

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม
สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ กับแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้
และการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุ

เนื่องจาก การรักษาพยาบาลหรือการใช้ยาสมุนไพร มักจะเกี่ยวข้องกับผู้ที่ปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วย ดังนั้น การวิเคราะห์ในส่วนนี้จึงจำกัดอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจ โดยจะแบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนแรกเป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ กับแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ โดยใช้วิธีวิเคราะห์แบบตารางไขว้ (cross-tabulations) ส่วนที่สอง ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ กับการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วย โดยวิธีการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (multiple classification analysis) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ กับแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจ

แบบแผนการรักษาพยาบาลที่ศึกษาในส่วนนี้ แบ่งเป็น 6 หมวด คือ สถานบริการ สาธารณสุขของรัฐ สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน ชื้อยากินเอง รักษาแผนโบราณ รักษาด้วยวิธีอื่นๆ และไม่รักษา (ดูคำอธิบายการสร้างตัวแปร ในหน้า 31-32) ผลการสำรวจซึ่งจัดแบบแผนการรักษาพยาบาลเป็นกลุ่มดังกล่าว พบว่า การซื้อยากินเอง เป็นวิธีการรักษาการเจ็บป่วยที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือ ใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน ไม่รักษา มีส่วนน้อยที่รักษาแผนโบราณและรักษาด้วยวิธีอื่นๆ (บรรทัดแรกของ ตารางที่ 17) ดังมีรายละเอียดของการศึกษาต่อไปนี้

1. ปัจจัยทางประชากร

1.1 อายุ

อายุนับเป็นปัจจัยทางประชากรที่สำคัญ ที่น่าจะส่งผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ที่แตกต่างกัน เพราะในแต่ละช่วงอายุ ความสามารถและปฏิกิริยาของร่างกายที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมจะไม่เหมือนกัน ยิ่งอายุมากขึ้นความเสี่ยงของอวัยวะต่างๆ จะเพิ่มขึ้น ผู้มีอายุมากจึงมีสุขภาพทรุดโทรมและเจ็บป่วยได้ง่าย อาจต้องใช้ระยะเวลารักษานาน หรือต้องรักษาบ่อยครั้งกว่า ผู้ที่มีอายุมากจึงน่าจะเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้มีอายุน้อย


ตารางที่ 17 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจจำแนกตามอายุและเขตที่อยู่อาศัย ปรากฏผลว่า ในระดับ 2 ตัวแปร แบบแผนการรักษาพยาบาลแตกต่างกันตามกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าการศึกษาตนเองจะเป็นวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุใช้มากกว่าวิธีอื่นๆ ก็ตาม แต่ในส่วนของ การใช้สถานบริการสาธารณสุขนั้น พบว่า ผู้สูงอายุที่อายุต่ำกว่า 75 ปี มีร้อยละที่เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุ 75 ปี และมากกว่า คือ ร้อยละ 31.4-32.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 26.2 ผู้สูงอายุที่อายุ 70 ปีขึ้นไปใช้สถานบริการสาธารณสุขของเอกชนมากกว่าผู้สูงอายุที่อายุต่ำกว่า ความแตกต่างของแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ตามกลุ่มอายุไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อนำเขตที่อยู่อาศัย มาประกอบในการพิจารณา (ตารางที่ 17)

เนื่องจากเขตที่อยู่อาศัยจะแตกต่างกันในสภาพความเป็นอยู่ วิธีการดำเนินชีวิต ความเจริญของเทคโนโลยีต่างๆ ตลอดจนการมีแหล่งรักษาพยาบาลที่ต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ต่างกันได้ ผลการศึกษาพบเช่นเดียวกับในระดับ 2 ตัวแปร เฉพาะในเขตเมืองอื่น แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในกรุงเทพฯ ผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่างๆ เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชนในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง โดยผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-69 ปี มีสัดส่วนการเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ความสัมพันธ์ที่พบไม่เป็นไปตามสมมติฐานและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในเขตชนบท ร้อยละของผู้สูงอายุทุกกลุ่มอายุใช้สถานบริการของรัฐ สูงกว่าใช้สถานบริการฯ ของเอกชนเกือบ 5 เท่า โดยผู้สูงอายุกลุ่มอายุ 65-69 ปี เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่ากลุ่มอายุอื่น ทั้งนี้เนื่องจากว่า การเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับสิ่งที่มีอยู่ในชุมชน ในชนบทสถานบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่ที่มีอยู่มักเป็นของรัฐ โรงพยาบาลและคลินิกของเอกชน ซึ่งมีน้อยและกระจุกอยู่ในเขตที่เจริญแล้วเช่น เขต

เมืองหรือเขตเทศบาลเท่านั้น ดังนั้นโอกาสที่คนชนบทจะได้ใช้สถานบริการฯ ของเอกชนจึงน้อยกว่าที่จะใช้สถานบริการฯ ของรัฐ

จากข้อมูลที่แสดงโดยการสำรวจครั้งนี้ อาจสรุปได้ว่า ในระดับ 2 ตัวแปร แบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยกลุ่มอายุต่างๆ เลือกใช้ ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ทิศทางความสัมพันธ์ตรงข้ามสมมติฐาน เมื่อนำเขตที่อยู่อาศัยมาพิจารณาร่วมด้วย พบว่า มีความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาล ที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ตามกลุ่มอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในเขตชนบท ส่วนในกรุงเทพฯ และเขตเมืองอื่น ผู้สูงอายุกลุ่มอายุต่างๆ มีสัดส่วนที่เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐแตกต่างกันค่อนข้างน้อย และไม่เป็นที่ไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จึงยังไม่อาจกล่าวได้ว่า อายุมีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 17 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะเวลา 12 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามอายุและเขตที่อยู่อาศัย

อายุ	สถานบริการสาธารณสุข		ข้อหา			ไม่รักษา	รวม
	รัฐ	เอกชน	กินเอง	โบราณ	อื่น ๆ		
รวม	30.5	11.4	50.4	1.3	0.4	6.1	100(2431)
60-64 ปี	31.4	9.5	50.7	1.0	0.2	6.2	100(857)
65-69 ปี	32.6	10.8	50.2	0.8	0.3	5.4	100(559)
70-74 ปี	31.8	13.3	47.2	1.8	-	5.8	100(427)
75 ⁺ ปี	26.2	13.4	52.6	1.8	0.9	5.1	100(589)
	$\chi^2 = 26.6$		$\alpha \leq 0.05$				
กรุงเทพฯ							
60-64 ปี	23.6	35.9	36.1	0.6	-	3.8	100(86)
65-69 ปี	34.6	26.6	35.7	0.4	-	2.8	100(62)
70-74 ปี	30.9	37.0	26.3	2.6	-	3.2	100(56)
75 ปี ⁺	31.4	41.5	23.4	0.8	0.8	2.7	100(65)
	$\chi^2 = 9.3$		$\alpha \geq 0.05$				
เขตเมืองอื่น							
60-64 ปี	32.1	17.1	43.7	0.5	0.3	6.4	100(155)
65-69 ปี	29.4	19.0	45.3	1.0	0.2	5.1	100(96)
70-74 ปี	32.1	18.2	44.7	0.8	0.2	4.1	100(81)
75 ⁺ ปี	26.4	21.1	47.3	0.8	0.1	4.3	100(100)
	$\chi^2 = 4.9$		$\alpha \geq 0.05$				
เขตชนบท							
60-64 ปี	32.3	3.9	54.4	1.2	0.2	7.9	100(616)
65-69 ปี	33.1	6.3	53.6	0.8	0.4	5.9	100(401)
70-74 ปี	31.9	7.4	52.0	1.9	-	6.8	100(290)
75 ⁺ ปี	25.3	7.3	58.3	2.2	1.3	5.6	100(424)
	$\chi^2 = 27.3$		$\alpha \leq 0.05$				

1.2 เพศ

เนื่องจากเพศชายและหญิงมีความแตกต่างกันในการดำเนินชีวิต การประกอบอาชีพ หน้าที่การงาน รวมทั้งมีพฤติกรรมอนามัยที่แตกต่างกัน ถึงแม้เพศหญิงสนใจที่จะรักษาสุขภาพและไปรับการรักษาพยาบาลเมื่อเริ่มมีอาการป่วยมากกว่าเพศชาย แต่เพศชายจะมีความทันสมัย มีโอกาสในสังคมจากการประกอบอาชีพและหน้าที่รับผิดชอบต่างๆ ประกอบกับบทบาทของการเป็นหัวหน้าครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบต่อการเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นเมื่อเกิดเจ็บป่วยขึ้นเพศชายจึงต้องหาทางบำบัดรักษาให้หายขาด โดยเลือกใช้แหล่งรักษาพยาบาลที่ไม่สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมาก ด้วยเหตุนี้เพศชายจึงน่าจะมีแนวโน้มเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าเพศหญิง

ตารางที่ 18 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามเพศและภาวะสุขภาพ พบว่าแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ไม่แตกต่างกันมากตามเพศของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ทั้งผู้สูงอายุชายและหญิงมีร้อยละที่เลือกซื้อยากินเองมากกว่าวิธีอื่น รองลงมาคือ ใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ของเอกชน ไม่รักษา รักษาแผนโบราณและรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

เมื่อนำภาวะสุขภาพในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ มาพิจารณาประกอบ ทั้งนี้เนื่องจากการเจ็บป่วยและหรือบาดเจ็บในช่วงเวลาดังกล่าว ผู้สูงอายุอาจเจ็บป่วยด้วยโรคที่ต่างจากการเจ็บป่วยในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจ ส่งผลให้เลือกใช้แบบแผนการรักษาพยาบาลที่ต่างกันได้ จากผลการศึกษาที่ยังพบว่า แบบแผนการรักษาพยาบาล ระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงที่ป่วย ไม่แตกต่างกัน โดยมีแนวโน้มว่า ทั้งในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีและไม่มีปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุชายและหญิงที่ป่วยเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐเกือบไม่ต่างกัน

ผลการศึกษาที่พบ อาจสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีอิทธิพลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ แสดงว่า ผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่ป่วยมีแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้คล้ายกัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 18 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามเพศและภาวะสุขภาพ

เพศ	สถานบริการสาธารณสุข		ชื้อษา กิน เอง	แผน		ไม่ รักษา	รวม
	รัฐ	เอกชน		โบราณ	อื่นๆ		
รวม							
ชาย	30.9	11.0	50.9	1.2	0.3	5.8	100 (1086)
หญิง	30.2	11.8	50.0	1.3	0.5	6.3	100 (1537)
	$\chi^2 = 1.4$		$\alpha \geq 0.05$				
ภาวะสุขภาพไม่ดี							
ชาย	48.7	11.8	35.5	3.9	-	0.2	100 (173)
หญิง	46.7	13.1	33.6	3.1	0.4	1.0	100 (194)
	$\chi^2 = 2.4$		$\alpha \geq 0.05$				
ภาวะสุขภาพดี							
ชาย	27.5	10.8	53.8	0.7	0.3	6.8	100 (913)
หญิง	27.4	11.5	52.8	0.7	0.5	7.1	100 (1151)
	$\chi^2 = 0.8$		$\alpha \geq 0.05$				

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

2.1 ลักษณะของงานที่ทำ

ลักษณะของงานที่ทำ นับเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ เนื่องจากการทำงานทำให้มีรายได้ มีฐานะเศรษฐกิจที่มั่นคง ผู้ที่ทำงานจึงมีความสามารถเลือกรับบริการจากแหล่งรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ แต่ผู้ที่ไม่ได้ทำงาน มักจะเป็นผู้มีรายได้ไม่แน่นอนหรือแทบจะไม่มีรายได้ เป็นของตนเองต้องขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น เมื่อเจ็บป่วยจึงไม่สามารถรับการรักษาจากแหล่งรักษาพยาบาลที่มีค่ารักษาที่แพงได้ จึงเลือกมารับการรักษาจากแหล่งรักษาพยาบาลที่มีราคาถูกลงว่า ซึ่งได้แก่สถานบริการฯ ของรัฐ ต่างจากผู้ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมซึ่งน่าจะมีรายได้ที่ดีกว่า มีการศึกษามากกว่า รวมทั้งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยให้สามารถเลือกใช้ การรักษาพยาบาลจากแหล่งรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ

ตารางที่ 19 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามลักษณะของงานที่ทำและเขตที่อยู่อาศัย พบว่า มีความแตกต่างกันในแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ ตามกลุ่มอาชีพของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แม้ว่าทุกกลุ่มอาชีพจะเลือกใช้การชื้อยากินเองมากกว่าการไปรับบริการจากสถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชน แต่วิธีหรือแบบการรักษาสองแบบนี้ เป็นวิธีที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เลือกใช้ คือ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมและที่ไม่ได้ทำงาน มีร้อยละที่ชื้อยากินเองมากกว่า ผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน จะเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอาชีพอื่น ๆ ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม มีร้อยละที่เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐต่ำกว่ากลุ่มอาชีพอื่น แต่จะใช้สถานบริการฯ ของเอกชนมากที่สุด ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

เมื่อนำเขตที่อยู่อาศัยมาเป็นตัวแปรคุม พบว่า ความแตกต่างของแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุคล้ายกับระดับ 2 ตัวแปรทั้งในกรุงเทพฯ เขตเมืองอื่นและชนบท เป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยในกรุงเทพฯ ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงาน เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชนมากที่สุด ในเขตเมืองอื่นและชนบท แบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วย แตกต่างกันตามกลุ่มอายุ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ โดยยังคงพบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ได้ทำงานใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอาชีพอื่น และในชนบท ผู้สูงอายุทุกกลุ่มอาชีพใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ มากกว่าใช้สถานบริการสาธารณสุขของเอกชนเกือบ 5 เท่า และผู้สูงอายุที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน มากกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอาชีพอื่น

ผลการวิจัยที่พบ ชี้แนะว่า ความสัมพันธ์ในระดับ 2 ตัวแปรมีความแตกต่างของแบบแผนการรักษาพยาบาลตามกลุ่มอาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ เมื่อนำเขตที่อยู่อาศัยมาพิจารณาด้วย ยิ่งคงพบว่า ลักษณะของงานที่ทำมีผลต่อการเลือกใช้แบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเช่นเดียวกับในระดับ 2 ตัวแปร ทั้งในกรุงเทพฯ เขตเมืองอื่นและชนบท เป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจกล่าวได้ว่า ในเรื่องแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ตามลักษณะของงานที่ควรมีการศึกษาต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 19 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะเวลา 12 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามลักษณะของงานที่ทำและเขตที่อยู่อาศัย

ลักษณะของงานที่ทำ	สถานบริการสาธารณสุข		ชื้อยา กินเอง	แผน โบราณ	ไม่ อื่นๆ	ไม่ รักษา	รวม
	รัฐ	เอกชน					
รวม							
ไม่ได้ทำงาน	32.0	13.0	48.0	1.3	0.2	5.5	100 (1611)
เกษตรกรรม	28.9	4.7	57.2	1.2	0.8	7.3	100 (600)
นอกภาคเกษตรฯ	23.7	18.2	49.7	1.8	0.3	6.2	100 (221)
	$\chi^2 = 54.7$			$\alpha < 0.05$			
กรุงเทพฯ							
ไม่ได้ทำงาน	32.7	35.6	27.4	1.0	0.1	3.2	100 (222)
เกษตรกรรม	[19.9]	[30.7]	[40.1]	-	-	[9.3]	100 (6)
นอกภาคเกษตรฯ	13.5	34.3	48.9	1.1	-	2.2	100 (41)
	$\chi^2 = 10.6$			$\alpha > 0.05$			
เขตเมืองอื่น							
ไม่ได้ทำงาน	32.1	19.5	42.8	0.4	0.1	5.0	100 (291)
เกษตรกรรม	26.5	10.2	57.8	-	0.3	5.3	100 (61)
นอกภาคเกษตรฯ	25.9	22.0	43.8	2.3	0.2	5.9	100 (80)
	$\chi^2 = 10.2$			$\alpha > 0.05$			
เขตชนบท							
ไม่ได้ทำงาน	31.8	6.7	53.6	1.5	0.3	6.1	100 (1097)
เกษตรกรรม	29.2	3.8	57.3	1.3	0.8	7.5	100 (534)
นอกภาคเกษตรฯ	26.1	8.6	54.7	1.8	0.6	8.2	100 (100)
	$\chi^2 = 12.7$			$\alpha > 0.05$			

หมายเหตุ: ร้อยละที่แสดงในวงเล็บ [] ได้จากจำนวนตัวอย่างที่ไม่ถ่วงน้ำหนักต่ำกว่า 30 ราย

2.2 ขนาดครัวเรือน

การมีผู้อาศัยร่วมกันจำนวนมากภายในครัวเรือน ย่อมเป็นภาระค่อนข้างหนักแก่ผู้ที่ต้องรับผิดชอบเลี้ยงดู ทั้งในยามปกติและเมื่อเจ็บป่วย ยิ่งหากผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่ประกอบด้วยเด็กและผู้สูงอายุมากกว่าผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน ย่อมเพิ่มปัญหาในการเลี้ยงดูมากขึ้น เพราะขาดกำลังเงิน ส่งผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้เมื่อเจ็บป่วย ทำให้ต้องเลือกใช้การรักษาพยาบาลที่เสียค่าใช้จ่ายน้อย ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก จึงน่าจะรับการรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่า ผู้ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนน้อยกว่า

จากผลการศึกษา ดังตารางที่ 20 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจจำแนกตามขนาดครัวเรือน และเขตที่อยู่อาศัย ในระดับ 2 ตัวแปร พบว่า โดยรวมแล้วผู้สูงอายุที่อาศัยในครัวเรือนขนาดต่างๆ นิยมซื้อยามากกว่าวิธีอื่นๆ รองลงมาคือ ใช้สถานบริการสาธารณสุข (ของรัฐและของเอกชน) ไม่รักษา รักษาแผนโบราณและวิธีอื่นๆ เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาลตามขนาดครัวเรือน ปรากฏผลว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีส่วนของการใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐน้อยที่สุด ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิก 2-4 คน มีส่วนการเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากที่สุด

