

ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนครราชสีมา

ธัญลักษณ์ วิชัย¹ ราชานนท์ ง่วนใจรัก^{2*}

¹ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

^{2*} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา จำนวน 442 คน ได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564 ด้วยแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก (Logistic regression analyses)

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุระหว่าง 60-70 ปี (Mean±SD = 70.07±7.52 ปี) รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 30,000 บาท (Median = 6,000, Max = 80,000, Min = 600) มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90.95 ผู้สูงอายุมีการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 86.88) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 58.60) และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.67) ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับเพศ (AOR = 1.89; 95%CI: 1.07, 3.35) อายุ (AOR = 1.94; 95%CI: 1.06, 3.57) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (AOR = 5.66; 95%CI: 1.22, 26.19) ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (AOR = 3.29; 95%CI: 1.58, 6.85) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (AOR = 4.09; 95%CI: 2.05, 8.12) ด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (AOR = 2.04; 95%CI: 1.03, 4.03) และความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (AOR = 4.06; 95%CI: 1.72, 9.58) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงตัวแปรสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงปัจจัยเหล่านี้ในการส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสมที่สุด

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ การดูแลสุขภาพ/ การเข้าถึงบริการสุขภาพ/ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: ราชานนท์ ง่วนใจรัก, อีเมล: rachanon.n@nrru.ac.th, โทร.: 08 1534 5099

Received: 5 กรกฎาคม 2566/ Revised: 18 ตุลาคม 2566/ Accepted: 15 พฤศจิกายน 2566

Health Literacy and Factors Associated with Health Service Access Among Elderly People in Nakhon Ratchasima Province

Thanyaluk Wichai¹ Rachanon Nguanjairak^{2*}

¹ Master student, Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

^{2*} Asst Prof., Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Abstract

Health literacy affects elderly people's ability to access health care. The purpose of this cross-sectional analytical study was to investigate health literacy among the elderly and its association to health service access. A multi-stage random sampling was used to select a sample of 442 elderly people in Nakhon Ratchasima Province. A structured questionnaire was used to collect data between March and August 2021, including demographic and characteristic data, perceptions of health security, health literacy, and access to health services for the elderly. Descriptive statistics and logistic regression analyses were used for data analysis.

Results of the study showed that most of the sample was female, aged 60-70 years (Mean $\pm$ SD = 70.07 $\pm$ 7.52 years), monthly family income less than 30,000 baht (Median = 6,000, Max = 80,000, Min = 600) and had universal health care coverage (90.95%), while the elderly had the perception of health security at an adequate level (86.88%). Similarly, the overall level of health literacy and health services was adequate (58.60% and 62.67%, respectively). Results of the association between factors showed that the health service access was significantly associated with gender (AOR = 1.89; 95%CI: 1.07-3.35), age (AOR = 1.94; 95%CI: 1.06-3.57) and monthly family income (AOR = 5.66; 95%CI: 1.22-26.19) health literacy in terms of understanding of health information and services (AOR = 3.29; 95%CI: 1.58-6.85), communication and social support (AOR = 4.09; 95%CI: 2.05-8.12), self-management for health (AOR = 2.04; 95%CI: 1.03-4.03) and the overall health literacy (AOR = 4.06; 95%CI: 1.72-9.58). The present study demonstrates the key factors involved with access to health services in the elderly. Health practitioners should become aware of these factors to promote and support the elderly in accessing optimum health services.

Keywords: Older people/ Health care/ Access to health services/ Health literacy

*Corresponding author: Rachanon Nguanjairak, email: rachanon.n@nrnu.ac.th, Tel.: 08 1534 5099

Received: July 5, 2023/ Revised: October 18, 2023/ Accepted: November 3, 2023

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และก้าวสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2564 ด้วยอัตราการเกิดที่น้อยลงและอายุที่ยืนยาวมากขึ้น จากการคาดการณ์ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอดในปี พ.ศ. 2581¹ สถิติผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2562 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 453,388 คน คิดเป็นร้อยละ 17.12 ของประชากรทั้งจังหวัด² จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าจังหวัดนครราชสีมากำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ซึ่งผู้สูงอายุมีสภาพปัญหาที่สำคัญคือด้านสุขภาพ มีการเสื่อมสภาพตามวัย มีปัญหาเรื่องการเจ็บป่วยส่งผลต่อการประกอบอาชีพ ต้องการความช่วยเหลือจากสังคมมากกว่ากลุ่มวัยอื่นและความต้องการที่มากที่สุดของผู้สูงอายุคือความต้องการบริการด้านสุขภาพ³ ประชากรไทยส่วนใหญ่แม้จะมีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแต่ก็ยังมีความแตกต่างระหว่างลักษณะทั่วไป สถานภาพการทำงาน และเศรษฐกิจของผู้มีสิทธิในการรักษาพยาบาลแบบต่างๆ และถึงแม้ว่าคนไทยทุกคนจะมีสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพแต่ก็ยังมีความเหลื่อมล้ำโดยเฉพาะคนยากจนและผู้สูงอายุอาจไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความสามารถในการจ่ายน้อย⁴ และนอกจากนี้ยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคประจำตัว การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาในการเดินทางไปรับบริการทางสุขภาพและทัศนคติ ต่อการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางสังคมด้านการประเมินคุณค่า และการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร^{5,6}

ความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพทำให้บุคคลสามารถเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ เช่น ในการแสวงหาบริการและผู้ให้บริการที่เหมาะสม สามารถให้ข้อมูลด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดี จากรายงานการสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562 พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพต่ำสุดพบที่ผู้ที่อายุอยู่ในช่วงอายุ 60 ปีขึ้นไป⁷ และจากการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา พบว่ามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมของผู้สูงอายุอยู่ในระดับมีปัญห⁸ สอดคล้องให้เห็นว่าความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุยังเป็นข้อจำกัด ผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีกระบวนการทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสมนำไปสู่สุขภาพ⁹

จังหวัดนครราชสีมามีประชากรรวมทุกวัยมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ รองจากกรุงเทพมหานคร และเป็นอันดับ 1 ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งประกอบด้วยประชากรหลากหลายเชื้อชาติหรือหลายชาติพันธุ์ และจังหวัดนครราชสีมา มีประชากรสูงอายุมากที่สุด จากข้อมูลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ 2564 พบว่า เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 97.77 เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านร้อยละ 1.69 และเป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงร้อยละ 0.54 ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ ได้รับการตรวจคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์และมีแผนการดูแลส่งเสริมสุขภาพรายบุคคล¹⁰ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพผู้สูงอายุในภาพรวมของจังหวัด ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้ผลการศึกษาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบและระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงการบริการสุขภาพได้อย่างสะดวก เหมาะสมตามความจำเป็นอย่างเท่าเทียมกัน และปรับปรุงคุณภาพงานให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทของพื้นที่ได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ระดับการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ ระดับความรู้ด้านสุขภาพ และระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สิทธิด้านสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการ

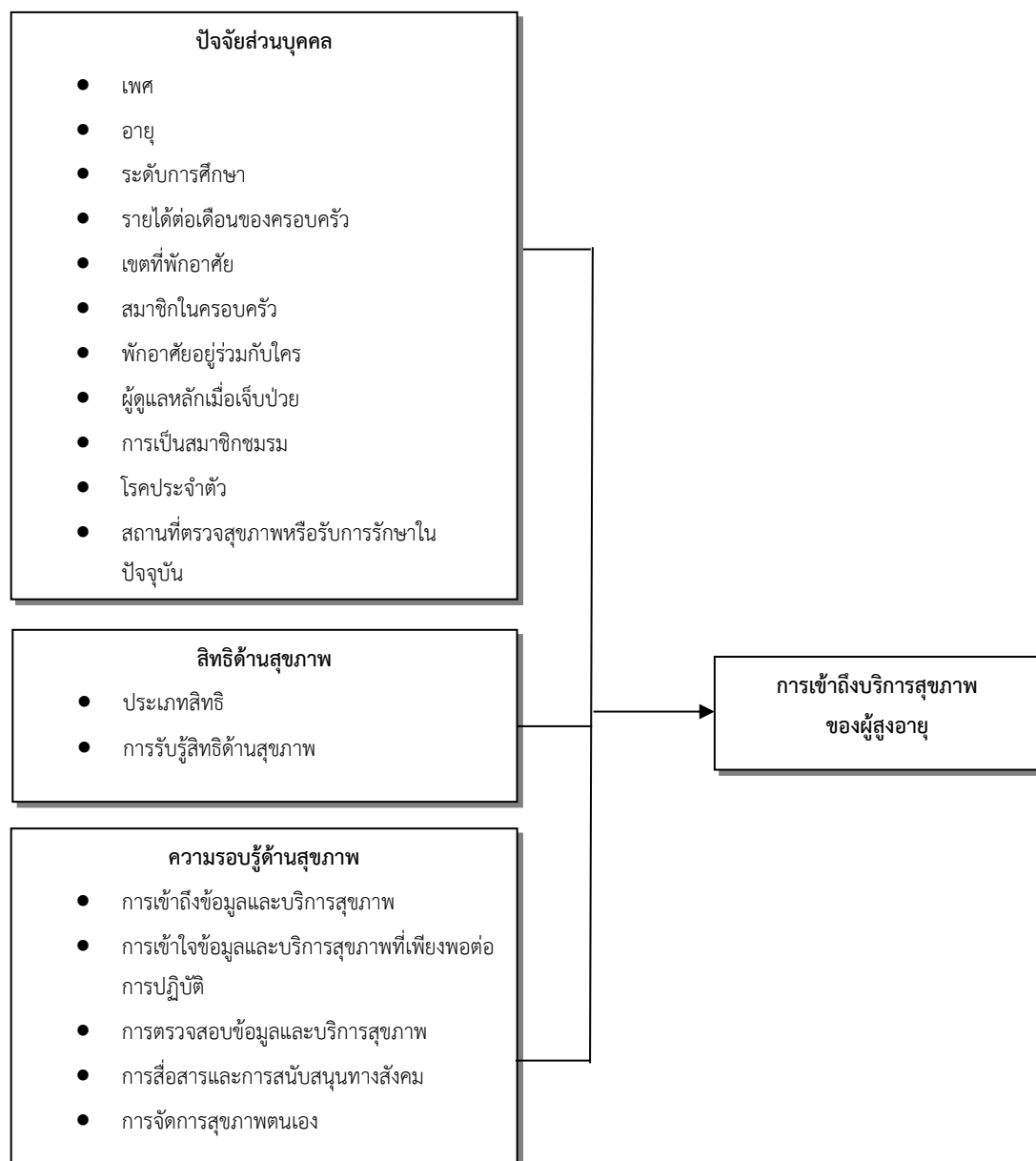
สุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย 5 องค์ประกอบของ อังคินันท์ อินทรกำแหง¹¹ ที่พัฒนาขึ้นตามองค์ประกอบของ Nutbeam D.¹² และประยุกต์ใช้แนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Penchansky and Thomas¹³ ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ผู้วิจัยใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมีนาคมถึงเดือนสิงหาคม 2564 ด้วยแบบสอบถาม จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 442 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้เป็นผู้สูงอายุที่มีสัญชาติไทยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในจังหวัดนครราชสีมา โดยกำหนดขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติก¹⁴ จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน¹⁵ เมื่อ n เท่ากับ ขนาดตัวอย่างที่ผู้วิจัยต้องการ, $Z_{1-\alpha/2}$ คือค่าการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับช่วงเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่าเท่ากับ 1.96, P_1 คืออัตราส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี มีค่าเท่ากับ 0.48, P_0 คืออัตราส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดี มีค่าเท่ากับ 0.28, B คืออัตราส่วนของผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด มีค่าเท่ากับ 0.49 และ P เท่ากับ $[(1-B)P_0 + BP_1]$ มีค่าเท่ากับ 0.38 ได้ขนาดตัวอย่างเริ่มต้นเท่ากับ 146 คน จากนั้นผู้วิจัยทำการปรับขนาดตัวอย่างเพิ่มด้วยสูตรการวิเคราะห์แบบถดถอยลอจิสติกเชิงพหุ ($n_p = n/[1-P]^2$) เมื่อพิจารณาถึงต้นทุน ระยะเวลา และความเป็นไปได้ของการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงตัดสินใจกำหนดให้ค่า p เท่ากับ 0.67 ได้จำนวนตัวอย่างที่ใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ทั้งหมดเท่ากับ 442 คน

