

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะนั้น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ในภาคใต้ของประเทศไทย

กิริติ ศิริวรรณ*

กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสิชล จังหวัดนครศรีธรรมราช

บทคัดย่อ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญ วัยรุ่นเป็นช่วงวัยที่มีการก่อตัวของพฤติกรรมสุขภาพระยะยาว ทั้งนี้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดังกล่าว อย่างไรก็ตาม หลักฐานเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะนั้น้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในวัยรุ่นไทยยังมีจำกัด วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะนั้น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน รวมทั้งศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ความชุกของภาวะนั้น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา ระเบียบวิธีวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ในนักเรียนระดับมัธยมศึกษา โรงเรียนสิชลคุณาธารวิทยา จังหวัดนครศรีธรรมราช คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตร Cochran ได้จำนวน 385 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบ Kruskal-Wallis และ Spearman Rank Correlation และการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 417 คน พบความชุกของภาวะนั้น้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ร้อยละ 27.8 ระดับความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่ดีพอ พอใช้ได้ และดีมาก ร้อยละ 4.32, 46.28 และ 49.40 ตามลำดับ ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับดัชนีมวลกาย ทั้งจาก Kruskal-Wallis Test และ Spearman Rank Correlation การวิเคราะห์แบบพหุตัวแปรพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (Adjusted Odds Ratio [AOR] 2.36; 95% Confidence Interval [95%CI] 1.47–3.80) วัยรุ่นตอนปลาย (AOR 2.74; 95%CI 1.31–5.72) และอาชีพผู้ปกครองกลุ่มค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว หรือรับจ้าง (AOR 0.58; 95%CI 0.36–0.93)

ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนานโยบายและกิจกรรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษา เพื่อป้องกันภาวะนั้น้ำหนักเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว ดังนั้นนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน (School Health Promotion) ควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาทักษะความรู้ด้านสุขภาพควบคู่กับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในระบบการศึกษา

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ภาวะนั้น้ำหนักเกิน, ภาวะอ้วน, วัยรุ่น

*ผู้ให้การติดต่อ: กิริติ ศิริวรรณ

อีเมล: keerati_number5@hotmail.com

รับบทความ: 31 มกราคม 2569; ปรับปรุงแก้ไข: 24 มีนาคม 2569; รับผิดชอบ: 27 มีนาคม 2569



บทความนี้เผยแพร่ภายใต้สัญญาอนุญาต
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0)

Association between Health Literacy and Overweight/Obesity among Secondary School Students in Southern Thailand

Keerati Siriwan*

Department of Social Medicine, Sichon Hospital, Nakhon Si Thammarat

Abstract

Non-communicable diseases (NCDs) are a major global public health problem and are closely associated with unhealthy behaviors, leading to overweight and obesity—key risk factors for NCDs. Adolescence is a critical period for the establishment of long-term health behaviors. Health literacy (HL) plays an important role in shaping these behaviors; however, evidence on the association between HL and overweight/obesity among Thai adolescents remains limited. The objectives were to evaluate the association between HL and overweight/obesity, and to determine the level of HL, the prevalence of overweight and obesity, and factors associated with HL among secondary school students. An analytical cross-sectional study was conducted among secondary school students. The sample size was calculated using Cochran's formula ($n = 385$), with proportionate stratified sampling by grade level. Data were collected using a self-administered HL questionnaire. Associations between HL and body mass index were analyzed using the Kruskal–Wallis test and Spearman's rank correlation, and multivariable logistic regression was used to identify factors associated with HL.

The results indicated that a total of 417 students participated in the study. The prevalence of overweight and obesity was 27.8%. HL levels were categorized as insufficient (4.32%), adequate (46.28%), and excellent (49.40%). No statistically significant association was found between HL and BMI using both the Kruskal–Wallis test and Spearman's rank correlation. Multivariable analysis showed that students in upper secondary school were more likely to have higher HL than those in lower secondary school (Adjusted Odds Ratio [AOR] = 2.36, 95% Confidence Interval [95%CI]: 1.47–3.80). Late adolescents were also more likely to have higher HL than early adolescents (AOR = 2.74, 95% CI: 1.31–5.72). In contrast, students whose parents worked in trade, private business, or manual labor were less likely to have higher HL (AOR = 0.58, 95% CI: 0.36–0.93).

The findings may be useful for developing school-based health promotion policies. School-based interventions should integrate HL development with behavioral and environmental strategies to support long-term NCD prevention.

Keywords: Health Literacy, Overweight, Obesity, Adolescent

*Corresponding Author: Keerati Siriwan

E-mail: keerati_number5@hotmail.com

Received: 31 January 2026; Revised: 24 March 2026; Accepted: 27 March 2026



This article is licensed under the
Creative Commons Attribution-
NonCommercial-NoDerivatives 4.0
International License (CC BY-NC-ND 4.0).

บทนำ

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases: NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในด้านจำนวนการเสียชีวิตและภาระโรคโดยรวม รายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่าโรค NCDs เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกมากกว่า 41 ล้านคนต่อปี หรือประมาณร้อยละ 74 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสูงสุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด รองลงมาคือโรคมะเร็ง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง และโรคเบาหวาน นอกจากนี้ ยังพบการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในกลุ่มอายุ 30–69 ปี มากกว่า 17 ล้านคนต่อปี [1] ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่สมดุล และการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ส่งผลให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่โรคเรื้อรังในระยะยาว [2]

