

ความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น

พลิชฐ์ พังนา*

สุรศักดิ์ ไชยสงค์*

ร่มตะวัน กาลพัฒน์*

นวลจันทร์ แสนทอง†

กฤษณี สระมุณี*

ขวัญดาว มาลาสาย*

กุลปรีญา ไพร์ศรี*

ภิเชก รัตติ*

ผู้รับผิดชอบบทความ: สุรศักดิ์ ไชยสงค์

บทคัดย่อ

การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อวิเคราะห์มูลค่าความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีจ่าย กลุ่มตัวอย่างของการศึกษา คือ ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปที่ย้ายอยู่ในตำบลสะอาดและตำบลหนองกุง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น จำนวน 420 คน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.6 ปี ร้อยละ 71.0 เป็นผู้หญิง ร้อยละ 75.2 มีการศึกษาระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า มากกว่าครึ่งอยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาทต่อเดือน มากกว่าครึ่งมีโรคประจำตัว และร้อยละ 63.1 ไม่เคยดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาในการใช้ชีวิต 3 อันดับแรก ได้แก่ ร้อยละ 9.8 มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ร้อยละ 8.3 มีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบายตัว ร้อยละ 6.9 มีความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า มากกว่าร้อยละ 90 มีความสนใจเข้าร่วมโครงการการดูแล และมากกว่าร้อยละ 90 มีความยินดีจ่าย โดยมูลค่าความยินดีจ่ายเฉลี่ยเท่ากับ 373.77 บาท (SD = 286.01) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีจ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ รายได้ครัวเรือน การสูบบุหรี่ คุณภาพชีวิต การมีปัญหาในการดูแลตนเอง ความวิตกกังวลหรือความซึมเศร้า ความสนใจเข้าร่วมโครงการ และราคาค่าบริการเริ่มต้น สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับมูลค่าความยินดีจ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ รายได้ครัวเรือน ขนาดครัวเรือน ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุ การมีปัญหาในการดูแลตนเอง และราคาค่าบริการเริ่มต้น การศึกษาเรื่องความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยยังมีค่อนข้างน้อย การจัดบริการของพื้นที่นี้ถือเป็นกรณีศึกษาสำหรับพื้นที่อื่นที่มีบริบทและรูปแบบกิจกรรมใกล้เคียงกันได้

คำสำคัญ: ความยินดีจ่าย, บริการการดูแลผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, สังคมผู้สูงอายุ

* หน่วยวิจัยเภสัชศาสตร์สังคม คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม

† โรงพยาบาลน้ำพอง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

Received 3 December 2021; Revised 28 April 2022; Accepted 23 November 2022

Suggested citation: Phatchana P, Chaiyasong S, Kalapat R, Sankong N, Saramunee K, Malasai K, et al. Willingness to pay for elderly care in Nam Phong district, Khon Kaen province. *Journal of Health Systems Research* 2022;16(4):437-55.

พลิชฐ์ พังนา, สุรศักดิ์ ไชยสงค์, ร่มตะวัน กาลพัฒน์, นวลจันทร์ แสนทอง, กฤษณี สระมุณี, ขวัญดาว มาลาสาย, และคณะ. ความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 2565;16(4):437-55.



Willingness to Pay for Elderly Care in Nam Phong District, Khon Kaen Province

Phasith Phatchana^{*}, Surasak Chaiyasong^{*}, Romtawan Kalapat^{*}, Nuanchan Sankong[†],
Kritsanee Saramunee^{*}, Khuandao Malasai^{*}, Kulpreya Phosri^{*}, Bhisek Radee^{*}

^{*} Social Pharmacy Research Unit (SPRU), Faculty of Pharmacy, Mahasarakham University, Mahasarakham, Thailand

[†] Namphong Hospital, Khon Kaen, Thailand

Corresponding author: Surasak Chaiyasong, surasak.c@msu.ac.th

Abstract

This study aimed to estimate the value of willingness-to-pay (WTP) for elderly care and study the impact of factors on willingness-to-pay for the elderly care. A total of samples in this study were 420 people aged 18 years and older, living in Sa-Ad and Nongkung subdistricts, Namphong district, Khon Kaen province. The study found that mean age of the samples was 57.6 years, 71.0% were females, 75.2% had primary school education or lower, more than a half lived with a monthly household income of <10,000 baht, more than a half reported having health problems, and 63.1% never provided care to dependent elderly. The three major problems related daily activities reported were: 9.8% having difficulty of physical movement, 8.3% feeling sick, and 6.9% having stress/depression. More than 90% of respondents were willing to join and pay for the elderly care program. The mean value of willingness-to-pay for the elderly care was 373.77 baht (SD=286.01). This study found that willingness-to-pay was significantly associated with age, household income, smoking behavior, quality of life, selfcare problem, anxiety/depression, willingness-to-join the care program and starting price ($p < 0.05$). The study also found that WTP value was associated with household income, size of household, years of providing elderly care, selfcare problem and starting price ($p < 0.05$). As willingness-to-pay for elderly care studies are still limited in Thailand, findings of the present study could be good lessons for other areas or settings.

Keywords: willingness to pay, elder care, dependent elderly, ageing society

ภูมิหลังและเหตุผล

สังคมสูงวัยเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลก เนื่องจากการลดลงของอัตราการเกิดและการมีอายุยืนยาวมากขึ้นของประชากร^(1,2) สำหรับประเทศไทย พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 ได้ให้คำนิยามของผู้สูงอายุไว้ว่า คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป⁽³⁾ ซึ่งที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เนื่องจากมีสัดส่วนประชากรสูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ⁽⁴⁾ และเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 18 หรือประมาณ 12 ล้านคนในปี พ.ศ. 2563⁽³⁾ คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20 ในอีก 5 ปีข้างหน้า และเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์⁽⁵⁾ คาดว่าจะมากกว่า

ร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2575⁽⁶⁾ ผลกระทบของปรากฏการณ์สังคมสูงอายุสามารถสะท้อนได้หลายมิติทางสังคม ตัวอย่างเช่น การเพิ่มขึ้นของค่าใช้จ่ายในกองทุนบำเหน็จบำนาญ⁽⁷⁾ และกองทุนสวัสดิการสุขภาพตามจำนวนผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้น⁽⁸⁾ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งเป็นโรคที่ต้องการการรักษาระยะยาว⁽⁹⁾ สัดส่วนผู้สูงอายุไทยที่ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังลดลงจากร้อยละ 24 ในปี พ.ศ. 2550 เหลือร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2560 แม้ว่าจะมีแนวโน้มที่ลดลงแต่ก็ยังคงถือว่าเป็นสัดส่วนที่สูงและผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง⁽¹⁰⁾ อายุขัยที่ยืนยาวมากขึ้นทำให้โอกาสของการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของประเทศไทยในอนาคตมากขึ้น⁽¹¹⁾ นอกจากปัญหาสุขภาพดังกล่าว ผู้สูง

อายุยังมีปัญหาความยากจน ส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งรายได้จากบุตร โดยเฉพาะผู้สูงอายุผู้หญิง⁽¹²⁾ ในสังคมผู้สูงอายุ อัตราการเกิดที่ลดลงทำให้กำลังแรงงานในประเทศลดลงและภาระของคนทำงานก็เพิ่มขึ้นด้วยในสังคมผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศในระยะยาวได้⁽¹³⁾

โดยหลักการแล้ว การดูแลผู้สูงอายุจะต้องดูแลให้ครบทุกมิติและทุกกลุ่มวัย ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ดูแลคนไทยทุกกลุ่มอายุทำให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการการดูแลด้านสุขภาพในสถานพยาบาล⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้ ยังมีบริการการดูแลผู้สูงอายุทางด้านสังคมภายใต้พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) ที่มีภารกิจเพื่อการส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพการจัดสวัสดิการ และการคุ้มครองพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ⁽¹⁵⁾ กระทรวงสาธารณสุขได้ร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ 1) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และ 2) หน่วยงานในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่* เพื่อให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านจากทีมหมอครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลัก สหวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และการสาธารณสุขจากหน่วยบริการใกล้บ้านและในโรงพยาบาล อาสาสมัครองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ภาคประชาชน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพของประชาชน เพื่อให้สามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตของทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนได้⁽¹⁶⁾ ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2559 รัฐบาลได้ดำเนินนโยบายเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีค่าดัชนีบาร์เธลเอดีแอด (Barthel activity of daily living: ADL) ระหว่าง 0-11 คะแนน ผ่านกองทุนระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long term care: LTC) ภายใต้การบริหารจัดการของ

* ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสาธารณสุขในทุกระดับ กลุ่มอาสาสมัครในชุมชน ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (caregiver) และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งมีการจัดตั้งในทุกพื้นที่ทั่วประเทศ

