

บทที่ 3

จำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในส่วนี้ เป็นการวิเคราะห์ถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นดัชนีหนึ่งที่ใช้วัดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็นนี้ วัดจากจำนวนการป่วยเป็นโรคต่างๆ ในรอบ 6 เดือนก่อนการสัมภาษณ์ จาก 16 โรคในแบบสอบถาม

ผลการศึกษาเกี่ยวกับจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็น และปัจจัยที่เกี่ยวข้องนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1. อธิบายถึงปริมาณการป่วยเป็นโรคต่างๆ ของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติร้อยละ

ส่วนที่ 2. อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็นกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องโดยใช้วิธีการวิเคราะห์จำแนกหมู่ (Multiple classification analysis , MCA) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

จำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็น

จากตารางที่ 3.1. พบว่า โดยเฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุมีจำนวนโรคที่เป็นคนละประมาณ 2 โรค (Mean = 2.2) และจากโรคจำนวน 16 โรคที่ถามผู้สูงอายุ พบว่า มีผู้สูงอายุที่ไม่เป็นโรคใดเลย ร้อยละ 10.7 ผู้สูงอายุที่เป็นจำนวน 1 และ 2 โรคมีใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 27.1 และ 26.1 ตามลำดับ จำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็นสูงสุดมีจำนวน 9 โรค ซึ่งมีเพียง 3 ราย (ไม่ถ่วงน้ำหนัก) หรือคิดเป็นไม่ถึงร้อยละ 1

เมื่อพิจารณาความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นระหว่างเพศ และเขตที่อยู่อาศัยแล้ว พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีจำนวนโรคโดยเฉลี่ยที่เป็นน้อยกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (Mean เพศชาย = 2.0 เพศหญิง = 2.4) ผู้สูงอายุเพศชายมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีโรค เป็น 1 โรคและเป็น 2 โรค สูงกว่าเพศหญิง จำนวนโรคเฉลี่ยที่เป็นของผู้สูงอายุในเขตเมืองและเขตชนบทไม่มีความแตกต่างกัน (Mean = 2.2) แต่สัดส่วนของผู้ที่ไม่มีโรคในเขตเมืองมีมากกว่าในเขตชนบท (ในเขตเมืองมีร้อยละ 14.2 เขตชนบทมีร้อยละ 10.0)

ตารางที่ 3.1 การกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามจำนวนโรคที่เป็นจำแนกตามเพศและเขตที่อยู่อาศัย

จำนวนโรคที่เป็น	รวม	เพศ		เขตที่อยู่อาศัย	
		ชาย	หญิง	เมือง	ชนบท
0	10.7	11.6	10.0	14.2	10.0
1	27.1	29.7	24.8	27.0	27.1
2	26.1	28.4	24.1	24.3	26.4
3	18.0	16.4	19.3	16.3	18.4
4	9.8	7.5	11.7	9.0	10.0
5	5.2	4.1	6.2	5.8	5.1
6	2.2	1.4	2.9	2.5	2.2
7	0.6	0.6	0.6	0.3	0.7
8	0.3	0.3	0.3	0.6	0.2
9	0	0.0	0.0	0.0	0.0
รวม	100	100	100	100	100
Mean	2.2	2.0	2.4	2.2	2.2

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ

เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปริมาณหรือจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็นซึ่งจะสะท้อนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ มีข้อสมมุติว่า ลักษณะพื้นฐานของผู้สูงอายุและพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลน่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็น การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ เหล่านี้กับจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุด้วยวิธีวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (Multiple classification analysis , MCA) โดยมีสมการการปรับอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ 7 สมการ (รายละเอียดปรากฏในหัวข้อการวิเคราะห์ข้อมูล บทที่ 2)

ผลการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคลต่อจำนวนโรคที่เป็น มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ลักษณะทางประชากร

