

Socioeconomic Status and Health Condition of the Older Adult and Elderly Population in Thailand

Sukanya Chongthawonsatid¹

THJPH 2022; 52(1): 79–87

Correspondence:

Sukanya Chongthawonsatid, Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, Nakhon Pathom 73170, THAILAND.

E-mail: sukanyac8@gmail.com, sukanya.cht@mahidol.ac.th

¹ Faculty of Social Sciences and Humanities, Mahidol University, THAILAND

Received: May 18 2021;

Revised: July 27, August 12,
September 4 2021;

Accepted: September 13 2021

Extended Abstract

Socioeconomic status (SES) related to health inequalities is assessed by education, employment, income, wealth, and social status. Low socioeconomic status is associated with excess morbidity and mortality. A deterioration in health that accompanies aging is a predictor of a decline in perceived socioeconomic status. SES has a significant impact on people's physical health. Health status can be measured by an individual subjectively rating the perceptions of their health status. This research aimed to identify socioeconomic factors associated with health condition in the elderly, and to provide support for national policy makers who are responsible for developing financial strategies for an aging society, via financial and healthcare services and special systems assistance, to promote good health status in aging societies in the future.

The elderly population surveys conducted by the National Statistical Office of Thailand use a stratified, two-stage, sampling procedure. There are 77 provinces in Thailand, each of which is defined as a block or stratum. Each stratum is separated into two parts according to the structure of the local administration, namely, municipal and non-municipal areas. These areas include individual households and are set as the primary- and secondary-sampling units, respectively. The elderly population surveys are population-based surveys that are systematically carried out by skilled interviewers. In 2017, they polled 39,992 people aged 50 years or older.

Results showed that about 34.3% of the respondents did not have good health. 17.4% of respondents did not have any savings, and approximately four out of ten (43.5%) did not have adequate income. Multivariate modelling demonstrated that respondents aged 60 and above (AOR = 0.49, 95% CI = 0.47 to 0.52, $p < 0.001$), females (AOR = 0.76, 95% CI = 0.73 to 0.80, $p < 0.001$), separated, widowed, or divorced respondents (AOR = 0.86, 95% CI = 0.77 to 0.96, $p = 0.008$), and private sectors workers (AOR = 0.84, 95% CI = 0.79 to 0.89, $p < 0.001$) were less likely to have a good health condition.

Respondents who had received education up to elementary level (AOR =1.20, 95% CI = 1.08 to 1.33, $p < 0.001$), primary level (AOR =1.39, 95% CI = 1.21 to 1.50, $p < 0.001$), secondary level (AOR =1.58, 95% CI = 1.39 to 1.79, $p < 0.001$), and bachelor's degree level or higher (AOR =2.21, 95% CI = 1.89 to 2.58, $p < 0.001$) were more likely to have a good health condition. Respondents who were categorized in the middle wealth index (AOR = 1.12, 95% CI = 1.05 to 1.20, $p = 0.001$), high wealth index (AOR = 1.08, 95% CI = 1.02 to 1.15, $p = 0.014$), those who had income adequacy (AOR = 1.94, 95% CI = 1.86 to 2.03, $p < 0.001$), respondents with any savings (AOR = 1.16, 95% CI = 1.09 to 1.22, $p < 0.001$), and those who had social security (AOR = 1.16, 95% CI = 1.04 to 1.29, $p = 0.010$) were more likely to have a good health condition.

The government should consider socioeconomic factors, especially education, income, and financial support to reduce the cost of living. In addition, campaigns should be conducted to encourage saving behaviors and a sufficiency economy among members of the low-income population. Investment in public healthcare services and facilities for the elderly, such as public nursing homes and home healthcare services, are also recommended.