สปสช. ซึ่งถือเป็นช่วงการทดลอง ภายใต้งบประมาณ 600 ล้านบาท สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 100,000 ราย ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำนวน 1,000 แห่ง^(17,18) หลังจากการดำเนินงานระยะหนึ่ง พบว่า มีจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่รับบริการทั้งหมด 80,826 คน ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้านหรือคะแนน ADL 5-11 คิดเป็นร้อยละ 80 หรือ 64,660 ราย และมีภาวะติดเตียง (ADL 0-4) คิดเป็นร้อยละ 20 หรือ 16,166 ราย และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมทั้งหมด 1,752 แห่ง โดยใช้งบประมาณทั้งหมด 493.1 ล้านบาท^(17,18) หลังจากนั้น ในปีถัดไป ได้เพิ่มเป็น 900 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2560 1,159.2 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2561 และลดลงเป็น 916.8 ล้านบาทในปี พ.ศ. 2562⁽¹⁹⁻²¹⁾ หลังจากที่มีการประเมินความต้องการจากจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวนมาก และยังไม่ได้เข้าร่วมโครงการและระบบข้อมูลที่ยังไม่พร้อมในหลายพื้นที่ ทำให้รัฐบาลได้เพิ่มงบประมาณในปีต่อๆ มาอย่างต่อเนื่อง และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ระบบการดูแลระยะยาวของไทยยังไม่ครอบคลุมทุกสิทธิประกันสุขภาพและครอบคลุมเพียงผู้สูงอายุในสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเท่านั้น⁽¹⁸⁻²¹⁾

ความยินดีจ่ายของผู้บริโภค คือ ความยินดีจ่ายหรือความเต็มใจสูงสุดของผู้บริโภคต่อสินค้าหรือบริการนั้นๆ ซึ่งเป็นเสมือนมูลค่าสูงสุดที่ผู้บริโภคจะจ่ายต่อสินค้าหรือบริการนั้นๆ⁽²²⁾ และการวิเคราะห์ความยินดีจ่ายเป็นเครื่องมือที่ได้รับความนิยมอย่างต่อเนื่อง และเป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยสนับสนุนการวิเคราะห์ความคุ้มค่าของบริการสุขภาพด้วย⁽²³⁾ อีกทั้งยังมีความสำคัญในกำหนดราคาของสินค้าและบริการโดยเฉพาะที่เป็นสินค้าใหม่ๆ⁽²⁴⁾ และที่เป็นบริการที่เกิดขึ้นได้ไม่นาน ความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ตัวอย่างเช่น ปัจจัยที่มีผลต่อความยินดีจ่ายของกลุ่มผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา ได้แก่ รายได้

ครัวเรือน และราคาค่าบริการ โดยความยินดีจ่ายของผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาเพิ่มขึ้นตามรายได้ครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นและลดลงเมื่อราคาของบริการนั้นเพิ่มขึ้น⁽²⁵⁾ ความยินดีจ่ายของผู้ป่วยทุกกลุ่มวัยในประเทศได้หวั่นเพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาและรายได้ครัวเรือน และลดลงตามราคาบริการที่เพิ่มขึ้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่เป็นโรคมีความยินดีจ่ายมากกว่าคนที่แต่งงาน⁽²⁶⁾ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้เป็นประชากรทั่วไปของประเทศ ซึ่งอาจทำให้ความยินดีจ่ายอาจสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป⁽²⁶⁾ ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่อายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความยินดีจ่ายของกลุ่มนี้ ได้แก่ ราคาค่าบริการ และสถานะทางเศรษฐกิจ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลระยะยาว และความต้องการการดูแลระยะยาวของสมาชิกในครัวเรือน ผู้ที่มีความยินดีจ่ายสูงกว่า คือ กลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานะที่ดีกว่า มีความรู้สูงกว่า และมีโอกาสของการเข้ารับบริการสูงกว่า และความยินดีจ่ายลดลงเมื่อราคาค่าบริการสูงขึ้น⁽²⁷⁾ ในกลุ่มผู้ใหญ่อายุ 50-65 ปี ในประเทศเนเธอร์แลนด์ พบว่ามูลค่าความยินดีจ่ายเพิ่มขึ้นเมื่อได้รับบริการจากผู้ให้บริการคนเดิมและมีบริการรับ-ส่ง ส่วนมูลค่าความยินดีจ่ายน้อยที่สุด คือบริการที่มุ่งเน้นเรื่องความตรงต่อเวลา บริการที่มีห้องให้เลือกตามความชื่นชอบส่วนบุคคล บริการที่เป็นแบบ nursing home (ส่วนใหญ่เห็นว่าไม่มีความจำเป็น ยกเว้นผู้ป่วยสมองเสื่อมที่ไม่มีคูครอง) นอกจากนี้ มูลค่าความยินดีจ่ายยังขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านสุขภาพและลักษณะทางสังคมของแต่ละคนอีกด้วย⁽²⁸⁾ นอกจากการศึกษาในต่างประเทศข้างต้น ยังมีการศึกษาในประเทศไทย ในประเด็นความยินดีจ่ายสำหรับการดูแลผู้สูงอายุมาบ้างแล้ว ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ ปภา คณานุรักษ์ ที่ศึกษาความยินดีจ่ายต่อระบบประกันสุขภาพของผู้ประกันตน จำนวนตัวอย่าง 300 คน ที่กำลังอยู่ในระบบประกันสังคมหรือเคยอยู่ในประกันสังคมมาก่อน อยู่ในช่วงอายุระหว่าง 40-69 ปีและอยู่ในกรุงเทพมหานคร พบว่า มูลค่าความยินดีจ่ายมีความแตกต่างกันตามประเภทของบริการ ได้แก่ สำหรับบริการผู้ป่วยในมีมูลค่าความยินดีจ่ายเท่ากับ 777 บาทต่อเดือน สำหรับ

บริการผู้ป่วยนอกมีมูลค่าความยินดีจ่ายเท่ากับ 725 บาทต่อเดือน และสำหรับกรณีการดูแลระยะยาวมีมูลค่าความยินดีจ่ายเท่ากับ 370 บาทต่อเดือน⁽²⁹⁾ การศึกษาของอัมภินิลาภสมบุรณ์ดี และคณะ ซึ่งได้ศึกษาความยินดีจ่ายต่อการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มอายุ 40-59 ปี และอยู่ในกรุงเทพมหานคร พบว่า มูลค่าความยินดีจ่ายขึ้นอยู่กับรูปแบบการให้บริการ ได้แก่ การบริการในสถานบริการทั้งแบบเต็มเวลาตลอด 24 ชั่วโมงเป็นบริการที่มีมูลค่าความยินดีจ่ายสูงสุด เท่ากับ 630 บาท และบริการไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน เท่ากับ 333 บาทต่อเดือน⁽³⁰⁾ และการศึกษาของวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และนงา วะสี ซึ่งได้ศึกษาความยินดีจ่ายสำหรับหลักประกันการดูแลระยะยาวในกลุ่มประชากรอายุ 25-60 ปี อาศัยอยู่ใน 8 จังหวัดทั่วประเทศ ประกอบด้วย เชียงใหม่ นครสวรรค์ ขอนแก่น มุกดาหาร กาญจนบุรี ชัยนาท สุราษฎร์ธานี และพัทลุง พบว่า คนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 86) ยินดีจ่ายระหว่าง 500-2,000 บาทต่อปี ขึ้นอยู่กับความชื่นชอบต่อบริการที่ได้รับ บางคนแค่ต้องการบริการขั้นต่ำเท่านั้น และก็มีหลายคนที่ต้องการบริการที่เพิ่มขึ้น ดังนั้น ทำให้สรุปได้ว่า การดำเนินการหลักประกันการดูแลระยะยาวไม่ใช่เรื่องง่าย และต้องอาศัยการศึกษาที่ครอบคลุมมากขึ้น ปัจจัยกำหนดความยินดีจ่ายของประชากรกลุ่มนี้ คือ ปัจจัยทางรายได้ จากการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ที่มีรายได้ต่ำกว่าสามารถได้รับประโยชน์มากกว่าผู้ที่มีรายได้สูงกว่า⁽³¹⁾

อย่างไรก็ตาม การศึกษาข้างต้นเป็นการศึกษาที่ประเมินความยินดีของตนเองที่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้บริการและเป็นกลุ่มผู้ป่วยเท่านั้น ยังไม่ได้ศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไป ทำให้มูลค่าความยินดีจ่ายอาจสูงกว่าความเป็นจริง ยกเว้นการศึกษาของวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และนงา วะสี⁽³¹⁾ ในภาพรวมสามารถสรุปได้ว่า ความยินดีจ่ายของเราขึ้นอยู่กับปัจจัยที่หลากหลาย ตัวอย่างเช่น เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส สถานะทางเศรษฐกิจ รายได้ครัวเรือน ราคาค่าบริการ และลักษณะบริการที่ได้รับ⁽²⁵⁻²⁸⁾ และการประเมินความยินดีจ่ายถือเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการ

กำหนดประเภทหรือลักษณะบริการและเพื่อลดภาระการคลังของรัฐบาล โดยในประเทศไทยที่มีงบประมาณและทรัพยากรที่จำกัด มูลค่าความยินดีเป็นตัวแทนของมูลค่าที่ใช้เป็นกลไกการร่วมจ่าย (copayment) ซึ่งสามารถทำให้รายจ่ายของรัฐบาลลดลงอย่างเห็นได้ชัด⁽³²⁻³³⁾ และการประเมินความยินดีจ่ายนี้สามารถทำได้โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจหรือการทดลอง และมูลค่าความยินดีจ่ายสามารถได้มาจากการประเมินด้วยตนเอง (self-stated WTP) การประเมินค่าโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยตรง (contingent valuation) การวิเคราะห์ความชอบหรือความเอนเอียงที่จะชอบ (conjoint analysis) และ การประมูลเชิงการทดลอง (experimental auctions)⁽³⁴⁻³⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ประเมินความยินดีจ่ายจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยที่สำคัญ 4 ปัจจัย ได้แก่ สิ่งจูงใจ (incentive compatibility) จุดของการซื้อขาย (point-of-purchase) ลักษณะของสินค้าหรือบริการ เช่น สินค้าหรือบริการใหม่ (new products/services) และ สินค้าหรือบริการเดียวกันเทียบกับยี่ห้ออื่นหรือผู้ให้บริการอื่น (multiple brands)⁽³³⁻³⁶⁾ อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์ความยินดีจ่ายสำหรับบริการด้านสุขภาพมีกระบวนการศึกษาที่สำคัญทั้งหมด 2 วิธี ได้แก่ การประเมินค่าโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยตรง และการทดลองแบบมีตัวเลือก (choice experiment)⁽²³⁾ จากตัวอย่างการศึกษาข้างต้น พบว่า ส่วนใหญ่ใช้กระบวนการประเมินค่าโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยตรง หรือ contingent valuation และเป็นเครื่องมือที่นำมาใช้ในการศึกษานี้ที่ใช้ข้อมูลจากการสำรวจในกลุ่มประชากรทั่วไปที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น

จุดประสงค์ของการศึกษา

เพื่อวิเคราะห์มูลค่าความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และศึกษาปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อความยินดีจ่ายของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป ในอำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) เก็บข้อมูลด้วยการสำรวจความยินดีจ่ายต่อบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว ภายใต้โครงการศึกษาผลกระทบของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว อำเภอหนอง จังหวัดขอนแก่น ระยะเวลาการศึกษานี้อยู่ระหว่างเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2562 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่การรับรอง 048/2561

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงระยะยาวโดยทีมหมอครอบครัว ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกร อสม. อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (caregiver: CG) ทีมปรับสภาพบ้าน และจำนวนครั้งที่ไปเยี่ยม 1 ครั้ง/สัปดาห์ (รูป ก และ ข ในภาพที่ 1) และการดูแลผู้สูงอายุของศูนย์การดูแลผู้สูงอายุให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุที่สามารถเดินทางมาได้ ผู้ป่วยสามารถมาทำกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมอื่นๆ ที่ศูนย์ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้ CG จะมาทำกายภาพบำบัดหรือกิจกรรมอื่นๆ ให้ที่บ้าน 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ (รูป ค และ ง ในภาพที่ 1)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีประชากร คือ ประชาชนทั่วไปที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในตำบลที่ถูกสุ่มได้ของพื้นที่ที่ศึกษา คือ ตำบลสะอาดและตำบลหนองกุง ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 ที่สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย พร้อมทั้งเป็นผู้ที่มีความยินดีจะให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดเลือกของการศึกษานี้ ได้แก่ 1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลสะอาดหรือตำบลหนองกุง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทย ส่วนเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่ยินดีเข้าร่วมการสำรวจ และ 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลได้ครบถ้วน



ภาพที่ 1 การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน (ก และ ข) และการให้บริการของศูนย์การดูแลระยะยาว (ค และ ง)

การสุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การเลือกตำบลที่เป็นพื้นที่ศึกษา ใช้วิธีการสุ่มแบบจำเพาะเจาะจง (purposive random sampling) มีเกณฑ์การคัดเลือก คือ เป็นพื้นที่ที่มีการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและพื้นที่ที่ไม่มีบริการนี้อย่างละ 1 ตำบล จากนั้นเลือกหมู่บ้านที่จะเก็บข้อมูลมาต่อบลละ 4 หมู่บ้าน ขั้นตอนที่ 2 สุ่มตัวแทนครัวเรือนโดยใช้บ้านเลขที่ของแต่ละหมู่บ้าน ใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (simple random sampling) ผ่านระบบคอมพิวเตอร์ โดยจำนวนกลุ่มตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้านให้เป็นสัดส่วนกับขนาด (proportional to size) ของหมู่บ้าน และคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรประมาณการค่าสัดส่วนของประชากร สำหรับสัดส่วนของผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการ/มีความยินดีจ่ายที่ 0.5 กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 และค่าความกระชับในการ

ประมาณค่าที่ 0.05 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำเท่ากับ 385 จึงกำหนดขนาดตัวอย่างไว้ที่ 400 คน

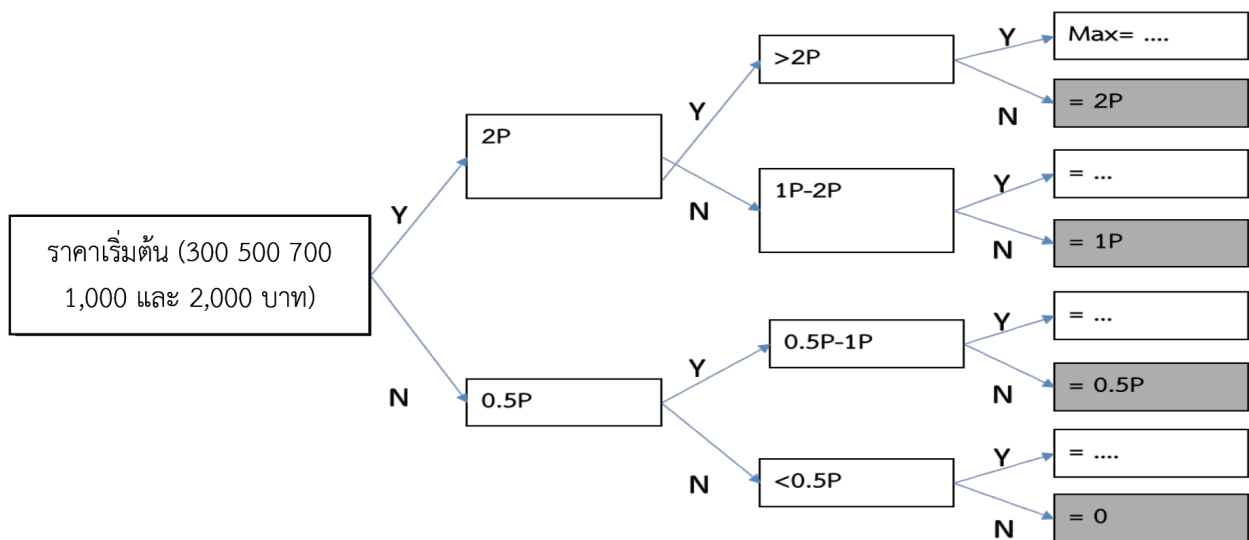
เครื่องมือที่ใช้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยอาศัยลักษณะข้อคำถามที่สอดคล้องกับเครื่องมือการสำรวจหลายๆส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ประกอบด้วย การสำรวจอนามัยและจรูญพันธุ์และการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพบุหรีและการดื่มสุราของประชากร 2) แบบสอบถามคุณภาพชีวิต EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย (Euro quality of life, 5 dimensions, 5 levels) ที่พัฒนาโดยคณะทำงานของโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายสุขภาพ และ 3) การประเมินอรรถประโยชน์แบบให้คะแนน หรือ

visual analog scale (VAS) ซึ่งล้วนเป็นเครื่องมือที่ผ่านการประเมินคุณภาพมาอย่างดีแล้ว ในส่วนของข้อความที่เป็นด้านความยินดีจ่าย ทีมวิจัยได้ออกแบบข้อความให้สอดคล้องกับเอกสารงานวิจัยของ Klos (1999) ที่เป็นการทบทวนงานวิจัยด้านการประเมินค่าโดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายโดยตรง (contingent valuation method) สำหรับบริการสุขภาพ⁽³⁷⁾ หลังจากนั้น แบบสอบถามที่สร้างขึ้นจะผ่านกระบวนการทดสอบคุณภาพ คือ การตรวจสอบความตรงแบบผิวเผิน (face validity) โดยทีมวิจัย และการทดสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการทดลองใช้เพื่อปรับข้อความให้เข้าใจง่ายขึ้นก่อนนำไปสำรวจในพื้นที่เป้าหมาย

หลังจากการดำเนินการกระบวนการข้างต้น ทำให้ได้แบบสอบถามที่ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส การทำงาน/อาชีพ จำนวนสมาชิกในครอบครัว รายได้ครัวเรือน และสิทธิในการรักษาพยาบาล 2) ข้อมูลด้านสุขภาพและพฤติกรรมทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา โรคประจำตัว ประสบการณ์การดูแล