1.1. อายุ

ข้อมูลชุดที่ 1 ตารางที่ 3.2 สดมภไม่ปรับ แสดงว่าในระดับ 2 ตัวแปร ความแตกต่างของจำนวนโรคตามกลุ่มอายุมีน้อยมาก และไม่มียัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำปัจจัยต่างๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล (สมการปรับ 1, 4 และ 5) เข้ามาร่วมพิจารณาแล้ว ความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นตามกลุ่มอายุของผู้สูงอายุยังคงไม่เปลี่ยนแปลงไปจากระดับ 2 ตัวแปร คือ มีความแตกต่างกันน้อยมาก แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่ากลับมีแนวโน้มว่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ และยังไม่สามารถสรุปได้ว่าอายุมีอิทธิพลต่อจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก เมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วมีโอกาสเจ็บป่วยได้ไม่แตกต่างกัน หรือผู้สูงอายุที่มีจำนวนโรคมากกว่ามักจะเสียชีวิตก่อน ดังนั้นผู้ที่มีชีวิตอยู่ในกลุ่มอายุที่สูงกว่าจึงมักเป็นผู้ที่มีสุขภาพค่อนข้างแข็งแรงหรือมีจำนวนโรคน้อยกว่า แต่ไม่ได้หมายความว่าจำนวนโรคที่เป็นจะลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น

1.2. เพศ

ข้อมูลชุดที่ 2 ตารางที่ 3.2. แสดงให้เห็นว่า ไม่ว่าจะพิจารณาในระดับ 2 ตัวแปร (สดมภไม่ปรับ) หรือในระดับหลายตัวแปร (เมื่อนำเอาปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคลเข้ามาร่วมพิจารณา ในสมการที่ 1, 4, 5 และ 7) ยังคงพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของจำนวนโรคที่เป็นระหว่างเพศของผู้สูงอายุ โดยพบว่า เพศหญิงมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเพศชายมีโครงร่างหรือสรีระที่แข็งแรงมากกว่าเพศหญิง จึงมีความทนทานต่อการเกิดโรคได้มากกว่าเพศหญิง หรือเพศชายอาจมีแนวโน้มที่จะไม่รายงานว่าตนเองเป็นโรค หรือเป็นแต่ไม่ไปพบแพทย์และรายงานว่าไม่ทราบจึงถูกจัดอยู่ในกลุ่มไม่เป็นโรค ดังนั้นผู้สูงอายุเพศชายจึงมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าเพศหญิง

1.3. สถานภาพสมรส

ความแตกต่างของจำนวนโรคตามสถานภาพสมรส ในตารางที่ 3.2. ข้อมูลชุดที่ 3 แสดงว่า ทั้งในระดับ 2 ตัวแปร (สดมภไม่ปรับ) และในระดับหลายตัวแปร (สมการปรับ 1, 4, 5 และ 7) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด/หย่า/แยก เป็นกลุ่มที่มีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสและสถานภาพสมรสหม้าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสน่าจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยที่สุด แต่ผลการศึกษาสรุปได้ว่าสถานภาพสมรสมีส่วนเกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่เป็นของผู้สูงอายุ โดยพบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรส โสด/หย่า/แยก มีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสกำลังสมรสและหม้าย

2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

ลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่เป็น เนื่องจากการที่ผู้สูงอายุมีสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมที่ดีจะมีโอกาสและสามารถดูแลตนเอง

ได้ดีกว่า และการอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีจะทำให้มีภาวะสุขภาพดี ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ อาชีพที่ทำนานที่สุด ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย เป็นตัวสะท้อนลักษณะทางเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งมีผลการศึกษาดังนี้

2.1.อาชีพที่ทำนานที่สุด

ข้อมูลชุดที่ 4 ตารางที่ 3.2. แสดงความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นตามอาชีพที่ทำนานที่สุดของผู้สูงอายุ ในระดับ 2 ตัวแปร (สดมภ์ไม่ปรับ) พบว่า มีความแตกต่างของจำนวนโรคตามอาชีพที่ทำนานที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยกลุ่มที่มีอาชีพในภาคเกษตรกรรมมีจำนวนโรคที่เป็นมากที่สุด รองลงมา คือกลุ่มที่มีอาชีพนอกภาคเกษตร และไม่ทำงานตามลำดับ เมื่อนำอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคลมาร่วมพิจารณา (สมการที่ 7) พบว่า ความแตกต่างของจำนวนโรคตามอาชีพเพิ่มขึ้นกว่าในระดับ 2 ตัวแปร และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 จึงพอสรุปได้ว่า อาชีพที่ทำนานที่สุดมีอิทธิพลต่อจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ โดย ผู้สูงอายุที่ไม่เคยทำงานเลยเป็นกลุ่มที่มีจำนวนโรคที่เป็นน้อยที่สุด และผู้สูงอายุที่มีอาชีพนอกภาคเกษตรมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ทำงานในภาคเกษตร ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากอาชีพเกษตรเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงานมากกว่า และผู้ที่ประกอบอาชีพเกษตรมักเป็นผู้ที่มีการศึกษาน้อย รายได้ต่ำ ทำให้ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองน้อยกว่า จึงมีโอกาสเป็นโรคต่างๆ มากกว่า

