

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาวิจัยที่ผ่านมา เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มักพบว่า ลักษณะพื้นฐานของผู้สูงอายุจะมีอิทธิพลสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเอง ทั้งนี้เพราะภาวะสุขภาพของบุคคลจะดีหรือไม่ดี ไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นในทันทีทันใด แต่จะเป็นภาวะที่ค่อยๆ เกิดขึ้นในบุคคลแต่ละคนโดยต้องอาศัยระยะเวลา ดังนั้นลักษณะพื้นฐานของผู้สูงอายุ ตลอดจนพฤติกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุที่ผ่านมาในอดีตหรือพฤติกรรมในปัจจุบัน จึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จำแนกลักษณะพื้นฐานของผู้สูงอายุ และพฤติกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุ ออกเป็น 5 กลุ่มใหญ่ คือ

กลุ่มที่ 1 ตัวแปรทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตร เกิดรอด (ตัวแปรที่ 1.1 - 1.4 ในตารางที่ 6)

กลุ่มที่ 2 ตัวแปรทางเศรษฐกิจ ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ฐานะทางการเงิน ในปัจจุบัน ความเป็นเจ้าของบ้าน อาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี (ตัวแปรที่ 2.1 - 2.4 ในตารางที่ 6)

กลุ่มที่ 3 ตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ การศึกษา โครงสร้างครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาษาพูด (ตัวแปรที่ 3.1 - 3.4 ของตารางที่ 6)

กลุ่มที่ 4 ตัวแปรพฤติกรรมอนามัย ได้แก่ การสูบบุหรี่หรือยาเส้นเมวน การดื่มสุรา (ตัวแปรที่ 4.1 และ 4.2 ในตารางที่ 6)

กลุ่มที่ 5 ตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัย ได้แก่ ประเภทของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้หมู่บ้านที่สุด ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด และจำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาลสำหรับตัวแปรของกลุ่มนี้ข้อมูลเฉพาะในเขตชนบทเท่านั้น ดังนั้น เมื่อนำตัวแปรกลุ่มนี้มาพิจารณา ตัวอย่างที่ศึกษาจะจำกัดเฉพาะในเขตชนบท (ตัวแปรที่ 1 - 3 ในตารางที่ 7)

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม พฤติกรรม อนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัยของผู้สูงอายุ กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จะใช้การวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis) ซึ่งการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ มีสมมุติฐานที่สำคัญคือ ตัวแปรอิสระต่างๆ มีผลต่อตัวแปรตามในเชิงบวก (additive) และเป็นเส้นตรง (linear)

การวิเคราะห์การจำแนกหมู่ (Multiple Classification Analysis หรือ MCA) เป็นวิธีการทางสถิติที่ใช้ศึกษาลักษณะและรูปแบบความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันระหว่างตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์ (independent variables or predictors) หลายๆ ตัว กับตัวแปรตาม (dependent variable) ภายใต้แบบจำลองเชิงบวก (additive model) วิธีการวิเคราะห์การจำแนกหมู่มีข้อดี หรือแตกต่างจากวิธีการวิเคราะห์ตัวแปรพหุวิธีอื่นๆ กล่าวคือ วิธีนี้ใช้ได้กับตัวแปรอิสระหรือตัวแปรพยากรณ์ที่วัดแบบแบ่งกลุ่ม (nominal measurement หรือ categorical variable) เช่น อาชีพ ภาค ส่วนตัวแปรตามควรเป็นตัวแปรที่วัดในระดับช่วง (interval scale) หรือเป็นตัวเลขต่อเนื่อง (numerical continuous) ซึ่งมีการกระจายที่ไม่เบ้มาก หรือเป็นตัวแปรทวิ (dichotomous variable) อันที่จริงการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ ก็คือการวิเคราะห์ถดถอยพหุ (multiple regression) ที่ใช้ตัวแปรหุ่น (dummy variable) นั้นเอง (Andrews, et al.1973)

การวิเคราะห์การจำแนกหมู่โดยใช้โปรแกรม SPSSX นี้ จะให้ค่าสถิติดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยรวม (Grand Mean) ของตัวแปรตาม
2. ค่าเบี่ยงเบนที่ยังไม่ปรับจากค่าเฉลี่ยรวมของแต่ละกลุ่มหรือหมวดของตัวแปรอิสระ (Unadjusted deviation from grand mean)
3. ค่า Eta แสดงความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม โดยไม่มีการปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ ค่า Eta จะใช้เมื่อตัวแปรอิสระเป็นระดับแบ่งกลุ่ม (nominal level) และตัวแปรตามเป็นระดับช่วง (interval) หรืออัตราส่วน (ratio level) และค่า Eta^2 หรือ Correlation ratio แสดงสัดส่วนของความแปรผันในตัวแปรตามที่อธิบายด้วยตัวแปรอิสระแต่ละตัว (Andrew, 1973 :7)
4. ค่าเบี่ยงเบน (ที่ปรับแล้ว) จากค่าเฉลี่ยรวมของแต่ละกลุ่มหรือหมวดของตัวแปรอิสระ (Adjusted for independents and covariates deviation)
5. ค่า Beta หรือสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ปรับฐาน (Standardized regression coefficient) เป็นการวัดจำนวนหน่วยเบี่ยงเบนมาตรฐานที่ตัวแปรตามจะเปลี่ยนเมื่อตัวแปรอิสระเปลี่ยนไปหนึ่งเบี่ยงเบนมาตรฐานหลังปรับอิทธิพลของตัวแปรพยากรณ์อื่นๆ แล้ว หรือแสดงความสัมพันธ์เชิงเปรียบเทียบ (relative importance) ของตัวแปรอิสระทั้งหลาย ในการอธิบายตัวแปรตาม เมื่อตัวแปรพยากรณ์อื่นๆ ถูกทำให้คงที่ ค่า Beta นี้ไม่ได้แสดงในรูปร้อยละของความแปรปรวนที่ได้รับการอธิบาย หรือแสดงอิทธิพลของตัวแปรอิสระต่อตัวแปรตามเมื่อมีการปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ แล้ว

6. ค่า R^2 แสดงสัดส่วนของความแปรปรวนในตัวแปรตาม ที่อธิบายด้วยตัวแปรอิสระทั้งหมดและตัวแปรผันร่วม (ถ้ามี) รวมกัน

7. การทดสอบความสำคัญของสถิติ F (F test) ซึ่งแสดงในรูประดับนัยสำคัญทางสถิติ เป็นการทดสอบว่าตัวแปรอิสระนั้นพหุการเกิดตัวแปรตาม ได้ดีเพียงใด

เพื่อลดความซับซ้อนในการวิเคราะห์ ผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์ไม่มีปฏิสัมพันธ์ (interaction) ต่อกัน ในการมีผลต่อตัวแปรตาม ดังนั้น ในตารางการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ จึงแสดงผลของการวิเคราะห์โดยไม่นำปฏิสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเข้ามาเกี่ยวข้อง และเพื่อให้ง่ายในการวิเคราะห์และตีความผลของการศึกษา การเสนอผลซึ่งได้จากการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ ในตารางต่างๆ ของการศึกษานี้ จึงไม่ได้แสดงในรูปค่าเบี่ยงเบน แต่เป็นการแสดงผลที่ได้จากการคำนวณความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยรวมและค่าเบี่ยงเบน (ทั้งที่ปรับและไม่ปรับ อิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ) ของแต่ละกลุ่มหรือหมวดของตัวแปรอิสระ

ในการศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนี้ จะทำการวิเคราะห์ด้านต่างๆ ดังนี้

1. พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับภาวะสุขภาพ ก่อนที่จะมีการปรับอิทธิพลตัวแปรอิสระอื่นๆ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระดับ 2 ตัวแปรระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม (สดมภ์ไม่ปรับของตารางต่างๆ)
2. พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระแต่ละตัวกับตัวแปรตาม หลังจากที่มีการปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ และตัวแปรผันร่วม โดยจะดูถึงการเปลี่ยนแปลงของค่าเฉลี่ยของตัวแปรตาม ในแต่ละหมวดหรือกลุ่มตัวแปรอิสระ เมื่อเปรียบเทียบกับระยะก่อนที่จะมีการปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ และตัวแปรผันร่วม (สมการปรับต่างๆ) และจะใช้ค่า Beta ในการศึกษาถึงความสำคัญเชิงเปรียบเทียบ (relative important) ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว หลังจากที่มีการปรับปัจจัยอื่นๆ แล้ว
3. ศึกษาความสามารถในการอธิบายความแปรปรวนในตัวแปรตาม ของกลุ่มตัวแปรอิสระแต่ละกลุ่ม และของทุกกลุ่มรวมกัน โดยดูจากค่า R^2

การวิเคราะห์การจำแนกหมู่ด้วยสมการต่างๆ นั้น ได้ตัดกรณีที่ไม่ทราบหรือไม่ตอบในตัวหนึ่งตัวใดของตัวแปรทั้งหมดในสมการ เหลือจำนวนตัวอย่างในการศึกษาของทั้งประเทศ 2977 ราย (การกระจายของตัวอย่างแสดงในตาราง ข ภาคผนวก) และตัวอย่างในเขตชนบท 2025 ราย (ตาราง ค ในภาคผนวก)

การรายงานผลการศึกษาในส่วนนี้ จะวิเคราะห์และตีความผลของการวิจัยที่ได้จากตารางการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ โดยใช้ตัวแปรตามคือ ภาวะสุขภาพซึ่งวัดด้วยดัชนีตัวที่ 2 เท่านั้น ทั้งนี้เนื่องจากพบว่า ไม่ว่าจะใช้ดัชนีตัวใดเป็นตัวแปรตาม ผลที่ได้ส่วนใหญ่ไม่ต่างกัน ผลของการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ที่ใช้ดัชนีตัวที่ 1 และตัวที่ 3 เป็นตัวแปรตาม แสดงไว้ในตาราง ง. จ. ฉ. และ ช. ตามลำดับ

ดังกล่าวข้างต้นในส่วนของการเลือกตัวอย่าง เนื่องจากจำนวนประชากรตัวอย่างที่ได้มา เบี่ยงเบนไปจากการเลือกในลักษณะที่ถ่วงโดยตัวเอง (self weight) ในระดับประเทศ ดังนั้น เมื่อเสนอผลการวิเคราะห์ในระดับประเทศ จึงต้องมีการถ่วงน้ำหนัก (Weight) ที่เหมาะสม การเสนอผลการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ในตารางที่ 6 และ 7 ในรูปของค่าเฉลี่ยและจำนวนตัวอย่าง (N) จึงเสนอค่าที่ได้จากการถ่วงน้ำหนักแล้ว (Weighted)

