

## บทที่ 4

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมอนามัย และสิ่งแวดล้อม กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในรอบ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ

การศึกษาในส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์เกี่ยวกับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในรอบ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ซึ่งความรุนแรงของการเจ็บป่วยจะวัดจากจำนวนวันของการหยุดกิจวัตรประจำวันเมื่อเจ็บป่วย คือ หยุดกิจวัตรประจำวันมากกว่า ถือว่ามีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่า โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมอนามัย และสิ่งแวดล้อม กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในรอบ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ ด้วยวิธีการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis)

การวิเคราะห์แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ตามประเภทของโรคที่เจ็บป่วย คือ

1. การวิเคราะห์ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ
2. การวิเคราะห์ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อ

### 4.1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมอนามัย และสิ่งแวดล้อมกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ของสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในรอบ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระจากค่าสหสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูง ( $r < .05$ ) (รายละเอียดดังตาราง 22) จึงสามารถนำตัวแปรอิสระทุกตัวประกอบการพิจารณาในแบบจำลองการจำแนกหมู่เดียวกัน และผลของการวิเคราะห์การผันแปร (Analysis of Variance) พบว่า ผลหลักของตัวแปรอิสระทั้งหมด ตัวแปรอิสระแต่ละตัว และตัวแปรผันร่วมโดยส่วนรวม มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อพิจารณาตัวแปรผันร่วมแต่ละตัว พบว่า โรกระบบทางเดินหายใจมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แต่โรกระบบทางเดินอาหารไม่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ (ดูรายละเอียดในตาราง 23)

ตารางที่ 22 เมตริกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ

(1)อายุ	1.0000										
(2)การศึกษา (ประถมศึกษา)	.3306	1.0000									
(3)สถานภาพสมรส	.4337	.3404	1.0000								
(4)อาชีพเกษตรกร	.1493	.3346	.2404	1.0000							
(5)การดื่มสุรา (ในปัจจุบัน)	.0699	.1460	-.0832	-.1310	1.0000						
(6)การสูบบุหรี่ (ในปัจจุบัน)	.0862	-.0440	-.0018	-.0202	.1744	1.0000					
(7)หาคลากรทางการแพทย์	.0176	-.0852	-.0433	.0271	-.0743	-.0249	1.0000				
(8)เขตเทศบาล	.0320	-.2564	-.0951	-.3842	-.0498	.0267	-.0084	1.0000			
(9)กรุงเทพมหานคร	-.0722	.0978	-.1151	.0542	.2427	.0872	-.0107	-.1634	1.0000		
(10)จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	-.0756	-.0611	.0051	-.0104	-.0655	-.0976	-.0470	-.0331	-.2070	1.0000	
(11)จำนวนวันหยุดกิจวัตรประจำวัน	-.0736	.0303	-.0432	.0002*	.0643	-.0233	.1026	-.1052	.0818	.0909	1.0000
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)

\*  $p > .05$

ตารางที่ 23 การวิเคราะห์การผันแปร (ANOVA) ของความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อตามลักษณะภูมิหลังของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ที่มาของการผันแปร (Source of Variation)	ผลรวมของกำลังสอง (Sum of Square)	อัตรา อิสระ (DF)	ค่าเฉลี่ยของผล รวมกำลังสอง Mean Square)	F	ระดับนัยสำคัญ (Significant of F)
ผลหลักของตัวแปรอิสระ	852128.277	27	31560.307	3903.696	.000
อายุ	33303.330	2	16651.665	2059.645	.000
สถานภาพสมรส	65758.636	2	32879.318	4066.844	.000
การศึกษา	128770.762	3	42923.587	5309.220	.000
อาชีพ	99170.633	5	19834.127	2453.284	.000
การรักษาครั้งแรก- เมื่อป่วย	152589.079	4	38147.270	4718.437	.000
การดื่มสุรา	75261.488	2	37630.744	4654.548	.000
การสูบบุหรี่	13203.515	2	6601.757	816.572	.000
จำนวนสมาชิก- ในครัวเรือน	168003.067	1	168003.067	20780.307	.000
ภาคที่อยู่อาศัย	115179.481	4	28794.870	3561.639	.000
เขตที่อยู่อาศัย	888.286	2	444.143	54.936	.000
ตัวแปรผันร่วม	12078.800	2	6039.400	747.014	.000
โรกระบบทางเดิน- หายใจ	12078.736	1	12078.736	1494.019	.000
โรกระบบทางเดิน อาหาร	.064	1	.064	.008	.929
การผันแปรที่อธิบายได้	864207.077	29	29800.244	3685.993	.000
การผันแปรที่เหลือ	7640738.949	945083	8.085		
การผันแปรทั้งหมด	8504946.026	945112	8.999		

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการหยุดกิจกรรมประจำวันของสตรีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ เท่ากับ 1.56 วัน (Grand Mean = 1.56) และตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่น และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นร่วมกับตัวแปรผันร่วม โดยตัวแปรที่มีระดับความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อมากที่สุด คือ จำนวนสมาชิกในครัวเรือน รองลงมาได้แก่ ระดับการศึกษา และการรักษาพยาบาลครั้งแรกเมื่อป่วย/รู้สึกไม่สบาย ตามลำดับ ความสามารถของตัวแปรอิสระทุกตัว รวมทั้งตัวแปรผันร่วม ในการอธิบายความผันแปรของตัวแปรตาม มีร้อยละ 10 ( $R^2 = .10$ )

สำหรับรายละเอียดของผลการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม มีดังนี้ (ตารางที่ 24)

#### อายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = .07$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีที่มีอายุ 15-29 ปี มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อสูงสุด รองลงมา ได้แก่ สตรีอายุ 40-49 ปี และ 30-39 ปี ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และตัวแปรอิสระอื่นๆร่วมตัวผันแปรร่วมแล้ว ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระ กับตัวแปรตามลดลงเล็กน้อย ( $\beta = .05$ ) โดยทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยยังเหมือนกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยก่อนมีการควบคุมตัวแปรอื่นๆ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีอายุ 15-29 ปี ลดลงเล็กน้อย ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีอายุ 30-39 ปี และ 40-49 ปี เพิ่มขึ้นเล็กน้อย

จากสมมุติฐาน ที่ตั้งไว้ว่า “ สตรีที่อายุน้อยกว่าน่าจะมี ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่าสตรีที่มีอายุมากกว่า” ผลการศึกษาพบว่า มีทั้งส่วนที่เป็นไปตามสมมุติฐาน และไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน กล่าวคือ หากพิจารณาที่สตรีอายุ 15-29 ปี จะไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน แต่หากพิจารณาที่สตรีอายุ 30-39 ปี จะเป็นไปตามสมมุติฐาน โดยสาเหตุที่ทำให้สตรีที่มีอายุน้อยกลับมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อมากที่สุด อาจเนื่องมาจาก สตรีอายุ 15-29 ปี เป็นกลุ่มที่มีสตรีส่วนหนึ่งอยู่ในระหว่างการศึกษาล่าเรียน และอีกส่วนหนึ่งทำงานเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งสตรีทั้ง 2 กลุ่มนี้จำเป็นต้องออกจากที่พักอาศัยเป็นประจำ จึงมีโอกาสที่จะสัมผัสกับสภาพแวดล้อมต่างๆ จากการศึกษาของธนาคารโลก ถึงความสัมพันธ์ระหว่างฝุ่นละออง และอาการระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันรายวัน พบว่า การปรากฏอาการรายวันของอาการระบบทางเดินหายใจส่วนบน และส่วนล่าง กับ ระดับ  $PM_{10}$  (ฝุ่นละอองที่มีขนาด 10 ไมครอนหรือเล็กกว่า ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของฝุ่นละอองในอากาศที่มีขนาดเล็กมากจนสามารถเข้าไปในระบบทางเดินหายใจได้) มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (The World Bank, 1998 : 12)

สตรีส่วนหนึ่งจำเป็นต้องบริโภคอาหารสำเร็จรูปนอกบ้าน ซึ่งอาจไม่ถูกสุขลักษณะ และมีการปนเปื้อนเชื้อโรค จากการรายงานผลการพัฒนาสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุข (2541) พบว่า คนไทยมีแนวโน้มการบริโภคอาหารที่ไม่สะอาด และไม่ได้มาตรฐานมากยิ่งขึ้น จากการวิเคราะห์สภาวะการณัฐสุขภาพ ใน พ.ศ. 2539 พบว่า สถานที่ปรุง/ประกอบ/จำหน่ายอาหารทั่วประเทศ และในร้านอาหารแผงลอย มีการปรับปรุงสภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนดเพียงร้อยละ 21.6 และ 51.5 ตามลำดับ

จะเห็นได้ว่าสตรีในกลุ่มนี้มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อโรคค่อนข้างมาก จึงทำให้เกิดโรคติดเชื้อได้มากกว่าสตรีกลุ่มอายุอื่น และเมื่อเกิดเจ็บป่วยแล้ว ด้วยความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำให้ได้รับเชื้อโรคเพิ่มมากขึ้น ประกอบกับไม่สามารถพักผ่อนหรือแสวงหาการรักษาที่ถูกต้องเหมาะสมได้ จึงทำให้ความรุนแรงของโรคมักเพิ่มขึ้น

#### สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = 0.10$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสตรีที่มีสถานภาพโสด มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สตรี ที่มีสถานภาพสมรส และสตรีที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า,แยก เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรผันร่วม ระดับความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสกับความรุนแรงของการเจ็บป่วยรวมทั้งทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นในสตรีที่มีสถานภาพโสด และสตรีที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า,แยก และลดลงในสตรีที่มีสถานภาพสมรส

จากสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่มีสถานภาพสมรสน่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่าสตรีที่มีสถานภาพโสด และสตรีที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า,แยก” และจากผลการศึกษาจะเห็นว่ามีส่วนที่เป็นไปตามสมมุติฐาน คือ สตรีที่มีสถานภาพสมรสมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่า สตรีที่มีสถานภาพโสด และส่วนที่ไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน คือ สตรีที่มีสถานภาพสมรสมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าสตรีที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า,แยก

การที่สตรีที่มีสถานภาพโสดมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าสตรีที่มีสถานภาพสมรสอื่น อาจเนื่องมาจากสตรีกลุ่มนี้มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อโรคได้มากดังเหตุผลที่กล่าวแล้วในการศึกษาเรื่องอายุ และเมื่อเจ็บป่วยแล้ว ไม่มีผู้ช่วยดูแล หรือคอยให้คำปรึกษาในการรักษาพยาบาล จึงทำให้มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าสตรีที่มีสถานภาพอื่น ดังเช่นการศึกษาของ สุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ (2540: 77-78) ที่พบว่า การสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาวัณโรคเชิงบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการสนับสนุนทางสังคมและ

ครอบครัวมีบทบาทในการคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อสิ่งเร้าต่างๆ ที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้อย่างเหมาะสม เพราะการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องพึ่งพาอาศัยกัน

สำหรับสตรี ที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า,แยก เป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยติดเชื้อมากที่สุด อาจเนื่องมาจาก สตรีในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ไม่ต้องรับภาระในการดูแลผู้อื่น จึงมีเวลาที่ดูแลสุขภาพตัวเองได้มากกว่า หรืออีกนัยหนึ่งคือสตรีกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ต้องรับภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยจึงไม่สามารถหยุดกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยซึ่งวัดจากจำนวนวันของการหยุดกิจวัตรประจำวันน้อยลงด้วย

### ระดับการศึกษา

พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = .13$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสตรีที่มีการศึกษาสูงกว่า จะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อยกว่าสตรีที่มีการศึกษาค่ำกว่า เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรต้นร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ของการศึกษากับความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ( $\beta = .15$ ) โดยทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลง ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่ไม่มีการศึกษา จบชั้นประถมศึกษาและสูงกว่าระดับมัธยมศึกษาเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาลดลงเล็กน้อย

จากผลการศึกษา ดังกล่าวเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าน่าจะมี ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่าสตรีที่มีระดับการศึกษาค่ำกว่า” ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ที่มีการศึกษาค่ำกว่า จะมีการรับรู้ในการเข้าใจถึงกลไกเกี่ยวกับสาเหตุการเกิดโรค การดำเนินของโรค อาการของโรค การป้องกันและรักษาโรค รวมทั้งการปฏิบัติตนเพื่อดูแลสุขภาพขณะเกิดโรคได้น้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงกว่า นอกจากนี้ ผู้ที่มีการศึกษาระดับต่ำมักประกอบอาชีพที่มีรายได้ต่ำ เมื่อเจ็บป่วยก็ต้องหยุดงานบ่อยๆ เพื่อการรักษาทำให้สูญเสียรายได้ จึงไม่ยอกรักษาหรือไม่ใส่ใจในสุขภาพของตนเอง หรือจะรับการรักษาเมื่ออาการรุนแรงมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ พวงเพ็ญ ชูณหปราณ และคณะ (2538: 29-33) ที่พบว่า คนงานสตรีที่จบชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 มีสุขภาพดีกว่าคนงานที่จบชั้นประถม 4 และไม่มีการศึกษาและการศึกษาของกุศล สุนทรธาดา (2532: 63-89) พบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่ออาการเจ็บป่วยทุกอาการของแรงงานสตรีทั้งที่เกี่ยวกับทางเดินหายใจ อาการทางหู และทางตา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษาของแรงงานสตรีซึ่งมีผลต่อการรับรู้ หรือความสนใจที่จะป้องกันรักษาสุขภาพตลอดจนการรับรู้ว่สิ่งแวดล้อม (โดยเฉพาะฝุ่นฝ้าย และเสียงดังของเครื่องจักร) จะมีอันตรายต่อสุขภาพในระยะยาว

ดังนั้นสตรีที่มีการศึกษาค่ำกว่าเมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อแล้ว มักจะมีความรุนแรงของโรคมกกว่าสตรีที่มีการศึกษาสูงกว่า

### อาชีพ

อาชีพมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = .11$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยอาชีพที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด คือ กรรมกร รองลงมาได้แก่ รับจ้าง/บริการอื่นๆ เกษตรกรรม ค้าขาย ไม่ทำงาน และปฏิบัติงานวิชาการ/วิชาชีพ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรต้นร่วมแล้ว ระดับความสัมพันธ์ลดลงเล็กน้อย ( $\beta = .08$ ) โดยทิศทางและความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ สตรีที่ประกอบอาชีพค้าขาย และปฏิบัติงานวิชาการ/วิชาชีพ มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่สตรีที่ประกอบอาชีพอื่นๆ ความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดลง โดยสตรีที่ยังคงมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด คือ สตรีที่เป็นกรรมกร รองลงมาได้แก่ สตรีที่ประกอบอาชีพ รับจ้าง/บริการอื่นๆ ปฏิบัติงานวิชาการ/วิชาชีพ ค้าขาย เกษตรกรรม และไม่ทำงาน

จากสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม และไม่ทำงาน น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่า สตรีที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม” แต่ผลการศึกษา พบว่ามีเพียงสตรีหนึ่งกลุ่มที่เป็นไปตามสมมุติฐาน คือ สตรีที่ไม่ทำงานมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่าสตรีในภาคเกษตรกรรม

อย่างไรก็ตาม โรคติดเชื้อที่พบมากที่สุดในการศึกษาคั้งนี้ คือ โรคระบบทางเดินหายใจ ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรคส่วนใหญ่ คือ การสัมผัสกับเชื้อโรคที่กระจายอยู่ในสิ่งแวดล้อมทั่วไป และโรคมักเกิดในที่ที่มีประชากรอยู่หนาแน่น เพราะการกระจายของโรคเป็นแบบ Airborn Droplet ดังนั้นสตรีที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม ไม่ว่าจะเป็น กรรมกร รับจ้าง/บริการอื่นๆ ปฏิบัติงานวิชาการ/วิชาชีพ และค้าขาย เป็นกลุ่มที่มีโอกาสสัมผัสกับเชื้อโรคมกกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม และสตรีที่ไม่ได้ทำงาน จึงมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคระบบทางเดินหายใจ และเมื่อเกิดโรคแล้วมีโอกาสรับเชื้อเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ วันเพ็ญ วิสุววรรณ (2538: 99-105) ที่ได้ศึกษาถึง สุขภาพของพนักงานกวาดถนนหญิงในพื้นที่สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า โรคที่ทำให้ต้องรับการรักษาเสมอ คือ โรคหวัด (ร้อยละ 35.2)

สำหรับสตรีที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม อาจกล่าวได้ว่ามีโอกาสได้รับเชื้อโรคน้อยกว่า เพราะส่วนใหญ่ทำงานในไร่ นา ที่มีแสงแดดส่องถึง และอากาศถ่ายเทได้ดี จึงทำให้มีเชื้อโรคกระจายอยู่น้อยกว่า และถึงแม้จะได้รับเชื้อโรคจนทำให้เกิดการเจ็บป่วยแล้วก็สามารถ

หยุดกิจกรรมประจำวันเพื่อพักผ่อนได้เมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย จึงทำให้ความรุนแรงเมื่อเกิดโรคน้อยกว่าสตรีที่ทำงานนอกภาคเกษตรกรรม อย่างไรก็ตามความรุนแรงของโรคนั้นมากกว่าสตรีที่ไม่ได้ทำงาน เพราะสตรีที่ไม่ได้ทำงานมีโอกาสสัมผัสกับเชื้อโรคน้อยกว่า และมีเวลาพักผ่อนได้เต็มที่เมื่อเกิดการเจ็บป่วย จึงทำให้ความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อน้อยกว่าสตรีที่ประกอบอาชีพทั้งใน และนอกภาคเกษตรกรรม

### การดื่มสุรา

การดื่มสุรา มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = .09$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีที่ดื่มสุราในปัจจุบันมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สตรีที่ไม่ดื่มสุรา และสตรีที่เคยดื่มสุรา เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆร่วมกับตัวแปรผันร่วม ทำให้ระดับความสัมพันธ์ลดลง  $\beta = .06$  และ  $.07$  ตามลำดับ และความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่ดื่มสุราลดลง ส่วนสตรีที่ไม่ดื่มสุรา และเคยดื่ม มีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย โดยทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลง

จากสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่ไม่ดื่มสุรา น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่าสตรีที่ดื่มสุรา หรือเคยดื่มสุรามาก่อน” จะเห็นได้ว่า ผลการศึกษามีทั้งส่วนที่เป็นไปตามสมมุติฐาน และไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน สำหรับสตรีที่ดื่มสุราในปัจจุบันซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อมากที่สุด เนื่องจากแอลกอฮอล์ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงในระบบการต่อต้านของร่างกายที่มีต่อเชื้อโรค เช่น เม็ดเลือดขาวออกจากไขกระดูกน้อยลง ขนเล็กๆ ในเซลล์ของหลอดลมทำงานน้อยลง เป็นต้น ทำให้ร่างกายมีการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น (กำพล กลั่นกลิ่น และรังสี พรพิบูลย์, 2521: 129)

### การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ในระดับต่ำ ( $\eta = .05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีที่ไม่สูบบุหรี่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สตรีที่สูบบุหรี่ และเคยสูบบุหรี่ ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นร่วมกับตัวแปรผันร่วมแล้วพบว่า ระดับความสัมพันธ์ และทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่เปลี่ยนแปลง ( $\beta = .05$ ) แต่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ และสูบบุหรี่ในปัจจุบันเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่เคยสูบบุหรี่ลดลง

จากผลการศึกษาจะเห็นว่าไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่ไม่สูบบุหรี่ น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่าสตรีที่สูบบุหรี่ หรือเคยสูบ” ที่เป็นเช่นนี้



อาจเนื่องมาจากสตรีสูบบุหรี่ในปริมาณที่ไม่มากพอ ที่จะทำให้มีผลต่อสุขภาพในระยะสั้น จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่าประวัติการสูบบุหรี่ในปัจจุบันของสตรีที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อ มีเพียงร้อยละ 1.5 ที่สูบบุหรี่ 1-10 มวน/วัน และร้อยละ 0.6 ที่สูบบุหรี่มากกว่า 10 มวน/วัน จากการศึกษาทางการแพทย์ในกลุ่มผู้ที่เป็นมะเร็งปอด 1,750 ราย พบว่า สืบเนื่องจากการสูบบุหรี่ ร้อยละ 78 และสืบเนื่องจากการสูบบุหรี่จัด ร้อยละ 72 โดยการสูบบุหรี่จัด หมายถึง ผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 20 มวนขึ้นไป ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 20 ปี หรือผู้ที่สูบบุหรี่วันละ 10-19 มวน ไม่น้อยกว่า 30 ปี (สมัย อภาภิรม, 2540: 139) ดังนั้นการสูบบุหรี่ของสตรีจึงไม่ส่งผลต่อความรุนแรงของการเจ็บป่วย

### การรักษาครั้งแรกเมื่อป่วย

การรักษาครั้งแรกเมื่อป่วย/รู้สึกไม่สบาย มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = .12$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสตรีที่รักษาด้วยการใช้สมุนไพร หรือไปหาหมอพื้นบ้าน มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ สตรีที่ไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ซื้อมากินเอง และไม่รักษาด้วยวิธีใดๆ ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรต้นร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามเพิ่มขึ้นเล็กน้อย ( $\beta = .14$ ) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่ใช้สมุนไพร หรือรักษาที่หาหมอพื้นบ้าน และซื้อมากินเองลดลงเล็กน้อย ในขณะที่สตรีที่ใช้วิธีการรักษาอื่นๆ มีความรุนแรงเพิ่มขึ้น โดยทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่เลือกใช้วิธีการรักษาแต่ละวิธีไม่มีการเปลี่ยนแปลง

จะเห็นว่าไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่รับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ครั้งแรกเมื่อเจ็บป่วย/รู้สึกไม่สบาย น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่าสตรีที่ไม่รับการรักษา หรือรักษาด้วยตัวเอง” ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ คนไทยส่วนใหญ่จะใช้วิธีการรักษาด้วยตนเองก่อนเมื่อเจ็บป่วยเพียงเล็กน้อย และจะไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ก็ต่อเมื่อรู้สึกว่ อาการป่วยรุนแรงมากขึ้น ดังเช่นการศึกษาของ กาญจนี สิทธิวงศ์ และ สุริพร กมลพัฒนานุกูล (1997: 33) ที่พบว่า วิธีการดูแลสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วยก่อนไปสถานบริการสุขภาพคือ การซื้อมาใช้เองมากที่สุด ร้อยละ 32.64 และการศึกษาของ นริสา ศรีลาชัย (2540: 110) พบว่าเมื่อนุคคลประเมินผลการรักษาแล้วอาการไม่ดีขึ้น หรือความรุนแรงของโรคมักขึ้น ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงแหล่งรักษา โดยร้อยละ 88.9 เปลี่ยนจากแหล่งรักษาแผนโบราณไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ และร้อยละ 50 เปลี่ยนจากสถานเอนามย์ ไปรับบริการในโรงพยาบาลชุมชน

ส่วนสตรีที่รักษาด้วยสมุนไพร หรือการไปหาหมอพื้นบ้าน มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด อาจเป็นเพราะการรักษาทั้งสองวิธีนั้นวินิจฉัยโรคโดยใช้ประสบการณ์ การคาด

คะเน หรือคำบอกเล่าสืบต่อกันมา ไม่ได้ใช้หลักการแพทย์แผนโบราณหรือวิทยาศาสตร์ ซึ่งอาจส่งผลให้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากขึ้น

### จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = .17$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่ามีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อมากกว่า สตรีที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามลดลงเล็กน้อย คือ  $\beta = .14$  โดยความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือน 1-3 คน เพิ่มขึ้น ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า 3 คน ลดลงเล็กน้อย

จากผลการศึกษา จะเห็นว่าเป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ คือ “สตรีที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนน้อยกว่า น่าจะมีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่า สตรีที่มีจำนวนสมาชิกในครัวเรือนมากกว่า” ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่าน่าจะทำให้สภาพแวดล้อมภายในบ้านแออัด และเมื่อเกิดการเจ็บป่วยของสมาชิกทำให้มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคได้มากกว่าครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า ซึ่งจะส่งผลทำให้ความรุนแรงของเชื้อมากขึ้นด้วย ดังเช่นการศึกษาของ มนตรี ต้นประยูร (2532: 94) ที่พบว่าจำนวนสมาชิกในครัวเรือน มีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในผู้สูงอายุ ในเขตชนบท โดยผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนขนาดใหญ่จะเจ็บป่วยมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครอบครัวขนาดเล็ก

### ภาคที่อยู่อาศัย

ภาคที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = .13$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีในภาคเหนือ มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคใต้ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระและตัวแปรตามลดลงเล็กน้อย คือ  $\beta = .11$  โดยความรุนแรงของการเจ็บป่วยและทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย คือ สตรีที่อยู่ในภาคกลาง มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคใต้

อย่างไรก็ตาม พบว่า ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่าสตรีที่อยู่ในภาค

อื่นๆ” ซึ่งน่าจะเนื่องมาจาก สตรีที่อยู่ในกรุงเทพมหานครส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีการศึกษาสูงกว่าสตรีที่อยู่ในภาคอื่น จึงมีความสามารถที่จะดูแลตนเอง รวมทั้งการเลือกการรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง ประกอบกับในกรุงเทพมหานครมีสถานบริการทางการแพทย์มากกว่า ทำให้สตรีมีโอกาสเข้าถึงบริการได้มากกว่าสตรีในภาคอื่น หรืออาจเป็นเพราะลักษณะการประกอบอาชีพของสตรีในกรุงเทพมหานคร อยู่นอกภาคเกษตรกรรมที่ไม่ใช่ของตนเอง ดังนั้นการหยุดกิจวัตรประจำวันเมื่อเจ็บป่วยจึงไม่สามารถทำได้เต็มที่ จึงส่งผลให้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ (การศึกษาครั้งนี้ซึ่งวัดจากจำนวนวันของการหยุดกิจวัตรประจำวัน) ของสตรีในกรุงเทพมหานคร น้อยกว่าสตรีที่อาศัยอยู่ในภาคอื่น

### เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ในระดับต่ำ ( $\eta = .11$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ สตรีที่อยู่ในเขตสุขาภิบาล และสตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่น และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ลดลงอย่างมาก ( $\beta = .01$ ) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล และสุขาภิบาลเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาลลดลง และทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล และเขตสุขาภิบาล มีการเปลี่ยนแปลงไป

จากสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล และเขตสุขาภิบาล น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยกว่าสตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล” พบว่า เป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษา เนื่องจากสตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล ส่วนใหญ่มีการศึกษาน้อยกว่าสตรีที่อยู่ในเขตที่อยู่อาศัยอื่น ดังนั้นเมื่อเกิดเจ็บป่วยแล้ว ความสามารถในการดูแลตนเองเบื้องต้นจึงไม่ดีเท่ากับสตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในเขตเทศบาล และเขตสุขาภิบาล ประกอบกับนอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล มีการกระจายตัวของสถานบริการทางการแพทย์น้อยกว่า จึงทำให้การเข้าถึงบริการมีน้อยกว่า จึงมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าสตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล และสุขาภิบาล

