



ระบาดวิทยาสังคมในงานวิจัยทางสาธารณสุข

สุกัญญา จงถาวรสถิตย์*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการกระจายทางสังคม และตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ในระบาดวิทยาสังคม เน้นปรากฏการณ์ทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยทางเศรษฐกิจ สังคม ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ความเป็นธรรมทางสุขภาพและการมีสุขภาพที่ดี ขึ้นกับลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจสังคมและการเมือง ผ่านตัวกำหนดระหว่างกลางทั้งทางด้านสภาพแวดล้อม พฤติกรรม

ชีววิทยา จิตสังคม หรือระบบการดูแลสุขภาพ โมเดล SOCEPID เป็นโมเดลทางระบาดวิทยาสังคม ที่ผสมผสานแนวคิดระบาดวิทยากับระบาดวิทยาสังคม ในการวิจัยทางสาธารณสุข ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการค้นหาสาเหตุปัญหาสุขภาพ ดังนั้นการวิจัยทางสุขภาพในอนาคต ควรมองทั้งปัจจัยทางด้านประชากร สังคม วัฒนธรรม และพฤติกรรม

คำสำคัญ: ระบาดวิทยาสังคม วิจัยทางสาธารณสุข

* คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทนำ

สังคมปัจจุบันเป็นโลกไร้พรมแดน การติดต่อสื่อสาร การคมนาคมสะดวก การเคลื่อนย้ายประชากรจำนวนมาก เนื่องจากการเป็นประชาคมอาเซียน อาจมีการเคลื่อนย้ายแรงงาน และผู้อพยพย้ายถิ่นเข้าออกทั้งในและนอกประเทศมากขึ้น ย่อมมีการผสมผสานทางวัฒนธรรม วิถีชีวิต ความเป็นอยู่ที่หลากหลาย ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพและการสาธารณสุข การเข้าถึงบริการ การป่วย การตายมีความซับซ้อน การป้องกันและควบคุมโรคได้ยากขึ้น การวิเคราะห์หาสาเหตุการเกิดโรคเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคนั้น ควรจะต้องอาศัยมุมมองในหลายมิติ ทั้งทางกาย ใจ สังคม ครอบครัว และชุมชนควบคู่กัน การใช้ศาสตร์ทางระบาดวิทยาอย่างเดียวยังคงไม่พอในการหาสาเหตุการเกิดโรค การป้องกันและการควบคุมโรค คงต้องใช้ศาสตร์ทางสังคมมาผสมผสานแนวคิดทางระบาดวิทยา เพื่อให้เข้าใจบริบททางสังคม เชื่อมโยงมิติทางการแพทย์และการสาธารณสุข สามารถนำมาวางแผนงานวิจัยทางสุขภาพได้ครอบคลุมมากขึ้น

94

แนวคิดทางระบาดวิทยาและระบาดวิทยาสังคม

ระบาดวิทยาเป็นวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่ง ศึกษาการกระจายของโรคในชุมชน ค้นหาสาเหตุของโรค ปัญหาอนามัยชุมชน การควบคุมและป้องกันโรคที่เกิดขึ้นทั้งโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ การวินิจฉัยชุมชนตามลักษณะบุคคล เวลา สถานที่ การคาดคะเนแนวโน้มของการเจ็บป่วย การตายด้วยโรคหรือปัญหาอนามัยชุมชน ตลอดจนวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) บุคคล (Host) และสิ่งแวดล้อม (Environment) เพื่อหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ก่อให้เกิดโรคและปัญหาอนามัย

ของชุมชน เนื่องจากการเกิดโรคมีความเชื่อมโยงในหลายมิติ ทางกาย ใจ สังคม สิ่งแวดล้อม ระบาดวิทยาจึงมีความเกี่ยวข้องกับหลายสาขาวิชา สังคมวิทยา ชีววิทยา มนุษยวิทยา ภูมิศาสตร์ และอื่นๆ¹ ระบาดวิทยาสังคมเป็นสาขาหนึ่งของระบาดวิทยาที่ศึกษาการกระจายทางสังคม (Social Distribution) และตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinants of Health) โดยเน้นเหตุการณ์ทางสังคม เช่น เศรษฐกิจ สังคม ความยากจน เครือข่ายสังคม และการสนับสนุนทางสังคม การทำงาน สังคมสิ่งแวดล้อม รวมถึงด้านจิตวิทยา พฤติกรรม เป็นต้น² การเกิดโรคไม่ใช่จะมองเฉพาะตัวเชื้อโรคเท่านั้น คงต้องมองในแง่มุมมองความแตกต่างของตัวบุคคล ความเชื่อมโยงคนกับสิ่งแวดล้อม ครอบครัว ชุมชน สังคม ขนบธรรมเนียม ประเพณี วัฒนธรรม และค่านิยม เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีผลต่อพฤติกรรม การแสดงออก วิถีชีวิต และความเป็นอยู่ เป็นต้น บริบทที่แตกต่างกันในแต่ละสังคม เศรษฐกิจสังคม เป็นตัวกำหนดสุขภาพ (Health Determinants) ซึ่งส่งผลกระทบต่อโรคเกิดโรค และสุขภาพ เช่น คนที่อาศัยอยู่ชุมชนแออัด เศรษฐกิจสังคมไม่ดี โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นวัณโรคได้ง่ายกว่าคนที่มีความสุขสังคมดี³ การแก้ปัญหาในการควบคุมโรค อาศัยมุมมองทางสังคมง่ายๆ ในการหาสาเหตุการเกิดโรค ดังเช่นในอดีต Sir John Snow ได้พยายามศึกษาค้นหาสาเหตุของโรค จากเหตุการณ์ระบาดของโรคคอหิวตักโรคในกรุงลอนดอน ปี ค.ศ. 1854 พบว่าประชาชนที่ดื่มจากเครื่องปั้นดินเผาเดียวกัน เป็นสาเหตุของการตาย ด้วยสมมติฐานที่ว่าน้ำจากเครื่องปั้นดินเผา นั้นน่าจะมีเชื้ออหิวตักปนเปื้อนอยู่ การสั่งปิดเครื่องปั้นดินเผา โดยไม่ต้องรอผลตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการ ส่งผลให้การระบาดของโรคสงบลงได้ ช่วยในการป้องกันควบคุมโรคได้อย่างรวดเร็ว⁴



ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม (Social Determinants of Health)

ตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม เป็นเรื่องของความไม่เท่าเทียมกันในสังคม การผสมผสานของโครงสร้างทางสังคม (Social Structures) ระบบเศรษฐกิจ (Economic Systems) รวมทั้งสังคมสิ่งแวดล้อม (Social Environment) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical Environment) การบริการสุขภาพ (Health Services) การกระจายงบประมาณ อำนาจ ทรัพยากร ลงสู่ชุมชน ระดับชาติ และระดับโลก⁵

องค์การอนามัยโลก⁶ สรุปกรอบตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคม กลไกทางสังคม เศรษฐกิจและการเมือง มุมมองเชิงเศรษฐกิจสังคม (Socioeconomic Position) ประกอบด้วยหลายปัจจัย เช่น รายได้ การศึกษา อาชีพ เพศ เชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ เป็นต้น เศรษฐกิจสังคมเป็นตัวกำหนดภาวะสุขภาพ (Health Status) ผ่านตัวกำหนดระหว่างกลาง (Intermediary Determinant) สะท้อนคนที่อยู่ภายในสังคมตามลำดับชั้น การยอมรับสถานะทางสังคม ประสบการณ์แต่ละคนแตกต่างกันในการสัมผัส และความไวในการเกิดโรค การเจ็บป่วย การได้รับตำแหน่งทางสังคมของแต่ละคน โอกาสการจ้างงาน และการลดลงของรายได้ การเกิดโรคระบาดยังสะท้อนหน้าที่ของสถาบันสังคม เศรษฐกิจและการเมือง

ตัวกำหนดโครงสร้าง (Structural Determinants) และตัวกำหนดสุขภาพเชิงสังคมที่ไม่เป็นธรรม (Social Determinants of Health Inequities) ผ่านตัวกำหนดสุขภาพระหว่างกลาง (Intermediary Determinants of Health) ไปสู่ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) และความเป็นธรรมทางสุขภาพ (รูปที่ 1) ตัวกำหนดสุขภาพระหว่างกลาง ได้แก่

- สถานะแวดล้อมที่สำคัญ (Material Circumstances) เช่น คุณภาพที่อยู่อาศัยและเพื่อนบ้าน ความสามารถทางการเงิน ในการซื้ออาหารสุขภาพ เสื้อผ้า เป็นต้น สิ่งแวดล้อมทางกายภาพในการทำงาน
- สถานะแวดล้อมทางจิตสังคม (Psychosocial Circumstances) รวมถึงความเครียดทางจิตสังคม ความเป็นอยู่ ความสัมพันธ์ การสนับสนุนทางสังคม และการปรับตัว
- ปัจจัยพฤติกรรม และชีววิทยา (Behavioral and Biological Factors) รวมถึงโภชนาการ ออกกำลังกาย บริโภคบุหรี่ยี่ และแอลกอฮอล์ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละสังคม ปัจจัยทางชีววิทยา รวมถึงปัจจัยทางกรรมพันธุ์ (Genetic Factors)
- ระบบสุขภาพ (Health System) การเข้าถึงระบบสุขภาพมีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวกลางที่ส่งผลตามมาต่อการเจ็บป่วยที่แตกต่างกัน

