใหญ่ และอำเภอคลองหอยโข่ง เมื่อจำแนกออกเป็นรายภาคจะเห็นได้ว่า ภาคใต้ จังหวัดสงขลา มีอัตราการป่วยสูงสุดเป็นอันดับ 1 ของภาคใต้ อันดับ 8 ของประเทศ (งานโรคติดต่อภายในโดยแมลง กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ, 2566) ในจังหวัดสงขลา พบว่าโรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประชาชนในจังหวัด โดยมีอัตราการป่วยค่อนข้างสูง จากการศึกษาเพื่อหาแนวโน้มอัตราการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในจังหวัดสงขลา ตั้งแต่ช่วงต้นปี 2566 พบการระบาดของโรคมากที่สุดคือ อำเภอหาดใหญ่ และรองลงมาคืออำเภอเมืองสงขลา ซึ่งมีพื้นที่ติดชายทะเลภูเขา มีผู้ป่วยจำนวน 1057 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อแสนประชากร 606.18 (รง. 506 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา, 2566) ในเขตรับผิดชอบของอำเภอเมือง พบผู้ป่วยมากที่สุด คือตำบลเขารูปช้าง จำนวน 354 ราย รองลงมาคือตำบลบ่อยาง จำนวน 329 ราย ตำบลพะวง จำนวน 219 ราย ตำบลทุ่งหวัง จำนวน 69 ราย ตำบลเกาะแต้ว จำนวน 66 ราย และตำบลเกาะยอ จำนวน 20 ราย ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มที่จะสูงขึ้น (งานระบาดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา, 2566) จะเห็นได้ว่าจากสถานการณ์โรคไข้เลือดออกยังพบมีผู้ป่วยอยู่ทุก ๆ ปี ทำให้โรคไข้เลือดออกยังคงเป็นปัญหาสำคัญของทั้งจังหวัดสงขลาและอำเภอเมืองสงขลา ซึ่งต้องมีการป้องกันและควบคุมอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จในการแก้ไขปัญหาของชุมชน โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกนั้น ต้องอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นกระบวนการ ที่สนับสนุนให้เกิดปฏิสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในการ

ดำเนินการที่นำไปสู่ การแลกเปลี่ยน และสร้างความเข้าใจร่วมกันจนบรรลุเป้าหมายของชุมชนด้วยความรู้สึกรับผิดชอบร่วมกัน ก่อให้เกิดผลต่อความต้องการที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน ทำให้การบริหารหรือการพิจารณา แนวทางในการแก้ปัญหาที่มีความหลากหลายเป็นไปอย่างถี่ถ้วน โดยการระดมแนวคิด จากบุคคลที่มีความหลากหลายทั้งความรู้ และประสบการณ์ (ปนต์ 2564, รัตนานภิต 2561, อารอพีระ 2561) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา เพื่อนำปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมมาใช้ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและพัฒนาระบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา
4. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Research & Development) ระยะที่ 1 ประชากร คือ ภาคีเครือข่ายในพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอเมือง จังหวัดสงขลา ทั้งหมด 1,028 คน กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตาราง Krejcie & Morjian ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 340 คน ระยะที่ 2 และ 3 กลุ่มเป้าหมายในการวิจัย คือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคติดต่อของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา และหน่วยงานในสังกัด จำนวน 8 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น จำนวน 10 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ (1) เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และ (2) เครื่องมือสำหรับการพัฒนารูปแบบ

1. เครื่องมือสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรที่ศึกษา โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในชุมชน และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นแบบทดสอบความรู้ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถามแบบเลือกตอบ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยตอบถูกให้ 1 คะแนน และตอบผิดให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ตามแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลระดับทัศนคติตามเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1975)

ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Likert Scale) 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ 1.การมีส่วนร่วมในการวางแผน 2.การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 3.การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ 4.การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยกำหนดเกณฑ์การแปลผลตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1975)

2. เครื่องมือสำหรับการพัฒนารูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 5 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 สนทนากลุ่มประเด็นคำถามปลายเปิด ชุดที่ 2 สังเกตการมีส่วนร่วม พฤติกรรมที่ปฏิบัติตามแผนการปฏิบัติงานตามแนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ชุดที่ 3 สัมภาษณ์รายกลุ่ม ดำเนินการตามแผนสัมภาษณ์ ชุดที่ 4 สอบถามความรู้ ทักษะ และ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนและหลังมี 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ถามปลายเปิด 9 ข้อ ส่วนที่ 2 ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือกออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 ทักษะในการป้องกันและควบคุมโรค ใช้เลือกออก จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 20 ข้อ ชุดที่ 5 สอบถามความพึงพอใจของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 2 ส่วน 15 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity)

แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นได้นำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมของเนื้อหา และความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นนำผลการประเมินมาคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่า แบบสอบถามมีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.85 แสดงว่าเครื่องมือมีความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ในเกณฑ์ดีและสามารถนำไปใช้ได้

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability)

ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความชัดเจนของข้อคำถามและความสม่ำเสมอของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง โดยมีผลการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามแต่ละส่วน ดังนี้

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือกออกวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยวิธี Kuder-Richardson (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.71 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับยอมรับได้

แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคใช้เลือกออก วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.64 ซึ่งอยู่ในระดับพอใช้

แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย วิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 แสดงว่าเครื่องมือมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้กระทำการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างกรอกแล้วเก็บแบบสอบถามคืน แจกแบบสอบถามจำนวน 340 ชุด หลังจากนั้นผู้ศึกษาได้นำมาตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามแต่ละชุดแล้วนำแบบสอบถามไปวิเคราะห์ หาผลของการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ใช้ในการอธิบายลักษณะข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง และระดับของตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้สถิติ ความถี่ (Frequency) และร้อยละ (Percentage) สำหรับข้อมูลทั่วไป ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: S.D.) สำหรับการแปลผลระดับของตัวแปร

1.2 สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ใช้ในการทดสอบสมมติฐานทางการวิจัย ดังนี้

1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงกลุ่ม ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ตำแหน่งในชุมชน ระยะเวลาการอยู่อาศัยในชุมชน และการได้รับข้อมูลข่าวสาร กับ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test)

2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ ได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้ และ ทักษะ กับ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

3) เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายก่อนและ หลังการทดลอง โดยใช้สถิติ t-test แบบกลุ่มตัวอย่างที่สัมพันธ์กัน (Paired t-test)

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ลงวันที่ 3 เมษายน 2567 เลขที่รับรอง 57/2567

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่ง เป็นเพศชาย ร้อยละ 84.1 กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 56.30 ปี อายุน้อยที่สุด 24 ปี และอายุมากที่สุด 79 ปี ส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาสูงถึงร้อยละ 36.5 รองลงมามีการศึกษาระดับอนุปริญา ร้อยละ 30.9 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 10529.64 บาท รายได้มากที่สุด 50,000 บาท รายได้น้อยที่สุด คือ 4000 บาท กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สถานภาพสมรส ร้อยละ 56.2 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีตำแหน่งในชุมชนเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 87.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระยะเวลาการเข้ามาอยู่ในหมู่บ้าน เป็นระยะเวลา 15 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 76.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เคยได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกร้อยละ 98.2

2. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความรู้ของการตอบถูกตอบผิดในด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาตอบถูกมากที่สุดข้อคำถามที่ว่า ปัจจุบันมียาสำหรับรักษาโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะ ร้อยละ 100 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาตอบผิดมากที่สุดในข้อคำถามที่ว่า ไข่ของยุงลายที่ติดอยู่ตามขอบภาชนะ เมื่อน้ำลดลงก็จะตายไม่สามารถฟักเป็นตัวลูกน้ำยุงลายได้อีก ร้อยละ 15.3 และมีค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ปัจจุบันมียาสำหรับรักษาโรคไข้เลือดออกโดยเฉพาะ โดยมีค่าเฉลี่ย 1.00 และมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ยุงทุกชนิดสามารถเป็นพาหะนำเชื้อโรคไข้เลือดออกได้ โดยมีค่าเฉลี่ย 0.64

ตารางที่ 1 ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเขตพื้นที่รับผิดชอบของอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา (N=340)

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ต่ำ (น้อยกว่า 6 คะแนน)	28	8.2
ปานกลาง (6-7คะแนน)	152	44.7
สูง (8-10 คะแนน)	160	47.1
รวม	340	100.0

$\bar{X} = 9.42$ S.D. = 0.76 Minimum = 6 Maximum = 10

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 47.1 รองลงมา ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 44.1 และความรู้ระดับต่ำร้อยละ 8.2

3. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ค่อนข้างเห็นด้วยอย่างยิ่ง ที่ว่ามีความจำเป็นที่เราทุกคนควรจะต้องช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านทุกสัปดาห์ ร้อยละ 82.1 และ ทุกคนในชุมชนควรมีส่วนร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน ร้อยละ 82.1 รองลงมา คือ ท่านคิดว่าท่านภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 76.2 และ เมื่อพิจารณาแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ท่านคิดว่าท่านภูมิใจที่ได้มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีค่าเฉลี่ย 4.68 รองลงมา คือมีความจำเป็นที่เราทุกคนควรจะต้องช่วยกันกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายบริเวณบ้านทุกสัปดาห์ มีค่าเฉลี่ย 4.67

ตารางที่ 2 ระดับทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา (N=340)

ระดับทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 30)	59	17.4
ระดับปานกลาง (30-39)	192	56.5
ระดับสูง (40-50)	89	26.2
รวม	340	100.0

$\bar{X} = 35.83$ S.D. = 6.56 Minimum = 11 Maximum = 50

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.5 รองลงมา มีทัศนคติระดับสูง ร้อยละ 26.2 และทัศนคติระดับต่ำ ร้อยละ 17.4

4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเขตพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสงขลา จำแนกเป็นรายข้อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ที่ว่าท่านเคยร่วมลงพื้นที่ในการพ่นเคมีหมอกควันหรือพ่นละอองเคมีกำจัดตัว

แก่ถุงในหมู่บ้าน ร้อยละ 78.2 รองลงมา คือ ท่านมีความภาคภูมิใจในบทบาทของตนเองในการมีส่วนร่วมตรวจสอบ กำจัดลูกน้ำและตัวแก่ ร้อยละ 76.8 และเมื่อพิจารณาแต่ละด้าน ค่าเฉลี่ยสูงสุด ท่านมีความภาคภูมิใจในบทบาทของตนเองในการมีส่วนร่วมตรวจสอบ กำจัดลูกน้ำและตัวแก่ มีค่าเฉลี่ย 4.60 รองลงมา คือ ท่านและครัวเรือนในเขตได้รับผิดชอบได้รับประโยชน์จากการทำความสะอาดบ้านเรือนของตนเอง มีค่าเฉลี่ย 4.57

ตารางที่ 3 ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา (N=340)

ระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (น้อยกว่า 60 คะแนน)	19	5.6
ระดับปานกลาง (60-79 คะแนน)	38	11.2
ระดับสูง (80-100คะแนน)	283	83.2
รวม	340	100.0

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูงร้อยละ 83.2 รองลงมา มีส่วนร่วมระดับปานกลางร้อยละ 11.2 และมีส่วนร่วมระดับต่ำ ร้อยละ 5.6

5. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศ การศึกษา อาชีพ สถานภาพ ตำแหน่งในชุมชน การเข้ามาอยู่ในชุมชน การได้รับข้อมูล กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

เพศ ตำแหน่งในชุมชน และ การได้รับข้อมูลข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

ตารางที่ 4 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุ	.233**	.000
รายได้	-.080	.141
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	.028	.607
ทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก	.190**	.000

จากตารางที่ 4 แสดงสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สันระหว่างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกและทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า อายุ และทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับการมี

ส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

6. ผลการวิเคราะห์การเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

ตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

ผลลัพธ์ การพัฒนา	ก่อน		หลัง		t	P
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
การมีส่วนร่วม	3.38	0.33	3.77	1.42	3.33	.000

จากตารางที่ 5 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐานของการเปรียบเทียบความแตกต่างของการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังเข้าร่วมกระบวนการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. ระดับ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทักษะคิดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

ระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง ระดับทักษะคิดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของพูนสุข ช่วยทอง บรรเท็ง สุพรรณ และเปรมวดี คฤหเดช (2556) ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก จังหวัดศรีสะเกษพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ตำแหน่งในชุมชนการได้รับข้อมูลข่าวสาร อายุ มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทักษะคิดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีความสัมพันธ์ทางสถิติกับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก

3. ประสิทธิภาพของรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา

หลังจากการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทักษะคิดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีคะแนนสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ทักษะคิดในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในเขตอำเภอเมืองสงขลา จังหวัดสงขลา มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในระดับพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมที่มีความหมายไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการเข้าร่วมกิจกรรมตามที่กำหนด หากแต่ครอบคลุมตั้งแต่การร่วมคิดและร่วมวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพของชุมชน การร่วมวางแผนและออกแบบกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ การร่วมดำเนินงานในลักษณะที่ประชาชนสามารถเข้าถึงและมีบทบาทอย่างแท้จริง ไปจนถึงการร่วมติดตามและประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง กระบวนการมีส่วนร่วมในลักษณะดังกล่าวช่วยเสริมสร้างความรู้สึกรับเป็นเจ้าของ ความรับผิดชอบร่วม และความชอบธรรมของกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน ส่งผลให้กิจกรรมได้รับการยอมรับและมีแนวโน้มดำเนินต่อเนื่องมากขึ้น

นอกจากนี้ บทบาทของผู้นำชุมชนและแกนนำในชุมชนปรากฏอย่างเด่นชัดในฐานะตัวกลางสำคัญที่ช่วยเชื่อมโยงองค์ความรู้ นโยบาย และทรัพยากรจากหน่วยงานภายนอกไปสู่การปฏิบัติจริงในระดับพื้นที่ ผู้นำที่มีความน่าเชื่อถือและเข้าใจบริบทชุมชนสามารถทำหน้าที่ทั้งในการถ่ายทอดข้อมูล การประสานงาน และการสร้างแรงจูงใจให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างสมัครใจ ขณะเดียวกันการสื่อสารที่ชัดเจน สม่าเสมอ และการทำงานร่วมกันในลักษณะหุ้นส่วนระหว่างชุมชนกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ยังมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความไว้วางใจ ลดช่องว่างระหว่างนโยบายกับการปฏิบัติจริง และสนับสนุนความต่อเนื่องของการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน อย่างไรก็ตาม ผลการสัมภาษณ์ยังสะท้อนข้อจำกัดเชิงโครงสร้างที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ ข้อจำกัดด้านเวลา งบประมาณ และระบบติดตามประเมินผลที่ยังไม่ชัดเจนหรือไม่ต่อเนื่อง ข้อจำกัดดังกล่าวส่งผลโดยตรงต่อความสม่ำเสมอและความยั่งยืนของกิจกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องอาศัยการปฏิบัติซ้ำ การติดตามผลอย่างเป็นระบบ ผู้ให้ข้อมูลสะท้อนว่า แม้ประชาชนจะมีแรงจูงใจและความตั้งใจในการดูแลสุขภาพของตนเองในระยะเริ่มต้น แต่เมื่อขาดทรัพยากรสนับสนุน กลไกกำกับติดตาม และการหนุนเสริมจากภายนอก ความต่อเนื่องของกิจกรรมมักลดลงตามเวลา ส่งผลให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกไม่สามารถคงอยู่ได้ในระยะยาว

ภายใต้บริบทดังกล่าว ความยั่งยืนของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนจึงมิได้ขึ้นอยู่กับระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนเพียงอย่างเดียว หากแต่ขึ้นอยู่กับความสามารถในการบูรณาการการมีส่วนร่วมเชิงกระบวนการของชุมชนเข้ากับการสนับสนุนเชิงโครงสร้างจากหน่วยงานภายนอกอย่างเหมาะสม การสนับสนุนดังกล่าวครอบคลุมทั้งด้านทรัพยากร งบประมาณ องค์ความรู้ทางวิชาการ และระบบติดตามประเมินผลที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ซึ่งจะช่วยเสริมเสถียรภาพให้การดำเนินงานด้านสุขภาพ และเอื้อให้การมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถแปรเปลี่ยนไปสู่ผลลัพธ์การมีส่วนร่วมของการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ยั่งยืนในระยะยาว

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. จากผลการวิจัยพบว่าระดับทัศนคติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่เหมาะสมและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง
2. ควรมีการพัฒนาและสนับสนุนช่องทางการสื่อสารข้อมูลข่าวสารด้านการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ถูกต้อง ชัดเจน และเข้าถึงได้ง่าย เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
3. ควรนำรูปแบบการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียง โดยอาจมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน

References

- Arafah Channam.(2023) The Role of the District-Level Quality of Life Development Committee: A Case Study of Disease.Dengue fever in La-ngu District, Satun Province [Master's Thesis]. [Songkhla]: Prince of Songkla University.
- Bloom, Benjamin S,et al. Handbook on Formativeand Summative Evaluation of Student Learning. New York: Mc Graw-Hill Book Company; 1971
- Jamlong Waewkratok et al. (2021). Factors Related to the Role of Community Leaders in Dengue Fever Prevention and Control in Pong Daeng Subdistrict, Kham Thale So District, Nakhon Ratchasima Province. Proceedings of the 3rd National Research Conference: Stepping into the 2nd Decade: Integrating Research, Utilizing Knowledge for Sustainabilit, Nakhon Ratchasima College, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province.
- Krejcie & morgan. (1970).educational and psychological measurement, determining sample size for research activities. A. & m. University.
- National Vector borne diseases prevention and control program. Vector-borne Disease Control Strategy 2023-2032. 1st edition. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing; 2022. 10(12).
- Panot Manviroj. (2020). A Participatory Management Model for Dengue Fever Prevention and Control in Sub-district Health Promotion Hospitals, Nonthaburi Province. *Journal of Public Health*, 30(2): 259-305.
- Poonsuk Chuaythong, Banthoeng Suphan and Premwadee Khruhadech, (2013). Public participation in the prevention and control of dengue fever in Sisaket Province, Kuakarun Nursing College, 20(1): 55-69.
- Preecha Chainarong. (2012). “All-sector participation in dengue fever prevention and control in Thung Tako District, Chumphon Province.” Master of Science thesis, Faculty of Science.Public Health, Phetchaburi Rajabhat University.
- Preecha Suwanthong et al. (2023). Factors related to dengue fever prevention and control behavior of village health volunteers in the service area of Samet Subdistrict Health Promotion Hospital, Mueang District, Chonburi Province. *Journal of Health System Research and Development*, 16(3): 169-182.
- Ratthayanaphis Ratchatawan et al. Community participation process in health development. *Southern Technology Journal*, 11(1): 231-238.
- Strategy and Planning Division, Ministry of Public Health. 2018. Manual of the Ministry of Public Health's Strategic Plan for Fiscal Year 2019. 1st Edition. Nonthaburi.
- Wipawadee Wuttidech. (2021). Factors Affecting the Adherence to Dengue Fever Prevention and Control Roles of Public Health Volunteers in Recurrent Epidemic Areas, Mueang District, Uttaradit Province. Thesis, Bachelor of Public Health Program, Naresuan University.
- Woranan Prachanaiyom and Teerapong Thitithanakul. (2023). Factors Related to Mosquito Breeding Site Elimination Behavior for Dengue Fever Prevention Among Village Health Volunteers (VHVs) in Bang Khon Thi District, Samut Songkhram Province. *Journal of Nursing and Academic Studies, Boromarajonani College of Nursing, Chakrirat*, 3(2) :1-12.

ปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด :
การศึกษาย้อนหลังในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี
Predictors of High Risk to Violence (SMI-V) among Substance Use Patients :
A Retrospective Study in Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Oct. 19, 2025

Revised : Apr. 12, 2026

Accepted : Apr. 17, 2026

Published : Apr. 18, 2026

สิริยาภรณ์ บรรณสิทธิ์¹, รวินันท์ โสมา²

¹สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กรมการแพทย์

²กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค

Siriyaporn Bunnasit¹, Rawinan Soma²

¹Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment, Department of Medical Services

²Division of Occupational and Environmental Diseases, Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด การศึกษาเป็นแบบย้อนหลัง (Retrospective study) โดยใช้ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ป่วยจำนวน 4,507 ราย ที่เข้ารับการรักษาในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ระหว่างเดือนมกราคม 2566 ถึงเดือนมีนาคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การใช้สารเสพติดชนิดกัญชา (OR = 3.762), สารกระตุ้นประสาท (OR = 3.148), สุรา (OR = 2.077), ภาวะว่างงาน (OR = 1.784) และระยะเวลาการใช้สารเสพติดที่เพิ่มขึ้น ขณะที่การใช้สารอนุพันธ์ของฝิ่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยง (OR = 0.637) ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าชนิดของสารเสพติด ระยะเวลาการใช้ และสถานะการจ้างงาน เป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถใช้ในการคัดกรองและเฝ้าระวังผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง เพื่อพัฒนามาตรการป้องกันและลดความรุนแรงในระดับบุคคลและสังคม

คำสำคัญ : ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V), สารเสพติด, ปัจจัยทำนาย, การศึกษาย้อนหลัง

Corresponding Author : สิริยาภรณ์ บรรณสิทธิ์ E-mail: siriyaporn.bunnasit@gmail.com

Abstract

This study aimed to identify predictors of high risk for violence (SMI-V) among patients with substance use disorders. A retrospective study design was employed, utilizing medical records from 4,507 patients who received treatment at the Princess Mother National Institute on Drug Abuse Treatment between January 2023 and March 2024. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression.

The results indicated that factors significantly associated with a high risk of violence included cannabis use (OR = 3.762), stimulant use (OR = 3.148), alcohol use (OR = 2.077), unemployment (OR = 1.784), and longer duration of substance use. In contrast, opioid derivative use was negatively associated with the risk of violence (OR = 0.637). These findings suggest that the type of substance used, duration of use, and employment status are key predictors that can be utilized for screening and monitoring high-risk patients. This evidence may inform the development of targeted interventions to prevent and reduce violence at both individual and societal levels.

Keywords : Violence risk (SMI-V), Substance use, Predictors, Retrospective

Corresponding Author : Siriyaporn Bunnasit E-mail: siriyaporn.bunnasit@gmail.com

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาและสารเสพติดยังคงเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลก โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง รายงาน World Drug Report (2023) ระบุว่ามีการใช้ยาเสพติดกว่า 296 ล้านคนทั่วโลกที่ใช้สารเสพติด และมีแนวโน้มเริ่มใช้ในช่วงอายุน้อยลง ปัญหาดังกล่าวไม่เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและจิตเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรง ซึ่งเป็นประเด็นที่มีผลกระทบต่อความปลอดภัยของสังคมโดยรวม

หลักฐานจากการศึกษาหลายชิ้นชี้ให้เห็นว่าการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะสารกระตุ้นประสาท แอลกอฮอล์ และกัญชา มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มขึ้น (Varshney, Mahapatra, Krishnan, Gupta, & Deb, 2016; World Health Organization, 2018; Zhong, Yu, & Fazel, 2020) ทั้งนี้ ความรุนแรงที่เกิดขึ้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับชนิดของสารเสพติดเพียงอย่างเดียว แต่ยังเกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น เช่น ระยะเวลาการใช้สารเสพติด ภาวะสุขภาพจิตร่วม และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ เช่น การว่างงาน (Varshney et al., 2016) ในบริบทของประเทศไทย จำนวนผู้เข้ารับการบำบัดรักษาและสารเสพติด มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจำนวนหนึ่งมีภาวะความผิดปกติทางจิตร่วม และมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง อย่างไรก็ตาม งานวิจัยที่ผ่านมาในประเทศไทยยังมีข้อจำกัด โดยส่วนใหญ่เน้นการศึกษาลักษณะทั่วไปหรือพฤติกรรมการใช้สารเสพติด แต่ขาดการวิเคราะห์เชิงทำนาย (predictive analysis) เพื่อระบุปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความเสี่ยงการก่อความรุนแรงอย่างเป็นระบบ

ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด โดยใช้ข้อมูลผู้ป่วยจากสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เพื่อสร้างองค์ความรู้เชิงประจักษ์ที่สามารถนำไปใช้ในการคัดกรอง เฝ้าระวัง และพัฒนามาตรการป้องกันความรุนแรงในระดับบุคคลและสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

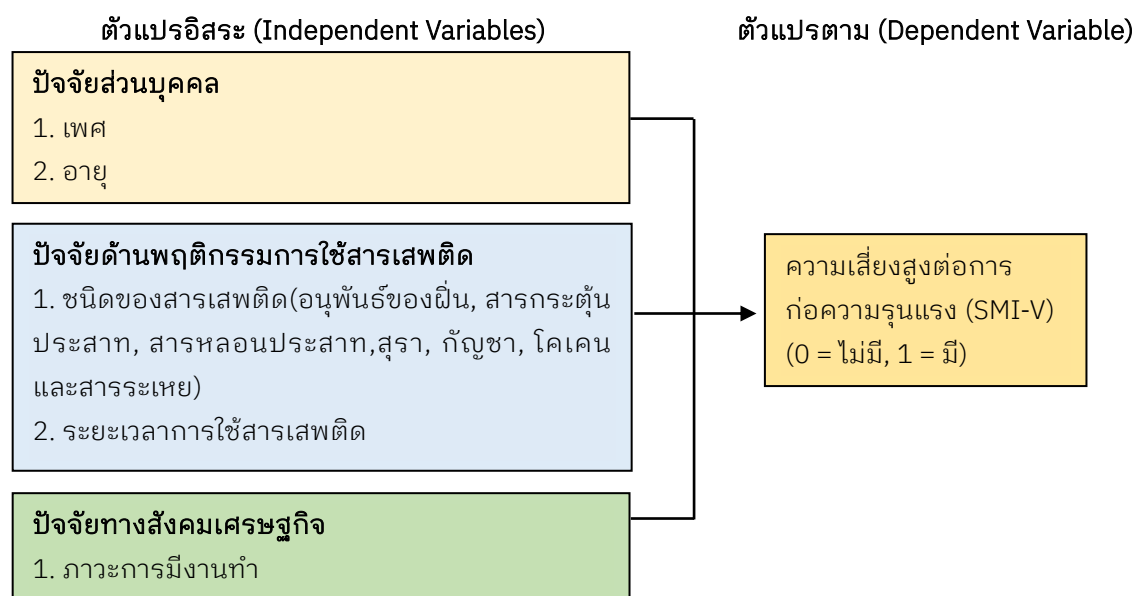
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยยาและสารเสพติด

สมมติฐาน

ปัจจัย ได้แก่ เพศ อายุ ชนิดสารเสพติด ระยะเวลาการใช้สารเสพติด และภาวะการมีงานทำ มีอิทธิพลต่อการเกิดความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด

กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษา (Study design)

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Retrospective analytical study) โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วย

ประชากร

ประชากรในการศึกษาค้างนี้เป็นข้อมูลที่ได้จากการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) โดยการทบทวนเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ของผู้ป่วยยาและสารเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษา ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2567

ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาได้ผ่านการคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก รวมทั้งการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลในตัวแปรที่เกี่ยวข้อง ทำให้ได้ข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์จำนวนทั้งสิ้น 4,507 ราย โดยประชากรที่ศึกษาและข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์เป็นข้อมูลชุดเดียวกัน

เกณฑ์การคัดเข้า:

ข้อมูลเวชระเบียนของผู้ที่เข้ารับการบำบัดรักษายาและสารเสพติดทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก โดยได้รับการวินิจฉัยด้วยกลุ่มรหัส ICD 10 ดังต่อไปนี้

- F10: Mental and behavioral disorders due to use of alcohol
(ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสุรา)
- F11: Mental and behavioral disorders due to use of opioids
(ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพฝิ่นและอนุพันธ์ของฝิ่น)
- F12: Mental and behavioral disorders due to use of cannabinoids
(ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพกัญชา)
- F14: Mental and behavioral disorders due to use of cocaine
(ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพโคเคน)
- F15: Mental and behavioral disorders due to use of other stimulants
(ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารกระตุ้นระบบประสาท)
- F16: Mental and behavioral disorders due to use of hallucinogens
(ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาหลอนประสาท)
- F18: Mental and behavioral disorders due to use of solvents
(ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพสารระเหย)

เกณฑ์การคัดออก:

1. ผู้ที่เข้ารับบริการที่ไม่เกี่ยวข้องกับการบำบัดสารเสพติด
2. ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือไม่มีผลการประเมินความเสี่ยง

ตัวแปรที่ศึกษา (Variables)

ตัวแปรตาม: ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) (0 = ไม่มี, 1 = มี)

ตัวแปรอิสระ: เพศ อายุ ชนิดของสารเสพติด ระยะเวลาการใช้สารเสพติด และภาวะการมีงานทำ

แหล่งข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Data sources)

การวิจัยครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) จากเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ โดยประกอบด้วยข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล และฐานข้อมูลการคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อพฤติกรรมความรุนแรง

การวิเคราะห์ข้อมูล (Statistical analysis)

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย และใช้การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (logistic regression) เพื่อระบุปัจจัยทำนายของความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยดำเนินการวิเคราะห์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตามโดยใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary logistic regression) เพื่อคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.25$ จากนั้น จากนั้นนำตัวแปรเข้าสู่การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ (Multiple logistic regression) โดยใช้วิธี Backward elimination โดยพิจารณาตัดตัวแปรที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติออกจากตัวแบบจำลองตามลำดับ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ซึ่งจะรายงานค่า Odds Ratio (OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) มีการตรวจสอบ multicollinearity ด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) และประเมินความเหมาะสมของตัวแบบจำลองด้วย Hosmer–Lemeshow test ทั้งนี้เครื่องมือที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลคือโปรแกรม JupyterLab version 4.0.11

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี เลขที่ 014/2568

ผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด โดยใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษา ณ สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ถึงมีนาคม พ.ศ. 2567 จำนวนทั้งสิ้น 4,507 ราย ผลการวิจัยครั้งนี้นำเสนอเป็น 2 ส่วนตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยส่วนที่หนึ่งเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา เพื่อศึกษาสถานการณ์ความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด โดยรายงานคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยยาและสารเสพติด ส่วนที่สองเป็นการวิเคราะห์เชิงอนุมานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยยาและสารเสพติด โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. คุณลักษณะทั่วไปของประชากร

ผลการวิจัยพบว่า จากผู้ป่วยทั้งหมด 4,507 ราย สามารถจำแนกเป็นกลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 3,946 ราย คิดเป็นร้อยละ 87.55 และกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง 561 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.45 ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 89.28) โดยมีสัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มที่มีและไม่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ย 31 ปี และส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21–30 ปี (ร้อยละ 45.80) รองลงมาคือช่วงอายุ 31–40 ปี (ร้อยละ 24.98) โดยทั้งสองกลุ่มมีรูปแบบการกระจายอายุใกล้เคียงกัน ในด้านภาวะการมีงานทำ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีงานทำ (ร้อยละ 66.32) อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีสัดส่วนผู้ว่างงานสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง (ร้อยละ 46.88 และ 31.80 ตามลำดับ) สำหรับอาชีพ พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพแรงงานรับจ้าง (ร้อยละ 42.51) ด้านชนิดสารเสพติด พบว่าผู้ป่วยโดยรวมใช้สารอนุปันธของฝิ่นมากที่สุด (ร้อยละ 36.61) รองลงมาคือสารกระตุ้นประสาท (ร้อยละ 34.90) อย่างไรก็ตาม กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงใช้สารกระตุ้นประสาทเป็นหลัก (ร้อยละ 53.30) รองลงมาคือกัญชา (ร้อยละ 19.79) สำหรับระยะเวลาการใช้สารเสพติด พบว่าส่วนใหญ่ใช้ในช่วง 1–3 ปี (ร้อยละ 29.18) ขณะที่กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมีแนวโน้มใช้สารเสพติดในระยะเวลาสั้นกว่ากลุ่มที่ไม่มีความเสี่ยง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ตารางแสดงคุณลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยยาและสารเสพติด จำแนกตามผลประเมินความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน (ร้อยละ)		
		ไม่มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง (n = 3,946)	มีความเสี่ยงสูงต่อ การก่อความรุนแรง (n = 561)	รวม (N=4,507)
เพศ	ชาย	3,529 (89.43)	495 (88.24)	4,024 (89.28)
	หญิง	417 (10.57)	66 (11.76)	483 (10.72)
อายุ	11 – 20 ปี	475 (12.04)	50 (8.91)	525 (11.65)
	21 – 30 ปี	1,826 (46.27)	238 (42.42)	2,064 (45.80)
	31 – 40 ปี	943 (23.90)	183 (32.62)	1,126 (24.98)
	41 – 50 ปี	463 (11.73)	60 (10.70)	523 (11.60)
	51 – 60 ปี	169 (4.28)	25 (4.46)	194 (4.30)
	61 – 70 ปี	57 (1.44)	5 (0.89)	62 (1.38)
	มากกว่า 70 ปี	13 (0.33)	0 (0.00)	13 (0.29)
ภาวะการมีงานทำ	มีงานทำ	2,691 (68.20)	298 (53.12)	2,989 (66.32)
	ว่างงาน	1,255 (31.80)	263 (46.88)	1,518 (33.68)
อาชีพ	แรงงานรับจ้าง	1,723 (43.67)	193 (34.40)	1,916 (42.51)
	นักเรียน/นักศึกษา	380 (9.63)	39 (6.95)	419 (9.30)
	พาณิชย์กรรมและการบริการ	365 (9.25)	33 (5.88)	398 (8.83)
	เกษตรกรรม	129 (3.27)	19 (3.39)	148 (3.28)
	ราชการ/รัฐวิสาหกิจ	80 (2.03)	13 (2.32)	93 (2.06)
	พนักงานบริษัทเอกชน	14 (0.35)	1 (0.18)	15 (0.33)
	ว่างงาน	1,255 (31.80)	263 (46.88)	1,518 (33.68)
ชนิดสารเสพติดที่ใช้เป็นหลัก				
	สารเสพติดชนิดอนุพันธ์ของฝิ่น	1,580 (40.04)	70 (12.48)	1,650 (36.61)
	สารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท	1,274 (32.29)	299 (53.30)	1,573 (34.90)
	สารเสพติดชนิดสุรา	435 (11.02)	60 (10.69)	495 (10.98)
	สารเสพติดชนิดกัญชา	353 (8.95)	111 (19.79)	464 (10.30)
	สารเสพติดชนิดหลอนประสาท	289 (7.32)	17 (3.03)	306 (6.79)
	สารเสพติดชนิดสารระเหย	7 (0.18)	3 (0.53)	10 (0.22)
	สารเสพติดชนิดโคเคน	8 (0.20)	1 (0.18)	9 (0.20)
ระยะเวลาการใช้สารเสพติด				
	ไม่เกิน 1 ปี	509 (12.90)	58 (10.34)	567 (12.58)
	1– 3 ปี	1,230 (31.17)	85 (15.15)	1,315 (29.18)
	3 – 6 ปี	875 (22.17)	130 (23.17)	1,005 (22.30)
	6 – 9 ปี	404 (10.24)	71 (12.66)	475 (10.54)
	9 – 12 ปี	406 (10.29)	124 (22.10)	530 (11.76)
	12 – 15 ปี	194 (4.92)	30 (5.35)	224 (4.97)
	15 – 20 ปี	216 (5.47)	39 (6.95)	255 (5.66)
	มากกว่า 20 ปี	112 (2.84)	24 (4.28)	136 (3.01)

หมายเหตุ: ข้อมูลแสดงจำนวนและร้อยละโดยร้อยละคำนวณภายในแต่ละกลุ่มตามผลการประเมินความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2. ปัจจัยทำนายที่ทำให้มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

การศึกษาปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (SMI-V) ในผู้ป่วยยาและสารเสพติด โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตามด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary logistic regression) เพื่อคัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกที่ระดับนัยสำคัญ $p < 0.25$ ผลการศึกษาพบว่า มีปัจจัยที่ผ่านเกณฑ์ จำนวน 9 ปัจจัย ได้แก่ อายุ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ภาวะการมีงานทำ การใช้อุปกรณ์ของฟัน การใช้สารกระตุ้นประสาท การใช้สุรา การใช้กัญชา การใช้สารหลอนประสาท และ การใช้สารระเหย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ความสัมพันธ์ที่ละคู่) โดยใช้การถดถอยโลจิสติกแบบทวิภาค (Binary logistic regression)

ตัวแปร	Coef	Odds Ratio (OR)	95% CI ของ OR	p-value
เพศ (1 = ชาย, 0 = หญิง)	-0.121	0.886	0.672 – 1.168	0.391
อายุ	0.008	1.008	0.999 – 1.016	0.069*
ระยะเวลาการใช้สารเสพติด	0.002	1.002	1.001 – 1.003	0.001*
ภาวะการมีงานทำ (0 = มีงานทำ, 1 =ว่างงาน)	0.638	1.892	1.582 – 2.263	0.001*
สารเสพติดชนิดอนุปันธุ์ของฟัน	-1.333	0.264	0.206 – 0.333	0.001*
สารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท	1.059	2.883	2.402 – 3.462	0.001*
สารเสพติดชนิดสุรา	0.304	1.355	1.060 – 1.733	0.015*
สารเสพติดชนิดกัญชา	1.044	2.841	2.326 – 3.469	0.001*
สารเสพติดชนิดหลอนประสาท	-0.631	0.532	0.351 – 0.808	0.003*
สารเสพติดชนิดสารระเหย	0.856	2.354	0.757 – 7.325	0.139*
สารเสพติดชนิดโคเคน	0.448	1.565	0.337 – 7.262	0.567

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.25

จากการวิเคราะห์ในขั้นต้น ได้นำปัจจัยดังกล่าวเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ (Multiple logistic regression) โดยใช้วิธี Backward elimination พบว่ามีปัจจัยที่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติในแบบจำลองสุดท้ายมี 6 ปัจจัย ได้แก่ ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติด ภาวะการมีงานทำ การใช้อุปกรณ์ของฟัน การใช้สารกระตุ้นประสาท การใช้สุรา และการใช้กัญชา ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณ (Multiple Logistic Regression) เพื่อหาปัจจัยทำนายความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงด้วยวิธี Backward Elimination