ตารางที่ 6 แสดงการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ของคะแนนเฉลี่ยของดัชนีภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำแนกตามลักษณะภูมิหลังต่างๆ โดยมีสัดสมไม่ปรับ แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระแต่ละตัว (ตัวแปรที่ 1.1 - ตัวแปรที่ 4.2) กับตัวแปรตาม (ดัชนีภาวะสุขภาพ) ที่ยังไม่ได้ปรับอิทธิพลของตัวแปรอิสระอื่นๆ และสมการปรับอื่นๆ อีก 8 สมการ ดังนี้

สมการปรับ(1) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรต่างๆ ทางประชากรแต่ละตัว (ตัวแปรที่ 1.1 - 1.4) ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรเกิดรอด หลังจากปรับปัจจัยอื่นๆ ทางประชากรในสมการ ต่อภาวะสุขภาพ

สมการปรับ(2) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรต่างๆ ทางเศรษฐกิจแต่ละตัว (ตัวแปรที่ 2.1 - 2.4) ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ฐานะทางการเงินเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่ออายุ 40-50 ปี ความเป็นเจ้าของบ้าน อาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี หลังจากปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางเศรษฐกิจในสมการ ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมการปรับ(3) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรต่างๆ ทางสังคมและวัฒนธรรมแต่ละตัว (ตัวแปรที่ 3.1 - 3.2) ได้แก่ การศึกษา โครงสร้างครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาษาพูด ภายหลังการปรับปัจจัยอื่นๆ ทางสังคมและวัฒนธรรมในสมการ ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมการปรับ(4) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรพฤติกรรมอนามัยแต่ละตัว (ตัวแปรที่ 4.1 และ 4.2) ซึ่งได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน และพฤติกรรมการดื่มสุรา หลังปรับอิทธิพลอื่นๆ ของพฤติกรรมอนามัยในสมการแล้ว ต่อภาวะสุขภาพ

สมการปรับ(5) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรต่างๆ ทางประชากรและพฤติกรรมอนามัยแต่ละตัว ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรเกิดรอด พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน และพฤติกรรมการดื่มสุรา หลังจากปรับปัจจัยอื่นๆ ทางด้านประชากรและพฤติกรรมอนามัยในสมการ ต่อภาวะสุขภาพ (ตัวแปรที่ 1.1-1.4 และตัวแปรที่ 4.1-4.2)

สมการปรับ(6) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรต่างๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมแต่ละตัว (ตัวแปรที่ 2.1-2.4 และ 3.1-3.4) ได้แก่ ความเพียงพอของรายได้ ฐานะทางการเงินเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่ออายุ 40-50 ปี ความเป็นเจ้าของบ้าน อาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี การศึกษา โครงสร้างครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และภาษาพูด ภายหลังการปรับอิทธิพลอื่นๆ ของตัวแปรทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมในสมการ ที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมการปรับ(7) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรต่างๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมแต่ละตัว (ตัวแปรที่ 1.1 - 3.4) ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรเกิดรอด ความเพียงพอของรายได้ ฐานะทางการเงินเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่ออายุ 40-50 ปี ความเป็นเจ้าของบ้าน อาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี การศึกษา โครงสร้างครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และภาษาพูด ภายหลังการปรับอิทธิพลอื่นๆ ของตัวแปรประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมในสมการ ที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมการปรับ(8) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรต่างๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัยแต่ละตัว (ตัวแปรตั้งแต่ 1.1 - 4.2) ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรเกิดรอด ความเพียงพอของรายได้ ฐานะทางการเงินเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่ออายุ 40-50 ปี ความเป็นเจ้าของบ้าน อาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี การศึกษา โครงสร้างครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย ภาษาพูด การสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน และการดื่มสุรา ภายหลังปรับปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัยในสมการ ที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ในการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบผลของ
การศึกษา ดังนี้

1. ลักษณะทางประชากร

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในปัจจุบันส่วนหนึ่ง อาจเป็นผลที่เนื่องมาจากลักษณะทางประชากรของผู้สูงอายุเอง เช่น อายุ เพศ สถานภาพสมรส และจำนวนบุตรเกิดรอด

1.1 อายุ อายุน่าจะมีความสัมพันธ์เป็นปฏิภาคกับสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากสุขภาพร่างกายของคนจะมีการเสื่อมถอยลงมากขึ้นเมื่อมีอายุสูงขึ้น เพราะการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสรีรของร่างกายตามปกติ ผลที่แสดงในตารางที่ 6 พบว่า ผู้สูงอายุในกลุ่มอายุน้อยจะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีอายุมาก (ตัวแปรที่ 1.1 ของ ตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ) ซึ่งหมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมาก และเมื่อนำตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เช่น เพศ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรเกิดรอด (สมการปรับ(1)) หรือตัวแปรอื่นๆ ทางประชากรและพฤติกรรมอนามัย (สมการปรับ(5)) เข้ามาพิจารณาประกอบแล้ว พบว่า ความแตกต่างในคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพตามกลุ่มอายุ ยังคงเหมือนเดิมหรือเปลี่ยนไม่มากนัก ผลการศึกษาดังกล่าวชี้แนะว่า ตัวแปรอื่นๆ ทางประชากรและพฤติกรรมอนามัย ไม่มีผลทำให้ตัวแปรอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพแตกต่างไปจากเดิม และอายุยังคงมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า

1.2 เพศ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุเพศชายจะมีภาวะสุขภาพโดยทั่วไปและความสามารถทางร่างกายดีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง (สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธ์ 2518, เสาวนีย์ กานต์เดชะวิรัช 2524 และบรรลุ ศิริพานิชและคณะ 2525) ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากแบบแผนการใช้ชีวิตที่แตกต่างกัน และอิทธิพลทางวัฒนธรรมและสังคม ที่เปิดโอกาสให้เพศหญิง ได้แสดงออกถึงความรู้สึกเกี่ยวกับอาการและการเจ็บป่วย ได้มากกว่าเพศชาย

ในการศึกษาคั้งนี้ เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวแปรเรื่องเพศของผู้สูงอายุกับดัชนีภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งหมายถึงผู้สูงอายุชายมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุหญิง (ตัวแปรที่ 1.2 ของตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ)

เมื่อนำปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส และจำนวนบุตร เกิดรอด เข้ามาพิจารณาประกอบ พบความแตกต่างในคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพระหว่างเพศ ลักษณะคงเดิม (สมการปรับ(1)) และค่า Beta ลดลงเล็กน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร มีผลเพียงเล็กน้อยต่อตัวแปรเพศของผู้สูงอายุในการอธิบายความผันแปรของ ภาวะสุขภาพ

เมื่อนำตัวแปรอื่นๆ ทางประชากรและพฤติกรรมอนามัยพิจารณาร่วมกัน (สมการ ปรับ(5)) หรือตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) หรือเมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรม อนามัย (สมการปรับ(8)) ก็ยังพบว่าผู้สูงอายุเพศชายมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูง อายุเพศหญิง แต่ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างผู้สูงอายุเพศชายและเพศหญิงลดลง และ ค่า Beta ลดลงอย่างมาก อย่างไรก็ตามความแตกต่างระหว่างเพศในเรื่องภาวะสุขภาพยังคง แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุเพศชายมีภาวะสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุเพศหญิง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

1.3 สถานภาพสมรส ในการศึกษารั้งนี้ ได้แบ่งสถานภาพสมรสของผู้สูงอายุออกเป็น 2 กลุ่มเท่านั้น คือ สถานภาพสมรสสมรส ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีคู่สมรสและยังอยู่กับคู่สมรส และ สถานภาพสมรสอื่นๆ ซึ่งได้แก่ เป็นโสด หม้าย หย่าร้าง แยกกันอยู่ หรือสมรสแต่คู่สมรสอยู่ที่อื่น ทั้งนี้เพราะสุขภาพของบุคคล โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มักขึ้นอยู่กับ การดูแลเอาใจใส่ของบุคคลที่อยู่รอบข้างด้วย การมีคู่สมรสและอยู่กับคู่สมรสน่าจะมีผลทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น โดยเฉพาะถ้าคู่สมรสยังไม่อยู่ในวัยสูงอายุ ในการศึกษารั้งนี้พบว่า เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวแปร สถานภาพสมรสของผู้สูงอายุกับดัชนีภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ปรากฏว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ สมรสที่อยู่กับคู่สมรส จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ ซึ่ง หมายถึง ผู้สูงอายุที่อยู่กับคู่สมรสมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ (ตัวแปรที่ 1.3 ของตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ) โดยมีค่า Eta เท่ากับ .14 และมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .005 หรือน้อยกว่า แต่เมื่อนำปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร ได้แก่ อายุ เพศ จำนวนบุตรเกิดรอด มา พิจารณาประกอบ (สมการปรับ(1)) หรือเมื่อพิจารณาโดยปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทาง ประชากรและพฤติกรรมอนามัย (สมการปรับ(5)) หรือตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) พบว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างผู้สูงอายุ ที่มีสถานภาพสมรสสมรสและผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสอื่นๆ ลดลง โดยมีค่า Beta ในสมการ ระหว่าง .03 -.04 เท่านั้น และความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามกลุ่มสถานภาพสมรสไม่มี

ความสำคัญตามนัยทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า เมื่อมีการควบคุมตัวแปรอื่นๆ ทางประชากรในสมการ ตัวแปรสถานภาพสมรสมีความสำคัญลดลงต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุลดลง

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวแปรสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยยังไม่มีอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ พบว่า เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่ยังอยู่กับคู่สมรส มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ แต่เมื่อนำตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัยเข้ามาเกี่ยวข้องกับด้วย พบว่า ความสัมพันธ์ของสถานภาพสมรสกับภาวะสุขภาพยังอยู่ในทิศทางเดิม แต่ความสัมพันธ์นั้นลดลง ซึ่งแสดงว่า โดยแท้จริงแล้ว สถานภาพสมรสมีอิทธิพลน้อยมากในการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะผู้สูงอายุจะมีสถานภาพสมรสใดก็ตาม ก็อาจมีภาวะสุขภาพไม่ต่างกันมากนัก