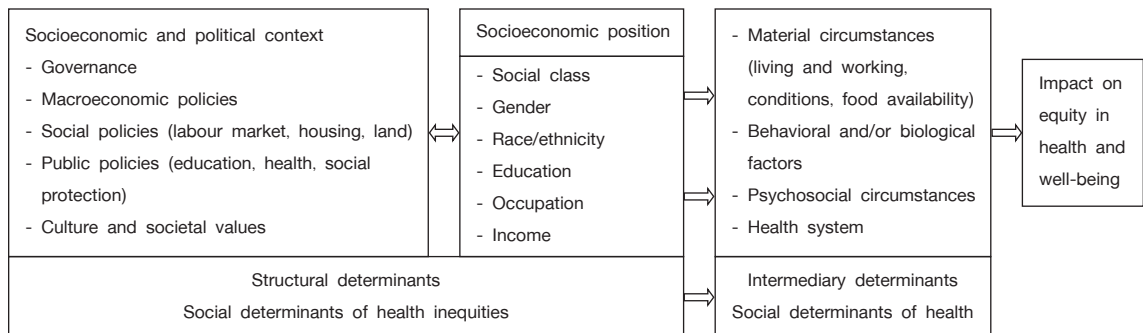


Figure 1 The Commission on Social Determinants of Health Conceptual Framework (WHO, 2010).

งานวิจัยทางสาธารณสุข

การเกิดโรคภัยไข้เจ็บในปัจจุบัน มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น การป้องกันและควบคุมโรคคงต้องมองในหลายมิติควบคู่กันทั้งทางวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ แม้ว่าแนวคิดทางสังคมศาสตร์ไม่ตรงไปตรงมาเหมือนแนวคิดทางวิทยาศาสตร์ แต่ช่วยในการอธิบายปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยเอื้อ หรือตัวแปรระหว่างกลางต่อการเกิดโรค บ่อยครั้งที่การสอบสวนหาสาเหตุการเกิดโรคมักมีความเชื่อมโยงไปถึงประเด็นทางประชากรและสังคม เช่น ความแตกต่างของแต่ละบุคคล อายุ เพศ อาชีพ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส เครือข่ายทางสังคม และพฤติกรรม เป็นต้น

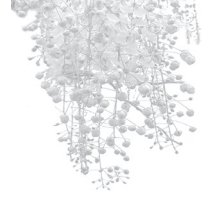
การศึกษาวิจัยทางการสาธารณสุข ส่วนใหญ่นำการวิเคราะห์หาปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค การใช้แนวคิดทางระบาดวิทยาผสมผสานแนวคิดระบาดวิทยาสังคม ทำให้มองปัญหาได้ครอบคลุมยิ่งขึ้น เช่น เครือข่ายทางสังคม มีผลต่อการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี⁷⁻⁸ การศึกษาปัจจัยทางระบาดวิทยาอธิบายสาเหตุการเกิดโรค เช่น การได้รับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายโดยตรง ก่อให้เกิดโรคติดเชื้อ หรือร่างกายอ่อนแอภูมิคุ้มกันต่ำลง สิ่งแวดล้อมเอื้อก็มีโอกาสเกิดโรคได้ง่าย เป็นต้น สำหรับปัจจัยทางสังคมก็มีความสำคัญเป็นปัจจัยที่เอื้อต่อการเกิดโรค การแพร่กระจายเชื้อ เช่น ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดวัณโรค จากปัจจัยบุคคล (Host Factors) ความยากจน ทุพโภชนาการ คนไร้ที่อยู่อาศัย และสภาพแวดล้อม (Environment Conditions) คนอยู่หนาแน่น สภาพบ้านเรือน สุขาภิบาลพื้นฐานไม่ดี ขาดการศึกษา และการเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ⁹⁻¹¹ จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ นอกจากจะขึ้นอยู่กับความแตกต่างของแต่ละบุคคลแล้ว ยังขึ้นอยู่กับปัจจัยทางสังคม ครอบครัว สถานที่อยู่อาศัย บริบทของชุมชน โครงสร้างทางสังคม

บทบาทหน้าที่ทางสังคม วัฒนธรรม ชนบทธรรมเนียม ประเพณี ความเชื่อ รูปแบบการดำเนินชีวิต และพฤติกรรม ดังนั้นการศึกษาวิจัย ควรคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพให้ครอบคลุมในทุกมิติ เพื่อมาอธิบายปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคทางตรงและทางอ้อม อย่างเป็นเหตุเป็นผล

ปัจจัยทางประชากรและสังคม เช่น เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ชชาติพันธุ์ ศาสนา เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม สามารถนำมาอธิบายเชื่อมโยงกับสุขภาพในมุมมองทางสังคมในการศึกษาวิจัยทางสาธารณสุข ดังนี้

เพศ (Gender) การเกิดโรคในเพศหญิงและเพศชายแตกต่างกัน ด้วยปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และชีววิทยา ส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่างกัน เช่น ในประเทศกำลังพัฒนา ปัญหาอนามัยแม่และเด็ก (การคุมกำเนิด การตั้งครรภ์ ทารกแรกเกิด) ขาดโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพ¹² ทำให้ผู้หญิงสุขภาพไม่ดีเท่าผู้ชาย¹³ เพศหญิงเพศชายมีบทบาททางสังคม โครงสร้างทางสังคม ความไม่เท่าเทียมกัน พฤติกรรม และคุณลักษณะทางสังคมแตกต่างกัน¹⁴ ผู้หญิงมีรายงานอาการและการมารับบริการทางการแพทย์มากกว่าผู้ชาย ความแตกต่างระหว่างเพศอธิบายด้วยชนชั้นทางสังคม ในชนชั้นทางสังคมต่ำพบการเจ็บป่วยเรื้อรัง การประเมินสุขภาพตนเอง และการรับรู้สุขภาพไม่ดี¹⁵ คนที่มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ มีโอกาสเสี่ยงต่อการตายเพิ่มขึ้นในผู้หญิงซึ่งมีผลต่อบทบาทในการดูแลสุขภาพการป่วยและการตาย¹⁶

อายุ (Age) อายุสัมพันธ์กับการเกิดโรค โรคที่เกิดในเด็ก เช่น หัด อีสุกอีใส เป็นต้น โรคหัดพบมากในเด็ก เพราะเด็กขาดภูมิคุ้มกันและเล่นคลุกคลี



เสี่ยงต่อการเกิดโรคมากกว่าผู้ใหญ่ อัตราตายสูงในเด็กเล็กและคนสูงอายุ¹ โรคที่พบบ่อยในคนสูงอายุ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เส้นเลือดตีบ มะเร็ง ข้ออักเสบ ต้อกระจก กระดูกพรุน เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และสมองเสื่อม เป็นต้น¹⁷ ความแตกต่างทางอายุมีผลต่อการมีสุขภาพที่ดี ความเครียดที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ผลต่อสถานะสุขภาพต่างกันในแต่ละคน¹⁸ ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ พฤติกรรม ควบคุมอารมณ์ การปรับตัวกับปัญหาสุขภาพได้ดีกว่าคนอายุน้อย เช่นในวัยหนุ่มสาวต้องทำงาน สร้างครอบครัว ดูแลญาติผู้สูงอายุ เผชิญกับความท้าทายในชีวิต¹⁹

สถานภาพสมรส (Marital Status) คนที่แต่งงานมีสุขภาพดีกว่าคนที่เป็นหม้าย หย่า แยก ในคนโสดมีสุขภาพที่ไม่ดี ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับเศรษฐกิจของครอบครัวและระดับการศึกษา ทั้งผู้หญิงและผู้ชาย⁽¹⁴⁾ ผู้ชายที่หย่าและหม้ายเสี่ยงต่อการตายสูงจากโรคหลอดเลือดหัวใจ ในคนโสดแนวโน้มมีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น สูบบุหรี่ ออกกำลังกายน้อย และไม่สนใจตรวจสุขภาพ เมื่อเทียบกับคนที่แต่งงานแล้ว²⁰ การแต่งงานมีผลต่อสุขภาพ เพราะการสนับสนุนทางสังคม และความมั่นคงทางสังคม คนที่แต่งงานแล้วมีวิถีชีวิตที่ทำให้สุขภาพดีกว่า²¹⁻²²

การศึกษา (Education) เป็นองค์ประกอบ การวัดเศรษฐกิจสังคม²³ คนที่มีการศึกษาดี พบว่ามีการสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า อ้วนน้อยกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ การขับขี้อย่างปลอดภัย อาศัยอยู่ในบ้านที่ปลอดภัย การป้องกันดูแลตนเองมากกว่าคนที่มีการศึกษาต่ำ²⁴

อาชีพ (Occupation) เป็นตัวบอกลักษณะทางสังคม สัมพันธ์กับการศึกษาและการทำงาน²³ ความตึงเครียดจากงานในอาชีพ พบว่าความดันโลหิตเพิ่มขึ้นในผู้ชายที่มีเศรษฐกิจสังคมต่ำ²⁵ และเครียดจากงานสะสมในกลุ่มอาชีพที่ไม่ใช้แรงงาน²⁶ ความ

อ่อนล้า จากการทำงานนอกเวลา สัมพันธ์กับงานที่เกิดอุบัติเหตุในกลุ่มอาชีพคนที่ใช้แรงงาน²⁷⁻²⁸ ความชุกจากการสูบบุหรี่ในกลุ่มอาชีพคนที่ใช้แรงงาน เป็นสองเท่าของกลุ่มอาชีพที่ไม่ใช้แรงงาน อาจเกิดจากความเครียดทางจิตใจจากรายได้น้อย²⁹⁻³⁰ คนที่ไม่มีงานทำ โอกาสเจ็บป่วยทางกายและใจมากกว่าคนที่มียางานทำ³¹

รายได้ (Income) เป็นตัวบอกลักษณะทางเศรษฐกิจ วัดที่ความร่ำรวยหรือทรัพย์สินดีกว่ารายได้ อย่างเดียว รายได้ มีผลต่อสุขภาพในการจัดหาอาหารและบริการสุขภาพ³² ในกลุ่มคนที่มีเศรษฐกิจสังคมต่ำ มีอัตราการป่วยเป็นวัณโรคสูง³³

ชาติพันธุ์ (Race) ชาติพันธุ์สัมพันธ์กับสถานะทางเศรษฐกิจสังคม การดูแลทางการแพทย์ ความเครียด ความแปลกแยกทางสังคม การยอมรับของสังคมมีผลกระทบต่อสุขภาพ³⁴ วัดจากการตายของมารดาและทารก (Infant and Maternal Mortality), ความดันโลหิตสูง (Hypertension) การเข้าถึงการดูแลสุขภาพ เป็นต้น เศรษฐกิจสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่อธิบายความแตกต่างทางสุขภาพในกลุ่มชาติพันธุ์³⁵⁻³⁷ ชาวผิวดำที่อยู่ในอเมริกาและชาวอเมริกา การป่วยและการตายต่างกัน เช่น การตายจากมะเร็งเต้านมในกลุ่มชาวผิวดำที่อยู่ในอเมริกาสูงกว่าชาวอเมริกา เนื่องจาก การศึกษาต่ำ การตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมต่ำ (Mammogram) การไม่มีหลักประกันสุขภาพ และเป็นผู้อพยพย้ายถิ่นเข้ามาอยู่ในอเมริกาอย่างไม่นาน³⁸

ศาสนา (Religion) ศาสนา มีส่วนช่วยสนับสนุนสังคมให้มีการออกกำลังกาย การรับประทานผัก ผลไม้เพิ่มขึ้น การสูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ลดลง³⁹ คนที่เข้าโบสถ์ ช่วยสนับสนุนทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์กับการตายลดลงในกลุ่มผู้สูงอายุ⁴⁰ คนที่เข้าโบสถ์เป็นประจำทุกสัปดาห์ มีรายงานการเกิด Stroke

ลดลงในกลุ่มผู้หญิงชาวอัฟริกาที่อยู่ในอเมริกา⁴¹ คนที่เข้าโบสถ์พบว่าไม่สูบบุหรี่สูงกว่าคนที่ไม่เข้าโบสถ์⁴² ความเชื่อทางศาสนาและกิจกรรม มีความสัมพันธ์กับภูมิคุ้มกันที่ดีขึ้น อัตราตายจากมะเร็งลดลง โรคหัวใจดีขึ้น ความดันโลหิตลดลง โคเลสเตอรอลลดลง พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น สูบบุหรี่ลดลง ออกกำลังกายเพิ่มขึ้น⁴³⁻⁴⁴

เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม (Social Network and Social Support) ในแต่ละบุคคลจะมีความผูกพันทางสังคมและการติดต่อกัน เรียกว่าเครือข่ายสังคม ผลหลังจากความผูกพันที่มีต่อกัน จึงเกิดเป็นการสนับสนุนทางสังคมตามมา เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวกำหนดที่สำคัญไม่เพียงแต่ระยะเวลาเกิดโรค

98

(Onset of Disease) แต่เป็นตัวบอกการทำนายโรค การรอดชีพ และคุณภาพชีวิต อีกทั้งสัมพันธ์กับสาเหตุการตาย การเกิดโรคหัวใจหลอดเลือด โรคหัวใจขาดเลือด Stroke โรคมะเร็ง โรคระบบทางเดินหายใจ และระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น เครือข่ายทางสังคมมีผลต่อรูปแบบการแพร่กระจาย การป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น สำหรับการสนับสนุนทางสังคม (Social Support) มีผลต่อความไวต่อการติดเชื้อ ระบบภูมิคุ้มกัน การป้องกันควบคุมโรค การศึกษาที่ผ่านมา พบว่าคนเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดที่ถูกแยกจากสังคม โอกาสตายสองถึงสามเท่าของคนที่ไม่แยกจากสังคม คนที่ไม่แต่งงาน โอกาสที่จะตาย 3 เท่าภายใน 5 ปี เมื่อเทียบกับคนที่แต่งงาน (OR 3.34, CI: 1.8-6.2)⁴⁵ ความผูกพันทางสังคมและการแยกตัวทางสังคม สัมพันธ์กับการเสี่ยงต่อการตายเพิ่มขึ้นจากโรคหัวใจหลอดเลือด ทั้งเพศหญิงและเพศชาย⁴⁶

พฤติกรรมสุขภาพ (Health Behavior) ส่งผลต่อ

การเกิดโรคเรื้อรังทั้งการป่วยและการตาย สองในสามของการตายจากมะเร็งทั้งหมด เชื่อมโยงกับพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ อาหาร อ้วน ออกกำลังกาย พบว่าการลดอุบัติการณ์ของโรคเรื้อรัง โรคหลอดเลือดหัวใจทำได้โดยการออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน บริโภคอาหารที่มีแคลอรีจากไขมันน้อยกว่าร้อยละ 30 เส้นใยอาหาร 20-30 กรัมต่อวัน และผลไม้มากกว่า 5 กรัมต่อวัน⁴⁷ พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของเด็กนักเรียนมัธยมศึกษา พบว่าอายุของนักเรียน ระดับการศึกษาของนักเรียน อายุของพ่อแม่ผู้ปกครอง การสื่อสารระหว่างพ่อแม่หรือผู้ปกครองกับเด็กนักเรียน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁴⁸

โมเดลระบาศรีวิทยาสังคม (SOCEPID Model)

Cwikel อธิบายรูปแบบผสมผสานมุมมองทางระบาศรีวิทยากับสังคมวิทยา โดยใช้ SOCEPID Model โมเดลประกอบด้วย การสังเคราะห์ประเด็นทางสังคม (Synthesis of Social Issues) สังเกตประชากรและปัญหา (Observations on People and Problems) รวบรวมข้อมูลทางวัฒนธรรม (Collect Data with Cultural Awareness) ข้อมูลเชิงประจักษ์ โดยใช้สามเหลี่ยมทางระบาศรีวิทยา (Empirical Data Using Epidemiology Triangle) กำหนดนโยบาย โปรแกรม วิจัยในอนาคต และเผยแพร่ต่อไป (Policies and Programs, Ideas for Future Research and Debrief and Disseminate)⁴⁹ ซึ่งต่างจากมุมมองระบาศรีวิทยาที่ไม่เน้นประเด็นทางสังคม วัฒนธรรม ตัวอย่างการประยุกต์โมเดลระบาศรีวิทยาสังคม (SOCEPID Model) ในโรคหัวใจและหลอดเลือด



ในผู้หญิง จากการศึกษาวิจัยในผู้หญิงที่ป่วยเป็นโรคหัวใจ และหลอดเลือด พบว่า ผู้หญิงที่มีเศรษฐกิจสังคมต่ำ มีความชุกในการสูบบุหรี่ การไม่ออกกำลังกาย ดัชนีมวลกายและโคเลสเตอรอลในเลือดสูงกว่าผู้หญิงที่มีเศรษฐกิจสังคมสูง⁵⁰ การมารักษาซ้ำในกรณีเกิด Heart Attacks ทั้งที่มีประวัติปัจจัยเสี่ยงอยู่แล้ว เช่น

พันธุกรรม การทำงาน⁵¹ นอกจากนี้ระบบการดูแลสุขภาพของผู้หญิง พฤติกรรมและวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจ โดยเฉพาะในหญิงวัยหมดประจำเดือน⁵² ข้อมูลที่ได้นำไปสู่การเชื่อมโยงปัจจัยเสี่ยงระดับชาติวิทยาสังคม ในการกำหนดนโยบาย โปรแกรม และแนวทางการวิจัยในอนาคต (ตารางที่ 1)

Table 1 SOCEPID Model and Coronary Heart Disease in Women

Synthesis of social issues: S	Observations on people and problems: O	Collect data with cultural awareness: C	Empirical data using epidemiology triangle: E	Policies and programs/ Ideas for future research/ Debrief and disseminate:/PID
<ul style="list-style-type: none"> - Neglected in research until recently - Often delay seeking care for symptoms, do not realize the risk - More likely atypical presentation - Need different type of work-up to get good clinical picture - Need to train physicians in gender-medicine - Certain cultural groups favor large women - High cholesterol consumption 			<ul style="list-style-type: none"> - Post-menopause - Smoking - Diabetes - Apple body shape - Biological differences 	<ul style="list-style-type: none"> - More research - More women cardiologists - Special information programs and training - Prevention for post-menopausal women - Specialized rehabilitation and smoking cessation programs

การผสมผสานแนวคิดระดับชาติวิทยากับสังคม เข้าด้วยกันกลายเป็นศาสตร์ที่เรียกว่าระดับชาติวิทยาสังคม จะทำให้สามารถมองปัญหาแบบองค์รวม แก้ปัญหาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงได้ตรงจุด ตรงประเด็นมากขึ้น ทั้งในมิติทาง กาย ใจ สังคม และชุมชน

แม้ว่าปัจจัยทางสังคมจะถูกมองว่าเป็นปัจจัยทางอ้อม ที่มีผลต่อสุขภาพ แต่ก็มีความสำคัญไม่น้อยในการค้นหาสาเหตุ การป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพและควบคุมโรคในชุมชน

เอกสารอ้างอิง

1. สมชาย สุพันธุ์วณิช. หลักระบาดวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศูนย์ส่งเสริมวิชาการ, 2529.
2. Berkman LF, Kawachi I. A historical framework for social epidemiology. In: Berkman LF and Kawachi I, eds., Social epidemiology. Oxford: Oxford University Press. 2000.
3. Olson NA, Davidow AL, Winston CA, Chen MP, Gazmararian JA, Katz DJ. A national study of socioeconomic status and tuberculosis rates by country of birth, United States, 1996-2005. BMC Public Health 2012; 12(365): 1-7.
4. Newsom SWB. Pioneers in infection control: John Snow, Henry Whitehead, the Broad Street pump, and the beginnings of geographical epidemiology. J Hosp Infect 2006; 64(3): 210-6.
5. World Health Organization. Commission on Social Determinants of Health (CSDH), Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO Press, Geneva, Switzerland. 2008.
6. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice). In: World Health Organization. WHO Press, Geneva, Switzerland. 2010.
7. Latkin C, Mandell W, Oziemkowska M, Celentano D, Vlahov D, Ensminger M, et al. Using social network analysis to study patterns of drug use among urban drug users at high risk for HIV/AIDS. Drug Alcohol Depend 1995; 38(1): 1-9.
8. Wallace R. Traveling waves of HIV infection on a low dimensional "socio-geographic" network. Soc Sci Med 1991; 32(7): 847-52.
9. McSherry E, Conner G. Current epidemiology of tuberculosis. Pediatr Ann 1993; 22(10): 600-4.
10. Pilheu JA. Tuberculosis 2000: Problems and solutions. Int J Tuberc Lung Dis 1998; 2(9): 696-703.
11. Porter JD, McAdam KP. The re-emergence of tuberculosis. Annu Rev Public Health 1994;15: 303-23.
12. Sen G, Ostlin P. Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. Global Public Health 2008; 3(S1): 1-12.
13. Koch-Weser S, Liang SL, Grigg-Saito DC. Self-reported health among Cambodians in Lowell Massachusetts. JHCPU 2006; 17 (2 Suppl): 133-45.

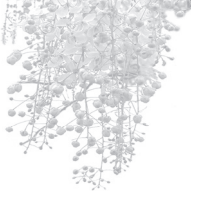


14. Hosseinpoor AR, Stewart Williams JA, Gautam J, Posarac A, Officer A, Verdes E, et al. Socioeconomic inequality in disability among adults: a multicountry study using the World Health Survey. *Am J Public Health* 2013; 103(7):1 278-86.
15. Ladwig KH, Marten-Mittag B, Formanek B, Dammann G. Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *Eur J Epidemiol* 2000; 16(6): 511-8.
16. Shumaker SA, Hill DR. Gender differences in social support and physical health. *Health Psychology* 1991; 10(2):102-11.
17. Aubrey DNJ, de Grey. Life span extension research and public debate: Societal considerations. *Stud Ethics Law Tech* 2011; 1(1): 1-10.
18. Piazza JR, Charles ST, Almeida DM. Living With Chronic Health Conditions: Age Differences in Affective Well-Being. *J Gerontol* 2007; 62B (6): 313-21.
19. Hooker K. Possible selves in adulthood: Incorporating teleonomic relevance into studies of the self. In: Hess TM, Blanchard-Fields F, eds., *Social cognition and aging*. San Diego, CA: Academic Press.1999. 97-122.
20. Ikeda A, Iso H, Toyoshima H, Fujino Y, Mizoue T, Yoshimura T, et al. Marital status and mortality among Japanese men and women: the Japan Collaborative Cohort Study. *BMC Public Health* 2007; 7(5):73. doi:10.1186/1471-2458-7-73.
21. Joung IM, Stronks K, van de Mheen H, Mackenbach JP. Health behaviours explain part of the differences in self reported health associated with partner/marital status in The Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1995; 49(5): 482-8.
22. Wyke S, Ford G. Competing explanations for associations between marital status and health. *Soc Sci Med* 1992; 34(5): 523-32.
23. Adler NE. Socioeconomic status and health: The challenge of the gradient. *Am Psychol* 1994; 49(1): 15-24.
24. Cutler DM, Lleras-Muney A. Understanding differences in health behaviors by education. *J Health Econ* 2010; 29(1): 1-28.
25. Landsbergis PA, Schnall PL, Pickering TG, Warren K, Schwartz JE. Lower socioeconomic status among men in relation to the association between job strain and blood pressure. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health* 2003; 29(3): 206-15.



