



3 บทสังเคราะห์

3.1 ความเป็นธรรมของสถานะสุขภาพ

3.1.1 สถานะสุขภาพตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมระดับปัจเจก

ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมในระดับปัจเจก หรือระดับครัวเรือน มีอิทธิพลต่อสุขภาพ เนื่องจากมีผลต่อการเข้าถึงปัจจัยในการดำรงชีวิต และการบริการโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่จำเป็น





จากการสำรวจสภาวะสุขภาพด้วยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2539 มีการศึกษาเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มเศรษฐกิจต่างๆ โดยแบ่งผู้สูงอายุตามสถานะการเงินของครอบครัวเป็น ผู้ไม่ขัดสนเลย ขัดสนเป็นบางครั้ง ขัดสนบ้าง และขัดสนมาก พบว่าสภาวะความขัดสนทางการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะทุพพลภาพ โดยผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ขัดสนทางการเงินมีภาวะทุพพลภาพร้อยละ 22 ถ้ามีความขัดสนทางเศรษฐกิจมาก จะมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 หรือมีโอกาสทุพพลภาพเพิ่มขึ้นเป็น 1.5-3 เท่า (Odds ratio) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ขัดสน (ตารางที่ 5.38)

ตารางที่ 5.38 ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ตามระดับความขัดสน

สถานะทางการเงิน	ทุพพลภาพระยะยาว		ทุพพลภาพทั้งหมด	
	ร้อยละ	Odds ratio	ร้อยละ	Odds ratio
ขัดสนมาก (n=188)	25.5	1.63-3.4	34.6	1.59-3.09
ขัดสนบ้าง (n=591)	20.8	1.12-1.83	28.9	1.22-1.88
ขัดสนบางครั้ง (n=1,056)	19.6	1.08-1.61	27.0	1.15-1.65
ไม่ขัดสน (n=2,213)	17.7	1.0	22.2	1.0

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ, 2542

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2547 พบว่าสัดส่วนของประชากรตามระดับรายได้ ที่รายงานการเจ็บป่วยแบบที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีลักษณะใกล้เคียงกับการเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กล่าวคือ ประชากร กลุ่มรายได้ต่ำสุด มีรายงานว่าเจ็บป่วยทั้งสองลักษณะในสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 26) ในขณะที่ประชากรกลุ่มรายได้สูงสุด มีสัดส่วนจากการรายงานว่าเจ็บป่วยเพียงร้อยละ 15 (ตารางที่ 5.39) ซึ่งถ้ามีการรายงานว่าป่วยเท่ากันในแต่ละกลุ่มรายได้ ควรจะมีสัดส่วนเท่ากันคือร้อยละ 20 เนื่องจากการแบ่งกลุ่มรายได้เป็น 5 กลุ่มเท่ากัน จะมีสัดส่วนของประชากรแต่ละกลุ่มเท่ากับร้อยละ 20



ตารางที่ 5.39 สัดส่วน (ร้อยละ) ของการเจ็บป่วยแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ระหว่างระดับรายได้

ระดับรายได้	ร้อยละการเจ็บป่วยแบบ ที่ไม่ต้องนอนรักษา ในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยนอก)	ร้อยละการเจ็บป่วย ที่ต้องนอนรักษาตัว ในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยใน)
ต่ำสุด	26.4	25.6
ต่ำ	21.0	21.1
ปานกลาง	20.4	19.3
สูง	17.2	19.0
สูงสุด	15.0	15.0
รวม	100	100

ที่มา : สุพล ลิ้มวัฒนานนท์ และคณะ, 2548

ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของปัจเจกหรือครัวเรือน ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่สัมพันธ์กับภาวะการเจ็บป่วยโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการรายงานว่าเป็นผู้ป่วย (self-reported illness) รวมทั้งภาวะทุพพลภาพที่เป็นผลมาจากการขาดการดูแลที่เหมาะสม