1.4 จำนวนบุตรเกิดรอด จำนวนบุตรเกิดรอด น่าจะมีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีที่มีบุตรจำนวนมากๆ การให้กำเนิดบุตร ความยากลำบากในการเลี้ยงดูบุตร อาจส่งผลให้ภาวะสุขภาพเสื่อมโทรมลง ในการศึกษาครั้งนี้ได้แบ่งจำนวนบุตรเกิดรอดออกเป็น 4 กลุ่ม คือ ไม่มีบุตร, 1-2, 3-6 และ 7 คนขึ้นไป พบว่าคะแนนภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรต่างกัน ไม่แตกต่างกันมากนัก กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีจำนวนบุตรเกิดรอด 1-2 คน เป็นกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่มีบุตร หรือมีจำนวนบุตรเกิดรอด 3-6 หรือมี 7 คนขึ้นไป ซึ่ง 3 กลุ่มหลังนี้ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพต่างกันเพียงเล็กน้อย และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตัวแปรที่ 1.4 ของตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ) ซึ่งชี้แนะว่า ตัวแปรจำนวนบุตรเกิดรอดอาจจะไม่ได้มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ และเมื่อปรับด้วยตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร (สมการปรับ(1)) หรือปรับด้วยตัวแปรอื่นๆ ทางประชากรและพฤติกรรมอนามัย (สมการปรับ(5)) พบว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพในแต่ละกลุ่ม ยังคงคล้ายกับความแตกต่างเมื่อไม่ได้ปรับปัจจัยอื่น และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงว่า จำนวนบุตรเกิดรอดของผู้สูงอายุแทบจะไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากตัวแปรที่มีความแปรปรวนน้อย ผู้สูงอายุที่เป็นตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่มีจำนวนบุตรเกิดรอดค่อนข้างสูง และผู้สูงอายุที่นำมาศึกษานี้มีทั้งเพศหญิงและเพศชาย ซึ่งจำนวนบุตรเกิดรอดเหล่านี้ไม่น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุชาย นอกจากนี้จำนวนของบุตรเกิดรอด น่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของสตรีในวัยเจริญพันธุ์ที่ยังมีการให้กำเนิดบุตรมากกว่าผู้สูงอายุซึ่งผ่านพ้นวัยที่จะให้กำเนิดบุตรไปแล้ว

โดยรวมตัวแปรทางประชากรทั้งหมด สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 7.4 (ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำลังสอง (R^2) ของสมการปรับ(1)) เมื่อพิจารณาค่าของ Beta ซึ่งแสดงความสำคัญเชิงเปรียบเทียบ (relative importance) ของตัวแปรต่างๆ ในกลุ่ม พบว่า ตัวแปรอายุ มีอิทธิพลในการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุด (Beta มีค่าสูงสุด คือ .21) รองลงมาคือเพศ ส่วนสถานภาพสมรส และจำนวนบุตร เกิดรอดมีอิทธิพลน้อยมาก

2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ

ลักษณะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุนั้น อาจใช้เป็นเครื่องบ่งชี้ถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี น่าจะมีโอกาสและความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง ได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจที่ต่ำกว่า ในการวัดสภาวะทางเศรษฐกิจของบุคคลนั้น อาจจะใช้มาตรการวัดได้หลายตัว เช่น อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ในการใช้จ่าย การมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ตลอดจนความเป็นเจ้าของบ้านที่นักศึกษาเป็นต้น ในการศึกษาคั้งนี้ ไม่สามารถใช้ตัวแปรรายได้ของผู้สูงอายุเป็นตัวแปรที่สะท้อนภาวะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เนื่องจากปัญหาของข้อมูลที่มีอยู่ เป็นที่ยอมรับว่ากันไปว่า ข้อมูลเกี่ยวกับรายได้มักมีปัญหาเรื่องความน่าเชื่อถือ ในการสำรวจของโครงการ SECAPT ก็เช่นกัน มีแนวโน้มว่าผู้สูงอายุอาจให้ข้อมูลรายได้ที่ต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ยังมีผู้สูงอายุอีกจำนวนมากถึงร้อยละ 15 ที่ไม่ให้คำตอบเกี่ยวกับรายได้ ผู้ที่ไม่มีข้อมูลรายได้เหล่านี้ อาจจะมีลักษณะเฉพาะและอาจจะเป็นผู้ที่มียาได้สูงมากก็ได้ ทำให้ตัวอย่างที่เหลือไม่เป็นตัวแทนของประชากรผู้สูงอายุ ดังนั้น เพื่อเป็นการเลี่ยงปัญหาดังกล่าว ในการศึกษาจึงได้ใช้ตัวแปรความเพียงพอของรายได้เพื่อวัดภาวะเศรษฐกิจทางอ้อม ซึ่งคำถามในข้อนี้ได้ถามผู้สูงอายุทุกคน รวมทั้งผู้สูงอายุที่ไม่ยอมให้ข้อมูลจำนวนรายได้ด้วย นอกจากนี้ยังได้ใช้ตัวแปรฐานะทางการเงินในปัจจุบันเปรียบเทียบกับเมื่อตอนอายุ 40-50 ปี ความเป็นเจ้าของบ้านที่นักศึกษา และอาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี เป็นตัวแปรบ่งชี้ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ

2.1 ความเพียงพอของรายได้ จากการศึกษานี้ของ Belloc, et al. (1971)

พบว่า ผู้ที่มีรายได้มากจะมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ทั้งนี้เพราะผู้ที่มีรายได้มาก สามารถที่จะนำเงินรายได้ของตนไปใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ ตลอดจนบำรุงสุขภาพของตนเองทั้งยามเจ็บป่วยและยามปกติได้ และผู้ที่มีรายได้มากน่าจะมีความเพียงพอในการใช้จ่ายเงินรายได้ขึ้นเพื่อการเลี้ยงชีพมากกว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ดังนั้น ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอต่อการเลี้ยงชีพ จึงน่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยเพียงพอ

ผลการศึกษานี้ พบว่า เมื่อพิจารณาในระดับ 2 ตัวแปร ค่ะแนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ สูงกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ (ตัวแปรที่ 2.1 ของตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ) ซึ่งแนะว่า ผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

เมื่อนำปัจจัยทางเศรษฐกิจตัวอื่นๆ (สมการปรับ(2)) หรือปัจจัยอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(6)) หรือปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) มาพิจารณาประกอบ พบว่า ค่ะแนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอ ยังคงสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ไม่เพียงพอ แต่ความแตกต่างของค่ะแนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มลดลงเล็กน้อย และค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยที่ปรับฐาน (Beta) มีค่าลดลง แต่ยังมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า ซึ่งชี้ให้เห็นว่า ความเพียงพอของรายได้ของผู้สูงอายุ มีส่วนทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.2 ฐานะทางการเงินในปัจจุบันเปรียบเทียบกับเมื่ออายุ 40-50 ปี ฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่ออายุ 40-50 ปีนั้น เป็นตัวบ่งชี้ตัวหนึ่งของสภาวะเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ เนื่องด้วยในวัยสูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ต้องการค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้น ถ้าฐานะทางการเงินของผู้สูงอายุดีขึ้น ผู้สูงอายุก็มีเงินที่จะใช้ในการบำรุงรักษาสุขภาพให้ดีขึ้นด้วย

ผลการศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร (ตัวแปรที่ 2.2 ของตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ) พบว่า ฐานะทางการเงิน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินในปัจจุบันดีขึ้น มีค่ะแนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่มีฐานะทางการเงินคงเดิม หรือเลวลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า และเมื่อมีการปรับอิทธิพลของปัจจัยทางเศรษฐกิจตัวอื่นๆ (สมการปรับ(2)) หรือปัจจัยอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(6)) หรือปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) หรือปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย (สมการปรับ(8)) พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพกับฐานะทางการเงิน ยังคงอยู่ในทิศทางเดิม แต่ความแตกต่างของค่ะแนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มลดลงเล็กน้อย และค่าสัมประสิทธิ์ (Beta) ลดลง อย่างไรก็ตามความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามกลุ่มฐานะทางการเงิน ยังคงมีอยู่อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า ฐานะทางการเงินที่ดีขึ้นในปัจจุบัน เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดีขึ้น ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.3 ความเป็นเจ้าของบ้าน ความเป็นเจ้าของบ้านที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ เป็นตัวชี้บ่งถึงความมั่นคงทางเศรษฐกิจตัวหนึ่ง ผู้สูงอายุที่มีบ้านพักอาศัยเป็นของตนเองหรือคู่สมรส น่าจะมีฐานะทางเศรษฐกิจและความมั่นคงในชีวิตดีกว่าผู้สูงอายุที่ต้องอาศัยผู้อื่นอยู่ การศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร (ตัวแปรที่ 2.3 ในตารางที่ 6 สดมภไม่ปรับ) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่บ้านเช่าหรือบ้านที่หน่วยงานจัดหาให้ เป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดีกว่า ผู้สูงอายุที่มีบ้านเป็นของตนเองหรือคู่สมรส และกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านของบุตรหลานหรือญาติ และความแตกต่างดังกล่าวเป็นความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า ทั้งนี้เนื่องจาก ผู้สูงอายุในกลุ่มที่ต้องอยู่บ้านเช่าหรือบ้านที่หน่วยงานจัดหาให้ มีแนวโน้มจะเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่อายุน้อยและยังคงทำงานอยู่ ซึ่งจะมีภาวะสุขภาพดีกว่ากลุ่มอื่น

แต่เมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ (สมการปรับ(2)) หรือปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(6)) กลับพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีบ้านเป็นของตนเองหรือคู่สมรสมีภาวะสุขภาพดีที่สุดใน รองลงมาเป็นกลุ่มที่อยู่บ้านเช่าหรืออาศัยบ้านที่หน่วยงานจัดหาให้ ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านของบุตรหลานหรือญาติ เป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพด้อยที่สุด ความแตกต่างของภาวะสุขภาพดังกล่าวยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า

และเมื่อพิจารณาปรับด้วยปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) หรือปรับด้วยตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย (สมการปรับ(8)) พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่มีบ้านเป็นของตนเองหรือคู่สมรสยังคงมีภาวะสุขภาพดีที่สุดใน แต่กลุ่มที่มีภาวะสุขภาพด้อยที่สุด คือ กลุ่มที่อาศัยอยู่บ้านเช่าหรือบ้านที่หน่วยงานจัดให้ อย่างไรก็ตามเมื่อปรับด้วยปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร หรือปัจจัยอื่นๆ ทางประชากรและพฤติกรรมอนามัย ปรากฏว่า ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามสถานภาพความเป็นเจ้าของบ้าน ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการศึกษาดังกล่าวจึงยังไม่อาจสรุปได้อย่างแน่นอนว่า ความเป็นเจ้าของบ้านมีอิทธิพลในการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามก็พบว่า เมื่อมีการปรับอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ แล้ว ผู้สูงอายุที่ตนเองหรือคู่สมรสเป็น เจ้าของบ้านเอง มีภาวะสุขภาพดีกว่า (เล็กน้อย) ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านของบุตรหลานหรือญาติ หรือบ้านเช่า ซึ่งเป็นไปทิศทางเดียวกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

2.4 อาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี อาชีพน่าจะมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอาชีพที่ประกอบในช่วงก่อน เข้าสู่วัยสูงอายุ ทั้งนี้เนื่องจากอาชีพที่แตกต่างกันจะมี

ผลต่อการปฏิบัติด้านการอนามัย และการเสี่ยงต่อการเกิดโรคแตกต่างกัน จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ในระดับ 2 ตัวแปร ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่ไม่เคยทำงาน ส่วนผู้ที่มีอาชีพในภาคเกษตรกรรม จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพต่ำที่สุด ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามกลุ่มอาชีพนี้ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า (ตัวแปรที่ 2.4 ในตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ) และเมื่อปรับด้วยปัจจัยทางเศรษฐกิจตัวอื่นๆ (สมการปรับ(2)) พบว่า ความแตกต่างระหว่างกลุ่มอาชีพยังคงลักษณะเดิม

แต่เมื่อปรับด้วยปัจจัยอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(6)) หรือเมื่อปรับด้วยตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) หรือปรับด้วยตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุ (สมการปรับ(8)) พบว่า ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรมยังคงมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่เคยทำงานในภาคเกษตรกรรม และผู้ที่ไม่เคยทำงานมาก่อน แต่ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามกลุ่มอาชีพมีน้อยมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาความแตกต่างในภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มอาชีพ ในช่วงก่อนอายุ 60 ปี ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่เคยประกอบอาชีพก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุนอกภาคเกษตรกรรม มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ แต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากอาชีพเกษตรกรรมเป็นอาชีพที่ต้องใช้แรงงานทำงานหนัก และผู้ที่อยู่ในอาชีพนี้มักเป็นผู้มีรายได้น้อย การศึกษาต่ำ ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองเท่าที่ควร จึงมีภาวะสุขภาพที่ต่ำกว่าผู้ที่เคยประกอบอาชีพนอกภาคเกษตรกรรม

เมื่อพิจารณากลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจทั้งหมดรวมกัน สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 6.6 (ดูค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำลังสอง (R^2) ของสมการปรับ(2)) และเมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ Beta ซึ่งแสดงถึงความสำคัญเชิงเปรียบเทียบของกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจแต่ละตัว พบว่า ตัวแปรฐานะทางการเงินในปัจจุบันเปรียบเทียบกับเมื่ออายุ 40-50 ปี มีอิทธิพลในการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมากกว่าตัวแปรอื่นในกลุ่มเดียวกัน (Beta=.14) รองลงมา คือ อาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี ส่วนตัวแปรความเพียงพอของรายได้และความเป็นเจ้าของบ้าน มีอิทธิพลในการกำหนดภาวะสุขภาพเท่ากัน (Beta=.10)

3. ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม

ลักษณะพื้นฐานทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ที่การศึกษาครั้งนี้ได้ ใช้เป็นตัวแปร ที่คาดว่าจะสะท้อนลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ คือ การศึกษา โครงสร้างครัวเรือน เขตที่อยู่อาศัย และภาษาพูด

3.1 การศึกษา

การศึกษามีอิทธิพลต่อการรับรู้พฤติกรรมทางสุขภาพของบุคคล (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2525) ทำให้บุคคลรับรู้ถึงความสำคัญในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพดี ดังนั้น ผู้ที่ได้รับการศึกษาดีหรือมีการศึกษาสูงจึงน่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ ในการศึกษาครั้งนี้ ได้จำแนกระดับการศึกษาเป็น 5 กลุ่ม คือ ผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่เคยเรียนแต่ไม่ทราบชั้นที่เรียนจบ ผู้ที่เรียนจบชั้นต่ำกว่าประถม 4 ผู้ที่เรียนจบชั้นประถม 4 และ ผู้ที่เรียนจบสูงกว่าชั้นประถม 4

ผลของการศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร ของการศึกษากับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (ตัวแปรที่ 3.1 ในตารางที่ 6 สดมกัไม่ปรับ) พบว่า มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้สูงอายุในกลุ่มที่มีการศึกษาสูงมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำ โดยผู้ที่จบการศึกษาสูงกว่าชั้นประถม 4 มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือ ผู้ที่จบประถม 4 ผู้ที่จบชั้นต่ำกว่าชั้นประถม 4 ผู้ที่เคยเรียนแต่ไม่ทราบชั้นที่จบ และผู้ที่ไม่ได้เรียนเป็นกลุ่มที่มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพน้อยที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่า ย่อมมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ

เมื่อนำตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรมอื่นๆ (สมการปรับ(3)) หรือตัวแปรอื่นๆ ทางเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรม (สมการปรับ(6)) หรือตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) หรือตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย (สมการปรับ(8)) มาพิจารณาประกอบ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่าง การศึกษากับภาวะสุขภาพยังอยู่ในทิศทางเดิม แม้ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มลดลง กล่าวคือ ค่าสัมประสิทธิ์ (Beta) ของภาวะสุขภาพลดลงจาก .22 เหลือ .11 แต่ยังคงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า

ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า ปัจจัยการศึกษามีอิทธิพลในทางบวกต่อการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาสูงกว่าย่อมมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาต่ำ ดังสมมุติฐานที่ตั้งไว้

3.2 โครงสร้างครัวเรือน ลักษณะของครัวเรือนน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะผู้ที่อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกันมักต้องอาศัยซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพเมื่อเกิดการเจ็บป่วย ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนขยาย ซึ่งหมายถึงอาศัยอยู่กับบุตรหลานหลายๆ ครอบครัวในครัวเรือนเดียวกัน จึงน่าที่จะได้รับการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องของสุขภาพจากบุตรหลานในครัวเรือนมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนเดี่ยว หรือผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่คนเดียว ดังนั้นภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนขยาย จึงน่าจะดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนเดี่ยวหรือผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เมื่อไม่ได้มีการปรับปัจจัยอื่นๆ ผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนเดี่ยวมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในครัวเรือนขยายและผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .005 หรือน้อยกว่า (ตัวแปรที่ 3.2 สดมภ์ไม่ปรับ ในตารางที่ 6) ซึ่งตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้

อย่างไรก็ตาม เมื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมตัวอื่นๆ (ตารางที่ 6 สมการปรับ(3)) หรือปรับด้วยปัจจัยอื่นๆ ทางเศรษฐกิจและสังคมวัฒนธรรม (สมการปรับ(6)) หรือปรับปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) หรือปรับปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย (สมการปรับ(8)) กลับพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีภาวะสุขภาพดีที่สุด ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในครัวเรือนขยายและครัวเรือนเดี่ยว มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพใกล้เคียงกัน แต่ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามกลุ่มโครงสร้างครัวเรือนมีน้อยมากและไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงว่า ตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย มีอิทธิพลต่อโครงสร้างครัวเรือนในการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุป เมื่อพิจารณาเฉพาะตัวแปรโครงสร้างครัวเรือนกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่ามีความสัมพันธ์ต่อกัน แต่เมื่อปรับด้วยตัวแปรอิสระอื่นๆ ในสมการ กลับพบว่าตัวแปรโครงสร้างครัวเรือนมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย (ค่า Beta ลดลง) และไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งชี้แนะว่า โครงสร้างครัวเรือนของผู้สูงอายุอาจไม่ได้เป็นตัวกำหนดที่สำคัญของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ส่วนหนึ่งอาจเนื่องจาก โครงสร้างครัวเรือนที่ใช้ อาจไม่ใช่ตัวแปรที่จะสะท้อนความเป็นอยู่หรือสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุอย่างแท้จริง เพราะโครงสร้างครัวเรือนไม่สามารถบ่งบอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ของบุคคลในครัวเรือนหรือบ่งบอกถึงสภาพแวดล้อมในครัวเรือนได้ หากจะพิจารณาถึงสภาพแวดล้อมในครัวเรือนอาจใช้ตัวแปรของการมีสาธารณูปโภคใช้ในครัวเรือน เช่น น้ำประปา ลีวม ฯลฯ หรือถ้าจะพิจารณาถึงความสัมพันธ์ของบุคคลในครัวเรือนอาจใช้ตัวแปรอื่นๆ เช่น การมีปัญหาของการอยู่ร่วมกันในครัวเรือนของผู้สูงอายุหรือบทบาทของสมาชิกในครัวเรือนที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วย เป็นต้น

3.3 เขตที่อยู่อาศัย การกระจายการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างเขตเมืองและเขตชนบท มีผลกระทบทำให้คนที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทมีโอกาสได้รับความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยแตกต่างกัน ผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองย่อมได้รับผลจากความเจริญดังกล่าวมากกว่า มีการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยดีกว่า จึงน่าจะมีสุขภาพดีกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ พบว่า เมื่อไม่มีการควบคุมปัจจัยอื่นๆ ผู้สูงอายุในเขตเมืองอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาเป็นเขตกรุงเทพมหานคร และเขตชนบทมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพต่ำที่สุด (ตัวแปรที่ 3.3 สดมภ์ไม่ปรับตารางที่ 6)

แต่เมื่อมีการปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางสังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(3)) หรือตัวแปรอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(6)) หรือตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) หรือตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมเกี่ยวกับการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของผู้สูงอายุ (สมการปรับ(8)) กลับพบว่า ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานครและผู้สูงอายุในเขตเมืองอื่นๆ มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพไม่ต่างกัน แต่สูงกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อวัดด้วยค่า F ที่ระดับ .05 หรือน้อยกว่า ซึ่งชี้แนะว่า ผู้สูงอายุในเขตเมืองมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในเขตชนบท

3.4 ภาษาพูด ในประเทศไทย ภาษาที่ใช้พูดในครัวเรือนมักจะสลับแปรไปตามภาษาท้องถิ่นที่ใช้ในภาค ภาษาและภาคจึงมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง เช่น ภาษาไทยเหนือมักใช้กันในหมู่ประชากรที่อยู่ในจังหวัดภาคเหนือ ดังนั้น นอกจากภาษาที่ใช้พูดในชีวิตประจำวันที่แตกต่างกันจะเป็นตัวแทนที่บอกถึงลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมของบุคคลแล้ว ยังสะท้อนถึงระดับการพัฒนาของท้องถิ่นซึ่งแตกต่างกันได้ ซึ่งลักษณะทางสังคม วัฒนธรรมและความเจริญที่แตกต่างกันนี้ น่าจะมีผลต่อการรับรู้ ทักษะ การดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแตกต่างกันออกไป จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาษาพูดกับภาวะสุขภาพ พบว่า ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่พูดภาษาต่างกัน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า กล่าวคือ เมื่อยังไม่มีการปรับปัจจัยอื่นๆ ผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาไทยเหนือในครัวเรือน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงที่สุด รองลงมาคือ ผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาอื่นๆ ภาษาไทยอีสาน ภาษาไทยกลาง และภาษาไทยใต้ ตามลำดับ (ตัวแปรที่ 3.2 ในตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ)

เมื่อปรับอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ ทางสังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(3)) หรือปัจจัยอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(6)) หรือปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร

เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม (สมการปรับ(7)) หรือปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย (สมการปรับ(8)) พบว่า ผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาไทยเหนือยังคงมีคะแนนภาวะสุขภาพสูงสุด และผู้สูงอายุที่มีคะแนนภาวะสุขภาพต่ำสุด คือกลุ่มที่ใช้ภาษาไทยกลางเป็นภาษาพูด ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพตามกลุ่มภาษาดังกล่าว มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .005 หรือน้อยกว่า และค่าสัมประสิทธิ์ Beta ได้เพิ่มขึ้น แสดงว่า ปัจจัยอื่นๆ ที่นำเข้ามาพิจารณานั้น มีผลทำให้ภาษาพูดมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น

การที่ผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้ภาษาไทยเหนือเป็นภาษาพูดประจำวัน เป็นผู้ที่มภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุกลุ่มที่ใช้ภาษาอื่น อาจเนื่องมาจากผู้ที่ใช้ภาษาไทยเหนือเป็นภาษาพูดส่วนใหญ่ ก็มักมีภูมิฐานะอยู่ในภาคเหนือด้วยเช่นกัน และภาคเหนือเป็นภาคที่มีลักษณะของภูมิอากาศดีกว่าภาคอื่นๆ เหมาะสำหรับการอยู่อาศัย จึงทำให้ผู้สูงอายุในภาคเหนือมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุในเขตอื่นๆ ส่วนผู้สูงอายุที่ใช้ภาษาไทยกลางเป็นภาษาพูดในครัวเรือนนั้น ส่วนมากเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตภาคกลางหรือในเขตเมืองต่างๆ ซึ่งอาจต้องเผชิญกับมลภาวะของสิ่งแวดล้อมรอบตัว เนื่องจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยี ซึ่งจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของคนในเขตนี้

ตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรมรวมกัน สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ถึงร้อยละ 9.2 (ค่า R^2 ของสมการปรับ(3)) ตัวแปรที่มีอิทธิพลในการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมากที่สุดของตัวแปรกลุ่มนี้ คือ การศึกษา (Beta=.22) รองลงมา คือ ภาษาพูด และเขตที่อยู่อาศัย ส่วนโครงสร้างครัวเรือนแทบจะไม่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเลย

4. พฤติกรรมอนามัย

พฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุที่คาดว่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่นำมาพิจารณา ได้แก่ พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน และพฤติกรรมการดื่มสุรา ทั้งนี้เพราะการศึกษาทางการแพทย์ที่ผ่านมามีได้พบว่า พฤติกรรมเหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพ และทำให้มีโอกาสเป็นโรคต่างๆ ได้ง่ายขึ้น

4.1 พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน การสูบบุหรี่น่าจะมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เพราะผู้ที่สูบบุหรี่เป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่นเนื่องมาจากสารพิษในบุหรี่ เช่น เป็นโรคปอดอักเสบ โรคถุงลมโป่งพอง และเป็นมะเร็งที่ปอด การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุกับภาวะสุขภาพครั้งนี้ ได้แบ่งพฤติกรรมในการสูบบุหรี่หรือยาเส้น

มวนของผู้สูงอายุออกเป็น 4 กลุ่ม และพบว่า เมื่อยังไม่มี การปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ผู้สูง อายุกลุ่มที่ยังคงสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวนในปัจจุบัน 10 มวน/วัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูง ที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวนวันละ 1-9 มวน ผู้ที่เคยสูบบุหรี่ แต่ ปัจจุบันเลิกสูบบุหรี่แล้ว และกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวนเลยนี้มีภาวะสุขภาพด้อยที่สุด ซึ่งความแตกต่างของภาวะสุขภาพนี้เป็นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .005 หรือน้อยกว่า (ตัวแปร ที่ 4.1 ในตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ) ซึ่งแนะว่า ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่หรือยาเส้นมวนมีภาวะสุขภาพ ดีกว่าผู้ที่ไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน

เมื่อปรับอิทธิพลด้วยตัวแปรพฤติกรรมในการดื่มสุรา (สมการปรับ(4)) พบว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่ม ยังคงอยู่ในลักษณะใกล้เคียงกับเมื่อยังไม่ได้ ปรับ แต่เมื่อปรับด้วยปัจจัยอื่นๆ ทางประชากรและพฤติกรรมในการดื่มสุรา (สมการปรับ(5)) พบว่า ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพระหว่างกลุ่มลดลง แต่ยังคงอยู่ในทิศทางเดิมและ ยังแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าสัมประสิทธิ์ Beta ลดลงประมาณครึ่งหนึ่ง และ เมื่อปรับด้วยตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมในการดื่มสุรา (สมการปรับ(8)) ยังคงพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ยังคงสูบบุหรี่และยาเส้นมวนในปริมาณที่มากกว่า 10 มวน/วัน ยังคงมีภาวะสุขภาพดีที่สุดในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพด้อยที่สุด เปลี่ยนเป็นกลุ่มที่เคยสูบ บุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่ไปแล้วในปัจจุบัน ความแตกต่างนี้ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .005 หรือน้อยกว่า ผลการศึกษานี้ตรงข้ามกับสมมุติฐานที่ตั้งไว้ การที่ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุ ที่ไม่เคยสูบบุหรี่เลยนั้น อาจเป็นเรื่องของการเลือกสรรในตัวเอง (self selection) กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่และยังคงมีชีวิตอยู่ มักเป็นผู้ที่มีภาวะร่างกายที่ต่อต้านกับผลเสียอัน เกิดจากการสูบบุหรี่ได้ดีกว่าคนทั่วไป นอกจากนี้ การวิจัยนี้ไม่สัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและไม่ สามารถให้สัมภาษณ์ได้ ผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่เป็นประจำในปริมาณมาก อาจจะมีสุขภาพไม่ดีหรือ เจ็บป่วยอยู่และไม่ได้รวมอยู่ในการศึกษา ผลการวิจัยที่พบว่าผู้สูงอายุที่เคยสูบบุหรี่แต่เลิกสูบบุหรี่แล้วมี สุขภาพด้อยกว่ากลุ่มอื่น ซึ่งแนะว่า การสูบบุหรี่น่าจะส่งผลต่อภาวะสุขภาพ อาจเป็นไปได้ว่า การที่ ผู้สูงอายุเหล่านี้ต้องหยุดสูบบุหรี่เพราะสุขภาพไม่ดี

4.2 พฤติกรรมการดื่มสุรา การดื่มสุราเป็นประจำน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ดื่ม เช่นเดียวกับการสูบบุหรี่ ทั้งนี้เพราะแอลกอฮอล์ในสุรา มีพิษต่อระบบประสาทส่วนกลางและมีพิษ ต่อตับของผู้ดื่ม ถ้าดื่มสุราเป็นประจำและในปริมาณมากๆ จะก่อให้เกิดโรคพิษสุราเรื้อรังและโรค ตับแข็งได้

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการดื่มสุรากับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เมื่อยังไม่มีอาการผิดปกติของตัวแปรใดๆ ในสมการ พบว่า ผู้สูงอายุที่ยังคงดื่มสุราเป็นประจำในปัจจุบัน มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มสุราเลย และผู้สูงอายุที่เคยดื่มสุราเป็นประจำแต่เลิกดื่มแล้วในปัจจุบันตามลำดับ ความแตกต่างนี้เป็นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า (ตัวแปรที่ 4.2 ตารางที่ 6 สดมภ์ไม่ปรับ) ซึ่งแนะว่าผู้สูงอายุที่ดื่มสุราในปัจจุบัน มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ดื่มสุรา

เมื่อปรับปัจจัยพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน (สมการปรับ(4)) หรือปรับปัจจัยอื่นๆ ทางประชากรและพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน (สมการปรับ(5)) หรือปรับปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวนของผู้สูงอายุ (สมการปรับ(8)) พบว่า คะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพระหว่างผู้สูงอายุที่ยังดื่มสุราและผู้ที่ไม่เคยดื่มสุรามีลักษณะเหมือนเดิม แต่ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยลดลง และสัมประสิทธิ์ Beta ลดลง แต่ยังคงมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า แสดงว่าปัจจัยทางประชากรและพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดื่มสุราในการอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การที่พบว่าผู้สูงอายุที่ยังคงมีพฤติกรรมดื่มสุราเป็นประจำ มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่เคยดื่มสุราเลย (ซึ่งตรงกันข้ามกับสมมติฐานที่คาดหวังไว้) นั้น อาจอธิบายได้เช่นเดียวกับคำอธิบายที่กล่าวมาแล้วในเรื่องของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ คือ เป็นการเลือกสรรในตัวเอง กล่าวคือ ผู้ที่ได้รับพิษจากการดื่มสุรามักเสียชีวิตไปก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ เหลือผู้สูงอายุที่ดื่มสุราซึ่งร่างกายต้านทานกับผลเสียของการดื่มสุราได้ หรือผู้สูงอายุเหล่านี้อาจดื่มสุราในปริมาณไม่มากนักก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ

การศึกษาผลกระทบของการสูบบุหรี่และการดื่มสุราต่อสุขภาพ จึงเป็นเรื่องค่อนข้างซับซ้อนและตีความได้ยาก โดยเฉพาะสำหรับตัวอย่างของการศึกษารั้งนี้ การศึกษาที่อาจจะสะท้อนภาพของความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเหล่านี้กับภาวะสุขภาพได้ดี อาจต้องศึกษาถึงสาเหตุของการเจ็บป่วยและการตายของบุคคล อย่างไรก็ตาม ตัวแปรพฤติกรรมทั้งสองนี้รวมกัน สามารถอธิบายความผันแปรในภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 3.5 (ค่า R^2 ของสมการปรับ(4)) โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวนเป็นประจำนั้น ดูเหมือนจะมีอิทธิพลต่อการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้มากกว่าพฤติกรรมการดื่มสุราเป็นประจำ (Beta=.15 และ .09 ตามลำดับ)

ตารางที่ 6 คะแนนเฉลี่ยของดัชนีภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (INDEX2) จำแนกตามลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย โดยการวิเคราะห์การจำแนกหมู่

ลักษณะทางประชากร/ เศรษฐกิจ/สังคม/ จำนวน พฤติกรรมอนามัย	ไม่ปรับ	สมการ(ปรับ)								
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
คะแนนเฉลี่ยทั้งหมด	2847	18.68								
1. ลักษณะทางประชากร										
1.1 กลุ่มอายุ										
60-64	969	19.67	19.65	-	-	-	19.59	-	(-.146**)	(-.138**)
65-74	1281	18.69	18.66	-	-	-	18.67	-		
75 ⁺	597	17.06	17.14	-	-	-	17.22	-		
Eta/Beta		.22**	.21**				.20**			
1.2 เพศ										
ชาย	1187	19.41	19.34	-	-	-	19.08	-	19.18	19.03
หญิง	1661	18.16	18.21	-	-	-	18.39	-	18.33	18.43
Eta/Beta		.15**	.13**				.08**		.10**	.07*
1.3 สถานภาพสมรส										
สมรส	1534	19.23	18.83	-	-	-	18.83	-	18.79	(.693**)
อื่นๆ ⁽¹⁾	1313	18.03	18.50	-	-	-	18.50	-	18.56	
Eta/Beta		.14**	.04				.04		.03	

หมายเหตุ : (1) รวม ผู้ที่มีสถานภาพโสด หม้าย หย่าร้าง แยก หรือสมรสแต่คู่สมรสอยู่ก่อน
 ค่าที่อยู่ใน () เป็น ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่ปรับฐาน (raw regression coefficient)
 ของตัวแปร เมื่อใช้ตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรผันร่วม (covariate) ในสมการ

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร/ เศรษฐกิจ/สังคม/ จำนวน พฤติกรรมอนามัย	ไม่ปรับ	สมการ(ปรับ)								
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
1.4 จำนวนบุตรเกิดรอด										(-.029) (-.026)
ไม่มีบุตร	103	18.48	18.65	-	-	-	18.66	-		
1 - 2	292	19.03	19.09	-	-	-	19.11	-		
3 - 6	1004	18.77	18.81	-	-	-	18.80	-		
7 ⁺	1449	18.56	18.51	-	-	-	18.51	-		
Eta/Beta		.04	.05				.05			
2. ลักษณะทางเศรษฐกิจ										
2.1 ความเพียงพอของรายได้										(1.476**)
เพียงพอ	1305	19.40	-	19.15	-	-	-	19.08	19.17	
ไม่เพียงพอ ⁽¹⁾	1543	18.07	-	18.28	-	-	-	18.34	18.26	
Eta/Beta		.16**		.10**				.09**	.11**	
2.2 สถานะทางการเงินในปัจจุบัน										
ดีขั้น	677	19.82	-	19.58	-	-	-	19.52	19.47	19.48
คงเดิม	419	19.28	-	19.14	-	-	-	19.16	19.15	19.12
เลวลง	1751	18.10	-	18.22	-	-	-	18.26	18.26	18.26
Eta/Beta		.18**		.14**				.13**	.13**	.13**

หมายเหตุ : (1) รวม ผู้ไม่มีรายได้
ค่าที่อยู่ใน () เป็น ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยไม่ปรับฐาน(raw regression coefficient)
ของตัวแปร เมื่อใช้ตัวแปรนั้นเป็นตัวแปรผันร่วม(covariate)ในสมการ

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร/ เศรษฐกิจ/สังคม/ จำนวน พฤติกรรมอนามัย	ไม่ปรับ	สมการ(ปรับ)								
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
2.3 ความเป็นเจ้าของบ้าน										
ตนเองหรือคู่สมรส	2325	18.79	-	18.87	-	-	-	18.81	18.73	18.74
บุตรหลานหรือญาติ อื่นๆ ⁽¹⁾	418	17.93	-	17.69	-	-	-	17.99	18.50	18.47
	104	19.14	-	18.37	-	-	-	18.43	18.29	18.27
Eta/Beta		.07**		.10**				.07**	.03	.03
2.4 อาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี										
ไม่เคยทำงาน	67	18.84	-	18.70	-	-	-	18.45	18.60	18.61
ทำในภาคเกษตร	2184	18.36	-	18.39	-	-	-	18.57	18.60	18.60
ทำนอกภาคเกษตร	596	19.85	-	19.75	-	-	-	19.11	18.98	18.98
Eta/Beta		.14**		.13**				.05	.04	.04
3. ลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม										
3.1 การศึกษา										
ไม่ได้เรียน ⁽²⁾	1379	18.01	-	-	17.93	-	-	18.01	18.44	18.42
เคยเรียนไม่ทราบชั้น	316	18.37	-	-	18.53	-	-	18.53	18.53	18.55
ต่ำกว่าประถม 4	349	19.03	-	-	19.09	-	-	19.00	18.71	18.73
ประถม 4	645	19.33	-	-	19.42	-	-	19.40	18.82	18.81
สูงกว่าประถม 4	159	21.70	-	-	21.58	-	-	21.14	20.48	20.53
Eta/Beta		.22**			.22**			.20**	.11**	.11**

หมายเหตุ : (1) รวมผู้ที่อยู่บ้านเช่าและ/หรือบ้านที่หน่วยงานจัดให้พักอาศัย
(2) รวมผู้ที่ไม่เคยเข้าเรียนและอ่าน-เขียนหนังสือไม่ได้

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร/ เศรษฐกิจ/สังคม/ จำนวน พฤติกรรมอนามัย	ไม่ปรับ	สมการ(ปรับ)								
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
3.2 โครงสร้างครัวเรือน										
อยู่คนเดียว	128 18.73	-	-	19.14	-	-	19.00	19.31	19.25	
ครัวเรือนเดี่ยว	936 19.10	-	-	18.86	-	-	18.79	18.65	18.63	
ครัวเรือนขยาย	1783 18.46	-	-	18.55	-	-	18.60	18.65	18.66	
Eta/Beta	.07**			.04			.03	.03	.03	
3.3 เขตที่อยู่อาศัย										
กรุงเทพมหานคร	319 19.47	-	-	19.62	-	-	19.47	19.51	19.55	
เมืองอื่นๆ	179 20.09	-	-	19.41	-	-	19.14	19.35	19.41	
ชนบท	2349 18.47	-	-	18.50	-	-	18.54	18.52	18.51	
Eta/Beta	.11**			.09**			.07**	.08**	.09**	
3.4 ภาษาพูด										
ไทยกลาง	1128 18.23	-	-	17.97	-	-	17.90	17.93	17.93	
ไทยเหนือ	449 20.02	-	-	20.41	-	-	20.10	19.90	19.97	
ไทยอีสาน	699 18.77	-	-	18.84	-	-	18.99	19.02	19.00	
ไทยใต้	456 18.18	-	-	18.27	-	-	18.52	18.59	18.57	
อื่นๆ ⁽¹⁾	115 19.41	-	-	19.54	-	-	19.54	19.52	19.54	
Eta/Beta	.15**			.20**			.19**	.17**	.17**	

หมายเหตุ : ⁽¹⁾ รวมภาษาไทย-จีน ไทย-อังกฤษ

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ลักษณะทางประชากร/ เศรษฐกิจ/สังคม/ จำนวน พฤติกรรมอนามัย	ไม่รับ	สมการ(ปรับ)								
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	
4. พฤติกรรมอนามัย										
4.1 การสูบบุหรี่หรือยาเสพติด										
ไม่เคยสูบ	1585	18.11	-	-	-	18.15	18.41	-	-	18.58
เคยสูบแต่เลิกแล้ว	210	18.53	-	-	-	18.64	18.55	-	-	18.01
ยังสูบ 1-9	627	19.49	-	-	-	19.41	19.17	-	-	18.80
ยังสูบ 10 ⁺	426	19.68	-	-	-	19.58	19.03	-	-	19.22
Eta/Beta		.16**				.15**	.08**			.07**
4.2 การดื่มสุรา										
ไม่เคยดื่ม	1840	18.44	-	-	-	18.59	18.61	-	-	18.63
เคยดื่มแต่เลิกแล้ว	478	18.38	-	-	-	18.18	18.21	-	-	18.16
ยังดื่มอยู่	530	19.78	-	-	-	19.45	19.33	-	-	19.31
Eta/Beta		.12**				.09**	.08**			.08**
R ²			.074**	.066**	.092**	.035**	.086**	.128**	.172**	.184**

หมายเหตุ : * มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือน้อยกว่า

** มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า

5. การเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพอนามัย

การเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ น่าจะเป็นสิ่งสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุโดยทั่วไปมักมีภาวะเสื่อมแห่งสภาพร่างกาย อันเนื่องมาจากการใช้งานมาเป็นเวลานานปี ตั้งแต่ จึ่งจำเป็นต้องพึ่งบริการด้านการรักษาสุขภาพอนามัยจากสถานพยาบาลทั้งของรัฐและเอกชน ในเขตเมือง ผู้สูงอายุมีโอกาสได้รับบริการด้านสุขภาพอนามัยมากกว่าในเขตชนบท เนื่องจากมีสถานพยาบาลทั้งของรัฐบาลและเอกชนกระจายอยู่อย่างทั่วถึง แต่ในเขตชนบทมักจะมีสถานพยาบาลจำนวนน้อยและอาจอยู่ไกล และเนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับสถานบริการสาธารณสุขในการสำรวจนี้ไม่มีเฉพาะตัวอย่างในเขตชนบทเท่านั้น ดังนั้น ในการศึกษาถึงอิทธิพลของการเข้าถึงสถานบริการทางสุขภาพอนามัยต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของส่วนนี้ จึงต้องจำกัดการศึกษาเฉพาะประชากรตัวอย่างในเขตชนบทเท่านั้น (ตารางที่ 7 ตัวแปรที่ 1-3) ตัวแปรที่สะท้อนการเข้าถึงสถานบริการทางด้านสุขภาพอนามัยซึ่งการศึกษาที่ใช้ ได้แก่ ประเภทของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้หมู่บ้านมากที่สุด ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลดังกล่าว และจำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาลนั้นๆ

ตารางที่ 7 แสดงการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ของคะแนนเฉลี่ยของดัชนีภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท กับตัวแปรต่างๆ ที่สะท้อนการเข้าถึงบริการอนามัยของผู้สูงอายุ ในตารางนี้ ได้วิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปรต่างๆ ที่สะท้อนการเข้าถึงบริการด้านอนามัยของผู้สูงอายุ ทั้งก่อนปรับและหลังปรับปัจจัยอื่นๆ 4 สมการ คือ

สมการไม่ปรับ แสดงความสัมพันธ์ของตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัยแต่ละตัว ซึ่งได้แก่ ประเภทของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้หมู่บ้านมากที่สุด ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด และจำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาลนั้น (ตัวแปรที่ 1 - 3) กับตัวแปรตาม (ดัชนีภาวะสุขภาพ) เมื่อยังไม่มีการปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ

สมการปรับ(1) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัยแต่ละตัว (ตัวแปรที่ 1-3) หลังจากปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ของการเข้าถึงบริการอนามัยในสมการ ที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมการปรับ(2) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัยแต่ละตัว เมื่อมีการปรับปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัยในสมการ ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

สมการปรับ(3) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัยแต่ละตัว หลังปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการอนามัยในสมการ ที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ตารางที่ 7 คะแนนเฉลี่ยของดัชนีภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ (INDEX2) ในเขตชนบท จำแนกตามลักษณะ การเข้าถึงบริการอนามัย โดยการวิเคราะห์การจำแนกหมู่

ลักษณะ	จำนวน	ไม่ปรับ	สมการ(ปรับ)			
			(1)	(2)	(3)	(4)
คะแนนเฉลี่ยทั้งหมด	2131	18.51				
<u>การเข้าถึงบริการอนามัย</u>						
1. ประเภทของสถานพยาบาล						
ที่อยู่ใกล้หมู่บ้านที่สุด						
สถานีอนามัย	1931	18.57	18.52	18.50	18.48	18.47
โรงพยาบาล	200	17.93	18.39	18.57	18.75	18.93
Eta/Beta		.04*	.01	.00	.02	.03
2. ระยะทางจากหมู่บ้านถึง						
สถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด						
ในหมู่บ้าน	511	18.88	18.99	18.96	18.56	18.66
1 - 3 กม.	1231	18.37	18.25	18.29	18.38	18.37
4+ กม.	390	18.47	18.71	18.62	18.86	18.77
Eta/Beta		.05	.08*	.07*	.04	.04
3. จำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาล						
0 - 9	795	18.15	18.17	18.10	18.31	18.19
10 - 19	790	18.31	18.20	18.33	18.50	18.52
20+	546	19.33	19.45	19.37	18.81	18.96
Eta/Beta		.12**	.13**	.12**	.05	.07*
R ²			.019**	.109**	.128**	.186**

หมายเหตุ : * มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือน้อยกว่า

** มีค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .005 หรือน้อยกว่า

ปรับ(1) - ปรับตัวแปรอื่นๆของการเข้าถึงบริการอนามัย ในสมการ

ปรับ(2) - ปรับตัวแปรอื่นๆทางประชากร พฤติกรรมอนามัยและการเข้าถึงบริการอนามัย ในสมการ

ปรับ(3) - ปรับตัวแปรอื่นๆทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการอนามัย ในสมการ

ปรับ(4) - ปรับตัวแปรอื่นๆทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัยอื่นๆ ในสมการ

สมการปรับ(4) แสดงอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัยแต่ละตัว หลังปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัยในสมการ ที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

5.1 ประเภทของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้หมู่บ้านที่สุด ประเภทของสถานพยาบาลน่าจะมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้มารับบริการ ทั้งนี้เพราะสถานพยาบาลแต่ละประเภทมีขีดความสามารถในการให้บริการแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้มารับบริการในสถานพยาบาลแต่ละประเภทมีสุขภาพแตกต่างกัน ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แบ่งประเภทสถานพยาบาลออกเป็น 2 กลุ่มคือ สถานีอนามัย (ซึ่งรวมถึงสถานีอนามัยตำบลและสถานีอนามัยอำเภอ) และโรงพยาบาล (ซึ่งรวมโรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลจังหวัด)

ผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในหมู่บ้านที่มีโรงพยาบาลอยู่ใกล้ น่าจะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่มีสถานีอนามัยอยู่ใกล้ ทั้งนี้เพราะโรงพยาบาลมีขีดความสามารถในการให้บริการด้านสุขภาพอนามัยได้ครอบคลุมและมีคุณภาพสูงกว่าสถานีอนามัย แต่จากการศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร กลับพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานีอนามัยอยู่ใกล้มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านซึ่งมีโรงพยาบาลอยู่ใกล้อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 หรือน้อยกว่า (ตัวแปรที่ 1 ของตารางที่ 7 สดมภ์ไม่ปรับ) ซึ่งแสดงว่า ผู้สูงอายุในชนบทที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานีอนามัยอยู่ใกล้มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีโรงพยาบาลอยู่ใกล้ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากการให้บริการอนามัยของสถานีอนามัยกับโรงพยาบาลในด้านของการส่งเสริมและป้องกันโรค มีความคล้ายคลึงกัน แต่สถานีอนามัยส่วนใหญ่จะอยู่ใกล้หมู่บ้านมากกว่าโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุสามารถไปใช้บริการได้มากกว่า จึงอาจจะทำให้มีสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีโรงพยาบาลอยู่ใกล้

และเมื่อนำตัวแปรระยะทางจากหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ถึงสถานพยาบาล และจำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาลดังกล่าวเข้ามาพิจารณาในสมการด้วย (ตารางที่ 7 สมการปรับ(1)) หรือเมื่อเพิ่มตัวแปรอื่นๆ ทางประชากรและพฤติกรรมอนามัยในสมการ (สมการปรับ(2)) ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานีอนามัยหรือโรงพยาบาลอยู่ใกล้ที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพใกล้เคียงกัน และความแตกต่างดังกล่าวไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการอนามัย (สมการปรับ(3)) หรือปรับด้วยตัวแปรอื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย (สมการปรับ(4)) กลับพบในทางตรงกันข้าม กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านซึ่งมีโรงพยาบาลอยู่ใกล้ที่สุด มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่

มีสถานื่อนามัยอยู่ใกล้ แต่ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามประเภทของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ ไม่มีความสำคัญทางนัยสถิติ การที่ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันน้อย ชี้แนะว่า ประเภทของสถานพยาบาลอาจไม่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพ. ที่เป็นเช่นนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจาก ตัวแปรนี้มีความผันแปรน้อย กล่าวคือ ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 90 อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานื่อนามัยอยู่ใกล้ที่สุด ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า ประเภทของสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้แทบจะไม่มีอิทธิพลต่อ ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทเลย

5.2 ระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด ระยะทางจากหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด น่าจะมีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ เพราะระยะทางจากสถานพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพ อาจส่งผลต่อความสามารถในการเดินทาง ไปรับการรักษาโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย สุขภาพร่างกายอ่อนแอ ไม่สามารถเดินทางไกลได้ ดังนั้น ถ้าผู้สูงอายุอยู่ห่างไกลจากสถานพยาบาลดังกล่าวมากๆ โอกาสที่ผู้สูงอายุจะไปใช้บริการ จากสถานพยาบาลอาจน้อยลง ซึ่งสาเหตุนี้อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ

ในการศึกษาได้แบ่งระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ อยู่ภายในหมู่บ้าน, อยู่ห่าง 1-3 กิโลเมตร และอยู่ห่างตั้งแต่ 4 กิโลเมตรขึ้นไป และพบว่า เมื่อยังไม่มีการปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีสถานพยาบาลอยู่ ภายในหมู่บ้าน เป็นกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้ที่อยู่ในหมู่บ้านที่มีระยะห่างจากสถานพยาบาล 1-3 กิโลเมตร และตั้งแต่ 4 กิโลเมตรขึ้นไป ซึ่งสองกลุ่มหลังนี้มีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพใกล้เคียงกัน แต่ความแตกต่างของภาวะสุขภาพตามระยะห่างจากสถานพยาบาล ไม่มีความสำคัญตามนัยสถิติ (ตัวแปรที่ 2 ในตารางที่ 7 สดมกไม่ปรับ) และเมื่อนำปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการเข้าถึง บริการอนามัยมาพิจารณา (สมการปรับ(1)) หรือปรับด้วยปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร พฤติกรรม อนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย (สมการปรับ(2)) ก็พบในทำนองเดียวกัน แต่ความแตกต่างดังกล่าวมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หรือน้อยกว่า แต่เมื่อปรับอิทธิพลด้วยตัวแปรอื่นๆ ทาง เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการอนามัย (สมการปรับ(3)) หรือปรับด้วยปัจจัย อื่นๆ ทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย (สมการปรับ(4)) พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านที่ห่างจากสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดตั้งแต่ 4 กิโลเมตรขึ้นไป กลับมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะสุขภาพสูงกว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานพยาบาลอยู่ในหมู่บ้าน หรืออยู่ห่างเพียง 1-3 กิโลเมตร แต่ความแตกต่างดังกล่าวก็ไม่มีความสำคัญตามนัยสถิติ เช่นกัน ผลการศึกษาจึงไม่สามารถสรุปได้อย่างแน่นอนว่า ระยะทางจากหมู่บ้านของผู้สูงอายุถึงสถาน พยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดเป็นปัจจัยในการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุใน เขตชนบทมากนักน้อยเพียงใด

โดยเฉพาะในภาวะที่ดูเหมือนว่า มีความแปรผันในระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุดน้อยมาก นอกจากนี้ ในปัจจุบันเส้นทางคมนาคมในหมู่บ้านได้รับการพัฒนาให้มีความสะดวกสบายมากขึ้น ผู้สูงอายุสามารถเดินทางเพื่อไปยังสถานพยาบาลต่างๆ ได้ไม่ลำบากมากนัก ระยะห่างจากสถานพยาบาลจึงไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเท่าที่ควร

5.3 จำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาล สถานพยาบาลที่ตั้งมานาน มักจะเป็นที่รู้จักคุ้นเคยของประชาชน ประชาชนจะนิยมมาใช้บริการและได้รับการดูแลในเรื่องสุขภาพดีกว่าสถานพยาบาลที่เพิ่งเริ่มตั้งขึ้น ดังนั้น ความยาวนานของสถานพยาบาลจึงน่าจะมีผลต่อภาวะสุขภาพ ผลจากการศึกษาในระดับ 2 ตัวแปร พบว่า จำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาลมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับภาวะสุขภาพ กล่าวคือ ผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้สถานพยาบาลที่ตั้งมานานกว่า จะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้สถานพยาบาลที่ตั้งขึ้นภายหลัง (ตัวแปรที่ 3 ตารางที่ 7 สดมกไม่ปรับ) และเมื่อพิจารณาองค์ประกอบอื่นของการเข้าถึงบริการอนามัย (สมการปรับ(1)) หรือพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ทางประชากร และพฤติกรรม (สมการปรับ(2)) หรือปรับด้วยปัจจัยอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการอนามัย (สมการปรับ(3)) หรือปรับด้วยปัจจัยอื่นๆ ทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย (สมการปรับ(4)) ก็พบว่า ความสัมพันธ์ยังคงอยู่ในทิศทางเดิม แต่ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในระหว่างกลุ่มลดน้อยลง และค่าสัมประสิทธิ์ Beta ลดลง อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างระหว่างกลุ่มจำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาลกับภาวะสุขภาพ ยังคงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น จึงอาจสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้สถานพยาบาลที่ตั้งมานานกว่า จะมีภาวะสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้สถานพยาบาลที่ตั้งขึ้นภายหลัง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้

ปัจจัยการเข้าถึงบริการอนามัยทั้ง 3 ตัวรวมกัน สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทได้เพียงร้อยละ 1.9 เท่านั้น (ดูค่า R^2 ในสมการปรับ (1) ในตารางที่ 7) และตัวแปรการเข้าถึงบริการด้านอนามัย ที่ดูเหมือนจะมีอิทธิพลต่อการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท คือ ความยาวนานที่สถานพยาบาลได้ตั้งมา (Beta ของตัวแปรนี้ = .12) ส่วนประเภทของสถานพยาบาล และระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด มีอิทธิพลต่อการกำหนดภาวะสุขภาพค่อนข้างน้อย

กล่าวโดยสรุป ผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยวิธีการวิเคราะห์การจำแนกหมู่ พบว่า เมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ในสมการแล้ว (ตารางที่ 6 สมการปรับ(8)) ตัวแปรที่ยังมีอิทธิพลต่อการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในทิศทางเดียวกับที่ตั้งสมมติฐาน ได้แก่ อายุ เพศ ความเพียงพอของรายได้ ฐานะทางการเงินในปัจจุบันเมื่อเปรียบเทียบกับเมื่ออายุ 40-50 ปี การศึกษา และเขตที่อยู่อาศัย ส่วนภาษาพูด พฤติกรรมการสูบบุหรี่หรือยาเส้นมวน และพฤติกรรมการดื่มสุรา มีอิทธิพลต่อการกำหนดภาวะสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ในทิศทางตรงกันข้ามกับสมมติฐาน ตัวแปรที่มีอิทธิพลเพียงเล็กน้อย (ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ในการกำหนดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในทิศทางที่ตั้งสมมติฐานไว้ คือ สถานภาพสมรส จำนวนบุตรเกิดรอด ความเป็นเจ้าของบ้าน อาชีพในช่วงก่อนอายุ 60 ปี ส่วนโครงสร้างครัวเรือนไม่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและไม่เป็นไปในทิศทางที่ตั้งไว้

สำหรับตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัยของผู้สูงอายุในเขตชนบทนั้น พบว่า เมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรอื่นๆ ในสมการแล้ว (ตารางที่ 7 สมการปรับ(5)) ตัวแปรที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในทิศทางที่ตั้งไว้ คือ จำนวนปีที่ตั้งสถานพยาบาล ส่วนประเภทของสถานพยาบาล และระยะทางจากหมู่บ้านถึงสถานพยาบาลที่อยู่ใกล้หมู่บ้านที่สุด มีผลต่อการกำหนดภาวะสุขภาพน้อยมากและมีทิศทางตรงข้ามกับสมมติฐานที่ตั้งไว้

ตารางที่ 8 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ยกกำลังสอง (R^2) หรืออิทธิพลรวม (gross effect) ในการอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของตัวแปรกลุ่มต่างๆ ที่สะท้อนลักษณะภูมิหลังของผู้สูงอายุ (สมการที่ 1-9) โดยสรุป กลุ่มตัวแปรทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัยทั้งหมดรวมกัน สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพได้ร้อยละ 18.5 (สมการที่ 9) ซึ่งนับว่าค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากการศึกษาไม่สามารถพิจารณาถึงปัจจัยอื่นที่อาจมีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวแปรทางประชากรทั้งหมดรวมกัน สามารถทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุผันแปรไปร้อยละ 7.4 (สมการที่ 1) แต่เมื่อปรับปัจจัยอื่นๆ แล้ว อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของกลุ่มตัวแปรทางประชากรในการอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพลดลงเหลือร้อยละ 3.5 (สมการที่ 10)

กลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจทั้งหมดรวมกัน อธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 6.7 (สมการที่ 2) และอิทธิพลสุทธิของกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจ (หลังปรับอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรอื่นๆ) จะอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพได้น้อยลง เหลือเพียงร้อยละ 4.2 (สมการที่ 11)

สำหรับกลุ่มตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรมนั้น มีอิทธิพลในการอธิบายการผันแปรของ
ภาวะสุขภาพได้ถึงร้อยละ 9.2 (สมการที่ 3) ซึ่งเมื่อมีการปรับอิทธิพลของตัวแปรกลุ่มอื่นๆ แล้ว
จะเหลืออิทธิพลสุทธิของกลุ่มตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรม ร้อยละ 4.3 (สมการที่ 12)

ส่วนกลุ่มตัวแปรทางพฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุทั้งหมด มีอิทธิพลรวมต่อความผันแปร
ของภาวะสุขภาพร้อยละ 3.5 (สมการที่ 4) และเมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรกลุ่มอื่นๆ แล้ว จะมี
ความสามารถในการอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพเพียงร้อยละ 1.2 เท่านั้น (สมการที่ 13)

อย่างไรก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลสุทธิของแต่ละกลุ่มตัวแปรแล้ว จะเห็นว่า
อิทธิพลสุทธิของกลุ่มตัวแปรทางสังคมวัฒนธรรม กับกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจ อยู่ในระดับใกล้เคียง
กัน และมากกว่ากลุ่มตัวแปรอื่น กลุ่มตัวแปรพฤติกรรมอนามัยดูเหมือนมีอิทธิพลต่ำสุด อิทธิพล
ร่วม (joint effect) ของตัวแปรทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรม
อนามัย ในการอธิบายความผันแปรของสุขภาพ เท่ากับ ร้อยละ 5.3 (สมการที่ 14)



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำลังสอง (R^2) หรือร้อยละของความแปรปรวนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่อธิบายด้วยกลุ่มตัวแปรทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัยของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยวิธีการวิเคราะห์การจำแนกหมู่

สมการ	กลุ่มตัวแปร	R^2
(1)	ประชากร	.074
(2)	เศรษฐกิจ	.067
(3)	สังคมและวัฒนธรรม	.092
(4)	พฤติกรรมอนามัย	.035
(5)	ประชากร เศรษฐกิจ และสังคมวัฒนธรรม	.173
(6)	ประชากร เศรษฐกิจ และพฤติกรรมอนามัย	.142
(7)	ประชากร สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย	.143
(8)	เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย	.150
(9)	ประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรมและพฤติกรรมอนามัย	.185
.....		
(10)	อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของกลุ่มตัวแปรทางประชากร = (9)-(8)	=.035
(11)	อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจ = (9)-(7)	=.042
(12)	อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของกลุ่มตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรม = (9)-(6)	=.043
(13)	อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของกลุ่มตัวแปรทางพฤติกรรมอนามัย = (9)-(5)	=.012
(14)	อิทธิพลร่วม (joint effect) ของตัวแปรประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย = (9) - (10-13)	=.053

ตารางที่ 9 แสดงค่าอิทธิพลรวมและอิทธิพลสุทธิของแต่ละกลุ่มตัวแปร (ในรูป R^2) ต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท ผลในตารางดังกล่าวแสดงว่า กลุ่มตัวแปรทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย ทั้งหมดรวมกัน สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทได้ร้อยละ 18.6 (สมการที่ 11 ตารางที่ 9) ซึ่งไม่ต่างจากในระดับประเทศ โดยที่กลุ่มตัวแปรทางประชากรรวมกันสามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพร้อยละ 7.4 เมื่อปรับอิทธิพลของตัวแปรในกลุ่มอื่นๆ อิทธิพลสุทธิ (net. effect) ของลักษณะทางประชากรในการอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชนบท ลดลงเหลือร้อยละ 3.6 (สมการที่ 12)

และกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจ มีอิทธิพลในการอธิบายความผันแปรของสุขภาพได้ร้อยละ 6.9 (สมการที่ 2) และเมื่อปรับอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรอื่นๆ อิทธิพลสุทธิของลักษณะทางเศรษฐกิจเหลือร้อยละ 3.7 (สมการที่ 13)

กลุ่มตัวแปรทางสังคมวัฒนธรรม มีอิทธิพลรวมต่อความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทได้ร้อยละ 8.2 (สมการที่ 3) และอิทธิพลสุทธิของลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรมหลังการปรับอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรอื่นๆ คือร้อยละ 1.9 (สมการที่ 14)

อิทธิพลรวมของกลุ่มตัวแปรพฤติกรรมอนามัยต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท คือร้อยละ 4.5 และอิทธิพลสุทธิของพฤติกรรมอนามัยต่อภาวะสุขภาพหลังการปรับอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 1.2 (สมการที่ 15)

ส่วนกลุ่มตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัยรวมกัน มีอิทธิพลทำให้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทผันแปรไปร้อยละ 1.9 (สมการที่ 5) เมื่อปรับอิทธิพลของกลุ่มตัวแปรอื่นๆ แล้ว อิทธิพลสุทธิของกลุ่มตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัยมีเพียงร้อยละ 0.3 เท่านี้ (สมการที่ 16)

อิทธิพลร่วม (joint. effect) ของตัวแปรทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย ในการอธิบายความผันแปรของสุขภาพ เท่ากับร้อยละ 7.9 (สมการที่ 17)

และเมื่อเปรียบเทียบอิทธิพลสุทธิของแต่ละกลุ่มตัวแปรที่มีต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบทแล้ว พบว่า แตกต่างไปจากระดับประเทศเล็กน้อย กล่าวคือ ในเขตชนบท อิทธิพลสุทธิของกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจ และกลุ่มตัวแปรทางประชากร อยู่ในระดับใกล้เคียงกัน และมากกว่ากลุ่มตัวแปรอื่น ส่วนกลุ่มตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัย มีส่วนในการอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้น้อยมาก

ตารางที่ 9 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์กำลังสอง (R^2) หรือร้อยละของความแปรปรวนของภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชนบท ที่อธิบายด้วยกลุ่มตัวแปรทางประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัยของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยวิธีการวิเคราะห์การจำแนกหมู่

สมการ	กลุ่มตัวแปร	R^2
(1)	ประชากร	.074
(2)	เศรษฐกิจ	.069
(3)	สังคมและวัฒนธรรม	.082
(4)	พฤติกรรมอนามัย	.045
(5)	การเข้าถึงบริการอนามัย	.019
(6)	ประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และพฤติกรรมอนามัย	.183
(7)	ประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม และการเข้าถึงบริการอนามัย	.174
(8)	ประชากร เศรษฐกิจ พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย	.167
(9)	ประชากร สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย	.149
(10)	เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย	.150
(11)	ประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย	.186
.....		
(12)	อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของตัวแปรทางประชากร = (11) - (10)	=.036
(13)	อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของตัวแปรทางเศรษฐกิจ = (11) - (9)	=.037
(14)	อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของตัวแปรทางสังคมและวัฒนธรรม = (11) - (8)	=.019
(15)	อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของตัวแปรทางพฤติกรรมอนามัย = (11) - (7)	=.012
(16)	อิทธิพลสุทธิ (net effect) ของตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัย = (11) - (6)	=.003
(17)	อิทธิพลร่วม (joint effect) ของตัวแปรประชากร เศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม พฤติกรรมอนามัย และการเข้าถึงบริการอนามัย = (11) - (12-16)	=.079

สรุปผลจากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยพิจารณาจากค่าอิทธิพลสุทธิของกลุ่มตัวแปรต่างๆ พบว่า ในระดับประเทศ กลุ่มตัวแปรทางสังคม วัฒนธรรม และกลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจ สามารถอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพในระดับใกล้เคียงกันและมากกว่ากลุ่มตัวแปรอื่น (ร้อยละ 4.3 และ 4.2 ตามลำดับ) รองลงมาเป็นกลุ่มตัวแปรทางประชากร (ร้อยละ 3.5) และกลุ่มตัวแปรทางพฤติกรรมอนามัย ซึ่งอธิบายความผันแปรของสุขภาพได้เพียงร้อยละ 1.2 เท่านั้น สำหรับในเขตชนบท พบว่ากลุ่มตัวแปรที่อธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพได้มากกว่ากลุ่มอื่น คือ กลุ่มตัวแปรทางเศรษฐกิจและกลุ่มตัวแปรทางประชากร (ร้อยละ 3.7 และ 3.6 ตามลำดับ) รองลงมาเป็นกลุ่มตัวแปรทางสังคม วัฒนธรรม (ร้อยละ 1.9) กลุ่มตัวแปรพฤติกรรมอนามัย (ร้อยละ 1.2) และกลุ่มตัวแปรการเข้าถึงบริการอนามัย เกือบไม่มีอิทธิพลสุทธิในการอธิบายความผันแปรของภาวะสุขภาพเลย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย