ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก

The Factors Influencing Health Literacy of Elderly Caregivers in Phitsanulok Province

ธานี ถือแก้ว[1], รัศมี สุขนรินทร์[2]

Thanee Thuekaew[1], Rassamee Suknarin[2]

[1]นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก

[2]วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[1]Student of Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok

[2]Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute,

Corresponding Author: Rassamee Suknarin; Email: Rassamee@scphpl.ac.th

Received: November 3, 2024 **Revised:** August 15, 2026 **Accepted:** August 17,2026

บทคัดย่อ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มักมีภาวะพึ่งพิงในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดพิษณุโลก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 327 คน กลุ่มตัวอย่างมาจากการสุ่มแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2567 โดยใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 3 ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม และส่วนที่ 5 ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย โดยการหาความเที่ยงตรง มีค่าเท่ากับ .67-1.00 ความเชื่อมั่นของแบบวัดความรู้มีค่า KR20 เท่ากับ .56 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค แบบสอบถามส่วนที่ 3 4 และ 5 เท่ากับ .70, .89 และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้นแบบขั้นตอน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง- โดยแรงสนับสนุนทางสังคม (β=.45, p<.001) และทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (β=.15, p=.003) สามารถร่วมกันพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.5 (R^2=.275, p<.001) ดังนั้น ในการส่งเสริมหรือสนับสนุนผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น ควรมุ่งเน้นให้การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ; ทัศนคติ; ผู้ดูแลผู้สูงอายุ; ผู้สูงอายุ; แรงสนับสนุนทางสังคม

The Factors Influencing Health Literacy of Elderly Caregivers in Phitsanulok Province

Thanee Thuekaew[1], Rassamee Suknarin[2]

[1]Student of Master of Public Health, Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok

[1]Phromphiram District Health Office, Phitsanulok Province

[2] Sirindhorn College of Public Health Phitsanulok, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Rassamee Suknarin; Email: Rassamee@scphpl.ac.th

Received: November 3, 2024 **Revised:** August 15, 2026 **Accepted:** August 17,2026

Abstract

Long-term caregivers for the elderly require health literacy to effectively care for dependent older adults in the community. This cross-sectional analytical study aimed to investigate factors influencing health literacy among elderly caregivers in Phitsanulok Province. The sample consisted of 327 elderly caregivers selected through multi-stage sampling. Data were collected between June and July 2024 using a questionnaire with five parts: personal factors, knowledge of elderly healthcare, attitudes toward elderly healthcare, social support, and health literacy of elderly caregivers. The instrument's content validity ranged from 0.67 to 1.00. The knowledge section's reliability (KR-20) was 0.56, and the Cronbach's alpha coefficients for attitudes, social support, and health literacy were 0.70, 0.89, and 0.90, respectively. Data were analyzed using descriptive statistics and stepwise multiple linear regression. The results revealed that overall health literacy among elderly caregivers was at a high level. Social support (β=.45, p<.001) and attitudes toward elderly healthcare (β=.15, p=.003) together predicted 27.5% of the variance in health literacy among elderly caregivers (R^2=.275, p<.001). Therefore, to promote and enhance health literacy among elderly caregivers, emphasis should be placed on providing social support and fostering positive attitudes toward elderly healthcare.

Keywords: attitudes; caregivers; elderly; health literacy; social support

ความเป็นมาและความสำคัญ

ปัจจุบันประชากรโลกมีอัตราเพิ่มช้าลง ในขณะที่จำนวนและสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2565 มีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) จำนวนมากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก จากจำนวนประชากรทั้งหมด 8,000 ล้าน สำหรับทวีปเอเชีย พบว่า ประเทศจีนมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 265 ล้านคน และเป็นประเทศที่มีประชากรสูงอายุมากที่สุดในโลก ในขณะที่ประเทศญี่ปุ่น มีอัตราผู้สูงอายุสูงถึง ร้อยละ 36.00 ของจำนวนประชากร ขณะเดียวกันประชากรของประเทศสมาชิกอาเซียน จำนวน 10 ประเทศ กำลังมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุสูงที่สุด คือ ประเทศสิงคโปร์ ร้อยละ 23.00 รองลงมาคือประเทศไทย ร้อยละ 19.00 ลำดับที่ 3 คือ ประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ 11 ประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรสูงอายุต่ำสุด ได้แก่ ประเทศลาว ร้อยละ 7.00 ส่วนภาพรวมของประชากรไทยมีอัตราเพิ่มลดลงแต่ประชากรสูงอายุกลับกำลังเพิ่มขึ้นด้วยอัตราที่รวดเร็ว และคาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรไทยจะลดลงจาก 66 ล้านคน เหลือเพียง 60 ล้านคน แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจาก 13 ล้านคน เป็น 19 ล้านคน[1]