เมื่อพิจารณาตามเขตที่อยู่อาศัย (ตารางที่ 20) พบว่า ในกรุงเทพฯ ผู้สูงอายุในทุกขนาดครัวเรือนใช้สถานบริการสาธารณสุข (ทั้งของรัฐและเอกชน) มากกว่าซื้อยามากกว่าวิธีอื่นๆ ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิก 7 คนและมากกว่า ใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยในขนาดครัวเรือนอื่น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในเขตเมืองอื่นและชนบทกลับพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิก 2-4 คนใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากที่สุด ความแตกต่างระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้เมื่อนำเขตที่อยู่อาศัยมาพิจารณาด้วย จึงไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาที่พบ ในระดับ 2 ตัวแปร แบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ แตกต่างกันตามขนาดครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อนำเขตที่อยู่อาศัยมาร่วมพิจารณาด้วย ในกรุงเทพฯ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก ใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากที่สุด เป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนในเขตเมืองอื่นและชนบท พบคล้ายกับในระดับ 2 ตัวแปร แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างระหว่างแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ตามขนาดครัวเรือน ควรมีการศึกษาต่อไป

ตารางที่ 20 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะเวลา 12 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามขนาดครัวเรือนและเขตที่อยู่อาศัย

ขนาด ครัวเรือน	สถานบริการสาธารณสุข		ซื้อยา กินเอง	แผน		ไม่ รักษา	รวม
	รัฐ	เอกชน		โบราณ	อื่นๆ		
รวม							
1 คน	27.7	10.3	56.7	1.9	1.1	2.3	100 (69)
2-4 คน	32.1	9.9	49.1	1.5	0.7	6.6	100 (964)
5-6 คน	29.7	11.5	53.2	0.9	0.1	4.6	100 (759)
7 คน ⁺	29.1	13.6	48.5	1.4	0.1	7.0	100 (543)
	$X^2 = 23.4$		$\alpha \leq 0.05$				
กรุงเทพฯ							
1 คน	[31.7]	[41.1]	[17.9]	[6.7]	-	[2.7]	100 (8)
2-4 คน	28.8	34.1	35.1	0.5	-	1.4	100 (91)
5-6 คน	27.2	35.6	31.9	0.5	-	4.8	100 (75)
7 คน ⁺	31.9	35.7	27.1	1.4	0.2	3.6	100 (94)
	$X^2 = 6.8$		$\alpha > 0.05$				
เขตเมืองอื่น							
1 คน	28.5	13.3	53.4	1.5	-	3.3	100 (19)
2-4 คน	33.8	13.5	46.5	1.1	0.1	5.1	100 (176)
5-6 คน	31.0	20.2	44.1	0.1	-	4.6	100 (129)
7 คน ⁺	23.7	26.1	42.5	0.8	0.5	1.5	100 (108)
	$X^2 = 11.8$		$\alpha \geq 0.05$				
เขตชนบท							
1 คน	26.5	2.8	65.8	1.2	1.9	1.7	100 (39)
2-4 คน	32.2	5.9	51.6	1.7	1.0	7.7	100 (697)
5-6 คน	29.7	6.2	58.2	1.1	0.1	4.6	100 (555)
7 คน ⁺	29.9	5.8	54.6	1.6	-	8.1	100 (440)
	$X^2 = 22.5$		$\alpha \geq 0.05$				

หมายเหตุ: ร้อยละที่แสดงในวงเล็บ [] ได้จากจำนวนตัวอย่างที่ไม่ถ่วงน้ำหนักต่ำกว่า 30 ราย

3. ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

3.1 การศึกษา

การศึกษาจะช่วยเพิ่มพูนความรู้ ทำให้รู้จักพัฒนาตนเองพิจารณาสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผลมีความรอบคอบ ในด้านสุขภาพอนามัยจะรู้จักปฏิบัติตนที่จะรักษาสุขภาพให้แข็งแรง และเมื่อเจ็บป่วยผู้ที่มีการศึกษาสูงซึ่งมักมีฐานะทางเศรษฐกิจดีด้วย จะเลือกรับการรักษาจากแหล่งบริการที่มีคุณภาพและสะดวกรวดเร็ว คือ สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน เพื่อให้ได้ผลในการรักษา ส่วนผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าจะเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ เพราะเสียค่าบริการไม่แพง

ในการศึกษาครั้งนี้ ดังตารางที่ 21 ปรากฏผลว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการใช้สถานบริการสาธารณสุข กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า จะเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของเอกชนมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาจะช้อชากินเองมากที่สุดและมักจะเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ นอกจากนี้ แบบแผนการรักษาพยาบาลอื่นที่ผู้สูงอายุกลุ่มการศึกษาต่างๆ เลือกใช้ได้แก่ ไม่รักษา รักษาแผนโบราณและวิธีอื่นๆ ในสัดส่วนที่ไม่ต่างกันมากนัก ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้กับการศึกษา เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้และมีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาอาจกล่าวได้ว่า การรักษาที่สถานบริการฯ ของเอกชน แม้จะมีประสิทธิภาพในการรักษา แต่ผู้รับบริการต้องเสียค่ารักษาพยาบาลแพงกว่าแบบอื่นๆ ดังนั้นผู้ที่มีการศึกษาน้อยโดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา จึงเลือกใช้การรักษาพยาบาลอื่นที่มีราคาถูกลงกว่าแทน เช่น สถานบริการฯ ของรัฐและช้อชากินเอง ซึ่งการศึกษานี้พบว่า มีสัดส่วนการใช้ค่อนข้างสูง

เมื่อนำเขตที่อยู่อาศัยมาประกอบในการพิจารณา (ตารางที่ 21) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ตามระดับการศึกษา เช่นเดียวกับในระดับ 2 ตัวแปรทั้งในกรุงเทพฯ และเขตชนบท แต่มีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะเขตชนบท ส่วนในเขตเมืองอื่น ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาที่พบ ก่อนนำปัจจัยที่อยู่อาศัยมาพิจารณาประกอบ พบว่า แบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ จะผันแปรตามระดับการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ป่วยที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ต่างกัน โดยผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษา เลือกใช้สถาน

บริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า เมื่อนำตัวแปรเขตที่อยู่อาศัยมาพิจารณาประกอบ ปรากฏว่า ยังคงพบความสัมพันธ์เดิมของแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ ระหว่างผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่างกัน เช่นเดียวกับระดับ 2 ตัวแปรเฉพาะในกรุงเทพฯ และเขตชนบท ส่วนในเขตเมืองอื่น กลับพบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงเลือกใช้บริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน จึงยังไม่อาจสรุปได้ว่า การศึกษามีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 21 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะ
12 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามการศึกษาและเขตที่อยู่อาศัย

การศึกษา	สถานบริการสาธารณสุข		ซื้อยา กินเอง	แผน โบราณ	ไม่ อื่นๆ รักษา	รวม	
	รัฐ	เอกชน					
รวม							
ไม่ได้รับการศึกษา	22.9	11.4	53.9	1.3	0.5	5.9	100 (1186)
ต่ำกว่าประถมศึกษา	30.5	10.4	51.3	0.9	0.2	6.7	100 (280)
ประถมศึกษา	35.5	9.7	47.3	1.2	0.2	6.1	100 (870)
มัธยมฯ และสูงกว่า	26.4	31.0	20.3	1.6	0.2	4.1	100 (81)
	$X^2 = 74.1$		$\alpha \leq 0.05$				
กรุงเทพฯ							
ไม่ได้รับการศึกษา	26.0	40.6	29.1	0.4	0.2	3.7	100 (122)
ต่ำกว่าประถมศึกษา	37.0	26.3	28.7	3.1	-	4.9	100 (19)
ประถมศึกษา	33.3	27.4	37.1	1.1	-	1.2	100 (88)
มัธยมฯ และสูงกว่า	30.6	40.2	25.4	2.0	-	1.8	100 (36)
	$x^2 = 9.7$		$\alpha \geq 0.05$				
เขตเมืองอื่น							
ไม่ได้รับการศึกษา	27.5	19.4	46.8	0.5	-	5.8	100 (200)
ต่ำกว่าประถมศึกษา	26.4	18.3	48.7	2.0	-	4.6	100 (54)
ประถมศึกษา	34.0	18.5	44.6	0.6	0.4	4.0	100 (153)
มัธยมฯ และสูงกว่า	37.9	24.6	26.2	-	-	10.7	100 (21)
	$x^2 = 9.2$		$\alpha \geq 0.05$				
เขตชนบท							
ไม่ได้รับการศึกษา	26.9	5.4	59.1	1.7	0.7	6.3	100 (865)
ต่ำกว่าประถมศึกษา	30.9	6.9	54.0	0.4	0.3	7.4	100 (208)
ประถมศึกษา	36.2	5.6	49.4	1.4	0.2	7.2	100 (629)
มัธยมฯ และสูงกว่า	[36.8]	[41.4]	[14.4]	[4.1]	-	[3.3]	100 (13)
	$X^2 = 55.3$		$\alpha \leq 0.05$				

หมายเหตุ: ร้อยละที่แสดงในวงเล็บ [] ได้จากจำนวนตัวอย่างที่ไม่ถ่วงน้ำหนักต่ำกว่า 30 ราย

3.2 เขตที่อยู่อาศัย

เป็นที่ทราบกันดีว่า กรุงเทพฯ และเขตเมืองอื่น มีความเจริญ มากกว่าเขตชนบททั้งในสภาพความเป็นอยู่ การประกอบอาชีพ การได้รับข่าวสารความรู้ ฯลฯ รวมทั้งแหล่งรักษาพยาบาลที่ทันสมัยมีประสิทธิภาพ ก็หาได้ง่าย ผู้ที่อยู่อาศัยในเขตที่เจริญจึงน่าจะมีโอกาสเลือกใช้แหล่งรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากสถานบริการสาธารณสุขของเอกชน มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทซึ่งจะเลือกใช้สถานบริการฯ ของรัฐ

ในการศึกษาคั้งนี้ ดังตารางที่ 22 พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ เขตเมืองอื่นและชนบท มีสัดส่วนที่เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐไม่ต่างกัน แต่ผู้สูงอายุที่อยู่ในกรุงเทพฯ มีร้อยละที่ใช้สถานบริการสาธารณสุขของเอกชน มากกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทเกือบ 5 เท่า นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้สูงอายุในชนบทมีร้อยละที่ไม่รักษาและรักษาด้วยแผนโบราณสูงกว่าผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ และเขตเมืองอื่น ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติและความเชื่อแบบดั้งเดิมยังคงมีหลงเหลืออยู่ในชนบท ประกอบกับความด้อยโอกาสในการประกอบอาชีพ การศึกษา สภาพความเป็นอยู่ ฯลฯ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ไม่ค่อยเหมาะสม

เมื่อนำเพศมาเป็นตัวแปรควบคุม ดังตารางที่ 22 เนื่องจากเพศชายและเพศหญิงจะมีความแตกต่างกันในการดำเนินชีวิต บทบาทในสังคม การประกอบอาชีพ อันอาจจะส่งผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ต่างกันได้ จากผลการศึกษายังคงพบความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการรักษาพยาบาลฯ ตามเขตที่อยู่อาศัยเช่นเดียวกับระดับ 2 ตัวแปรทั้งในเพศชายและหญิง ข้อค้นพบดังกล่าว จึงพอสรุปได้ว่า เขตที่อยู่อาศัยมีอิทธิพลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 22 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ใน
ระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามเขตที่อยู่อาศัยและเพศ

เขตที่ อยู่อาศัย	สถานบริการสาธารณสุข		ข้อหา			ไม่ รักษา	รวม
	รัฐ	เอกชน	กินเอง	แพน โบราณ	อื่นๆ		
รวม							
กรุงเทพฯ	29.5	35.3	30.9	1.0	0.1	3.2	100 (268)
เขตเมืองอื่น	30.2	18.6	45.1	0.7	0.2	5.2	100 (432)
เขตชนบท	30.7	5.9	54.8	1.5	0.5	6.7	100 (1731)
	$X^2 = 238.5$		$\alpha < 0.05$				
เพศชาย							
กรุงเทพฯ	28.2	33.2	34.5	1.3	-	2.9	100 (114)
เขตเมืองอื่น	31.0	16.7	41.6	1.0	-	5.8	100 (192)
เขตชนบท	31.2	6.3	54.6	1.3	0.4	6.2	100 (780)
	$X^2 = 85.1$		$\alpha < 0.05$				
เพศหญิง							
กรุงเทพฯ	30.5	36.9	28.3	0.8	0.1	3.4	100 (155)
เขตเมืองอื่น	29.5	20.2	44.7	0.5	0.3	4.8	100 (240)
เขตชนบท	30.2	5.6	54.9	1.6	0.5	7.1	100 (951)
	$X^2 = 156.0$		$\alpha < 0.05$				

4.3 ภาค

ภาคจะสะท้อนถึงวัฒนธรรมประเพณี ความเชื่อต่างๆ ของผู้อยู่อาศัยในแต่ละภาค รวมทั้งมีสภาพภูมิประเทศ ความเจริญจากการพัฒนาในด้านต่างๆ แตกต่างกันไป อันมีผลต่อพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยของผู้อยู่อาศัยในภาคต่างๆ ซึ่งอาจมีทั้งการดูแลรักษาตนเองที่มีข้อห้ามมากมายตามความเชื่อที่สืบทอดกันมา หรือซื้อยากินเอง หรือรักษาด้วยแผนปัจจุบันจากสถานบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ในแต่ละภาค อย่างไรก็ตาม การรักษาจากหมอพื้นบ้าน การเสกเป่าตามความเชื่อแต่โบราณที่คงพบในบางภาค ก็ยังเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำรงชีวิตที่สืบทอดต่อกันมา แต่ทั้งนี้ย่อมขึ้นอยู่กับการยอมรับของผู้อยู่อาศัยในภาคนั้นๆ ที่จะมีพฤติกรรมอนามัยในการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยอย่างไร

จากตารางที่ 23 แสดงร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจจำแนกตามภาคและการศึกษา พบว่า โดยรวมการซื้อยากินเองเป็นวิธีการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุในทุกภาคต่าง เลือกใช้มากที่สุด รองลงมาได้แก่ การใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ไม่รักษา รักษาแผนโบราณและวิธีอื่นๆ ความแตกต่างระหว่างแบบแผนการรักษาพยาบาลตามภาค เป็นไปตามสมมติฐานและมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ จะเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากที่สุด ร้อยละ 34.4 รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคเหนือ ในขณะที่ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (รวมกรุงเทพฯ) เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของเอกชนมากกว่าผู้สูงอายุในภาคอื่นๆ การที่ภาคที่มีความเจริญเช่น ภาคกลาง ซึ่งผู้อยู่อาศัยในภาคนั้นมีโอกาสได้รับการศึกษาและมีฐานะเศรษฐกิจสูงกว่าภาคอื่นๆ ส่งผลให้เลือกใช้แบบแผนการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจากสถานบริการฯ ของเอกชน มากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคอื่นๆ

เมื่อนำการศึกษามาเป็นตัวแปรควบคุม เนื่องจากการศึกษาจะผันแปรไปในแต่ละภาค ปรากฏว่า พบความแตกต่างของแบบแผนการรักษาพยาบาลตามภาค เช่นเดียวกับระดับ 2 ตัวแปร กล่าวคือ ทุกกลุ่มการศึกษา ยกเว้นในกลุ่มมัธยมศึกษาและสูงกว่าซึ่งมีจำนวนตัวอย่างที่ค่อนข้างน้อย ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากที่สุด ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (รวมกรุงเทพฯ) ใช้สถานบริการสาธารณสุขของเอกชนมากที่สุด แบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ตามภาคและการศึกษา แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้ศึกษาและกลุ่มประถมศึกษา เป็นไปตามสมมติฐาน ส่วนในผู้สูงอายุกลุ่มมัธยมศึกษาและสูงกว่า ไม่สามารถตีความด้วยความมั่นใจ เนื่องจากจำนวนตัวอย่างในกลุ่มดังกล่าวมีน้อย

ผลการศึกษาที่พบทั้งก่อนและหลังคุมตัวปัจจัยอื่น ภาคมีผลต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ของผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นไปตามสมมติฐานและมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 23 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจ จำแนกตามภาคและการศึกษา

ภาค	สถานบริการสาธารณสุข		ข้อหา			ไม่รักษา	รวม
	รัฐ	เอกชน	กินเอง	แพนโบราณ	อื่นๆ		
<u>รวม</u>							
ตะวันออก จ.น	29.6	4.1	58.1	0.8	0.2	7.2	100 (710)
เหนือ	27.3	9.5	54.7	1.2	0.9	6.4	100 (559)
ใต้	34.4	9.2	46.6	1.9	0.4	7.6	100 (310)
กลาง	31.8	19.6	42.6	1.5	0.2	4.3	100 (852)
(รวมกรุงเทพฯ)							
	$X^2 = 126.7$		$\alpha \leq 0.05$				
<u>ไม่ได้รับการศึกษา</u>							
ตะวันออก จ.น	24.5	4.2	65.4	0.4	-	5.5	100 (298)
เหนือ	25.0	7.8	56.6	1.4	1.6	7.6	100 (316)
ใต้	30.2	8.4	51.8	2.2	0.4	6.9	100 (174)
กลาง	28.7	20.9	44.2	1.6	0.2	4.4	100 (399)
(รวมกรุงเทพฯ)							
	$X^2 = 82.8$		$\alpha \leq 0.05$				
<u>ต่ำกว่าประถมศึกษา</u>							
ตะวันออก จ.น	21.8	3.6	62.1	0.6	-	11.9	100 (78)
เหนือ	29.4	10.0	56.0	1.0	-	3.5	100 (83)
ใต้	44.8	7.2	46.8	-	-	1.2	100 (19)
กลาง	35.4	16.7	39.8	1.2	0.6	6.4	100 (100)
(รวมกรุงเทพฯ)							
	$X^2 = 26.9$		$\alpha \geq 0.05$				

ตารางที่ 23 (ต่อ)

ภาค	สถานบริการสาธารณสุข		ซื้อยา กินเอง	แผน โบราณ	ไม่ อื่นๆ	ไม่ รักษา	รวม
	รัฐ	เอกชน					
ประถมศึกษา							
ตะวันออก จ.น	35.6	3.9	51.5	1.1	0.4	7.5	100 (320)
เหนือ	31.3	12.0	50.3	0.9	-	5.6	100 (147)
ใต้	40.2	9.1	39.6	0.9	0.3	9.9	100 (109)
กลาง	35.8	15.1	44.0	1.6	0.2	3.3	100 (294)
(รวมกรุงเทพฯ)							
				$X^2 = 34.3$	$\alpha \leq 0.05$		
มัธยมศึกษาและสูงกว่า							
ตะวันออก จ.น	[41.5]	[15.7]	[23.9]	-	-	[8.1]	100 (10)
เหนือ	[35.5]	[27.3]	[29.1]	-	-	[8.1]	100 (8)
ใต้	[32.7]	[44.5]	[14.2]	-	-	[8.7]	100 (5)
กลาง	32.2	40.6	23.4	1.5	0.3	2.0	100 (47)
(รวมกรุงเทพฯ)							
				$X^2 = 5.9$	$\alpha \geq 0.05$		

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ: ร้อยละที่แสดงในวงเล็บ [] ได้จากจำนวนตัวอย่างที่ไม่ถ่วงน้ำหนักต่ำกว่า 30 ราย

5. ปัจจัยอื่นๆ

5.1 อาการที่ป่วย

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ที่มีอาการป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลานานในการรักษา และต้องการการดูแลรักษาจากแพทย์ จึงมีแนวโน้มที่จะใช้การรักษาที่สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากกว่าผู้ที่ป่วยไม่เรื้อรัง

ผลการศึกษาในตารางที่ 24 พบว่า มีความสัมพันธ์กันระหว่างแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้กับอาการป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุทั้งที่ป่วยเรื้อรังและไม่เรื้อรังใช้สถานบริการสาธารณสุขทั้งของรัฐและเอกชนมากกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ป่วย โดยมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากที่สุดคือ ร้อยละ 52.9 รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยไม่เรื้อรังและไม่ป่วย และยังพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเรื้อรัง ชี้อาภินเองน้อยที่สุด (ร้อยละ 28.6) แบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้แตกต่างกันตามอาการที่ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หลังจากนำอายุมาเป็นตัวแปรควบคุม ยังคงพบว่า ในเกือบทุกกลุ่มอายุ ผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรัง เลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐในสัดส่วนที่มากกว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรังและไม่ป่วย เป็นไปตามสมมติฐานและมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับในกลุ่มอายุ 75 ปีและมากกว่า กลับพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรังเลือกใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐมากที่สุด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงกล่าวได้ว่า อาการที่ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ มีผลทำให้เกิดความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ แม้จะนำอายุมาร่วมพิจารณาด้วย ก็ยังคงพบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างแบบแผนการรักษาพยาบาลที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้กับอาการที่ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐาน จากผลการศึกษาดังกล่าว นับว่าเป็นแนวโน้มที่ดีที่ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเรื้อรังและไม่เรื้อรัง มีพฤติกรรมการอนามัยที่ถูกต้องเหมาะสมในการเลือกใช้การรักษาพยาบาล มีข้อน่าสังเกตว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ชี้อาภินเองในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูงในทุกกลุ่มอายุ จึงเป็นสิ่งที่หน่วยงานของรัฐควรดำเนินการแก้ไข เพราะการชื้ออาภินเองโดยไม่ระมัดระวัง อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของผู้ใช้ได้

ตารางที่ 24 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ป่วยตามแบบแผนการรักษาพยาบาลที่เลือกใช้ในระยะ 12 เดือน
ก่อนการสำรวจ จำแนกตามอาการที่ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจและอายุ

อาการที่ป่วยใน ระยะ 2 สัปดาห์ ก่อนการสำรวจ	สถานบริการสาธารณสุข		ซื้อยา กินเอง	แผน โบราณ	ไม่ อื่นๆ รักษา	รวม
	รัฐ	เอกชน				
รวม						
ป่วยเรื้อรัง	52.9	12.8	28.6	5.2	-	2.4 100(203)
ป่วยไม่เรื้อรัง	45.1	13.1	39.1	2.1	0.6	- 100(127)
ไม่ป่วย	27.4	11.2	53.2	0.9	0.4	6.9 100(2102)
	$\chi^2 = 125.6$		$\alpha < 0.05$			
60-64 ปี						
ป่วยเรื้อรัง	58.7	7.9	29.0	4.1	-	0.4 100(73)
ป่วยไม่เรื้อรัง	39.1	10.6	46.5	3.9	-	- 100(37)
ไม่ป่วย	28.4	9.6	53.0	0.6	0.2	8.2 100(747)
	$\chi^2 = 47.2$		$\alpha < 0.05$			
65-69 ปี						
ป่วยเรื้อรัง	49.2	18.6	27.8	3.7	-	0.7 100(41)
ป่วยไม่เรื้อรัง	41.3	20.8	37.9	-	-	- 100(31)
ไม่ป่วย	30.6	9.5	52.8	0.6	0.3	6.1 100(488)
	$\chi^2 = 25.2$		$\alpha < 0.05$			
70-74 ปี						
ป่วยเรื้อรัง	61.6	7.4	24.8	6.0	-	0.1 100(45)
ป่วยไม่เรื้อรัง	[54.8]	[15.1]	[24.0]	[6.1]	-	- 100(21)
ไม่ป่วย	26.8	13.9	51.4	1.0	-	6.9 100(361)
	$\chi^2 = 40.8$		$\alpha < 0.05$			
75 ปี⁺						
ป่วยเรื้อรัง	38.5	20.6	32.1	7.9	-	0.4 100(45)
ป่วยไม่เรื้อรัง	48.5	8.2	41.1	-	2.1	- 100(38)
ไม่ป่วย	23.4	13.2	55.2	1.4	0.9	5.9 100(506)
	$\chi^2 = 37.7$		$\alpha < 0.05$			

หมายเหตุ: ร้อยละที่แสดงในวงเล็บ [] ได้จากจำนวนตัวอย่างที่ไม่ถ่วงน้ำหนักต่ำกว่า 30 ราย

โดยรวม การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม และอาการที่ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ กับแบบแผนการรักษาพยาบาลในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจของผู้สูงอายุที่ป่วย อาจสรุปได้ว่า ส่วนใหญ่มีความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วย ตามลักษณะภูมิหลังที่ศึกษา แต่มีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะบางตัวแปรเท่านั้น โดยรวมแล้ว ผู้สูงอายุที่ป่วยชื้อยากินเองเป็นอันดับแรก รองลงมาคือ ใช้สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน ไม่รักษา รักษาแผนโบราณและวิธีอื่นๆ เขตที่อยู่อาศัยและอาการที่ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ มีผลให้เกิดความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างชัดเจน เป็นไปตามสมมติฐาน และมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนตัวแปรอายุ การศึกษาและภาค มีผลให้เกิดความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วยในลักษณะที่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่มีนัยสำคัญทางสถิติเฉพาะในบางกลุ่ม กล่าวคือ ตัวแปรอายุและการศึกษา มีผลให้เกิดความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะในเขตชนบท ตัวแปรภาค มีผลให้เกิดความแตกต่างในแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เฉพาะในผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษาและกลุ่มประถมศึกษา สำหรับตัวแปรลักษณะของงานที่ทำและขนาดครัวเรือนนั้นพบว่า ความแตกต่างของแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วยมีค่อนข้างน้อย แต่ในส่วนของตัวแปรเพศ ความแตกต่างของแบบแผนการรักษาพยาบาลดังกล่าวมีน้อยมาก

อาจกล่าวได้ว่า เขตที่อยู่อาศัยและอาการที่ป่วย เป็นปัจจัยที่มีผลโดยตรงต่อแบบแผนการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุที่ป่วยเลือกใช้ ส่วนปัจจัยหรือลักษณะภูมิหลังอื่นๆ ควรมีการศึกษาต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภูมิหลังทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ กับการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจ

เนื่องจากสมุนไพรนับเป็นยาที่ใช้รักษาการเจ็บป่วยต่างๆ อย่างได้ผลหากมีการนำไปใช้อย่างถูกต้องเหมาะสมและยังมีราคาถูก ดังนั้นการศึกษาถึงปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุ อาจนำไปใช้ในการวางแผนการดำเนินงานเกี่ยวกับยาสมุนไพรที่ถูกต้องเหมาะสมต่อการวิเคราะห์ในส่วนนี้ ใช้วิธีวิเคราะห์การจำแนกหมู่ ศึกษาความแตกต่างในการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วย ตามลักษณะภูมิหลังทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ ทั้งก่อนและหลังควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ โดยนำเสนอผลการวิเคราะห์เป็น

7 สมการ ดังนี้

- สมการปรับ (1) ประกอบด้วย กลุ่มตัวแปรทางประชากร ได้แก่ อายุและเพศ สมการปรับ (2) เป็นกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจ คือ ลักษณะของงานที่ทำและขนาดครัวเรือน สมการปรับ (3) เป็นกลุ่มตัวแปรทางสิ่งแวดล้อม สังคม วัฒนธรรม คือ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัยและภาค สมการปรับ (4) เป็นตัวแปรอื่นๆ คือ อาการที่ป่วย สมการปรับ (5) ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปรหรือปัจจัยทางประชากรและเศรษฐกิจ สมการปรับ (6) พิจารณาตัวแปรทางประชากร สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและอาการที่ป่วย สมการปรับ (7) พิจารณาตัวแปรทุกตัวรวมกัน (ตารางที่ 25)

ผลการศึกษาความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วย ตามลักษณะภูมิหลัง มีดังนี้

1. ปัจจัยทางประชากร

1.1 อายุ

เนื่องจากยาสมุนไพรเป็นที่นิยมใช้ของคนไทยมาตั้งแต่โบราณ ก่อนที่ระบบการแพทย์แผนปัจจุบันจะถูกนำเข้ามาเผยแพร่ในประเทศไทย แม้แต่ในปัจจุบัน การใช้ยาสมุนไพรบำบัดรักษาโรคก็ยังคงเป็นที่นิยมใช้ โดยได้รับการถ่ายทอดกันมาจากคนรุ่นก่อน ดังนั้นผู้ที่มีอายุมากจึงน่าจะใช้ยาสมุนไพรมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อย

ผลการศึกษาค้างนี้แสดงในตารางที่ 25 พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50.4) ของผู้สูงอายุที่ป่วยเคยใช้ยาสมุนไพร ร้อยละที่ใช้สมุนไพรไม่แปรผันตามกลุ่มอายุมากนัก และไม่เพิ่มอย่างสม่ำเสมอตามอายุที่เพิ่มขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการใช้ยาสมุนไพรในผู้สูงอายุที่ป่วยอยู่ในระดับต่ำ และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($\eta = 0.05$)

ไม่ว่าจะนำปัจจัยทางประชากร คือ เพศ (สมการปรับ 1 ของตารางที่

25) หรือนำปัจจัยเพศ ลักษณะของงานที่ทำและขนาดครัวเรือน (สมการปรับ 5 ของตารางที่ 25) หรือปัจจัยทางประชากร สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและอาการที่ป่วย (สมการปรับ 6 ของตารางที่ 25) หรือปัจจัยทุกตัว (สมการปรับ 7 ของตารางที่ 25) มาพิจารณาประกอบแบบแผนความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรตามกลุ่มอายุ ยังคงไม่แตกต่างไปจากระดับ 2 ตัวแปร กล่าวคือ ผู้สูงอายุก่อนอายุ 75 ปีและมากกว่า มีระดับของการใช้ยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ เล็กน้อย (beta ไม่เปลี่ยนแปลงยังคงอยู่ในระดับเดียวกับค่า eta) และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การที่พบว่า มีความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุก่อนอายุตามกลุ่มอายุต่างๆ น้อย อาจเนื่องจากการใช้ยาสมุนไพรเป็นที่นิยมใช้กันอย่างกว้างขวางในหมู่คนไทยสมัยก่อน ดังนั้น ผู้สูงอายุก่อนอายุต่างๆ ซึ่งเป็นคนรุ่นเก่าและมีประสบการณ์ในการดำรงชีวิตที่ยึดถือขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิม จึงมีความเชื่อและยังนิยมที่จะรักษาด้วยยาสมุนไพร และยังไม่อาจสรุปได้แน่ชัดว่า ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่ป่วย อายุมีผลต่อการใช้ยาสมุนไพร

1.2 เพศ

ผลการศึกษา (สมการก่อนปรับของตัวแปรที่ 2 ในตารางที่ 25) พบว่า ผู้สูงอายุหญิงมีร้อยละที่ใช้ยาสมุนไพรมากกว่าผู้สูงอายุชาย แต่ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรตามเพศมีค่อนข้างน้อย และไม่ว่าจะนำปัจจัยประชากรอื่น คือ อายุ (สมการปรับ 1 ของตารางที่ 25) หรือนำปัจจัยอายุ ลักษณะของงานที่ทำและขนาดครัวเรือน (สมการปรับ 5 ของตารางที่ 25) หรือนำปัจจัยทางประชากร สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและอาการที่ป่วย (สมการปรับ 6 ของตารางที่ 25) หรือปัจจัยทุกตัว (สมการปรับ 7 ของตารางที่ 25) มาพิจารณาประกอบความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรระหว่างผู้สูงอายุชายและหญิงยังคงมีน้อยมาก ไม่ต่างจากความแตกต่างในระดับ 2 ตัวแปร อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุหญิงยังมีร้อยละที่ใช้สมุนไพรมากกว่าชาย ที่เป็นดังนี้ อาจจะเป็นด้วยเหตุผลที่ว่า เพศหญิงชอบแสวงหาวิธีการรักษาพยาบาลจากแหล่งต่างๆ มากกว่าชาย และอาจเคยใช้ยาสมุนไพรแล้วได้ผลในการรักษา จึงยังคงเลือกใช้การรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว หรือเพศหญิงอาจจะมีความคิดเห็นที่ติดอยู่กับค่านิยมการปฏิบัติรักษาแบบเก่ามากกว่าชาย

โดยรวมปัจจัยทางประชากร คือ อายุและเพศ อธิบายความผันแปรของการใช้ยาสมุนไพรได้น้อยมาก ไม่ถึงร้อยละ 1 (ค่า R^2 ของสมการที่ 7 ตารางที่ 25) แสดงว่า อายุและเพศเกือบจะไม่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วย

2. ปัจจัยทางเศรษฐกิจ

2.1 ลักษณะของงานที่ทำ

แหล่งรักษาพยาบาลแผนปัจจุบัน ส่วนใหญ่ต้องเสียค่าบริการค่อนข้างแพง ผู้ที่จะสามารถใช้บริการได้จึงเป็นผู้ที่มีรายได้ค่อนข้างสูง ส่วนผู้ที่มีรายได้น้อยไม่เอื้ออำนวยที่จะรับบริการจากแหล่งรักษาพยาบาลดังกล่าวได้ จำเป็นต้องเลือกใช้แหล่งรักษาพยาบาลที่เสียค่าบริการที่ไม่แพง โดยเฉพาะผู้ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม มีรายได้น้อย เมื่อเจ็บป่วยจึงต้องเลือกใช้แหล่งรักษาพยาบาลที่ประหยัดค่าใช้จ่าย เช่น ใช้ยาสมุนไพร ยาแผนโบราณ ชี้อาภินเอง เป็นต้น ซึ่งสามารถหาซื้อได้ง่ายไม่เสียเวลาทำมาหากิน

ผลการศึกษา ปรากฏว่า ร้อยละของการใช้ยาสมุนไพรเพื่อการบำบัดรักษาโรคของผู้สูงอายุที่ป่วยตามกลุ่มอาชีพแตกต่างกันน้อยมาก ผู้สูงอายุที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรมใช้ยาสมุนไพรในสัดส่วนน้อยกว่า ผู้สูงอายุก่ออาชีพอื่นๆ (ร้อยละ 51.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 49.3 และ 47.0 ของผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตรกรรมและไม่ทำงาน ตามลำดับ) (สมมติไม่ปรับของตัวแปรที่ 3 ในตารางที่ 25) เมื่อนำปัจจัยเศรษฐกิจอื่นคือ ขนาดครัวเรือน มาร่วมพิจารณาด้วย (สมการปรับ 2 ของตารางที่ 25) พบว่า ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรเพิ่มมากขึ้นเล็กน้อย (ค่า beta เพิ่มจาก 0.03 เป็น 0.04) เมื่อเพิ่มการปรับด้วยปัจจัยอายุและเพศ (สมการปรับ 5 ของตารางที่ 25) ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรตามกลุ่มอาชีพกลับลดลง แต่ทิศทางความสัมพันธ์ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง แสดงว่า ลักษณะของงานที่ทำไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญเพียงปัจจัยเดียวที่มีอิทธิพลต่อการผันแปรของการใช้ยาสมุนไพร อายุ เพศ และขนาดครัวเรือน ก็เป็นปัจจัยสำคัญที่สนับสนุนกันก่อให้เกิดการผันแปรในตัวแปรตาม และเมื่อปรับด้วยปัจจัยทุกตัวรวมกันคือ อายุ เพศ ขนาดครัวเรือน การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภาค และอาการที่ป่วย (สมการปรับ 7 ของตารางที่ 25) พบว่า ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยตามกลุ่มอาชีพและทิศทางความสัมพันธ์ ไม่เปลี่ยนไปจากระดับ 2 ตัวแปร แสดงว่า ปัจจัยอื่นๆ ทุกตัวรวมกันไม่มีผลสนับสนุนที่จะก่อให้เกิดการผันแปรในตัวแปรตาม จากผลการศึกษา ยังคงพบว่า ทุกกลุ่มอาชีพมีการใช้ยาสมุนไพรไม่ต่างกัน จึงอาจกล่าวได้ว่า ลักษณะของงานที่ทำไม่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วย

2.1 ขนาดครัวเรือน

ผู้ที่ต้องอาศัยอยู่คนเดียว อาจจะมีรายได้ที่จำกัด เมื่อเจ็บป่วยจึงต้องพึ่งยาสมุนไพรรักษาอาการเจ็บป่วย แต่การที่อยู่รวมกันหลายคนในครัวเรือน สมาชิกแต่ละคนอาจมีงานทำ มีรายได้ที่ช่วยจุนเจือครอบครัว ทั้งเมื่อยามเจ็บป่วยสมาชิกในครัวเรือนก็ช่วยเหลือพาไปรับบริการยังสถานบริการที่มีประสิทธิภาพได้ ดังนั้นผู้ที่อยู่คนเดียวจึงน่าจะใช้ยาสมุนไพรมากกว่าผู้ที่มีสมาชิกหลายคน