ตัวแปร	Coef	Odds Ratio (OR)	95% CI ของ OR	p-value
ระยะเวลาการใช้สารเสพติด	0.001	1.001	1.000 – 1.002	0.031**
ภาวะการมีงานทำ (0 = มีงานทำ, 1 =ว่างงาน)	0.579	1.784	1.480 – 2.152	0.001**
สารเสพติดชนิดอนุปันธุ์ของฟัน	-0.451	0.637	0.478 – 0.848	0.002**
สารเสพติดชนิดกระตุ้นประสาท	1.147	3.148	2.475 – 4.004	0.001**
สารเสพติดชนิดสุรา	0.731	2.077	1.502 – 2.872	0.001**
สารเสพติดชนิดกัญชา	1.325	3.762	2.992 – 4.729	0.001**

ทดสอบความเหมาะสมของตัวแบบการถดถอยโลจิสติก (Goodness of fit)

Hosmer-Lemeshow statistic : 2.382 p-value : 0.967

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุคูณพบว่าผู้ใช้กัญชาที่มีโอกาสเกิดความเสียหายต่อการก่อความรุนแรงมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้ถึง 3.762 เท่า ($OR = 3.762$, 95% $CI : 2.992 - 4.729$) ผู้ที่ใช้สารกระตุ้นประสาทมีโอกาสเกิดความเสียหายมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้ถึง 3.148 เท่า ($OR = 3.148$, 95% $CI : 2.475 - 4.004$) และผู้ใช้สุรามีโอกาสเกิดความเสียหายมากกว่าผู้ที่ไม่ใช้ถึง 2.007 เท่า ($OR = 2.007$, 95% $CI : 1.502 - 2.872$) สำหรับภาวะการมีงานทำ พบว่าผู้ที่ว่างงานมีโอกาสเกิดความเสียหายมากกว่าผู้ที่มีการมีงานทำถึง 1.784 เท่า ($OR = 1.784$, 95% $CI : 1.480 - 2.152$) และระยะเวลาการใช้สารเสพติดที่ยาวนานขึ้น มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเสียหายต่อการก่อความรุนแรง ($OR = 1.001$ ต่อเดือน, $p < 0.05$) ในทางตรงกันข้าม การใช้สารเสพติดชนิดอนุปันธุ์ของฝิ่นกลับมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสียหายต่อการก่อความรุนแรง โดยมีโอกาสเกิดความเสียหายต่ำกว่าผู้ที่ไม่ใช้ 0.637 เท่า ($OR = 0.637$, 95% $CI : 0.478 - 0.848$) ทั้งนี้ตัวแบบจำลองมีความเหมาะสมกับข้อมูล (Hosmer–Lemeshow $p > 0.05$)

ผลการศึกษา

การศึกษานี้ชี้ให้เห็นว่าชนิดของสารเสพติด ระยะเวลาการใช้สารเสพติด และสถานะการจ้างงานเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความเสียหายต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยยาและสารเสพติด โดยเฉพาะการใช้กัญชาและสารกระตุ้นประสาทซึ่งเพิ่มความเสียหายอย่างมีนัยสำคัญ ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงและพัฒนามาตรการป้องกันความรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าความเสียหายต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยยาและสารเสพติดเป็นผลจากปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะชนิดของสารเสพติด ระยะเวลาการใช้สารเสพติด และปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ

สำหรับการใช้สารเสพติดชนิดกัญชา พบว่ามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความเสียหายต่อการก่อความรุนแรง ทั้งนี้อาจเนื่องจากการใช้กัญชาในปริมาณสูงหรืออย่างต่อเนื่องมีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต เช่น ความหวาดระแวงและการควบคุมอารมณ์ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Volkow, Compton, Blanco, Einstein and Han (2024) และ Moulin, Framorando, Gasser and Dan-Glauser (2022) ที่รายงานว่าการใช้กัญชาสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าว โดยเฉพาะในผู้ที่เริ่มใช้ตั้งแต่อายุน้อยหรือมีปัญหาทางจิตเวชร่วม

สำหรับการใช้สารกระตุ้นประสาทมีความสัมพันธ์กับความเสียหายต่อการก่อความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งอาจอธิบายได้จากฤทธิ์ของสารที่กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้เกิดอาการตื่นตัว ความกระวนกระวาย และความบกพร่องในการควบคุมอารมณ์ ซึ่งเพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งสอดคล้องหลักฐานที่รายงานว่าสารกลุ่มนี้สามารถกระตุ้นพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Narcotics Control Division, 2023) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Zhong et al. (2020) ที่รายงานว่า การพึ่งพาเมทแอมเฟตามีนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมก้าวร้าวและความผิดปกติของการประมวลผลทางอารมณ์ นอกจากนี้ฤทธิ์สารกระตุ้นอาจยังส่งผลต่อสติปัญญา ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสียหายต่อการก่อความรุนแรง

สำหรับการใช้สุรา พบว่ามีความสัมพันธ์กับความเสียหายต่อการก่อความรุนแรง ทั้งนี้อาจอธิบายได้จากฤทธิ์ของแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นสารออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ส่งผลต่อสติสัมปชัญญะ อารมณ์ และกระบวนการคิด โดยเฉพาะในภาวะมึนเมาที่รบกวนการทำงานของระบบประสาท ส่งผลให้การตัดสินใจบกพร่อง การยับยั้งชั่งใจลดลง และอารมณ์แปรปรวน ซึ่งล้วนเพิ่มโอกาสเกิดพฤติกรรมก้าวร้าวและ

ความรุนแรง สอดคล้องกับรายงานของ World Health Organization (2018) ที่ระบุว่าแอลกอฮอล์มีความเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ความรุนแรงและการทำร้ายร่างกายระหว่างบุคคล นอกจากนี้ ในผู้ที่มีการพึ่งพาแอลกอฮอล์ยังพบการสูญเสียการควบคุมตนเอง ซึ่งยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อพฤติกรรมความรุนแรง โดยเฉพาะในบริบทของความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยมักพบความรุนแรงเกิดขึ้นในความสัมพันธ์ระหว่างสามีภรรยา และรองลงมาคือระหว่างบิดากับบุตร (Tongsamsi & Tongsamsi, 2019)

สำหรับปัจจัยด้านภาวะการมีงานทำ พบว่าผู้ที่ว่างงานมีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงสูงกว่าผู้ที่มีการมีงานทำ ซึ่งอาจสะท้อนผลกระทบทางสังคมเศรษฐกิจ เช่น ความเครียดจากการสูญเสียรายได้ ความไม่มั่นคงทางเศรษฐกิจ และปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ Bhalotra, Britto, Pinotti and Sampaio (2025) ที่รายงานว่าการทำงานมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความรุนแรงในครอบครัว โดยมีปัจจัยสำคัญจากความเครียดด้านรายได้และการใช้เวลาาร่วมกันในครอบครัวที่มากขึ้น นอกจากนี้ Sousa (2025) ยังชี้ให้เห็นว่าการว่างงานก่อให้เกิดความเดือดร้อนทางเศรษฐกิจและเพิ่มแรงกดดันในการดำรงชีวิต ซึ่งอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือก้าวร้าว ขณะเดียวกัน การว่างงานยังส่งผลต่อสภาพจิตใจและพฤติกรรมทางสังคม เช่น ความมั่นใจในตนเองลดลง ซึ่งเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมความรุนแรง

สำหรับระยะเวลาการใช้สารเสพติด พบว่า การใช้ในระยะยาวมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น แม้ว่าขนาดอิทธิพลต่อหน่วยจะไม่สูง แต่เมื่อสะสมในระยะยาวจะส่งผลอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้ อาจอธิบายได้จากผลของสารเสพติดที่มีต่อสมองส่วนควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า การใช้สารต่อเนื่องระยะยาว ส่งผลต่อการลดความสามารถในการควบคุมตนเอง (Chananiramitphon, 2021)

ในทางตรงกันข้าม การใช้สารเสพติดกลุ่มอนุพันธ์ของฝิ่นมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งอาจอธิบายได้จากฤทธิ์กดระบบประสาทส่วนกลาง ส่งผลให้ผู้ใช้อาจมีอาการซึมเศร้า และลดการตอบสนองต่อสิ่งเร้า ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Chrobak (2022) ที่ระบุว่าสารกลุ่มดังกล่าวกดระบบประสาทส่วนกลาง สามารถทำให้การทำงานของสมองช้าลงและลดระดับความตื่นตัวโดยรวม ซึ่งโดยทั่วไปไม่สัมพันธ์กับความรุนแรง หรืออาจมีผลลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ในบางกรณี อย่างไรก็ตาม ผลดังกล่าวอาจแตกต่างกันตามระยะของการใช้สาร โดยในช่วงภาวะถอนยาอาจพบพฤติกรรมก้าวร้าวและความรุนแรงเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ใช้อาจมีอาการกระวนกระวายและควบคุมอารมณ์ได้ลดลง ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงควรพิจารณาภายใต้บริบทดังกล่าว และควรตีความผลลัพธ์ด้วยความระมัดระวังเนื่องจากสารดังกล่าวยังคงมีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวม

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าเพศ อายุ และการใช้สารเสพติดบางชนิด ได้แก่ โคเคน สารระเหย และสารหลอนประสาท ไม่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยในระบบบำบัดรักษา ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยทำงาน และมีโครงสร้างประชากรค่อนข้างใกล้เคียงกัน ทำให้ความแตกต่างของปัจจัยด้านเพศและอายุไม่เด่นชัด เมื่อพิจารณาร่วมกับตัวแปรอื่นในแบบจำลอง นอกจากนี้ ปัจจัยดังกล่าวอาจมีบทบาทต่อความรุนแรงน้อยกว่าปัจจัยด้านชนิดของสารเสพติดและปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลมากกว่าในการศึกษานี้ เมื่อพิจารณาร่วมกับวรรณกรรมก่อนหน้า พบว่าผลการศึกษานี้ไม่สอดคล้องกับบางการศึกษาโดย Varshney et al. (2016) รายงานว่าการใช้โคเคนมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจอธิบายได้จากฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทที่ทำให้เกิดอาการกระสับกระส่าย ความก้าวร้าว และความบกพร่องทางปัญญา ขณะที่สารหลอนประสาทมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงในระดับที่แตกต่างกันตามบริบทของผู้ใช้ โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความผิดปกติทางจิตเวชร่วม สำหรับด้านเพศและอายุ ผลการศึกษานี้ยังไม่สอดคล้องกับ Chumnanuksron and Chintapanyakun (2025) ที่พบว่าเพศชายและผู้ป่วยในช่วงวัยทำงานมีความเสี่ยงสูง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัย

ทางจิตวิทยา อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน และปัจจัยทางชีวภาพ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของผลลัพธ์อาจสะท้อนถึงความแตกต่างของบริบทประชากรศึกษา ลักษณะการใช้สาร และปัจจัยร่วมอื่นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความรุนแรง ซึ่งไม่สามารถแสดงผลได้อย่างชัดเจนในการศึกษาครั้งนี้

โดยสรุป ความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในผู้ป่วยยาและสารเสพติดเป็นผลจากการทำงานร่วมกันของหลายปัจจัย ทั้งด้านพฤติกรรมและสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการพัฒนาระบบคัดกรองและมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ

การนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษานี้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในหลายระดับ ดังนี้

1. ระดับบริการสุขภาพ โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาที่ระบุปัจจัยเสี่ยงสำคัญ ได้แก่ ระยะเวลาการใช้สารเสพติด ภาวะว่างงาน และการใช้สารกระตุ้น สุนัข และกัญชา ไปใช้ในการคัดกรองและจำแนกผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ตลอดจนวางแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคลอย่างเหมาะสม รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลประกอบการติดตามและเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงอย่างใกล้ชิด นอกจากนี้ ยังสามารถนำไปพัฒนาเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง (risk screening tools) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการประเมินและป้องกันเหตุการณ์ความรุนแรงในสถานบริการสุขภาพ

2. ระดับชุมชน โดยหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรในระดับพื้นที่สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเฝ้าระวังเชิงรุกในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงหลายประการร่วมกัน รวมทั้งใช้เป็นข้อมูลในการออกแบบกิจกรรมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อเสริมสร้างความตระหนักเกี่ยวกับความเสี่ยงของพฤติกรรมความรุนแรง และสนับสนุนการลดปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นระบบ

3. ระดับนโยบาย ผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนการกำหนดนโยบายและมาตรการด้านการป้องกันและควบคุมการใช้สารเสพติดที่มีความเสี่ยงสูง ตลอดจนการพัฒนาแนวทางการบำบัดรักษาที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพและสังคม โดยเฉพาะการส่งเสริมโอกาสทางอาชีพและการจ้างงานสำหรับผู้ผ่านการบำบัด ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงในระยะยาว

ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดด้านขอบเขตของข้อมูล โดยวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มรหัส ICD-10 F10-F18 โดยไม่รวม F13 (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาหลอมประสาทและยานอนหลับ) และ F17 (ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมที่เกิดจากการเสพยาสูบ) ส่งผลให้ผลการศึกษานี้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของสารดังกล่าวกับความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงได้อย่างครอบคลุม นอกจากนี้ การวิเคราะห์มุ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างประเภทสารเสพติดกับความเสี่ยงเป็นหลัก โดยไม่ได้รวมตัวแปรส่วนบุคคลเชิงลึก เช่น ภาวะทางจิตเวชร่วม ประวัติความรุนแรงในครอบครัว และประสบการณ์เลวร้ายในวัยเด็ก อีกทั้งเป็นการศึกษาในสถาบันเดียว ซึ่งอาจจำกัดขอบเขตของการอ้างอิงผลในระดับประเทศหรือบริบทอื่น และเป็นการวิเคราะห์ข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลที่มีอยู่เดิม จึงไม่ครอบคลุมมิติของกลไกทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความรุนแรงอย่างละเอียด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและป้องกันการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะกัญชา สารกระตุ้นประสาท และสุรา ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การศึกษาครั้งต่อไปควรขยายขอบเขตการวิเคราะห์ให้ครอบคลุมสารเสพติดทุกกลุ่ม รวมถึง F13

(สารกล่อมประสาทและยานอนหลับ) และ F17 (ยาสูบ) เพื่อให้สามารถประเมินบทบาทของยาและสารเสพติดแต่ละชนิดต่อความเสี่ยงได้อย่างครบถ้วน โดยเฉพาะในบริบทของการใช้สารหลายชนิดร่วมกัน นอกจากนี้ ควรพิจารณาปัจจัยอื่นที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมรุนแรงเพิ่มเติม เช่น ปัจจัยทางจิตเวช ประวัติครอบครัว และประสบการณ์ในวัยเด็ก เพื่อพัฒนาแบบจำลองการทำนายให้ครอบคลุมมิติทางจิตใจและสังคมมากยิ่งขึ้น รวมทั้งควรดำเนินการศึกษาในหลายพื้นที่หรือหลายสถาบัน (Multicenter study) เพื่อเพิ่มความสามารถในการอ้างอิงผลในระดับประเทศ อีกทั้ง การออกแบบการศึกษาไปข้างหน้า (Prospective study) และการศึกษาเชิงคุณภาพควรได้รับการพิจารณา เพื่อทำความเข้าใจกลไกทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความรุนแรงในเชิงลึก ตลอดจนการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือคัดกรองความเสี่ยง รวมถึงการประเมินประสิทธิผลของมาตรการแทรกแซง ซึ่งจะช่วยให้สอดคล้ององค์ความรู้และสนับสนุนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในอนาคต

Reference

- Bhalotra, S., Britto, D. G. C., Pinotti, P., & Sampaio, B. (2025). Job displacement, unemployment benefits and domestic violence. *The Review of Economic Studies*, 92(6), 3649–3681. doi:10.1093/restud/rdaf004
- Chananiramitphon, S. (2021). Nursing care for patients with violent behaviors from methamphetamine use: A case study. Retrieved from <https://inb.moph.go.th/MyPDF/16.pdf> (in Thai)
- Chroback, K. M. (2022). The Effects of Substance Use on Violence. A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy, Texas Tech University.
- Chumnanuksron, A., & Chintapanyakun, T. (2025). Factors influencing aggressive behavior in psychiatric patients with substance abuse at U Thong Hospital. *Journal of Health and Nursing, Ubon Ratchathani University*, 4(1), 29–44. (in Thai)
- Moulin, V., Framorando, D., Gasser, J., & Dan-Glauser, E. (2022). The Link Between Cannabis Use and Violent Behavior in the Early Phase of Psychosis: The Potential Role of Impulsivity. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 746287. doi:10.3389/fpsyt.2022.746287
- Narcotics Control Division. (2023). Methamphetamine. Retrieved from <https://narcotic.fda.moph.go.th/information-about-drugs/metamphetamine> (in Thai)
- Sousa, C. (2025). The contemporaneous impact of unemployment and income inequality on violent vs property crime rates in New England: A panel data and machine learning approach. *Empirical Economic Bulletin*, 18, 149–174.
- Tongsamsi, K., & Tongsamsi, I. (2019). Family violence resulting alcohol misuse: An analysis of Thai newspapers' reports during 2011–2015. *Walailak Journal of Social Sciences*, 12(1), 61 – 90.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2023). World Drug Report 2023. United Nations publication.
- Varshney, M., Mahapatra, A., Krishnan, V., Gupta, R., & Deb, K. S. (2016). Violence and mental illness: what is the true story?. *Journal of epidemiology and community health*, 70(3), 223–225. doi:10.1136/jech-2015-205546
- Volkow, N. D., Compton, W. M., Blanco, C., Einstein, E. B., & Han, B. (2024). Associations of cannabis use, use frequency, and cannabis use disorder with violent behavior among young adults in the United States. *International Journal of Drug Policy*, 128, 104431. doi:10.1016/j.drugpo.2024.104431
- World Health Organization. (2018). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva, Switzerland: Author.
- Zhong, S., Yu, R., & Fazel, S. (2020). Drug Use Disorders and Violence: Associations With Individual Drug Categories. *Epidemiologic reviews*, 42(1), 103–116. doi:10.1093/epirev/mxaa006

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและสถานะการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่มีหรือเคยมีประวัติติดยาสูบในกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Association Between Family Functioning and Smoking Cessation Status among Smokers in Outpatient Department, Phramongkutklao Hospital

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received : Sept. 29, 2025

Revised : Apr.17, 2026

Accepted : Apr.21, 2026

Published : Apr. 23, 2026

ธนาดุล ปุณยลิขิต, สุภัชมา เก่งพานิช, กุลเชษฐ เกษะโกมล, กษิดิศ หล้าวงษา

กองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

Thanadule Poonyalikhit, Supatcha Kengpanich, Kulachade Gesakomol, Kasidid Lawongsa

Outpatient Department, Phramongkutklao Hospital

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและสถานะการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ที่มีหรือเคยมีประวัติติดยาสูบในกองตรวจโรคผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า รวมถึงสำรวจความแตกต่างด้านลักษณะการสูบบุหรี่และทัศนคติของครอบครัวต่อการสูบบุหรี่ระหว่างผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่และเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จแล้ว กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เข้าร่วม 51 คน ได้แก่ ผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน 27 คน และผู้เลิกบุหรี่แล้ว 24 คน (เลิกนานแล้ว 19 คน เลิกไม่นาน 5 คน) การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามโครงสร้างซึ่งรวบรวมข้อมูลด้านสังคมประชากร ประวัติการสูบบุหรี่ ทัศนคติของครอบครัว และการทำงานของครอบครัวโดยใช้แบบสอบถาม Chulalongkorn Family Inventory (CFI) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ Chi-square สำหรับตัวแปรเชิงกลุ่ม และ Mann-Whitney U test สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ พร้อมด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างคะแนน CFI และสถานะการเลิกบุหรี่

ผลการศึกษาพบว่า ผู้เลิกบุหรี่มีอายุมากกว่า แต่งงานมากกว่า มีการศึกษาสูงกว่า และมักทำงานนอกภาครัฐมากกว่าผู้สูบบุหรี่ ($p < 0.05$) ขณะที่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในด้านลักษณะการสูบบุหรี่และทัศนคติของครอบครัวต่อการสูบบุหรี่ คะแนนรวม CFI อยู่ในระดับดี (มัธยฐาน 108, IQR 101–118) โดยผู้เลิกบุหรี่มีคะแนนด้านการแก้ปัญหา (20 เทียบกับ 17, $p = 0.021$) และบทบาท (11 เทียบกับ 10, $p = 0.014$) สูงกว่าอย่างมีนัยสำคัญ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพบว่าโอกาสเลิกบุหรี่เพิ่มขึ้นต่อการเพิ่มขึ้น 1 คะแนนในด้านการแก้ปัญหา (OR 1.27, 95% CI 1.037–1.556, $p = 0.021$) และด้านบทบาท (OR 1.748, 95% CI 1.121–2.724, $p = 0.014$) สรุปได้ว่า อายุ การสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รวมถึงการทำงานของครอบครัวที่ดีโดยเฉพาะด้านการแก้ปัญหาและบทบาท มีส่วนสำคัญต่อความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ และควรนำมาพิจารณาในการออกแบบโปรแกรมช่วยเลิกบุหรี่

คำสำคัญ: การเลิกสูบบุหรี่, การทำงานของครอบครัว, ทัศนคติของครอบครัว, ปัจจัยทางสังคมประชากร, การแก้ปัญหาและบทบาทในครอบครัว

Corresponding Author: ธนาดุล ปุณยลิขิต E-mail: thanpoontp@gmail.com

Abstract

This cross-sectional study determined the association between family functioning and smoking cessation status among smokers in the Outpatient Department, Phramongkutklo Hospital, and explored differences in smoking characteristics and perceived family attitudes toward smoking between current smokers and smokers who had successfully quit smoking. Fifty-one participants were enrolled: 27 current smokers and 24 quitters (19 remote, 5 recent). Sociodemographic data, smoking history, family attitudes, and family functioning (Chulalongkorn Family Inventory [CFI]) were collected via a structured questionnaire. Categorical variables were analyzed with Chi-square tests, continuous variables with Mann–Whitney U tests, and logistic regression was used to assess associations between CFI scores and smoking cessation status.