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 2 ได้แก่ จังหวัดอุตรดิตถ์ จังหวัดสุโขทัย จังหวัดพิษณุโลก จังหวัดเพชรบูรณ์ และจังหวัดตาก มีจำนวนผู้สูงอายุร้อยละ 23.16, 22.12, 20.65, 19.72, 13.14 ตามลำดับ[2] ถึงแม้ว่าจังหวัดพิษณุโลกไม่ใช่จังหวัดที่มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุมากที่สุดในภาคเหนือหรือในเขตสุขภาพที่ 2 แต่ประชากรของจังหวัดพิษณุโลกกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่ามีจำนวนประชากร 847,384 คน เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 175,006 คน คิดเป็นร้อยละ 20.65 และเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 4,350 คน คิดเป็น ร้อยละ 2.48 นอกจากนี้มีผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver) ที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตร จำนวน 1,305 คน และมีผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (care manager) 70 ชั่วโมง จำนวน 414 คน[3] การเตรียมความพร้อมรองรับการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากการเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุส่งผลต่อทั้งตัวผู้สูงอายุเองและอาจเป็นภาระของครอบครัว ตลอดจนภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ทั้งการดูแลด้านสุขภาพ ค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการที่เพิ่มขึ้น ค่าครองชีพที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถเลี้ยงดูตนเองได้ บริการสาธารณะต่าง ๆ ที่ต้องจัดบริการให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ รวมทั้งด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ล้วนเป็นค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามไปด้วย[4-5]

ในปี พ.ศ. 2561 รัฐบาลมีนโยบายและสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ดำเนินการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ และแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม ตามความสามารถในการดำเนินชีวิต ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ให้การดูแลสนับสนุนทั้งบริการด้านสุขภาพและด้านสังคม แก่กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มติดบ้านและติดเตียง โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ คงสภาวะสุขภาพเดิมของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด ไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนและช่วยเหลือดูแล ฟื้นฟูสภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด[6-7] และผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ซึ่งผลการศึกษาผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ลดลง การใช้บริการสุขภาพที่เพิ่มขึ้น และภาระการดูแลที่เพิ่มสูงขึ้นของผู้ดูแล[8] นอกจากนี้การศึกษาในผู้ดูแล

ผู้ป่วยหัวใจล้มเหลว พบว่าระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีผลกระทบที่สำคัญต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงสามารถให้การสนับสนุนที่เหมาะสมในการดูแลอาหารการติดตามอาการ และการปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์[9] จากการศึกษานี้ ชี้ให้เห็นว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ซึ่งความสำเร็จในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงนอกจากจะมีระบบการจัดการและการวางแผนดูแลระยะยาวที่ดีแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (care giver) ก็เป็นบุคคลที่สำคัญยิ่งที่จะทำให้สุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้นหรือคงสภาวะเดิมไว้ได้นานที่สุด โดยการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องอาศัยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทักษะที่จำเป็น ประสบการณ์ในการทำหน้าที่ รวมถึงทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ การเข้ามามีส่วนร่วมส่งเสริมและสนับสนุนในการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและทีมสหวิชาชีพจากโรงพยาบาลในพื้นที่ เป็นต้น ซึ่งภาคส่วนเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในทุกมิติ[10-11]