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การมีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในครัวเรือน ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ 3) การดูแลผู้สูงอายุและคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระยะเวลาที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ การได้รับบริการเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัว 4) คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ โดยประเมินทั้งหมด 2 วิธี ได้แก่ (1) ใช้ EQ-5D-5L ที่เป็นการประเมินคุณภาพชีวิตทางสุขภาพทั้งหมด 5 ประเด็น ได้แก่ การเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ อาการเจ็บปวด/อาการไม่สบายตัว และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า) และ (2) ใช้ VAS เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตทางสุขภาพรวม โดยค่าคะแนนที่ใช้วัดมีค่าจาก 0 (ภาวะสุขภาพที่แย่มากที่สุด) ถึง 100 (ภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด) และ 5) ความสนใจและความยินดีจ่ายสำหรับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัว โดยให้ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ประเมินมูลค่าของบริการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และเก็บข้อมูลด้วยวิธีการต่อรอง (bidding game) โดยการสอบถามความเต็มใจจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง การดำเนินการ (ภาพที่ 2) คือ ผู้สัมภาษณ์สามารถระบุราคาเริ่มต้น (starting point) เท่ากับ X บาท



หมายเหตุ: P คือ ราคาเริ่มต้น Y คือ ยินดีจ่าย และ N คือ ไม่ยินดีจ่าย

ภาพที่ 2 กระบวนการต่อรอง (bidding game)

ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้มีราคาเริ่มต้นทั้งหมด 5 ราคา ได้แก่ 300 500 700 1,000 และ 1,200 บาท ถือเป็นจำนวนเงินเริ่มต้นที่ต่างกันตามการสุ่มเพื่อให้ผู้ตอบใช้ในการพิจารณาขั้นตอนที่ 2 จากราคาเริ่มต้น X บาท ในกรณีที่ผู้ตอบยินดีจ่ายที่ X บาท ผู้ตอบจึงได้คำถามต่อไปที่ราคาเพิ่มขึ้น 2 เท่า จากราคาเริ่มต้น คือ $2X$ บาท และหากผู้ตอบยินดีหรือไม่ยินดีที่ $2X$ บาท ต่อไปให้ผู้ตอบระบุความยินดีจ่ายสูงสุดที่สามารถจ่ายได้เป็นตัวเลขโดยขั้นต่ำ คือ $2X$ บาท ส่วนในกรณีที่ผู้ตอบไม่ยินดีจ่ายที่ X บาท ผู้ตอบจึงได้คำถามต่อไปที่ราคาลดลงจากราคาเริ่มต้น เหลือ $0.5X$ บาท และหากผู้ตอบยินดีหรือไม่ยินดีที่ $0.5X$ บาท ต่อไปให้ผู้ตอบระบุความยินดีจ่ายสูงสุดที่สามารถจ่ายได้เป็นตัวเลขโดยขั้นต่ำ คือ 0 (ศูนย์) บาท

วิธีการเก็บข้อมูล

เก็บข้อมูลอยู่ในระยะช่วงเดือนตุลาคม-พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 ก่อนเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้อธิบายถึงรายละเอียดของงานวิจัยและมีกรลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษาก่อนเริ่มเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว (face to face) โดยใช้เวลาประมาณ 40 นาที เนื่องจากแบบสอบถามค่อนข้างมีความซับซ้อน ผู้วิจัยจึงได้จัดอบรมทีมวิจัยเป็นเวลา 1 วัน เพื่อทำความเข้าใจก่อนลงพื้นที่เก็บข้อมูลจริง และเพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินการทุกขั้นตอนเกิดความผิดพลาดน้อยที่สุด ทีมวิจัยที่ลงพื้นที่สามารถติดต่อกับผู้จัดทำแบบสอบถามได้ตลอดเวลาเมื่อประสบปัญหาหรือข้อสงสัยในข้อคำถามที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และนำเสนอผลการศึกษาคั้งนี้ได้ใช้สถิติทั้งหมด 2 ประเภท คือ 1) สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ประกอบด้วย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation: SD) เพื่อ

วิเคราะห์ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างและความยินดีจ่าย และ 2) สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีจ่ายและมูลค่าที่ยินดีจ่าย

การวิเคราะห์เชิงความสัมพันธ์ได้ถูกนำมาใช้เพื่อทดสอบสมมติฐานของการศึกษานี้ ได้แก่ H_0 คือ ความยินดีจ่ายของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปไม่มีความแตกต่างกัน และ H_1 คือ ความยินดีจ่ายของประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปมีความแตกต่างกัน โดยใช้การวิเคราะห์ multiple logistic regression เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อความยินดีจ่าย (ไม่ยินดีจ่าย / ยินดีจ่าย) รายงานค่าโอกาสในการยินดีจ่ายด้วย odds ratio (OR) พิจารณาความเหมาะสมของตัวแบบนี้จากค่าสถิติ log likelihood และใช้การวิเคราะห์ multiple linear regression เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อมูลค่าความยินดีจ่าย โดยมีการแปลงมูลค่าที่ยินดีจ่ายจากหน่วยบาทเป็นหน่วย natural log บาท ซึ่งสามารถรายงานผลการวิเคราะห์เป็นร้อยละของมูลค่าความยินดีจ่ายที่เปลี่ยนแปลงจากการเปลี่ยนแปลงของตัวแปรอิสระหนึ่งหน่วย พิจารณาความเหมาะสมของตัวแบบด้วยค่า R-squared

การศึกษานี้ได้ให้ความสำคัญกับการจัดการข้อมูลเพื่อให้มีความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยทดสอบคุณภาพของข้อมูลและตัวแปรต่างๆ ของเครื่องมือที่ใช้ คือ การทดสอบ Breusch-Pagan/Cook-Weisberg เพื่อทดสอบปัญหา heteroskedasticity และการทดสอบ variance inflation factor (VIF) เพื่อทดสอบปัญหา multicollinearity ระหว่างตัวแปรอิสระ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะนำมาใช้ในการวิเคราะห์ตามสถิติที่เหมาะสม กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ p -value < 0.05 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมทางสถิติ Stata version 14

ผลการศึกษา

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีจำนวนตัวอย่างทั้งหมด 428 คน ในจำนวนนี้มี 8 ตัวอย่างไม่ถูกนำมาใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ เนื่องจากข้อมูลไม่มีความสมบูรณ์ ทำให้สุดท้ายแล้ว จำนวนตัวอย่างของการศึกษานี้มีทั้งหมด 420 คน

ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า อายุเฉลี่ยเท่ากับ 57.63 (SD = 14.20) ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 70.95 แต่งงานแล้ว คิดเป็นร้อยละ 78.33 ไม่มีการศึกษาหรือจบชั้นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75.24 มีขนาดครัวเรือน 4-6 คน คิดเป็นร้อยละ 54.52 มีรายได้ครัวเรือนน้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 48.33 ข้อมูลเบื้องต้นด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คิดเป็นร้อยละ 85.95 ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 76.67 สูบบุหรี่ประมาณ 0.91 (SD = 3.42) มวนต่อวัน ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 54.52 และมีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 50.95 ข้อมูลด้านประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยดูแลผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 63.10 ไม่มีผู้สูงอายุในครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 79.76 ผู้สูงอายุในครัวเรือนส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 68.57 มีระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุเฉลี่ยเท่ากับ 1.30 (SD = 3.07) 1 ปี และได้รับบริการเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัว คิดเป็นร้อยละ 50.24 (ตารางที่ 1)

ข้อมูลด้านคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตประจำวัน พบว่า ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตที่ดีเห็นได้จากค่า VAS เฉลี่ยเท่ากับ 77.79 (SD = 15.04) และปัญหาในการใช้ชีวิต 3 อันดับแรก คือ ปัญหาในการเคลื่อนไหว/การเดินปานกลาง ถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 9.76 อาการเจ็บป่วย/อาการไม่สบายตัว คิดเป็นร้อยละ 8.33 และ ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า คิดเป็นร้อยละ 6.90 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ทั้งหมด	
	จำนวน	%
จำนวนทั้งหมด	420	100.00
ด้านลักษณะประชากรทั่วไป		
อายุ (ปี), ค่าเฉลี่ย (SD)	57.63 (14.20)	-
• < 60 ปี	122	29.05
• 60 ปีขึ้นไป	298	70.95
เพศ		
• ชาย	122	29.05
• หญิง	298	70.95
สถานภาพสมรส		
• โสด	37	8.81
• แต่งงาน	329	78.33
• หย่าร้าง	54	12.86
การศึกษา		
• ไม่มี/ประถมศึกษา	316	75.24
• มัธยมศึกษาตอนต้น	42	10.00
• มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	62	14.76
ขนาดครัวเรือน		
• 1-3 คน	145	34.52
• 4-6 คน	229	54.52
• 7 คนขึ้นไป	46	10.95
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน		
• ≤ 10,000 บาท	203	48.33
• 10,001-20,000 บาท	144	34.29
• 20,001-30,000 บาท	43	10.24
• ≥ 30,001 บาท	30	7.14
ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง		
หลักประกันสุขภาพ		
• ข้าราชการ/วิสาหกิจ	32	7.62
• หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	361	85.95
• ประกันสังคม	22	5.24
• อื่น ๆ	5	1.19
การสูบบุหรี่		
• ไม่สูบ	322	76.67
• เคยสูบ	52	12.38
• สูบอยู่ในปัจจุบัน	46	10.95

