

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ต่อคุณภาพชีวิตประชาชน ประเทศไทย

อัจฉรา วิลัยสกุลยง*

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศไทย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ดำเนินการระหว่าง เดือนมกราคมถึงธันวาคม 2566 ในพื้นที่ 4 ภูมิภาค ได้แก่ จังหวัดพิษณุโลก กาฬสินธุ์ ระยอง และระนอง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย บุคคลในครอบครัว จำนวน 206 ครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความต้องการความช่วยเหลือใน 3 มิติ และแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทย (แบบย่อ) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยในครอบครัว (ร้อยละ 68.00) อายุเฉลี่ย 50.36 ปี มีความต้องการความช่วยเหลือด้านการศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 75.20) รองลงมา คือ ด้านอาชีพ (ร้อยละ 40.80) และด้านที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 40.30) ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี (ร้อยละ 78.60) และเลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ร้อยละ 68.00) หลังการดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น พบว่าคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ($Z = 3.00, p < 0.001$) ด้านจิตใจ ($Z = 5.488, p < 0.001$) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($Z = -2.646, p = 0.004$) ด้านสิ่งแวดล้อม ($Z = 1.155, p < 0.001$) และคุณภาพชีวิตโดยรวม ($Z = 2.50, p = 0.006$) ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การบูรณาการการช่วยเหลือครอบครัวใน 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐ จิตอาสา และผู้นำชุมชน สามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งและยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: ครอบครัว; คุณภาพชีวิต; การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

*กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

Corresponding author: Achara Wilaisakoolyong Email: acharawi@gmail.com

Received 29/01/2025

Revised 26/02/2025

Accepted 26/03/2025

DEVELOPMENT OF A THREE-DIMENSIONAL FAMILY STRENGTHENING MODEL (SOCIAL, HEALTH, ECONOMIC) ON THE QUALITY OF LIFE OF CITIZENS IN THAILAND

*Achara Wilaisakoolyong**

ABSTRACT

This research aimed to develop and evaluate the effectiveness of a three-dimensional family strengthening model (social, health, and economic dimensions) on the quality of life of Thai citizens. This participatory action research was conducted from January to December 2023 in four regions of Thailand: Phitsanulok, Kalasin, Rayong, and Ranong provinces. The sample consisted of 206 households. Research instruments included a general information questionnaire, a three-dimensional needs assessment form, and the WHOQOL-BREF-THAI. The results revealed that most participants were family members (68.00%) with an average age of 50.36 years. Their greatest needs were for educational support (75.20%), followed by occupational assistance (40.80%), and housing support (40.30%). The majority had never received annual health check-ups (78.60%) and primarily used sub-district health promoting hospitals (68.00%) for healthcare services. After implementing the developed model, participants' quality of life significantly improved across all dimensions: physical health ($Z = 3.00$, $p < 0.001$), psychological well-being ($Z = 5.488$, $p < 0.001$), social relationships ($Z = -2.646$, $p = 0.004$), environment ($Z = 1.155$, $p < 0.001$), and overall quality of life ($Z = 2.50$, $p = 0.006$). This study demonstrates that integrating family assistance across three dimensions (social, health, and economic) through the participation of networks including government agencies, volunteers, and community leaders effectively strengthens families and enhances the quality of life of Thai families.

Keywords: Family Strength; Quality of Life; Three-Dimensional Integration; Action Research

*Health Administration Division

ภูมิหลังและเหตุผล (Background and rationale)

สถาบันครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่สำคัญของสังคม ทำหน้าที่หล่อหลอมและขัดเกลาสมาชิกให้เป็นพลเมืองที่มีคุณภาพ¹ การเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจอย่างรวดเร็วในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างและความสัมพันธ์ของครอบครัวไทย ก่อให้เกิดปัญหาครอบครัวในหลายมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวโดยรวม²

สถานการณ์ครอบครัวไทยในปัจจุบันมีแนวโน้มของครอบครัวเดี่ยวเพิ่มขึ้น ครอบครัวข้ามรุ่น และครอบครัวเปราะบางมีจำนวนมากขึ้น³ นอกจากนี้ยังพบปัญหาความรุนแรงในครอบครัว การหย่าร้าง และการละเลยการดูแลสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเด็กและผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม⁴ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวที่มีความเข้มแข็งจะสามารถรับมือกับปัญหาและการเปลี่ยนแปลงได้ดีกว่า สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาวะที่ดีทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ⁵ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวจึงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน⁶

ประเทศไทยได้มีนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว⁷ แต่การดำเนินงานที่ผ่านมา

