

ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค

ชีสาพัทธ์ ชุทอง*

ส.ม. (นโยบายและการจัดการด้านสาธารณสุข)

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุไทยเกือบครึ่งหนึ่งต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ วิจัยนี้เป็นวิจัยแบบสำรวจ เพื่อศึกษา และหาความสัมพันธ์ของความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อมของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค จังหวัดลำปาง จำนวน 314 คน จากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าของผู้สูงอายุ และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคม มีความเชื่อมั่นของเครื่องมือเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive statistic) และการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)

ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (mean = 13.93, SD = 3.44) พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 44.49, SD = 4.50) การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุ (mean = 22.93, SD = 3.72) และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (mean = 35.77, SD = 4.08) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .30, .24, และ .26 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความฉลาดสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า

* อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏลำปาง

The Relationship between Health Literacy, Health Behaviors and Accessing to Universal Coverage Scheme among Care Giver of Elderly with Co-Morbidity

Chisapath Choothong* M.PH. (Public Health Policy and Management)

Abstract

Almost half of Thai elderly rely on care giver in their daily life. Care giver is the key determinant to elderly health care. This cross-sectional survey research aimed to study and find the correlation between health literacy, health behaviors, accessing to universal health coverage scheme and readiness of care giver and social support among 314 care giver who take care of elderly with co-morbidity in Lampang province through multi-stage sampling technique. Researcher developed the instrument by themselves, it consists of 5 parts: general information, health literacy of the caregivers, health behaviors of caregivers, accessing universal health coverage scheme, and readiness of care giver and social support of elderly with co-morbidity. The reliability of the instrument was .80. Data were analyzed using descriptive statistic and correlation analysis of various factors using Pearson's correlation coefficient.

The results of the research showed that health literacy of the caregivers was at a low level (mean = 13.93, SD = 3.44). Health behaviors of the care givers was at a medium level (mean = 44.49, SD = 4.50). Accessing to the universal health care of care givers was at low level (mean = 22.93, SD = 3.72). In addition, care giver readiness and social support were at a high level (mean = 35.77, SD = 4.08). The results of the relationship analysis showed that the health literacy level of the care givers had a positive relationship with the health care behaviors of the caregivers, accessing to universal coverage for the care givers, and care giver readiness and social support yielding statistical significance at .01 with correlation coefficient (r) equal to .30, .24, and .26 respectively.

Keywords: caregiver, health literacy, health behavior, access to universal health coverage scheme

* Lecturer Community Public Health, Faculty of Science Lampang Rajabhat University

บทนำ

โครงสร้างประชากรโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 6,070.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543 และจำนวนเป็น 7,815.4 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2568 ทั้งนี้เนื่องจากประชากรผู้สูงอายุมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี พ.ศ. 2543 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 24.2 ในปี พ.ศ. 2568 ทวีปเอเชียเองเป็นภูมิภาคที่แสดงสัดส่วนผู้สูงอายุของผู้สูงอายุโลกมากที่สุดในโลก นั้นหมายความว่า ทวีปเอเชียกำลังเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างแท้จริง” ซึ่งประเทศญี่ปุ่นที่มีสัดส่วนของผู้สูงมากที่สุด ในเอเชีย¹ ด้วยโครงสร้างของประชากรทั่วโลกที่กำลังจะเปลี่ยนไป ประเทศไทยเองก็เป็นประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุถึง 10,014,705 คน ในปี 2557 คิดเป็นร้อยละ 14.95² ไทยจะเป็นประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเป็นประเทศอันดับที่สองในกลุ่มประเทศอาเซียนที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ ในปี พ.ศ. 2540³ สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดลำปาง มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในสามอันดับแรกในกลุ่มจังหวัดทางภาคเหนือตอนบนที่มีประชากรผู้สูงอายุ โดยอ้างอิงจากรายงานการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 สำนักสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร อันดับหนึ่งคือ จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นอันดับหนึ่งในกลุ่มจังหวัดภาคเหนือตอนบน 274,331 คน รองลงมา คือจังหวัดเชียงราย มีจำนวนผู้สูงอายุ 199,090 คนและจังหวัดลำปาง มีจำนวนผู้สูงอายุ 156,310 คน วัยผู้สูงอายุซึ่งเป็นกลุ่มวัยที่เสี่ยงต่อโรคต่าง ๆ มากมาย ทั้งโรคติดต่อและโรคไม่