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ทั้งหมด	
	จำนวน	%
จำนวนบุหรืี่สูบต่อวัน (มวน), ค่าเฉลี่ย (SD)	0.91 (3.42)	-
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (คน)		
• ไม่ดื่ม	229	54.52
• เคยดื่ม	58	13.81
• ดื่มอยู่ในปัจจุบัน	133	31.67
โรคประจำตัว		
• ไม่มี	214	50.95
• มี	206	49.05
ด้านการดูแลผู้สูงอายุ		
ประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ		
• ไม่มี	265	63.10
• มี	155	36.90
ผู้สูงอายุในครัวเรือน		
• ไม่มี	335	79.76
• มี	85	20.24
โรคประจำตัวของผู้สูงอายุในครัวเรือน		
• ไม่มี	288	68.57
• มี	132	31.43
ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุฯ (ปี), ค่าเฉลี่ย (SD)	1.30 (3.07)	-
ได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัว		
• ไม่มี	209	49.76
• มี	211	50.24
คุณภาพชีวิตและดำเนินชีวิตประจำวัน		
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (VAS score), ค่าเฉลี่ย (SD)	77.79 (15.04)	-
การเคลื่อนไหว/การเดิน		
• ไม่มีปัญหา	329	78.33
• มีปัญหาเล็กน้อย	50	11.90
• มีปัญหาปานกลางถึงมากที่สุด	41	9.76

ตารางที่ 1 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา (ต่อ)

ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง	ทั้งหมด	
	จำนวน	%
การดูแลตนเอง ในการอาบน้ำหรือ ใส่เสื้อผ้าด้วยตนเอง		
• ไม่มีปัญหา	410	97.62
• มีปัญหาเล็กน้อย	7	1.67
• มีปัญหาปานกลางถึงมากที่สุด	3	0.71
การทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ		
• ไม่มีปัญหา	392	93.33
• มีปัญหาเล็กน้อย	19	4.52
• มีปัญหาปานกลางถึงมากที่สุด	9	2.14
อาการเจ็บป่วย/อาการไม่สบายตัว		
• ไม่มีปัญหา	216	51.43
• มีปัญหาเล็กน้อย	169	40.24
• มีปัญหาปานกลางถึงมากที่สุด	35	8.33
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า		
• ไม่มีปัญหา	277	65.95
• มีปัญหาเล็กน้อย	114	27.14
• มีปัญหาปานกลางถึงมากที่สุด	29	6.90
ความสนใจเข้าร่วมโครงการและความยินดีจ่าย		
ความสนใจเข้าร่วมโครงการ		
• ไม่สนใจ	32	7.62
• สนใจ	388	92.38
ราคาค่าบริการเริ่มต้น (บาท), ค่าเฉลี่ย (SD)	710.00 (324.12)	-
ความยินดีจ่าย		
• ไม่ยินดีจ่าย	36	8.57
• ยินดีจ่าย	384	91.43
มูลค่าที่ยินดีจ่าย (บาท), ค่าเฉลี่ย (SD)	373.77 (286.01)	-

หมายเหตุ: SD=ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation), VAS = คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (visual analog scale)

ความสนใจและความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ความสนใจและความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1) พบว่า ส่วนใหญ่มีความสนใจเข้าร่วมโครงการ คิดเป็นร้อยละ 92.38 และมีความยินยอมจ่าย คิดเป็นร้อยละ 91.43 โดยมูลค่าความยินดีจ่ายเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างนี้ เท่ากับ 373.77 (SD = 286.01) บาทต่อปี และมีค่าบริการเริ่มต้นเฉลี่ย เท่ากับ 710.00 (SD = 324.12) บาท จากผลการวิเคราะห์มูลค่าความยินดีจ่ายสำหรับบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทำให้สามารถคำนวณมูลค่าความยินดีจ่ายรวมได้โดยใช้ข้อมูลจำนวนประชากรที่อายุ 15 ปีขึ้นไปที่ยังอาศัยอยู่ในพื้นที่เป้าหมายของการศึกษานี้ จากรายงานของสำนักบริหารการทะเบียนกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2561 พบว่า ประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไปในพื้นที่ดังกล่าวมีทั้งหมด 16,806 คน และจากสัดส่วนผู้ที่เต็มใจจ่ายทั้งหมดร้อยละ 91.43 ทำให้ได้จำนวนผู้ที่เต็มใจจ่ายทั้งหมด คือ $16,806 \times 0.9143 = 15,366$ คน ดังนั้น มูลค่าความยินดีจ่ายรวม คือ จำนวนคนที่เต็มใจจ่าย \times มูลค่าความยินดีจ่ายเฉลี่ย ซึ่งเท่ากับ $15,366 \times 373.77 = 5,743,247$ บาท (4,394,830-7,091,870 บาท)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ผลการวิเคราะห์ multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความยินดีจ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ ได้แก่ รายได้ครัวเรือน พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ความวิตกกังวลหรือความเครียด คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพวัดโดยค่า VAS และความสนใจเข้าร่วมโครงการ โดยผู้ที่มีรายได้ครัวเรือน $> 30,000$ บาทต่อเดือน มีโอกาสที่จะจ่ายมากกว่าผู้ที่มีรายได้ครัวเรือน $\leq 10,000$ บาทต่อเดือน 45.63 เท่า (OR = 45.63, 95%CI 1.40-1484.31) ผู้ที่สูบบุหรี่มีโอกาสที่จะจ่ายมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ 17.07 เท่า (OR = 17.07, 95%CI 1.52-191.23) ผู้ที่มีความวิตกกังวลหรือความเครียดเล็กน้อยมีโอกาสที่จะจ่าย

มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ 4.63 เท่า (OR = 4.63, 95%CI 1.17-18.39) ผู้ที่มีคุณภาพชีวิตค่า VAS เพิ่มขึ้น 1 หน่วย จะมีโอกาสจ่ายเพิ่มขึ้น 1.04 เท่า (OR = 1.04, 95%CI 1.00-1.08) และผู้ที่สนใจเข้าร่วมโครงการฯ มีโอกาสที่จะจ่ายมากกว่าผู้ที่ไม่สนใจ 75.70 เท่า (OR = 75.70, 95%CI 16.65-344.20) สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความยินดีจ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$ คือ อายุ ผู้ที่มีปัญหาในการดูแลตนเอง และราคาค่าบริการเริ่มต้น โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมีโอกาสน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 60 ปี 0.24 เท่า (OR = 0.24, 95%CI 0.10-0.76) ผู้ที่มีปัญหาในการดูแลตนเองเล็กน้อยมีโอกาสน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหา 0.003 เท่า (OR = 0.003, 95%CI 0.00-0.19) และเมื่อราคาค่าบริการเพิ่มขึ้นทำให้โอกาสจ่ายลดลง เมื่อเทียบกับราคา เริ่มต้นที่ 300 บาท ราคาบริการที่ 700 บาท 1,000 บาท และ 2,000 บาท ทำให้โอกาสในการจ่ายลดลง 0.14 เท่า (OR = 0.14, 95%CI 0.02-0.89) 0.12 เท่า (OR = 0.12, 95%CI 0.02-0.78) และ 0.06 เท่า (OR = 0.06, 95%CI 0.01-0.42) ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ผลการวิเคราะห์ multiple linear regression ของมูลค่าความยินดีจ่าย (log บาท) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับมูลค่าความยินดีจ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ รายได้ครัวเรือน และราคาค่าบริการเริ่มต้น โดยมูลค่าความยินดีจ่ายเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของรายได้ครัวเรือน โดยเมื่อเทียบกับผู้ที่มีรายได้ $\leq 10,000$ บาทต่อเดือน ผู้ที่มีรายได้ 10,001-20,000 บาทต่อเดือน 20,001-30,000 บาทต่อเดือน และ $> 30,000$ บาทต่อเดือน มีมูลค่าความยินดีจ่ายสูงกว่าร้อยละ 33 (co-efficient = 0.33, $p < 0.001$) ร้อยละ 50 (co-efficient = 0.50, $p < 0.001$) และร้อยละ 60 (co-efficient = 0.60, $p < 0.001$) ตามลำดับ และเมื่อเทียบกับราคาค่าบริการเริ่มต้นที่ 300 บาท ราคาค่าบริการที่เพิ่มขึ้นเป็น 700 บาท 1,000 บาท และ 2,000 บาท จะมีมูลค่าความยินดีจ่ายสูงขึ้นร้อยละ 34 (co-efficient = 0.34, $p = 0.009$) ร้อยละ 47 (co-efficient = 0.47, $p < 0.001$) และร้อยละ 36 (co-efficient = 0.36, $p < 0.001$)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ multiple logistic regression ต่อความยินดีจ่าย

ตัวแปร	Odds ratio	95%CI	p-value
เพศหญิง (อ้างอิง: เพศชาย)	5.11	0.88-29.62	0.069
อายุ 60 ปีขึ้นไป (อ้างอิง: <60 ปี)	0.24	0.10-0.76	0.015
การศึกษา (อ้างอิง: ไม่มี/ประถมศึกษา)			
• มัธยมศึกษาตอนต้น	0.53	0.09-3.01	0.471
• มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	9.25	0.55-154.49	0.121
สถานภาพสมรส (อ้างอิง: โสด)			
• แต่งงาน	2.28	0.46-11.41	0.314
• หย่าร้าง	1.52	0.20-11.29	0.683
ขนาดครัวเรือน (อ้างอิง: 1-3 คน)			
• 4-6 คน	1.10	0.36-3.18	0.866
• 7 คนขึ้นไป	3.64	0.39-34.55	0.259
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (อ้างอิง: ≤ 10,000 บาท)			
• 10,001-20,000 บาท	1.10	0.38-3.35	0.855
• 20,001-30,000 บาท	3.48	0.43-28.16	0.241
• > 30,000 บาท	45.63	1.40-1484.31	0.032
การสูบบุหรี่ (อ้างอิง: ไม่สูบ)			
• เคยสูบ	17.07	1.52-191.23	0.021
• สูบอยู่ในปัจจุบัน	2.80	0.18-42.63	0.458
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)	0.97	0.79-1.19	0.750
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อ้างอิง: ไม่ดื่ม)			
• เคยดื่ม	0.67	0.13-3.71	0.674
• ดื่มอยู่ในปัจจุบัน	0.65	0.16-2.65	0.550
มีโรคประจำตัว (อ้างอิง: ไม่มี)	1.55	0.52-4.66	0.435
มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ (อ้างอิง: ไม่มี)	2.00	0.32-12.73	0.461
มีผู้สูงอายุในครัวเรือน (อ้างอิง: ไม่มี)	1.78	0.40-7.91	0.449
มีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุในครัวเรือน (อ้างอิง: ไม่มี)	0.20	0.03-1.45	0.112
ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุฯ (ปี)	1.03	0.88-1.20	0.741
เคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมหมอมครอบครัว (อ้างอิง: ไม่เคย)	0.40	0.14-1.08	0.071
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (VAS score)	1.04	1.00-1.08	0.027
การเคลื่อนไหว/การเดิน (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	4.80	0.80-28.56	0.085
• มีปัญหาปานกลาง	24.14	0.68-862.00	0.081

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ multiple logistic regression ต่อความยินดีจ่าย (ต่อ)

ตัวแปร	Odds ratio	95%CI	p-value
การดูแลตนเอง (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	0.003	0.00005-0.19	0.006
• มีปัญหาอย่างมาก/ทำเองไม่ได้เลย	0.006	0.00002-1.51	0.070
การทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	1.56	0.04-54.90	0.806
• มีปัญหาอย่างมาก/ทำเองไม่ได้เลย	2.71	0.03-264.79	0.669
อาการเจ็บป่วย/อาการไม่สบายตัว (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	0.59	0.21-1.70	0.332
• มีปัญหาอย่างมาก/ทำเองไม่ได้เลย	2.35	0.18-30.84	0.516
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	4.63	1.17-18.39	0.029
• มีปัญหาอย่างมาก/ทำเองไม่ได้เลย	1.04	0.20-5.38	0.964
ความสนใจเข้าร่วมโครงการ (อ้างอิง: ไม่สนใจ)	75.70	16.65-344.20	0.000
ราคาค่าบริการเริ่มต้น (บาท) (อ้างอิง: 300 บาท)			
• 500 บาท	0.43	0.06-2.84	0.379
• 700 บาท	0.14	0.02-0.89	0.037
• 1,000 บาท	0.12	0.02-0.78	0.026
• 1,200 บาท	0.06	0.01-0.42	0.004
ค่าคงที่	0.01	0.00008-2.34	0.102
Number of observations			418
Log likelihood			-73.989
LR chi2(45)			97.37
Prob > chi2			< 0.001
Pseudo R2			0.3969

หมายเหตุ: VAS = คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (visual analog scale)

= 0.36, $p < 0.009$) ตามลำดับ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์เชิงลบกับมูลค่าความยินดีจ่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ขนาดครัวเรือน ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุ การมีปัญหาในการดูแลตนเอง และราคาค่าบริการเริ่มต้น โดยเมื่อเทียบกับผู้ที่อยู่ในครัวเรือนขนาด 1-3 คน ผู้ที่อยู่ครัวเรือนขนาด 7 คนขึ้นไป มีมูลค่าความยินดีจ่าย

น้อยลง ร้อยละ 40 (co-efficient=-0.40, $p < 0.011$) ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น 1 ปี ทำให้มูลค่าความยินดีจ่ายลดลง ร้อยละ 4 (co-efficient=-0.04, $p < 0.041$) และผู้ที่มีปัญหาในการดูแลตนเองเล็กน้อยมีมูลค่าความยินดีจ่ายลดลงน้อยกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหา ร้อยละ 87 (co-efficient=-0.87, $p < 0.041$) (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ multiple linear regression ต่อมูลค่าที่ยินดีจ่าย

ตัวแปร	Coefficient*	SE	p-value
เพศหญิง (อ้างอิง: เพศชาย)	-0.17	0.15	0.259
อายุ 60 ปีขึ้นไป (อ้างอิง: <60 ปี)	-0.10	0.10	0.326
การศึกษา (อ้างอิง: ไม่มี/ประถมศึกษา)			
• มัธยมศึกษาตอนต้น	-0.23	0.15	0.111
• มัธยมศึกษาตอนปลายขึ้นไป	0.02	0.13	0.906
สถานภาพสมรส (อ้างอิง: โสด)			
• แต่งงาน	-0.22	0.15	0.152
• หย่าร้าง	-0.20	0.20	0.323
ขนาดครัวเรือน (อ้างอิง: 1-3 คน)			
• 4-6 คน	-0.03	0.10	0.766
• 7 คนขึ้นไป	-0.40	0.16	0.011
รายได้ครัวเรือนต่อเดือน (อ้างอิง: ≤ 10,000 บาท)			
• 10,001-20,000 บาท	0.33	0.10	0.001
• 20,001-30,000 บาท	0.50	0.15	0.001
• > 30,000 บาท	0.60	0.18	0.001
การสูบบุหรี่ (อ้างอิง: ไม่สูบ)			
• เคยสูบ	-0.29	0.19	0.125
• สูบอยู่ในปัจจุบัน	-0.18	0.22	0.419
จำนวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน (มวน)	0.03	0.02	0.055
การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (อ้างอิง: ไม่ดื่ม)			
• เคยดื่ม	0.25	0.14	0.085
• ดื่มอยู่ในปัจจุบัน	0.06	0.11	0.551
มีโรคประจำตัว (อ้างอิง: ไม่มี)	-0.04	0.09	0.699
มีประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ (อ้างอิง: ไม่มี)	-0.06	0.15	0.704
มีผู้สูงอายุในครัวเรือน (อ้างอิง: ไม่มี)	0.21	0.13	0.113
มีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุในครัวเรือน (อ้างอิง: ไม่มี)	-0.02	0.17	0.901
ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุฯ (ปี)	-0.04	0.02	0.041
เคยได้รับการเยี่ยมบ้านจากทีมหมอครอบครัว (อ้างอิง: ไม่เคย)	0.11	0.09	0.195
คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (VAS score)	0.01	0.004	0.089
การเคลื่อนไหว/การเดิน (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	0.05	0.14	0.710
• มีปัญหาปานกลาง/มาก/มากที่สุด	-0.04	0.21	0.849

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ multiple linear regression ต่อมูลค่าที่ยินดีจ่าย (ต่อ)

ตัวแปร	Coefficient*	SE	p-value
การดูแลตนเอง (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	-0.87	0.42	0.041
• มีปัญหาปานกลาง/มาก/มากที่สุด	0.32	0.62	0.614
การทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำ (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	0.51	0.27	0.059
• มีปัญหาปานกลาง/มาก/มากที่สุด	-0.53	0.44	0.236
อาการเจ็บป่วย/อาการไม่สบายตัว (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	-0.07	0.10	0.491
• มีปัญหาปานกลาง/มาก/มากที่สุด	-0.14	0.20	0.473
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (อ้างอิง: ไม่มีปัญหา)			
• มีปัญหาเล็กน้อย	0.01	0.10	0.961
• มีปัญหาปานกลาง/มาก/มากที่สุด	-0.10	0.20	0.628
ความสนใจเข้าร่วมโครงการ (อ้างอิง: ไม่สนใจ)	0.52	0.77	0.496
ราคาค่าบริการเริ่มต้น (บาท) (อ้างอิง: 300 บาท)			
• 500 บาท	0.16	0.13	0.209
• 700 บาท	0.34	0.13	0.009
• 1,000 บาท	0.47	0.14	0.001
• 1,200 บาท	0.36	0.14	0.009
ค่าคงที่	4.80	0.85	< 0.001
Number of observations			339
F (36, 304)			2.86
Prob > F			< 0.001
R-squared			0.2657
Adj R-squared			0.173
Root MSE			0.749

หมายเหตุ: * natural logarithm ของมูลค่าความยินดีจ่ายที่มีหน่วยเป็นบาท, VAS = คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (visual analog scale)

วิจารณ์

การศึกษานี้ พบว่า คนส่วนใหญ่หรือมากกว่าร้อยละ 90 ของกลุ่มตัวอย่างจากอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น นี้มีความสนใจและมีความยินดีจ่ายสำหรับบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอบรรเทา ที่ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ชุมชน พยาบาล นักกายภาพบำบัด

นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เภสัชกรปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสุขภาพ (อสม.) อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ และทีมปรับปรุงสภาพที่ให้บริการทั้งที่บ้านและที่ศูนย์ดูแลระยะยาว ซึ่งกรณีบริการการดูแลที่บ้าน มีทีมหมอบรรเทาเข้าเยี่ยมและให้การดูแลที่บ้าน 1 ครั้งต่อสัปดาห์ พร้อมทั้งอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุพาทำกายภาพบำบัดและกิจกรรม

อื่นๆ ที่จำเป็นไม่เกิน 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่วนบริการการดูแลที่ศูนย์ดูแลระยะยาวสำหรับผู้ที่สามารถเดินทางไปศูนย์ได้ ซึ่งมีการดูแลด้านสุขภาพ ภายภาพบำบัด และทำกิจกรรมที่จำเป็น ในจำนวนความถี่เท่ากันกับการดูแลที่บ้าน โดยจากการศึกษาของสุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ⁽³⁸⁾ พบว่า บริการการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น มีต้นทุนทั้งหมดประมาณ 2,138,704 บาทต่อปี และจากการศึกษานี้ พบว่า มูลค่าความยินดีจ่ายสำหรับบริการดังกล่าวของพื้นที่ตัวอย่างทั้งหมดเท่ากับ 5,743,247 บาทต่อปี หรือประมาณ 370 ต่อคนต่อปี ซึ่งสูงกว่าต้นทุนของบริการเกือบ 3 เท่า และมูลค่าความยินดีจ่ายเฉลี่ยนี้มีความใกล้เคียงกับการศึกษาของปภา คมนารักษ์⁽³⁰⁾ ถึงแม้จะมีความแตกต่างของลักษณะกลุ่มประชากรและความเจริญของพื้นที่ แต่สูงกว่าผลการศึกษาของอัมภินิ ลากสมบุญรัตน์ ในกรณีการดูแลไม่เกิน 8 ชั่วโมงต่อวัน และต่ำกว่าในกรณีการดูแลตลอดทั้งวัน⁽³¹⁾ ซึ่งข้อสังเกตนี้ทำให้สะท้อนประเด็นที่ว่า ระยะเวลาการดูแลอาจจะมีผลต่อมูลค่าความยินดีจ่ายของคน ซึ่งการศึกษานี้ยังไม่ได้คำนึงถึงระยะเวลาของการเยี่ยมบ้านหรือการดูแล อย่างไรก็ตาม การใช้วิธี contingent valuation ของการศึกษาทำให้ได้มาซึ่งมูลค่าความยินดีจ่ายที่เป็นเพียงมูลค่าจากการประมาณมูลค่าของบริการและความสามารถในการจ่ายของแต่ละคน และความยินดีจ่ายแต่ละคนอาจเกิดจากอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาสุขภาพ ลักษณะของบริการ และปัจจัยทางสังคมต่างๆ ดังนั้น มูลค่าที่ได้ อาจจะน้อยหรือมากกว่าความเป็นจริงก็ได้⁽³⁷⁾

การศึกษานี้ พบว่า คนที่มีมูลค่าความยินดีจ่ายสูงกว่า คือ คนที่มีรายได้ครัวเรือนมากกว่า โดยรายได้เป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดการเพิ่มขึ้นของมูลค่าความยินดีจ่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาหลายๆ การศึกษา ตัวอย่างเช่น การศึกษาของวรวรรณ ชาญด้วยวิทย์ และนงา วะสี⁽³¹⁾ การศึกษาของ Loh และคณะ⁽²⁵⁾ การศึกษาของ Lang และ Lai⁽²⁶⁾ นอกจากนี้ มูลค่าความยินดีจ่ายต่ำกว่าในคนที่มีขนาดครัวเรือนสูงกว่า มีเวลาการดูแลผู้สูงอายุมากกว่า และเป็นผู้มี

ปัญหาในการดูแลตนเอง การศึกษานี้ยังพบว่า ปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์กับความยินดีจ่าย ได้แก่ รายได้ครัวเรือน โดยผู้ที่มีรายได้ครัวเรือนสูงกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรวรรณและนงา วะสี⁽³¹⁾ Loh และคณะ⁽²⁵⁾ Lang และ Lai⁽²⁶⁾ นอกจากนี้ ราคาบริการการดูแลที่เพิ่มทำให้ความยินดีจ่ายลดลงซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ Loh และคณะ⁽²⁵⁾ Lang และ Lai⁽²⁶⁾ และ Kitajima⁽²⁷⁾ การศึกษานี้ยังชี้ให้เห็นว่า ความยินดีจ่ายเพิ่มขึ้นในผู้ที่มีรายได้สูงกว่า เป็นผู้สูบบุหรี่ ผู้ที่มีความวิตกกังวลหรือความเครียด และค่า VAS ที่สูงกว่า อย่างไรก็ตาม ความยินดีจ่ายของคนขึ้นอยู่กับปัจจัยอื่นๆ อีก เช่น ลักษณะของบริการ⁽³¹⁾ ระบบการดูแลที่มีอยู่แล้ว⁽²⁸⁾ ความชื่นชอบบริการที่ได้รับและความใกล้ชิดกับผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการ^(28,31) ซึ่งการศึกษานี้ยังไม่ได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ แต่การศึกษานี้ก็สามารถชี้ให้เห็นว่า มูลค่าความยินดีจ่ายไม่ได้แตกต่างไปจากการศึกษาอื่นๆ มากนัก แม้ว่าจะแตกต่างกันในเชิงลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่และความเจริญด้านเศรษฐกิจ และจุดเด่นของการศึกษานี้ก็คือ ใช้ข้อมูลประชากรอายุตั้ง 18 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นวัยแรงงานและวัยสูงอายุที่ต้องการการดูแลและข้อจำกัดของการศึกษาที่สำคัญ คือ ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยและอยู่เพียงในพื้นที่จังหวัดเดียวทำให้ไม่สามารถสะท้อนภาพความแตกต่างระหว่างพื้นที่ได้

จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษา

จุดเด่นของการศึกษานี้ คือ เป็นการศึกษาในกลุ่มประชากรทั่วไปอายุ 18 ปีขึ้นไปและใช้ contingent method ทำให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนความยินดีจ่ายของประชากรทั่วไป นอกเหนือจากการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในพื้นที่เมืองและเป็นผู้ที่ต้องใช้บริการอยู่แล้ว และผู้วิจัยเชื่อว่าการศึกษานี้ น่าจะมีประโยชน์และสามารถนำไปใช้เป็นตัวอย่างสำหรับการศึกษาในพื้นที่อื่นๆ และสำหรับการขยายพื้นที่ต่อไป ข้อจำกัดของการศึกษานี้มีอยู่หลายประเด็น ได้แก่ 1) เป็นการศึกษาเพียงในพื้นที่เดียว ทำการศึกษาในพื้นที่เทศบาลตำบลสะอาดและ

ตำบลหนองกุ้ง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น จึงทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลไปใช้ในระดับประเทศได้ 2) ข้อมูลด้านรายได้แบบกลุ่ม เนื่องจากไม่ใช่ตัวรายได้จริงที่เป็นตัวเลข แต่เป็นการเก็บเชิงกลุ่มรายได้แทน ทำให้อาจไม่เห็นความสัมพันธ์กับความต้องการการบริการนี้ 3) เนื่องจากเป็นข้อมูลการประเมินด้วยตนเองซึ่งมักจะนำไปสู่ปัญหาของข้อมูล โดยเฉพาะด้านปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล อย่างไรก็ตาม การจัดการของพื้นที่ตำบลสะอาดนี้สามารถเป็นกรณีศึกษาสำหรับพื้นที่การทำงานอื่นที่มีบริบทและรูปแบบกิจกรรมใกล้เคียงกันได้ และการศึกษาี้สามารถเป็นการศึกษาด้านแบบของการใช้ contingent method เพื่อประเมินมูลค่าความยินดีจ่ายสำหรับบริการสุขภาพอื่นๆ ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การศึกษาให้เกิดหลักฐานเชิงประจักษ์ด้านความยินดีจ่ายสำหรับบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังคงมีความสำคัญอย่างมากเพื่อสนับสนุนกระบวนการตัดสินใจในการจัดสรรงบประมาณของภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

2. การศึกษาครั้งต่อไปควรใช้สื่อที่ทำให้เห็นภาพของการบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงให้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น เช่น จัดทำวิดีโอเกี่ยวกับกิจกรรมที่จะเกิดขึ้นในการให้บริการ มีตัวอย่างภาพการเปลี่ยนแปลงก่อนและหลังการรับบริการในการดูแล และครอบคลุมพื้นที่อื่นให้เกิดความหลากหลายของพื้นที่และสามารถสะท้อนภาพการศึกษาเชิงเปรียบเทียบได้มากยิ่งขึ้น

สรุป

คนส่วนใหญ่ในอำเภอน้ำพองจังหวัดขอนแก่นให้ความสนใจและยินยอมจ่ายบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีมูลค่าความยินดีทั้งหมดประมาณ 5.7 ล้านบาทหรือเฉลี่ยประมาณ 370 บาทต่อคน โดยผู้ที่มีมูลค่าความ

ยินดีจ่ายสูงกว่าคือผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีรายได้สูงกว่า และเป็นผู้ที่มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่จำเป็นประจำมากกว่า มูลค่าความยินดีจ่ายลดลงเมื่อขนาดครัวเรือนเพิ่มขึ้นและระยะเวลาในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้ไม่สามารถเสร็จสมบูรณ์หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากทุกท่านและทุกฝ่าย ดังนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่ได้สนับสนุนทุนสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและศูนย์การดูแลระยะยาว (LTOP) ของอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความช่วยเหลือในการลงเก็บข้อมูลในพื้นที่ นอกจากนี้ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ยังให้ความอนุเคราะห์ด้านสิ่งอำนวยความสะดวกและพื้นที่สำหรับการวิเคราะห์และการจัดทำรายงานการวิจัยครั้งนี้

References

1. Jones G. Tracking demographic changes in Thailand and policy implications. In: Jones G, Im-em W, editors. Impact of demographic change in Thailand. Bangkok: United Nations Population Fund; 2011. p. 1-16.
2. Pakulski J. Facing the challenges of an ageing society. In: Kendig H, McDonald P, Piggott J, editors. Population ageing and Australia's future. Canberra: ANU press; 2016. p.111-134.
3. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute (TGRI). Situation of the Thai elderly 2020. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research; 2021. p. 1-135. (in Thai)
4. Ministry of Social Development and Human Security. The Thai elderly; present and future. Bangkok: Techno M-Society; 2014. (in Thai)
5. National Health Security Office. Handbook of long-term care for dependent elderly under the national health security system. Bangkok: National Health Security Office; 2007. p. 1-87. (in Thai)
6. Office of the National Economic and Social Development Council. Competency of the Thai population for future development in Thailand. Paper presented at: The Movement of 12th National Plan for the Future of Thailand; 2017 July



- 3; Nonthaburi, Thailand. Available from: <https://waa.inter.nstda.or.th/stks/pub/2017/20170702-1-Thailand-potential-for-future-Thailand.pdf>. (in Thai)
7. Zaidi A. Population ageing and financial and social sustainability challenges of pension systems in Europe: a cross-national perspective. *The future of multi-pillar pensions*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2012. (in Thai)
8. Chandoevit W, Chawla A. Economic impact and human capital. In: Jones G, Im-em W, editors. *Impact of demographic change in Thailand*. Bangkok: United Nations Population Fund; 2011. p. 85-98.
9. Bundhamcharoen K, Patcharanarumol W, Pagaiya N, Tangcharoensathien V. Demographic and health transition: health systems challenges and future direction. In: Jones G, Im-em W, editors. *Impact of demographic change in Thailand*. Bangkok: United Nations Population Fund; 2011. p. 65-84.
10. Office of the National Economic and Social Development Council. Elderly statistics. Bangkok, Thailand [internet]. [cited 2022 Sep 12]. Available from: <https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=social>. (in Thai)
11. Ministry of Public Health. Annual report 2019. Division of Non Communicable Diseases [internet]. [cited 2020 Feb 27]. Available from: <http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/ReportAnnualDNCD62> (in Thai)
12. National Statistical Office. Report on the 2017 survey of the older persons in Thailand. Bangkok: National Statistical Office; 2018. p. 1-221. Available from: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2017/Full%20Report_080618.pdf. (in Thai)
13. King P, Jackson H. Public finance implications of population ageing. Ottawa: Department of Finance Working Paper; 2000-08. p. 1-49. Available from: https://epe.lac-bac.gc.ca/100/200/301/finance/working_papers-ef/2000/2000-08/2000-08e.pdf.
14. Doungthipsirikul S. Having universal health coverage, what Thai households have to pay for?. Nonthaburi: HITAP Policy Brief 2561;5(50):1-4. Available from: <https://www.hitap.net/documents/172913>. (in Thai)
15. The Act on the Elderly B. E. 2546 (2003). [updated 2003 Dec 22; cited 2021 Aug 25]. Available from: http://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20160807155130_1.pdf. (in Thai)
16. Ministry of Public Health. Technical guidance for budgeting and financial management for health care services for dependent elderly and services from the health security scheme provided by local government under the administration of the Ministry of Public Health [internet]. 2018. [cited 2021 Aug 25]. p. 1-13. Available from: <https://dhes.moph.go.th/?p=6245>. (in Thai)
17. National Health Security Office. Meeting for clarification over the budget for public health services for dependent elderly in the year 2017. [updated 2016 Oct 12; cited 2021 Aug 25]. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc27.pdf. (in Thai)
18. National Health Security Office. Guidance of budget fund in the year 2016. Bangkok; Thailand. [cited 2021 Aug 25]. Available from: https://www.nhso.go.th/page/fund_long_term_care. (in Thai)
19. National Health Security Office. Guidance of budget fund in the year 2017. Bangkok; Thailand [internet]. [cited 2021 Aug 25]. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc04.pdf. (in Thai)
20. National Health Security Office. Guidance of budget fund in the year 2018. Bangkok; Thailand [internet]. [cited 2021 Aug 25]. Available from: https://www.nhso.go.th/storage/files/shares/PDF/fund_ltc05.pdf. (in Thai)
21. National Health Security Office. Guidance of budget fund in the year 2019. Bangkok; Thailand [internet]. [cited 2021 Aug 25]. Available from: https://www.nhso.go.th/page/fund_long_term_care. (in Thai)
22. Hanemann WM. Willingness to pay and willingness to accept: how much can they differ?. *The American Economic Review* 1991;81(3):635-47.
23. Breidert C, Hahsler M, Reutterer T. A review of methods for measuring willingness-to-pay. *Innovative Marketing* 2006;2(4):8-32.
24. Cookson R. Willingness to pay methods in health care: a sceptical view. *Health Economics* 2003;12(11):891-4.
25. Loh CP, Shapiro A. Willingness to pay for home-and community-based services for seniors in Florida. *Home Health Care Services Quarterly* 2013;32(1):17-34.
26. Lang HC, Lai MS. Willingness to pay to sustain and expand National Health Insurance services in Taiwan. *BMC Health Services Research* 2008;8(261):1-10.
27. Kitajima T. Willingness to pay for long-term care insurance system in a municipality in Tokyo. *Asia Pacific Journal of Public Health* 1999;11(2):101-8.
28. Nieboer AP, Koolman X, Stolk EA. Preferences for long-term care services: willingness to pay estimates derived from a discrete choice experiment. *Social Science & Medicine* 2010;70(9):1317-25.
29. Kananurak P. Willingness to pay for voluntary health insurance

- ance after retirement in Thailand. *NIDA Development Journal* 2014;54(2):117-57.
30. Lapsomboondee A, Sukpaiboonwat S, Ratniyom A. willingness to pay for long-term care for the elderly. *Journal of Economics and Management Strategy* 2021;8(1):115-29.
 31. Chandoevvit W, Wasi N. Estimating demand for long-term care insurance in Thailand: evidence from a discrete choice experiment. Puey Ungphakorn Institute for Economic Research discussion paper 106; 2019. p.1-29.
 32. Kim KC, Kwon SC. Health expenditure difference according to individual copayment in national health insurance system. *The Open Public Health Journal* 2021;14(1):225-32.
 33. Kiil A, Houlberg K. How does copayment for health care services affect demand, health and redistribution? A systematic review of the empirical evidence from 1990 to 2011. *The European Journal of Health Economics* 2014;15(8):813-28.
 34. Mulvaney-Day NE. Using willingness to pay to measure family members' preferences in mental health. *J Ment Health Policy Econ* 2005;8(2):71-81.
 35. Hanemann WM. Willingness to pay and willingness to accept: how much can they differ?. *The American Economic Review* 1991;81(3):635-47.
 36. Amilon A, Ladenburg J, Siren A, Østergaard SV. Willingness to pay for long-term home care services: evidence from a stated preferences analysis. *The Journal of the Economics of Ageing* 2020;17(100238):1-22.
 37. Klose T. The contingent valuation method in health care. *Health policy* 1999;47(2):97-123.
 38. Chaiyasong S, Saenkong N, Saramunee K, Malasai K, Kalapat R. Impacts of dependent elderly care program by family care team in Namphong district, Khon Kaen province. Final research report. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2020. [cited 2021 Aug 25]. Available from: <https://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/handle/11228/5309/hs2637.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. (in Thai)