Quitters were significantly older, more often married, more highly educated, and more likely to work outside the government sector than current smokers (all $p < 0.05$). Smoking-related characteristics and perceived family attitudes toward smoking did not differ significantly between groups. Overall, family functioning was good (median total CFI 108, IQR 101–118). Quitters had higher CFI Problem Solving scores (20 [18–21] vs 17 [15–20], $p = 0.021$) and Role scores (11 [10–11] vs 10 [8–11], $p = 0.014$). Logistic regression indicated increased odds of quitting per one-point increase in Problem Solving (OR 1.27, 95% CI 1.037–1.556, $p = 0.021$) and Role (OR 1.748, 95% CI 1.121–2.724, $p = 0.014$). These findings suggest that older age, being married, higher education, non-government employment, and stronger family functioning—particularly in problem solving and role performance—are associated with successful smoking cessation and may inform the design of cessation programs.

Keywords: Smoking cessation, Family functioning, Family attitudes, Sociodemographic factors, Problem solving and family roles

Corresponding Author: Thanadule Poonyalikhit E-mail: thanpoontp@gmail.com

Introduction

Smoking is widely known as a major risk factor for many diseases, including cancers affecting different organs, heart disease, stroke, and chronic obstructive pulmonary disease (COPD). It also causes addiction and can worsen mental health problems.

In Thailand, smoking rates have been declining for more than a decade. The 2024 Survey on Smoking and Drinking in the Thai Population (Thailand National Statistical Office, 2025) reported a smoking prevalence of 16.5% among those aged 15 years or older, compared with 21.2% in 2007. Even so, smoking remains one of the leading causes of poor health in the country and continues to contribute to serious illness, early death, and economic loss (Tobacco Control Research and Knowledge Management Center, 2023) (Komonpaisarn, 2022).

Nicotine addiction is influenced by several factors. Physically, nicotine activates receptors in the brain (nicotinic acetylcholine receptors) that trigger the release of dopamine. This produces feelings of pleasure and improved concentration, which reinforce smoking and lead to addiction. Other factors also play a role, including psychological, social, and cultural influences. The Theory of Triadic Influence (Flay, 1999) groups these into three main areas: (1) personal factors, such as genetics and personal beliefs; (2) social factors, such as family, friends, and colleagues; and (3) broader cultural and environmental factors, such as social norms, government policies, and religion.

Families are a central part of society and shape how people think and behave. It is reasonable to assume that family members have an important influence on whether a person starts, continues, or quits smoking. Research from other countries (Alves, Perelman, Ramos & Kunst, 2022) (Cho, Jang, Shin, Nam & Park, 2023) (Adler, Abu Arar, Yehoshua, Cohen, Hermoni Alon, Shahar et al, 2023) supports this idea, showing that family relationships can affect smoking initiation, continuation, and cessation. One study (Xia, Gong, Wang, Li & Mao, 2022) also found that poorer family functioning was associated with a greater tendency to relapse. In Thailand, many studies have looked at factors affecting smoking, but relatively few have focused on family relationships. One study (Sornpaisarn, Parvez, Chatakan, Thitiprasert, Precha, Kongsakol et al, 2022) found that having a child or grandchild encouraged smokers to quit.

At present, there is no record of smoking prevalence among patients receiving care at the Outpatient Department of Phramongkutklao Hospital. However, physicians have observed that a considerable number of patients report a history of smoking, underscoring the need for routine brief smoking cessation advice as part of conversation. Although incorporating family influence into smoking cessation counseling is relatively easy, it is often neglected in clinical practice. Evaluating family functioning may also help anticipate whether a patient is more likely to succeed or relapse, allowing physicians to tailor their advice and plan follow-up more appropriately. This study therefore seeks to

determine the importance of family influence in smoking cessation counseling and to highlight the potential benefits of positive family involvement in cessation programs.

Objectives

- To examine association between family functioning and participants' current smoking cessation status.
- To compare sociodemographic characteristics, smoking behaviors, and perceived family attitudes between current smokers and those who had successfully quit smoking.
- To analyze factors associated with smoking cessation

Hypotheses

- Better family functioning is associated with a higher likelihood of successful smoking cessation.
- Sociodemographic factors such as older age, marital status, higher education, and non-government employment may influence smoking cessation outcomes.

Conceptual Framework

This conceptual framework illustrates the relationship between independent and dependent variables. Independent variables include sociodemographic characteristics (age, sex, marital status, education, occupation), smoking-related characteristics (nicotine dependence, age of initiation, quit attempts), and family functioning domains measured by the Chulalongkorn Family Inventory (CFI). The dependent variable is smoking cessation status (current smoker vs. quitter). The framework reflects how family functioning and other influencing factors may affect cessation outcomes.

Research Design

This study employed a cross-sectional design (Analytic Cross-sectional Study) to investigate the association between family functioning and smoking cessation among adults attending the Outpatient Department of Phramongkutklao Hospital.

Study Population and Participants

The study population included adults aged ≥ 18 years with a history of smoking (≥ 100 cigarettes in a lifetime or daily smoking for at least 30 consecutive days). Inclusion criteria were: (1) current or former smokers, (2) ability to read and understand Thai, and (3) provision of informed consent. Exclusion criteria included: (a) current use of other tobacco products, (b) severe or life-threatening medical conditions, and (c) inability to complete questionnaires. Based on prior findings from Parwatha et al. (2020), the required sample size was calculated at 30 participants; after accounting for potential dropouts, a final total of 51 participants (27 current smokers and 24 quitters) were enrolled.

Research Instruments

- Structured Questionnaire: Researcher-developed and adapted from prior studies. Collected demographic and smoking-related information (age, sex, marital status, occupation, smoking history, quit attempts). The six-month threshold was chosen based on the Transtheoretical Model of Behavior Change, which identifies six months of abstinence as a marker of stable cessation (Prochaska, 1984).
- Thai Version of the Fagerström Test for Nicotine Dependence (FTND): Assessed nicotine dependence; previously validated with good reliability (Klinsophon, Janwantanakul & Thaveeratitham, 2017).
- Family Attitudes Question: Measured perceived family views toward smoking on a 5-point Likert scale. This item was adapted from Nagawa et al., who assessed perceived family and peer attitudes toward tobacco use using a 5-point Likert scale ranging from very positive to very negative. Their study found that participants perceiving negative family or peer attitudes toward smoking were more likely to report smoking cessation within the past 30 days (12%) than those perceiving positive or neutral attitudes (7%). (Nagawa et al., 2022)
- Chulalongkorn Family Inventory (CFI): Developed by Prof. Umaporn Trangkasombat based on the Family Assessment Device (FAD). Evaluated family functioning across seven domains (Problem Solving, Communication, Roles, Affective Responsiveness, Affective Involvement, Behavior Control, and General Functioning). Higher scores indicate stronger family functioning. The CFI has been demonstrated to have good reliability and validity in Thai populations (Trangkasombat, 2001).

Data Collection

Eligible participants were recruited at the outpatient clinic by the investigator with assistance from medical personnel, including physicians, nurses, and nursing aides, who had been briefed on the study procedures. Although the sample was not selected through fully random sampling, efforts were made to approach individuals across a broad range of age groups. After obtaining written informed consent, they completed the questionnaires either by themselves or with assistance from trained staff. Data were collected anonymously and securely stored. Data were collected over a period of 7 months, from December 2025 to June 2026.

Data Analysis

Data were analyzed using SPSS version 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Descriptive statistics were used to summarize demographic and clinical characteristics. Group comparisons between smokers and quitters were performed using Chi-square tests for categorical variables and Mann–Whitney U tests for continuous variables. Logistic regression was used to assess associations between family functioning scores and cessation status, with odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI) reported. A p-value <0.05 was considered statistically significant.

Ethical Considerations

This study followed the principles of the Declaration of Helsinki. All participants provided written informed consent after being informed of the study's purpose, procedures, risks, and benefits. Confidentiality was maintained throughout the study. The study protocol was reviewed and approved by the Institutional Review Board of the Royal Thai Army Medical Department (Project No. R108q/67).

Results

Of the 51 participants, 27 (52.9%) were current smokers and 24 (47.1%) were quitters. Among the quitters, 19 (37.3%) were remote quitters (abstinent for more than 6 months) and 5 (9.8%) were recent quitters.

There were statistically significant differences between smokers and quitters with respect to age, marital status, education level, and profession (all $p < 0.05$). Compared to current smokers, individuals who had quit smoking were generally older, more likely to be married, better educated, and less likely to be employed in the government sector. No statistically significant differences were observed in smoking-related characteristics or in participants' perceptions of their family's attitude toward smoking. (Table 1)

Overall, participants demonstrated good family functioning. The median (IQR) total CFI score was 108 (101–118). Median subscale scores were: Problem Solving – 19 (16–21), Communication – 15 (13–17), Role – 10 (9–11), Affective Responsiveness – 15 (13–17), Affective Involvement – 14 (11–17), Behavior Control – 12 (10–12), and General Functioning – 27 (24–30).

Significant associations with family functioning were noted in the Problem Solving and Role subscales. Quitters had higher Problem Solving scores (20 [18–21]) compared with smokers (17 [15–20], $p = 0.021$) and higher Role scores (11 [10–11]) compared with smokers (10 [8–11], $p = 0.014$). Logistic regression analysis confirmed these associations: Problem Solving (OR 1.27, 95% CI 1.037–1.556, $p = 0.021$) and Role (OR 1.748, 95% CI 1.121–2.724, $p = 0.014$) were both associated with increased odds of quitting. (Table 2)

Table 1. Demographic data, smoking characteristics and family attitude

Characteristics	Overall (N=51) n (%)	Current Smokers (N=27) n (%)	Quitters (N=24) n (%)	p-value
Age				
18-35 years	31 (60.8)	23 (85.2)	8 (33.3)	<0.001
36-59 years	13 (25.5)	4 (14.8)	9 (37.5)	
More than 60 years	7 (13.7)	0 (0.0)	7 (29.2)	

Table 1. Demographic data, smoking characteristics and family attitude (Cont.)

Characteristics	Overall (N=51) n (%)	Current Smokers (N=27) n (%)	Quitters (N=24) n (%)	p-value
Sex				
Male	45 (88.2)	23 (85.2)	22 (91.7)	0.473
Female	6 (11.8)	4 (14.8)	2 (8.3)	
Marital Status				
Single	25 (49)	19 (70.4)	6 (25.0)	0.001
Married	24 (47.1)	6 (22.2)	18 (75.0)	
Divorced	2 (3.9)	2 (7.4)	0 (0.0)	
Education Level				
Below elementary school	2 (3.9)	2 (7.4)	0 (0.0)	0.031
Elementary school	4 (7.8)	0 (0.0)	4 (16.7)	
Junior high school	14 (27.5)	10 (37.0)	4 (16.7)	
High school	17 (33.3)	8 (29.6)	9 (37.5)	
Bachelor's degree	11 (21.6)	7 (25.9)	4 (16.7)	
Master's degree	3 (5.9)	0 (0.0)	3 (12.5)	
Profession				
Government official	31 (60.8)	22 (81.5)	9 (37.5)	0.006
Freelance laborer	4 (7.8)	2 (7.4)	2 (8.3)	
Agriculture worker	2 (3.9)	0 (0.0)	2 (8.3)	
Business owners	2 (3.9)	0 (0.0)	2 (8.3)	
Merchant	2 (3.9)	2 (7.4)	0 (0.0)	
Retired government official	3 (5.9)	0 (0.0)	3 (12.5)	
Others	7 (13.7)	1 (3.7)	6 (25.0)	
Income				
<5,000 THB	2 (3.9)	0 (0.0)	2 (8.3)	0.181
5,000 – 10,000 THB	15 (29.4)	11 (40.7)	4 (16.7)	
10,000 – 30,000 THB	26 (51)	13 (48.1)	13 (54.2)	
30,000 – 70,000 THB	7 (13.7)	3 (11.1)	4 (16.7)	
>70,000 THB	1 (2)	0 (0.0)	1 (4.2)	
Number of Family Members				
2	9 (17.6)	3 (11.1)	6 (25.0)	0.211
3	13 (25.5)	5 (18.5)	8 (33.3)	
4	10 (19.6)	6 (22.2)	4 (16.7)	
≥5	19 (37.3)	13 (48.1)	6 (25.0)	
Alcohol				
Regular	14 (27.5)	8 (29.6)	6 (25.0)	0.895
Occasional	28 (54.9)	14 (51.9)	14 (58.3)	
Never	9 (17.6)	5 (18.5)	4 (16.7)	

Table 1. Demographic data, smoking characteristics and family attitude (Cont.)

Characteristics	Overall (N=51) n (%)	Current Smokers (N=27) n (%)	Quitters (N=24) n (%)	p-value
Co-morbidities				
No	39 (76.5)	23 (85.2)	16 (66.7)	0.12
Yes	12 (23.5)	4 (14.8)	8 (33.3)	
Age of smoking Initiation				
<18 years	25 (49)	12 (44.4)	13 (54.2)	0.488
18-35 years	26 (51)	15 (55.6)	11 (45.8)	
Years of Smoking				
<10 years	30 (58.8)	20 (74.1)	10 (41.7)	0.064
11-20 years	15 (29.4)	5 (18.5)	10 (41.7)	
21-30 years	6 (11.8)	2 (7.4)	4 (16.7)	
Number of Cessation Attempt(s)				
0	6 (11.8)	3 (11.1)	3 (12.5)	0.915
1	19 (37.3)	9 (33.3)	10 (41.7)	
2-5	17 (33.3)	10 (37.0)	7 (29.2)	
>6	9 (17.6)	5 (18.5)	4 (16.7)	
(Quitters) Self-cessation or With Assistance				
Self-cessation	24 (47.1)	0 (0.0)	24 (100.0)	24 (47.1)
(Quitters) Cold Turkey or Gradually Stop				
Cold Turkey	16 (31.4)	0 (0.0)	16 (66.7)	
Gradually Stop	8 (15.7)	0 (0.0)	8 (33.3)	
(Current smokers) Number of Cigarettes Smoked Per Day				
<10	12 (23.5)	12 (44.4)	0 (0.0)	
11-20	15 (29.4)	15 (55.6)	0 (0.0)	
(Current smokers) Time to First Cigarette				
More than 60 minutes	8 (15.7)	8 (29.6)	0 (0.0)	
31-60 minutes	4 (7.8)	4 (14.8)	0 (0.0)	
6-30 minutes	7 (13.7)	7 (25.9)	0 (0.0)	
Within 5 minutes	8 (15.7)	8 (29.6)	0 (0.0)	
(Current smokers) Smoking more frequently on First Hour of Waking Up				
No	17 (33.3)	17 (63.0)	0 (0.0)	
Yes	10 (19.6)	10 (37.0)	0 (0.0)	
(Current smokers) Hardest Cigarette to Give Up				
Other cigarettes during the day	13 (25.5)	13 (48.1)	0 (0.0)	
First few cigarettes	14 (27.5)	14 (51.9)	0 (0.0)	

Table 1. Demographic data, smoking characteristics and family attitude (Cont.)

Characteristics	Overall (N=51) n (%)	Current Smokers (N=27) n (%)	Quitters (N=24) n (%)	p-value
(Current smokers) Difficulty in Refraining from Smoking in Forbidden Places				
No	19 (37.3)	19 (70.4)	0 (0.0)	
Yes	8 (15.7)	8 (29.6)	0 (0.0)	
(Current smokers) Smoking Even If Sick in Bed Most of the Days				
No	24 (47.1)	24 (88.9)	0 (0.0)	
Yes	3 (5.9)	3 (11.1)	0 (0.0)	
(Current smokers) Fagerstrom Test Score				
0-2 (Very Low)	7 (13.7)	7 (25.9)	0 (0.0)	
3-4 (Low)	14 (27.5)	14 (51.9)	0 (0.0)	
5-6 (Medium)	2 (3.9)	2 (7.4)	0 (0.0)	
7 (High)	4 (7.8)	4 (14.8)	0 (0.0)	
Family Attitude				
Very negative	11 (21.6)	6 (22.2)	5 (20.8)	0.756
Negative	21 (41.2)	11 (40.7)	10 (41.7)	
Neutral	18 (35.3)	10 (37.0)	8 (33.3)	
Positive	1 (2.0)	0 (0.0)	1 (4.2)	

Table 2. Family functioning scores as measured by CFI

Family Functioning Domain	Overall Median (P ₂₅ - P ₇₅)	Current Smokers Median (P ₂₅ - P ₇₅)	Quitters Median (P ₂₅ - P ₇₅)	p-value	OR (95%CI)
Problem Solving					
(PS)	19 (16-21)	17 (15-20)	20 (18-21)	0.021*	1.27 (1.037-1.556)
Communication					
(C)	15 (13-17)	15 (12-17)	16 (14-18)	0.06	1.284 (0.99-1.666)
Role (R)	10 (9-11)	10 (8-11)	11 (10-11)	0.014*	1.748 (1.121-2.724)
Affective Responsiveness					
(AR)	15 (13-17)	15 (12-16)	17 (15-18)	0.095	1.203 (0.968-1.495)
Affective Involvement					
(AI)	14 (11-17)	12 (11-17)	16 (10-17)	0.958	0.996 (0.848-1.169)
Behavior Control					
(BC)	12 (10-12)	12 (10-13)	12 (10-12)	0.397	0.868 (0.626-1.204)
General Functioning					
(GF)	27 (24-30)	27 (22-28)	27 (25-30)	0.104	1.133 (0.975-1.316)

Discussion

This study compared current smokers and quitters receiving care at the outpatient department of Phramongkutklo Hospital and found some clear sociodemographic differences alongside selective associations with family functioning. Quitters were more likely to be older, married, better educated, and employed outside government sectors. These patterns align with plausible life-course and social support explanations: older adults may have greater health concerns and more exposure to cessation advice; marriage can provide accountability and day-to-day encouragement; and higher education level often correlates with better access to health information and services (Ruokolainen, Härkänen, Lahti, Haukkala, Heliövaara & Rahkonen, 2021) (Effendi et al, 2024). The association with non-government employment may reflect workplace norms (Lowenstein, Dow & White, 2020), flexibility, or cessation supports (Lin, Li, Chen, Liu, Lin, Liu et al, 2021) that differ from government settings, though this finding may also be confounded by age, education and certain personal contexts.

Notably, smoking-related characteristics and perceived family attitudes toward smoking did not differ between groups. The single-item measure of “family view on smoking” may have been too coarse (Faseru, Richter, Scheuermann & Park, 2018) to capture meaningful variation, especially in households where opinions differ across members or where social desirability affects responses. In contrast, more detailed assessment of family functioning with the CFI revealed associations concentrated in the Problem Solving and Role domains (Guo, Liu, Wang et al, 2023). Quitters scored higher on both subscales, and each one-point increase was associated with higher odds of being a quitter (Problem Solving OR 1.27; Role OR 1.75). These domains map closely to practical processes that can support quitting: families that identify problems early, plan around triggers, share tasks, and maintain clear expectations may help a smoker anticipate high-risk situations, structure routines (e.g., mealtimes, commutes) to minimize cues, and stay engaged with treatment or follow-up. The absence of between-group differences in other CFI domains, combined with generally good overall CFI scores, suggests a potential ceiling effect or that problem-solving and role-clarifying skills are the most relevant aspects of family functioning for cessation in this context.

This study has limitations. The cross-sectional design limits causal inference; families may become more organized after a successful quit rather than drive it. The sample was modest and drawn from a single outpatient clinic, limiting generalizability and reducing power for subgroup analyses (e.g., recent vs. remote quitters). Self-reported measures may be affected by recall and social desirability biases, and the single-item family-attitude question likely lacked sensitivity. Finally, although logistic regression supported the associations for Problem Solving and Role, residual confounding by age, marital status, education, and employment cannot be excluded given the sample size and limited covariate adjustment.

Research Suggestions/Recommendations

Suggestions for Application

Two strategies for intervention that can be used clinically can be deduced from the results. First, demographic patterns (older age, marriage, higher education) highlight subgroups that may need tailored outreach—e.g., younger, unmarried adults or those with fewer educational opportunities—who might benefit from more intensive counseling and navigation support. Second, the CFI results suggest that integrating brief, family-oriented components into cessation care—such as problem-solving training, clarifying household roles during quit attempts, and involving a partner or key family member in planning and follow-up—could be useful even when general family attitudes toward smoking appear neutral or supportive (Faseru, Richter, Scheuermann & Park, 2018) (Whitton, McLeish, Godfrey, James-Kangal & Rhoades, 2020).

Suggestions for Future Research

Future research should include larger, more demographically diverse samples and recruit participants from multiple clinical settings to improve generalizability. Longitudinal and prospective studies are needed to clarify the temporal relationship between family functioning and smoking cessation. Future studies should also use more detailed measures of family influence, distinguish between recent and long-term quitters, and better control for potential confounding variables. Lastly, intervention-based research is warranted to evaluate whether family-oriented approaches, particularly those targeting family problem solving and role performance, can improve smoking cessation outcomes and sustain abstinence over time.

Conclusion

This study suggests that older age, being married, having higher educational background and not working in government sectors may positively influence smoking cessation outcomes. In terms of family functioning, stronger performance in problem solving and role responsibilities appears to be associated with a greater likelihood of quitting smoking. However, the findings should be interpreted with caution due to the small sample size and the predominance of younger male participants. Future research with larger, more demographically diverse samples and conducted in varied settings is warranted to confirm these associations. Despite these limitations, the observed factors may be valuable considerations when designing or implementing smoking cessation programs.

References

- Adler, L., Abu Arar, S., Yehoshua, I., Cohen, B., Hermoni Alon, S., Shahar, A. et al (2023). Smoking cessation—better together: A retrospective cohort study. *Tobacco Induced Diseases*, 21,64. doi:10.18332/tid/162367
- Alves, J., Perelman, J., Ramos, E., & Kunst, A. E. (2022). Intergenerational transmission of parental smoking: When are offspring most vulnerable? *European Journal of Public Health*, 32(5), 741–746. doi:10.1093/eurpub/ckac065
- Cho, G. H., Jang, Y. S., Shin, J., Nam, C.-M., & Park, E.-C. (2023). Association between having a meal together with family and smoking: A cross-sectional nationwide survey. *BMC Public Health*, 23(1), 17155. doi:10.1186/s12889-023-17155-9
- Effendi, D. E., Ardani, I., Handayani, S., Agustiya, R. I., Nugroho, A. P., Oktriyanto, O., Yulianto, A. (2024). Factors associated with quitting smoking among males: Findings from the Indonesian National Health Survey. *Clinical Epidemiology and Global Health*, 28, 101672. doi:10.1016/j.cegh.2024.101672
- Faseru, B., Richter, K. P., Scheuermann, T. S., & Park, E. W. (2018). Enhancing partner support to improve smoking cessation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2018(8), CD002928. doi:10.1002/14651858.CD002928.pub4
- Flay, B. R. (1999). Understanding environmental, situational and intrapersonal risk and protective factors for youth tobacco use: The theory of triadic influence. *Nicotine & Tobacco Research*, 1(Suppl 1), S111–S114. doi:10.1080/14622299050011911
- Guo, Y., Liu, D.-Y., Wang, Y.-J., Huang, M.-J., Jiang, N., Hou, Q., Sun, X.-Y. (2023). Family functioning and nicotine dependence among smoking fathers: A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 23, 658. doi:10.1186/s12889-023-15475-4
- Klinsophon, T., Janwantanakul, P., & Thaveeratitham, P. (2017). Reliability of the Thai version of the Fagerstrom Test for Nicotine Dependence (FTND). *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(10), 1130–1134.
- Komonpaisarn, T. (2022). Economic cost of tobacco smoking and secondhand smoke exposure at home in Thailand. *Tobacco Control*, 31(6), 714–722. doi:10.1136/tobaccocontrol-2020-056147
- Lin, H., Li, M., Chen, M., Liu, Y., Lin, Y., Liu, Z., et al. (2021). The association of workplace smoke-free policies on individual smoking and quitting-related behaviours. *BMC Public Health*, 21, 2308. doi:10.1186/s12889-021-12395-z
- Lowenstein, C., Dow, W. H., & White, J. S. (2020). Peer effects in smoking cessation: An instrumental variables analysis of a worksite intervention in Thailand. *SSM - Population Health*, 12, 100659. doi:10.1016/j.ssmph.2020.100659
- Nagawa, C. S., Pbert, L., Wang, B., Cutrona, S. L., Davis, M., Lemon, S. C., et al. (2022). Association between family or peer views towards tobacco use and past 30-day smoking cessation among adults with mental health problems. *Preventive Medicine Reports*, 28, 101886. doi:10.1016/j.pmedr.2022.101886

- Parwatha, N. W., Lesmana, C. B. J., Aryani, L. N. A., Westa, W., Lely, S., Diniari, N. K. S. (2020). Association between family function and cigarette addiction in high school students. *Journal of Clinical and Cultural Psychiatry*, 1(1), 9–13.
- Prochaska, J. O. (1984). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis* (2nd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Ruokolainen, O., Harkanen, T., Lahti, J., Haukkala, A., Heliovaara, M., Rahkonen, O. (2021). Association between educational level and smoking cessation in an 11-year follow-up study of a national health survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 49, 951–960.
doi:10.1177/1403494821993721
- Sornpaisarn, B., Parvez, N., Chatakan, W., Thitiprasert, W., Precha, P., Kongsakol, R., et al (2022). Methods and factors influencing successful smoking cessation in Thailand: A case-control study among smokers at the community level. *Tobacco Induced Diseases*, 20, 67.
doi:10.18332/tid/150345
- Thailand National Statistical Office. (2025). *The 2024 survey on smoking and drinking situation of population* [PDF]. Bangkok, Thailand: National Statistical Office, Ministry of Digital Economy and Society. Retrieved July 18, 2025
from https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2025/20250401100215_15169.pdf
- Tobacco Control Research and Knowledge Management Center. (2023, August 11). *Burden of disease attributable to risk factors in Thailand 2019*. Bangkok, Thailand: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Retrieved July 20, 2025,
from <https://www.trc.or.th/en/burden-of-disease-attributable-to-risk-factors-in-thailand-2019>
- Trangkasombat, U. (2001). *Family therapy and family counseling*. Bangkok, Thailand: Family Research and Development Center.
- Whitton, S. W., McLeish, A. C., Godfrey, L. M., James-Kangal, N., & Rhoades, G. K. (2020). Partner-assisted smoking cessation treatment: A randomized clinical trial. *Substance Use & Misuse*, 55, 1–9.
- Xia, Y., Gong, Y., Wang, H., Li, S., Mao, F. (2022). Family function impacts relapse tendency in substance use disorder: Mediated through self-esteem and resilience. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 815118. doi:10.3389/fpsy.2022.815118

การพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช Development of Model Health Literacy program of Knee Osteoarthritis of the Elderly to Prevent Falls in Chianyai District , Nakhon Si Thammarat Province

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: Sept. 5, 2025

Revised: Mar 28, 2026

Accepted: Apr. 17, 2026

Published : Apr. 29, 2026

ศุภพร อมรวัฒน์

โรงพยาบาลเชียรใหญ่ อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

Suliphon Amornwat

Chian Yai Hospital, Chian Yai District, Nakhon Si Thammarat Province

บทคัดย่อ

วิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุเพื่อการป้องกันการพลัดตกหกล้ม อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช 2) พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 3) ประเมินผลการใช้รูปแบบ ดำเนินการ 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 110 คน คัดเลือกด้วยวิธีการแบบเจาะจง และประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมโดยใช้แบบประเมิน Oxford Knee Score ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบด้วยโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผ่านกิจกรรมการเรียนรู้ 6 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 82 คน ระยะที่ 3 ประเมินผลการใช้รูปแบบกับกลุ่มตัวอย่างเดิม จำนวน 82 คน ด้วยแบบประเมินอาการข้อเข่าเสื่อม Modified WOMAC Score ใช้วิธีการสุ่มแบบเจาะจง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติพรรณนาและสถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 57 คน (ร้อยละ 69.50) มีอายุระหว่าง 71-80 ปีขึ้นไป มีจำนวน 59 คน (ร้อยละ 72) มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลางมากที่สุดจำนวน 42 คน (ร้อยละ 38.20) มีสถานภาพสมรสจำนวน 66 คน (ร้อยละ 80.50) การศึกษาระดับประถมศึกษา มีจำนวน 64 คน (ร้อยละ 78.00) มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท (ร้อยละ 68.30) ระยะเวลาป่วย 7-10 ปี (ร้อยละ 42.70) สำหรับโรคประจำตัวพบมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 30.50) ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 17 คน (ร้อยละ 20.73) รองลงมาคือโรคเบาหวาน จำนวน 24 คน (ร้อยละ 29.30) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเช่นกัน จำนวน 17 คน (ร้อยละ 20.73) สำหรับโรคไขข้อในหลอดเลือด จำนวน 17 คน (ร้อยละ 20.70) เป็นเพศหญิงจำนวน 12 คน (ร้อยละ 14.63) ขณะที่กลุ่มผู้ไม่มีโรคประจำตัวและกลุ่มอื่น ๆ พบอย่างละ 8 คน (ร้อยละ 9.80) โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 6 คน (ร้อยละ 7.32) และ 5 คน (ร้อยละ 6.10) ตามลำดับ หลังการพัฒนา พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นทุกมิติ โดยขึ้นพื้นฐานมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 4.09 (SD.=0.43) รองลงมาคือขึ้นปฏิสัมพันธ์มีค่าเฉลี่ย 3.98 (SD.=0.44) และขึ้นวิจารณ์ญาณมีค่าเฉลี่ย 3.95 (SD.=0.50) ตามลำดับ ผลการประเมินแสดงให้เห็นว่าลักษณะอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, ข้อเข่าเสื่อม, ป้องกันพลัดตกหกล้ม

Corresponding author: ศุภพร อมรวัฒน์ E-mail: ann.suleeporn@gmail.com

Abstract

This research and development study aimed to: (1) examine the situation of knee osteoarthritis among older adults for fall prevention in Chian Yai District, Nakhon Si Thammarat Province; (2) develop a health literacy model; and (3) evaluate the effectiveness of the model. The study was conducted in three phases. In Phase 1, the situation of knee osteoarthritis among older adults was investigated. A total of 110 participants were selected using purposive sampling, and the severity of knee osteoarthritis was assessed using the Oxford Knee Score. In Phase 2, a health literacy model was developed through a program consisting of six learning sessions, involving 82 participants. In Phase 3, the developed model was evaluated with the same group of 82 participants using the Modified WOMAC Score. Purposive sampling was applied. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and a paired t-test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The results revealed that most participants were female (57 individuals, 69.50%), aged 71–80 years and above (59 individuals, 72%). The majority had moderate knee osteoarthritis (42 individuals, 38.20%), were married (66 individuals, 80.50%), had primary school education (64 individuals, 78.00%), and had an average monthly income of less than 15,000 baht (68.30%). The duration of illness was most commonly 7–10 years (42.70%). Regarding comorbidities, hypertension was the most common condition (25 individuals, 30.50%), with the majority being female (17 individuals, 20.73%), followed by diabetes mellitus (24 individuals, 29.30%), also predominantly female (17 individuals, 20.73%), and dyslipidemia (17 individuals, 20.70%), with 12 females (14.63%). Participants without comorbidities and those with other conditions were found in equal numbers (8 individuals each, 9.80%), with most being female (6 individuals, 7.32% and 5 individuals, 6.10%, respectively). After the intervention, health literacy levels improved across all domains. Functional health literacy showed the highest mean score (mean = 4.09, SD = 0.43), followed by interactive health literacy (mean = 3.98, SD = 0.44), and critical health literacy (mean = 3.95, SD = 0.50). The evaluation results demonstrated that the clinical symptoms of knee osteoarthritis among older adults significantly improved at the 0.05 level of statistical significance.

Keywords: Health literacy, Elderly, Knee osteoarthritis, Fall prevention

Corresponding author: Suliphon Amonwat E-mail : ann.suleeporn@gmail.com

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นเห็นได้ชัดเจนจากสถิติของสัดส่วนผู้สูงอายุทั่วโลกในปี พ.ศ. 2561 สัดส่วนผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ของโลกอยู่ที่ร้อยละ 13.2 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 13.7 ในปี พ.ศ. 2566 คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 21.1 ในปี พ.ศ. 2593 โดยจำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกจะเพิ่มจาก 841 ล้านคนในปี พ.ศ. 2556 เป็น 2 พันล้านคนในปี พ.ศ. 2593 สำหรับภูมิภาคเอเชียมีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดในโลก โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี ประมาณ 469 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 56 ของประชากรสูงอายุทั่วโลก (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) สำหรับประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 14.6 ล้านคน จากปัจจุบันที่มีจำนวน 11.7 ล้านคน เพิ่มขึ้นจากปัจจุบัน 2.9 ล้านคน (ศูนย์วิจัยกสิกรไทย, 2561) ในขณะเดียวกันสำนักงานสถิติแห่งชาติ (2567) ได้สำรวจประชากรสูงอายุทุก 3 ปี ครั้งล่าสุดสำรวจปี 2567 มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม ภาวะสุขภาพ การเกื้อหนุน ตลอดจนจนลักษณะการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุโดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลตัวอย่างจำนวน 86,880ครัวเรือน ทุกจังหวัดทั่วประเทศ พบว่าจำนวนประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องส่งผลให้ความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง เช่นโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งส่งผลต่อความสามารถในการเคลื่อนไหวและเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลทำหน้าที่สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย และเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ซึ่งสามารถช่วยลดความเสี่ยงของการหกล้มได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Jung et al., 2022) นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังมีบทบาทเป็นผู้คัดกรองและถ่ายทอดข้อมูลสุขภาพ ช่วยสนับสนุนการตัดสินใจและแปลคำแนะนำทางการแพทย์ไปสู่การปฏิบัติจริง หากผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง จะสามารถประเมินความเสี่ยงและส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มได้ดีกว่าการที่ผู้สูงอายุดูแลตนเองเพียงลำพัง (Liu et al., 2023) ข้อมูลในปี พ.ศ. 2567 พบว่าผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลคิดเป็นร้อยละ 8.6 ของผู้สูงอายุทั้งหมด โดยเมื่อจำแนกตามช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มวัยปลายมีสัดส่วนการมีผู้ดูแลสูงที่สุด (ร้อยละ 32.8) รองลงมาคือกลุ่มวัยกลาง (ร้อยละ 10.1) และกลุ่มวัยต้น (ร้อยละ 3.4) สะท้อนให้เห็นว่าความจำเป็นในการมีผู้ดูแลมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามระดับอายุที่สูงขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2567)

ปัจจุบันโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในระดับโลก โดยข้อมูลจาก Global Burden of Disease Study (2025) ระบุว่าผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมทั่วโลกมากกว่า 607 ล้านคน และมากกว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม อีกทั้งยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและภาวะน้ำหนักเกินหรือโรคอ้วน สำหรับประเทศไทย โรคข้อเข่าเสื่อมจัดเป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยข้อมูลจากกรมควบคุมโรค (2567) รายงานว่ามีสัดส่วนการเกิดโรคสูงถึง(ร้อยละ 34.5–58.7) ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด ในระดับภูมิภาค ภาคใต้ของประเทศไทย โดยเฉพาะจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งมีลักษณะการใช้แรงงานและการใช้งานของข้อเข่าอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมสูงกว่ากลุ่มอาชีพอื่น (สมใจและคณะ, 2567) ทั้งนี้ ในระดับพื้นที่อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงภาระโรคที่เพิ่มขึ้นในระดับชุมชนและจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนมาตรการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ซึ่งอยู่ภายใต้การให้บริการของโรงพยาบาลเชียรใหญ่

ปัจจุบันโรงพยาบาลเชียรใหญ่มีขนาด 30 เตียง และให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากรในพื้นที่อำเภอเชียรใหญ่ ซึ่งประกอบด้วย 10 ตำบล 97 หมู่บ้าน ซึ่งโรงพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้บริการ