ขาดการบูรณาการและความต่อเนื่อง รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวที่มีอยู่ยังไม่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของครอบครัวไทยในปัจจุบัน⁸ การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยหลายด้าน ทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และเทคโนโลยี รวมถึงต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม⁹ การพัฒนาคุณภาพชีวิตครอบครัวต้องดำเนินการอย่างเป็นองค์รวมและมีความยั่งยืน¹⁰

องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดมิติของคุณภาพชีวิตไว้ 4 ด้าน ประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม¹¹ ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความเข้มแข็งของครอบครัว การวิจัยนี้จึงมุ่งพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวใน 3 มิติ คือ สังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวไทยในทุกด้าน ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่นำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตต้องดำเนินการครอบคลุมทุกมิติ และต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน¹³ โดยผลการวิจัยนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาครอบครัวใน

ระดับประเทศ รวมถึงการนำไปประยุกต์ใช้ในระดับพื้นที่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวไทยอย่างยั่งยืน นอกจากนี้ ยังจะเป็นองค์ความรู้สำคัญในการพัฒนารูปแบบการทำงานแบบบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาครอบครัว ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม¹⁴

จากสถานการณ์และความสำคัญดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวที่เหมาะสมกับบริบทสังคมไทย โดยมุ่งเน้นการบูรณาการองค์ความรู้และการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวไทยอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการศึกษา (Objective)

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ของประชาชน ในประเทศไทย
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ)

วิธีการศึกษา (Method)

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Operational Action Research)¹⁵ ในพื้นที่ 4 จังหวัด ใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย ดำเนินการระหว่าง มกราคม 2566 - ธันวาคม 2566

สิ่งทดลอง

การออกแบบการช่วยเหลือครอบครัวใน 3 มิติ ด้านสังคม ด้านสุขภาพและด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่าง คือ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง ได้แก่ บุคลากรด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ปกครอง เจ้าหน้าที่กระทรวงแรงงาน เจ้าหน้าที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ ในจังหวัดพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง จังหวัดละ 20 คน โดยการระดมสมอง ของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้รูปแบบการดูแล 3 มิติ ดังนี้ 1) ด้านสังคม ความปลอดภัยในชุมชน โดยเจ้าหน้าที่ปกครอง แหล่งประโยชน์และสวัสดิการโดยเจ้าหน้าที่กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 2) ด้านสุขภาพ จัดชุดตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับบุคคลในครัวเรือน การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การให้การศึกษาด้านสุขภาพ สถานบริการสิทธิการรักษา แหล่งประโยชน์ด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข 3) ด้านเศรษฐกิจ การให้การวางแผนการเงิน การงาน อาชีพ การศึกษา แหล่งทุนการศึกษา โดยเจ้าหน้าที่แรงงานจังหวัด สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เจ้าหน้าที่ศึกษาธิการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในประชากรไทย กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยแบ่งประเทศไทย ออกเป็น 4 ภาค คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ สุ่มอย่างง่าย เลือกภาคละ 1 จังหวัด

ภาคเหนือ ได้แก่ จังหวัดพิจิตร โลก ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดกาฬสินธุ์ ภาค กลาง จังหวัดระยอง ภาคใต้ จังหวัดระนอง สุ่มเลือกอย่างง่ายในจังหวัดละ 1 อำเภอ สุ่ม อย่างง่าย อำเภอละ 1 ตำบล สุ่มอย่างง่าย เลือกตำบลละ 1 หมู่บ้าน ใน 1 คร้วเรือน เรียงลำดับตามอายุจากมากที่สุดไปน้อยที่สุด สุ่มอย่างง่ายได้บุคคลลำดับที่ 2 เป็นผู้ตอบ แบบสอบถามประเมินความต้องการของ ครอบครัวใน 3 มิติ: สังคม สุขภาพ และ เศรษฐกิจ จำนวนกลุ่มตัวอย่างสมัครงัยทั้งสิ้น 206 คร้วเรือน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถานะ ในครอบครัว เพศ อายุ อาชีพ การศึกษาสูงสุด รายได้ รายจ่ายเฉลี่ยต่อเดือน หนี้สิน เงินฝาก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามแบบตอบ ด้วยตนเอง เพื่อประเมินตนเองและการ ต้องการความช่วยเหลือของครอบครัว 3 มิติ ได้แก่ มิติด้านเศรษฐกิจ จำนวน 5 ข้อ เพื่อ ประเมินความต้องการความช่วยเหลือ ด้าน การเงิน ด้านอาชีพ ด้านการศึกษา มิติ ด้าน สุขภาพ จำนวน 4 ข้อ เพื่อประเมินภาวะ สุขภาพ แหล่งบริการการเข้าถึงแหล่งบริการ ด้านสุขภาพ สิทธิตามหลักประกันสุขภาพ มิติ ด้านสังคม จำนวน 10 ข้อ เพื่อประเมินความ เกื้อกูลจากชุมชน โดยตรวจสอบความตรง ตามเนื้อหา ด้วยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน IOC 0.86

