

การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือก
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร



นายรุจิโรจน์ ไบมาก

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเภสัชกรรมคลินิก ภาควิชาเภสัชกรรม

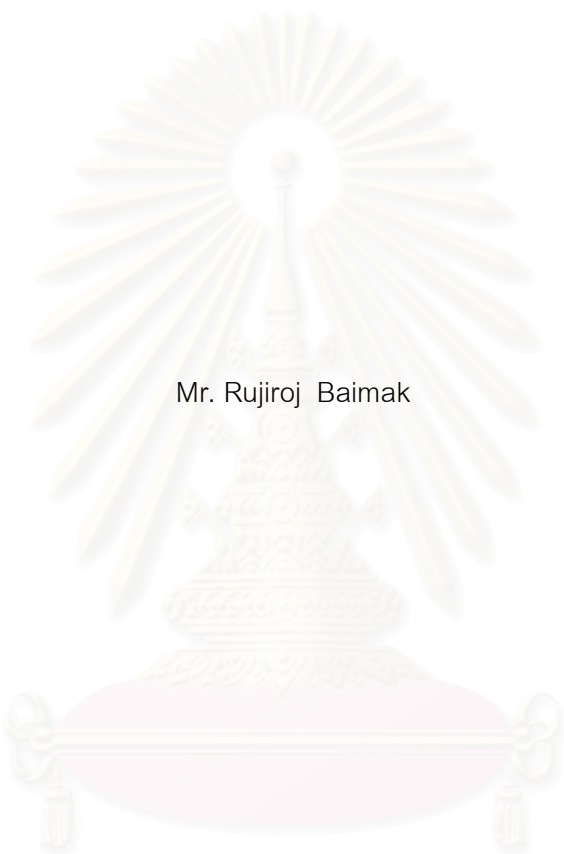
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2548

ISBN 974-14-2380-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

DEVELOPMENT OF A CAUSAL RELATIONSHIP MODEL OF THE ELDERLY
USE OF ALTERNATIVE MEDICINE IN BANGKOK



Mr. Rujiroj Baimak

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Pharmacy Program in Clinical Pharmacy

Department of Pharmacy

Faculty of Pharmaceutical Sciences


Chulalongkorn University

Academic Year 2005

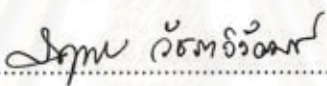
ISBN 974-14-2380-2


หัวข้อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
โดย	นายรุจิโรจน์ ไบมาก
สาขาวิชา	เภสัชกรรมคลินิก
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิจ วินิจวัจนะ

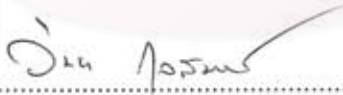
คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยออกใบรับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต


คณบดีคณะเภสัชศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.พรเพ็ญ เปรมโยธิน)


คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมฤทัย วัชรวิวัฒน์)

อาจารย์ที่ปรึกษา
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิจ วินิจวัจนะ)

กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิทยา กุลสมบุญรัมย์)

กรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ร.ต.ท.หญิง ฐวี อนันตโชติ)

กรรมการ
(อาจารย์ ดร.วรรณิ์ แกมเกตุ)

รุจิโรจน์ ไบมาก : การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือก
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร (DEVELOPMENT OF A CAUSAL RELATIONSHIP
MODEL OF THE ELDERLY USE OF ALTERNATIVE MEDICINE IN BANGKOK) อ.ที่
ปรึกษา:ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร วิจิตรวัจนะ. 126 หน้า. ISBN 974-14-2380-2

การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับปัจจัยที่ซับซ้อนหลายประการ แต่ยังไม่มีการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปัจจัยเหล่านี้อย่างชัดเจน การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างของการวิจัย คือ ผู้สูงอายุจำนวน 960 คน ซึ่งเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุรวม 24 ชมรมในเขตกรุงเทพมหานคร ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ตัวแปรต้น 11 ตัว คือ เจตคติภายในตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก เพศ ภาวะสุขภาพกาย รายได้ ภาวะสุขภาพจิต ระดับการศึกษา และเจตคติภายนอกตนต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก สถานภาพสมรส อายุ การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา ตัวแปรตาม 1 ตัว คือ การใช้การแพทย์ทางเลือก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีความเที่ยงในการวัดตัวแปรต่างๆ แต่ละตัว ตั้งแต่ 0.54-0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมลิสเรล ดำเนินการวิจัย ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2548 ถึงมีนาคม 2549 เมื่อใช้โปรแกรมลิสเรล 8.54 วิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกพบว่า รูปแบบที่สร้างขึ้นสามารถอธิบายความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 67 โดยที่ตัวแปรเจตคติภายในตนเองของการใช้การแพทย์ทางเลือกมีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุสูงสุด ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงอย่างมีนัยสำคัญต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุมี 4 ตัวคือ เจตคติภายในตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก รายได้ เพศ และภาวะสุขภาพกาย (สัมประสิทธิ์อิทธิพลทางตรงเท่ากับ 0.78, 0.17, -0.06 และ 0.07 ตามลำดับ) นอกจากนี้ยังมีอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปรต่างๆ ต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ ส่วนการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์พบว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยมีค่าไค-สแควร์เท่ากับ 39.1 (df=27; p=0.064) และดัชนีความสอดคล้อง เท่ากับ 0.99 อย่างไรก็ตามควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุกลุ่มอื่นๆ และการนำรูปแบบความสัมพันธ์ที่พัฒนาขึ้นนี้ไปประยุกต์ใช้ในทางปฏิบัติต่อไป

ภาควิชา.....เภสัชกรรม.....

สาขาวิชา.....เภสัชกรรมคลินิก.....

ปีการศึกษา.....2548.....

ลายมือชื่อนิสิต.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

477659833 : MAJOR CLINICAL PHARMACY

KEY WORD : USE OF ALTERNATIVE MEDICINE/ALTERNATIVE MEDICINE/CAUSAL RELATIONSHIP/ELDERLY/CAUSAL RELATIONSHIP MODEL/ BANGKOK

RUJIROJ BAIMAK : DEVELOPMENT OF A CAUSAL RELATIONSHIP MODEL OF THE ELDERLY USE OF ALTERNATIVE MEDICINE IN BANGKOK. THESIS ADVISOR : ASST.PROF.DR. WINIT WINIT-WATJANA, Ph.D.126 pp. ISBN 974-14-2380-2

The elderly use of alternative medicine depends on many complex factors. There has been no study on a causal relationship of these factors. The objectives of this study were to develop a causal relationship model of the elderly use of alternative medicine in Bangkok, and test the goodness of fitting of the causal relationship model with empirical data. The research sample consisted of 960 elderly people who were the members of 24 elderly clubs around Bangkok. A total of 11 independent variables included internal elderly attitudes, physical health, income, gender, mental health, educational background, external elderly attitudes, status, age, smoking, and drinking. One independent variable was the use of alternative medicine. Data were collected by questionnaires having reliability for each variable ranging from 0.54-0.93 and analysed by using descriptive statistics and LISREL analysis. The study was carried out from June 2005 to March 2006. When employing the computer program LISREL 8.54 to create a causal relationship model, we found that the devised model could explain the relationship of several factors and the elderly use of alternative medicine equal to 67%. The internal elderly attitudes toward alternative medicine use had significant, direct and indirect effects on the utilization of alternative medicine. Four variables that had significant, direct effects on the elderly use of alternative medicine are internal elderly attitudes, income, gender and physical health (direct effect coefficients: 0.78, 0.17, -0.06 and 0.07, respectively). There were also some indirect influences from other factors on the alternative medicine use. For the test of the goodness of fitting of the causal relationship model, the developed model was fitted to the empirical data; the chi-square goodness of fit was 34.86 (df = 25; p = 0.054) and the goodness of fit index was 0.99. However, there should be further studies on the use of alternative medicine by other senior groups, and the implementation of the developed model in practice.

Department.....Pharmacy.....

Student's signature.....

Rujiroj Baimak
Winit Winitjana

Field of study.....Clinical Pharmacy.....

Advisor's signature.....

Academic Year.....2005.....

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิจิตร วิจิตรวัจนะ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลืออย่างดียิ่งแก่ผู้วิจัยมาโดยตลอด และอาจารย์ ดร.วรวรรณี แกมเกตุ ที่ให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูปที่สามารถวิเคราะห์ผลการวิจัยนี้ได้ ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมฤทัย วัชรวิวัฒน์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ให้คำแนะนำในการแก้ไขวิทยานิพนธ์เล่มนี้ให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้สูงอายุทุกท่านในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัย นอกจากนี้ผู้วิจัยขอขอบพระคุณพยาบาลและเจ้าหน้าที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย รวมทั้งพยาบาลในกลุ่มงานอนามัยชุมชน และเจ้าหน้าที่ในกลุ่มงานเภสัชกรรมทุกโรงพยาบาล ในสังกัดสำนักแพทย์ ที่ให้ความช่วยเหลือในการประสานงานและเก็บข้อมูลในการวิจัยนี้เป็นอย่างดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
สารบัญรูป.....	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	6
1.3 กรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐานของการวิจัย.....	6
1.4 ความสำคัญของการวิจัย.....	9
1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	9
1.6 ขอบเขตของการวิจัย.....	9
1.7 คำนิยามศัพท์เฉพาะ.....	10
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
2.1 การแพทย์ทางเลือก.....	13
2.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ.....	18
2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยโมเดลลิสเรล.....	27
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
3.1 รูปแบบการวิจัย.....	31
3.2 วิธีการวิจัย.....	31
3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	32
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	35
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	41
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	42
4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุและการใช้การแพทย์ทางเลือก.....	42
4.1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ.....	42

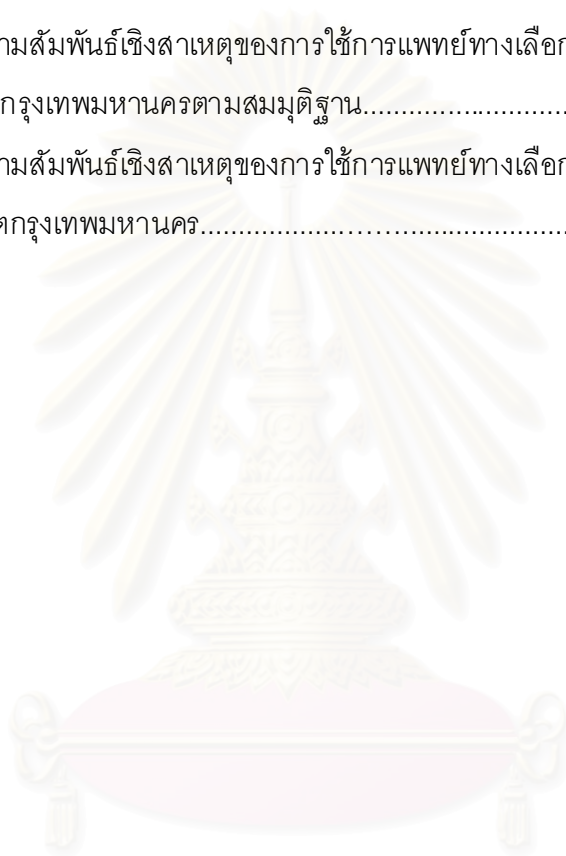
4.1.2	การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ.....	45
4.1.3	เจตคติของผู้สูงอายุกับการใช้การแพทย์ทางเลือก.....	46
4.1.4	ภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุกับการใช้การแพทย์ทางเลือก.....	46
4.2	การสร้างและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้	
	การแพทย์ทางเลือก.....	50
4.2.1	การคัดเลือกตัวแปรที่ใช้ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ.....	50
4.2.2	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือก.....	53
บทที่ 5	สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	66
	รายการอ้างอิง.....	70
	ภาคผนวก	
	ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์.....	77
	ภาคผนวก ข รหัสลงข้อมูล(Codebook).....	84
	ภาคผนวก ค รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	94
	ภาคผนวก ง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา.....	95
	ภาคผนวก จ ผลการวิเคราะห์โมเดลการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ	
	ของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร	
	ครั้งสุดท้าย ด้วยโปรแกรม LISREL for Windows version 8.54.....	100
	ภาคผนวก ช รูปตัวอย่างลักษณะผู้สูงอายุ.....	124
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	126

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1. ชมรมผู้สูงอายุและเขตพื้นที่ประสานงานชมรมผู้สูงอายุ.....	33
2. ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ ที่เข้าร่วมการวิจัย.....	34
3. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ.....	43
4. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อมูลซึ่งไม่ใช่ในรูปแบบความสัมพันธ์.....	44
5. การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ.....	47
6. ลักษณะการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ.....	47
7. ลักษณะวิธีการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ	47
8. เจตคติภายในและภายนอกตนเองของผู้สูงอายุต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก.....	48
9. ภาวะสุขภาพและปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	49
10. ภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุที่ทดสอบด้วยเครื่องมือการวิจัย.....	49
11. สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบเมตริกซ์.....	51
12. ขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ ของการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุ.....	58
13. ขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ ของการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุ.....	59

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1	สมมติฐานของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	8
2	โมเดลลิสเรลที่ประกอบด้วยโมเดลการวัดและโมเดลสมการโครงสร้าง.....	27
3	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามสมมติฐาน.....	54
4	รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร.....	55



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาของปัญหา

ในปัจจุบันประชากรของประเทศไทย มีผู้สูงอายุ 1 ใน 10 ของประชากรทั้งหมด ในอนาคตประชากรวัยเด็กและวัยเจริญพันธุ์จะมีปริมาณลดลง และแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้นซึ่งคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ.2563 สัดส่วนประชากรของผู้สูงอายุจะเพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 15.28(1) ดังนั้นปัญหาของผู้สูงอายุจะเพิ่มมากขึ้น ปัญหาที่สำคัญคือความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเนื่องจากภาวะต่าง ๆ ทั้งด้านสรีรวิทยาและภาวะสุขภาพจิตที่เปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะโรคประจำตัวของผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง อาทิเช่น โรคหัวใจ โรคเมเร็ง ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน เป็นต้น (2) พบว่าผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยในแต่ละเดือนถึงร้อยละ 43.6 โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้หญิงและผู้สูงอายุในชนบท อย่างไรก็ตามโรคที่พบส่วนใหญ่จะเป็นโรคที่ไม่รุนแรง เช่น ไข้หวัด ปวดข้อ เป็นต้น ซึ่งการให้บริการการรักษาทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ก็สามารถรักษาโรคได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น จึงทำให้ปัจจุบันเริ่มมีแนวคิดการรักษาผู้สูงอายุแบบองค์รวม หรือ Holism โดยพิจารณาทุกส่วนในร่างกายที่มีความเกี่ยวเนื่องของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ ปัจจัยอื่น ๆ ทั้งทางสังคม และสิ่งแวดล้อมที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยใช้ศาสตร์ต่าง ๆ ที่เรียกว่า การแพทย์ทางเลือก (complementary and alternative medicine)(3,4)

จากการศึกษาในเบื้องต้นของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2540-2541 พบว่าสังคมไทยใช้การแพทย์ทางเลือกมาจากวัฒนธรรมอื่น 38 วิธี แต่มี 35 วิธีที่ยังให้บริการร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน (4) นอกจากนี้ภาครัฐยังให้การสนับสนุนการใช้แพทย์ทางเลือกโดยมีการประกาศเป็นนโยบายหนึ่งในแผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 8 ปีพ.ศ. 2540-2544 และยังมีแนวคิดการนำแพทย์ทางเลือกมาใช้ในการสร้างหลักประกันสุขภาพ โดยเน้นการพัฒนาภูมิปัญญาพื้นบ้าน การใช้สมุนไพร การนวด การบำบัดด้วยอาหารและอื่นๆ เป็นต้น รวมทั้งยังมีการประกาศเป็นนโยบายของสถาบันการแพทย์แผนไทยและแนะนำกระบวนการดำเนินงานต่างๆ ออกมาเพื่อให้โรงพยาบาลต่างๆ ได้นำไปปฏิบัติต่อไป

ในต่างประเทศมีการศึกษามากมายเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก เช่น ผลการรักษา ความคุ้มค่าในการรักษา ความปลอดภัย และอื่นๆ เป็นต้น ซึ่งการแพทย์ทางเลือกดูเหมือนจะมีความนิยมในการใช้เพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยการตลาด ความสามารถในการค้นหาข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย และวัฒนธรรมการแพทย์ตะวันตก (5) ในระยะเวลากว่า 20 ปีที่ผ่านมาการใช้แพทย์ทางเลือกเริ่มมีความสนใจเพิ่มมากขึ้น 1 ใน 3 ของประชาชน ทางตะวันตก

ของสหรัฐอเมริกาและ 1 ใน 4 ของประชาชนในอังกฤษมีการใช้แพทย์ทางเลือกมากยิ่งขึ้น ในแคนาดาพบว่าผู้ใช้แพทย์ทางเลือกร้อยละ 20 ขณะที่ร้อยละ 50 ของประชากรในประเทศออสเตรเลียใช้การแพทย์ทางเลือกในการรักษาโรคร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันและพบว่าการใช้แพทย์ทางเลือกจะพบได้ทุกวัยตั้งแต่อายุ 25-49 ปี การศึกษาของ Buono และคณะ (4) ในปี ค.ศ. 2543 และการศึกษาของ Barnes และคณะ (6) ในปี พ.ศ.2547 พบว่าผลการใช้แพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุเป็นร้อยละ 50-60 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Immel (7) และคณะในปี พ.ศ.2536 และการศึกษาของ Borkan และคณะ (8) ในปี พ.ศ.2537 พบว่าผู้สูงอายุใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 54-60 นอกจากนี้การศึกษาของ Ernst (9) ในปี พ.ศ.2545 และคณะชี้ให้เห็นว่าประเทศเยอรมันนิยมใช้การแพทย์ทางเลือกมากที่สุด รองลงมาคือ แคนาดา ฝรั่งเศส ออสเตรเลีย สหรัฐอเมริกา และอังกฤษ ตามลำดับ

ในการวิจัยเชิงสำรวจของ Buono พบว่าในประเทศสหรัฐอเมริกามีการใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 43 ส่วนใหญ่จะใช้ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติร้อยละ 18.9 การออกกำลังกายร้อยละ 7.6 และโคโรแพคทีกรร้อยละ 7.5 ทางด้านการแพทย์ทางเลือกในอังกฤษจะนิยมใช้การฝังเข็มและโฮมีโอพาทีมากที่สุด รองลงมาคือการนวดกดจุด การนวด การนวดฝ่าเท้า การใช้วิตามินและการบำบัดด้วยอาหาร ตามลำดับ ซึ่งการใช้การแพทย์ทางเลือกขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้การแพทย์ทางเลือก ซึ่งผู้ใช้แพทย์ทางเลือกให้เหตุผลว่าการแพทย์ทางเลือกมีประสิทธิผลในการรักษาดีร้อยละ 54 และเพศหญิงจะใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าเพศชาย ผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำกว่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Barnes และคณะพบว่าประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 62 ใช้การแพทย์ทางเลือกใน 12 เดือนที่ผ่านมาเพื่อการดูแลสุขภาพ นอกจากนี้การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ยังมีผลต่อการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกอีกด้วย (10,11)

การศึกษาอื่น ๆ ในอังกฤษพบว่า ผู้หญิงจะเป็นผู้เลือกการใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าเพศชาย เนื่องจากอาการปวดข้อ แต่ไม่ใช่ผลจากการเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barnes (6) และคณะศึกษาการใช้การแพทย์ทางเลือกในอเมริกาพบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดการใช้การแพทย์ทางเลือกแต่ละวิธีนั้นขึ้นอยู่กับเพศ สถานที่อยู่อาศัย ภาวะสุขภาพ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ซึ่งเหตุผลในการเลือกที่จะใช้การแพทย์ทางเลือกนั้น คือ มีความเชื่อว่าการใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมกับการแพทย์ปัจจุบันจะช่วยให้การรักษาที่ดีขึ้นร้อยละ 54.9 และ ต้องการทดลองใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 50.1 นอกจากนี้การศึกษาของ Wheaton และคณะ (12) ในปี พ.ศ. 2547 พบว่ามีหลายปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการใช้การแพทย์ทางเลือก คือ เพศ อายุ การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ โรคเรื้อรัง และการดื่มสุรา ส่วนสาเหตุที่เลือกใช้พบว่าได้รับคำแนะนำจาก

บุคลากรทางการแพทย์ ร้อยละ 34 เชื่อว่าจะช่วยให้สุขภาพดีร้อยละ 69 เชื่อว่าจะช่วยป้องกันการเกิดโรคร้อยละ 20 และ ช่วยในการรักษาโรคของผู้ป่วยร้อยละ 11 จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าบุคลากรทางการแพทย์ก็เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในการใช้การแพทย์ทางเลือก จากการศึกษาในสหรัฐอเมริกาและอิสราเอล พบว่าผู้ใช้จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้การแพทย์ทางเลือกร้อยละ 60 แพทย์ผู้รักษาแนะนำการใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันร้อยละ 47 และรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 23 ในปี พ.ศ. 2547 การศึกษาของ Haselen (10) และคณะ ในการใช้การแพทย์ทางเลือกในหน่วยบริการปฐมภูมิโดยการสอบถามแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลหน่วยบริการปฐมภูมิพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลในหน่วยบริการปฐมภูมิเลือกใช้แพทย์ทางเลือกโดยให้เหตุผลในการใช้คือ ผู้ป่วยเรียกร้องการให้บริการการแพทย์ทางเลือกร้อยละ 68 ผู้ให้บริการได้เรียนรู้และนำมาใช้กับผู้ป่วยเนื่องจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นไม่สามารถรักษาให้หายได้ร้อยละ 58 และอื่น ๆ นอกจากนี้ภาวะสุขภาพและโรคเรื้อรังก็ยังมีผลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก จากการศึกษาของ Astin (13) และคณะ ในปี พ.ศ.2543 พบว่าปัจจัยด้านการศึกษาและรายได้ไม่ส่งผลต่อการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกมากนัก แต่ภาวะสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่า และได้สรุปผลการศึกษากการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกอีกว่าการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกไม่ได้เกิดจากความเชื่อ ที่เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์หรือศาสตร์การแพทย์ทางเลือกนั้น ๆ แต่เกิดจากการทดลองใช้แล้วมีความพึงพอใจจึงบอกผ่านมายังผู้ทดลองใช้ใหม่และอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม รวมทั้งวัฒนธรรมแต่ละบุคคล

สำหรับประเทศไทย การศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวกับการใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารยังไม่มีการศึกษาถึงภาพรวมในการใช้การแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ในปี พ.ศ.2539 มีการศึกษาของ สิริวรรณ โกจิต และธรรมิกา ศรีสุวรรณานุกร (14) โดยศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้มาใช้บริการร้านขายยาในห้างสรรพสินค้าเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของเพศหญิง และเพศชายมีความนิยมในการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารใกล้เคียงกัน แต่การศึกษาของดากร รัมพิพิธ และคณะ (15) ในปี พ.ศ.2537 สํารวจพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า แนวโน้มการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพจะเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ทางด้านปัจจัยเกี่ยวข้องกับอายุจากการศึกษาของดากร รัมพิพิธและคณะ พบว่ากลุ่มผู้บริโภคที่ควรใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 84.1 คือ กลุ่มผู้สูงอายุด้วยเหตุผลที่ว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลในเรื่องสุขภาพมากที่สุดและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาทางด้านกรบริโภค ส่วนปัจจัยทางการศึกษาและรายได้มีการศึกษาของสิริวรรณ โกจิต และ ธรรมิกา ศรีสุวรรณานุกร วรรณพรพรรณ หาญวงษ์ไพบูลย์และ

สินีนุช นิमितติ (16) พบว่าผู้มีรายได้อาจสูงจะใช้สมุนไพรรักษาและผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากขึ้น เช่นเดียวกับปัจจัยด้านการศึกษา พบว่าผู้มีการศึกษาสูงกว่าจะนิยมใช้สมุนไพรรักษาและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาสูงอาจทำให้ผู้บริโภคมีความสนใจในการดูแลสุขภาพมากขึ้นโดยการรับรู้จากสื่อต่างๆทำให้เกิดการใช้มากยิ่งขึ้น ส่วนปัจจัยเกี่ยวกับสุขภาพ จากการศึกษาของลักษณะมี หลินสุนนท์ และวรพรรณ สิทธิถาวร (17) ในปี พ.ศ.2539 ศึกษาการใช้วิตามินและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ในกลุ่มการบินไทยใช้วิตามินและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 51.2 กลุ่มการไฟฟ้าส่วนภูมิภาค ใช้วิตามินและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 48.8 และกลุ่มไฟฟ้าฝ่ายผลิตใช้วิตามินและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ ร้อยละ 52.5 พบว่ากลุ่มการบินไทยมีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพค่อนข้างน้อย กลุ่มการไฟฟ้าฝ่ายผลิตมีปัญหาสุขภาพและโรคประจำตัวปานกลาง แต่ในกลุ่มนี้จะมีการสูบบุหรี่และดื่มสุรามากกว่ากลุ่มอื่นๆ

จากการศึกษาของสิริวรรณ โกจิต และธรรมิกา ศรีสุวรรณานุกร สำนวณพฤติกรรมกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของผู้มาใช้บริการร้านขายยาในห้างสรรพสินค้า ในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้บริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 53.8 สุขภาพดี ร้อยละ 40 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดากร รัมพิพิธ และคณะ สำนวณพฤติกรรมกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของประชาชนทั่วไปในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพประเมินเกี่ยวกับสุขภาพของตนว่าสุขภาพอยู่ในเกณฑ์พอใช้ ร้อยละ 50 คิดว่าตนมีสุขภาพดี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 40 และพบว่าผู้บริโภค ร้อยละ 62.8 บริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพเพื่อบำรุงร่างกาย และร้อยละ 52.3 เพื่อส่งเสริมให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบถ้วน ส่วนการศึกษาปัจจัยเรื่องความเชื่อที่ผู้ป่วยจะเลือกและไม่เลือกใช้การแพทย์ทางเลือกโดยพบว่าปัจจัยเรื่องความเชื่อที่ส่งผลต่อการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก คือ ผู้ป่วยได้รับข้อมูลด้านลบจากบุคลากรทางการแพทย์ และเชื่อว่าบุคลากรทางการแพทย์ไม่ให้นำใช้การแพทย์ทางเลือก นอกจากนี้การศึกษาเรื่องความเชื่ออื่นๆ ทำให้ทราบถึงการปฏิเสธการใช้การแพทย์ทางเลือก คือ การแพทย์ทางเลือกยังไม่มีผู้เชี่ยวชาญมากพอ การเข้าถึงการบริการของการแพทย์ทางเลือกทำได้น้อย ผู้ป่วยไม่เชื่อผลในการรักษา ไม่ทราบถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา ความซับซ้อนในการบริการหรือปฏิบัติและ ไม่ทราบผลข้างเคียงหรือผลกระทบจากการรักษาที่อาจเกิดขึ้น (18,19)

จากข้อมูลดังที่ได้กล่าวมาการแพทย์ทางเลือกมีมากมาย ทำให้ผู้สูงอายุมีทางเลือกและมีความเป็นไปได้มากขึ้นในการตัดสินใจเลือกใช้แพทย์ทางเลือกในแต่ละวิธี โดยเฉพาะผู้สูงอายุในเขตเมืองเช่น กรุงเทพมหานครหรือเมืองใหญ่ๆ ในต่างจังหวัด เนื่องจากการเข้าถึงบริการได้ง่ายและเป็นการเลือกที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต หากไม่พอใจต่อผลของการตัดสินใจเลือกในภายหลัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการเลือกที่จะใช้บริการหรือผลิตภัณฑ์ อาจทำให้สุขภาพ

แย่ง ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต ลื่นเปลี่ยนปัจจัยทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุด้วย การเลือกใช้ บริการและผลิตภัณฑ์ ของการแพทย์ทางเลือกล้วน ผู้สูงอายุจะต้องชำระเงินเอง มีเพียงบางชนิด เท่านั้นที่สามารถเบิกค่ารักษาพยาบาลได้ เช่น ยาสมุนไพรบางรายการ การนวดกดจุด เป็นต้น รวมทั้งศาสตร์ทางการแพทย์ทางเลือกมีหลายศาสตร์ มีผลิตภัณฑ์ การโฆษณา และการให้ความรู้ มีมากขึ้น การเข้าถึงสื่อต่าง ๆ ของผู้สูงอายุก็มีมากยิ่งขึ้น ทำให้เกิดการเลือกใช้ ซึ่งการตัดสินใจของผู้สูงอายุดังกล่าว มิได้พิจารณาเฉพาะประเด็นการเลือกใช้แพทย์เลือกเพียงอย่างเดียวแต่จะรวมไปถึงการพิจารณาว่าจะใช้ศาสตร์ใดบ้างเพื่อผลในการรักษา ฟื้นฟู หรือป้องกันการเกิดโรคและ เพื่อสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ยังมีจุดเด่นและจุดด้อยที่ผู้สูงอายุพิจารณาผลได้ผลเสียที่จะเกิดขึ้นอีกหลายประการ เช่น ค่าใช้จ่าย ผลของการรักษา เป็นต้น ดังนั้นการเลือกใช้แพทย์ ทางเลือกและการเลือกใช้ศาสตร์ต่าง ๆ ในการแพทย์ทางเลือกจึงนับได้ว่าเป็นการเลือกที่มี เป้าหมายเพื่อประโยชน์สำหรับสุขภาพของผู้สูงอายุในอนาคต

อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยต่างๆ ของ ผู้สูงอายุ กับการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ การวิจัยนี้ จึงต้องการสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร เนื่องจากการใช้หรือไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นพฤติกรรมที่ต่ออาศัยเหตุผลที่ มีความซับซ้อนอันเป็นผลมาจากตัวแปรต่างๆ จำนวนมากที่เป็นเหตุเป็นผลต่อเนื่องกัน ทั้งนี้เพื่อให้ สอดคล้องกับสภาพที่เป็นจริงโดยพิจารณาจากตัวแปรเกี่ยวกับภูมิหลังของผู้สูงอายุประกอบกัน ด้วย ดังนี้

1. ปัจจัยด้านประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้
2. ปัจจัยด้านสุขภาพ ได้แก่ ภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิต การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่
3. ปัจจัยด้านความเชื่อ และเจตคติของผู้สูงอายุ

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนี้ มีตัวแปรตาม คือ การใช้แพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ และตัวแปรอื่น ๆ มีความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงใช้โปรแกรมลิสมัลเข้ามาช่วย ในกระบวนการวิเคราะห์เส้นทางด้วย ผลจากการวิจัยนี้ ทำให้ได้ตัวแบบอธิบายความสัมพันธ์เชิง สาเหตุของตัวแปรต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก ซึ่งคาดว่าจะจะเป็นประโยชน์ ต่อการทำความเข้าใจ กระบวนการตัดสินใจเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก นอกจากนี้ยังอาจจะ เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงนโยบายสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป ทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางใน การศึกษาพัฒนาแนวคิดเชิงทฤษฎีเพื่ออธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของปรากฏการณ์อื่นได้อีก

1.2 คำถามการวิจัยและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ มีคำถามการวิจัยคือ รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร มีลักษณะอย่างไรและมีตัวแปรใดบ้างที่ส่งผลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกนั้น ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อ

- 1) สร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยของผู้สูงอายุกับการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
- 2) ทดสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สร้างขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ของผู้สูงอายุ

1.3 กรอบแนวคิดการวิจัยและสมมติฐานของการวิจัย

ในการสร้างกรอบแนวคิดการวิจัย และสมมติฐานของการวิจัยซึ่งใช้เป็นต้นแบบของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยของผู้สูงอายุกับการใช้การแพทย์ทางเลือก มีขั้นตอนดังนี้

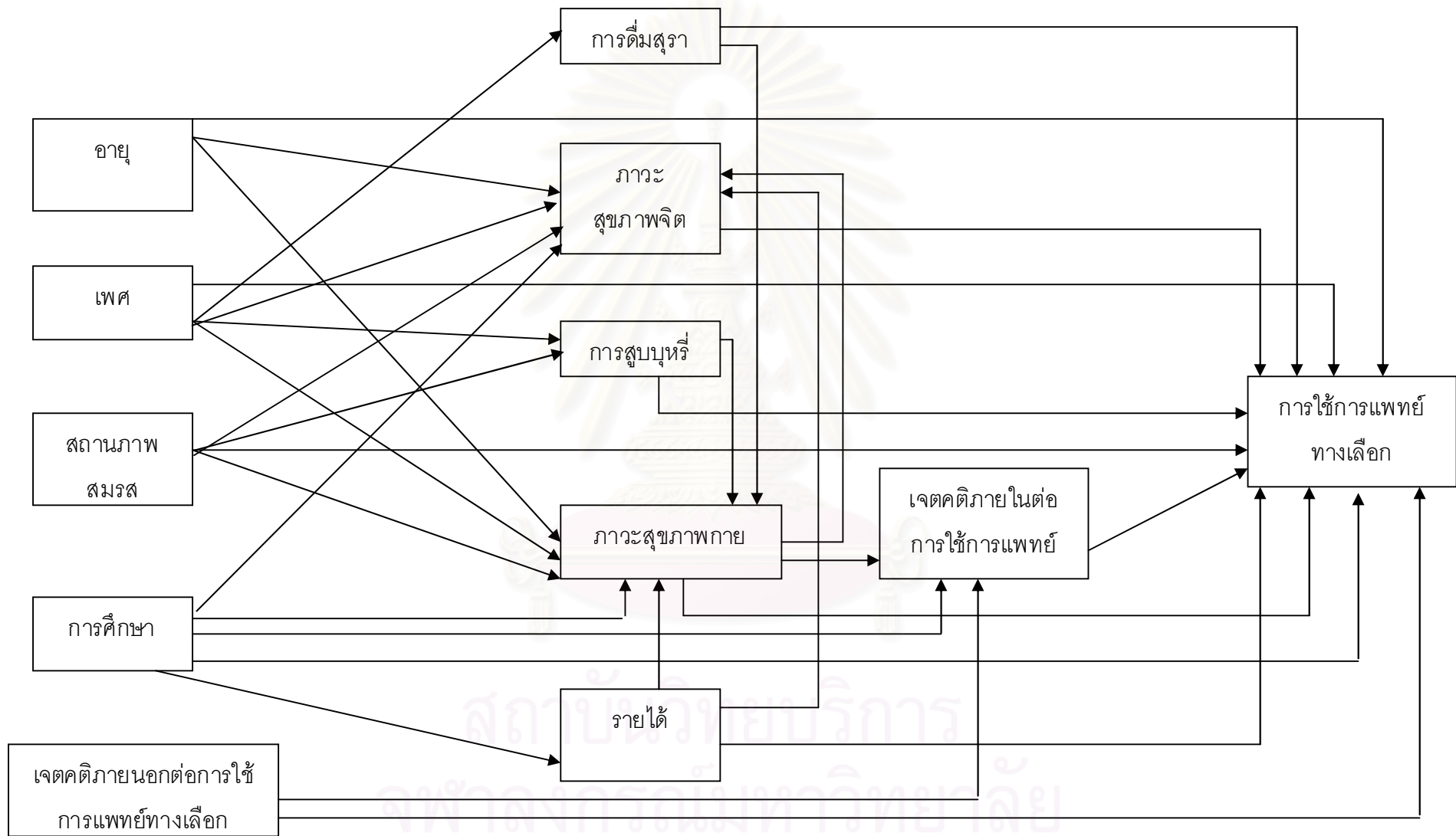
1. ศึกษาเอกสารและงานวิจัยต่างๆ เพื่อกำหนดแนวคิด (concept) หรือตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้
2. คัดเลือกตัวแปรที่สำคัญและให้นิยามเชิงปฏิบัติการที่สามารถวัดค่าได้
3. พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่คัดเลือกไว้ที่อาจเป็นตัวแปรต้นหรือตัวแปรตาม
4. เชื่อมโยงตัวแปรและจัดระบบความสัมพันธ์ของตัวแปรที่สนใจเป็นกรอบแนวความคิดการวิจัย โดยใช้วิธี backward formulation ซึ่งเริ่มต้นจากตัวแปรตาม คือ การเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุย้อนกลับไปยังตัวแปรสาเหตุตามลำดับการเกิด (antecedent variables) ที่ละตัวแปร ในลักษณะของตัวแปรความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบทิศทางเดียว (recursive model) พร้อมทั้งตั้งสมมติฐานและใช้แผนภาพแสดงการเชื่อมโยงตัวแปรในตัวแบบ
5. เสนอด้านแบบเพื่อใช้สร้างและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างปัจจัยของผู้สูงอายุกับการใช้การแพทย์ทางเลือก ดังรูปที่ 1