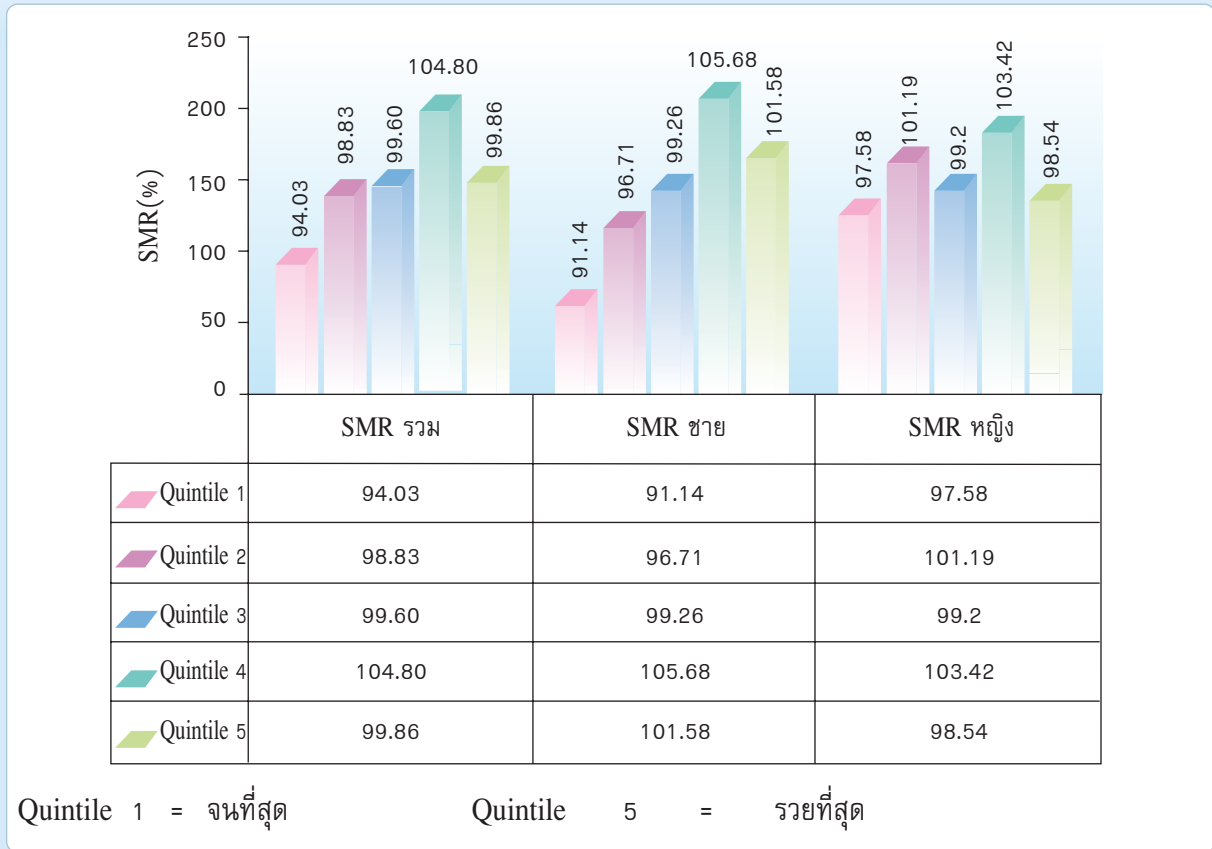
3.1.2 สถานะสุขภาพตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมในระดับพื้นที่

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่กับการตาย โดยแบ่งอำเภอจำนวนทั้งหมด 926 อำเภอ (รวมกรุงเทพมหานคร) ออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน (Quintile) โดยใช้ดัชนีเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ (อำเภอ) ที่พัฒนาขึ้นจากตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคม 5 ตัว จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ โดยเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมาตรฐานระหว่างกลุ่มอำเภอ ผลการวิเคราะห์พบว่า อัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardized Mortality Ratio-SMR) ระหว่างกลุ่มอำเภอมีความแตกต่างกัน โดยมีลักษณะที่แตกต่างกันระหว่าง การตายรวม การตายรายเพศ และการตายรายโรค โดยการตายรวม การตายในเพศชาย การตายจากอุบัติเหตุ และการตายจากการฆ่าตัวตาย มีการตายสูงสุดในกลุ่มอำเภอที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางถึงสูง (Quintile ที่ 4) โดยกลุ่มอำเภอที่ยากจนมีการตายต่ำกว่า สำหรับการตายจากโรคมะเร็งตับ มีการตายสูงสุดในกลุ่มอำเภอที่ยากจน (Quintile ที่ 1 และ 2) เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีตบสูงมากกว่าภาคอื่น สำหรับโรคมะเร็งปอด โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมอง มีการตายสูงสุดในกลุ่มอำเภอที่มีฐานะร่ำรวย (Quintile ที่ 5) ในขณะที่ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว และอุบัติเหตุจมน้ำ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอำเภอ (ภาพที่ 5.63 - 5.66)

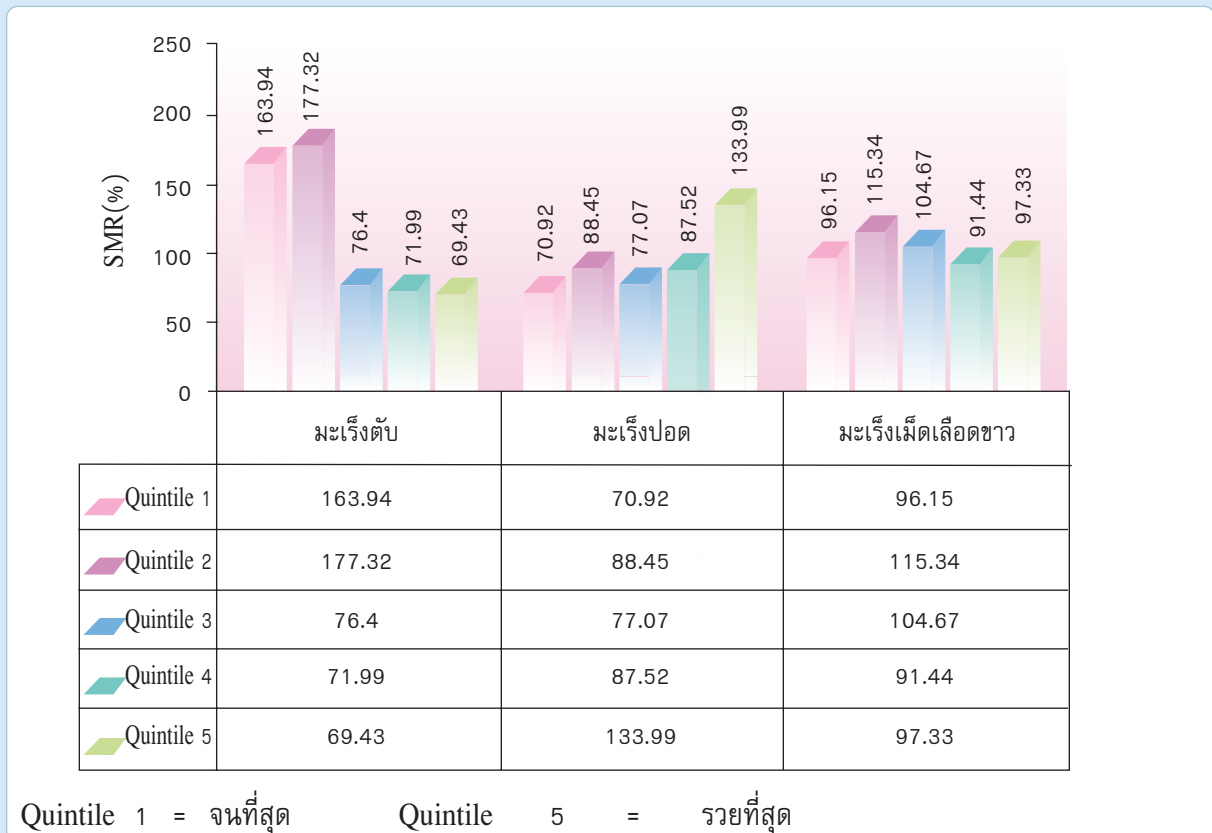




ภาพที่ 5.63 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของการตายรวมและรายเพศระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ

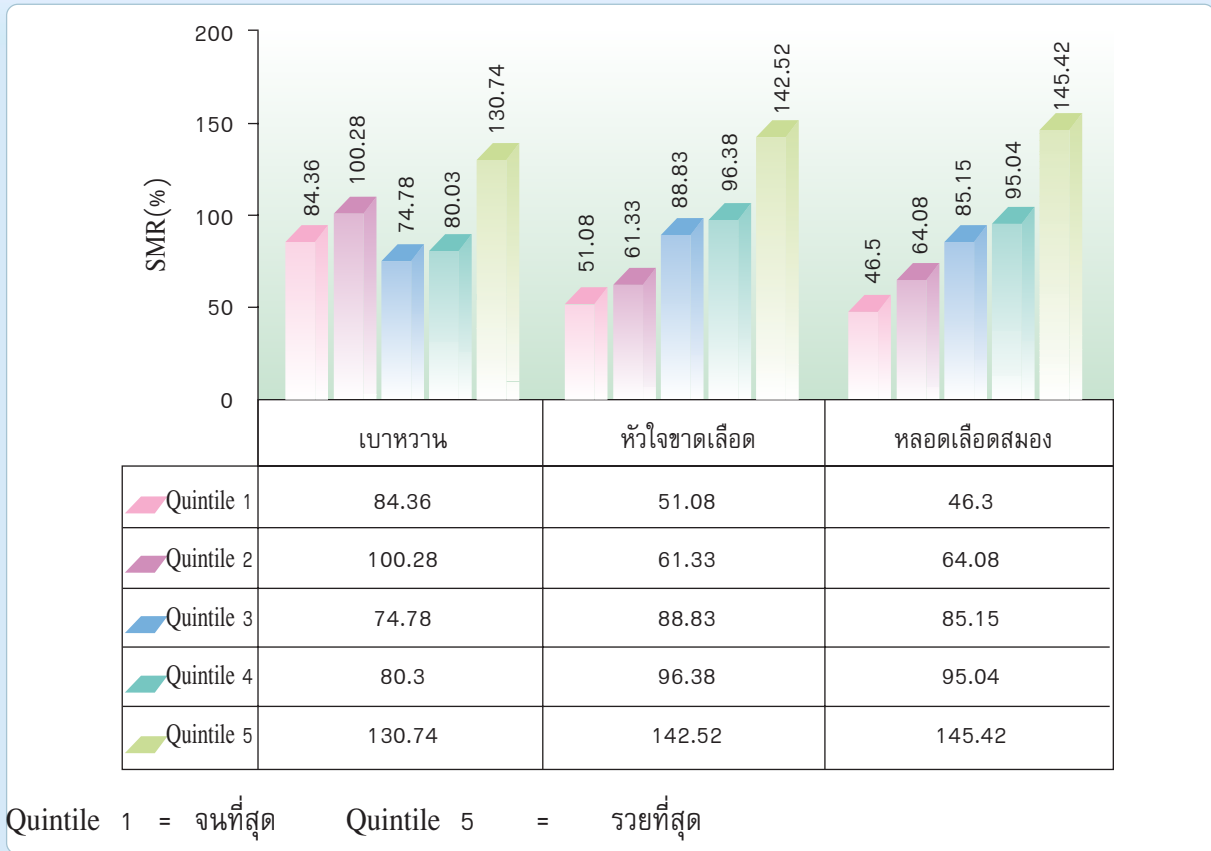


ภาพที่ 5.64 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของโรคมะเร็ง 3 ชนิด ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ

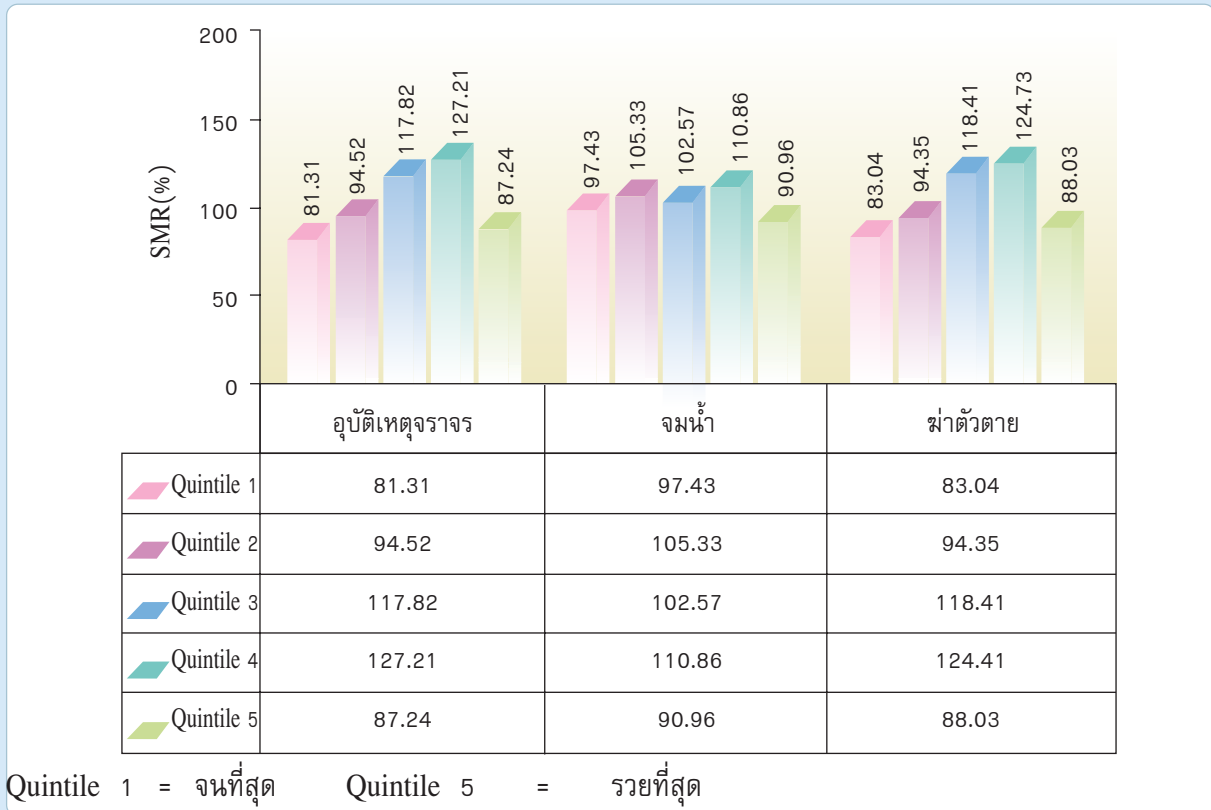




ภาพที่ 5.65 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของโรคเรื้อรัง 3 โรค ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



ภาพที่ 5.66 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของอุบัติเหตุและฆ่าตัวตาย ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



ที่มา : พินิจ ฟ้าอำนวยผล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์, 2548





เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ใช้อธิบายความแตกต่างของการป่วยและการตาย ระหว่างพื้นที่ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่างกัน ก็คือการมีปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกันระหว่างพื้นที่ เช่น ระหว่างพื้นที่ในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่าคนที่อาศัยในเขตเทศบาล มีสัดส่วนของคนที่มียาระดับโคเลสเตอรอลสูง (มากกว่า 200 mg%) สูงกว่าคนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ประมาณร้อยละ 18 (ตารางที่ 5.40)

ตารางที่ 5.40 ร้อยละของประชากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง จำแนกตามภาคและเขตภูมิลำเนา

ภูมิลำเนา	กทม.	กลาง	เหนือ	อีสาน	ใต้	รวม
Cholesterol >200 mg%	56.1	48.4	36.1	15.7	41.7	35.8
ในเขตเทศบาล		43.2	43.3	42.6	50.4	51.5
นอกเขตเทศบาล		49.3	35.5	13.9	40.3	33.9

ที่มา : รายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพจากการตรวจร่างกายครั้งที่ 2