สุขภาพแก่ชุมชนในพื้นที่ โดยมีการจัดบริการเชิงรับและเชิงรุกที่สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่พบจากข้อมูลที่ผ่านมา มีจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการโรคข้อเข่าเสื่อมในช่วงปี พ.ศ. 2563 มีผู้เข้ารับบริการจำนวน 272 คน ในปี พ.ศ. 2564 ลดลงเหลือ 239 คน คิดเป็น 0.88 เท่า ของปีก่อนหน้า อย่างไรก็ตาม ในปี พ.ศ. 2565 จำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นเป็น 252 คน หรือคิดเป็น 1.05 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2564 และยังคงเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2566 เป็น 266 คน หรือ 1.06 เท่า ของปี พ.ศ. 2565 และในปี พ.ศ. 2567 พบจำนวนผู้รับบริการเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน โดยมีจำนวนผู้เข้ารับบริการสูงถึง 346 คน คิดเป็น 1.30 เท่า เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นการเพิ่มขึ้นในอัตราที่สูงที่สุด แนวโน้มนี้สะท้อนให้เห็นถึงการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อมในระยะยาว นอกจากนี้แนวโน้มดังกล่าวยังสอดคล้องกับสถานการณ์ของประเทศไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ โรคข้อเข่าเสื่อมจึงกลายเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะในผู้หญิง เนื่องจากปัจจัยด้านโครงสร้างข้อและระดับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลงหลังวัยหมดประจำเดือน ข้อมูลที่ปรากฏสะท้อนถึงความสำคัญของการวางแผนดูแลสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งในระดับบุคคลและระดับประเทศ เพื่อลดผลกระทบจากโรคข้อเข่าเสื่อม รวมถึงการสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงบริการทางการแพทย์อย่างทั่วถึง เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2566)

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ถือเป็นปัจจัยสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อ โรคข้อเข่าเสื่อม ทั้งนี้ Amoah (2021) อธิบายว่า ความรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยกำหนดสุขภาพทางสังคม (social determinants of health) ที่ช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพในการตัดสินใจเพื่อป้องกันโรคและดูแลสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ แนวคิด Nutbeam (2008) ได้จำแนกระดับความรู้ด้านสุขภาพออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับขั้นพื้นฐาน (Functional Health Literacy) เป็นความสามารถ ด้านการอ่าน เขียน และคำนวณ เพื่อทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น เช่น การอ่านฉลากยา การเข้าใจใบนัดหมาย หรือเอกสารประชาสัมพันธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความเสี่ยงและการดูแลสุขภาพตนเอง 2) ระดับขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive Health Literacy) เป็นทักษะที่สูงขึ้นในการสื่อสารและการแสวงหาข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ โดยสามารถคัดเลือกและนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน รวมถึงมีความสามารถในการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม 3) ระดับขั้นวิจารณ์ญาณ (Critical Health Literacy) เป็นระดับสูงสุดที่เน้นการคิดเชิงวิเคราะห์และการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ เพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจและควบคุมสถานการณ์ด้านสุขภาพของตนเอง ตลอดจนสามารถมีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนสังคมเพื่อส่งเสริมสุขภาวะโดยรวม นอกจากนี้ ยังมีงานวิจัยที่สนับสนุนความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยการศึกษารายชื่อของ ชลธิชา บุญประคม และคณะ (2565) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพสูง มีพฤติกรรมการออกกำลังกายและการดูแลข้อเข่าที่เหมาะสม สามารถสื่อสารกับนักกายภาพบำบัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการปวดเข่าลดลงมากกว่ากลุ่มที่มีความรู้ด้านสุขภาพต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith and Doe (2024) พบว่า แรงสนับสนุนจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ โดยเฉพาะการช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถยกระดับจากทักษะพื้นฐานไปสู่การคิดวิเคราะห์ขั้นสูง ผ่านการสนับสนุนด้านข้อมูลและการดูแลอย่างใกล้ชิด ขณะเดียวกัน Liu et., (2023) ชี้ให้เห็นว่า การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทักษะในการประเมินความน่าเชื่อถือของข้อมูลสุขภาพ โดยเฉพาะข้อมูลจากสื่อสังคมออนไลน์ สามารถช่วยลดความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง เช่น การใช้ยาสมุนไพรที่ไม่ได้รับการรับรอง ซึ่งส่งผลเสียต่อตับและไต

ปัญหาและผลกระทบของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ พบอัตราการเกิดโรคเรื้อรังของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลกระทบทางร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยที่มีข้อเข่าเสื่อมมีอาการปวดข้อ

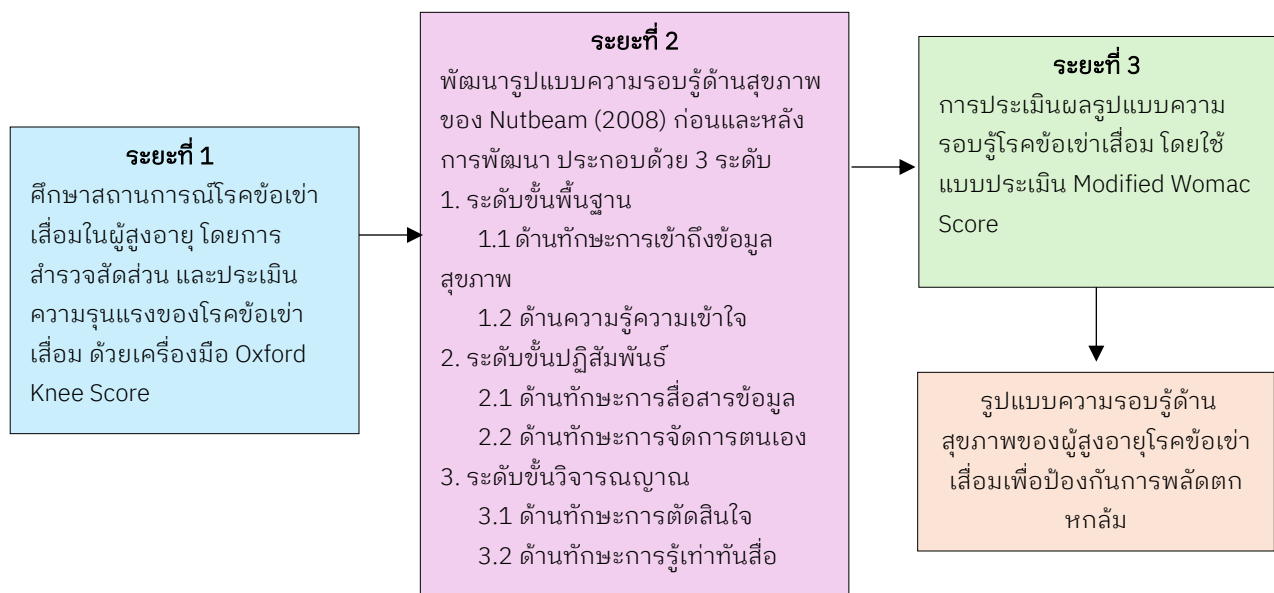
ข้อผิดพลาด และมีการเคลื่อนไหวที่จำกัด ซึ่งส่งผลต่อกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ ในกรณีที่รุนแรงอาจทำให้ข้อเข่าผิดรูปหรือโก่ง ส่งผลให้การเดินไม่มั่นคง เพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (Nest Nursing Home, 2022) และส่งผลกระทบต่อทางจิตใจและสังคม อาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกโดดเดี่ยว นอกจากนี้ ผู้สูงอายุบางรายอาจเสี่ยงกับการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเนื่องจากความไม่สะดวกในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ความสัมพันธ์กับครอบครัวและเพื่อนลดลง และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นภาระที่สำคัญของผู้ป่วยและระบบสาธารณสุข ไม่ว่าจะเป็นค่าใช้จ่ายในการใช้ยา การทำกายภาพบำบัด หรือการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า (Prince Suvarnabhumi Hospital, 2022)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
2. เพื่อพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช
3. เพื่อประเมินผลรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม อำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีโปรแกรมความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของ Nutbeam, (2008) มาประยุกต์ในการศึกษาครั้งนี้ ซึ่งมีองค์ประกอบ 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ระดับขั้นพื้นฐาน (Functional health literacy) 2) ระดับขั้นปฏิสัมพันธ์ (Interactive health literacy) 3) ระดับขั้นวิจรณ์ญาณ (Critical health literacy) ปรากฏดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดของการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research & developmental design) เรื่องรูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้มอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เก็บข้อมูลด้วยการประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบประเมิน Oxford Knee Score เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

ประชากรที่ศึกษา เป็นผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคข้อเข่าเสื่อมที่เข้ามารับการโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ปี พ.ศ. 2567 จำนวน 340 คน (โรงพยาบาลเชียรใหญ่, 2567) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงวัยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 110 คนใช้วิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดกิจกรรมกลุ่ม ทั้งหมด 6 ครั้ง กับกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในเขตอำเภอเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2568

ประชากรคือผู้สูงวัยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 110 คน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงวัยที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกว่าเหมาะสมกับตัวนี้ 1) เป็นบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีสติปัญญาและการรับรู้ที่อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยวัดจากคะแนน AMT (Abbreviated Mental Test) ที่ไม่น้อยกว่า 8 3) ไม่มีปัญหาด้านการได้ยินหรือการมองเห็น สามารถสื่อสารภาษาไทยได้อย่างชัดเจน 4) มีความพร้อมที่จะเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพได้ครบถ้วน มีจำนวน 82 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กำหนดการจัดกิจกรรม 6 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 ก่อนการพัฒนาให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม ทำแบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพ

สัปดาห์ที่ 2 เรียนรู้การเข้าถึงข้อมูล ด้วยการนำเสนอภาพผู้สูงอายุที่แข็งแรง ไม่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม และผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้อเข่าเสื่อม และผลกระทบที่จะตามมาหลังจากเกิดปัญหาข้อเข่าเสื่อม พร้อมทั้งให้ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) และความสำคัญของโรคข้อเข่าเสื่อม

สัปดาห์ที่ 3 ความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล และการรู้เท่าทันสื่อ ที่น่าเชื่อถือ ผ่านโซเชียลมีเดีย โดยแยกแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือ และข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือ เช่น การใช้ยาสมุนไพรจากการโฆษณา เพื่อรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมในรูปแบบอื่น ๆ ที่ไม่ใช่วิธีการทางการแพทย์ หรือมีการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมโดยวิธีที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 4 การเรียนรู้การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ให้ความรู้ความเข้าใจ โรคข้อเข่าเสื่อม โดยจัดกิจกรรมพัฒนาทักษะพื้นฐานในการอ่านข้อมูล การรู้และการจดจำ ประเด็นเนื้อหาสำคัญในการอ่านข้อความ เอกสาร ฉลากยา การปฏิบัติตัว การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน พร้อมทั้งแจกคู่มือการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อม จากศูนย์สมเด็จพระสังฆราชสกลนคร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแหล่งข้อมูลอ้างอิงและเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองได้ต่อเนื่องและถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 5 ติดตามผล ผู้วิจัยมีการติดตามผลทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินความมั่นใจของกลุ่มตัวอย่างด้านการออกกำลังกายที่เหมาะสม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การใช้ยาที่เหมาะสม การติดต่อสื่อสารเมื่อมีปัญหาและอุปสรรค

สัปดาห์ที่ 6 หลังการพัฒนาให้หมายผู้ป่วยที่โรงพยาบาลโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช เพื่อตอบแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพอีกครั้ง

ระยะที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (Modified WOMAC Score) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 2 จำนวน 82 คน เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ชุดที่ 1 ศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลด้วยการคัดกรองและใช้เครื่องมือแบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) เป็นแบบประเมินที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2557 มีข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ แต่ละข้อมีจำนวน 5 คำตอบ มีลำดับค่าคะแนน 0-4 คะแนน ค่าคะแนน 0 หมายถึง มีอาการนั้นมากที่สุด และค่าคะแนน 4 หมายถึง ไม่มีอาการนั้นเลยหรือเป็นปกติ โดยคะแนนรวม ทั้งหมดมีตั้งแต่ 0-48 คะแนนแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรง (0-19 คะแนน) มีอาการโรคข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลาง (20-29 คะแนน) เริ่มมีอาการข้อเข่าเสื่อม (30-39 คะแนน) และยังไม่พบอาการผิดปกติ (40-48 คะแนน)

ชุดที่ 2 พัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม เครื่องมือที่ใช้ผู้วิจัยได้ประยุกต์มาจากแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ของ Nutbeam (2008) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 แบบสอบถามระดับขั้นพื้นฐาน มีคำถาม 20 ข้อ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามระดับขั้นปฏิสัมพันธ์ มีคำถาม 20 ข้อ และส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามระดับขั้นวิจารณ์ญาณ มีคำถาม 20 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 1 ถึง 5 ระดับดังนี้ น้อยที่สุดกำหนดให้มีค่าเท่ากับ 1 คะแนน จนถึงมากที่สุดกำหนดให้มีค่าเท่ากับ 5 คะแนน มีเกณฑ์การให้ค่าน้ำหนัก 1 ถึง 5 ระดับดังนี้ มีความสำคัญน้อยที่สุด (1.00–1.49 คะแนน) มีความสำคัญน้อย (1.50–2.49 คะแนน) มีความสำคัญปานกลาง (2.50–3.49 คะแนน) มีความสำคัญมาก (3.50–4.49 คะแนน) และมีความสำคัญมากที่สุด (4.50–5.00 คะแนน)

ชุดที่ 3 การประเมินผลการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม โดยการประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (Modified WOMAC Score) มีข้อคำถาม ทั้งหมด 22 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ระดับความปวดมีจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 2 ระดับอาการข้อเข่าเสื่อม ข้อยึดมีจำนวน 2 ข้อ ส่วนที่ 3 ระดับความสามารถในการใช้งานข้อ มีจำนวน 15 ข้อ การวัดระดับความเจ็บปวดแบ่งตัวเลข ตั้งแต่ 0 ถึง 10 โดยตำแหน่งเริ่มต้นซ้ายมือสุดตรงกับความรู้สึกไม่ปวดเลย แทนค่าความรู้สึกด้วยเลข 0 และความรู้สึกของอาการปวดเข่าจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไปทางขวามือซึ่งตำแหน่งปลายสุดด้านขวามือคือ 10 ตรงกับความรู้สึกของอาการปวดเข่ามากที่สุด การแปลความหมายของค่าเฉลี่ยอาการปวดมีดังนี้ ไม่ปวดเลย (0 คะแนน) ปวดเล็กน้อย (1-3 คะแนน) ปวดปานกลาง (4-6 คะแนน) ปวดมาก (7-9 คะแนน) และปวดมากที่สุด (10 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยใช้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาแบบสอบถาม จำนวน 3 คน แล้วดำเนินการคำนวณหาคุณภาพเครื่องมือด้วยการตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย (IOC) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.70–1.00 ซึ่งมากกว่า 0.50 แสดงว่าข้อคำถามวัดได้ตรงจุดประสงค์หรือตรงตามเนื้อหาผ่านตามเกณฑ์ของ Rovinelli & Hambleton (1977)

2. ตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-Out) จำนวน 30 คน (ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง) ได้ค่าอยู่ระหว่าง 0.80-0.95 ซึ่งมากกว่า 0.70 ผ่านเกณฑ์มาตรฐานและมีความเชื่อมั่นสูงตามเกณฑ์ที่ยอมรับได้ของ Nunnally (1978)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง ในช่วงเดือน พฤษภาคม ถึง สิงหาคม พ.ศ. 2568 มีวิธีการเก็บดังนี้

1. การศึกษาสถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม สำนวณสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมกับผู้สูงวัยที่เข้ามารับการรักษาที่โรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย อบรมการใช้แบบประเมินความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Oxford Knee Score) เดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2568

2. การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ผู้วิจัยจัดให้มีการสนทนากลุ่ม พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ ประเด็นแนวทางการสนทนา มีการบันทึกเทปในการสนทนา โดยแจ้งให้ผู้เข้าร่วมกลุ่มสนทนารับทราบ และขออนุญาต บันทึกเทป แล้วนำมาสรุปประเด็นที่ได้จากการสนทนา เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2568

3. ประเมินผลการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (Modified WOMAC Score) ประเมินระดับความเจ็บปวด และสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อม เดือนสิงหาคม 2568

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ปัญหา และความต้องการการดูแลของบุคคลที่มีข้อเข่าเสื่อม และการสนทนากลุ่มการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแบบสำรวจสัดส่วนและความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ และแบบสอบถามพฤติกรรม ในการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1) ระดับขั้นพื้นฐาน 2) ระดับขั้นปฏิสัมพันธ์ และ 3) ระดับขั้นวิจารณ์ญาณ เปรียบเทียบตัวแปรก่อนและหลังการใช้รูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้น โดยใช้สถิติ Paired t-test ผู้วิจัยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช ลงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2568 เลขที่ 37/2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมของผู้สูงอายุ จากการศึกษาดูแลผู้ป่วย พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมจำนวน 110 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 90 คน ร้อยละ 81.80 เพศชาย จำนวน 20 คน ร้อยละ 18.20 มีอายุ 60-70 ปี จำนวน 37 คน ร้อยละ 33.60 และ 71-80 ปี จำนวน 73 คน ร้อยละ 66.40 มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลางมากที่สุดจำนวน 42 คน ร้อยละ 38.20 รองลงมา มีภาวะข้อเข่าเสื่อมเริ่มมีอาการจำนวน 35 คน ร้อยละ 31.80 และมีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับรุนแรงจำนวน 33 คน ร้อยละ 30.00 แสดงตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจำแนกตามความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (n=110)

สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อม	คะแนน	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง	-	90	81.80
เพศชาย	-	20	18.20
อายุ 60-70 ปี	-	37	33.60
อายุ 71-80 ปี	-	73	66.40
ระดับรุนแรง	0-19	33	30.00
ระดับปานกลาง	20-29	42	38.20
เริ่มมีอาการ	30-39	35	31.80

2. พัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากที่สุด จำนวน 57 คน ร้อยละ 69.50 เพศชายจำนวน 25 คน ร้อยละ 30.5 มีอายุ 71-80 ปี ขึ้นไปจำนวน 59 คน มากที่สุด ร้อยละ 72 อายุ 60-70 ปี จำนวน 23 คน ร้อยละ 28 สถานภาพสมรส จำนวน 66 คน ร้อยละ 80.5 มากที่สุด โสดจำนวน 16 คน ร้อยละ 19.50 การศึกษา ประถมศึกษาจำนวน 64 ร้อยละ 78 มากที่สุด รองลงมาไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 12 คน ร้อยละ 14.60 มัธยมศึกษา/ปวส.จำนวน 6 คน ร้อยละ 7.30 ตามลำดับ

รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาทมากที่สุดจำนวน 56 คน ร้อยละ 68.30 รองลงมา 15,001 - 25,000 บาทจำนวน 24 คน ร้อยละ 29.30 รายได้ 25,001 - 35,000 บาทจำนวน 2 คน ร้อยละ 2.40 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม 7-10 ปีจำนวน 35 คน ร้อยละ 42.70 มากที่สุด รองลงมา 1-3 ปี จำนวน 21 คน ร้อยละ 25.60 น้อยกว่า 1 ปี จำนวน 15 คน ร้อยละ 18.30 อายุ 4-6 ปีจำนวน 11 คน ร้อยละ 13.40 มากกว่า 10 ปี ไม่ปรากฏ โรคประจำตัวมีความดันโลหิตสูงจำนวน 25 คน ร้อยละ 30.50 มากที่สุด รองลงมา เบาหวานจำนวน 24 คน ร้อยละ 29.30 ไขมันในหลอดเลือดจำนวน 17 คน ร้อยละ 20.70 ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 8 คน ร้อยละ 9.80 และอื่น ๆ จำนวน 8 คน ร้อยละ 9.80 ตามลำดับแสดงตามตาราง 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (n=82)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	25	30.50
หญิง	57	69.50
อายุ		
60-70 ปี	23	28.00
71-80 ปี ขึ้นไป	59	72.00
สถานภาพสมรส		
สมรส	66	80.50
โสด	16	19.50

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม (n=82) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้รับการศึกษา	12	14.60
ประถมศึกษา	64	78.00
มัธยมศึกษา/ปวส	6	7.30
รายได้ต่อเดือน		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	56	68.30
15,001 - 25,000 บาท	24	29.30
25,001 - 35,000 บาท	2	2.40
ระยะเวลาที่ป่วย		
น้อยกว่า 1 ปี	15	18.30
1-3 ปี	21	25.60
4-6 ปี	11	13.40
7-10 ปี	35	42.70
โรคประจำตัว		
ไม่มี	8	9.80
เบาหวาน	24	29.30
ความดันโลหิตสูง	25	30.50
ไขมันในหลอดเลือด	17	20.70
อื่นๆ	8	9.80

2.2 ก่อนและภายหลังการพัฒนาพัฒนาารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ก่อนการพัฒนาพบว่าด้านขั้นพื้นฐานมีความสำคัญรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.61 (S.D.= 0.40) โดยด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.78 (S.D.= 0.63) และด้านความรู้ความเข้าใจมีความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.45 (S.D.= 0.28) สำหรับขั้นปฏิสัมพันธ์ มีความสำคัญรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.89 (S.D.= 0.30) โดยด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลมีความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.86 (S.D.= 0.36) และด้านทักษะการจัดการตนเองมีความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.92 (S.D.= 0.39) ในขณะที่ขั้นวิจารณ์ญาณมีความสำคัญรวมอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.70 (S.D.= 0.32) โดยด้านทักษะการตัดสินใจมีความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.68 (S.D.= 0.37) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสำคัญอยู่ในระดับปานกลางมีค่าเฉลี่ย 2.71 (S.D.= 0.44)

หลังการพัฒนาพบว่า ด้านขั้นพื้นฐาน มีความสำคัญรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.09 (S.D.= 0.43) โดยด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพมีความสำคัญอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 2.78 (S.D.= 0.63) และด้านความรู้ความเข้าใจมีความสำคัญอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D.= 0.45) สำหรับขั้นปฏิสัมพันธ์ มีความสำคัญรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D.= 0.44) โดยด้านทักษะการสื่อสารข้อมูลมีความสำคัญอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 4.06 (S.D.= 0.45) และด้านทักษะการจัดการตนเอง มีความสำคัญอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.90 (S.D.= 0.52) ในขณะที่ขั้นวิจารณ์ญาณมีความสำคัญรวมอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.95

(S.D.= 0.50) โดยด้านทักษะการตัดสินใจมีความสำคัญอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.91 (S.D.= 0.50) ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อมีความสำคัญอยู่ในระดับมากมีค่าเฉลี่ย 3.99 (S.D.= 0.56) แสดงตามตาราง 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความสำคัญก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา

การพัฒนาพัฒนารูปแบบความรู้ ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ	ก่อนการพัฒนา			ภายหลังการพัฒนา		
	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ความสำคัญ	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ ความสำคัญ
1. ระดับขั้นพื้นฐาน	2.61	0.40	ปานกลาง	4.09	0.43	มาก
1.1 ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ	2.78	0.63	ปานกลาง	4.13	0.45	มาก
1.2 ด้านความรู้ความเข้าใจ	2.45	0.28	ปานกลาง	4.05	0.47	มาก
2. ระดับขั้นปฏิสัมพันธ์	2.89	0.30	ปานกลาง	3.98	0.44	มาก
2.1 ด้านทักษะการสื่อสารข้อมูล	2.86	0.36	ปานกลาง	4.06	0.45	มาก
2.2 ด้านทักษะการจัดการตนเอง	2.92	0.39	ปานกลาง	3.90	0.52	มาก
3. ระดับขั้นวิจารณ์ญาณ	2.70	0.32	ปานกลาง	3.95	0.50	มาก
3.1 ด้านทักษะการตัดสินใจ	2.68	0.37	ปานกลาง	3.91	0.50	มาก
3.2 ด้านทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	2.71	0.44	ปานกลาง	3.99	0.56	มาก

3. การประเมินผลการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

ประเมินอาการข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (Modified WOMAC Score) ประเมินระดับความเจ็บปวด ความผิด การใช้งานข้อ และสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคข้อเข่าเสื่อมเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมเพื่อป้องกันพลัดตกหกล้ม ลักษณะอาการของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนารูปแบบความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แสดงตามตาราง 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม และระดับความเจ็บปวดของข้อเข่าเสื่อมก่อนและหลังการพัฒนา

ความรุนแรงของโรคข้อเข่าเสื่อม (Modifield Womac score)	ระยะ	แปลผล	$\bar{x}$	S.D.	t	p-value
ความปวด	ก่อนการพัฒนา	ปวดมาก	7.50	0.67	-3.59	0.01*
	หลังการพัฒนา	ปวดปานกลาง	4.44	0.23		
อาการข้อฝืด , ข้อยึด	ก่อนการพัฒนา	ปวดมาก	7.70	0.90	-2.22	0.03*
	หลังการพัฒนา	ปวดปานกลาง	4.46	0.59		
ความสามารถในการใช้งานข้อ	ก่อนการพัฒนา	ปวดมาก	7.69	0.41	-4.68	0.00*
	หลังการพัฒนา	ปวดปานกลาง	5.44	0.62		
รวม	ก่อนการพัฒนา	ปวดมาก	7.63	0.54	-5.15	0.00*
	หลังการพัฒนา	ปวดปานกลาง	5.91	0.66		

*p-value<0.05

อภิปรายผล

1. สถานการณ์โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมีจำนวน 110 คน เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 71-80 ปี มีภาวะข้อเข่าเสื่อมระดับปานกลางมากที่สุด สอดคล้องกับ Pengpid and Peltzer (2023) พบว่ากลุ่มอายุมากกว่า 70 ปีมีแนวโน้มเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่ากลุ่มอื่นสองเท่า และผู้หญิงมีส่วนเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม สูงกว่าชายอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.001$) และยังพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุไทย เพศหญิงมีอาการระดับความรุนแรงปานกลางเนื่องจากอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการเสื่อมสลายของกระดูกอ่อน ข้อเข่า และการสะสมของภาวะเสื่อมเรื้อรัง

2. การพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

2.1 ข้อมูลทั่วไปก่อนและภายหลังการพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อมูลทั่วไปพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาขององค์การอนามัยโลกที่รายงานว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มเป็นโรคข้อเข่าเสื่อมมากกว่าผู้ชาย เนื่องจากปัจจัยด้านฮอร์โมนเอสโตรเจนที่ลดลงหลังวัยหมดประจำเดือน ส่งผลต่อการเสื่อมของกระดูกอ่อนในข้อ (World Health Organization, 2021) นอกจากนี้ผู้หญิงยังมีโครงสร้างกระดูกและกล้ามเนื้อที่รับน้ำหนักแตกต่างจากผู้ชาย จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือ 71-80 ปีขึ้นไป แสดงให้เห็นว่าอายุเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อม สอดคล้องกับแนวคิดของ Kloppenburg and Berenbaum (2020) ระบุว่าอายุที่มากขึ้นสัมพันธ์กับการเสื่อมสลายของกระดูกอ่อน ข้อเข่าและการสะสมของภาวะเสื่อมเรื้อรัง ผู้สูงวัยมีสถานภาพสมรส ซึ่งสถานภาพสมรสมีบทบาทเชิงบวกต่อการดูแลสุขภาพและการเข้ารับบริการทางการแพทย์ เพราะคู่สมรสช่วยสนับสนุนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564)

ระดับการศึกษาประถมศึกษา ซึ่งระดับการศึกษาต่ำส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพและการดูแลตนเองเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมได้จำกัด (วารสาร, 2564) ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท สอดคล้องกับรายงานผู้สูงอายุไทยที่ระบุว่าผู้สูงอายุจำนวนมากพึ่งพารายได้จากบุตรหลานหรือเบี้ยยังชีพ ทำให้มีข้อจำกัดด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2564) ผลดังกล่าวสะท้อนถึงความเหลื่อมล้ำด้านเศรษฐกิจที่อาจส่งผลต่อการเข้าถึงการรักษาและคุณภาพชีวิต สำหรับระยะเวลาการป่วยประมาณ 7-10 ปี แสดงให้เห็นว่าโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยต้องเผชิญเป็นเวลานาน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยของกรมการแพทย์ (2563) ที่ชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อมมักต้องการการดูแลต่อเนื่องระยะยาว โรคประจำตัวโรคประจำตัวที่พบบ่อยที่สุดคือความดันโลหิตสูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากองค์การอนามัยโลกที่ระบุว่า โรคข้อเข่าเสื่อมพบร่วมกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันผิดปกติ (World Health Organization, 2021) ทำให้การรักษาซับซ้อนและต้องใช้การดูแลต่อเนื่อง

2.2 ก่อนและภายหลังการพัฒนาพัฒนารูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพ จากผลการวิจัยระดับความสำคัญก่อนการพัฒนาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญต่อการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับโรคข้อเข่าเสื่อมในทุกด้านอยู่ในระดับ ปานกลาง ทั้งในส่วนของการค้นหาข้อมูลจากโรงพยาบาล แหล่งข้อมูลสุขภาพ อิเล็กทรอนิกส์ สื่อสิ่งพิมพ์ วิดีทัศน์ ตลอดจนสื่อสังคมออนไลน์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยและประชาชนทั่วไปมีความตระหนักถึงความจำเป็นในการแสวงหาข้อมูลเพื่อดูแลตนเอง แต่ยังไม่สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลได้อย่างเต็มศักยภาพ ส่วนการออกกำลังกายและอาหารที่เหมาะสมต่อสุขภาพข้อเข่า แม้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ (Nguyen et al., 2021) พบว่าการรับรู้และเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้มีความสัมพันธ์โดยตรงกับการจัดการตนเองและการลดอาการของโรคข้อ

เข้าเสื่อม เช่น การออกกำลังกายแบบ low-impact exercise (เดินช้า โยคะ หรือว่ายน้ำ) และการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมและวิตามินดีสูง มีผลต่อการคงสภาพข้อและลดการเสื่อมของข้อ

จากผลการวิจัยระดับความสำคัญหลังการพัฒนาพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามให้ความสำคัญต่อการเข้าถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคข้อเข่าเสื่อมในทุกมิติอยู่ในระดับมาก ไม่ว่าจะเป็นข้อมูลจากโรงพยาบาล คู่มือสุขภาพ แผ่นพับ สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ และสื่อวีดิทัศน์ ตลอดจนการสอบถามข้อมูลจากโรงพยาบาลโดยตรง สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นถึงระดับความตระหนักรู้ที่สูงของประชาชนในการแสวงหาความรู้ด้านสุขภาพ และการจัดการตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เน้นความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการตัดสินใจที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Srithumsuk et al. (2022) พบว่าผู้สูงอายุที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง และได้รับข้อมูลจากหลายช่องทาง มีแนวโน้มที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านความปลอดภัยในบ้าน เช่น การใช้เครื่องช่วยเดินหรือการปรับสภาพแวดล้อม ลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม นอกจากนี้ การเข้าร่วมกิจกรรมสุขภาพข้อเข่าที่จัดโดยโรงพยาบาลหรือชุมชนยังได้รับความสำคัญในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Jindawong et al. (2023) พบว่าการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มและการรับคำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขมีส่วนสำคัญในการเพิ่มทักษะการจัดการตนเองและความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคข้อเข่าเสื่อม

3. ประเมินผลรูปแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม

การพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมที่พัฒนาขึ้นเปรียบเทียบกับก่อนและหลังการพัฒนามีค่าคะแนน Modified WOMAC Score แยกรายประเด็นประกอบไปด้วย ความปวด, อาการข้อฝืด ข้อยึด, และความสามารถในการใช้งานข้อ พบว่าหลังการพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ลักษณะอาการของผู้ป่วยดีขึ้นกว่าก่อนพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาแบบความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคข้อเข่าเสื่อม มีผลต่อการปรับปรุงอาการทางคลินิกของผู้ป่วยอย่างชัดเจน ซึ่งสะท้อนว่าการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับอาการของโรคข้อเข่าเสื่อมได้อย่างเหมาะสมและลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัย Chen et al. (2025) พบว่าการออกกำลังกายที่บ้านร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้คะแนน Modified WOMAC ในทุกด้านลดลง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการบูรณาการความรู้ด้านสุขภาพกับการออกกำลังกายในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ในขณะที่การศึกษาโดย Sadiq et al. (2023) ได้ประเมินโปรแกรมออกกำลังกายที่บ้านเป็นเวลา 2 เดือน พบว่าคะแนน Modified WOMAC ในทุกด้านลดลงอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอาการปวดลดลงจาก 13.16 เป็น 1.88 คะแนน ($p < 0.001$) และการศึกษาโดย Ayat et al. (2022) ประเมินผลของการให้ความรู้และโปรแกรมออกกำลังกายที่บ้านเป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่าคะแนน Modified WOMAC ลดลง โดยเฉพาะอาการปวดลดลงจาก 53.9 เป็น 43.7 คะแนน แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้เชิงปฏิบัติสามารถช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจัดการโรคได้ดีขึ้น

การนำผลการวิจัยไปใช้

1. พัฒนาสื่อสุขภาพแบบบูรณาการ หน่วยบริการสุขภาพควรจัดทำคู่มือ แผ่นพับ วิดีทัศน์ และสื่อออนไลน์ที่เข้าใจง่ายและทันสมัย เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเข้าถึงข้อมูลการดูแลโรคข้อเข่าเสื่อมได้หลากหลายช่องทาง
2. จัดกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลและชุมชนควรจัดกิจกรรม เช่น เวิร์กช็อปการออกกำลังกายเพื่อข้อเข่า กิจกรรมโภชนาการ และโปรแกรมป้องกันการหกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้และปฏิบัติจริง

3. พัฒนาระบบติดตามผลผู้ป่วยผ่านเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันสุขภาพ หรือไลน์กลุ่ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับคำแนะนำในการออกกำลังกาย โภชนาการ และการป้องกันการหกล้มอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรสุขภาพ

4. บูรณาการงานวิจัยสู่การกำหนดนโยบาย ผลการวิจัยควรถูกนำไปใช้เป็นข้อมูลสนับสนุนการออกแบบนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่กว้างขึ้น ควรขยายการวิจัยไปยังหลายภูมิภาค เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยด้านวัฒนธรรม เศรษฐกิจ และสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับข้อเข่าเสื่อม

2. วิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) ควรออกแบบโปรแกรมฝึกการออกกำลังกายหรือกิจกรรมเสริมความรู้ แล้ววัดผลก่อน-หลัง เพื่อยืนยันประสิทธิผลในการป้องกันข้อเข่าเสื่อม

3. การวิจัยเชิงทดลองด้านการสื่อสารสุขภาพ (Health Communication Intervention Studies) ควรมีการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมสื่อสารสุขภาพรูปแบบใหม่ เช่น คลิปวิดีโอสั้น (Short-form Video) หรือ Infographic บนสื่อสังคมออนไลน์ เพื่อประเมินประสิทธิผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลข้อเข่าในผู้สูงอายุ โดยเปรียบเทียบกับสื่อดั้งเดิม

4. การวิจัยเชิงบูรณาการสหวิชาชีพ (Interdisciplinary Research) ศึกษาความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักวิชาการด้านสื่อสารมวลชน เพื่อออกแบบสื่อสุขภาพที่ตอบโจทย์ทั้งด้านเนื้อหา ความเข้าใจง่าย และการนำไปใช้จริงในกลุ่มผู้สูงอายุ

5. การวิจัยเชิงภาคสนามในชุมชน (Community-based Participatory Research: CBPR) ทำการวิจัยร่วมกับชุมชน โดยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่การออกแบบการศึกษา การผลิตสื่อ ไปจนถึงการประเมินผล เพื่อสร้างสื่อที่เหมาะสมกับบริบทท้องถิ่นและเพิ่มความยั่งยืนของการใช้ข้อมูลสุขภาพ

References

- กรมการแพทย์. (2563). *แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคข้อเข่าเสื่อม*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุ*. สืบค้นจาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2449>
- กรมควบคุมโรค. (2567). *รายงานพยากรณ์การปลดตลกหกล้มในผู้สูงอายุไทยประจำปี 2567*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชลธิชา บุญประคม และคณะ. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์*, 28(3)
- ฝ่ายเวชระเบียนและสถิติ. (2567). *สถิติผู้สูงอายุโรงพยาบาลเชียรใหญ่ จังหวัดนครศรีธรรมราช: กระทรวงสาธารณสุข*
- มาลี, ข., ศิริพร, ว., & อนงค์, ข. (2563). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุในชุมชน. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 33(2), 145–158.
- วรภรณ์ ศรีบุญเรือง. (2562). ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 28(3), 425–438.
- ศูนย์วิจัยกสิกรไทย. (2561). สืบค้นจาก https://www.kasikornbank.com/th/business/sme/KSMEKnowledge/article/KSMEAnalysis/Documents/Aging-Market_SME-Treasure_2018.pdf
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2564). *รายงานผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สมใจ ปานทอง, และคณะ. (2567). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะข้อเข่าเสื่อมในกลุ่มเกษตรกรสูงอายุภาคใต้. *วารสารกายภาพบำบัด*, 46(1), 12–25.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2567). การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567. สืบค้นจาก https://www.nso.go.th/nsoweb/storage/survey_detail/2024/20241003145311_94190.pdf
- Amoah, P. A. (2021). Social determinants of health literacy. *Health Promotion International*.
- Ayat, M., Ali, R., & Hassan, S. (2022). Health literacy and home-based exercise intervention to improve functional outcomes in older adults with knee osteoarthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 23, 455.
- Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., et al. (2011). Health literacy interventions and outcomes: An updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107.
- Chen, L., Zhang, H., & Li, X. (2025). Home-based exercise and health literacy intervention for elderly patients with knee osteoarthritis: Effects on clinical outcomes using Modified WOMAC Score. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 48(1), 45–56.
- Chinn, D. (2021). Health literacy in the digital context: Media and digital literacy. *European Journal of Public Health*, 31(Suppl_3), iii10–iii15.
- Diviani, N., van den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. M. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e112.
- Global Burden of Disease Study. (2025). Epidemiological trends of osteoarthritis at the global, regional, and national levels (1990–2021) and projections to 2050.
- Ishikawa, H., & Kiuchi, T. (2019). Health literacy and health communication. *Biopsychosocial Medicine*, 13(1), 5.

- Jindawong, K., Kaewpitoon, S., & Kaewpitoon, N. (2023). Health literacy and self-care behaviors among older adults with osteoarthritis in Northeastern Thailand. *Journal of Health Research*, 37(2), 123-135.
- Jung, D., Shin, S., & Kim, H. (2022). Effects of caregiver support on health outcomes among older adults with chronic conditions. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9), 5432. <https://doi.org/10.3390/ijerph19095432>
- Khampang, R., et al. (2022). Factors associated with health literacy competencies: Analysis of Thai Health Literacy Survey 2019. *Journal of Health Research*, 36(5), 853–864.
- Kloppenborg, M., & Berenbaum, F. (2020). Osteoarthritis year in review 2019: Epidemiology and therapy. *Osteoarthritis and Cartilage*, 28(3), 242–248. <https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.01.002>
- Lee, H., et al. (2024). Association between health literacy and self-management among middle-aged women: A systematic review. *Patient Education and Counseling*.
- Liu, Y., Chen, Y., & Li, X. (2023). Health literacy and its impact on elderly health outcomes: A systematic review. *Healthcare*, 11(4), 567. <https://doi.org/10.3390/healthcare11040567>
- McKenna, V. B., Sixsmith, J., & Barry, M. M. (2017). The relevance of context in understanding health literacy skills: Findings from a qualitative study. *Health Expectations*, 20(5), 1049–1060.
- Nest Nursing Home. (2022). โรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุ. Retrieved from <https://www.nestnursing.com/article/read/20220510-26>
- Nguyen, C., Lefèvre-Colau, M. M., Poiraudau, S., & Rannou, F. (2021). Evidence and recommendations for exercise training in chronic osteoarthritis: A systematic review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(2), 101500.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed). New York: McGraw-Hill.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*, 67(12), 2072–2078.
- Okan, O., Bauer, U., Levin-Zamir, D., Pinheiro, P., & Sørensen, K. (2020). International perspectives on health literacy in child and adolescent health. *Studies in Health Technology and Informatics*, 270, 303–317.
- Paasche-Orlow, M. K., & Wolf, M. S. (2019). The causal pathways linking health literacy to health outcomes. *American Journal of Health Behavior*, 43(2), 145–152.
- Pengpid, S., & Peltzer, K. (2023). Prevalence and correlates of self-reported arthritis or rheumatism in middle-aged and older adults in Thailand: Findings from the HART study. *Frontiers in Public Health*, 11, 1064751. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1064751>
- Prince Suvarnabhumi Hospital. (2022). โรคข้อเสื่อม อาการยอดฮิตของผู้สูงอายุ. Retrieved from <https://www.princsuvarnabhumi.com/articles/content-Osteoarthritis>
- Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. (1977). *On the use of content specialists in the assessment of criterion referenced test item validity*. *Dutch Journal of Educational Research*, (2)49-60.

- Rungruangbaiyok, T., Janwantanakul, P., Theerakulpisut, D., & Pensri, P. (2024). Prevalence and associated factors of musculoskeletal disorders among older adults attending a physical therapy clinic in Thailand. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(9), 1253. <https://doi.org/10.3390/ijerph21091253>
- Sadiq, F., Ahmad, A., & Khan, M. (2023). Effects of a two-month home-based exercise program on pain and function in elderly with knee osteoarthritis: A quasi-experimental study. *Journal of Musculoskeletal & Neuronal Interactions*, 23(3), 291-300.
- Sharma, L., et al. (2022). Nutrition and lifestyle interventions for osteoarthritis management: Current evidence and future directions. *Clinical Rheumatology*, 41(4), 995–1006.
- Smith, J., & Doe, A. (2024). Family support and health literacy development among older adults. *Journal of Aging and Health*.
- Srithumsuk, W., Wongpakaran, T., & Suttajit, S. (2022). Health literacy and fall prevention behaviors among community-dwelling older adults in Thailand. *BMC Geriatrics*, 22, 451.
- World Health Organization. (2020). Managing the COVID-19 infodemic: Promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation. World Health Organization.
- Zhang, M., et al. (2025). Health self-management behaviors as a bridge between electronic health literacy and health-related quality of life. *Journal of Medical Internet Research*, 27, e74056.

คำแนะนำการส่งบทความ

คำแนะนำการเตรียมและส่งต้นฉบับ

กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ (Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) ขอเชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านร่วมส่งบทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ทั้งนี้ผลงานที่ส่งมาให้พิจารณาเพื่อตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรืออยู่ในระหว่างพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารอื่นและเมื่อได้รับการตอบรับให้ตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องสมัครเป็นสมาชิกของวารสาร

ข้อกำหนดและชนิดของเรื่องที่จะตีพิมพ์

1. เป็นผลงานวิชาการ ประเภทบทความวิชาการ (Article) ภาษาไทย หรือ ภาษาอังกฤษ ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. บทความวิจัย (Research article) ด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ได้แก่ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การพยาบาล การศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ และด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ถ้าเป็นวิทยานิพนธ์ต้องมีหนังสือรับรองและลงนามทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และนิสิตผู้ทำวิทยานิพนธ์
3. บทความปริทัศน์ (Review article) บทความพิเศษ และปกิณกะ
4. บทความวิจารณ์หนังสือ (Book review)
5. ผลงานวิชาการจะได้รับการพิจารณาลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิที่กองบรรณาธิการเห็นสมควรไม่น้อยกว่า 2 คน

การเตรียมต้นฉบับบทความ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์ด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป MS Word 97/03 for Windows เนื้อหาบทความขนาด 10 ในตาราง ขนาด 9 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light พิมพ์หน้าเดียวในกระดาษ A4 ระยะขอบกระดาษ ด้านบน-ล่าง 2.54 cm. ด้านซ้าย 3.17 cm. ด้านขวา 2.54 cm. จำนวน 12 หน้า (ไม่รวมรายการอ้างอิง) และรายการอ้างอิงต้องไม่เกิน 30 รายการ รวมรายการอ้างอิง ไม่เกิน 15 หน้า
2. ชื่อเรื่อง เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวหนาไว้หน้าแรกจัดกึ่งกลางหน้ากระดาษ ขนาดอักษร 12 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light
3. ชื่อผู้เขียน เป็นภาษาไทยและภาษาอังกฤษ พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light อยู่ใต้ชื่อเรื่อง ให้ระบุตัวเลขเป็นตัวยกท้าย และสถานที่ทำงาน พิมพ์ด้วยตัวอักษรปกติ ขนาด 8 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light ให้ระบุตัวเลขเป็นเลขยกท้ายให้ตรงกับชื่อผู้นิพนธ์ ทั้งนี้เฉพาะผู้วิจัยหลักเพิ่มเบอร์โทรศัพท์และ e-mail ในส่วนล่างสุด
4. มีบทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 250 คำต่อบทคัดย่อ
5. กำหนดคำสำคัญ (Keyword) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (จำนวน 3 – 5 คำ)
6. การเรียงหัวข้อ หัวข้อใหญ่สุดให้พิมพ์ชิดขอบด้านซ้าย ขนาดอักษร 10 แบบอักษรใช้ IBM Plex Sans Thai Looped Light
7. การใช้ตัวเลขคำย่อและวงเล็บควรใช้เลขอารบิกทั้งหมดใช้คำย่อที่เป็นสากลเท่านั้น (ระบุคำเต็มไว้ในครั้งแรก) การวงเล็บภาษาอังกฤษ ควรใช้ Capital Letters เช่น Student Centered Learning
8. บทความวิจัย ให้เรียงลำดับสาระ ดังนี้
 - บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
 - บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
 - บทนำ
 - วัตถุประสงค์

- สมมติฐาน (ถ้ามี)
- กรอบแนวคิดการวิจัย(ถ้ามี)
- ระเบียบวิธีวิจัย
- ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
- เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ
- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- จริยธรรมวิจัย
- ผลการวิจัย
- อภิปรายผล
- การนำผลการวิจัยไปใช้
- ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
- บรรณานุกรม

1. บทความวิชาการ ประกอบด้วย

- บทคัดย่อ (ภาษาไทย)
- บทคัดย่อ (ภาษาอังกฤษ)
- บทนำ
- เนื้อเรื่อง (Content) แสดงสาระสำคัญที่ต้องที่ความต้องการนำเสนอตามลำดับ
- บทสรุป
- ข้อเสนอแนะ
- บรรณานุกรม

2. การเตรียมเอกสารอ้างอิง ให้ใช้ระบบอ้างอิงแบบ APA Formatted References, 6th Edition โดย ศึกษา รายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://lumenjournals.com/wp-content/uploads/2017/08/APA6thEdition.pdf> และ <http://www.journalclinicpsy.org/index.files/APA6th.pdf>

ตัวอย่างการเขียนเอกสารอ้างอิง

1. การอ้างอิงในเนื้อหา ใช้ระบบนาม- ปี (Name – year system) ชื่อผู้แต่งภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และผู้แต่งภาษาอังกฤษ ให้เขียนเฉพาะนามสกุล ทุกคน ถ้ามากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วย et al., ดังตัวอย่าง

(Thepakorn, 2018)

(Thepakorn, Daniell & Thetkatheuk, 2018)

(Thepakorn, Koizumi, Neitzel, Pongpanich, Siri Wong, Keifer et al, 2018)

2. การคัดลอกข้อความ ใช้ระบบนาม- ปี และข้อความที่คัดลอกมาอยู่ในเครื่องหมาย “.....” กรณีชื่อผู้แต่งภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ เช่น

Bandura (1991) ให้นิยามว่า “จริยธรรมคือ กฎสำหรับการประเมินพฤติกรรม”...

“ปัจจัยสู่ความสำเร็จของการปฏิบัติความรู้และการสื่อสารสุขภาพ คือการพัฒนาความสามารถของประชาชนให้มีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนได้” (Tanasugarn, 2018)

3. การอ้างอิงท้ายบทความ

3.1 บทความทั่วไป ชื่อผู้แต่งภาษาไทยและผู้แต่งภาษาอังกฤษ ใส่ชื่อสกุลผู้ร่วมงานทุกคน ถ้าไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อทั้ง 6 คน หากมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรกตามด้วยคำว่า “et al.,” สำหรับบทความ หนังสือหรือเอกสาร ที่เป็นภาษาไทย ให้แปลเป็นภาษาอังกฤษทั้งข้อความ และให้วงเล็บ (in Thai) ดังตัวอย่าง

Yuychim, P., Niratharadorn, M., Sirimpunkul, P., Buaboon, N. (2018). Effects of a Family Participation

Program in Managing Drug Use Behaviors among Older Adults with Chronic Disease in Phun Phin Community. *Journal of Public Health*, 48(1): 44-53.

Thepaksorn, P., Fadrihan-Camacho, V. & Siri Wong, W. (2017). Respiratory symptoms and ventilatory function defects among Para rubber wood sawmill workers in the South of Thailand. *Human and Ecological Risk Assessment: An International*, 23(4):788-797.

Fraenkel, R. J., Wallen, E. N. & Hyun, H. H. (2012). *How to Design and Evaluate Research in Education*. (8th ed.). New York: McGraw-Hill.

3.2 ผู้เขียนเป็นกลุ่มหน่วยงาน

Praboromarajchanok Institute of Health Workforce Development. (2013) *Collection of Academic Performance in Humanized Service Mind*. Nontaburi: Ministry of Public Health. (in Thai)

3.3 การอ้างอิงเฉพาะบทในหนังสือ

Waite, J. (2011). "Information and Documentation. In Potter, A.P., Perry, G.A., Stockert, A.P. & Hall, A." *Basic Nursing Challenge*. (pp. 142-164). Missouri: Mosby/Elsevier.

3.4 การอ้างอิงเอกสารจากอินเทอร์เน็ต

Chen, M.W., Santos, H.M., Que, D.E., Gou, Y.Y., Tayo, L.L., Hsu, Y.C. (2018). Association between Organochlorine Pesticide Levels in Breast Milk and Their Effects on Female Reproduction in a Taiwanese Population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. Retrieved 3, 2018 from <http://www.mdpi.com/1660-4601/15/5/931>.

3.5 วิทยานิพนธ์

Hom, K. E. (2018). Association of Air Pollution with Longitudinal Changes in Arterial Stiffness and Correlated of Longitudinal Changes in Arterial Stiffness in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctoral of Philosophy, University of Washington.

การส่งบทความ

ต้นฉบับผลงานวิจัยและหนังสือรับรองบทความ/ผลงานวิจัยต้องส่งในระบบ online ถึงบรรณาธิการวารสารที่ <https://www.tci-thaijo.org/> หรือ <http://journal.scphtrang.ac.th/> หรือ tjph-editor@scphtrang.ac.th

สอบถามข้อมูลได้ที่

ผศ.ดร.พยงค์ เทพอักษร (บรรณาธิการ)

สำนักงานวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดตรัง

ตู้ ปณ. 174 ปทจ.ตรัง 92000

Tel. 088-7531547

tjph-editor@scphtrang.ac.th

จริยธรรมการตีพิมพ์ (Publication Ethics)
ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ
(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS)

(ปรับปรุง 1 ธันวาคม 2567)

หน้าที่และความรับผิดชอบของ ผู้เขียนบทความ หรือ ผู้พิมพ์ บรรณาธิการ และ ผู้ประเมินบทความ ของวารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ(Thai Journal of Public Health and Health Sciences; TJPHS) เป็นไปตามมาตรฐานคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE) และมาตรฐานทางจริยธรรมของคณะกรรมการจริยธรรมการตีพิมพ์ (COPE Code of Conduct)

1. บทบาทและหน้าที่ของผู้เขียนบทความ หรือ ผู้พิมพ์ (Duties of Authors) หรือ ผู้รับผิดชอบบทความ (Corresponding Author)

- 1.1 ผู้เขียนบทความต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษาและการวิจัย ไม่ได้บิดเบือนข้อมูล และไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ สามารถร้องขอ หรือ ตรวจสอบได้หากมีประเด็นหรือข้อมูลที่สงสัย
- 1.2 ผลงานของผู้เขียนบทความต้องเป็นผลงานที่ไม่เคยตีพิมพ์หรือเผยแพร่ที่ไหนมาก่อน หากมีการตรวจสอบพบระหว่างการดำเนินการ (Submission) หรือ ดำเนินการตีพิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว (Accepted) จะมีการถอดถอนบทความจากการดำเนินการหรือการตีพิมพ์
- 1.3 ผู้เขียนบทความต้องไม่คัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมาเสนอหรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง ตามหลักวิชาการและอ้างอิงตามข้อกำหนดของวารสาร
- 1.4 ในกรณีที่วารสารรับทราบจากผู้เขียนบทความคัดลอกผลงาน หรือนำส่งผลงานซ้อนกับวารสารฉบับอื่นหรือผลงานอื่นๆที่เคยถูกตีพิมพ์มาก่อน วารสารขอสงวน ยกเลิกและถอดถอนบทความดังกล่าว พร้อมดำเนินการแจ้งผู้เกี่ยวข้องและ/หรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้เขียนบทความ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจหรือ ผลพิจารณาของบรรณาธิการ
- 1.5 ผู้เขียนบทความพิจารณาและรับรองความเกี่ยวข้องกับจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ และ/หรือ จริยธรรมการวิจัยด้านอื่นๆสำหรับงานวิจัยของตน
- 1.6 ผู้เขียนบทความควรแจ้งให้อ่านทราบเกี่ยวกับผู้ให้ทุนสนับสนุนงานวิจัยและบทบาทของผู้ให้ทุนวิจัยในการทำวิจัยนั้นๆ

2. บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการวารสาร (Duties of Editor)

- 2.1 บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาและตรวจสอบบทความที่ส่งมาเพื่อเข้ารับการพิจารณาตีพิมพ์กับวารสารทุกบทความโดยพิจารณาเนื้อหาของบทความที่สอดคล้องกับเป้าหมายและขอบเขตของวารสาร รวมถึงการตรวจสอบ คัดกรองบทความ และระเบียบวิธีวิจัยที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ ตลอดจนคุณภาพบทความในกระบวนการประเมินและคุณภาพบทความก่อนการตีพิมพ์
- 2.2 บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการและวิจัยในการพิจารณาบทความทุกครั้งโดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความ และผู้เขียนบทความในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้เขียนบทความ
- 2.3 บรรณาธิการต้องให้ข้อเสนอแนะให้เกิดความกระจ่าง ตามความประสงค์ของผู้อ่านและผู้พิมพ์สนับสนุนอิสระทางวิชาการในการแสดงความคิดเห็นบทความวิจัย
- 2.4 บรรณาธิการมีหน้าที่ดำเนินงานวารสารให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของวารสาร ปรับปรุง และพัฒนาวารสารให้ได้มาตรฐานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ปรับปรุงตรวจสอบ ควบคุมและรับฟังคำชี้แนะจากกองบรรณาธิการ เพื่อพัฒนาวารสารอย่างสม่ำเสมอ คงไว้ซึ่งความถูกต้องของผลงานทางวิชาการและมาตรฐานการตีพิมพ์ของกองบรรณาธิการวารสาร รับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์

- 2.5 ในระหว่างการประเมินบทความ บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนบทความและผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้อง
- 2.6 บรรณาธิการทำหน้าที่ประสานงานและดำเนินการจัดประชุมกองบรรณาธิการอย่างสม่ำเสมอ
- 2.7 บรรณาธิการรักษามาตรฐานการตีพิมพ์เผยแพร่บทความวิชาการและวิจัยตามข้อกำหนดของวารสารและมาตรฐานสากล
- 2.8 บรรณาธิการไม่ตีพิมพ์บทความในวารสารเพื่อป้องกันผลประโยชน์ทับซ้อน (Conflict of interest)

3. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้เขียนบทความ หรือ ผู้นิพนธ์

- 3.1 บรรณาธิการดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์ เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์
- 3.2 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์นั้น ขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ ความทันสมัย และความชัดเจนของบทความวิจัยหรือบทความวิชาการ
- 3.3 บรรณาธิการมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) ตามข้อกำหนดของวารสารและคำแนะนำการส่งบทความ
- 3.4 วารสารมีช่องทางให้ผู้นิพนธ์อุทธรณ์ได้หากผู้นิพนธ์มีความคิดเห็นแตกต่างจากการตัดสินใจของบรรณาธิการ
- 3.5 จัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่อง que ผู้นิพนธ์ควรรับทราบพร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 3.6 บรรณาธิการไม่เปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณาและคำนึงถึงจริยธรรมการตีพิมพ์อย่างเคร่งครัด
- 3.7 พิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double-blind)

4. หน้าที่ของบรรณาธิการต่อผู้ประเมินบทความ

- 4.1 ควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้ประเมินบทความในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย
- 4.2 บรรณาธิการควรมีระบบที่ปกป้องข้อมูลส่วนตัวของผู้ประเมินบทความ

5. บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

- 5.1 ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพบทความเป็นหลัก พิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ และการวิจัยโดยปราศจากอคติหรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้เขียนบทความ
- 5.2 ผู้ประเมินบทความต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้เขียนบทความหรือเหตุผลอื่นๆ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นอย่างเป็นอิสระได้ โดยผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบและปฏิเสธการประเมินบทความนั้น
- 5.3 ผู้ประเมินบทความต้องประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ โดยพิจารณาจากคุณภาพของบทความเป็นสำคัญไม่ใช่ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลทางวิชาการและวิจัยรองรับ มาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
- 5.4 หากผู้ประเมินบทความพบว่าบทความที่ประเมินมีส่วนหนึ่งส่วนใดที่มีความเหมือนหรือความซ้ำซ้อนกับบทความหรือ ผลงานอื่น ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย
- 5.5 ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาการประเมินบทความตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด รวมถึงไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความให้ผู้ที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รู้



คณะกรรมการสุขภาพศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก



Contact 075-291540-1
tjph-editor@scphtrang.ac.th