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) หมายถึง ความสามารถและทักษะของบุคคลในการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ และความเข้าใจด้านสุขภาพ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ ประเมินผล และจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมถึงสามารถถ่ายทอดและชี้แนะด้านสุขภาพในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างถูกต้อง[12] คุณสมบัติดังกล่าวจึงเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการส่งเสริมและพัฒนาอย่างต่อเนื่องในทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการนำความรอบรู้ด้านสุขภาพไปประยุกต์ใช้เพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้อย่างมีประสิทธิผล จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ได้แก่ การดูแล การช่วยเหลือ การประคับประคอง การสนับสนุนและการเป็นผู้ประสานงานและเชื่อมโยง มีปัจจัยที่ส่งผลต่อความรอบรู้และการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบไปด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เพศ อายุ การศึกษา ระยะเวลาการปฏิบัติงาน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติ และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม[10-11,13-15]

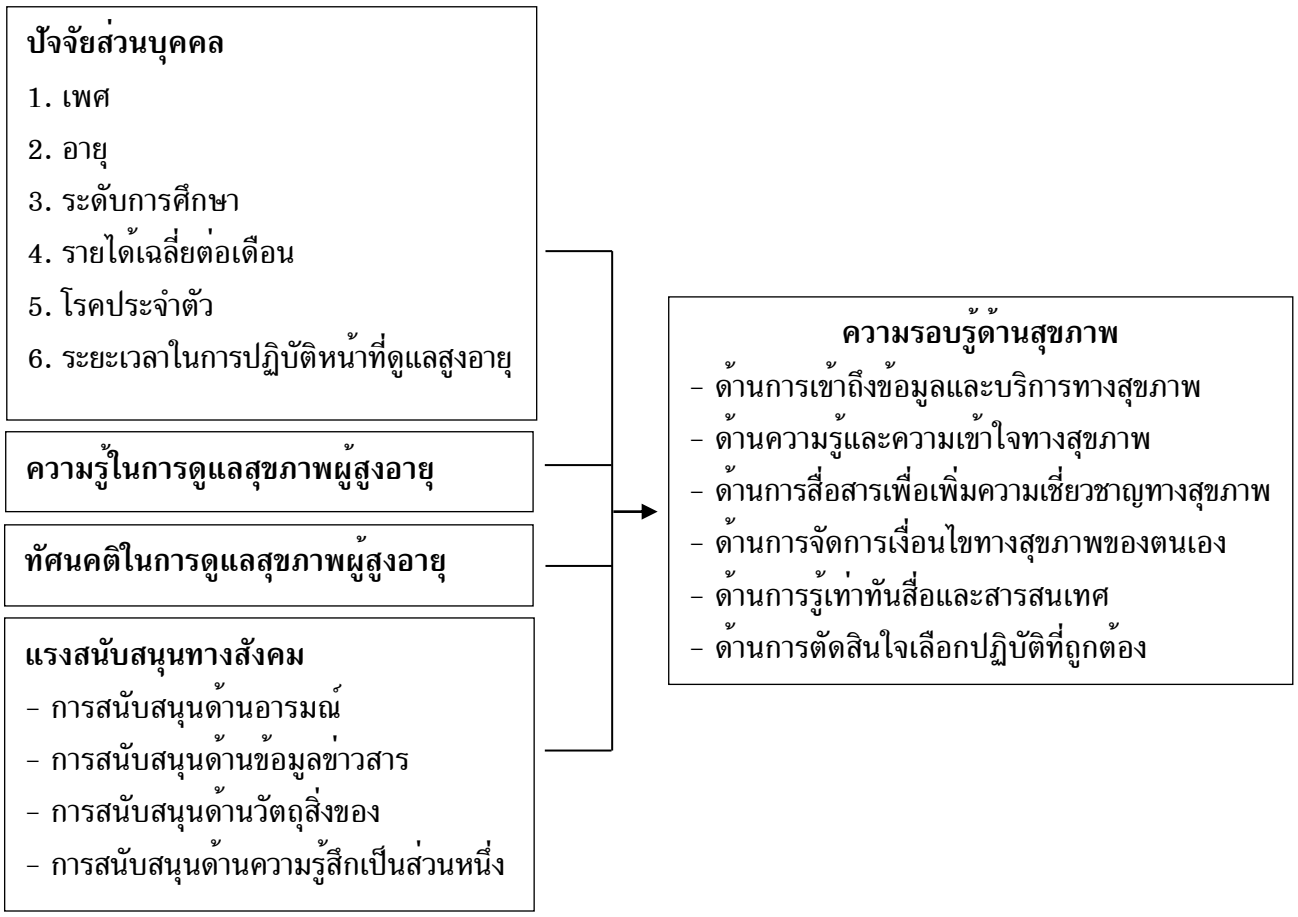
จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก โดยการวิเคราะห์อิทธิพลร่วมของปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนทางสังคม ที่มีต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลในบริบทของจังหวัดพิษณุโลก ช่องว่างองค์ความรู้ดังกล่าวนำไปสู่คำถามสำคัญสองประการ คือ ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลกอยู่ในระดับใด และปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มดังกล่าว ซึ่งสามารถนำผลการศึกษาไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเอื้อให้เกิดการลดภาระงบประมาณด้านสุขภาพของภาครัฐอย่างยั่งยืน ลดความแออัดในหน่วยบริการสุขภาพ และเสริมสร้างทักษะการจัดการสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน ผ่านการมีส่วนร่วมของทุกภาคีเครือข่ายในระดับชุมชน อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดพิษณุโลก

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดทฤษฎีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) มาเป็นกรอบในการดำเนินการ ตามนิยามของ Nutbeam[16] และ Edward, Wood, Davies & Edwards[17] คือ ระดับพื้นฐาน ประกอบด้วย 1) ความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ 2) การเข้าถึงข้อมูลและบริการ ระดับปฏิสัมพันธ์ ประกอบด้วย 3) การสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญ 4) การจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพตนเอง และระดับวิจารณญาณ ประกอบด้วย 5) การรู้เท่าทันสื่อสารสนเทศ และ 6) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง สำหรับตัวแปรอิสระ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม ดังแสดงแผนภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical survey research) รูปแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional descriptive study) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม 2567

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมงหรือ 420 ชั่วโมง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 1,305 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุตามหลักสูตรของกรมอนามัย 70 ชั่วโมงหรือ 420 ชั่วโมง ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดพิษณุโลก จำนวน 297 คน

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Daniel & Ross[18] ได้จำนวน 297 คน เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย (missing data) จึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 ดังนั้น จึงได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 327 คน สุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (multi-stage sampling) ดังนี้ มีขั้นตอนที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified sampling) โดยแบ่งอำเภอ ออกเป็น 3 กลุ่ม ตามสัดส่วนจำนวนประชากรตามทะเบียนราษฎร จังหวัดพิษณุโลก ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) โดยวิธีจับสลากเพื่อหาตัวแทนของแต่ละกลุ่มอำเภอตามขนาดเล็ก กลาง ใหญ่ กลุ่มละ 1 อำเภอ ขั้นตอนที่ 3 คำนวณขนาดตัวอย่างของอำเภอที่สุ่มได้ในแต่ละกลุ่ม และมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดตามเกณฑ์การคัดเข้า ดังนี้ 1) กลุ่มตัวอย่างยินยอมและสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ 2) ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 70 ชั่วโมง หรือ 420 ชั่วโมง 3) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ต่ำกว่า 1 ปี 4) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ 5) ไม่มีความผิดปกติทางด้านการพูด การได้ยิน และการมองเห็น 6) มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดพิษณุโลก เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย คือ 1) กลุ่มตัวอย่างขอถอนตัวจากการวิจัย 2) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่หรือเสียชีวิตขณะให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งแบบสอบถาม ออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ มีตัวเลือกให้ตอบและเขียนคำตอบลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือกคำตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ คะแนนสูงสุด 10 คะแนน การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Bloom[19] คือ < 60% (0–5 คะแนน) ระดับต่ำ 60–79% (6–7 คะแนน) ระดับปานกลาง 80% ขึ้นไป (8–10 คะแนน) ระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 8 ข้อ มีตัวเลือกคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วยอย่างยิ่ง=5 เห็นด้วย=4 ไม่แน่ใจ=3 ไม่เห็นด้วย=2 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง=1 การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best[20] คือ 8.00–18.67 ระดับต่ำ 18.68–29.35 ระดับปานกลาง 29.36–40.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรม จำนวน 14 ข้อ มีตัวเลือกคำตอบแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ได้รับเป็นประจำ=3 ได้รับเป็นบางครั้ง=2 ไม่เคยได้รับเลย=1 การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best[20] คือ 14.00–23.33 ระดับต่ำ 23.34–32.67 ระดับปานกลาง 32.68–42.00 ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 12 ข้อ ผู้วิจัยประยุกต์จากกองการสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข[12] ประกอบไปด้วยคำถาม 6 ด้าน ๆ ละ 2 ข้อ คือ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง มีตัวเลือกคำตอบแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ มากที่สุด=5 มาก=4 ปานกลาง=3 น้อย=2 น้อยที่สุด=1 การแปลผลจำแนกเป็น 3 ระดับ โดยใช้การแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของ Best[20] คือ

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุรายด้าน 2.00–4.67 ระดับต่ำ 4.68–7.35 ระดับปานกลาง 7.36–10.00 ระดับสูง

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวม 12.00–28.00 ระดับต่ำ 29.00–44.00 ระดับปานกลาง 45.00–60.00 ระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาและภาษาโดยอาจารย์ที่ปรึกษา ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ โดยคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับเนื้อหาตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (Index of item-objective congruence: IOC) ผ่านผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน คือ ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัย 2 ท่าน และผู้เชี่ยวชาญด้านงานสุขภาพภาคประชาชน 1 ท่าน มีผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหา ดังนี้ แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคล แบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคม และแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่า IOC รายข้อระหว่าง .67–1.00 และนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ จังหวัดอุตรดิตถ์ จำนวน 30 ชุด แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น ดังนี้ ค่าคูเดอร์ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ .569 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราค ของแบบสอบถามทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีค่าเท่ากับ .708, .898 และ .901 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดพิษณุโลก เลขที่ SCPHPL 6/2567.2.2.1 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2567 และผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิ์ให้อาสาสมัครเข้าร่วมวิจัย โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ การขอความยินยอมแบบสมัครใจไม่บังคับ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และสามารถถอนตัวจากการวิจัยโดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกแปลงเป็นรหัสแทน ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่างที่ทำการวิจัย ผู้วิจัยนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลหลังการวิจัยสิ้นสุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และได้รับอนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยติดต่อประสานงานเพื่อลงพื้นที่กับสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในพื้นที่ในการศึกษาวิจัย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกจากอำเภอขนาดใหญ่ จำนวน 97 คน อำเภอขนาดกลาง จำนวน 144 คน อำเภอขนาดเล็ก จำนวน 86 คน จากนั้นผู้วิจัยได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างล่วงหน้าเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีวิธีการรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการตอบแบบสอบถาม รวมถึงสิทธิในการปฏิเสธหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา และขอความยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัยโดยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในแบบฟอร์ม

2. ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อตอบด้วยตนเองอย่างอิสระ ใช้ระยะเวลาประมาณ 20–30 นาที เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเสร็จส่งกลับคืนทันที ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมด และกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยตรวจสอบจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด มีอัตราตอบกลับคิดเป็นร้อยละ 100 แล้วนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว และระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แรงสนับสนุนทางสังคม และความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ค่าร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ค่าต่ำสุด (minimum) และค่าสูงสุด (maximum)

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในจังหวัดพิษณุโลก โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น แบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression) กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ ได้แก่ ตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม มีความสัมพันธ์เชิงเส้นต่อกัน ทุกตัวแปรมีการแจกแจงแบบปกติ (normality) การตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (multicollinearity) โดยพิจารณาจากค่า VIF เท่ากับ 1.120 และค่า Tolerances เท่ากับ .893 และไม่พบ autocorrelation โดยพิจารณาจากค่า Durbin–Watson มีค่าเท่ากับ 1.736

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 98.47 มีอายุเฉลี่ย 52.35±8.92 ปี อายุต่ำสุด 24 ปี อายุสูงสุด 87 ปี โดยมีช่วงอายุระหว่าง 51–60 ปี มากที่สุด ร้อยละ 42.20 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41– 50 ปี ร้อยละ 30.28 มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด ร้อยละ 47.40 รองลงมาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 29.97 รายได้ต่อ

เดือนส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 5,000-10,000 บาท ร้อยละ 59.33 รองลงมามีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 32.72 รายได้เฉลี่ย 6,271.53±3,899.10 บาทต่อเดือน รายได้ต่ำสุด 600 บาท และรายได้สูงสุด 30,000 บาท ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว 53.21 มีโรคประจำตัวตามการวินิจฉัยของแพทย์ ร้อยละ 46.79 ชนิดของโรคประจำตัว คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 36.45 รองลงมา คือ โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 33.18 และระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เท่ากับ 5.64±2.79 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุสูงสุด 12 ปี ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุต่ำสุด 1 ปี ส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 63.61

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ย 48.95 (SD±6.05) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความรอบรู้อยู่ในระดับสูงทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ คะแนนค่าเฉลี่ย 8.14 (SD±1.18) ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ คะแนนค่าเฉลี่ย 8.00 (SD±1.27) ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ คะแนนค่าเฉลี่ย 8.29 (SD±1.30) ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง คะแนนค่าเฉลี่ย 8.44 (SD±1.30) ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ คะแนนค่าเฉลี่ย 8.03 (SD±1.17) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง คะแนนค่าเฉลี่ย 8.04 (SD±1.32) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	M	SD	การแปลผล
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ	8.14	1.18	ระดับสูง
ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ	8.00	1.27	ระดับสูง
ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ	8.29	1.30	ระดับสูง
ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง	8.44	1.30	ระดับสูง
ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ	8.03	1.17	ระดับสูง
ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	8.04	1.32	ระดับสูง
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวม	48.95	6.05	ระดับสูง

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม (β=.456, p<.001) และทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (β=.151, p=.003) โดยปัจจัยทั้ง 2 ปัจจัยสามารถร่วมกันพยากรณ์อิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ร้อยละ 27.5 (ดังแสดงในตารางที่ 2 และ 3) สามารถนำมาเขียนสมการพยากรณ์ ได้ดังนี้

อิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ = 20.607+.534(แรงสนับสนุนทางสังคม) +.286(ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

ตัวแปร	Y	X1	X2	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X9	X10	X11
ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Y)	1.00	.061	-.021	-.059	.078	.065	.057	.005	-.041	-.016	.300*	.505*
เพศ[1](X1)		1.00	-.076	.027	.068	-.152	.052	.033	.038	-.002	-.012	.037
อายุ(X2)			1.00	.077	-.191*	-.133	-.137	-.354*	.135	-.125	-.164*	-.028
ม.ต้น[2](X3)				1.00	-.621*	-.188*	-.061	-.055	.043	.075	-.095	-.014
ม.ปลาย/ปวช.[2](X4)					1.00	-.273*	.088	.105	.001	-.023	.136	-.022
ป.ตรีขึ้นไป[2](X5)						1.00	.187*	.039	-.054	-.010	.152	.073
รายได้(X6)							1.00	.033	.042	.092	.019	.050
โรคประจำตัว[3](X7)								1.00	-.098	.129	.105	.009
ระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ(X8)									1.00	-.111	-.223	-.040
ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ(X9)										1.00	.101*	-.038
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ(X10)											1.00	.327*
แรงสนับสนุนทางสังคม(X11)												1.00

*p-value<.001

กลุ่มอ้างอิง 1 = เพศชาย, 2 = ประถมศึกษา, 3 = มีโรคประจำตัว

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 327)

ตัวแปร	b	SE(b)	Beta	t-value	p-value	95% of CI for b	
						Lower	Upper
แรงสนับสนุนทางสังคม	.534	.059	.456	9.108	<.001	.419	.649
ทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	.286	.095	.151	3.018	.003	.100	.473
ค่าคงที่ (Constant)	20.607	3.026	-	6.811	<.001	14.654	26.559
$R=.525$, $R^2=.275$, $Adj.R^2=.271$, $F=61.599$, p-value<.001							

อภิปรายผล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใหญ่มีการศึกษาช่วงมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. มีระยะเวลาในการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุระหว่าง 5-10 ปี มีความรู้ในระดับสูงและยังมีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมในแต่ละด้านเป็นอย่างดีจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง จึงส่งผลให้สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาพรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการทางสุขภาพ ด้านความรู้และความเข้าใจทางสุขภาพ ด้านการสื่อสารเพื่อเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพ ด้านการจัดการเงื่อนไขทางสุขภาพของตนเอง ด้านการรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ และด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่ามีความรอบรู้อยู่ในระดับสูงทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาของสุลีรัตน์ เพ็ชรสมบัติ และคณะ[14] ที่พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดสระแก้วมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี และการศึกษาของทรรศนีย์ บุญมั่น[15] ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย ผลการศึกษา พบว่า อสม.ส่วนใหญ่ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดพิษณุโลก ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (β=.456, p<.001) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 75.54 ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างได้รับรู้ถึงการให้ความสำคัญ ความเอาใจใส่จากผู้ที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ได้รับความเคารพ การยอมรับในวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้รับคู่มือ เอกสาร แผ่นพับต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนและการให้คำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับผลการศึกษาของอานนท์ สังขะพงษ์ และคณะ[13] พบว่าการได้รับการสนับสนุนทางสังคม (β=.211, p<.01) สามารถร่วมทำนายและมีอิทธิพลทางบวกต่อความรอบรู้สุขภาพของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเขตอำเภอกันทรารมณ์ จังหวัดศรีสะเกษ และการศึกษาของ ทรรศนีย์ บุญมั่น[15] พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม. จังหวัดสุโขทัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม (p<.001, β=.202) และทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นปัจจัยที่ส่งผลเชิงบวกต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ (β=.151, p=.003) จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 51.38 มีทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับสูง สามารถอธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีทัศนคติที่ดี มีความเข้าใจและให้ความสำคัญของการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุจะมีแนวโน้มการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบรรลุตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ยิ่งขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิวะพร ชุ่มเย็น และคณะ[10] พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุตรดิตถ์ คือ ทัศนคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถร่วมกันทำนายการปฏิบัติตามบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2=.667, p<.001)

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีค่า KR20 เท่ากับ .569 ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (.70) เนื่องมาจากแบบสอบถาม มีจำนวนเพียง 10 ข้อ แต่ครอบคลุมเนื้อหาหลายด้านที่มีความหลากหลายสูง (content heterogeneity) เช่น การวัดสัญญาณชีพ โภชนาการ และหัตถการทางการแพทย์ เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความรู้ให้มีความเฉพาะเจาะจงและมีคุณภาพทางสถิติสูงขึ้น ด้วยการเพิ่มจำนวนข้อคำถาม ในแต่ละมิติของการดูแลให้มากขึ้นหรือแยกข้อคำถามเป็นรายด้าน ดำเนินการการวิเคราะห์รายข้อ (item analysis) เพื่อคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่าความยากง่าย (p) และค่าอำนาจจำแนก (r) ที่เหมาะสมตามเกณฑ์มาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น แบบขั้นตอน (stepwise multiple linear regression) มีข้อจำกัดสำคัญ คือ ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะตัวแบบเหมาะสมเกินไป (overfitting) ซึ่งส่งผลให้โมเดลพยากรณ์มีความแม่นยำสูงเฉพาะกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ศึกษา แต่อาจขาดความคงตัวเมื่อนำไปประยุกต์ใช้กับประชากรกลุ่มอื่น กระบวนการคัดเลือกตัวแปรเข้าและออกซ้ำหลายครั้งอาจนำไปสู่การสะสม

ของความคลาดเคลื่อนประเภทที่ 1 (Type I Error Inflation) หรือการรายงานนัยสำคัญทางสถิติที่สูงกว่าความเป็นจริง ดังนั้น การแปลผลปัจจัยอิทธิพลและการนำผลวิจัยไปอ้างอิงในบริบทที่แตกต่างออกไปจึงควรทำด้วยความระมัดระวัง นอกจากนี้ ในการวิจัยครั้งต่อไป ควรเพิ่มขั้นตอนการตรวจสอบความถูกต้องของโมเดล (model validation) ด้วยการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างใหม่ (cross-validation) เพื่อยืนยันความคงเส้นคงวาและความแม่นยำของตัวแปรพยากรณ์ที่คัดเลือกมาได้ ซึ่งจะช่วยลดข้อจำกัดที่เกิดจากการคัดเลือกตัวแปรแบบขั้นตอน (stepwise) และทำให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

บุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการมุ่งเน้นให้การสนับสนุนทางสังคมและการสร้างทัศนคติที่ดีในการปฏิบัติงานของผู้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และเข้าใจในวิธีการดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี ตลอดจนสามารถให้ความรู้คำแนะนำและให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัยในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1 ควรแยกการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรม 70 ชั่วโมง และ 420 ชั่วโมง โดยนำปัจจัยแรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมาพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2.2. ควรนำปัจจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคมและทัศนคติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มาพัฒนาโปรแกรมความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