ในประเทศไทย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตหลักของประชากร โดยข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขระบุว่า โรค NCDs เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากกว่าร้อยละ 70 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรไทย สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพบางประการ เช่น การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีแนวโน้มลดลงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การบริโภค และกิจกรรมทางกายยังคงเป็นประเด็นสำคัญ โดยเฉพาะภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย (National Health Examination Survey: NHES) [3] พบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สะท้อนถึงความไม่สมดุลระหว่างการบริโภคพลังงานและการใช้พลังงานในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นกลไกสำคัญของการเกิดภาวะอ้วน [2,4] นอกจากนี้ ข้อมูลจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่าวัยรุ่นอายุ 15–18 ปี ในประเทศไทยมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนคิดเป็นร้อยละ 15.79 ของประชากรในช่วงวัยดังกล่าว โดยในเขตสุขภาพที่ 11 พบความชุกร้อยละ 18.29 และในจังหวัดนครศรีธรรมราชพบร้อยละ 17.38 [5] สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาภาวะน้ำหนักเกินในวัยรุ่นกำลังเพิ่มขึ้น และอาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคต

แม้ว่าการเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังจะพบมากในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ แต่ช่วงวัยเด็ก วัยรุ่น และผู้ใหญ่ตอนต้นถือเป็นช่วงวัยสำคัญในการกำหนดพฤติกรรมสุขภาพในระยะยาว [2] งานวิจัยจำนวนมากชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพในวัยเด็กและวัยรุ่น เช่น พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการใช้ชีวิตแบบเนือยนิ่ง (Sedentary Behavior) มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ การสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมตั้งแต่วัยเด็กจึงมีบทบาทสำคัญต่อการป้องกันโรคในระยะยาว โดยเฉพาะการป้องกันโรคในระดับปฐมภูมิซึ่งมุ่งเน้นการลดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรค นอกจากนี้ วัยรุ่นยังเป็นช่วงวัยที่มีการพัฒนาด้านสติปัญญาและทักษะการตัดสินใจ ทำให้สามารถเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านสุขภาพในช่วงวัยนี้จึงอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดสำคัญในงานสาธารณสุขที่อธิบายถึงความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ ประเมิน และใช้ข้อมูลด้านสุขภาพเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสม [6,7] งานวิจัยจำนวนมากรายงานว่าบุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมักมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม และมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสูงกว่าผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดี [8,9] ในกลุ่มวัยรุ่น ความรู้ด้านสุขภาพยังมีบทบาทสำคัญต่อการเลือกรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย และการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ [8–10] ซึ่งประเทศไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนผ่านนโยบายและยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพระดับชาติ [11,12]

แม้ว่าจะมีงานวิจัยจำนวนหนึ่งที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการในวัยรุ่น แต่การศึกษาในบริบทของประเทศไทยยังมีจำนวนจำกัด และส่วนใหญ่มุ่งเน้นการศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นเฉพาะช่วงอายุหรือเฉพาะระดับชั้นเรียน เช่น นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นหรือมัธยมศึกษาตอนปลายเพียงช่วงเดียว ส่งผลให้ข้อมูลที่มีอยู่ยังไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นในทุกช่วง

พัฒนาการได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ การศึกษาที่วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ในกลุ่มนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ครอบคลุมตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้น ตอนกลาง และตอนปลายภายในการศึกษาเดียวกันยังมีข้อจำกัด ช่องว่างทางความรู้ดังกล่าวมีความสำคัญ เนื่องจากช่วงวัยรุ่นเป็นระยะสำคัญของการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความเสี่ยงของโรค NCDs ในระยะยาว ดังนั้น การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน ในนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา ซึ่งครอบคลุมวัยรุ่นทุกช่วงพัฒนาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่สามารถสะท้อนสถานการณ์ของวัยรุ่นไทยได้อย่างครอบคลุม และสนับสนุนการพัฒนามาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในสถานศึกษา

วัตถุประสงค์วิจัย

1. วัตถุประสงค์หลัก

1.1 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษา

1.2 เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษา

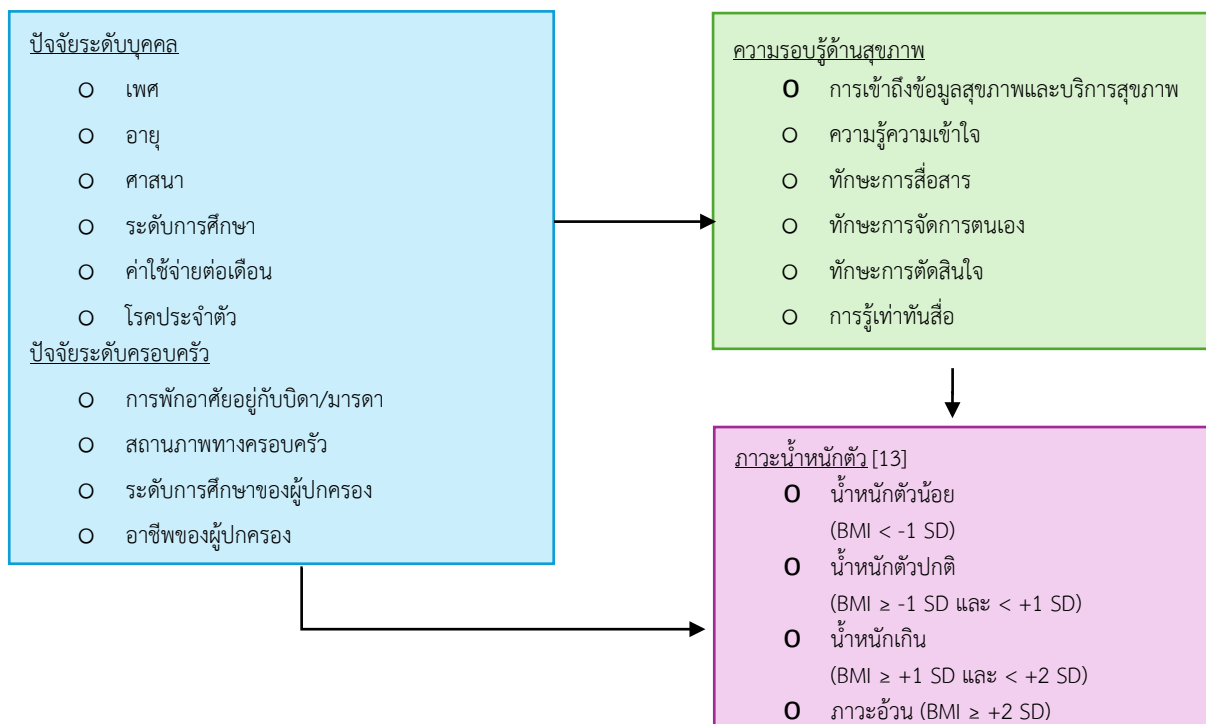
2. วัตถุประสงค์รอง

2.1 เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของนักเรียนมัธยมศึกษา

2.2 เพื่อศึกษาความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนของนักเรียนมัธยมศึกษา

กรอบแนวคิดวิจัย

การศึกษานี้พัฒนากรอบแนวคิดโดยอาศัยแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam [6] โดยกำหนดให้ความรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรอิสระหลักที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและภาวะน้ำหนักเกินหรือภาวะอ้วนในวัยรุ่น [9–10] ขณะที่ปัจจัยระดับบุคคลและครอบครัวอาจมีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพและภาวะน้ำหนักตัวผ่านบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ [8,11–12]



ภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย (Conceptual framework)

ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบของการวิจัย (Study Design) เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-Sectional Study with Analytic Component)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรได้แก่ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสิชลคุณธารวิทยา จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวนทั้งหมด 1,613 คน

ตาราง 1 จำนวนนักเรียนโรงเรียนสิชลคุณธารวิทยาจำแนกตามดัชนีมวลกาย

ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน คน (ร้อยละ)				จำนวน รวม (คน)
	น้ำหนักน้อย*	น้ำหนักปกติ*	น้ำหนักเกิน*	ภาวะอ้วน*	
มัธยมศึกษาปีที่ 1	79 (21.53)	179 (48.77)	56 (15.26)	53 (14.44)	367
มัธยมศึกษาปีที่ 2	81 (22.50)	170 (47.22)	57 (15.83)	52 (14.45)	360
มัธยมศึกษาปีที่ 3	104 (28.26)	180 (48.91)	49 (13.32)	35 (9.51)	368
มัธยมศึกษาปีที่ 4	50 (26.18)	104 (54.45)	22 (11.52)	15 (7.85)	191
มัธยมศึกษาปีที่ 5	55 (30.05)	86 (47.00)	31 (16.94)	11 (6.01)	183
มัธยมศึกษาปีที่ 6	38 (26.39)	71 (49.30)	18 (12.50)	17 (11.81)	144
รวม	407 (25.23)	790 (48.98)	233 (14.44)	183 (11.35)	1,613

*การจำแนกนักเรียนตามดัชนีมวลกาย (BMI for age) ใช้เกณฑ์อ้างอิงขององค์การอนามัยโลก [13]

อ้างอิงข้อมูลจากงานแนะแนวโรงเรียนสิชลคุณธารวิทยา ประจำปีการศึกษา 2565

กลุ่มตัวอย่าง (Sampling Population) ได้แก่

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการประมาณค่าในประชากรตามวัตถุประสงค์การวิจัย ใช้สูตรของ Cochran ซึ่งเสนอโดย William G. Cochran [14] กำหนดระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($Z = 1.96$) กำหนดสัดส่วนประชากร (P) เท่ากับ 0.5 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (e) เท่ากับ 0.05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำจำนวน 385 คน อย่างไรก็ตามในการเก็บข้อมูลจริงมีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 417 คน และถูกนำมาวิเคราะห์ทั้งหมด

การสุ่มตัวอย่างใช้วิธี Stratified Random Sampling โดยแบ่งชั้นตามระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1–6 และคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประชากรในแต่ละระดับชั้น จากนั้นสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละชั้นด้วยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) รายละเอียดจำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้น แสดงในตาราง 2

ตาราง 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้น

ระดับชั้น	จำนวนนักเรียน (คน)			จำนวนตัวอย่าง (คน)
	เพศชาย	เพศหญิง	รวม	
มัธยมศึกษาปีที่ 1	196	181	377	86
มัธยมศึกษาปีที่ 2	186	194	380	88
มัธยมศึกษาปีที่ 3	176	202	378	87
มัธยมศึกษาปีที่ 4	71	125	196	45
มัธยมศึกษาปีที่ 5	66	129	195	45
มัธยมศึกษาปีที่ 6	47	99	146	34
รวม	752	936	1672	385

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

1) นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาของโรงเรียนสิชลคุณธารวิทยา อายุระหว่าง 11–20 ปี มีสัญชาติไทย ไม่มีความพิการทางร่างกายหรือสติปัญญา สามารถเข้าใจและตอบแบบสอบถามได้

2) นักเรียนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

แบบสอบถามที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วนหรือไม่สามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์ได้

เครื่องมือที่ใช้วิจัย

ใช้แบบสอบถามประเภทปลายปิด แบบกรอกด้วยตนเอง ประกอบด้วย 6 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย ค่าใช้จ่ายต่อเดือน โรคประจำตัว ที่พักอาศัย สถานภาพทางครอบครัว ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพของผู้ปกครองหลัก และการประเมินสุขภาพร่างกายและจิตใจโดยรวมของตนเอง