2.2.ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน

ข้อมูลชุดที่ 5 ตารางที่ 3.2. แสดงความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน พบว่า ในระดับ 2 ตัวแปร (สดมภ์ไม่ปรับ) มีความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นตามฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนน้อยมาก และไม่มีความนัยสำคัญทางสถิติ คือ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูงมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยที่สุด และผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมากถึงปานกลางไม่มีความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็น เมื่อนำอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล (สมการที่ 2, 4, และ 6) มาร่วมในการพิจารณาแล้ว กลับพบว่า ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนสูงจะมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนต่ำกว่า และความแตกต่างยังคงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ว่าฐานะทางเศรษฐกิจมีอิทธิพลต่อจำนวนโรคที่เป็น ซึ่งอาจเนื่องมาจากดัชนีวัดฐานะทางเศรษฐกิจในการศึกษานี้เป็นการวัดฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือนในปัจจุบัน ซึ่งการเจ็บป่วยต่างๆ น่าจะเป็นเรื่องของการสะสมมาจากอดีต จึงน่าจะต้องวัดจากเหตุการณ์ที่เกิดในอดีตด้วย

2.3. ระดับการศึกษา

ข้อมูลชุดที่ 6 ตารางที่ 3.2 สดมภ์ไม่ปรับ แสดงว่า ในระดับ 2 ตัวแปร จำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็นลดลงตามระดับการศึกษาที่สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อนำตัวแปรอื่นๆทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล (สมการที่ 2, 4, และ 6) มาร่วมพิจารณาแล้ว พบว่า ความแตกต่างระหว่างกลุ่มลดลงเล็กน้อย ทิศทางไม่เปลี่ยนแปลง และยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จึงพอสรุปได้ว่า

ระดับการศึกษามีอิทธิพลต่อจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ โดย ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่ามีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน

2.4. เขตที่อยู่อาศัย

ข้อมูลชุดที่ 7 ในตารางที่ 3.2 สดมภ์ไม่ปรับ แสดงความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นตามเขตที่อยู่อาศัย ในระดับ 2 ตัวแปร พบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มที่มีจำนวนโรคที่เป็นน้อยที่สุด รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท และผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นๆ มีจำนวนโรคที่เป็นมากที่สุด ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อนำอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล (สมการที่ 2 4, 6 และ 7) เข้ามาร่วมพิจารณาแล้ว พบว่า ความแตกต่างระหว่างกลุ่มลดลงแต่มีทิศทางคงเดิมและยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ผลดังกล่าวอธิบายได้ว่าเนื่องจากเขตกรุงเทพมหานครเป็นเขตที่มีความเจริญต่างๆ ทั้งทางการแพทย์และสาธารณสุข จึงน่าจะมีจำนวนโรคน้อยกว่าผู้สูงอายุในเขตอื่น แต่สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองอื่นๆ กลับมีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก เขตปริมณฑลหรือเขตเมืองอื่นๆ เป็นเขตที่ตั้งของโรงงานต่างๆ และมีประชาชนหนาแน่น ระบบการกำจัดของเสียต่างๆ อาจยังไม่ดีพอทำให้เกิดมลพิษซึ่งเป็นอันตรายต่อสุขภาพ ดังนั้นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทแม้จะไม่มี ความเจริญของบ้านเมืองหรือวิทยาการและการบริการทางด้านสาธารณสุขเท่ากับเขตเมืองอื่นๆ แต่ก็ไม่ต้องเผชิญกับมลพิษต่างๆ เท่ากับผู้สูงอายุในเขตเมืองอื่นๆ ดังนั้นผู้สูงอายุในเขตชนบทจึงมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าในเขตเมืองอื่นๆ

3. พฤติกรรมของบุคคล

การเจ็บป่วยด้วยโรคหลายชนิดมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง วิถีชีวิตที่ผิดๆ ของบุคคล เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย เป็นต้น พฤติกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้สูงอายุที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การรับประทานโปรตีน จำนวนมื้ออาหารที่รับประทานต่อวัน การออกกำลังกาย การดูแลตนเองเมื่อป่วย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1. พฤติกรรมการสูบบุหรี่