## สรุป

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม แสดงให้เห็นว่ามีเพียงปัจจัยทางด้านระดับการศึกษา และการรักษาพยาบาลครั้งแรกเมื่อป่วย/รู้สึกไม่สบาย ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากขึ้นหลังจากมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรผกผันร่วม (ค่า beta สูงขึ้น) นั้นหมายความว่า ด้วยตัวของปัจจัยระดับการศึกษา และการรักษาพยาบาลครั้งแรกเมื่อป่วย/รู้สึกไม่สบาย เพียงลำพังจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามคือ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าการมีตัวแปรอิสระอื่นๆ เข้าร่วมในการพิจารณา ในขณะที่ปัจจัยทางด้านสถานภาพสมรส และการสูบบุหรี่ ระดับความสัมพันธ์ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อน และหลังการควบคุมตัวแปรอื่นๆ หมายความว่า ตัวแปรอิสระอื่นไม่มีผลต่อระดับความสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส และการสูบบุหรี่ที่มีต่อตัวแปรตาม

ส่วนตัวแปรทางด้านอายุ อาชีพ การดื่มสุรา จำนวนสมาชิกในครัวเรือน ภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่มีระดับความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดลง หลังการปรับตัวแปรอื่นๆ (ค่า beta ลดลง) หมายความว่าระดับความสัมพันธ์ที่สูงก่อนการปรับตัวแปรอื่นๆ เป็นเพราะตัวแปรเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากตัวแปรอื่น และเป็นที่น่าสังเกตว่า หากพิจารณาเฉพาะตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย จะเห็นว่าเขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อน้อยมาก (ค่า beta ลดลง จาก .10 เป็น .01)

ตารางที่ 24 จำนวนวันเฉลี่ยของการหยุดกิจวัตรประจำวันเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ  
ตามลักษณะภูมิหลัง ด้วยวิธีการจำแนกหมู่

ตัวแปรอิสระ และกลุ่มย่อย	จำนวน ตัวอย่าง	ยังไม่ปรับตัวแปร อิสระ และตัวแปร สัมพันธ์		ปรับตัวแปร อิสระอื่นๆ		ปรับตัวแปร อิสระและตัว แปรสัมพันธ์	
		จำนวนวันเฉลี่ย	อีต้า	จำนวนวันเฉลี่ย	บีต้า	จำนวนวันเฉลี่ย	บีต้า
<b>อายุ</b>			*.07		*.05		*.05
15 - 29	488,517	1.75		1.66		1.65	
30 - 39	246,237	1.3		1.33		1.33	
40 - 49	210,360	1.42		1.60		1.62	
<b>สถานภาพสมรส</b>			*.10		*.10		*.10
โสด	264,432	1.97		1.99		2.00	
สมรส	610,568	1.46		1.44		1.44	
หม้าย/หย่า,แยก	70,113	0.85		0.96		0.95	
<b>การศึกษา</b>			*.13		*.15		*.15
ไม่มีการศึกษา	36,274	3.01		3.29		3.28	
ประถมศึกษา	675,660	1.62		1.67		1.66	
มัธยมศึกษา	175,576	1.36		1.08		1.10	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	57,603	0.57		0.66		0.68	
<b>อาชีพ</b>			*.11		*.08		*.08
ปฏิบัติงานวิชาการ/ วิชาชีพ	62,576	0.79		1.80		1.79	
ค้าขาย	103,993	1.39		1.49		1.50	
เกษตรกรรม	401,082	1.56		1.43		1.42	
รับจ้าง/บริการอื่นๆ	166,400	2.03		1.97		1.99	
กรรมกร	35,430	2.19		1.99		1.99	
ไม่ทำงาน	175,633	1.37		1.35		1.35	
<b>การดื่มสุรา</b>			*.09		*.06		*.07
ไม่ดื่มสุรา	757,242	1.55		1.59		1.58	
เคยดื่มสุรา	60,753	0.71		0.87		0.82	
ดื่มสุรา	127,119	2.05		1.73		1.77	
<b>การสูบบุหรี่</b>			*.05		*.05		*.05
ไม่สูบบุหรี่	916,827	1.54		1.58		1.58	
เคยสูบบุหรี่	7,592	0		0		0	
สูบบุหรี่	20,694	1.09		1.09		1.06	

ตารางที่ 24 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ และกลุ่มย่อย	จำนวน ตัวอย่าง	ยังไม่ปรับตัวแปร อิสระ และตัวแปร ผันร่วม		ปรับตัวแปร อิสระอื่นๆ		ปรับตัวแปร อิสระและตัว แปรผันร่วม	
		จำนวนวันเฉลี่ย	อีต้า	จำนวนวันเฉลี่ย	บีต้า	จำนวนวันเฉลี่ย	บีต้า
<b>การรักษาครั้งแรก</b>			*.12		*.14		*.14
<b>เมื่อป่วย</b>							
ไม่ทำอะไร	71,254	1.11		1.15		1.15	
ใช้สมุนไพร,หา- หมอพื้นบ้าน	5,764	3.15		2.95		2.94	
ซื้อยากินเอง	454,575	1.34		1.22		1.23	
หาบุคลากรทาง- การแพทย์	398,993	1.92		2.04		2.02	
รักษาด้วยวิธีอื่นๆ	14,527	0.28		0.75		0.74	
<b>จำนวนสมาชิก- ในครัวเรือน</b>			*.17		*.14		*.14
1 - 3 คน	354,424	0.91		1.01		1.00	
มากกว่า 3 คน	590,689	1.95		1.89		1.90	
<b>ภาคที่อยู่อาศัย</b>			*.13		*.11		*.11
เหนือ	207,264	2.02		2.02		2.02	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	342,874	1.67		1.57		1.58	
ใต้	107,333	1.44		1.46		1.48	
กลาง	190,274	1.43		1.53		1.54	
กรุงเทพมหานคร	97,369	0.57		0.73		0.72	
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>			*.11		*.01		*.01
เทศบาล	162,795	0.87		1.53		1.54	
สุขาภิบาล	81,096	1.43		1.45		1.46	
นอกเขตเทศบาล/ สุขาภิบาล	701,222	1.74		1.54		1.58	
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำลังสอง ( $R^2$ )				.101			.102
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)				.317			.319

จำนวนวันเฉลี่ยที่สตรีตัวอย่างหยุดกิจวัตรประจำวันเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ (Grand Mean) = 1.56 วัน

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า .01

#### 4.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรมอนามัย และสิ่งแวดล้อม กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ ในรอบ 2 สัปดาห์ก่อนการสำรวจ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระจากค่าสหสัมพันธ์ พบว่า ไม่มีตัวแปรอิสระคู่ใดมีความสัมพันธ์กันสูง ( $r < .05$ ) (ตารางที่ 25) จึงสามารถนำตัวแปรอิสระทุกตัวประกอบการพิจารณาในแบบจำลองการจำแนกพหุเดียวกัน และผลของการวิเคราะห์การผันแปร (Analysis of Variance) พบว่า ผลหลักของตัวแปรอิสระทั้งหมด ตัวแปรอิสระแต่ละตัว และตัวแปรผันร่วมโดยส่วนรวม และตัวแปรผันร่วมแต่ละตัว มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (ตารางที่ 26)

ตารางที่ 25 เมตริกสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ

(1)อายุ	1.0000										
(2)การศึกษา (ประถมศึกษา)	.2408	1.0000									
(3)สถานภาพสมรส	.2707	.2292	1.0000								
(4)อาชีพเกษตร	.1813	.2869	.2182	1.0000							
(5)การดื่มสุรา (ในปัจจุบัน)	.0695	.0136	.0585	.0350	1.0000						
(6)การสูบบุหรี่ (ในปัจจุบัน)	.1085	-.0320	.0317	.0314	.1870	1.0000					
(7)หาบุคลากรทางการแพทย์	.0206	.0383	-.0120	.0206	-.1152	-.0288	1.0000				
(8)เขตเทศบาล	-.0076	-.2142	-.1265	-.3643	-.0114	-.0056	-.0816	1.0000			
(9)กรุงเทพมหานคร	.0008	-.0599	.0022	.0502	.0855	.1878	.0138	-.1354	1.0000		
(10)จำนวนสมาชิกในครัวเรือน	-.1585	.0174	.0366	.0772	-.1034	-.0489	.0919	-.0771	-.1143	1.0000	
(11)จำนวนวันหยุดกิจวัตรประจำวัน	.0354	.0267	-.0055	-.0722	-.0611	.0155	.1192	-.0536	-.0044	.0216	1.0000
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)