ตอนที่ 2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 3 การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 4 การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 5 การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม จำนวน 17 ข้อ

ตอนที่ 6 การจัดการสุขภาพตนเอง จำนวน 11 ข้อ

แบบสอบถามตอนที่ 2-6 อ้างอิงจากเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thailand Health Literacy Scales) พัฒนาโดย อังคินันท์ อินทรกำแหง [7] ประกอบด้วยระดับการประเมิน 5 ระดับ ช่วงคะแนน 47–235 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ไม่ดีพอ (< 60%), พอใช้ได้ (> 60% ถึง < 80%) และดีมาก (> 80%)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การศึกษานี้ใช้เครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพแล้ว จึงไม่ได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือซ้ำ โดยเครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย ได้ผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา และเชิงโครงสร้างจากผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการ และผู้ใช้แบบวัด และการทดสอบซ้ำ พร้อมทั้งผ่านการตรวจสอบความเชื่อมั่นของแบบวัดโดยผู้พัฒนาเครื่องมือ พบว่าได้ค่าความเชื่อมั่นรวมทั้งฉบับ (Cronbach's alpha) เท่ากับ 0.968 [7] โดยมีรายละเอียดผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือจำแนกรายองค์ประกอบ ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่าคุณภาพของแบบวัด Thailand Health Literacy Scales [7]

องค์ประกอบ	จำนวนข้อ รวม 47 ข้อ	คะแนน เต็ม	ค่าสัมประสิทธิ์ สหสัมพันธ์	ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's alpha)	ค่าน้ำหนัก องค์ประกอบ
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	8	40	0.46–0.60	0.751	0.45–0.64
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ ที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	5	25	0.56–0.61	0.752	0.60–0.74
3. การตรวจสอบข้อมูลและบริการ สุขภาพ	6	30	0.58–0.66	0.848	0.62–0.68
4. การสื่อสารและการสนับสนุนทาง สังคม	17	85	0.61–0.68	0.928	0.47–0.77
5. การจัดการสุขภาพตนเอง	11	55	0.60–0.66	0.880	0.54–0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารชี้แจงข้อมูลการวิจัย ซึ่งประกอบด้วยวัตถุประสงค์ของการศึกษา ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น การรักษา

ความลับของข้อมูล ตลอดจนสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยในการปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ส่งผลกระทบใด ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ผู้วิจัยได้ส่งเอกสารชี้แจงข้อมูลและหนังสือแสดงความยินยอมให้ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมพิจารณาและลงนามให้ความยินยอมก่อนการเข้าร่วมการวิจัย เมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองแล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการขอความยินยอมจากนักเรียนก่อนเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยได้แจกแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ระยะเวลาในการตอบประมาณ 15 นาที และรวบรวมแบบสอบถามที่ตอบเรียบร้อยแล้วเพื่อบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Microsoft Excel 2016 โดยมีการควบคุมความถูกต้องและความลับของข้อมูล โดยการศึกษานี้มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 429 คน โดยมีแบบสอบถามที่สมบูรณ์และนำมาวิเคราะห์ได้ 417 คน (ร้อยละ 97.2) แบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์จำนวน 12 ชุด ถูกคัดออก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม Stata version 12 โดยใช้สถิติดังนี้

สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอจำนวนและร้อยละสำหรับตัวแปรเชิงคุณภาพ นำเสนอค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์สำหรับตัวแปรเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับดัชนีมวลกาย ใช้สถิติแบบไม่อาศัยพารามิเตอร์ (Non-Parametric Tests) เนื่องจากข้อมูลคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพมีการกระจายไม่เป็นปกติ โดยใช้การทดสอบ Kruskal-Wallis Test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มดัชนีมวลกาย 4 กลุ่ม (น้ำหนักน้อย ปกติ น้ำหนักเกิน และภาวะอ้วน) และใช้ Spearman's Rank Correlation เพื่อประเมินความสัมพันธ์เชิงอันดับระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและดัชนีมวลกาย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

สถิติเชิงอนุมาน ใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบตัวแปรเดียว (Univariate Logistic Regression Analysis) เพื่อประเมินความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง กำหนดให้ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรตาม (Dependent Variable) โดยจัดกลุ่มเป็น 2 ระดับ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์แบบโลจิสติกส์ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่ดีพอ/พอใช้ได้ ผลการวิเคราะห์แสดงค่า Crude Odds Ratio (Crude OR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) เพื่อแสดงขนาดความสัมพันธ์ของแต่ละปัจจัย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ตัวแปรที่มีนัยสำคัญจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว ($p < 0.05$) ถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (Multivariate Logistic Regression Analysis) เพื่อควบคุมผลของตัวแปรกวนและประเมินความสัมพันธ์ที่แท้จริงระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์รายงานเป็นค่า Adjusted Odds Ratio (AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% (95% CI) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมในการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครศรีธรรมราช (รหัสโครงการ NSTPH 071/2566) ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการคุ้มครองสิทธิ ความลับและข้อมูลส่วนบุคคล โดยข้อมูลจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น และทำลายเอกสารทั้งหมด 5 ปีหลังสิ้นสุดการวิจัย

ผลวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 59.95) มีอายุมัธยฐาน 15 ปี (IQR 14–16.5) โดยจัดอยู่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้น วัยรุ่นตอนกลาง และวัยรุ่นตอนปลาย ร้อยละ 41.97, 45.32 และ 12.71 ตามลำดับ ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 95.68) และศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1–3 มากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่าง

รายละเอียดลักษณะทั่วไปแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 417)