ตารางที่ 25 พบว่า ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรตามขนาดครัวเรือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวน 5-6 คน และ 7 คนและมากกว่า มีร้อยละที่ใช้ยาสมุนไพรน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือน 2-4 คน และผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ความแตกต่างที่พบเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ (สดมภ์ก่อนปรับของตัวแปรที่ 4 ในตารางที่ 25) เมื่อนำปัจจัยลักษณะของงานที่ทำ (สมการปรับ 2 ของตารางที่ 25) หรือเพิ่มปัจจัยอายุและเพศ (สมการปรับ 5 ของตารางที่ 25) หรือนำปัจจัยทุกตัว (สมการที่ 7 ของตารางที่ 25) มาพิจารณาประกอบ พบว่า ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรตามขนาดครัวเรือน ลดลงเล็กน้อย (ค่า beta ลดลงจาก 0.09 เป็น 0.08) และทิศทางความสัมพันธ์เป็นไปตามสมมติฐาน และมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนมาก (5-6 คนและ 7 คนและมากกว่า) มีร้อยละที่ใช้ยาสมุนไพรน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกจำนวนน้อยกว่า (2-4 คนและ 1 คน)

ปัจจัยลักษณะของงานที่ทำและขนาดครัวเรือน รวมกัน อธิบายความผันแปรของการใช้ยาสมุนไพรได้เพียงเล็กน้อย ไม่ถึงร้อยละ 1 แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า R^2 ของสมการที่ 2 ในตารางที่ 25) แสดงว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะ ลักษณะของงานที่ทำ มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยเพียงเล็กน้อย

3. ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม

3.1 การศึกษา

ผู้ที่มีการศึกษามักจะมีความคิด ทักษะคิด ความเชื่อและพฤติกรรมต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแตกต่างจากผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อย ผู้มีการศึกษาจึงมักนิยมใช้การรักษาพยาบาลแผนปัจจุบันมากกว่าใช้ยาสมุนไพรเพื่อรักษาการเจ็บป่วย เนื่องจากเห็นว่ายาสมุนไพรเป็นวิธีการรักษาแบบเก่าที่มีมาแต่ดั้งเดิมอาจไม่มีคุณภาพในการรักษา แต่ผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาน้อย จะรักษาเพียงเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย โดยไม่คำนึงถึงคุณภาพของการรักษา ดังนั้น ผู้ที่มีการศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษา จึงน่าจะใช้ยาสมุนไพรมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาสูง

ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วยตามกลุ่มการศึกษาต่างๆ พบว่า ในระดับ 2 ตัวแปร การศึกษามีความสัมพันธ์ในทางลบกับการใช้ยาสมุนไพร กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาและสูงกว่า มีร้อยละที่ใช้ยาสมุนไพรน้อยกว่ากลุ่มการศึกษาน้อยๆ และผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับการศึกษามีร้อยละที่ใช้ยาสมุนไพรมากกว่ากลุ่มการศึกษาน้อยๆ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (สดมภ์ไม่ปรับของตัวแปรที่ 5 ในตารางที่ 25)

เมื่อนำปัจจัยเขตที่อยู่อาศัย และภาค (สมการปรับ 3 ของตารางที่ 25) หรือเพิ่มปัจจัยอาการที่ป่วย (สมการปรับ 4 ของตารางที่ 25) หรือปัจจัยทุกตัว (สมการปรับ 7 ของตารางที่ 25) มาพิจารณาประกอบ ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรตามกลุ่มการศึกษาทดลอง และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจาก ความแปรผันของระดับการศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุนี้อยู่ จากผลการศึกษา อาจกล่าวได้ว่า ไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีการศึกษาระดับใดก็ตาม จะมีสัดส่วนของการใช้ยาสมุนไพรที่ไม่แตกต่างกัน หรือการศึกษาไม่มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วย

3.2 เขตที่อยู่อาศัย

การใช้ยาสมุนไพรเป็นที่นิยมใช้ของคนไทยรุ่นก่อนมาตั้งแต่เดิม แม้ในปัจจุบันยาแผนปัจจุบันจะเข้ามาแทนที่ยาสมุนไพรหรือยาแผนโบราณ แต่ในทุกวันนี้การใช้ยาสมุนไพรอาจใช้ทั้งเพื่อบำบัดรักษาโรคและใช้เพื่อป้องกัน (เป็นยาบำรุง) ยังคงมีการใช้อยู่หลายแห่งโดยเฉพาะในชนบท ประกอบกับผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท มักมีความเชื่อและวิถีการปฏิบัติที่ยึดถือกันมาแต่โบราณ จึงมีแนวโน้มที่จะใช้ยาสมุนไพรมากกว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตที่เจริญกว่า

จากผลการศึกษา พบว่า ในระดับ 2 ตัวแปร ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรเพื่อรักษาการเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นและชนบท และความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ใน กรุงเทพฯ เขตเมืองอื่นและชนบท เป็นไปตามสมมติฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (สมการปรับ 6 ของตารางที่ 25)

เมื่อนำปัจจัยขนาดครัวเรือนและภาค (สมการปรับ 3 ของตารางที่ 25) หรือปัจจัยขนาดครัวเรือนภาคและอาการที่ป่วย (สมการปรับ 4 ของตารางที่ 25) หรือนำปัจจัยทางประชากร สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ (สมการปรับ 6 ของตารางที่ 25) หรือปัจจัยทุกตัว (สมการปรับ 7 ของตารางที่ 25) มาร่วมในการพิจารณา ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรระหว่างผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ เขตเมืองอื่นและชนบท เพิ่มขึ้นกว่าในระดับ 2 ตัวแปร (ค่า β เพิ่มขึ้นเป็น 0.15) แสดงว่า ปัจจัยทุกตัวต่างสนับสนุนกันก่อให้เกิดการผันแปรในตัวแปรตาม โดยไม่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งมีอิทธิพลมากกว่า และยังคงพบว่า ผู้สูงอายุในกรุงเทพฯ มีสัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองอื่นและชนบท เป็นไปตามสมมติฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงอาจกล่าวได้ว่า เขตที่อยู่อาศัยมีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วย

3.3 ภาค

ผู้ที่อาศัยอยู่ในแต่ละภาคจะมีประเพณี วัฒนธรรม ความเชื่อ ที่ได้รับการปลูกฝังมาจากคนรุ่นก่อนที่ยังคงยึดถือปฏิบัติกันมาจนถึงทุกวันนี้แตกต่างกันไป เช่น ความเชื่อเรื่องภูติผี การรักษาแบบพื้นบ้านด้วยพิธีกรรมต่างๆ ของคนชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (พิมพ์วัลย์ ปรีตาสวัสดิ์, เพ็ญจันทร์ ประดับมูข และอรัญญา ปรณัน 2531:272-273) ชาวสมุนไพรมักนับเป็นยาที่คนรุ่นก่อนนิยมใช้กันมาจนถึงทุกวันนี้ ดังนั้นผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคต่างๆ จึงน่าจะมีการใช้ยาสมุนไพรมากน้อยต่างกันไป โดยผู้ที่อยู่ในภาคเหนือน่าจะนิยมใช้ยาสมุนไพรมากกว่าผู้ที่อยู่ในภาคอื่นๆ

ในระดับ 2 ตัวแปร ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีร้อยละที่ใช้ยาสมุนไพรมากกว่าภาคอื่นๆ รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (รวมกรุงเทพฯ) ภาคใต้ และภาคเหนือ ความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรมของผู้สูงอายุที่ป่วยตามภาคอยู่ในระดับสูง (สถิติไม่ปรับของตัวแปรที่ 7 ในตารางที่ 25) เมื่อนำปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมอื่นคือ การศึกษาและเขตที่อยู่อาศัย (สมการปรับ 3 ของตารางที่ 25) หรือนำปัจจัยการศึกษา เขตที่อยู่อาศัยและอาการที่ป่วย (สมการปรับ 4 ของตารางที่ 25) หรือนำปัจจัยการศึกษา เขตที่อยู่อาศัยและอาการที่ป่วย (สมการปรับ 6 ของตารางที่ 25) หรือนำปัจจัยทุกตัว (สมการปรับ 7 ของตารางที่ 25) มาพิจารณาประกอบ แบบแผนความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรมของผู้สูงอายุในภาคต่างๆ สูงกว่าในระดับ 2 ตัวแปรเล็กน้อย (ค่า beta เพิ่มขึ้นเป็น 0.13) แสดงว่า ปัจจัยทุกตัวต่างมีความสำคัญและสนับสนุนกันก่อให้เกิดการผันแปรในตัวแปรตาม ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีร้อยละที่ใช้ยาสมุนไพรมน้อยที่สุด ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง (รวมกรุงเทพฯ) มีร้อยละที่ใช้ยาสมุนไพรมมากที่สุด ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ การที่พบว่า ผู้สูงอายุในภาคกลางใช้ยาสมุนไพรมมากที่สุด น่าจะเป็นเพราะ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในภาคกลาง อาจมีความจำเป็นทางเศรษฐกิจ จากการที่เป็นภาคที่มีความเจริญจึงทำให้มีค่าครองชีพที่สูงกว่าภาคอื่น ประกอบกับการที่อยู่ในภาคที่เจริญ ผู้ที่อยู่อาศัยมักอยู่เป็นครอบครัวเดี่ยว ไม่มีลูกหลานที่จะคอยดูแล เมื่อเจ็บป่วยจึงใช้ยาสมุนไพรมเพื่อการรักษา อาจสรุปได้ว่า ภาคมีผลต่อการใช้ยาสมุนไพรมของผู้สูงอายุที่ป่วย การศึกษา เขตที่อยู่อาศัยและภาครวมกัน อธิบายความผันแปรของการใช้ยาสมุนไพรมของผู้สูงอายุที่ป่วย ได้เพียงร้อยละ 2.8 แต่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า R^2 ของสมการที่ 3 ในตารางที่ 25)

4. ปัจจัยอื่นๆ

4.1 อาการที่ป่วย

สมุนไพรเป็นยาที่มาจาก หาชื้อได้ง่าย มีส่วนผสมต่างๆ ที่นำมาทำเอง ได้ที่บ้าน ทำให้สะดวกและประหยัดค่ารักษา อีกทั้งนอกจากใช้รักษาโรคแล้วและใช้เป็นยาบำรุง จึงเป็นที่นิยมใช้ทั่วไปทั้งคนปกติและผู้เจ็บป่วย ดังนั้นผู้ที่มีอาการป่วยไม่เรื้อรังจึงน่าจะใช้ยาสมุนไพรเพื่อบำบัดรักษา มากกว่าผู้ที่มีอาการป่วยเรื้อรังและไม่ป่วย

ในการศึกษาครั้งนี้ ปรากฏผลในระดับ 2 ตัวแปรว่า การใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุ ที่มีอาการป่วยเรื้อรัง ป่วยไม่เรื้อรังและไม่ป่วย (ในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ) มีความแตกต่างค่อนข้างมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และทิศทางเป็นไปตามสมมติฐาน กล่าวคือ (สมการปรับของตัวแปรที่ 8 ในตารางที่ 25) ผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยไม่เรื้อรังจะมีสัดส่วนการใช้ยาสมุนไพรมากที่สุด (ร้อยละ 64.1) รองลงมาได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่ป่วยและผู้สูงอายุที่มีอาการป่วยเรื้อรัง (ร้อยละ 57.1 และ 48.9) เมื่อนำปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม คือ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัยและภาค (สมการปรับ 4 ของตารางที่ 25) หรือปัจจัยทางประชากร สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น (สมการปรับ 6 ของตารางที่ 25) หรือปัจจัยทุกตัวรวมกัน (สมการปรับ 7 ของตารางที่ 25) มาพิจารณาร่วมด้วย แบบแผนความแตกต่างของการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุกับอาการที่ป่วย ไม่แตกต่างไปจากระดับ 2 ตัวแปร (ค่า beta ไม่เปลี่ยน) และเป็นไปตามสมมติฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยไม่เรื้อรังมีร้อยละที่ใช้ยาสมุนไพรมากกว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเรื้อรังและไม่ป่วย จะเห็นได้ว่า ไม่ว่าจะผู้สูงอายุจะป่วยหรือไม่ป่วยต่างก็ใช้ยาสมุนไพรในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง อาจเป็นเพราะยาสมุนไพรสามารถใช้ทั้งรักษาอาการป่วยและยังใช้เป็นยาบำรุง ผู้ที่ไม่ป่วยก็ใช้ได้ อีกทั้งยาสมุนไพรมีสรรพคุณที่รักษาโรคต่างๆ ค่อนข้างได้ผล จึงมีผู้นิยมใช้กันมาก อย่างไรก็ตามอาจกล่าวได้ว่า อาการที่ป่วยในระยะ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ มีผลต่อการใช้ยาสมุนไพร

ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ ได้แก่ การศึกษา เขตที่อยู่อาศัย ภาคและอาการที่ป่วย รวมกัน อธิบายการใช้ยาสมุนไพรได้ไม่มากนัก เพียงร้อยละ 3.5 และมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า R^2 ของสมการที่ 4 ในตารางที่ 25)

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยต่างๆ ที่พิจารณาคือ อายุ เพศ ลักษณะของงานที่ทำ การศึกษา ขนาดครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาคและอาการที่ป่วย รวมกัน อธิบายความผันแปรของการใช้ยาสมุนไพรได้น้อยมาก เพียงร้อยละ 4.4 ผลการศึกษาชี้แนะว่า น่าจะมีปัจจัยอื่นๆ นอกเหนือจากตัวแปรหรือปัจจัยดังกล่าว เช่น ความเชื่อแบบดั้งเดิมที่มีอยู่ ค่าใช้จ่ายของสมุนไพร ความพึงพอใจต่อการรักษาด้วยยาสมุนไพรซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ถูกกว่าแผนปัจจุบัน ที่น่าจะมีอิทธิพลต่อการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วย ในปัจจัยทั้งหมดที่ได้อธิบายความผันแปรของการใช้ยาสมุนไพรของผู้สูงอายุที่ป่วย เขตที่อยู่อาศัยและภาคดูเหมือนจะเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญที่สุด (พิจารณาจากค่า beta) รองลงมาคือ อาการที่ป่วยและขนาดครัวเรือน ปัจจัยประชากรดูเหมือนจะไม่มี ความสำคัญเลย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 25 อัตราส่วนร้อยละของการใช้ยาสมุนไพรในระยะ 12 เดือนก่อนการสำรวจของผู้สูงอายุ
ที่ป่วย จำแนกตามลักษณะภูมิหลัง ด้วยวิธีวิเคราะห์การจำแนกพหุ (MCA)

ลักษณะภูมิหลัง	จำนวน ตัวอย่าง ที่ถ่วง น้ำหนัก	ปรับ							
		ไม่ปรับ		ปรับ					
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
Grand Mean = 50.4	2780								
<u>ปัจจัยทางประชากร</u>									
1. <u>อายุ</u>									
60 - 64 ปี	984	48.2	48.4	-	-	-	48.7	47.8	48.3
65 - 69 ปี	645	50.5	50.6	-	-	-	50.4	50.8	50.8
70 - 74 ปี	487	48.8	48.9	-	-	-	48.8	49.4	49.0
75 ปี ⁺	667	54.7	54.2	-	-	-	54.1	54.6	54.1
eta / beta		0.05	0.05	-	-	-	0.04	0.05	0.05
2. <u>เพศ</u>									
ชาย	1262	48.7	48.9	-	-	-	49.0	48.6	48.9
หญิง	1518	51.7	51.7	-	-	-	51.5	51.9	51.6
eta / beta		0.03	0.03	-	-	-	0.02	0.03	0.03
<u>ปัจจัยทางเศรษฐกิจ</u>									
3. <u>ลักษณะของงานที่ทำ</u>									
ไม่ได้ทำงาน	1816	51.3	-	51.6	-	-	50.8	-	51.3
ทำงานในภาคเกษตรฯ	710	49.3	-	49.5	-	-	50.7	-	49.0
ทำงานนอกภาคเกษตรฯ	254	47.0	-	45.9	-	-	47.1	-	47.9
eta / beta		0.03	-	0.04	-	-	0.02	-	0.03

ตารางที่ 25 (ต่อ)

ลักษณะภูมิหลัง	จำนวน ตัวอย่าง (ที่ว่าง น้ำหนัก)	จำนวน ไม่ ปรับ	ปรับ						
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
4. ขนาดครัวเรือน									
1 คน	69	71.0	-	71.4	-	-	50.8	-	51.3
2-4 คน	1084	53.4	-	53.7	-	-	53.4	-	52.3
5-6 คน	880	46.8	-	47.2	-	-	47.3	-	47.1
7 คน ⁺	747	48.4	-	47.7	-	-	47.8	-	49.8
eta/beta		0.09*		0.09*			0.09*		0.08*
ปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม									
5. การศึกษา									
ไม่ได้รับการศึกษา	1353	51.4	-	-	51.0	51.1	-	49.7	49.6
ต่ำกว่าประถม	337	50.8	-	-	49.7	49.4	-	49.9	49.9
ประถมศึกษา	1009	49.1	-	-	50.0	50.0	-	51.6	51.6
มัธยมฯและสูงกว่า	81	40.1	-	-	47.7	47.9	-	49.8	49.9
eta / beta		0.04			0.01	0.02		0.02	0.02
6. เขตที่อยู่อาศัย									
กรุงเทพฯ	293	35.7	-	-	29.7	30.4	-	30.2	30.1
เขตเมืองอื่น	480	49.6	-	-	48.5	48.7	-	48.7	48.4
เขตชนบท	2007	52.7	-	-	53.9	53.7	-	53.8	53.8
eta/beta		0.10*			0.15*	0.14*		0.14*	0.15*

ตารางที่ 25 (ต่อ)

ลักษณะภูมิหลัง	จำนวน	ปรับ							
		ตัวอย่าง ไม่ (ที่ว่าง ปรับ น้ำหนัก)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)
7. ภาค									
ตะวันออก ฉ.น	610	43.0	-	-	40.2	40.1	-	39.9	40.6
เหนือ	864	56.2	-	-	53.6	53.9	-	54.3	54.0
ใต้	369	55.4	-	-	52.9	52.8	-	52.9	52.3
กลาง(รวม กทม.)	936	51.5	-	-	56.7	56.6	-	56.5	56.3
eta/beta		0.11*			0.14*	0.14*		0.14*	0.13*
ปัจจัยอื่นๆ									
8. อาการที่ป่วย									
ป่วยเรื้อรัง	128	57.1	-	-	-	57.2	-	57.0	56.0
ป่วยไม่เรื้อรัง	205	64.1	-	-	-	63.2	-	63.4	63.7
ไม่ป่วย	2447	48.9	-	-	-	49.0	-	49.0	49.0
eta/beta		0.08*				0.08*		0.08*	0.08*
R ²			0.003	0.008*	0.028*	0.035*	0.011*	0.038*	0.044*

* ระดับนัยสำคัญของสถิติ F ที่ .05 หรือต่ำกว่า