P < .05



ตารางที่ 26 การวิเคราะห์การผันแปร (ANOVA) ของความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อตามลักษณะภูมิหลังของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ที่มาของการผันแปร (Source of Variation)	ผลรวมของกำลังสอง (Sum of Square)	อัตราอิสระ (DF)	ค่าเฉลี่ยของผลรวมกำลังสอง (Mean Square)	F	ระดับนัยสำคัญ (Significant of F)
ผลหลักของตัวแปรอิสระ	8392702	27	310840.825	2039.805	.000
อายุ	368577	2	184288.491	1209.341	.000
สถานภาพสมรส	47438	2	23719.164	155.650	.000
การศึกษา	562181	3	187393.724	1229.719	.000
อาชีพ	2753363	5	550672.568	3613.634	.000
การรักษาครั้งแรก- เมื่อป่วย	2057965	4	514491.132	3376.203	.000
การดื่มสุรา	388192	2	194096.153	1273.701	.000
การสูบบุหรี่	152136	2	76068.246	499.176	.000
จำนวนสมาชิก- ในครัวเรือน	206395	1	206394.913	1354.409	.000
ภาคที่อยู่อาศัย	1495163	4	373790.840	2452.897	.000
เขตที่อยู่อาศัย	361291	2	180645.680	1185.436	.000
ตัวแปรผันร่วม	3012696	2	1506348.082	9884.986	.000
โรกระบบกล้ามเนื้อ - เส้นเอ็น และกระดูก	1269613	1	1269613.494	8331.481	.000
โรคกลุ่มอาการไม่ - ชัดเจน	1743083	1	1743082.669	11438.490	.000
การผันแปรที่อธิบายได้	11405398	29	393289.601	2580.852	.000
การผันแปรที่เหลือ	171750137	-	152.387		
การผันแปรทั้งหมด	183155535	-	162.503		

ผลการศึกษา พบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยในการหยุดกิจกรรมประจำวันของสตรีที่ป่วยด้วยโรคไมติคเชื้อ เท่ากับ 3.30 วัน (Grand Mean = 3.30) และตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่น และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นร่วมกับตัวแปรผันร่วม โดยตัวแปรที่มีระดับความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไมติคเชื้อมากที่สุด คือ อาชีพ รองลงมาได้แก่ การรักษาพยาบาลครั้งแรกเมื่อป่วย/รู้สึกไม่สบาย และภาคที่อยู่อาศัย ตามลำดับ และความสามารถของตัวแปรอิสระทุกตัว รวมทั้งตัวแปรผันร่วม ในการอธิบายความผันแปรของตัวแปรตาม มีร้อยละ 6 ( $R^2 = .062$ )

สำหรับรายละเอียดของผลการศึกษาความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม มีดังนี้ (ตารางที่ 27)

### อายุ

อายุมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไมติคเชื้อ ในระดับต่ำ ( $\eta = .04$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสตรีอายุ 30-39 ปี มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมาเป็นสตรีอายุ 40-49 ปี และ อายุ 15-29 ปี ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ พบว่า ระดับความสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ( $\beta = .07$ ) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีอายุ 30-39 ปี และ 40-49 ปี เพิ่มขึ้น ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีอายุ 15-29 ปี ลดลง โดยทิศทางของความรุนแรงมีการเปลี่ยนแปลง คือ สตรีที่อายุมากกว่า มีระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่า แต่เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรผันร่วม คือ โรคไมติคเชื้อในกลุ่มอาการไม่ชัดเจน และโรกระบบกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น และกระดูก พบว่า ระดับความสัมพันธ์สูงกว่าก่อนมีการควบคุมตัวแปรอิสระ แต่น้อยกว่าหลังการควบคุมตัวแปรอิสระ ( $\beta = .05$ ) และระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีอายุ 15-29 ปี และ 30-39 ปี เพิ่มขึ้น ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีอายุ 40-49 ปี ลดลง แต่ยังคงสูงกว่าก่อนที่จะมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ

โดยภาพรวมจะเห็นว่าเป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่อายุน้อยกว่า น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไมติคเชื่อน้อยกว่าสตรีที่อายุมากกว่า” เนื่องจากเมื่อสตรีมีอายุมากขึ้นจะมีการตายของเซลล์เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่การแบ่งตัวของเซลล์ลดลง และเซลล์ที่ทำหน้าที่ผิดปกติเพิ่มมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการปรับตัวของร่างกายต่อการเปลี่ยนแปลงภาวะแวดล้อมจะเสื่อมถอยลงตามลำดับ (สุพรพิมพ์ เจียสกุล, 2539 : 8) ดังนั้นเมื่อเกิดเจ็บป่วยจะทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น

### สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อในระดับต่ำ ( $\eta^2 = .02$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีที่มีสถานภาพโสดมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมา คือสตรีที่มีสถานภาพสมรส และสตรีที่มีสถานภาพหม้าย/หย่า, แยก เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ( $\beta = .03$ ) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่มีสถานภาพโสดเพิ่มขึ้น ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่มีสถานภาพสมรส และ หม้าย/หย่า, แยก ลดลงเล็กน้อย โดยทิศทางของความรุนแรงเหมือนกับก่อนมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ

จากสมมุติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่มีสถานภาพสมรส น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อน้อยกว่า สตรีที่มีสถานภาพโสด หม้าย/หย่า, แยก” และจากผลการศึกษา พบว่ามีเพียงบางส่วนที่เป็นไปตามสมมุติฐาน กล่าวคือ สตรีที่มีสถานภาพสมรส มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อน้อยกว่า สตรีที่มีสถานภาพโสด เนื่องจากสตรีที่มีสถานภาพสมรสเมื่อเจ็บป่วยจะได้รับการดูแล และคำแนะนำ ตลอดจนการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากคู่สมรสซึ่งเป็นบุคคลใกล้ชิดที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ และการได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส จะทำให้นักศึกษาเกิดความรู้สึกมีคุณค่า มีความมั่นใจในตนเอง ดังเช่น บังอร ฤทธิ์อุดม (2537: 69) ได้ศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง กับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ที่ได้รับเคมีบำบัด ภายหลังการผ่าตัดเต้านม ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ สุภาภรณ์ ค้วงแพง (2531: 30) ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีการขจัดของเสียทางเยื่อหู ช่องท้องด้วยตนเองในผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้าย พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนสตรีที่มีสถานภาพ หม้าย/หย่า, แยก ที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อน้อยกว่าสตรีที่มีสถานภาพอื่น น่าจะเนื่องมาจากเหตุผลที่กล่าวแล้วในการศึกษาความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื่อว่าจะอาจเนื่องมาจาก สตรีในกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ไม่ต้องรับภาระในการดูแลผู้อื่น จึงมีเวลาที่จะดูแลสุขภาพตัวเองได้มากกว่า หรือในทางกลับกัน คือสตรีกลุ่มนี้เป็นผู้ที่ต้องรับภาระในการดูแลสมาชิกในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยจึงไม่สามารถหยุดกิจวัตรประจำวันได้ ทำให้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ซึ่งวัดจากจำนวนวันของการหยุดกิจวัตรประจำวันน้อยลงด้วย

### การศึกษา

ระดับการศึกษาของสตรีมีความสัมพันธ์ กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ด้วยโรค-ไม่ติดเชื่อในระดับต่ำ ( $\eta = .04$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีที่ไม่มีการศึกษา มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ สตรีที่จบการศึกษา ระดับประถมศึกษา สตรีที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา และสตรีที่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ( $\beta = .06$ ) ความรุนแรงของการเจ็บ-ป่วยในสตรีที่ไม่มีการศึกษา ในสตรีที่จบการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา และสตรีที่จบการศึกษา สูงกว่าระดับมัธยมศึกษาลดลง ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่จบการศึกษาระดับ ประถมศึกษาเพิ่มขึ้น โดยทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วย เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระ ยังคงเหมือนก่อนที่จะมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ แต่เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นร่วมกับ ตัวแปรผันร่วม พบว่าทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงไป นั่นคือ สตรีที่จบ- การศึกษาระดับประถมศึกษา มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด

จากสมมุติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่มีการศึกษาสูงกว่าน่าจะมีความรุนแรงของ การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อ น้อยกว่า สตรีที่มีการศึกษาน้อยกว่า” โดยภาพรวมพบว่าเป็นไปตาม สมมุติฐาน ยกเว้นสตรีที่จบการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา เนื่องจากการศึกษาจะส่งเสริมให้บุคคลมี การรับรู้ที่ดีตลอดจนมีความสามารถในการแสวงหาความรู้ ดังนั้นคนที่มีการศึกษาสูงจึงมี พฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า ในขณะที่คนที่มีการศึกษาน้อย มักพบปัญหาในการทำความเข้าใจ เกี่ยวกับการเกิดโรค และวิธีการรักษาพยาบาล ตลอดจนการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง สอดคล้องกับ แนวคิดของ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2536: 182) ที่กล่าวว่า บุคคลที่มีการศึกษาสูงน่าจะมีความรู้ การปฏิบัติตนที่ถูกต้องทางด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย เช่นเดียวกับ เกศินี ไข่มณี (2536: 69) ที่ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการดูแล ตนเองของหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวาน พบว่า ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับ พฤติกรรมการดูแลตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540: 71) พบว่า ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้หญิงที่ เป็นโรคเบาหวานในภาคตะวันออกเฉียงใต้

สำหรับการศึกษานี้ที่พบว่าสตรีที่จบการศึกษาสูงกว่าระดับมัธยมศึกษา มีความ รุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่า สตรีที่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา น่าจะเนื่องมาจาก สตรีที่มี การศึกษาสูงน่าจะทำงานในลักษณะที่ต้องมีความรับผิดชอบมากกว่า จึงทำให้เกิดความเครียด มาก จึงทำให้สตรีในกลุ่มนี้ มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่า