ปัจจัย	จำนวนคน (ร้อยละ)
เพศ	
ชาย	167 (40.05)
หญิง	250 (59.95)
อายุ	
วัยรุ่นตอนต้น (11–14 ปี) [15]	175 (41.97)
วัยรุ่นตอนกลาง (15–17 ปี) [15]	189 (45.32)
วัยรุ่นตอนปลาย (18–20 ปี) [15]	53 (12.71)
ศาสนา	
พุทธ	399 (95.68)
อิสลาม	16 (3.84)
คริสต์	2 (0.48)
ระดับการศึกษา	
มัธยมศึกษาปีที่ 1	88 (21.10)
มัธยมศึกษาปีที่ 2	88 (21.10)
มัธยมศึกษาปีที่ 3	91 (21.82)
มัธยมศึกษาปีที่ 4	50 (11.99)
มัธยมศึกษาปีที่ 5	53 (12.71)
มัธยมศึกษาปีที่ 6	47 (11.27)
ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายต่อเดือน	
พอใช้ เหลือเก็บ	195 (46.76)
พอใช้ แต่ต้องประหยัด ไม่เหลือเก็บ	216 (51.80)
ไม่พอใช้	6 (1.44)
โรคประจำตัว	
ไม่มี	340 (81.53)
มี	77 (18.47)
การพักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา	
พัก	348 (83.45)
ไม่พัก	69 (16.55)
สถานภาพทางครอบครัว	
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	273 (65.47)
บิดามารดาแยกกันอยู่	144 (34.53)
ระดับการศึกษาของผู้ปกครองหลัก	
ประถมศึกษา	68 (16.31)
มัธยมศึกษา	223 (53.48)
ปริญญาตรี	112 (26.86)
สูงกว่าปริญญาตรี	14 (3.35)
อาชีพของผู้ปกครองหลัก	
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	144 (34.53)
รับจ้างทั่วไป	120 (28.78)
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	109 (26.14)
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	21 (5.04)
พนักงานบริษัทเอกชน	20 (4.79)
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3 (0.72)

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติมากที่สุด (ร้อยละ 47.0) รองลงมาคือภาวะน้ำหนักเกิน (ร้อยละ 17.75) และภาวะอ้วน (ร้อยละ 10.07) สำหรับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมาก (ร้อยละ 49.40) รองลงมาคือระดับพอใช้ได้ (ร้อยละ 46.28) และระดับไม่ตีพอ (ร้อยละ 4.32)

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับดัชนีมวลกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ในทุกกลุ่มดัชนีมวลกายมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ถึงดีมาก โดยกลุ่มน้ำหนักปกติเป็นสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 47.0) รองลงมาคือกลุ่มน้ำหนักน้อย น้ำหนักเกิน และภาวะอ้วน ตามลำดับ

การเปรียบเทียบคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มดัชนีมวลกายโดยใช้ Kruskal–Wallis Test ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($H = 0.34$, $p = 0.953$) นอกจากนี้ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอันดับด้วย Spearman Rank Correlation พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงลบกับดัชนีมวลกายเพียงเล็กน้อย ($\rho = -0.028$) และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.565$) ดังแสดงในตาราง 5

ตาราง 5 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพกับดัชนีมวลกายของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 417$)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ดัชนีมวลกายตามเกณฑ์อายุ				รวม คน (ร้อยละ)
	น้ำหนักน้อย	น้ำหนักปกติ	น้ำหนักเกิน	ภาวะอ้วน	
ไม่ตีพอ	6 (33.3)	9 (50.0)	1 (5.6)	2 (11.1)	18 (4.32)
พอใช้ได้	44 (22.8)	90 (46.6)	39 (20.2)	20 (10.4)	193 (46.28)
ดีมาก	55 (26.7)	97 (47.1)	34 (16.5)	20 (9.7)	206 (49.40)
รวม	105 (25.2)	196 (47.0)	74 (17.7)	42 (10.1)	417 (100.0)

Kruskal–Wallis Test^a: $H = 0.34$, $p = 0.953$

Spearman's Correlation^b: $\rho = -0.028$, $p = 0.565$

หมายเหตุ:

*ดัชนีมวลกายจำแนกตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก (BMI for Age) [13]

^aเปรียบเทียบความแตกต่างของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระหว่างกลุ่มดัชนีมวลกาย

^bวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงอันดับระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและดัชนีมวลกาย

หากพิจารณาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแยกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนมีคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม อยู่ในระดับพอใช้ได้ ส่วนองค์ประกอบด้านการจัดการสุขภาพตนเองอยู่ในระดับดีมาก โดยไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในทุกองค์ประกอบ ดังแสดงในตาราง 6

ตาราง 6 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบ รู้ด้านสุขภาพ	ดัชนีมวลกายตามเกณฑ์อายุ*				p^a
		น้ำหนักน้อย	น้ำหนักปกติ	น้ำหนักเกิน	ภาวะอ้วน	
1. การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ	ไม่ตีพอ	10 (20.0)	25 (50.0)	9 (18.0)	6 (12.0)	0.643
	พอใช้ได้	50 (23.9)	94 (45.0)	41 (19.6)	24 (11.5)	
	ดีมาก	45 (28.5)	77 (48.7)	24 (15.2)	12 (7.6)	
2. การเข้าใจข้อมูลและบริการ สุขภาพที่เพียงพอต่อการ ปฏิบัติ	ไม่ตีพอ	10 (28.6)	17 (48.6)	4 (11.4)	4 (11.4)	0.887
	พอใช้ได้	45 (23.2)	92 (47.4)	35 (18.0)	22 (11.3)	
	ดีมาก	50 (26.6)	87 (46.3)	35 (18.6)	16 (8.5)	

ตาราง 6 (ต่อ)