ติดต่อ การหกล้ม การเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ จำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น รวมถึงการใช้บริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เส้นเลือดสมองแตก โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพฤกษ์อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งอวัยวะต่าง ๆ และโรคไตวายเรื้อรัง³ และพบว่ามากกว่าร้อยละ 70 ของผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรังตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป อย่างไรก็ตามการมีสุขภาพที่ดีนั้นจะต้องให้ความสำคัญกับความฉลาดทางสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ เพราะถ้ามีความฉลาดทางสุขภาพต่ำ ก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวมก่อให้เกิดค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยกลุ่มผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่พบว่ามีผลทางสุขภาพอยู่ในระดับต่ำกว่ากลุ่มวัยอื่น⁴ นอกจากนี้ยังเป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่น ซึ่งในสังคมไทยการดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว ได้แก่ สามี ภรรยา บุตร หลาน ญาติพี่น้อง⁵ ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลในครอบครัวมีส่วนส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ถ้าผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ที่ถูกต้องก็จะเป็นผลดีต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังในระยะยาวต่อไป⁶ และนอกจากนี้ยังมีการศึกษาผลกระทบและการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวภายใต้วัฒนธรรมไทย พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีปัญหาด้านสุขภาพ มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมด้วยต้องการการพึ่งพาด้านสุขภาพ และมีแนวโน้มปัญหา

วาระการสาธารณสุข

ทางสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และขาดโอกาสในการเข้าถึงการรักษา การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวก่อให้เกิดผลกระทบแก่ผู้ดูแล และครอบครัวที่อยู่ท่ามกลางความไม่พร้อมของครอบครัวและระบบการสนับสนุนในชุมชน⁷ ด้วยเหตุผลเหล่านี้ ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญของการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค เพื่อที่จะได้ทราบถึง ความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อมในการดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค เพื่อเป็นการนำเสนอข้อเท็จจริงเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดลำปาง เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมตามสภาพปัญหา เพื่อการเตรียมความพร้อมในการจัดทำรูปแบบในการดูแล

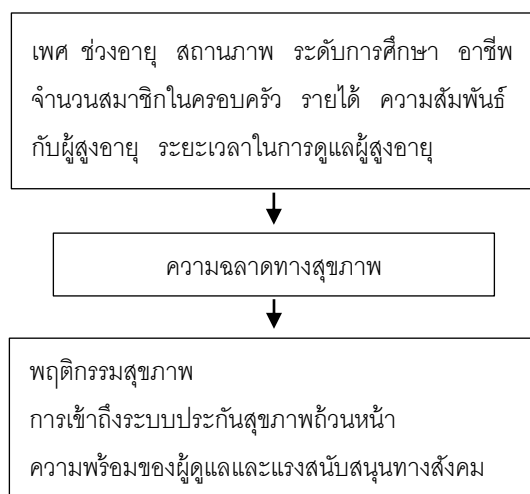
ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมไปถึงเพื่อเสนอแนะนโยบายต่อภาครัฐที่จะเอื้อต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่าง ความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค จังหวัดลำปาง

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้แนวคิดกลไกความเชื่อมโยงระหว่าง ความฉลาดทางสุขภาพกับผลลัพธ์สุขภาพ ของ Lee และคณะ⁸ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจภาคตัดขวาง (cross-sectional survey) โดยศึกษาในกลุ่มของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังภายใต้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าในจังหวัดลำปาง ในช่วงระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2559 ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ.2560

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไปอาศัยอยู่ในจังหวัดลำปางที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า อาศัยอยู่ในจังหวัดลำปางไม่น้อยกว่า 6 เดือน และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 398 คน ซึ่งการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จากการคำนวณจากจำนวนผู้สูงอายุ จังหวัดลำปาง ในปี พ.ศ. 2559 จำนวน 132,248 คน โดยใช้สูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และมีความคลาดเคลื่อนได้ร้อยละ 5 โดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างได้มาจากสุ่มแบบหลายขั้นตอน (multistage random sampling) โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

1. เริ่มจากการขั้นตอนการสุ่มอำเภอ เพื่อเป็นตัวแทนของกลุ่มประชากรในจังหวัดลำปาง โดยการสุ่มอย่างง่ายโดยใช้วิธีจับสลากแบบไม่ใส่คืน (simple random sampling) ในการเลือกพื้นที่ในการวิจัย 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเกาะคา อำเภอเสริมงาม และอำเภอวังเหนือ
2. สุ่มกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษ จำนวน 398 คน โดยการสุ่มแบบสะดวก (accidental

sampling) ในแต่ละอำเภอตามสัดส่วนจำนวนที่ใกล้เคียงกัน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 10 ข้อ แบบประเมินความฉลาดทางสุขภาพในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ ด้านพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 20 ข้อ มีคำตอบเลือกตอบ 3 ระดับ ได้แก่ สม่ำเสมอ บางครั้ง ไม่เคยการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 10 ข้อ มีคำตอบ 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก และความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 ข้อ มีคำตอบ 3 ระดับ ได้แก่ น้อย ปานกลาง มาก การแปลความหมายคะแนนจะให้คะแนนตั้งแต่ 1-3 คะแนน และมีการกลับค่าคะแนนในข้อความที่เป็นเชิงลบ และกำหนดค่าร้อยละในการแบ่งระดับคะแนน ดังนี้

ร้อยละ 0 - 50 หมายถึง ระดับน้อย

ร้อยละ 51 - 79 หมายถึง ระดับปานกลาง

ร้อยละ 80 - 100 หมายถึง ระดับมาก

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือ

ผู้วิจัยสร้างและพัฒนาเครื่องมือ ดังนี้

1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุ จากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงาน องค์กร และสถาบันต่างๆ นำมาพัฒนาเพื่อสร้างแบบสอบถามในการวิจัยนี้

วารสารกองการพยาบาล

2. กำหนดกรอบแนวคิดเพื่อสร้างแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัย

3. มีเนื้อหาครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การวิจัยและผ่านการตรวจพิจารณาความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญด้านโรคเรื้อรัง จากหน่วยงานสังกัดกรมอนามัย กรมควบคุมโรค และกรมการแพทย์ จำนวน 3 ท่าน แบบสอบถามมีค่า IOC มากกว่า 0.6 ในทุกข้อคำถาม

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อวิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ค่าความเชื่อมั่นรวมเท่ากับ .80 ค่าความเชื่อมั่นรายด้าน ประกอบด้วย ความฉลาดทางสุขภาพ เท่ากับ .87 พฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ .74 การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ เท่ากับ .72 ความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคม เท่ากับ .87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยดำเนินการขอปรับปรุงแบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาจนมีคุณภาพที่เหมาะสมในการเก็บข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

2. ผู้วิจัยได้ให้คำอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์และการนำผลโครงการวิจัยไปใช้ประโยชน์ เพื่อขอความยินยอมเข้าร่วมงานวิจัย

ด้วยวาจา (verbal consent) จากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมกับเปิดโอกาสให้ซักถามในประเด็นที่สงสัยกังวลหรือต้องการความชัดเจน หากยินดีเข้าร่วมการวิจัยจึงเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และได้อธิบายการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยระบุข้อมูลเกี่ยวกับการเก็บข้อมูลเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม และ ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถออกจากกรวิจัยได้ทุกเมื่อ

3. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในพื้นที่วิจัย กลุ่มตัวอย่างยินดีที่จะเข้าร่วมการวิจัย และตอบแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 314 คน เนื่องจากระยะเวลาการวิจัย ความพร้อมของพื้นที่ของกลุ่มตัวอย่าง และปัจจัยอื่น ๆ ทำให้ได้ข้อมูลกลับมาร้อยละ 78.89 ซึ่งเพียงพอต่อการสะท้อนข้อมูลของกลุ่มประชากร