### อาชีพ

ลักษณะของการประกอบอาชีพ มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ในระดับต่ำ ( $\eta^2 = .12$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสตรีที่เป็นกรรมกร มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ สตรีที่ประกอบอาชีพ รับจ้าง/บริการอื่นๆ ค่าขาย เกษตรกรรม ปฏิบัติงานวิชาการ/วิชาชีพ และสตรีที่ไม่ได้ทำงาน ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ระดับความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ( $\beta^2 = .17$ ) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีตัวอย่างในทุกอาชีพเพิ่มขึ้น ยกเว้นสตรีที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม ที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยลดลง โดยทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยมีการเปลี่ยนแปลง คือ สตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพมีความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยมากที่สุด รองลงมา ได้แก่ สตรีที่เป็นกรรมกร และรับจ้าง/บริการอื่นๆ ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากเมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีการควบคุมตัวแปรผันร่วม ( $\beta^2 = .18$ ) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีในทุกอาชีพเพิ่มขึ้น ยกเว้นในสตรีที่ประกอบอาชีพค่าขาย และเกษตรกรรม และทิศทางของความรุนแรงเปลี่ยนแปลงไป โดยสตรีที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด คือ สตรีที่ไม่ประกอบอาชีพ รองลงมาคือสตรีที่ประกอบอาชีพกรรมกร และปฏิบัติงานวิชาการ/วิชาชีพ

จากสมมุติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่ไม่ประกอบอาชีพและสตรีที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่คิดเชื้อ น้อยกว่าสตรีในภาคเกษตรกรรม” และจากผลการศึกษาจะเห็นว่าไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่คิดเชื้อส่วนใหญ่เกิดจากวิถีการดำรงชีวิต แบบแผนของพฤติกรรม การบริโภค และการออกกำลังกาย และภาวะเครียดจากกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งสภาวะแวดล้อมต่างๆ ดังนั้น สตรีที่ประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่คิดเชื้อมากกว่าสตรีที่อยู่ในภาคเกษตรกรรม จึงมีโอกาสเจ็บป่วยด้วยโรคไม่คิดเชื้อมากกว่า และเมื่อเกิดเจ็บป่วยแล้วยังคงต้องประกอบกิจวัตรประจำวัน จึงทำให้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้น

ส่วนสตรีที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่คิดเชื้อมากที่สุด น่าจะเนื่องมาจากการที่สตรีไม่ได้ทำงานอาจทำให้รู้สึกด้อยค่าในตนเอง รวมทั้งมีโอกาสที่จะพบปะพูดคุยกับคนอื่น ๆ น้อยทำให้มีโอกาสเกิดเกิดความเครียดซึ่งเป็นปัจจัยเสริมให้เกิดโรคต่างๆ โดยเฉพาะโรคชนิดไม่คิดเชื้อ ดังเช่นการศึกษาของ เพ็ญศรี พรวิริยะทรัพย์ (2540: 72) พบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพด้านอารมณ์ และสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

### การค้ำสุรา

การค้ำสุรามีความสัมพันธ์ กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยในระดับต่ำ ( $\eta = .06$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด คือสตรีที่ เคยค้ำสุรา รองลงมาเป็นสตรีที่ไม่ค้ำสุรา และสตรีที่ค้ำสุรา ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ ลดลง ( $\beta = .05$  และ  $.04$  ตามลำดับ) โดยความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่ไม่ค้ำสุรา และเคยค้ำสุราลดลงเล็กน้อย ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่ค้ำสุราในปัจจุบัน เพิ่มขึ้น และทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยยังคงเดิม

จากสมมุติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่ไม่ค้ำสุรา น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่คิดเชื่อน้อยกว่า สตรีที่ค้ำสุรา หรือเคยค้ำมาก่อน” และจากผลการศึกษา พบว่ามีเพียงบางส่วนที่เป็นไปตามสมมุติฐาน กล่าวคือ สตรีที่เคยค้ำสุรา มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าสตรีที่ไม่ค้ำสุรา อาจเนื่องมาจากสตรีที่เคยค้ำสุรา เป็นผู้ที่มียวะภายในถูกทำลายจากพิษของแอลกอฮอล์ และเจ็บป่วยด้วยโรคไม่คิดเชื่อก่อน จนต้องเลิกค้ำสุรา หรือ จากคำแนะนำของแพทย์ให้เลิกค้ำสุรา และจากการที่มีพยาธิสภาพภายในร่างกายอยู่แล้ว เมื่อเกิดเจ็บป่วยจึงทำให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มมากขึ้น

เรวัตร์ พันธุ์กิ่งทองคำ (2539: 565-566) กล่าวว่า การค้ำสุรานานๆ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่กล้ามเนื้อหัวใจ ความผิดปกติของหัวใจ และหลอดเลือดได้หลายอย่าง เช่น ความดันเลือดสูง ระบบหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

สำหรับผู้ที่ค้ำสุราในปัจจุบัน กลับเป็นผู้ที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่คิดเชื่อน้อยที่สุด น่าจะเนื่องมาจาก ค้ำสุราในปริมาณที่ไม่มากพอ จากการสำรวจครั้งนี้ พบว่า สตรีค้ำสุรานานๆ ครั้ง ร้อยละ 7.3 ซึ่งมากกว่าการค้ำสุราในความถี่อื่น และระยะเวลาของการค้ำสุราไม่นานพอที่จะทำให้เกิดการทำลายของอวัยวะภายใน จนสามารถมีผลต่อการเกิดโรคได้ จึงทำให้มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อย

### การสูบบุหรี่

การสูบบุหรี่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วย ด้วยโรคไม่คิดเชื่อ ในระดับต่ำ ( $\eta = .02$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีที่มีความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยมากที่สุด คือ สตรีที่สูบบุหรี่ รองลงมาคือ สตรีที่ไม่สูบบุหรี่ และเคยสูบบุหรี่ ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ไม่เปลี่ยนแปลง ( $\beta = .02$ ) แต่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่เคยสูบบุหรี่ และสูบบุหรี่ในปัจจุบัน สูงขึ้นกว่าก่อนมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ลดลงเล็กน้อย โดยทิศทางของความรุนแรงไม่มีการเปลี่ยนแปลง

จากสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่ไม่สูบบุหรี่ น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อมากกว่า สตรีที่สูบบุหรี่ หรือเคยสูบบุหรี่มาก่อน” แต่ผลการศึกษามีเพียงบางส่วนที่เป็นไปตามสมมุติฐาน นั่นคือ สตรีที่สูบบุหรี่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าสตรีที่ไม่สูบบุหรี่ เนื่องจากในควันบุหรี่ ประกอบด้วยสารเคมีมากกว่า 3,000 ชนิด เช่น คาร์บอนไดออกไซด์ นิโคติน และเถ้าถ่าน ทำให้เกิดการระคายเคืองของเยื่อทางเดินหายใจ ยิ่งกว่านั้น สารพวกน้ำมันดิน แคลเซียม และสารหนู ในควันบุหรี่ ยังเป็นสารก่อมะเร็ง โดยมีสารกลุ่มฟีนอล เป็นตัวเสริมฤทธิ์ก่อมะเร็ง นอกจากนี้ควันบุหรี่ยังเป็นตัวกระตุ้นอาการไอ และหอบหืด ในผู้ป่วยให้มีความรุนแรงขึ้น (โซคซีย์ เมธิไตรรัตน์, 2539 : 287)

การศึกษาทางการแพทย์ยืนยันว่า การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุและปัจจัยเสริมให้เกิดโรคได้มากมาย ไม่ว่าจะเป็นโรคภูมิแพ้ มะเร็งปอด หลอดลมอักเสบเรื้อรัง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น และสำหรับผู้ที่ไม่สูบบุหรี่แต่หายใจเอาควันบุหรี่เข้าไป เพราะคนที่สูบบุหรี่พ่นควันออกมา ถ้าเป็นโรคหัวใจ หรือโรคเรื้อรังอยู่ก่อนแล้ว จะมีอาการเพิ่มมากขึ้น ความเสี่ยงต่อการตายด้วยโรคหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้น และอุบัติการณ์การเป็นมะเร็งปอดเพิ่มขึ้นในสามีหรือภรรยาที่คนหนึ่งสูบบุหรี่ แต่อีกคนไม่สูบบุหรี่ (ทินรัตน์ สถิตนิมานการ, 2539: 212)

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่าสตรีที่เคยสูบบุหรี่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อมากกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ อาจเป็นเพราะว่าสตรีดังกล่าวเพียงแต่เคยลองสูบบุหรี่ แต่ไม่ได้สู้อย่างต่อเนื่อง หรือสูบในปริมาณน้อย จึงไม่มีผลต่อการเจ็บป่วยในปัจจุบัน จากผลการสำรวจถึงประวัติการสูบบุหรี่ของสตรีตัวอย่างในครั้งนี้ พบว่า มีเพียงร้อยละ 0.9 ที่รายงานว่าสูบบุหรี่ประจำ และ ร้อยละ 0.4 รายงานว่าสูบบุหรี่บางครั้ง