องค์ประกอบของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรอบ รู้ด้านสุขภาพ	ดัชนีมวลกายตามเกณฑ์อายุ*				p ^a
		คน (ร้อยละ)				
3. การตรวจสอบข้อมูลและ บริการสุขภาพ	ไม่ดีพอ	10 (27.0)	18 (48.6)	4 (10.8)	5 (13.5)	0.875
	พอใช้ได้	44 (23.7)	86 (46.2)	37 (19.9)	19 (10.2)	
	ดีมาก	51 (26.3)	92 (47.4)	33 (17.0)	18 (9.3)	
4. การสื่อสารและการ สนับสนุนทางสังคม	ไม่ดีพอ	12 (30.0)	18 (45.0)	6 (15.0)	4 (10.0)	0.924
	พอใช้ได้	50 (23.8)	98 (46.7)	42 (20.0)	20 (9.5)	
	ดีมาก	43 (25.7)	80 (47.9)	26 (15.6)	18 (10.8)	
5. การจัดการสุขภาพตนเอง	ไม่ดีพอ	9 (24.3)	17 (45.9)	4 (10.8)	7 (18.9)	0.886
	พอใช้ได้	45 (24.7)	87 (47.8)	35 (19.2)	15 (8.2)	
	ดีมาก	51 (25.7)	92 (46.5)	35 (17.7)	20 (10.1)	

*ทดสอบด้วยสถิติ Chi-Square *ดัชนีมวลกายจำแนกตามเกณฑ์องค์การอนามัยโลก (BMI for Age) [13]

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านครอบครัวกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยใช้การวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว (Univariate Analysis) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้ปกครองหลัก เมื่อพิจารณาตามช่วงวัย พบว่าวัยรุ่นตอนปลาย (18–20 ปี) มีโอกาสมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นตอนต้นประมาณ 3.29 เท่า (Crude OR = 3.286, 95% CI 1.672–6.770, $p = 0.0002$)

ในด้านระดับการศึกษา พบว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4–6) มีโอกาสมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1–3) ประมาณ 2.65 เท่า (Crude OR = 2.652, 95% CI 1.718–4.106, $p < 0.001$)

นอกจากนี้ อาชีพของผู้ปกครองหลักบางกลุ่มยังมีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยนักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว หรือรับจ้าง มีโอกาสมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างจากกลุ่มอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Crude OR = 0.511, 95% CI 0.339–0.771, $p = 0.0007$) ขณะที่นักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ หรือพนักงานบริษัทเอกชน มีโอกาสมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอ้างอิงประมาณ 1.81 เท่า (Crude OR = 1.809, 95% CI 1.178–2.784, $p = 0.004$)

ปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ เพศ ศาสนา ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย โรคประจำตัว การพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา สถานภาพครอบครัว และระดับการศึกษาของผู้ปกครอง ไม่พบความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตาราง 7

ตาราง 7 Univariate Analysis ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระและความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
	Crude OR (95% CI)	p
เพศ		
ชาย	Reference	
หญิง	1.525 (0.523–4.436)	0.378
อายุ		
วัยรุ่นตอนต้น (11–14 ปี)	Reference	
วัยรุ่นตอนกลาง (15–17 ปี)	2.895 (0.980–9.574)	0.054
วัยรุ่นตอนปลาย (18–20 ปี)	3.286 (1.672–6.770)	0.0002*

ตาราง 7 (ต่อ)

ปัจจัย	ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ	
	Crude OR (95% CI)	p
ศาสนา		
พุทธ	Reference	
อิสลาม	0.812 (.0272-2.340)	0.667
คริสต์	1.024 (0.012-8.786)	0.986
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาปีที่ 1-3	Reference	
มัธยมศึกษาปีที่ 4-6	2.652 (1.718-4.106)	<0.001*
ความเพียงพอของค่าใช้จ่ายต่อเดือน		
ไม่พอใช้	Reference	
พอใช้ เหลือเก็บ	1.344 (0.897-2.014)	0.132
พอใช้ แต่ต้องประหยัด ไม่เหลือเก็บ	0.483 (0.043-3.419)	0.394
โรคประจำตัว		
ไม่มี	Reference	
มี	0.723 (0.424-1.227)	0.203
การพักอาศัยอยู่กับบิดา/มารดา		
พัก	Reference	
ไม่พัก	0.606 (0.343-1.059)	0.078
สถานภาพทางครอบครัว		
บิดามารดาอยู่ด้วยกัน	Reference	
บิดามารดาแยกกันอยู่	0.677 (0.0441-1.037)	0.059
ระดับการศึกษาของผู้ปกครองหลัก		
ประถมศึกษา	Reference	
มัธยมศึกษา	1.200 (0.689-2.096)	0.491
ปริญญาตรี/สูงกว่า	1.299 (0.836-2.201)	0.219
อาชีพของผู้ปกครองหลัก		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	Reference	
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	1.961 (0.101-11.627)	0.576
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	0.511 (0.339-0.771)	0.0007*
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน	1.809 (1.178-2.784)	0.004*

*p < 0.05

ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติจากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียว ถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ด้วยการถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร (Multivariate Logistic Regression Analysis) เพื่อควบคุมผลของตัวแปรอื่นและประเมินความสัมพันธ์ที่แท้จริงระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ผลการวิเคราะห์พบว่า ระดับการศึกษาเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ โดยนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.4-6) มีโอกาสมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดีมากสูงกว่านักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.1-3) ประมาณ 2.36 เท่า หลังควบคุมตัวแปรอื่น (AOR = 2.36, 95% CI 1.47-3.80, p < 0.001)

นอกจากนี้ ยังพบว่าวัยรุ่นตอนปลาย (18-20 ปี) มีแนวโน้มมีระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าวัยรุ่นตอนต้นอย่างมีนัยสำคัญ (AOR = 2.74, 95% CI 1.31-5.72, p = 0.007) ขณะที่วัยรุ่นตอนกลางไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังควบคุมตัวแปรอื่นในโมเดล