References

1. Department of Elderly Affairs. Situation and trends of the Thai aging society 2022. Bangkok: Amarin Corporation Public Company Limited; 2023. (in Thai).
2. Health Center No. 2 Phitsanulok. Elderly demographics. [internet]. 2024 [cited 5 Feb 2024]. Available from: https://hpc2service.anamai.moph.go.th/ltcdata/oldperson.php (in Thai).
3. Health Center No. 2 Phitsanulok. LTC Subdistrict passed the criteria of the National Health Security Office, Region 2, Phitsanulok as of September 30, 2022. [internet]. 2024 [cited 5 Feb 2024]. Available from: https://hpc2service.anamai.moph.go.th/ltcdata/ltc.php. (in Thai).
4. Office of the Promotion and Protection of the Elderly. A guide to the rights of the elderly under the Elderly Persons Act B.E. 2546 (2003). (7th ed.). Bangkok: Office of the Promotion and Protection of the Elderly, 2010. (in Thai).
5. Srihaphak S, Chuengsatiansup K, Tengrang K. Research report on the impact and burden of long-term care for the elderly under Thai culture. Nonthaburi: Health Systems Research Institute, 2013. (in Thai).

6. Department of Elderly Affairs, Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the national agenda on aging society (revised edition). (2nd ed.). Bangkok: Amarin Printing and Publishing Public Company Limited, 2019. (in Thai).
7. Prayoonwong N. Trend situation and health promotion of elderly bedridden people in Thailand. Journal of Public Health and Innovation. 2022;2(2):14-25. (in Thai).
8. Yuen EYN, Knight T, Ricciardelli LA, Burney S. Health literacy of caregivers of adult care recipients: A systematic scoping review. Health Soc Care Community. 2018;26(2):e191-e206. doi: 10.1111/hsc.12368.
9. Selvi Sarıgül S, Ürek D, Uğurluoğlu Ö. The effect of caregivers' health literacy levels on the quality of life and self-care of patients with heart failure. Geriatr Nurs. 2024;60:491-496. doi:10.1016/j.gerinurse.2024.10.015.
10. Choomyen S, Wanaratwichit C. Factors influencing role performance among the caregivers forcaring of the dependent elderly people in Uttaradit Province. Journal of Phrapokklao Nursing College, Chanthaburi. 2023;34(1):158-171. (in Thai).
11. Nampan J, Auemaneekul N, Kalampakorn S. Factors Influencing Job Performance Among Trained Caregivers for Caring Dependent Elderly in Bangkok. The Journal of Faculty of Nursing Burapha University. 2020;28(3):41-52. (in Thai).
12. Division of Health Education, Department of Health Service Support, Ministry of Public Health. Strengthening and evaluating health literacy and health behaviors. Bangkok: New Thammada Printing Co., Ltd; 2016. (in Thai).
13. Sangkhaphong A, Toonsiri C, Lawang W. Factors Influencing Health Literacy among Family Caregivers of Chronic Disease Patients in Community. Journal of Nursing and Health Care. 2019;37(2):55-62. (in Thai).
14. Pechsombat S, Wattanaburanon A, Sangjun S, Thongnopakun S. Association betweeen health literacy with social support and dependent elderly care of caregivers in sa kaeo province. Journal of Environmental Education Medical and Health. 2025;10(4):360-369. (in Thai).
15. Boonmun T. Factors affecting to health literacy among village health volunteers in Sukhothai Province [Master thesis]. Phitsanulok: Naresuan University; 2021. (in Thai).
16. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Soc Sci Med. 2008;67(12):2072-8. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.09.050.
17. Edwards M, Wood F, Davies M, Edwards A. The development of health literacy in patients with a long-term health condition: The health literacy pathway model. BMC Public Health. 2012;12(1):1-15. doi: 10.1186/1471-2458-12-130.
18. Daniel W. W, Ross C. L. Biostatistics: A foundation of analysis in the health sciences. (6th ed.). John Wiley & Sons; 1995.
19. Bloom S. Human characteristics and school learning. New York: McGraw-Hill; 1976.
20. Best J. W. Research in education. (3rd ed.). New Jersey: Prentice hall; 1977.