จากรูปที่ 1 จะพบว่า มีตัวแปรต้น 11 ตัวซึ่งในจำนวนนี้เป็นตัวแปรที่เป็นกลุ่ม (categorical variables) 5 ตัว (ร้อยละ 45) และตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง (continuous variables) 6 ตัว (ร้อยละ 55) ซึ่งตัวแปรเหล่านี้อาจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน รวมทั้งมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุทั้งทางตรงหรือทางอ้อมกับตัวแปรตามหรือการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ ดังนั้นจึง

สามารถตั้งสมมติฐานของการวิจัยโดยพิจารณาจากความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรืออิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ได้ดังนี้

จากตัวแบบสมมุติฐานในแผนภาพที่ 1 สามารถอธิบายระบบความสัมพันธ์ของตัวแปรต่างๆ ที่คาดว่าน่าจะมีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครได้ดังนี้

1. เพศตัวแปรที่มีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยที่อิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง สุขภาพจิต สุขภาพกาย การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่
2. ระดับการศึกษาที่มีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยที่อิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง สุขภาพกาย สุขภาพจิตรายได้ และเจตคติภายในตนเองของผู้สูงอายุ
3. รายได้ มีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยที่อิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทางสุขภาพจิต
4. สุขภาพกายมีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโดยที่อิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง สุขภาพจิต และเจตคติภายในตนเองของผู้สูงอายุ
5. การดื่มสุรามีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโดยที่อิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง สุขภาพกาย
6. สูบบุหรี่มีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยที่อิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง สุขภาพกาย
7. เจตคติภายนอกตนเองของผู้สูงอายุมีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยที่อิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทางเจตคติภายในตนเองของผู้สูงอายุ
8. สุขภาพจิตมีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยที่อิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง เจตคติภายในตนเองของผู้สูงอายุ
9. เจตคติภายในตนเองของผู้สูงอายุมีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยที่อิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทางสุขภาพจิต
10. สถานภาพสมรส มีอิทธิพลในรูปที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการ



รูปที่ 1 สมมติฐานของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

เลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยที่อิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง การสูบบุหรี่ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

11. อายุมีอิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยที่อิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง สุขภาพกาย และ สุขภาพจิต

1.4 ความสำคัญของการวิจัย

การวิจัยนี้ทำให้ทราบถึงตัวแปรหรือปัจจัยพื้นฐานต่างๆ ที่มีผลต่อการใช้บริการแพทย์ ทางเลือก และได้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขต กรุงเทพมหานคร ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาค้นคว้าการแพทย์ทางเลือกในระดับต่อไป และความรู้ที่ ได้รับจากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุอาจนำไปใช้เพื่อการ วางแผนพัฒนาพฤติกรรมกรรมการตัดสินใจของผู้สูงอายุในแง่มุมอื่นๆ และคาดว่าอาจจะเป็นประโยชน์ ต่อการปรับปรุงนโยบายสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไปในอนาคต รวมทั้งเป็นประโยชน์เชิงวิชาการทั้ง ในด้านทฤษฎีและการวิจัยเกี่ยวกับการตัดสินใจเลือกของผู้สูงอายุตลอดจนเป็นแนวทางในการวิจัย ในลักษณะของการศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อไป

1.5 ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษานี้มีข้อตกลงเบื้องต้น 3 ประการ คือ

1. ถือว่า ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครทุกคนได้รับข่าวสารเกี่ยวกับการ การแพทย์ทางเลือกในศาสตร์ต่างๆ จากสื่อทุกประเภทล่วงหน้าและมีโอกาสที่จะพิจารณาก่อนการ ตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุเท่าเทียมกัน

2. ข้อมูลและเหตุผลที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจเลือกของผู้สูงอายุนั้นมีความคงที่ แม้จะ เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในภายหลังจากการตัดสินใจเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกไปแล้วก็ตาม

3. ระยะเวลาและสถานที่ที่แตกต่างกันในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างไม่มี ผลต่อการเปลี่ยนแปลงของคำตอบ

1.6 ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยความความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ เฉพาะในชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร แต่ไม่รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ หรือนอกเขต กรุงเทพมหานคร ดังนั้นรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ ที่ได้จากการศึกษานี้จึงสามารถใช้อธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในเขต

กรุงเทพมหานครเท่านั้น

2. การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมถึงเฉพาะการเลือกใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุที่เลือกใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือกที่กำหนดไว้ 3 กลุ่มเท่านั้น คือ

- 1) การรักษาโดยการสัมผัส การนวดและการนวดกดจุดในร่างกาย
- 2) การรักษาโดยการใช้ยาสมุนไพรและผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามิน
- 3) การรักษาโดยการแพทย์ทางเลือกอื่นๆได้แก่ การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย การใช้วิธีการรับประทานอาหารชีวจิต การฝึกโยคะ และการฝังเข็ม

1.7 คำนิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร (ดูรายละเอียดในข้อ 3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง)

การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ หมายถึง การสร้างและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship model) ที่สร้างขึ้นเพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่างๆ ที่มีผลต่อกันแปรตาม ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทฤษฎีใหม่ตามสภาพการณ์จริง การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์นี้ใช้ทฤษฎีโมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation modeling) โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (Linear Structural Relationships, LISREL)

รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ หมายถึง รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรืออิทธิพลของตัวแปรที่มีต่อการใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยตัวแปรต้นหลายตัวที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีคำนิยามศัพท์เฉพาะที่สำคัญ คือ

- 1) ระดับการศึกษา ของผู้สูงอายุมี 7 ระดับ คือ ไม่ได้เรียนหนังสือ ระดับชั้นประถมศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษา ระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ระดับอนุปริญญาระดับปริญญาตรีระดับสูงกว่าปริญญาตรี
- 2) รายได้ หมายถึง รายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับประจำจากการประกอบกิจการส่วนตัว เงินบำนาญ หรือรายได้ที่ผู้สูงอายุได้รับประจำจากผู้อื่นเพื่อใช้จ่ายส่วนตัว
- 3) สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะภาพสมรส ซึ่งแบ่งเป็น โสด หย่า/แยกกันอยู่ หม้าย
- 4) เจตคติภายในตนเองต่อการใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือก หมายถึง ความเชื่อว่าการใช้บริการทางการแพทย์ทางเลือก ของตนนั้นเกิดจากการตัดสินใจด้วยเหตุผลในตนเองโดยวัดจากแบบสัมภาษณ์ในบทที่ 3 ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย

- 5) เจตคติภายนอกตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก หมายถึง ความเชื่อว่าการใช้การแพทย์ทางเลือก ของตนขึ้นอยู่กับอิทธิพลภายนอกตนไม่สามารถควบคุมได้ คืออิทธิพลของผู้อื่นบันดาลให้เป็นไปได้แก่ ญาติ เพื่อน บุคลากรทางการแพทย์ หรือการสื่อสารโฆษณาต่างๆโดยวัดจากแบบสัมภาษณ์ในบทที่ 3 ซึ่งสร้างขึ้นโดยผู้วิจัย
- 6) ภาวะสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ภาวะสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุโดยประเมินจากความสามารถเชิงปฏิบัติของผู้สูงอายุ ซึ่งวัดจาก Barthel ADL Index เป็นค่าตัวเลขตั้งแต่ 0-20 แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ คือ
- | | |
|-----------------|-------------------------|
| มากกว่า 12คะแนน | หมายถึง ภาวะสุขภาพดีมาก |
| 9-11 | หมายถึง ภาวะสุขภาพดี |
| 5-8 | หมายถึง ภาวะสุขภาพพอใช้ |
| 0-4 | หมายถึง ภาวะสุขภาพไม่ดี |
- 7) ภาวะสุขภาพจิต หมายถึง การรับรู้ภาวะจิตใจของผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับคนทั่วไป โดยประเมินจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' α -coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เท่ากับ 0.69 ซึ่งการวัดระดับสุขภาพจิตสามารถแบ่งได้ 3 ระดับดังนี้
- | | |
|-------------|--------------------------------------------|
| น้อยกว่า 27 | คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป |
| 28- 34 | คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตคนทั่วไป |
| 35-45 | คะแนน หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป |
- 8) การดื่มสุราของผู้สูงอายุวัดค่าเป็นดื่มสุราหรือไม่ดื่มสุราโดยที่การดื่มสุราจะรวมถึงการดื่มอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งและการไม่สุราจะรวมถึงเคยดื่มสุราแต่เลิกดื่มสุราแล้วอย่างน้อย 1 ปี
- 9) การสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุวัดค่าเป็นสูบบุหรี่หรือไม่สูบบุหรี่โดยที่การไม่สูบบุหรี่จะรวมถึงเคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่แล้วอย่างน้อย 3 ปี

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง กลุ่มการรักษาด้วยยา การปฏิบัติ และผลิตภัณฑ์ซึ่งยังไม่เป็นที่ยอมรับอย่างเป็นทางการโดยบุคลากรทางการแพทย์ในระบบการแพทย์แผนปัจจุบัน โดยเทคนิคเหล่านี้มีลักษณะไม่กระทำต่อร่างกายอย่างรุนแรง หรือไม่ใช่ผลิตภัณฑ์ที่เป็นสารเคมีเดี่ยวเพื่อในการรักษาโรคหรือรักษาสุขภาพ (3-4) ในการวิจัยนี้มีการกำหนดชนิดของการแพทย์ทางเลือกที่จะศึกษา 9 วิธีหลัก คือ การนวดกดจุด การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย การนวดฝ่าเท้า

การรับประทานอาหารซีวะจิต การฝึกโยคะ การฝังเข็ม การใช้สมุนไพร การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร และการใช้วิตามินและเกลือแร่ โดยตัวแปรตาม คือ "การใช้การแพทย์ทางเลือก" วัดเป็นจำนวนวิธีที่ใช้ตั้งแต่ 0-9 วิธี

การใช้การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การเลือกที่จะใช้หรือไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานคร โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้แพทย์ทางเลือก และ ผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก (ผู้สูงอายุที่เคยใช้การแพทย์ทางเลือกภายใน 1 ปี และผู้สูงอายุที่ปัจจุบันใช้การแพทย์ทางเลือกอยู่) ซึ่งในการเลือกที่จะใช้อาจเลือกใช้มากกว่า 1 วิธีร่วมกัน เพื่อในการรักษาโรค ป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพหรือ การรักษาสุขภาพ

จากข้อมูลข้างต้นทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรืออิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ที่มีต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ มีความซับซ้อน ดังนั้นในบทที่ 2 จึงมีการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยอาศัยพื้นฐานแนวคิดเชิงทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องมาเป็นเหตุผลสนับสนุนการเชื่อมโยงตัวแปรต่าง ๆ ในบทนี้จึงแสดงผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยโมเดลลิสเรล

2.1 การแพทย์ทางเลือก

การแพทย์ทางเลือก หมายถึง การรักษาโรค อากาหรือ ภาวะความเจ็บป่วย ด้วยวิธีการอื่น ๆ ที่มีขั้นตอนในการรักษานอกเหนือไปจากการแพทย์แผนปัจจุบัน การแพทย์ทางเลือกเริ่มมีกระแสความนิยม และมีแบบแผนการปฏิบัติอย่างชัดเจนมากขึ้น สามารถแบ่งได้หลายวิธี แต่การวิจัยนี้จะศึกษาการแพทย์ทางเลือก 9 วิธี คือ

1. การนวด (Massage)
2. การกดจุดฝ่าเท้า (Reflexology)
3. การบำบัดด้วยน้ำหอม (Aromatherapy)
4. สมุนไพร (Herbal medicine)
5. การบำบัดด้วยอาหาร (Nutritional) หรือ อาหารชีวจิต
6. บำบัดด้วยวิตามิน (Vitamin therapy)
7. การฝังเข็ม (Acupuncture)
8. โยคะ (Yoga)
9. การบำบัดด้วยผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Food supplement)

การแพทย์ทางเลือกแต่ละวิธีมีรายละเอียดดังนี้

1. การนวด (Massage)

อดีตเวลาปวดศีรษะ เราจะใช้มือกุมขมับหรือกดบริเวณหน้าผาก ซึ่งเป็นการรักษาตัวเองโดยสัญชาตญาณ การกดจุด (acupressure) เป็นการผสมผสานการนวดเข้ากับวิชาฝังเข็ม การนวดกดจุดจะใช้หัวแม่มือที่แข็งแรงกดหรือใช้นิ้วกด “จุด” บนร่างกายเพื่อบรรเทาปวดเช่นเดียวกับการฝังเข็ม การนวดกดจุดเป็นการกระตุ้นให้ร่างกายรักษาตัวเอง เพิ่มพลังชีวิต และป้องกันโรค การกดจุดก็เหมือนกับการฝังเข็มตรงที่ใช้หลักความสมดุลของพลังงานที่ไหลเวียนอยู่ในร่างกาย พลังงานนี้มีแนวทางเดินที่มองไม่เห็นเรียกว่า เส้นพลังปราณ

การนวดกดจุดเป็นการบรรเทาอาการเท่านั้น อาจต้องใช้ร่วมกับวิธีการรักษาแบบอื่นด้วย เช่น ธรรมชาติบำบัด ซึ่งสามารถใช้รักษาอาการเจ็บป่วยได้มากมาย เช่น ภูมิแพ้ ข้ออักเสบ หอบหืด ปวดหลัง ซึมเศร้า ไมเกรน และเครียด เป็นต้น อย่างไรก็ตาม อาการปวดอาจเป็นอาการเตือนของโรคภัยแรง ดังนั้นควรปรึกษาแพทย์ก่อนรักษาตัวด้วยการนวดกดจุด การนวดกดจุดใช้ได้ดีในการรักษาอาการเล็กน้อยที่เราสามารถดูแลตัวเองได้ ในประเทศไทยการนวดกดจุดจัดอยู่ในกลุ่มศาสตร์การแพทย์แผนจีน มีทั้งแพทย์พื้นบ้านและผู้ที่ศึกษาโดยตรงจากจีน มีผู้เปิดให้บริการอย่างแพร่หลาย ส่วนหนึ่งเป็นแพทย์แผนปัจจุบันได้รับการอบรมทั้งในไทยและจากประเทศจีน โดยมีความร่วมมือการแพทย์ไทย-จีน

2. การกดจุดฝ่าเท้า (Reflexology)

การนวดกดจุดฝ่าเท้าเชื่อว่าเป็น การนวด“บริเวณจุดสะท้อนกลับ” (reflex areas) ของฝ่าเท้าสามารถรักษาโรคของส่วนต่าง ๆ ของร่างกายที่สัมพันธ์กับจุดเหล่านั้นได้ ซึ่งสิ่งที่เกิดขึ้นนี้ไม่สามารถหาข้ออธิบายได้ทางวิทยาศาสตร์ แต่เป็นความเชื่อที่ว่าโรคต่าง ๆ เกิดขึ้นจากสาเหตุที่“ช่องพลัง” ของร่างกายถูกปิดกั้น ทำให้เกิดอันตรายต่อบริเวณใดบริเวณหนึ่ง การกดจุดฝ่าเท้า (reflexology) มีจุดประสงค์ที่จะคลายจุดที่อุดตันเพื่อให้พลังงานไหลเวียนได้ใหม่ทำให้อาการต่าง ๆ หายไปถือว่าเท้าเปรียบเสมือน “กระจก” ที่ส่องให้เห็นภาพของร่างกาย โดยเท้าขวาเป็นตัวแทนของร่างกายซีกขวา และเท้าซ้ายแทนซีกซ้าย ส่วนต่าง ๆ บริเวณฝ่าเท้าจะมีความสัมพันธ์กับอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น นิ้วหัวแม่เท้าสัมพันธ์กับศีรษะและสมอง ส่วนนิ้วเท้าอื่น ๆ สัมพันธ์กับไซนัส กล่าวกันว่า การนวดเพียงอย่างเดียวสามารถช่วยให้ร่างกายซ่อมเสริมตัวเองได้ โดยไม่ต้องใช้ยาหรือเครื่องมืออื่น ๆ ช่วยในการรักษา ส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาอาการต่าง ๆ เช่น เครียด ปวดหลัง ไมเกรน ไซนัสอักเสบ ระบบย่อยอาหารผิดปกติ และประจำเดือน เป็นต้น

3. การบำบัดด้วยน้ำหอม (Aromatherapy)

การรักษาอาการเจ็บป่วยด้วยน้ำมันเข้มข้นที่สกัดจากพืชรู้จักกันในชื่อเรียกว่า การบำบัดด้วยน้ำมันหอม (aromatherapy) สารสกัดที่มีกลิ่นหอมจากพรรณไม้ที่ได้มีชื่อเรียกว่า น้ำมันหอมระเหย(essential oils) นักบำบัดเชื่อว่าน้ำมันหอมระเหยหลายชนิดใช้รักษาโรคได้ น้ำมันหอมระเหยผลิตขึ้นจากต่อมเล็ก ๆ ในกลีบดอกไม้ ใบไม้ ต้นไม้ เปลือกไม้ และเนื้อไม้จากพรรณไม้หลายชนิด ในธรรมชาติพรรณไม้จะค่อย ๆ ปลดปล่อยกลิ่นหอมออกมา แต่ถ้าถูกความร้อนหรือขยี้ให้ต่อมน้ำมันแตกออกก็จะได้กลิ่นหอมที่มีความรุนแรงมากขึ้น ถ้าต้องการสกัดน้ำมันหอมระเหยที่มีความบริสุทธิ์จะต้องใช้วิธีการกลั่นให้น้ำมันหอมระเหยปนออกมากับไอน้ำ จากนั้นทำให้เย็นลงแล้วจึงแยกน้ำออกจากน้ำมันอีกที แต่ถ้าใช้แอลกอฮอล์หรือตัวทำละลายอื่นในการสกัดก็จะได้น้ำมันเรซิน หรือ

น้ำมันหอมระเหยบริสุทธิ์ (absolute) แม้ว่าน้ำหอมระเหยที่สกัดด้วยตัวทำละลายอื่นมีความบริสุทธิ์น้อยกว่าที่ได้จากการกลั่นด้วยไอน้ำ เพราะยังมีตัวทำละลายเจือปนอยู่ แต่ก็มีคุณสมบัติใช้บำบัดโรคได้เช่นกัน น้ำมันหอมระเหยนำไปใช้ได้หลากหลายวิธี เช่น นำไปหยดลงในน้ำมันหรือโด้ชันใช้สำหรับนวด นำไปใช้สูดดม ผสมน้ำอาบ หรือนำไปใช้ประคบ เชื่อกันว่าการสูดดมน้ำมันหอมจะได้ผลเร็วที่สุด เพราะกลิ่นจะส่งผลกระทบต่อสมองในทันที นักวิทยาศาสตร์ยังแสดงให้เห็นว่าน้ำมันหอมระเหยสามารถซึมผ่านผิวหนังได้โดยอาจผ่านเข้าไปทางรูเปิดของต่อมเหงื่อหรือตามรูขุมขน แล้วซึมเข้าสู่ระบบน้ำเหลือง หรือหลอดเลือดแล้วเข้าไปรักษาภายใน เชื่อกันว่าวิธีนี้เหมาะที่สุดที่จะใช้ในการรักษาในระยะยาว หรือใช้กับโรคที่กลับเป็นซ้ำขึ้นมาใหม่ นักบำบัดด้วยน้ำมันหอมอ้างว่าวิธีการนี้สามารถรักษาโรคได้เกือบทุกชนิดและจะเห็นผลเร็วมากในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า โกรธ เครียดและอาการที่เกิดจากความเครียด

4. สมุนไพร (Herbal medicine)

สมุนไพรซึ่งเป็นพืชที่คนไทยนำมาใช้ประโยชน์เป็นทั้งอาหารและยานั้นได้ผ่านกระบวนการเรียนรู้ สืบทอด ปรับปรุง และพัฒนาอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จนตกผลึกเป็นภูมิปัญญาในการดูแลสุขภาพโดยใช้ยาสมุนไพรและอาหารสมุนไพร สมุนไพรซึ่งเป็นวัตถุดิบที่นำมาปรุงเป็นยานั้น อาจประกอบด้วยพืชวัตถุ สัตว์วัตถุ และธาตุวัตถุอย่างหนึ่งอย่างใด หรือผสมผสานกันโดยอาศัยหลักวิชาเภสัชกรรมในการตั้งตำรับยาขนานใดขนานหนึ่งขึ้น วิชาเภสัชกรรมระบุว่าสมุนไพรที่จะนำมาปรุงเป็นยานั้นต่างมีสรรพคุณที่แตกต่างกันไปตามรสของตัวยานั้น ๆ ตำรับยาอาจมีตัวยาดั้งแต่ 2 ตัวจนถึงหลายสิบตัวขึ้นไป เพื่อเสริมฤทธิ์หรือลดฤทธิ์กันให้ได้ฤทธิ์ที่พอเหมาะกับการเยียวยา ความรู้ในการใช้ยาสมุนไพรมาจากการรวบรวมประสบการณ์การใช้สมุนไพรของชาวบ้านทั่ว ๆ ไป และอาจมีการศึกษาวิจัยโดยมีความรู้ทางวิทยาศาสตร์สมัยใหม่รองรับ เพราะสมุนไพรบางตัวมีการศึกษาทางวิทยาศาสตร์ยืนยันสรรพคุณมานานแล้ว แต่ยังไม่มีการนำไปใช้กันอย่างจริงจัง ในยุโรป นักบำบัดด้วยสมุนไพรมักจะเป็นแพทย์แผนปัจจุบัน ผู้เชื่อในประสิทธิผลและความปลอดภัยของสมุนไพร องค์การที่สนับสนุนการใช้สมุนไพรมีหลายแห่ง เช่น The European Scientific Cooperative for Phytotherapy (ESCOP) ใน เนเธอร์แลนด์ ก็ส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยสมุนไพร เพื่อรักษาทุกรูปแบบ

5. การบำบัดด้วยอาหาร (Nutritional) หรือ อาหารชีวะจิต

แพทย์ชาวญี่ปุ่นชื่อ ซาเกน อิชิตซูกะ พบว่าสามารถลดปัญหาสุขภาพหลายอย่างด้วยการใช้แนวทางอาหารแบบตะวันออกดั้งเดิมหรือแบบเซน ผสมผสานกับหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่น การเน้นให้ผู้ป่วยกินอาหารประเภทธัญพืชและพืชผัก หลีกเลี่ยงข้าวขัดขาวและผลิตภัณฑ์น้ำตาลที่

ผ่านกรรมวิธีและได้พัฒนาเป็นแนวทางอาหารแบบใหม่ชื่อว่า แม็กโครไบโอติกส์ (macrobiotics) และอาหารชีวะจิต แม็กโครไบโอติกส์หรืออาหารชีวะจิตจะเริ่มต้นขึ้นในญี่ปุ่น แต่มีพื้นฐานมาจากปรัชญาหยินและหยางของจีนที่เชื่อว่า ทุกสิ่งในธรรมชาติมีลักษณะ 2 ด้านซึ่งช่วยเสริมและสร้างสมดุลซึ่งกันและกัน ในประเทศไทย การรับประทานอาหารแนวแม็กโครไบโอติกส์หรืออาหารชีวะจิตเริ่มเป็นที่รู้จักในหมู่มคนทั่วไปเมื่อกระแสชีวะจิตได้รับความนิยมในวงกว้างซึ่งทำให้คนไทยหันมาสนใจรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพกันอย่างจริงจัง และมีการรวมตัวกันเป็นองค์กรต่าง ๆ เพื่อสนับสนุนแนวทางนี้

6. บำบัดด้วยวิตามิน (Vitamin therapy)

นักชีวเคมีชาวอเมริกันได้ศึกษาวิจัยทำให้ผู้คนหันมาสนใจการใช้วิตามินปริมาณสูงเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเป็นครั้งแรก และจัดทำหนังสือชื่อ วิตามินซีและโรคหวัด (Vitamin C and the Common Cold) จากผลวิจัยทำให้มีการหันมาศึกษาบทบาทของวิตามิน พบว่าวิตามินซีปริมาณสูงสามารถรักษาโรคหวัดให้หายได้ แต่การค้นพบนี้ไม่ได้รับการยอมรับจากวงการแพทย์ แม้ว่าคนจำนวนมากที่ลองนำวิธีการนี้ไปใช้จะพบว่าได้ผลดี จากงานวิจัยนี้เริ่มขยายวงกว้างออกไปครอบคลุมวิตามินและเกลือแร่อื่น ๆ การบำบัดอาการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตด้วยวิตามินปริมาณสูง มีหลักมาจากความเชื่อที่ว่าปริมาณของวิตามินและเกลือแร่ที่การแพทย์แผนปัจจุบันแนะนำให้ได้รับในแต่ละวันนั้น เป็นเพียงแนวทางคร่าว ๆ เท่านั้น แต่ความต้องการที่แท้จริงของแต่ละบุคคลนั้นแตกต่างกันมาก บางคนอาจต้องใช้ระดับที่สูงกว่าระดับที่แนะนำถึง 10 เท่า หรือบางคนอาจจะกว่า 100 เท่าก็ได้ ปัจจุบัน การใช้วิตามินเพื่อบำบัดโรคนับเป็นเรื่องปกติ สารเสริมพวกวิตามินซี ซึ่งใช้ป้องกันการติดเชื้อจากไวรัสสามารถหาซื้อได้ตามร้านขายยาหรือร้านผลิตภัณฑ์สุขภาพ โดยไม่ต้องมีใบสั่งแพทย์

7. ฝังเข็ม (Acupuncture)

การฝังเข็ม เป็นการรักษาแบบโบราณของจีน โดยการแทงเข็มเข้าไปในผิวหนังตามจุดต่าง ๆ บนร่างกายของผู้ป่วย จุดฝังเข็มเหล่านี้จะอยู่ตามแนว “เส้นโคจร” (meridians) ซึ่งเรามองไม่เห็นด้วยตาเปล่า แต่เชื่อว่าเป็นเส้นทางไหลเวียนของพลังงานในร่างกายที่เรียกกันในภาษาจีนว่า “ชี่” เส้นโคจรเหล่านี้เชื่อมต่อกับอวัยวะภายในต่าง ๆ การฝังเข็มจะช่วยรักษาอาการไม่สบายได้โดยการเพิ่มหรือลดปริมาณการไหลเวียนของพลังงาน หรือกำจัดสิ่งที่เกิดขวางการไหลเวียนของพลังงาน หรือแก้ไขการไหลเวียนของพลังงานที่ถูกปิดกั้นในเส้นโคจร ซึ่งเกี่ยวข้องกับอวัยวะที่มีปัญหา เชื่อกันว่าความไม่สมดุลระหว่างหยิน และหยางจะทำให้เจ็บป่วยและไม่สบาย เช่น ถ้ามีพลังหยางอยู่มากเกินไปอาจทำให้เกิดอาการปวดเฉียบพลัน ปวดศีรษะ และความดันเลือดสูง เป็น

ต้น ส่วนพลังหยินที่มากเกินไปจะทำให้เกิดอาการสั่นสะท้าน บวม น้ำ มีน้ำมูก และอ่อนเพลีย การวินิจฉัยและการรักษาตามหลักการฝังเข็มเน้นที่การค้นหาและแก้ไขความไม่สมดุลดังกล่าวโดยการแทงเข็มเข้าไปในจุดที่เหมาะสมของร่างกาย

8. โยคะ (YOGA)

โยคะเกิดขึ้นที่อินเดียเมื่อประมาณ 4-5 พันปีที่ผ่านมานี้ เพื่อเอาชนะความเจ็บป่วย ต่อมา โยคะ ได้พัฒนาผ่านลัทธิฮินดู มายาคพุทธศาสนา ถึงยุคลัทธิเซนในประเทศจีน โดยแท้จริงแล้ว โยคะไม่ได้เป็นศาสตร์ของศาสนาใดศาสนาหนึ่ง แต่เป็น ศาสตร์สากลที่ศาสนาต่าง ๆ สามารถนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการปฏิบัติเพื่อบรรลุ เป้าหมายสูงสุดแห่งศาสนานั้น ๆ โยคะจึงเป็นที่แพร่หลายไปทั่ว โยคะ หมายถึง การสร้างความสมดุลของร่างกาย-จิตใจ และจิตวิญญาณ โดยรวมให้เป็นหนึ่งเดียว โดยใช้ศิลปะการบริหาร ร่างกาย ภายใต้อาการควบคุมของจิตใจ เกิดความสมดุลของพลังด้านบวกและด้านลบ โยคะจึงช่วย บรรเทาและบำบัดโรคได้ ทำให้เป็นที่นิยมแพร่หลายทั่วโลก โดยเฉพาะในยุคปัจจุบัน ที่ผู้คนเห็นความสำคัญของ สุขภาพกาย และสุขภาพจิตที่ดี เพื่อบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุด ควรรับประทานอาหารแบบมังสวิรัต (กินเฉพาะผัก) เพราะเชื่อว่าวิธีนี้ช่วยให้จิตวิญญาณรวมเป็นหนึ่งเดียวกับจักรวาลได้ สำหรับคนทั่วไปที่ต้องทำงาน และผู้ที่ไม่สามารถกินอาหารมังสวิรัต (ไม่กินเนื้อสัตว์ทุกชนิด) ก็อาจ กินอาหารแนวชีวจิต หรืออย่างน้อยก็กินอาหารแนวธรรมชาติให้ครบ 5 หมู่ อย่างเหมาะสม และหลีกเลี่ยงการกินเนื้อสัตว์ใหญ่ได้ก็จะดียิ่ง

9. การบำบัดด้วยผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร (Food supplement)

ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร หมายถึง ผลิตภัณฑ์ที่กินเพื่อเสริมอาหารหลักที่เรากินตามปกติ โดยรูปแบบที่พบในปัจจุบันคือการนำสารสกัดจากพืชพรรณธรรมชาติ สัตว์น้ำ สัตว์ทะเล ฯลฯ มาอยู่ในรูปแคปซูลเม็ด หรือของเหลว นอกจากนี้ยังหมายรวมถึงสารเคมีสังเคราะห์กลุ่มแร่ธาตุ วิตามินในรูปสารสกัดเข้มข้นซึ่งไม่จัดเป็นอาหาร แต่จัดเป็นผลิตภัณฑ์ประเภทยา แต่เนื่องจากนำมาโฆษณาประชาสัมพันธ์ ในทำนองเดียวกัน กล่าวคือ อ้างอิงว่า ช่วยเสริมสร้างสุขภาพให้แข็งแรง ทดแทนสารอาหารที่ร่างกายบกพร่อง ป้องกันโรค หรือแม้แต่รักษาโรคร้ายแรง เหตุที่ทำให้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารได้รับความนิยม อาจเนื่องมาจากกระแสบริโภคนิยม และวิถีชีวิตแบบสังคมสมัยใหม่ ไม่เอื้ออำนวยให้มีเวลาว่างพอสำหรับการสร้างสุขภาพที่ดี การกินอาหารที่ดี ออกกำลังกายอย่างเหมาะสม ได้ถูกมองข้ามไป อย่างไรก็ตามแม้ไม่มีเวลาสำหรับการสร้างสุขภาพ จึงหันมาดูแลสุขภาพด้วยการบริโภค ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร ส่วนใหญ่ผู้บริโภคเชื่อว่าอาหารที่ตนเองบริโภคทุกวันไม่มีสารอาหารครบถ้วนตามที่ร่างกายต้องการ จึงใช้เพื่อไปเสริมให้ร่างกายได้ครบถ้วนสมบูรณ์ และคิดว่าหากกินเพื่อป้องกันตัวเองไว้ก่อนที่ว่าจะเป็นโรคจะเป็นการดีกว่ารอให้ป่วยลงไป

ก่อน จึงพยายามดูแลสุขภาพตนเอง ด้วยการซื้อผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมาใช้

2.2 ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุกับการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัยนี้ตามที่แสดงในรูปที่ 1 ในบทที่ 1 มีจำนวนตัวแปรตาม 1 ตัว คือ การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ และตัวแปรต้น 11 ตัว คือ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ สถานะภาพสมรส การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิต เจตคติภายในตนเองของการใช้การแพทย์ทางเลือก และเจตคติภายนอกตนเองของการใช้การแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีเอกสารและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. เพศกับการใช้การแพทย์ทางเลือก

เมื่อสูงอายุมากขึ้นผู้หญิงมักจะมีปัญหาด้านจิตใจมากกว่าผู้ชายและผู้หญิงจะดูแลเอาใจใส่ตนเองมากกว่าผู้ชายจึงส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร รวมทั้งการใช้ผลิตภัณฑ์ต่างๆ ในการดูแลสุขภาพของตนเองดังนั้น ผู้สูงอายุเพศหญิงจะมีแนวโน้มการใช้แพทย์ทางเลือกและการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพมากกว่าเพศชาย และจากการศึกษาของ National center for complementary Alternative Medicine (NCCAM) ได้ข้อสรุปว่า เพศหญิงจะนิยมใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาอื่นๆ (6,10-11) พบว่า ความแตกต่างของเพศจะมีผลการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกซึ่งพบว่าเพศหญิงจะนิยมใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ชาย ในทุกศาสตร์ของการแพทย์ทางเลือก

นอกจากนี้การศึกษาของ Read และ Grancy (20) ในปี 2528 สัมภาษณ์ใช้วิตามินและเกลือแร่ผู้สูงอายุ 170 คน ในเมือง Reno, Sparks และ Carson ทั้ง 3 การศึกษาให้ผลสอดคล้องกัน คือผู้หญิงใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามินและเกลือแร่มากกว่าผู้ชาย และการศึกษาของ Calvert (21) ในปี 2518 ยังพบสัดส่วนของการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของเพศหญิงต่อเพศชาย เท่ากับ 2:1

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาด้านการแพทย์ทางเลือกไม่มากนักส่วนใหญ่เป็นการศึกษาถึงผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร วิตามินและเกลือแร่ ซึ่งมีข้อขัดแย้งกันในแต่ละการศึกษาในปัจจุบันด้านเพศ และยังมี ความขัดแย้งกับการศึกษาในต่างประเทศด้วย โดยการศึกษาของ Paonit (22) ในปี 2538 ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทลดไขมันในเลือดของประชาชนทั่วไป 100 คนในกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ ดากร ธัมพิพิธ และคณะ สัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพของประชาชนทั่วไปในกรุงเทพมหานคร ทั้ง 2 การศึกษานี้พบว่า เพศหญิงและเพศชายมีการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพต่างๆ ไม่แตกต่างกันแต่มี

