

แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ ภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย

Health Determinants and Social Determinants of Health under Global and Thai Health System

บทความวิชาการ

วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ

Journal of Nursing Science & Health

ปีที่ 36 ฉบับที่ 1 (มกราคม-มีนาคม) 2556

Volume 36 No.1 (January-March) 2013

ชลธิชา แก้วอนุชิต พย.บ., จก.ม., ปส.ด * Chonticha Kaewanuchit B.Ns., M.Sc., Ph.D. *

บทคัดย่อ

บทความนี้ต้องการนำเสนอเพื่ออธิบายและเปรียบเทียบ แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ และปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย ทั้งสองแนวคิดจัดว่าเป็นกรอบแนวคิดหลักในวงการสาธารณสุข ในประเด็นแรกนั้น ปัจจัยกำหนดสุขภาพประกอบด้วยสามส่วน ได้แก่ ด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสาธารณสุข ในประเด็นสองด้านปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพแบ่งเป็นหกส่วน ได้แก่ ความยากจน ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ความปลอดภัยของอาหาร การถูกกีดกันทางสังคม ที่อยู่อาศัย และเงื่อนไขจากการทำงาน บทความนี้เรียบเรียงขึ้นจากการรวบรวมเนื้อหาข่าวสารทั้งในและต่างประเทศ หนังสือ รายงาน เพื่อนำมาประกอบกรวิเคราะห์แนวคิดทั้งสอง จากการวิเคราะห์เปรียบเทียบพบว่า ทั้งสองแนวคิดนั้นมีประเด็นที่แตกต่างกัน (เช่น ระดับการวัดทางทฤษฎี หลักคิด เนื้อหา และการประยุกต์) อย่างไรก็ตามเป้าหมายของทั้งสองแนวคิด คือ ยังคงต้องการให้ประชาชนไทยและประชากรโลกมีสุขภาพที่ดีขึ้นเอง ในอนาคตควรจะมีการสร้างตัวชี้วัดที่เฉพาะเจาะจงทางด้านสุขภาพให้ครอบคลุมตามแนวคิดของปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพด้วย

คำสำคัญ: แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ ระบบสุขภาพโลก ระบบสุขภาพไทย

Abstract

A presentation of this article was to explain and compare with the concepts of health determinants and social determinants of health under global and Thai health system. Both concepts were the major conceptual framework in public health. Firstly, health determinants were divided into three parts (e.g. individual, environment, and health service system). Secondly, social determinants of health were divided into six parts (e.g. poverty, health inequality and inequity, food safety, social exclusion, housing, and job condition). These details of article were collected by national and international journals, books, and reports to analyze about both concepts. From comparative analysis found that both concepts were the different issues (e.g. theoretical theory, logic of thinking, content, and application). However, health target of both concepts was well-being among Thai and global population. In the future, it should be created the specific health index covered social determinants of health too.

keywords: health determinants, social determinants of health, global health system, thai health system

*อาจารย์ประจำ ภาควิชาวิทยาศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา

บทนำ

ในยุคของโลกาภิวัตน์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง วัฒนธรรมล้วนมีอิทธิพลต่อแนวคิดระบบสุขภาพของไทยโดยแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพเป็นแนวคิดที่เชื่อว่า ปัจจัยบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสาธารณสุขเป็นตัวกำหนดสุขภาพให้บุคคล และอีกแนวคิดหนึ่งคือ ปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ เชื่อว่า ไม่เพียงแต่ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นเท่านั้น แต่ยังมีปัจจัยความยากจน ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ การถูกกีดกันทางสังคม ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม เจือปนในการประกอบอาชีพเป็นตัวกำหนดความเชื่อมโยงสัมพันธ์กับปัญหาด้านสุขภาพ ในบทความต่อไปนี้จะเขียนจะกล่าวถึงหัวข้อเกี่ยวกับ ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ การวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระดับสุขภาพโลกและประเทศไทย โดยภาพรวม เนื้อหาสาระดังกล่าวเป็นประโยชน์ต่อทีมบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข ผู้ซึ่งต้องปฏิบัติงานร่วมกันในแวดวงด้านสาธารณสุข จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจแนวคิดดังกล่าวเพื่อก่อให้เกิดประโยชน์กับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมอย่างทั่วถึงและครอบคลุมกับประชาชนทุกระดับ จึงไม่สามารถที่จะแยกปัญหาด้านทางสังคมและเศรษฐกิจออกจากปัญหาด้านสุขภาพได้ เพราะทุกด้านล้วนแต่มีความเชื่อมโยงที่ส่งผลกระทบซึ่งกันและกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยเริ่มจากการค้นหาปัญหาได้อย่างครอบคลุม เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติการส่งเสริม ป้องกันแก้ไขปัญหาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคมที่เกิดขึ้น จนก่อให้เกิดภาวะสมดุลของสังคมอันเป็นแนวทางเพื่อใช้เสนอแนะในระดับนโยบายด้านสุขภาพ การสร้างตัวชี้วัดทางสุขภาพให้เกิดความเป็นธรรมทางสุขภาพให้มากที่สุด และฟื้นฟูสภาพปัญหาอันเกิดจากภาวะวิกฤตทางสังคม เศรษฐกิจ ครอบครัว ที่ส่งผลกระทบต่อคนให้กลับคืนสู่สภาพสมดุลโดยเร็ว