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งหมด 314 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.2 ช่วงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในช่วง 41-50 ปี ร้อยละ 27.1 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 64.3 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 35.0 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 36.0 มีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ที่ 1-5 คน ร้อยละ 84.7 และมีรายได้ต่อครอบครัวเดือนละ 5,001- 0,000 บาท ร้อยละ 41.7 ผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 68.2 โดยมีระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง 4-6 ปี ร้อยละ 35.4 ผู้ดูแล

ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 50.3 เคยได้รับคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ

2. ความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (mean = 13.93, SD = 3.44)

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (mean = 44.49, SD = 4.50) การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (mean = 35.77, SD = 4.08) และความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (mean = 35.77, SD = 4.08) ระดับของแต่ละตัวแปร ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค

ปัจจัย	ระดับ	ร้อยละ
ความฉลาดทางสุขภาพ	สูง	29.9
	ปานกลาง	30.9
	ต่ำ	39.2
พฤติกรรมสุขภาพ	สูง	28.3
	ปานกลาง	68.5
	ต่ำ	3.20
การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพฯ	สูง	4.80
	ปานกลาง	26.1
	ต่ำ	69.1
ความพร้อมผู้ดูแลผู้สูงอายุและแรงสนับสนุนทางสังคม	สูง	54.1
	ปานกลาง	44.3
	ต่ำ	1.60

3. ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค

จากการทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และระดับความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรค

วารสารกองการพยาบาล

เรื้อรังหลายโรค พบว่าปัจจัยช่วงอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความฉลาดทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .13 ปัจจัยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .14 และปัจจัยช่วง ระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .14 แต่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความพร้อมของผู้ดูแลอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .17

เมื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ และความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ ระดับการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพฯ และความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .30, .24 และ .26 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ ถ้วนหน้า และความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคม ในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค

ปัจจัย	ความฉลาดทางสุขภาพ	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (r)		
		พฤติกรรมสุขภาพ	การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพฯ	ความพร้อมของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม
ช่วงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	- 0.317*	0.057	0.027	0.039
ระดับการศึกษาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	0.140*	0.024	- 0.023	0.067
ช่วงเวลาในการดูแลผู้สูงอายุ	0.040	- 0.148**	- 0.046	0.176**
ระดับความฉลาดทางสุขภาพ	1	0.302**	0.245**	0.269**
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ	0.302**	1	0.139*	0.229**
ระดับการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ	0.245**	0.139*	1	0.293**
ระดับความพร้อมของผู้ดูแล และแรงสนับสนุนทางสังคม	0.269**	0.229**	0.293**	1

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 **มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาวิเคราะห์ และหาความสัมพันธ์ของ ข้อมูลอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ได้ดังนี้

ความฉลาดทางสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 13.93 (SD = 3.44) ระดับความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 39.2 สอดคล้องกับการศึกษา เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนกลางที่ผลการวิจัยพบว่า ความฉลาดทางสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำ⁹ ถึงแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างจะมีใช้กลุ่มเดียวกันแต่มีช่วงอายุที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งผลการวิจัยที่พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพของผู้ดูแลและผู้สูงอายุอยู่ในเกณฑ์ต่ำยังสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาธร เรื่อง พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลและความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อการดูแลที่ได้รับ: กรณีศึกษา บ้านหนองตะไก้ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ที่พบว่า หนึ่งในปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากจะเกี่ยวข้องกับการมีปัญหาด้านสุขภาพ ไม่มีคนดูแลการดำเนินชีวิตและเมื่อเจ็บป่วย ไม่มีเงินในการรักษา โดยเฉพาะขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่สำคัญสำหรับผู้ดูแลอีกด้วย¹⁰ และนอกจากนี้ยังมีความใกล้เคียงกับผลการศึกษา เรื่องความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุกรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณโพธิ์กลาง และสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณวัดม่วง จังหวัดนครราชสีมา ที่ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 31-40 ปี มีการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรี ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระดับปานกลาง¹¹ ผลการศึกษามีความแตกต่างกันเล็กน้อย เป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีอายุน้อยกว่า ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุได้มากกว่ารวมถึงกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาของบุษยา วงษ์สวัสดิกุลและคณะ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ทำให้มีโอกาสในการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าอีกด้วย ซึ่งข้อมูลด้านความฉลาดทางสุขภาพหรือความแตกฉานด้านสุขภาพ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นอีกปัจจัยที่สำคัญที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งเป็นโรคหนึ่งของโรคเรื้อรังได้อีกด้วย¹²

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.49 (SD = 4.50) ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ที่ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง¹³ และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อเสนอแนะว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลในครอบครัวมีส่วนส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 44.49 (SD = 4.50) ระดับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.5 สอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน ที่ผลการวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง¹³ และยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผลการวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีข้อเสนอแนะว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นบุคคลในครอบครัวมีส่วนส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการส่งเสริม

สุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรัง ถ้าผู้ดูแลมีความรู้ทัศนคติและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องก็จะเป็นผลดีต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังในระยะยาวต่อไป⁶

การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 22.93 (SD = 3.72) ระดับการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 69.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเกี่ยวกับการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นบุคคลหลักที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการรักษายาบาลได้ดียิ่งขึ้น¹⁴ สาเหตุที่ระดับการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับต่ำ ถึงแม้ว่าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีสำหรับประเทศอื่น ๆ แต่ด้วยระบบประกันสุขภาพที่ยังมีช่องว่างปัญหาจากค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้เกี่ยวกับการรักษาและการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ประชาชนเข้าถึงและการใช้ประโยชน์จากบริการการรักษาสุขภาพ อาทิ ระยะเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางมายังสถานพยาบาลที่มีราคาแพงสำหรับกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ห่างไกล รวมไปถึงผลการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2556 ยังสะท้อนให้เห็นว่า ผู้สูงอายุไทยยังมีปัญหาเรื่องสุขภาพการคัดกรองที่ยังไม่ครอบคลุม ทำให้จำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพหรือผู้ป่วยด้วยภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งเป็นโรคเรื้อรังยัง

ไม่ลดลง¹⁵ ปัญหาเหล่านี้มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุยากจน โดยเฉพาะผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปที่มีอัตราการใช้บริการทางสุขภาพลดลง¹⁶

ความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 35.77 (SD = 4.08) ระดับความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 54.1 ซึ่งแตกต่างกับผลการศึกษานิทราและคณะ เรื่อง ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ 68.5 มีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง¹⁷ เนื่องจากเป็นผลวิจัยจากกลุ่มตัวอย่างที่แตกต่างกันซึ่งในมุมมองของผู้ดูแลผู้สูงอายุจะมองว่าตนเองมีความพร้อมมากกว่ามุมมองของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล แต่อย่างไรก็ตามความพร้อมในการดูแล ปริมาณและชนิดของการดูแลและภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล สามารถใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแล เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ดูแลลดความเครียด เพิ่มความรู้สึกลึกด้านบวกในการดำรงบทบาทผู้ดูแลและดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹⁸ นอกจากความพร้อมของผู้ดูแล ปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคมและความเข้มแข็งของครอบครัวเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทางบวกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย ดังนั้นจึงสมควรให้มีการคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนเข้ารับบทบาทผู้ดูแล มีการแผนร่วมกับสมาชิกในครอบครัวสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นการลดความเครียดของ

ดูแลผู้สูงอายุ และส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป¹¹

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุกับระดับความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ปัจจัยช่วงอายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .13$) ปัจจัยระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ($r = .14$) และปัจจัยช่วงระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับพฤติกรรมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .04$) มีความสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมดูแลตนเองกับการควบคุมระดับน้ำตาลกับการควบคุมน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จังหวัดชัยนาท ที่พบว่า ปัจจัยระดับการศึกษา และระยะเวลาที่เป็นโรคเบาหวาน มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁹

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อมของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรค พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และความพร้อม

ของผู้ดูแลและแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ .30, .24, และ .26 ซึ่งสัมพันธ์กับการศึกษาวิจัย เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับความฉลาดทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 ($r = .46$)⁴ ทำให้ทราบว่า ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อจำแนกเป็นรายข้อก็ยังพบว่า พฤติกรรมสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคมีความสัมพันธ์กับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 มีความสอดคล้องกับการศึกษา เรื่อง ปัจจัยทำนายการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล:กรณีศึกษาโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ที่พบว่าทัศนคติของผู้ดูแลต่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001²⁰ และมีความสอดคล้องกับผลการศึกษา เรื่อง ปัจจัยทำนายความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ที่พบว่า ความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05²¹ และมีผลการวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ

ที่อาศัยในชุมชนก็สนับสนุนผลการวิจัยนี้อีกด้วยว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอีกปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05¹⁷ และการศึกษาของ เนาวรัตน์และคณะ เรื่อง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมือง จังหวัดชุมพร ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01²²

โดยปัจจัยทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหลายโรคที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา ($r = .14$) และระยะเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุ ($r = .17$) สอดคล้องกับการค้นพบของการศึกษา เรื่อง ปัจจัยพยากรณ์บทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ตำบลพะวอ อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ที่ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับบทบาทของสมาชิกครอบครัวในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การศึกษาระดับการศึกษา ($r = .19$)²³ การดูแลผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการดูแล รักษา และเอาใจใส่เป็นระยะเวลานาน ต้องอาศัยผู้ดูแลที่จะต้องมีความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงระบบประกันสุขภาพมีความพร้อมในการดูแล รวมไปถึงการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม เช่น พัฒนาความรู้ในการดูแลสุขภาพที่จำเป็นแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมและการคัดกรองผู้ดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสมตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข²⁴ อาสาสมัครประจำหมู่บ้านในการเยี่ยมเยียน และการ

จัดกิจกรรมส่งเสริมให้มีการใช้กระบวนการกลุ่มในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการวางแผนร่วมคิดร่วมทำในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ทั้ง ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล เครือข่ายชุมชน และบุคลากรทางสาธารณสุข โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีบทบาทสำคัญยิ่งในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล ผ่านการบริการรถตู้ฉุกเฉินสำหรับชุมชนและการจัดหายานพาหนะรับส่ง ผู้สูงอายุที่ยากจนมายังสถานพยาบาลตามความจำเป็น จะทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุทำให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุโดยรวมเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดทัศนคติทางบวกในการดูแลผู้สูงอายุและการมีสุขภาพที่ดีของผู้ดูแล²⁵ รวมไปถึงสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพในชุมชนได้มากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

สำหรับข้อเสนอแนะในการใช้ประโยชน์จากงานวิจัย ควรจัดให้มีระบบการอบรมความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ตรวจคัดกรองสุขภาพ และเพิ่มทักษะการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความพร้อมทั้งกายและใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรแยกตัวแปรความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ออกจากตัวแปรการแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อความชัดเจนของผลการวิจัยยิ่งขึ้น และพัฒนางานวิจัยที่มีการเปรียบเทียบกลุ่มที่มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Samer Jadphon. Social Welfare Management for Developing Quality of Life of the Elderly in Subdistrict Administrative Organization, Banlat District, Phetchaburi. Veridian E-Journal. 2013;6(3):510-19. Thai.
2. Ministry of Social Development and Human Security. Report of the Monitoring and Evaluation of the Elderly Plan Project: Phase 2 (2007 - 2011), College of Population Studies, Chulalongkorn University; 2013. Thai.
3. Kwanmuang Kaeodumkoeng, Doungnetre Thummakul. Health literacy promoting in aging population. Journal of health science research. 2015;9(2):1-8. Thai.
4. Sangduan Ginggeaw, Nusara Prasertsri. The Relationship between Health Literacy and Health Behaviors among Older Adults who have Multi-morbidity. Nursing Journal of the Ministry of Public Health. 2015;43-53. Thai.
5. Sasiphat Yodphet. Elderly caregiver in the family. Bangkok: Health system research Institute (HSRI); 2008. Thai.
6. Ubol Saruthanajarean. Potential Development of Caregivers in Health Promotion Among Diabetic Patients by Using Participatory Action Research. Kuakarun Journal of Nursing, 2014;21(1):57-69. Thai.
7. Siranee Sihapark, Komatra Chuengsatiansup, Kanisorn Tengrang. The effects and caregiving burdens of older persons in long-term care. Health Systems Research Institute (HSRI); 2014. Thai.
8. Lee SY, Arozullah AM, Cho YI. Health literacy, social support, and health: a research agenda. Soc Sci Med. 2004;58(7):1309-2100.
9. Kitpapon Srithanee. Relationship between Health Literacy and Quality of the Elderly's Life at the Central Part of the North-East Thailand. Journal of Health Systems Research. 2017;11(1):26-36. Thai.
10. Kanchana Panyathorn. Family Caregiving of The Elderly in Nongtaguy Village, Maung District Udonthani Province. Journal of Nursing and Health Care. 2014;32(4):33-9. Thai.
11. Bussaya Vongchavalitkul, et, al. Knowledge and Attitude of the Elderly Caregivers: A Case Study of Thammapakorn Phoklang and Watmuang Elderly Care Center Nakhonratchasima Province. Journal of Business Administration. 2016;5(2):74-92. Thai.

12. Hathaikan Hongkrajok, Narumon Pathumarak, & Khemaradee Masingboon Influences of Health Literacy, Perceived Self-efficacy, and Patient-health Care Provider Communication on Self-care Behaviors among Patients with Primary Hypertension. Royal Thai Navy Medical Journal. 2016;43(2):39-54. Thai.
13. Boonvadee Petcharat, Yauwarat Suwalak. Factors related to caregivers' caring behaviors for chronic schizophrenic patients at home. Songkla Med J. 2003;21(4):249-58. Thai.
14. Panita Pongsaweth. Accessibility to curative care services for the elderly in Damnoen Saduak, Ratchaburi Province (Master's thesis). Program of Social and Health System Management, Graduated School. Bangkok: Silapakorn University; 2008. Thai.
15. Suradech Dounghipsirikul. Elderly Society ... Challenges of Health Management. Health Intervention and Technology Assessment Program (Policy Brief). 2014;2(17):1-4. Thai.
16. World Bank Group. Close the gap to access health services. The Elderly: Health Justice and Social coverage in Thailand; 2016. p. 1-30.
17. Nithra Kitreerawutiwong & Susanee Mekrungrongwong. Factor influencing health behavior among elderly living in the community. The Public Health Journal of Burapha University. 2017;11(1):63-74. Thai.
18. Niphawan Samartkit, Saipin Kasemkitvattana, Orapan Thosingha, Thavatchat Vorapongsathorn. Caregiver Role Strain and Rewards: Caring for Thais with a Traumatic Brain Injury. Pacific Rim International Journal of Nursing Research. 2010;14(4): 297-314.
19. Witthaya Chantha. Health literacy of self-care behaviors for blood glucose level control in patient with type 2 diabetes, Chainat Province. (Master's thesis) Program of Health Promotion Management, Faculty of Public Health, Thammasart University; 2017. Thai.
20. Chantra Promnoi, Ploenpit Thaniwattananon, & PranornNupet. Factors predicting caregivers' participation in caring for hospitalized elderly: a case study at Songklanagarind Hospital. Songkla Medical Journal. 2005;23(6):405-11. Thai.
21. Nitcharee Piriyaarachai. Factors predicting caregiver's readiness for dependent older person in transition period on hospital to home. [thesis] Program of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University; 2017. Thai.

22. Naowarat Juntanon, Butsarakham Singchai, & Wiwat Worawong. Self Care Behavior of Hypertension Patients Who Live in Muang District, Chumphon Province. KKU Research Journal. 2011;16(6):749-58. Thai.
23. Wichai Senchum, Phruttinun Surit, Narongsak Noosorn, Thanach Kanokthet. Factor Predicting Role of Family's Member in Providing Care and Health Promotion for the Elderly in Thumbon Phawor Maesot District, Tak Province. Journal of Nursing and Health Sciences. 2011;5(2):23-33. Thai.
24. Kuntinan Thongdang, Yindee Promsiripaiboon. Effect of Group Process to Change Health Behaviour of Patients with Hypertension at Watpradoo Health Promotion Hospital, Muang District, Surat thani Province. Community Health Development. Quarterly Khon Kaen University. 2015;(3)2:261-71. Thai.
25. Kittipong Ponsen. Access to Primary Health Services After Transferred to Local Government. Proceeding of MUPH Conference 15, Bangkok, Thailand; 2015. Thai.