Keywords: Elderly, Health condition, Older adults, Socioeconomic status, Thailand

เศรษฐกิจสังคมกับภาวะสุขภาพของประชากรวัยผู้ใหญ่ ตอนปลายและสูงอายุในประเทศไทย

สุกัญญา จงถาวรสถิตย์¹

บทคัดย่อ

THJPH 2022; 52(1): 79-87

¹ คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล

ความสัมพันธ์ระหว่างเศรษฐกิจสังคมกับภาวะสุขภาพของประชากรผู้สูงอายุ ศึกษาย้อนหลังข้อมูลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ กลุ่มตัวอย่างอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 39,992 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีภาวะสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 34.3 ไม่มีการออม ร้อยละ 17.4 และรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.5 วิเคราะห์หลายตัวแปรพบว่า กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป (AOR = 0.49, 95% CI = 0.47 to 0.52, $p < 0.001$) ผู้หญิง (AOR = 0.76, 95% CI = 0.73 to 0.80, $p < 0.001$) สถานภาพสมรส หม้าย หย่า แยก (AOR = 0.86, 95% CI = 0.77 to 0.96, $p = 0.008$) สิทธิประกันสังคม (AOR = 1.16, 95% CI = 1.04 to 1.29, $p = 0.010$) การศึกษาประถม (AOR = 1.20, 95% CI = 1.08 to 1.33, $p < 0.001$) การศึกษามัธยมตอนต้น (AOR = 1.39, 95% CI = 1.21 to 1.50, $p < 0.001$) การศึกษามัธยมตอนปลาย (AOR = 1.58, 95% CI = 1.39 to 1.79, $p < 0.001$) การศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป (AOR = 2.21, 95% CI = 1.89 to 2.58, $p < 0.001$) ทำงานบริษัทเอกชน (AOR = 0.84, 95% CI = 0.79 to 0.89, $p < 0.001$) ดัชนีความมั่งคั่งปานกลาง (AOR = 1.12, 95% CI = 1.05 to 1.20, $p = 0.001$) ดัชนีความมั่งคั่งสูง (AOR = 1.08, 95% CI = 1.02 to 1.15, $p = 0.014$) คนที่มีรายได้เพียงพอ (AOR = 1.94, 95% CI = 1.86 to 2.03, $p < 0.001$) คนที่มีการออม (AOR = 1.16, 95% CI = 1.09 to 1.22, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพดี แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รัฐบาลควรสนับสนุนประชาชนให้ได้รับการศึกษาสูง มีความเท่าเทียมการเข้าถึงการศึกษา ส่งเสริมการประกอบอาชีพ มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ รณรงค์การออมตั้งแต่วัยทำงาน เตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ภาวะสุขภาพ, วัยผู้ใหญ่ตอนปลาย, สถานะเศรษฐกิจสังคม, ประเทศไทย

บทนำ

สถานะทางเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic status, SES) เป็นตัวกำหนดสำคัญที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตของคน (Life-style) ที่จะเผชิญกับภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การปฏิบัติตนเองเพื่อป้องกัน ลดความเจ็บป่วย ตลอดจนการเข้าถึงการรักษาพยาบาล สถานะสุขภาพ (Health status) สามารถประเมินตนเอง (Self-reported) ได้จากการรับรู้ภาวะสุขภาพทั่วไป (General health perceptions) การจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (Functional limitations of daily activities) อาการของโรค (Symptoms) หรือคุณภาพชีวิต (Quality of life)^{1,2} สถานะทางเศรษฐกิจสังคม มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันกับสุขภาพทางกาย (Physical health)³ ส่งผลระยะยาวต่อเนื่องเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สถานะทางเศรษฐกิจสังคมสามารถประเมินได้จากปัจจัยทางการศึกษา อาชีพ ซึ่งสะท้อนถึงรายได้ (Income) ความร่ำรวย (Wealth) สถานะทางสังคม (Social status)⁴⁻⁶ คนที่มีสถานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ สัมพันธ์กับการป่วย การตายที่เพิ่มขึ้น⁷⁻¹¹ คนที่มีการศึกษาดี มีความรู้ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ตั้งแต่เยาว์วัยทำให้สุขภาพดีเมื่ออายุมากขึ้น การศึกษาที่ผ่านมา พบว่ารายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพ¹² คนที่เกษียณอายุ หรือคนที่ไม่ได้ทำงาน ที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต และการดูแลสุขภาพตนเอง ทำให้เสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดีเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ แม้ว่าปัจจุบันทุกคนมีสิทธิในการเข้าถึงระบบประกันสุขภาพ แต่ยังมีพบคนบางกลุ่มเข้าไม่ถึงบริการ ด้วยความไม่พร้อมส่วนบุคคล หรือปัญหากระบวนการบริการ¹³ รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุ ปี 2560 พบว่าผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป มีปัญหาเศรษฐกิจ ความยากลำบากทางการเงิน ร้อยละ 15.7 รายได้เพียงพอ เพียงร้อยละ 25.4¹⁴ ซึ่งอาจส่งผลต่อการดำรงชีวิต และภาวะสุขภาพ อย่างไรก็ตามความแตกต่างของสถานะทางเศรษฐกิจสังคมเป็นสาเหตุที่แท้จริง (Root cause) ของความไม่เท่าเทียมทางสุขภาพ (Health inequalities)^{15,16} แม้ว่าปัจจุบันคนไทยทุกคนมีสิทธิเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจสังคมยังคงเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือไม่ การศึกษานี้ ศึกษาปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ครอบคลุมด้านการศึกษา อาชีพ ความมั่งคั่ง รายได้เพียงพอ การออม ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชากรทั้งวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย และผู้สูงอายุ จากการประเมินตนเอง (Self-assessed health condition) ผลการศึกษาจะสะท้อนให้เห็นปัญหา ความไม่เท่าเทียมทางเศรษฐกิจสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในวัยผู้ใหญ่ตอนปลาย เป็นการเตรียมตัวก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ และผู้สูงอายุในปัจจุบัน และระยะยาว การเตรียมความพร้อมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์