ระบบสุขภาพของโลกและของประเทศไทย

ในที่นี้จะขอลำถึง 3 หัวข้อย่อย ได้แก่ ระบบสุขภาพคืออะไร ระบบสุขภาพของโลกเป็นอย่างไร และระบบสุขภาพของไทยเป็นอย่างไร รายละเอียดพอสังเขปมีดังนี้

ระบบสุขภาพคืออะไร

ระบบสุขภาพ หมายถึงระบบที่มีความสัมพันธ์อันเกี่ยวข้องกับสุขภาพ มีขอบเขตและความหมายที่กว้างทั้งเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่กระทบกับปัจจัยด้านบุคคล สิ่งแวดล้อมสังคม และระบบบริการสุขภาพ¹ ในยุคปัจจุบันเมื่อกล่าวถึงสุขภาพจึงมีกระบวนการทัศน์ที่มีความหมายกว้างและครอบคลุมถึงสุขภาพในหลายมิติ โดยมีการให้ความหมายใหม่ของสุขภาพจากองค์การอนามัยโลกเมื่อ พ.ศ. 2541 ว่า “เป็นสภาวะอันสมบูรณ์และมีพลวัตทั้งร่างกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคและการเจ็บป่วยเท่านั้น” ต่อมาพ.ศ. 2550 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้นิยามคำว่า “สุขภาพ หมายถึง ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกับเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” มิติสุขภาพแบบองค์รวมดังกล่าวนี้ประกอบด้วย 4 มิติ คือ สุขภาพทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ/ปัญญาซึ่งมีความเชื่อมโยงความสัมพันธ์อย่างเป็นเครือข่าย¹ จากงานวิจัยพบว่า ความเครียดทางจิตใจจะมีผลต่อการเจ็บป่วยทางกาย²⁻³ รวมถึงส่งผลกระทบต่อสังคม⁴⁻⁶ เช่น ถูกให้ออกจากงานถ้าขาดงานเป็นเวลานาน ๆ จากการเจ็บป่วยทั้งทางจิตและกาย⁷⁻⁸ รวมถึงทำให้ไม่มีความสุขสบายในจิตใจซึ่งกระทบต่อสุขภาพจิตวิญญาณเช่นกัน⁹⁻¹¹

ระบบสุขภาพของโลกเป็นอย่างไร

การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในยุคโลกาภิวัตน์ไม่จะเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านสังคม เศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อมอย่างรวดเร็วได้ส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรมและวิถีชีวิตของประชากรอันมีผลต่อระบบสุขภาพระดับโลกทั้งด้านบวกและลบอันเกิดมาจากผลรวมของระบบสุขภาพจากหลายประเทศ¹²⁻¹³ วิชาการของการของวงการแพทย์สาธารณสุขที่ผ่านมาหลาย

ศตวรรษพบว่า มีความก้าวหน้าไปอย่างมากทั้งในด้านการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อใช้ในการดูแล รักษาพยาบาลสุขภาพของประชาชนจนทำให้สามารถกำจัดโรคและอายุขัยเฉลี่ยประชากรเพิ่มมากขึ้นอันเป็นผลบวกของการเปลี่ยนแปลงระบบสุขภาพระดับโลกภายใต้ระบบโลกาภิวัตน์¹² แต่ในขณะเดียวกันก็ส่งผลทางลบจนกลายเป็นวิกฤตในระบบสุขภาพโลกตามกระแสโลกาภิวัตน์ ไม่ว่าจะเป็นเรื่อง อุบัติการณ์การกลับมาของโรคเรื้อรังและไม่เรื้อรังเพิ่มจำนวนสูงขึ้น ช่วงอายุขัยของประชาชนยาวนานขึ้น แต่คุณภาพชีวิตลดลง ทำให้เพิ่มภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น เป็นต้น¹⁴ จากความสำเร็จและความก้าวหน้าพัฒนาของวงการแพทย์และสาธารณสุขทั้งระดับโลกเหล่านี้นำไปสู่การขาดความเป็นธรรมทางสุขภาพ การดูแลสุขภาพแบบลดส่วน และการเกิดปัญหาสุขภาพที่อุบัติขึ้นใหม่ ๆ หรืออุบัติซ้ำ¹⁵⁻¹⁶ กลายเป็นปัญหาาระบบสุขภาพในระดับโลกผลจากการเปลี่ยนแปลงของสภาพอากาศโลก สังคม และเศรษฐกิจในยุคโลกาภิวัตน์¹⁷⁻¹⁸

