

ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน

นายณัฐ ภูมิพัฒน์ศิริ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาประชากรศาสตร์

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

FACTORS AFFECTING MEDICAL CARE OF WORKING-AGE POPULATION

MR.NATH BHURIBHATSIRI

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Arts Program in Demography

College of Population Studies

Chulalongkorn University

Academic Year 2012

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากร
วัยแรงงาน

โดย

นายณัฐ ฤทธิพัฒนศิริ

สาขาวิชา

ประชากรศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ศาสตราจารย์ ดร. เกื้อ วงศ์บุญสิน

วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทบริหารธุรกิจ

.....คณบดีวิทยาลัยประชากรศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิพรรณ ประจวบเหมาะ)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วิไล วงศ์สืบชาติ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ศาสตราจารย์ ดร. เกื้อ วงศ์บุญสิน)

.....กรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อัจฉรา เอ็นท์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชฎานิสวีร์ กุลรัตนมณีพร)

ณัฐ ภูมิพัฒนศิริ : ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน
(FACTORS AFFECTING MEDICAL CARE OF WORKING-AGE POPULATION)

อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ศ.ดร.เกื้อ วงศ์บุญสิน, 92 หน้า

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา (1) วิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน และ (2) ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรในวัยแรงงาน และ (3) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลกับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน โดยใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งเก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกในครัวเรือน การวิจัยครั้งนี้เลือกศึกษาเฉพาะประชากรอายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี ที่มีอาการป่วยในช่วง 1 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์ มีจำนวนตัวอย่างที่ถ่วงน้ำหนักแล้วทั้งสิ้น 6,524 คน ผลการศึกษาวิธีการรักษาพยาบาล พบว่าตัวอย่างเลือกวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ร้อยละ 63.7 เลือกวิธีซื้อยากินเอง ร้อยละ 27.1 ไม่รักษา ร้อยละ 8.5 และซื้อยากินเอง ร้อยละ 0.7

จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า ตัวแปรจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ภาคโรคประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง สาเหตุการเจ็บป่วย และจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของวิธีการรักษาพยาบาลได้ร้อยละ 37.5 นอกจากนี้ผลการศึกษาการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน พบว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ หรือรัฐวิสาหกิจ เลือกใช้สวัสดิการที่ตนได้รับในสัดส่วนมากที่สุด เท่ากับร้อยละ 60.2 สาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เลือกไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล คือ การเจ็บป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย

สาขาวิชา.....ประชากรศาสตร์.....ลายมือชื่อนิสิต.....

ปีการศึกษา 2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

5286855051: MAJOR DEMOGRAPHY

KEYWORD: MEDICAL CARE/ POPULATION/ SICKNESS/ WELFARE

NATH BHURIBHATSIRI: FACTORS AFFECTING MEDICAL CARE OF WORKING-AGE POPULATION. ADVISOR: PROF. KUA WONGBOONSIN, Ph.D., 92 pp

This research aimed to study (1) medical care of working-age population, (2) factors affecting their medical care and (3) the relationship between medical care and welfare of the working-age population. It relied upon data based on "Health and Welfare Survey 2009" conducted by the Thai National Statistical Office. This survey interview with household heads or household members. This research covered 6,524 weighted cases of people aged between 15 to 59 years who were ill during a prior to the interview month. Results revealed that approximately 63.7% of the working-age population under investigation relied upon modern medical care while approximately 27.1% preferred self-medication.

A multinomial logistic regression analysis revealed these factors to significantly relate to the choice of medical care: number of household members, region in which they live, underlying disease, perception of their health status, cause of illness, and number of days off routine. All independent variables contribute one another to explain the variation of medical treatment at 37.5%. There were 60.2% of these population who under a government or state enterprise welfare system who depended on the welfare. The most important reason for not to doing so is their minor illness.

Field of Study: Demography Student's Signature

Academic Year: 2012 Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสามารถและความช่วยเหลือของศาสตราจารย์ เกื้อ วงศ์บุญสิน อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่กรุณาสละเวลาอันมีค่ายิ่งให้คำแนะนำและแนวคิดต่าง ๆ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์เสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ไว้ ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วิไล วงศ์สีปชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์อัฉรา เอ็นซ์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชฎานิศวรร กุลรัตนมณีพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ซึ่งเป็นผู้ทรงคุณวุฒิจาก คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ที่กรุณาช่วยเหลือ ให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้ด้วย

ขอขอบพระคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ได้อนุเคราะห์ให้ใช้ข้อมูลโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 ขอขอบพระคุณ คุณพลากร ดวงเกตุ และคุณนงลักษณ์ ทองโต ที่ช่วยเหลือและให้คำแนะนำในเรื่องของข้อมูลที่ใช้สำหรับการวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งคำแนะนำและความรู้ทางด้านสถิติและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการวิเคราะห์และประมวลผลข้อมูล

ขอขอบคุณ คุณวิภา นาโค คุณพรทิพย์ โสภณ คุณวิษณุ ญาณเนตร ที่กรุณาช่วยเหลือและติดต่อประสานงานในด้านต่าง ๆ ระหว่างการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์

ท้ายที่สุดนี้ ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อ คุณแม่ เป็นอย่างสูงที่คอยเป็นกำลังใจสนับสนุนและส่งเสริมให้ฝึกฝนในการศึกษามาโดยตลอด ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ทุกคนที่คอยให้คำปรึกษา ความช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้ผู้วิจัยตลอดมา จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา.....	2
1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี.....	3
1.4 กรอบแนวคิดการศึกษา.....	11
1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
1.6 สมมติฐานการศึกษา.....	21
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	22
บทที่ 2 ระเบียบวิธีวิจัยและลักษณะทั่วไปของข้อมูล.....	23
2.1 ที่มาข้อมูล.....	23
2.2 การเลือกตัวอย่าง.....	24
2.3 ขอบเขตการศึกษา.....	26
2.4 ข้อตกลงเบื้องต้น.....	26
2.5 การเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	26
2.6 นิยามศัพท์.....	26
2.7 นิยามตัวแปร.....	28
2.8 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	33
2.9 ลักษณะทั่วไปของข้อมูล.....	34

บทที่ 3 ผลการศึกษาวิธีรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน.....	41
3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากร วัยแรงงาน กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการ รับการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้วยวิธีวิเคราะห์แบบตารางไขว้...	41
3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถ ในการรับการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่มีผลต่อวิธีรักษาพยาบาล ของประชากรวัยแรงงาน ด้วยวิธีสหสัมพันธ์.....	51
3.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถ ในการรับการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่มีผลต่อวิธีรักษาพยาบาล ของประชากรวัยแรงงาน การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก.....	53
บทที่ 4 การใช้สถิติการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน.....	64
4.1 การศึกษาการใช้สถิติการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน.....	64
4.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สถิติการค่ารักษาพยาบาลของประชากร วัยแรงงานกับวิธีการรักษาพยาบาล.....	66
4.3 การศึกษาสาเหตุที่ไม่ใช้สถิติการค่ารักษาพยาบาล.....	68
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ.....	71
5.1 สรุปผลการศึกษา.....	72
5.2 ข้อเสนอแนะ.....	77
รายการอ้างอิง.....	80
ภาคผนวก.....	86
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	92

สารบัญญัตินำ

ตารางที่		หน้า
1	จำนวนชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง.....	24
2	จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง.....	25
3	ร้อยละของตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี ที่เจ็บป่วยในช่วง 1 เดือน ก่อนสัมภาษณ์ จำแนกตามปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถ ในการรับการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วย.....	38
4	การกระจายร้อยละวิธีการรักษาพยาบาลของตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี ที่เจ็บป่วยในช่วง 1 สัปดาห์ก่อนสัมภาษณ์ จำแนกตามปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วย..	47
5	เมตริกซ์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ใช้ในการศึกษา.....	52
6	การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression) ของวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน เปรียบเทียบระหว่าง การไม่ได้รับการรักษา กับการซื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน ที่สัมพันธ์ กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วย.....	62
7	การกระจายร้อยละของการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ของประชากรวัยแรงงาน ที่เจ็บป่วยครั้งสุดท้ายก่อนสัมภาษณ์ 1 เดือน.....	64
8	การกระจายร้อยละของการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ที่ได้รับเพื่อการรักษา พยาบาลเมื่อเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายก่อนสัมภาษณ์ 1 เดือน ของประชากรวัยแรงงาน..	65
9	การกระจายร้อยละของการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายก่อนสัมภาษณ์ 1 เดือน จำแนกการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ของประชากรวัยแรงงาน.....	67

- 10 การกระจายร้อยละสาเหตุที่ไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับเพื่อการ
รักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย กับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของ
ประชากรวัยแรงงาน..... 69
- 11 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการ
รับการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กับวิธีรักษาพยาบาลของประชากร
วัยแรงงาน ด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก..... 76

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประชากรเป็นทรัพยากรที่มีสำคัญสูงสุดในการขับเคลื่อนเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรที่มีช่วงอายุ 15 ถึง 59 ปี ซึ่งจัดอยู่ในวัยแรงงาน มีความสำคัญใน ด้านการทำงาน การเพิ่มผลผลิตและการนำรายได้มาสู่ประเทศ(เกื้อ วงศ์บุญสิน, 2547) ทั้งนี้ ประเทศไทยมีประชากรวัยแรงงานมากกว่าวัยอื่น จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ.2553 พบว่ามีประชากรวัยแรงงานคิดเป็นร้อยละ 68.4 ของประชากรไทยทั้งหมด (สำนักนโยบายและ ยุทธศาสตร์, 2554) นอกจากประชากรวัยแรงงานจะเป็นกำลังสำคัญในด้านการผลิตทางเศรษฐกิจ แล้ว ยังมีความสำคัญในด้านภาระเกื้อกูลเด็กและผู้สูงอายุ เพราะฉะนั้นคุณภาพชีวิตของประชากร วัยแรงงานควรได้รับการส่งเสริมทั้งด้านคุณภาพชีวิต ด้านการศึกษาและด้านสุขภาพ เพราะหาก ประชากรวัยนี้มีปัญหาสุขภาพ ที่เกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ ย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนา ของชาติโดยรวม

ประชากรวัยแรงงานมีโอกาสประสบกับปัญหาสุขภาพในหลายด้าน เช่น โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ โรคที่เกิดจากพฤติกรรม โดยเฉพาะการสูบบุหรี่ ดื่มสุรา อีกทั้งวัยแรงงานยังประสบ ปัญหาสุขภาพที่มีสาเหตุมาจากการทำงานอยู่เสมอ ทั้งนี้จากสถิติของสำนักงานประกันสังคม พ.ศ.2553 พบว่ามีวัยแรงงานประสบอันตรายเนื่องจากการทำงาน เป็นจำนวนทั้งสิ้น 145,690 ราย โดยแบ่งผู้เสียชีวิตจำนวน 607 ราย ทูพพลภาพจำนวน 11 ราย สูญเสียอวัยวะบางส่วนจำนวน 2,727 ราย เจ็บป่วยจำเป็นต้องพักรักษาตัวหยุดงานเกิน 3 วัน จำนวน 39,633 ราย และหยุดงาน ไม่เกิน 3 วัน จำนวน 103,312 ราย(สำนักงานประกันสังคม, 2554) จากสถิติของสำนักความ ปลอดภัยแรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน พ.ศ.2552 ได้ชี้ว่าแรงงานประสบกับ อันตรายจากการทำงานด้วยสาเหตุจากวัตถุหรือสิ่งของตัด บาด หรือที่มแทงอวัยวะต่าง ๆ มาก ที่สุด(สำนักงานความปลอดภัยแรงงาน, 2553) ประชากรวัยแรงงานที่มีอายุมากขึ้นจะเริ่มมีปัญหา สุขภาพเนื่องจากการเสื่อมถอยของร่างกาย หากไม่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพ หรือดูแลตนเองที่ดี อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง(กุศล สุนทรธาดา, 2550) เช่น โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน จากสถิติของกระทรวงสาธารณสุข พบว่า ปี พ.ศ.2551 คนไทยป่วยด้วยโรค ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและโรคเบาหวาน เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2550 คิดเป็นร้อยละ 10.6 ร้อยละ

9.0 และ ร้อยละ 3.9 ตามลำดับ(สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2554) และผู้ป่วยมักไม่รู้ตัวว่าป่วย จะรู้ก็ต่อเมื่อแสดงอาการแล้ว(โรงพยาบาลสมิติเวช, 2552) ซึ่งทำให้ต้องใช้การรักษาที่ยุ่งยากมากขึ้น และเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนวัยแรงงาน โดยการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและให้การดูแลสุขภาพอย่างดีและทั่วถึง ซึ่งการดูแลสุขภาพตนเองของประชากรแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพส่งเสริมสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ 2) การรู้จักป้องกันตนเองจากโรคและอันตรายอื่นๆ 3) การรักษาอย่างถูกต้องเมื่อเกิดการเจ็บป่วย 4) การฟื้นฟูสุขภาพให้กลับสู่ภาวะปกติ หากประชากรเกิดการเจ็บป่วยแล้วก็จะเลือกวิธีการรักษาเพื่อบรรเทาหรือทำให้หายขาดจากอาการเจ็บป่วยนั้น วิธีการรักษาพยาบาลที่ปรากฏในสังคมไทยมีอยู่หลายรูปแบบ เช่น การรักษาแบบแผนปัจจุบันที่สถานพยาบาลของรัฐบาลหรือของเอกชน การรักษาแบบแผนโบราณ การซื้อยากินเอง รวมไปถึงการไม่รักษา การเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับเหตุผล ความเชื่อ ค่านิยม สังคมที่แตกต่างกัน ซึ่งการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลจะสามารถสะท้อนให้เห็นถึงพฤติกรรมที่แตกต่างกันเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ทั้งนี้จากสภาพปัญหาสุขภาพอนามัยการเจ็บป่วยในปัจจุบันของประชากร มิใช่ปัญหาที่เกี่ยวกับโรคเพียงอย่างเดียวแต่เกี่ยวข้องกับปัจจัยอื่น ๆ อาทิโครงสร้างประชากร ที่อยู่อาศัย การศึกษา ความมั่นคงทางสังคม ความสัมพันธ์ในสังคม อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง การใช้ทรัพยากรแบบยั่งยืน ความเป็นธรรมในสังคม การเคารพสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาค เศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมืองนโยบายของประเทศ สันติภาพ ซึ่งจัดเป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพอีกอย่างหนึ่งของคนไทย (ลักขณา เต็มศิริชัย, 2541) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นควรศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน และปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน เพื่อใช้เป็นแนวทางให้รัฐบาลรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับวิธีการและการเลือกใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน และใช้เป็นแนวทางในการวิจัยเพิ่มเติมต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ในการศึกษา

1. เพื่อศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลกับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน

1.3 แนวคิดเชิงทฤษฎี

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิธีการรักษายาบาลของประชากรวัยแรงงาน และปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษายาบาลของประชากรในวัยแรงงาน รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษายาบาลกับสวัสดิการค่ารักษายาบาลของประชากรวัยแรงงาน ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการรักษายาบาล และแนวคิดเกี่ยวกับตัวกำหนดวิธีการรักษายาบาล (รัชนี เมธาวิกุลชัย, 2545) เพื่อนำมาเป็นพื้นฐานในการกำหนดกรอบแนวคิดและเป็นแนวทางในการศึกษา ดังนี้

1.3.1 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก ได้นิยามไว้ว่า "สุขภาพ หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และปัญญา มิใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น" ¹ ทั้งนี้สุขภาวะที่สมบูรณ์ในทุกๆ ด้าน สามารถสะท้อนถึงสุขภาพองค์รวมของบุคคล ที่เกื้อหนุนและเชื่อมโยงกันทั้ง 4 มิติ นำมาสู่กรอบแนวคิดของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) คือ "คนไทยมีสุขภาวะยั่งยืน หมายถึง คนไทยมีสุขภาวะดีครบทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ กาย จิต สังคม และปัญญา" มีรายละเอียดดังนี้

- 1) สุขภาวะทางกาย หมายถึง การมีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง รวมถึงมีเศรษฐกิจพอเพียง มีสิ่งแวดล้อมที่ดี และไม่มีอุบัติเหตุ เป็นต้น
- 2) สุขภาวะทางจิต หมายถึง จิตใจที่เป็นสุข ผ่อนคลาย ไม่เครียด คล่องแคล่ว มีความเมตตา กรุณา มีสติ และมีสมาธิ เป็นต้น
- 3) สุขภาวะทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดีในครอบครัว ในชุมชน ในที่ทำงาน ในสังคม หรือในโลก รวมถึงการมีบริการทางสังคมที่ดีและมีสันติภาพ เป็นต้น
- 4) สุขภาวะทางปัญญา หรือทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความสุขอันประเสริฐที่เกิดจากมีจิตใจสูง สามารถเข้าถึงความจริงของโลกทั้งหมด ลด ละ ความเห็นแก่ตัว มุ่งเข้าถึงสิ่งสูงสุด ซึ่งหมายถึงพระนิพพาน หรือพระผู้เป็นเจ้าหรือความดีสูงสุด สุดแล้วแต่ความเชื่อที่แตกต่างกันของแต่ละบุคคล

ความหมายของสุขภาวะทั้ง 4 ด้าน สุขภาวะทางกายและสุขภาวะทางจิต เป็นสุขภาพที่ทำให้ความเข้าใจได้ง่าย หากมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นก็สามารถสังเกตเห็นได้ สำหรับสุขภาวะทางสังคม เป็นการแสดงออกร่วมกันของสังคม ซึ่งต้องทำความเข้าใจและยอมรับร่วมกันของ

¹ ตามนิยาม "สุขภาพ" ขององค์การอนามัยโลก และ พ.ร.บ.สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550

ทั้งสังคม และสุดท้ายคือ สุขภาวะทางปัญญา เป็นสุขภาพที่ทำความเข้าใจได้ยากและเป็นสุขภาวะ
ขั้นสูงสุดของสุขภาพองค์รวม

1.3.2 แนวคิดเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาลจะเกิดขึ้นได้เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วย ทั้งนี้ตามทฤษฎีทางระบาด
วิทยา (epidemiology) ได้กล่าวไว้ว่า การเจ็บป่วยของบุคคลเกิดขึ้นจากความไม่สมดุลของปัจจัย
หลัก 3 ประการด้วยกัน ได้แก่ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (agent) มนุษย์ (host) และสิ่งแวดล้อม
(environment) ที่เป็นสื่อกลางทำให้เกิดโรคสู่มนุษย์ เมื่อใดก็ตามที่เกิดความไม่สมดุลกันระหว่าง
ปัจจัยหลักทั้ง 3 ประการ หรือมีองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งเปลี่ยนแปลงไป ทำให้มีโอกาส
เกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นได้ เช่น สิ่งที่ทำให้เกิดโรคมีความแข็งแกร่งมากขึ้นกว่าเดิม หรือ มนุษย์มี
ความอ่อนแอ อันมีสาเหตุมาจากอายุ อาชีพ ลักษณะการทำงาน รวมไปถึงวิธีการดำเนินชีวิตที่ง่าย
ต่อการเกิดโรค หรือสิ่งแวดล้อมอยู่ในสภาพที่เปิดโอกาสให้มีการแพร่ระบาดของโรคได้ง่าย (สันต
เศริมศรี, 2525: 138-139; เพ็ญศรี พิชัยสนธิ, 2531: 53) เมื่อการเจ็บป่วยเกิดขึ้นแล้ว บุคคลจะ
แสวงหาวิธีการรักษา การเลือกวิธีการรักษาพยาบาลจึงเป็นกระบวนการสำคัญประการหนึ่ง เพื่อ
ตอบสนองต่อความเจ็บป่วย และจัดการกับภาวะเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ผ่านกระบวนการคิดตัดสินใจ
ซึ่งเป็นกระบวนการที่มีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

Chrisman (1977: 351-377) ได้กล่าวว่า การแสวงหาการรักษาเยียวยา จะเริ่มต้น
เมื่อบุคคลเริ่มมีความรู้สึกผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง และเริ่มปรากฏอาการ บุคคลจะพิจารณาความ
ผิดปกติที่มีอาการให้รับรู้ได้นั้น และตีความว่าเป็นความผิดปกตินั้นเป็นความเจ็บป่วยใช่หรือไม่
เป็นความเจ็บป่วยแบบใด และมีสาเหตุมาจากอะไร ในช่วงนี้หากบุคคลพิจารณาแล้วว่าตนเองมี
การเจ็บป่วย บุคคลจะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทและกิจวัตรประจำวันของตนเอง จากนั้นจึง
ตัดสินใจกระทำอย่างใดอย่างหนึ่งกับอาการนั้น สอดคล้องกับ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2530: 169) ที่
ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วย หมายถึง การปฏิบัติตนของบุคคลเมื่อเจ็บป่วยหรืออยู่
ในสภาวะสุขภาพผิดปกติ ซึ่งจะรวมถึงการไปรับการรักษาพยาบาลด้วย

นอกจากนี้ กุศล สุนทรธาดา และ วรชัย ทองไทย (2539: 5) ได้ให้ความหมายของ
“การแสวงหาการรักษาพยาบาล” ซึ่งเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยอย่างหนึ่งว่า เป็น
การปฏิบัติที่บุคคลกระทำเพื่อสนองตอบต่อความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกายของแต่ละบุคคล ซึ่ง
บุคคลนั้นได้เชื่อว่าความผิดปกตินั้นเป็นอาการเจ็บป่วย ทั้งนี้ Kleinman (1980: 50) ได้ให้คำนิยาม
ของ “การแสวงหาการรักษาพยาบาล” ไว้ว่า คือกลวิธีที่บุคคลใช้ในการประเมินและตัดสินใจที่จะ

เลือกใช้แหล่งหรือวิธีจัดการกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมปรับตัวของมนุษย์อย่างหนึ่ง และเป็นพฤติกรรมที่มีเหตุผลสะท้อนมาจากการที่บุคคลรับรู้และตีความอาการผิดปกติของตนเอง สอดคล้องกับ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (2533:14-25) ซึ่งได้กล่าวว่า “การแสวงหาการรักษาพยาบาล” เป็นการตัดสินใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาอาการนั้นๆว่าจะรักษาอย่างไร หรือแสวงหาคำแนะนำจากผู้อื่นอย่างไร รวมถึงการปรึกษาหารือกันในเครือข่ายทางสังคม การใช้บริการสาธารณสุขและบริการรักษาอื่นๆ ซึ่งเป็นวิถีทางสังคมและวัฒนธรรมที่ปรากฏให้เห็นได้ในทุก ๆ สังคม

จากความหมายที่กล่าวมาทั้งหมดข้างต้น จึงสามารถสรุปได้ว่า “การแสวงหาการรักษาพยาบาล” เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยที่บุคคลกระทำเพื่อสนองตอบต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

เมื่อบุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยแล้ว บุคคลนั้นอาจรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเองหรือไม่รับรู้ก็ได้ ทั้งนี้เพราะในหลายกรณี การรับรู้ถึงอาการเจ็บป่วยของตนเอง หรือการรับรู้ระดับความเจ็บป่วย ขึ้นอยู่กับความเชื่อตามวัฒนธรรมที่บุคคลนั้นได้รับการอบรมหรือจากการปลูกฝัง การรับรู้ว่ามีอาการป่วยเพียงอย่างเดียววันนั้น อาจไม่เพียงพอที่จะบ่งชี้ได้ว่า บุคคลนั้นจะมีพฤติกรรมในการรักษาพยาบาลหรือการแสวงหาการรักษาพยาบาลอย่างไร เนื่องจากการป่วยบางชนิดที่เกิดขึ้นแล้วเพียงแต่ปล่อยไว้โดยไม่รักษาก็สามารถหายเองได้ ทำให้บุคคลนั้นอาจไม่ให้ความสนใจในการรักษา หากรู้หรือวินิจฉัยโดยประสบการณ์ของตนเองว่าอาการป่วยนั้นไม่รุนแรงและไม่อันตราย ตามที่ Suchman (1972: 145-147) ได้สรุปขั้นตอนของพฤติกรรมในการแสวงหาการรักษาพยาบาลไว้ 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อบุคคลรู้สึกว่าจะเกิดสิ่งผิดปกติขึ้นกับร่างกายของตนเอง ก็จะอาศัยการสังเกตอาการจากประสบการณ์ของตนเองที่มีในอดีต เพื่อวินิจฉัยความผิดปกตินั้น และตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเอง ซึ่งอาจมีการปฏิบัติตนเพื่อให้หายจากอาการนั้น หรืออาจประวิงเวลาเพื่อรอดูระดับความรุนแรงของความผิดปกติที่เกิดขึ้น หากว่าอาการไม่ทุเลาลงก็จะเข้าสู่ขั้นตอนต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 บุคคลยอมรับว่าตนเองมีอาการเจ็บป่วย ในขั้นนี้บุคคลจะปรึกษาญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลใกล้ชิด แต่ยังไม่ไปรับการรักษา

ขั้นตอนที่ 3 บุคคลตัดสินใจไปรับการรักษาจากผู้ให้การบำบัดรักษา ในขั้นตอนนี้ผู้ป่วยต้องการได้รับการวินิจฉัยและรักษาให้หาย ผู้ป่วยบางรายยอมรับการรักษาทันทีหลังการ

วินิจฉัยเพื่อให้หายขาดโดยเร็ว ในขณะที่ผู้ป่วยบางรายอาจไม่ยอมรับการรักษาทันทีแต่จะพยายามแสวงหาวิธีการรักษาที่ตนเองพอใจ

ขั้นตอนที่ 4 คือ การเข้าสู่บทบาทการเป็นผู้ป่วย โดยผู้ป่วยจะยอมอยู่ในความดูแลของผู้บำบัดรักษาและปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย อาจต้องนอนพักรักษาตัวในสถานพยาบาล

ขั้นตอนที่ 5 คือ การฟื้นจากความเจ็บป่วย หรือขั้นตอนการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็นขั้นสิ้นสุดของการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาล ขั้นนี้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากผู้บำบัดรักษาว่าหายเป็นปกติ สำหรับผู้ป่วยบางโรคเมื่อรักษาหายแล้วก็สามารถกลับบ้านได้ แต่บางรายต้องยอมรับสภาพการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งต้องอาศัยระยะเวลาในการรักษาพยาบาล

Suchman (1972) กล่าวว่า ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในสังคมที่ได้รับการพัฒนาแล้ว จะมีอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายด้วยโรคเรื้อรังประเภทไม่ติดเชื้อสูงขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น โอกาสในการรักษา กลุ่มโรคดังกล่าวให้หายขาดนั้นมีน้อย สภาพดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยบางคนต้องการพักในสถานพักฟื้น เพื่อรักษาตัวอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สุขภาพกลับคืนสู่สภาพปกติ

ขั้นตอนการแสวงหาการรักษาพยาบาลที่กล่าวมานั้น ไม่จำเป็นว่าผู้ป่วยทุกรายจะต้องมีครบทุกขั้นตอน ผู้ป่วยบางคนอาจเริ่มจากขั้นแรกไปสู่การยอมรับการเป็นผู้ป่วย หรืออาจมีการข้ามขั้นตอนเลยก็ได้ การเลือกใช้วิธีการรักษาเพื่อบรรเทาหรือสิ้นสุดความเจ็บป่วยของบุคคลในขั้นตอนใดๆ นั้นจึงขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง

การรักษาการเจ็บป่วยของบุคคลโดยทั่วไปมีหลายแบบ เช่น การรักษาด้วยตนเอง ซื่อยากินเองจากร้านขายยา รวมถึงกองทุนยาประจำหมู่บ้าน หมอพื้นบ้าน หมอแผนโบราณ รวมไปถึงหมอนวด ไสยศาสตร์ หมอฉีดยา สถานื่อนามัย คลินิก และโรงพยาบาล (ลือชัย ศรีเงินยวง และ ปรีชา อุปโยคิน, 2533: 65-82; ระจิตร ชาศรีวงนิษฐ์, 2545: 6; Chrisman, 1977: 351-377; Kleinman ,1980: 50-72) หากพิจารณาตามรูปแบบของการรักษาพยาบาลก็สามารถจำแนกได้หลายแบบ ดังนี้

- 1) จำแนกตามลักษณะขององค์กร ได้แก่ สถานบริการของรัฐและเอกชน
- 2) จำแนกตามผู้ให้การบำบัดรักษา ได้แก่ ผู้ให้การบำบัดรักษาที่เป็นแพทย์และผู้ที่ไม่ใช่แพทย์

3) จำแนกตามวิธีการรักษาพยาบาล แบ่งอย่างกว้าง ๆ ออกเป็น 3 วิธีด้วยกัน ได้แก่ การรักษาด้วยตนเอง การรักษาแบบแผนโบราณ และการรักษาแบบแผนปัจจุบัน (พิมพัลย์ บุญมงคล และ สุพจน์ เต๋นดวง, 2538:28; Kleinman, 1980: 49-60) ซึ่งพอสรุปได้ดังนี้

ก. การรักษาด้วยตนเอง เป็นวิธีการดูแลสุขภาพของบุคคลที่ปรากฏในทุกสังคม เป็นระบบการรักษาที่ใหญ่ที่สุด ประกอบด้วยบุคคล ครอบครัว เครือข่ายทางสังคมและชุมชน (ทวิทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533: 14-17) ซึ่งวิธีการรักษาด้วยตนเองนี้ไม่มีความเป็นวิชาชีพหรือความเชี่ยวชาญเป็นการเฉพาะ แต่มักเป็นวิธีแรกที่บุคคลเลือกใช้เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย โดยเริ่มจากการที่บุคคลรับรู้ถึงอาการผิดปกติว่าเป็นความเจ็บป่วยและเริ่มรักษาตนเอง เกิดขึ้นภายใต้บริบทของครอบครัว เช่น การไม่รักษาหรือรอดูอาการ การซื้อยามากินเอง การงัดรับประทานอาหารบางชนิด การออกกำลังกาย การทำงานน้อยลง รวมถึงการขอคำปรึกษาจากบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน ญาติ และบุคคลอื่นๆ ซึ่งการตัดสินใจจัดการรักษาความเจ็บป่วยนี้ขึ้นอยู่กับ การให้ความหมายเกี่ยวกับความเจ็บป่วย โดยใช้พื้นฐานจากความรู้ ประสบการณ์ ความเชื่อที่ถ่ายทอดกันมาในสังคมวัฒนธรรมของตน

ข. การรักษาแบบแผนโบราณ เป็นวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์ท้องถิ่น ซึ่งการรักษาแบบนี้ไม่มีความเป็นวิชาชีพหรือวิชาการ แต่เป็นการรักษาโรคตามรูปแบบของประสบการณ์ของชุมชนที่มีการคิดค้น พัฒนาและถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษ โดยมีความหลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละสังคมวัฒนธรรมและกลุ่มชาติพันธุ์ วิธีการวินิจฉัยและรักษาโรคจึงมีพื้นฐานอยู่บนความเชื่อทั้งที่เป็นวิทยาศาสตร์ ศาสนาและไสยศาสตร์ (เสาวภา พรศิริพงษ์, 2538: 33) ซึ่งใกล้เคียงกับการรักษาด้วยตนเอง แต่มีหมอปั่นบ้านทำหน้าที่เป็นผู้รักษาพยาบาล เช่น หมอสมุนไพรร หมอนวด บุคลากรเหล่านี้อาจทำการรักษาเป็นครั้งคราวหรือทำเป็นรายได้พิเศษ ซึ่งหากจำแนกบนพื้นฐานทางภูมิศาสตร์และวัฒนธรรม สามารถจำแนกออกเป็น 2 ส่วน (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538:243-244) คือ

(1) การแพทย์แผนไทย (Thai traditional medicine) หรือ การแพทย์แผนโบราณ เป็นระบบการรักษาโรคแบบดั้งเดิมของไทย ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของความรู้ในการตรวจ วินิจฉัย ป้องกัน และบำบัดความไม่สมดุลของร่างกายและจิตใจ รวมถึงการเตรียมการผลิตยาแผนไทย ประดิษฐ์อุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ มีการใช้ทฤษฎีการแพทย์ที่มีแบบแผน มีการสืบต่อความรู้และประสบการณ์โดยการถ่ายทอดกันมาจากบรรพบุรุษบันทึกไว้ในคัมภีร์หรือตำราแบบเก่า และวิธีบอกเล่า ส่วนหนึ่งของการแพทย์แผนไทยนี้ได้สังเคราะห์มาจากการแพทย์พื้นบ้าน

(2) การแพทย์พื้นบ้าน (Folk medicine) เป็นการดูแลสุขภาพที่มีมาแต่ดั้งเดิมพร้อม ๆ กับการกำเนิดของชาติไทย เกิดจากการเรียนรู้ธรรมชาติ ลองผิดลองถูกและจดจำบอกเล่าสืบต่อกันมาในแต่ละพื้นที่ จนเป็นระบบการแพทย์ท้องถิ่น (local medical system) ที่มีการสั่งสมและถ่ายทอดกันในชุมชนเฉพาะท้องถิ่น มีความหลายหลากแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมทางธรรมชาติ ทางสังคม และวัฒนธรรมของท้องถิ่นนั้นๆ ไม่มีการบันทึกองค์ความรู้ไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

ค. การรักษาแบบแผนปัจจุบัน เป็นวิธีรักษาพยาบาลด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันตามหลักวิทยาศาสตร์ เป็นรูปแบบการรักษาที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐทั้งในด้านงบประมาณ การกำหนดนโยบายเป้าหมาย ซึ่งรัฐอาจเป็นผู้ให้บริการเองหรือเอกชนเป็นผู้ให้บริการ แต่อยู่ภายใต้การควบคุมของรัฐ (สถิตย์ ยะสะกะ, 2539: 12-13) ผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาต้องมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ และมีระบบการศึกษาสถาบันทางด้านวิชาการ รวมถึงมีบริการที่ชัดเจน ซึ่งได้แก่ คลินิก โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1.3.3 ตัวกำหนดวิธีรักษาพยาบาล

จากแนวคิดการแสวงหาการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นพฤติกรรมที่บุคคลสามารถใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งถูกกำหนดด้วยปัจจัยต่างๆ โดยตัวบุคคลเป็นปัจจัยหลักที่มีความสำคัญต่อการรักษาพยาบาลเมื่อเกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากเป็นบุคคลแรกที่เริ่มรู้ถึงสัญญาณแห่งความเจ็บป่วย เป็นผู้ตัดสินใจเลือกรับการรักษาพยาบาล และเลือกวิธีการรักษาพยาบาล

Silpasuwan (1989) ได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของประชากรไทย โดยสรุปว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสุขภาพของบุคคลประกอบไปด้วย

1) คุณลักษณะของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ซึ่งสามารถสะท้อนให้เห็นลักษณะวงจรชีวิตครอบครัว ตลอดจนพฤติกรรมการใช้บริการสุขภาพของสมาชิกในครอบครัวแต่ละครอบครัวที่แตกต่างกัน

2) ลักษณะเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นปัจจัยย่อย ๆ ได้ 2 กลุ่ม ดังนี้

ก. ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพให้เหมาะสมสำหรับตน ได้แก่ การศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถสะท้อนถึงสถานภาพของบุคคลในสังคม

ข. ปัจจัยกำหนดความสามารถในการเข้าถึงบริการหรือความสามารถในการใช้บริการสุขภาพในการดูแลรักษาสุขภาพ ได้แก่ รายได้ การประกันสุขภาพหรือสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เป็นต้น

Mosley and Manju (2002) ได้ปรับปรุงแนวคิดของ Mosley and Chen (1983) เกี่ยวกับตัวกำหนดใกล้ขีดของภาวะเจริญพันธุ์ตั้งแต่เดิมใช้ศึกษาถึงปัจจัยกำหนดภาวะเจ็บป่วยและการตายของเด็กในประเทศกำลังพัฒนา ให้สามารถนำมาใช้ศึกษาภาวะเจ็บป่วยและการตายในประชากรกลุ่มอื่นๆ ด้วย ตามกรอบแนวคิดดังกล่าว ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นปัจจัยที่มีผลทางอ้อมต่อภาวะเจ็บป่วยและการตายของประชากร โดยส่งผ่านตัวแปรแทรกกลางหรือตัวกำหนดใกล้ขีด ซึ่งเป็นปัจจัยด้านชีวสังคมที่มีผลโดยตรงต่อภาวะเจ็บป่วยและการตาย ประกอบไปด้วยตัวแปรหลัก 5 ตัว ได้แก่

- 1) การควบคุมการเจ็บป่วยของแต่ละบุคคล ซึ่งได้แก่ การป้องกันโรค และการรักษาพยาบาล เป็นต้น
- 2) พฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย สุขนิสัย การสูบบุหรี่ ดื่มสุรา และพฤติกรรมทางเพศ เป็นต้น
- 3) สภาพแวดล้อม คือ สภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือการแพร่กระจาย สารเคมี สารอันตรายต่างๆ หรือสภาพแวดล้อมในการทำงานที่เสี่ยงอันตราย
- 4) การขาดสารอาหาร เช่น แคลอรี โปรตีน วิตามิน เกลือแร่ เป็นต้น
- 5) การบาดเจ็บ ทั้งการบาดเจ็บที่มีสาเหตุมาจากความรุนแรงต่างๆ ที่ตั้งใจ และจากอุบัติเหตุ

จะเห็นได้ว่าการควบคุมการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญและส่งผลโดยตรงต่อภาวะการเจ็บป่วยและการตาย ดังนั้นเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วยขึ้นการรักษาพยาบาลโดยวิธีใดวิธีหนึ่ง จึงเข้ามามีบทบาทสำคัญในการบรรเทาหรือจัดการเจ็บป่วยนั้นซึ่งหากมีการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลที่เหมาะสมก็จะส่งผลให้บุคคลกลับมามีสุขภาพดีอีกครั้ง แต่ในทางกลับกันหากไม่ทำการบำบัดรักษา หรือเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลที่ไม่เหมาะสมก็อาจส่งผลให้สูญเสียชีวิตได้

ตามแนวคิดของ Mosley and Manju (2002) ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจและสังคมจะส่งผลโดยตรงต่อการควบคุมการเจ็บป่วย ซึ่งรวมถึงวิธีการรักษาพยาบาลและในท้ายที่สุดจะส่งผลต่อภาวะการเจ็บป่วยและการตาย

นอกจากนี้ Orem (1991: 136-138) ได้นำเสนอแนวคิดที่สอดคล้องกัน กล่าวคือ ปัจจัยส่วนบุคคล และปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา

และอาชีพ เป็นต้น มีผลต่อรูปแบบการดำเนินชีวิต และสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่แตกต่างกัน รวมทั้งยังได้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างสุขภาพหรือการป้องกันโรค เช่น การตรวจร่างกายประจำปีด้วย

แนวคิดของ Anderson and Newman (1973: 75-100) เป็นแนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งกำหนดการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยกล่าวถึงตัวกำหนดการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลที่มีความสัมพันธ์กันทั้ง 3 ประการ คือ ตัวกำหนดทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และตัวกำหนดส่วนบุคคล กล่าวคือ ตัวกำหนดทางสังคมจะมีอิทธิพลต่อตัวกำหนดส่วนบุคคลในสองทางคือ ทางที่หนึ่งเป็นผลโดยตรงต่อตัวกำหนดส่วนบุคคล อีกทางหนึ่งผ่านทางระบบบริการสุขภาพก่อนที่จะมีผลต่อตัวกำหนดส่วนบุคคล ซึ่งตัวกำหนดส่วนบุคคลจะมีอิทธิพลต่อการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลของแต่ละบุคคลในที่สุด

1) ตัวกำหนดทางสังคม เป็นตัวกำหนดที่สำคัญในการกำหนดการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล แบ่งได้เป็น 2 ปัจจัย คือ เทคโนโลยี และบรรทัดฐาน มีรายละเอียดดังนี้

ก. ปัจจัยทางเทคโนโลยี หมายถึง เครื่องมือ วิธีที่แพทย์ใช้ในการรักษา หรือความสามารถของแพทย์ในการรักษาพยาบาลให้ได้ผลดีหรือมีประสิทธิภาพสูงสุดว่ามีมากน้อยเพียงใด

ข. ปัจจัยด้านบรรทัดฐาน มีความหมายครอบคลุมถึงลักษณะทางวัฒนธรรมที่บุคคลในสังคมยึดถือปฏิบัติกันเป็นส่วนใหญ่ ตามความรู้ ความเชื่อ หรือปฏิบัติจนเป็นประเพณีของแต่ละสังคม

2) ระบบบริการสุขภาพ ตัวกำหนดที่เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพประกอบด้วย 2 ส่วนที่สำคัญ ได้แก่

ก. ทรัพยากรที่ให้บริการทางสุขภาพ การพิจารณาถึงทรัพยากรบริการทางสุขภาพจะคำนึงถึงปริมาณและการกระจายของแหล่งบริการสุขภาพในประเทศและสังคมนั้น "ปริมาณ" ในที่นี้ นอกจากจะพิจารณาถึงจำนวนของแหล่งบริการต่อประชากรยังหมายถึงจำนวนเตียงต่อประชากรจำนวนบุคลากรสาธารณสุขต่อประชากรอีกด้วย เช่น จำนวนแพทย์พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแต่อย่างไรก็ตาม การพิจารณาเฉพาะปริมาณเพียงอย่างเดียวยังไม่สามารถแสดงให้เห็นว่า ประชากรจะสามารถเข้าถึงแหล่งบริการนั้นๆ ได้เป็นอย่างดี การกระจายของแหล่งบริการทางสุขภาพในท้องถิ่นที่ห่างไกลก็เป็นปัจจัยที่กำหนดการใช้บริการจากแหล่งบริการทางสุขภาพได้เช่นกัน

ข. รูปแบบขององค์การ จะประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ความสามารถในการเข้าถึงการบริการนั้น และระบบโครงสร้างของการบริการ มีรายละเอียดดังนี้

(1) ความสามารถในการเข้าถึงการบริการ หมายถึง วิธีการที่ผู้ป่วยจะเข้าสู่ระบบบริการสาธารณสุขและสามารถดำเนินการรักษาพยาบาลได้ตลอดการรักษา เช่น การเดินทางไปยังแหล่งรักษาพยาบาลสะดวก ระยะทางไม่ไกล หรือค่ารักษาพยาบาลไม่แพงเกินไปและรวมไปถึง การประกันทางสุขภาพที่ได้รับจากรัฐบาล

(2) ระบบโครงสร้างของการบริการ หมายถึง ระบบบริหารงานของแหล่งบริการ ที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับความพึงพอใจในบริการนั้น เช่น ระบบบริหารบุคคล การทำงาน การให้การบริการพยาบาล เป็นต้น

3) ตัวกำหนดส่วนบุคคล ภายใต้ตัวกำหนดทางสังคมและระบบบริการสุขภาพนั้น ลักษณะส่วนบุคคลมีส่วนเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการเลือกวิธีรักษาพยาบาล โดยมีปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการ ดังนี้

ก. ปัจจัยภูมิหลังของบุคคลหรือลักษณะของบุคคล เป็นปัจจัยที่มีส่วนช่วยส่งเสริมให้มีการเลือกใช้บริการรักษาพยาบาล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ เชื้อชาติ ศาสนา ประสบการณ์เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยในอดีต ความเชื่อต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพและการเจ็บป่วยความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วยต่างๆ

ข. ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษา เป็นปัจจัยที่บ่งบอกหรือเสริมความสามารถของแต่ละบุคคลในการเลือกใช้บริการสุขภาพ ทั้งความสามารถเชิงเศรษฐกิจ และการเข้าถึงบริการ ได้แก่ รายได้ของครอบครัว สวัสดิการหรือการประกันสุขภาพที่ได้รับ และความใกล้ชิดกับแหล่งบริการทางสาธารณสุข

ค. ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญและตัวกำหนดโดยตรงต่อการเลือกวิธีรักษาพยาบาล โดยปัจจัยเกี่ยวกับระดับการเจ็บป่วยนี้ ประกอบด้วย

(1) การรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของบุคคล โดยการประเมินจากระยะเวลาที่ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ หรือตามความรุนแรงของการเจ็บป่วยตามการรับรู้ ซึ่งการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยจะมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของบุคคลที่จะประเมินตามความรู้สึกที่แตกต่างกัน

(2) การวินิจฉัยความเจ็บป่วยโดยแพทย์ หรือบุคลากรทางการแพทย์ด้วยวิธีการทางวิทยาศาสตร์หรือจากอาการแสดงที่บ่งบอกถึงความผิดปกติจากแนวคิดดังกล่าว

การเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล มีตัวกำหนดที่เกี่ยวข้อง 3 ประการ ได้แก่ ตัวกำหนดทางสังคม ระบบบริการสุขภาพ และตัวกำหนดส่วนบุคคลนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้นำมาศึกษาหมดทั้ง 3 ประการ แต่จะมุ่งศึกษาถึงตัวกำหนดส่วนบุคคล เนื่องจากท้ายที่สุดแล้วบุคคลจะเป็นตัวกำหนดโดยตรงในการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล

Kleinman (1980: 50-72) และ Young (1981: 497-507) ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่างๆ มีข้อสรุปตรงกันว่า ชนิดและความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุของโรค ลักษณะส่วนบุคคลต่างๆ ของผู้ป่วย อันได้แก่ เพศ อายุ ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม การศึกษา แหล่งที่อยู่อาศัย รวมทั้งการเข้าถึงปัจจัยภูมิหลังหรือแหล่งบริการสุขภาพที่มีอยู่ เป็นตัวกำหนดสำคัญที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการสุขภาพเพื่อการรักษาอาการเจ็บป่วยนั้น นอกจากนี้ Andersen (1995: 1-10) ที่ได้พัฒนาแนวคิดเกี่ยวกับการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลของบุคคลตั้งแต่ทศวรรษที่ 1960 ก็ได้พิจารณาเสนอแนะถึงการเลือกใช้บริการสุขภาพว่า มีปัจจัยทางประชากร และสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา เป็นต้น เป็นปัจจัยที่ส่งผลการตัดสินใจเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล โดยบุคคลจะประเมินผลลัพธ์จากการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลที่ผ่านมาในอดีต เพื่อปรับให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดในการรักษาพยาบาล

1.4 กรอบแนวคิดการศึกษา

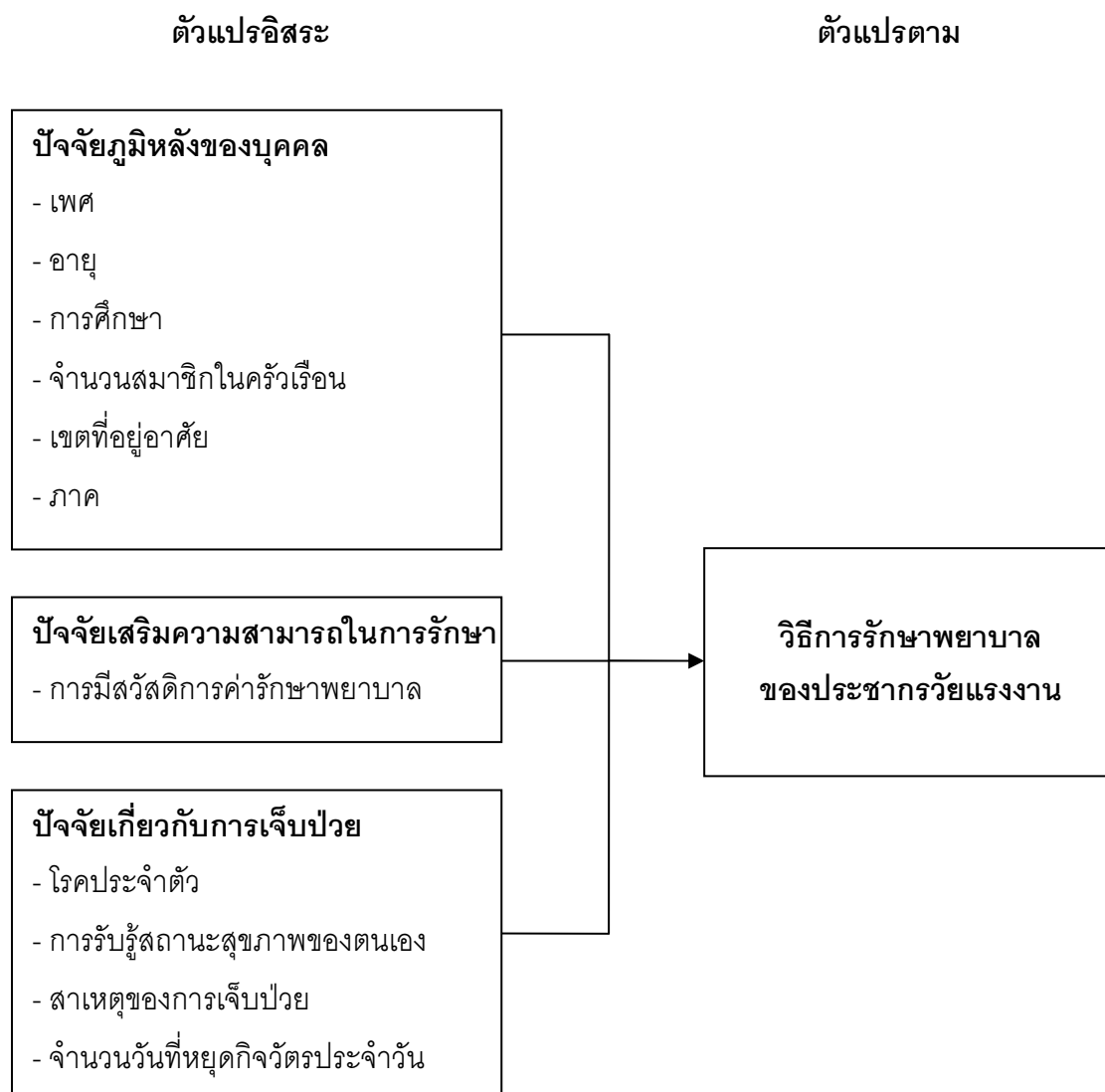
จากการทบทวนแนวคิดเชิงทฤษฎี โดยใช้แนวคิดเชิงทฤษฎีที่ใช้วิเคราะห์ปัจจัยทางสังคมและปัจจัยส่วนบุคคลของ Anderson and Newman (1973: 75-100) ปัจจัยที่กำหนดการเลือกใช้บริการสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ ของ Kleinman (1980: 50-72) และ Young (1981: 497-507) มาสร้างเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน โดยปัจจัยที่นำมาศึกษาคือ

1.4.1 ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และภาค

1.4.2 ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษา ได้แก่ การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1.4.3 ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ได้แก่ โรคประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง สาเหตุของการเจ็บป่วย และจำนวนวันที่หยุดกิจกรรมประจำวัน

แผนภูมิที่ 1 วิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน



1.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล

ปัจจัยภูมิหลังของบุคคลประกอบด้วย 6 ตัวแปร ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และภาค มีรายละเอียดดังนี้

1) เพศ

นอกจาก เพศ จะแสดงถึงความแตกต่างทางสรีระร่างกายตามธรรมชาติของมนุษย์แล้ว ยังสะท้อนให้เห็นถึงความแตกต่างในลักษณะทางสังคม ด้านบทบาทและหน้าที่ของแต่ละเพศ กล่าวคือ ในสังคมไทยนั้น เพศชายได้รับการคาดหวังให้เป็นผู้นำครอบครัว ส่วนเพศหญิงสังคมได้คาดหวังบทบาทของการเป็นแม่ ซึ่งเป็นผู้ดูแลความเป็นระเบียบเรียบร้อยในครอบครัว โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพของตนเองและสมาชิกในครอบครัว ทุกคน เพศหญิงจึงมักจะแสวงหาวิธีการดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงมากกว่าเพศชายอยู่เสมอ (ภัสสร ลิมานนท์, 2544: 5-6) นอกจากนี้การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เพศชายมีอัตราการตายสูงกว่าเพศหญิงในทุกกลุ่มอายุและในทุกพื้นที่ จึงส่งผลให้เพศหญิงมีอายุคาดหมายเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงสามารถดูแลสุขภาพได้ดีกว่าเพศชายโดยเฉพาะอย่างยิ่งในยามที่มีการเจ็บป่วย ส่วนเพศชายมักไม่นิยมรักษาความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นตั้งแต่ต้น เนื่องจากเพศชายมักคิดว่าตนเป็นเพศที่มีความแข็งแรง ดังนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ จึงมักจะไม่ได้ดูแลรักษาตนเองหรือรักษาอาการเจ็บป่วยของตนเอง (นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535: 26; สันทัด เสริมศรี, 2541; Harris and Guten, 1979) ความแตกต่างระหว่างเพศจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่น่าจะมีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการไม่ได้รักษา การซื้อยากินเอง การรักษาแบบแผนโบราณ หรือการรักษาแบบแผนปัจจุบัน

นอกจากนี้ยังพบว่า เพศมีผลต่อการเลือกใช้บริการสุขภาพดังเช่นการศึกษาของ เจน วีระพงษ์ (2541) ที่พบว่า เพศหญิงนิยมไปรับการรักษาที่สถานีนอนามัยมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ระจิตร์ ชาศรีวณิชย์ (2545: 32) ที่พบว่า เพศหญิงไปรับการรักษาโรคที่สถานีนอนามัยมากกว่าเพศชาย ในขณะที่เพศชายนิยมซื้อยากินเองและรักษาแบบแผนโบราณมากกว่าเพศหญิง ซึ่งเป็นเพราะเพศชายมักคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่เข้มแข็งไม่ได้ป่วยมาก จึงไม่จำเป็นต้องพึ่งพาสถานบริการสาธารณสุข และสามารถซื้อยากินเองได้ อีกทั้งสะดวกกว่าการไปรับการรักษาตามสถานพยาบาล เช่นเดียวกับการศึกษาของ อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม (2536) ที่พบว่า เพศหญิงมักไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐหรือคลินิก ขณะที่เพศชายเลือกรักษาด้วยตนเองก่อนหากเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือเจ็บพลัน แต่หากเจ็บป่วยรุนแรงมักไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเอกชนหรือกับแพทย์ที่มีชื่อเสียง นอกจากนี้การศึกษาของชชุติภา วระวิบูล (2535:

123-128) ยังพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมักจะไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชาย

จากการศึกษาที่ทบทวนส่วนใหญ่ต่างชี้ให้เห็นว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาล โดยที่เพศหญิงนิยมไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล สถานีนามัย คลินิก รวมถึงแพทย์เป็นผู้ให้การรักษา และยังมีภาวะเครียดหรือรันทมนในการดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าเพศชาย ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาแล้ว เพศหญิงน่าจะมีโอกาสที่ช้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน น้อยกว่าเพศชาย

2) อายุ

อายุ เป็นปัจจัยทางประชากรปัจจัยที่สะท้อนให้เห็นถึง ความแตกต่างด้านพัฒนาการของร่างกาย และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ รวมถึงความรู้ ความเข้าใจ และการสั่งสมประสบการณ์ของแต่ละวัย หมายรวมไปถึงการรับรู้ในการเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ จึงกล่าวได้ว่า อายุ มีอิทธิพลต่อการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเองของแต่ละบุคคล รวมถึงการจัดการกับความเจ็บป่วยของตนเอง โดยจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จนสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991: 238-241) จากการศึกษาของ Nakar and others (2001) ที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล โดยผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีการใช้การรักษาแบบแผนโบราณมากกว่าการรักษาแบบแผนปัจจุบัน ในขณะที่วาทินี บุญชะลิกษ์ (2530: 187-188) พบว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อยู่ในวัยหนุ่มสาว วัยแรงงาน และวัยกลางคนที่มีความอายุ 16-24 ปี 25-44 ปี และ 45-64 ปี แล้ว ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่อายุมากกว่า 65 ปี ขึ้นไป มีการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาแบบแพทย์แผนโบราณเป็นอันดับแรก รองลงมาคือการปล่อยให้หายเอง และช้อยากินเอง

จากการทบทวนงานวิจัยพบว่า ยิ่งผู้สูงอายุมากขึ้นจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลวิธีการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการรักษาแบบแผนโบราณ แบบแผนปัจจุบัน หรือการช้อยากินเอง ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสช้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า

3) การศึกษา

การศึกษาเป็นสถานภาพทางสังคมที่แสดงถึงระดับความสามารถในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของบุคคล บุคคลที่มีการศึกษาสูงมีโอกาสที่สืบค้นหาข้อมูล เพื่อนำมาพิจารณา และตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาเจ็บป่วยได้มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่า (กมลพรรณ หอมานาน, 2539: 62 และ Jalowiec and

Powers, 1981: 10-15) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536: 182) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยได้ดีกว่า บุคคลที่มีการศึกษาต่ำกว่า และสอดคล้องกับ Stoller (1982:20) และพัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533: 77-8) ที่ศึกษาพบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะพบแพทย์และปรึกษาแพทย์มากกว่าผู้ที่มีศึกษา น้อยกว่า ในขณะที่ ชุตินภา วรรณวิบูล (2535: 42-9) พบว่า ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะเลือกวิธี รักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลรัฐ ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าจะเลือกวิธีรักษาแผนโบราณ หรือ ซ้ำยากินเอง ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ Cox (1986) ที่พบว่า ระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์ กับการเลือกใช้บริการทางการแพทย์

จากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมาสรุปได้ว่า การศึกษาเป็นตัวกำหนดการดูแล สุขภาพของตนเองผ่านการเลือกวิธีการรักษาอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้ รักษาแล้ว ผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า น่าจะมีโอกาสซ้่อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า

4) จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เป็นตัวแปรทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่สะท้อนถึง จำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันภายในครัวเรือน ที่อาจจะมีความผูกพันความใกล้ชิดกับบุคคลนั้น ซึ่งจะได้รับความรู้และแบบอย่างพฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันทั้งที่รู้ตัว และไม่รู้ตัว จึงกล่าวได้ว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันจะมีผลต่อบุคลิกภาพของคนในครัวเรือน ดังนั้นผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกันน่าจะมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยหรือ ประสบอุบัติเหตุ อย่างไรก็ตาม สุปรานี เขยชม (2548) ที่ศึกษาการเลือกใช่วิธีการรักษาพยาบาล ของผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาโครงการกาญจนบุรี พบว่า จำนวนสมาชิกในครัวเรือนไม่มีความสัมพันธ์ กับการเลือกวิธีรักษาพยาบาล

ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่า น่าจะสามารถสังเกตเห็นและ สังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดจากการเจ็บป่วยหรืออุบัติเหตุได้ดีกว่า และให้คำแนะนำวิธีการ รักษาการเจ็บป่วยนั้น ๆ ได้ดีกว่า ครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้ รักษาแล้ว ผู้ที่อยู่ครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่าน่าจะมีโอกาสซ้่อยากิน และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่อยู่ครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า

5) เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัย ซึ่งจำแนกออกเป็น เขตเมือง และเขตชนบท แสดงให้เห็น ความแตกต่างทั้งทางด้านสภาพเศรษฐกิจ สังคม ความเจริญในด้านต่างๆ ซึ่งน่าจะมีผลต่อรูปแบบ ในการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน และทำให้วิธีการดูแลตนเองในด้านสุขภาพแตกต่างกัน เขตที่อยู่

อาศัยจึงน่าจะมีผลต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล เนื่องจากการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีที่เน้นในเขตเมืองมากกว่า ทำให้มีสถานพยาบาลที่ทันสมัยและมีประสิทธิภาพกว่า ทั้งนี้จากการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และจันทร์เพ็ญ แสงเทียนฉาย (2532: 29) พบว่า ผู้ที่อาศัยในเขตเมืองมักจะใช้บริการรักษาแผนปัจจุบันที่มีประสิทธิภาพจากสถานบริการของรัฐและเอกชน มากกว่าร้านขายยา หมอแผนโบราณ พระและอื่นๆ ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ที่อาศัยในเขตชนบทที่จะพึ่งร้านขายยามากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของชุตติภา วรรวิบูล (2535, 123) ที่พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตเมืองจะเลือกใช้สถานพยาบาลแผนปัจจุบัน โดยเฉพาะโรงพยาบาลของรัฐ คลินิก หรือโรงพยาบาลเอกชน มากกว่าการไม่รักษา และการรักษาแบบแผนโบราณ ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตชนบท และเช่นเดียวกับการศึกษาของ นภาพร ชโยวรรณ และ จอห์น โนเดล (2539) พบว่าผู้สูงอายุในเขตเมืองนิยมไปรับการรักษาจากโรงพยาบาลและคลินิก เมื่อเทียบกับการไปพบแพทย์แผนโบราณ ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท ซึ่งอาจเนื่องมาจากความสะดวกในการเดินทางและประสิทธิภาพในการรักษาที่ดีกว่าสำหรับการศึกษาในสวนของผู้ให้การบำบัดรักษานั้น ในขณะที่การศึกษาของ วาทีนิ บุญชะลัษี (2530: 185) กลับพบว่า ทั้งในเขตเมืองและชนบท มีการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาเป็นไปในรูปแบบเดียวกันคือ แหล่งบริการที่มีแพทย์ มากกว่าการซื้อยามากินเอง และแหล่งบริการรักษาแบบแผนโบราณ

จึงสรุปได้ว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลให้หายจากความเจ็บป่วยด้วยวิธีใดวิธีหนึ่งมากกว่าการไม่รักษา ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองน่าจะมีโอกาสซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท

6) ภาค

ภาค ซึ่งเป็นที่ตั้งของครัวเรือนของผู้ให้สัมภาษณ์ ซึ่งแต่ละภาคมีความแตกต่างกันทางด้านสังคม วัฒนธรรม เนื่องจากในแต่ละภาคนั้นต่างมีวัฒนธรรม ภูมิปัญญา ความเชื่อของท้องถิ่นที่ต่างกัน ตลอดจนมีความเชื่อและวิธีการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน รวมไปถึงการแตกต่างกันทางด้านเศรษฐกิจและความเจริญด้านวิทยาการ จากการศึกษาของ ระจิตร์ ชาครีวณิชย์ (2545) พบว่าภาค มีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาพยาบาล ดังจะเห็นได้จากกลุ่มตัวอย่างในภาคใต้รักษาแบบพื้นบ้านมากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ ขณะที่ภาคเหนือรักษาที่สถานเอนามัยมากกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่น ๆ

ในการศึกษารั้งนี้ ได้จัดกรุงเทพมหานครเป็นภาคหนึ่ง ซึ่งเป็นศูนย์กลางการพัฒนาของประเทศ เป็นแหล่งรวมวิทยาการและเทคโนโลยีในทุก ๆ ด้าน ตลอดจนวิทยาการ

ทางการแพทย์ ที่มีความเพียบพร้อมมากกว่าภาคอื่น ๆ ซึ่งน่าจะมีผลต่อวัฒนธรรมของชาวเมืองที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพและบริเวณใกล้เคียง ให้เลือกวิธีการรักษาที่สอดคล้องกับเทคโนโลยีในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องการศึกษาของรัตนา กฤษฏาธาร (2535) ที่พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่น ๆ

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รับการรักษาแล้ว ผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครน่าจะมีโอกาสชื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่อยู่ในภาคอื่น ๆ

ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษา

ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาประกอบด้วย 1 ตัวแปร ได้แก่ การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

1) การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หรือหลักประกันสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ (Lauver, 1992: 281-286) สวัสดิการรักษายาบาล จึงน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลของแต่ละบุคคล ดังจะเห็นได้จากนโยบายและมาตรการระยะยาว พ.ศ.2535-2554 ที่รัฐบาลได้จัดให้มีสวัสดิการการรักษายาบาลแก่ผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุทุกคนสามารถไปปรับสวัสดิการการรักษายาบาลได้ด้วยบัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษายาบาล ณ สถานพยาบาลที่รัฐบาลกำหนด โดยผู้สูงอายุจะได้รับการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขพื้นฐานที่จำเป็นและได้มาตรฐานอย่างต่อเนื่อง จนถึงสูงสุดการรักษาโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย (นพวรรณ จงวัฒนา, เกื้อ วงศ์บุญสิน และรุ่งรัตน์ โกววรรณกุล, 2541: 86-90) และเพื่อให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น รัฐบาลได้กำหนดให้ผู้สูงอายุที่ยังไม่ได้รับสวัสดิการใดๆ สามารถเข้าโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าทุกคน ซึ่งจะได้รับสิทธิในการรับบริการขั้นพื้นฐานทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการอนามัยอันจำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมโรค การป้องกันโรค การตรวจ การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล การป้องกันความพิการ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอื่นใดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพที่หน่วยบริการจัดขึ้นโดยไปรับบริการได้ที่สถานอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งและโรงพยาบาลเอกชนที่เข้าร่วมโครงการ ทั้งนี้ผู้ถือบัตรไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียมเมื่อมารับบริการครั้งละ 30 บาท (กระทรวงสาธารณสุข, 2547) ดังนั้น สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลจึงเป็นการคุ้มครองทางสังคมประเภทหนึ่ง ที่ช่วยแบ่งเบาภาระด้านการเงินของบุคคลหรือครอบครัวด้านการเจ็บป่วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543: 25) ส่งผลให้มีผู้มาใช้บริการรักษาโรคในสถานบริการของรัฐมากขึ้นทั้งในสถานอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน (สันตติ เสริมศรี, 2541)

สรุปได้ว่าเมื่อมีสวัสดิการด้านค่ารักษาพยาบาล บุคคลจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไรโดยหนึ่งมากกว่าการไม่ได้รักษา ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลน่าจะมีโอกาสชื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วย 4 ตัวแปร ได้แก่ โรคประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง สาเหตุของการเจ็บป่วยและจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวันมีรายละเอียดดังนี้

1) โรคประจำตัว

โรคประจำตัว คือ ภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง รวมทั้งการเจ็บป่วยและภาวะทางอารมณ์ที่แสดงถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหา จากการศึกษาสุปราณี เชนชม (2548) พบว่าผู้มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาพยาบาล โดยผู้ที่เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันเลือด โรคกระเพาะ และลำไส้อักเสบ มีโอกาสเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐสูงมากเพราะสามารถใช้สิทธิหรือบัตรประกันสุขภาพได้ ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของ เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2528) ที่พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังจะเลือกวิธีการรักษาด้วยแผนโบราณ แต่หากเจ็บป่วยรุนแรงจะเลือกวิธีการรักษาด้วยแผนปัจจุบัน ทั้งนี้ผู้วิจัยเห็นว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวน่าจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลตนเองเมื่อรู้สึกเจ็บปวดอย่างเป็นระบบเพื่อบรรเทาอาการเจ็บปวดเรื้อรังไม่ให้เกิดอาการหรือแสดงอาการให้น้อยที่สุด จึงน่าจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไรอย่างหนึ่งเพื่อบรรเทาอาการเจ็บป่วยของตนเองมากกว่าการไม่ได้รักษา

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่มีโรคประจำตัวน่าจะมีโอกาสไปบริการชื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

2) การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง

สถานะสุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สุขภาพปัญญา ซึ่งสามารถวัดได้จากดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพ (ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, พัชรียา ไชยลังกา และปิยะนุช จิตตอนุต: 2551) ได้แก่ 1) สุขภาพกาย ประกอบด้วย ป่วย ตาย และสมรรถภาพกาย ตลอดจนอายุขัยเฉลี่ยที่ยาวนาน 2) สุขภาพจิต ประกอบด้วย ความสุข ความมั่นคงทางอารมณ์ สมรรถภาพจิต และคุณภาพจิต 3) สุขภาพปัญญา ประกอบด้วย การรู้เหตุผล โดยปราศจากอคติ และจิตสาธารณะ ทั้งนี้ พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์ (2533) พบว่า ผู้ที่รับรู้สถานะสุขภาพของตนเองในระดับปานกลางจะไปรับบริการจากแพทย์ และจะมีสัดส่วนลดน้อยลงเมื่อรับรู้

สถานะสุขภาพของตนเองในระดับดี สอดคล้องกับกันยาร์ตัน อุบลวรรณ (2540) ได้ศึกษาพบว่าผู้เจ็บป่วยเล็กน้อยจะเลือกวิธีการรักษาด้วยการซื้อยามากินเอง และไปพบแพทย์เมื่อรับรู้ตนเองว่าเจ็บป่วยรุนแรง ซึ่งขัดแย้งกับรัชนี เมธาวิกุลชัย(2545) และแสงทอง แหงมงาม (2533) ที่ศึกษาพบว่า การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล

ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ประเมินสถานะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำกว่าน่าจะมีโอกาสซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่ประเมินสถานะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูงกว่า

3) สาเหตุของการเจ็บป่วย

สาเหตุของการเจ็บป่วยเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ที่น่าจะมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ทั้งนี้การรักษาพยาบาลจะเกิดขึ้นก็ต่อเมื่อมีการเจ็บป่วยของบุคคล จากการศึกษาของสุปราณี เขยชม (2548) ที่ศึกษาการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ กรณีศึกษาโครงการกาญจนบุรี พบว่าลักษณะการเจ็บป่วยที่เกิดจากกลุ่มโรค กลุ่มอาการและอุบัติเหตุ มีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาล กล่าวคือ ผู้ที่เจ็บป่วยเนื่องจากอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย มีโอกาสเลือกรักษาด้วยการซื้อยามากินเองสูงกว่าผู้ที่เจ็บป่วยด้วยสาเหตุอื่น ๆ นอกจากนี้จากการศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2525: 72) ชื่นชม เจริญยุทธ (2522: 48) และเบญจา ยอดดำเนินและคณะ (2523: 10) พบว่าผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการเรื้อรังจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการพึ่งพาโรงพยาบาลรัฐบาลหรือเอกชน ในขณะที่เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2528) ศึกษาพบว่าถ้าเจ็บป่วยเรื้อรังจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการรักษาแผนโบราณ

ผู้วิจัยเห็นว่าผู้ที่รู้สึกไม่สบาย รู้สึกถึงความผิดปกติของตนเอง น่าจะมีความวิตกกังวลถึงความรุนแรงของอาการป่วยและเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อบรรเทาความเจ็บป่วยของตนเอง ดังนั้นเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ป่วยที่มีสาเหตุที่รับการรักษามาจากอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย น่าจะมีโอกาสซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยจากสาเหตุอื่น ๆ

4) จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน

จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวันเป็นอีกตัวแปรหนึ่ง ที่น่าจะมีความสำคัญต่อการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของบุคคล เนื่องจากผู้ที่หยุดกิจวัตรประจำวันเพราะความเจ็บป่วยที่จำนวนวันหยุดแตกต่างกัน น่าจะเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ได้สนใจศึกษาจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวันนั้นน่าจะแสดงถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย เมื่อพิจารณาระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะพบว่าเมื่อเจ็บป่วย บุคคลจะพิจารณาประเภทและประเมินระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยนั้น แล้วใช้

ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นองค์ประกอบหนึ่งในการเลือกแหล่งหรือวิธีการรักษา (พิมพัลย์ ปริดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) หากมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องหยุดกิจวัตรประจำวันจะมีพฤติกรรมที่พยายามกินเองเป็นส่วนใหญ่ แต่หากมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือรักษาด้วยตนเองไม่ได้จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งมีผลให้ต้องหยุดกิจวัตรประจำวัน (สวณี เต็งรังสรรค์, 2535; จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2539; นภาพร ชิโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539: 177-180; กัญยารัตน์ อุบลวรรณ, 2540: 121-123) เช่นเดียวกับการศึกษาของ วาสนา เกื่อนวงษ์ (2540) พบว่า เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อยผู้สูงอายุนิยมซื้อยามากินเอง แต่เมื่อมีการเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรับการรักษาจากแพทย์และการศึกษาของ Haque (2001) พบว่า ผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณเองมีการเจ็บป่วยรุนแรงจะไปรับการรักษาจากแหล่งบริการที่มีแพทย์มากกว่าผู้ที่รู้สึกว่าคุณเองมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย สอดคล้องกับเพชรน้อย สิงห์ช่างชัย (2528) ศึกษาพบว่าถ้าเจ็บป่วยรุนแรงจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการรักษาแผนปัจจุบัน

ดังนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ป่วยจนต้องหยุดกิจวัตรประจำวันที่มีจำนวนวันมากกว่าน่าจะมีโอกาสซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่หยุดกิจวัตรประจำวันที่มีจำนวนวันน้อยกว่า

1.6 สมมติฐานการศึกษา

การศึกษานี้มีสมมติฐานหลัก และสมมติฐานย่อยดังนี้

สมมติฐานหลัก

ประชากรวัยแรงงานที่มีปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน น่าจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน

สมมติฐานย่อย

1. เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รักษาแล้ว เพศหญิงน่าจะมีโอกาสซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าเพศชาย
2. เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่มีอายุมากกว่าน่าจะมีโอกาสซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่อายุน้อยกว่า
3. เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่มีการศึกษาในระดับที่สูงกว่า น่าจะมีโอกาสซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า
4. เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่อยู่ครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่าน่าจะมีโอกาสซื้อยามากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่อยู่ครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า

5. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองน่าจะมีโอกาสไม่ได้รักษา และซื้อยากินเอง รักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท
6. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครน่าจะมีโอกาสซื้อยา กินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่อยู่ในภาคอื่น ๆ
7. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษา พยาบาลน่าจะมี โอกาสซื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล
8. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่มีโรคประจำตัวน่าจะมีโอกาสไปรับการรักษาซื้อ ยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว
9. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ประเมินสถานะสุขภาพตนเองอยู่ในระดับต่ำ กว่าน่าจะมีโอกาสซื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่ประเมินสถานะสุขภาพ ตนเองอยู่ในระดับสูงกว่า
10. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ป่วยที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยจากอาการป่วย หรือรู้สึกไม่สบาย น่าจะมีโอกาสซื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่สาเหตุการ เจ็บป่วยจากสาเหตุอื่น ๆ
11. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ป่วยจนต้องหยุดกิจวัตรประจำวันที่มี จำนวนวันมากกว่าน่าจะมีโอกาสซื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าผู้ที่หยุดกิจวัตร ประจำวันที่มีจำนวนวันน้อยกว่า

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้ทราบถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริม ความสามารถในการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กับการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลของ ประชากรในวัยแรงงาน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางให้รัฐบาลรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับ วิธีการและการเลือกใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน และใช้เป็นแนวทาง ในการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

บทที่ 2

ระเบียบวิธีวิจัยและลักษณะทั่วไปของข้อมูล

บทนี้อธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีวิจัยที่ใช้ ประกอบด้วย แหล่งข้อมูล ขั้นตอนการเลือกตัวอย่าง ขอบเขตของข้อมูลและข้อจำกัดของข้อมูล นิยามศัพท์ นิยามตัวแปร การวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งลักษณะทั่วไปของข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

2.1 ที่มาข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากโครงการการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 (The Health and Welfare Survey 2009) ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งได้ดำเนินการเก็บข้อมูลด้านอนามัยและสวัสดิการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ พ.ศ.2517 โดยได้ดำเนินการสำรวจต่อเนื่องทุกปี จนถึง พ.ศ.2521 และเว้นระยะไปจนถึงปี พ.ศ.2524 จึงกลับมาดำเนินการสำรวจอีก จากนั้นเป็นต้นมาได้มีการสำรวจอย่างต่อเนื่องทุก 5 ปี จนกระทั่งปี พ.ศ.2550 เป็นต้นมา สำนักงานสถิติแห่งชาติ ได้ดำเนินโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการทุก 2 ปี ซึ่งการสำรวจในปี พ.ศ.2552 เป็นการสำรวจครั้งที่ 16 ได้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยวิธีการสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถาม ดำเนินการสำรวจในเดือนเมษายน พ.ศ.2552 การสำรวจดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลการได้รับสวัสดิการการรักษาพยาบาล การเจ็บป่วย การรับบริการส่งเสริมสุขภาพ การรับบริการทันตกรรม การเข้ารับบริการด้านสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในการรับบริการด้านสาธารณสุข การเข้าถึงสวัสดิการการรักษาพยาบาลของประชากร พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการดื่มสุรา และเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์และการประเมินสุขภาพตนเอง

ประชากรที่อยู่ในข่ายการสำรวจ คือ บุคคลผู้อาศัยอยู่ในครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล ที่มีความเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เฉพาะอาการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล โดยไม่คำนึงถึงพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาก่อนหน้านี้ และตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยข้อมูลในโครงการการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 มีครัวเรือนตกเป็นตัวอย่างทั้งสิ้น 26,520 ครัวเรือน (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553) การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสมาชิกทุกคนในครัวเรือนใช้วิธีการสัมภาษณ์หัวหน้าหรือสมาชิกของครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างโดยพนักงานของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ทั้งนี้ แบบสอบถามที่ใช้สัมภาษณ์ประชากรที่ตกเป็นตัวอย่างได้เก็บข้อมูลในเรื่องต่างๆ ได้แก่ ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน การศึกษา ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ การเจ็บป่วยของประชากรและการไปรับบริการสาธารณสุข

รวมถึงสวัสดิการการรักษาพยาบาล การใช้ยาแผนโบราณหรือยาสมุนไพร ความพิการ การดูแล
สุขภาพตนเอง การสูบบุหรี่ การดื่มสุราหรือเครื่องดื่มมีแอลกอฮอล์ และความปลอดภัยในการขับรถ

2.2 การเลือกตัวอย่าง

การศึกษานี้มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ใช้ข้อมูลจาก
โครงการการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งมีวิธีเลือก
ตัวอย่างเป็นขั้นตอน ดังนี้

2.2.1 การจัดสรรตาม

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ มีขั้นตอนในการเลือกตัวอย่างที่ครอบคลุมทั่วทุกภาค
ของประเทศการเลือกตัวอย่างที่ใช้เป็นแบบ 2 ชั้น (Stratified Two - Stage Sampling) โดยมี
จังหวัดเป็นสตรัทัมซึ่งมีทั้งสิ้น 76 สตรัทัม ในแต่ละสตรัทัมได้ทำการแบ่งออกเป็น 2 สตรัทัม
ย่อย ตามลักษณะการปกครองของกรมการปกครอง คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล โดย
มีชุมชนอาคาร(ในเขตเทศบาล) และหมู่บ้าน(นอกเขตเทศบาล) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง
ครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2553: 111-112)