และสนับสนุนนโยบายทางการเงิน การออม ตลอดจนการจัดระบบบริการสุขภาพ เพื่อรองรับการมีสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมกับภาวะสุขภาพของประชากรวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาย้อนหลัง (Retrospective study) ใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (Secondary data) การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เพื่อเป็นตัวแทนของประชากรทั้งประเทศ โดยสุ่มตัวอย่างแบบ Stratified two stage sampling มีจังหวัดเป็นสตรัทัม (Stratum) มีทั้งสิ้น 77 สตรัทัม ในแต่ละสตรัทัม แบ่งออกเป็น 2 สตรัทัมย่อย ตามลักษณะการปกครอง คือ ในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล มีเขต Enumeration (Enumeration area) เป็นตัวอย่างขั้นที่สอง และแจกแจงครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นตัวอย่างขั้นที่สอง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ เป็นกลุ่มอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 71,856 คน จัดการข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ ไม่ตอบออกไป เหลือกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 39,992 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ได้ทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติ จากนั้นรวบรวมข้อมูลดิบ (Raw data) ที่ได้จากการสำรวจผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เป็นแบบสอบถามที่สำนักงานสถิติแห่งชาติสร้างขึ้น นำไปสัมภาษณ์ประชากรกลุ่มตัวอย่าง ตัวแปรตามในการศึกษานี้ได้แก่ ภาวะสุขภาพ จากข้อคำถามการประเมินตนเอง “ในระหว่าง 7 วัน ก่อนวันสัมภาษณ์รู้สึกว่าการร่างกายของตนเองเป็นอย่างไร” (สุขภาพปานกลาง/ไม่ดี/ดีมาก = 0 สุขภาพดี/ดีมาก = 1) ตัวแปรอิสระ ได้แก่ อายุ เพศ สถานที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด สถานภาพการทำงาน สิทธิการรักษา ความเพียงพอรายได้ต่อการยังชีพ (ไม่เพียงพอ/เพียงพอบางครั้ง = 0 เพียงพอ/มีเหลือเก็บ = 1) การออม (ไม่มีการออม = 0 มีการออม รวมเงิน/ทอง/