### การรักษาครั้งแรกเมื่อป่วย

การรักษาครั้งแรกเมื่อป่วยมีความสัมพันธ์ กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื่อในระดับค่า (eta = .13) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสตรีที่มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด คือ สตรีที่รักษาด้วยการใช้สมุนไพรหรือไปหาหมอพื้นบ้าน รองลงมา ได้แก่ สตรีที่ไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ สตรีที่ใช้วิธีการรักษาอื่นๆ สตรีที่ไม่ใช้วิธีการรักษาใดๆ เลยเมื่อเจ็บป่วย และสตรีที่ซื้อยากินเองเมื่อป่วย ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ลดลงเล็กน้อย beta = .11 และ .10 ตามลำดับ และความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่ไม่ใช้วิธีการรักษาใดๆ เมื่อเจ็บป่วย สตรีที่รักษาด้วยสมุนไพร หรือไปหาหมอพื้นบ้าน และสตรีที่ไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ลดลง ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่ซื้อยากินเองสูงขึ้น เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระ แต่ลดลงเมื่อมีการควบคุมตัวแปรผันร่วม และทิศทางของความรุนแรงมีการเปลี่ยนแปลงเล็กน้อย กล่าวคือ สตรีที่ยังคงมีความ รุนแรงเมื่อ

เจ็บป่วยมากที่สุดคือ สตรีที่รักษาด้วยสมุนไพรหรือไปหาหมอพื้นบ้าน และสตรีมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อยที่สุด คือสตรีที่ไม่ใช้วิธีการรักษาใดๆ เมื่อเจ็บป่วย

จากผลการศึกษา จะเห็นว่า โดยภาพรวมแล้วไม่เป็นไปตามสมมติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่รักษากับบุคลากรทางการแพทย์ตั้งแต่ครั้งแรกเมื่อป่วย น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อมากกว่าสตรีที่ไม่รักษา หรือรักษาด้วยตนเองเมื่อป่วย” ทั้งนี้ น่าจะเนื่องมาจาก การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นโรคที่มีระยะเวลาก่อตัวของโรคนานกว่าจะแสดงอาการ และเมื่อแสดงอาการของโรคแล้วอาการมักอยู่ในขั้นรุนแรงแล้ว ประกอบกับ พฤติกรรมการรักษาพยาบาลของคนไทย ส่วนใหญ่จะรักษาด้วยตนเองก่อนเมื่อมีอาการป่วยเพียงเล็กน้อย จะไปพบแพทย์ต่อเมื่ออาการรุนแรงแล้ว จากการสำรวจสถานะสุขภาพ และอนามัยของประชากรไทยโดยการสอบถาม และตรวจร่างกาย ครั้งที่ 1 (พ.ศ. 2534-2535) โดยกระทรวงสาธารณสุขพบว่า ประชากรตัวอย่างเพียงร้อยละ 10.2 เท่านั้นที่รู้ว่าตนป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และในจำนวนผู้ที่รู้ตัวว่าเป็น มีเพียงร้อยละ 71.3 ที่ได้รับการรักษา

นริสา ศรีลาชัย (2540 : 109) ได้ทำการศึกษาถึงกระบวนการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้หญิงที่เป็นโรคเบาหวาน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า เมื่อกลุ่มตัวอย่างมีอาการผิดปกติเกิดขึ้น จะใช้วิธีการรอสังเกตอาการก่อนเป็นอันดับแรก (ร้อยละ 50.4) โดยระยะเวลารอสังเกตอาการนาน 1-6 เดือนมากที่สุด เมื่อประเมินแล้วว่าอาการไม่ทุเลา หรืออาการรุนแรงมากขึ้น จึงเริ่มคิดที่จะรักษา

ดังนั้นในการศึกษานี้ที่พบว่า สตรีที่ไปรับการรักษาจากบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่คือผู้ที่มีอาการรุนแรงมากแล้ว ยกเว้นสตรีที่รักษาด้วยสมุนไพร หรือไปหาหมอพื้นบ้าน ซึ่งการวินิจฉัยโรคด้วยตนเอง หรือหมอพื้นบ้าน เป็นการคาดเดาว่าจะป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่ง ซึ่งอาจไม่ถูกต้องตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ จึงทำให้สตรีที่รักษาด้วยสมุนไพร หรือหาหมอพื้นบ้านมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากที่สุด

#### จำนวนสมาชิกในครัวเรือน

จำนวนสมาชิกในครัวเรือนมีความสัมพันธ์ กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = .04$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยสตรีที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า 3 คน มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่า สตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 1-3 คน เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตามลดลง ( $\beta = .03$ ) และความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก 1-3 คน สูงกว่าก่อนมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรี



ที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิก มากกว่า 3 คน ลดลงเล็กน้อย โดยทิศทางของความรุนแรงไม่มีการเปลี่ยนแปลง

จากสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อ น้อยกว่าสตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า” จากผลการศึกษา พบว่าไม่เป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะครอบครัวของสังคมไทย สมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแน่นแฟ้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวคนใดหรือบุคคลใดเกิดเจ็บป่วย สมาชิกอื่นในครอบครัวก็จะเข้ามารับบทบาทแทนกัน สามารถทำงานแทนหรือแบ่งเบาภาระงานของผู้ป่วยได้ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของรุจา ภูไพบูลย์ (2537: 6-7) ที่ว่า บุคคลในครอบครัวมีหน้าที่ในการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย และอารมณ์ โดยการให้ความรัก ความเอาใจใส่ แก่สมาชิกในครอบครัว

อัญชลี ฐิตะนุระ (2536: 54-56) ได้ศึกษาถึงสัมพันธภาพในครอบครัว กับการปรับตัวของผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวด้านบทบาท หน้าที่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นั้นหมายถึง สัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจะช่วยให้บุคคลในครอบครัวที่เจ็บป่วย ดำรงบทบาทของการเป็นผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ สตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกมากกว่า จึงสามารถที่จะหยุดกิจวัตรประจำวันเพื่อการรักษาได้มากกว่า จึงทำให้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยซึ่งวัดจากจำนวนวันของการหยุดกิจวัตรประจำวันมากกว่า สตรีที่อยู่ในครัวเรือนที่มีจำนวนสมาชิกน้อยกว่า

#### ภาคที่อยู่อาศัย

ภาคที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อในระดับต่ำ ( $\eta = .07$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสตรีที่อยู่ในภาคใต้มีความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สตรีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ภาคเหนือ ภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นร่วมกับตัวแปรผันร่วม ระดับความสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ( $\beta = .08$ ) ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่อยู่ในภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ลดลง ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยของสตรีที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพิ่มขึ้นจากก่อนมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่น และทิศทางของความรุนแรงมีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือสตรีที่อยู่ในภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยอยู่ในลำดับที่ 1-3 ส่วนภาคที่อยู่ในลำดับที่ 4-5 คือสตรีที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง

จากสมมุติฐานที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่อยู่ในกรุงเทพมหานคร น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อ น้อยกว่า สตรีที่อยู่ในภาคอื่นๆ” จากผลการศึกษา พบว่ามีเพียงสตรี

ที่อยู่ในภาคกลางซึ่งมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยน้อยกว่าสตรีในกรุงเทพมหานคร น่าจะเนื่องมาจากภาคกลางเป็นภาคที่อยู่ใกล้กรุงเทพมหานคร การกระจายความเจริญในด้านต่างๆ ไม่แตกต่างกันมากนัก ดังนั้นสตรีที่อยู่ในภาคกลาง และกรุงเทพมหานครน่าจะมีลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม คล้ายกัน รวมทั้งความสะดวกในการเดินทางเพื่อมาใช้บริการทางด้าน การแพทย์ซึ่งมีอยู่มากในกรุงเทพมหานคร สามารถทำได้รวดเร็วมากขึ้น แต่สิ่งที่แตกต่างกันอย่างชัดเจนระหว่างกรุงเทพมหานคร และภาคกลาง คือสภาวะแวดล้อมของกรุงเทพมหานครที่เป็นพิษ ซึ่งสภาวะแวดล้อมนี้เองเป็นตัวละครสำคัญ ที่เป็นทั้งสาเหตุและปัจจัยเสริมให้เกิดโรค และความรุนแรงของโรคไม่ติดเชื้อมากขึ้น

โดยผลงานวิจัยของวิชัย เอกพลากร และคณะ สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว ซึ่งได้ทำการศึกษาในปี พ.ศ. 2534 ถึงอาการทางการหายใจของตำรวจที่ทำงานในถนนที่มีการจราจรคับคั่งในกรุงเทพมหานคร ที่มีระดับฝุ่นละอองในอากาศสูงกว่า 300 ไมโครกรัม/ลูกบาศก์เมตร เปรียบเทียบกับตำรวจที่ไม่ได้ทำงานจราจร ในสถานีตำรวจชานเมือง ผลการศึกษาพบว่า ตำรวจจราจรมีอัตราเสี่ยงต่ออาการ และโรคทางเดินหายใจ สูงกว่าตำรวจที่ไม่ได้ทำงานจราจร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็น 1.4 , 1.8, 1.5 และ 1.4 เท่าของอาการเหล่านี้ คือ ไอ และมีเสมหะ ในรอบ 12 เดือน, ไอเกือบทุกวันมากกว่า 2 เดือน, เสมหะทุกวันมากกว่า 2 เดือน, และหลอดลมอักเสบ (วิชัย เอกพลากร, 2539: 255-258)