2.2.2 การเลือกตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง

จากแต่ละสตรัทัมย่อย หรือแต่ละเขตการปกครอง ได้ทำการเลือกชุมชนอาคาร/
หมู่บ้าน ตัวอย่างจากแต่ละเขตการปกครองอย่างอิสระต่อกัน โดยให้ความน่าจะเป็นในการเลือก
เป็นปฏิภาคกับจำนวนครัวเรือนของชุมชนอาคาร/หมู่บ้านนั้นๆ ได้จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 1,932
ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน จากทั้งสิ้นจำนวน 109,966 ชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน โดยกระจายไปตามภาค
และเขตการปกครอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนชุมชนอาคาร/หมู่บ้าน จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	104	104	-
กลาง (ไม่รวม กทม.และปริมณฑล)	656	360	296
เหนือ	412	232	180
ตะวันออกเฉียงเหนือ	432	240	192
ใต้	328	176	152
รวมทั้งราชอาณาจักร	1,932	1,112	820

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 (2553: 111)

2.2.3 การเลือกตัวอย่างขั้นที่สอง

ในขั้นนี้เป็นการเลือกครัวเรือนตัวอย่างจากครัวเรือนส่วนบุคคลทั้งสิ้น ในบัญชีรายชื่อครัวเรือนซึ่งได้จากการนับจุดในแต่ละชุมรุมอาคาร / หมู่บ้านตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบโดยกำหนด ขนาดตัวอย่างเป็นดังนี้คือ

ในเขตเทศบาล : กำหนด 15 ครัวเรือนตัวอย่างต่อชุมรุมอาคาร

นอกเขตเทศบาล : กำหนด 12 ครัวเรือนตัวอย่างต่อหมู่บ้าน

ก่อนที่จะทำการเลือกครัวเรือนตัวอย่าง ได้มีการจัดเรียงรายชื่อครัวเรือนส่วนบุคคลใหม่ตามขนาดครัวเรือน ซึ่งวัดด้วยจำนวนสมาชิกในครัวเรือน และประเภทครัวเรือนเชิงเศรษฐกิจ

จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้นที่ทำการแจกแจง โดยจำแนกตามภาคและเขตการปกครอง ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง จำแนกตามภาคและเขตการปกครอง

ภาค	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล
กรุงเทพมหานครและปริมณฑล	1,560	1,560	-
กลาง (ไม่รวม กทม.และปริมณฑล)	8,952	5,400	3,552
เหนือ	5,640	3,480	2,160
ตะวันออกเฉียงเหนือ	5,904	3,600	2,304
ใต้	4,464	2,640	1,824
รวมทั้งราชอาณาจักร	26,520	16,680	9,840

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานผลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 (2553: 112)

2.2.4 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา

การวิจัยในครั้งนี้ ได้ใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2552 จำนวนผู้ตอบคำถามทั้งสิ้น 73,087 คนจากนั้นนำตัวอย่างมาถ่วงน้ำหนักแบบปกติ เพื่อให้มีการกระจายเป็นตัวแทนของประชากร สำหรับการถ่วงน้ำหนักในการวิจัยครั้งนี้เป็นการปรับค่าถ่วงน้ำหนักให้เท่ากับจำนวนตัวอย่างที่สัมภาษณ์ (73,087 คน) ซึ่งแตกต่างจากค่าถ่วงน้ำหนักของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ถ่วงน้ำหนักให้ประชากรตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับจำนวนประชากรไทย (66,788,572 คน) และเลือกศึกษาเฉพาะตัวอย่างที่เป็นประชากรที่มีอายุ 15 ถึง 59 ปี ซึ่งเป็นประชากรวัยแรงงาน จากนั้นเลือกตัวอย่างที่มีความเจ็บป่วยเฉพาะอาการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาลในช่วงเวลา 1 เดือน ก่อนสัมภาษณ์และตอบคำถามด้วยตนเอง โดยไม่คำนึงถึงพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาก่อนหน้า จำนวนตัวอย่างที่ยังไม่ได้ถ่วงน้ำหนัก 6,192 คน

2.3 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน จะใช้ข้อมูลตัดขวางจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยในการศึกษาครั้งนี้จะศึกษาเฉพาะโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของประชากร พ.ศ.2552 เท่านั้น ทั้งนี้ จะทำการคัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่น่าจะมีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรในวัยแรงงาน

2.4 ข้อตกลงเบื้องต้น

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน มุ่งศึกษาเฉพาะวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน (บุคคลที่มีอายุ 15-59 ปี) ที่มีความเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เฉพาะอาการป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล โดยไม่คำนึงถึงพฤติกรรมที่เคยปฏิบัติมาก่อนหน้านี้ และตอบคำถามด้วยตนเอง

2.5 การเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน จะใช้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารโครงการนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลของประชากรเกี่ยวกับการมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในสถานพยาบาล การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล(คนไข้ใน) การใช้บริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสาธารณสุข เป็นต้น ตามความต้องการใช้ข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผนและกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกของครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม

2.6 นิยามศัพท์

การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ได้กำหนดคำนิยามศัพท์ที่ใช้ในการศึกษา ดังนี้

ประชากรวัยแรงงาน หมายถึง ประชากรไทยที่มีอายุ 15 ถึง 59 ปี ที่มีการเจ็บป่วยภายใน 1 เดือน ก่อนวันสัมภาษณ์

การเจ็บป่วย หมายถึง การเจ็บป่วยทุกชนิด ซึ่งอาจเป็นเพราะโรคหรือเหตุอื่นที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย รวมทั้งผู้ที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว

อาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย หมายถึง การป่วยทุกชนิดตั้งแต่ป่วยเล็กน้อยที่เกิดจากเพราะโรคหรือเหตุอื่นที่ทำให้รู้สึกไม่สบาย เช่น หวัด เป็นไข้ จนกระทั่งป่วยหนัก และรวมถึงการที่รู้สึกตัวว่าไม่สบายด้วย ในช่วง 1 เดือนก่อนการสัมภาษณ์

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่มีผลก่อให้เกิดความผิดปกติ ความบกพร่อง หรือความไม่สมบูรณ์ของร่างกาย โดยผลที่อาจตามมาคือ มีความพิการเหลืออยู่ ไม่สามารถแก้ไขให้ดีขึ้นได้ จำเป็นต้องมีการดูแลจากผู้ที่มีความรู้อย่างถูกต้อง เพื่อฟื้นฟูสภาพให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ตามสภาพของการเจ็บป่วยนั้น

โรคประจำตัว หมายถึง โรคที่ป่วยติดต่อกันตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป แล้วยังรักษาไม่หายต้องทำการรักษาต่อไป แต่สามารถรักษาให้หายได้

การได้รับบาดเจ็บหรือประสบอุบัติเหตุ หมายถึง การที่ร่างกายเกิดบาดเจ็บหรือเจ็บปวดเนื่องจากเหตุภายนอก หรือเหตุที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด เช่น พลัดตกหกล้ม ของมีคมบาด / ทิ่ม / แหว่ง การตกจากที่สูง การตกจากต้นไม้ อุบัติเหตุจากยานพาหนะ การต่อสู้ การถูกทำร้ายร่างกายและเหตุการณ์รุนแรงต่าง ๆ

การเลือกวิธีรักษาพยาบาล หมายถึง การเลือกใช้วิธีใดวิธีหนึ่งในการรักษาอาการเจ็บป่วยได้แก่ การไม่ได้รักษา การซื้อยากินเอง การรักษาแบบแผนโบราณ การรักษาแบบแผนปัจจุบัน

กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมหรือการกระทำที่ต้องทำเป็นประจำทุกวัน เช่น การทำงาน การเรียนหนังสือ การทำงานบ้าน เป็นต้น

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หมายถึง สวัสดิการที่ได้รับด้านค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยได้แก่ ค่ายา ค่าห้องพัก ในโรงพยาบาล รวมถึงค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับอุปกรณ์เครื่องใช้ วัสดุที่ใช้ทำหน้าที่แทนอวัยวะที่ประสบอันตราย ซึ่งรัฐบาลหรือเอกชนเป็นผู้ให้ ได้แก่ สวัสดิการค่าราชการหรือข้าราชการบำนาญ สวัสดิการพนักงานรัฐวิสาหกิจ สวัสดิการจัดโดยนายจ้าง ประกันสังคม กองทุนเงินทดแทนประกันสุขภาพกับบริษัทประกัน บัตรสวัสดิการประชาชนด้านการรักษาพยาบาล และบัตรประกันสุขภาพ เป็นต้น

ซื้อยากินเอง หมายถึง การซื้อหรือหาหาแผนปัจจุบัน แผนโบราณ หรือยาสมุนไพรมาเพื่อบำบัดรักษาด้วยตนเอง การซื้อยากินเอง รวมถึงการซื้อยาจากร้านขายยาซึ่งในร้านอาจมีเภสัชกรแนะนำหรือไม่ก็ตาม การที่ผู้ปกครองซื้อยามารักษาเด็ก การซื้อยาโดยเคอร์ซูล์ซื้อยาจากแพทย์

ไม่รักษา หมายถึง การไม่กระทำการใด ๆ เมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย หรือการปล่อยให้หายจากอาการเจ็บป่วยเอง

หมอพื้นบ้าน หมายถึง ผู้ที่มีความรู้ที่ได้สืบทอดต่อกันมาจากบรรพบุรุษในการดูแลสุขภาพหรืออาการเจ็บป่วยเบื้องต้นในชุมชน โดยใช้ยาสมุนไพร พิธีกรรม การนวด เป็นต้น

แพทย์แผนไทย / แพทย์แผนโบราณ หมายถึง ผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทย ประเภทเวชกรรมไทย เภสัชกรรมไทย ผดุงครรภ์ไทย นวดไทย หรือผู้ประกอบโรคศิลปะสาขาการแพทย์แผนไทยประยุกต์

เขตเมือง หมายถึง เขตที่ตั้งครัวเรือนที่อยู่ในเขตเทศบาล สุขาภิบาล เมืองพัทยา และกรุงเทพมหานคร

เขตชนบท หมายถึง เขตที่ตั้งครัวเรือนที่อยู่นอกเขตเทศบาล สุขาภิบาล

2.7 นิยามตัวแปร

การศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรตาม และตัวแปรอิสระ มีรายละเอียดดังนี้

2.7.1 ตัวแปรตาม

ตัวแปรตามของการศึกษาครั้งนี้ คือ วิธีการรักษาพยาบาล ซึ่งได้จากคำถามข้อ HW14 ข้อ HW16_1 และข้อ HW16_2 ทั้งนี้คำถาม HW14 ถามว่า “การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย...(ข้อ)...มีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร” แบ่งเป็น 11 กลุ่มดังนี้

ไม่ได้รักษา	... 0
ซื้อ/หายากิน	
ยาแผนปัจจุบัน	... 1
ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร	... 2
ไปหาหมอพื้นบ้าน / หมอแผนโบราณฯ / หมอนวดแผนไทย	... 3
ไปสถานพยาบาลของรัฐ	
สถานีอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน	... 4
โรงพยาบาลชุมชน	... 5
โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์	... 6
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย	... 7
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ	... 8

ไปสถานพยาบาลของเอกชน

โรงพยาบาลเอกชน ... 9

คลินิกเอกชน ... 10

อื่น ๆ ... 11

คำถามข้อ HW16_1 และข้อ HW16_2 เป็นคำถามข้อเดียวกันที่ถามเฉพาะผู้ตอบคำถามข้อ HW14 เป็น 4-10 ทั้งนี้คำถามข้อ HW16_1 และข้อ HW16_2 ถามว่า “การรักษาครั้งสุดท้าย... (ชื่อ)...รับบริการอะไร (ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามวิธีรักษาหลัก)” แบ่งเป็น 7 กลุ่มดังนี้

รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน ... 1

รักษาด้วยยาสมุนไพร ... 2

นวดไทยเพื่อรักษา ... 3

อบสมุนไพร/การนึ่งกระโจม/ ประคบสมุนไพร ... 4

การฝังเข็ม ... 5

สมาธิบำบัด ... 6

อื่น ... 7

การศึกษาในครั้งนี้ได้จัดกลุ่มตัวแปรตามวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานใหม่ ได้ 3 กลุ่ม คือ

- 1) ไม่ได้รับการรักษา
- 2) ซื้อยากินเอง
- 3) รักษาแบบแผนปัจจุบัน

2.7.2 ตัวแปรอิสระ

ตัวแปรอิสระของการศึกษานี้ประกอบด้วย 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถการรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย มีละเอียดดังนี้

ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ประกอบด้วยตัวแปร 6 ตัว ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครอบครัว เขตที่อยู่อาศัย และภาค มีรายละเอียดดังนี้

เพศ หมายถึง เพศของผู้ให้สัมภาษณ์ (แบบสอบถามข้อ F4) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

- ชาย

- หญิง

อายุ หมายถึง อายุเต็มปีหรืออายุเมื่อวันเกิดครั้งสุดท้ายของผู้ให้สัมภาษณ์ (แบบสอบถามข้อ F5) ซึ่งเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน (ratio scale) ระหว่าง 15 ถึง 59 ปี สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยลิจิต ส่วนการวิเคราะห์แบบตารางไขว้ จะแบ่งอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- อายุ 15 ถึง 29 ปี

- อายุ 30 ถึง 44 ปี

- อายุ 45 ถึง 59 ปี

การศึกษา หมายถึง ระดับชั้นสูงสุดที่ผู้ให้สัมภาษณ์เรียนสำเร็จในระดับการศึกษาต่างๆ ตามระบบการศึกษาของกระทรวงศึกษาธิการกำหนดไว้ขณะให้ผู้ให้สัมภาษณ์ “....(ชื่อ)....จบการศึกษาสูงสุดชั้นใด” (แบบสอบถามข้อ F8) ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ ได้จัดกลุ่มการศึกษาใหม่ โดยแบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่

- ต่ำกว่าระดับประถมศึกษาปีที่ 6

- ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

- ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 หรือเทียบเท่า

- ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

- สูงกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน หมายถึง จำนวนสมาชิกที่อาศัยอยู่ร่วมกันในครัวเรือน (แบบสอบถามข้อ 8 หรือ MEMBERS) ซึ่งเป็นตัวแปรระดับอัตราส่วน (ratio scale) สำหรับการวิเคราะห์ถดถอยลิจิต มีค่าตั้งแต่ 1 ขึ้นไป ส่วนการวิเคราะห์แบบตารางไขว้ ได้จัดกลุ่มการศึกษาใหม่ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

- 1 ถึง 3 คน

- 4 ถึง 6 คน

- 7 ถึง 9 คน

- มากกว่า 9 คนขึ้นไป

เขตที่อยู่อาศัย หมายถึง เขตที่อยู่อาศัยที่ผู้ให้สัมภาษณ์อยู่ในเขตหรือนอกเขตเมือง ในวันที่ให้สัมภาษณ์ (แบบสอบถามข้อ 4 หรือ AREA) โดยแยกออกเป็น 2 เขต ดังนี้

- เขตเมือง
- เขตชนบท

ภาค หมายถึง ภูมิภาคที่เป็นที่ตั้งของครัวเรือนที่ผู้ให้สัมภาษณ์อยู่ (แบบสอบถามข้อ 1 หรือ REG) แบ่งเป็น 5 ภาค ดังนี้

- กรุงเทพมหานคร
- ภาคกลาง (ยกเว้นกรุงเทพมหานคร)
- ภาคเหนือ
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
- ภาคใต้

ปัจจัยด้านสังคมและเศรษฐกิจ ประกอบด้วยตัวแปร 1 ตัว ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หมายถึง สวัสดิการที่ประชาชนได้รับด้านค่ารักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย โดยข้อความมีใจความว่า “ปัจจุบัน...(ชื่อ)...ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหรือไม่?” (แบบสอบถามข้อ HW1_1) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- ได้รับสวัสดิการ
- ไม่ได้รับสวัสดิการ

ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประกอบด้วยตัวแปร 4 ตัว ได้แก่ โรคประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง สาเหตุการเจ็บป่วย และจำนวนวันที่หยุดกิจกรรมประจำวันมีรายละเอียดดังนี้

โรคประจำตัว หมายถึง โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังของผู้ให้สัมภาษณ์ โดยข้อความมีใจความว่า “...(ชื่อ)...มีโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัวหรือไม่?” (แบบสอบถามข้อ HW9) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

- มีโรคประจำตัว
- ไม่มีโรคประจำตัว

การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง หมายถึง ระดับคะแนนการรับรู้สถานะสุขภาพที่ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ประเมินตนเอง เป็นตัวแปรแบบอัตราส่วน มีค่าระหว่าง 0 ถึง

10 คะแนน (0 คะแนน คือ ผู้ประเมินสุขภาพตนเองต่ำที่สุด และ 10 คะแนน คือ ผู้ประเมินสุขภาพตัวเองดีที่สุดใน) สร้างจากผลรวมคะแนนของแบบสอบถามข้อ HW62-66 แต่ละข้อมีตัวเลือกที่มีคะแนน 0-2 คะแนน และแปลงคะแนนสำหรับการวิเคราะห์ ดังนี้

- เดิม 0 คะแนน แปลงเป็น 2 คะแนน
- เดิม 1 คะแนน ไม่แปลงคะแนน
- เดิม 2 คะแนน แปลงเป็น 0 คะแนน

สำหรับการศึกษาดารงไขว้ ได้จัดกลุ่มตัวแปรเพื่อศึกษา แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- สถานะสุขภาพไม่ดี หรือมีคะแนนต่ำกว่า 4 คะแนน
- สถานะสุขภาพปานกลาง หรือมีคะแนนระหว่าง 4-7 คะแนน
- สถานะสุขภาพดี หรือมีคะแนนระหว่าง 8-10 คะแนน

สาเหตุของการเจ็บป่วย ได้จากแบบสอบถามข้อ HW13 โดยข้อคำถามมีใจความว่า“การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...ป่วยจากสาเหตุใด?” การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดสาเหตุของการเจ็บป่วย เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

- รู้สึกไม่สบาย/อาการป่วย
- อุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย
- โรคเรื้อรัง/โรคประจำตัว

จำนวนวันที่หยุดกิจกรรมประจำวัน หมายถึง ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วย โดยวัดจากผลกระทบต่อการทำงานประจำวันหรือไม่ ได้จากแบบสอบถามข้อ HW17 โดยข้อคำถามมีใจความว่า“...(ชื่อ)...ป่วยจนต้องหยุดกิจกรรมประจำวันหรือไม่?” คำถามในข้อนี้จะถามเฉพาะผู้ที่ป่วยในช่วง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ ซึ่งได้จากคำถามกรองในแบบสอบถามข้อ HW2 และ HW5 การศึกษาครั้งนี้ได้กำหนดจำนวนวันที่หยุดกิจกรรมประจำวันเป็นตัวแปรแบบอัตราส่วนมีค่าตั้งแต่ 0 (ไม่หยุด) จนถึง 60 วัน ส่วนการศึกษาดารงไขว้ ได้จัดกลุ่มการศึกษาใหม่ แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

- ไม่หยุด
- หยุด 1 ถึง 2 วัน
- หยุด 3 ถึง 10 วัน
- หยุดตั้งแต่ 10 วันขึ้นไป

2.8 การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้นำข้อมูลที่ใช้ในการศึกษามาทำการถ่วงน้ำหนักเพื่อให้เท่ากับจำนวนประชากรตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้ ค่าที่นำเสนอในตารางต่างๆ สำหรับค่าถ่วงน้ำหนักที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะเป็นการปรับให้ค่าถ่วงน้ำหนัก ให้เท่ากับจำนวนประชากรตัวอย่างที่สัมภาษณ์ได้ (73,087 คน) ซึ่งแตกต่างจากค่าถ่วงน้ำหนักของสำนักงานสถิติแห่งชาติที่ถ่วงน้ำหนักให้จำนวนประชากรตัวอย่างที่ศึกษาเท่ากับจำนวนประชากรไทย (66,788,572 คน) สำหรับสมการที่ใช้คำนวณค่าถ่วงน้ำหนักใหม่ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ

$$\text{ค่าถ่วงน้ำหนักใหม่} = \frac{\text{จำนวนประชากรทั้งหมดที่สัมภาษณ์ได้ (73,087 คน)}}{\text{จำนวนประชากรที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว (66,788,572 คน)}} \times \text{ค่าถ่วงน้ำหนักเดิมของสำนักงานสถิติแห่งชาติ}$$

หลังจากถ่วงน้ำหนักแล้ว ได้เลือกเฉพาะประชากรที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี และตอบคำถามครบทุกข้อคำถามที่ใช้เป็นตัวแปรในการศึกษา คิดเป็นตัวอย่างก่อนถ่วงน้ำหนัก 6,192 คน และเมื่อถ่วงน้ำหนักแล้วมีจำนวนตัวอย่าง 6,524 คน ในการเสนอผลการวิจัยจะใช้จำนวนตัวอย่างแบบถ่วงน้ำหนักแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูลของการศึกษา ผู้วิจัยได้กำหนดสถิติเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูล โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

1. การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) ได้แก่ อัตราร้อยละ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน กับ ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้วยตารางไขว้

3. การทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานกับ ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ใช้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation) เพื่อตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวก่อนทำการวิเคราะห์ขั้นต่อไป

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ใช้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Multinomial Logistic Regression) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple Multinomial Logistic Regression) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เนื่องจากตัวแปรตามเป็นตัวแปรระดับแบ่งกลุ่ม โดยในการศึกษาครั้งนี้ คือ วิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มได้ 3 กลุ่ม คือ 1) ไม่ได้รับการรักษา 2) ซ้ำยากินเอง และ 3) รักษาแบบแผนปัจจุบัน สำหรับตัวแปรอิสระก็จะมีทั้งตัวแปรระดับแบ่งกลุ่ม ตัวแปรระดับจัดอันดับ และตัวแปรระดับอัตราส่วน

4. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานกับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ด้วยตารางไขว้

2.9 ลักษณะทั่วไปของข้อมูล

การศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ผู้วิจัยจะนำเสนอข้อมูลทั่วไปตามระดับการวัดของตัวแปร กล่าวคือตัวแปรที่มีระดับการวัดแบบกลุ่มหรือนามมาตราจะนำเสนอข้อมูลด้วยตารางการกระจายร้อยละ ซึ่งถ่วงน้ำหนักแล้วจำแนกตามลักษณะต่าง ส่วนตัวแปรที่มีการวัดระดับช่วงหรืออัตราส่วนจะนำเสนอข้อมูลเพิ่มเติมด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

1. ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล

เพศ

ตัวอย่างทั้งหมดของการศึกษานี้ที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว ประมาณ 2 ใน 3 ของตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.8 และเป็นชายคิดเป็นร้อยละ 33.2

อายุ

ตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งของตัวอย่างทั้งหมด มีอายุระหว่าง 45 ถึง 59 ปี คือ ร้อยละ 48.6 อีกร้อยละ 34.4 มีอายุระหว่าง 30 ถึง 44 ปี สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 29 ปี มีสัดส่วนน้อยที่สุด คือ ร้อยละ 17.0 ตัวอย่างที่มีอายุน้อยสุดเท่ากับ 15 ปี และมีอายุมากที่สุดเท่ากับ 59 ปี อายุเฉลี่ยของตัวอย่าง เท่ากับ 42.113 ปี และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.652

การศึกษา

เมื่อพิจารณาด้านการศึกษารายตัวของตัวอย่าง เกือบครึ่งไม่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 43.6 รองลงมาคือผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 คิดเป็นร้อยละ 21.6 สำหรับผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และสำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 14.1 ร้อยละ 10.0 และ ร้อยละ 10.7 ตามลำดับ)

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จากการศึกษาด้านจำนวนสมาชิกในครอบครัว พบว่าตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 ถึง 3 คน มีสัดส่วนมากที่สุด คือ ร้อยละ 57.0 คน รองลงมาคือ มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 ถึง 6 คน เท่ากับร้อยละ 38.6 มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 7 ถึง 9 คน เท่ากับร้อยละ 3.9 และพบว่าตัวอย่างที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 9 คน มี สัดส่วนน้อยมาก คือ เท่ากับร้อยละ 0.5 ตัวอย่างที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนสูงสุด 16 คน กลุ่มตัวอย่างบางคนพักอาศัยในครัวเรือนเพียงคนเดียว โดยกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ยเท่ากับ 3.407 คน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.655

เขตที่อยู่อาศัย

เมื่อพิจารณาด้านเขตที่อยู่อาศัยของตัวอย่างระหว่างผู้ที่อาศัยในเมืองและอาศัยในชนบท พบว่า ตัวอย่างส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท คิดเป็นร้อยละ 69.9 อีกร้อยละ 30.1 อาศัยอยู่ในเมือง

ภาค

สำหรับการศึกษารายการกระจายของตัวอย่างในระดับภาค พบว่า ตัวอย่างตัวอย่างเกือบ 1 ใน 3 อาศัยอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีสัดส่วนมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.8 อันดับรองลงมาคือภาคกลาง(ยกเว้นกรุงเทพมหานคร) คิดเป็นร้อยละ 24.0 ขณะที่ผู้อาศัยอยู่ที่ภาคเหนือ คิดเป็นร้อยละ 21.5 นอกจากนี้ยังมีกลุ่มตัวอย่างอาศัยอยู่ที่กรุงเทพมหานครและภาคใต้ ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 12.3 และ ร้อยละ 11.4 ตามลำดับ

2. ปัจจัยเกี่ยวกับความสามารถด้านการรักษา

การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ด้านสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับจากรัฐบาล หน่วยงานเอกชนหรือมาจากที่อื่น พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 98.0 มีตัวอย่างเพียงแค่น้อยเท่านี้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 2.0

3. ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

โรคประจำตัว

เมื่อพิจารณาด้านโรคประจำตัว ซึ่งถือเป็นสภาวะทางสุขภาพอย่างหนึ่ง พบว่า ตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัวมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน กล่าวคือ ร้อยละ 47.1 คือ ผู้ที่มีโรคประจำตัว และอีกร้อยละ 52.9 คือผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว

การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง

จากการศึกษาด้านการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองของผู้ตอบสัมภาษณ์ พบว่า ตัวอย่างเกือบทั้งหมดรับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับสุขภาพดี คิดเป็นร้อยละ 90.7 อีกร้อยละ 8.9 เป็นผู้รับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับสุขภาพปานกลาง สำหรับผู้รับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับสุขภาพไม่ดีมีสัดส่วนที่น้อยมาก คิดเป็นร้อยละ 0.4

สาเหตุการเจ็บป่วย

เมื่อพิจารณาด้านสาเหตุการเจ็บป่วยของตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งมีสาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากการเกิดอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย คิดเป็นร้อยละ 64.7 รองลงมาคือสาเหตุจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง และสาเหตุจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย คิดเป็นร้อยละ 27.2 และร้อยละ 6.1 ตามลำดับ

จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน

จากการศึกษาด้านจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน พบว่า ตัวอย่างประมาณ 4 ใน 5 ของตัวอย่างทั้งหมด ไม่หยุดกิจวัตรประจำวันเมื่อเจ็บป่วย คิดเป็นร้อยละ 78.0 นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวอย่างร้อยละ 14.3 หยุดกิจวัตรหรือหยุดงาน 1 ถึง 2 วัน ตัวอย่างอีกร้อยละ 5.5 หยุดกิจวัตร 3 ถึง 10 วัน ส่วนที่เหลือคือตัวอย่างที่หยุดกิจวัตรประจำวันมากกว่า 10 วัน คิดเป็นร้อยละ 1.4

ตัวอย่างหยุดทำกิจวัตรประจำวันสูงสุด 98 วัน และมีตัวอย่างที่ไม่ได้หยุดทำกิจวัตรประจำเลย
ตัวอย่างหยุดทำกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 0.888 วัน และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.854

ตารางที่ 3 ร้อยละของตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี ที่เจ็บป่วยในช่วง 1 เดือน ก่อน
ล้มภาชณ์ จำแนกตามปัจจัยภูมิหลังของบุคคลของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถ
ในการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (N 6,524 คน)

ลักษณะทั่วไป	N	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล						
เพศ						
หญิง	4,356	66.8				
ชาย	2,168	33.2				
รวม	6,524	100.0				
อายุ						
ระหว่าง 15 ถึง 29 ปี	1,108	17.0				
ระหว่าง 30 ถึง 44 ปี	2,242	34.4				
ระหว่าง 45 ถึง 59 ปี	3,174	48.6				
รวม	6,524	100.0	42.113	11.652	15	59
การศึกษา						
ไม่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6	2,845	43.6				
สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6	1,409	21.6				
สำเร็จการศึกษาชั้น ม.3	920	14.1				
สำเร็จการศึกษาชั้น ม.6	654	10.0				
สำเร็จสูงกว่าชั้น ม.6	695	10.7				
รวม	6,524	100.0				
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน						
1 ถึง 3 คน	3,721	57.0				
4 ถึง 6 คน	2,515	38.6				
7 ถึง 9 คน	257	3.9				
มากกว่า 9 คน	31	0.5				
รวม	6,524	100.0	3.407	1.655	1	16

(มีต่อ)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	N	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
เขตที่อยู่อาศัย						
ในชนบท	4,562	69.9				
ในเมือง	1,962	30.1				
รวม	6,524	100.0				
ภาค						
กรุงเทพมหานคร	800	12.3				
ภาคกลาง	1,566	24.0				
ภาคเหนือ	1,404	21.5				
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	2,008	30.8				
ภาคใต้	746	11.4				
รวม	6,524	100.0				
ปัจจัยเกี่ยวกับความสามารถด้านการรักษา						
การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล						
ได้สวัสดิการ	6,394	98.0				
ไม่ได้รับสวัสดิการ	130	2.0				
รวม	6,524	100.0				
ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย						
โรคประจำตัว						
มีโรคประจำตัว	3,076	47.1				
ไม่มีโรคประจำตัว	3,448	52.9				
รวม	6,524	100.0				
การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง						
สุขภาพดี	5,915	90.7				
สุขภาพปานกลาง	581	8.9				
สุขภาพไม่ดี	27	0.4				
รวม	6,524	100.0				

(มีต่อ)

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	N	ร้อยละ	ค่าเฉลี่ย	SD	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
สาเหตุการเจ็บป่วย						
อาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย	4,218	64.7				
อุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย	400	6.1				
โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง	1,906	27.2				
รวม	6,524	100.0				
จำนวนวันที่หยุดกิจกรรมประจำวัน						
ไม่หยุด	5,154	78.0				
หยุด 1 ถึง 2 วัน	930	14.3				
หยุด 3 ถึง 10 วัน	349	5.5				
หยุดมากกว่า 10 วัน	91	1.4				
รวม	6,524	100.0	0.888	4.854	0	98

บทที่ 3

ผลการศึกษาวิธีรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน

การศึกษาในส่วนนี้ เป็นการเสนอผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย วิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานที่มีความเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เฉพาะการป่วยที่ไม่นอนในสถานพยาบาล ซึ่งใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ ผลการศึกษามีดังนี้

จากการศึกษาพบว่าประชากรวัยแรงงานเป็นตัวอย่างทั้งหมด 6,192 คน จำนวนตัวอย่างเมื่อถ่วงน้ำหนักแล้ว 6,524 คน ซึ่งจะใช้ตัวอย่างแบบถ่วงน้ำหนักในการศึกษา แบ่งการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

3.1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้วยวิธีวิเคราะห์แบบตารางไขว้

ศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลโดยวิธีการแจกแจงร้อยละ พบว่าตัวอย่างมากกว่าครึ่งเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 63.7) อันดับรองลงมาคือเลือกซื้อยากินเอง (ร้อยละ 27.1) ไม่รักษา (ร้อยละ 8.5) และรักษาแบบแผนโบราณ มีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.7) มีรายละเอียดดังนี้

3.1.1 ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล

เพศ

นอกจากเพศจะเป็นตัวแปรที่แสดงถึงความแตกต่างด้านสรีระร่างกายแล้ว ยังสะท้อนถึงบทบาทหน้าที่ของแต่ละเพศ จากการวิเคราะห์ตารางไขว้พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เพศหญิงและเพศชายเลือกวิธีการรักษาพยาบาลใกล้เคียงกัน กล่าวคือ เพศหญิงเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนมากกว่าเพศชายมากกว่าเล็กน้อย (ร้อยละ 65.1 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 61.1) ในขณะที่เพศชายซื้อยากินเองมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อยเช่นกัน (ร้อยละ 29.8 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 25.8) นอกจากนี้ยังพบว่า ตัวอย่างทั้งเพศหญิงและเพศชายเลือกไม่รักษามีสัดส่วนใกล้เคียงกัน

(ร้อยละ 8.5 และร้อยละ 8.3 ตามลำดับ) และเพศหญิงยังเลือกรักษาแบบแผนโบราณในสัดส่วนใกล้เคียงกับเพศชายเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 0.6 และร้อยละ 0.8 ตามลำดับ)

อายุ

อายุเป็นปัจจัยทางประชากรที่แสดงถึงความแตกต่างด้านพัฒนาการทั้งด้านร่างกาย และความสามารถในการจัดการเกี่ยวกับตนเอง ความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ รวมทั้งความรู้ ความเข้าใจ และการสั่งสมประสบการณ์ของแต่ละวัย เมื่อพิจารณาตารางไขว้พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีรายละเอียดดังนี้ ผู้ที่มีอายุระหว่าง 45 ถึง 59 ปี เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนสัดส่วนสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 ถึง 44 ปี และผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 29 ปี (ร้อยละ 71.9 เปรียบเทียบกับร้อยละ 57.5 และร้อยละ 53.2) ตามลำดับ และยังพบว่าผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 29 ปี เลือกซื้อยากินเองในสัดส่วนสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 ถึง 44 ปี และผู้ที่มีอายุระหว่าง 45 ถึง 59 ปี (ร้อยละ 35.8 เปรียบเทียบกับร้อยละ 32.8 และร้อยละ 20.1) สอดคล้องกับการไม่รักษาที่พบว่า ผู้ที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 29 ปี เลือกไม่รักษาในสัดส่วนสูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีอายุระหว่าง 30 ถึง 44 ปี และผู้ที่มีอายุระหว่าง 45 ถึง 59 ปี เช่นเดียวกัน (ร้อยละ 10.1 เปรียบเทียบกับร้อยละ 9.0 และร้อยละ 7.5)

การศึกษา

การศึกษาเป็นสถานภาพทางสังคมที่แสดงถึงระดับความสามารถในการพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ดีในการดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยของบุคคล เมื่อพิจารณาด้านการศึกษา การศึกษามีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 โดยผู้ที่ไม่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 72.2) อันดับรองลงมาคือผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 60.5) ในขณะที่ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 57.7 ร้อยละ 54.2 และร้อยละ 57.2 ตามลำดับ)

จากการวิเคราะห์ครั้งนี้ยังพบอีกว่า ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 เลือกซื้อยากินเองในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 35.6) ซึ่งใกล้เคียงกับผู้สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 และผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 34.0 และร้อยละ

32.5 ตามลำดับ) รองลงมาคือผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 (ร้อยละ 30.6) และผู้ที่ไม่สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ที่เลือกชื่อยากินเองมีสัดส่วนต่ำสุด (ร้อยละ 19.4)

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เป็นตัวแปรทางสังคมอย่างหนึ่ง ที่สะท้อนถึงจำนวนบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันภายในครัวเรือน ที่อาจจะมี ความผูกพัน ความใกล้ชิดกับบุคคลนั้น ซึ่งจะได้รับ ความรู้ และแบบอย่าง พฤติกรรมต่าง ๆ ทั้งที่รู้ตัวและไม่รู้ตัว เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับวิธีการรักษาพยาบาลพบว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ร่วมกับสมาชิกในครัวเรือนเดียวกัน 7 ถึง 9 คน เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 74.3) รองลงมาคือผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 ถึง 3 คน และผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 ถึง 6 คน ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 64.0 และร้อยละ 62.6 ตามลำดับ) สำหรับผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 9 คนขึ้นไปเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนต่ำสุด (ร้อยละ 46.7)

นอกจากนี้ยังพบว่าครึ่งหนึ่งของผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 9 คนขึ้นไป เลือกชื่อยากินเอง ซึ่งเป็นสัดส่วนที่สูงที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1 ถึง 3 คน ผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 4 ถึง 6 คน และผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 7 ถึง 9 คน (ร้อยละ 30.0 เปรียบเทียบกับร้อยละ 28.3 ร้อยละ ร้อยละ 26.1 และร้อยละ 20.2 ตามลำดับ) แต่ไม่พบว่าผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 7 ถึง 9 คน และผู้ที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 9 คนขึ้นไปรักษาแบบแผนโบราณ (ร้อยละ 0.0 และร้อยละ 0.0) จากการวิเคราะห์พบว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยแสดงถึงสภาพแวดล้อม และความเจริญก้าวหน้าของบริเวณโดยรอบที่ตั้งบ้านเรือน เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลกับเขตที่อยู่อาศัยพบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบทเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนมากกว่ากับผู้ที่อาศัยอยู่ในเมือง (ร้อยละ 66.1 เปรียบเทียบกับร้อยละ 58.2) นอกจากนี้ยังพบว่าประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองเลือกชื่อยากินเองซึ่งมากกว่าสัดส่วนของผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท (ร้อยละ 32.9 เปรียบเทียบกับร้อยละ 24.6)

ภาค

ภาคซึ่งเป็นที่ตั้งของครัวเรือนของผู้ให้สัมภาษณ์ ที่มีความแตกต่างกันทางด้านสังคม วัฒนธรรม ภูมิปัญญา ความเชื่อของท้องถิ่น ตลอดจนมีความเชื่อและวิถีการปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน รวมไปถึงการแตกต่างกันทางด้านเศรษฐกิจและความเจริญทางด้านวิชาการ จากการศึกษาความสัมพันธ์ด้านภาคที่อยู่อาศัยกับวิธีการรักษาพยาบาล พบว่าผู้ที่อาศัยในภาคเหนือเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนที่สูงที่สุดและใกล้เคียงกับสัดส่วนของผู้ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือซึ่งอยู่ในอันดับถัดมา (ร้อยละ 70.8 และร้อยละ 68.7 ตามลำดับ) ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนที่น้อยที่สุด ซึ่งน้อยกว่าสัดส่วนของอาศัยอยู่ในภาคใต้ที่เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 52.9 เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 56.8)

การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ด้านภาคที่อยู่อาศัยกับวิธีการรักษาพยาบาลครั้งนี้ยังพบอีกว่า ผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครชื้อยากินเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยในสัดส่วนที่สูงที่สุด (ร้อยละ 37.8) ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคกลางและภาคใต้ชื้อยากินเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 33.2 และร้อยละ 29.1 ตามลำดับ) ทั้งนี้ผู้ที่อาศัยที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือชื้อยากินเองในสัดส่วนที่น้อยที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อยู่อาศัยในภาคเหนือซึ่งมีสัดส่วนมากกว่า (ร้อยละ 20.6 เปรียบเทียบกับร้อยละ 22.6) จากการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่าตัวแปรภาคมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

3.1.2 ปัจจัยเกี่ยวกับความสามารถด้านการรักษา

สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

การมีสวัสดิการรักษาพยาบาล เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ สวัสดิการรักษาพยาบาลจึงน่าจะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของแต่ละบุคคล จากการวิเคราะห์ตารางไขว้พบว่า กว่า 2 ใน 3 ของ ผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 64.1) ซึ่งมากกว่าสัดส่วนผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 48.5) และยังพบว่า ประมาณ 1 ใน 4 ผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเลือกชื้อยากินเองเมื่อรู้สึกเจ็บป่วย (ร้อยละ 26.8) ในขณะที่ผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเลือกชื้อยากินเองมีสัดส่วนมากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 40.8)

นอกจากนี้ยังพบว่า ทั้งผู้ที่ได้รับสวัสดิการและผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเลือกรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณในสัดส่วนใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 0.7 และร้อยละ

ละ 0.08 ตามลำดับ) ทั้งนี้สถิติการค่ารักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3.1.3 ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

โรคประจำตัว

โรคประจำตัว คือ ภาวะเจ็บปวดเรื้อรัง รวมทั้งการเจ็บป่วยและภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญกับปัญหา จากการวิเคราะห์พบว่า มีความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวกับวิธีการรักษาพยาบาลที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 พบว่ามากกว่า 4 ใน 5 ของผู้ที่มีโรคประจำตัวเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 83.5) แตกต่างจากผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวที่มีสัดส่วนในการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 46.1) ซึ่งมีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกับผู้ที่ไม่มโรคประจำตัวที่เลือกซื้อยากินเอง (ร้อยละ 41.7) ในขณะที่ผู้มโรคประจำตัวที่เลือกซื้อยากินเองมีสัดส่วนเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 10.8)

การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง

สถานะสุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสุขทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สุขภาพปัญญา ซึ่งสามารถวัดได้จากดัชนีชี้วัดสถานะสุขภาพ ผู้ที่สามารถรับรู้สถานะสุขภาพตัวเองจะสามารถกำหนดวิธีการรักษาพยาบาลของตนเองได้ จากการศึกษาความสัมพันธ์จากตารางไขว้พบว่า การรับรู้สถานะสุขภาพของตัวเองมีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีประมาณ 3 ใน 4 เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ซึ่งเป็นสัดส่วนที่มากที่สุด (ร้อยละ 88.9) ใกล้เคียงกับผู้รับรู้ว่าคุณภาพปานกลาง ที่เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 78.5) ผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพดีเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันคิดเป็นสัดส่วนที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 62.2)

จากการวิเคราะห์ครั้งนี้ยังพบอีกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพดีเลือกซื้อยากินเอง มีสัดส่วนที่สูงสุด (ร้อยละ 28.5) มีเพียงบางส่วนเท่านั้นที่ไม่รักษา (ร้อยละ 8.6) และไม่พบว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณภาพไม่ดีเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณ หรือไม่รักษา (ร้อยละ 0.0 และร้อยละ 0.0)

สาเหตุการเจ็บป่วย

การเจ็บป่วยเกิดขึ้นมาได้หลายสาเหตุ ผู้ที่มีสาเหตุของการเจ็บป่วยที่ต่างกันจะสามารถเลือกวิธีการรักษาพยาบาลได้อย่างเหมาะสมแก่สาเหตุนั้น ๆ เมื่อพิจารณาตารางไขว้

พบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการเจ็บป่วยกับวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังเกือบทั้งหมดเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 95.9) ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอุบัติเหตุหรือการถูกทำร้ายมากกว่าครึ่งเพียงเล็กน้อยเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 60.5) ทั้งนี้ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 49.5)

นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายจะชื่อยากินเองเมื่อเปรียบเทียบกับ ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอุบัติเหตุหรือการถูกทำร้าย และ ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง (ร้อยละ 38.5 เปรียบเทียบกับร้อยละ 20.0 และ ร้อยละ 3.5 ตามลำดับ) แต่ไม่พบว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังเลือกไม่รับการรักษา (ร้อยละ 0.0)

จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน

จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวันเป็นตัวแปรที่สามารถสะท้อนถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการรักษาพยาบาลตามความรุนแรงที่ตนรู้สึก ผลการศึกษาพบว่าจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวันและวิธีการรักษาพยาบาลมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ที่หยุดกิจวัตรเนื่องจากการเจ็บป่วยมากกว่า 10 วัน เกือบทั้งหมดเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 92.3) ซึ่งมีสัดส่วนมากกว่าผู้ที่หยุดกิจวัตรเนื่องจากการเจ็บป่วยระหว่าง 3 ถึง 10 วัน และ ผู้ที่หยุดกิจวัตรเนื่องจากการเจ็บป่วยระหว่าง 1 ถึง 2 วัน (ร้อยละ 88.5 และ ร้อยละ 79.5 ตามลำดับ) ผู้ที่ไม่หยุดกิจวัตรประจำวันเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันในสัดส่วนที่น้อยที่สุด (ร้อยละ 58.8)

ผู้ที่ไม่หยุดกิจวัตรประจำวันเลือกชื่อยากินเองในสัดส่วนที่สูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่หยุดกิจวัตรเนื่องจากการเจ็บป่วยระหว่าง 1 ถึง 2 วัน ผู้ที่หยุดกิจวัตรเนื่องจากการเจ็บป่วยระหว่าง 3 ถึง 10 วัน และผู้ที่หยุดกิจวัตรเนื่องจากการเจ็บป่วยมากกว่า 10 วัน (ร้อยละ 30.3 เปรียบเทียบกับร้อยละ 18.2 ร้อยละ 9.8 และร้อยละ 7.7) ทั้งนี้ไม่พบว่าผู้ที่หยุดกิจวัตรเนื่องจากการเจ็บป่วยมากกว่า 10 วัน เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณ หรือไม่รักษา (ร้อยละ 0.0 และ ร้อยละ 0.0)

ตารางที่ 4 การกระจายร้อยละวิธีการรักษาพยาบาลของตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 59 ปี ที่เจ็บป่วยในช่วง 1 เดือนก่อนสัมภาษณ์ จำแนกตามปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (N = 6,524)

ลักษณะทั่วไป	วิธีการรักษาพยาบาล				รวม
	ไม่รักษา	ซื้อยากินเอง	รักษาแบบแผนโบราณ	รักษาแบบแผนปัจจุบัน	
ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล					
เพศ					
ชาย	8.3	29.8	0.8	61.1	100.0(2,168)
หญิง	8.5	25.8	0.6	65.1	100.0(4,356)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 13.432$		P- value = 0.004		
อายุ					
ระหว่าง 15 ถึง 29 ปี	10.1	35.8	0.9	53.2	100.0(1,108)
ระหว่าง 30 ถึง 44 ปี	9.0	32.8	0.7	57.5	100.0(2,242)
ระหว่าง 45 ถึง 59 ปี	7.5	20.1	0.6	71.9	100.0(3,174)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 191.316$		P- value = 0.000		
การศึกษา					
ไม่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6	7.8	19.4	0.6	72.2	100.0(2,846)
สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6	9.4	32.5	0.4	57.7	100.0(1,408)
สำเร็จการศึกษาชั้น ม.3	10.5	34.0	1.2	54.2	100.0(920)
สำเร็จการศึกษาชั้น ม.6	6.9	35.6	0.3	57.2	100.0(654)
สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้น ม.6	7.8	30.6	1.1	60.5	100.0(696)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 192.917$		P- value = 0.000		

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	วิธีการรักษาพยาบาล				รวม
	ไม่รักษา	ซื้อยากินเอง	รักษาแบบ แผนโบราณ	รักษาแบบ แผนปัจจุบัน	
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน					
1 ถึง 3 คน	7.1	28.3	0.6	64.0	100.0(3,722)
4 ถึง 6 คน	10.6	26.1	0.8	62.6	100.0(2,515)
7 ถึง 9 คน	5.4	20.2	0.0	74.3	100.0(257)
มากกว่า 9 คน	23.3	30.0	0.0	46.7	100.0(30)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 48.423$		P- value = 0.000		
เขตที่อยู่อาศัย					
ในเมือง	8.1	32.9	0.8	58.2	100.0(4,562)
ในชนบท	8.6	24.6	0.6	66.1	100.0(1,962)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 49.180$		P- value = 0.000		
ภาค					
กรุงเทพมหานคร	8.5	37.8	0.9	52.9	100.0(800)
ภาคกลาง	6.5	33.2	0.4	59.9	100.0(1,565)
ภาคเหนือ	5.8	22.6	0.9	70.8	100.0(1,404)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10.2	20.6	0.5	68.7	100.0(2,008)
ภาคใต้	13.1	29.1	0.9	56.8	100.0(746)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 191.158$		P- value = 0.000		

(มีต่อ)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	วิธีการรักษาพยาบาล				รวม
	ไม่รักษา	ชื้อยากินเอง	รักษาแบบ แผนโบราณ	รักษาแบบ แผนปัจจุบัน	
ปัจจัยเกี่ยวกับความสามารถด้านการรักษา					
การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล					
ได้รับสวัสดิการ	8.4	26.8	0.7	64.1	100.0(130)
ไม่ได้รับสวัสดิการ	10.0	40.8	0.8	48.5	100.0(6,394)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 14.388$		P- value = 0.002		
ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย					
โรคประจำตัว					
มีโรคประจำตัว	4.9	10.8	0.8	83.5	100.0(3,076)
ไม่มีโรคประจำตัว	11.6	41.7	0.6	46.1	100.0(3,448)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 1019.491$		P- value = 0.000		
การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง					
สุขภาพดี	8.6	28.5	0.7	62.2	100.0(5,915)
สุขภาพปานกลาง	7.2	13.4	0.9	78.5	100.0(582)
สุขภาพไม่ดี	0.0	11.1	0.0	88.9	100.0(27)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 78.327$		P- value = 0.000		
สาเหตุการเจ็บป่วย					
อาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย	11.4	38.5	0.5	49.5	100.0(4,218)
อุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย	17.3	20.0	2.3	60.5	100.0(400)
โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง	0.0	3.5	0.6	95.9	100.0(1,906)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 1304.273$		P- value = 0.000		

(มีต่อ)

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	วิธีการรักษาพยาบาล				รวม
	ไม่รักษา	ซื้อยากินเอง	รักษาแบบ แผนโบราณ	รักษาแบบ แผนปัจจุบัน	
จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน					
ไม่หยุด	10.5	30.3	0.5	58.8	100.0(5,154)
หยุด 1 ถึง 2 วัน	0.9	18.2	1.5	79.5	100.0(931)
หยุด 3 ถึง 10 วัน	0.9	9.8	0.9	88.5	100.0(348)
หยุดมากกว่า 10 วัน	0.0	7.7	0.0	92.3	100.0(91)
รวม	8.5	27.1	0.7	63.7	100.0(6,524)
	$\chi^2 = 331.316$		P- value = 0.000		

3.2 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ด้วยวิธีสหสัมพันธ์ (correlation)

ในการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานครั้งนี้ใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression) เนื่องจากวิธีการรักษาพยาบาลซึ่งเป็นตัวแปรตาม เป็นตัวแปรระดับกลุ่ม แบ่งเป็น 4 กลุ่มได้แก่ ไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง รักษาแบบแผนโบราณ และรักษาแบบแผนปัจจุบัน ซึ่งในการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก มีเงื่อนไขสำคัญ คือ ตัวแปรอิสระทุกตัวที่นำมาใช้ในแบบจำลอง หรือสมการเดียวกันจะต้องมีความสัมพันธ์ในเชิงสถิติไม่สูงนัก เพื่อป้องกันปัญหาความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (Multicollinearity) ในการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวนี้ จะใช้การวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation) เพื่อพิจารณาค่าความสัมพันธ์ หากสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 0.60 แสดงว่า ตัวแปรอิสระคู่หนึ่งมีความสัมพันธ์ต่อกันค่อนข้างสูง (Blalock, 1972: 457) ซึ่งขัดกับข้อกำหนดเบื้องต้นของการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก และมีผลให้ผลการวิเคราะห์เบี่ยงเบนจากความเป็นจริง ดังนั้นจะไม่นำตัวแปรอิสระคู่ดังกล่าวมาวิเคราะห์ในแบบจำลองเดียวกัน

จากการวิเคราะห์ตารางไขว้เพื่อความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย พบว่า มีผู้ที่เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณในสัดส่วนที่น้อยมาก (ร้อยละ 0.7) จึงพบว่าตัวอย่างในบางกลุ่มไม่เลือกการรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณ ทั้งนี้เพื่อลดความคลาดเคลื่อนของผลการวิเคราะห์ ดังนั้นในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ด้วยวิธีสหสัมพันธ์ (Correlation) และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression) จึงไม่นำวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนโบราณมาร่วมในการวิเคราะห์ด้วย ดังนั้นตัวแปรตามในการวิเคราะห์มีเพียง 3 กลุ่มได้แก่ ไม่ได้รักษา ซ้ำยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน ทำให้มีตัวอย่างในการวิเคราะห์ทั้งสิ้น 6,480 คน

เงื่อนไขหนึ่งของการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ นั้น คือ ตัวแปรอิสระแต่ละตัวต้องเป็นตัวแปรที่มีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าระดับช่วง (Interval Scale) ในกรณีที่ตัวแปรที่มีระดับการวัดที่ต่ำกว่านั้น จะต้องแปลงค่าของตัวแปรนั้นให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) ซึ่งมีค่าเท่ากับ 0 และ 1 สำหรับผลการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ มีดังนี้