ทรัพย์สิน = 1) และดัชนีความมั่งคั่ง (Wealth index) ใช้วิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก (Principal component analysis, PCA) เป็นเทคนิคหนึ่งในการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดจำนวนตัวแปรลง โดยทำการคัดเลือกตัวแปรเข้าสมการ ประกอบด้วยข้อมูลสภาพที่อยู่อาศัย (ประเภทของที่อยู่อาศัยของครัวเรือน ลักษณะของที่อยู่อาศัย บ้านที่อยู่มีราวจำสำหรับยึดเกาะ ห้องน้ำ ห้องส้วมที่ใช้ตั้งอยู่ที่ใด ห้องน้ำ ห้องส้วม เปิดประตูแบบใด แหล่งน้ำดื่ม น้ำใช้) และการเป็นเจ้าของทรัพย์สิน (Assets) (เครื่องใช้ในครัวเรือน หรือใช้ร่วมในการทำธุรกิจและครัวเรือน อุปกรณ์เทคโนโลยีในครัวเรือน) จากนั้นทำการสกัดองค์ประกอบด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบหลัก โดยจำกัดให้เหลือเพียง 1 ตัวแปร และทำการหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor rotation) แบบตั้งฉากด้วยวิธี Varimax แล้วนำมาสร้างค่าคะแนนองค์ประกอบ (Factor score) จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่มตามเกณฑ์ เพื่อแบ่งระดับตามสถานการณ์ของทรัพย์สินและรายได้จริง เพื่อให้ได้มาซึ่งดัชนีความมั่งคั่ง (ต่ำ ปานกลาง และสูง)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมกับภาวะสุขภาพ (Health condition) ตัวแปรตาม ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ตัวแปรอิสระ ได้แก่ การศึกษา อาชีพ ดัชนีความมั่งคั่ง (Wealth index) ความเพียงพอรายได้ต่อการดำรงชีพ การออม อายุ เพศ สถานที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา โดยการวิเคราะห์ด้วย (Univariate logistic regression model) และวิเคราะห์หลายตัวแปร (Multiple logistic regression model) ด้วยการควบคุมตัวแปรอื่นๆ ได้แก่ อายุ เพศ สถานที่อยู่อาศัย สถานภาพสมรส สิทธิการรักษา โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูล SPSS, version 18

การศึกษานี้ได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนของคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (Certification number 2018/219[B2]) เป็นไปตามแนวปฏิบัติของ the Committee of Publication Ethics (COPE)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ลักษณะทางประชากร ส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพดี (ร้อยละ 65.7) สุขภาพไม่ดี (ร้อยละ 34.3) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ประกอบธุรกิจส่วนตัว เพศชาย อายุ 50-59 ปี สถานภาพสมรส สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า รายได้ไม่เพียงพอ สูงถึงร้อยละ 43.5 ไม่มีการออม ร้อยละ 17.4 พบว่า กลุ่ม

ที่มีดัชนีความมั่งคั่งอยู่ในระดับสูง ปานกลาง และต่ำ มีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 67.8, 65.7 และ 58.9 ตามลำดับ คนที่มีรายได้เพียงพอ มีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 72.8 คนที่มีรายได้ไม่เพียงพอ มีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 56.4 และคนที่มีการออม มีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 66.9 คนที่ไม่มีการออม มีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 60.0

เมื่อวิเคราะห์ด้วยแปรเดียวพบว่า ตัวแปรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ คนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรี หรือสูงกว่า มีภาวะสุขภาพดีมากกว่าคนที่ไม่ได้รับการศึกษา 1.35, 2.03, 2.56 และ 4.13 เท่า ตามลำดับ คนที่ทำงานบริษัทเอกชน มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่าคนที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว คนที่มีดัชนีความมั่งคั่ง ปานกลาง และสูง มีภาวะสุขภาพดีมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีความมั่งคั่งต่ำ คนที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ มีภาวะสุขภาพดีมากกว่าคนที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ 2.07 เท่า และคนที่มีการออม มีภาวะสุขภาพดีมากกว่าคนที่ไม่มีการออม 1.35 เท่า คนอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่ากลุ่มคนอายุ 50-59 ปี เพศหญิง มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่ากลุ่มเพศชาย คนที่หย่า แยก มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่ากลุ่มคนโสด คนที่อยู่นอกเขตเทศบาล มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่ากลุ่มคนที่อยู่ในเขตเทศบาล คนที่มีสิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการ รัฐวิสาหกิจ และอื่นๆ มีภาวะสุขภาพดีมากกว่าคนที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เมื่อวิเคราะห์หลายตัวแปร ควบคุมตัวแปร อายุ เพศ สถานภาพสมรส สถานที่อยู่อาศัย สิทธิการรักษาพยาบาล พบว่า ตัวแปรที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ คนที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย และปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีภาวะสุขภาพดีมากกว่าคนที่ไม่ได้รับการศึกษา 1.20, 1.39, 1.58 และ 2.21 เท่า ตามลำดับ คนที่ทำงานบริษัทเอกชน มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่าคนที่ประกอบธุรกิจส่วนตัว คนที่มีดัชนีความมั่งคั่งปานกลาง และสูง มีภาวะสุขภาพดีมากกว่ากลุ่มที่มีดัชนีความมั่งคั่งต่ำ 1.12 และ 1.08 เท่า ตามลำดับ คนที่มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ มีภาวะสุขภาพดีมากกว่าคนที่มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ 1.94 เท่า และคนที่มีการออม มีภาวะสุขภาพดีมากกว่าคนที่ไม่มีการออม 1.16 เท่า คนอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่ากลุ่มคนอายุ 50-59 ปี เพศหญิง มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่ากลุ่มเพศชาย คนที่หย่า แยก มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่ากลุ่มคนโสด คนที่มีสิทธิประกันสังคม มีภาวะสุขภาพดีมากกว่าคนที่มีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า 1.16 เท่า ตัวแปรสถานที่อยู่อาศัย ไม่แตกต่างกัน ($p > 0.05$) (Table 1)

Table 1 Simple and multiple binary logistic regression of factors associated with good health

Factors	Total n (%)	Good health condition n (%)	COR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
Total	39,992 (100.0)	26,274 (65.7)				
Socioeconomic factors						
Education						
No formal ^a	1,827 (4.6)	1,014 (55.5)	1			
Elementary	29,340 (73.4)	18,415 (62.8)	1.35 (1.23–1.49)	<0.001	1.2 (1.08–1.33)	<0.001
Primary	2,269 (5.7)	1,627 (71.7)	2.03 (1.79–2.31)	<0.001	1.39 (1.21–1.59)	<0.001
Secondary	3,595 (9.0)	2,738 (76.2)	2.56 (2.27–2.89)	<0.001	1.58 (1.39–1.79)	<0.001
Bachelor degree or higher	2,961 (7.4)	2,480 (83.8)	4.13 (3.61–4.73)	<0.001	2.21 (1.89–2.58)	<0.001
Occupation						
Own business ^a	30,500 (76.3)	19,743 (64.7)	1			
Government, State enterprises	3,324 (8.3)	2,691 (81.0)	2.32 (2.12–2.53)	<0.001	1.09 (0.97–1.22)	0.150
Private sectors	6,168 (15.4)	3,840 (62.3)	0.89 (0.85–0.95)	<0.001	0.84 (0.79–0.89)	<0.001
Wealth index						
Low ^a	7,116 (17.8)	4,189 (58.9)	1			
Middle	9,247 (23.1)	6,075 (65.7)	1.34 (1.26–1.43)	<0.001	1.12 (1.05–1.20)	0.001
High	23,629 (59.1)	16,010 (67.8)	1.47 (1.39–1.55)	<0.001	1.08 (1.02–1.15)	0.014
Income adequacy						
No ^a	17,392 (43.5)	9,817 (56.4)	1			
Yes	22,600 (56.5)	16,457 (72.8)	2.07 (1.98–2.16)	<0.001	1.94 (1.86–2.03)	<0.001
Savings						
No ^a	6,967 (17.4)	4,177 (60.0)	1			
Yes	33,025 (82.6)	22,097 (66.9)	1.35 (1.28–1.42)	<0.001	1.16 (1.09–1.22)	<0.001
Control variables						
Age (years)						
50–59 ^a	24,489 (61.2)	17,665 (72.1)	1			
≥60	15,503 (38.8)	8,609 (55.5)	0.48 (0.46–0.50)	<0.001	0.49 (0.47–0.52)	<0.001
Sex						
Male ^a	21,013 (52.5)	14,369 (68.4)	1			
Female	18,979 (47.5)	11,905 (62.7)	0.78 (0.75–0.81)	<0.001	0.76 (0.73–0.80)	<0.001

Table 1 Simple and multiple binary logistic regression of factors associated with good health (cont.)

