

บทที่ 6 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางสังคมของพื้นที่กับสุขภาพ

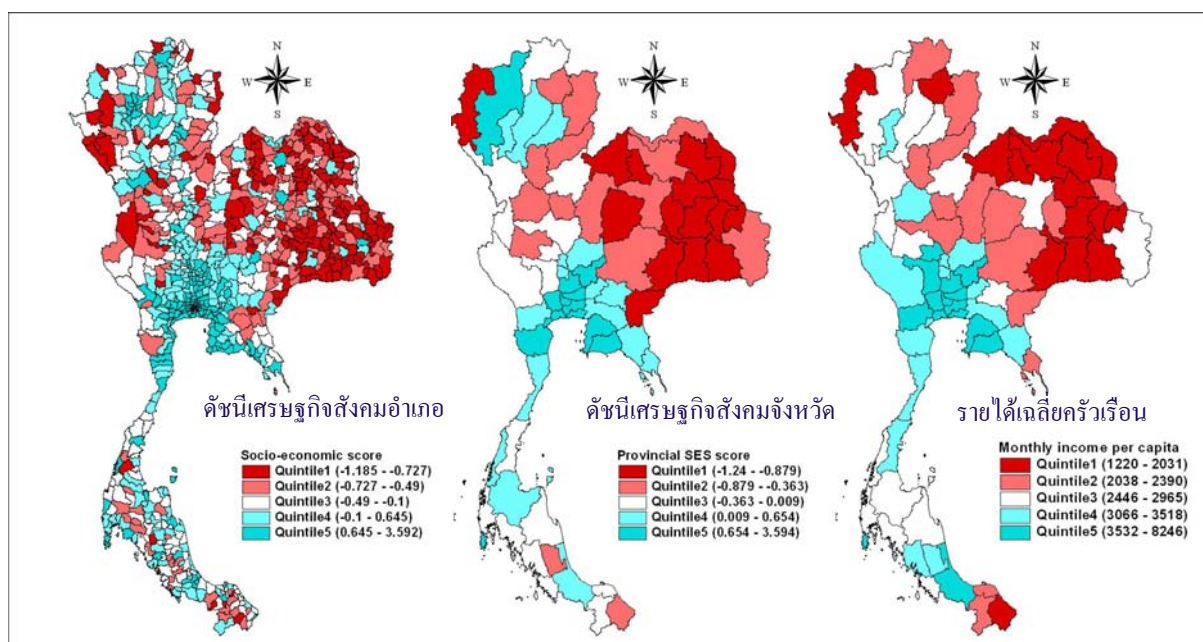
6.1. ตัวชี้วัดปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่

การพัฒนาดัชนีปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ ใช้ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจสังคม 5 ตัว จากฐานข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ ปี พ.ศ. 2543 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจสังคมทั้ง 5 ตัว มีความสัมพันธ์อย่างสูงกับ รายได้เฉลี่ยของครัวเรือนต่อเดือน ในระดับจังหวัด ตัวชี้วัดทั้ง 5 ได้แก่

- สัดส่วนประชากรอายุ 15-59 ปี ที่เป็นเกษตรกร
- สัดส่วนประชากรอายุ 15-59 ปี ที่จบการศึกษาดำกว่ามัธยม
- สัดส่วนครัวเรือนที่อยู่ในเขตเมือง
- สัดส่วนครัวเรือนที่มีโทรศัพท์
- สัดส่วนครัวเรือนที่มีรถยนต์

ตัวชี้วัดทางเศรษฐกิจสังคมทั้ง 5 ตัว ในระดับอำเภอ นำมาจัดกลุ่มรวมกันโดยใช้การวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) เพื่อให้ให้น้ำหนักกับตัวชี้วัดทั้ง 5 ตัว จะได้ดัชนีทางเศรษฐกิจสังคมระดับอำเภอ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ -1.2958 ถึง +3.5924 และดัชนีทางเศรษฐกิจสังคมระดับจังหวัด ซึ่งมีค่าตั้งแต่ -1.2403 ถึง +3.5943

ภาพที่ 11 แผนที่การกระจายของดัชนีเศรษฐกิจสังคมระดับอำเภอและจังหวัด และรายได้เฉลี่ยของจังหวัด



6.2. อัตราการตายตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่

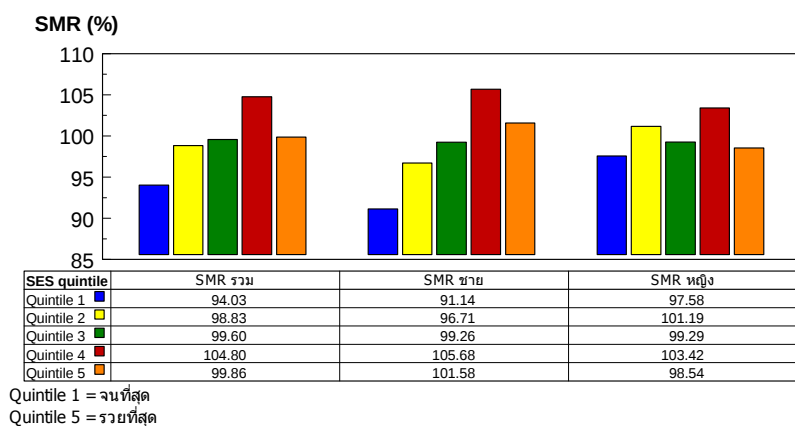
ในบางครั้งการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนกับสุขภาพ มีข้อจำกัดเนื่องจากไม่สามารถเชื่อมข้อมูลเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนกับข้อมูลสุขภาพได้ การวิเคราะห์ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่กับสุขภาพ จะช่วยสะท้อนความสัมพันธ์ได้ในระดับหนึ่ง หรือ ช่วยสร้างสมมติฐานบางอย่าง เพื่อการศึกษาขั้นต่อไป ทั้งนี้เนื่องจากมีข้อจำกัดในการพิสูจน์ความสัมพันธ์เชิงเหตุและผล อย่างไรก็ตาม ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่เอง อาจจะมีอิทธิพลต่อสุขภาพ โดยเป็นอิสระจากปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน หมายความว่า การอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจสังคมต่างกัน ก็อาจจะส่งผลต่อสุขภาพที่แตกต่างกันได้ ถึงแม้ว่าครัวเรือนจะมีฐานะเศรษฐกิจสังคมที่ใกล้เคียงกัน

จากการวิเคราะห์ ความสัมพันธ์ระหว่างฐานะเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่กับการตาย โดยแบ่งอำเภอจำนวนทั้งหมด 926 อำเภอ (รวมกรุงเทพมหานคร) ออกเป็น 5 กลุ่มเท่า ๆ กัน (Quintile) โดยใช้ดัชนีเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ (อำเภอ) ที่พัฒนาขึ้นจากตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคม 5 ตัว จากข้อมูลสำมะโนประชากรและเคหะ โดยเปรียบเทียบอัตราส่วนการตายมาตรฐาน ระหว่างกลุ่มอำเภอ

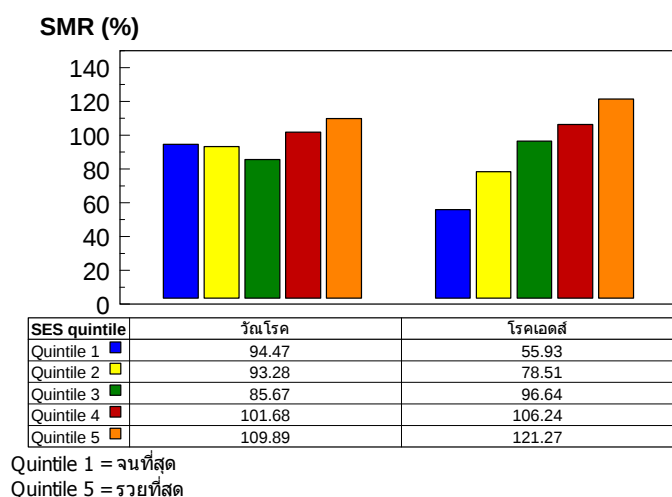
ผลการวิเคราะห์ พบว่า อัตราส่วนการตายมาตรฐาน (Standardized Mortality Ratio-SMR) ระหว่างกลุ่มอำเภอมีความแตกต่างกัน โดยมีลักษณะที่แตกต่างกันระหว่าง การตายรวม การตายรายเพศ และการตายรายโรค โดยการตายรวม การตายในเพศชาย การตายจากอุบัติเหตุ และการตายจากการฆ่าตัวตาย มีการตายสูงสุดในกลุ่มอำเภอที่มีฐานะทางเศรษฐกิจปานกลางถึงสูง (Quintile ที่ 4) โดยกลุ่มอำเภอที่ยากจนมีการตายต่ำกว่า สำหรับการตายจากโรคมะเร็งตับ มีการตายสูงสุดในกลุ่มอำเภอที่ยากจน (Quintile ที่ 1 และ 2) เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีความชุกของโรคมะเร็งท่อน้ำดีตบสูงมากกว่าภาคอื่น สำหรับโรคเอดส์ โรคมะเร็งปอด โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และโรคถุงลมโป่งพอง มีการตายสูงสุดในกลุ่มอำเภอที่มีฐานะร่ำรวย (Quintile ที่ 5) ในขณะที่ วัณโรค เบาหวาน มีการตายสูงสุดในอำเภอที่ฐานะร่ำรวยและยากจน (Quintile ที่ 5 และ Quintile ที่ 1) สำหรับ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ไตวาย และอุบัติเหตุจมน้ำ ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอำเภอที่มีภาวะเศรษฐกิจสังคมแตกต่างกัน (ภาพที่ 12 ถึง ภาพที่ 17)

ลักษณะเช่นนี้แสดงให้เห็นว่าในแง่ของการตาย ภาวะเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ มีอิทธิพลที่แตกต่างกันไ้ระหว่างโรคต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเหล่านั้น ได้รับอิทธิพลที่แตกต่างกันจากภาวะทางเศรษฐกิจสังคมในแต่ละพื้นที่

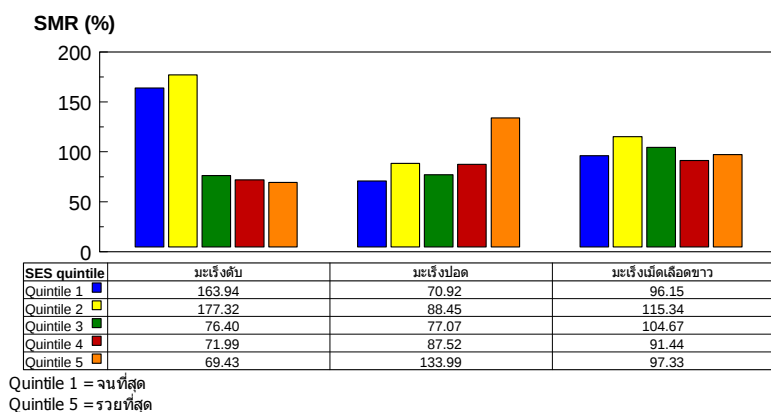
ภาพที่ 12 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของการตายรวมและรายเพศระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



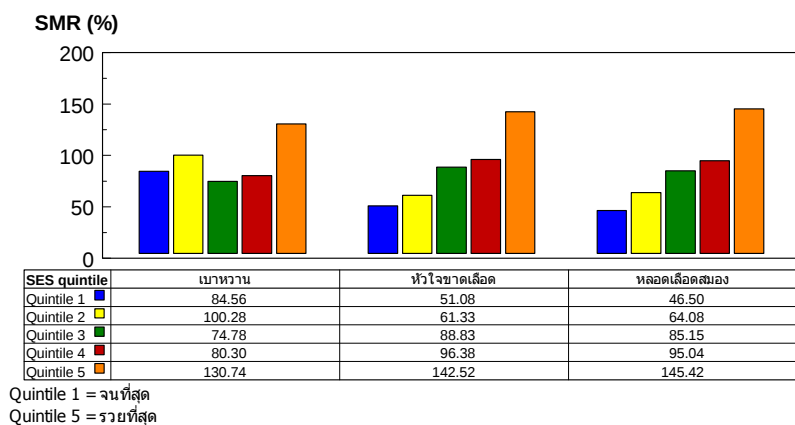
ภาพที่ 13 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของวัณโรคและโรคเอดส์ ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



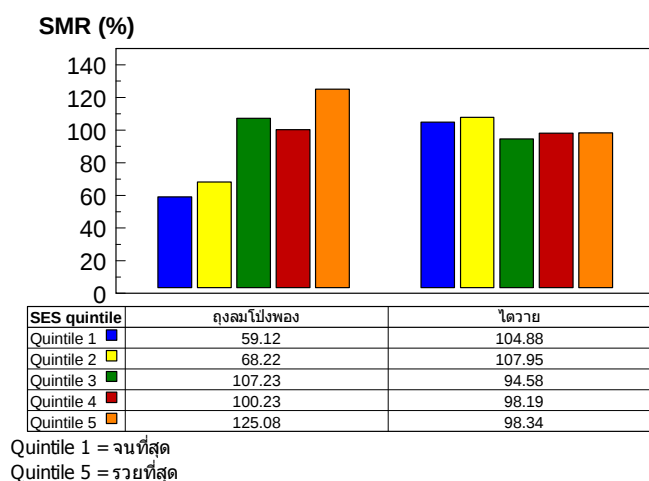
ภาพที่ 14 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของโรคเมเร็ง 3 ชนิด ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



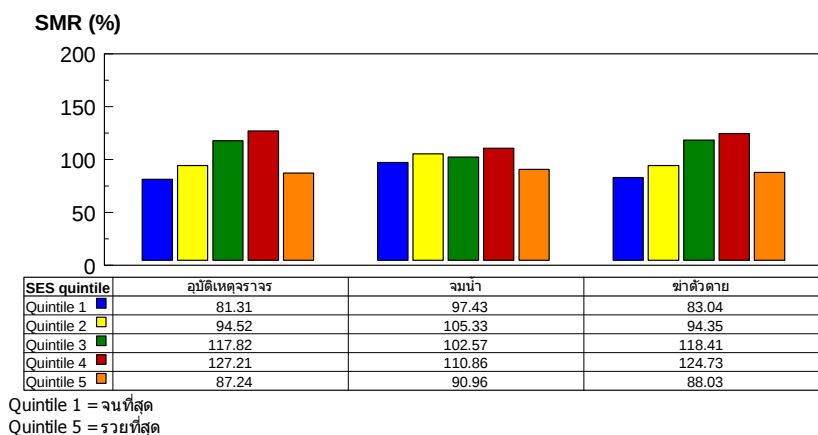
ภาพที่ 15 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของโรคเรื้อรัง 3 โรค ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



ภาพที่ 16 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของถุงลมโป่งพอง ไตวาย ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



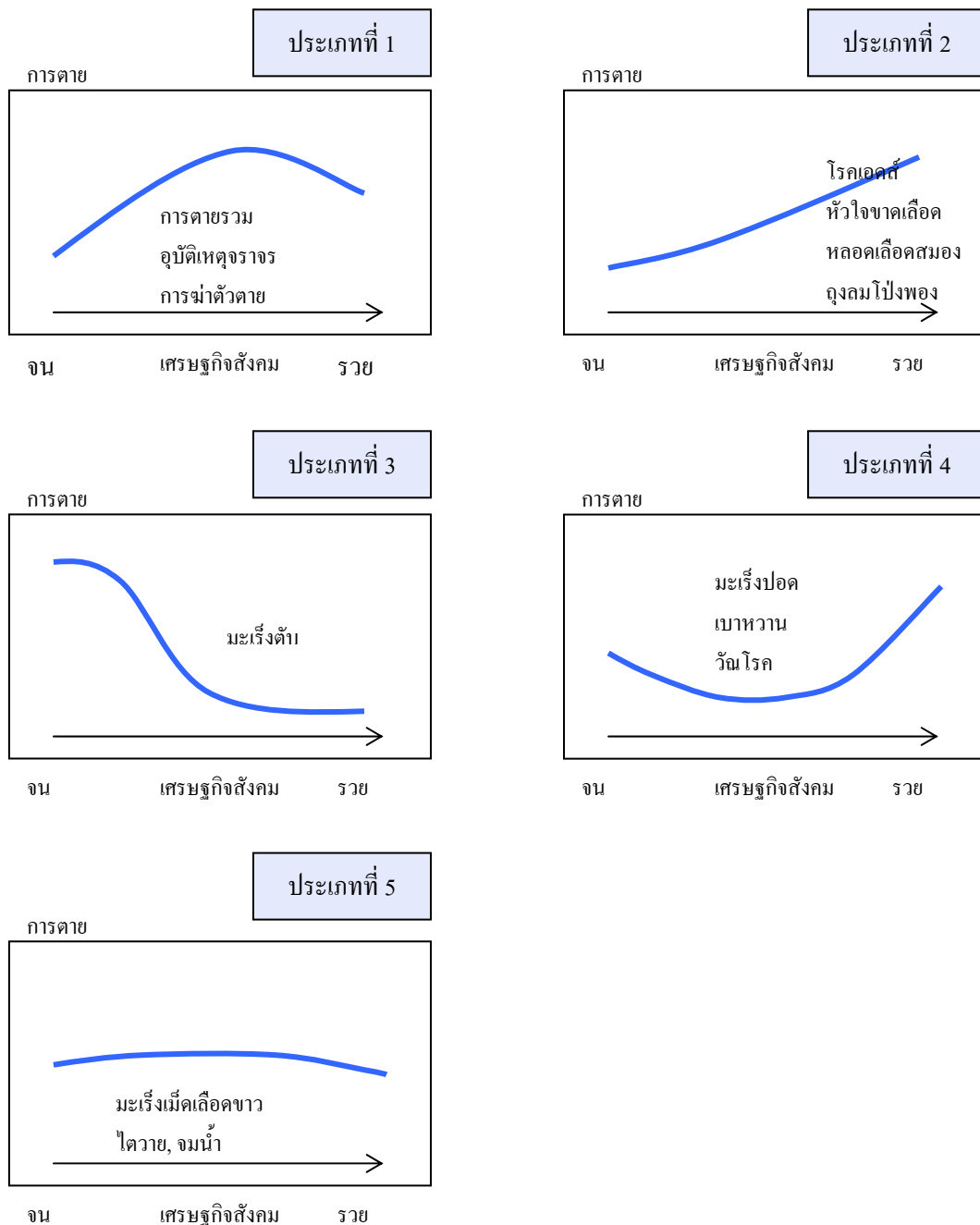
ภาพที่ 17 อัตราส่วนการตายมาตรฐานของอุบัติเหตุและฆ่าตัวตาย ระหว่างระดับเศรษฐกิจสังคมของอำเภอ



ที่มา : พินิจ ทำอำนาจผล, ปีพม่า ว่าพัฒนางศ์ (2548)

ลักษณะเช่นนี้แสดงให้เห็นว่าในแง่ของการตาย ภาวะเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่ มีอิทธิพลที่แตกต่างกันไ้ระหว่างโรคต่าง ๆ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคเหล่านั้น ได้รับอิทธิพลที่แตกต่างกันจากภาวะทางเศรษฐกิจสังคมในแต่ละพื้นที่

ภาพที่ 18 รูปแบบของความแตกต่างของการตายรายสาเหตุกับภาวะเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่



กล่าวโดยสรุป ลักษณะความแตกต่างของการตายระหว่างพื้นที่ ที่มีภาวะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่างกันนั้น สามารถสรุปได้เป็น 5 ลักษณะด้วยกันคือ

ประเภทที่ 1 การตายสูงสุดในพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจปานกลางก่อนไปทางดี ได้แก่ การตายรวม การตายจากอุบัติเหตุจราจร และการฆ่าตัวตาย

ประเภทที่ 2 การตายเพิ่มขึ้นจากพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจไม่ดี ไปจนถึงดีที่สุด ได้แก่ การตายจากโรคเอดส์ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง และถุงลมโป่งพอง

ประเภทที่ 3 การตายสูงสุดในพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจสังคมไม่ดี ได้แก่ การตายจากมะเร็งตับ

ประเภทที่ 4 การตายสูงในพื้นที่ที่มีภาวะเศรษฐกิจดีและไม่ดี (J-shape หรือ U-shape) ได้แก่ การตายจากเบาหวาน มะเร็งปอด และวัณโรค

ประเภทที่ 5 ไม่มีความแตกต่างของการตายระหว่างพื้นที่ที่มีเศรษฐกิจสังคมต่างกัน ได้แก่ การตายจากมะเร็งเม็ดเลือดขาว ไตวาย และจมน้ำ

6.3. ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพตามปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่

เหตุผลอีกประการหนึ่งที่ใช้อธิบายความแตกต่างของการป่วยและการตาย ระหว่างพื้นที่ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่างกัน ก็คือการมีปัจจัยเสี่ยงที่ต่างกันระหว่างพื้นที่ เช่น ระหว่างพื้นที่ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล จากข้อมูลการสำรวจสภาวะสุขภาพโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 2 พ.ศ. 2539-2540 พบว่า คนที่อาศัยในเขตเทศบาล มีสัดส่วนของคนที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง (มากกว่า 200 mg%) สูงกว่าคนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ประมาณร้อยละ 18 (ตารางที่ 20)

ตารางที่ 20 ร้อยละของประชากรที่มีระดับโคเลสเตอรอลสูง จำแนกตามภาคและเขตภูมิสำเนา

	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 เท่าของคนอาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล นอกจากนี้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ฯลฯ ซึ่งเป็นสาเหตุของการป่วยและการตายที่สำคัญ ก็มีความแตกต่างกันด้วย

อีกตัวอย่างหนึ่ง คือภาวะความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า การอาศัยอยู่ในเขตเมือง เมื่อเทียบกับอยู่ในเขตชนบท จะมีโอกาสในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงมากกว่า โดยความดันโลหิตสูงของผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (ตารางที่ 21) และมีลักษณะสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ กล่าวคือ ผู้ที่อยู่ในเขตเมืองจะเป็นโรคนี้นสูงกว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท ประมาณ 1.5-2 เท่า

ตารางที่ 21 แนวโน้มอัตราความชุกของโรคความดันโลหิตสูงของประชากรสูงอายุ ในเขตเมืองและชนบท พ.ศ. 2528 – พ.ศ. 2541

เขต	2528	2529	2531	2532	2534	2535	2538	2539	2541
เขตเมือง	28		26		15.8 ⁺⁺		26 ^{**#}	44.4 [#]	36.5
เขตชนบท		23.3		18 [*]	11.1 ⁺⁺	8.8 [*]	15.3 ^{**#}	23.6 [#]	

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล (2543)

ดัดแปลงจาก : การสาธารณสุขไทย พ.ศ.2544-2547

หมายเหตุ * เฉพาะการวัดความดันโลหิต

+ อายุ 65+ ปี

** เฉพาะการสัมภาษณ์ประวัติ

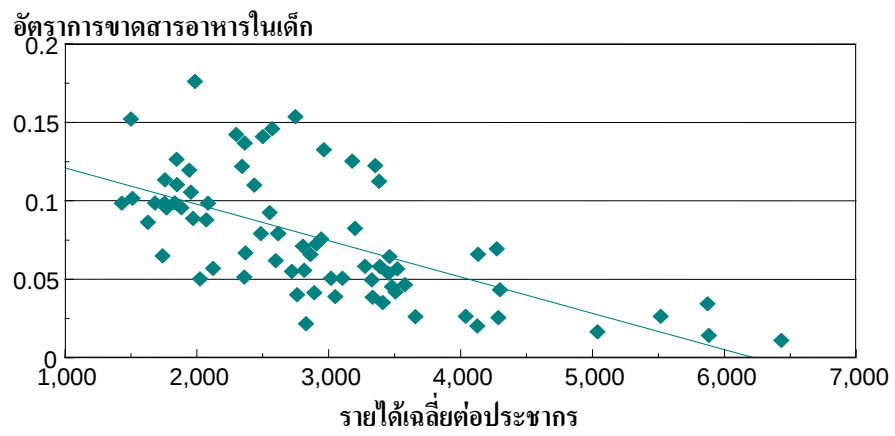
การศึกษาระดับชาติ

นอกจากนี้ ยังมีหลักฐานการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ที่บ่งชี้ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่กับสุขภาพของคนในพื้นที่ ที่นอกเหนือไปจากฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน ทั้งนี้รวมถึงความไม่เสมอภาคของรายได้ (income inequality) และความเหลื่อมล้ำทางสังคมในพื้นที่กับสุขภาพ พบว่าพื้นที่ที่มีความไม่เสมอภาคของรายได้สูง มักจะมีปัญหาสุขภาพมากกว่า และพื้นที่ที่มีความเหลื่อมล้ำทางสังคมสูง มักจะมีปัญหาสุขภาพต่ำกว่า (Kawachi I et.al, 1999)

6.4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของพื้นที่กับภาวะทุพโภชนาการ

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ภาวะการขาดสารอาหารของเด็กอายุ 0-5 ปี กับรายได้เฉลี่ยในระดับจังหวัด ในปี พ.ศ. 2542 พบว่าอัตราการขาดสารอาหารในเด็ก ระดับจังหวัด มีความสัมพันธ์กับรายได้เฉลี่ยต่อครัวเรือนต่อเดือนระดับจังหวัด กล่าวคือ จังหวัดที่มีรายได้เฉลี่ยสูง มีแนวโน้มที่จะมีอัตราการขาดสารอาหารในเด็กลดน้อยลง ซึ่งสัมพันธ์โดยตรงกับการเข้าถึงสารอาหาร โปรตีนและพลังงานของคนในพื้นที่ (ภาพที่ 19)

ภาพที่ 19 อัตราการขาดสารอาหารในเด็กและรายได้เฉลี่ยต่อประชากรระดับจังหวัด ปีพ.ศ. 2542



ที่มา : พินิจ ฟาอำนวยผล และปรีดา เต๋ออารักษ์ (2545)