ตารางที่ 5 เมตริกซ์ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษา

	1	2	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	4	5	6.1	6.2	6.3	6.4	6.5	7	8	9	10.1	10.2	10.3	11	
1. เพศ ¹	1.000																					
2. อายุ	0.004	1.000																				
3.1 สูงกว่าชั้น ม.6 ²	-0.052**	-0.112**	1.000																			
3.2 ชั้น ม.6 ²	-0.080**	-0.245**	-0.115**	1.000																		
3.3 ชั้น ม.3 ²	-0.021	-0.324**	-0.139**	-0.135**	1.000																	
3.3 ชั้น ป.6 ²	0.010	-0.243**	-0.181**	-0.176**	-0.212**	1.000																
3.4 ไม่จบ ป.6 ²	0.087**	0.646**	-0.303**	-0.294**	-0.356**	-0.463**	1.000															
4. จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.071**	-0.068**	-0.085**	-0.010	0.024	0.054**	-0.003	1.000														
5. เขตที่อยู่อาศัย ³	-0.044**	-0.039**	0.156**	0.091**	0.095**	-0.076**	-0.156**	-0.075**	1.000													
6.1 ภาคกลาง ²	0.024	0.004	-0.048**	-0.039**	-0.016	0.005	-0.060**	0.089	-0.024	1.000												
6.2 ภาคเหนือ ²	-0.000	-0.054**	0.032*	-0.004	0.030*	0.080**	-0.105**	0.032**	-0.152**	-0.294**	1.000											
6.3 ภาคตะวันออกเฉียง ²	-0.059**	-0.013	0.090**	0.045**	0.061**	-0.083**	-0.057**	-0.097**	0.242**	-0.376**	-0.349**	1.000										
6.4 ภาคใต้ ²	-0.022	-0.032**	0.020	-0.002	-0.005	0.012	-0.018	0.026*	-0.071**	0.202**	0.188**	0.239**	1.000									
6.5 กรุงเทพมหานคร ²	-0.030*	-0.051**	0.084**	0.010	0.107**	-0.022	-0.115**	-0.005	0.570**	0.210**	0.195**	0.249**	-0.134**	1.000								
7. มีสวัสดิการ ⁴	0.033**	0.018	0.008	-0.018	-0.032**	0.008	0.022	0.033**	-0.134**	0.022	-0.050**	-0.069**	0.001	-0.131**	1.000							
8. โรคประจำตัว ⁵	0.057**	0.289**	-0.068**	-0.082**	-0.075**	-0.117**	0.242**	-0.027*	-0.024	-0.014	-0.044**	-0.002	-0.027*	-0.051**	0.045**	1.000						
9. สถานะสุขภาพ	-0.030*	-0.192**	0.107**	0.067**	0.093**	0.037**	-0.203**	0.040**	0.036**	-0.022	0.034**	0.014	0.016	0.018	0.001	-0.266**	1.000					
10.1 อุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย ²	0.133**	0.066**	-0.011	-0.019	-0.004	-0.040**	0.055**	-0.076**	-0.004	0.017	-0.012	-0.005	-0.003	0.003	0.037**	0.181**	-0.049**	1.000				
10.2 โรคประจำตัว ²	-0.052**	-0.277**	0.068**	0.071	0.058	0.091**	-0.201**	-0.006*	-0.004	0.000	0.036**	0.009	0.040*	0.018	-0.044**	-0.681**	0.164**	-0.163**	1.000			
10.3 รู้สึกไม่สบาย ²	0.017	-0.184**	0.059**	0.058**	0.053**	0.067**	-0.164**	-0.043**	-0.006	-0.008	0.028*	0.006	0.036**	0.019	-0.023	-0.558**	0.131**	0.343**	0.871**	1.000		
11. จำนวนวันที่หยุดกิจวัตร	-0.046**	0.019	-0.027*	-0.007	0.000	-0.017	0.036**	-0.004	0.018	-0.038**	-0.007	0.035**	0.015	-0.022	-0.004	0.033**	-0.205**	-0.067**	-0.046**	-0.078**	1.000	

หมายเหตุ * หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

- ¹ เพศชาย เป็นกลุ่มอ้างอิง
- ² กลุ่มอื่น ๆ เป็นกลุ่มอ้างอิง
- ³ เขตชนบท เป็นกลุ่มอ้างอิง
- ⁴ ไม่ได้รับสวัสดิการ เป็นกลุ่มอ้างอิง
- ⁵ ไม่มีโรคประจำตัว เป็นกลุ่มอ้างอิง

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ด้วยวิธีสหสัมพันธ์ (Correlation) ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์สูงหรือเท่ากับ 0.60 แสดงว่า จึงสามารถนำตัวแปรอิสระทุกตัวเข้ามารวมในแบบจำลองการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกเดียวกันได้

3.3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression)

การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาล ใช้วิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression) ที่สามารถทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรตามกับตัวแปรอิสระ ทางด้านทิศทางความสัมพันธ์ในเชิงเปรียบเทียบกับกลุ่มที่กำหนดให้เป็นกลุ่มอ้างอิง ด้านการมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงด้านความสอดคล้องกับสมมติฐาน โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวสามารถอธิบายได้โดย อัตราส่วนโอกาส (Odds Ratio) ซึ่งเป็นค่าอัตราส่วนโอกาสที่คำนวณจากโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ของกลุ่มสนใจของตัวแปรใดตัวแปรหนึ่งหารด้วยโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ของกลุ่มอ้างอิงตัวแปรนั้น การวิเคราะห์ครั้งนี้ใช้สถิติสำหรับการวิเคราะห์ 2 ขั้นตอน คือ 1) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Multinomial Logistic Regression) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ในระดับ 2 ตัวแปร อันได้แก่ ตัวแปรอิสระ 1 ตัวแปร และตัวแปรตาม 1 ตัวแปร เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสอง และพิสูจน์ความสอดคล้องกับสมมติฐาน และ 2) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ (Multiple Multinomial Logistic Regression) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น ๆ แล้ว

ผลการวิเคราะห์ในตารางที่ 6 แสดงให้เห็นว่าตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาค การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล โรคประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง สาเหตุของการเจ็บป่วย และจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน สามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานได้ร้อยละ 37.5 ($Pseudo R^2 = 0.375$) และพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ภายหลังจากควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ แล้ว ได้แก่ อายุ การศึกษา ภาค โรคประจำตัว สาเหตุการเจ็บป่วย และจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน มีรายละเอียดดังนี้

3.3.1 ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล

เพศ

จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่รักษาแล้ว เพศหญิงมีโอกาสที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันมากกว่าเพศชาย 1.034 เท่า และยังพบว่าเพศหญิงมีโอกาสชื้อยากินเองน้อยกว่าเพศชาย 0.840 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับ ระวังตร ชาครีย์วณิชย์ (2545: 32) ที่ศึกษาพบว่าเพศหญิงไปรับการรักษาโรคที่สถานีนอนามัยมากกว่าเพศชาย ทั้งนี้เป็นเพราะเพศชายมักคิดว่าตนเองเป็นผู้ที่เข้มแข็งจึงไม่ได้ป่วยมาก ไม่จำเป็นต้องพึ่งพาสถานบริการสาธารณสุข แต่สามารถไปชื้อยารักษาเองได้ เพราะการไปชื้อยากินเองสะดวกกว่า สอดคล้องการศึกษาของ อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม (2536) ที่พบว่าเพศชายมักรักษาด้วยตนเองก่อนหากไม่รู้สึกละอายใจจะเลือกวิธีการรักษาอื่น ๆ ต่อไป อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์ดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอิสระตัวอื่น ๆ แล้ว พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับการไม่รับการรักษาแล้ว เพศหญิงมีโอกาสที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันมากกว่าเพศชาย 1.029 เท่า และยังพบว่าเพศหญิงมีโอกาสชื้อยากินเองน้อยกว่าเพศชายเมื่อเปรียบเทียบกับกับการไม่ได้รับการรักษา 0.856 เท่า ทั้งนี้ความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

อายุ

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับวิธีการรักษาพยาบาล พบว่า อายุเป็นตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อวิธีการรักษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบกับกับการไม่ได้รับการรักษา ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะชื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า คิดเป็น 0.988 เท่า หมายความว่ายิ่งมีอายุมากขึ้นจะมีโอกาสเลือกชื้อยากินเองน้อยลง นอกจากนี้ยังพบอีกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสที่จะรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า คิดเป็น 1.021 เท่า ทั้งนี้อาจเป็นเพราะเมื่ออายุมากขึ้นจะมีปัญหาด้านสุขภาพมากขึ้น อันเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของสุขภาพร่างกายตามช่วงอายุ ดังนั้นเมื่อมีความเจ็บป่วยแล้ว บุคคลจะเลือกวิธีไปพบแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญด้านสุขภาพมากกว่าตนเอง หรืออาจจะไม่กระทำการใด ๆ หากเกิดความเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ผู้ที่มีอายุน้อยกว่าจะเลือกไม่รักษาถ้าเห็นว่าเป็นอาการป่วยเพียงเล็กน้อย หรือเลือกไปพบแพทย์แผนปัจจุบันเมื่อรู้ว่าอาการเจ็บป่วยของตนเองมีความรุนแรงมากขึ้น แสดงว่าความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับวิธีการรักษาพยาบาลสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้เพียงบางส่วน

เมื่อพิจารณาอิทธิพลของอายุ หลังจากควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รับการรักษา ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสที่จะชื่อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่าเป็น 0.996 เท่า และพบอีกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีโอกาสที่จะรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่าเป็น 1.007 เท่า แสดงว่า ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ กับการชื่อยากินเอง การรักษาแบบแผนปัจจุบันเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รับการรักษา ได้รับอิทธิพลจากตัวแปรอื่น ๆ น้อยมาก อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษา

เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับวิธีการรักษาพยาบาล พบว่า ตัวแปรการศึกษาที่มีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการวิเคราะห์ชี้ให้เห็นว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่รักษา ผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6 ผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ม.6 และผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้น ม.6 มีโอกาสชื่อยากินเองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าชั้น ป.6 คิดเป็น 1.395 เท่า 2.095 เท่า และ 1.597 ตามลำดับ นอกจากนี้กลับพบว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ม.3 และผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6 มีโอกาสเลือกรักษาแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าชั้น ป.6 เท่ากับ 0.559 เท่า และ 0.644 เท่า ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้เพียงบางส่วน สำหรับการเปรียบเทียบระหว่างไม่ได้รับการรักษากับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่รักษาแล้วผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6 และผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ม.3 มีโอกาสการรักษาแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าชั้น ป.6 คิดเป็น 0.644 เท่า และ 0.559 เท่าตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

เมื่อวิเคราะห์โดยควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รับการรักษา ผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6 ผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ม.6 และผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้น ม.6 มีโอกาสเลือกชื่อยากินเองมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าชั้น ป.6 อยู่ 1.242 เท่า 1.513 เท่า และ 1.191 เท่า ตามลำดับ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในขณะที่ผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ม.3 มีโอกาสเลือกชื่อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่ไม่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6 อยู่ 0.840 เท่า ทั้งนี้ความสัมพันธ์ทั้งหมดไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ยังพบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รับการรักษาแล้ว ผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6 ผู้ที่สำเร็จการศึกษาชั้น ม.6 และผู้ที่สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้น ม.6 มีโอกาสรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่าชั้น

ป.6 คิดเป็น 1.069 เท่า 10.455 เท่า และ 1.594 เท่า อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างจำนวนสมาชิกในครัวเรือนกับการเลือกวิธีรักษาพยาบาลพบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่ามีโอกาสเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 0.923 เท่า อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ และยังพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่ามีโอกาสซื้อยามากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 0.913 เท่า อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่อยู่ร่วมกันหลาย ๆ คนในครัวเรือนเดียวกันนั้น อาจจะมีการช่วยเหลือดูแลด้านสุขภาพซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อเจ็บป่วยจึงได้รับการดูแลรักษาพยาบาลจากผู้ที่อยู่ร่วมกันในครัวเรือน จึงไม่ได้เลือกการซื้อยามากกว่าหรือรักษาในพยาบาลอื่น ๆ

หลังจากควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว พบว่าการเปรียบเทียบระหว่างการไม่ได้รักษากับการซื้อยามากกว่ายังมีทิศทางเช่นเดิม กล่าวคือ ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่ามีโอกาสซื้อยามากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 0.935 เท่า อย่างไรก็ตามไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และยังพบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่ามีโอกาสรับการรักษาระบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า 0.982 เท่า ซึ่งความสัมพันธ์นี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เขตที่อยู่อาศัย

เมื่อพิจารณาด้านเขตที่อยู่อาศัย พบว่าตัวแปรเขตที่อยู่อาศัยที่ผลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองมีโอกาสเลือกซื้อยามากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท 1.415 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เพราะว่าในปัจจุบันจะมีสถานที่จำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ในเมืองมากขึ้น จึงทำให้ผู้ที่อยู่เมืองซื้อยามากขึ้น สำหรับการเปรียบเทียบโอกาสเลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบัน กับกรณีที่ไม่ได้รักษานั้น พบว่าเขตที่อยู่อาศัยไม่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการเลือกรักษาแบบแผนปัจจุบัน

จากการวิเคราะห์หลังจากที่หลังจากอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว พบว่าการซื้อยาकिनเอง และการรักษาแบบแผนปัจจุบันเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างผู้ที่พักอาศัยในเขตที่อยู่อาศัยต่างกัน

ภาค

จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่าภาค เป็นอีกตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากข้อมูลแสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษา ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้มีโอกาสเลือกซื้อยาकिनเอง และเลือกรักษาแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 0.497 เท่า และ 0.691 เท่า ตามลำดับ เนื่องจากกรุงเทพมหานคร เป็นศูนย์กลางการพัฒนาของประเทศ เป็นแหล่งรวมวิชาการและเทคโนโลยีในทุก ๆ ด้าน ตลอดจนจนวิทยาการทางการแพทย์ ที่มีความเพียบพร้อมมากกว่าภาคอื่น ๆ ซึ่งน่าจะมีผลต่อวัฒนธรรมของชาวเมืองที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพและบริเวณใกล้เคียง ให้เลือกวิธีการรักษาที่สอดคล้องกับเทคโนโลยีในปัจจุบัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตนากฤษภาธาร (2535) ที่พบว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในภูมิภาคอื่น ๆ นอกจากนี้เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการซื้อยาकिनเอง การรักษาแบบแผนปัจจุบัน เปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาของผู้ที่อาศัยในภาคกลางและภาคเหนือ ก็พบว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลับไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการซื้อยาकिनเอง เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาของผู้ที่อาศัยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แสดงว่าความสัมพันธ์ทั้งหมดนี้สอดคล้องกับสมมติฐานบางส่วน

เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาคกับวิธีการรักษาพยาบาลหลังจากควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ พบว่า ตัวแปรภาคยังคงมีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และมีทิศทางสอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ก่อนการควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ ทั้งนี้พบว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้มีโอกาสซื้อยาकिन และมีโอกาสเลือกรักษาแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 0.513 เท่า และ 0.582 เท่า ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบอีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษา ผู้ที่อาศัยอยู่ในภาคเหนือมีโอกาสเลือกวิธีการรักษาพยาบาลมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร 1.228 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และ แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างการซื้อยาकिनเองเมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาของผู้ที่อาศัยในภาคเหนือ

3.3.2 ปัจจัยเกี่ยวกับความสามารถด้านการรักษา

การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลกับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลมีโอกาสเลือกรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล 1.616 เท่า เนื่องจากสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล เป็นการคุ้มครองทางสังคมประเภทหนึ่งซึ่งช่วยแบ่งเบาภาระด้านการเงินของบุคคลหรือครอบครัวด้านการเจ็บป่วย (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2543: 25) ส่งผลให้มีผู้ที่มาใช้บริการรักษาโรคในสถานบริการของรัฐมากขึ้น ทั้งในสถานีนอนมาลัยและโรงพยาบาลชุมชน อย่างไรก็ตามความสัมพันธ์นี้ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิตินอกจากนี้การวิเคราะห์ครั้งนี้ยังพบอีกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลมีโอกาสซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล 0.797 เท่า โดยความสัมพันธ์ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน

สำหรับการวิเคราะห์ความความสัมพันธ์ระหว่างการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลกับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ภายหลังจากควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอิสระอื่น ๆ พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลยังคงมีโอกาสเลือกรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล 1.043 เท่า แต่ความสัมพันธ์ดังกล่าวนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

3.3.3 ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย

โรคประจำตัว

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคประจำตัวกับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล พบว่า ตัวแปรโรคประจำตัวมีผลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 และสอดคล้องกับสมมติฐานบางส่วน ผลการวิเคราะห์แสดงว่า เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาแล้วพบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเลือกรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว 4.279 เท่า ทั้งนี้ผู้ที่มีโรคประจำตัวตระหนักถึงระดับการเจ็บป่วยของตนเอง และต้องการรักษาให้หายขาดหรือต้องการบรรเทาอาการเจ็บป่วยให้ไม่แสดงอาการหรือแสดงอาการน้อยที่สุด จึงเลือกรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันที่เป็นการรักษาตามหลักวิทยาศาสตร์ สอดคล้องกับการศึกษาของสุปราณี เชนชม (2548) พบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาพยาบาล โดยมีโอกาสเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐสูง

กว่าแบบอื่น ๆ นอกจากนี้พบว่า ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเลือกซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่โรคประจำตัว 0.609 เท่า

หลังจากควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว ไม่พบว่ากรณีโรคประจำตัวมีอิทธิพลต่อการเลือกรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลับพบว่าผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่ไม่ใช่โรคประจำตัว 0.509 เท่าของ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ที่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง มีความจำเป็นที่จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องและอยู่ในความดูแลของแพทย์ตลอดระยะเวลาการรักษา จึงอาจเลือกรักษาแบบแผนปัจจุบัน ซึ่งดูแลด้วยแพทย์ที่มีความรู้และความชำนาญ อีกทั้งยังเป็นการรักษาที่มีแบบแผนตามหลักวิทยาศาสตร์

การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง

จากการศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง พบว่า ตัวแปรการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองมีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้บางส่วน ดังผลการวิเคราะห์ที่พบว่า กลับพบอีกว่า ผู้ที่รับรู้สถานะสุขภาพของตนเองในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสเลือกซื้อยากินเองมากกว่าผู้ที่รับรู้สถานะสุขภาพของตนเองในระดับที่สูงกว่า 1.167 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รักษา แต่ผู้ที่รับรู้สถานะสุขภาพของตนเองในระดับที่ต่ำกว่ามีโอกาสเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่รับรู้สถานะสุขภาพของตนเองในระดับที่สูงกว่า 0.816 เท่า เมื่อเทียบกับการไม่ได้รักษา

หลังจากควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว ไม่พบว่าตัวแปรการรับรู้สถานะสุขภาพของตนเองมีอิทธิพลต่อการเลือกรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลับพบว่าผู้ที่รู้ตัวเองว่ามีสุขภาพดีกว่ามีโอกาสซื้อยากินเองมากกว่าผู้ที่รู้ตัวเองว่ามีสุขภาพไม่ดี 1.108 เท่าของ โดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้ผู้ที่รู้ตนเองว่ามีสุขภาพดี จะคิดว่ามีความสามารถจัดการกับการเจ็บป่วยได้ด้วยตนเอง จึงอาจแสดงพฤติกรรมซื้อยากินเอง

สาเหตุการเจ็บป่วย

สำหรับการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการเจ็บป่วยกับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล พบว่า ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอุบัติเหตุหรือการถูกทำร้าย มีโอกาสเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอาการการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย คิดเป็น 0.814 เท่า และผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังมีโอกาสเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากการ

เจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย คิดเป็น 2×10^9 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้รักษา กล่าวคือ ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังมีโอกาสเลือกรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน โดยแทบจะไม่มีโอกาสเลือกวิธีการรักษาพยาบาลอื่น ๆ เลย สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2525: 72) ชื่นชม เจริญยุทธ (2522: 48) และเบญจฯ ยอดดำเนิน และคณะ (2523: 10) พบว่า ผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยอาการเรื้อรังจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลด้วยการพึ่งพาโรงพยาบาลรัฐบาลหรือเอกชน สุปรานี เชนชม (2548) ชี้ว่าผู้มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง มีความสัมพันธ์กับวิธีการรักษาพยาบาล โดยผู้ที่เป็นโรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคความดันเลือด และโรคกระเพาะลำไส้อักเสบ มีโอกาสเลือกไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐสูงมาก นอกจากนี้ยังพบอีกว่าพบว่า ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย มีโอกาสซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย 0.346 เท่า และพบว่า ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังมีโอกาสซื้อยากินเองมากกว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย 7×10^7 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้รักษา ซึ่งความสัมพันธ์ทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ขัดแย้งกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ส่วนการศึกษาคำความสัมพันธ์ระหว่างสาเหตุการเจ็บป่วยกับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลหลังจากควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอิสระอื่น ๆ ยังคงมีความสัมพันธ์และทิศทางสอดคล้องกับ กับผลการวิเคราะห์ก่อนควบคุมตัวแปรอิสระอื่น ๆ กล่าวคือ ผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากจากอุบัติเหตุหรือการถูกทำร้าย มีโอกาสเลือกซื้อยากินเองและรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอาการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย คิดเป็น 0.243 เท่า และ 0.582 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้รักษา และพบอีกว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง มีโอกาสซื้อยากินเองและรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีสาเหตุการเจ็บป่วยมาจากอาการเจ็บป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย คิดเป็น 1×10^8 เท่า และ 1×10^9 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับไม่ได้รักษา ซึ่งความสัมพันธ์ทั้งหมดนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน

เมื่อพิจารณาด้านจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน พบว่าผู้ที่หยุดกิจวัตรประจำวันที่มีจำนวนวันมากกว่าจะมีโอกาสเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน และซื้อยากินเองมากกว่าผู้ที่ป่วยที่หยุดกิจวัตรประจำวันที่มีจำนวนวันน้อยกว่า เมื่อเทียบกับการไม่รับการรักษาคิดเป็น 4.244 เท่า และ 3.484 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ เนื่องจากการหยุดกิจวัตรประจำวันนั้นน่าจะแสดงถึงความรุนแรงของการ

เจ็บป่วย หากพิจารณาถึงระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยก็จะพบว่าเมื่อเจ็บป่วย บุคคลจะพิจารณาและประเมินความเจ็บป่วยของตนเอง แล้วใช้ระดับความเจ็บป่วยที่ประเมินได้นั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการเลือกแหล่งหรือวิธีรักษาพยาบาล (พิมพวัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, 2530) ประชากรส่วนใหญ่หากมีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อยซึ่งอาจไม่จำเป็นต้องหยุดกิจวัตรก็จะมีพฤติกรรมซื้อยามากินเอง แต่หากมีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือรักษาด้วยตนเองไม่ได้จะตัดสินใจเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาลต่างๆ ซึ่งมีผลให้ต้องหยุดกิจวัตรประจำวัน (สวณี เต็งรังสรรค์, 2535; จันทรพิชญ ชูประภาวรรณ และคณะ, 2539; นภาพร ชโยวรรณ และจอห์น โนเดล, 2539: 177-180; กันยารัตน์ อุบลวรรณ, 2540: 121-123)

หากพิจารณาจำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวันกับวิธีการรักษาพยาบาล ภายหลังควบคุมอิทธิพลจากตัวแปรอิสระอื่น ๆ แล้ว พบว่ายังคงมีทิศทางและความสัมพันธ์สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย ผู้ที่หยุดกิจวัตรประจำวันที่มีจำนวนวันมากกว่าจะมีโอกาสเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน และซื้อยามากินเองมากกว่าผู้ที่ป่วยที่หยุดกิจวัตรประจำวันที่มีจำนวนวันน้อยกว่า เมื่อเทียบกับการไม่รับการรักษาคิดเป็น 4.947 เท่า และ 3.803 เท่า ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โดยสรุปจากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก แสดงให้เห็นว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ต่อการเลือกรักษาแบบแผนปัจจุบัน ได้แก่ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ภาค โรคประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง สาเหตุการเจ็บป่วย จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวันกล่าวคือ วัยแรงงานที่มีอายุมาก ไม่สำเร็จการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 อาศัยอยู่ภาคกลางและภาคเหนือ มีโรคประจำตัว รับรู้สถานะสุขภาพของตนเองมีสุขภาพไม่ดี มีสาเหตุการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง มีโอกาสที่จะไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าไม่รับการรักษา

ส่วนปัจจัยที่กำหนดประชากรวัยแรงงานที่มีการเจ็บป่วยแล้วรักษาโดยเลือกวิธีซื้อยามากินเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ วัยแรงงานที่มีอายุน้อย มีการศึกษาระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ขึ้นไป มีสมาชิกอยู่ร่วมกันในครัวเรือนน้อย อาศัยอยู่ในเขตเมือง ไม่มีโรคประจำตัว รับรู้สถานะสุขภาพของตนเองมีสุขภาพดี มีสาเหตุการเจ็บป่วยจากโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง มีโอกาสที่จะซื้อยามากินเองมากกว่าไม่รับการรักษา

ตารางที่ 6 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression) ของวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน เปรียบเทียบระหว่างการไม่ได้รักษา กับการซื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบัน ที่สัมพันธ์กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรับการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (N = 6,480 คน)

ลักษณะทั่วไป	การเลือกวิธีการรักษาพยาบาล			
	ซื้อยากินเอง		รักษาแบบแผนปัจจุบัน	
	อย่างง่าย Odds Ratio	เชิงพหุ Odds Ratio	อย่างง่าย Odds Ratio	เชิงพหุ Odds Ratio
ปัจจัยภูมิหลังของบุคคล				
เพศ (อ้างอิง: ชาย)	0.840	0.856	1.034	1.029
อายุ	0.988**	0.996	1.021**	1.007
การศึกษา (อ้างอิง: ไม่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6)				
สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้น ม.6	1.597**	1.191	0.847	1.594
สำเร็จการศึกษาชั้น ม.6	2.095**	1.513	0.901	1.455
สำเร็จการศึกษาชั้น ม.3	1.306	0.937	0.559**	0.840
สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6	1.395**	1.242	0.644**	1.069
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	0.913**	0.935*	0.923	0.982
เขตที่อยู่อาศัย (อ้างอิง: ในชนบท)	1.415**	1.074	0.932	0.887
ภาค (อ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)				
ภาคกลาง	1.150	1.204	1.482*	1.228
ภาคเหนือ	0.876	0.976	1.961**	1.764**
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	0.455**	0.483**	1.083	0.999
ภาคใต้	0.497**	0.513**	0.691*	0.582*
ปัจจัยเกี่ยวกับความสามารถ				
ด้านการรักษา				
การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (อ้างอิง: ไม่ได้รับสวัสดิการ)	0.797	0.886	1.616	1.043

(มีต่อ)

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	การเลือกวิธีรักษาพยาบาล			
	ชื่อยากินเอง		รักษาแบบแผนปัจจุบัน	
	ทวีภาค	พหูภาค	ทวีภาค	พหูภาค
	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio	Odds Ratio
ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย				
โรคประจำตัว (อ้างอิง: ไม่มีโรคประจำตัว)	0.609**	0.509**	4.279**	1.216
การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง	1.167**	1.108*	0.816**	0.981
สาเหตุการเจ็บป่วย (อ้างอิง: อาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย)				
อุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย	0.346**	0.243**	0.814**	0.582**
โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง	7E+007**	1E+008**	2E+009**	1E+009**
จำนวนวันที่หยุดกิจกรรมประจำวัน	3.484**	3.803**	4.244**	4.947**

* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

** หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

กลุ่มอ้างอิง คือ ไม่ได้รักษา

Pseudo R Square = 0.375

บทที่ 4

การใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน

การศึกษาในส่วนนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ที่มีการเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ เฉพาะการป่วยที่ไม่นอนในสถานพยาบาล มีผลการศึกษาดังนี้

4.1 การศึกษาการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน

ตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 6,480 คน การศึกษาได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานด้วยวิธีศึกษาตารางไขว้ พบว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรทองของรัฐบาลมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 75.9 ผู้ที่ได้รับสวัสดิการประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน และผู้ที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ หรือรัฐวิสาหกิจมีสัดส่วนร้อยละ 13.3 และร้อยละ 7.9 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่าผู้มีผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากบริษัทประกันภัยในสัดส่วนที่น้อย คือ ร้อยละ 0.6 ในขณะที่ร้อยละ 2.0 ของตัวอย่างไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

ตารางที่ 7 การกระจายร้อยละของการได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานที่เจ็บป่วยครั้งสุดท้ายก่อนสัมภาษณ์ 1 เดือน (N = 6,480 คน)

สวัสดิการ	ร้อยละ
ไม่ได้รับสวัสดิการ	2.0 (130)
สวัสดิการรัฐบาล	
- บัตรประกันสุขภาพ	75.9 (4,920)
- ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	13.3 (861)
- สวัสดิการข้าราชการหรือ ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	7.9 (512)
สวัสดิการจากแหล่งอื่น	
- บริษัทประกัน	0.6 (38)
- สวัสดิการโดยนายจ้างและอื่น ๆ	0.3 (19)
รวม	100.0 (6,480)

จากการศึกษาการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน มีจำนวนตัวอย่างที่ถ่วงน้ำหนักแล้ว 6,480 คน พบว่า เมื่อศึกษาผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากรัฐบาล ผู้ที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ หรือรัฐวิสาหกิจ เลือกใช้สวัสดิการที่ตนได้รับในสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 60.2) ผู้ที่ได้รับสวัสดิการประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทนเลือกใช้สวัสดิการที่ตนได้รับ มีสัดส่วนรองลงมา ซึ่งใกล้เคียงกับผู้ที่ได้รับสวัสดิการบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรทอง (ร้อยละ 53.8 และร้อยละ 51.1ตามลำดับ)

เมื่อศึกษาผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากแหล่งอื่นแล้วพบว่า ผู้ที่ได้รับสวัสดิการจากบริษัทประกันภัยไม่ถึงครึ่งหนึ่งจะเลือกใช้สวัสดิการที่ตนเองได้รับ (ร้อยละ 36.8)

ตารางที่ 8 การกระจายร้อยละของการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายก่อนสัมภาษณ์ 1 เดือน ของประชากรวัยแรงงาน (N = 6,480 คน)

สวัสดิการ	การใช้สวัสดิการ		รวม
	ใช้	ไม่ใช้	
ไม่ได้รับสวัสดิการ	0.0	100.0	100.0(130)
สวัสดิการรัฐบาล			
- บัตรประกันสุขภาพ	51.1	48.9	100.0(4,920)
- ประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน	53.8	46.2	100.0(861)
- สวัสดิการข้าราชการหรือ ข้าราชการบำนาญ/รัฐวิสาหกิจ	60.2	39.8	100.0(512)
สวัสดิการจากแหล่งอื่น			
- บริษัทประกัน	36.8	63.2	100.0(38)
- สวัสดิการโดยนายจ้างและอื่น ๆ	52.6	47.4	100.0(19)
รวม	52.9	47.1	100.0(6,480)

$$\chi^2 = 96.400$$

$$P\text{-value} = 0.000$$

4.2 การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานกับวิธีการรักษาพยาบาล

การใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายก่อนสัมภาระณ 1 เดือน จำแนกการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ด้วยวิธีตารางไขว้ ตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 6,480 คน พบว่าเมื่อศึกษาผู้ที่ใช้สวัสดิการจากรัฐบาลแล้ว ผู้ที่ใช้สวัสดิการจากรัฐบาลทั้งหมด เลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน กล่าวคือ ผู้ที่ใช้สวัสดิการประกันสังคม/กองทุนเงินทดแทน ผู้ที่ใช้สวัสดิการบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรทอง และผู้ที่ใช้สวัสดิการข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ หรือรัฐวิสาหกิจ ทั้งหมดเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน เมื่อมีอาการเจ็บป่วย และตัดสินใจเข้ารับการรักษาพยาบาล (ร้อยละ 100.0)

เมื่อศึกษาผู้ที่ใช้สวัสดิการจากแหล่งอื่นพบว่า เลือกใช้สวัสดิการที่ตนเองมีอยู่สอดคล้องกับผู้ที่ใช้สวัสดิการจากรัฐบาล กล่าวคือ ผู้ที่ใช้สวัสดิการโดยนายจ้างทั้งหมดจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน และผู้ที่ใช้สวัสดิการจากบริษัทประกันภัยทั้งหมดจะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 100.0)

นอกจากนี้เมื่อศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลของผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลพบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งเลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 48.8) ซึ่งมากกว่าการซื้อยากินเอง และการไม่รักษา (ร้อยละ 41.1 และ 10.1 ตามลำดับ)

สำหรับการศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลของผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แต่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการที่ตนได้รับ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งเลือกซื้อยากินเอง (ร้อยละ 56.4) และผู้ที่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการประมาณ 1 ใน 4 เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน ซึ่งยังมากกว่าการไม่รักษา (ร้อยละ 25.9 และร้อยละ 17.7)

จะเห็นได้ว่าผู้ที่ใช้สิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน เนื่องจากกระเป๋ยบการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หรือค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ระบุให้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของเอกชนเท่านั้น ซึ่งเป็นให้บริการรักษาแบบแผนปัจจุบัน

ตารางที่ 9 การกระจายร้อยละของการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาล เมื่อเจ็บป่วยครั้งสุดท้ายก่อนล้มภาษณ์ 1 เดือน จำแนกการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล ของประชากรวัยแรงงาน (N = 6,480 คน)

สวัสดิการ	วิธีการรักษาพยาบาล			รวม
	ไม่รักษา	ซื้อยากินเอง	รักษาแบบแผน ปัจจุบัน	
ไม่ได้รับสวัสดิการ	10.1	41.1	48.8	100.0(130)
สวัสดิการรัฐบาล				
- บัตรประกันสุขภาพ	0.0	0.0	100.0	100.0(2,514)
- ประกันสังคม/ กองทุนเงินทดแทน	0.0	0.0	100.0	100.0(463)
- สวัสดิการข้าราชการหรือ ข้าราชการบำนาญ/ รัฐวิสาหกิจ	0.0	0.0	100.0	100.0(308)
สวัสดิการจากแหล่งอื่น				
- บริษัทประกัน	0.0	0.0	100.0	100.0(14)
- สวัสดิการโดยนายจ้างและอื่น ๆ	0.0	0.0	100.0	100.0(10)
มีแต่ไม่ใช้สวัสดิการ	17.7	56.4	25.9	100.0(3,041)
รวม	8.5	27.3	64.2	100.0(6,480)

$$\chi^2 = 6,436.285$$

$$P\text{-value} = 0.000$$

4.3 การศึกษาสาเหตุที่ไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล

การศึกษาการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ใช้เพื่อการรักษาพยาบาลครั้งนี้ พบว่ามีตัวอย่างที่ไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในการบำบัดรักษาอาการเจ็บป่วย ซึ่งมีจำนวนแบบถ่วงน้ำหนักทั้งสิ้น 3,054 คน เมื่อศึกษาถึงสาเหตุการเลือกที่จะไม่ใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลในการรักษาความเจ็บป่วย พบว่าประมาณ 2 ใน 3 ไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเพราะว่ามีการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 67.3) ในขณะที่ประมาณ 1 ใน 10 มีสาเหตุมาจากการรอรับสวัสดิการที่อาจจะนานเกินไป (ร้อยละ 11.6)

นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้เจ็บป่วยบางส่วนไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลเพราะว่าสถานพยาบาลอยู่ไกล เดินทางไม่สะดวก (ร้อยละ 3.0) หรือไม่สะดวกไปในเวลาทำการ (ร้อยละ 3.3) นอกจากนี้ยังพบว่าการไม่แน่ใจในคุณภาพยาก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 4.2) รวมทั้งการไม่มั่นใจแพทย์ผู้รักษาว่าจะวินิจฉัยไม่เก่ง หรืออาจจะรักษาไม่หาย ก็เป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่ได้รับสวัสดิการเลือกไม่ใช้สิทธิ์ (ร้อยละ 3.3)

จากการศึกษายังพบอีกว่า การที่ผู้รับสวัสดิการไม่ได้อยู่ในภูมิลาเนาที่ใช้สิทธิ์สวัสดิการและสิทธิประโยชน์ของสวัสดิการไม่ครอบคลุม ก็เป็นเหตุผลที่ทำให้ผู้รับสวัสดิการไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการเช่นเดียวกัน (ร้อยละ 2.7 และร้อยละ 1.41 ตามลำดับ) แต่แทบจะไม่พบว่าการถูกเลือกปฏิบัติและบุคลากรในโรงพยาบาลดูหรือพูดไม่ไพเราะ จะเป็นสาเหตุของการไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 0.0 และร้อยละ 0.0 ตามลำดับ)

ตารางที่ 10 การกระจายร้อยละเหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลที่ได้รับเพื่อการ
รักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย กับการเลือกวิธีการรักษาพยาบาลของ
ประชากรวัยแรงงาน (N = 3,054 คน)

เหตุผลที่ไม่ใช้สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล	ร้อยละ
เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย	67.3 (2,055)
อุบัติเหตุและป่วยฉุกเฉิน	1.1 (34)
สถานพยาบาลอยู่ไกล/เดินทางไม่สะดวก	3.0 (90)
ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ	3.3 (100)
ไม่มีค่าพาหนะ	0.2 (6)
ช้า รอนาน	11.6 (355)
ไม่แน่ใจในคุณภาพยา	4.2 (128)
ถูกเลือกปฏิบัติ	0.0 (1)
บุคลากรในโรงพยาบาลดู/พูดไม่ไพเราะ	0.0 (1)
แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถาม/ ไม่ให้ข้อมูล	0.1 (2)
แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง/ รักษาไม่หาย	3.3 (102)
ไม่ได้อยู่ในภูมิลำเนาที่ใช้สิทธิ์สวัสดิการฯ	2.7 (83)
สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม	1.4 (43)
อื่น ๆ	1.8 (55)
รวม	100.0 (3,054)

จากการศึกษาการใช้สิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของตัวอย่างใช้สิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล(ร้อยละ 52.9) จะเห็นได้ว่าผู้ที่ใช้สิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน เนื่องจากกระเปียบการเบิกสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล หรือค่าบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ระบุให้รับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานพยาบาลของเอกชนเท่านั้น ซึ่งเป็นให้บริการรักษาแบบแผนปัจจุบัน

สำหรับผู้ที่ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ส่วนหนึ่งเป็นเพราะเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และมีความสามารถในการชำระค่ารักษาพยาบาลด้วยตนเองได้ ส่วนหนึ่งเห็นว่าการรับสิทธิสวัสดิการต้องรอกระบวนการตามระเบียบของสวัสดิการจึงไม่อยากรอนาน

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ในบทนี้เป็นการสรุปสาระสำคัญของการวิจัย พร้อมทั้งนำเสนอข้อเสนอแนะทั้งในเชิงนโยบายและเชิงวิชาการ เพื่อใช้เป็นแนวทางให้รัฐบาลรวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายให้เหมาะสมกับวิธีการและการเลือกใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน และใช้เป็นแนวทางในการศึกษาเพิ่มเติมต่อไป

การศึกษาในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ ประการแรกเพื่อศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ประการที่สองเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน และประการสุดท้ายเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลกับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน โดยให้ข้อมูลจากโครงการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552 ซึ่งดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารโครงการนี้จัดทำขึ้นเพื่อรวบรวมข้อมูลของประชากรเกี่ยวกับการมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนพักรักษาในสถานพยาบาล การเข้าพักรักษาในสถานพยาบาล (คนไข้ใน) การใช้บริการสาธารณสุขและค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสาธารณสุข เป็นต้น ตามความต้องการใช้ข้อมูลเพื่อใช้ในการวางแผน และกำหนดนโยบายในระดับจังหวัด การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้วิธีการสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือนหรือสมาชิกของครัวเรือนที่ตกเป็นตัวอย่างโดยใช้แบบสอบถาม ทั้งนี้จะทำการคัดเลือกเฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษา ปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ที่น่าจะมีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรในวัยแรงงาน จำนวนตัวอย่างทั้งสิ้น 6,524 คน

สำหรับขั้นตอนการศึกษา แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนแรก การวิเคราะห์ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่สอง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ด้วยตารางไขว้ ส่วนที่สามเป็นการทดสอบปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานกับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แบ่งเป็น 2 ส่วนย่อย ดังนี้ (1) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ใช้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการวิเคราะห์สหสัมพันธ์ (Correlation) (2) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการ

รักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน กับปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษาและปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ใช้การวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ Multinomial Logistic Regression ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เนื่องจากตัวแปรตามเป็นตัวแปรระดับแบ่งกลุ่ม โดยในการศึกษานี้คือ วิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน แบ่งเป็น 4 กลุ่ม คือ 1) ไม่ได้ได้รับการรักษา 2) ซ้ำยากินเอง 3) รักษาแบบแผนโบราณ และ 4) รักษาแบบแผนปัจจุบัน แต่จากการศึกษาตารางไขว้พบว่าผู้เลือกรักษาแบบแผนโบราณน้อยมาก อาจทำให้ผลการวิเคราะห์ Multinomial Logistic Regression คลาดเคลื่อนได้ จึงไม่นำการรักษาแบบแผนโบราณมาวิเคราะห์ต่อไป ทำให้คงเหลือตัวแปรตามเพียง 3 กลุ่ม ดังนี้ 1) ไม่ได้ได้รับการรักษา 2) ซ้ำยากินเอง และ 3) รักษาแบบแผนปัจจุบัน สำหรับตัวแปรอิสระก็จะมีทั้งตัวแปรระดับแบ่งกลุ่ม ตัวแปรระดับจัดอันดับ และตัวแปรระดับอัตราส่วน ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาค การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล โรคประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง สาเหตุของการเจ็บป่วย จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน และส่วนสุดท้ายของการศึกษา คือ การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานกับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ด้วยตารางไขว้

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 ลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

ตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 6,524 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 66.8 เปรียบเทียบกับร้อยละ 33.2) มีอายุระหว่าง 16 ถึง 59 ปี โดยเฉลี่ยแล้วมีอายุ 42.11 ปี ไม่สำเร็จการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 เป็นสัดส่วนที่มากที่สุด (ร้อยละ 43.6) มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนเฉลี่ยเท่ากับ 3.41 คน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชนบท (ร้อยละ 69.9) อาศัยอยู่ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 30.8) เกือบทั้งหมดได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (ร้อยละ 98.0) มากกว่าครึ่งหนึ่งเล็กน้อยไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 52.9) เกือบทั้งหมดรับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับสุขภาพดี (ร้อยละ 90.7) มากกว่าครึ่งมีสาเหตุของการเจ็บป่วยมาจากการเกิดอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบาย (ร้อยละ 64.7) และเมื่อเจ็บป่วยจะหยุดทำกิจวัตรประจำวันเฉลี่ย 0.89 วัน

5.1.2 ผลการศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน

ตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 6,524 คน พบว่า ตัวอย่างมากกว่าครึ่งเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 63.7) อันดับรองลงมาคือเลือกซื้อยากินเอง (ร้อยละ 27.1) ไม่รักษา (ร้อยละ 8.5) และรักษาแบบแผนโบราณ มีสัดส่วนน้อยที่สุด (ร้อยละ 0.7)

5.1.3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน

ผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับสมมติฐานอย่างครบถ้วน ได้แก่ จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ที่หยุดกิจวัตรประจำวันหลายวัน มีโอกาสเลือกซื้อยากินเอง และมีโอกาสที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าไม่ได้รักษา ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับสมมติฐานแค่บางส่วน ประกอบด้วย อายุ การศึกษา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาค โรคประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง และสาเหตุการเจ็บป่วย ซึ่งสรุปทิศทางความสัมพันธ์ได้ดังนี้

1. เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่รักษาแล้ว ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า แต่ผู้ที่มีอายุมากกว่ามีโอกาสเลือกวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า
2. เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่รักษาแล้ว ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับที่สูงกว่ามีโอกาสซื้อยากินเองมากกว่าผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับที่ต่ำกว่า
3. เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่รักษาแล้ว ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่า มีโอกาสซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า
4. เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่รักษาแล้ว ผู้ที่อาศัยอยู่ในเมืองมีโอกาสเลือกซื้อยากินเองมากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในชนบท
5. เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่อยู่ในภาคกลางและภาคเหนือมีโอกาสไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และผู้ที่อยู่ในภาคใต้มีโอกาสซื้อยากินเอง และรักษาแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร (ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน)
6. เมื่อเปรียบเทียบกับการไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเลือกวิธีการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว แต่ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสซื้อยากินเองน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้มีโรคประจำตัว

7. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่รับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับดี ยังมีโอกาสไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันน้อยกว่าผู้ที่รับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับไม่ดี แต่ผู้ที่รับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับดีมีโอกาสซื้อยามากกว่าผู้ที่รับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับไม่ดี

8. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่เจ็บป่วยจากอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายมีโอกาซื้อยามากกว่า หรือไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าการผู้ที่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย (เป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน)

สำหรับผลการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบพหุ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับสมมติฐานอย่างครบถ้วนยังคงมีเพียง 1 ตัวแปร ได้แก่ จำนวนวันที่หยุดกิจวัตรประจำวัน โดยผู้ที่หยุดกิจวัตรประจำวันหลายวัน มีโอกาสที่จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน และโอกาสเลือกซื้อยามากกว่าไม่ได้รักษา ส่วนปัจจัยที่มีผลต่อวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและสอดคล้องกับสมมติฐานแค่บางส่วน มี 5 ตัวแปร ประกอบด้วย จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ภาค ไรศประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง และสาเหตุการเจ็บป่วย ซึ่งสรุปทิศทางความสัมพันธ์ได้ดังนี้

1. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่รักษาแล้ว ผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกมากกว่า มีโอกาสซื้อยามากกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีสมาชิกน้อยกว่า

2. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่อยู่ในกรุงเทพมหานครมีโอกาสซื้อยามากกว่า หรือรับการรักษาแบบแผนปัจจุบันมากกว่าผู้ที่อยู่ในภาคใต้ (เป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน)

3. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสซื้อยามากกว่าผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว

4. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ยิ่งรับรู้สถานะสุขภาพตนเองในระดับดี ยิ่งมีโอกาซื้อยามากกว่าการไม่ได้รักษา

5. เมื่อเปรียบเทียบกับ การไม่ได้รักษาแล้ว ผู้ที่เจ็บป่วยจากอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายมีโอกาซื้อยามากกว่า หรือไปรับการรักษาแบบแผนปัจจุบัน มากกว่าการผู้ที่เจ็บป่วยจากอุบัติเหตุหรือถูกทำร้าย (เป็นไปตามสมมติฐานบางส่วน)

ดังที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรจำนวนสมาชิกในครัวเรือน ภาค ไรศประจำตัว การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง สาเหตุการเจ็บป่วย และจำนวนวันที่หยุดกิจวัตร

ประจำวัน ต่างมีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการรักษาพยาบาล และสามารถร่วมกันอธิบายการแปรผันของวิธีการรักษาพยาบาลได้ร้อยละ 37.5

จากการวิเคราะห์ดังกล่าวจึงสามารถสรุปได้ว่า ประชากรวัยแรงงานที่มีปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน จะเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแตกต่างกัน

ตารางที่ 11 สรุปความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยภูมิหลังของบุคคล ปัจจัยเสริมความสามารถในการรักษา และปัจจัยเกี่ยวกับการเจ็บป่วย กับวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน ด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Multinomial Logistic Regression)

ลักษณะทั่วไป	ผลการวิเคราะห์การเลือกวิธีการรักษาพยาบาล (เปรียบเทียบกับไม่ได้รักษา)			
	ชื่อยากินเอง		รักษาแบบแผนปัจจุบัน	
	อย่างง่าย	แบบพหู	อย่างง่าย	แบบพหู
เพศ (อ้างอิง: ชาย)	- X	- X	+ ✓	+ ✓
อายุ	-* X	- X	+* ✓	+ ✓
การศึกษา (อ้างอิง: ไม่สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6)				
สำเร็จการศึกษาสูงกว่าชั้น ม.6	+* ✓	+ ✓	+ ✓	+ ✓
สำเร็จการศึกษาชั้น ม.6	+* ✓	+ ✓	+ ✓	+ ✓
สำเร็จการศึกษาชั้น ม.3	+ ✓	- X	-* X	- X
สำเร็จการศึกษาชั้น ป.6	+* ✓	+ ✓	-* X	+ ✓
จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	-* X	-* X	- X	- X
เขตที่อยู่อาศัย (อ้างอิง: ในชนบท)	+* ✓	+ ✓	- X	- X
ภาค (อ้างอิง: กรุงเทพมหานคร)				
ภาคกลาง	+ X	+ X	+* X	+ X
ภาคเหนือ	- ✓	- ✓	+* X	+* X
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	-* ✓	-* ✓	- X	- ✓
ภาคใต้	-* ✓	-* ✓	-* ✓	-* ✓
การมีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล (อ้างอิง: ไม่ได้รับสวัสดิการ)	- X	- X	+ ✓	+ ✓
โรคประจำตัว (อ้างอิง: ไม่มีโรคประจำตัว)	-* X	-* X	+* ✓	+ ✓
การรับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง	+* X	+* X	-* ✓	- ✓
สาเหตุการเจ็บป่วย (อ้างอิง: อาการป่วย/รู้สึกไม่สบาย)				
อุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย	-* ✓	-* ✓	-* ✓	-* ✓
โรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง	+* X	+* X	+* X	+* X
จำนวนวันที่หยุดกิจกรรมประจำวัน	+* ✓	+* ✓	+* ✓	+* ✓
+ หมายถึง มีทิศทางความสัมพันธ์ในเชิงบวก	✓		หมายถึง เป็นไปตามสมมติฐาน	
- หมายถึง มีทิศทางความสัมพันธ์ในเชิงลบ	X		หมายถึง ไม่เป็นไปตามสมมติฐาน	
* หมายถึง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05				

5.1.4 ผลการศึกษาการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน

ตัวอย่างของการวิจัยครั้งนี้มีจำนวนทั้งสิ้น 6,480 คน ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างวิธีการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานกับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน พบว่าผู้ที่ได้รับสวัสดิการบัตรประกันสุขภาพหรือบัตรทองของรัฐบาลมีสัดส่วนมากที่สุด ร้อยละ 75.9 และมีผู้ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล ร้อยละ 2.0 ทั้งนี้เมื่อศึกษาการใช้สวัสดิการที่ได้รับ พบว่า ในส่วนของสวัสดิการจากรัฐบาล ผู้ที่ได้รับสวัสดิการข้าราชการ ข้าราชการบำนาญ หรือรัฐวิสาหกิจ เลือกใช้สวัสดิการที่ตนได้รับในสัดส่วนมากที่สุด (ร้อยละ 60.2) สำหรับสวัสดิการจากอื่น ๆ พบว่า 1 ใน 3 ของผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลบริษัทประกันภัยจะเลือกใช้สวัสดิการที่ตนได้รับ (ร้อยละ 36.8)

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สวัสดิการค่ารักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงานกับวิธีการรักษาพยาบาล พบว่าผู้ใช้สวัสดิการจากรัฐบาลและจากแหล่งอื่น ๆ ทั้งหมดเลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 100.0) ผู้ที่ไม่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลประมาณครึ่งหนึ่งเลือกการรักษาแบบแผนปัจจุบัน (ร้อยละ 48.8) ในขณะที่ผู้ที่ได้รับสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล แต่ไม่ใช่สิทธิ์สวัสดิการที่ตนได้รับมากกว่าครึ่งหนึ่งเลือกซื้อยากินเอง (ร้อยละ 56.4) เหตุผลที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เลือกไม่ใช่สิทธิ์สวัสดิการค่ารักษาพยาบาล คือ การเจ็บป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย (ร้อยละ 64.2)

5.2 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะของการวิจัยในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายได้ใช้เป็นแนวทางหนึ่งในการกำหนดนโยบายที่เหมาะสมกับวิธีการและการเลือกใช้บริการด้านการรักษาพยาบาลของประชากรวัยแรงงาน และข้อเสนอเชิงวิชาการเพื่อเป็นข้อมูลและแนวคิดในการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือในประเด็นที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข หรือการส่งเสริมคุณภาพประชากร มีรายละเอียดดังนี้

5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผู้ที่สนใจวิจัยเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลจำแนกตามรูปแบบการรักษาซึ่งน่าจะมาเป็นแนวทางในการวางแผนนโยบายด้านสาธารณสุข จึงขอเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการวิจัยเป็นรายข้อ ดังนี้

1. จากผลการวิเคราะห์วิธีการรักษาพยาบาล พบว่าประชากรวัยแรงงานกว่า 2 ใน 3 เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน แสดงถึงความมุ่งหวังของผู้ป่วยที่ต้องการรักษาการเจ็บป่วยของตนเอง และเชื่อมั่นว่าการรักษาแบบปัจจุบันจะเป็นวิธีที่สามารถบรรเทาหรือ

รักษาการเจ็บป่วยได้ การรักษาแบบแผนนี้ได้รับการสนับสนุนและดูแลจากทางภาครัฐ ทั้งด้านการกำหนดนโยบาย ด้านการสนับสนุนงบประมาณ เพื่อการบริการรักษาพยาบาลที่มีได้มาตรฐาน พร้อมทั้งการให้บริการทางด้านการรักษาที่สะดวก รวดเร็ว (ชฎานิศวรร กุลรัตน์มณีพร, เกื้อ วงศ์บุญสิน และ Gerald J. Kost, 2553, 42-51).ที่ยังผลต่อไปถึงการมีสุขภาพดีของประชากรในวัยแรงงาน แต่เป็นที่น่าสังเกตว่านโยบายด้านการสาธารณสุขในปัจจุบันมุ่งเน้นในการส่งเสริมสุขภาพเด็ก และผู้สูงอายุ จึงเสนอแนะว่าภาครัฐควรมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชากรวัยแรงงานเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้วัยแรงงานหันมาใส่ใจสุขภาพดูแลตัวเองมากขึ้น ด้วยผลการวิเคราะห์พบว่าประชากรวัยแรงงานประมาณร้อยละ 8 เลือกที่จะไม่รักษาหากเกิดการเจ็บป่วยซึ่งอาจเกิดผลเสียแก่ตนเองหากเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง จึงควรให้ประชาชนรู้จักการสังเกตตนเอง หากพบสิ่งผิดปกติกับร่างกายควรตัดสินใจรักษาดีกว่าปล่อยทิ้งไว้ สำหรับนโยบายในเชิงพื้นที่ควรเพิ่มบุคลากรทางสาธารณสุขไปสู่อุปกรณ์ทางการแพทย์ส่งเสริมสุขภาพตำบลและดำเนินการเชิงรุกมากขึ้น โดยให้มีกิจกรรมร่วมกับชุมชนมากขึ้น

2. นอกจากประชากรวัยแรงงานส่วนใหญ่เลือกวิธีการรักษาพยาบาลแบบแผนปัจจุบันแล้ว ยังมีประชากรกว่า 1 ใน 4 ของประชากรวัยแรงงานทั้งหมด เลือกซื้อยากินเองในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าการเลือกซื้อกินเองเป็นเรื่องที่ทำได้ง่ายและผู้ป่วยคาดหวังว่าการซื้อยากินเองจะสามารถช่วยบรรเทาหรือรักษาการเจ็บป่วยได้ ดังนั้นภาครัฐควรมุ่งเน้นพัฒนามาตรฐานของสถานที่จำหน่ายยาและเวชภัณฑ์ รวมทั้งควบคุมดูแลมาตรฐานของเภสัชกร ตลอดจนรายชื่อยาและเวชภัณฑ์ที่อนุญาตให้จำหน่ายได้ นอกจากนี้เภสัชกรควรมีบทบาทในการคัดกรองผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยมาซื้อยากินเอง ให้ไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลแบบแผนปัจจุบัน หากผู้ป่วยมีอาการป่วยรุนแรง หรือเภสัชกรเห็นว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

4.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

ผู้ที่สนใจวิจัยเกี่ยวกับวิธีการรักษาพยาบาลหรือในประเด็นที่เกี่ยวข้องทางด้านสาธารณสุข หรือการส่งเสริมคุณภาพประชากร ควรพิจารณาข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย ดังนี้

1. การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะรูปแบบการรักษาพยาบาลในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย จำแนกตามรูปแบบการรักษาออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ ไม่รักษา ซื้อยากินเอง รักษาแบบแผนโบราณ และรักษาแบบแผนปัจจุบัน ทั้งนี้ผู้สนใจวิจัยสามารถจำแนกรูปแบบการรักษาเป็นแบบอื่น ๆ เช่น จำแนกตามลักษณะขององค์กร หรือจำแนกตามลักษณะผู้ให้บริการบำบัดรักษา เพื่อเป็นการวิจัยเปรียบเทียบในมิติที่ต่างกันไป นอกจากนี้การวิจัยครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาเฉพาะประชากรวัยแรงงาน ที่มีช่วงอายุ 15 ถึง 59 ปี ซึ่งเป็นวัยที่รับภาระเลี้ยงดูประชากรวัยเด็ก และวัย

สูงอายุ ผู้สนใจวิจัยสามารถมุ่งเน้นศึกษาประชากรช่วงวัยอื่น ๆ โดยเฉพาะวัยสูงอายุ ทั้งนี้ สังกศุนย์ได้เริ่มเข้าสู่สังคณผู้สูงอายุแล้ว (พัชรวาลัย วงศ์บุญสิน, 2554) ดังนั้นการวิจัยวิธีการรักษาพยาบาลของวัยสูงอายุน่าจะเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยแนวทางการกำหนดนโยบายหรือการวิจัยเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ และควรมีการวิจัยปัจจัยอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ปัจจัยด้านความพึงพอใจในการรับบริการด้านสุขภาพ ปัจจัยด้านความสามารถในการรับการรักษาพยาบาล รวมถึงรายได้ สถานภาพสมรส อาชีพของประชากร

2. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยตัดขวาง ครอบคลุมระยะเวลา 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ โดยดำเนินการสำรวจในเดือนเมษายน พ.ศ. 2552 ผลการวิจัยที่ได้จึงเป็นผลการศึกษาวิธีการรักษาพยาบาลที่เกิดขึ้นเฉพาะในช่วงเวลาดังกล่าว ทำให้ผลการวิจัยไม่มีความต่อเนื่องและไม่สามารถแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่าง ๆ ตามระยะเวลาที่เปลี่ยนไปได้ ดังนั้นการนำผลการวิจัยไปใช้จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงข้อจำกัดดังกล่าวมาด้วย ทั้งนี้สามารถพัฒนาและต่อยอดงานวิจัยได้ โดยการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลจากโครงการสำรวจตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กมลพรรณ หอมนาน. 2539. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การรับรู้สมรรถนะ
ในตนเองกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต,
สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กันยารัตน์ อุบลวรรณ. 2540. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาคกลาง
ของประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- กุศล สุนทรธาดา และวรชัย ทองไทย. 2539. ลักษณะผู้ใช้บริการและปัจจัยกำหนดการใช้บริการ
รักษาพยาบาลในภาคเอกชน. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เจน วีระพงษ์. 2541. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยใน
จังหวัดนครสวรรค์. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชฎานิศวรร กุลรัตนมณีพร, เกื้อ วงศ์บุญสิน และ Gerald J. Kost . 2553. โทรเวชกรรม: นวัตกรรม
ในการดูแลสุขภาพ. ศรีนครินทร์วิโรฒวิจัยและพัฒนา (สาขามนุษยศาสตร์และ
สังคมศาสตร์). 2, ฉบับพิเศษ 1 (มกราคม 2553): 42-51.
- ชื่นชม เจริญยุทธ. 2522. ปัจจัยกำหนดการเลือกใช้บริการสาธารณสุขประเภทต่าง ๆ ของ
ประชาชนในชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์
และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชุตติภา วรรวิบูล. 2535. การเลือกใช้บริการสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์
ปริญญาามหาบัณฑิต, ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์. 2533. การดูแลสุขภาพตนเอง พรหมแดนความรู้. ใน ลือชัย ศรีเงินยวง และทวี
ทองหงษ์วิวัฒน์ (บรรณาธิการ), ยุทธศาสตร์เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง. หน้า 14-25.
นครปฐม: ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล.

- นพวรรณ จงวัฒนา, เกื้อ วงศ์บุญสิน และรุ่งรัตน์ โกววรรณกุล. 2541. แบบแผนการเจ็บป่วยและนโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุในประเทศไทย.
กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชัยววรรณ และ จอห์น โนเดล. 2539. รายงานโครงการสำรวจสภาวะผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2538. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภาพร ชัยววรรณ, มาลินี วงษ์สิทธิ์ และ จันทน์เพ็ญ แสงเทียนฉาย. 2532. สรุปผลการวิจัยผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นัยนา พิพัฒน์วณิชชา. 2535. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่รับการรักษาโดยการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยกรรม บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญเลิศ เลี้ยวไพรัช และ เฟรดเดอริก เอ เดย์. 2525. แบบแผนการใช้บริการสาธารณสุขในชนบทของประเทศไทย. แปลโดย ภาณี วงษ์เอก. กรุงเทพมหานคร : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจา ยอดดำเนิน และกฤตยา อาชวนิจกุล. 2523. พฤติกรรมสุขภาพอนามัยมองในระดับวัฒนธรรม. ในเบญจา ยอดดำเนิน จรรยาเศรษฐบุตร และกฤตยา อาชวนิจกุล (บรรณาธิการ). ทฤษฎีและการศึกษาทางสังคมวิทยา มานุษยวิทยาการแพทย์. หน้า 40-70. พระนคร : โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากร สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2530. พฤติกรรมสุขภาพ. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา สุขศึกษาหน่วยที่ 1-7. หน้า 15. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- พัชรา เบญจรัตน์ภรณ์. 2533. ความแตกต่างของการเลือกวิธีรักษาพยาบาลระหว่างวัยกลางคนและวัยผู้สูงอายุในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- พัชราวลัย วงศ์บุญสิน. 2554. ประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.cps.chula.ac.th/research_division/PDF/540206.pdf. [9 กรกฎาคม 2554].

- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และสุพจน์ เด่นดวง. 2538. ชาติพันธุ์กับแบบแผนการแสวงหาบริการสุขภาพ.
วารสารสังคมศาสตร์การแพทย์. 8(1): 27-37.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ และคณะ, บรรณาธิการ. 2530. การดูแลสุขภาพของตนเองที่คณะทางสังคม
วัฒนธรรม. ศูนย์นโยบายสาธารณสุขมหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: แสงแดด.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. 2528. ปัจจัยบางประการที่กำหนดการใช้บริการสุขภาพอนามัย : การศึกษา
ที่ชุมชนแออัดแห่งหนึ่งที่จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สถาบันวิจัย
ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- เพ็ญศรี พิชัยสนธิ. 2531. หลักและวิธีการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น. ใน เอกสารการสอนชุดวิชา
การรักษาพยาบาลเบื้องต้นหน่วยที่ 1-7. หน้า 88 – 152. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- ภัสสร ลิมานนท์. 2544. บทบาทเพศ สถานภาพสตรี กับการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: วิทยาลัย
ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มยุรี คชนาม. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการใช้บริการรักษาพยาบาลที่สถานี
อนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต,
สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มหิดล, มหาวิทยาลัย. 2538. สยามไภษัชยพิภพ: ภูมิปัญญาของชาติ. กรุงเทพมหานคร:
ภาควิชาเภสัชพฤกษศาสตร์ คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ระจิตร ชาครีวรรณิชย์. 2545. ปัจจัยกำหนดการใช้บริการรักษาโรคขึ้นพื้นฐานของประชาชนไทย ใน
ชนบท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม
มหาวิทยาลัยมหิดล.
- รัชนี เมธาวิกุลชัย. 2545. สภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้สูงอายุใน
ชนบท จังหวัดกำแพงเพชร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกอนามัย
ครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, พัชรียา ไชยลังกา และปิยะนุช จิตตสุนนท์. 2551. สภาวะสุขภาพและ
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของบุคลากร: กรณีศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 26 (มีนาคม – เมษายน 2551):
151-162
- ลักขณา เต็มศิริชัย. 2541. ผู้ศตวรรษใหม่ของการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.

- ลือชัย ศรีเงินยวง และปรีชา อุปโยคิน. 2533. พหุลักษณะของระบบการแพทย์ในภาคกลางและการเปลี่ยนแปลง. ใน ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และจรรยา สุทธิสุขพันธ์ (บรรณาธิการ), พฤติกรรมสุขภาพ. หน้า 64-91. หน่วยงานวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- สถิตย์ ยะสะกะ. 2539. การกระจายอำนาจ: ผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข. วารสารหมออนามัย. 5(4): 9-16.
- วาทีณี บุญชะลิกษ์. 2530. รูปแบบการเลือกใช้แหล่งบริการรักษาของผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาประชากรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วาสนา เกื้อนวงษ์. 2540. พฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถิตินแห่งชาติ, สำนักงาน. 2543. รายงานการเจ็บป่วยและสวัสดิการการรักษาพยาบาลการสำรวจข้อมูลทางสังคม พ.ศ.2542. กรุงเทพมหานคร: กองคลังข้อมูลและสนเทศสถิติ.
- สถิตินแห่งชาติ, สำนักงาน. 2553. รายงานสำรวจอนามัย สวัสดิการ และการบริโภคอาหารของประชากร 2552. กรุงเทพมหานคร: กลุ่มงานบริการและเผยแพร่ข้อมูล.
- สวนีย์ เต็งรังสรรค์. 2535. เปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองและนอกเขตเทศบาล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สันทนต์ เสริมศรี. 2541. ประชากรศาสตร์ทางสังคม: ผนวกสุขภาพสังคม. กรุงเทพมหานคร: สยามเจริญพาณิชย์.
- สาธารณสุข, กระทรวง. 2547. คู่มือผู้ถือบัตรทอง. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข.
- สุปราณี เขยชม. 2548. การเลือกใช้วิธีการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาโครงการกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
- แสงทอง แหงมงาม. 2533. ปัจจัยบางประการที่มีความสัมพันธ์กับการใช้บริการสาธารณสุขด้านรักษาพยาบาลที่สถานีอนามัยของประชาชนในชนบท จังหวัดลำปาง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวภา พรศิริพงษ์. 2538. การแพทย์พื้นบ้านกับสมุนไพร. รายงานการสัมมนาวิชาการเรื่อง การแพทย์แผนไทยกับสังคมไทย. โครงการจัดงานทศวรรษการแพทย์แผนไทย วันที่ 10-13 มีนาคม 2538: 1-23.

ภาษาอังกฤษ

- Andersen, R. M. 1995. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter?. Journal of Health and Social Behavior 36(1): 1-10.
- Andersen, R. and J. F. Newman. 1973. Societal and individual determinants of medical care utilization in the United State. Milbank Memorial found Quarterly 51(1): 95-124
- Chrisman, N. J. 1977. The health seeking process: An approach to the natural history of illness. Culture, Medicine and Psychiatry 1(14): 351-377.
- Cox c. 1986. Physician utilization by the three groups of ethnic elderly. Med care 1986 Aug; 24 (8) :667-75
- Haque, E. 2001. Health seeking behavior of elderly in rural areas of Nakhon Pathom province. Faculty of Graduate Studies: Mahidol University: 52-54, 65-75.
- Kleinman, A. 1980. Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between, anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press.
- Jalowiec, A., and M. J. Powers. 1981. Stress and coping in hypertension and emergency room patients. Nursing Research 30(January-February): 10-15.
- Lauver, D. 1992. A theory of care-seeking behavior. Image: Journal of Nursing Scholarship 24(4): 281-287.
- Mosley, W. H., and L. C. Chen. 1984. An analytical framework for the study of child survival in devaloping countries. In Child survival strategies for research. Population and Development review. A supplement to Volume 10: 25-45.

- Mosley, W. H., and R. Manju. 2002. Population Change and Public Health [CD Courses]. Maryland: The Johns Hopkins University.
- Nakar, S., S. Vinker, E. Kitai, E. Wertman, and M. Weingarten. 2001. Folk, traditional and conventional medicine among elderly Yemenite immigrants in Israel. Isr Med Assoc J 3 (12): 928-931.
- Orem, D. E. 1991. Nursing: Concepts of practice. 4 th edition. St Louis: Mosby: 238-241.
- Silpasuwan, V. 1989. Factor effecting health card program utilization among people in rural Thailand. A Dissertation submitted to graduate division of the university of Hawaii in patient fulfillment of the requirement for degree of doctor of public health.
- Stoller EP. 1982. Patterns of Physician utilization by the elderly :a multivariate analysis. Med Care :20 (11) : 1080-9
- Suchman, E. A. 1972. Stage of illness and medical care. Patients, Physicians and Illness: A Sourcebook in Behavioral Science and Health. 2 nd edition. New York.
- Young, J. C. 1981. Non-use of physicians: Methodological approaches, policy implications and the utility of decision models. Social Science & Medicine 15(4): 499-507.

ภาคผนวก

รายละเอียดคำถามที่ใช้ในการวิเคราะห์
(จากแบบสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2552)

ปก

คำถามข้อ 1	ภาค (บันทึกภาคที่ตั้งครัวเรือน)	
คำถามข้อ 4	เทศบาล	
	ในเขตเทศบาล.....	1
	นอกเขตเทศบาล.....	2
คำถามข้อ 8	จำนวนสมาชิกในครัวเรือน (บันทึกจำนวนสมาชิกในครัวเรือนชั้นแรงงาน)	

ตอนที่ 1 ลักษณะทั่วไปของสมาชิกในครัวเรือน

คำถามข้อ F4	เพศ	
	ชาย.....	1
	หญิง.....	2
คำถามข้อ F5	อายุ (บันทึกอายุเต็มปี ถ้าต่ำกว่า 1 ปี บันทึก 0 ถ้ามากกว่า 98 ปี บันทึก 98)	
คำถามข้อ F8	"...(ชื่อ)...จบการศึกษาสูงสุดระดับใด?" ถ้าเรียน / เคยเรียน บันทึกชั้น ปี และประกาศนียบัตรหรือปริญญาที่สำเร็จมาโดยละเอียด ถ้าไม่เคยเรียน บันทึก "ไม่เคยเรียน"	

ตอนที่ 2 หลักประกันสุขภาพ

"ปัจจุบัน...(ชื่อ)...มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาลหรือไม่ ถ้ามี เป็นประเภทใด?" ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามสวัสดิการหลักของตนเองก่อน ถ้ามีสวัสดิการจากรัฐและแหล่งอื่น ให้บันทึกสวัสดิการที่ได้จากรัฐก่อน

ไม่มีสวัสดิการค่ารักษาพยาบาล.....	0
มีสวัสดิการฯ	
จากรัฐบาล	
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง).....	1
ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน.....	2
สวัสดิการข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ.....	3

จากแหล่งอื่น

ประกันสุขภาพของบริษัทประกัน.....4

สวัสดิการโดยนายจ้าง.....5

อื่น ๆ (ระบุ).....6

คำถามข้อ HW1_1 สวัสดิการหลัก (บันทึกสวัสดิการหลัก)

ตอนที่ 3 การเจ็บป่วยและการไปรับบริการสาธารณสุข

ก. ความเจ็บป่วยระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ (เฉพาะการป่วยที่ไม่ ต้องนอนในสถานพยาบาล)

คำถามข้อ HW2 “ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)...มีอาการป่วยหรือรู้สึกไม่สบายหรือไม่?”

ไม่มี.....0

มี.....”.....1

คำถามข้อ HW5 “ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)...มีการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือ ถูกทำร้ายร่างกายหรือไม่?”

ไม่มี.....0

มี.....1

คำถามข้อ HW9 “...(ชื่อ)...มีโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัวหรือไม่?”

มี.....0

ไม่มี.....1

คำถามข้อ HW12 “ระหว่าง 1 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์...(ชื่อ)...ไปรับบริการทางการแพทย์เนื่องจากโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัวหรือไม่?” บันทึกจำนวนครั้งที่ไปรับบริการ ถ้าเกิน 8 ครั้ง ให้บันทึก “8” ถ้าไม่ได้ไปให้บันทึก “0” ถ้าไม่ทราบให้บันทึก “9”

คำถามข้อ HW13 “การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...ป่วยด้วยสาเหตุใด?”

อาการป่วย / รู้สึกไม่สบาย.....1

อุบัติเหตุ / ถูกทำร้าย.....2

ไปรับบริการอื่น ๆ อันเนื่องมาจากโรคเรื้อรัง / โรคประจำตัว.....3

คำถามข้อ HW14 “การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...มีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร?”

ไม่ได้รักษา.....	0
ชื่อ/หายากิน	
- ยาแผนปัจจุบัน.....	1
- ยาแผนโบราณ / ยาสมุนไพร.....	2
ไปหาหมอที่บ้าน / หมอแผนโบราณฯ / หมอนวดแผนไทย.....	3
ไปสถานพยาบาลของรัฐ	
สถานีอนามัย / ศูนย์บริการสาธารณสุข / ศูนย์สุขภาพชุมชน.....	4
โรงพยาบาลชุมชน.....	5
โรงพยาบาลทั่วไป / โรงพยาบาลศูนย์.....	6
โรงพยาบาลของมหาวิทยาลัย.....	7
โรงพยาบาลสังกัดอื่นของรัฐ.....	8
ไปสถานพยาบาลของเอกชน	
โรงพยาบาลเอกชน.....	9
คลินิกเอกชน.....	10
อื่น ๆ	11

คำถามข้อ HW16_1 และคำถามข้อ HW16_2 “การรักษาครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...รับบริการอะไร?”

(ตอบได้ไม่เกิน 2 คำตอบ โดยเรียงลำดับตามวิธีรักษาหลัก)

รักษาด้วยยาแผนปัจจุบัน.....	1
รักษาด้วยยาสมุนไพร.....	2
นวดไทยเพื่อรักษา.....	3
อบสมุนไพร/การนึ่งกระโจม/ประคบสมุนไพร.....	4
การฝังเข็ม.....	5
สมาธิบำบัด.....	6
อื่น.....	7

คำถามข้อ HW16_1 คือวิธีรักษาหลักและคำถามข้อ HW16_2 คือวิธีรักษารอง

คำถามข้อ HW17 “การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย...(ชื่อ)...ป่วยจนต้องหยุดกิจวัตรประจำวันหรือไม่?”
บันทึกจำนวนวันที่หยุด ฯ ติดต่อกันครั้งสุดท้าย ถ้าหยุดตั้งแต่ก่อน 1 เดือน ก่อน
วันสัมภาษณ์ ให้นับจำนวนวันที่หยุด ฯ ติดต่อกันทั้งหมด ถ้าไม่หยุดให้บันทึก “0”

คำถามข้อ HW20 “การเจ็บป่วยครั้งสุดท้าย ใช้สวัสดิการฯ ที่มีหรือไม่?”

ไม่มีสวัสดิการ.....	0
มีสวัสดิการและใช้	
จากรัฐบาล	
บัตรประกันสุขภาพ (บัตรทอง).....	1
ประกันสังคม / กองทุนเงินทดแทน.....	2
สวัสดิการข้าราชการหรือข้าราชการบำนาญ / รัฐวิสาหกิจ.....	3
จากแหล่งอื่น	
ประกันสุขภาพของบริษัทประกัน.....	4
สวัสดิการโดยนายจ้าง.....	5
อื่น ๆ (ระบุ).....	6
มีสวัสดิการฯ แต่ไม่ใช้.....	7
คำถามข้อ HW21 "สาเหตุที่...(ชื่อ)...ไม่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ ที่มีในการเจ็บป่วย ครั้งสุดท้ายเพราะเหตุใด?" ให้ระบุสาเหตุที่สำคัญที่สุด	
เจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย.....	1
อุบัติเหตุและเจ็บป่วยฉุกเฉิน.....	2
สถานพยาบาลอยู่ไกล / เดินทางไม่สะดวก.....	3
ไม่สะดวกไปในเวลาทำการ.....	4
ไม่มีค่าพาหนะ.....	5
ช้า รอนาน.....	6
ไม่แน่ใจคุณภาพยา.....	7
ถูกเลือกปฏิบัติ.....	8
บุคลากรใน รพ.ด / พุดไม่ไพเราะ.....	9
แพทย์ไม่มีเวลาให้ซักถามอาการ / ไม่ให้ข้อมูล.....	10
แพทย์วินิจฉัยโรคไม่เก่ง / รักษาไม่หาย.....	11
ไม่ได้อยู่ในภูมิภาคที่ที่ใช้สิทธิสวัสดิการฯ.....	12
สิทธิประโยชน์ของสวัสดิการฯ ไม่ครอบคลุม.....	13
อื่น ๆ (ระบุ).....	14

ตอนที่ 6 การประเมินสถานะสุขภาพ

“ขณะนี้...(ชื่อ)...คิดว่าสุขภาพของตนเองเป็นอย่างไรมากที่สุด”

คำถามข้อ HW62 การเคลื่อนไหว

ไม่มีปัญหาในการเดิน.....0

มีปัญหาในการเดินบ้าง.....1

ไม่สามารถไปไหนได้และจำเป็นต้องอยู่บนเตียง.....2

คำถามข้อ HW63 การดูแลตนเอง

ไม่มีปัญหา.....0

มีปัญหาในการอาบน้ำหรือแต่งตัวบ้าง.....1

ไม่สามารถอาบน้ำหรือแต่งตัวด้วยตนเองได้.....2

คำถามข้อ HW64 กิจกรรมที่ทำเป็นประจำ เช่น การทำงาน การเรียนหนังสือ การทำงานบ้าน การทำกิจกรรมยามว่าง เป็นต้น

ไม่มีปัญหา.....0

มีปัญหาในการทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำบ้าง.....1

ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ทำเป็นประจำได้.....2

คำถามข้อ HW65 ความเจ็บปวด หรือไม่สุขสบาย

ไม่มีอาการ.....0

มีอาการเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายปานกลาง.....1

มีอาการเจ็บปวดหรือไม่สุขสบายมากที่สุด.....2

คำถามข้อ HW66 ความวิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า

ไม่รู้ลึกความวิตกกังวลหรือซึมเศร้า.....0

รู้ลึกความวิตกกังวลหรือซึมเศร้าปานกลาง.....1

รู้ลึกความวิตกกังวลหรือซึมเศร้ามากที่สุด.....2

ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์

คำถามข้อ Response

ตอบเอง.....1

ผู้อื่นตอบแทน.....2

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นายณัฐ ภูริพัฒน์ศิริ เกิดวันจันทร์ที่ 1 มีนาคม พุทธศักราช 2525 ที่จังหวัดชลบุรี สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาบัณฑิต ศิลปศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสื่อสารมวลชน จากคณะ มนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง ในปีการศึกษา 2551 และได้เข้าศึกษาต่อระดับ มหาบัณฑิตในหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาประชากรศาสตร์ วิทยาลัย ประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2552