Factors	Total n (%)	Good health condition n (%)	COR (95% CI)	p	AOR (95% CI)	p
Marital status						
Single ^a	2,182 (5.5)	1,493 (68.4)	1			
Married	31,986 (80.0)	21,356 (66.8)	0.93 (0.85–1.02)	0.11	0.98 (0.89–1.09)	0.755
Widowed, Divorced, Separated	5,824 (14.6)	3,425 (58.8)	0.66 (0.59–0.73)	<0.001	0.86 (0.77–0.96)	0.008
Residential area						
Urban ^a	20,577 (51.5)	13,809 (67.1)	1			
Rural	19,415 (48.5)	12,465 (64.2)	0.88 (0.84–0.92)	<0.001	0.98 (0.94–1.02)	0.350
Health welfare						
Universal coverage ^a	32,712 (81.8)	20,833 (63.7)	1			
Social security	2,235 (5.6)	1,665 (74.5)	1.67 (1.51–1.84)	<0.001	1.16 (1.04–1.29)	0.010
Civil, Pension	4,027 (10.1)	3,000 (74.5)	1.67 (1.55–1.79)	<0.001	0.99 (0.91–1.09)	0.965
Others (Health insurance, own payment)	1,018 (2.5)	776 (76.2)	1.83 (1.58–2.12)	<0.001	1.08 (0.93–1.27)	0.323

COR, crude odds ratio; CI, confidence interval; AOR, adjusted odds ratio; ^areference group

การอภิปรายผล

ปัจจัยส่วนบุคคล เศรษฐกิจสังคม สะท้อนการดูแลสุขภาพตนเองในช่วงวัยก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ การเตรียมตัวเข้าสู่วัยสูงอายุ ที่จะส่งผลต่อสุขภาพในปัจจุบัน ผลการศึกษาพบว่า คนอายุ 60 ปีขึ้นไป เพศหญิง สถานภาพสมรส หย่า แยก คนที่มีสิทธิสุขภาพถ้วนหน้า คนไม่ได้รับการศึกษา คนที่ทำงานบริษัทเอกชน คนที่มีดัชนีความมั่งคั่งต่ำ รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ คนที่ไม่มีการออม ภาวะสุขภาพดีน้อยกว่าคนกลุ่มอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดเศรษฐกิจสังคมเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ (Socioeconomic determinant of health)¹⁷ ได้แก่ รายได้ สถานะทางสังคม พบว่ารายได้สูง จะมีสถานะสังคมสูง สุขภาพจะดีกว่าคนที่รายได้ต่ำ ช่องว่างคนรวยกับคนจน ระดับการศึกษาต่ำ ความเครียดมากกว่า และความเชื่อมั่นตนเองต่ำกว่าคนที่มีการศึกษาสูง จะเชื่อมโยงกับสุขภาพที่ไม่ดี (Poor health) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม เป็นตัวกำหนดด้านสุขภาพที่สำคัญ เช่น การศึกษา อาชีพ พบว่าคนที่มีการศึกษาสูง สุขภาพดีกว่าคนไม่มีการศึกษา¹⁸ คนไม่มีงาน

ทำ รายได้ ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ^{19–22} คนที่รายได้สูง เศรษฐกิจดี มีโอกาสเข้าถึงการบริการทางการแพทย์ พบความสัมพันธ์กับวิถีชีวิตที่ส่งผลให้คนมีสุขภาพที่ดีกว่าคนที่ไม่มีเศรษฐกิจต่ำ ชนชั้นทางสังคมแตกต่างกัน สุขภาพต่างกัน สะท้อนถึงความไม่เท่าเทียมกันทางสุขภาพ^{15,16} สถานะทางเศรษฐกิจสังคมดี ส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายดี และวิถีชีวิต ส่งผลกระทบทางบวกต่อสุขภาพทั้งทางกาย และทางใจ³ การศึกษานี้ ยังพบว่าคนที่มีความรู้สุขภาพถ้วนหน้า คนไม่ได้รับการศึกษา รายได้ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพ และคนที่ไม่มีการออม พบว่าภาวะสุขภาพดีน้อยกว่ากลุ่มอื่น แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สะท้อนถึงความแตกต่างหรือความเท่าเทียมของเศรษฐกิจสังคม ในระดับบุคคล ครอบครัว สังคม พบว่าสถานภาพสมรส หย่า แยก และคนแต่งงานแล้ว มีภาวะสุขภาพดีน้อยกว่าคนโสด สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าคนชายโสด โอกาสเจ็บป่วยในระยะยาวน้อยกว่ากลุ่มคนที่แต่งงาน เมื่อควบคุมปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม²³ สถานภาพหย่า มีปัญหาสุขภาพมากกว่าสถานภาพอื่น²⁴ ผลการศึกษานี้ต่างจากการศึกษาในอดีต ที่พบว่าคนไม่แต่งงาน