### เขตที่อยู่อาศัย

เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อ ในระดับต่ำ ( $\eta = .05$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 โดยสตรีที่อยู่นอกเขต เทศบาล/สุขาภิบาล มีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อมากที่สุด รองลงมาได้แก่ สตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล และสตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล ตามลำดับ เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นร่วมกับตัวแปรผันร่วม พบว่า ระดับความสัมพันธ์ระหว่างเขตที่อยู่อาศัย และความรุนแรงของการเจ็บป่วย เพิ่มขึ้นเล็กน้อย ( $\beta = .07$ ) และความรุนแรงของสตรีในเขตเทศบาล และสุขาภิบาล ลดลงเล็กน้อย ในขณะที่ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในสตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล มากกว่าก่อนมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่น โดยทิศทางของความรุนแรงของการเจ็บป่วยไม่มีการเปลี่ยนแปลง

จากสมมุติฐานการศึกษาที่ตั้งไว้ว่า “สตรีที่อยู่ในเขตเทศบาล และสุขาภิบาล น่าจะมีความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อมากกว่า สตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล” และจากผลการศึกษา พบว่าเป็นไปตามสมมุติฐานการศึกษา เนื่องจากสตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาลส่วนใหญ่ มีการศึกษาดำเนินการต่ำกว่าสตรีตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาล และเขตสุขาภิบาล ดังนั้นความใส่ใจในสุขภาพจึงไม่ดีเท่า และเมื่อเจ็บป่วยแล้วอาจไม่ทราบว่าตนเองเกิดการเจ็บป่วยจนกว่า

อาการรุนแรงขึ้นจึงทำการรักษา ประกอบกับการกระจายของสถานบริการทางการแพทย์ มีน้อยกว่าในเขตเทศบาล และสุขาภิบาล ดังนั้นสตรีที่อยู่นอกเขตเทศบาล/สุขาภิบาล จึงมีความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อมากกว่าสตรีที่อยู่ในเขตที่อยู่อาศัยอื่น

### สรุป

จากผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม จะเห็นว่า ปัจจัยการดื่มสุรา การรักษาพยาบาลครั้งแรกเมื่อป่วย และจำนวนสมาชิกในครัวเรือน เป็นปัจจัยที่มีระดับความสัมพันธ์กับการลดลงของในความรุนแรงของการเจ็บป่วย หลังการปรับตัวแปรอื่นๆ (ค่า  $\beta$  ลดลง) หมายความว่าระดับความสัมพันธ์ที่สูงก่อนการปรับตัวแปรอื่นๆ เป็นเพราะตัวแปรเหล่านี้ได้รับการสนับสนุนจากตัวแปรอื่น ในขณะที่ปัจจัยการสูบบุหรี่ ระดับความสัมพันธ์ไม่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งก่อน และหลังการควบคุมตัวแปรอื่นๆ นั่นคือ ตัวแปรอิสระอื่นไม่มีผลต่อระดับความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่กับความรุนแรงเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อ

ส่วนปัจจัยทางด้านอายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ภาคที่อยู่อาศัย และเขตที่อยู่อาศัย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากขึ้นหลังจากมีการควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ และควบคุมตัวแปรอิสระอื่นๆ ร่วมกับตัวแปรผักร่วม (ค่า  $\beta$  สูงขึ้น) หมายความว่า ด้วยตัวของปัจจัยเหล่านี้เพียงปัจจัยเดียวจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือ ระดับความรุนแรงของการเจ็บป่วยมากกว่าการมีตัวแปรอิสระอื่นๆ เข้ามาร่วม และเป็นที่น่าสนใจว่า หากพิจารณาเฉพาะตัวแปรอาชีพ จะเห็นว่ายังมีการควบคุมตัวแปรอื่นมากขึ้น ปัจจัยอาชีพยังมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามมากขึ้นตามไปด้วย จึงอาจกล่าวได้ว่าปัจจัยอาชีพเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อมาก

ตารางที่ 27 จำนวนวันเฉลี่ยของการหยุดกิจวัตรประจำวันเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ  
ตามลักษณะภูมิหลัง ด้วยวิธีการจำแนกพหุ

ตัวแปรอิสระ และกลุ่มย่อย	จำนวน ตัวอย่าง	ยังไม่ปรับตัวแปร อิสระ และตัวแปร คู่ร่วม		ปรับตัวแปร อิสระอื่นๆ		ปรับตัวแปร อิสระและตัว แปรคู่ร่วม	
		จำนวนวันเฉลี่ย	อีต้า	จำนวนวันเฉลี่ย	บีต้า	จำนวนวันเฉลี่ย	บีต้า
<b>อายุ</b>			*.04		*.07		*.05
15 - 29	348,377	2.65		2.07		2.28	
30 - 39	351,672	3.29		3.66		3.81	
40 - 49	427,043	2.76		4.01		3.71	
<b>สถานภาพสมรส</b>			*.02		*.03		*.03
โสด	165,407	3.79		4.18		4.17	
สมรส	870,053	3.26		3.20		3.21	
หม้าย/หย่า, แยก	91,632	2.77		2.69		2.63	
<b>การศึกษา</b>			*.04		*.06		*.06
ไม่มีการศึกษา	80,057	3.84		3.84		3.55	
ประถมศึกษา	870,006	3.49		3.60		3.63	
มัธยมศึกษา	134,852	1.84		1.20		1.19	
สูงกว่ามัธยมศึกษา	42,177	3.13		2.73		2.81	
<b>อาชีพ</b>			*.12		*.17		*.18
ปฏิบัติงานวิชาการ/ วิชาชีพ	48,362	1.91		2.06		4.79	
ค้าขาย	116,043	2.88		3.87		3.67	
เกษตรกรรม	536,041	2.33		1.24		1.17	
รับจ้าง/บริการอื่นๆ	157,501	3.10		4.18		4.19	
กรรมกร	33,989	3.29		4.50		4.89	
ไม่ทำงาน	235,156	6.13		6.70		6.84	
<b>การดื่มสุรา</b>			*.06		*.05		*.04
ไม่ดื่มสุรา	921,089	3.50		3.41		3.40	
เคยดื่มสุรา	84,677	4.37		4.29		4.16	
ดื่มสุรา	121,326	1.06		1.77		1.92	
<b>การสูบบุหรี่</b>			*.02		*.02		*.02
ไม่สูบบุหรี่	1,058,937	3.28		3.25		3.24	
เคยสูบบุหรี่	14,976	1.85		2.15		2.01	
สูบบุหรี่	53,179	4.19		4.58		4.83	

ตารางที่ 27 (ต่อ)

ตัวแปรอิสระ และกลุ่มย่อย	จำนวน ตัวอย่าง	ยังไม่ปรับตัวแปร อิสระ และตัวแปร ผันร่วม		ปรับตัวแปร อิสระอื่นๆ		ปรับตัวแปร อิสระและตัว แปรผันร่วม	
		จำนวนวันเฉลี่ย	ที่ต่ำ	จำนวนวันเฉลี่ย	ที่ต่ำ	จำนวนวันเฉลี่ย	ที่ต่ำ
<b>การรักษาครั้งแรก</b>			*.13		*.11		*.10
<b>เมื่อป่วย</b>							
ไม่ทำอะไร	111,453	1.44		1.07		0.89	
ใช้สมุนไพร,หา- หมอพื้นบ้าน	29,508	4.86		4.65		4.77	
ชื่อยากินเอง	355,105	1.39		1.81		2.09	
หาบุคลากรทาง- การแพทย์	620,709	4.67		4.51		4.37	
รักษาด้วยวิธีอื่นๆ	10,317	2.24		2.18		2.36	
<b>จำนวนสมาชิก</b>			*.04		*.03		*.03
<b>ในครัวเรือน</b>							
1 - 3 คน	403,845	2.57		2.71		2.72	
มากกว่า 3 คน	723,247	3.71		3.63		3.63	
<b>ภาคที่อยู่อาศัย</b>			*.07		*.08		*.08
เหนือ	254,975	3.20		2.96		3.05	
ตะวันออกเฉียงเหนือ	394,944	3.79		4.33		4.20	
ใต้	148,083	4.63		4.17		4.25	
กลาง	252,223	2.47		1.71		1.82	
กรุงเทพมหานคร	76,866	1.32		2.72		2.57	
<b>เขตที่อยู่อาศัย</b>			*.05		*.07		*.07
เทศบาล	149,874	1.56		1.19		1.19	
สุขาภิบาล	117,946	3.53		3.32		3.31	
นอกเขตเทศบาล/ สุขาภิบาล	859,272	3.57		3.66		3.67	
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำลังสอง ( $R^2$ )				.050		.062	
ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (R)				.223		.250	

จำนวนวันเฉลี่ยที่สตรีตัวอย่างหยุดกิจวัตรประจำวันเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดเชื้อ (Grand Mean) = 3.30 วัน

\* ระดับนัยสำคัญทางสถิติต่ำกว่า .01