- 102
26. Guimont C, Brisson C, Dagenais GR, Milot A, Vřzina M, Mřsse B, et al. Effects of job strain on blood pressure: A prospective study of male and female white collar workers. *Am J Public Health* 2006; 96(8): 1436-43.
 27. Cochrane G. The effects of sleep deprivation. *The FBI Law Enforce Bull* 2001; 70(7): 22-5.
 28. Barger LK, Cade BE, Ayas NT, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, et al. Extended work shifts and risk of motor vehicle crashes among interns. *New Engl J Med* 2005; 352(2): 125-34.
 29. Sorensen G, Barbeau E, Hunt MK, Emmons K. Reducing social disparities in tobacco use: A social contextual model for reducing tobacco use among blue-collar workers. *Am J Public Health* 2004; 94(2): 230-9.
 30. Barbeau EM, Krieger N, Soobader M. Working class matters: Socioeconomic disadvantage, race/ethnicity, gender, and smoking in NHIS 2000. *Am J Public Health* 2004; 94(2): 269-78.
 31. Jin RL, Shah CP, Svoboda TJ. The impact of unemployment on health: A review of the evidence. *CAN MED ASSOC J* 1995; 153 (5): 529-40.
 32. Saegert SC, Adler NE, Bullock HE, Cauce AM, Liu WM, Wyche KF. Report of the APA Task Force on Socioeconomic Status. This report was adopted by the APA Council of Representatives at its August 2006 meeting. Available at <http://www.apa.org/pi>.
 33. Olson NA, Davidow AL, Winston CA, Chen MP, Gazmararian JA, Katz DJ. A national study of socioeconomic status and tuberculosis rates by country of birth, United States, 1996-2005. *BMC Public Health* 2012, 12 (5):365. doi:10.1186/1471-2458-12-365.
 34. Williams DR. Race, socioeconomic status, and health. The added effects of racism and discrimination. *Annu Rev Public Health* 1996;17: 411-48.
 35. Lillie-Blanton M, Parsons PE, Gayle H, Dievler A. Racial differences in health: not just black and white, but shades of gray. *Ethn Dis* 2006; 16(2): 71-6.
 36. Anachebe NF. Racial and ethnic disparities in infant and maternal mortality. *Cancer*. 2000; 88(5):1256-64.
 37. Baquet CR, Commiskey P. Socioeconomic factors and breast carcinoma in multicultural women. *CA Cancer J Clin* 2006; 56(3): 168-83.
 38. Ghafoor A, Jemal A, Ward E, Cokkinides V, Smith R, Thun M. Trends in breast cancer by race and ethnicity. *CA Cancer J Clin* 2003; 53(6): 342-55.

39. Debnam K, Holt CL, Clark EM, Roth DL, Southward P. Relationship between religious social support and general social support with health behaviors in a national sample of African Americans. *J Behav Med* 2012; 35(2): 179-89.
40. Krause N. Church-based social support and mortality. *Journal of Gerontology* 2006; 61B(3): 140-6.
41. Obisesan T, Livingston I, Trulear HD, Gillum F. Frequency of attendance at religious services, cardiovascular disease, metabolic risk factors and dietary intake in Americans: An age-stratified exploratory analysis. *Int J Psychiatry Med* 2006; 36(4): 435-48.
42. Lapane KL, Lasater TM, Allan C, Carleton RA. Religion and cardiovascular disease risk. *J Relig Health* 1997; 36 (2): 155-63.
43. Goldbourt U, Yaari S, Medalie JH. Factors predictive of long-term coronary heart disease mortality among 10,059 male Israeli civil servants and municipal employees. *Cardiology* 1993; 82(2-3): 100-21.
44. Oman D, Kurata JH, Strawbridge WJ, Cohen RD. Religious attendance and cause of death over 31 years. *Int J Psychiatry Med* 2002; 32(1): 69-89.
45. Williams RB, Barefoot JC, Califf RM, Haney TL, Saunders WB, Pryor DB, et al. Prognostic importance of social and economic resources among medically treated patients with angiographically documented coronary artery disease. *JAMA* 1992; 267(4): 520-4.
46. Eng PM, Rimm EB, Fitzmaurice G, Kawachi I: Social ties and change in social ties in relation to subsequent total and cause-specific mortality and coronary heart disease incidence in men. *Am J Epidemiol* 2002, 155(8): 700-9.
47. U.S. Department of health and human services. Healthy people 2000: national health promotion and disease prevention objectives. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.1990.
48. Taechaboonsermsak P, Thanh LH, Apinuntavech S. Factors associated with HIV/AIDS preventive behavior among high school students in Dongda District, Hanoi, Vietnam. *J Public Health* 2008; 38(2): 174-85.
49. Cwikel JG. Social epidemiology applied to chronic disease: cardiovascular disease, cancer, arthritis, diabetes, and obesity. In Cwikel JG, *Social epidemiology: Strategies for public health activism*. Columbia University Press. New York. 2006.



50. Winkleby MA, Kraemer HC, Ahn DK, Varady AN. Ethnic and socioeconomic differences in cardiovascular disease risk factors: Findings for women from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *JAMA* 1998, 280(4): 356-62.
51. Hare J. Life stories of women who have experienced heart attack: Myocardial infarction. Beer Sheva, Israel: Ben Gurion University of the Negev, 2001.
52. Wapner M. Women at risk of heart attack: A personal experience, a personal research. Malibu, Calif.: Pangloss. 1997: 17-18.



Social Epidemiology in Public Health Research

*Sukanya Chongthawonsatid**

ABSTRACT

The purpose of the paper was to examine social distribution and social determinants that influence the health field. Social epidemiology focuses on social phenomena involving health and its association with socioeconomic factors that impact health and well-being. The impact in equity on health and well-being depends on the relationship of demographics, socioeconomics and political context that directly influences the intermediary determinants in the health field; factors such as material, behavioral, biological, psychosocial conditions, or the health care system. The

SOCEPID approach, a social epidemiological model, is an essential tool in determining the correlation between epidemiology and social concepts in public health research. The element correlations are necessary to define the sources of health problems. This researcher recommends that further study should incorporate demographics, social, cultural, and behavioral factors related to all health aspects.

Keywords: social epidemiology, public health research