

บทความพิเศษ

Review Article

ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ และการสร้างเสริมสุขภาพของประชากร

นิภาพร เอื้อวัฒนะโชติมา ท.บ., M.Ed.

ภาควิชาทันตกรรมชุมชน คณะทันตแพทยศาสตร์ และภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพมาจากการค้นพบความแตกต่างของภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันในผู้ที่อยู่ในสถานะทางสังคมที่ต่างกัน ได้มีการขยายวงกว้างในการศึกษาแนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับสถานะทางสังคมที่กำหนดสุขภาพของประชาชน และพยายามหาแนวทางการดำเนินการจัดการปัญหาความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพอันเกิดจากปัจจัยทางสังคมในหลายภูมิภาคทั่วโลก บทความนี้ได้ทำการทบทวนวรรณกรรมการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพเกี่ยวกับแนวคิดที่เกี่ยวข้อง การใช้ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพในงานสร้างเสริมสุขภาพ และตัวอย่างแนวทางดำเนินการเพื่อจัดการความไม่เป็นธรรมทางด้านสุขภาพ

คำสำคัญ: ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ, การสร้างเสริมสุขภาพ, ต้นเหตุและปลายเหตุของสุขภาพ, มาตรการเฉพาะกลุ่มเสี่ยงและมาตรการในระดับประชากร

บทนำ

John McKinlay นักสังคมวิทยาการแพทย์ชาวอเมริกันได้นำเสนอแนวคิดของปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพผ่านเรื่องเล่าของต้นน้ำ-ปลายน้ำ (upstream-downstream) ไว้ดังนี้

“ชายผู้หนึ่งยืนอยู่ริมน้ำ พบว่ามีคนตกน้ำร้องให้ช่วย จึงกระโดดลงไปช่วย และทำการช่วยหายใจ และกระตุ้นหัวใจให้ฟื้นคืน จากนั้นมีคนตกน้ำเพิ่มขึ้น เขาจึงกระโดดลงไปช่วยอีก จนช่วยไม่ไหวเพราะมีคนตกน้ำเป็นจำนวนมาก ชายผู้นั้นจึงไปเรียกให้คนมาช่วย จนในที่สุด ทีมทั้งหมดไม่สามารถช่วยไหวเพราะมีคนตกน้ำมากมาย ทีมจึงตัดสินใจสอนให้คนว่ายน้ำได้ แต่คนที่ตกน้ำก็ไม่สามารถว่ายน้ำได้ และจมลงไป เมื่อเห็นว่าวิธีการเหล่านี้ไม่ได้ผล เขาจึงเริ่มคิดว่า ทำไมคนเหล่านี้จึงตกน้ำมากมาย เกิดอะไรขึ้นที่ต้นน้ำ”⁽¹⁾

จากเรื่องเล่าดังกล่าวพบว่า การช่วยชีวิตจากการจมน้ำเปรียบได้กับการรักษาโรค และการสอนว่ายน้ำเปรียบได้กับการการสอนสุขศึกษาให้บุคคลเพื่อต้องการให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งล้วนแต่เป็นการแก้ปัญหาที่จัดการปัญหาที่ปลายเหตุ (downstream) ซึ่งไม่สามารถแก้ปัญหาได้อย่างแท้จริง เพราะต้นเหตุของปัญหา (upstream) ยังคงอยู่ ซึ่งทำให้มีผู้สนใจศึกษาปัจจัยที่เป็นต้นเหตุของสาเหตุ (cause of the cause) คือปัจจัยทางสังคม และหาแนวทางจัดการกับปัจจัยต้นเหตุด้วยนโยบายและมาตรการทางการเมือง⁽²⁾

ในปัจจุบัน แนวคิดทางด้านสุขภาพนั้นมองสุขภาพเป็นองค์รวมซึ่งให้ความสำคัญกับความสมดุลของสภาวะทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคมของบุคคล ดังคำจำกัดความของสุขภาพขององค์การอนามัยโลกที่ว่า “สุขภาพคือสภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิตใจ และทาง

สังคม ไม่ใช่เพียงแต่การไม่มีโรค การบาดเจ็บ และความพิการใด ๆ”⁽³⁾ ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติของไทยได้รวมความสมบูรณ์ทางปัญญาเป็นส่วนหนึ่งของความหมายของสุขภาพด้วย⁽⁴⁾ ในการนำพาประชาชนไปยังสภาวะที่ครอบคลุมมากกว่าสภาพทางร่างกาย และรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามจุดมุ่งหมายของการสาธารณสุขนั้น จึงควรพิจารณาปัจจัยในหลายระดับที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของตัวบุคคล อันได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลรวมถึงการใช้ชีวิต อิทธิพลจากสังคมและชุมชน สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิตและทำงาน และปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม (ภาพที่ 1)⁽⁵⁾

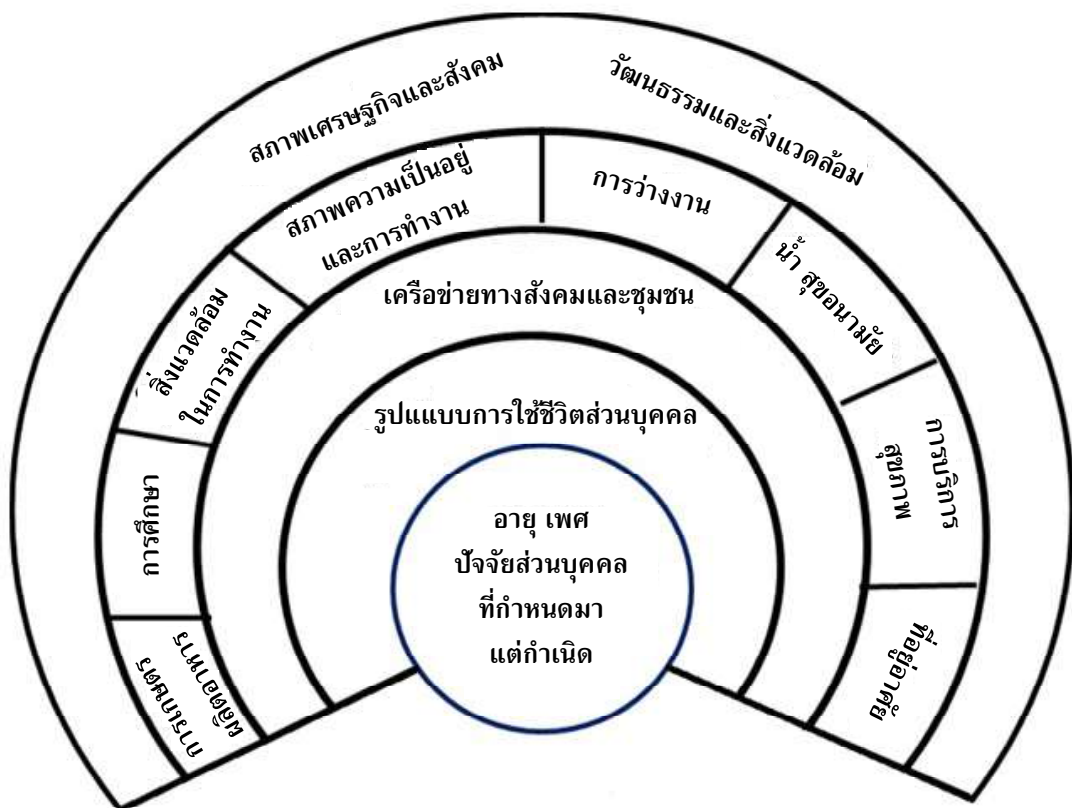
บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดของปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพกับการ

สร้างเสริมสุขภาพ และมาตรการที่ใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อสร้างความเป็นธรรมทางด้านสุขภาพ

ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ (social determinants of health)

ตามนิยามขององค์การอนามัยโลก ปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ หมายถึง สภาวะแวดล้อมของบุคคลตั้งแต่เกิด เติบโต ทำงาน และชราภาพ ซึ่งสภาวะนั้นถูกกำหนดโดยระบบเศรษฐกิจ การเมือง และการกระจายทรัพยากรในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับโลก⁽⁷⁾ ปัจจัยเหล่านี้มีผลทำให้บุคคลมีความแตกต่างกันในเชิงสังคม และทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ ในช่วงศตวรรษที่ผ่านมาเริ่มมีการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกับสุขภาพ Rudolf Virchow

ภาพที่ 1 ปัจจัยกำหนดสุขภาพ



จาก: Whitehead M. The concepts and principles of equity and health.⁽⁶⁾

แพทย์ชาวเยอรมัน ผู้ได้รับขนานนามว่าเป็นบิดาแห่งพยาธิวิทยาสมัยใหม่ได้กล่าวว่า “โรคทุกโรคมีสาเหตุสองอย่างคือ สาเหตุทางพยาธิสภาพ และสาเหตุทางการเมือง”⁽⁸⁾

การศึกษาของ Frederick Engels ในประเทศอังกฤษ แสดงความแตกต่างของชนชั้นทำงานที่มีผลต่อสุขภาพ การเป็นโรคและการตายก่อนวัยอันควร⁽⁹⁾ หลังจากนั้น ได้มีการศึกษาด้านปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลกับสุขภาพอย่างกว้างขวางขึ้นในยุโรป และแคนาดา⁽¹⁰⁻¹²⁾ การตีพิมพ์ “The Black Report” กระตุ้นความสนใจของประชาชนอังกฤษต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคมในช่วงชีวิตของบุคคลที่มีผลต่อสถานะสุขภาพของผู้คน⁽¹¹⁾ ประเทศอื่น ๆ เริ่มให้ความสนใจและมีการศึกษาแพร่หลายขึ้น เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย ในปีค.ศ. 2005 องค์การอนามัยโลกได้จัดตั้งคณะกรรมการการปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Commission on Social Determinants of Health) โดยมีหน้าที่สนับสนุนประเทศต่าง ๆ และองค์การระหว่างประเทศในการศึกษาปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพ และสร้างการขับเคลื่อนทางสังคมระดับโลก เพื่อให้บรรลุเป้าหมายความเป็นธรรมทางสุขภาพ

สำหรับในประเทศไทยมีหลายหน่วยงานให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพ และผลกระทบต่อความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพได้มีการรายงานข้อมูลปัจจัยทางสังคมที่กระทบสุขภาพของประเทศไทย พบว่าผลกระทบต่อสุขภาพในด้านปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ การเจ็บป่วย ภาวะโภชนาการ ภาวะทุพพลภาพ และการตายมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่ และครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่างกัน⁽¹³⁾ ในครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ไม่ดีจะมีปัญหาสุขภาพ อันได้แก่ โรคติดเชื้อ การเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน และโรคเรื้อรังที่มีผลมาจากพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันโป่งพอง และมะเร็ง ในผู้ชาย ในขณะที่ครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี จะประสบ

ปัญหาระดับไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน และการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันโป่งพอง และมะเร็งในผู้หญิง⁽¹³⁾ ในแต่ละบริบทของพื้นที่ ปัจจัยทางสังคมที่กระทบต่อสุขภาพจะมีลักษณะแตกต่างกันและมีลักษณะเฉพาะ ในการศึกษาถึงการรับรู้ต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพของชุมชนหนึ่งในจังหวัดขอนแก่นพบว่า นอกเหนือจากรายได้ของครอบครัวแล้ว ภาวะน้ำท่วม และการซื้อสลากกินแบ่งรัฐบาลเป็นปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพกายและสุขภาพจิตของคนในชุมชน⁽¹⁴⁾

ปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพนั้นมีความหมายที่กว้างมาก นักวิจัยจากหน่วยงานต่าง ๆ หลายประเทศได้ทำการศึกษาในเรื่องนี้ ในที่นี้ได้รวบรวมและสรุปปัจจัยดังกล่าวไว้เป็นหมวดหมู่ ตามองค์ประกอบหลักจากกรอบแนวคิดของคณะกรรมการการปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพ⁽¹⁵⁾ ดังแสดงในตารางที่ 1⁽¹⁶⁾ โดยแต่ละการศึกษาปัจจัยคล้ายคลึงกัน คือปัจจัยทางบริบททางสังคมและการเมือง ได้แก่ สันติภาพ ระบบนิเวศและทรัพยากรที่ยั่งยืน การเกษตรและการผลิตอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้และสุขาภิบาล การคมนาคม ความปลอดภัยทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์และส่งผลกระทบต่อปัจจัยทางชนชั้นและตำแหน่งทางสังคม อันได้แก่ การศึกษา รายได้และสถานะทางสังคม ภาวะการจ้างงาน และสภาพแวดล้อมในการทำงาน ความเป็นธรรมทางสังคม การกีดกันทางสังคม⁽¹⁷⁻²⁰⁾ เชื้อชาติหรือการเป็นชนเผ่าดั้งเดิม (aboriginal status)⁽¹⁹⁾ เป็นต้น โดยปัจจัยในสองระดับข้างต้นส่งผลต่อผลลัพธ์สุขภาพ โดยผ่านทางปัจจัยตัวกลาง ได้แก่ ชีวิตในวัยเด็ก ที่อยู่อาศัย อาหาร ความเครียด การบริการสุขภาพ⁽¹⁷⁻²⁰⁾ และพฤติกรรมและการเสพติด⁽¹⁷⁾ ทั้งนี้บางปัจจัยสามารถจำแนกได้หลายระดับ เช่น นโยบายและการผลิตอาหาร นับว่าเป็นบริบททางสังคมและการเมือง การมีอยู่ของอาหารนับว่าเป็นปัจจัยตัวกลาง หรือนโยบายการศึกษา ซึ่งเป็นบริบททางสังคมและการเมือง ส่วนการศึกษาของบุคคลตามสถานะทางสังคมเป็นปัจจัยเกี่ยวเนื่องกับชนชั้น

ทางสังคม เป็นต้น

นอกจากนี้ การจัดหมวดหมู่ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพอาจทำได้หลายแบบตามมุมมองและวัตถุประสงค์ของผู้ศึกษา เช่น ตามมุมมองการวิเคราะห์ปัจจัยแวดล้อม (PESTLE analysis) ที่นิยมใช้ในทางเศรษฐศาสตร์ แบ่งได้เป็น ปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม เทคโนโลยี กฎหมาย และสิ่งแวดล้อม โดยพิจารณาเพิ่มปัจจัยเฉพาะบุคคลอันได้แก่ เพศ ชีวิตและพัฒนาการในวัยเด็ก ความเครียด และการเสพติด เพื่อให้ครอบคลุมปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพจากแต่ละการศึกษา หรือสามารถจัดหมวดหมู่ตามระดับการจัดการความไม่เป็นธรรมของปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ เป็นระดับโลก (globalization) ระดับมหภาค (macro level) ได้แก่ นโยบายสาธารณะต่างๆ ระดับกลาง (meso level) ได้แก่ ปัจจัยระดับชุมชน และระดับจุลภาค (micro level) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล

สำหรับบทความนี้จะกล่าวถึงรายละเอียดของปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพตามรายงานการศึกษาของ

คณะกรรมการการปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพขององค์การอนามัยโลก ดังนี้⁽¹⁵⁾

1. **ชนชั้นทางสังคม (social gradient)** หมายถึง สถานะทางเศรษฐกิจ ลำดับชั้นทางสังคม รวมถึงหน้าที่การงาน ผู้ที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมต่ำกว่ามักจะมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรค และการตายก่อนวัยอันควรสูงกว่าผู้ที่อยู่ในชนชั้นทางสังคมที่สูงกว่า โดยความเสียเปรียบของผู้ที่อยู่ในชนชั้นต่ำกว่าอาจมาจากรายได้ที่ต่ำกว่า การศึกษาที่น้อยกว่า หรือการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ลำบาก ซึ่งการที่อยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบากเป็นเวลานาน ย่อมทำให้ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพมากขึ้น

2. **ความเครียด (stress)** สถานการณ์ทางสังคมที่ทำให้เกิดความเครียดในระยะยาวมีผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพจิตและสุขภาพกาย ซึ่งสามารถอธิบายได้ด้วยกระบวนการตอบสนองต่อความเครียดทางสรีรวิทยาของบุคคล และเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเครียดเป็นเวลานาน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และภาวะซึมเศร้า

ตารางที่ 1 ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพจากหลายการศึกษา⁽¹⁶⁾

ปัจจัย	Ottawa Charter ⁽²¹⁾	Dahlgren and Whitehead ⁽²²⁾	Health Canada ⁽²³⁾	World Health Organization ⁽¹⁷⁾	Centers for Disease Control ⁽²⁰⁾	Raphael et al. ⁽²⁴⁾
บริบททางการเมืองและสังคม (Socio-political context)	สันติภาพ ระบบนิเวศ ที่มั่นคง ทรัพยากรที่ยั่งยืน	การเกษตร และการผลิตอาหาร น้ำดื่ม น้ำใช้ และการสุขาภิบาล	วัฒนธรรม	การคมนาคม	การคมนาคม	ความมั่นคงของอาหาร ความปลอดภัยทางสังคม
ชนชั้น และตำแหน่งทางสังคม (Social position and stratification)	การศึกษา รายได้ ความเป็นธรรมทางสังคม และความเสมอภาค	การศึกษา การว่างงาน สิ่งแวดล้อมในการทำงาน	การศึกษา รายได้ และสถานะทางสังคม การจ้างงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และเครือข่ายทางสังคม	ชนชั้นทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม การกีดกันทางสังคม การว่างงาน	การกีดกันทางสังคม สถานะทางเศรษฐกิจ	การกีดกันทางสังคม การศึกษา รายได้และการกระจาย การจ้างงาน การว่างงาน และความมั่นคงในงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน เพศ การเป็นชนพื้นเมือง
ปัจจัยตัวกลาง (intermediary determinant)	ที่อยู่อาศัย อาหาร	ที่อยู่อาศัย การบริการสุขภาพ	การบริการสุขภาพ พัฒนาการวัยเด็ก	อาหาร ชีวิต ในวัยเด็ก ความเครียด การเสพติด	ที่อยู่อาศัย ความเครียดจากสังคม และสิ่งแวดล้อม การเข้าถึงบริการ	ที่อยู่อาศัย การบริการสุขภาพ ชีวิตในวัยเด็ก

3. ชีวิตในวัยเด็ก (early life) หมายถึง สภาวะของบุคคลตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ภาวะโภชนาการ และการดูแลสุขภาพของมารดาส่งผลต่อทารก ซึ่งจะมีผลกระทบต่อเด็กไปในช่วงชีวิต เห็นได้ชัดจากเด็กที่มีน้ำหนักตัวแรกเกิดน้อยจะมีความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ในขณะนั้นหรือในวัยผู้ใหญ่มากกว่าเด็กที่มีน้ำหนักปกติ การดูแลโภชนาการ การเสริมสร้างพัฒนาการทางกาย สติปัญญา และอารมณ์ของทารกและเด็กให้เป็นไปตามวัย การปลูกฝังพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตั้งแต่วัยเด็ก และการให้การศึกษาล้วนแล้วแต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของบุคคลทั้งสิ้น

4. การกีดกันทางสังคม (social exclusion) หมายถึง การที่บุคคลหรือกลุ่มได้รับการกระทำจากสังคมให้รู้สึกแปลกแยกและไม่เท่าเทียมจากการที่มีลักษณะเฉพาะของบุคคลหรือกลุ่มนั้น เช่น การกีดกันทางเพศ โดยมากมักพบในเพศหญิงซึ่งจะทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมในด้านสุขภาพ⁽²⁵⁾ การกีดกันทางเชื้อชาติ พบในชนกลุ่มน้อย ผู้ยากไร้ ผู้อพยพ แรงงานต่างด้าว และผู้พิการ เป็นต้น ซึ่งผลกระทบต่อสุขภาพเป็นผลโดยตรงจากสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่ยากลำบากของบุคคลนั้น ร่วมกับเป็นผลโดยอ้อมจากการขาดโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพ

5. การทำงาน (work) หมายถึง ลักษณะโครงสร้างทางสังคม และรูปแบบการจัดการขององค์กร ความสัมพันธ์ทางสังคมในที่ทำงานและชนิดของงาน จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของคนทำงาน นอกจากนี้ การที่มีความเครียดในงานมากและมีโอกาสในการตัดสินใจน้อย มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ภาวะปวดหลัง และการขาดงานเนื่องจากความเจ็บป่วย

6. การว่างงาน (unemployment) การที่บุคคลไม่มีงานทำให้เกิดปัญหาการขาดรายได้ และส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ ผลกระทบต่อสุขภาพนั้นเกิดขึ้นตั้งแต่บุคคลรู้สึกถึงความไม่มั่นคงในงานที่ทำ ในกลุ่มคนที่มีความไม่มั่นคงในงานและอยู่ในภาวะว่างงานเป็นเวลานาน จะมีอัตราการเจ็บป่วยและมีปัญหาทางสุขภาพจิตมากกว่าบุคคลที่มีความมั่นคงในงานที่ทำ^(26,27)

7. การสนับสนุนทางสังคม (social support) หมายถึง การมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อเพื่อน การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หรือเครือข่ายทางสังคม ความเชื่อมั่นทางสังคม (social cohesion) เป็นปัจจัยป้องกัน และส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดีทั้งในครอบครัวและสังคม⁽²⁸⁾

8. การเสพติด (addiction) หมายถึง พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดทำให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพคือ ทำให้เกิดการใช้ความรุนแรง การบาดเจ็บ การตายจากอุบัติเหตุ และการฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ยังสัมพันธ์กับปัจจัยทางสังคมอื่นๆ คือ ผู้มีพฤติกรรมการเสพติดมักอยู่ในสถานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำและสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี รวมถึงปัจจัยทางการตลาดของบุหรี่และสุรา ส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการเสพติดเป็นจำนวนมากขึ้นในประชากร

9. อาหาร (food) ที่มีคุณภาพและมีปริมาณเพียงพอของบุคคล เป็นปัจจัยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพดี การขาดแคลนอาหารส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ขาดการเจริญเติบโต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็ก ในทางตรงกันข้าม การบริโภคอาหารเกินโดยรวมหรือบางประเภทส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยทำให้เกิดโรคต่างๆ เช่น เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด มะเร็ง โรคอ้วน และฟันผุ เป็นต้น

10. การคมนาคม (transport) หมายถึง การเดินทางที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี เช่น การเดิน หรือการใช้จักรยานเพื่อเดินทางในระยะทางสั้นๆ แทนการใช้รถยนต์ส่วนตัว และการใช้บริการขนส่งมวลชนให้มากขึ้น จะส่งเสริมสุขภาพในแง่การออกกำลังกาย เพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในชุมชน การลดอุบัติเหตุจราจร และการลดมลพิษทางอากาศ

ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ กับการสร้างเสริมสุขภาพ

เริ่มมีการกล่าวถึงแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพระดับสากลในการประชุมขององค์การอนามัยโลกปี พ.ศ. 2520

เพื่อสนับสนุนเป้าหมายการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all)⁽²⁹⁾ และการจัดประชุมนานาชาติของการสาธารณสุขมูลฐาน ปี พ.ศ. 2521 ณ เมืองอัลมาอะตา ประเทศรัสเซีย โดยเริ่มแนวคิดการป้องกันโรคทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี เพื่อเป็นเป้าหมายพื้นฐานของสังคม และมีการกำหนดนโยบายสุขภาพใหม่ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน และระหว่างภาคส่วนต่างๆ ของสังคม โดยมีการสาธารณสุขมูลฐานเป็นพื้นฐาน⁽³⁰⁾ และในปี พ.ศ. 2529 ได้มีการประชุมนานาชาติเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเป็นครั้งแรก ณ เมืองออกตาวา ประเทศแคนาดา ได้มีการประกาศ “กฎบัตรออกตาวาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ” (Ottawa Charter for Health Promotion)⁽²¹⁾ ซึ่งได้กำหนดความหมายของการส่งเสริมสุขภาพ ว่าเป็น “ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชน เพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาพอันสมบูรณ์ ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม” โดยบุคคลและกลุ่มบุคคลจะต้องสามารถบ่งบอกและตระหนักถึงความต้องการของตนเอง สามารถตอบสนองต่อปัญหาของตนเอง และสามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม หรือปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ อีกทั้งยังสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ ทั้งนี้ ปัจจัยพื้นฐานของการมีสุขภาพดีนั้นจะต้องประกอบด้วย การมีสันติภาพ ที่พักอาศัย การศึกษา อาหาร รายได้ ระบบนิเวศที่มั่นคง แหล่งทรัพยากรที่เพียงพอ ความยุติธรรมและความเท่าเทียมกันในสังคม (ดังแสดงในตารางที่ 1) ซึ่งจะเห็นได้ว่าการมีสุขภาพดีนั้นต้องพิจารณาปัจจัยที่นอกเหนือปัจเจกบุคคล ซึ่งก็คือปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อมนั่นเอง ดังนั้นโดยหลักการของการสร้างเสริมสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพนั้น มีความสัมพันธ์กันอย่างมาก โดยมีจุดหมายร่วมคือการมีสุขภาพที่ดีของประชาชน

แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพและปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพนั้น มีหลักการและข้อเสนอแนะบางส่วนที่คล้ายคลึงกัน⁽³¹⁾ ได้แก่ (1) การมองสุขภาพเป็นองค์รวมของสภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม

ซึ่งไม่ใช่เพียงแต่การไม่มีโรค และความพิการใด (2) การดำเนินการไม่ได้เน้นการรักษาโรค แต่เป็นการดำเนินการเชิงรุก โดยเน้นการจัดการกับสาเหตุหรือปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพ (3) กลวิธีเน้นการมีส่วนร่วม (participation) และการเสริมพลังอำนาจ (empowerment) ให้บุคคลหรือสังคมมีความสามารถในการดำเนินการจัดการกับต้นทางของปัญหาสุขภาพ ในขณะเดียวกันทั้งสองแนวคิดนี้ยังมีความแตกต่างกันเล็กน้อยได้แก่ (1) ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพมีหลักการเพิ่มเติมคือ เป้าหมายเรื่องความเป็นธรรมทางสังคม เพื่อให้ทุกคนได้รับสิ่งที่จำเป็นสำหรับสภาวะของตน และ (2) จุดเริ่มในการดำเนินการ (entry points for intervention) งานสร้างเสริมสุขภาพนั้น ทำในหลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน สังคม หรือดำเนินการในองค์กรที่แตกต่างกัน เช่น โรงเรียน โรงพยาบาล สถานที่ทำงาน เป็นต้น ส่วนแนวคิดปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพมาใช้นั้นจะมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายในระดับสังคม ประชากร และระดับนโยบาย รวมทั้งกลุ่มประชากรผู้ด้อยโอกาส⁽³¹⁾

ดังนั้น การดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพโดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพทำให้เกิดการเสริมแรงกัน เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาสภาวะของประชาชนสามารถทำได้ในระดับสากล โดยมีเป้าหมายในการลดช่องว่างความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพในระดับประเทศ และระหว่างประเทศ อาศัยการมีส่วนร่วมขององค์การอนามัยโลก สำนักงานภูมิภาค และองค์กรระหว่างประเทศ โดยอาจมีการรวมหน่วยงานสนับสนุนงานทั้งสองแนวทางให้เป็นหน่วยงานเดียวกัน จัดให้มีการเพิ่มทรัพยากรสนับสนุน การกำหนดข้อเสนอแนะและกลยุทธ์ต่างๆ ให้เป็นแนวทางร่วมกัน เน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมในเชิงนโยบาย การปรับเปลี่ยนการบริการสุขภาพ และใช้ธรรมาภิบาลเพื่อการพัฒนาสุขภาพ⁽³¹⁾ และควรมีการดำเนินการแบบบูรณาการ (comprehensive) ร่วมกันในหลายองค์กรและหลายระดับ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำที่อาจเกิดขึ้นในกลุ่มด้อยโอกาส โดยมุ่งเน้นการเคลื่อนไหวทางสังคม เพื่อการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ นโยบาย และ

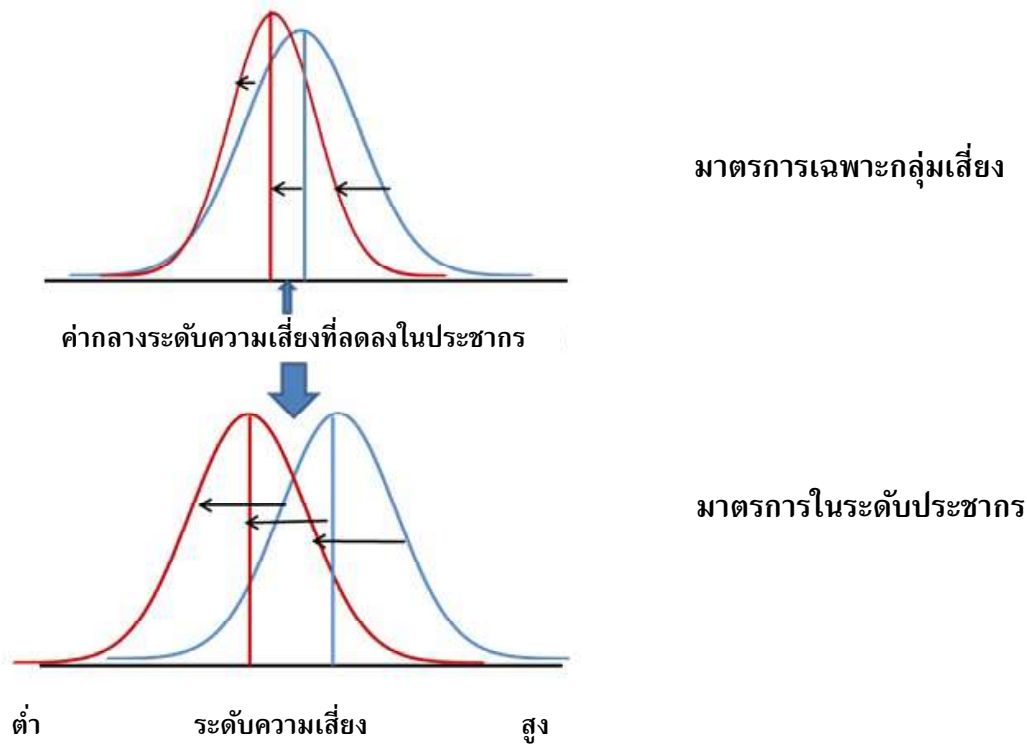
สิ่งแวดล้อม มีการกำหนดนโยบายสุขภาพแบบ Health in All Policies โดยอาศัยความร่วมมือของหลายภาคส่วน

บทบาทของปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพต่อการวางแผนและดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ

มาตรการหรือยุทธศาสตร์ในการแก้ปัญหาสุขภาพต่าง ๆ นั้น มีได้อย่างน้อยสองมุมมอง ตามแนวคิดของ Geoffrey Rose นักระบาดวิทยาชาวอังกฤษ คือ มาตรการเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และมาตรการในระดับประชากร (high risk strategy and population strategy approach) มาตรการเฉพาะกลุ่มเสี่ยงมุ่งเน้นป้องกันบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคสูง เพื่อช่วยลดระดับความเสี่ยงและป้องกันโรคในบุคคลนั้น มีข้อดีคือสามารถจัดกิจกรรมหรือแนวทางการป้องกันโรคได้เฉพาะและตรงกับความต้องการของกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อโรคนั้น แต่มีข้อด้อยคือการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงอาจเป็นลักษณะบรรเทาโรคหรือได้ผลชั่วคราว และได้ผลลัพธ์ของการควบคุมโรคในประชากรจำนวนน้อย ตัวอย่างเช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรับประทานอาหาร และออกกำลังกายในคนอ้วน โดยไม่ได้มีการเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางสังคมและสิ่งแวดล้อม เช่นการมีอยู่ หาได้ง่าย และราคาถูกของอาหารขยะ (junk food) สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการออกกำลังกาย และขาดการสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง เป็นต้น ย่อมไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงนั้นได้ รวมทั้งประชาชนที่ไม่เสี่ยงในขณะนั้นย่อมมีโอกาสมากที่จะเปลี่ยนสภาพมาเป็นกลุ่มเสี่ยงได้ในทางตรงกันข้าม มาตรการในระดับประชากรมุ่งป้องกันโรคในระดับประชากรทั้งหมดโดยไม่คำนึงถึงระดับความเสี่ยงแต่ละบุคคล เช่น การให้วัคซีนครอบคลุมในประชากรทั้งหมด อาจหวังผลการเกิดภูมิคุ้มกันในระดับบุคคล และการเกิดภูมิคุ้มกันในระดับประชากร (herd immunity) ซึ่งได้ผลลัพธ์ในการลดปัญหาประชากรที่เสี่ยงต่อโรค และลดภาระโรคในประชากร หรือการปรับเปลี่ยนค่านิยมของสังคมต่อปัจจัยที่เสี่ยง เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่⁽³²⁾ ดังภาพที่ 2 จะเห็นได้ว่าเป็นการเคลื่อน

การกระจายประชากรที่เสี่ยงไปทางซ้าย ทำให้ลดจำนวนประชากรที่มีความเสี่ยงต่อโรค ซึ่งมาตรการในระดับประชากรนี้ จะรวมถึงการจัดการกับต้นเหตุของปัญหาในภาพรวม รวมถึงปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพนั่นเอง

ในปัจจุบัน แนวคิดกลไกของการป้องกันโรคส่วนใหญ่ และส่งเสริมการมีสุขภาพะนั้น ไม่ได้เป็นกลไกแบบง่ายที่แสดงเหตุและผลโดยตรง แต่เป็นกลไกที่ซับซ้อนที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยสาเหตุหลายอย่างและในหลายระดับ⁽³³⁻³⁴⁾ เช่นเดียวกับแนวคิดปัจจัยทางสังคม กำหนดสุขภาพที่ปัจจัยส่วนบุคคลอยู่ภายใต้อิทธิพลของสังคม ชุมชนและสิ่งแวดล้อมในระดับสูงขึ้นไป ซึ่งแต่ละระดับมีความสัมพันธ์กับระดับที่อยู่ล้อมรอบทุกระดับ และต่างได้รับอิทธิพลของกันและกัน เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในระดับใดระดับหนึ่ง ย่อมส่งผลต่อปัจจัยส่วนอื่น ๆ ด้วย ส่วนแนวคิด การสร้างเสริมสุขภาพนั้นเป็นการบูรณาการของกระบวนการทางการเมืองและสังคม ซึ่งไม่ได้เพียงแค่มุ่งการเสริมศักยภาพในระดับบุคคลเท่านั้น แต่รวมถึงการปรับเปลี่ยนสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม⁽³³⁻³⁴⁾ ดังนั้น ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่ได้เน้นเพียงการจัดการเพียงระดับใดระดับหนึ่ง จำเป็นต้องมีการวางแผนให้ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมด กรอบแนวคิดในการดำเนินงานและการประเมินผลจึงมีความซับซ้อน ได้มีผู้เสนอกรอบแนวคิดการดำเนินงานและการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพหลายแนวคิด ตัวอย่างเช่น กรอบแนวคิด Cynefin⁽³⁵⁾ ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการจำแนกประเด็น และหากกลยุทธ์ที่เหมาะสมสำหรับงานสร้างเสริมสุขภาพในแต่ละองค์กร โดยมีการแบ่งประเภทสถานการณ์และกลยุทธ์ที่ใช้เฉพาะต่อสถานการณ์เป็น 4 แบบหลัก ตามกรอบแนวคิดนี้ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพเป็นแบบซับซ้อน และมีหลายปัจจัยเกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะในการดำเนินการควรเริ่มจากการ “สอบสวน” (probe) หารูปแบบที่แท้จริงในองค์กรหรือชุมชน เช่น การมีส่วนร่วม การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา และการแก้ปัญหา จากนั้นจึง “ประเมิน” (sense) ประโยชน์และความเป็นไปได้ของ

ภาพที่ 2 มาตรการเฉพาะกลุ่มเสี่ยง และมาตรการในระดับประชากร⁽³²⁾

รูปแบบที่สอบสวนได้ เพื่อการ “ตอบสนอง” (respond) ต่อปัญหา หรือสถานการณ์ในการดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพ และกรอบแนวคิดที่อาจนำมาใช้ในการประเมินงานสร้างเสริมสุขภาพ เช่น การประเมินแบบพัฒนาการ (developmental evaluation)⁽³³⁾ ซึ่งเป็นการประเมินผลในสถานการณ์ที่ซับซ้อน และไม่แน่นอน โดยอาศัยการประเมินจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมุ่งเพื่อหาโอกาสในการสร้างนวัตกรรม และพัฒนากระบวนการดำเนินงาน

สำหรับกรอบแนวคิดของคณะกรรมการการปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพนั้น มีการแบ่งระดับปัจจัยเป็นบริบททางการเมืองและสังคม ได้แก่ การปกครอง นโยบายด้านเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณะ วัฒนธรรม และบรรทัดฐานทางสังคม ซึ่งปัจจัยในระดับนี้ส่งผลกระทบต่อและได้รับผลกระทบต่อปัจจัยระดับชุมชนและสถานะทางสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อปัจจัยระดับกลาง ได้แก่ สภาพความเป็นอยู่ อาหาร ปัจจัยทางชีวภาพและพฤติกรรม เป็นต้น และปัจจัยในระดับนี้ส่งผลกระทบต่อสุขภาวะ นอกจากปัจจัยต่างๆ ในหลายระดับแล้ว

ในปัจจุบันระดับกลางยังมีความแตกต่างกันในด้านการได้รับสิ่งคุกคาม (differential exposure) ด้านความแตกต่างกันของกลุ่มเสี่ยง (differential vulnerability) ซึ่งเป็นผลกระทบมาจากปัจจัยผลลัพธ์ของระบบสุขภาพด้วย และยังมีปัจจัยผลที่ตามมาจากสภาวะสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคมที่แตกต่างกัน ซึ่งได้รับผลกระทบจากระบบสุขภาพ ความเป็นธรรมทางสุขภาพ และระดับชั้นทางสังคม⁽¹⁵⁾

สรุป

มีการศึกษาแนวคิดทางด้านปัจจัยทางสังคมที่กำหนดสุขภาพกันมานาน และเป็นที่สนใจเพิ่มขึ้นในระดับโลก ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่าสถานะทางสังคมที่ไม่เท่าเทียมกันส่งผลให้เกิดความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ในประเทศต่างๆ โดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้มีการดำเนินการเพื่อกำจัดปัญหานี้ แต่ยังไม่ให้ผลลัพธ์ที่ชัดเจน ส่วนในประเทศกำลังพัฒนาและประเทศไทยนั้น ยังต้องส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในเรื่องปัจจัยสังคมที่กำหนด

สุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศ และการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพที่สัมพันธ์กับปัจจัยสังคมที่กำหนดสุขภาพ จำเป็นต้องมีการวางแผนการดำเนินการ และการประเมินผลให้ครอบคลุมปัจจัยที่เกี่ยวข้องในทุกระดับและเหมาะสมกับสถานการณ์ เพื่อหาแนวทางในการสร้างสุขภาพและความเป็นธรรมทางสุขภาพในสังคม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อ.ดร.นพ.ปิยะ หาญวรวงศ์ชัย ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และสำนักสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ในการสนับสนุนการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ซึ่งบทความนี้เป็นส่วนหนึ่งในโครงการสนับสนุนด้านวิชาการเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพของไทยและการสร้างเสริมสุขภาพของสำนักสนับสนุนการพัฒนา
ระบบบริการสุขภาพ สสส. และภาคีเครือข่าย

เอกสารอ้างอิง

1. McKinlay J. A case for focusing upstream: the political economy of health. In: Jaco E, editor. Patients, physicians and illness. Basingstoke: Macmillan; 1979. p.96–120.
2. Whitehead M, Popay J. Swimming upstream? Taking action on the social determinants of health inequalities. Soc Sci Med 2010;71:1234–36.
3. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, 19 June– 22 July 1946. Geneva: World Health Organization; 1948.
4. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (3 มีนาคม 2550) ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก หน้า 1.
5. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 1990

6. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute for Future Studies; 1991.
7. World Health Organization: Social determinants of health [internet]. [cited 2013 July 20]. Available from: http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/index.html
8. Virchow R. Collected essays on public health and epidemiology. Science History Publications, Cambridge, UK; 1985.
9. Engels F. The condition of the working class in England. New York: Penguin Classics; 1987.
10. Marmot M, Wilkinson RG. Social determinants of health. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
11. Raphael D. Social determinants of health: Canadian perspectives. Toronto: Canadian Scholars' Press; 2004.
12. Townsend P, Davidson N, Whitehead M, editors. Inequalities in health: the Black Report and the health divide. New York: Penguin; 1992.
13. พินิจ พ้าอำนวยผล. การทบทวนข้อมูลปัจจัยทางสังคมที่กระทบสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต]: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ [สืบค้นเมื่อ 20 ก.ค. 2556]. แหล่งข้อมูล: http://www.hiso.or.th/hiso/proReport/pro3_report1.php?manu=2&page=1
14. Inmuong U, Charemtanyarak L, Furu P. Community perceptions of health determinants in Khon Kaen province, Thailand. SE Asian J Trop Med 2009;40:380–91.
15. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social determinants of health discussion paper 2. Geneva, 2010 [internet]. [cited 2014 Sep 1]. Available from: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
16. Bryant T, Raphael D, Schrecker T, Labonte R. Canada: A land of missed opportunity for addressing the social determinants of health. Health Policy 2011;101:44–58.
17. Wilkinson R, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. 2nd ed. Copenhagen: World Health Organization, European office; 2003.

18. Mikkonen J, Raphael D. Social determinants of health: the Canadian facts. Toronto: York university school of health policy and management; 2010.
19. Cannon R. The social determinants of health: SACOSS information paper. Unley SA: South Australian Council of Social Service; 2008.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Social determinants of health working group. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention; 2005.
21. World Health Organization. Ottawa charter for health promotion. Geneva: World Health Organization; 1986.
22. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote Equity in health. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe; 1992.
23. Health Canada, Taking action on population health: a position paper for health promotion and programs branch staff. Ottawa: Health Canada; 1998.
24. Raphael D, Bryant T, Curry-Stevens A. Toronto charter outlines future health policy directions for Canada and elsewhere. *Health Promot Int* 2004;19:269-73.
25. Bates LM, Hankivsky O, Springer KW. Gender and health inequities: A comment on the final report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health. *Soc Sci Med* 2009;69:1002-4.
26. Herbig B, Draqano N, Anqerer P. Health in the long-term unemployed. *Dtsch Arztebl Int* 2013;110:413-9.
27. Ferrie JE, Martikainen P, Shipley MJ, Marmot MG, Stansfeld SA, Smith GD. Employment status and health after privatisation in white collar civil servants: prospective cohort study. *BMJ* 2001;322:647-51.
28. Ahnquist J, Wamala SP, Lindstrom M. Social determinants of health – a question of social or economic capital? Interaction effects of socioeconomic factors on health outcomes. *Soc Sci Med* 2012;74:930-9.
29. World Health Organization. Health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1997
30. World Health Organization. Declaration of Alma Ata, international conference on primary health care, Alma Ata, 6-12 September. Geneva: World Health Organization; 1978.
31. Jackson SF, Birn A-E, Fawcett SB, Poland B, Schultz JA. Synergy for health equity: integrating health promotion and social determinants of health approaches in and beyond the Americas. *Rev Panam Salud Publica* 2013; 34:473-80.
32. Rose G. Rose's strategy of preventive medicine. Oxford: Oxford University Press; 2008.
33. Tremblay M-C, Richard L. Complexity: a potential paradigm for a health promotion discipline. *Health Promot Int* 2014;29:378-88.

Abstract: Social Determinants of Health and Health Promotion in Population

Nipaporn Urwannachotima D.D.S., M.Ed.

Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, and Department of Preventive and Social Medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Journal of Health Science 2016;25:147-56.

Social determinants of health studies were derived from the discovering of health disparities among different social groups. With the concept of social determinants of health, there have been extended of the studies to manage health inequity problems in many regions around the world. This article has reviewed the literatures of social determinants of health in regarding to the related concepts, the uses in health promotion and examples of approaches to health inequity.

Key words: social determinants of health, health promotion, upstream-downstream of health, high-risk and population approach