หรือคนโสด จะมีสุขภาพไม่ดี และเสี่ยงต่อการตายสูงกว่าคนที่แต่งงาน²⁵ สามารถอธิบายในมุมมองเชิงสังคม ครอบครัว วิถีชีวิต แบบแผนการอยู่อาศัย ความเครียด ในยุคสังคมปัจจุบันที่มีความซับซ้อน การเปลี่ยนแปลงไปจากอดีตค่อนข้างมาก ซึ่งส่งผลต่อการดูแลสุขภาพตนเอง และภาวะสุขภาพในระยะยาว จุดแข็งการศึกษาเป็น ข้อมูลจากการสำรวจระดับชาติ ทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นตัวแทนระดับประเทศ แต่มีข้อจำกัดที่ข้อมูลภาวะสุขภาพ เป็นการประเมินจากการรับรู้สุขภาพของตนเอง ซึ่งขึ้นกับลักษณะส่วนบุคคล ชาติพันธุ์ เชื้อชาติ ศาสนา และการรับรู้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขอื่น ๆ อาจทำให้การรายงานด้วยตนเอง คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สนับสนุนให้ประชาชนได้รับการศึกษาที่สูงขึ้นหรือมีความเท่าเทียมในการเข้าถึงการศึกษา การสร้างโอกาสทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ส่งเสริมการประกอบอาชีพ ให้มีรายได้เพียงพอต่อการดำรงชีพ ช่วยลดค่าครองชีพ รณรงค์การออมตั้งแต่วัยทำงาน การเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดจนการช่วยเหลือของภาครัฐในการจัดสวัสดิการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในระยะยาว ให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ กรณีผู้สูงอายุที่ไม่มีเงินออมเก็บไว้ใช้ยามเจ็บป่วยชราภาพ เช่น สถานดูแลผู้สูงอายุ หรือ การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เป็นต้น การศึกษาครั้งต่อไป ควรศึกษาความเท่าเทียมเศรษฐกิจสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพกาย และสุขภาพใจ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ได้แก่ ปัจจัยการศึกษา อาชีพ รายได้ เพศ สถานภาพสมรส สิทธิการรักษาพยาบาล ความเพียงพอของรายได้ และการออม ควรเตรียมความพร้อมด้านเศรษฐกิจสังคมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ส่งเสริมและสนับสนุนการออมตั้งแต่อายุน้อย ตลอดจนสร้างความเท่าเทียมทางการศึกษา การสร้างโอกาสทางการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ ที่จะส่งผลต่ออาชีพ ความเพียงพอของรายได้ และการมีสุขภาพที่ดีในประชากรสูงอายุ

การมีส่วนร่วมของผู้นิพนธ์

สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ ออกแบบกระบวนการวิจัย รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล แปลผล เขียนบทความตีพิมพ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสถิติแห่งชาติในการอนุเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษานี้