ในส่วนของปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าอาชีพของผู้ปกครองบางกลุ่มมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพของนักเรียน โดยนักเรียนที่ผู้ปกครองประกอบอาชีพค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว หรือรับจ้าง มีโอกาสมีระดับความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มอ้างอิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR = 0.58, 95% CI 0.36-0.93, p = 0.024) ดังแสดงในตาราง 8

ตาราง 8 Multivariate Analysis ของความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยอิสระกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ปัจจัย	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	
	AOR (95% CI)	p
อายุ (Reference = อายุ 11–14 ปี)		
อายุ 15–17 ปี	1.98 (0.85-4.61)	0.110
อายุ 18–20 ปี	2.74 (1.31-5.72)	0.007*
ระดับการศึกษา (Reference = มัธยมศึกษาปีที่ 1-3)		
มัธยมศึกษาปีที่ 4–6	2.36 (1.47-3.80)	<0.001*
อาชีพของผู้ปกครองหลัก (Reference = ไม่ได้ประกอบอาชีพ)		
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	1.42 (0.41-4.87)	0.582
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	0.58 (0.36-0.93)	0.024*
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานบริษัทเอกชน	1.52 (0.97-2.39)	0.067

* p < 0.05

หมายเหตุ: ตัวแปรที่มีค่า p < 0.05 จากการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวถูกนำเข้าสู่การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกแบบพหุตัวแปร โดยมีการปรับค่าตามตัวแปร ช่วงอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้ปกครอง และรายงานผลเป็นค่า AOR พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95%

อภิปรายผล

การศึกษานี้พบว่าความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในนักเรียนระดับมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 27.8 ซึ่งสูงกว่าข้อมูลระดับเขตสุขภาพและระดับจังหวัดที่รายงานโดยกรมอนามัย [5] สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในวัยรุ่นยังคงมีความสำคัญในบริบทของสถานศึกษา และอาจเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ สภาพแวดล้อมของโรงเรียน และรูปแบบการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นในพื้นที่

ในด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ นักเรียนส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับพอใช้ได้ถึงดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอังคินันท์ อินทรกำแหง [7] แต่แตกต่างจากบางการศึกษาที่รายงานว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ได้ [16] เมื่อพิจารณาเป็นรายองค์ประกอบ พบว่าด้านการเข้าถึงข้อมูล การเข้าใจข้อมูล และการสื่อสารยังอยู่ในระดับพอใช้ได้เป็นส่วนใหญ่ ซึ่งอาจสะท้อนถึงข้อจำกัดด้านสภาพแวดล้อมการเรียนรู้และโอกาสในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่แตกต่างกัน [7,17]

สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าอายุ ระดับการศึกษา และอาชีพของผู้ปกครอง มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยวัยรุ่นตอนปลาย (18–20 ปี) มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่า ซึ่งอาจอธิบายได้จากพัฒนาการด้านสติปัญญาที่เอื้อต่อการคิดเชิงนามธรรมและการประเมินข้อมูลที่ซับซ้อน อันเป็นพื้นฐานของ Critical Health Literacy ตามแนวคิดของ Nutbeam [6] และสอดคล้องกับหลักฐานที่ชี้ว่าปัจจัยด้านอายุและพัฒนาการมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในวัยรุ่น [8,10] ในทำนองเดียวกัน ระดับการศึกษาที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีกว่า ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุว่าการศึกษาเป็นตัวกำหนดสำคัญของ Health Literacy [8,9] เนื่องจากช่วยพัฒนาทักษะการอ่าน การตีความข้อมูล และการคิดเชิงวิพากษ์ รวมถึงเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพ สำหรับอาชีพของผู้ปกครอง พบว่ากลุ่มค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว หรือรับจ้าง มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า ซึ่งอาจสะท้อนถึงสถานะทางเศรษฐกิจและสังคมของครอบครัว (Socioeconomic Status) ซึ่งเป็นหนึ่งในตัวกำหนดสำคัญของความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวคิด Social Determinants of Health [8]

ในทางกลับกัน การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับดัชนีมวลกาย ทั้งจาก Kruskal–Wallis Test และ Spearman Rank Correlation ซึ่งให้ผลสอดคล้องกัน โดยค่าความสัมพันธ์มีขนาดต่ำมาก แสดงว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจไม่มีความสัมพันธ์โดยตรงกับดัชนีมวลกายในกลุ่มวัยรุ่น อย่างไรก็ตาม หลักฐานจากการทบทวนวรรณกรรมบางส่วนรายงานความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำกับภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน [18–22] ความแตกต่างนี้อาจอธิบายได้จากลักษณะของภาวะอ้วน

ที่เป็นผลจากหลายปัจจัยร่วมกัน (Multifactorial) ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ระดับกิจกรรมทางกาย และสิ่งแวดล้อม [2,4,8] ดังนั้น แม้ว่าการรับรู้ด้านสุขภาพจะมีบทบาทต่อพฤติกรรมสุขภาพ แต่เพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการอธิบายความแปรผันของดัชนีมวลกายในวัยรุ่น

ในเชิงนโยบาย ผลการศึกษานี้สนับสนุนแนวทางเวชปฏิบัติที่เน้นการจัดการภาวะอ้วนในเด็กและวัยรุ่นแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมทั้งการปรับพฤติกรรมสุขภาพ การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย และการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ [23,24] โรงเรียนจึงเป็นบริบทสำคัญในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น ผ่านการบูรณาการเนื้อหาสุขภาพในหลักสูตร การส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และการสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ซึ่งอาจช่วยลดความเสี่ยงต่อโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระยะยาว

การศึกษานี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา ได้แก่

1. การใช้แบบสอบถามปลายปิดที่ให้ผู้ตอบกรอกด้วยตนเอง อาจเกิดข้อผิดพลาดและอคติจากการตอบตามความคาดหวังของสังคม (Social Desirability Bias) ซึ่งผู้วิจัยลดอคติชนิดนี้โดยเลือกใช้เครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบ Reliability และ Validity
2. การศึกษามีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ซึ่งอาจมีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพและการแปลผลของการศึกษา

การนำผลวิจัยไปใช้

แม้ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วน แต่แนวโน้มพบว่ากลุ่มที่มีน้ำหนักปกติมีระดับความรู้ด้านสุขภาพดีกว่า ดังนั้นโรงเรียนและระบบสุขภาพควรบูรณาการการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผ่านหลักสูตร กิจกรรมนอกห้องเรียน และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ นอกจากนี้ หน่วยงานสาธารณสุขและโรงเรียนสามารถใช้ข้อมูลเพื่อออกแบบมาตรการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในวัยรุ่นในระยะยาว

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษารังต่อไปควรขยายพื้นที่ศึกษาไปยังหลายโรงเรียน ใช้การออกแบบการวิจัยเชิงติดตามหรือเชิงทดลอง และพิจารณาปัจจัยหลายระดับร่วมกัน เพื่ออธิบายบทบาทของความรู้ด้านสุขภาพต่อการป้องกันภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในวัยรุ่นได้อย่างครอบคลุมยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Noncommunicable diseases [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2023 [cited 2026 Mar 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
2. World Health Organization. Report of the Commission on Ending Childhood Obesity. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. วิชัย เอกพลากร, บรรณานิกร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562–2563 (National Health Examination Survey VI: NHES VI). นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2564.
4. อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า, สุธิดา แก้วทา. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์; 2563.

5. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของวัยรุ่นอายุ 15–18 ปีมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ระดับเขตสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 21 มี.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/height1518fat/index?year=2022>
6. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int.* 2000;15(3):259–67. doi: 10.1093/heapro/15.3.259
7. อังคินันท์ อินทรกำแหง. รายงานฉบับสมบูรณ์เรื่องการสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>
8. Gomes AS, Rodrigues Dos Santos GM, Bastos IJMT, et al. Social determinants of health literacy in children and adolescents: a scoping review. *Rev Gaucha Enferm.* 2024;45:e20240001.
9. Sansom-Daly UM, Lin M, Robertson EG, Wakefield CE, McGill BC, Girgis A, et al. Health literacy in adolescents and young adults: an updated review. *J Adolesc Young Adult Oncol.* 2016;5(2):106–18. doi: 10.1089/jayao.2015.0059
10. Caldwell EP, Melton K. Health literacy of adolescents. *J Pediatr Nurs.* 2020;55:116–9. doi: 10.1016/j.pedn.2020.08.020
11. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กระบวนการบริการสุศึกษาเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ บูรณาการมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กองสุศึกษา กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
12. จุฑามาศ สมชาติ, ธัญญรัตน์ สิทธิวงศ์, พรทิพย์ ดำรงปัทมา, และคณะ. การปฏิรูปความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2566.
13. World Health Organization. Growth reference data for 5–19 years [Internet]. Geneva: World Health Organization [cited 2023 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/tools/growth-reference-data-for-5to19-years/indicators/bmi-for-age>
14. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Sons; 1977.
15. Hagan JF Jr, Shaw JS, Duncan PM, editors. Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. 4th ed. Elk Grove Village (IL): American Academy of Pediatrics; 2017.
16. วิภารัตน์ สุวรรณไพบัฒนะ, จุฬารัตน์ ไกรภักดิ์, วิจิตรา นวนันทวงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนของเด็กวัยรุ่นตอนต้น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.* 2562;6:80–90.
17. Narmkul P, Woradet S, Armartpundit T, Maninet S, Songserm N. Factors influencing health literacy in overweight management among late adolescents in Thailand: a cross-sectional study. *Belitung Nurs J.* 2024;10(5):563–70. doi: 10.33546/bnj.3476

18. Michou M, Panagiotakos DB, Costarelli V. Low health literacy and excess body weight: a systematic review. *Cent Eur J Public Health*. 2018;26(3):234–41. doi: 10.21101/cejph.a5172
19. Chrissini MK, Panagiotakos DB. Health literacy as a determinant of childhood and adult obesity: a systematic review. *Int J Adolesc Med Health*. 2021;33(3):9–39. doi: 10.1515/ijamh-2020-0275
20. Chari R, Warsh J, Ketterer T, Hossain J, Sharif I. Association between health literacy and child and adolescent obesity. *Patient Educ Couns*. 2014;94(1):61–6. doi: 10.1016/j.pec.2013.09.006
21. Shih SF, Liu CH, Liao LL, Osborne RH. Health literacy and the determinants of obesity: a population-based survey of sixth grade school children in Taiwan. *BMC Public Health*. 2016;16:280. doi: 10.1186/s12889-016-2879-2
22. สาริษฐา สมทรัพย์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการภาวะน้ำหนักเกินและภาวะอ้วนในเด็กวัยเรียน. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. 2561;12(29):20–33.
23. พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วินัดดา ปิยะศิลป์, วันดี นิงสานนท์, ประสพศรี อึ้งถาวร, และคณะ. Guideline in child health supervision. กรุงเทพฯ: สรรพสาร; 2557.
24. Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, Armstrong SC, Barlow SE, Bolling CF, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. doi: 10.1542/peds.2022-060640