ต่อมาผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) เริ่มต้นสุ่มเลือกอำเภอในแต่ละกลุ่มอำเภอ¹⁶ จะได้อำเภอตัวอย่าง 6 อำเภอ จากนั้นสุ่มเลือกหมู่บ้าน/ชุมชน ในเขตเทศบาล 1 แห่ง และนอกเขตเทศบาล 1 แห่ง จะได้จำนวน 12 หมู่บ้าน/ชุมชน และเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 442 คน ตามสัดส่วนประชากร ผู้สูงอายุในแต่ละหมู่บ้าน/ชุมชน กำหนดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุครัวเรือนละ 1 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้กำหนดคุณสมบัติในการเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ (1) เป็นผู้มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศหญิงและเพศชาย มีสัญชาติไทย อาศัยและมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านจังหวัดนครราชสีมา (2) สามารถพูดคุย ตอบคำถาม สื่อสารหรืออ่านหนังสือภาษาไทยได้ (3) เป็นผู้ที่ผลการทดสอบสภาพสมองรู้คิดเป็นปกติ ตามแบบฟอร์มสำหรับคัดกรองผู้สูงอายุ (Basic geriatric screening: BGS)¹⁷ และ (4) ยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือแบบสอบถามเก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล เครื่องมือวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงทางเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน วิเคราะห์หาค่า Index of item objective congruence (IOC) อยู่ระหว่าง 0.66-1.00 จากนั้นไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจริงในพื้นที่ตำบลลำพันตา อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี จำนวน 30 คน ซึ่งแต่ละส่วนประกอบด้วยรายละเอียดและมีความน่าเชื่อถือ (Reliability หรือ α) เป็นดังนี้ ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคลจำนวน 11 ข้อ มีลักษณะของคำถามเป็นแบบเติมคำตอบและแบบให้เลือกตอบ ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ปรับปรุงจากเครื่องมือของปิยะนุช ชัยสวัสดิ์¹⁸ ประกอบด้วยคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามปลายปิดทั้งหมดให้เลือกตอบ 2 ตัวเลือก (รู้/ไม่รู้) มีเกณฑ์ให้คะแนนผู้ที่ตอบรู้ได้ 1 คะแนน และตอบไม่รู้ได้ 0 คะแนน และแปลผลข้อมูลเป็น 2 ระดับ (เพียงพอ/ไม่เพียงพอ) ตามเกณฑ์ของ Harold O Kiess¹⁹ คือ มีการรับรู้สิทธิอยู่ในระดับเพียงพอ (≥ 5 คะแนน) วิเคราะห์ค่าความน่าเชื่อถือ (α) ด้วยวิธีการของ Kuder และ Richardson โดยใช้สูตร KR-20 ได้ค่าความน่าเชื่อถือ (α) เท่ากับ 0.79 ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับปรุงจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพคนไทย (Thai health literacy scales)¹¹ แบ่งออกเป็น 5 ด้าน จำนวนรวม 22 ข้อ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อ) ด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ

(4 ข้อ) ด้านการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (3 ข้อ) ด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (6 ข้อ) และด้านการจัดการสุขภาพตนเอง (5 ข้อ) เป็นลักษณะคำถามปลายปิดเชิงบวกทั้งหมดให้เลือกตอบแบบมาตราการประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ (น้อย/ปานกลาง/มาก) โดยกำหนดค่าคะแนน 1-3 คะแนน และแปลผลข้อมูลเป็น 2 ระดับ (เพียงพอ/ไม่เพียงพอ) ตามเกณฑ์ของ Harold O Kiess¹⁹ คือ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับเพียงพอ (≥ 46 คะแนน) ค่าความน่าเชื่อถือ (α) เท่ากับ 0.94 และส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพ ปรับปรุงจากเครื่องมือของศิริพร งามขำ และคณะ³ ใช้แนวคิดของ Penchansky and Thomas¹³ จำนวน 15 ข้อ เป็นลักษณะคำถามปลายปิดเชิงบวกทั้งหมดให้เลือกตอบแบบมาตราการประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ (น้อย/ปานกลาง/มาก) โดยกำหนดค่าคะแนน 1-3 คะแนน และแปลผลข้อมูลเป็น 2 ระดับ (มาก/น้อย) ตามเกณฑ์ของ Harold O Kiess¹⁹ คือ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ในระดับมาก (≥ 33 คะแนน) วิเคราะห์ค่าความน่าเชื่อถือ (α) ด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.90

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา เลขที่รับรอง HE-144-2563 เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลเพื่อเคารพในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยได้ชี้แจงข้อมูลเกี่ยวกับโครงการวิจัยและขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งนี้ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยได้คำนึงถึงความเสี่ยงและความปลอดภัยของกลุ่มตัวอย่างโดยปฏิบัติตามมาตรการเฝ้าระวังและป้องกันในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างเคร่งครัด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลปัจจัยส่วนบุคคลวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สหสัมพันธ์ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา โดยการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์หลายตัวแปร ใช้สถิติแบบถดถอยลอจิสติก (Logistic regression analyses) ด้วยเทคนิคแบบนำเข้าตัวแปรทั้งหมด (Enter elimination) รวมทั้งมีการตรวจสอบสหสัมพันธ์กันเองระหว่างตัวแปรอิสระ (Multicollinearity) มีค่า Tolerance หรือ $1/VIF$ อยู่ระหว่าง 0.43-0.96 และนำเสนอค่า OR, Adjusted OR, 95%CI และ P-value

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้สามารถเก็บรวบรวมแบบสอบถามได้ครบทั้งหมด 442 ชุด คิดเป็นอัตราการตอบกลับ (Response rate) ร้อยละ 100 เมื่อทำการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.35 มีอายุระหว่าง 60-70 ปี (Mean $\pm$ SD = 70.07 $\pm$ 7.52 ปี) จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 92.08 รายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 30,000 บาท ร้อยละ 94.12 (Median = 6,000, Max = 80,000, Min = 600) มีที่พักอาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ร้อยละ 56.11 และสมาชิกในครอบครัวมี 3 คนขึ้นไป ร้อยละ 64.03 (Mean $\pm$ SD = 3.36 $\pm$ 1.68 คน) มีผู้อาศัยอยู่ร่วม เมื่อเจ็บป่วยจะมีผู้ดูแล ร้อยละ 88.24 ส่วนใหญ่ไม่ได้เป็นสมาชิกชมรมหรือมีบทบาทในชุมชน ร้อยละ 69.23 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.03 เคยตรวจสุขภาพ/รักษา ซึ่งสถานที่ตรวจสุขภาพหรือรับการรักษาปัจจุบันในรอบ 1 ปี ใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 78.51 และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 90.95

นอกจากนี้ ผลการวิจัยยังพบว่าผู้สูงอายุมีการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 86.88) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับที่เพียงพอ (ร้อยละ 58.60) ดังแสดงในตารางที่ 1 และมีการเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 62.67) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 442)

ตัวแปร	ระดับ (จำนวน, ร้อยละ)	
	เพียงพอ	ไม่เพียงพอ
การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ	384 (86.88%)	58 (13.12%)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	259 (58.60%)	185 (41.40%)
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	306 (69.23%)	136 (30.77%)
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	339 (76.70%)	103 (23.30%)
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ	287 (64.93%)	155 (35.07%)
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม	312 (70.59%)	130 (29.41%)
การจัดการสุขภาพตนเอง	303 (68.55%)	139 (31.45%)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 442)

ตัวแปร	ระดับ (จำนวน, ร้อยละ)	
	มาก	น้อย
การเข้าถึงบริการสุขภาพโดยรวม	277 (62.67%)	165 (37.33%)
ความเพียงพอของบริการที่มีอยู่	403 (91.18%)	39 (8.82%)
ความสามารถในการเข้าถึงแหล่งบริการสุขภาพ	407 (92.08%)	35 (7.92%)
ความสะดวกและสิ่งอำนวยความสะดวกของแหล่งบริการ	375 (84.84%)	67 (15.16%)
ความสามารถในการจ่ายค่าบริการ	293 (66.29%)	149 (33.71%)
การยอมรับในคุณภาพบริการ	299 (67.65%)	143 (32.35%)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์อย่างหยาบแบบ Bivariate analysis ของการศึกษาครั้งนี้พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์อย่างหยาบกับตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย อายุ (OR=0.64; 95%CI=0.43, 0.95) ระดับการศึกษา (OR=3.10; 95%CI=1.26, 7.63) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (OR=3.47; 95%CI=1.17, 10.26) การเป็นสมาชิกชมรมหรือบทบาทในชุมชน (OR=1.58; 95%CI=1.02, 2.43) สถานที่ตรวจสุขภาพหรือรับการรักษาปัจจุบันในรอบ 1 ปี (OR=2.76; 95%CI=1.17, 6.53) ประเภทสิทธิในการรักษาสุขภาพ (OR=2.74; 95%CI=1.18, 6.39) การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ (OR=1.98; 95%CI=1.13, 3.45) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (OR=26.11; 95%CI=12.23, 33.09) การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (OR=8.70; 95%CI=5.50, 13.78) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (OR=13.01; 95%CI=7.52, 22.50) การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ (OR=9.77; 95%CI=6.22, 15.35) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (OR=9.38; 95%CI=5.86, 15.01) และการจัดการสุขภาพตนเอง (OR=8.89; 95%CI=5.62, 14.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบ Multivariate analysis ด้วยเทคนิคแบบนำเข้าตัวแปรทั้งหมด (Enter elimination) พบว่า การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา มีความสัมพันธ์กับเพศ (AOR=1.89; 95%CI=1.07, 3.35) อายุ (AOR=1.94; 95%CI=1.06, 3.57) รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (AOR=5.66; 95%CI=1.22, 26.19) ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม (AOR=4.06; 95%CI=1.72, 9.58) การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (AOR=3.29; 95%CI=1.58, 6.85) การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (AOR=4.09; 95%CI=2.05, 8.12) และการจัดการสุขภาพตนเอง (AOR=2.04; 95%CI=1.03, 4.03) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 442)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละการเข้าถึง บริการระดับมาก	OR	AOR (95%CI)	p-value
เพศ					
ชาย	162	34.30	1	1	
หญิง	280	65.70	1.31	1.89 (1.07, 3.35)	0.029
อายุ (ปี)					
< 70	250	60.65	1	1	
≥ 70	192	39.35	0.64	1.94 (1.06, 3.57)	0.032
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษาและน้อยกว่า ^a	407	89.53	1	1	
สูงกว่าประถมศึกษา ^b	35	10.47	3.10	0.60 (0.20, 1.87)	0.382
รายได้ต่อเดือนของครอบครัว (บาท)					
< 30,000	416	92.06	1	1	
≥ 30,000	26	7.94	3.47	5.66 (1.22, 26.19)	0.027
การเป็นสมาชิกชมรมหรือบทบาทในชุมชน					
ไม่มี	306	59.48	1	1	
มี	136	69.85	1.58	0.98 (0.52, 1.84)	0.958
สถานที่ตรวจสุขภาพหรือรับการรักษาปัจจุบันในรอบ 1 ปี					
ไม่เคยตรวจสุขภาพ/รักษา	23	39.13	1	1	
เคยตรวจสุขภาพ/รักษา	419	63.96	2.76	3.10 (0.82, 11.74)	0.097
ประเภทสิทธิในการรักษาสุขภาพ					
สิทธิบัตรทอง/ประกันสังคม	405	60.99	1	1	
สิทธิสวัสดิการข้าราชการ	37	81.08	2.74	2.21 (0.69, 7.10)	0.181
การรับรู้สิทธิด้านสุขภาพ					
ไม่เพียงพอ	58	48.28	1	1	
เพียงพอ	384	64.84	1.98	0.83 (0.34, 2.04)	0.693
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม					
ไม่เพียงพอ	183	26.78	1	1	
เพียงพอ	259	88.03	20.11	4.06 (1.72, 9.58)	0.001
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ไม่เพียงพอ	136	28.68	1	1	
เพียงพอ	306	77.78	8.70	1.32 (0.63, 2.74)	0.459
การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ					
ไม่เพียงพอ	103	19.42	1	1	
เพียงพอ	339	75.81	13.01	3.29 (1.58, 6.85)	0.001

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (n = 442) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละการเข้าถึงบริการระดับมาก	OR	AOR (95%CI)	p-value
การตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพ					
ไม่เพียงพอ	155	29.68	1	1	
เพียงพอ	287	80.49	9.77	1.82 (0.86, 3.86)	0.118
การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม					
ไม่เพียงพอ	130	26.92	1	1	
เพียงพอ	312	77.56	9.38	4.09 (2.05, 8.12)	<0.001
การจัดการสุขภาพตนเอง					
ไม่เพียงพอ	139	28.78	1	1	
เพียงพอ	303	78.22	8.89	2.04 (1.03, 4.03)	0.040

^a ระดับการศึกษาประถมศึกษาและน้อยกว่าประกอบด้วย ไม่ได้ศึกษา และประถมศึกษา ^b ระดับการศึกษาสูงกว่าประถมศึกษา ประกอบด้วย มัธยมศึกษา/ปวช. ปวส./อนุปริญญา ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

อภิปรายผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ได้แก่ เพศ (AOR=1.89; 95%CI=1.07, 3.35; p-value=0.029) อายุ (AOR=1.94; 95%CI=1.06, 3.57; p-value=0.032) และรายได้ต่อเดือนของครอบครัว (AOR=5.66; 95%CI=1.22, 26.19; p-value=0.027) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิง มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 1.89 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่เป็นเพศชาย อาจด้วยผู้หญิงใส่ใจสุขภาพมากกว่าผู้ชายรวมถึงความยืนยาวของชีวิตผู้หญิงที่อายุยืนยาวกว่าผู้ชาย¹ จึงส่งผลทำให้เพศหญิงมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่าเพศชาย ส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 1.94 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า 70 ปี อาจเนื่องจากผู้สูงอายุที่อายุมากขึ้นเรื่อยๆ จะมีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่จะต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลที่มากกว่าผู้สูงอายุที่อายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Yang และคณะ²⁰ ที่พบว่า ช่วงอายุมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่นเดียวกับอาจารย์ เชิดชู²¹ ที่พบว่า อายุและเพศ เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับระดับการใช้บริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ ในส่วนของรายได้พบว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวตั้งแต่ 30,000 บาทต่อเดือนขึ้นไป มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 5.66 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 30,000 บาทต่อเดือน สอดคล้องกับการศึกษาของกมลพร นิรารัตน์และอัครนันท์ คิธสม²² ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการเข้าถึงบริการสุขภาพ และการศึกษาของปิยะนุช ชัยสวัสดิ์ และคณะ¹⁸ ที่พบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ต่อการใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับ Lecovich & Carmel²³ และ Yingtaweesak และคณะ²⁴ พบว่า ผู้ที่มารับบริการด้านสุขภาพจะมีอุปสรรคการค่าใช้จ่ายในเรื่องการเดินทาง ค่าอาหารระหว่างเดินทาง เช่นเดียวกับ ศศิวิมล บุรณะเรข และคณะ²⁵ ที่มองว่าการมารับบริการสุขภาพในแต่ละครั้งแม้ไม่มีค่าใช้จ่ายในค่าบริการสุขภาพแต่ยังคงมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ที่เป็นภาระ โดยภาระที่พบมากที่สุด คือ ภาระค่าเดินทาง ค่ารถโดยสาร

สิทธิด้านสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา อาจเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่ในจังหวัดนครราชสีมาสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สิทธิ 30 บาทหรือสิทธิบัตรทอง) ร้อยละ 90.95 และมีการรับรู้สิทธิด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 86.88 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาทุกคนมีสิทธิได้รับการสาธารณสุขตาม พ.ร.บ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นสิทธิตามกฎหมายของประชาชนคน

ไทยทุกคนทำให้ไม่ว่าจะใช้สิทธิใดก็เข้าถึงการบริการสุขภาพได้ ทั้งนี้ยังพบว่าผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาได้รับการตรวจสุขภาพหรือรับการรักษานในรอบ 1 ปี ร้อยละ 93.67 ส่วนใหญ่ใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐร้อยละ 78.51 และใช้บริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลร้อยละ 56.56 ซึ่งเป็นหน่วยบริการในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่สามารถเข้าถึงบริการโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายได้ตามสิทธิที่กำหนด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์ และคณะ⁶

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (AOR=4.06; 95%CI=1.72, 9.58; p-value=0.001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Levy and Janke²⁶ และ สุภาพร มงคลหมู่ และคณะ²⁷ ที่พบว่าการเข้าถึงและใช้บริการทางสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพ และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม และการจัดการสุขภาพตนเอง มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพและการตรวจสอบข้อมูลและบริการสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา

การเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ (AOR=3.29; 95%CI=1.58, 6.85; p-value =0.001) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติในระดับเพียงพอ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 3.29 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติในระดับไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของดวงเนตร ธรรมกุล และ ธนิตา พุ่มท่าอิฐ²⁸ ซึ่งการพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีการเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้มากขึ้น

การสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคม (AOR=4.09; 95%CI=2.05, 8.12; p-value<0.001) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมในระดับเพียงพอมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 4.09 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมในระดับไม่เพียงพอ โดยผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมาในระดับความรู้ด้านสุขภาพด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 70.59 แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุได้รับการสนับสนุนทางสังคมเพื่อสุขภาพ ได้รับการสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ และมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ให้บริการสุขภาพ Osborn²⁹ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Inoue et al.³⁰ และยังสอดคล้องกับ ศิริพร งามขำ และคณะ³ และ พันธิตรา สิงห์เขียว³¹ ที่พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

การจัดการสุขภาพตนเอง (AOR=2.04; 95%CI=1.03, 4.03; p-value=0.040) อธิบายได้ว่า ผู้สูงอายุที่มีการจัดการสุขภาพตนเองในระดับเพียงพอมีการเข้าถึงบริการสุขภาพมากกว่า 2.04 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่มีการจัดการสุขภาพตนเองในระดับไม่เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กิ่งแก้ว สำรวรรณ และคณะ³² การพัฒนาให้ผู้สูงอายุมีความรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องและมีความเข้าใจยังเป็นสิ่งที่จำเป็นโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะได้รับความรู้ทางสุขภาพเพิ่มเติมจากการมารับบริการที่โรงพยาบาล ดังนั้นการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพต้องปรับให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น พูดซ้ำ ชัดถ้อยชัดคำ เอกสารขยายให้เหมาะสม ทบทวน ทำความเข้าใจ สอบถามกลับด้วยความใจเย็น โดยใช้เทคนิคหลักการสอนกลับ (Teach back technique) ซึ่งเป็นเทคนิคการสอนที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้³³

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. การออกแบบหรือจัดกิจกรรมพัฒนาการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครราชสีมา ควรคำนึงถึงเพศและอายุของผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีนโยบายส่งเสริมให้สถานบริการและบุคลากรด้านสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการพัฒนา

ความรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงและมีช่องทางบริการสุขภาพหลากหลายช่องทางเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในภาพรวม ไม่ได้เจาะจงในผู้สูงอายุกลุ่มเฉพาะ เช่น กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน หรือกลุ่มติดเตียง จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ผลการศึกษาเชิงลึกและสามารถนำไปใช้ในการประเมินผลการจัดกิจกรรมรายกลุ่มได้
2. การวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระหว่างชุมชนในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล เพื่อค้นหาปัจจัยในการส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ สามารถนำมากำหนดแนวทางวางแผน พัฒนาปรับปรุงกลยุทธ์ และจัดบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุทุกพื้นที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2561. นครปฐม: บริษัท พรินเตอร์ จำกัด; 2562.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2 มีนาคม 2563]: เข้าถึงได้จาก <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275>.
3. ศิริพร งามขำ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร วารสารเกื้อการุณย์ 2561: 25 (2): 91-104.
4. ขาฮีตา วิริยาทร, เยาวลักษณ์ แหวนวงษ์, กัญจนา ดิษยาธิคม, วลัยพร พัชรนฤมล, สุกุล ลิ้มวัฒนานนท์, จุฬารัตน์ ลิ้มวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. การใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ในสถานพยาบาลประเภทต่างๆ ของประชากรไทย พ.ศ. 2558 วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560: 11 (2): 155-169.
5. พิษสุตา เชนบุญ, อภิเชษฐ จำเนียรสุข, รัตนาภรณ์ อาษา, เบญจมาศ กลาหาญ, รสสุคนธ์ ขาวลำเลิศ, ฤทธิพร สีใส. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุตำบลหนองน้ำใหญ่ อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วารสารวิชา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช 2560: 36 (1): 50-60.
6. สุธาลักษณ์ ขวัญเจริญทรัพย์, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง, มธุรส ทิพยมงคลกุล, จารุวรรณ หมั่นมี. ความต้องการและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี วารสารแพทยนาวิ 2562: 46 (1): 215-230.
7. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, ฐิติวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ดันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง และคณะ. การสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
8. ศรีเสาวลักษณ์ อุณพรมมี, ขนิษฐา ดีเริ่ม, ยุพาพร หอมสมบัติ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2563: 14 (33): 88-106.
9. World Health Organization. Health promotionGlossar. Geneva: WHO Publications; 1998.
10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา (สคร.9). เอกสารการตรวจราชการ ปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 3 ตุลาคม 2566]: เข้าถึงได้จาก <http://odpc9.ddc.moph.go.th/Region9/region9.htm>.
11. อังคินันท์ อินทรกำแหง. รายงานฉบับสมบูรณ์ เรื่อง การสร้างและพัฒนาเครื่องมือความรู้ด้านสุขภาพของคนไทย (Creating and Developing of Thailand Health Literacy Scales). [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2 ตุลาคม 2562]: เข้าถึงได้จาก <http://bsris.swu.ac.th/upload/268335.pdf>.
12. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacystudies? Int. J Public Health 2009: 54: 303-305.
13. Panchanky, R., & Thomas, JW.. The Concept of access definition and relationship to consumer satisfaction. Med Care. 1981; 19 (2): 127-40.

14. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med* 1998; 17 (14): 1623-1634.
15. ทิวกกร พระไชยบุญ, พรณี บัญชรทตกิจ, เพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ, อัจฉรา นามเมือง, นามานา ทิบบแก้ว ปัตนาสุวรรณ, อลงกรณ์ สุขเรืองกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนวารสาร วิทยาศาสตร์สุขภาพแห่งประเทศไทย 2565: 4 (2): 48-56.
16. จังหวัดนครราชสีมา. แผนพัฒนาจังหวัดนครราชสีมา ระยะ 4 ปี (พ.ศ.2561-2564). [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 20 ตุลาคม 2562]: เข้าถึงได้จาก <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER18/DRAWER003/GENERAL/DATA0000/00000041.PDF>.
17. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การ ทหารผ่านศึก; 2558.
18. ปิยะนุช ชัยสวัสดิ์. การใช้บริการสุขภาพตามสิทธิของผู้สูงอายุ ตำบลวิหารขาว อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี วารสารการพยาบาล 2559: 12 (2): 42-50.
19. Kiess, Harold O. Statistical Concepts for the Behavioral Sciences. Boston : Allyn and Bacon, Inc 1989.
20. Yang YT, Iqbal U, Ko HL, Wu CR, Chiu HT, Lin YC, et al. The relationship between accessibility of healthcare facilities and medical care utilization among the middle-aged and elderly population in Taiwan. *Int J Qual Health Care* 2015; 27 (3): 222-31.
21. อาจริชัย เชิดชู. การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ อำเภอบางปะอิน จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ 2561: 12 (2): 1-13.
22. กมลพร นิรารัตน์, อัครนันท์ คิตสม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. การประชุมวิชาการ ระดับชาติ ครั้งที่ 14. มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน; 2560.
23. Lecovich E, Carmel S. Differences in accessibility, affordability and availability (AAA) of medical specialists among three ages-groups of elderly people in Israel. *J Aging Health* 2009; 21 (5): 776-97.
24. Yingtaweesak T, Yoshida Y, Hemhongs P, Hamajima N, Chaikae S. Accessibility of health care service in Thasongyang, Tak province, Thailand. *Nagoya J Med Sci* 2013; 75 (3-4): 243-50.
25. ศศิวิมล บุณยะเรข, พิมพ์รัตน์ ธรรมรักษา, ไชยนา แก้วจันทร์, มณีนุช งามวงศ์. ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของ ชุมชนริมคลองสามเสน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ 2560: 33 (2): 54-63.
26. Levy, H., & Janke, A. Health literacy and access to care. *Journal of Health Communication* 2017; 21 (1): 43-50.
27. สุภาพร มงคลหมู่, ชัญญิศา ดุษฎีทูลศิริ, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค ความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงในอำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ 2565: 17 (2): 168-175.
28. ดวงเนตร ธรรมกุล, ธนิตา พุ่มท่าอิฐ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ เขตบางพลัด กรุงเทพมหานคร วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564: 15 (1): 106-118.
29. Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, & Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). *BMC Public Health* 2013; 13: 1-17.
30. Inoue, M., Takahashi, M., & Kai, I. (). Impact of communicative and critical health literacy on understanding of diabetes care and self-efficacy in diabetes management: A cross-sectional study of primary care in Japan. *BMC Family Practice* 2013; 14 (40): 1-9.
31. พันธิตรา สิงห์เขียว. พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และความต้องการด้านบริการสุขภาพ ของผู้สูงอายุในอำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก วารสารมหาวิทยาลัยนเรศวร 2558: 23 (3): 46-59.

32. กิ่งแก้ว สำรวรรัตน์, จิรียาพร แก้วกาญจนะวงษ์, ณัฐวดี คำอ่อนดี. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการดำรงอยู่อย่างมีสุขภาวะที่ดีในผู้สูงอายุตำบลบ้านจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม 2562: 20 (2): 327-338.
33. Dinh TTH, Bonner A, Clark R, Ramsbotham J, Hines S. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. JBI Database System Rev Implement Rep 2016: 14 (1): 210-47.