ระบบสุขภาพของไทยเป็นอย่างไร

สำหรับระบบสุขภาพของไทยนั้นได้ยึดแนวทางของกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) มาใช้ในการดำเนินการบริการด้านสาธารณสุข ตัวอย่างซึ่งเห็นได้ว่าเป็นรูปธรรมเมื่อรัฐบาลไทยมีแนวคิดการกระจายอำนาจการปกครองลงสู่ท้องถิ่นตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 เริ่มมีองค์การบริหารส่วนตำบล องค์การบริหารส่วนจังหวัด ตามมา ในด้านการให้บริการสาธารณสุขนั้นของไทยนั้นเริ่มอย่างเป็นรูปธรรมเมื่อมีการเสนอพันธะสัญญาที่จะส่งเสริมสุขภาพของประชากรโลกโดยมีการลงนามในกฎบัตรกรุงเทพที่ประกาศในการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลก ครั้งที่ 6 เมื่อสิงหาคม พ.ศ. 2548 ณ กรุงเทพมหานคร ผู้จัดการประชุมดังกล่าว ได้แก่ องค์การอนามัยโลก กระทรวงสาธารณสุขไทย และประเทศสมาชิกเสนอพันธะสัญญาร่วมกันในการทำให้ประชากรโลกมีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าในยุคโลกาภิวัตน์ที่อยู่บนพื้นฐานสิทธิมนุษยชนและภราดรภาพ การพัฒนานโยบายสุขภาพที่ยั่งยืน การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และการดำเนินงานการสร้างศักยภาพเพื่อการพัฒนา นโยบาย การสร้างภาวะ

ผู้นำ การบริหารจัดการความรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อให้ได้รับสุขภาพดีอย่างเท่าเทียมกัน การมีเครือข่ายพันธมิตรร่วมกันทั้งในระดับชุมชน สังคม ในประเทศและระหว่างประเทศร่วมกัน^{1, 19}

ในประเด็นของระบบสุขภาพของไทยนั้น พบว่า ยังมีปัญหาเชิงโครงสร้างของระบบเศรษฐกิจ สังคม ทรัพยากรธรรมชาติ สิ่งแวดล้อม และด้านสาธารณสุขของประเทศที่ผ่านมาจึงได้ใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงมาเป็นแนวทางพัฒนาระบบสุขภาพควบคู่กับการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวม สร้างความเข้มแข็ง พลังอำนาจชุมชนของระบบสุขภาพจากความร่วมมือหลายระดับ^{1, 20}

เมื่อวิเคราะห์หลักของพันธะสัญญา และระบบสุขภาพของโลกรวมทั้งประเทศไทย จะเห็นความเชื่อมโยงระบบสุขภาพโลกและของไทยว่า การส่งเสริมให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้นต้องดำเนินการทั้งระบบตั้งแต่ระบบสุขภาพของโลกเชื่อมโยงระบบสุขภาพของไทยโดยให้รัฐบาลของแต่ละประเทศมีความรับผิดชอบร่วมกันในฐานะเป็นประเทศสมาชิกแห่งหนึ่งของระบบสุขภาพโลก เช่น รัฐบาลของไทยมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลระบบสุขภาพของประเทศของตน จัดบริการด้านสาธารณสุขให้เป็นธรรมและมีความเสมอภาคทางด้านสุขภาพโดยเน้นในระดับชุมชน และใช้วิธีการจัดกิจกรรมการส่งเสริม ป้องกัน แก้ไข และฟื้นฟูด้านสุขภาพโดยมีภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมกัน เมื่อรัฐบาลแต่ละประเทศได้ลงนามเห็นด้วยกับพันธะสัญญาดังกล่าวเช่นนี้ก็จะเป็พันธะสัญญาที่ดีอย่างหนึ่งของการขับเคลื่อนให้ประชากรโลกนี้มีสุขภาพที่ดีถ้วนหน้าได้ในอนาคตโดยจุดเริ่มต้นให้มีการพัฒนาระบบสุขภาพที่ดีขึ้นก่อให้เกิดความเป็นธรรมและเท่าเทียมด้านสุขภาพในระดับประเทศก่อนนั่นเอง

แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Health determinants)