แหล่งทุน

ขอขอบคุณคณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ผลประโยชน์ทับซ้อน

ไม่มี

References

1. Ren XS, Amick BC 3rd. Race and self-assessed health status: The role of socioeconomic factors in the USA. *J Epidemiol Community Health* 1996; 50(30): 269-73.
2. Rumsfeld JS. Health status and clinical practice: When will they meet? *Circulation* 2002;106: 5-7.
3. Wang J, Geng L. Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: Lifestyle as a mediator. *Int J Environ Res Public Health* 2019; 16(2): 281.
4. Winkleby MA, Jatulis DE, Frank E, Fortmann SP. Socioeconomic status and health: How education, income, and occupation contribute to risk factors for cardiovascular disease. *Am J Public Health* 1992; 82(6): 816-20.
5. Psaki SR, Seidman JC, Miller M, Gottlieb M, Bhutta ZA, Ahmed T, et al. Measuring socioeconomic status in multi-country studies: Results from the eight-country MAL-ED study. *Popul Health Metrics* 2014; 12: 8.
6. Wu ZH, Rudkin L. Social contact, socioeconomic status, and the health status of older Malaysians. *Gerontologist* 2000; 40(2): 228-34.
7. Politzer E, Shmueli A, Avni S. The economic burden of health disparities related to socioeconomic status in Israel. *Isr J Health Policy Res* 2019; 8: 46.
8. Barroso C, Abásolo I, Cáceres JJ. Health inequalities by socioeconomic characteristics in Spain: The economic crisis effect. *Int J Equity Health* 2016; 15: 62.

9. Adler NE, Newman K. Socioeconomic disparities in health: Pathways and policies. *Health Aff* 2020; 21(2): 60–76.
10. Lantz PM, House JS, Lepkowski JM, Williams DR, Mero RP, Chen J. Socioeconomic factors, health behaviors, and mortality: Results from a nationally representative prospective study of U.S. Adults. *JAMA* 1998; 279 (21): 1703–8.
11. Nobles J, Weintraub MR, Adler N. Subjective socioeconomic status and health: Relationships reconsidered. *Soc Sci Med* 2013; 82: 58–66.
12. Adeline A, Delattre E. Some micro econometric evidence on the relationship between health and income. *Health Econ Rev* 2017; 7: 27. doi 10.1186/s13561-017-0163-5.
13. Chongthawonsatid S. Identification of unmet healthcare needs: A national survey in Thailand. *J Prev Med Public Health* 2021; 54(2): 129–36.
14. National Statistical Office. Report on the 2017 survey of the elderly population in Thailand. Bangkok: The Government Complex; 2018. (In Thai)
15. Dahl E. Social mobility and health: Cause or effect? *BMJ* 1996; 313: 435–6.
16. Shavers VL. Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *J Natl Med Assoc* 2007; 99(9): 1013–23.
17. Lahelma E, Martikainen P, Laaksonen M, Aittomaki A. Pathways between socioeconomic determinants of health. *J Epidemiol Community Health* 2004; 58(4): 327–32. doi: 10.1136/jech.2003.011148.
18. Zajacova A, Lawrence EM. The relationship between education and health: Reducing disparities through a contextual approach. *Annu Rev Public Health* 2018; 39: 273–89.
19. Petrelli A, Napoli AD, Rossi A, Costanzo G, Mirisola C, Gargiulo L. The variation in the health status of immigrants and Italians during the global crisis and the role of socioeconomic factors. *Int J Equity Health* 2017; 16: 98.
20. Kennedy PB, Kawachi I, Glass R, Deborah Prothrow-Stith D. Income distribution, socioeconomic status, and self-rated health in the United States: Multilevel analysis. *BMJ* 1998; 317: 917–21.
21. Netithanakul A, Soonthornhdhda K. Equity in health care utilization of the elderly: Evidence from Kanchanaburi DSS, Thailand. *Journal of Population and Social Studies* 2009; 18(1): 103–22. (In Thai)
22. McMaughan DJ, Oloruntoba O, Smith ML. Socioeconomic status and access to healthcare: Interrelated drivers for healthy aging. *Front Public Health* 2020; 8: 231 doi:10.3389/fpubh.2020.00231.
23. Robards J, Evandrou M, Falkingham J, Vlachantoni A. Marital status, health and mortality. *Maturitas* 2012; 73(4): 295–9.
24. Joung IM. The relationship between marital status and health. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997; 141(6): 277–82. (In Dutch)
25. Hu YR, Goldman N. Mortality differentials by marital-status—an international comparison. *Demography* 1990; 27(2): 233–50.