จากข้อมูลชุดเดียวกัน พบว่า คนที่อยู่ในเขตเทศบาล มีโอกาสพบโรคความดันโลหิตสูง เป็น 1.2 เท่าของคนที่ยังอยู่นอกเขตเทศบาล นอกจากนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ซึ่งเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายที่สำคัญ ก็มีความแตกต่างกันด้วย

นอกจากนี้ อัตราตายของทารกเป็นเครื่องชี้วัดความแตกต่างของภาวะสุขภาพในประชาชนกลุ่มต่างๆ ได้ชัดเจน กล่าวคือ อัตราตายทารกนอกเขตเทศบาลมากกว่าในเขตเทศบาลถึง 1.56 เท่า ถึงแม้ว่าอัตราตายทารกจะลดน้อยลงถึงเท่าตัวในช่วงเวลา 30 ปีที่ผ่านมา แต่ความแตกต่างระหว่างในเขตเทศบาลกับนอกเขตเทศบาลกลับเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (ตารางที่ 5.41)

ตารางที่ 5.41 อัตราตายทารกในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาล พ.ศ. 2507 - 2549

	รวม	ในเขตเทศบาล	นอกเขตเทศบาล	นอกเขต : ในเขต
SPC 1 (2507 - 2508)	84.3	67.6	85.5	1.26
SPC 2 (2517 - 2519)	51.8	39.6	58.7	1.48
SPC 3 (2528 - 2529)	40.7	27.6	42.6	1.54
SPC 4 พ.ศ. 2532	38.8	23.6	41.4	1.75
SPC 5 พ.ศ. 2534	34.5	21.0	37.0	1.76
SPC 6 พ.ศ. 2538 - 2539	26.05	15.24	28.23	1.85
SPC 7 พ.ศ. 2548 - 2549	11.26	7.92	12.39	1.56

ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ

หมายเหตุ : SPC = Survey of Population Changes



3.2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพ

จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยงกับปัญหาสุขภาพ พบว่า การสูบบุหรี่และการดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญต่อภาระโรคที่สำคัญในเพศชาย กล่าวคือ การดื่มสุราเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถทางบก, ติดสุรา, มะเร็งตับ ภาวะซีมเศร่าและโรคตับแข็ง ขณะที่การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง, มะเร็งตับ หัวใจขาดเลือดและหลอดเลือดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น (ภาพที่ 5.67)

สำหรับปัจจัยเสี่ยงสัมพันธ์กับภาระโรคที่สำคัญในเพศหญิง พบว่า ภาวะน้ำหนักเกินเป็นปัจจัยเสี่ยงร่วมที่สำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ซีมเศร่า หัวใจขาดเลือดและข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น (ภาพที่ 5.68)

ภาพที่ 5.67 โรคและปัจจัยเสี่ยงในเพศชายของประเทศไทย พ.ศ. 2547

Rank	Rank factors	Rank	Males	DALYs	
				(x 100,000)	%
1	Alcohol	1	HIV/AIDS	6.5	12
2	Unsafe Sex	2	Traffic accidents	6.0	11
3	Tobacco	3	Alcohol dependence/harmful use	3.3	6
4	Non-Helmet	4	Stroke	3.1	6
5	Blood pressure	5	Liver and bile duct cancer	2.9	5
6	Obesity	6	Depression	2.6	5
7	Cholesterol	7	Ischaemic heart disease	1.8	3
8	Fruit & Vegetable	8	COPD	1.8	3
9	Illicit Drugs	9	Diabetes	1.7	3
10	Air Pollution	10	Cirrhosis	1.3	2
11	Physical Inactivity				
12	WSH				
13	Non-Seatbelt				
14	Malnutrition-Inter				
15	Malnutrition-Thai				

ที่มา : คณะทำงานจัดทำภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549





ภาพที่ 5.68 โรคและปัจจัยเสี่ยงในเพศหญิงของประเทศไทย พ.ศ. 2547

Rank	Rank factors	Rank	Males	DALYs	
				(x 100,000)	%
1	Unsafe Sex	1	Stroke	3.1	
2	Obesity	2	HIV/AIDS	2.9	
3	Blood pressure	3	Diabetes	2.9	
4	Cholesterol	4	Depression	1.9	
5	Non-Helmet	5	Liver and bile duct cancer	1.4	
6	Tobacco	6	Traffic accidents	1.4	
7	Physical Inactivity	7	Ischaemic heart disease	1.2	
8	Fruit & Vegetable	8	Osteoarthritis	1.2	
9	Alcohol	9	COPD	1.1	
10	Air Pollution	10	Cirrhosis	1.1	
11	WSH				
12	Illicit Drugs				
13	Malnutrition-Inter				
14	Malnutrition-Thai				
15	Non-Seatbelt				

ที่มา : คณะทำงานจัดทำภาวะโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย, สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549

3.3 ปัจจัยเสี่ยงกับการเกิดโรค

นอกเหนือจากปัจจัยเสี่ยงที่เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ แล้ว ปัจจัยระดับปัจเจกที่มีผลต่อการเกิดโรคมักจะส่งผลต่อโรคที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือโรคไม่ติดต่อต่างๆ เช่น ความอ้วน กรรมพันธุ์ (ประวัติครอบครัว) ระดับของสารเคมีในเลือด เช่น ระดับไขมันและระดับน้ำตาล เป็นต้น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลระยะยาว (Cohort study) ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในบริษัทการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยจำกัด มหาชน (EGAT) โดยติดตามตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 - 2540 เป็นเวลา 12 ปี พบว่ามีปัจจัยหลายปัจจัยที่เป็นตัวกำหนดโอกาสในการเป็นโรคเบาหวาน เช่น อายุ เพศ ดัชนีมวลกาย (BMI) ความยาวรอบเอว ความดันโลหิตสูง ประวัติการเป็นโรคเบาหวานในครอบครัว การมี Impaired glucose tolerance ระดับ Triglyceride และระดับ HDL-Cholesterol โดยจากการศึกษาพบว่า การมี BMI ระหว่าง 23- 27.5 เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวานเป็น 1.7 เท่า ในขณะที่ BMI ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 27.5 เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน 2.9 เท่า เมื่อเทียบกับ BMI ที่น้อยกว่า 23 ความยาวรอบเอวที่เกินมาตรฐาน (90 เซนติเมตรในเพศชาย และ 80 เซนติเมตรในเพศหญิง) เพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน 1.7 เท่า ความดันโลหิตสูงเพิ่มโอกาสเป็นโรคเบาหวาน 1.7 เท่า และการมีประวัติครอบครัวเพิ่มโอกาสเป็นเบาหวาน 2.7 เท่า (ตารางที่ 5.42) จะเห็นได้ว่าปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เหล่านี้ กำหนดโอกาสในการเกิดโรคในอนาคต ซึ่งบางปัจจัยนั้น สามารถควบคุมหรือเปลี่ยนแปลงได้



ตารางที่ 5.42 จำนวนเท่าของโอกาสเกิดโรคเบาหวาน (Odds ratio) ของตัวแปรต่างๆ

ตัวแปร	Odds ratio (95% CI)
อายุ 35-39	1
40-44	0.86 (0.60, 1.25)
45-49	1.06 (0.72, 1.57)
>=50	1.43 (0.81, 2.49)
เพศ (ผู้ชาย=1, ผู้หญิง=0)	1.64 (1.09, 2.47)
BMI (kg/m ²) 23 - < 27.5	1.73 (1.26, 2.47)
>= 27.5	2.93 (1.59, 5.54)
เส้นรอบวงเอว >=90 ซม.ในผู้ชาย, >=80 ในผู้หญิง	1.69 (1.12, 2.57)
ความดันเลือดสูง	1.67 (1.18, 2.35)
มีประวัติ พ่อ หรือแม่ หรือ พี่ หรือ น้อง เป็นเบาหวาน	2.72 (2.03, 3.66)
Impaired Glucose tolerance	4.10 (2.97, 5.64)
Triglyceride >=200	1.57 (1.11, 2.23)
HDL-C <40 ผู้ชาย, < 50 ผู้หญิง	1.30 (0.85, 1.98)

ที่มา : วิชัย เอกพลากร, 2548