ในส่วนนี้จะกล่าวเฉพาะองค์ความรู้ด้านแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งอาศัยหลักคิดด้านชีวการแพทย์และการสาธารณสุขเป็นหลัก เพื่อเป็นหลักคิดนำไปสู่การวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวคิด แนวคิดนี้ในแวดวงการแพทย์และสาธารณสุขถือว่า เป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญ

กับปัจจัยหลักที่กำหนดสุขภาพมี 3 ด้าน ได้แก่ บุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสาธารณสุข องค์ประกอบมีดังนี้¹ บุคคล (Individual) มาจากปัจจัยภายในบุคคลที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของประชากร ดังนี้¹

1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ประกอบด้วย (1) โรคทางพันธุกรรมอันเนื่องมาจากสืบทอดลักษณะมาจากบรรพบุรุษ เช่น มะเร็งเต้านม โรคจิตและประสาท เป็นต้น¹ (2) อายุ และเพศ แบ่งกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุตามวัย เช่น วัยทำงาน วัยหมดประจำเดือน และวัยสูงอายุ เป็นต้น ในงานวิจัยพบว่าเพศหญิงมักมีอายุขัยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย และมีบทบาทสำคัญต่อครอบครัวและการพัฒนาการของบุตร จึงให้ความสำคัญต่อเพศหญิงในการส่งเสริมสุขภาพมาก¹

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ รวมถึงเรื่องการรับรู้ ความเชื่อ ทศนคติ แรงจูงใจ ที่มองว่าเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของบุคคลที่ทำให้เกิดผลต่อการเกิดโรค และสุขภาพของคนนั้น เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่จนติดเป็นนิสัยส่งผลเสียต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลนั้น ๆ หรือบุคคลที่เน้นในเรื่องวัฒนธรรมแห่งการบริโภคทุนนิยมมาก ไม่มีเวลาดูแลครอบครัว ทำให้เกิดปัญหาครอบครัวเครียด และคุณภาพชีวิต¹

3. พฤติกรรมที่ส่งผลโดยตรงต่อสุขภาพและการเจ็บป่วยของบุคคล เช่น การดำเนินชีวิตประจำวัน เริ่มตั้งแต่ตื่นนอนเช้าจนถึงเข้านอน ถ้าขาดความสำนึกและสุขนิสัยที่ดี ก็จะนำไปสู่พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยได้ การทำงานและการประกอบอาชีพที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพของบุคคล ทางสาธารณสุขเรียกว่า อาชีวอนามัย บางรายอาจเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพเนื่องจากบรรยากาศในที่ทำงานซึ่งทำให้เกิดความเครียดสะสม และปัญหาความขัดแย้งในองค์กร หรือบางรายถูกบีบคั้นจากภาวะเศรษฐกิจทำให้มุ่งเน้นหาเงินจนพักผ่อนไม่เพียงพอเกิดความเครียด พฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม การสูบบุหรี่ การขาดการจัดการความเครียดที่เหมาะสม เป็นต้น¹

สิ่งแวดล้อม (Environment) ในที่นี้มีองค์ประกอบพอสังเขป 3 ด้าน ได้แก่¹

1. สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ เช่น การคมนาคม สารเสพติด สวนสุขภาพ วัคซีน เป็นต้น
2. สิ่งแวดล้อมด้านชีวภาพ เช่น เชื้อโรค พืช สัตว์ เป็นต้น
3. สิ่งแวดล้อมด้านสังคม เช่น ครอบครัว ชุมชน และสังคม เป็นต้น

ระบบบริการสาธารณสุข (Health service system) แนวคิดนี้แบ่งเป็น

1. ประเภทการบริการสาธารณสุข เมื่อกล่าวถึงการแบ่งสุขภาพร่างกายทางการแพทย์นั้นได้จัดแบ่งเป็น 5 ระยะโดยเริ่มต้นตั้งแต่ขั้นที่ 1 คือ ระยะปกติที่บุคคลไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรค ขั้นที่ 2 คือ ระยะเสี่ยงที่บุคคลเริ่มมีภาวะเสี่ยงเกิดขึ้นจากการสัมผัสกับปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วย ขั้นที่ 3 คือ ระยะป่วย เริ่มมีโรคที่เกิดขึ้นมักมีอาการแสดงให้เห็นหรืออาจจะไม่มีอาการแสดงในระยะป่วยเริ่มต้น ขั้นที่ 4 คือ ระยะโรคแทรกซ้อนหรือพิการ หากไม่รักษาก็จะเกิดภาวะแทรกซ้อน ขั้นที่ 5 คือ หายจากโรค พิการ หรือเสียชีวิต ในแง่ของการแบ่งประเภทการบริการสาธารณสุขนั้นแบ่งตามระยะของสุขภาพร่างกายของบุคคลเป็น 4 ประเภท ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น^{1, 4}

2. การพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ในปัจจุบันยังคงมีข้อจำกัดของบริการสาธารณสุขโดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกัน และควบคุมโรคที่เกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคล และยังคงมีปัญหาในเรื่องการกระจายบริการด้านสาธารณสุข ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพมากขึ้น จึงมีความพยายามในการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข และให้บุคลากรทางสาธารณสุข เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข จัดบริการสาธารณสุขโดยคำนึงถึงผลกระทบต่อจิตใจ และสังคม^{1, 4, 21}

แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ (Social determinants of health)

แนวคิดปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพเป็นแนวคิดที่เกิดขึ้นมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1940 และนำมาขยาย

ขึ้นมาใหม่โดยคณะกรรมการว่าด้วยปัจจัยกำหนดสุขภาพ²² ก่อตั้งโดยองค์การอนามัยโลก เพื่อนำมาศึกษาองค์ความรู้และให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายร่วมกับเครือข่ายความรู้ในระดับโลกโดยอาศัยหลักคิดทางสังคมผสมผสานกับการสาธารณสุข²² ในที่นี้ขออธิบายแนวคิดปัจจัยกำหนดทางสังคมของสุขภาพที่สำคัญเพียง 6 ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพในแวดวงวิชาการด้านสาธารณสุข ดังนี้

1) ความยากจน (poverty) เป็นจุดเริ่มต้นของปัญหาทำให้เกิดหนี้สิน ส่งผลต่อปัญหาด้านจิตใจ และอาจนำไปสู่การชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ อันมีปัจจัยสาเหตุมาจากความยากจนที่บุคคลนั้นมีรายได้น้อยไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวัน และก่อให้เกิดความขัดแย้งในครอบครัว เมื่อมีฐานะความยากจนจนนำไปสู่การกู้ยืมเงินทั้งภายในระบบและนอกระบบของรัฐบาลเกิดปัญหาด้านสุขภาพทั้งกายและจิต^{22, 23}

2) ความไม่เสมอภาค และไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพ (health inequality and inequity) ได้แก่ เรื่อง เพศ อายุ ศาสนา เชื้อชาติ ฐานะทางสังคม ความพิการ ลักษณะพื้นที่อาศัยทำให้เกิดความไม่เข้าถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุข กระแสโลกาภิวัตน์ที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นความไม่เป็นธรรมด้านสุขภาพในเรื่องชนชั้นในสังคม เช่น คนรวยมีโอกาสเข้าถึงทรัพยากรด้านสาธารณสุขได้มากกว่าคนจน รวมถึงการพัฒนาเทคโนโลยีการสื่อสารส่งผลต่อสุขภาพอนามัยของประชากรโลก และโครงสร้างการเมือง เศรษฐกิจ สังคม ทำให้เกิดการกระจายทางด้านสถานะสุขภาพและบริการสุขภาพที่ไม่เป็นธรรม²²

3) ความมั่นคงปลอดภัยด้านอาหาร (food safety) การบริโภคอาหารที่ไม่ปลอดภัยย่อมเกิดภัยอันตรายต่อสุขภาพโดยเริ่มจากกระบวนการผลิตอาหารทุกขั้นตอน อันเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อความมั่นคงปลอดภัยด้านอาหารอันนำไปสู่ผลเสียต่อสุขภาพ เช่น อาหารเป็นพิษ เป็นต้น^{14, 22}

4) การถูกกีดกันในสังคม (social exclusion) บุคคลที่มักถูกกีดกันในสังคม เช่น คนจน คนว่างงาน แรงงานต่างชาติ คนพิการ เป็นต้น ทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา ต้องทำงานที่มีภาวะเสี่ยงสูง แต่รายได้ต่ำ ไม่มีโอกาสเลือกงานและไม่มีสวัสดิการรักษายาพยาบาลที่เพียงพอ เพราะถูกสังคมกีดกัน ส่งผลต่อความไม่เป็นธรรมในสังคมด้านสุขภาพ²²⁻²⁴

5) ที่อยู่อาศัย (housing) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความสะอาด เช่น ชุมชนเมืองที่แออัดมักจะมีสิ่งแวดล้อมที่พอกอาศัยก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต การจัดดูแลที่อยู่อาศัยให้มีสิ่งแวดล้อมที่สะอาดและเหมาะสมทำให้บุคคลที่อยู่อาศัยเหล่านั้นมีสุขภาพกายและจิตดีด้วย²²

6) เงื่อนไขของการทำงาน (job condition) การจ้างงานที่ไม่เป็นธรรมทางด้านสุขภาพ ได้แก่ การเอาเปรียบของนายจ้างต่อลูกจ้าง ลักษณะของอาชีพ²⁴⁻²⁶ และสิ่งแวดล้อมก็มีอิทธิพลต่อสุขภาพของลูกจ้าง ก็เป็นปัจจัยสังคมที่มีผลเสียต่อสุขภาพทำให้บุคคลเกิดภาวะเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิตเช่นกัน²⁷ เช่น รายงานวิจัยไทย พบว่า อาชีพเกษตรกรไทยที่ถูกจ้างงานแบบเกษตรกรพันธะสัญญาอันเกิดมาจากการเอาเปรียบของนายจ้างในการลงทุนด้านการเกษตรรวมถึงการดำเนินนโยบายของรัฐตามองค์การการค้าโลกและสถาบันการเงินข้ามชาติทำให้เกษตรกรไทยต้องเร่งปริมาณการผลิตให้ทันเวลาที่กำหนดส่งผลเสียต่อสุขภาพจิต และเครียดจากการทำงานของเกษตรกร²⁸

การวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย

จากการศึกษารวบรวมข้อมูลทางวิชาการที่ใช้ในบทความนี้ ทำให้สามารถจำแนกประเด็นทางสุขภาพเพื่อนำไปวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยแบ่งเป็น 5 ประเด็นหลัก คือ ระดับของทฤษฎี หลักคิด เนื้อหา เป้าหมายทางสุขภาพ และการประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพและปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทย

ประเด็น	แนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ	แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ
1. ระดับของทฤษฎี (Theoretical theory)	ระดับจุลภาค (micro level) เน้นความสัมพันธ์อันใกล้ชิดกับบุคคลเป็นสำคัญ บุคคลจะมีพฤติกรรมทางสุขภาพดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับบุคคลเป็นสำคัญ สำหรับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมและสังคมนี้เป็นเพียงปัจจัยเสริมเท่านั้น	ระดับมหภาค (macro level) เน้นความสัมพันธ์ด้านสังคม (เช่น ความยากจน ความไม่เป็นธรรม เนื่องจากการทำงาน เป็นต้น) เป็นหลักว่า สังคมเป็นต้นเหตุของการเกิดความเจ็บป่วยไม่ใช่มาจากบุคคลเป็นต้นเหตุ
2. หลักคิด (Logic of Thinking)	ใช้หลักคิดชีวการแพทย์และการสาธารณสุข ซึ่งจัดว่าเป็นวิธีคิดแบบลดส่วน เช่น ในการจัดให้บริการสาธารณสุข จะเห็นว่า จัดแบ่งตามระยะของการเจ็บป่วยทางสุขภาพเป็นหลัก ซึ่งเป็นแบบชีวกลไก แม้ว่ามีความพยายามเชื่อมโยงถึงความสัมพันธ์การเจ็บป่วยกับปัจจัยด้านสุขภาพอื่นๆ เพื่อมองสุขภาพแบบองค์รวม แต่ก็ยังไม่สามารถแก้ปัญหาด้านสุขภาพได้ทั้งหมด	ใช้หลักคิดด้านสังคมผสมผสานกับด้านสาธารณสุขซึ่งเป็นการมองโดยภาพรวมจากระดับสังคมลงสู่ระดับล่าง เพื่อให้เกิดความเชื่อมโยงทางต้นสุขภาพแบบองค์รวมได้ทั้งระบบ โดยต้องแก้ปัญหาสุขภาพทั้งระบบ ไม่ใช่แก้ปัญหาสุขภาพจากส่วนใดส่วนหนึ่งของระบบเท่านั้น
3. เนื้อหา (Content)	เนื้อหาเบื้องต้นประกอบ 3 ปัจจัยที่สำคัญ คือ ด้านบุคคล สิ่งแวดล้อม และระบบบริการสาธารณสุข จะเห็นว่า ด้านสิ่งแวดล้อมนั้นจะกล่าวถึงองค์ประกอบย่อยคือ สังคม ซึ่งเป็นการกล่าวถึงเพียงส่วนหนึ่งของเกิดการเกิดปัญหาสุขภาพ แต่ไม่ได้เน้นย้ำให้เห็นว่ามีความสำคัญและเป็นต้นเหตุของปัญหาสุขภาพแต่อย่างใด ส่งผลให้การอธิบายความเชื่อมโยงของระบบสุขภาพโลกและของไทยยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควรด้วย	เนื้อหาเบื้องต้นประกอบ 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ คือ ความยากจน ความไม่เป็นธรรมทางสุขภาพ ความปลอดภัยของอาหาร การถูกกีดกันทางสังคม ที่อยู่อาศัย และเงื่อนไขจากการทำงาน จะเห็นว่า แต่ละองค์ประกอบล้วนให้ความสำคัญกับระบบสังคมเป็นหลักที่เชื่อมโยงกับสุขภาพ โดยสามารถนำไปอธิบายถึงความเชื่อมโยงของระบบสุขภาพโลกและของไทยได้ชัดเจนมากกว่าแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ
4. เป้าหมายทางสุขภาพ (Health target)	เพื่อให้ทุกคนมีสุขภาพดีถ้วนหน้า	เช่นเดียวกับแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ
5. การประยุกต์แนวคิดไปสู่การปฏิบัติ (Application)	สามารถนำไปประยุกต์ใช้การปฏิบัติได้ง่าย สะดวก รวดเร็ว เพราะเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เช่น ปัจจัยด้านอายุแต่ละคน สามารถใช้ตัววัดเป็นจำนวนคน ผู้ซึ่งมีอายุตามที่ต้องการศึกษา เป็นต้น	ค่อนข้างมีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการนำแนวคิดดังกล่าวไปประยุกต์ไปสู่การปฏิบัติ เพราะเป็นนามธรรมค่อนข้างสูง การนำไปประยุกต์สู่การปฏิบัตินั้นจะต้องเปลี่ยนตัววัดที่เป็นนามธรรมให้เป็นรูปธรรม เช่น หากต้องการวัดการเอาใจเอาเปรียบของนายจ้างต่อลูกจ้างในเรื่องชั่วโมงการทำงาน ตัววัดที่สำคัญคือจำนวนชั่วโมงที่ทำงานทั้งในเวลาและนอกเวลารวมถึงค่าตอบแทนที่ได้รับที่ชัดเจนเพื่อนำมาเปรียบเทียบเป็นประเด็นดังกล่าวว่าส่งผลต่อสุขภาพอย่างไร ดังนั้นเครื่องมือที่สร้างขึ้นต้องมีค่าจำกัดความที่เฉพาะเจาะจงอย่างมาก เป็นต้นในประเทศไทยยังไม่มีเครื่องมือเพื่อใช้ตอบตัวชี้วัดที่ชัดเจน