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบตอบ ด้วยตนเอง เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือวัด คุณภาพชีวิตที่พัฒนาโดยองค์การอนามัยโลก แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต มีข้อ คำถาม 26 ข้อ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และ สิ่งแวดล้อม การทดสอบความเที่ยงตรงและ ความเชื่อมั่นมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.84 และมีค่า ความเที่ยงตรงเชิงจำแนกและความเที่ยงตรง เชิงโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ดี การให้คะแนน ของแบบวัดใช้มาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ และมีการแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ไม่ดี (26-60 คะแนน) ปานกลาง (61-95 คะแนน) และ ดี (96-130 คะแนน)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บข้อมูลก่อนการทดลองโดย แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเอง โดยผู้ช่วย นักวิจัยเป็นผู้คัดเลือกบุคคลอายุมากเป็น อันดับที่ 2 ในคร้วเรือนในการตอบ แบบสอบถามแบบตอบด้วยตนเองใน ส่วนข้อมูลทั่วไป ความต้องการการช่วยเหลือ และคุณภาพชีวิต และภายหลังการทดลอง 3 เดือน ตอบแบบสอบถามเพื่อวัดคุณภาพชีวิต นำเข้าข้อมูลในคอมพิวเตอร์ด้วย Double Data Entry และตรวจสอบความสมบูรณ์ ข้อมูล และทวนสอบในกรณีที่เกิดปกติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ได้แก่ 95 % Confident interval และ McNemar Test เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการดำเนินงาน

จริยธรรมการวิจัย

ได้รับการพิจารณาอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 13/2566 (10 มกราคม 2566 - 9 มกราคม 2567)

ผลการศึกษา (Results)

1. คุณลักษณะทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานะเป็นผู้อาศัยในครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 68.00 และเป็นหัวหน้าครอบครัว ร้อยละ 32.00 เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.30 เพศชาย ร้อยละ 44.70 ด้านอายุ มีอายุเฉลี่ย 50.36 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 12 ปี และอายุสูงสุด 93 ปี ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 35.00

รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 21-40 ปี ร้อยละ 24.30 และช่วงอายุ 12-20 ปี ร้อยละ 13.60 ตามลำดับ ด้านรายได้ครัวเรือน พบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ประจำ คิดเป็นร้อยละ 53.90 รองลงมา มีรายได้บางครั้งคราว ร้อยละ 44.20 และไม่มีรายได้ ร้อยละ 1.90 ระดับการศึกษาสูงสุด พบว่าส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 62.60 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 17.30 ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 10.20 และระดับปริญญาตรี ร้อยละ 9.70 ตามลำดับ ด้านรายได้เฉลี่ยต่อเดือน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 3,789.32 บาท โดยมีรายได้ต่ำสุด 600 บาท และสูงสุด 30,000 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ในช่วง 600-1,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 27.20 รองลงมา มีรายได้มากกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 24.80 และมีรายได้ 1,001-2,000 บาท ร้อยละ 19.90 ตามลำดับ การมีเงินฝาก พบว่าส่วนใหญ่มีเงินฝาก คิดเป็นร้อยละ 78.20 และไม่มีเงินฝาก ร้อยละ 21.80 ส่วนด้านการมีหนี้สิน พบว่าส่วนใหญ่มีหนี้สิน คิดเป็นร้อยละ 80.10 และไม่มีหนี้สิน ร้อยละ 19.90

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทั่วไป

รายการ (n=206)		จำนวน	ร้อยละ
สถานะในครอบครัว			
	หัวหน้าครอบครัว	66	32.00
	ผู้อาศัย	140	68.00
เพศ	ชาย	92	44.70
	หญิง	114	55.30
อายุ Minimum 12, Maximum 93, Mean 50.36 Std. deviation 23.07			
	12-20 ปี	28	13.60
	21-40 ปี	50	24.30
	41-60 ปี	56	27.20
	มากกว่า 60 ปี	72	35.00
รายได้ครัวเรือน			
	มีรายได้ประจำ	111	53.90
	มีรายได้บางครั้งคราว	91	44.20
	ไม่มีรายได้	4	1.90
การศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	36	17.30
	มัธยมศึกษาตอนต้น	129	62.60
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	21	10.20
	ปริญญาตรี	20	9.70
รายได้เฉลี่ย/เดือน Minimum 600, Maximum 30,000, Mean 3789.32 Std deviation 3699.67			
	600-1,000 บาท	56	27.2
	1,001-2,000 บาท	41	19.9
	2,001-3,000 บาท	20	9.7
	3,001-4,000 บาท	16	7.8
	4,001-5,000 บาท	22	10.7
	มากกว่า 5,000 บาท	51	24.8
การมีเงินฝาก	มี	161	78.20
	ไม่มี	45	21.80
การมีหนี้สิน	มี	165	80.10
	ไม่มี	41	19.90

2. ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม ด้านความต้องการการช่วยเหลือ

ด้านเศรษฐกิจ กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการการช่วยเหลือด้านการศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 75.20 รองลงมา คือ การช่วยเหลือด้านอาชีพ ร้อยละ 40.80 และด้านที่อยู่อาศัย ร้อยละ 40.30 ขณะที่ความต้องการการช่วยเหลือด้านครอบครัวและการเงินมีค่าร้อยละ 30.60 และ 16.00 ตามลำดับ **ด้านสุขภาพ** กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 78.60 และมีเพียงร้อยละ 21.40 เท่านั้นที่เคยได้รับการตรวจสำหรับความผิดปกติด้านสุขภาพที่พบมากที่สุด คือ อาการปวดกล้ามเนื้อ ร้อยละ 37.40 รองลงมา คือ อาการไอ ร้อยละ 22.80 อาการปวดท้อง ร้อยละ 13.10 และอาการท้องเสีย ร้อยละ 2.40 **การเข้าถึงบริการสุขภาพ** ส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ร้อยละ 68.00

รองลงมา คือ โรงพยาบาลรัฐ ร้อยละ 5.58 คลินิกเอกชน ร้อยละ 6.30 และโรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 1.00 เหตุผลหลักในการเลือกสถานบริการสาธารณสุข คือ การเดินทางที่สะดวก ร้อยละ 57.30 ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือราคาถูก ร้อยละ 53.90 ตามลำดับ ร้อยละ 47.10 มีความสะดวกและรวดเร็ว ร้อยละ 34.50 มีความเชื่อมั่นในการรักษา ร้อยละ 26.70 และมียาและเครื่องมือพร้อม ร้อยละ 10.70 **ด้านสังคม** การจัดตั้งศูนย์เด็กเล็กในชุมชน ซึ่งมีผู้ตอบสูงถึงร้อยละ 96.12 ในขณะเดียวกัน การมีเพื่อนหรือคนอื่นๆ ในชุมชนคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ (ร้อยละ 83.50) และการช่วยเหลือผู้พิการ (ร้อยละ 80.10) ในขณะที่มีการมีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.28) รวมถึงความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออยู่ในชุมชน (ร้อยละ 54.37) และการส่งเสริมดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่ (ร้อยละ 52.43)

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ด้านเศรษฐกิจ		
ต้องการการช่วยเหลือด้านการเงิน	33	16.00
ต้องการการช่วยเหลือด้านครอบครัว	63	30.60
ต้องการการช่วยเหลือด้านอาชีพ	84	40.80
ต้องการการช่วยเหลือด้านการศึกษา	155	75.20
ต้องการการช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัย	83	40.30

ตารางที่ 2 ข้อมูลด้านเศรษฐกิจ สุขภาพ สังคม (ต่อ)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
ด้านสุขภาพ			
การตรวจสุขภาพประจำปี	เคย	44	21.40
	ไม่เคย	162	78.60
ความผิดปกติด้านสุขภาพที่พบ			
ไอ		47	22.80
ท้องเสีย		5	2.40
ปวดท้อง		27	13.10
ปวดกล้ามเนื้อ		77	37.40
สถานบริการสาธารณสุขที่เลือกใช้ประจำ			
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล		140	68.00
โรงพยาบาลรัฐ		115	5.58
โรงพยาบาลเอกชน		2	1.00
คลินิกเอกชน		13	6.30
เหตุผลในการเลือกสถานบริการสาธารณสุข			
เดินทางสะดวก		118	57.30
ไม่มีค่าใช้จ่ายหรือราคาถูก		111	53.90
มีความเชื่อมั่นในการรักษา		55	26.70
สะดวก/รวดเร็ว		71	34.50
มียาและเครื่องมือ		22	10.70
ตามสิทธิบัตร		97	47.10
ด้านสังคม (การเกิดจากชุมชน)			
มีเพื่อนหรือคนอื่นๆในชุมชนคอยช่วยเหลือในยามที่ต้องการ		172	83.50
มั่นใจว่าชุมชนที่อาศัยอยู่มีความปลอดภัย		96	46.6.
รู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออยู่ในชุมชนนี้		112	54.37
มีกิจกรรมส่งเสริมกระบวนการทางสังคมเพื่อสร้างชุมชนเข้มแข็ง		99	48.06
มีการส่งเสริมอาชีพในชุมชน		87	42.23
จัดตั้งศูนย์เด็กเล็กในชุมชน		198	96.12
มีสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ		118	57.28
มีสวัสดิการช่วยเหลือกลุ่มไร้บ้าน และผู้ด้อยโอกาส		102	49.51
มีการช่วยเหลือผู้พิการ		165	80.10
มีการส่งเสริมดูแลสุขภาพของคนในพื้นที่		108	52.43

3. คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย
คะแนนเฉลี่ยด้านสุขภาพกายเพิ่มขึ้นจาก 15.09 (SD = 3.87) เป็น 19.93 (SD = 3.75) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = 3.00$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ 0.019-0.074

ด้านจิตใจ คะแนนเฉลี่ยด้านจิตใจเพิ่มขึ้นจาก 14.09 (SD = 3.52) เป็น 16.98 (SD = 1.56) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = 5.488$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ 0.101-0.206

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม คะแนนเฉลี่ยด้านสัมพันธภาพทางสังคมเพิ่มขึ้นจาก 5.83 (SD = 1.50) เป็น 7.00 (SD = 0.72) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = -2.646$ และมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ $p = 0.004$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ -0.062 ถึง -0.006 แม้ว่าค่า Z จะเป็นลบ **ด้านสิ่งแวดล้อม** คะแนนเฉลี่ยด้านสิ่งแวดล้อมเพิ่มขึ้นจาก 17.39 (SD = 4.47) เป็น 20.72 (SD = 3.19) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = 1.155$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ -0.016 ถึง 0.055

คุณภาพชีวิตโดยรวม คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตโดยรวมเพิ่มขึ้นจาก 56.57 (SD = 14.35) เป็น 68.34 (SD = 11.25) หลังการทดลอง โดยมีค่า $Z = 2.50$ และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p = 0.006$ ช่วงความเชื่อมั่น 95% CI อยู่ที่ 0.009-0.088

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิต	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	95% CI	Z
	Mean (SD)	Mean (SD)		p-value
ด้านสุขภาพกาย	15.09 (3.87)	19.93 (3.75)	0.019-0.074	3.00 <0.001
ด้านจิตใจ	14.09 (3.52)	16.98 (1.56)	0.101-0.206	5.488 <0.001
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	5.83 (1.50)	7.00 (0.72)	-0.062- -0.006	-2.646 0.004
ด้านสิ่งแวดล้อม	17.39 (4.47)	20.72 (3.19)	-0.016 – 0.055	1.155 <0.001
คุณภาพชีวิตโดยรวม	56.57 (14.35)	68.34 (11.25)	0.009-0.088	2.50 0.006*

*P-value<0.05

วิจารณ์ (Discussions)

จากผลการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศไทย สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ด้านลักษณะทางประชากรและความต้องการการช่วยเหลือข้อค้นพบที่สำคัญของการศึกษา คือ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้อาศัยในครอบครัว (ร้อยละ 68.00) ที่มีอายุเฉลี่ย 50.36 ปี และมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 35.00 สะท้อนให้เห็นถึงโครงสร้างประชากรของสังคมไทยที่กำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ¹⁵ พบว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอย่างรวดเร็ว ซึ่งส่งผลต่อความต้องการการดูแลและการช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคม

ความต้องการการช่วยเหลือด้านการศึกษาที่สูงถึงร้อยละ 75.20 สะท้อนให้เห็นถึงความตระหนักในความสำคัญของการศึกษาต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิต แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ร้อยละ 62.60) แต่ยังมีความต้องการได้รับการสนับสนุนด้านการศึกษาเพิ่มเติม ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาต่อการประกอบอาชีพและการมีรายได้ที่มั่นคง ซึ่ง

สอดคล้องกับความต้องการการช่วยเหลือด้านอาชีพ (ร้อยละ 40.80) และด้านที่อยู่อาศัย (ร้อยละ 40.30) เช่นกัน ผลการศึกษานี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุภาวดี คำเหลือง และคณะ¹⁶ ที่พบว่าการศึกษาและการมีอาชีพที่มั่นคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความเข้มแข็งของครอบครัวไทย

สถานการณ์ทางเศรษฐกิจของกลุ่มตัวอย่างมีความน่าสนใจ โดยพบว่าแม้ส่วนใหญ่จะมีรายได้ประจำ (ร้อยละ 53.90) และมีเงินฝาก (ร้อยละ 78.20) แต่กลับมีหนี้สินในสัดส่วนที่สูงถึงร้อยละ 80.10 สะท้อนให้เห็นถึงภาวะความเปราะบางทางการเงินของครัวเรือนไทย ที่แม้จะมีรายได้แต่ยังไม่เพียงพอต่อรายจ่าย จนต้องก่อหนี้ ซึ่งสอดคล้องกับรายงานภาวะเศรษฐกิจครัวเรือนไทยของธนาคารแห่งประเทศไทย¹⁷ ที่พบว่าครัวเรือนไทยมีแนวโน้มของการก่อหนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้น้อยถึงปานกลาง

2. ด้านสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ข้อค้นพบที่น่าสนใจอีกประการหนึ่ง คือ การที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.60) ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี ซึ่งอาจส่งผลต่อการป้องกันและการรักษาโรคในระยะเริ่มต้น โดยเฉพาะเมื่อพิจารณาร่วมกับความผิดปกติด้านสุขภาพที่พบ เช่น อาการปวดกล้ามเนื้อ (ร้อยละ 37.40) และอาการไอ (ร้อยละ 22.80) ซึ่งอาจเป็นอาการ

เริ่มต้นของโรคเรื้อรังที่สามารถป้องกันได้หากมีการตรวจพบตั้งแต่ระยะแรก ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของกระทรวงสาธารณสุข¹⁸ ที่พบว่าประชาชนในพื้นที่ชนบทยังมีอัตราการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีต่ำ แม้จะมีนโยบายส่งเสริมการตรวจสุขภาพประจำปีฟรีภายใต้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (ร้อยละ 68.00) โดยให้เหตุผลว่าเดินทางสะดวก (ร้อยละ 57.30) และไม่มีค่าใช้จ่ายหรือราคาถูก (ร้อยละ 53.90) แสดงให้เห็นว่านโยบายการกระจายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิของประเทศไทยประสบความสำเร็จในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ในขณะเดียวกัน การที่มีผู้ให้เหตุผลด้านความเชื่อมั่นในการรักษาเพียงร้อยละ 26.70 อาจสะท้อนถึงความท้าทายในการยกระดับคุณภาพการบริการของหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข¹⁹ ที่เน้นความสำคัญของการพัฒนาคุณภาพบริการควบคู่ไปกับการเพิ่มการเข้าถึง

3. ผลของรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติต่อคุณภาพชีวิต

การศึกษานี้พบว่า รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติส่งผลให้คุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างดีขึ้น

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน โดยเฉพาะด้านจิตใจที่มีค่า Z สูงถึง 5.488 ($p < 0.001$) สะท้อนให้เห็นว่าการให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการพัฒนาด้านสังคมและเศรษฐกิจอาจเป็นกุญแจสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิต ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวมขององค์การอนามัยโลก²⁰ ที่เน้นความสำคัญของการดูแลสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

การเพิ่มขึ้นของคะแนนด้านสิ่งแวดล้อมจาก 17.39 เป็น 20.72 ($p < 0.001$) อาจเป็นผลมาจากการที่รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวได้ให้ความสำคัญกับการปรับสภาพแวดล้อมทั้งภายในบ้านและชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของนางลักษณพร พรหมจันทร์ และคณะ²¹ ที่พบว่าสภาพแวดล้อมที่ดีมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตโดยรวมของครอบครัว

คุณภาพชีวิตโดยรวมที่เพิ่มขึ้นจาก 56.57 เป็น 68.34 คะแนน ($p = 0.006$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมของกลุ่มตัวอย่าง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาจากค่า 95% CI (0.009-0.088) สอดคล้องกับการศึกษาของวิลลาร์ดวัน เพ็ญ และคณะ²² ที่พบว่าการบูรณาการความช่วยเหลือหลายมิติสามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตของครอบครัวได้

อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่าการให้ความช่วยเหลือเพียงมิติเดียว

ผลการวิจัยนี้มีนัยสำคัญทางนโยบายที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนจำเป็นต้องมีการบูรณาการความช่วยเหลือใน 3 มิติ คือ สังคม สุขภาพ และเศรษฐกิจ อย่างเป็นองค์รวม โดยอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ จิตอาสา ผู้นำชุมชน และแหล่งประโยชน์ในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ²³ ที่เน้นการบูรณาการการพัฒนาในทุกมิติ

ข้อยุติ (Conclusions)

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ (สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) ต่อคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศไทย สามารถสรุปได้ว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพในการยกระดับคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะด้านจิตใจที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างชัดเจน

การดำเนินงานในลักษณะบูรณาการทั้ง 3 มิติ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ จิตอาสา ผู้นำตามโครงสร้างและผู้นำโดยธรรมชาติ รวมถึงแหล่งประโยชน์ในชุมชน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคุณภาพชีวิตในทุกมิติ แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะมี

ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ มีหนี้สิน และมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ แต่การดำเนินงานตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับครอบครัวและยกระดับคุณภาพชีวิตได้

การศึกษาครั้งนี้ยังพบว่า ความต้องการช่วยเหลือของครอบครัวมีความหลากหลาย โดยเฉพาะด้านการศึกษา ด้านอาชีพ และด้านที่อยู่อาศัย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการออกแบบการช่วยเหลือที่ครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละครอบครัว

ข้อเสนอแนะ (Recommendations)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรนำรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว 3 มิติ ไปพิจารณาบรรจุในแผนยุทธศาสตร์การพัฒนาครอบครัวระดับชาติ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนอย่างเป็นรูปธรรมและต่อเนื่อง
2. กระทรวงสาธารณสุขควรพัฒนาระบบการเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุก โดยเฉพาะการตรวจสุขภาพประจำปีที่พบว่า มีอัตราต่ำ (ร้อยละ 21.40) รวมถึงเพิ่มการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิให้มีคุณภาพมาตรฐานและสร้างความเชื่อมั่นในการรักษา
3. หน่วยงานระดับท้องถิ่นควรจัดทำฐานข้อมูลครอบครัวเปราะบางในพื้นที่ และสนับสนุนการพัฒนาอาชีพและการศึกษา ซึ่ง

เป็นความต้องการหลักของประชาชน โดย
บูรณาการความร่วมมือกับภาคเอกชนและ
ชุมชน

4. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษา
ขั้นพื้นฐานควรส่งเสริมการเข้าถึงการศึกษา
ตลอดชีวิต ซึ่งจะตอบสนองต่อความต้องการ
ด้านการศึกษาที่พบในการศึกษาครั้งนี้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัย ไปใช้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
และหน่วยบริการปฐมภูมิควรบูรณาการการ
ดูแลสุขภาพกับการส่งเสริมด้านสังคมและ
เศรษฐกิจ ผ่านการประสานงานกับหน่วยงาน
ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2. สถาบันการศึกษาควรส่งเสริมให้
นักศึกษาในสาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพและ
สังคมศาสตร์ได้เรียนรู้และเข้าใจแนวคิดการ
พัฒนาคุณภาพชีวิตแบบองค์รวม เพื่อเตรียม
ความพร้อมในการทำงานกับครอบครัวอย่าง
มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาติดตามผลการพัฒนา
คุณภาพชีวิตในระยะยาว (Longitudinal
study) และขยายการศึกษาให้ครอบคลุม
พื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและ
บริบททางสังคมมากขึ้น

2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ
ความสำเร็จและความล้มเหลวในการนำ
รูปแบบไปใช้ในพื้นที่ต่างๆ เพื่อนำมาปรับปรุง
รูปแบบให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรศึกษาความคุ้มค่าทาง
เศรษฐศาสตร์ (Cost-effectiveness) ของ
รูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็งของ
ครอบครัว 3 มิติ เพื่อใช้เป็นข้อมูลสนับสนุน
การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

สถานะองค์ความรู้ (Body of knowledge)

งานวิจัยนี้ได้พัฒนาองค์ความรู้ใหม่
เกี่ยวกับรูปแบบการเสริมสร้างความเข้มแข็ง
ของครอบครัวที่บูรณาการ 3 มิติสำคัญ
(สังคม สุขภาพ เศรษฐกิจ) อย่างเป็นองค์รวม
ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาที่ผ่านมาที่มักแยก
ส่วนตามมิติใดมิติหนึ่ง ผลการวิจัยแสดงให้เห็น
ว่าการดำเนินงานแบบบูรณาการโดยการ
มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสามารถยกระดับ
คุณภาพชีวิตของครอบครัวได้อย่างมี
นัยสำคัญในทุกด้าน ทั้งนี้ ข้อค้นพบเกี่ยวกับ
ความต้องการที่แท้จริงของครอบครัวไทย
โดยเฉพาะด้านการศึกษา อาชีพ และที่อยู่
อาศัย รวมถึงข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ
ที่ยังมีข้อจำกัด สามารถนำไปใช้ในการ
พัฒนานโยบายและระบบบริการที่ตอบสนอง
ความต้องการของครอบครัวไทยได้อย่างมี
ประสิทธิภาพมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบคุณ ผู้ประสานงานโครงการใน
ทุกภูมิภาคของประเทศไทย บุคลากร
ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ในทุกจังหวัด คณะ
ผู้บริหารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง (References)

1. Chiangkul W. **Family Institution: Roles and Functions in Thai Society**. Bangkok: Chulalongkorn University Press; 2020. [in Thai].
2. Sirisuntorn W, Wimolwattawetee T, Nilpraphan A. The Impact of Social and Economic Changes on Thai Families. **Journal of Social Sciences and Humanities** 2021; 47(1): 127-146. [in Thai].
3. Department of Women's Affairs and Family Institution. **Report on the Situation of Thai Families 2021**. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2021. [in Thai].
4. Nintajun P, Nilpat P, Satyavivat W. Violence in Thai Families: Situations, Causes and Prevention Guidelines. **Journal of Public Health Nursing** 2020; 34(3): 1-18. [in Thai].
5. Phupaiboon R, Piasue N, Phuwararavutipanich W. Factors Affecting Thai Family Strength. **Journal of Health Science Research** 2021; 15(2): 42-57. [in Thai].
6. Punpeung S, Tangchitpiboon K, Sanphuwat M. **Strategies for Promoting Thai Family Well-being in the Digital Era**. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University; 2020. [in Thai].
7. Ministry of Social Development and Human Security. **Policies and Strategies for Family Institution Development 2017-2021**. Bangkok: Ministry of Social Development and Human Security; 2017. [in Thai].
8. Pananakonsap W, Tiantavorn W, Chantrapornsri W. Evaluation of Policy Implementation and Strategic Development of Family Institutions. **Journal of Social Science and Buddhist Anthropology** 2020; 5(9): 357-371. [in Thai].
9. Kesboonchoo Mead J, Lertratana P, Amnajsatitsue K. Development of a Participatory Family Strengthening Model. **Journal of Nursing Science** 2021; 39(2): 152-165. [in Thai].
10. Potiwetchakul S, Pariyatruek P, Hormsinthu P. Sustainable Family Quality of Life Development: Concepts and Applications. **Journal of Public Health, Burapha University** 2020; 15(1): 211-222. [in Thai].

11. World Health Organization. **WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment.** Geneva: World Health Organization; 2016.
12. Chungsatiensap K, Saengthongkham P, Suwannawat B. **Participatory Action Research for Community Well-being Development.** Nonthaburi: Society and Health Research Institute; 2020. [in Thai].
13. Khamhom R, Sombat L, Yodkamonsat S. Family and Community Participation in Quality of Life Development: A Case Study of Communities in Northeastern Thailand. **Journal of Social Work** 2020; 28(2): 67-88. [in Thai].
14. Somboonburana S, Tangsukruthai P, Wiriayuttakorn S. Integrated Work for Family Quality of Life Development: Lessons from Pilot Projects. **Journal of Social Development** 2021; 23(2): 119-138. [in Thai].
15. Office of the National Economic and Social Development Council. **Report on the Situation of Thai Population 2020.** Bangkok: Office of the National Economic and Social Development Council; 2020. [in Thai].
16. Kamlueang S, Tansirikongkol W, Rujiranukul P. Factors Affecting Thai Family Strength in the Digital Era. **KKU Research Journal of Humanities and Social Sciences** 2021; 41(1): 59-76. [in Thai].
17. Bank of Thailand. **Report on Thai Household Economic Conditions 2022.** Bangkok: Bank of Thailand; 2022. [in Thai].
18. Ministry of Public Health. **Report on the Situation of Annual Health Check-ups among Thai Population 2021.** Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2021. [in Thai].
19. Health Systems Research Institute. **Access to Primary Health Care Services in Thailand: Situation and Policy Recommendations.** Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2022. [in Thai].
20. World Health Organization. Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med** 2020; 41(10): 1403-1409.
21. Promchan N, Kasemkitwattana S, Sukprangprom S. The Relationship between Housing Environment and Quality of Life of Thai Families. **Journal**

- of Public Health 2020; 29(4): 744-757. [in Thai].
22. Wanpen W, Thaweechip N, Pakdee A. Integration of Multi-dimensional Assistance for Family Quality of Life Development in Communities: A Case Study of Samut Sakhon Province. Journal of Public Health Nursing 2021; 35(2): 90-107. [in Thai].
23. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development [online] 2022 [cited 2023 Dec 15]. Available from: <https://sdgs.un.org/2030agenda>