ข้อมูลชุดที่ 8 ตารางที่ 3.2. สดมภ์ไม่ปรับ แสดงว่าในระดับ 2 ตัวแปร ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย และกลุ่มที่เคยสูบแต่เลิกแล้วในปัจจุบันเป็นกลุ่มที่มีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่าผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อนำอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล (สมการที่ 3, 5, 6 และ 7) เข้ามาร่วมในการพิจารณาแล้วยังคงพบว่า กลุ่มที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลย และกลุ่มที่เคยสูบแต่เลิกแล้ว มีจำนวนโรคที่เป็นมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่อยู่ แต่ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลดลงจากในระดับ 2 ตัวแปรประมาณครึ่งหนึ่ง และยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ผลการศึกษาแสดงว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่กลับมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเรื่องของการเลือกสรรในตัวเอง (self selection) ของตัวอย่าง

กล่าวคือ ผู้ที่สูบบุหรี่และมีผลเสียต่อสุขภาพอาจเสียชีวิตไปหมดแล้ว ผู้ที่ปัจจุบันยังคงสูบบุหรี่และยังมีชีวิตอยู่นี้ อาจมีความทนทานต่อผลเสียอันเกิดจากการสูบบุหรี่ได้ดีกว่าบุคคลทั่วไป หรือเป็นกลุ่มที่เพิ่มเริ่มสูบบุหรี่ซึ่งอาจยังไม่นานพอที่พิษจากบุหรี่จะทำอันตรายสุขภาพได้ และจากการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้วเป็นกลุ่มที่มีจำนวนโรคที่เป็นมากที่สุด ซึ่งการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุนี้อาจมีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุกลุ่มนี้เองก็ได้

3.2. พฤติกรรมการดื่มสุรา

จากการศึกษาข้อมูลชุดที่ 9 ตารางที่ 3.2. พบว่า แบบแผนความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นตามพฤติกรรมการดื่มสุรา คล้ายกับความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นตามพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ ทั้งในระดับ 2 ตัวแปรและหลายตัวแปร ผู้สูงอายุที่ดื่มสุรานานกว่ากลับมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ดื่มสุราน้อยกว่าหรือไม่ดื่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สำหรับผู้สูงอายุที่เคยดื่มสุราแต่เลิกแล้วเป็นกลุ่มที่มีจำนวนโรคที่เป็นมากที่สุด ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน และอาจอธิบายได้เช่นเดียวกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ เป็นเรื่องของการเลือกสรรในตัวเอง (self selection) ของตัวอย่าง กล่าวคือ ผู้ที่ดื่มสุรามากและมีผลเสียต่อสุขภาพอาจเสียชีวิตแล้วหรือเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองไปเป็นเลิกดื่มในปัจจุบัน จึงทำให้ผู้สูงอายุก่อนที่เลิกดื่มแต่เลิกแล้วในปัจจุบันเป็นกลุ่มที่มีจำนวนโรคที่เป็นมากที่สุด และกลุ่มที่ยังคงดื่มอยู่ในปัจจุบันเป็นกลุ่มที่มีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่า

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในเรื่องอิทธิพลของพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราต่อสุขภาพหรือการเจ็บป่วยเป็นเรื่องซับซ้อน ในการศึกษาเรื่องนี้ควรมีการศึกษาที่เฉพาะเจาะจงจึงจะได้ผลที่แน่นอนกว่า

3.3. พฤติกรรมการออกกำลังกาย

ข้อมูลชุดที่ 10 ตารางที่ 3.2. แสดงถึงความแตกต่างอย่างชัดเจนของจำนวนโรคที่เป็นตามความถี่ในการออกกำลังกาย โดยพบว่า ไม่ว่าจะศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร (สดมภ์ไม่ปรับ) หรือในระดับหลายตัวแปร (สมการปรับ 3, 5, 6 และ 7) ผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายทุกวันจะมีจำนวนโรคที่เป็นน้อยกว่าผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายไม่ทุกวันหรือไม่ออกกำลังกายเลย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ จึงพอสรุปได้ว่า พฤติกรรมการออกกำลังกายมีอิทธิพลต่อจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ เนื่องจากพฤติกรรมการออกกำลังกายเป็นพฤติกรรมที่ส่งเสริมให้กล้ามเนื้อได้ทำงาน หัวใจสูบฉีดโลหิตได้ดี และยังช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดได้อีกด้วย