แนวโน้มที่เพศหญิงจะใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพมากกว่าเพศชาย ซึ่งการศึกษาดังกล่าวมีข้อขัดแย้งกับการศึกษาของ สิริวรรณ โกจิต และธรรมมิก ศรีสวรรณานุกร ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้มาใช้บริการร้านขายยาในห้างสรรพสินค้าเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ความนิยมในการใช้ผลิตภัณฑ์ของเพศหญิง และเพศชายใกล้เคียงกัน และการศึกษาของ อัมพร เกิดผลวัฒนา ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ จำนวน 210 คน พบว่าเพศชายและเพศหญิงไม่มีความแตกต่างกันในการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพ แต่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการใช้วิตามินและเกลือแร่ โดยเพศหญิงจะใช้วิตามินและเกลือแร่มากกว่าเพศชาย

นอกจากนี้การศึกษาของศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์ (24) ในปีพ.ศ.2540 พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ โดยเพศชายนิยมสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา มัติโก และคณะ (25) ในปีพ.ศ.2540 พบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ และการศึกษาของ สุพรรณิ เตரியวิเศษ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์(26) ใน ปี พ.ศ.2540 แสงเดือนลิ่ว พฤกษ์พันธ์ (27) ใน ปี พ.ศ.2539 จุฑารัตน์ กัลพลานนท์ (28) ในปีพ.ศ.2540 และนพรัตน์ หนูบ้านยาง (29) ใน ปี พ.ศ.2540 พบอีกว่า ภาวะสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับ เพศ ของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้ จากการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ (30) ใน ปี พ.ศ.2538 และกาญจณี สิทธิวงษ์ และคณะ (31) พบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับเพศ โดยพบว่าผู้สูงอายุชายจะมีสุขภาพจิตดีกว่าผู้สูงอายุหญิงและในการศึกษาของ มัลลิกา มัติโก และคณะ พบว่าผู้ชายจะมีสัดส่วนการดื่มสุราสูงกว่าผู้หญิง ผู้สูงอายุที่มีรายได้สูงจะมีสุขภาพจิตที่ดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไฉไล ไชยเสวี (32) ใน ปี พ.ศ.2539 และปราโมทย์ วังสะอาด (33) ใน ปี พ.ศ.2530 ในการศึกษาทั้ง 2 การศึกษานี้ยังพบอีกว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วย

2. อายุกับการใช้การแพทย์ทางเลือก

เมื่ออายุมากขึ้นภาวะสุขภาพจะเปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะต่าง ๆ ทั้งร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะโรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุต้องรักษาและวิธีการรักษาต่าง ๆ เพื่อให้โรคที่มีอยู่หมดไปหรือทุเลาลง ในบางครั้งผู้สูงอายุอาจใช้การแพทย์ทางเลือกต่าง ๆ ในการรักษาโรคร่วมด้วย จากการศึกษาของ Read (34) และคณะใน ปี พ.ศ.2534 สัมภาษณ์การใช้วิตามินและเกลือแร่ของคนทั่วไป ในเมือง Reno จำนวน 505 คน พบว่าผู้สูงอายุมีการใช้วิตามินและเกลือแร่มากกว่าวัยอื่น ๆ แต่การศึกษาของ Calvert พบว่าผู้ที่นิยมใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพจะอยู่ในช่วงอายุน้อยกว่า 30 ปี และมากกว่า 50 ปี จากการศึกษาของ Wheaton และคณะ พบว่าอายุที่แตกต่างกันจะส่งผลต่อการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกแต่ละประเภทมีความแตกต่างกันและจากการศึกษาของ

Barnes และคณะ พบว่า อายุที่มากขึ้นจะนิยมใช้การแพทย์ทางเลือกมากยิ่งขึ้น แต่มีความแตกต่างในการเลือกศาสตร์แต่ละชนิด นอกจากนี้ พบว่าผู้สูงอายุในช่วง 60-65 ปี จะใช้การแพทย์ทางเลือกมากที่สุดและผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปีขึ้นไป จะใช้การแพทย์ทางเลือกลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yung (35) และคณะ ในปี พ.ศ.2527 พบว่าช่วงอายุ 60-65 ปี มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากที่สุด ร้อยละ 86.7 และช่วงอายุ 75 ปี มีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรลดลงมาร้อยละ 33.6 จะเห็นว่าเมื่ออายุมากกว่า 70 ปี ผู้สูงอายุจะเริ่มมีการใช้ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ลดน้อยลง

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยมีการศึกษาของ Paonit ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพประเภทลดไขมันในเลือดของประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร 100 คน พบว่า ช่วงอายุที่ใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพรต่างๆ มากที่สุด คือ ช่วงอายุ 50-70 ปี คิดเป็นร้อยละ 48.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดากร ธรรมพิพิธ และคณะ พบว่า กลุ่มบุคคลที่ผู้บริโภครู้สึกว่าควรบริโภคผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพมากที่สุดร้อยละ 84.1 คือ กลุ่มผู้สูงอายุด้วยเหตุผลที่ว่าผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลในเรื่องสุขภาพมากที่สุด

แต่การศึกษาของ สิริวรรณ โกจิต และ ธรรมิกา ศรีสุวรรณานุกร ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผู้บริโภครู้สึกว่าควรบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารในกรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 82.5 ผู้บริโภคส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-40 ปี และการศึกษาของ วรพรรณ หาญวงษ์ไพบูลย์ และสินีนุช นิเมตตีสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานครพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 26-45 ปี ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของอัมพร เกิดผลวัฒนา พบว่า ปัจจัยด้านอายุต่อการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร วิตามิน และเกลือแร่ในแต่ละช่วงอายุไม่มีความแตกต่างกัน

จากงานวิจัยหลายฉบับ พบว่า ช่วงอายุต่าง ๆ ที่มีผลต่อความนิยมในการใช้การแพทย์ทางเลือกในประเภทต่าง ๆ และแต่ละการศึกษาที่มีความแตกต่างกัน บางการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุนิยมใช้แพทย์ทางเลือกมากกว่า แต่บางการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุมีความนิยมใช้แพทย์ทางเลือกน้อยกว่า กลุ่มอายุอื่น ๆ รวมทั้งในกลุ่มผู้สูงอายุก็มีความแตกต่างกันในแต่ละช่วงอายุซึ่งมีผลต่อความนิยมการใช้การแพทย์ทางเลือกอีกด้วย นอกจากนี้ในการศึกษาของ สุพรรณิ เตரியวิเศษฐ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาฎยา เอื้องไพโรจน์และนพรัตน์ หนูบ้านยาง การศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะและการศึกษาของกาญจน์ สิทธิวงศ์ และคณะพบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับ อายุ โดยพบว่า ผู้ที่มีอายุมากจะมี สุขภาพจิตต่ำกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า และยังมีอายุสูงขึ้น สัดส่วนของผู้มีสุขภาพจิตดีก็ลดลง

3. ระดับการศึกษากับการใช้การแพทย์ทางเลือก

นักโภชนาการเชื่อว่าผู้สูงอายุชาวอเมริกันที่ชอบบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและผลิตภัณฑ์สุขภาพและสมุนไพร เนื่องจากผู้สูงอายุมีบุคลิกภาพที่ถูกต้องได้ง่าย (36) และผู้สูงอายุส่วนมากมีการศึกษาน้อยกว่าวัยอื่น ๆ พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุจะได้รับการศึกษาในโรงเรียนน้อยกว่าประชากรในปัจจุบัน การขาดความรู้และการศึกษามีผลต่อบริโภคนิสัยของผู้สูงอายุ (37-38) ซึ่งให้เห็นว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะนิยมใช้การแพทย์ทางเลือกมากขึ้น และจากการศึกษาอื่นๆ (6,12) พบว่าระดับการศึกษาที่แตกต่างกันจะส่งผลให้เกิดการเลือกใช้บริการทางการแพทย์แตกต่างกัน โดยผู้ที่มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปจะนิยมใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า นอกจากนี้ระดับการศึกษามีผลต่อการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและสมุนไพร โดยพบว่า ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารก็มากขึ้นด้วย ส่วนใหญ่จะใช้วิตามินและเกลือแร่ ต่างๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Calvert ซึ่งพบว่าผู้ที่มีการศึกษาอยู่ในระดับสูง จะเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำกว่า

สำหรับในประเทศไทยพบการศึกษาของ ลักษมี หลินศุวนนท์ และวรรณพร สิริธิดาวรรณ ศึกษาการใช้วิตามินและผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพในรัฐวิสาหกิจ การศึกษาของ ดากร ธัมพิพิธ และคณะ ศึกษาการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพของประชาชนทั่วไปในเขตกรุงเทพมหานคร การศึกษาของสิริวรรณ โกจิต และธรรมิกา ศรีสุวรรณนุกกร ศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้มาใช้บริการร้านขายยาให้ห่างสรรพสินค้า เขตกรุงเทพมหานคร และการศึกษาของ อัมพร เกิดผลวัฒนา ทั้ง 4 การศึกษาให้ผลการศึกษาเป็นแนวทางเดียวกัน คือ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความนิยมใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร และ วิตามินและเกลือแร่ มากกว่ากลุ่มที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า พบว่าระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่าจะมีการใช้การแพทย์ทางเลือกมากที่สุด นอกจากนี้ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษากับการใช้การแพทย์ทางเลือกแล้ว ระดับการศึกษา ยังมีความสัมพันธ์ต่อบัจจัยอื่นๆ อีกด้วย ในการศึกษาของจุฑารัตน์ กัลพลานนท์และ อัสรา อารวรรณ์ (39) พบว่า รายได้ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับระดับการศึกษา โดยระดับการศึกษานุปริญญา-ปริญญาตรีจะมี รายได้ และความสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณณี เตรียมวิศิษฐ์ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์และ แสงเดือนลิ้ว พฤษพันธ์ นอกจากนี้การศึกษาของ ไฉไล ไชยเสวี และปราโมทย์ วงสะอาดซึ่งทั้ง 2 การศึกษานี้พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วย

4. รายได้กับการใช้การแพทย์ทางเลือก

จากการศึกษาของ Barnes และคณะ และการศึกษาของ Wheaton และคณะ พบว่า รายได้ของผู้ใช้การแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกันจะส่งผลให้เกิดการใช้การแพทย์ทางเลือกที่ต่างกัน โดยจากการศึกษาพบว่ารายได้ที่มากขึ้นการใช้การแพทย์ทางเลือกในบางศาสตร์จะเพิ่มมากขึ้น เช่น การรักษาด้วยการนวดและไครโอแพคทริก เป็นต้น แต่โดยรวมจะมีการใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า นอกจากนี้ ในการศึกษาของจตุรรัตน์ กัลพลานนท์และ อัสรา อวรณ์ พบว่า ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับรายได้หรือฐานะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอ พบว่าผู้มีรายได้สูงจะมีสุขภาพดีกว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะและกาญจณี สิทธิวงศ์ และคณะพบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สถานภาพสมรส สุขภาพกาย และ รายได้

5. สถานภาพสมรสกับการใช้การแพทย์ทางเลือก

จากการศึกษาของ Honda และคณะ Barnes และคณะและ การศึกษาของ Wheaton และคณะทั้ง 3 การศึกษา พบว่าความแตกต่างของสถานะภาพสมรส คือ สมรส โสด หม้าย หย่า และแยกทางกัน จะทำให้เกิดความแตกต่างที่จะเลือกใช้หรือไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า สถานภาพสมรสคู่ จะมีการใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้สูงอายุในสถานภาพสมรสอื่น ๆ รองลงมาคือ สถานภาพสมรส โสด และจากการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะและกาญจณี สิทธิวงศ์ และคณะพบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สถานภาพสมรส สุขภาพกาย และ รายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณณี เตรียมวิศิษฐ์ และนาฏยา เอื้องไพโรจน์และการศึกษาของแสงเดือนลิ้ว พุกษพันธ์ และจากการศึกษายังพบอีกว่า สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุยังมีความสัมพันธ์กับ เพศ สุขภาพจิต และภาวะสุขภาพและในการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ และ กาญจณี สิทธิวงศ์ และคณะนั้นพบว่า สถานภาพสมรสคู่ จะมีสุขภาพกาย และสุขภาพจิต สูงกว่าสถานภาพสมรสอื่น ๆ นอกจากนี้ ในการศึกษาของศิริพร ดิมปพัฒนานนท์พบว่าเพศ และสถานะภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่

6. การสูบบุหรี่กับการใช้การแพทย์ทางเลือก

จากบทสรุปของ NCCAM พบว่าผู้ที่ใช้การแพทย์ทางเลือกนั้นจะมีความแตกต่างในระหว่างผู้สูบบุหรี่ และไม่สูบบุหรี่ จากการศึกษาของ Barnes ศึกษาการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่าผู้ที่สูบบุหรี่นิยมใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่ และการสูบบุหรี่ได้รับอิทธิพลเนื่องมาจากหลายสาเหตุ จากการศึกษาของฉัตรทอง อินทร์นอก (40) ในปีพ.ศ.2540 ดวงใจ เปลี่ยนบำรุง (41) ในปีพ.ศ.2540 ภัทรพร ไพเราะ (42) ในปีพ.ศ.

2539 วาสนา เกื่อนวงศ์(43) ในปี พ.ศ.2540 สดใส ศรีสะอาด (44) ในปี พ.ศ.2540 และ การศึกษาของมัลลิกา มัติโก และคณะพบว่า ปัจจัยด้านเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของศิริพร ลิ้มพัฒนานนทพบว่าเพศ และสถานะ ภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งการสูบบุหรี่จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายของ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากการสูบบุหรี่ทั้งโรคระบบทางเดินหายใจ และระบบหัวใจ และหลอดเลือด รวมทั้งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

7. การดื่มสุรากับการใช้การแพทย์ทางเลือก

จากการศึกษาของ Barnesและคณะ ศึกษาการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ที่ดื่มสุรามีการใช้การแพทย์ทางเลือกสูงกว่าผู้ที่ไม่ดื่มสุรา ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wheaton และคณะศึกษาการใช้สมุนไพรในผู้ใหญ่ พบว่าผู้ที่ดื่มสุรา มากจะใช้สมุนไพรมากขึ้น จากการศึกษาของศิริพร ลิ้มพัฒนานนทพบว่าพฤติกรรมการดื่มสุรา จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากการดื่มสุรา ทั้งโรคระบบ ทางเดินอาหาร โรคตับ และระบบหัวใจและหลอดเลือด รวมทั้งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ของผู้สูงอายุ

8. ภาวะสุขภาพกายกับการใช้การแพทย์ทางเลือก

เมื่ออายุมากขึ้นสุขภาพกายก็จะมีเสื่อมสภาพไปตามวัยรวมทั้งภาวะโรคต่างๆ ที่ เกิดขึ้นเนื่องมาจากความเสื่อมของอวัยวะ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังและภาวะสุขภาพไม่ดี จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยวิธีต่าง ๆ ทั้งการแพทย์แผนปัจจุบันและการแพทย์ทางเลือก ซึ่ง พบว่าภาวะสุขภาพกายและการใช้การแพทย์ทางเลือกน่าจะมีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาของ Rhee และ Stubbs สำนวจการใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพในประชาชนทั่วไปจำนวน 600 คน ในเมือง Dallas และ Housto พบว่า เหตุผลที่ใช้ผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพคือเพื่อป้องกันและรักษาโรคต่าง ๆ และจากการศึกษาของ Ducbick และ Rucker สำนวจความชุกของการใช้วิตามินและเกลือแร่เสริม ในสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 20 เชื่อว่า โรคบางชนิดเกิดจากการขาดวิตามินและเกลือแร่ ร้อยละ 42 มีความเชื่อว่าการบริโภคผลิตภัณฑ์สุขภาพไม่มีผลเสียต่อสุขภาพแต่จะทำให้สุขภาพดีและ ปลอดภัย รวมทั้งจากการศึกษาของ Wheaton และคณะ พบว่า ผู้มีภาวะสุขภาพกายดี และดีมาก จะมีเจตคติที่ดีต่อใช้การแพทย์ทางเลือกและนิยมใช้การแพทย์ทางเลือกมากกว่าผู้ที่มีภาวะสุขภาพ ไม่ดี และผู้มีภาวะสุขภาพพอใช้ และพบว่าผู้มีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีจะใช้การแพทย์ทางเลือกน้อย ที่สุด ส่วนโรคประจำตัวของผู้ป่วยแต่ละประเภทนั้น จะมีความแตกต่างกันในการใช้การแพทย์ ทางเลือกแต่ละประเภท (45-46) นอกจากความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกายต่อการใช้

การแพทย์ทางเลือก ภาวะสุขภาพยังมีความสัมพันธ์ต่อบัจจัยอื่น ๆ อีกด้วย การศึกษาของ จุฑารัตน์ กัลพลานนท์ และคณะ อัสรา อารวรรณ์พบว่า ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุสัมพันธ์กับระดับการศึกษา กล่าวคือการศึกษาในระดับอนุปริญญา-ปริญญาตรีจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุพรรณิ เตரியมวิเศษฐ์ และนาฎยา เอื้องไพโรจน์ แสงเดือนลิ่ว พฤษภพันธ์และนพรัตน์ หนูบ้านยาง และจากการศึกษายังพบอีกว่า ภาวะสุขภาพยังมีความสัมพันธ์กับโรคประจำตัว อายุ เพศ สุขภาพจิต และสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุด้วย

9. ภาวะสุขภาพจิตกับการใช้การแพทย์ทางเลือก

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีปัญหาด้านสุขภาพจิตเนื่องจากการดูแลและเอาใจใส่ของบุคคลรอบข้างทั้งบุตรหลานและผู้ดูแลลดลง รวมทั้งการให้ความสำคัญต่อผู้สูงอายุก็ลดลงด้วย ผู้สูงอายุอาจเกิดความน้อยใจและว่าเหวเมื่อเกิดภาวะต่าง ๆ เหล่านี้ขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อภาวะจิตใจของผู้สูงอายุและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุด้วย สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างภาวะจิตใจของผู้สูงอายุกับการใช้การแพทย์ทางเลือกนั้นก็มีการศึกษาการศึกษาเช่นกัน โดยในการศึกษาของ Honda และคณะ พบว่าภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์ในการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก นอกจากนี้ยังพบว่าลักษณะบุคลิกที่แตกต่างกันยังมีผลต่อการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกันด้วย โดยพบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามีการใช้การแพทย์ทางเลือกมากที่สุด ส่วนความสัมพันธ์ของสุขภาพจิตกับปัจจัยอื่นๆ ก็มีการศึกษาหลายการศึกษาโดยการศึกษาของ สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะและกาญจณี สิทธิวงศ์ และคณะพบว่า ภาวะสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สถานภาพสมรส สุขภาพกายและ รายได้

10. เจตคติภายในและภายนอกตนเองกับการใช้การแพทย์ทางเลือก

Vecchio (47) กล่าวว่า เจตคติเป็นความคิดที่ถูกสะสมจากอารมณ์ทำให้บุคคลมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งที่เผชิญในสถานการณ์นั้น ๆ อย่างไรก็ตาม เจตคติมีองค์ประกอบพื้นฐาน 3 องค์ประกอบ ได้แก่

1. องค์ประกอบด้านความคิด (cognitive component) คือส่วนที่เป็นความรู้ ความคิด และความเชื่อของบุคคลที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดซึ่งเป็นผลมาจากการเรียนรู้ในประสบการณ์ต่างๆ จากสภาพแวดล้อม

2. องค์ประกอบด้านอารมณ์ (affective component) เป็นสภาพทางอารมณ์ (emotion) ประกอบกับการประเมิน (evaluation) เป็นความรู้สึกที่มีต่อบุคคล กลุ่มคน และเหตุการณ์ที่เป็นความรู้สึกเชิงปริมาณของบุคคลที่เกิดขึ้นขณะที่ถูกเร้าด้วยสิ่งเร้า คือ ความรู้สึกชอบ ไม่ชอบ รัก

กลัว ไม่พอใจ เป็นต้น ซึ่งเป็นผลจากการเรียนรู้ในอดีต ดังนั้น จึงเป็นการแสดงออกซึ่งความรู้สึก อันเป็นการยอมรับหรือปฏิเสธต่อสิ่งเร้านั้น ๆ

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (behavioral component) คือแนวโน้มของบุคคลที่แสดงพฤติกรรมตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นวิถีทางการเข้าหรือถอยหนีขึ้นอยู่กับบุคคลนั้นมีความรู้สึกนึกคิดต่อสิ่งเร้าในลักษณะใด ซึ่งเป็นผลมาจากความคิด ความเชื่อ ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้น ๆ

แม้องค์ประกอบของเจตคติทั้ง 3 ด้านจะมีลักษณะสอดคล้องไปในทางเดียวกันก็ตาม แต่บางครั้งอาจเกิดความความไม่สอดคล้องสัมพันธ์ของปัจจัยทั้ง 3 นี้อยู่ นั่นก็คือ พฤติกรรมอาจเกิดขึ้นในลักษณะที่ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือความรู้สึกของบุคคลนั้น ๆ ทั้งนี้เพราะเกิดจากอิทธิพลของตัวแปรอื่น อันได้แก่ สภาพแวดล้อม เป็นต้น

กฤษฎณา ศักดิ์ศรี (48) กล่าวว่า การเปลี่ยนแปลงเจตคติเป็นเรื่องเกี่ยวข้องโดยตรงกับการเรียนรู้ เพราะเจตคติเกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลงเจตคติจึงอาจเกิดขึ้นได้ด้วยการเรียนรู้เช่นกัน การเรียนรู้ทางสังคมและการศึกษาของแต่ละบุคคลจะปลูกฝังความคิด ความเชื่อต่าง ๆ ให้แก่บุคคลและหากจะเปลี่ยนเจตคติซึ่งเป็นผลผสมผสานของความรู้ความเข้าใจ ความเชื่อ รวมถึงอารมณ์ของบุคคลแล้ว ต้องให้ข้อมูลแก่บุคคลนั้นโดยทางอ้อม เช่น ชี้แจง การชักจูงและวิธีการอื่น ๆ เป็นต้น

การกระทำในเรื่องใดก็ตามจะต้องมีแรงจูงใจ ซึ่งผู้ที่มีเจตคติภายในตนจะมีแรงจูงใจสูงกว่าผู้ที่มีเจตคติภายในตนภายนอกตนเองต่ำ นั่นคือ จะตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยตัวเอง หรือปฏิบัติตามคำแนะนำอย่างใช้เหตุผล จนกระทั่งสิ่งต่าง ๆ ที่ตั้งไว้ ส่วนผู้ที่มีเจตคติภายนอกตนสูง จะตัดสินใจกระทำสิ่งต่าง ๆ จากบุคคลรอบข้างและปฏิบัติตามคำแนะนำทุกอย่างที่ผู้อื่นแนะนำ รวมทั้งเชื่อในเรื่องความบังเอิญและโชคลาง

สำหรับเจตคติของผู้สูงอายุกับการแพทย์ทางเลือกนั้นมีการศึกษาหลายการศึกษาโดยศึกษาจากความคิดของผู้สูงอายุต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกและอิทธิพลของสาเหตุต่าง ๆ โดยจากการศึกษาของ Barnes และคณะ พบว่าร้อยละ 43 ของผู้ที่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะจ่ายค่ารักษาและเป็นผู้เลือกใช้การแพทย์ทางเลือกในการรักษาร่างกายตนเอง และผู้สูงอายุเชื่อว่าการใช้การแพทย์ทางเลือกร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบันจะช่วยรักษาโรคได้ดีขึ้น จึงเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกนั้น บางการศึกษาพบว่าผู้เลือกใช้การแพทย์ทางเลือกเชื่อว่าช่วยป้องกันโรค และช่วยให้สุขภาพดีขึ้นจึงเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกนั้นซึ่งในการศึกษายังพบว่าภาวะสุขภาพจิตยังมีความแตกต่างกันด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Wheaton และคณะและการศึกษาของ Haselen และคณะ พบว่าผู้ที่ใช้การแพทย์ทางเลือก ร้อยละ 68 จะเป็นผู้ร้องขอที่จะใช้การแพทย์ทางเลือก

จากบุคลากรทางการแพทย์ นอกจากนี้การศึกษาของขวัญใจ ดันดีวัฒนเสถียร (49) ในปีพ.ศ. 2534 พบว่า ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับความเจตคติภายในตนเองด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยที่ทำให้เจตคติของผู้สูงอายุต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือกที่แตกต่างกันด้วยซึ่งเกิดจากรายงานของผู้สูงอายุต่อสิ่งต่าง ๆ พบว่า บุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ที่มีอิทธิพลสูงในการเลือกที่จะใช้บริการแพทย์ทางเลือก

จากการศึกษาของ Wheaton พบว่า ร้อยละ 34 ของผู้ให้บริการแพทย์ทางเลือก จะได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงเกิดเจตคติต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือกและตัดสินใจใช้บริการแพทย์ทางเลือกนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Haselen และคณะ พบว่าการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกผู้สูงอายุจะได้รับความรู้ หรือได้รับคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ก่อนเลือกใช้ นอกจากนี้ยังพบว่าปัญหาหนึ่งของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในการแนะนำให้ใช้บริการแพทย์ทางเลือก คือ ความรู้ ความสนใจ ความเชื่อถือ ประสิทธิภาพทางคลินิก และความปลอดภัย ของการแพทย์ทางเลือกนั้น ๆ ซึ่งแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ไม่ทราบรายละเอียดทั้งหมดจึงทำให้การแนะนำการให้บริการแพทย์ทางเลือกแก่ผู้สูงอายุ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยภายในบุคลากรทางการแพทย์ และผู้สูงอายุยังได้รับอิทธิพลจากสิ่งอื่น ๆ นอกเหนือจากการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้เกิดการให้บริการแพทย์ทางเลือกและที่สำคัญคือการสื่อสารจากผู้อื่นนั้นมีความสำคัญมากกับผู้สูงอายุที่จะใช้บริการแพทย์ทางเลือก ซึ่งการสื่อสารจากเพื่อน ญาติ และบุคคลอื่น ๆ ที่ผู้สูงอายุรู้จักมีผลกระทบต่อทางเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกได้มาก จากการศึกษา ของ Astin และคณะ พบว่าอิทธิพลการตลาด การโฆษณา ของบริษัทผู้ขายสินค้าและข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต จะมีผลกระทบต่อตัดสินใจใช้บริการแพทย์ทางเลือกให้เพิ่มสูงมากขึ้น และการศึกษาของ สดใส ศรีสะอาด พบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพและมีเจตคติที่ดีต่อการใช้บริการหรืออุปโภคสินค้าอุปโภคนั้น จะส่งผลต่อพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ ภาวะสุขภาพจิต และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย

จากข้อมูลของตัวแปรต้นทั้งหมด 11 ตัวจะเห็นได้ว่า ตัวแปรต้นทุกตัวมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ซับซ้อนกับการใช้บริการแพทย์ทางเลือก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เลือกตัวแปรทั้ง 11 ตัวนี้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมลิสเรล

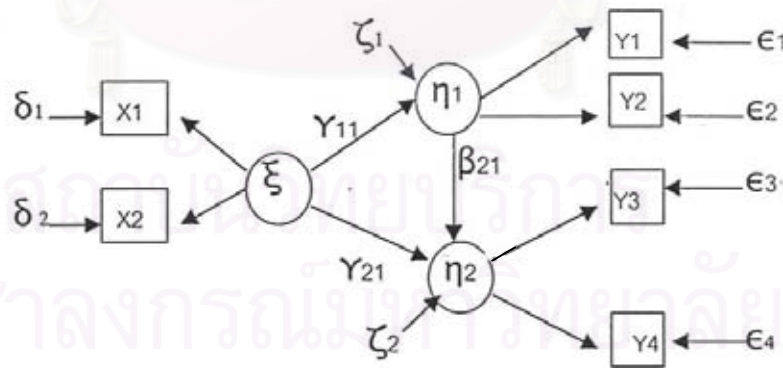
2.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุด้วยโมเดลลิสเรล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่มีความซับซ้อน จึงมีการใช้โมเดลลิสเรล (LISREL model) หรือโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural Equation Model) เป็นโมเดลที่แสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรที่สร้างขึ้นโดยวิเคราะห์เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกลมกลืนระหว่างโมเดลการวิจัยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากทฤษฎีหรือการวิจัยที่ผ่านมา กับข้อมูลเชิงประจักษ์ หัวใจที่สำคัญของการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมลิสเรลอยู่ที่การเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเมทริกซ์ความแปรปรวน-ความแปรปรวนร่วม (variance-covariance matrix) ที่ได้จากข้อมูลเชิงประจักษ์กับเมทริกซ์ที่ได้จากค่าประมาณพารามิเตอร์ที่คำนวณจากโมเดลลิสเรลที่เป็นสมมุติฐานการวิจัยเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างโมเดลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พร้อมทั้งรายงานดัชนีความสอดคล้องด้วย

ในโปรแกรมลิสเรลโมเดลใหญ่นั้นจะประกอบไปด้วยโมเดลที่สำคัญสองโมเดล (50) ได้แก่ โมเดลการวัด (Measurement model) และโมเดลสมการโครงสร้าง (Structural equation model)

1. โมเดลการวัด (Measurement model or Confirmatory model)

โมเดลการวัดเป็นโมเดลการวิเคราะห์ตัวประกอบซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่สังเกตได้กับตัวประกอบหรือตัวแปรแฝง โมเดลการวัดประกอบด้วยชุดของตัวแปรที่สังเกตได้ 2 ชุด คือตัวแปรอิสระที่สังเกตได้ $X = (X_1, X_2, X_3)$ และตัวแปรตามที่สังเกตได้ $Y = (Y_1, Y_2, Y_3)$ ซึ่งมีลักษณะดังสมการ



รูปที่ 2 โมเดลลิสเรลที่ประกอบด้วยโมเดลการวัดและโมเดลสมการโครงสร้าง

$$X = (\Delta X)(\xi) + \delta$$

$$Y = (\Delta Y)(\eta) + \varepsilon$$

โดยที่ X = เวกเตอร์ของค่าจากการวัดตัวแปรอิสระที่สังเกตได้ (ตัวบ่งชี้ของตัว

แปรแฝงที่เป็นตัวแปรอิสระ ξ)

ΔX = เมตริกซ์ของสัมประสิทธิ์การถดถอยหรือน้ำหนักตัวประกอบ ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง X กับ ξ

δ = เวกเตอร์ความคลาดเคลื่อนในสมการ X

Y = เวกเตอร์ค่าจากการวัดตัวแปรตามที่เกิดขึ้นได้ (ตัวบ่งชี้ของตัวแปรแฝงที่เป็น ตัวแปรอิสระ η)

ΔY = เมตริกซ์ของสัมประสิทธิ์การถดถอยหรือน้ำหนักตัวประกอบ ซึ่งแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง Y กับ η

ε = เวกเตอร์ความคลาดเคลื่อนในสมการ Y

2. โมเดลสมการโครงสร้าง (Structural equation model)

โมเดลสมการโครงสร้างเป็นโมเดลที่แสดง ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรแฝงภายในโมเดลการวิจัยซึ่งมีลักษณะดังสมการดังนี้

$$\eta = B\eta + \Gamma\xi + \xi$$

โดย η = เวกเตอร์ของตัวแปรแฝง

ξ = เวกเตอร์ของตัวแปรแฝง

B = เมตริกซ์ของสัมประสิทธิ์การถดถอย ซึ่งแสดงอิทธิพลโดยตรงของ η ที่มีต่อ η อื่น

Γ = เมตริกซ์ของสัมประสิทธิ์การถดถอย ซึ่งแสดงอิทธิพลโดยตรงของ ξ ที่มีต่อ ξ อื่น

จุดประสงค์หลักของโมเดลลิสเรลนั้นต้องการที่จะวัดค่าตัวแปรโมเดลสมการโครงสร้างแต่ที่ไม่สามารถที่จะวัดตัวแปรที่อยู่ในสมการโครงสร้างได้โดยตรงเพราะตัวแปรที่อยู่ในสมการโครงสร้างเป็นตัวแปรแฝงซึ่งไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง ดังนั้นจึงต้องมีโมเดลการวัดเพื่อที่จะวัดค่าตัวแปรที่อยู่ในโมเดลสมการโครงสร้าง และจากการที่โมเดลลิสเรลนี้มีโมเดลการวัดอยู่ในโมเดลใหญ่ของลิสเรลทำให้โมเดลลิสเรลสามารถทำการประมาณค่าพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์การถดถอยได้

โมเดลลิสเรลเป็นผลของการสังเคราะห์วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลที่สำคัญ สามวิธีคือ การวิเคราะห์ (factor analysis) การวิเคราะห์อิทธิพล (path analysis) และการประมาณค่าพารามิเตอร์ในการวิเคราะห์การถดถอยนั้นเป็นการวิเคราะห์ในโมเดลการวัดซึ่งถือว่าเป็นจุดเด่นที่สำคัญของโปรแกรมลิสเรลโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบนั้นเป็นการวิเคราะห์องค์ประกอบของตัวแปรแฝงที่ไม่สามารถสังเกตได้โดยวัดจากองค์ประกอบของตัวแปรแฝงซึ่งเป็นตัวแปรที่สังเกตได้

ส่วนการประมาณค่าพารามิเตอร์ ในการวิเคราะห์การถดถอยนั้นจะเป็นค่าสถิติที่ช่วยทำให้เราทราบค่าพารามิเตอร์ที่แท้จริงได้ เพราะว่าค่าตัวแปรที่วัดได้จะมีการบอกค่าความคลาดเคลื่อนของการวัดในแต่ละตัวแปรด้วย และในการวิเคราะห์หือทธิพลนั้นจะอยู่ในส่วนของโมเดลโครงสร้างซึ่งเป็นโมเดลที่สำคัญในโมเดลลิสเรล โดยเป็นการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรภายนอกและตัวแปรภายใน (50-51)

การวิเคราะห์โมเดลลิสเรลนั้นมีข้อตกลงเบื้องต้น (assumption) ดังนี้

1. ลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งหมดในโมเดลเป็นความสัมพันธ์แบบเส้นตรงเชิงบวกและเป็นความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ
2. ลักษณะการแจกแจงของตัวแปรทั้งหมด และความคลาดเคลื่อนต้องเป็นการแจกแจงแบบปกติ ความคลาดเคลื่อนต่าง ๆ ต้องมีค่าเฉลี่ยเป็นศูนย์
3. ลักษณะความเป็นอิสระต่อกันระหว่างตัวแปรกับความคลาดเคลื่อนสามารถแยกออกได้เป็นความคลาดเคลื่อนที่เป็นอิสระต่อกัน ความคลาดเคลื่อนตัวแปรแฝงเป็นอิสระต่อกัน
4. สำหรับการวิเคราะห์หือนุกรมเวลาที่มีการวัดข้อมูลมากกว่า 2 ครั้ง การวัดตัวแปรต้องไม่ได้รับอิทธิพลจากช่วงเวลาเหลือม (time lay) ระหว่างการวัด

จะเห็นได้ว่าข้อตกลงของโมเดลลิสเรลนั้นมีการผ่อนคลายน้อยกว่าข้อตกลงของการวิเคราะห์การถดถอยและการวิเคราะห์เส้นทางเป็นอย่างมาก ซึ่งจะทำให้ข้อมูลสอดคล้องกับข้อตกลงทางสถิติได้ดียิ่งขึ้น โปรแกรมลิสเรลเป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปพัฒนาโดย Karl Joreskog และ Dag Sorbom เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นรูปแบบโมเดลการวิจัยแบบโมเดลลิสเรล (Linear Structural Relationship หรือ LISREL Model) ซึ่งมีลักษณะเด่น 4 ประการ (50) คือ

1. ใช้ทฤษฎีทางสถิติไลค์ลิฮูดสูงสุด (maximum likelihood statistical theory) หรือวิธี ML เป็นพื้นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูล
2. ลักษณะโมเดลในโปรแกรมลิสเรล ประกอบด้วยโมเดลการวัด (measurement model) ซึ่งแก้ปัญหาคลาดเคลื่อนในการวัด (measurement error) ได้ และโมเดลสมการโครงสร้าง (structural equation model) ซึ่งครอบคลุมลักษณะความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นทุกรูปแบบ
3. นักวิจัยสามารถใช้โปรแกรมตรวจสอบโมเดลความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้นระหว่างตัวแปรตามทฤษฎีว่าสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เพียงใด ซึ่งอาจตรวจสอบโดยใช้ไค-สแควร์ดัชนีวัดความพอเหมาะพอดี หรือดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (goodness of fit index=GFI) และรากที่สองของค่าเฉลี่ยกำลังสองของเศษเหลือ (root of mean square residuals=RMR)

4. ข้อจำกัดเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นมีน้อยกว่าการวิเคราะห์อิทธิพลแบบอื่น ดังนั้น ผลการวิเคราะห์จึงมีความถูกต้องมากกว่าการวิเคราะห์ข้อมูลแบบเดิม มีโปรแกรมฟรีลิส (PRELIS: PREprocessor for LISREL) สำหรับคัดเลือกข้อมูลและสรุปข้อมูลที่เป็นตัวแปรพหุนาม (multivariate data screening and data summarizing)

กระบวนการสร้างโมเดลนั้นโดยทั่วไปนั้นขั้นแรก เป็นการสร้างโมเดลที่ได้มาจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยต่าง ๆ ขั้นต่อมาจึงเป็นขั้นของการตรวจสอบโมเดลที่ได้จากการสร้างโมเดลในขั้นตอนแรกกับข้อมูลจริงเพื่อที่จะได้ดูว่าโมเดลที่เราได้จากขั้นตอนแรกนั้นสอดคล้องกับข้อมูลในสภาพการณ์จริง โดยในขั้นตอนนี้ถ้าเราจะเลือกใช้สถิติวิเคราะห์โปรแกรมลิสเรลก็จะวิเคราะห์ขั้นตอนนี้โดยในการวิเคราะห์ด้วยโมเดลลิสเรลจะมีขั้นตอนทั้งหมด 6 ขั้นที่สำคัญคือ

1. การกำหนดข้อมูลจำเพาะของโมเดล (specification of the model)
2. การระบุความเป็นไปได้ค่าเดียวของโมเดล (Identification of the model)
3. การประมาณค่าพารามิเตอร์จากโมเดล (parameter estimation of the model)
4. การทดสอบความกลมกลืนหรือความสอดคล้อง ระหว่างโมเดลลิสเรลกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (goodness of fit test)
5. การปรับโมเดล (model adjustment)
6. การแปลผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากข้อมูลข้างต้นทั้งหมดจะเห็นได้ว่า ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรืออิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ที่มีต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ และมีความซับซ้อน ในการวิจัยนี้จึงได้กำหนดวิธีดำเนินการวิจัยดังในบทที่ 3

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้มีวิธีดำเนินการวิจัยซึ่งประกอบด้วย การกำหนดรูปแบบการวิจัย วิธีการวิจัย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Explanatory research โดยเป็น Cross-sectional survey study ที่ศึกษาหาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (causal relationship research) ของตัวแปรต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีอิทธิพลหรือความสัมพันธ์เชิงสาเหตุต่อการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร โดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 960 คน ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2548 ถึง 31 มีนาคม 2549

3.2 วิธีการวิจัย

ในการวิจัยนี้ประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ ในฐานข้อมูลในประเทศไทยและต่างประเทศตลอดช่วงเวลาในการวิจัย
2. กำหนดประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา (ดูรายละเอียดในหัวข้อ 3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง) ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร
3. กำหนดและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ดูรายละเอียดในหัวข้อ 3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และในภาคผนวก ก.) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้นโดยผู้วิจัย
4. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย คือ
 - 1) เสนอโครงร่างการวิจัยต่อผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ ของกรุงเทพมหานครเพื่อนำเสนอคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ของกรุงเทพมหานคร
 - 2) เมื่อได้รับการอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือและขออนุญาตจากผู้อำนวยการสำนักการแพทย์ และสำนักอนามัย โดยแนบรายชื่อหน่วยงานที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแบบสัมภาษณ์เพื่อประกอบการพิจารณา
 - 3) เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้บริหารโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักการแพทย์ และสำนักอนามัย ในการเก็บข้อมูลในชมรมผู้สูงอายุต่าง ๆ ที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลหรือศูนย์บริการสาธารณสุข

5. วางแผนการเก็บข้อมูลของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ รวมทั้งประสานงานและนัดหมายกับกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมต่าง ๆ
6. เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุและบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ตามวันและเวลาที่ได้นัดหมายไว้
7. รวบรวมข้อมูลทั้งหมดจากแบบสัมภาษณ์และวิเคราะห์ข้อมูล (ดูรายละเอียดในหัวข้อ 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล) โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) และโปรแกรมลิสเรล (Linear Structural Relationships, LISREL)
8. อภิปรายและสรุปผลการวิจัย
9. เขียนรายงานการวิจัย

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ที่ตั้งอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งประกอบด้วย ชมรมผู้สูงอายุทั้งหมด 185 ชมรมที่กระจายในเขตพื้นที่ 12 เขต (ตารางที่ 1) โดยแบ่งเป็นชมรมผู้สูงอายุที่สังกัดสำนักอนามัย 175 ชมรม สำนักงานแพทย์ 9 ชมรม และสำนักสวัสดิการ 1 ชมรม รวมทั้งสิ้นจำนวน 22,359 คน ซึ่งใช้ เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 960 คนที่ผ่านการคำนวณกลุ่มตัวอย่างและสุ่มตัวอย่างดังขั้นตอนต่อไปนี้

1. การศึกษาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุโดยเฉพาะการวิเคราะห์เส้นทาง (path analysis) ไม่มีวิธีคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยตรง แต่ประมาณได้จากการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของตัวแปรทางสังคมศาสตร์ซึ่งใช้จำนวนตัวอย่างอย่างน้อย 20 คน ต่อตัวแปรทำนาย 1 ตัว" (51) สำหรับการวิจัยนี้ได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 40 เท่าของตัวแปรเพื่อให้เกิดความสมบูรณ์ในการวิจัย จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุพบว่า มีตัวแปรที่สำคัญทั้งหมด 12 ตัว ดังนั้นจึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 480 คน (40x12) ที่ใช้หรือไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 480 คน เพื่อใช้ในการทดสอบรูปแบบที่สร้างขึ้น ดังนั้นจะได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 960 คน

2. เมื่อได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างแล้ว ได้วางแผนการสุ่มตัวอย่างแบบ 2-stage cluster sampling โดยขั้นแรกเป็นการเลือกชมรมผู้สูงอายุ และลำดับต่อไปจึงเลือกผู้สูงอายุในชมรม ซึ่งการแบ่งการสุ่มตัวอย่างจะแบ่งตามน้ำหนักของประชากรที่มีอยู่ในแต่ละเขตพื้นที่ประสานงานชมรมผู้สูงอายุ 12 เขต (ตารางที่ 1) โดยใช้สูตร proportion allocation เพื่อคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมในแต่ละเขตพื้นที่ ดังนี้

ตารางที่ 1 ชมรมผู้สูงอายุและเขตพื้นที่ประสานงานชมรมผู้สูงอายุ

เขตพื้นที่ (ศูนย์ที่รับผิดชอบ)	เขตพื้นที่ที่ตั้งของชมรม	จำนวนชมรม ผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุ ทั้งหมดในเขต(คน)
1 (ประชาธิปไตย)	พระนคร ดุสิต สัมพันธวงศ์ ป้อมปราบศัตรูพ่าย	18	4080
2 (สีพระยา)	ปทุมวัน วัฒนา บางรัก สาทร	10	678
3 (ดินแดง)	ราชเทวี บางซื่อ ดินแดง พญาไท ห้วยขวาง จตุจักร	21	3301
4 (คลองเตย)	ยานนาวา บางนา คลองเตย บางคอแหลม พระโขนง	19	2273
5 (วัดหงส์รัตนาราม)	ธนบุรี คลองสาน บางกอกน้อย บางพลัด บางกอกใหญ่	18	2200
6 (ช่วงนุชเนตร)	จอมทอง ราชบุรี ภูเก็ต ภาษีเจริญ	12	1271
7 (สังวาลทัศนารมย์)	บางเขน หลักสี่ ดอนเมือง สายไหม	22	3209
8 (วัดปากบ่อ)	สวนหลวง บางกะปิ บึงกุ่ม	17	1443
9	รพ.หนองจอก	6	300
10 (กัณการัตติกุทิศ)	มีนบุรี ลาดกระบัง ประเวศ	17	1432
11 (บางแค)	บางแค หนองแขม ตลิ่งชัน	12	1248
12 (ถนนอมทองสีมา)	บางขุนเทียน พุ่งศรี	12	924
รวม		184	22,359

*หมายเหตุ การวิจัยนี้ไม่รวมชมรมผู้สูงอายุในสำนักสวัสดิการ 1 ชมรม

ตารางที่ 2 ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุต่างๆที่เข้าร่วมการวิจัย

ชมรมผู้สูงอายุ	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดในชมรม(คน)	จำนวนผู้สูงอายุที่เก็บข้อมูล(คน)
1. ชมรมผู้สูงอายุตรอกข้างเฒ่า(ชุมชนตรอกข้างเฒ่า)*	120	39
2. ชมรมผู้สูงอายุวัดนิมมานนรี*	70	20
3. ชมรมผู้สูงอายุวัดสารอด*	404	89
4. ชมรมผู้สูงอายุเคหะชุมชนรามอินทรา กม.4*	114	42
5. ชมรมผู้สูงอายุชุมชนชนชั้น บางเขน*	139	36
6. ชมรมผู้สูงอายุชุมชนหมู่บ้านถ้ำเสือ กานต์ 3,5*	109	27
7. ชมรมผู้สูงอายุสี่แยกประเวศน์ (ชุมชนประเวศน์) *	100	30
8. ชมรมผู้สูงอายุสินธานี 2*	58	22
9. ชมรมผู้สูงอายุวัดจันทร์ประดิษฐาราม*	129	34
10. ชมรมผู้สูงอายุพัฒนาตนเอง*	69	27
11. ชมรมผู้สูงอายุวัดประจักษ์ศิลปาคม*	200	54
12. ชมรมผู้สูงอายุมัธยมมหานาค*	123	45
13. ชมรมผู้สูงอายุคังลักเกียงเชียงจู้*	79	34
14. ชมรมผู้สูงอายุสวนผัก*	60	25
15. ชมรมผู้สูงอายุชุมชนวัดมะกอกกลางสวน (ชุมชนวัดมะกอกกลาง) *	121	43
16. ชมรมผู้สูงอายุชุมชนเขมาเนรมิต*	74	32
17. ชมรมผู้สูงอายุบึงพระรามเก้าพัฒนา*	70	36
18. ชมรมผู้สูงอายุศาลเจ้ากวนอู*	75	29
19. ชมรมผู้สูงอายุชุมชนคลองขวาง*	40	12
20. ชมรมผู้สูงอายุแพทย์สตรีไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ 3*	63	39
23. ชมรมผู้สูงอายุสวนเบญจศิริ*	46	25
24. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตากสิน**	440	79
25. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลหนองจอก**	195	54
26. ชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร**	260	87
รวม	3,158	960

* สังกัดสำนักอนามัย

** สังกัดสำนักงานการแพทย์

$$opt n_H = \frac{N_H n_o}{N}$$

เมื่อ $opt n_H$	คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่เหมาะสมในแต่ละเขตพื้นที่
N_H	คือ ขนาดของประชากรผู้สูงอายุในแต่ละเขตพื้นที่ประสานงาน
N	คือ ขนาดของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตพื้นที่ประสานงาน
n_o	คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุทั้งหมด (960 คน)

เมื่อได้จำนวนตัวอย่างในแต่ละเขตพื้นที่ประสานงานแล้ว สุ่มรายชื่อชมรมผู้สูงอายุตามจำนวนที่คำนวณได้ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) รวมจำนวนทั้งหมด 24 ชมรมซึ่งแบ่งเป็นชมรมผู้สูงอายุในสังกัดสำนักอนามัย 21 ชมรม และสำนักงานแพทย์ 3 ชมรม แสดงในตารางที่ 2

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของการวิจัยนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ (ดูภาคผนวก ก.) ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นโดยดัดแปลงบางส่วนจากการศึกษาของบาร์เธลเอดีเอล (Barthel ADL) (52) และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยของกรมสุขภาพจิต (53) ซึ่งข้อความครอบคลุมตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษาครบทุกตัว ได้แก่ ตัวแปรเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เจตคติของผู้สูงอายุ และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การใช้และเจตคติของผู้สูงอายุต่อการแพทย์ทางเลือก

ส่วนที่ 2 ภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 4 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยนี้มีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือแยกตามส่วนต่าง ๆ ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1: การใช้และเจตคติของผู้สูงอายุต่อการแพทย์ทางเลือก

แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อศึกษาเจตคติของผู้สูงอายุที่มีต่อการแพทย์ทางเลือก โดยรวบรวมแนวความคิดและผลการวิจัยการศึกษาของนักวิจัยต่าง ๆ (16, 41-50) เช่น Haselen และคณะ และ Astin และคณะ เป็นต้น ซึ่งมีขั้นตอนการสร้างและตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ดังนี้

1) รวบรวมผลการวิจัยเกี่ยวกับเหตุผลและเจตคติการเลือกใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุจากการวิจัยทั้งหมด

2) พิจารณาคัดเลือกข้อความเชื่อหรือเจตคติที่เด่นชัดเกี่ยวกับการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกโดยนำผลการวิจัยทั้งหมดมาวิเคราะห์เนื้อหาของความคิดเห็นต่าง ๆ เพื่อจัดกลุ่มของข้อความเชื่อต่าง ๆ ที่มีความหมายอย่างเดียวกันหรือคล้ายคลึงกันไว้กลุ่มเดียวกัน และเรียงลำดับความเชื่อแต่ละกลุ่มตามความถี่จากมากไปหาน้อย

3) นำหัวข้อความเชื่อเด่นชัดที่ได้คัดเลือกมาสร้างเป็นข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์วัดเจตคติของผู้สูงอายุต่อการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกซึ่งแบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1.1 เจตคติภายในตนเองของผู้สูงอายุต่อการแพทย์ทางเลือก ลักษณะคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวน 13 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก (positive statement) 7 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ (negative statement) 6 ข้อ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับทิศทางของคำถามคือ จะให้คะแนนตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และเพิ่มขึ้นทีละ 1 คะแนนจนถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สำหรับข้อคำถามที่เป็นไปในทางบวก ส่วนข้อคำถามที่เป็นไปในทางลบ จะให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ตัวอย่างเช่น

“เจตคติของท่านต่อการเลือกใช้การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 (โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านโดยดูข้อความหรือรูปภาพด้านหลังแบบสัมภาษณ์)”

(1) การรักษาแผนปัจจุบันรักษาไม่ได้ผลจึงเลือกใช้การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1

(2) การรักษาแผนปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายสูงแต่การรักษาด้วยวิธีที่ 1 มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า

ส่วนที่ 1.2 เจตคติภายนอกตนเองต่อการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือก เป็นแบบสัมภาษณ์เจตคติในการรับข่าวสารข้อมูลจากการสื่อสารต่างๆ ของผู้สูงอายุ ต่อการแพทย์ทางเลือก ลักษณะคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ มีจำนวน 7 ข้อ เป็นข้อคำถามทางบวก 4 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ 3 ข้อ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับทิศทางของข้อคำถาม คือ จะให้คะแนนตั้งแต่ 1 (ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง) และเพิ่มขึ้นทีละ 1 คะแนนจนถึง 5 (เห็นด้วยอย่างยิ่ง) สำหรับข้อคำถามที่เป็นไปในทางบวก ส่วนที่เป็นไปในทางลบจะให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม ตัวอย่างเช่น

“เจตคติของท่านจากการสื่อสาร โฆษณาต่อการเลือกใช้การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 (โปรดแสดงความคิดเห็นของท่านโดยดูข้อความหรือรูปภาพด้านหลังแบบสัมภาษณ์)”

(1) ท่านไม่ทราบข้อมูลการรักษาในข้อ 1 เลย

(2) ถ้าท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้วิธีในข้อ 1 ท่านจะมีความมั่นใจในการรักษา

4) การคิดคำนวณคะแนนเจตคติต่อการแพทย์ทางเลือกจะคิดจากการนำผลรวมของคะแนนในทุกข้อคำถามรวมกัน และแปลผลคะแนนเจตคติดังนี้

1. เจตคติภายในตนเอง

น้อยกว่า 33	หมายถึง เจตคติภายในตนเองไม่ดี
33- 38	หมายถึง เจตคติภายในตนเองพอใช้
39 - 44	หมายถึง เจตคติภายในตนเองดี
มากกว่า 45	หมายถึง เจตคติภายในตนเองดีมาก

2. เจตคติภายนอกตนเอง

น้อยกว่า 17	หมายถึง เจตคติภายนอกตนเองไม่ดี
17-20	หมายถึง เจตคติภายนอกตนเองพอใช้
21 - 24	หมายถึง เจตคติภายนอกตนเองดี
มากกว่า 25	หมายถึง เจตคติภายนอกตนเองดีมาก

5) นำแบบสัมภาษณ์ให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ดังมีรายชื่อในภาคผนวก ค.) ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) พร้อมทั้งวิจารณ์และเสนอแนะแนวทางแก้ไข หลังจากนั้นจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้

6) นำแบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงแล้วในข้อ 5 ไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง (แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างจริงของการวิจัย) ในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 3-7 ตุลาคม 2548 เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจเกี่ยวกับคำถามและข้อความชัดเจนหรือไม่ รวมทั้งวัดความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ส่วนนี้ด้วยวิธีสอดคล้องภายใน (the measure of internal consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α -coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ส่วนเจตคติภายในตนเองของการใช้การแพทย์ทางเลือกฉบับนี้เท่ากับ 0.93 และเจตคติภายนอกตนเองเท่ากับ 0.65 ซึ่งแสดงว่าแบบสัมภาษณ์การใช้แพทย์ทางเลือกฉบับนี้มีคุณภาพทางสูงเหมาะสมที่ใช้เป็นเครื่องมือในการวิจัย

7) ปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ฉบับทดลองในข้อ 6 เกี่ยวกับการใช้สำนวน ภาษาในข้อคำถามให้เข้าใจง่ายและสมบูรณ์ยิ่งขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจริงต่อไป

ส่วนที่ 2: ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้เป็นการวัดภาวะสุขภาพทางกาย ซึ่งปกติการที่จะวัดสุขภาพกายโดยรวมในเชิงปริมาณเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เนื่องจากโรคและความผิดปกติต่างๆ มากมาย รวมทั้ง

โรคและอาการของโรคอย่างเดียวกันมีลักษณะความรุนแรงที่แตกต่างกันและผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการศึกษานี้เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในชมรมผู้สูงอายุกรุงเทพมหานครซึ่งผู้สูงอายุทั้งหมดมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดีและมีโรคเรื้อรังที่ไม่รุนแรงแต่ไม่ใช่ผู้ป่วยสูงอายุที่เจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล ดังนั้นการประเมินภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุในการวิจัยนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้ความสามารถในเชิงปฏิบัติเป็นการวัดภาวะสุขภาพกายจะวัดความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ซึ่งการวัดการปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุอยู่เสมอ ผู้วิจัยจึงใช้ดัชนีบาร์เธล เอดีเอล (Barthel ADL index)(52) ซึ่งประกอบด้วย 10 ข้อคำถามที่วัดกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic activity of daily living) ได้แก่ ความสามารถในการสวมใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร การใช้ห้องน้ำ หรือการอาบน้ำ เป็นต้น เมื่อนำคะแนนทั้งหมด 10 ข้อคำถามมารวมกันจะได้คะแนนเต็มทั้งหมดเป็น 20 คะแนน และคะแนนน้อยที่สุดเป็น 0 คะแนน ซึ่งสามารถแปลผลของภาวะสุขภาพได้ 4 ระดับคือ

0 – 4	หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต้องมีผู้ช่วยเหลือ
5 – 8	หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันไม่ดี
9 – 11	หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพอใช้
มากกว่า 12	หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดี

แบบสัมภาษณ์ในส่วนนี้ได้รับการทดสอบความเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับผู้สูงอายุของประเทศไทย (ภาคผนวก จ.) และในการวิจัยครั้งนี้ได้ทดสอบความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์กับผู้สูงอายุจำนวน 30 คนได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α -coefficient) เท่ากับ 0.54

ส่วนที่ 3: ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้เป็นการวัดภาวะจิตใจของผู้สูงอายุซึ่งผู้วิจัยนำมาจากดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น (TMHI-15)(25) ของกรมสุขภาพจิต ประกอบด้วยคำถามทั้งหมด 15 ข้อ คำถาม ลักษณะคำถามเป็นมาตร 5 ช่วง เป็นข้อคำถามทางบวก (positive Statement) 12 ข้อ และเป็นข้อคำถามทางลบ (negative statement) 3 ข้อ การให้คะแนนขึ้นอยู่กับทิศทางของคำถามคือจะให้คะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่เลย) และเพิ่มขึ้นทีละ 1 คะแนน จนถึง 3 (มากที่สุด) สำหรับข้อคำถามที่เป็นไปในทางบวก ส่วนข้อคำถามที่เป็นไปในทางลบ จะให้คะแนนในลักษณะตรงกันข้าม โดยการศึกษาของกรมสุขภาพจิต ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's α -coefficient) มีค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เท่ากับ 0.69 แต่ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทดสอบความสอดคล้องโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ฉบับนี้เท่ากับ 0.77 ซึ่งการวัดระดับสุขภาพจิตสามารถแบ่งได้ 3 ระดับดังนี้

น้อยกว่า 27	คะแนน	หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป
28– 34	คะแนน	หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตคนทั่วไป
35-45	คะแนน	หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป

ส่วนที่ 4: ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

แบบสัมภาษณ์ส่วนนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุทางด้านอายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส รายได้ ฐานะทางการเงิน อาชีพปัจจุบัน สิทธิการรักษา การสูบ/ไม่สูบบุหรี่ และการดื่ม/ไม่ดื่มสุรา ซึ่งเป็นตัวแปรและข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ นอกจากนี้ยังเป็นการศึกษาสภาพโดยทั่วไปอื่นๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อประโยชน์ในการอธิบายกลุ่มตัวอย่างและใช้ในการอภิปรายผลการวิจัยต่อไป

ในแบบสัมภาษณ์นี้ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 10 ข้อคำถามโดยมีลักษณะการวัดหรือการให้ค่าของตัวแปร (attribute หรือ value) ที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

- 1) เพศ มี 2 ค่า (กลุ่ม) คือ
 - 1.1) เพศชายมีค่าเป็น 1
 - 1.2) เพศหญิงมีค่าเป็น 2
- 2) อายุ มีค่าเป็นตัวเลขตามจำนวนอายุของผู้สูงอายุ เช่น
 - อายุ 63 ปี ให้ 63 คะแนน
 - อายุ 70 ปี ให้ 70 คะแนน เป็นต้น
- 3) ระดับการศึกษาสูงสุด มี 7 ค่า (ระดับ) คือ
 - 3.1) กรณี ไม่ได้เรียนหนังสือ มีค่าเป็น 1
 - 3.2) กรณี เรียนชั้นประถมศึกษา มีค่าเป็น 2
 - 3.3) กรณี เรียนชั้นมัธยมศึกษา มีค่าเป็น 3
 - 3.4) กรณี เรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ มีค่าเป็น 4
 - 3.5) กรณี เรียนระดับอนุปริญญา มีค่าเป็น 5
 - 3.6) กรณี เรียนระดับปริญญาตรี มีค่าเป็น 6
 - 3.7) กรณี เรียนระดับสูงกว่าปริญญาตรี มีค่าเป็น 7
- 4) สถานภาพสมรส มี 4 กลุ่ม (ตัวแปรนี้ไม่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ) คือ
 - 4.1) กรณีโสด มีค่าเป็น 1
 - 4.2) กรณีสมรส มีค่าเป็น 2

- 4.3) กรณีหย่า/แยกกันอยู่ มีค่าเป็น 3
- 4.4) กรณีหม้าย มีค่าเป็น 4
- 5) สิทธิคำรักษาพยาบาล มี 4 ค่า (กลุ่ม) คือ
- 5.1) กรณีใช้สิทธิ 30 บาทรักษาทุกโรค มีค่าเป็น 1
- 5.2) กรณีใช้สิทธิ ชำระเงินครบ มีค่าเป็น 2
- 5.3) กรณีใช้สิทธิ เบิกคำรักษาได้ มีค่าเป็น 3
- 5.4) กรณีใช้สิทธิ ประกันชีวิต/ประกันสังคมหรือ อื่นๆ มีค่าเป็น 4
- 6) การสูบ/ไม่สูบบุหรี่ มี 2 ค่า (กลุ่ม) คือ
- 6.1) กรณีเลือกปัจจุบันยังสูบบุหรี่อยู่ มีค่าเป็น 1
- 6.2) กรณีเลือกไม่เคยสูบหรือเลิกสูบแล้ว มีค่าเป็น 2
- 7) การดื่ม/ไม่ดื่มสุรา มี 2 ค่า (กลุ่ม) คือ
- 7.1) กรณีเลือกปัจจุบันยังดื่มสุราอยู่ มีค่าเป็น 1
- 7.2) กรณีเลือกไม่เคยดื่มหรือเลิกดื่มแล้ว มีค่าเป็น 2
- 8) อาชีพ มี 2 กลุ่ม (**ตัวแปรนี้ไม่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ**) คือ
- 8.1) กรณีไม่ได้ทำงานหรือประกอบอาชีพ มีค่าเป็น 1
- 8.2) กรณีทำงานประกอบอาชีพ มีค่าเป็น 2
- 9) รายได้ มีค่าเป็นตัวเลขตามจำนวนเงินของผู้สูงอายุก่อนหักค่าใช้จ่ายทุกประเภทของผู้สูงอายุ เช่น
- รายได้ 10,000 บาทต่อเดือน ให้คะแนน 10,000 คะแนน
- รายได้ 12,000 บาทต่อเดือน ให้คะแนน 12,000 คะแนน เป็นต้น
- 10) สถานะทางการเงิน วัดระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับภาวะทางการเงินของผู้สูงอายุ โดยมี 4 ระดับ (**ตัวแปรนี้ไม่ใช้ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ**) คือ
- 10.1) กรณีผู้สูงอายุมีความเห็นว่าไม่มีปัญหาทางการเงิน มีค่าเป็น 1
- 10.2) กรณีผู้สูงอายุมีความเห็นว่าไม่มีเงินออมหรือน้อย มีค่าเป็น 2
- 10.3) กรณีผู้สูงอายุมีความเห็นว่าขัดสนบ้างในเรื่องการกินอยู่ทั่วไป มีค่าเป็น 3
- 10.4) กรณีผู้สูงอายุมีความเห็นว่ามีความขัดสนมาก ให้รหัสเป็น 4

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยนี้มีการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรม SPSS (Statistical Package for the Social Science) version 13.0 และโปรแกรมลิสเรล (Linear Structural Relationships, LISREL) version 8.54 ซึ่งมีรายละเอียด คือ

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง เช่น เพศ อายุ และสถานภาพสมรส เป็นต้น ใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ มัชฌิมเลขคณิต และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

2. การสร้างและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ ใช้โปรแกรมลิสเรลเพื่อพิสูจน์รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุตามสมมติฐานและทดสอบความสอดคล้องหรือความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในผู้สูงอายุจำนวน 960 คนโดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $\alpha = 0.05$ ซึ่งค่าสถิติที่แสดงระดับความกลมกลืน (goodness of fit) (54) มีดังนี้

1. ค่าสถิติไค-สแควร์ (Chi-Squared statistics) ค่าสถิติไค-สแควร์เป็นค่าสถิติที่ใช้ทดสอบสมมติฐานที่ว่า ฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าเป็นศูนย์ ซึ่งคำนวณได้จากผลคูณขององศาอิสระกับค่าของฟังก์ชันวัดความกลมกลืน ถ้าค่าสถิติไค-สแควร์มีค่าสูงมาก แสดงว่าฟังก์ชันความกลมกลืนมีค่าความแตกต่างจากศูนย์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งหมายถึงโมเดลลิสเรลไม่มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ถ้าค่าสถิติไค-สแควร์มีค่าต่ำมาก ยิ่งมีค่าเข้าใกล้ศูนย์มาก หมายถึงโมเดลลิสเรลสอดคล้องกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ อย่างไรก็ตาม Saris และ Stronkhort (50) เสนอแนะว่าค่าไค-สแควร์ควรมีค่าเท่ากับองศาอิสระสำหรับโมเดลที่มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

2. ดัชนีวัดระดับความกลมกลืน (Goodness of fit index, GFI) มีค่าอยู่ระหว่าง 0 และ 1 ซึ่งถ้าค่าดัชนี GFI ที่เข้าใกล้ 1.00 ก็แสดงว่าโมเดลมีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์

3. ดัชนีวัดระดับความกลมกลืนที่ปรับแก้แล้ว (Adjust goodness of fit index, AGFI) เป็นค่าที่ได้มาเมื่อนำดัชนี GFI มาปรับแก้โดยคำนึงถึงขนาดขององศาความอิสระ รวมทั้งจำนวนตัวแปรและขนาดของกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นได้ว่าดัชนี GFI จะมีคุณสมบัติเหมือนกับดัชนี GFI

จากวิธีดำเนินการวิจัยทั้งหมด ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนดังกล่าวและได้ผลการวิจัยซึ่งแสดงผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยไว้ในบทที่ 4

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยนี้มีผลการวิจัยและอภิปรายผลซึ่งแบ่งออกเป็น 2 หัวข้อ คือ ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุและการใช้การแพทย์ทางเลือก และการสร้างและทดสอบรูปแบบความสัมพันธเชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือก

4.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุและการใช้การแพทย์ทางเลือก

4.1.1 ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุ

ลักษณะทั่วไปของผู้สูงอายุจำนวน 960 คน (ตารางที่ 3) เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย คือ หญิง 625 คนและชาย 335 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และ 35 ตามลำดับ มีอายุระหว่าง 60–80 ปีและอายุ (mean \pm SD) เท่ากับ 68 ± 5.4 ปี มีระดับการศึกษาตั้งแต่ไม่ได้รับการศึกษาถึงระดับปริญญาตรี โดยจบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด 347 คน (ร้อยละ 36) รองลงมาคือ ระดับมัธยมศึกษา 222 คน และไม่ได้รับการศึกษา 136 คน คิดเป็นร้อยละ 23 และร้อยละ 14 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีสุขภาพสมรสสมรสคู่ จำนวน 401 คน (ร้อยละ 42) และสถานภาพหม้าย จำนวน 338 คน ใช้สิทธิการรักษาด้วย 30 บาทรักษาทุกโรคมามากที่สุดจำนวน 465 คน (ร้อยละ 48) รองลงมาคือชำระเงินด้วยตนเอง และเบิกได้ ร้อยละ 26 และ 23 ตามลำดับ และส่วนใหญ่ปัจจุบันจะไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 78 และหยุดสูบบุหรี่โดยเฉื่อยนาน 12 ปี และไม่ดื่มสุราร้อยละ 77 สำหรับผู้สูงอายุที่ในปัจจุบันยังคงดื่มสุราอยู่ ส่วนใหญ่จะดื่มสุราเดือนละ 1–2 ครั้ง หรือเมื่อมีงานสังสรรค์ ปัจจุบันผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพร้อยละ 98.43 แต่จะมีรายได้จากบุตรหลาน หรือผู้ที่อยู่อาศัยร่วมกันโดยประมาณ (median) 5,000 บาทต่อเดือน ฐานะทางการเงินของครอบครัวผู้สูงอายุส่วนใหญ่ผู้สูงอายุไม่มีความขัดสนเรื่องการเงินอยู่ทั่วไป แต่ถ้ามีเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึงเช่น เจ็บป่วยเกิดอุบัติเหตุจะมีปัญหาค่าใช้จ่าย (ไม่มีเงินออมหรือน้อย) จำนวน 378 คน (ร้อยละ 39) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครอบครัวโดยมีสมาชิก 2–5 คน จำนวน 516 คน (ร้อยละ 53) และมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวมากกว่า 5 คน จำนวน 340 คน (ร้อยละ 35)

ในการใช้การแพทย์ทางเลือก ผู้สูงอายุ 2 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกและผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก มีแนวโน้มที่แตกต่างกัน คือ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก มีเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 72.3 และ 27.7 ตามลำดับ) แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก จำนวนเพศชายและเพศหญิงใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 48.4 และ 51.6 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุ

ข้อมูล	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ใช้ การแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ)	จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้ การแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ)	จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด (ร้อยละ)
เพศ (960 คน)			
ชาย	162 (48.4)	173 (27.7)	335 (35.0)
หญิง	173 (51.6)	452 (72.3)	625 (65.0)
อายุ (ปี) (mean ± SD)	65.0 ± 3.79	69.0 ± 4.65	68.0 ± 5.43
สถานภาพสมรส			
โสด	24 (7.2)	37 (5.9)	61 (6.4)
สมรส	169 (50.4)	234 (37.4)	403 (41.8)
หย่า/แยกกันอยู่	63 (18.8)	97 (15.5)	160 (16.7)
หม้าย	79 (23.6)	257 (41.2)	336 (35.2)
การสูบบุหรี่			
ไม่สูบบุหรี่	184 (54.9)	422 (67.5)	606 (63.1)
สูบบุหรี่	101 (30.1)	106 (17.0)	207 (21.6)
เคยสูบบุหรี่แต่ปัจจุบันหยุดสูบแล้ว	50 (14.9)	97 (15.5)	147 (15.3)
การดื่มสุรา			
ไม่ดื่มสุรา	156 (46.6)	385 (63.2)	541 (61)
ดื่มสุรา	109 (32.5)	135 (21.6)	244 (23)
เคยดื่มสุราแต่ปัจจุบันหยุดดื่มแล้ว	70 (20.9)	95 (15.2)	165 (16)
ระดับการศึกษาสูงสุด			
ไม่ได้เรียนหนังสือ	71 (21.2)	65 (10.4)	136 (14.2)
ประถมศึกษา	166 (49.6)	181 (29.0)	347 (36.1)
มัธยมศึกษา	69 (20.6)	153 (24.4)	222 (23.1)
ประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปวช./ปวส.	8 (2.4)	89 (14.2)	97 (10.1)
อนุปริญญา	3 (0.9)	73 (11.7)	76 (7.9)
ปริญญาตรี	18 (5.4)	62 (10.0)	80 (8.3)
สูงกว่าปริญญาตรี	0(0.0)	2(0.3)	2 (0.2)
รายได้ (บาท/เดือน) [median (interquatile range)]	3,000 (2,000–5,000)	5,000 (3,000–9,000)	5,000 (3,000–7,000)

ตารางที่ 4 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มผู้สูงอายุที่มีข้อมูลซึ่งไม่ใช่ในรูปแบบความสัมพันธ์

ข้อมูล	จำนวนผู้สูงอายุที่ไม่ใช้ การแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ)	จำนวนผู้สูงอายุที่ใช้ การแพทย์ทางเลือก (ร้อยละ)	ผู้สูงอายุทั้งหมด (ร้อยละ)
สิทธิคำรักษาพยาบาล			
30 บาทรักษาทุกโรค	201 (60)	264 (42.2)	465 (48.4)
เบิกได้	77 (23)	172 (27.6)	249 (25.9)
ชำระเงินเอง	54 (16.1)	162 (25.9)	216 (22.5)
อื่น ๆ	3 (0.9)	27 (4.3)	30 (3.1)
อาชีพ			
ทำงาน	227 (82.7)	526 (84.2)	803 (83.6)
ไม่ทำงาน	58 (17.3)	99 (15.8)	157 (16.4)
ฐานะการเงินของครอบครัว			
ไม่เป็นปัญหา	47 (14)	272 (43.5)	319 (33.2)
ไม่มีเงินออมหรือน้อย	110 (32.8)	268 (42.9)	378 (39.4)
มีความขัดสนบ้างในเรื่องการ กินอยู่ทั่วไป	154 (46)	77 (12.3)	231 (24.1)
มีความขัดสนมาก	24 (7.2)	8 (1.3)	32 (3.3)

ส่วนอายุของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือกมีค่าเฉลี่ย (mean \pm SD) เป็น 69.0 ± 4.65 ปี และสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยใช้การแพทย์ทางเลือก ซึ่งมีค่าเฉลี่ย (mean \pm SD) เป็น 69 ± 4.46 ปี

สำหรับรายได้ของผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือกมีรายได้เฉลี่ย (median) เท่ากับ 5,000 บาท สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกซึ่งมีรายได้เฉลี่ย (median) เท่ากับ 3,000 บาท และส่วนสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุในการวิจัยมีความแตกต่างกันในทั้ง 2 กลุ่ม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะมีสถานภาพสมรสคู่มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก ซึ่งจะมีสถานภาพสมรสหม้ายเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ในการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 35.1 และ 45.3 ตามลำดับ สำหรับระดับการศึกษาของผู้สูงอายุในการวิจัยนี้พบว่า ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน คือ ผู้สูงอายุกลุ่มที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะมีระดับการศึกษาต่ำกว่าผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะไม่ได้เรียนหนังสือหรือเรียนหนังสือในระดับประถมศึกษา แต่ผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาจนถึงระดับปริญญาตรี

4.1.2 การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ

การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุจำนวน 960 คน (ตารางที่4) พบว่าใช้บริการการแพทย์ทางเลือก จำนวน 625 คน (ร้อยละ 65.1) และไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกจำนวน 335 คน (ร้อยละ 34.9) ซึ่งจากการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ ซึ่งให้เห็นว่าผู้สูงอายุนิยมใช้การแพทย์ทางเลือก 2 วิธี 3 วิธี และ 4 วิธีร่วมกันใกล้เคียงกัน (ตารางที่5) เป็นจำนวน 160, 164 และ 167 คน (ร้อยละ 16.7, 17.1 และ 17.4 ตามลำดับ) โดยการใช้การแพทย์ทางเลือกเฉลี่ยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง และใช้บริการอย่างต่อเนื่องเฉลี่ยนานประมาณ 9 เดือน เพื่อการรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ จำนวน 193 คน (ร้อยละ 30.8) และ 195 คน (ร้อยละ 31.2) แต่แพทย์มักไม่ทราบถึงการรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ

สำหรับชนิดของการใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า ผู้สูงอายุนิยมใช้การนวดกดจุดมากที่สุด(ตารางที่6) จำนวน 392 คน (ร้อยละ 62.7) รองลงมา 5 อันดับ ได้แก่ การใช้สมุนไพร 313 คน (ร้อยละ 50.1) การนวดฝ่าเท้าจำนวน 188 คน (ร้อยละ 30.1) การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหยจำนวน 188 คน (ร้อยละ 30.1) การรับประทานอาหารชีวจิต 184 คน (ร้อยละ 29.4) และการใช้วิตามิน 161 คน (ร้อยละ 25.8) เมื่อสอบถามผู้สูงอายุเพิ่มเติมเกี่ยวกับการใช้วิตามิน พบว่า มีการใช้วิตามิน ซี 1000 มิลลิกรัมต่อวัน วิตามินบีขนาดสูง และวิตามินรวมมากที่สุด

4.1.3 เจตคติของผู้สูงอายุกับการใช้การแพทย์ทางเลือก

ความเชื่อหรือเจตคติของผู้สูงอายุต่อการเลือกใช้การรักษาด้วยการแพทย์ทางเลือก ตามที่แสดงตารางที่ 4 และ 5 พบว่าผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก มีเจตคติภายในตนเองต่อการแพทย์ทางเลือกอยู่ในเกณฑ์ดีคะแนนเฉลี่ย (mean) 30.3 และเจตคติภายนอกตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก อยู่ในเกณฑ์ดีคะแนนเฉลี่ย (mean) 22.3 ส่วนผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก มีเจตคติภายในตนเองต่อการแพทย์ทางเลือกอยู่ในเกณฑ์ดีมาก คะแนนเฉลี่ย (mean) 49.4 และเจตคติภายนอกตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกอยู่ในเกณฑ์ดีมากคะแนนเฉลี่ย (mean) 25.8 และเจตคติภายนอกตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก และกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก แนวโน้มแตกต่างกัน โดยพบว่า กลุ่มที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะมีเจตคติภายในตนเองและเจตคติภายนอกตนเองอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่ากลุ่มที่ใช้การแพทย์ทางเลือก

4.1.4 ภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุกับการใช้การแพทย์ทางเลือก

ในด้านสุขภาพกายของผู้สูงอายุจำนวน 960 คน (ตารางที่ 9) พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังจำนวน 522 คน (ร้อยละ 54.3) ซึ่งโรคที่พบมาก คือ ความดันโลหิตสูงร้อยละ 67.6 โรคเบาหวานร้อยละ 63.8 โรคตับร้อยละ 25.6 โรคไตร้อยละ 20.6 โรคกระเพาะอาหาร 55.6 และอื่น ๆ เป็นต้น ส่วนโรคฉับพลันพบได้เล็กน้อยคิดเป็นร้อยละ 17.7 ซึ่งโรคที่พบบ่อย คือ หัวใจและท้องเสียและการผ่าตัด เช่น การผ่าตัดนิ่วในไต การผ่าตัดกระดุก เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคหรือปัญหาสุขภาพมีจำนวน 268 คน (ร้อยละ 27.9)

จากข้อมูลของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม (ตารางที่ 9) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก และ ผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะเป็นโรคเรื้อรังน้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก ส่วนการเจ็บจนต้องนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จำนวน 910 คน (ร้อยละ 94.79) ไม่มีภาวะเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล และพบว่าผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีการเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในอัตราส่วนใกล้เคียงกันทั้ง 2 กลุ่ม แต่จำนวนวันนอนของแต่ละกลุ่มมีความแตกต่างกันเล็กน้อย โดยพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะมีวันนอนเฉลี่ย (mean \pm SD) 8.12 ± 3.82 และจากการประเมินสุขภาพด้วยตนเองของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนการประเมินสุขภาพด้วยตนเองใกล้เคียง

ตารางที่ 5 การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ

การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
1. ผู้สูงอายุที่ไม่เคยใช้การแพทย์ทางเลือก	335	34.9
2. ผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก	625	65.1
รวม	960	100

ตารางที่ 6 ลักษณะการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ

วิธีการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุทั้งหมด(ร้อยละ)
ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือก	335 (34.9)
ใช้ 1 วิธีของการแพทย์ทางเลือก	82 (8.5)
ใช้ 2 วิธีของการแพทย์ทางเลือกร่วมกัน	160 (16.7)
ใช้ 3 วิธีของการแพทย์ทางเลือกร่วมกัน	164 (17.1)
ใช้ 4 วิธีของการแพทย์ทางเลือกร่วมกัน	167 (17.4)
ใช้ 5 วิธีของการแพทย์ทางเลือกร่วมกัน	39 (4.1)
ใช้ 6 วิธีของการแพทย์ทางเลือกร่วมกัน	10 (1.0)
ใช้ 7 วิธีของการแพทย์ทางเลือกร่วมกัน	3 (0.3)

ตารางที่ 7 ลักษณะวิธีการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ

ชนิดของการแพทย์ทางเลือก	ผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือกจำนวน(ร้อยละ)
การนวดกดจุด	392 (62.7)
การนวดฝ่าเท้า	188 (30.1)
การฝึกโยคะ	88 (14.1)
การใช้สมุนไพร	313 (50.1)
การใช้วิตามิน	161 (25.8)
การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย	188 (30.1)
การใช้วิธีการรับประทานอาหารชีวจิต	184 (29.4)
การฝังเข็ม	100 (16.0)
การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	131 (21.0)
อื่นๆ	100 (16.0)

ตารางที่ 8 เจตคติภายในและภายนอกตนเองของผู้สูงอายุต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือก

เจตคติของผู้สูงอายุต่อการใช้บริการแพทย์ ทางเลือก	ผู้สูงอายุไม่ใช้บริการแพทย์ ทางเลือก	ผู้สูงอายุที่ใช้บริการแพทย์ ทางเลือก
เจตคติในตนเองของผู้สูงอายุต่อการใช้ การแพทย์ทางเลือก		
เจตคติในตนเองเฉลี่ย (mean ± SD)	30.29 ± 3.85	49.41 ± 5.62
ไม่ดี	252 (75.2)	10 (1.6)
พอใช้	82 (24.5)	60 (9.6)
ดี	1 (0.3)	354 (57.4)
ดีมาก	0 (0)	196 (31.36)
เจตคตินอกตนเองของผู้สูงอายุต่อการใช้ การแพทย์ทางเลือก		
เจตคติในตนเองเฉลี่ย (mean ± SD)	22.28 ± 3.65	25.79 ± 4.12
ไม่ดี	23 (6.9)	4 (0.6)
พอใช้	71 (21.2)	90 (14.4)
ดี	224 (66.9)	363 (58.1)
ดีมาก	17 (5.1)	168 (26.9)
รวม	335 (100.0)	625 (100.0)

ตารางที่ 9 ภาวะสุขภาพและปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	ผู้สูงอายุไม่ใช้การแพทย์ ทางเลือก n= 335	ผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ ทางเลือก n= 625	ผู้สูงอายุทั้งหมด n= 960
ปัญหาสุขภาพหรือการเจ็บป่วย			
ไม่มี	115 (34.3)	153 (24.5)	268 (27.9)
โรคเรื้อรัง	162 (48.4)	360 (57.6)	522 (54.3)
โรคฉับพลัน	58 (17.3)	112 (17.9)	170 (17.7)
การเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาล			
ไม่มี	321 (95.8)	589 (94.2)	910 (94.79)
มีการนอนโรงพยาบาล	14 (4.2)	36 (5.8)	50 (5.21)
จำนวนวันนอนโรงพยาบาล (mean±SD)	6.99 ± 4.45	8.12 ± 3.82	7.8 ± 3.78
การประเมินภาวะสุขภาพด้วยตนเอง (mean±SD)	6.80 ± 1.26	7.85 ± 1.36	7.34 ± 1.32

ตารางที่ 10 ภาวะสุขภาพกายและจิตของผู้สูงอายุที่ทดสอบด้วยเครื่องมือการวิจัย

ภาวะสุขภาพ	ผู้สูงอายุไม่ใช้การแพทย์ ทางเลือก	ผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ ทางเลือก
ภาวะสุขภาพกาย		
ภาวะสุขภาพกายเฉลี่ย (mean ± SD)	17.24 ± 2.10	17.79 ± 2.02
ภาวะสุขภาพดีมาก	335 (100)	618 (98.9)
ภาวะสุขภาพดี	0 (0)	7 (1.1)
ภาวะสุขภาพพอใช้	0 (0)	0 (0)
ภาวะสุขภาพไม่ดี	0 (0)	0 (0)
ภาวะสุขภาพจิตเฉลี่ย (mean ± SD)	40.47 ± 4.00	45.97 ± 5.29
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	253 (75.5)	159 (25.4)
สุขภาพจิตเท่าคนทั่วไป	77 (23)	345 (55.2)
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	5 (1.5)	121 (19.4)
รวม	335 (100.0)	625 (100.0)

สำหรับการประเมินภาวะสุขภาพด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ดังตารางที่10) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีมาก คิดเป็นร้อยละ 99.27 และอัตราส่วนร้อยละ ของทุกกลุ่มมีค่าเกินร้อยละ 95 ส่วนของข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุทั้งหมด 960 คน พบว่า ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 412 คน (ร้อยละ 42.9) สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป จำนวน 422 คน (ร้อยละ 43.9) และสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 126 คน (ร้อยละ 13.12) ตามลำดับ

นอกจากนี้ยังพบแนวโน้มที่แตกต่างกันในด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตระหว่าง ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกและผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือก คือ ภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุไม่มีความแตกต่างของผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม เนื่องจากผู้ที่มีสุขภาพดี เท่านั้นจึงจะเข้าร่วมกิจกรรมเพราะต้องเดินทาง และต้องดูแลตนเองในการเข้าร่วมกิจกรรม

ส่วนภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในการวิจัยในนี้มีแนวโน้มแตกต่างกันในผู้สูงอายุทั้ง 2 กลุ่ม คือ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (ร้อยละ 75.5) แต่กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้การแพทย์ทางเลือกจะมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์สูงกว่าคนทั่วไปและมีภาวะสุขภาพจิตอยู่ในเกณฑ์เท่ากับคนทั่วไป มากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ใช้การแพทย์ ทางเลือก

4.2 การสร้างและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ ทางเลือก

4.2.1 การคัดเลือกตัวแปรที่ใช้ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ

ตัวแปรที่ใช้ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุมีจำนวนทั้งสิ้น 12 ตัว ซึ่งค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ แสดงในตารางที่ 11 ผลการศึกษาพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นต่างๆ กับตัวแปรตาม คือ การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ มีค่าต่ำจนถึงสูง แต่ก็มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรที่กำหนดให้เป็นตัวแปรต้นมีความสัมพันธ์กับการใช้การแพทย์ ทางเลือก จึงสามารถคัดเลือกตัวแปรเหล่านี้มาใช้หา รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุได้ ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาต่างๆ (4-49) ในบทที่ 2 นอกจากนี้ตัวแปรต้นเกือบทั้งหมดยังมีความสัมพันธ์ระหว่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ผู้วิจัยก็ได้ใช้ตัวแปรต้นทุกตัวในการวิเคราะห์ข้อมูล

จากตารางที่ 11 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่มีค่าเป็นลบเล็กน้อยมีจำนวน 7 คู่ ส่วนใหญ่เป็นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอื่น ๆ กับตัวแปรตาม (การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ) เช่น สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส กับ รายได้

ตารางที่ 11 สหสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ในรูปแบบเมตริกซ์

	sex	status	smok	alcoh	educ	Toh	Top	reso	com	age	Income	Huse
sex	1.000											
status	0.205*	1.000										
smok	-0.451*	-0.127*	1.000									
alcoh	-0.437*	-0.070*	0.289*	1.000								
educ	0.072	-0.102	-0.095	-0.078*	1.000							
Toh	0.101	0.084*	-0.146*	-0.285	0.120*	1.000						
Top	0.219	0.171*	-0.223*	-0.146*	0.255*	0.273	1.000					
reso	0.259*	0.176*	-0.113*	-0.250*	0.345*	0.150	0.474	1.000				
com	0.017*	0.079*	0.036*	-0.091*	0.095*	-0.048	-0.109	0.368	1.000			
age	0.028*	0.271*	0.026*	-0.047*	0.036*	0.054	0.223	0.367	0.173	1.000		
Income	0.027*	-0.004*	-0.128*	-0.088*	0.382*	0.079	0.216	0.197	-0.008	0.092	1.000	
Huse	0.277	0.171	-0.118*	-0.196	0.332*	0.073	0.416	0.819	0.312	0.312	0.230	1.000

* หมายถึง p-value < 0.05 (ตัวแปรมีความสัมพันธ์กัน)

sex = เพศ	alcoh = การดื่มสุรา	Top = สุขภาพจิต	Huse = การใช้การแพทย์ทางเลือกรของผู้สูงอายุ
status = สถานภาพสมรส	edu = ระดับการศึกษา	age = อายุ	com = เจตคติภายนอกตนของการใช้การแพทย์ทางเลือก
smok = การสูบบุหรี่	Income = รายได้	Toh = สุขภาพกาย	reson = เจตคติภายในตนเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก

(ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ -0.004) และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติ
 ภายนอกตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือก กับ รายได้ (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ
 -0.008) เป็นต้น นอกจากนี้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้
 ผู้สูงอายุ กับ ตัวแปรอื่นๆ ที่มีค่าสูงที่สุด (0.819) ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้
 การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ กับ เจตคติภายในตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือก รองลงมา
 ($0.416, 0.332, 0.312$ และ 0.312) คือ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือก
 ของผู้สูงอายุ กับ ภาวะสุขภาพจิต สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้
 ผู้สูงอายุ กับ ระดับการศึกษา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้
 ผู้สูงอายุ กับ เจตคติภายนอกตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือก และสหสัมพันธ์ระหว่างการใช้
 การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ กับ อายุ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์
 ทางเลือกของผู้สูงอายุ กับตัวแปรอื่นๆ ที่มีขนาดสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ปานกลางถึงต่ำ ($0.230,$
 $0.196, 0.171, 0.118$ และ 0.073) ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือก
 ของผู้สูงอายุ กับ รายได้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ กับ
 สถานภาพสมรส สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ กับ การ
 ดื่มสุรา สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ กับ การสูบบุหรี่
 และ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ กับ ภาวะสุขภาพกาย
 ตามลำดับสำหรับสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับ ตัวแปรต้นที่มีค่าสูง ($0.47, 0.45$
 และ 0.44) ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิต กับ เจตคติภายในตนเองต่อการใช้
 การแพทย์ทางเลือก สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับ การสูบบุหรี่ และสัมประสิทธิ์
 สหสัมพันธ์ระหว่างเพศ กับ การดื่มสุรา ส่วนสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้น กับ ตัวแปร
 ต้นที่มีค่าปานกลาง ($0.382, 0.368, 0.367, 0.345, 0.289, 0.285$ และ 0.273) ได้แก่ สัมประสิทธิ์
 สหสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับ รายได้ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติภายนอก
 ตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือก กับ เจตคติภายในตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือก
 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติภายนอกตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือก กับ อายุ
 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างระดับการศึกษา กับ เจตคติภายในตนเองต่อการใช้บริการแพทย์
 ทางเลือก สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างการดื่มสุรา กับ การสูบบุหรี่ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
 ระหว่างการดื่มสุรา กับ ภาวะสุขภาพจิต ตามลำดับ นอกจากนี้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัว
 แปรต้น กับ ตัวแปรต้นที่มีค่าต่ำ (-0.004 และ -0.008) ได้แก่ สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่าง

สถานภาพสมรส กับ รายได้ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างเจตคติภายนอกตนเองต่อการ
ใช้การแพทย์ทางเลือก กับ รายได้ ตามลำดับ

4.2.2 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือก

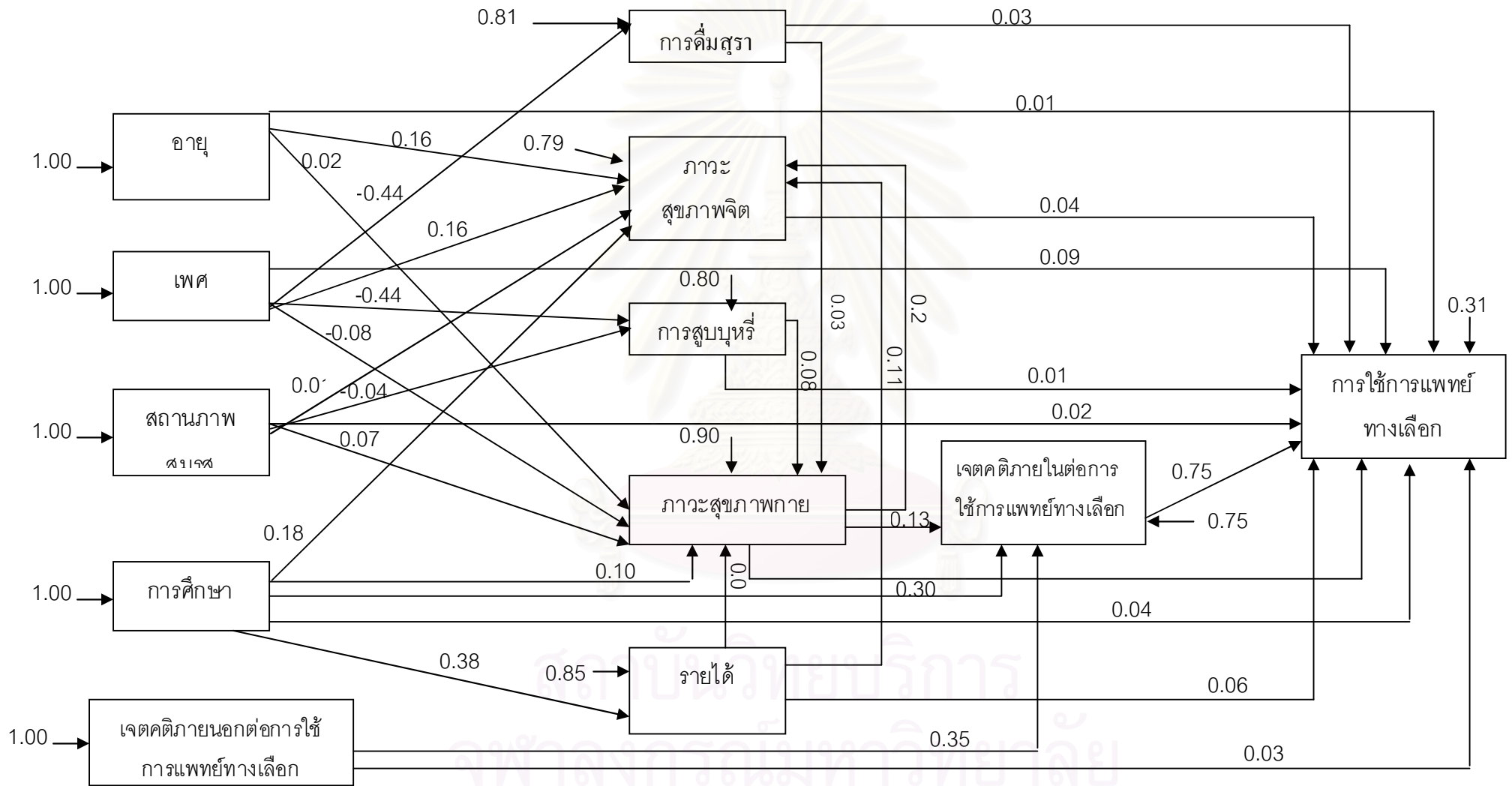
การสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกนั้น ได้นำรูปแบบ
ที่แสดงในรูปที่ 1 ในบทที่ 1 มาใช้ในการสร้างและทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์ ซึ่งประกอบด้วย
ตัวแปร 12 ตัว คือ การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้
สถานภาพสมรส เจตคติภายในตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก เจตคติภายนอกตนเองต่อ
การใช้การแพทย์ทางเลือก ภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิต การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ เมื่อ
วิเคราะห์รูปแบบความสัมพันธ์โดย กำหนดว่าความคลาดเคลื่อนในการวัดไม่มีความสัมพันธ์กัน
โดยใช้โปรแกรมลิสเรล (รายละเอียดในภาคผนวก จ. และภาคผนวก ฉ.) ผลการวิเคราะห์พบว่า
โมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (ค่าไคสแควร์ เป็น 444.49 $df=25$ $P = 0.00$ ดังรูปที่ 3)

อย่างไรก็ตามในโปรแกรมลิสเรล มีข้อเสนอแนะว่า ค่าไคสแควร์จะลดลงได้มาก หาก
ยอมผ่อนคลายเป็นให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดมีความสัมพันธ์กันได้ หรือยอมให้พารามิเตอร์บาง
ตัวเป็นอิสระบ้าง ผู้วิจัยจึงดำเนินการปรับแต่งรูปแบบความสัมพันธ์โดยอาศัยความรู้เชิงทฤษฎี
ประกอบคำแนะนำของโปรแกรมในการตัดสินใจให้พารามิเตอร์บางตัวเป็นอิสระ ผลการปรับแต่ง
ได้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงเส้นสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุสอดคล้องกับ
ข้อมูลเชิงประจักษ์ (ค่าไคสแควร์ เป็น 38.98 $df= 27$ $P =0.064$ ดังรูปที่ 4) ขนาดอิทธิพลของตัว
แปรต่าง ๆ แสดงไว้ในตารางที่ 12 และตารางที่ 13

1. จากตารางที่ 12 พบว่า โดยภาพรวม รูปแบบความสัมพันธ์มีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิง
ประจักษ์เป็นอย่างดี ตัวแปรทั้งหมดในรูปแบบความสัมพันธ์ สามารถอธิบายการใช้
การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 67 สามารถอธิบาย ภาวะสุขภาพจิต การดื่มสุรา
และ เจตคติภายในตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก ได้ร้อยละ 78, 57 และ 40
ตามลำดับ แต่สามารถอธิบาย การสูบบุหรี่ รายได้ และ ภาวะสุขภาพกาย ได้เพียงร้อยละ
28,15 และ 14 ตามลำดับ

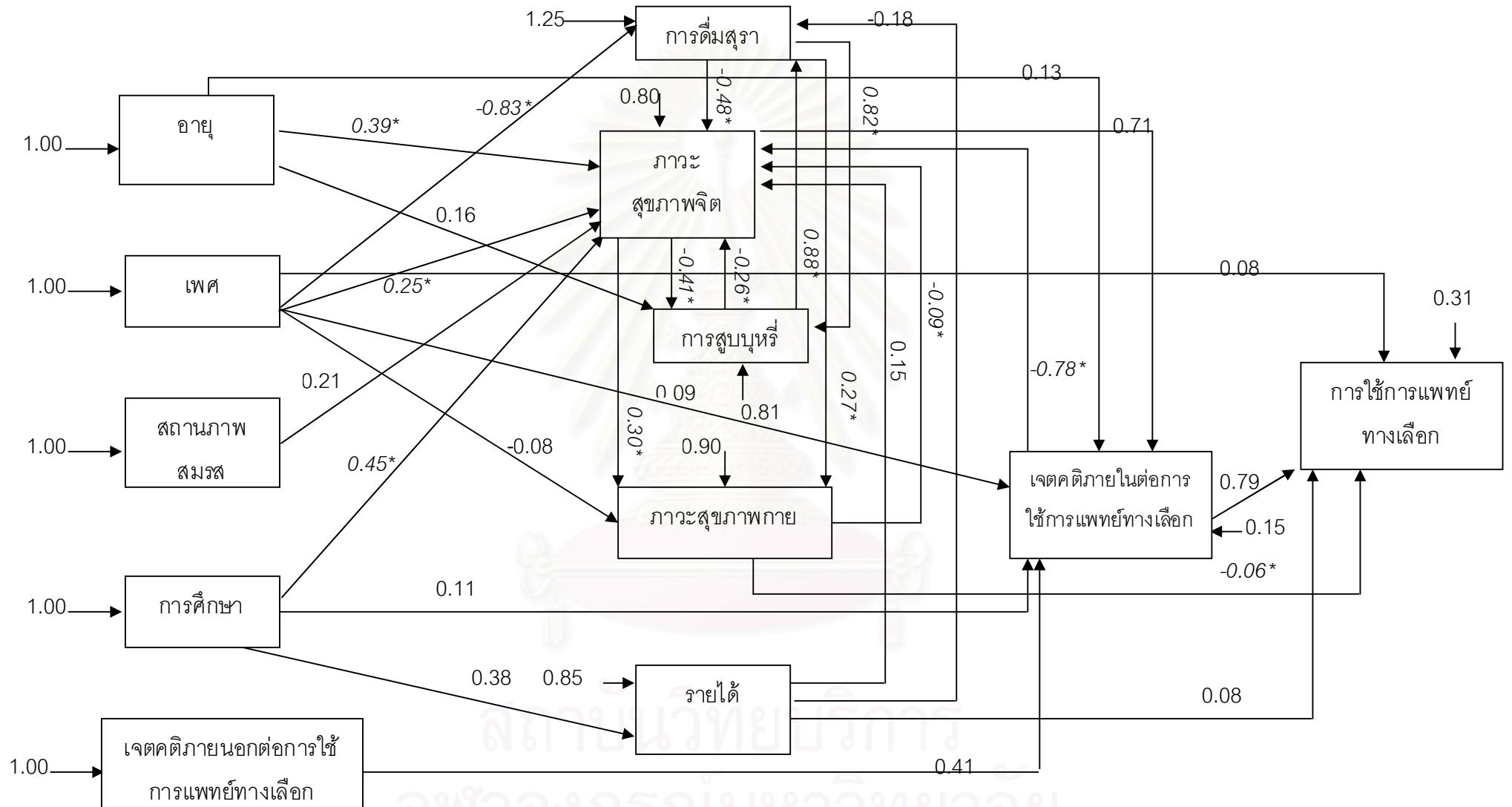
เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของตัวแปรตามสมการโครงสร้างในเส้นทางต่างๆ
(ตารางที่ 13 และ รูปที่4) พบว่า

2. การใช้การแพทย์ทางเลือกได้รับอิทธิพลทางตรงจาก เจตคติภายในตนเองต่อการ
ใช้การแพทย์ทางเลือก รายได้ เพศ และภาวะสุขภาพกาย ตามลำดับ โดยขนาดสัมประสิทธิ์



Chi-Square= 444.49, df=25, P-value=0.0000, RMSEA=0.133

รูปที่ 3 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครตามสมมุติฐาน



Chi-Square= 38.98, df=27, P-value=0.064, RMSEA=0.036 หมายถึง * หมายถึง ความสัมพันธ์ของตัวแปรที่มีนัยสำคัญ มากกว่า 0.05 แต่ไม่เกิน 0.1

รูปที่ 4 รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร

อิทธิพลมาตรฐาน เป็น 0.78, 0.17, 0.08 และ 0.062 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกค่า

3. รายได้ ได้รับอิทธิพลทางตรงจากระดับการศึกษา โดยขนาดสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เป็น 0.38 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
4. ภาวะสุขภาพจิต ได้รับอิทธิพลทางตรงจาก เจตคติภายในตนเองต่อการดูแลสุขภาพ ทางเลือก การดื่มสุรา ระดับการศึกษา อายุ การสูบบุหรี่ เพศ สถานภาพสมรส รายได้ และ ภาวะสุขภาพ ตามลำดับ โดยขนาดสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เป็น 0.78, 0.48, 0.45 , 0.39, 0.26, 0.25, 0.21, 0.15 และ 0.09 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05-0.1
5. ตัวแปรเจตคติภายในตนเองต่อการดูแลสุขภาพ ทางเลือก ได้รับอิทธิพลทางตรงจาก ภาวะสุขภาพจิต ตัวแปรเจตคติภายนอกตนเองต่อการดูแลสุขภาพ ทางเลือก อายุ ระดับการศึกษา และเพศ ตามลำดับ โดยขนาดสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เป็น 0.71, 0.14, 0.30, -0.11 และ 0.09 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05-0.1
6. ภาวะสุขภาพ ได้รับอิทธิพลทางตรงจากภาวะสุขภาพจิต การดื่มสุรา และเพศ ตามลำดับ โดยขนาดสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เป็น 0.30, -0.27 และ -0.08 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05-0.1
7. การดื่มสุรา ได้รับอิทธิพลทางตรงจาก การสูบบุหรี่ เพศ และ รายได้ตามลำดับ โดยขนาดสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เป็น -0.88, -0.83 และ -0.18 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05-0.1
8. การสูบบุหรี่ ได้รับอิทธิพลทางตรงจาก การดื่มสุรา ภาวะสุขภาพจิต และอายุ ตามลำดับ โดยขนาดสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐาน เป็น 0.82, -0.41 และ 0.16 ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05-0.1

จากผลการวิจัยข้างต้น (ในข้อที่ 1) แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง มีภาวะสุขภาพจิต สูงกว่าคนทั่วไป และมีระดับการศึกษาและรายได้สูง รวมทั้งมีเจตคติภายในและภายนอกตนเอง ต่อการดูแลสุขภาพ ทางเลือกสูง แต่มีภาวะสุขภาพกายไม่ดี จะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพ ทางเลือกสูงมากขึ้น

นอกจากนี้ การดูแลสุขภาพ ทางเลือกของผู้สูงอายุ ยังได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากตัวแปร อื่น ๆ (ตารางที่ 13 และ รูปที่ 4) ดังนี้ คือ

1. การดูแลสุขภาพ ทางเลือก ได้รับอิทธิพลทางอ้อมจากรายได้โดยผ่านทางภาวะสุขภาพจิต และการดื่มสุรา ซึ่งขนาดสัมประสิทธิ์อิทธิพลทางอ้อม มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05-0.1

ตารางที่ 12 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ ของการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุ

สมการโครงสร้างเชิงสาเหตุ	R ²
Huse = 0.78*reson + 0.17*Income + 0.076*sex - 0.062*h	0.67
Income = 0.38*edu	0.15
reson = 0.71*p + 0.41*com + 0.13*age + 0.11*edu + 0.085*sex	0.40
p = - 0.78*reson - 0.48*alcoh + 0.45*edu + 0.39*age + 0.26*smok + 0.25*sex + 0.21*som + 0.15*Income - 0.093*h	0.78
h = 0.30*p - 0.27*alcoh - 0.081*sex	0.14
alcoh = - 0.88*smok - 0.83*sex - 0.18*Income	0.57
smok = 0.82*alcoh - 0.41*p + 0.16*age	0.28

อักษรเอียง หมายถึง ขนาดอิทธิพลที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.10

sex = เพศ

alcoh = การดื่มสุรา

Top = สุขภาพจิต

Huse = การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ

status = สถานภาพสมรส

edu = ระดับการศึกษา

age = อายุ

com = เจตคติภายนอกตนของการใช้การแพทย์ทางเลือก

smok = การสูบบุหรี่

Income = รายได้

Toh = สุขภาพกาย

reson = เจตคติภายในตนเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก

ตารางที่ 13 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ ของการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุ

ตัวแปรสาเหตุ	รายได้			เจตคติภายในตนเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก			สุขภาพจิต			สุขภาพกาย		
	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE
ตัวแปรผล												
การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ	0.22 (0.05) 4.15	0.08 (0.02) 4.12	0.05 (0.02) 3.48	0.54 (0.05) 11.78	0.79 (0.02) 40.83	-0.24 (0.04) -5.50	0.31 (0.02) 13.27	-- (0.02) 13.27	0.31 (0.02) 13.27	-0.09 (0.03) -2.82	-0.06 (0.02) -3.23	-0.03 (0.03) -1.09
รายได้	-	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
เจตคติภายในตนเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก	0.07 (0.02) 3.61	--	0.07 (0.02) 3.61	-0.32 (0.06) -5.64	--	-0.32 (0.06) -5.64	0.41 (0.03) 14.74	0.71 (0.06) 12.41	-0.30 (0.06) -5.34	-0.04 (0.03) -1.09	--	-0.04 (0.03) -1.09
สุขภาพจิต	0.10 (0.03) 3.68	0.15 (0.05) 3.09	-0.05 (0.03) -2.02	-0.45 (0.05) -9.34	-0.78 (0.14) -5.49	0.33 (0.10) 3.36	-0.43 (0.05) -8.18	--	-0.43 (0.05) -8.18	-0.05 (0.05) -1.08	-0.09 (0.09) -1.05	0.04 (0.04) 1.00
สุขภาพกาย	0.05 (0.01) 4.44	--	0.05 (0.01) 4.44	-0.11 (0.03) -3.70	--	-0.11 (0.03) -3.70	0.14 (0.03) 4.03	0.30 (0.06) 5.34	-0.16 (0.03) -5.47	-0.01 (0.01) -0.88	--	-0.01 (0.01) -0.88
การดื่มสุรา	-0.08 (0.02) -3.45	-0.18 (0.04) -4.18	0.10 (0.02) 3.90	-0.09 (0.02) -5.50	--	-0.09 (0.02) -5.50	0.12 (0.02) 4.88	--	0.12 (0.02) 4.88	-0.01 (0.01) -1.06	--	-0.01 (0.01) -1.06
การสูบบุหรี่	-0.11 (0.02) -5.04	--	-0.11 (0.02) -5.04	0.11 (0.02) 4.75	--	0.11 (0.02) 4.75	-0.14 (0.03) -4.31	-0.41 (0.08) -5.23	0.28 (0.05) 5.02	0.01 (0.01) 1.05	--	0.01 (0.01) 1.05

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน TE = ผลรวมอิทธิพล IE = อิทธิพลทางอ้อม DE = อิทธิพลทางตรง

ตารางที่ 13 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงสาเหตุ ของการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ตัวแปรสาเหตุ	การดื่มสุรา			การสูบบุหรี่			อายุ			เจตคติภายนอกตนเองการใช้การแพทย์ทางเลือก		
	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE
ตัวแปรผล												
การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ	-0.03 (0.01) -2.78	--	-0.03 (0.01) -2.78	0.11 (0.02) 4.49	--	0.11 (0.02) 4.49	0.21 (0.02) 10.05	--	0.21 (0.02) 10.05	0.22 (0.02) 11.24	--	0.22 (0.02) 11.24
รายได้	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--
เจตคติภายในตนเกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก	-0.06 (0.02) -3.74	--	-0.06 (0.02) -3.74	0.15 (0.03) 4.96	--	0.15 (0.03) 4.96	0.27 (0.03) 10.52	0.13 (0.03) 4.59	0.14 (0.03) 5.61	0.28 (0.02) 11.55	0.41 (0.03) 14.98	-0.13 (0.03) -4.76
สุขภาพจิต	-0.08 (0.02) -3.77	-0.48 (0.09) -5.15	0.40 (0.09) 4.61	0.22 (0.05) 4.05	0.26 (0.10) 2.62	-0.04 (0.06) -0.67	0.20 (0.03) 6.71	0.39 (0.06) 6.10	-0.19 (0.05) -4.01	0.18 (0.03) -7.05	--	0.18 (0.03) -7.05
สุขภาพกาย	-0.17 (0.03) -6.97	-0.27 (0.04) -7.35	0.09 (0.02) -3.83	0.19 (0.02) 9.53	--	0.19 (0.02) 9.53	0.07 (0.01) 4.83	--	0.07 (0.01) 4.83	-0.04 (0.01) -3.50	--	-0.04 (0.01) -3.50
การดื่มสุรา	-0.44 (0.05) -8.04	--	-0.44 (0.05) -8.04	-0.46 (0.03) -15.47	0.88 (0.12) -7.36	0.41 (0.10) 4.32	-0.04 (0.02) -2.06	--	-0.04 (0.02) -2.06	-0.04 (0.01) -5.13	--	-0.04 (0.01) -5.13
การสูบบุหรี่	0.50 (0.02) 31.55	0.82 (0.08) 10.14	-0.32 (0.08) -3.99	-0.47 (0.05) -9.97	--	-0.47 (0.05) -9.97	0.04 (0.02) 2.07	0.16 (0.04) 3.94	-0.11 (0.02) -4.70	0.04 (0.01) 4.53	--	0.04 (0.01) 4.53

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน TE = ผลรวมอิทธิพล IE = อิทธิพลทางอ้อม DE = อิทธิพลทางตรง

ตารางที่ 13 ขนาดอิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ในรูปแบบความสัมพันธ์โครงสร้างเชิงเส้น ของการใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุ (ต่อ)

ตัวแปรสาเหตุ ตัวแปรผล	ระดับการศึกษา			สถานภาพสมรส			เพศ		
	TE	DE	IE	TE	DE	IE	TE	DE	IE
การใช้การแพทย์ทางเลือกของ ผู้สูงอายุ	0.29 (0.03) 10.62	--	0.29 (0.03) 10.62	0.06 (0.02) 4.12	--	0.06 (0.02) 4.12	0.23 (0.03) 8.68	0.08 (0.02) 4.02	0.16 (0.02) 7.73
รายได้	0.38 (0.03) 12.78	0.38 (0.03) 12.78	--	--	--	--	--	--	--
เจตคติภายในตนเกี่ยวกับ การแพทย์ทางเลือก	0.29 (0.03) 11.47	0.11 (0.03) 4.05	0.18 (0.03) 6.78	0.08 (0.02) 4.16	--	0.08 (0.02) 4.16	0.21 (0.03) 8.15	0.09 (0.03) 3.10	0.12 (0.02) 5.34
สุขภาพจิต	0.25 (0.03) 8.68	0.45 (0.07) 6.95	-0.21 (0.05) -3.98	0.12 (0.03) 4.34	0.21 (0.05) 4.13	-0.09 (0.03) -3.30	0.18 (0.03) 5.97	0.25 (0.06) 4.08	-0.07 (0.05) -1.63
สุขภาพกาย	0.07 (0.02) 4.37	--	0.07 (0.02) 4.37	0.03 (0.01) 2.96	--	0.03 (0.01) 2.96	0.09 (0.03) 2.83	-0.08 (0.03) -2.36	0.17 (0.02) 8.70
การดื่มสุรา	0.01 (0.01) 0.90	--	0.01 (0.01) 0.90	0.02 (0.01) 3.36	--	0.02 (0.01) 3.36	-0.46 (0.03) -15.76	-0.83 (0.07) 12.44	0.38 (0.07) 5.60
การสูบบุหรี่	-0.09 (0.02) -5.95	--	-0.09 (0.02) -5.95	-0.03 (0.01) -3.14	--	-0.03 (0.01) -3.14	-0.44 (0.03) -15.57	--	-0.44 (0.03) -15.57

หมายเหตุ ตัวเลขในวงเล็บ คือ ค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐาน TE = ผลรวมอิทธิพล IE = อิทธิพลทางอ้อม DE = อิทธิพลทางตรง

ดังนั้นจากผลการศึกษาโดยภาพรวมจะพบว่า **รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกที่พัฒนาขึ้น สามารถอธิบายความสัมพันธ์ของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุกับปัจจัยต่างๆ ได้ค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 69** ซึ่งแสดงว่า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องที่สำคัญๆ ได้ถูกเลือกเข้ามาไว้ในรูปแบบความสัมพันธ์แล้ว **ในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนี้ ตัวแปรเจตคติภายในตนเองต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือก มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อตัวแปรการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุสูงสุด** สำหรับตัวแปรอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ แต่มีอิทธิพลน้อย คือ ตัวแปรรายได้ภาวะสุขภาพจิต ภาวะสุขภาพกาย เจตคติภายนอกตนเองต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือก ระดับการศึกษา และเพศ ส่วนตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุเพียงอย่างเดียว ได้แก่ อายุ สถานะภาพสมรส การดื่มสุรา และการสูบบุหรี่ โดยตัวแปรที่มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุสูงสุด คือ ภาวะสุขภาพจิต (0.31) รองลงมา คือ ระดับการศึกษา (0.29) เจตคติภายนอกตนเองต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือก (0.22) อายุ (0.21) เพศ (0.16) การสูบบุหรี่ (0.11) สถานะภาพสมรส (0.06) รายได้ (0.05) การดื่มสุรา (0.03) และภาวะสุขภาพ (0.03) ตามลำดับ

จากรูปที่ 1 ในบทที่ 1 ซึ่งเป็นต้นแบบสำหรับกำหนดสมมติฐานหลักในการวิจัยเกี่ยวกับเส้นทางการอิทธิพลของตัวแปรต่าง ๆ ไว้ 11 ข้อ ส่วนใหญ่ผลการศึกษาได้ข้อสรุปที่สอดคล้องกับสมมติฐาน ส่วนผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องบางส่วนกับสมมติฐาน ได้แก่

1. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 กำหนดว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ คือ ระดับการศึกษา และ ระดับการศึกษามีอิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อมต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยที่อิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง ภาวะสุขภาพกาย ภาวะสุขภาพจิต รายได้ และเจตคติภายในตนเองต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือก ของผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ แต่ระดับการศึกษามีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยมีอิทธิพลทางอ้อมมาตรฐาน ขนาด 0.29 ส่งผ่านทาง ภาวะสุขภาพจิต รายได้ และเจตคติภายในตนเองต่อการเลือก การใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุแต่ไม่มีอิทธิพลผ่านทาง ภาวะสุขภาพกาย ซึ่งระดับการศึกษา จะส่งผลผ่านทาง ภาวะสุขภาพจิตมากที่สุด แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาสูงจะส่งผลให้ มีสุขภาพจิตสูงกว่าคนทั่วไป จะส่งผลให้มีรายได้สูง รวมทั้งมีเจตคติภายในตนเองต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือกสูงขึ้น ซึ่งจะทำให้เกิดประโยชน์ต่อการเลือกการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุสูงสุด

ทางเลือก โดยมีอิทธิพลทางอ้อมมาตรฐาน ขนาด 0.22 ส่งผ่านทาง เจตคติภายในตนเองต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุเท่านั้น

5. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 8 กำหนดว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ คือ ภาวะสุขภาพจิต และ ภาวะสุขภาพจิต มีอิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อมต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือก โดยที่อิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง เจตคติภายในตนเองต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ภาวะสุขภาพจิต ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ แต่ภาวะสุขภาพจิตมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือก โดยมีอิทธิพลทางอ้อมมาตรฐาน ขนาด 0.31 และส่งผ่านทาง เจตคติภายในตนเองต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังส่งผลผ่านทางภาวะสุขภาพกาย และการสูบบุหรี่ แสดงว่าสุขภาพจิตอาจทำให้ผู้สูงอายุใช้การแพทย์ทางเลือกมากขึ้นอีก โดยต้องมีตัวแปรอื่นคั่นกลางคือ เจตคติภายในตนเองต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ สุขภาพกาย และการสูบบุหรี่ก่อน ซึ่งมีผลทำให้ภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น จึงจะเป็นผลให้เกิดการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ สูงเพิ่มขึ้นได้

6. สมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 10 กำหนดว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ คือ สถานภาพสมรส และ สถานภาพสมรส มีอิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อม ต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือก โดยที่อิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง การสูบบุหรี่ สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และสุขภาพกายของผู้สูงอายุ ผลการวิจัย พบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ แต่สถานภาพสมรสมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยมีอิทธิพลทางอ้อมมาตรฐาน ขนาด 0.06 ส่งผ่านทางภาวะสุขภาพจิตเพียงตัวแปรเดียว แสดงว่า สถานภาพสมรส ไม่สามารถส่งผลให้ผู้สูงอายุใช้การแพทย์ทางเลือกมากขึ้นได้ แต่ต้องมีตัวแปรอื่นคั่นกลาง คือ ภาวะสุขภาพจิตที่ดีกว่าคนทั่วไปก่อน จึงจะเป็นผลให้เกิดการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ สูงขึ้นได้

7. สมมติฐานการวิจัยข้อที่ 11 กำหนดว่า ตัวแปรที่มีอิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ คือ อายุ และอายุ มีอิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อมต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือก โดยที่อิทธิพลในรูปแบบที่เป็นสาเหตุทางอ้อมส่งผ่านทาง ภาวะสุขภาพกาย และภาวะสุขภาพจิต ผลการวิจัยพบว่า อายุ ไม่มีอิทธิพลโดยตรงต่อ การเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ แต่อายุ มีอิทธิพลทางอ้อมต่อการเลือก ใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ โดยมีอิทธิพลทางอ้อมมาตรฐาน ขนาด 0.21 ส่งผ่านทาง

สุขภาพจิต เจตคติภายในตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก และการสูบบุหรี่ เท่านั้น ไม่ส่งผ่านทาง สุขภาพกาย นั่นคือ อายุที่สูงขึ้นจะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพจิต รวมทั้งเมื่ออายุมากขึ้นจะเกิดการเรียนรู้ทำให้มีเจตคติภายในตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกสูงขึ้น และผู้สูงอายุที่มีอายุมากมักจะเลิกสูบบุหรี่ ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการเลือกใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในที่สุด

4.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

4.3.1 ข้อมูลประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกได้จากชมรมผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในด้าน ภาวะสุขภาพกาย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เพศ อายุ โดยข้อมูลผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมักเป็นเพศหญิง ซึ่งปกติเพศหญิงจะไม่นิยมสูบบุหรี่ และดื่มสุรา และรายได้ของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่จะมีรายได้ไม่แน่นอนมักจะได้รับรายได้จากบุตรหลาน ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความแตกต่างกันมาก นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในด้านอายุของผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุมักมีอายุที่ไม่แตกต่างกันมาก เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นส่วนใหญ่จะมาร่วมกิจกรรมของชมรมไม่ได้ ดังนั้นข้อมูลที่ได้จึงมีความแตกต่างกันน้อยในด้านอายุของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

4.3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวัดภาวะสุขภาพกายอาจไม่สามารถวัดความแตกต่างของภาวะสุขภาพกายในผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มได้ เนื่องจากภาวะสุขภาพกายของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีภาวะสุขภาพกายอยู่ในเกณฑ์ดี-ดีมาก จึงมาเข้าร่วมกิจกรรมได้ นอกจากนี้แบบสัมภาษณ์ในการวิจัยมีจำนวนมาก รวมทั้งผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสภาพการได้ยินเสื่อมลงทำให้เบื่อก่อนการตอบคำถาม

จากผลการวิจัย และการอภิปรายผลการวิจัยทั้งหมดผู้วิจัยได้ได้สรุปผลการวิจัยพร้อมทั้งเสนอข้อเสนอนี้ต่าง ๆ ซึ่งแสดงไว้ในบทที่ 5

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ เพื่อสร้างรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ และ เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ซึ่งสามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นในครั้งแรก โดยอาศัยต้นแบบของรูปแบบ (รูปที่ 1 ในบทที่ 1) ซึ่งมีตัวแปรต้นหลายตัวแปรที่ส่งผลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ ได้ผลการพัฒนารูปแบบดังกล่าว ดังรูปที่ 4 ในบทที่ 4 ซึ่งต้องปรับแต่งรูปแบบความสัมพันธ์ โดยยอมให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กันได้บ้าง ผลการปรับแต่งโมเดล ทำให้ได้รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์เป็นอย่างดี กล่าวคือ ค่าสถิติทดสอบทุกตัว ได้แก่ ค่าไค-สแควร์ และค่า RMR มีค่าต่ำ ค่า GFI และ AGFI มีค่าเข้าใกล้ 1

2. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ปรับแต่งเรียบร้อยแล้วรวมทั้งค่าสัมประสิทธิ์ขนาดอิทธิพลแสดงไว้ในรูปที่ 4 และตารางที่ 13 ในบทที่ 4 ผลการศึกษารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่ปรับแต่งเรียบร้อยแล้ว พบว่า ตัวแปรในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 67

ตัวแปรที่มีอิทธิพลทางตรงสูงสุด ต่อ ตัวแปรการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุคือ ตัวแปรเจตคติภายในตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก โดยสัมประสิทธิ์อิทธิพลมาตรฐานรวม มีค่า 0.53 และสัมประสิทธิ์อิทธิพลโดยตรงมาตรฐาน มีค่า 0.75

ตัวแปรในรูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุที่พัฒนาขึ้น มีอิทธิพลทางอ้อมต่อ การใช้การแพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทุกตัวแปร ขนาดอิทธิพลทางอ้อมมาตรฐานจาก ภาวะสุขภาพจิต ระดับการศึกษา เจตคติภายนอกตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือก อายุ เพศ การสูบบุหรี่ สถานะภาพสมรส รายได้ การดื่มสุรา และภาวะสุขภาพ เป็น 0.31, 0.29, 0.22, 0.21, 0.16, 0.11, 0.06, 0.05, 0.03 และ 0.03 ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. รูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุนี้ใช้ได้กับกลุ่มผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร และสามารถนำไปใช้ในเมืองใหญ่อื่น ๆ ได้ เนื่องจากลักษณะประชากรใกล้เคียงกัน แต่เพื่อให้เกิดความถูกต้องในการนำไปใช้ควรมีการทดสอบรูปแบบความสัมพันธ์นี้กับกลุ่มผู้สูงอายุอีกครั้ง

2. ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สำคัญที่สุดที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือกคือ ตัวแปรเจตคติภายในตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุโดยเจตคติภายในตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ และยังมีหลายปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้การให้บริการแพทย์ทางเลือกทำให้มีการใช้มากขึ้นดังนั้นการส่งเสริมให้เกิดเจตคติภายในตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือกให้ดีขึ้นจะส่งผลให้เกิดการให้บริการแพทย์ทางเลือกมากขึ้นจึงควรมีการสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพจิตที่ดีและให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุมากขึ้นจะทำให้เกิดการให้บริการแพทย์ทางเลือกมากขึ้นได้ นอกจากนี้เจตคติภายในตนเองต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุก็ส่งผลต่อเจตคติภายในตนเองต่อการให้บริการแพทย์ทางเลือกจึงควรให้ข้อมูลแก่บุคลากรทางการแพทย์เพื่อให้เข้าใจการให้บริการแพทย์ทางเลือกมากขึ้นและเกิดประโยชน์ต่อการให้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมและควบคุมการโฆษณาต่าง ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าใจและนำการแพทย์ทางเลือกในวิธีต่าง ๆ ไปใช้ได้อย่างถูกต้อง

3. โรงพยาบาลและหน่วยงานหลายแห่งมีนโยบายที่จะนำการแพทย์ทางเลือกเข้ามาให้บริการกับผู้ป่วยและผู้สูงอายุในหน่วยบริการ ซึ่งสอดคล้องกับความสำคัญของการวิจัยนี้ และหน่วยงานต่างๆ สามารถนำผลการวิจัยนี้ไปวิเคราะห์ถึงปัญหาและปรับกลยุทธ์ในการดำเนินนโยบายด้านการให้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุได้ โดยอาจพิจารณาจากความสัมพันธ์ของปัจจัยทุกตัว รวมทั้งพิจารณาขนาดอิทธิพลความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ร่วมด้วย

4. แม้ว่าตัวแปรอื่น ๆ จะไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ แต่ก็มีผลทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติดังนั้นการส่งเสริมคุณภาพของตัวแปรต่างๆ เหล่านี้จึงเป็นสิ่งที่พึงกระทำเนื่องจากจะมีผลต่อการให้บริการแพทย์ทางเลือกในที่สุดเช่นกัน กล่าวคือ

4.1 ควรมีการสนับสนุนและรณรงค์ให้มีการลดการสูบบุหรี่และลดการดื่มสุราในผู้สูงอายุให้ลดลงเนื่องจากการดื่มสุราและการสูบบุหรี่จะมีผลทางอ้อมต่อการให้บริการแพทย์ทางเลือกโดยผ่านหลายปัจจัย ถ้ามีการรณรงค์ให้ลดการสูบบุหรี่และลดการดื่มสุราก็จะทำให้เกิดการให้บริการแพทย์ทางเลือกสูงขึ้น

4.2 ควรมีการให้ความรู้และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพจิตดีขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่เนื่องจากสถานภาพสมรสส่งผลทางอ้อมต่อการใช้บริการแพทย์ทางเลือกโดยผ่านทางสุขภาพจิต ดังนั้น ถ้าส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตมากขึ้นในผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่จะส่งผลให้เกิดการบริการแพทย์ทางเลือกมากขึ้นได้

4.3 สำหรับประเด็นด้านอายุควรมีการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตและลดการสูบบุหรี่ลง ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นเนื่องจากพบว่าอายุจะแปรผันตรงกับภาวะสุขภาพจิตและแปรผกผันกับการสูบบุหรี่ ดังนั้นถ้าทำให้ภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุดีขึ้น และลดการสูบบุหรี่ลง ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากจะส่งผลให้เกิดการบริการแพทย์ทางเลือกมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

1 ควรมีการวิจัยเพื่อค้นหารูปแบบความสัมพันธ์ในแต่ละชนิดของการแพทย์ทางเลือก โดยเฉพาะวิธีที่ใช้บ่อย เช่น การนวดกดจุด การใช้สมุนไพร และการใช้วิตามิน เป็นต้น เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ศึกษาภาพรวมของการแพทย์ทางเลือกไม่ได้เจาะจงการแพทย์ทางเลือกชนิดใดชนิดหนึ่ง นอกจากนี้ยังไม่มีใครให้ความสนใจที่จะวิจัยมาก่อน

2 ควรมีการวิจัยเพื่อหารูปแบบการบริการแพทย์ทางเลือกในผู้สูงอายุตามชุมชนต่างๆ หรือผู้สูงอายุตามชนบทเนื่องจากมีความแตกต่างในข้อมูลประชากรระหว่างผู้สูงอายุในเขตเมืองและชนบท

3 ควรมีการวิจัยเพื่อตอบคำถามว่า ภาวะสุขภาพมีผลอย่างไรต่อการแพทย์ทางเลือก เพราะการวิจัยครั้งนี้พบว่าภาวะสุขภาพที่ดีจะทำให้เกิดการบริการแพทย์ทางเลือกลดลง แต่ขัดแย้งกับบางการวิจัยที่ศึกษาก่อนหน้า โดยในการศึกษาครั้งใหม่ควรวิเคราะห์เปรียบเทียบขนาดอิทธิพลกับการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้เข้าใจตัวแปรนี้ดีขึ้นรวมทั้งควรมีการปรับแบบสัมภาษณ์ในส่วนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย เนื่องจากในการวิจัยครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุจึงใช้แบบสัมภาษณ์นี้ แต่การวิจัยครั้งต่อไปควรเลือกแบบสัมภาษณ์ให้มีความเหมาะสมกับตัวอย่างที่ทำการศึกษาด้วย

4 ควรมีการวิจัยยืนยันรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ซ้ำอีกครั้งหนึ่งหรือหลายครั้งโดยใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุอื่นๆ ในกรุงเทพมหานครหรือในตัวเมืองใหญ่ ทั้งนี้ผู้วิจัย มีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกระบวนการวิจัย ครั้งนี้คือ ในการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้ยอมให้ความคลาดเคลื่อนมีความสัมพันธ์กัน ดังนั้น การออกแบบการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการพิจารณาลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลที่ยอมให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรต่างๆ มีความสัมพันธ์กันได้ นั่นคือ

ควรใช้วิธีการวิเคราะห์ที่ตามโมเดลลิสเรลแทนที่จะใช้การวิเคราะห์เส้นทางตามแบบเดิม ซึ่งมีข้อจำกัดเกี่ยวกับข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องนี้ เนื่องจากผลการศึกษาความสอดคล้องระหว่าง โมเดลตามสมมติฐานกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในครั้งแรก (ที่กำหนดให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน) พบว่า โมเดลไม่สอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ แต่เมื่อปรับเปลี่ยนให้ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรมีความสัมพันธ์กันได้พบว่า โมเดลที่พัฒนาขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลดีมาก แสดงว่า ลักษณะความสัมพันธ์ของตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการใช้การแพทย์ทางเลือกเป็นความสัมพันธ์ที่ซับซ้อน ความคลาดเคลื่อนในการวัดตัวแปรต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน เมื่อตัวแปรหนึ่งเปลี่ยนไปจะมีผลกระทบต่อตัวแปรอื่นๆ ทั้งหมดโดยความคลาดเคลื่อนเหล่านี้ อาจเกิดจากสาเหตุต่อไปนี้ คือ

- 1) ผลจากตัวแปรที่นักวิจัยไม่รู้จักร
- 2) ผลจากตัวแปรที่นักวิจัยรู้จักแต่ตั้งใจไม่นำเข้ามาในโมเดล
- 3) ลักษณะแบบสุ่มของพฤติกรรมมนุษย์ (measurement error) ดังนั้น การศึกษาวิเคราะห์เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกจึงควรพิจารณาในลักษณะที่ยอมให้ความคลาดเคลื่อนเหล่านี้สัมพันธ์กันได้ด้วย

5 ผลการวิจัยนี้มีตัวแปรที่ส่งผลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุมากที่สุด คือ เจตคติภายในตนเองต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุ ดังนั้น ในการศึกษาที่จะเกิดขึ้นต่อไป สามารถใช้ผลการวิจัยนี้มากำหนดหรือควบคุมตัวแปรที่ส่งผลต่อการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุได้ และสามารถนำความสัมพันธ์ต่างๆ ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งขนาดอิทธิพลของความสัมพันธ์ จากการวิจัยนี้ไปใช้ในการพิจารณาตัวแปรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุต่อไปได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. Human resources Planining division, National economic and social development board. population projections for thailand 1990–2020. Bangkok: Human Resources Planining Division, National economic and social development board;1995.
2. Thailand health research institute, national health foundation. Report of health status of thai elderly 1995;a national survey of the welfare of the elderly in thailand (SWET).:Bangkok, Thailand health research institute, National health foundation,1996.
3. จักรกฤษณ์ ภูมิสวัสดิ์. สุขภาพองค์รวมและการแพทย์ทางเลือกกระบวนทัศน์ใหม่ ต่อการมองชีวิตและสุขภาพ. วารสารสาธารณสุขมูลฐาน. 3(2545): 1-11.
4. Buono, D.M., Ornella, U., Paola, M., Walter, P., and Diego, D.L. Alternative medicine in a sample of 655 community-dwelling elderly. J Psycho Res. 50(2000): 147-154.
5. Ernst, E., and White, A. The BBC survey of complementary medicine use in the UK. Complementary Ther Med. 8(2000): 32-6.
6. Barnes, M.P., Griner, P.E., McFstin, K., and Nahin, R.L. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. Semin Integrat Med. 2(2004): 54-71.
7. Immel, W., Schulte, M., and Kochen, M.M. Complementary medicine:are patients'expectations being met by their general practitioners?. Br J Gen Pract. 43(1993): 232-5.
8. Borkan, J., Neher, J.O., Anson, O., and Smoker, B. Referrals for alternative therapies. J Fam Pract. 39(1994): 545-50.
9. Engel, L.W., and Straus, S.E. Development of therapeutics: opportunities within complementary and alternative medicine. Nat Rev Drug Discov. 2(2002): 229-237.
10. Haselen, R.V., Reiber, U., Nickel, I., Jakob, A., and Fisher, P.G. Providing complementary and alternative medicine in primary care: the primary care workers'perspective. Complementary Ther Med. 12(2004): 6-16.

11. Honda, K., and Borkanbson, J.S. Use of complementary and alternative medicine among United States adults: the influences of personality, coping strategies and social support. *Preventive Med.* 40(2005): 46-53.
12. Wheaton, G.A., Blanck, H.M., Gizlice, Z., and Reyes, M. Medicinal herb use in a population-based survey of adults: prevalence and frequency of use, reasons for use, and use among their children. *Astin Epidemiol.* 2(2004): 1-8.
13. Astin, J.A., Pelletier, K.R., Marie, A., and Haskell, W.L. Complementary and alternative medicine use among elderly persons:one-year analysis of a blue shield medicare supplement. *Gerontology* 55(2000): 4-9.
14. สิริวรรณ โกจิต, ธรรมิกา ศรีสุวรรณานุกร. พฤติกรรมการบริโภคผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของผู้ใช้บริการร้านขายยาในห้างสรรพสินค้า เขตกรุงเทพมหานคร. *วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต,สาขาเภสัชวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2539.
15. ดากร รั่มพิพิธ, สราญจิตต์ ฉายทองคำ, วรวิทย์ บุญช่วย. พฤติกรรมการใช้อาหารเสริมสุขภาพ. *วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาเภสัชวิทยา บัณฑิตวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 2537.
16. วรพรรณ หาญวงษ์ไพบูลย์, สีนีนา นิมิตดี. ปัจจัยที่เกี่ยวกับการตัดสินใจใช้สมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เพื่อสุขภาพที่ผลิตในประเทศไทย. *วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาเภสัชวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2539.
17. ลักษณะี หลินศุวนนท์, วรพรรณ สิทธิถาวร. การสำรวจข้อมูลการใช้วิตามินและอาหารเพื่อสุขภาพในกรุงเทพมหานคร ในรัฐวิสาหกิจบางแห่ง. *วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาเภสัชวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล*, 2535.
18. Ernst, E., and White, A.R. Economic analysis of complementary medicine: a systematic review. *Complementary Ther Med.* 8 (2000): 111-118.
19. Mcgrail, M.R., and Robinson, A. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complementary Ther Med.* 12 (2004): 90-98.

20. Read, M.H., and Graney, A.S. Food supplement usage by the elderly. J An Diet Assoc. 80(1982):250-2.
21. Calvert, G.P., and Calvert, S.W. Intellectual conviction of "Health" food consumers. J of Nutr Edu. 7(1975): 95-8.
22. Paonit W. Factor influencing usage of blood lipid lowering health food. Master's Thesis, Department of Pharmaceutical Science, Graduate Studies; Mahidol University, 1995.
23. อัมพร เกิดผลวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารของชมรมผู้สูงอายุ: ร.พ.จุฬาลงกรณ์และศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.
24. ศิริพร ลิ้มพัฒนานนท์. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันตกของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
25. มัลลิกา มัติโก และคณะ. ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ พื้นที่ศึกษาในเขตภาคเหนือ. รายงานการวิจัยภาคสังคมศาสตร์ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
26. สุพรรณิ เตரியวิศิษฎ์ และ นาฎยา เตื่องไพโรจน์. การเปรียบเทียบภาวะสุขภาพและความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุ ในเขตเมืองและเขตชนบทในภาคเหนือตอนบน. วารสารพยาบาล. 46 (2540): 109-120
27. แสงเดือน ลีวฤกษ์พันธ์. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชาวไทยพุทธและชาวไทยมุสลิมจังหวัดระนอง. รายงานการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2539.
28. จุฑารัตน์ กัลพลานนท์. ประสิทธิผลของการใช้กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุ ในชมรมผู้สูงอายุจังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2540.
29. นพรัตน์ หนูบ้างยาง. การดูแลสุขภาพตนเอง ของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลสมเด็จพระปิ่นเกล้า กรมแพทย์ทหารเรือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.

วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, วิชาเอกสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2540.

30. สุรีย์ กาญจนวงศ์ และคณะ. ภาวะสุขภาพอนามัยและการดูแลตนเองเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ (พื้นที่ศึกษาในเขตภาคกลาง). รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
31. กาญจณี สิทธิวงศ์ และคณะ. ความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลของครอบครัวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. รายงานการวิจัย; ทุนอุดหนุน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
32. ไฉไล ไชยเสวี. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การมีส่วนร่วมในสังคม ความพึงพอใจในชีวิต ความวิตกกังวลในสถานะการสูงอายุและการสนับสนุนทางสังคมกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลตำรวจ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, วิชาเอกจิตวิทยาพัฒนาการ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร, 2539.
33. ปราโมทย์ วังสะอาด. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2530.
34. Read, M.R, Brunner, R.L., StJeor. S.T., Scott, B.J. and Carmody T.P. Relationship of vitamin/mineral supplementation to certain psychologic factor. J Am Diet Assoc 91(1991): 1429-31.
35. Yung, L., Contento, I., and Gussow, J. Use of health foods by the elderly. J Nutr Educ. 16(1984): 127-30.
36. Grotkowski, M.L., and Sims, J..S. Nutritional knowledge, attitudes and dietary practices of the elderly. J Am Diet Assoc 72(1978): 499-505.
37. Trene M.B. Nursing and the aged a self-care approach. 3rded. New York: Mc Grawhill Book Company, 1989.
38. Stewart, M.L., McDonald, J.T., Levy, A.S., Schucker, R.E., and Henderson, D.P. Vitamin/mineral supplement use:a telephone survey of adults in the united states. J AM Diet Assoc 82(1985): 1585-90.

39. อัสรา อวารณ. ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมกับปัจจัยทางชีวสังคม กับความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาสุขภาพศึกษา บัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
40. ฉัตรทอง อินทร์นอก. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลอนามัยชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
41. ดวงใจ เปลี้นบารุง. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในจังหวัดชายแดนภาคใต้ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
42. ภัทรพร ไพเราะ. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในจังหวัดนครปฐม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.
43. วาสนา เกื้อนวนงษ์. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
44. สดใส ศรีสะอาด. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาสุขภาพศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2540.
45. Rhee, K.S., and Stubbs, A.C. Health food users in two texas cities. J of Nutr Educ. 68(1976): 542-545.
46. Dubick, M.A., and Rucker, R.B. Dietary supplements and health aids-a critical evaluation part i-vitamin and mineral. J of Nutr Educ 15(1983): 47-51.
47. Vecchio R.P. Organizational behavior. New York: Harcourt Brace&Company, 1991.
48. กฤษณา ศักดิ์ศรี. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์รวมสาสน์, 2530.

49. ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามการรายงานของผู้สูงอายุในชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2534.
50. นางลักษณ วิรัชชัย. โมเดลลิสเรล สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542.
51. Stevens, J. Applied multivariate statistics for the social science. N.J. : Lawrence Erlbaum Associates Publisher, 1986.
52. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
53. อภิชัย มงคลและคณะ. รายงานการวิจัย เรื่อง การพัฒนาและทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับใหม่. ขอนแก่น: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2547.
54. Joreskog, K.G.,and Sorbom, D. Lisrel 8 a guide to the program and application. Chicago: Scientific Software. 1989.
55. ปุระชัย เปี่ยมสมบูรณ์ ,สมชาติ สว่างเนตร. วิธีการวิเคราะห์เส้นโยงสเรล: สถิติสำหรับนักวิจัยทางวิทยาศาสตร์และสังคมพฤติกรรม. กรุงเทพมหานคร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหาร, 2535.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก.
แบบสัมภาษณ์

เรื่อง การพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือกของผู้สูงอายุในเขต
กรุงเทพมหานคร

ส่วนที่ 1 : การใช้การแพทย์ทางเลือกของท่าน

1) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยใช้บริการการรักษาด้วยวิธีเหล่านี้หรือไม่ (เลือกตอบได้มากกว่า

1 ข้อ) 1. ไม่ใช่

2. เคยใช้ก่อน 6 เดือนที่ผ่านมา ปัจจุบันไม่ใช่แล้ว

3. เคยใช้ภายใน 6 เดือนและปัจจุบันยังใช้อยู่ ดังนี้

1.1 การนวดกดจุด

1.6 การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย

1.2 การนวดฝ่าเท้า

1.7 การใช้วิธีการรับประทานอาหารชีวจิต

1.3 การฝึกโยคะ

1.8 การฝังเข็ม

1.4 การใช้สมุนไพร

1.9 การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร

1.5 การใช้วิตามิน

1.10 อื่นๆ (โปรดระบุ.....)

2) การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ท่านใช้.....ครั้ง/สัปดาห์ และรักษาต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา.....
เดือน

3) วัตถุประสงค์ที่ท่านใช้การรักษาในข้อ 1 คือ

3.1 รักษาโรค

3.2 บำรุงกันโรค

3.3 ส่งเสริมสุขภาพ

3.4 พื้นฟูสุขภาพ

4) แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทราบหรือไม่ว่าท่านใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีในข้อ 1

4.1 ทราบ

4.2 ไม่ทราบ

ส่วนที่ 2 : เจตคติของท่าน และความเชื่อถือในการใช้แพทย์ทางเลือก

1. ความคิดเห็นของท่านต่อการเลือกใช้บริการรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 .ใน ส่วนที่ 1 (โปรดแสดงความ
คิดเห็นของท่านโดยดูข้อความหรือรูปภาพด้านหลังแบบสัมภาษณ์)

1. การรักษาแผนปัจจุบันรักษาไม่ได้ผลจึงเลือกใช้บริการรักษาด้วยวิธีในข้อ 1

2. การรักษาแผนปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายสูงแต่การรักษาด้วยวิธีที่ 1 มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า

3. การรักษาแผนปัจจุบันมีความยากในการรับบริการจึงเลือกการรักษาด้วยวิธีในข้อ 1

4. การให้บริการการรักษาแผนปัจจุบันไม่เกิดความพึงพอใจจึงเลือกการรักษาด้วยวิธีในข้อ 1

5. การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันจะได้ผลรักษาที่ดีกว่า

6. การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ไม่มีผลข้างเคียงหรือเกิดผลกระทบน้อยหรือไม่มี

7. การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ได้ผลการรักษาที่ดีต่อโรคหรือสุขภาพที่ดี

8. การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 มีผู้เชี่ยวชาญในการรักษาบ่อย

ส่วนของผู้วิจัย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- 9. การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ไม่มีมาตรฐานในการรักษาหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้ยังไม่มีมาตรฐานเพียงพอ
- 10. การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 มีความยากในการไปใช้บริการหรือมีสถานบริการน้อย
- 11. การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ไม่สามารถรักษาโรคหรือสุขภาพได้หรือไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง
- 12. การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ส่งผลเสียต่อการรักษาปัจจุบัน
- 13. การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 มีความยุ่งยากในการปฏิบัติจริง

2. ความคิดเห็นของท่านจากการสื่อสาร โฆษณาต่อการเลือกใช้การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 (โปรดแสดง)

ความคิดเห็นของท่านโดยดูข้อความหรือรูปภาพด้านหลังแบบสัมภาษณ์)

- 1. ท่านไม่ทราบข้อมูลการรักษาเช่น ข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพของการรักษา วิธีการรักษา ปฏิบัติผลข้างเคียง เป็นต้นในข้อ 1 เลย
- 2. ถ้าท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ในการใช้วิธีในข้อ 1 ท่านจะมีความมั่นใจในการรักษา
- 3. ถ้าท่านได้รับคำแนะนำจากญาติหรือคนรู้จักท่านจะใช้การรักษาในข้อ 1
- 4. ท่านเห็นว่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์หรือวิธีการรักษาทำให้ท่านรู้จักการรักษาในข้อ 1 และคิดทดลองรักษา
- 5. เมื่อบุคลากรทางการแพทย์สั่งห้ามมิให้ท่านใช้การรักษาในข้อ 1 ท่านจะหยุดการรักษานั้น
- 6. ท่านเห็นว่าวิธีการรักษา ผลิตภัณฑ์ หรือสถานที่ให้บริการในการรักษาข้อ 1 มีความน่าสนใจ
- 7. เมื่อญาติหรือคนรู้จักบอกเล่าถึงผลเสียหรือห้ามมิให้ใช้การรักษาในข้อ 1 ท่านจะหยุดการรักษานั้น

ส่วนที่ 3 : ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของท่าน

1. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาสุขภาพหรืออาการเจ็บป่วยหรือไม่

- 1. ไม่มี
- 2. โรคเรื้อรัง โปรดระบุ.....
- 3. โรคฉับพลัน โปรดระบุ.....

2. ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา ท่านมีการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่

- 1. ไม่มี
- 2. มีโรคที่เกิดขึ้น คือ.....ต้องนอนพัก รวม.....ครั้ง เป็นเวลารวม.....วัน

3. ท่านคิดว่าในขณะนี้สุขภาพกายของท่านเป็นอย่างไร.....คะแนน

4. การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของท่าน

- 1. รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยแล้วหน้า
 - 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
 - 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า
 - 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน หรือโกนหนวด (ในระยะเวลา 24 –48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

0. ต้องการความช่วยเหลือ
1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. ลูกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้ม เสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. ทำได้เอง

4. ใช้ห้องสุขา

0. ช่วยตัวเองไม่ได้
1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระหรือถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6. การสวมใส่เสื้อผ้า

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทนไม่ได้หรือน้อย
1. ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันไดบ้านหรือการขึ้นลงบันไดสถานที่ต่าง ๆ 1 ชั้น

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดินจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. การอาบน้ำ

0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์)
2. กลั้นได้เป็นปกติ

10. การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั้นได้เป็นปกติ

ส่วนที่ 4 : ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะจิตใจของท่าน

คำถามต่อไปนี้จะถามถึงประสบการณ์ของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา จนถึงปัจจุบันให้ท่านสำรวจตัวท่านเองและประเมินเหตุการณ์ อากาาร ความคิดเห็นและความรู้สึกของท่านว่าอยู่ในระดับใดแล้วตอบลงในช่องคำตอบที่เป็นจริงกับตัวท่านมากที่สุด โดยคำตอบจะมี 4 ตัวเลือก คือ

ไม่เลย หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึก หรือไม่เห็นด้วยกับเรื่องนั้น ๆ

เล็กน้อย หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ เพียงเล็กน้อย

มาก หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มาก หรือเห็นด้วยกับเรื่องนั้นมาก

มากที่สุด หมายถึง เคยมีเหตุการณ์ อากาาร ความรู้สึกในเรื่องนั้น ๆ มากที่สุด หรือเห็นด้วยกับ เรื่องนั้น ๆ มากที่สุด

กรุณาทำเครื่องหมาย \surd ลงในช่องที่มีข้อความตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต				
2	ท่านรู้สึกสบายใจ				
3	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินการดำเนินชีวิตประจำวัน				
4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง				
5	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์				
6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)				
7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น				

ข้อ	คำถาม	ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต				
9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์				
10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา				
11	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส				
12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง				
13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว				
14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี				
15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน				

ส่วนที่ 5 : ข้อมูลทั่วไปของท่าน

1. อายุ.....ปี

2. เพศ 1. ชาย 2. หญิง

3. สถานภาพสมรส

1. โสด 3. หย่า/แยกกันอยู่
 2. สมรส 4. หม้าย

4. จำนวนสมาชิกในครอบครัวของท่าน

1. 1 คน 2. 2-5 คน
 3. มากกว่า 5 คน

5. สิทธิการรักษาพยาบาลของท่าน

1. ใช้ 30 บาท รักษาทุกโรค
 2. เบิกไม่ได้ / ชำระเงินด้วยตนเอง
 3. เบิกได้,ข้าราชการ, รัฐวิสาหกิจ, หน่วยงานต้นสังกัด
 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ).....

6. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่

1. ไม่เคยสูบบุหรี่
 2. ปัจจุบันยังสูบบุหรี่
 3. เคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบบุหรี่แล้ว.....ปี

7. ท่านดื่มสุราหรือไม่

1. ไม่เคยดื่มสุรา
 2. ปัจจุบันยังดื่มสุรา.....ครั้งต่อ เดือน

3. เคยดื่มสุราแต่หยุดดื่มสุราแล้ว.....ปี
8. ระดับการศึกษาสูงสุด
- | | |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ | <input type="checkbox"/> 5. อนุปริญญา |
| <input type="checkbox"/> 2. ประถมศึกษา | <input type="checkbox"/> 6. ปริญญาตรี |
| <input type="checkbox"/> 3. มัธยมศึกษา | <input type="checkbox"/> 7. สูงกว่าปริญญาตรี |
| <input type="checkbox"/> 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
ปวช./ปวท./ปวส. | <input type="checkbox"/> 8. อื่น ๆ (โปรดระบุ)..... |
9. ในปัจจุบันท่านทำงานหรือไม่
- | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่ทำ | <input type="checkbox"/> 2. ทำ โปรดระบุอาชีพ..... |
|-----------------------------------|---------------------------------------------------|
10. รายได้โดยรวมของท่าน.....บาท/เดือน
11. ท่านคิดว่าฐานะการเงินของครอบครัว (ทั้งบ้านรวมๆ กัน) เป็นอย่างไร
- | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. ไม่เป็นปัญหา |
| <input type="checkbox"/> 2. ไม่มีความขัดสนในเรื่องการกินอยู่ทั่วไป แต่ถ้ามีเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึง เช่น เจ็บป่วย/ เกิดอุบัติเหตุ จะมีปัญหาค่าใช้จ่าย (ไม่มีเงินออมหรือมีน้อย) |
| <input type="checkbox"/> 3. มีความขัดสนบ้างในเรื่องการกินอยู่ทั่วไป |
| <input type="checkbox"/> 4. มีความขัดสนมาก |

ขอขอบพระคุณยิ่งในการตอบแบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รูปภาพและข้อความสำหรับใช้ในการตอบคำถามข้อที่ 2
และข้อที่ 3 ในส่วนที่ 1



1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง



2. ไม่เห็นด้วย



3. ไม่มีความคิดเห็น (เฉย ๆ)



4. เห็นด้วย



5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ภาคผนวก ข.
รหัสลงข้อมูล (Codebook)

รหัสลงข้อมูล (Codebook)			
ข้อที่ (No)	ชื่อตัวแปร (Variable)	คำถาม(Item)	ค่าของตัวแปร (Attribute and Value)
	ID	รหัสแบบบันทึก	1-960
ส่วนที่ 1 : เจตคติและความเชื่อถือในการแพทย์ทางเลือก			
1	USE	ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยใช้บริการการรักษาด้วยวิธีเหล่านี้หรือไม่	1.ไม่ใช้ 2.เคยใช้ก่อน 6 เดือนที่ผ่านมา ปัจจุบันไม่ใช้แล้ว 3. เคยใช้ภายใน 6 เดือนและปัจจุบันยังใช้อยู่
	HUSE	เคยใช้ก่อน 6 เดือนที่ผ่านมา ปัจจุบันไม่ใช้แล้ว หรือ เคยใช้ภายใน 6 เดือนและปัจจุบันยังใช้อยู่ ดังนี้	0. ไม่เคยใช้บริการการ 1. เคยใช้ 1 ข้อ 2. เคยใช้ 2 ข้อ 3. เคยใช้ 3 ข้อ 4. เคยใช้ 4 ข้อ 5. เคยใช้ 5 ข้อ 6. เคยใช้ 6 ข้อ 7. เคยใช้ 7 ข้อ 8. เคยใช้ 8 ข้อ 9. เคยใช้ 9 ข้อ 10. เคยใช้ 10 ข้อ 99. Missing Data
	USE1	1.1 การนวดกดจุด	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data
	USE2	1.2 การนวดฝ่าเท้า	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data
	USE3	1.3 การฝึกโยคะ	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data
	USE4	1.4 การใช้สมุนไพร	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data

	USE5	1.5 การใช้วิตามิน	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data
	USE6	1.6 การบำบัดด้วยน้ำมันหอมระเหย	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data
	USE7	1.7 การใช้วิธีการรับประทานอาหารชีวจิต	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data
	USE8	1.8 การฝังเข็ม	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data
	USE9	1.9 การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data
	USE10	1.10 อื่นๆ (โปรดระบุ).....	1.ไม่เคยใช้บริการการ 2. เคยใช้ 9. Missing Data
2		การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ทำนั้ใช้.....ครั้ง/สัปดาห์	ตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก
		รักษาต่อเนื่องกันเป็นระยะเวลา.....เดือน	ตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก
3		วัตถุประสงค์ที่ท่านใช้การรักษาในข้อ 1 คือ	0. เลือกไม่ใช้ข้อ 1 1. รักษาโรค 2. ป้องกันโรค 3. ส่งเสริมสุขภาพ 4. ฟื้นฟูสุขภาพ 99. Missing Data
4		แพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ทราบหรือไม่ว่าท่านใช้วิธีการรักษาด้วยวิธีในข้อ 1	0. เลือกไม่ใช้ข้อ 1 1. ทราบ 2. ไม่ทราบ
1	RESON1	การรักษาแผนปัจจุบันรักษาไม่ได้ผลจึงเลือกใช้การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON2	การรักษาแผนปัจจุบันมีค่าใช้จ่ายสูงแต่การรักษาด้วยวิธีที่ 1 มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่า	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย

			3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON3	การรักษาแผนปัจจุบันมีความยากในการรับบริการจึงเลือกการรักษาด้วยวิธีในข้อ 1	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON4	ท่านคิดว่าทำให้บริการการรักษาแผนปัจจุบันไม่เกิดความพึงพอใจจึงเลือกการรักษาด้วยวิธีในข้อ 1	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON5	ท่านคิดว่าการรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันได้ผลการรักษาที่ดีกว่า	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON6	การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ไม่มีผลข้างเคียงหรือเกิดผลกระทบน้อยหรือไม่มี	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON7	การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ได้ผลการรักษาที่ดีต่อโรคหรือสุขภาพที่ดี	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON8	การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 มีผู้เชี่ยวชาญในการรักษาน้อย	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON9	การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ไม่มีมาตรฐานในการรักษาหรือผลิตภัณฑ์ที่ใช้อย่างไม่มีมาตรฐานเพียงพอ	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON10	การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 มีความยากในการไปใช้บริการหรือมีสถานบริการน้อย	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON11	การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ไม่สามารถรักษาโรคหรือ	ตัวเลข 1หลัก คือ

		สุขภาพได้หรือไม่ได้ผลตามที่คาดหวัง	1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5.เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON12	การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 ส่งผลเสียต่อการรักษา ปัจจุบัน	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5.เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	RESON13	การรักษาด้วยวิธีในข้อ 1 มีความยุ่งยากในการ ปฏิบัติจริง3	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5.เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	COM1	ท่านไม่ทราบข้อมูลการรักษาเช่น ข้อบ่งใช้ ประสิทธิภาพของการรักษา วิธีการรักษา ปฏิบัติ ผลข้างเคียง เป็นต้นในข้อ 1 เลย	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5.เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	COM2	ถ้าท่านได้รับคำแนะนำจากบุคลากรทาง การแพทย์ในการใช้วิธีในข้อ 1 ท่านจะมีความ มั่นใจในการรักษา	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5.เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	COM3	ถ้าท่านได้รับคำแนะนำจากญาติหรือคนรู้จักท่าน จะใช้การรักษาในข้อ 1	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5.เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	COM4	ท่านเห็นว่าการโฆษณาผลิตภัณฑ์หรือวิธีการ รักษาทำให้ท่านรู้จักการรักษาในข้อ 1 และคิด ทดลองรักษา	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5.เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	COM5	เมื่อบุคลากรทางการแพทย์สั่งห้ามมิให้ท่านใช้การ รักษาในข้อ 1 ท่านจะหยุดการรักษานั้น	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5.เห็นด้วยอย่างยิ่ง
	COM6	ท่านเห็นว่าการรักษา ผลิตภัณฑ์ หรือสถานที่ ให้บริการในการรักษาข้อ 1 มีความน่าสนใจ	ตัวเลข 1หลัก คือ 1.ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2.ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5.เห็นด้วยอย่างยิ่ง

	COM7	เมื่อญาติหรือคนรู้จักบอกเล่าถึงผลเสียหรือห้ามมิให้ใช้การรักษาในข้อ 1 ท่านจะหยุดการรักษาไหม	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2. ไม่เห็นด้วย 3. เฉยๆ 4. เห็นด้วย 5. เห็นด้วยอย่างยิ่ง
ส่วนที่ 2 : ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุ			
1	Desease	ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาสุขภาพหรืออาการเจ็บป่วยหรือไม่	1. ไม่มี 2. มีโรคเรื้อรัง 3. มีโรคฉับพลัน 9. Missing Data
2	Admit	ในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาท่านมีปัญหาทางสุขภาพหรือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจนต้องนอนโรงพยาบาลหรือไม่	1. ไม่มี 2. มี 9. Missing Data
	Frequency	2.1 ต้องนอนพัก รวม.....ครั้ง	ตัวเลข 1หลัก
	time	2.2 ต้องนอนพัก เป็นเวลารวม.....วัน	ตัวเลขไม่เกิน 3 หลัก
3	Health	ท่านคิดว่าในขณะนี้สุขภาพกายของท่านเป็นอย่างไร.....คะแนน	ตัวเลข 1-10
4. การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ			
4.1	H1	รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า	ตัวเลข 1หลัก คือ 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้ 1. ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดให้เป็นชิ้นเล็ก ๆ ไว้ล่วงหน้า 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ
4.2	H2	ล้างหน้า ทวีผม แปรงฟัน หรือโกนหนวด (ในระยะ 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	ตัวเลข 1หลัก คือ 0. ต้องการความช่วยเหลือ 1. ทำได้เอง (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)
4.3	H3	ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้	ตัวเลข 1หลัก คือ 0. ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาก็จะนั่งอยู่ได้

			<p>2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแล เพื่อความปลอดภัย</p> <p>3. ทำได้เอง</p>
4.4	H4	ใช้ห้องสุขา	<p>ตัวเลข 1 หลัก คือ</p> <p>0. ช่วยตัวเองไม่ได้</p> <p>1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะดวกตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง</p> <p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมได้เอง ทำความสะดวกได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระหรือถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)</p>
4.5	H5	การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	<p>ตัวเลข 1 หลัก คือ</p> <p>0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้</p> <p>1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้</p> <p>2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย</p> <p>3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง</p>
4.6	H6	การสวมใส่เสื้อผ้า	<p>ตัวเลข 1 หลัก คือ</p> <p>0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทนไม่ได้หรือได้น้อย</p> <p>1. ช่วยตัวเองได้ราวร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย</p> <p>2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ตัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)</p>
4.7	H7	การขึ้นลงบันไดบ้าน 1 ชั้น	<p>ตัวเลข 1 หลัก คือ</p> <p>0. ไม่สามารถทำได้</p> <p>1. ต้องการคนช่วย</p> <p>2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดินจะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)</p>
4.8	H8	การอาบน้ำ	<p>ตัวเลข 1 หลัก คือ</p>

			0. ต้องมีคนช่วย หรือทำให้ 1. อาบน้ำเองได้
4.9	H9	การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ตัวเลข 1หลัก คือ 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ 1. กลั้นไม่ได้เป็นบางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์) 2. กลั้นได้เป็นปกติ
4.10	H10	การกลั้นปัสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	ตัวเลข 1หลัก คือ 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้ 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง) 2. กลั้นได้เป็นปกติ
	HTOTAL	คะแนนรวมของ H	ตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก
ส่วนที่ 3: ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะจิตใจของผู้สูงอายุ			
1	Phy1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
2	Phy2	ท่านรู้สึกสบายใจ	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
3	Phy3	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
4	Phy4	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
5	Phy5	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
6	Phy6	ท่านสามารถทำใจยอมรับได้สำหรับปัญหาที่ยากจะแก้ไข (เมื่อมีปัญหา)	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
7	Phy7	ท่านมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมอารมณ์ได้เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย

			3. มาก 4. มากที่สุด
8	Phy8	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญกับเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
9	Phy9	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
10	Phy10	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
11	Phy11	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นเมื่อมีโอกาส	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
12	Phy12	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
13	Phy13	ท่านรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
14	Phy14	หากท่านป่วยหนัก ท่านเชื่อว่าครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
15	Phy15	สมาชิกในครอบครัวมีความรักและผูกพันต่อกัน	ตัวเลข 1หลัก คือ 1. ไม่เลย 2. เล็กน้อย 3. มาก 4. มากที่สุด
	PTOTAL	คะแนนรวมของ Phy	ตัวเลขไม่เกิน 2 หลัก
ส่วนที่ 4 : ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ			
1.	อายุ	อายุ.....ปี	ตัวเลข 2 หลัก
2.	เพศ	เพศ	1. ชาย 2. หญิง 9. Missing Data
3.	สภาพสมรส	สถานภาพสมรส	1. โสด 2. สมรส 3. หย่า/แยกกันอยู่ 4. ม่าย

			5. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... 9. Missing Data
4.	สมาชิก	สมาชิกในครอบครัวของท่าน	1. 1 คน 2. 2-5 คน 3. มากกว่า 5 คน 9. Missing Data
5.	สิทธิการรักษา	สิทธิคำรักษาพยาบาลของท่าน	1. ใช้ 30 บาทรักษาทุกโรค 2. ชำระเงินด้วยตนเอง 3. เบิกได้ 4. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... 9. Missing Data.
6.	การสูบบุหรี่	ท่านสูบบุหรี่หรือไม่	1. ไม่เคยสูบบุหรี่ 2. ปัจจุบันยังสูบบุหรี่ 2. เคยสูบบุหรี่แต่หยุดสูบบุหรี่แล้ว 9. Missing Data
7.	การดื่มสุรา	ท่านดื่มสุราหรือไม่	1. ไม่เคยดื่มสุรา 2. ปัจจุบันยังดื่มสุรา.....ครั้งต่อ เดือน 3. เคยดื่มสุราแต่หยุดดื่มสุราแล้ว.....ปี 9. Missing Data
8.	การศึกษา	ระดับการศึกษาสูงสุด	1. ไม่ได้เรียนหนังสือ 2. ประถมศึกษา 3. มัธยมศึกษา 4. ประกาศนียบัตรวิชาชีพปวช./ปวท./ปวส. 5. อนุปริญญา 6. ปริญญาตรี 7. สูงกว่าปริญญาตรี 8. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... 9. Missing Data
9.	การทำงาน	ในปัจจุบันท่านทำงานหรือไม่	1. ไม่ทำ 2. ทำ โปรดระบุอาชีพ..... 9. Missing Data
10.	รายได้	รายได้.....บาท/เดือน	ตัวเลข 5 หลัก
11.	ฐานะ	ท่านคิดว่าฐานะการเงินของครอบครัว(ทั้งบ้านรวมๆ กัน) เป็นอย่างไร	1. ไม่เป็นปัญหา 2. ไม่มีความขัดสนในเรื่องการกินอยู่ต่างๆ ไป แต่

			<p>ถ้ามีเหตุการณ์ที่คาดไม่ถึง เช่น เจ็บป่วย/ เกิดอุบัติเหตุ จะมีปัญหาค่าใช้จ่าย (ไม่มีเงินออมหรือมีน้อย)</p> <p>3. มีความขัดสนบ้างในเรื่องการกินอยู่ทั่วไป</p> <p>4. มีความขัดสนมาก</p> <p>9. Missing Data</p>
--	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค.
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้ตรวจสอบเครื่องมือ มี 6 ท่าน ดังนี้

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วิทยา กุลสมบุญณ์ อาจารย์ประจำภาควิชาโครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมสังคม คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.ดร.ร.ต.ท.หญิง ฎีรี อนันตโชติ อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สมฤทัย วัชรวิวัฒน์ อาจารย์ประจำภาควิชาโครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. ดร. วรณีย์ แกมเกตุ อาจารย์ประจำภาควิชาวิจัยการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศุภกิจ วงศ์วิวัฒน์นุกิจ อาจารย์ประจำภาควิชาโครงการจัดตั้งภาควิชาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. รุ่งเพชร สกุลบำรุงศิลป์ อาจารย์ประจำภาควิชาบริหารเภสัชกิจ คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ง.
ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

PRELIS 2.54

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by

Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100

Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002

Use of this program is subject to the terms specified in the

Universal Copyright Convention.

The following lines were read from file C:\lis\zz.PR2:

!PRELIS SYNTAX: Can be edited

SY='C:\lis\zz.PSF'

SE 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

OU MA=KM BT XM

Total Sample Size = 960

Univariate Marginal Parameters

Variable	Mean	St. Dev.	Thresholds					
sex	0.000	1.000	-0.388					
status	0.000	1.000	-1.526	-0.047	0.380			
smok	0.000	1.000	0.335	1.023				
alcoh	0.000	1.000	0.280	0.988				
educ	0.000	1.000	-1.073	0.008	0.626	0.976	1.370	2.865

Univariate Distributions for Ordinal Variables

Correlations and Test Statistics

(PE=Pearson Product Moment, PC=Polychoric, PS=Polyserial)

Variable vs.	Variable	Test of Model		Test of Close Fit			
		Correlation	Chi-Squ.	D.F.	P-Value	RMSEA	P-Value
status vs.	sex	0.205 (PC)	8.229	2	0.016	0.057	0.951
smok vs.	sex	-0.451 (PC)	33.160	1	0.000	0.183	0.004
smok vs.	status	-0.127 (PC)	35.115	5	0.000	0.079	0.906

alcoh vs.	sex	-0.437 (PC)	6.678	1	0.010	0.077	0.696
alcoh vs.	status	-0.070 (PC)	20.970	5	0.001	0.058	0.997
alcoh vs.	smok	0.289 (PC)	14.900	3	0.002	0.064	0.958
educ vs.	sex	0.072 (PC)	5.521	5	0.356	0.010	1.000
educ vs.	status	-0.102 (PC)	15.415	17	0.566	0.000	1.000
educ vs.	smok	-0.095 (PC)	12.626	11	0.318	0.012	1.000
educ vs.	alcoh	-0.078 (PC)	37.836	11	0.000	0.050	1.000
sex vs.	Toh	0.101 (PS)	0.770	1	0.380	0.000	0.987
status vs.	Toh	0.084 (PS)	16.085	5	0.007	0.048	1.000
smok vs.	Toh	-0.146 (PS)	26.148	3	0.000	0.090	10.672
alcoh vs.	Toh	-0.285 (PS)	3.807	3	0.283	0.017	1.000
educ vs.	Toh	0.120 (PS)	102.028	11	0.000	0.093	0.748
sex vs.	Top	0.219 (PS)	0.630	1	0.427	0.000	0.989
status vs.	Top	0.171 (PS)	33.438	5	0.000	0.077	0.928
smok vs.	Top	-0.223 (PS)	10.817	3	0.013	0.052	0.990
alcoh vs.	Top	-0.146 (PS)	8.555	3	0.036	0.044	0.996
educ vs.	Top	0.255 (PS)	52.529	11	0.000	0.063	1.000
Top vs.	Toh	0.273 (PE)					
sex vs.	reso	0.259 (PS)	4.244	1	0.039	0.058	0.850
status vs.	reso	0.176 (PS)	13.091	5	0.023	0.041	1.000
smok vs.	reso	-0.113 (PS)	18.891	3	0.000	0.074	0.890
alcoh vs.	reso	-0.250 (PS)	12.080	3	0.007	0.056	0.983
educ vs.	reso	0.345 (PS)	112.415	11	0.000	0.098	0.561
reso vs.	Toh	0.150 (PE)					
reso vs.	Top	0.474 (PE)					
sex vs.	com	0.017 (PS)	0.960	1	0.327	0.000	0.983
status vs.	com	0.079 (PS)	12.982	5	0.024	0.041	1.000
smok vs.	com	0.036 (PS)	17.896	3	0.000	0.072	0.911
alcoh vs.	com	-0.091 (PS)	17.841	3	0.000	0.072	0.912
educ vs.	com	0.095 (PS)	40.662	11	0.000	0.053	1.000
com vs.	Toh	-0.048 (PE)					
com vs.	Top	-0.109 (PE)					
com vs.	reso	0.368 (PE)					
sex vs.	age	0.028 (PS)	0.848	1	0.357	0.000	0.985
status vs.	age	0.271 (PS)	13.395	5	0.020	0.042	1.000

smok vs.	age	0.026 (PS)	4.305	3	0.230	0.021	1.000
alcoh vs.	age	-0.047 (PS)	21.556	3	0.000	0.080	0.823
educ vs.	age	0.036 (PS)	19.474	11	0.053	0.028	1.000
age vs.	Toh	0.054 (PE)					
age vs.	Top	0.223 (PE)					
age vs.	reso	0.367 (PE)					
age vs.	com	0.173 (PE)					
sex vs.	Income	0.027 (PS)	9.859	1	0.002	0.096	0.483
status vs.	Income	-0.004 (PS)	51.980	5	0.000	0.099	0.501
smok vs.	Income	-0.128 (PS)	131.119	3	0.000	0.211	0.000
alcoh vs.	Income	-0.088 (PS)	30.306	3	0.000	0.097	0.519
educ vs.	Income	0.382 (PS)	386.898	11	0.000	0.189	0.000
Income vs.	Toh	0.079 (PE)					
Income vs.	Top	0.216 (PE)					
Income vs.	reso	0.197 (PE)					
Income vs.	com	-0.008 (PE)					
Income vs.	age	0.092 (PE)					
sex vs.	Huse	0.277 (PS)	0.735	1	0.391	0.000	0.988
status vs.	Huse	0.171 (PS)	8.637	5	0.124	0.028	1.000
smok vs.	Huse	-0.118 (PS)	28.868	3	0.000	0.095	0.572
alcoh vs.	Huse	-0.196 (PS)	4.741	3	0.192	0.025	1.000
educ vs.	Huse	0.332 (PS)	55.855	11	0.000	0.065	1.000
Huse vs.	Toh	0.073 (PE)					
Huse vs.	Top	0.416 (PE)					
Huse vs.	reso	0.819 (PE)					
Huse vs.	com	0.312 (PE)					
Huse vs.	age	0.312 (PE)					
Huse vs.	Income	0.230 (PE)					

Percentage of Tests Exceeding 0.5% Significance Level: 5.1%

Percentage of Tests Exceeding 1.0% Significance Level: 7.1%

Percentage of Tests Exceeding 5.0% Significance Level: 7.1%

Correlation Matrix

	sex	status	smok	alcoh
sex	1.000			
status	0.205	1.000		

smok	-0.451	-0.127	1.000	
alcoh	-0.437	-0.070	0.289	1.000
educ	0.072	-0.102	-0.095	-0.078
Toh	0.101	0.084	-0.146	-0.285
Top	0.219	0.171	-0.223	-0.146
reso	0.259	0.176	-0.113	-0.250
com	0.017	0.079	0.036	-0.091
age	0.028	0.271	0.026	-0.047
Income	0.027	-0.004	-0.128	-0.088
Huse	0.277	0.171	-0.118	-0.196

Correlation Matrix

	educ	Toh	Top	reso					
educ	1.000								
Toh	0.120	1.000							
Top	0.255	0.273	1.000						
reso	0.345	0.150	0.474	1.000					
com	0.095	-0.048	-0.109	0.368	1.000				
age	0.036	0.054	0.223	0.367	0.173	1.000			
Income	0.382	0.079	0.216	0.197	-0.008	0.092	1.000		
Huse	0.332	0.073	0.416	0.819	0.312	0.312	0.230	1.000	

Means

sex	status	smok	alcoh	educ	Toh	Top	reso	com	age
Income	Huse								
0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	17.596	44.052	42.739	24.563	67.792
5951.458	1.915								

Standard Deviations

sex	status	smok	alcoh	educ	Toh	Top	reso	com	age
Income	Huse								
1.000	1.000	1.000	1.000	1.000	2.056	5.539	10.433	4.302	4.658
5476.191	1.719								

The Problem used 31712 Bytes (= 0.0% of available workspace)

Univariate Summary Statistics for Continuous Variables

Variable	Mean	St. Dev.	T-Value	Skewness	Kurtosis	Minimum	Freq.
Maximum	Freq.						

Toh	17.596	2.056	265.125	0.553	12.049	10.000	4
39.000	1						
Top	44.052	5.539	246.422	0.702	0.184	31.000	1
60.000	4						
reso	42.739	10.433	126.922	-0.328	-1.363	21.000	2
61.000	1						
com	24.563	4.302	176.905	0.440	4.999	13.000	1
62.000	1						
age	67.792	4.658	450.945	0.402	0.038	60.000	46
87.000	1						
Income	5951.458	5476.191	33.673	4.034	33.072	500.000	47
5000.000	1						
Huse	1.915	1.719	34.514	0.315	-1.053	0.000	335
7.000	3						

Test of Univariate Normality for Continuous Variables

Variable	Skewness		Kurtosis		Skewness and Kurtosis	
	Z-Score	P-Value	Z-Score	P-Value	Chi-Square	P-Value
Toh	6.593	0.000	14.066	0.000	241.327	0.000
Top	8.112	0.000	1.157	0.247	67.136	0.000
reso	-4.076	0.000	-146.819	0.000	21572.343	0.000
com	5.362	0.000	10.606	0.000	141.242	0.000
age	4.933	0.000	0.313	0.754	24.435	0.000
Income	24.087	0.000	17.374	0.000	882.056	0.000
Huse	3.922	0.000	-16.495	0.000	287.459	0.000

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ.

ตัวอย่างผลการวิเคราะห์โมเดลการพัฒนารูปแบบความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของการใช้การแพทย์ทางเลือก
ของผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ครั้งสุดท้าย ด้วยโปรแกรม LISREL for Windows version 8.54

L I S R E L 8.54

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by

Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100

Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002

Use of this program is subject to the terms specified in the

Universal Copyright Convention.

Website: www.ssicentral.com

The following lines were read from file C:\lis\au.LPJ:

!DA NI=16 NO=960 NG=1 MA=KM

SY='C:\lis\au.dsf' NG=1

SE

12 11 10 6 5 13 7 3 2 1/

MO NX=5 NY=7 BE=FU,FI GA=FU,FI PH=SY,FR PS=DI,FR

FR BE(1,2) BE(1,3) BE(1,5) BE(3,4) BE(4,2) BE(4,3) BE(4,5) BE(4,6) BE(4,7)

FR BE(5,4) BE(5,6) BE(6,2) BE(6,7) BE(7,4) BE(7,6) GA(1,5) GA(2,3) GA(3,1)

FR GA(3,2) GA(3,3) GA(3,5) GA(4,1) GA(4,3) GA(4,4) GA(4,5) GA(5,5) GA(6,5)

FR GA(7,1)

PD

OU AM RS EF

Number of Input Variables 12

Number of Y - Variables 7

Number of X - Variables 5

Number of ETA - Variables 7

Number of KSI - Variables 5

Number of Observations 960

Covariance Matrix

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh
Huse	1.00					
Income	0.23	1.00				
reson	0.82	0.20	1.00			
p	0.42	0.22	0.47	1.00		
h	0.07	0.08	0.15	0.27	1.00	
alcoh	-0.20	-0.09	-0.25	-0.15	-0.29	1.00
smok	-0.12	-0.13	-0.11	-0.22	-0.15	0.29
age	0.31	0.09	0.37	0.22	0.05	-0.05
com	0.31	-0.01	0.37	-0.11	-0.05	-0.09
edu	0.33	0.38	0.35	0.25	0.12	-0.08
som	0.17	0.00	0.18	0.17	0.08	-0.07
sex	0.28	0.03	0.26	0.22	0.10	-0.44

Covariance Matrix

	smok	age	com	edu	som	sex
smok	1.00					
age	0.03	1.00				
com	0.04	0.17	1.00			
edu	-0.09	0.04	0.09	1.00		
som	-0.13	0.27	0.08	-0.10	1.00	
sex	-0.45	0.03	0.02	0.07	0.21	1.00

Parameter Specifications

BETA

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	0	1	2	0	3	0	0
Income	0	0	0	0	0	0	0
reson	0	0	0	4	0	0	0
p	0	5	6	0	7	8	9
h	0	0	0	10	0	11	0
alcoh	0	12	0	0	0	0	13
smok	0	0	0	14	0	15	0

GAMMA

	age	com	edu	som	sex
age					
com					
edu					
som					
sex					

Huse	0	0	0	0	16
Income	0	0	17	0	0
reson	18	19	20	0	21
p	22	0	23	24	25
h	0	0	0	0	26
alcoh	0	0	0	0	27
smok	28	0	0	0	0

PHI

	age	com	edu	som	sex
age	29				
com	30	31			
edu	32	33	34		
som	35	36	37	38	
sex	39	40	41	42	43

PSI

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
	44	45	46	47	48	49	50

Number of Iterations = 25

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

BETA

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--	0.08 (0.02)	-0.79 (0.02)	--	-0.06 (0.02)	--	--
Income	--	--	--	--	--	--	--
reson	--	--	--	0.71 (0.06)	--	--	--
p	--	0.15 (0.05)	-0.78 (0.14)	--	-0.09 (0.09)	-0.48 (0.09)	0.26 (0.10)
h	--	--	--	0.30 (0.06)	--	-0.27 (0.04)	--
alcoh	--	-0.18	--	--	--	--	-0.88

						(0.04)						(0.12)
						-4.14						-7.36
smok	--	--	--	-0.41	--	0.82	--					
				(0.08)		(0.08)						
				-5.23		0.14						

GAMMA

	age	com	edu	som	sex
Huse	--	--	--	--	0.08
					(0.02)
					4.02
Income	--	--	0.38	--	--
			(0.03)		
			12.78		
reson	0.13	0.41	0.11	--	0.09
	(0.03)	(0.03)	(0.03)		(0.03)
	4.59	14.98	4.05		3.10
p	0.39	--	0.45	0.21	0.25
	(0.06)		(0.07)	(0.05)	(0.06)
	6.10		6.95	4.13	4.08
h	--	--	--	--	-0.08
				(0.03)	
				-2.36	
alcoh	--	--	--	--	-0.83
				(0.07)	
				-12.44	
smok	0.16	--	--	--	--
	(0.04)				
	3.94				

Covariance Matrix of Y and X

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok	age	com	edu	som	sex
Huse	0.99											
Income	0.22	1.00										
reson	0.81	0.19	0.99									
p	0.38	0.18	0.46	0.99								

h	0.07	0.07	0.14	0.27	1.00							
alcoh	-0.20	-0.08	-0.23	-0.15	-0.29	1.00						
smok	-0.14	-0.14	-0.13	-0.22	-0.10	0.29	1.00					
age	0.29	0.01	0.36	0.22	0.08	-0.05	0.03	1.00				
com	0.29	0.04	0.36	-0.11	-0.02	-0.05	0.03	0.17	1.00			
edu	0.30	0.38	0.33	0.24	0.07	-0.03	-0.11	0.04	0.09	1.00		
som	0.16	-0.04	0.19	0.17	0.06	-0.08	-0.09	0.27	0.08	-0.10	1.00	
sex	0.28	0.03	0.26	0.22	0.10	-0.44	-0.45	0.03	0.02	0.07	0.21	1.00

PHI

	age	com	edu	som	sex
age	1.00 (0.05) 21.84				
com	0.17 (0.03) 5.28	1.00 (0.05) 21.84			
edu	0.04 (0.03) 1.11	0.09 (0.03) 2.91	1.00 (0.05) 21.84		
som	0.27 (0.03) 8.09	0.08 (0.03) 2.42	-0.10 (0.03) -3.14	1.00 (0.05) 21.84	
sex	0.03 (0.03) 0.87	0.02 (0.03) 0.52	0.07 (0.03) 2.21	0.21 (0.03) 6.21	1.00 (0.05) 21.84

PSI

Note: This matrix is diagonal.

Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
0.32 (0.01) 21.84	0.85 (0.04) 21.84	0.59 (0.04) 14.53	1.84 (0.27) 6.80	0.86 (0.04) 21.64	1.55 (0.20) 7.88	1.26 (0.11) 11.68

Squared Multiple Correlations for Structural Equations

Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
0.68	0.15	0.40	0.86	0.14	0.55	0.26

Squared Multiple Correlations for Reduced Form

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
	0.28	0.15	0.37	0.18	0.02	0.20	0.21
Reduced Form							
	age	com	edu	som	sex		
Huse	0.21	0.22	0.26	0.06	0.24		
	(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.03)		
	10.09	11.28	11.70	4.13	8.68		
Income	--	--	0.38	--	--		
			(0.03)				
			12.78				
reson	0.27	0.28	0.29	0.08	0.21		
	(0.03)	(0.02)	(0.03)	(0.02)	(0.03)		
	10.52	11.55	11.47	4.16	8.15		
p	0.20	-0.18	0.25	0.12	0.18		
	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.03)		
	6.71	-7.05	8.68	4.34	5.97		
h	0.07	-0.04	0.07	0.03	0.09		
	(0.01)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.03)		
	4.83	-3.50	4.37	2.96	2.83		
alcoh	-0.04	-0.04	0.01	0.02	-0.44		
	(0.02)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.03)		
	-2.06	-5.13	0.90	3.36	-15.76		
smok	0.04	0.04	-0.09	-0.03	-0.44		
	(0.02)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.03)		
	2.07	4.53	-5.95	-3.14	-15.57		

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 28

Minimum Fit Function Chi-Square = 42.74 (P = 0.037)

Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 42.26 (P = 0.041)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 14.26

90 Percent Confidence Interval for NCP = (0.62 ; 35.83)

Minimum Fit Function Value = 0.045

Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.015

90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.00065 ; 0.038)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.023

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0048 ; 0.037)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 1.00

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.15

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.13 ; 0.17)

ECVI for Saturated Model = 0.16

ECVI for Independence Model = 3.69

Chi-Square for Independence Model with 66 Degrees of Freedom = 3492.69

Independence AIC = 3516.69

Model AIC = 142.26

Saturated AIC = 156.00

Independence CAIC = 3587.09

Model CAIC = 435.60

Saturated CAIC = 613.62

Normed Fit Index (NFI) = 0.99

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.99

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.42

Comparative Fit Index (CFI) = 1.00

Incremental Fit Index (IFI) = 1.00

Relative Fit Index (RFI) = 0.97

Critical N (CN) = 1084.27

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.020

Standardized RMR = 0.020

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.99

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.98

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.36

Fitted Covariance Matrix

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok	age	com	edu	som	sex
Huse	0.99											
Income	0.22	1.00										
reson	0.81	0.19	0.99									
p	0.38	0.18	0.46	0.99								
h	0.07	0.07	0.14	0.27	1.00							
alcoh	-0.20	-0.08	-0.23	-0.15	-0.29	1.00						

smok	-0.14	-0.14	-0.13	-0.22	-0.10	0.29	1.00					
age	0.29	0.01	0.36	0.22	0.08	-0.05	0.03	1.00				
com	0.29	0.04	0.36	-0.11	-0.02	-0.05	0.03	0.17	1.00			
edu	0.30	0.38	0.33	0.24	0.07	-0.03	-0.11	0.04	0.09	1.00		
som	0.16	-0.04	0.19	0.17	0.06	-0.08	-0.09	0.27	0.08	-0.10	1.00	
sex	0.28	0.03	0.26	0.22	0.10	-0.44	-0.45	0.03	0.02	0.07	0.21	1.00

Fitted Residuals

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok	age	com	edu	som	sex
Huse	0.01											
Income	0.01	--										
reson	0.01	0.01	0.01									
p	0.03	0.04	0.01	0.01								
h	0.00	0.01	0.01	0.00	0.00							
alcoh	0.01	-0.01	-0.02	0.00	0.00	0.00						
smok	0.02	0.01	0.01	0.00	-0.05	0.00	0.00					
age	0.03	0.08	0.01	0.01	-0.02	0.00	0.00	--				
com	0.02	-0.04	0.00	0.01	-0.03	-0.04	0.00	--	--			
edu	0.04	--	0.01	0.02	0.05	-0.05	0.02	0.00	--	--		
som	0.01	0.04	-0.02	0.00	0.03	0.01	-0.03	--	0.00	--	--	
sex	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	--	--

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.05

Median Fitted Residual = 0.00

Largest Fitted Residual = 0.08

Standardized Residuals

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh
Huse	1.02					
Income	0.30	--				
reson	1.22	0.33	1.38			
p	2.09	2.28	1.92	1.66		
h	0.24	0.22	0.23	0.71	0.52	
alcoh	0.29	-0.38	-1.22	-0.13	-0.12	-0.24
smok	0.98	0.41	0.77	-0.32	-1.97	0.03
age	1.53	2.63	1.71	1.71	-0.74	0.12
com	0.93	-1.49	0.38	0.38	-0.87	-1.48

edu	2.20	--	2.10	2.10	1.68	-2.00
som	0.39	1.19	-1.04	0.18	0.95	0.39
sex	-0.18	-0.01	-0.35	-0.35	-0.44	0.49

Standardized Residuals

	smok	age	com	edu	som	sex
smok	0.23					
age	-0.05	--				
com	0.07	--	--			
edu	0.80	--	--	--		
som	-1.26	--	--	--	--	
sex	-0.47	--	--	--	--	--

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -1.90

Median Standardized Residual = 0.05

Largest Standardized Residual = 1.63

Modification Indices and Expected Change

Modification Indices for BETA

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--	--	--	2.20	--	2.67	0.19
Income	0.19	--	0.02	3.69	0.17	0.29	0.00
reson	6.63	0.26	--	--	0.41	0.00	0.55
p	0.21	--	--	--	--	--	--
h	0.04	0.06	0.04	--	--	--	3.79
alcoh	0.65	--	0.17	0.01	3.85	--	--
smok	0.96	0.31	3.36	--	3.10	--	--

Expected Change for BETA

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--	--	--	0.03	--	0.03	0.01
Income	-0.02	--	0.01	0.10	-0.01	0.02	0.00
reson	-0.14	-0.01	--	--	0.02	0.00	0.03
p	0.04	--	--	--	--	--	--
h	-0.01	-0.01	-0.01	--	--	--	-0.07
alcoh	0.04	--	-0.02	0.01	-0.14	--	--
smok	0.05	0.02	0.12	--	-0.09	--	--

Modification Indices for GAMMA

	age	com	edu	som	sex
Huse	0.81	0.94	3.58	1.45	--
Income	6.93	2.21	--	1.41	0.00
reson	--	--	--	0.70	--
p	--	0.14	--	--	--
h	0.66	1.79	1.14	1.13	--
alcoh	0.16	1.43	0.84	0.10	--
smok	--	1.32	4.69	1.50	0.28

Expected Change for GAMMA

	age	com	edu	som	sex
Huse	0.02	0.02	0.04	0.02	--
Income	0.08	-0.04	--	0.04	0.00
reson	--	--	--	-0.02	--
p	--	-0.03	--	--	--
h	-0.03	-0.04	0.04	0.03	--
alcoh	0.02	-0.05	-0.04	-0.01	--
smok	--	0.05	0.09	-0.05	-0.06

No Non-Zero Modification Indices for PHI

Modification Indices for PSI

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--						
Income	3.58	--					
reson	6.14	0.26	--				
p	0.21	--	0.14	--			
h	0.00	0.43	0.45	--	--		
alcoh	2.07	0.84	0.09	--	4.12	--	
smok	0.12	0.05	0.60	--	3.19	0.06	--

Expected Change for PSI

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--						
Income	-0.09	--					
reson	-0.04	-0.01	--				

p	0.01	--	0.05	--		
h	0.00	-0.02	0.02	--	--	
alcoh	0.03	0.09	0.01	--	-0.13	--
smok	-0.01	-0.01	0.04	--	-0.08	-0.06 -

Modification Indices for THETA-EPS

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--						
Income	2.13	2.77					
reson	6.65	0.10	6.78				
p	2.48	0.11	2.28	0.11			
h	0.01	0.75	0.13	1.22	0.01		
alcoh	1.63	0.00	0.97	0.06	0.86	0.10	
smok	0.29	0.00	0.00	0.01	3.34	3.67	0.06

Expected Change for THETA-EPS

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--						
Income	-0.07	0.67					
reson	-0.05	0.01	0.06				
p	0.02	0.01	-0.03	0.04			
h	0.00	-0.02	0.01	-0.05	0.06		
alcoh	0.02	0.00	-0.02	-0.01	0.14	0.09	
smok	0.01	0.00	0.00	0.00	-0.05	-0.20	-0.07

Modification Indices for THETA-DELTA-EPS

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
age	0.31	7.24	0.18	0.16	0.68	0.14	0.36
com	2.07	3.27	2.13	0.92	1.65	2.55	0.04
edu	3.73	0.29	3.17	0.02	3.09	1.94	0.54
som	1.31	0.14	1.99	0.00	2.67	0.43	1.23
sex	0.97	0.00	0.01	0.24	6.09	0.45	0.37

Expected Change for THETA-DELTA-EPS

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
age	0.01	0.07	-0.01	0.03	-0.03	0.01	0.02
com	0.02	-0.05	-0.03	0.05	-0.03	-0.04	-0.01
edu	0.03	-0.05	-0.03	0.01	0.05	-0.04	0.02
som	0.02	0.01	-0.02	0.00	0.05	0.02	-0.03

sex	0.03	0.00	0.00	-0.02	-0.16	-0.05	-0.04
-----	------	------	------	-------	-------	-------	-------

Modification Indices for THETA-DELTA

	age	com	edu	som	sex
age	0.31				
com	0.73	0.70			
edu	9.97	2.90	0.73		
som	1.70	0.70	0.08	0.14	
sex	0.16	2.93	0.85	0.16	0.39

Expected Change for THETA-DELTA

	age	com	edu	som	sex
age	-0.25				
com	-0.15	-1.17			
edu	-0.22	0.11	-0.27		
som	0.19	0.05	-0.02	-3.37	
sex	0.02	-0.07	-0.03	-0.02	-0.10

Maximum Modification Index is 9.97 for Element (3, 1) of THETA-DELTA

Total and Indirect Effects

Total Effects of X on Y

	age	com	edu	som	sex
Huse	0.21	0.22	0.26	0.06	0.24
	(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.03)
	10.09	11.28	11.70	4.13	8.68
Income	--	--	0.38	--	--
			(0.03)		
			12.78		
reson	0.27	0.28	0.29	0.08	0.21
	(0.03)	(0.02)	(0.03)	(0.02)	(0.03)
	10.52	11.55	11.47	4.16	8.15
p	0.20	-0.18	0.25	0.12	0.18
	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.03)
	6.71	-7.05	8.68	4.34	5.97
h	0.07	-0.04	0.07	0.03	0.09
	(0.01)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.03)
	4.83	-3.50	4.37	2.96	2.83
alcoh	-0.04	-0.04	0.01	0.02	-0.44

	(0.02)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.03)
	-2.06	-5.13	0.90	3.36	-15.76
smok	0.04	0.04	-0.09	-0.03	-0.44
	(0.02)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.03)
	2.07	4.53	-5.95	-3.14	-15.57

Indirect Effects of X on Y

	age	com	edu	som	sex
Huse	0.21	0.22	0.26	0.06	0.16
	(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.02)
	10.09	11.28	11.70	4.13	7.76
Income	--	--	--	--	--
reson	0.14	-0.13	0.18	0.08	0.12
	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.02)	(0.02)
	5.61	-4.76	6.78	4.16	5.34
p	-0.19	-0.18	-0.21	-0.09	-0.07
	(0.05)	(0.03)	(0.05)	(0.03)	(0.05)
	-4.01	-7.05	-3.98	-3.30	-1.63
h	0.07	-0.04	0.07	0.03	0.17
	(0.01)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.02)
	4.83	-3.50	4.37	2.96	8.70
alcoh	-0.04	-0.04	0.01	0.02	0.38
	(0.02)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.07)
	-2.06	-5.13	0.90	3.36	5.60
smok	-0.11	0.04	-0.09	-0.03	-0.44
	(0.02)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.03)
	-4.70	4.53	-5.95	-3.14	-15.57

Total Effects of Y on Y

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--	0.13	0.55	0.31	-0.09	-0.03	0.11
		(0.02)	(0.05)	(0.02)	(0.03)	(0.01)	(0.02)
		5.45	11.82	13.38	-2.73	-2.82	4.51
Income	--	--	--	--	--	--	--
reson	--	0.07	-0.32	0.41	-0.04	-0.06	0.15
		(0.02)	(0.06)	(0.03)	(0.03)	(0.02)	(0.03)

			3.61	-5.64	14.74	-1.09	-3.74	4.96
p	--	0.10	-0.45	-0.43	-0.05	-0.08	0.22	
		(0.03)	(0.05)	(0.05)	(0.05)	(0.02)	(0.05)	
		3.68	-9.34	-8.18	-1.08	-3.77	4.50	
h	--	0.05	-0.11	0.14	-0.01	-0.17	0.19	
		(0.01)	(0.03)	(0.03)	(0.01)	(0.03)	(0.02)	
		4.68	-3.70	4.03	-0.88	-6.97	9.53	
alcoh	--	-0.08	-0.09	0.12	-0.01	-0.44	-0.46	
		(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.01)	(0.05)	(0.03)	
		-3.45	-5.50	4.88	-1.06	-8.04	-15.47	
smok	--	-0.11	0.11	-0.14	0.01	0.50	-0.47	
		(0.02)	(0.02)	(0.03)	(0.01)	(0.02)	(0.05)	
		-5.04	4.75	-4.31	1.05	31.55	-9.97	

Largest Eigenvalue of B*B' (Stability Index) is 1.660

Indirect Effects of Y on Y

		Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--	0.05	-0.25	0.31	-0.03	-0.03	0.11	
		(0.02)	(0.04)	(0.02)	(0.03)	(0.01)	(0.02)	
		3.48	-5.52	13.38	-1.09	-2.82	4.51	
Income	--	--	--	--	--	--	--	
reson	--	0.07	-0.32	-0.30	-0.04	-0.06	0.15	
		(0.02)	(0.06)	(0.06)	(0.03)	(0.02)	(0.03)	
		3.61	-5.64	-5.34	-1.09	-3.74	4.96	
p	--	-0.05	0.33	-0.43	0.04	0.40	-0.04	
		(0.03)	(0.10)	(0.05)	(0.04)	(0.09)	(0.06)	
		-2.02	3.36	-8.18	1.00	4.61	-0.67	
h	--	0.05	-0.11	-0.16	-0.01	0.09	0.19	
		(0.01)	(0.03)	(0.03)	(0.01)	(0.02)	(0.02)	
		4.68	-3.70	-5.47	-0.88	3.83	9.53	
alcoh	--	0.10	-0.09	0.12	-0.01	-0.44	0.41	
		(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.01)	(0.05)	(0.10)	
		3.90	-5.50	4.88	-1.06	-8.04	4.32	
smok	--	-0.11	0.11	0.28	0.01	-0.32	-0.47	
		(0.02)	(0.02)	(0.05)	(0.01)	(0.08)	(0.05)	
		-5.04	4.75	5.02	1.05	-3.99	-9.97	

L I S R E L 8.54

BY

Karl G. Jöreskog & Dag Sörbom

This program is published exclusively by

Scientific Software International, Inc.

7383 N. Lincoln Avenue, Suite 100

Lincolnwood, IL 60712, U.S.A.

Phone: (800)247-6113, (847)675-0720, Fax: (847)675-2140

Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-2002

Use of this program is subject to the terms specified in the

Universal Copyright Convention.

Covariance Matrix

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh
Huse	1.00					
Income	0.23	1.00				
reson	0.82	0.20	1.00			
p	0.42	0.22	0.47	1.00		
h	0.07	0.08	0.15	0.27	1.00	
alcoh	-0.20	-0.09	-0.25	-0.15	-0.29	1.00
smok	-0.12	-0.13	-0.11	-0.22	-0.15	0.29
age	0.31	0.09	0.37	0.22	0.05	-0.05
com	0.31	-0.01	0.37	-0.11	-0.05	-0.09
edu	0.33	0.35	0.35	0.25	0.12	-0.08
som	0.17	0.00	0.18	0.17	0.08	-0.07
sex	0.28	0.03	0.26	0.22	0.10	-0.44

Covariance Matrix

	smok	age	com	edu	som	sex
smok	1.00					
age	0.03	1.00				
com	0.04	0.17	1.00			
edu	-0.09	0.04	0.09	1.00		
som	-0.13	0.27	0.08	-0.10	1.00	
sex	-0.45	0.03	0.02	0.07	0.21	1.00

Number of Iterations = 5

LISREL Estimates (Maximum Likelihood)

Structural Equations

$$\text{Huse} = 0.17*\text{Income} + 0.78*\text{reson} - 0.062*\text{h} + 0.076*\text{sex}, \text{Errorvar.} = 0.32, R^2 = 0.67$$

(0.051) (0.020) (0.018) (0.019) (0.017)

3.26 38.73 -3.35 4.05 18.73

$$\text{Income} = 0.38*\text{edu}, \text{Errorvar.} = 0.85, R^2 = 0.15$$

(0.030) (0.039)

12.78 21.84

$$\text{reson} = 0.71*\text{p} + 0.13*\text{age} + 0.41*\text{com} + 0.11*\text{edu} + 0.085*\text{sex}, \text{Errorvar.} = 0.59, R^2 = 0.40$$

(0.057) (0.029) (0.027) (0.028) (0.027) (0.041)

12.41 4.59 14.98 4.05 3.10 14.53

$$\text{p} = 0.15*\text{Income} - 0.78*\text{reson} - 0.093*\text{h} - 0.48*\text{alcoh} + 0.26*\text{smok} + 0.39*\text{age} + 0.45*\text{edu} + 0.21*\text{som} + 0.25*\text{sex},$$

(0.049) (0.14) (0.089) (0.092) (0.099) (0.065) (0.065) (0.050) (0.061)

3.09 -5.49 -1.05 -5.15 2.62 6.10 6.95 4.13 4.08

$$\text{Errorvar.} = 1.84, R^2 = 0.78$$

(0.27)

6.80

$$\text{h} = 0.30*\text{p} - 0.27*\text{alcoh} - 0.081*\text{sex}, \text{Errorvar.} = 0.86, R^2 = 0.14$$

(0.056) (0.036) (0.034) (0.040)

5.34 -7.35 -2.36 21.64

$$\text{alcoh} = -0.18*\text{Income} - 0.88*\text{smok} - 0.83*\text{sex}, \text{Errorvar.} = 1.55, R^2 = 0.57$$

(0.043) (0.12) (0.067) (0.20)

-4.14 -7.36 -12.44 7.88

$$\text{smok} = -0.41*\text{p} + 0.82*\text{alcoh} + 0.16*\text{age}, \text{Errorvar.} = 1.26, R^2 = 0.28$$

(0.079) (0.081) (0.040) (0.11)

-5.23 10.14 3.94 11.68

$$\text{Error Covariance for Income and Huse} = 0.09$$

(0.047)

Reduced Form Equations

$$\text{Huse} = 0.21*\text{age} + 0.22*\text{com} + 0.29*\text{edu} + 0.064*\text{som} + 0.23*\text{sex}, \text{Errorvar.} = 0.70, R^2 = 0.30$$

(0.021) (0.020) (0.027) (0.015) (0.027) (0.030)

10.05 11.24 10.62 4.12 8.68 12.78

$$\text{Income} = 0.0*\text{age} + 0.0*\text{com} + 0.38*\text{edu} + 0.0*\text{som} + 0.0*\text{sex}, \text{Errorvar.} = 0.85, R^2 = 0.15$$

$$\text{reson} = 0.27*\text{age} + 0.28*\text{com} + 0.29*\text{edu} + 0.084*\text{som} + 0.21*\text{sex}, \text{Errorvar.} = 0.62, R^2 = 0.37$$

	(0.026)	(0.024)	(0.025)	(0.020)	(0.026)
	10.52	11.55	11.47	4.16	8.15
p	= 0.20*age - 0.18*com + 0.25*edu + 0.12*som + 0.18*sex, Errorvar.= 0.81, R ² = 0.18				
	(0.030)	(0.026)	(0.029)	(0.027)	(0.029)
	6.71	-7.05	8.68	4.34	5.97
h	= 0.070*age - 0.045*com + 0.071*edu + 0.028*som + 0.090*sex, Errorvar.= 0.98, R ² = 0.022				
	(0.015)	(0.013)	(0.016)	(0.0096)	(0.032)
	4.83	-3.50	4.37	2.96	2.83
alcoh	= - 0.037*age - 0.039*com + 0.013*edu + 0.025*som - 0.44*sex, Errorvar.= 0.80, R ² = 0.20				
	(0.018)	(0.0076)	(0.014)	(0.0074)	(0.028)
	-2.06	-5.13	0.90	3.36	-15.76
smok	= 0.043*age + 0.044*com - 0.092*edu - 0.028*som - 0.44*sex, Errorvar.= 0.79, R ² = 0.21				
	(0.021)	(0.0098)	(0.016)	(0.0090)	(0.028)
	2.07	4.53	-5.95	3.14	-15.57

Correlation Matrix of Independent Variables

	age	com	edu	som	sex
age	1.00				
	(0.05)				
	21.84				
com	0.17	1.00			
	(0.03)	(0.05)			
	5.28	21.84			
edu	0.04	0.09	1.00		
	(0.03)	(0.03)	(0.05)		
	1.11	2.91	21.84		
som	0.27	0.08	-0.10	1.00	
	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.05)	
	8.09	2.42	-3.14	21.84	
sex	0.03	0.02	0.07	0.21	1.00
	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.05)
	0.87	0.52	2.21	6.21	21.84

Covariance Matrix of Latent Variables

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh
Huse	0.99					

Income	0.22	1.00				
reson	0.81	0.19	0.99			
p	0.38	0.18	0.46	0.99		
h	0.07	0.07	0.14	0.27	1.00	
alcoh	-0.20	-0.08	-0.23	-0.15	-0.29	1.00
smok	-0.14	-0.14	-0.13	-0.22	-0.10	0.29
age	0.28	0.01	0.36	0.22	0.08	-0.05
com	0.29	0.04	0.36	-0.11	-0.02	-0.05
edu	0.33	0.38	0.33	0.24	0.07	-0.03
som	0.16	-0.04	0.19	0.17	0.06	-0.08
sex	0.28	0.03	0.26	0.22	0.10	-0.44

Covariance Matrix of Latent Variables

	smok	age	com	edu	som	sex
smok	1.00					
age	0.03	1.00				
com	0.03	0.17	1.00			
edu	-0.11	0.04	0.09	1.00		
som	-0.09	0.27	0.08	-0.10	1.00	
sex	-0.45	0.03	0.02	0.07	0.21	1.00

Goodness of Fit Statistics

Degrees of Freedom = 27

Minimum Fit Function Chi-Square = 39.10 (P = 0.062)

Normal Theory Weighted Least Squares Chi-Square = 38.98 (P = 0.064)

Chi-Square Difference with 1 Degree of Freedom = 3.28 (P = 0.070)

Estimated Non-centrality Parameter (NCP) = 11.98

90 Percent Confidence Interval for NCP = (0.0 ; 32.69)

Minimum Fit Function Value = 0.041

Population Discrepancy Function Value (F0) = 0.013

90 Percent Confidence Interval for F0 = (0.0 ; 0.034)

Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) = 0.022

90 Percent Confidence Interval for RMSEA = (0.0 ; 0.036)

P-Value for Test of Close Fit (RMSEA < 0.05) = 1.00

Expected Cross-Validation Index (ECVI) = 0.15

90 Percent Confidence Interval for ECVI = (0.14 ; 0.17)

ECVI for Saturated Model = 0.16

ECVI for Independence Model = 3.69

Chi-Square for Independence Model with 66 Degrees of Freedom = 3492.69

Independence AIC = 3516.69

Model AIC = 140.98

Saturated AIC = 156.00

Independence CAIC = 3587.09

Model CAIC = 440.19

Saturated CAIC = 613.62

Normed Fit Index (NFI) = 0.99

Non-Normed Fit Index (NNFI) = 0.99

Parsimony Normed Fit Index (PNFI) = 0.40

Comparative Fit Index (CFI) = 1.00

Incremental Fit Index (IFI) = 1.00

Relative Fit Index (RFI) = 0.97

Critical N (CN) = 1152.80

Root Mean Square Residual (RMR) = 0.019

Standardized RMR = 0.019

Goodness of Fit Index (GFI) = 0.99

Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI) = 0.98

Parsimony Goodness of Fit Index (PGFI) = 0.34

Fitted Covariance Matrix

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh
Huse	0.99					
Income	0.22	1.00				
reson	0.81	0.19	0.99			
p	0.38	0.18	0.46	0.99		
h	0.07	0.07	0.14	0.27	1.00	
alcoh	-0.20	-0.08	-0.23	-0.15	-0.29	1.00
smok	-0.14	-0.14	-0.13	-0.22	-0.10	0.29
age	0.28	0.01	0.36	0.22	0.08	-0.05
com	0.29	0.04	0.36	-0.11	-0.02	-0.05
edu	0.33	0.38	0.33	0.24	0.07	-0.03
som	0.16	-0.04	0.19	0.17	0.06	-0.08
sex	0.28	0.03	0.26	0.22	0.10	-0.44

Fitted Covariance Matrix

	smok	age	com	edu	som	sex
smok	1.00					
age	0.03	1.00				
com	0.03	0.17	1.00			
edu	-0.11	0.04	0.09	1.00		
som	-0.09	0.27	0.08	-0.10	1.00	
sex	-0.45	0.03	0.02	0.07	0.21	1.00

Fitted Residuals

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh
Huse	0.01					
Income	0.01	0.00				
reson	0.01	0.01	0.01			
p	0.03	0.04	0.01	0.01		
h	0.01	0.01	0.01	0.00	0.00	
alcoh	0.00	-0.01	-0.02	0.00	0.00	0.00
smok	0.02	0.01	0.01	0.00	-0.05	0.00
age	0.03	0.08	0.01	0.01	-0.02	0.00
com	0.02	-0.04	0.00	0.01	-0.03	-0.04
edu	0.01	0.00	0.01	0.02	0.05	-0.05
som	0.01	0.04	-0.02	0.00	0.03	0.01
sex	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

Fitted Residuals

	smok	age	com	edu	som	sex
smok	0.00					
age	0.00	--				
com	0.00	0.00	--			
edu	0.02	0.00	0.00	--		
som	-0.03	--	--	0.00	--	
sex	0.00	0.00	0.00	--	--	--

Summary Statistics for Fitted Residuals

Smallest Fitted Residual = -0.05

Median Fitted Residual = 0.00

Largest Fitted Residual = 0.08

Standardized Residuals

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh
--	------	--------	-------	---	---	-------

Huse	1.08					
Income	0.29	--				
reson	1.28	0.33	1.38			
p	2.00	2.28	1.92	1.66		
h	0.32	0.22	0.23	0.71	0.52	
alcoh	0.17	-0.38	-1.22	-0.13	-0.12	-0.24
smok	1.04	0.41	0.77	-0.32	-1.97	0.03
age	1.71	2.63	1.71	1.71	-0.74	0.12
com	0.97	-1.49	0.38	0.38	-0.87	-1.48
edu	1.35	--	2.10	2.10	1.68	-2.00
som	0.65	1.19	-1.04	0.18	0.95	0.39
sex	-0.19	-0.01	-0.35	-0.35	-0.44	0.49

Standardized Residuals

	smok	age	com	edu	som	sex
smok	0.23					
age	-0.05	--				
com	0.07	--	--			
edu	0.80	--	--	--		
som	-1.26	--	--	--	--	
sex	-0.47	--	--	--	--	--

Summary Statistics for Standardized Residuals

Smallest Standardized Residual = -2.00

Median Standardized Residual = 0.05

Largest Standardized Residual = 1.83

Total and Indirect Effects

Total Effects of X on Y

	age	com	edu	som	sex
Huse	0.21	0.22	0.29	0.06	0.23
	(0.02)	(0.02)	(0.03)	(0.02)	(0.03)
	10.05	11.24	10.62	4.12	8.68
Income	--	--	0.38	--	--
			(0.03)		
			12.78		
reson	0.27	0.28	0.29	0.08	0.21
	(0.03)	(0.02)	(0.03)	(0.02)	(0.03)

	10.52	11.55	11.47	4.16	8.15
p	0.20	-0.18	0.25	0.12	0.18
	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.03)
	6.71	-7.05	8.68	4.34	5.97
h	0.07	-0.04	0.07	0.03	0.09
	(0.01)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.03)
	4.83	-3.50	4.37	2.96	2.83
alcoh	-0.04	-0.04	0.01	0.02	-0.44
	(0.02)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.03)
	-2.06	-5.13	0.90	3.36	-15.76
smok	0.04	0.04	-0.09	-0.03	-0.44
	(0.02)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.03)
	2.07	4.53	-5.95	-3.14	-15.57

Indirect Effects of X on Y

	age	com	edu	som	sex
Huse	0.21	0.22	0.29	0.06	0.16
	(0.02)	(0.02)	(0.03)	(0.02)	(0.02)
	10.05	11.24	10.62	4.12	7.73
Income	--	--	--	--	--
reson	0.14	-0.13	0.18	0.08	0.12
	(0.03)	(0.03)	(0.03)	(0.02)	(0.02)
	5.61	-4.76	6.78	4.16	5.34
p	-0.19	-0.18	-0.21	-0.09	-0.07
	(0.05)	(0.03)	(0.05)	(0.03)	(0.05)
	-4.01	-7.05	-3.98	-3.30	-1.63
h	0.07	-0.04	0.07	0.03	0.17
	(0.01)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.02)
	4.83	-3.50	4.37	2.96	8.70
alcoh	-0.04	-0.04	0.01	0.02	0.38
	(0.02)	(0.01)	(0.01)	(0.01)	(0.07)
	-2.06	-5.13	0.90	3.36	5.60
smok	-0.11	0.04	-0.09	-0.03	-0.44
	(0.02)	(0.01)	(0.02)	(0.01)	(0.03)
	-4.70	4.53	-5.95	-3.14	-15.57

Total Effects of Y on Y

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--	0.22 (0.05)	0.54 (0.05)	0.31 (0.02)	-0.09 (0.03)	-0.03 (0.01)	0.11 (0.02)
		4.15	11.78	13.27	-2.82	-2.78	4.49
Income	--	--	--	--	--	--	--
reson	--	0.07 (0.02)	-0.32 (0.06)	0.41 (0.03)	-0.04 (0.03)	-0.06 (0.02)	0.15 (0.03)
		3.61	-5.64	14.74	-1.09	-3.74	4.96
p	--	0.10 (0.03)	-0.45 (0.05)	-0.43 (0.05)	-0.05 (0.05)	-0.08 (0.02)	0.22 (0.05)
		3.68	-9.34	-8.18	-1.08	-3.77	4.50
h	--	0.05 (0.01)	-0.11 (0.03)	0.14 (0.03)	-0.01 (0.01)	-0.17 (0.03)	0.19 (0.02)
		4.68	-3.70	4.03	-0.88	-6.97	9.53
alcoh	--	-0.08 (0.02)	-0.09 (0.02)	0.12 (0.02)	-0.01 (0.01)	-0.44 (0.05)	-0.46 (0.03)
		-3.45	-5.50	4.88	-1.06	-8.04	-15.47
smok	--	-0.11 (0.02)	0.11 (0.02)	-0.14 (0.03)	0.01 (0.01)	0.50 (0.02)	-0.47 (0.05)
		-5.04	4.75	-4.31	1.05	31.55	-9.97

Largest Eigenvalue of B*B' (Stability Index) is 1.646

Indirect Effects of Y on Y

	Huse	Income	reson	p	h	alcoh	smok
Huse	--	0.05 (0.02)	-0.24 (0.04)	0.31 (0.02)	-0.03 (0.03)	-0.03 (0.01)	0.11 (0.02)
		3.48	-5.51	13.27	-1.09	-2.78	4.49
Income	--	--	--	--	--	--	--
reson	--	0.07 (0.02)	-0.32 (0.06)	-0.30 (0.06)	-0.04 (0.03)	-0.06 (0.02)	0.15 (0.03)
		3.61	-5.64	-5.34	-1.09	-3.74	4.96
p	--	-0.05 (0.03)	0.33 (0.10)	-0.43 (0.05)	0.04 (0.04)	0.40 (0.09)	-0.04 (0.06)
		-2.02	3.36	-8.18	1.00	4.61	-0.67
h	--	0.05 (0.01)	-0.11 (0.03)	-0.16 (0.03)	-0.01 (0.01)	0.09 (0.02)	0.19 (0.02)

		4.68	-3.70	-5.47	-0.88	3.83	9.53
alcoh	--	0.10	-0.09	0.12	-0.01	-0.44	0.41
		(0.02)	(0.02)	(0.02)	(0.01)	(0.05)	(0.10)
		3.90	-5.50	4.88	-1.06	-8.04	4.32
smok	--	-0.11	0.11	0.28	0.01	-0.32	-0.47
		(0.02)	(0.02)	(0.05)	(0.01)	(0.08)	(0.05)
		-5.04	4.75	5.02	1.05	-3.99	-9.97



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข.
รูปตัวอย่างลักษณะผู้สูงอายุ



ตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลตากสิน



ตัวอย่างผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลหนองจอก

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายรุจิโรจน์ ไบมาก เกิดเมื่อวันที่ 20 มกราคม พ.ศ.2523 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาเภสัชศาสตรบัณฑิต จาก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2544 จากนั้น เข้ารับราชการ โดยดำรงตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2547



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย