

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดทางสังคมในพื้นที่เขตเมือง

ชัยณรงค์ สังข์จ่าง ศศ.ด. (พัฒนาสังคม)

สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

วันรับ: 12 ก.ค. 2560

วันแก้ไข: 6 พ.ย. 2562

วันตอบรับ: 18 พ.ย. 2562

บทคัดย่อ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความไม่เสมอภาคทางสุขภาพของประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตเมือง และปัจจัยกำหนดทางสังคมระดับบริบทและโครงสร้างทางสังคม วิธีการศึกษาเป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ และแบบแผนความแตกต่างของโอกาสทางสุขภาพตามลักษณะการจัดช่วงชั้นฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการสำรวจอนามัยและสวัสดิการสำนักงานสถิติแห่งชาติ ปี 2554 ตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาเป็นประชากรในเขตเทศบาลครอบคลุมทุกจังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร จำนวน 36,564 ตัวอย่าง วิเคราะห์สถิติด้วยสมการโลจิสติก ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Stata[®] 11.02 for Mac ผลการศึกษา พบว่า มีความไม่เสมอภาคทางสุขภาพจากความแตกต่างกันของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพทั้งด้านขนาดและแบบแผนการกระจาย โดยมีปัจจัยกำหนดทางสังคมด้านบริบท ได้แก่ ด้านพื้นที่ภูมิภาค และปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ การแบ่งช่วงชั้นทางสังคมเศรษฐกิจ ประกอบด้วย สถานภาพทางเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สถานภาพการประกอบอาชีพ ชั้นทางเศรษฐกิจ และชั้นรายได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และเสนอแนะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานภาคตระหนักรู้ แสดงเจตจำนงและบทบาทในการกำหนดเป้าหมายและนโยบายแก้ปัญหาการขาดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพพื้นที่เขตเมืองอย่างเป็นระบบ และควรพัฒนาระบบสารสนเทศให้มีประสิทธิภาพเพื่อสนับสนุนการสร้างองค์ความรู้ในการกำหนดและการประเมินติดตามนโยบาย

คำสำคัญ: ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ, การวิเคราะห์เชิงประจักษ์, ปัจจัยกำหนดทางสังคม, พื้นที่เขตเมือง,

บทนำ

ความเป็นเมือง (urbanization) ในประเทศไทยเติบโตขึ้นในอัตรา ร้อยละ 2.7 ต่อปี สูงเป็นลำดับที่ 2 ของกลุ่มประเทศอาเซียน รองจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (ร้อยละ 3.1)⁽¹⁾ คาดว่าในปี 2563 จะมีประชากรในเขตเมืองสูงถึงร้อยละ 51.3 หรือประมาณ 34.37 ล้านคน โดยเพิ่มอย่างรวดเร็วทั้งจำนวนพื้นที่และจำนวนประชากร⁽²⁾ โดยเป็นจากการเติบโตของเมืองมหานคร (mega-city) หรือ เมืองโตเดี่ยว (primate

city) ซึ่งมีประชากรมากกว่า 5 ล้านคน และขยายพื้นที่เขตเมืองออกไปโดยรอบกรุงเทพมหานคร รวมถึงการขยายตัวของเมืองในภูมิภาค เมืองขนาดกลาง และเมืองขนาดเล็ก (ประชากร 100,000–500,000 คน และ 50,000–100,000 คน ตามลำดับ)⁽³⁾ นั้น การกลายเป็นเมืองของประเทศไทยไม่ได้ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในเชิงประชากร สิ่งแวดล้อมทางกายภาพเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพ โดยเฉพาะต้องคำนึงถึงความไม่เสมอภาคทางสังคมเศรษฐกิจและ

สุขภาพของประชากรด้วย

การกลายเป็นเมืองของประเทศไทยและประเทศกำลังพัฒนาอื่น ๆ ทั่วโลกนั้นเกิดจากการย้ายถิ่นจากชนบทเข้าสู่เมือง เพื่อแสวงหาโอกาสการมีงานทำ ได้เข้าถึงโอกาสทางการศึกษา ผลที่ตามมาคือ คนยากจนในชนบทเข้ามาอาศัยตั้งถิ่นฐานในชุมชนแออัด หรือพื้นที่บุกรุก (slum and informal settlement) การบริหารจัดการพื้นที่เขตเมืองที่ขาดการวิเคราะห์วางแผนเพื่อรองรับการเติบโตและความแตกต่างของประชากรเมืองที่เหมาะสม (unplanned growth) จะเกิดปัญหาความไม่เสมอภาคทางสังคมและสุขภาพ (inequality) เนื่องจากประชากรยากจนยากไร้ สภาพความแออัดในชุมชนแออัดขาดแคลนระบบโครงสร้างพื้นฐานและบริการทางสังคมและสุขภาพ อยู่ในที่พักอาศัยด้อยคุณภาพ ไม่ถูกสุขลักษณะ มีปัญหาด้านสุขาภิบาล ขาดแคลนสาธารณูปโภค และเสี่ยงต่อการเกิดอาชญากรรมและความรุนแรง ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยสูงกว่าประชากรกลุ่มอื่นในเขตเมืองด้วยตนเอง แต่งานศึกษาวิจัยทางสุขภาพโดยส่วนใหญ่ มักเป็นวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลปัญหาสุขภาพโดยรวมของประชากรมากกว่าจะสะท้อนปัญหาความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ โดยจะพบว่า สถานะสุขภาพของประชากรในพื้นที่เขตเมืองมักจะมีสถานะสุขภาพที่ต่ำกว่าในพื้นที่เขตชนบท^(4,5) โดยไม่ปรากฏให้เห็นหรือเป็นการปิดซ่อนไว้ทำให้การแก้ปัญหาความไม่เสมอภาคทางสุขภาพและสังคมไม่เป็นที่ตระหนักในระดับนโยบาย

ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ (health inequality) หมายถึง ความแตกต่างกันของโอกาสทางสุขภาพอย่างเป็นระบบ ซึ่งการกระจายโอกาสทางสุขภาพ (การเกิดโรค ความเจ็บป่วย หรือสุขภาพ) สะท้อนถึงการมีความแตกต่างกันของสถานะสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากรในสังคมที่กำหนดหรือได้รับอิทธิพลมาจากบริบท ทางสังคม และโอกาสที่เกิดจากฐานะทางสังคมเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เป็นพื้นฐานของการวิเคราะห์ทำความเข้าใจมิติ “ความเป็นธรรมทางสุขภาพ” (health equity) ซึ่งเป็นความแตกต่างที่ต้องมีการตัดสินด้วยเกณฑ์คุณค่าทางสังคม (social

judgement) หรือขึ้นอยู่กับ การตัดสินเชิงคุณค่า (normative judgment) ของกลุ่มคนที่ร่วมพิจารณาด้วยหลักจริยศาสตร์ (ethic principle) ที่สังคมยึดถือเป็นเกณฑ์มาตรฐาน^(6,7) แต่อย่างไรก็ตาม ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่เกิดจากเงื่อนไขหรือปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจที่สามารถแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงได้ อาจตีความได้ว่าเป็นปัญหาความไม่เสมอภาคด้วยเช่นกัน

การวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ เป็นสิ่งบ่งชี้ปัญหาการกระจายสุขภาพในเชิงประจักษ์ (empirical analysis) นำไปสู่ขั้นตอนการตีความด้วยเกณฑ์คุณค่าเพื่อสะท้อนปัญหาความเป็นธรรมทางสุขภาพ รวมถึงการการสร้างความรู้ ความเข้าใจกับปัญหาทางสังคมและสุขภาพ และพัฒนาแนวทางการแก้ไขให้สอดคล้องกับเหตุปัจจัย

วิธีการวิเคราะห์ที่วัดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ ถูกกำหนดด้วยค่าตัวเลขของโอกาสทางสุขภาพเพื่อระบุขนาดปัญหา (magnitude) และเปรียบเทียบแบบแผนของการกระจายโอกาสทางสุขภาพ (pattern) จะทำให้เห็นถึงลักษณะเชิงคุณภาพของสังคมและระบบสุขภาพ ซึ่งต้องการระบบสารสนเทศที่มีประสิทธิภาพทั้งความสามารถในการใช้ข้อมูลที่มีอยู่ (availability) ด้วยตัวชี้วัดทางสุขภาพ (health indicators) และความสามารถนำมาประมวลผลเพื่อผลิตสารสนเทศที่จำเป็นและใช้ประโยชน์ ในการกำหนดนโยบายทิศทางการแก้ไขปัญหาและขีดความสามารถของระบบสุขภาพ

ตัวชี้วัดทางสุขภาพที่นำมาใช้วิเคราะห์ จะต้องยึดหลัก 3 ประการ^(8,9) คือ

1) เป็นประเด็นสุขภาพที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ (avoidable) เช่น สามารถป้องกันแก้ไขให้ลดลงได้ ด้วยเทคโนโลยีทางสุขภาพ (technical support) ระบบการกระจายทรัพยากร (resource allocation) และการใช้หลักคุณธรรม (moral principles) เช่น การคุ้มครองสิทธิ หรือการไม่เลือกปฏิบัติ

2) การไม่เปิดโอกาสให้ใช้การเลือกแบบเสรี (free choice) ที่บุคคลหรือกลุ่มคนต้องตัดสินใจเลือกได้อย่างเสรีโดยไม่คำนึงถึงผลกระทบภายนอก (externality) ของ

ปัญหาสุขภาพ ที่อาจส่งผลกระทบต่อบุคคลหรือกลุ่มประชากรอื่นได้ เนื่องจากปัญหาสุขภาพไม่ใช่ปัญหาในเชิงเทคนิคเฉพาะบุคคลเท่านั้น แต่การเสริมสร้างสุขสภาวะหรือการดูแลคุณภาพชีวิตของประชาชนนั้นเป็นทั้งผลลัพธ์ (outcome) การจัดการทางสังคม และเป็นการพัฒนาทุนมนุษย์ (human capital) ที่มีคุณภาพ

3) วิธีการวิเคราะห์ที่เปรียบเทียบตัวชี้วัดสุขภาพ ตามลักษณะเฉพาะของบริบททางสังคม เช่น พื้นที่เขตเมือง จะช่วยทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจและสามารถจำแนกกลุ่มคนยากไร้ คนชั้นกลาง และคนที่มีความฐานะดีอาศัยรวมอยู่ในชุมชนเดียวกันนอกจากกันให้ชัดเจน เพื่อสะท้อนถึงการเข้าถึงทรัพยากรในสังคมที่แตกต่างกัน ซึ่งจะช่วยให้สะท้อนปัญหาความเหลื่อมล้ำ หรือความไม่เสมอภาคในสังคม จากลักษณะการจัดช่วงชั้นทางสังคม (social stratification) ให้เห็นชัดเจนขึ้น จะช่วยให้การวางแผนการจัดการแก้ไขปัญหามุ่งตรงไปยังกลุ่มคนด้อยโอกาสได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาวิจัยนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดทางสังคม เพื่อสะท้อนปัญหาการกระจายโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่เสมอภาคเท่าเทียมกัน รวมถึงวิเคราะห์สาเหตุหรือปัจจัยกำหนดทางสังคมของประชากรในพื้นที่เขตเมือง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจปัจจัยฐานะทางสังคมเศรษฐกิจที่มีอิทธิพลต่อการกระจายโอกาสทางสุขภาพของประชากรในพื้นที่เขตเมือง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์เชิงประจักษ์ (empirical analysis) โดยใช้ฐานข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการของครัวเรือน ปี 2554 ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ซึ่งเป็นการสำรวจขนาดใหญ่ครอบคลุมทุกภูมิภาค ทั้ง 77 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร ที่ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งใช้ระบบการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (stratified two-stage sampling) ชั้นแรกเป็นการสุ่มเขตแดน (enumeration areas) ทั้งในเขต

เทศบาล และนอกเขตเทศบาล ชั้นที่สอง ในเขตแดนนับเป็นการสุ่มครัวเรือนตัวอย่าง และสัมภาษณ์หัวหน้าครัวเรือน โดยมีจำนวนประชากรตัวอย่างในการศึกษา จำนวน 36,564 คน (เฉพาะรหัสในฐานข้อมูล area=1) เครื่องมือที่ใช้เป็นตารางนำเข้าฐานข้อมูล และพจนานุกรมข้อมูลตามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ตัวแปรผลลัพธ์สุขภาพ คือ โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ (health risk) เป็นตัวแปรผลลัพธ์ทางสุขภาพเชิงลบ ประกอบด้วย มิติด้านการแพทย์ ได้แก่ การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ การมีสุขภาพช่องปาก และความเสี่ยงต่อโรคไข้หวัดใหญ่ มิติด้านความสามารถในการใช้ชีวิตปกติ ได้แก่ การพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การเจ็บป่วยจนต้องหยุดงาน ความยากลำบากในการเคลื่อนไหว และการไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองและมิติด้านการรับรู้สุขภาพตนเอง ได้แก่ ความเจ็บปวดและไม่สบาย และความวิตกกังวล ที่ประกอบด้วยสุขภาพทางร่างกาย จิตใจ และวิถีชีวิตทางสุขภาพ ซึ่งสะท้อนปัญหาสุขภาพสำคัญของประชากรในพื้นที่เขตเมือง ขณะเดียวกันปัญหาความเสี่ยงทางสุขภาพเหล่านี้ยังเป็นประเด็นที่สามารถหลีกเลี่ยงได้ด้วยกระบวนการทางนโยบายและมาตรการทางสังคมและสุขภาพที่เหมาะสมในด้านเทคโนโลยีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค

ตัวแปรสุขภาพทุกรายการกำหนดมาตรฐานวัดแบบแบ่งประเภท ระหว่าง การเกิดปัญหาทางสุขภาพโดยที่ 1 หมายถึง การเกิดปัญหาสุขภาพ หรือการเกิดเหตุการณ์ (event) และ 0 หมายถึง ไม่เกิดปัญหาสุขภาพ หรือไม่เกิดเหตุการณ์ (not event) ซึ่งได้ทำการคำนวณค่าสัดส่วนอุบัติการณ์ (prevalence ratio = mean) ของแต่ละคน และใช้เทคนิคการคำนวณค่าความน่าจะเป็นภายหลังจากการประมาณค่าด้วยสมการถดถอยโลจิสติก (post estimate for predicted probability) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป Stata® 11.02 for Mac เพื่อพยากรณ์โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพเป็นตัวแปรแบบต่อเนื่องที่มีค่าอยู่ระหว่าง 0 และ 1

2. ตัวแปรปัจจัยกำหนดทางสังคม เป็นตัวแปรเชิง

โครงสร้างที่มีอิทธิพลทางสังคมที่ทำให้เกิดผลลัพธ์สุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรแบ่งประเภทแบบจัดลำดับ (ordinal scale for rank of group) ประกอบด้วย ภูมิภาค สถานภาพทางเพศ ชั้นทางเศรษฐกิจ การประกอบอาชีพ และระดับชั้นของรายได้ โดยปรับมาตรฐานด้วยกลุ่มอายุ (age-group adjusted)

การวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นที่ 1 การสร้างตัวแบบการวิเคราะห์ทางสถิติตัวชี้วัดสุขภาพและตัวแปรปัจจัยกำหนดทางสังคม และประมาณค่าตัวแบบด้วยสมการถดถอยพหุ (multiple regression) โดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ค่าเฉลี่ย ตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ สัมประสิทธิ์การกระจาย (coefficient of variation) และเปรียบเทียบขนาดความแตกต่างด้วยสัดส่วนเปอร์เซ็นต์ไทล์ (inter-percentile ratio) เพื่อแสดงขนาดของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพตลอดช่วงชั้นทางสังคม ขั้นที่ 2 ทดสอบความแตกต่างของความเสียหายสุขภาพระหว่างกลุ่มฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ และพื้นที่ภูมิภาค โดยใช้สถิติทดสอบความแปรปรวนของค่าความคาดเคลื่อนระหว่างกลุ่ม (testing for groupwise heteroskedastic) ($p < 0.05$) ด้วย Levene's test⁽¹⁰⁾ ขั้นที่ 3 นำเสนอรูปแบบความไม่เสมอภาคทางสุขภาพระหว่างกลุ่มประชากร โดยสมการการกระจายความเสี่ยงสะสม (cumulative distribution function) เพื่อแสดงแบบแผนความแตกต่าง ของกลุ่มฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ (stochastic dominant) ดังสมการ

$$y = b_0 + b_1 x_1 + e \dots\dots\dots(1)$$

สมการตัวแบบการวิเคราะห์ผลลัพธ์สุขภาพ โดย y หมายถึง ผลลัพธ์ทางสุขภาพ x หมายถึง ปัจจัยกำหนดทางสังคม และ e หมายถึง

$$p(y) = 1 / (1 + e^{-f(x)}) \dots\dots\dots(2)$$

สมการพยากรณ์โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ โดย p(y)

หมายถึง ความน่าจะเป็นในการเกิดปัญหาทางสุขภาพของเหตุการณ์ y, e หมายถึง เลขฐานของค่าลอการิทึมธรรมชาติ เป็นค่าคงที่ เท่ากับ 2.71828 และ x หมายถึง ปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยที่ผลรวมของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ จากสมการ (1) และ (2) แสดงไว้ดังสมการ

$$p_y = \frac{e^{b_0 + b_1 x_1 + b_p x_p}}{1 + e^{b_0 + b_1 x_1 + b_p x_p}} \dots\dots\dots(3)$$

และสมการ

$$F(x) = P(X \leq x) = \int_{-\infty}^x f(y) dy \dots\dots\dots(4)$$

ผลการศึกษา

1. โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพตามบริบททางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง

ผลการศึกษา พบว่า ในแต่ละภูมิภาค (geographical region) มีความแตกต่างกันของความเสียหายสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ประชากรเขตเมืองในภาคเหนือและภาคกลางมีโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่สุด (mean=0.0736 และ 0.0656 ตามลำดับ) และประชากรเขตเมืองในภาคใต้มีความเสียหายสุขภาพต่ำที่สุด (mean=0.0568) มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำที่อยู่ระหว่าง 3.25-3.95 เท่า

2. โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพตามฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ

สถานภาพทางเพศต่างกัน (sex) พบว่า มีความแตกต่างกันของความเสียหายสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) กลุ่มเพศหญิงมีความเสียหายสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเพศชาย (mean=0.0741 และ 0.0553 ตามลำดับ) โดยแต่ละเพศมีความเสี่ยงสูงและความเสี่ยงต่ำแตกต่างกันอยู่ระหว่าง 3.55-3.69 เท่า การมีสถานภาพสมรส (marital status) ที่แตกต่างกัน พบว่า ความเสียหายสุขภาพในกลุ่มสถานภาพสมรสมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่กลุ่มที่มีสถานภาพสมรสหม้าย มีความเสียหายสุขภาพสูงที่สุด

(mean=0.1365) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่สุด คือ กลุ่มสถานภาพสมรสโสด (mean=0.0149)

ระดับการศึกษา (education achievement) พบว่า แต่ละกลุ่มระดับการศึกษามีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยที่ความเสี่ยงของกลุ่มประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษามีอัตราส่วนสูงที่สุด (mean=0.0981 และ 0.0923 ตามลำดับ) กลุ่มที่มีระดับตั้งแต่มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวส./ปวท. อนุปริญญา และปริญญาตรีมีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่สุด (mean=0.0463, 0.0498 และ 0.0469 ตามลำดับ) โดยแต่ละระดับการศึกษามีความเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำอยู่ระหว่าง 2.72–5.04 สถานภาพการประกอบอาชีพ (occupation) พบว่า มีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยจะพบว่า กลุ่มอาชีพผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในการเกษตรและประมง กลุ่มพนักงานบริการและพนักงานขายในร้านค้าและตลาด และกลุ่มอาชีพขั้นพื้นฐาน มีโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่สุด (mean=0.0772, 0.0691 และ 0.0659 ตามลำดับ) และกลุ่มที่มีความเสี่ยงน้อยที่สุด คือ กลุ่มอาชีพเสมียน (mean=0.0442) แต่ละกลุ่มอาชีพมีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ อยู่ระหว่าง 2.63–4.10 เท่า กลุ่มประชากรในเขตเมืองที่มีความแตกต่างกันของ

ชั้นทางเศรษฐกิจ (economic class) พบว่า มีความเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พบว่า กลุ่มประชากรในชั้นทางเศรษฐกิจเป็นผู้ประกอบการธุรกิจ และกลุ่มนายจ้างมีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่สุด (mean=0.0791 และ 0.0719) และชั้นทางเศรษฐกิจ ที่เป็นลูกจ้างเอกชนมีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่สุด (mean=0.0513) โดยที่ในแต่ละชั้นทางเศรษฐกิจพบว่า มีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำต่างกันอยู่ 2.54–3.84 เท่า ระดับชั้นรายได้ (income

class) พบว่า มีความแตกต่างกันของความเสี่ยงทางสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยจะพบว่า ชั้นรายได้ต่ำ (lower income class) และชั้นรายได้ต่ำที่สุด (lowest income class) มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่สุด (mean=0.0862 และ 0.0737) และชั้นรายได้สูง (higher income class) มีความเสี่ยงทางสุขภาพต่ำที่สุด (mean=0.0565) (รายละเอียดดังตารางที่ 1)

จากตารางที่ 1 จัดทำแผนภาพการกระจายสะสมเพื่อแสดงแบบแผนความไม่เสมอภาคของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ (inequality of health opportunity) โดยที่กราฟแต่ละเส้นหมายถึงค่าสะสมของโอกาสเสี่ยงสุขภาพในแต่ละกลุ่มย่อยตามการจัดช่วงชั้นทางสังคมเศรษฐกิจตามตำแหน่งเปอร์เซ็นต์ไทล์ โดยแกน y คือ ลำดับเปอร์เซ็นต์ไทล์ แกน x หมายถึง ขนาดของโอกาสเสี่ยง โดยที่แต่ละเส้นกราฟความเสี่ยงสะสมเรียงตามลำดับของข้อมูลมาตรวัดตัวแปร และแต่ละเส้นกราฟแสดงผลค่าสะสมของโอกาสเสี่ยงสุขภาพตลอดตั้งแต่เปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 1 ถึง 100 โดยเส้นกราฟที่อยู่ด้านขวามือสุดจะมีค่าโอกาสเสี่ยงสะสมมากที่สุด (first order descending stochastic dominants) เมื่อเปรียบเทียบกับเส้นที่อยู่ถัดไปด้านซ้ายมือ (second order descending stochastic dominants) แสดงให้เห็นโอกาสทางสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างประชากรกลุ่มย่อย หรือทางเลือกในการจัดการทางสังคมที่จะลดระดับความเสี่ยงทางสุขภาพ

จากภาพที่ 1 แสดงให้เห็นถึงความด้อยโอกาสในการเกิดความเสี่ยงทางสุขภาพของประชากรในพื้นที่เขตเมืองตามบริบทพื้นที่ภูมิภาคและฐานะทางสังคมเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ภาพที่ 1.1 พื้นที่ภูมิภาค พบว่า ภาคเหนือมีลักษณะของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพที่ด้อยกว่าภูมิภาคอื่น ภาพที่ 1.2 เพศหญิงมีความด้อยโอกาสทางสุขภาพกว่าเพศชายโดยเปรียบเทียบ ภาพที่ 1.3 กลุ่มสถานภาพสมหทัยมีความด้อยโอกาสทางสุขภาพกว่ากลุ่มที่มีสถานภาพสมรสอื่นโดยเปรียบเทียบ ภาพที่ 1.4 กลุ่มประชากรที่มีระดับการศึกษาก่อนประถมศึกษา/ไม่เคยเรียน / ไม่ระบุการศึกษา มีความด้อยโอกาสทางสุขภาพ

การวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดทางสังคมในพื้นที่เขตเมือง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพจำแนกตามปัจจัยกำหนดทางสังคม

| ปัจจัยกำหนดทางสังคม (n=21,847) | ความถี่ | Mean | coefficient of variation (CV) | P10 | P25 | P50 | P75 | P90 | Inter - P90/P10 ratio |
|---|---------|--------|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|
| ภูมิภาค | | | | | | | | | |
| 1. กรุงเทพมหานคร | 1,834 | 0.0630 | 0.5483 | 0.0317 | 0.0385 | 0.0525 | 0.0763 | 0.1031 | 3.25 |
| 2. ภาคกลาง | 6,788 | 0.0656 | 0.6048 | 0.0296 | 0.0370 | 0.0545 | 0.0826 | 0.1168 | 3.95 |
| 3. ภาคเหนือ | 4,652 | 0.0736 | 0.5363 | 0.0329 | 0.0434 | 0.0668 | 0.0916 | 0.1234 | 3.75 |
| 4. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ | 5,331 | 0.0611 | 0.5385 | 0.0283 | 0.0367 | 0.0541 | 0.0746 | 0.1035 | 3.66 |
| 5. ภาคใต้ | 3,242 | 0.0568 | 0.5621 | 0.0273 | 0.0337 | 0.0489 | 0.0701 | 0.0981 | 3.60 |
| สถานภาพทางเพศ | | | | | | | | | |
| 1. ชาย | 10,952 | 0.0553 | 0.5528 | 0.0266 | 0.0323 | 0.0462 | 0.0686 | 0.0985 | 3.69 |
| 2. หญิง | 10,895 | 0.0741 | 0.5436 | 0.0352 | 0.0435 | 0.0639 | 0.0913 | 0.1250 | 3.55 |
| สถานภาพสมรส | | | | | | | | | |
| 1. โสด | 4600 | 0.0419 | 0.5637 | 0.0247 | 0.0278 | 0.0336 | 0.0447 | 0.0726 | 2.94 |
| 2. สมรส | 15561 | 0.0657 | 0.4713 | 0.0335 | 0.0420 | 0.0592 | 0.0805 | 0.1054 | 3.14 |
| 3. หม้าย | 1168 | 0.1365 | 0.3921 | 0.0734 | 0.0971 | 0.1222 | 0.1763 | 0.2139 | 2.92 |
| 4. หย่า แยก และไม่ระบุ | 518 | 0.0747 | 0.4317 | 0.0413 | 0.0504 | 0.0685 | 0.0914 | 0.1124 | 2.72 |
| ระดับการศึกษา | | | | | | | | | |
| 1. ไม่เคยเรียน/ไม่ระบุ | 573 | 0.0923 | 0.5849 | 0.0343 | 0.0488 | 0.0801 | 0.1191 | 0.1729 | 5.04 |
| 2. ก่อนประถมศึกษา | 2,260 | 0.0981 | 0.4314 | 0.0566 | 0.0697 | 0.0897 | 0.1165 | 0.1540 | 2.72 |
| 3. ประถมศึกษา | 7,437 | 0.0776 | 0.5002 | 0.0372 | 0.0489 | 0.0698 | 0.0959 | 0.1299 | 3.50 |
| 4. มัธยมศึกษาตอนต้น | 3,088 | 0.0532 | 0.4862 | 0.0288 | 0.0351 | 0.0449 | 0.0653 | 0.0869 | 3.02 |
| 5. มัธยมศึกษาตอนปลาย | | | | | | | | | |
| - สายสามัญ | 2,420 | 0.0463 | 0.4576 | 0.0265 | 0.0314 | 0.0397 | 0.0555 | 0.0741 | 2.79 |
| - สายอาชีพ | 932 | 0.0498 | 0.4390 | 0.0284 | 0.0345 | 0.0425 | 0.0614 | 0.0799 | 2.81 |
| 6. ปวช. / ปวส. / อนุปริญญา | 1,304 | 0.0448 | 0.4177 | 0.0260 | 0.0314 | 0.0388 | 0.0552 | 0.0707 | 2.72 |
| 7. ปริญญาตรี และสูงกว่า | 3,833 | 0.0469 | 0.4197 | 0.0265 | 0.0317 | 0.0407 | 0.0581 | 0.0768 | 2.89 |
| สถานภาพการประกอบอาชีพ | | | | | | | | | |
| 1. ผู้บัญญัติกฎหมาย ข้าราชการ- ระดับอาวุโส และผู้จัดการ | 709 | 0.0634 | 0.4937 | 0.0320 | 0.0407 | 0.0573 | 0.0779 | 0.1030 | 3.22 |
| 2. ผู้ประกอบวิชาชีพด้านต่าง ๆ | 1,601 | 0.0566 | 0.3835 | 0.0319 | 0.0390 | 0.0538 | 0.0740 | 0.0840 | 2.63 |
| 3. ช่างเทคนิคสาขาต่าง ๆ และ ผู้ประกอบวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | 902 | 0.0514 | 0.5281 | 0.0283 | 0.0332 | 0.0424 | 0.0632 | 0.0812 | 2.87 |
| 4. เสมียน | 991 | 0.0442 | 0.4318 | 0.0277 | 0.0321 | 0.0377 | 0.0504 | 0.0715 | 2.58 |
| 5. พนักงานบริการและ พนักงานขายในร้านค้า และตลาด | 7,445 | 0.0691 | 0.5897 | 0.0303 | 0.0391 | 0.0584 | 0.0876 | 0.1226 | 4.04 |
| 6. ผู้ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้าน การเกษตรและการประมง | 3,613 | 0.0772 | 0.4984 | 0.0323 | 0.0487 | 0.0711 | 0.0986 | 0.1326 | 4.10 |
| 7. ผู้ปฏิบัติงานในธุรกิจด้าน ความสามารถทางฝีมือและ ธุรกิจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง | 2,591 | 0.0592 | 0.6305 | 0.0272 | 0.0332 | 0.0471 | 0.0705 | 0.1082 | 3.98 |

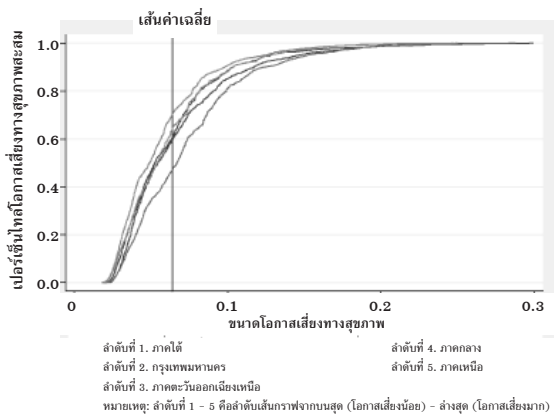
ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพจำแนกตามปัจจัยกำหนดทางสังคม (ต่อ)

| ปัจจัยกำหนดทางสังคม (n=21,847) | ความถี่ | Mean | coefficient of variation (CV) | P10 | P25 | P50 | P75 | P90 | Inter - P90/P10 ratio |
|--|---------|--------|----------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|-----------------------------|
| สถานภาพการประกอบอาชีพ | | | | | | | | | |
| 8. ผู้ปฏิบัติการเครื่องจักร โรงงานและเครื่องจักรและ ผู้ปฏิบัติงานด้านการประกอบ | 1,715 | 0.0526 | 0.4727 | 0.0287 | 0.0346 | 0.0448 | 0.0651 | 0.0831 | 2.90 |
| 9. อาชีพขั้นพื้นฐานต่างๆ | 2,280 | 0.0659 | 0.5737 | 0.0291 | 0.0378 | 0.0570 | 0.0847 | 0.1126 | 3.87 |
| ชั้นทางเศรษฐกิจ | | | | | | | | | |
| 1. นายจ้าง | 697 | 0.0719 | 0.4965 | 0.0370 | 0.0450 | 0.0628 | 0.0854 | 0.1200 | 3.25 |
| 2. ผู้ประกอบธุรกิจของตนเอง | 7272 | 0.0791 | 0.5313 | 0.0354 | 0.0476 | 0.0696 | 0.0992 | 0.1357 | 3.84 |
| 3. ผู้ช่วยธุรกิจครัวเรือน | 3889 | 0.0664 | 0.5701 | 0.0283 | 0.0366 | 0.0571 | 0.0867 | 0.1192 | 4.21 |
| 4. ลูกจ้างรัฐบาล | 3057 | 0.0569 | 0.4130 | 0.0331 | 0.0390 | 0.0533 | 0.0721 | 0.0840 | 2.54 |
| 5. ลูกจ้างเอกชน | 6932 | 0.0513 | 0.5678 | 0.0269 | 0.0318 | 0.0417 | 0.0621 | 0.0883 | 3.28 |
| ชั้นรายได้ | | | | | | | | | |
| 1. ชั้นรายได้ต่ำสุด | 1,600 | 0.0737 | 0.5740 | 0.0289 | 0.0398 | 0.0668 | 0.0910 | 0.1343 | 4.65 |
| 2. ชั้นรายได้ต่ำ | 2,559 | 0.0862 | 0.5825 | 0.0328 | 0.0465 | 0.0751 | 0.1088 | 0.1570 | 4.79 |
| 3. ชั้นรายได้ปานกลาง | 6,170 | 0.0672 | 0.5592 | 0.0296 | 0.0385 | 0.0592 | 0.0867 | 0.1165 | 3.94 |
| 4. ชั้นรายได้สูง | 5,807 | 0.0565 | 0.5439 | 0.0286 | 0.0347 | 0.0464 | 0.0696 | 0.0959 | 3.35 |
| 5. ชั้นรายได้สูงสุด | 5,711 | 0.0582 | 0.4757 | 0.0299 | 0.0377 | 0.0536 | 0.0722 | 0.0919 | 3.08 |

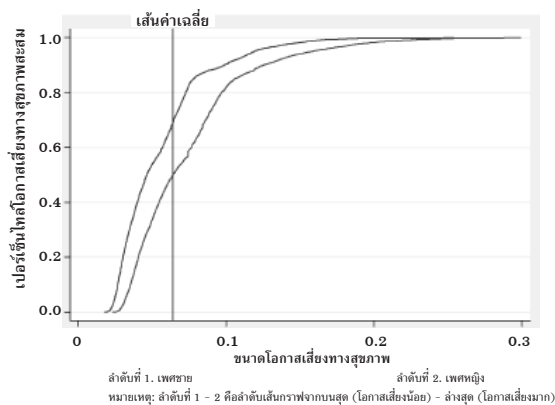
มากกว่ากลุ่มการศึกษาที่สูงกว่า ภาพที่ 1.5 กลุ่มที่ปฏิบัติงานที่มีฝีมือในด้านการเกษตรและการประมง/พนักงานบริการฯ มีความด้อยโอกาสทางสุขภาพมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นๆ ภาพที่ 1.6 ชั้นทางเศรษฐกิจในกลุ่มลูกจ้างใน

องค์กรภาคเอกชน มีความด้อยโอกาสทางสุขภาพมากกว่าในกลุ่มชั้นทางเศรษฐกิจ ภาพที่ 1.7 ชั้นรายได้ต่ำมีความด้อยโอกาสทางสุขภาพมากกว่าในกลุ่มชั้นรายได้อื่นๆ

ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงการกระจายสะสมของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ



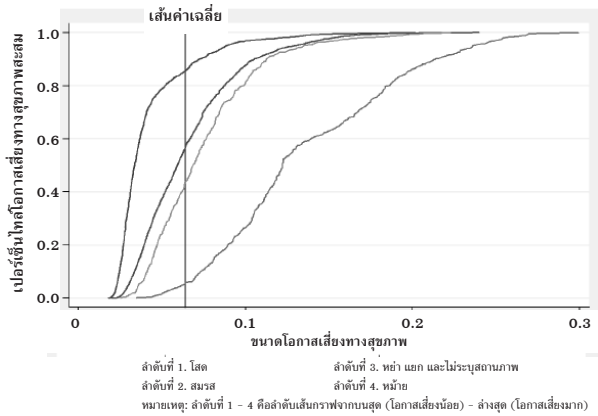
ภาพที่ 1.1 พื้นที่ภูมิภาค



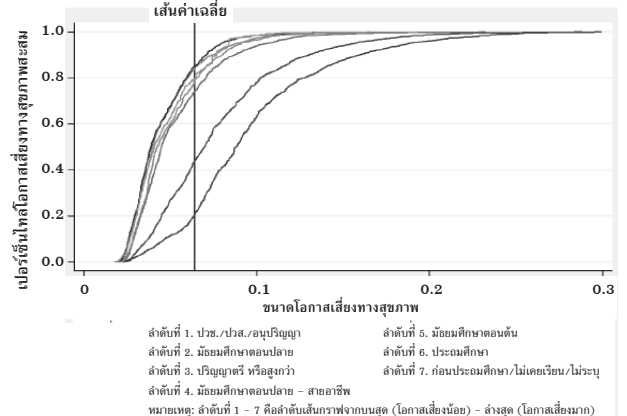
ภาพที่ 1.2 เพชรบูรณ์

การวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดทางสังคมในพื้นที่เขตเมือง

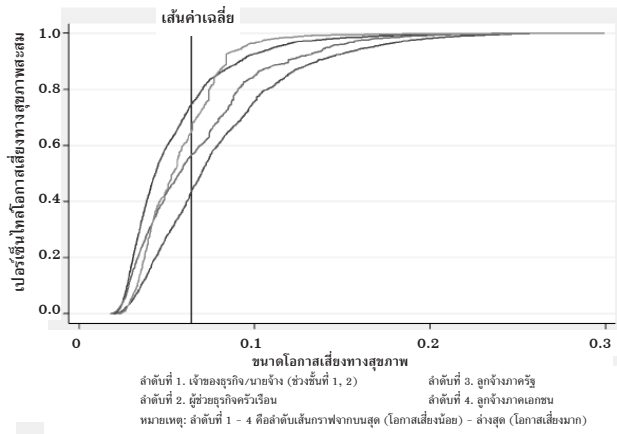
ภาพที่ 1 แผนภาพแสดงการกระจายสะสมของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ (ต่อ)



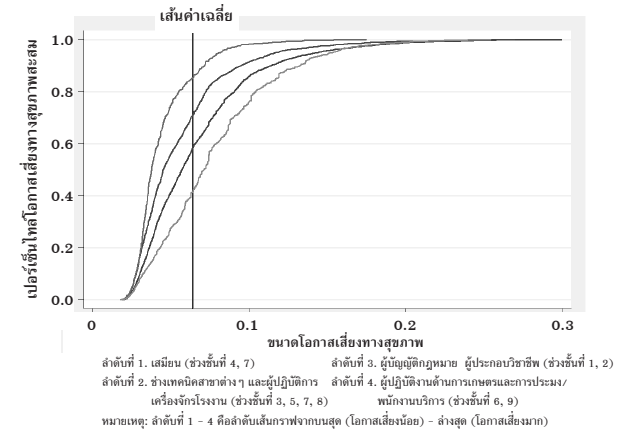
ภาพที่ 1.3 สถานภาพสมรส



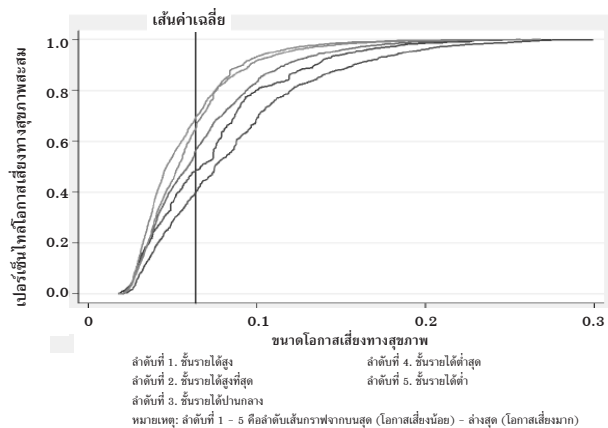
ภาพที่ 1.4 ระดับการศึกษา



ภาพที่ 1.5 สถานภาพการประกอบอาชีพ



ภาพที่ 1.6 ชั้นทางเศรษฐกิจ



ภาพที่ 1.7 ระดับชั้นรายได้

วิจารณ์

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดระดับชาติ วิทยาลัยสังคม/เศรษฐศาสตร์การเมือง (socio-epidemiology/political economy) จากตัวแบบ “สังคมเป็นตัวผลิตสุขภาพ” (social production of health)⁽¹¹⁾ เป็นการศึกษาวิจัยเพื่ออธิบายว่า ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพเป็นผลจากบริบทและโครงสร้างทางสังคมเศรษฐกิจ ในฐานะที่เป็นปัจจัยกำหนดทางสังคม (social determinants of health)⁽¹²⁾ และวิเคราะห์ตัวแปรปัจจัยกำหนดทางสังคมตามรูปแบบขององค์การอนามัยโลก ซึ่งประกอบด้วย (1) บริบททางสังคมเศรษฐกิจและการเมือง (socioeconomic and political context) (2) ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ (socioeconomic position) และ (3) สภาวะแวดล้อม (social condition) โดยแสดงสถานะสุขภาพหรือโอกาสทางสุขภาพลดหลั่นกัน (health gradient) จากระดับต่ำสุดจนถึงสูงสุดของตัวชี้วัดฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ ซึ่งประกอบด้วย (1) บริบททางสังคม ได้แก่ พื้นที่ภูมิภาค (geographical region) และ (2) ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพทางเพศ (sex) สถานภาพสมรส (marital status) การประกอบอาชีพ (occupation) ชั้นทางเศรษฐกิจ (economic class) และชั้นรายได้ (income class) โดยมีตัวแปรผลลัพธ์สุขภาพโดยรวม (composite variables) ประกอบด้วย ตัวแปรด้านการแพทย์ (medical dimension) ตัวแปรด้านความสามารถในการใช้ชีวิตปกติ (functioning dimension) และตัวแปรด้านการรับรู้ทางสุขภาพตนเอง (self-perceived dimension) สะท้อนมิติสุขภาพองค์รวม⁽¹³⁾

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า ประชากรในพื้นที่เขตเมืองที่อาศัยอยู่ในบริบทพื้นที่ภูมิภาคซึ่งมีลักษณะทางสังคมเศรษฐกิจและการเมืองที่แตกต่างกัน มีโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะเดียวกันปัจจัยโครงสร้างฐานะทางสังคมเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน ทำให้โอกาสเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งแบบแผนการกระจายและขนาดของโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพที่ไม่

เสมอภาคเท่าเทียมกันในระหว่างกลุ่มประชากร ซึ่งกำหนดด้วยปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ได้แก่ สถานภาพทางเพศ (sex) สถานภาพสมรส (marital status) การประกอบอาชีพ (occupation) ชั้นทางเศรษฐกิจ (economic class) และชั้นรายได้ (income class) ที่มีการแบ่งช่วงชั้นอย่างชัดเจนในกลุ่มประชากรภายในพื้นที่เขตเมืองสะท้อนให้เห็นว่าสังคมเมืองซึ่งมีที่มีการจัดช่วงชั้นทางสังคมเศรษฐกิจ (socio-economic stratification) ในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ

สอดคล้องกับงานวิจัยในประเทศจีน ของ Wei Yang and Panos Kanavos พบว่า ความไม่เสมอภาคสุขภาพในการประเมินสุขภาพตนเองของในพื้นที่เขตเมืองนั้นสูงกว่าในชนบท และปัจจัยกำหนดทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ รายได้ สถานภาพของงาน (job status) และระดับการศึกษา⁽¹⁴⁾ ขณะที่ในการศึกษาของ Maria Felicitas Dominguez-Berjon MF และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาการตายจากโรคมะเร็งในเมืองมาดริด ประเทศสเปน มีความแตกต่างกันระหว่างถิ่นที่อยู่อาศัยที่มีระดับของความเป็นเมืองต่างกัน และปัจจัยที่ทำให้เกิดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพ นอกจากความแตกต่างของปัจจัยด้านฐานะทางสังคมเศรษฐกิจแล้วยังพบ ปัจจัยสิ่งแวดล้อมของเมืองที่ส่งผลต่อสุขภาพ

แบบแผนความไม่เสมอภาคทางสุขภาพเป็นผลผลิตของโครงสร้างการจัดการทางสังคม ที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ทำทลายระบบการบริหารจัดการท้องถิ่น และรัฐบาลส่วนกลางที่ต้องตระหนัก การศึกษาวิจัยเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับการกระจายโอกาสทางสุขภาพในระหว่างช่วงชั้นทางสังคม และระหว่างกลุ่มประชากรตามบริบทพื้นที่ หรือระดับฐานะทางสังคม จะช่วยให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เกิดตระหนัก และนำไปสู่การพัฒนา นโยบายและมาตรการในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ อาทิ การกำหนดนโยบายหรือมาตรการทางสุขภาพเพื่อลดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพสำหรับกลุ่มประชากรในภูมิภาค หรือในกลุ่มที่

การวิเคราะห์ความไม่เสมอภาคทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดทางสังคมในพื้นที่เขตเมือง

ต่อฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ หรือการกำหนดมาตรการ ค้นหาและส่งเสริมสุขภาพร่วมกับการพัฒนาสุขภาพ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองหรือคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับกลุ่มคนผู้มีรายได้น้อย กลุ่มคนต่อฐานะทางสังคม เศรษฐกิจ การจัดการสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัย ที่ถูกสุขภาวะสำหรับผู้อพยพย้ายถิ่นเข้าสู่เมือง กลุ่มที่ด้อย การศึกษา กลุ่มรายได้น้อย หรือประชากรในชุมชนแออัด เป็นต้น

ทั้งนี้ การจะสร้างความรู้ความเข้าใจได้อย่างชัดเจน จำเป็นต้องมีการพัฒนาศักยภาพ (capacity building) ของระบบสารสนเทศ⁽¹⁶⁾ เพื่อสนับสนุนกระบวนการ วิเคราะห์ประเมินความไม่เสมอภาคทางสุขภาพในพื้นที่ เขตเมืองอย่างเป็นระบบ จำเป็นต้องมีการจัดการฐาน ข้อมูลสามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบแสดงให้เห็นถึงความ ไม่เสมอภาคทางสุขภาพที่ดำรงอยู่ และสร้างความเข้าใจ สาเหตุ หรืออิทธิพลของปัจจัยกำหนดทางสังคมทั้งบริบท ทางสังคม ฐานะทางสังคม เศรษฐกิจที่นำไปสู่ปัญหาความ ไม่เสมอภาคทางสุขภาพ จะเป็นการเพิ่มศักยภาพให้กับ ผู้บริหารและนักวางแผนพัฒนาเมือง และภาคประชาชน ได้เข้าใจสภาพปัญหาได้ชัดเจนเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะนำไปสู่ การกำหนดยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเฝ้าระวังติดตามและประเมินผลกระทบของ มาตรการการสร้างสุขภาวะทางสังคมและสุขภาพในการ จัดความไม่เสมอภาคทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผศ.ดร.รัตเกล้า เปรมประสิทธิ์ ผศ.ดร. ทวีศักดิ์ ศิริพรไพบุลย์ ศ.ดร.ดิเรก ปัทมสิริวัฒน์ สำนัก- งานสถิติแห่งชาติ และ อ.กิตติพัฒน์ แสนทวีสุข ที่มีส่วนร่วม สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World urbanization prospect: the 2014 revision, highlights. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2014.

2. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่ง-ชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: เดือนตุลา; 2556.
3. พันธุ์ทิพย์ จงไกรย, ชนมณี ทองใบ. รูปแบบการกระจายเชิงพื้นที่ของพื้นที่เมืองในประเทศไทย. วารสารเกษตรศาสตร์ (สังคม) 2557;35(1):30-44.
4. Aungkulanon S, Tangcharoensathien V, Shibuya K, Bundhamcharoen K, Chongsuvivatwong V. Post Uni- versal health coverage trend and geographical inequalities of mortality in Thailand. International Journal of Equity Health 2016;15(1):190-202.
5. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสุขภาพจิต (ความสุข) คนไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพมหานคร: สำนักสถิติพยากรณ์; 2559.
6. Braveman P, Gruskin S. Poverty, equity, human right and health. Bull World Health Organ 2003;81(7):539-45.
7. Asada Y. A framework for measuring health inequality. J Epidemiol Community Health 2005;59(8):700-5.
8. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: levelling UP Part 1. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2007.
9. Rugger JP. Health and social justice. Lancet 2004; 364(9439):1075-80.
10. Baum C. Stata tip 38: testing for groupwise hetero- skedasticity. Stata Journal 2006;6(4):590-2.
11. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. International Journal of Epidemiology 2001;30(4):668-77.
12. Commission on Social Determinants of Health. A con- ceptual framework for action on the social determinants of health. Geneva: World Health Organization; 2010.
13. O'Donnell O, van Doorsler E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equity using household survey data: a

- guide to techniques and their implementation. Washington: The World Bank; 2008.
14. Yang W, Kanavos P. The less healthy urban population: income-relate health inequality in China. *BMC Public Health* 2012;12(804):1-15.
15. Dominguez-Berjon MF, Gandarillas A, Soto MJ. Lung cancer and urbanization level in a region of South Europe: influence of socio-economic and environmental factors. *Journal of Public Health* 2015;38(2):229-36.
16. Corburn J, Cohen AK. Why we need urban health equity indicators: integrating science, policy, and community. *Plos Med* 2012;9(8):e1001285.

Abstract: Health Inequality Analysis and Social Determinants within Urban Area

Chainarong Sungchang, Ph.D. (Social Development)

*Primary Care Support Department, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand
Journal of Health Science 2020;29(5):772-82.*

The objective of this study was to analyze health inequality of urban population and social determinants of health relating to societal context and structural factors. The methodology involved the comparative analysis of health risk opportunity and difference in socio-economic status of people. Data were collected from the reports of the health and welfare survey 2011 conducted by the National Statistical Office; and 36,564 samples of urban population in all municipalities of Thailand and Bangkok Metropolitan Administration were included. Data analysis was performed by logistic regression statistic using STATA® software ver.11 for Mac. The study revealed inequality of health opportunity within urban population with varying degrees of magnitude and distribution pattern. Such inequality was significantly associated with social determinants which included regional setting and some structural factors such as socioeconomic stratification, gender, marital status, educational level, occupation, economic class and income categories ($p < 0.05$). Thus, it is essential that local and regional administrative organizations should pay attention and take part in the formulation of policies and goals to systematically eliminate health inequality in the urban settings. In addition, effective information system should be developed to improve efficiency on the creation of evidences to support policy formulation as well as monitoring and evaluation of the policy and program implementation.

Keywords: health inequality; empirical study; social determinants; urban area