3.4. พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วย

ข้อมูลชุดที่ 11 ในตารางที่ 3.2 สดมภ์ไม่ปรับ แสดงว่า ในระดับ 2 ตัวแปร ผู้สูงอายุที่เมื่อป่วยแล้วไม่ทำอะไรเลย/รักษาโดยไม่ใช้ยาเป็นกลุ่มที่มีจำนวนโรคที่เป็นน้อยที่สุด รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่ซื้อยารับประทานเอง สำหรับผู้สูงอายุที่ไปสถานเฝ้าระวังและไปคลินิกมีจำนวนโรคที่เป็นไม่แตกต่างกัน และผู้สูงอายุที่ไปโรงพยาบาลมีจำนวนโรคที่เป็นมากที่สุด เมื่อนำอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล (สมการที่ 3, 5, 6 และ 7) เข้ามาร่วมพิจารณาแล้วพบว่าความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นตามพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วยนี้ไม่แตกต่างไปจากในระดับ 2 ตัวแปร โดยค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ลดลงเล็กน้อย แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน เมื่อพิจารณาจากแบบแผนความแตกต่างของจำนวนโรคตามพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วยนี้แล้วอาจเป็นไปได้ว่าภาวะสุขภาพหรือจำนวนโรคที่เป็น เป็นตัวกำหนดการเลือกวิธีการรักษา คือ ผู้สูงอายุกลุ่มไม่ทำอะไรรักษาโดยไม่ใช้ยาเมื่อป่วย อาจเป็นเพราะการเจ็บป่วยไม่รุนแรง หรือไม่ป่วย ซึ่งจากการศึกษาของจันท์เพ็ญ ชูประภาวรณ และคณะ (2539) พบว่า เมื่อผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยการรักษาวิธีแรกที่ผู้สูงอายุนิยมมากที่สุด คือ ซื้อยารับประทานเอง รองลงมา คือ ไปสถานีนอนามัย คลินิกเอกชน และโรงพยาบาลของรัฐตามลำดับ และการศึกษาของ สวณี เต็งรังสรรค์ (2535) ซึ่งพบว่า ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญในการกำหนดการเลือกวิธีหรือแหล่งการรักษา

3.5. ความถี่ในการรับประทานอาหารประเภทโปรตีน/สัปดาห์

ความแตกต่างของจำนวนโรคตามความถี่ในการรับประทานโปรตีนในหนึ่งสัปดาห์ จากข้อมูลชุดที่ 12 ตารางที่ 3.2 แสดงว่า ในระดับ 2 ตัวแปร (สมมติไม่ปรับ) และในระดับหลายตัวแปร (สมการปรับ 3, 5, 6 และ 7) ผู้สูงอายุที่มีความถี่ในการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนแตกต่างกันมีจำนวนโรคที่เป็นแตกต่างกันน้อยมาก และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงพอสรุปได้ว่า ความถี่ในการรับประทานอาหารประเภทโปรตีนน่าจะไม่มีอิทธิพลต่อจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็น

3.6. จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน/วัน

ข้อมูลชุดที่ 13 ตารางที่ 3.2. แสดงว่า ผู้สูงอายุที่มีจำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน/วันแตกต่างกันมีจำนวนโรคที่เป็นไม่แตกต่างกัน ทั้งในระดับ 2 ตัวแปรและในระดับหลายตัวแปร ซึ่งผลการศึกษาพอสรุปได้ว่า จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน/วัน น่าจะไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับจำนวนโรคที่ผู้สูงอายุเป็น