สรุป

แม้ว่าองค์ความรู้ทั้งแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัย และปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพซึ่งประกอบด้วย 6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ภายใต้ระบบสุขภาพโลกและประเทศไทยนั้น มีความแตกต่างกันในด้านระดับทฤษฎี พื้นฐาน เนื้อหา และการประยุกต์ อย่างไรก็ตามนั้นโดยภาพรวมทั้งสองแนวคิดต่างมุ่งไปสู่เป้าหมายเดียวกันคือการทำให้ประชาชนไทยและประชากรโลกมีสุขภาพที่ดีทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต ตลอดจนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อันนำไปสู่คำขวัญขององค์การอนามัยโลกให้ประชาชนมีสุขภาพดีถ้วนหน้านั้นเอง จะเห็นว่า แนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพนั้นสามารถอธิบายต้นเหตุของปัญหาอันเกิดจากสังคมเป็นเหตุให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพได้ชัดเจนกว่าแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ ซึ่งจำเป็นที่ต้องเตรียมบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีความรู้และความเข้าใจ เช่น พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เป็นต้น ซึ่งต้องใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการประยุกต์แนวคิดนี้ไปใช้ในการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม เพราะเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากกว่าแพทย์ ดังนั้นในอนาคตจึงควรสร้างตัวชี้วัดด้านสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ชัดเจน ครอบคลุมตามแนวคิดปัจจัยกำหนดสังคมทางสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. อ่ำพล จินดาวัฒนะ, สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, สุรณี พิพัฒน์โรจนกมล. การสร้างเสริมสุขภาพ: แนวคิดหลักการและบทเรียนของไทย. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2551.
2. Muntaner C, Chung H, Solar O, Santana V, Castedo A, Benach J. A macro-level Model of employment relations and health inequalities. *Int J Health Serv* 2010; 40: 215-21.
3. Benach J, Solar O, Santana V, Castedo A, Chung H, Muntaner C. A micro-level Model of employment relations and health inequalities. *Int J Health Serv* 2010; 40: 223-7.
4. Benach J, Castedo A, Solar O, Martinez JM, Vergara M, Amable M, et al. Methods for the study of employment relations and health inequalities in a global context. *Int J Health Serv* 2010; 40: 209-13.
5. Benach J, Muntaner C, Santana V, Chatterjee M, Friel S, Marmot M. Employment and working conditions and inequalities in health: A global analysis. *BMJ* 2010; 340: 2154-60.
6. Vives A, Vanroelen C, Amable M, Ferrer M, Moncada S, Llorens C, et al. Employment precariousness in Spain: prevalence, social distribution, and population-attributable risk percent of poor mental health. *Int J Health Serv* 2011; 41: 625-46.
7. Kim IH, Muntaner C, Chung H, Benach J. Studies on employment-related health inequalities in countries representing different types of labor markets. *Int J Health Serv* 2010; 40: 255-67.
8. Benach J, Solar O, Vergara M, Vanroelen C, Santana V, Castedo A, et al. Six employment conditions and health inequalities: A descriptive overview. *Int J Health Serv* 2010; 40: 269-80.
9. Kim IH, Khang YH, Cho SI, Chun H, Muntaner C. Gender, professional and non-professional work, and the changing pattern of employment-related inequality in poor self-rated health, 1995-2006 in South Korea. *J Prev Med Public Health* 2011; 44: 22-31.
10. Caban-Martinez AJ, Lee DJ, Goodman E, Davila EP, Fleming LE, LeBlanc WG, et al. Health indicators among unemployed and employed young adults. *J Occup Environ Med* 2011; 53: 196-203.
11. Kim IH, Geiger-Brown J, Trinkoff A, Muntaner C. Physically demanding workloads and the risks

- of musculoskeletal disorders in homecare workers in the USA. *Health Soc Care Community* 2010; 18: 445–55.
12. Labonte R, Schrecker T, Packer C, Runnes V. Globalization and Health pathways, evidence and policy. New York: Taylor & Francis; 2009.
 13. Sadana R, Harper S. Data systems linking social determinants of health with health outcomes: advancing public goods to support research and evidence-based policy and programs. *Public Health Rep* 2011; 126: 6–13.
 14. Muntaner C, Benach J, Chung H, Edwin N, Schrecker T. Welfare state, labour market inequalities and health. In a global context: An integrated framework. *SESPAS report 2010*. *Gac Aanit* 2010; 24: 56–61.
 15. Delp L, Muntaner C. The political and economic context of home care work in California. *New Soult* 2010; 20: 441–64.
 16. Delp L, Wallace SP, Geiger-Brown J, Muntaner C. Job stress and job satisfaction: home care workers in a consumer-directed model of care. *Health Serv Res* 2010; 45: 922–40.
 17. Espelt A, Borrell C, Rodraux-Sanz M, Muntaner C, PasarAn M, Benach J, et al. Answer to the commentary: Politics and public health—some conceptual considerations concerning welfare state characteristics and public health outcomes. *Int J Epidemiol* 2010; 39: 630–2.
 18. Benach J, Muntaner C, Solar O, Santana V, Quinlan M, EMCONET Network. Introduction to the WHO Commission on Social Determinants of Health Employment Conditions Network (EMCONET) Study, with a Glossary on Employment Relations. *Int J Health Serv* 2010; 40: 195–207.
 19. Suwit Wibulpolprasert. Thailand Health Profile 2005–2007. Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand Publishing; 2008.
 20. Cartford J. Implementing the Nairobi call to action: Africa’s opportunity to light the way. *Health Promotion Int* 2010; 25: 1–4.
 21. ประเวศ วะสี. ระบบบริการสุขภาพที่มีหัวใจแห่งความเป็นมนุษย์. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2549.
 22. World Health Organization, the Commission on the Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health. Switzerland: World Health Organization; 2008.
 23. Muntaner C, Sridharan S, Solar O, Benach J. Commentary: against unjust global distribution of power and money: the report of the WHO Commission on the Social Determinants of Health: global inequality and the future of public health policy. *J Public Health Policy* 2009; 30: 163–75.
 24. Benach J, Muntaner C, Chung H, Benavides FG. Immigration, employment relations, and health: Developing a research agenda. *Am J Ind Med* 2010; 53: 338–43.
 25. Muntaner C, Borrell C, Sola J, Mari-Dell’Olmo M, Chung H, Rodriguez-Sanz M, et al. Class relations and all-cause mortality: a test of Wright’s social class scheme using the Barcelona 2000 Health Interview Survey. *Int J Health Serv* 2011; 41: 431–58.
 26. Chung H, Muntaner C, Benach J. Employment conditions and global health: A typological study of world labor markets. *Int J Health Serv* 2010; 40: 229–53.

27. Muntaner C, Li Y, Ng E, Benach J, Chung H. Work or place? Assessing the concurrent effects of workplace exploitation and area-of-residence economic inequality on individual health. *Int J Health Serv* 2011; 41: 27-50.
28. Kaewanuchit C, Muntaner C, Dendoung S, Labontee R, Suttawet C, Chiengkul W. The psychosocial stress model for Thai contract farmers under globalization: A Path analysis model. *Asian Biomed* 2012; 6: 385-95.