โดยสรุป ผลการศึกษาอิทธิพลของปัจจัยต่างๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคลต่อจำนวนโรคที่เป็นข้างต้น พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนโรคที่เป็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเป็นไปตามสมมติฐานเรียงลำดับจากมากไปน้อย ได้แก่ เพศ ความถี่ในการออกกำลังกาย อาชีพที่ทำนานที่สุด ระดับการศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับจำนวนโรคที่เป็นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วย ตัวแปรในกลุ่มปัจจัยทางพฤติกรรมของบุคคลเป็นกลุ่มที่สามารถอธิบายความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุได้มากที่สุด (แต่อยู่ในเกณฑ์ต่ำ) คือ ร้อยละ 5 เมื่อนำตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมด 13 ตัวแปรมารวมกันสามารถอธิบายความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุได้เพียงร้อยละ 6 เท่านั้น ซึ่งน้อยมากทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจากปัจจัยหลายอย่างที่น่าสนใจมาศึกษาในครั้งนี้วัดจากเหตุการณ์ในปัจจุบัน แต่การเจ็บป่วยเป็นเรื่องของการสะสมมาจากอดีต จึงมีปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผล ทำให้ความสามารถในการอธิบายความแตกต่างของจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุได้น้อย เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน ซึ่งเป็นดัชนีที่สร้างการมีสิ่งของเครื่องใช้ในครัวเรือนในปัจจุบัน พฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุราอาจมีการเลือกสรรในตัวเองของตัวอย่าง พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อป่วยน่าจะถูกกำหนดโดยจำนวนโรคที่เป็นหรือภาวะสุขภาพมากกว่าที่จะเป็นตัวกำหนดจำนวนโรคที่เป็น ดังนั้นในการนำข้อมูลไปใช้จึงควรพิจารณาและใช้ด้วยความระมัดระวัง

ตารางที่ 3.2 คะแนนเฉลี่ยของจำนวนโรคที่เป็นในผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของบุคคล ด้วยวิธีวิเคราะห์การจำแนกพหุ (MCA)

ลักษณะทางประชากร/ เศรษฐกิจ/สังคม/สิ่งแวดล้อม/ พฤติกรรมของบุคคล	จำนวน ไม่ถ่วง น้ำหนัก	สมการปรับ								
		ไม่ปรับ		1	2	3	4	5	6	7
Grand Mean = 2.18										
จำนวนตัวอย่างรวม	4455									
1. อายุ										
										(-.001)
60-69	2674	2.2	2.2	-	-	2.2	2.2	-	-	
70-79	1294	2.3	2.3	-	-	2.3	2.2	-	-	
80+	487	2.1	2.1	-	-	2.1	2.0	-	-	
Eta/Beta		0.04	0.03	-	-	0.04*	0.04*	-	-	
2. เพศ										
ชาย	1800	2.0	2.0	-	-	2.0	2.0	-	2.0	
หญิง	2655	2.3	2.3	-	-	2.3	2.3	-	2.3	
Eta/Beta		0.10**	0.11**	-	-	0.12**	0.11**	-	0.11**	
3. สถานภาพสมรส										
กำลังสมรส	2218	2.2	2.2	-	-	2.2	2.2	-	2.2	
โสด/หย่า/แยก	334	1.9	1.8	-	-	1.8	1.9	-	1.9	
หม้าย	1903	2.3	2.2	-	-	2.2	2.2	-	2.2	
Eta/Beta		0.06**	0.07**	-	-	0.06**	0.05**	-	0.05**	
4. อาชีพที่ทำนานที่สุด										
เกษตร	3071	2.2	-	2.2	-	2.2	-	2.2	2.2	
นอกเกษตร	1260	2.1	-	2.1	-	2.1	-	2.1	2.1	
ไม่เคยทำงาน	124	2.0	-	2.0	-	1.8	-	1.9	1.9	
Eta/Beta		0.05*	-	0.05*	-	0.05*	-	0.05*	0.06**	

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร/ เศรษฐกิจ/สังคม/สิ่งแวดล้อม/ พฤติกรรมของบุคคล	จำนวน ไม่ถ่วง น้ำหนัก	ไม่ปรับ	สมการปรับ						
			1	2	3	4	5	6	7
5. ฐานะทางเศรษฐกิจของครัวเรือน									
ต่ำมาก	902	2.2	-	2.1	-	2.1	-	2.1 (-.006)	
ต่ำ	1563	2.2	-	2.2	-	2.2	-	2.2	-
ปานกลาง	1348	2.2	-	2.2	-	2.2	-	2.2	-
สูง	642	2.1	-	2.3	-	2.3	-	2.3	-
Eta/Beta		0.02	-	0.03	-	0.03	-	0.02	-
6. ระดับการศึกษา									
(-.023)									
ประถม 3 หรือน้อยกว่า	2124	2.2	-	2.2	-	2.2	-	2.2	-
ประถม 4	2004	2.1	-	2.1	-	2.3	-	2.2	-
สูงกว่าประถม 4	327	1.9	-	1.9	-	2.0	-	2.0	-
Eta/Beta		0.05*	-	0.04*	-	0.05*	-	0.05**	-
7. เขตที่อยู่อาศัย									
กรุงเทพฯ	218	1.9	-	2.0	-	2.0	-	2.0	2.1
เมืองอื่นๆ	624	2.3	-	2.4	-	2.3	-	2.3	2.3
ชนบท	3313	2.2	-	2.2	-	2.2	-	2.2	2.2
Eta/Beta		0.05*	-	0.05**	-	0.04*	-	0.04*	0.04*
8. ความถี่ในการสูบบุหรี่									
ไม่เคยสูบ	2450	2.3	-	-	2.3	-	2.2	2.3	2.2
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	782	2.3	-	-	2.2	-	2.3	2.2	2.3
สูบ 1 - 10 มวน/วัน	790	1.9	-	-	2.0	-	2.0	2.0	2.0
สูบบากกว่า 10 มวน/วัน	433	1.9	-	-	1.9	-	2.0	1.9	2.0
Eta/Beta		0.12**	-	-	0.11**	-	0.06**	0.11**	0.06**

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร/ เศรษฐกิจ/สังคม/สิ่งแวดล้อม/ พฤติกรรมของบุคคล	จำนวน ไม่ถ่วง น้ำหนัก	ไม่ปรับ	สมการปรับ						
			1	2	3	4	5	6	7
			9. ความถี่ในการดื่มสุรา						
ไม่เคยดื่ม	2405	2.2	-	-	2.1	-	2.1	2.1	2.1
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	1023	2.5	-	-	2.5	-	2.5	2.5	2.5
ดื่ม 1-2 ครั้ง/สัปดาห์หรือน้อยกว่า	316	2.1	-	-	2.2	-	2.2	2.1	2.2
ดื่มทุก 1-3 วัน	411	1.7	-	-	1.9	-	1.9	1.9	1.9
Eta/Beta		0.13**	-	-	0.12**	-	0.13**	0.12**	0.13**
10. ความถี่ในการออกกำลังกาย									
ทุกวัน	1800	2.1	-	-	2.1	-	2.1	2.1	2.1
ไม่ทุกวัน	1240	2.2	-	-	2.2	-	2.2	2.2	2.2
ไม่เคย	1415	2.4	-	-	2.4	-	2.4	2.3	2.4
Eta/Beta		0.08**	-	-	0.08**	-	0.08**	0.08**	0.08**
11. การดูแลตนเองเมื่อป่วย									
ไม่ทำอะไร/รักษาตนเองโดยไม่ใช้ยา	333	1.7	-	-	1.8	-	1.8	1.8	1.8
ซื้อยารับประทานเอง	2119	2.1	-	-	2.1	-	2.1	2.1	2.1
สถานีนอนามัย	1000	2.3	-	-	2.3	-	2.2	2.2	2.2
โรงพยาบาล	524	2.6	-	-	2.5	-	2.5	2.5	2.5
คลินิก	479	2.3	-	-	2.2	-	2.2	2.2	2.2
Eta/Beta		0.13**	-	-	0.11**	-	0.10**	0.11**	0.10**
12. ความถี่ในการรับประทานอาหารประเภทโปรตีน/สัปดาห์									
3 วันหรือน้อยกว่า	865	2.2	-	-	2.2	-	2.2	2.2	2.2
4-6 วัน	595	2.1	-	-	2.1	-	2.1	2.1	2.1
ทุกวัน/เกือบทุกวัน	2631	2.2	-	-	2.2	-	2.2	2.2	2.2
Eta/Beta		0.03	-	-	0.02	-	0.02	0.02	0.02

ตารางที่ 3.2 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร/ เศรษฐกิจ/สังคม/สิ่งแวดล้อม/ พฤติกรรมของบุคคล	จำนวน ไม่ถ่วง น้ำหนัก	ไม่ปรับ	สมการปรับ						
			1	2	3	4	5	6	7
			13. จำนวนมื้ออาหารที่รับประทาน/วัน						
1-2 มื้อ	734	2.2	-	-	2.2	-	2.2	2.2	2.2
3 มื้อหรือมากกว่า	3721	2.2	-	-	2.2	-	2.2	2.2	2.2
Eta/Beta		0.00	-	-	0.00	-	0.00	0.00	0.00
Multiple R Squared			0.016**	0.007*	0.047*	0.023*	0.056*	0.054*	0.060**

หมายเหตุ : ค่าที่อยู่ใน () เป็นค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่ปรับฐาน (raw regression coefficient) ของตัวแปร

เมื่อใช้ตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรผันร่วม (covariate) ในสมการ

: ** หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .01

: * หมายถึง ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ .05