

ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง และระบบประกันสุขภาพที่ส่งผลต่อ
การเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทย
DEMOGRAPHIC FACTORS, RISK FACTORS AND HEALTH
INSURANCE SYSTEMS AFFECTING TO PARALYSIS
OF THAI POPULATION

สุพิศ บุญลาภ^{1*} อิศรา ศิรมณีรัตน์¹ และกมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล²
Supit Boonlab^{1*}, Issara Siramaneerat¹ and Kamolthip Vijitsoonthornkul²

บทคัดย่อ

ความเสี่ยงการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของผู้ป่วยมาจากหลายสาเหตุ รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคล และระบบประกันสุขภาพ จุดมุ่งหมายของการวิจัยนี้เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง และระบบประกันสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทย โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากแบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 ของสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือประชากรอายุ 15-79 ปี จำนวนทั้งหมด 22,496 คน ใน 12 เขตบริการสุขภาพ สถิติที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ วิเคราะห์ผลปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง และระบบประกันสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทย ด้วยสถิติ Logistic regression ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงกว่าเพศชาย (Odd ratio เท่ากับ -0.383) กลุ่มอายุ 60-79 ปีมีโอกาสเสี่ยงกว่ากลุ่มอายุ 15-39 ปี (Odd ratio เท่ากับ 2.108) ระดับการศึกษาประถมศึกษามีโอกาสเสี่ยงกว่าไม่ได้รับการศึกษา (Odd ratio เท่ากับ 1.102) และอาชีพวิชาชีพมีโอกาสเสี่ยงกว่าไม่มีงานทำ (Odd ratio เท่ากับ 1.256) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การออกกำลังกาย (Odd ratio เท่ากับ -0.110) การสูบบุหรี่มีโอกาสเสี่ยงกว่าไม่ได้ออกกำลังกายและไม่สูบบุหรี่ (Odd ratio เท่ากับ 1.031) และระบบประกันสุขภาพ ได้แก่ สวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ

¹คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี 12110

¹Faculty of Liberal Arts, Rajamangala University of Technology Thanyaburi, Khlong Luang District, Pathum Thani Province 12110

²กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

²Department of Disease Control of Thailand, Ministry of Health, Muang District, Nonthaburi Province 11000

*corresponding author e-mail: issara_s@rmutt.ac.th

Received: 6 May 2020; Revised: 20 July 2020; Accepted 29 July 2020

และสวัสดิการรักษารัฐวิสาหกิจ มีโอกาสต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์น้อยกว่าเมื่อเทียบกับบุคคลที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพ (Odd ratio เท่ากับ 1.733 และ 2.326)

คำสำคัญ: ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง ระบบประกันสุขภาพ โรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์

Abstract

Paralysis risk of patients were from many reasons including demographic factors, risk factors and health insurance system. The research aim was to study the effects of demographic factors, risk factors and health insurance system on paralysis of Thai population. Secondary data from the Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System, Department of Disease Control, Ministry of Public Health was used in this study. The sample was 22,496 people aged 15-79 years in 12 health service areas. The statistics used in the study were frequency, percentage and logistic regression at the statistical significance level of 0.05. Results revealed that demographic factor, i.e., females have a greater risk than males (Odd ratio = -0.383), age 60-79 years old have a greater risk than 15-39 years old (Odd ratio = 2.108), primary school has a greater risk than no education (Odd ratio = 1.102), and professional has a greater risk than people without a job (Odd ratio = 1.256). Risk factor comprised of exercise (Odd ratio = -0.110) and smoking while government or state enterprise officers were a lower risk than no insurance program (Odd ratio = 1.733 and 2.326).

Keywords: Demographic factors, Risk factors, Health insurance system, Paralysis

บทนำ

การเจ็บป่วยคือสิ่งที่มนุษย์ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แต่สามารถหาทางป้องกันการก่อนที่จะเกิดขึ้นได้อย่างรอบคอบและยั่งยืน หนทางหนึ่งที่ประชาชนภายใต้การดูแลสวัสดิการด้านสุขภาพของหน่วยงานภาครัฐ เช่นในประเทศไทย คือ กระทรวงสาธารณสุขที่มีหน้าที่แสดงบทบาทต่อการบริการด้านสุขภาพของพลเมืองไทย และในปัจจุบันครอบคลุมถึงแรงงานต่างด้าว ในประเทศเยอรมันบทบาทของรัฐบาลกลางคือสนับสนุนงบประมาณไปสู่การประกันสุขภาพตามกฎหมาย (statutory health insurance) โดยมีเทศบาลมีส่วนร่วมในกิจกรรมสาธารณสุข (Busse & Blümel, 2014) ในประเทศฝรั่งเศส ญี่ปุ่น เนเธอร์แลนด์ สวิสเซอร์แลนด์ อังกฤษ เป็นต้น เรียกว่า ระบบการดูแลสุขภาพแห่งชาติ (national health care system) (Mossialos et al., 2016)

ปัจจุบันโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยสูงขึ้นทุกปีหากมีอาการ แขนขา อ่อนแรง หรือ พูดลำบาก ความสามารถในการมองเห็นลดลง ซึ่งอาการเหล่านี้จะไม่มีสัญญาณเตือน จะเป็นอย่างเฉียบพลัน ต้องรีบพบแพทย์ให้ไวที่สุดภายใน 3 ชั่วโมง เนื่องจากเซลล์สมองขาดเลือดเพียง 1 นาที จะมีเซลล์สมองตายประมาณ 1 ล้านเซลล์ ถ้าได้รับการรักษาช้า อาจทำให้เกิดความพิการมากขึ้น การเข้ารับ การตรวจสุขภาพประจำปีเป็นอีกปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งที่จะลดความเสี่ยงของการเกิดของเกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ของประชาชน หากประชาชนตระหนักและปฏิบัติเป็นประจำจะช่วยลดความเสี่ยงได้ ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยง สมองเกิดการตีบหรืออุดตัน ซึ่งเป็นผลจากการที่ผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดัน โลหิตสูง การบริโภคอาหารที่มีไขมันสูง การสูบบุหรี่ ภาวะหัวใจวายหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะบางชนิด การขาดการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ โรคเลือดบางอย่าง เช่น ภาวะเลือดข้นผิดปกติ เกร็ดเลือด สูง เม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ ผู้ป่วยที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวอยู่เป็นเวลานานจะเป็นผลให้ผนังหลอดเลือด หนาและแข็งตัว เกิดการตีบหรืออุดตัน ทำให้สมองขาดเลือดเกิดอัมพาตตามมาในที่สุด

ประเทศไทยมีระบบการประกันสุขภาพที่สามารถรองรับสวัสดิการหลากหลายระบบ ขึ้นอยู่กับ ความพร้อมของกลุ่มคนทั้งด้านหน่วยงานที่สังกัด ได้แก่ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน หรือกลุ่มคนที่ไม่มีงานทำ แต่ถึงอย่างไรการใส่ใจในการเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปีถือว่ายังถูกเพิกเฉย ประเทศไทย มีโครงการให้บริการประชาชนตามนโยบายสาธารณะ ได้แก่ ระบบบริการสาธารณสุข ประกอบด้วย ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า 30 บาทสำหรับทุกโรค ระบบประกันสังคม ระบบประกันสุขภาพกับ บริษัท เอกชน และระบบสวัสดิการของข้าราชการ แต่ละระบบมีระเบียบที่แตกต่างกันในการเรียกร้อง สำหรับสมาชิกโดยเฉพาะการรักษาโรคเรื้อรัง

ประเทศไทยถึงแม้ว่าจะมีแผนปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคไม่ติดต่อ เช่น แผนพัฒนาสุขภาพ แห่งชาติ แผนยุทธศาสตร์ชีวิตสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพและแผนยุทธศาสตร์สุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เป็นต้น เป้าหมายสำคัญของแผนดังกล่าวคือการจัดการ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจโรคหลอดเลือดสมองและโรคมะเร็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง โรคส่วนใหญ่นั้นเป็นสาเหตุของการเป็นอัมพาต หากผู้ป่วยไม่สามารถเข้ารับการรักษาได้ทันเวลาและ หากไม่ได้ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี นอกจากนี้การจัดการโรคไม่ติดต่อยังไม่มีประสิทธิภาพในระดับ การปฏิบัติ ไม่ชัดเจนในบริบทของการบริการว่าเป็นโรคเฉียบพลัน ดังนั้นจึงควรคำนึงถึงการปรับตัวใน การให้บริการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและตัวผู้ป่วยเอง

การเจ็บป่วยที่เป็นภาระให้แก่สังคม ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งต้องการ คนดูแลตลอดเวลา ส่งผลให้ภาครัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อรักษากลุ่มคนเหล่านี้ คือ โรคอัมพาต อัมพฤกษ์ ตามที่องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ไว้ในปี พ.ศ. 2573 ประชากร 23 ล้านคนของโลก ในประเทศกำลัง พัฒนาจะเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองและโรคหัวใจ คิดเป็น 85 เปอร์เซ็นต์ (Thaihealth, 2016) กระทรวงสาธารณสุขเปิดเผยอีกว่าโรคไม่ติดต่อเกิดขึ้นอย่างน้อย 36 ล้านคนทั่วโลกต่อปี

63 เปอร์เซ็นต์ของการเสียชีวิตทั้งหมดและคิดเป็น 37 รายต่อชั่วโมงจากโรคไม่ติดต่อ และสาเหตุส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นความเสี่ยง (Hfocus, 2018) คาดการณ์ได้ว่าเศรษฐกิจจะเกิดการสูญเสียในอีก 15 ปีข้างหน้าประมาณ 7 ล้านล้านดอลลาร์สหรัฐ การเสียชีวิตของคนไทยทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 122,833 คนจาก 393,255 รายที่เป็นโรคติดต่อ โรคที่มีสถิติการตายสูง ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมองและโรคหลอดเลือดหัวใจ สาเหตุของโรคติดต่อที่เสนอโดยกองโภชนาการกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2549 เกิดจากพฤติกรรมตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง การไม่ออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การดื่มความเครียดในการทำงาน เป็นต้น ปัจจัยเหล่านี้สามารถได้รับการป้องกันได้โดยการปรับพฤติกรรมตนเองในแง่ของการกินและการใช้ชีวิต (Thaihealth, 2016)

การปฏิรูปการประกันสุขภาพขึ้นอยู่กับการทำความเข้าใจกับอุปสรรคของพฤติกรรมที่จะเกิดขึ้น (Baicker et al., 2012) ยิ่งกว่านั้นหลักฐานบ่งชี้ว่า บางครั้งความรู้เกี่ยวกับโปรแกรมประกันสุขภาพของตนเองนั้นมีจำกัด (Kenney et al., 2001) ตรงกันข้ามกับที่อ้างว่า ผู้สูงอายุที่มีความสามารถทางปัญญามากขึ้นมีแนวโน้มที่จะสมัครโปรแกรมสุขภาพ ในทางตรงกันข้ามไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับบุคคลที่จะได้รับประโยชน์จากการประกันภัยที่ถูกต้องสอดคล้องในการลดการเจ็บป่วยที่มีความเสี่ยงลง (Ubel et al., 2005; Loewenstein, 2005)

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้นระบบการดูแลสุขภาพของไทยที่รัฐบาลจัดทำมีผลกระทบต่อความเป็นโรคอัมพาต อัมพฤกษ์อย่างไร เมื่อประชาชนเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี หรือไม่เข้ารับการตรวจ รวมไปถึงพฤติกรรมที่เป็นความเสี่ยงที่อาจจะส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตและอัมพฤกษ์ ดังนั้นวัตถุประสงค์ในการวิจัยครั้งนี้เพื่อศึกษาระดับการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทย และเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง และระบบประกันสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทย เนื่องจากผู้ป่วยอัมพาต อัมพฤกษ์เป็นปัญหาใหญ่ ทำให้รัฐบาลสูญเสียเงินเป็นจำนวนมากเพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านั้นและพยายามหาเหตุผลและพฤติกรรมว่าทำไมพวกเขาจึงขาดความรู้ในการป้องกันตัวเอง

กรอบแนวคิดในการวิจัย

กรอบแนวคิดในการศึกษาหาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง และระบบประกันสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทย ปรับใช้แนวคิดของปัจจัยทางด้านสังคมที่กำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) กล่าวคือปัจจัยสภาวะแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต เป็นปัจจัยที่มีผลหรือก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อสุขภาพของบุคคล และเป็นปัจจัยที่มีความเชื่อมโยงกับความไม่เป็นธรรมทางสังคม ผ่านทางความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมในด้านต่าง ๆ เช่น รายได้หรืออาชีพ (Healthy People, 2019) และแนวคิดของ American Heart Association and American College of Cardiology Association: ACC/AHA (2014) ระบุถึงปัจจัยเสี่ยงที่ลดการเกิดโรคเรื้อรัง ได้แก่ 1) การหยุดสูบบุหรี่ 2) การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 3) การออกกำลังกายอย่าง

เหมาะสม 4) การควบคุม พฤติกรรมการรับประทานอาหาร 5) การควบคุมระดับความเครียด และ 6) การตรวจสุขภาพประจำปี เมื่อบุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมจะสามารถลดอัตราการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและการเสียชีวิตได้ (Zhao et al., 2015)

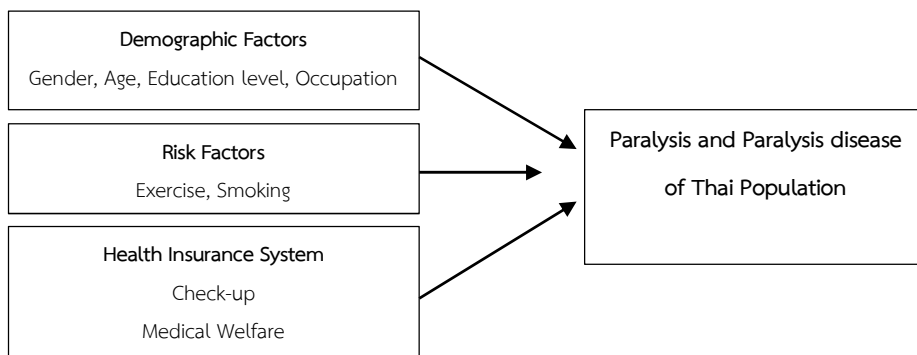


Figure 1 Conceptual framework of research

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ ประชากรอายุ 15-79 ปี จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 37,478,098 คน ที่อาศัยอยู่ใน 12 เขตสุขภาพ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือประชากรอายุ 15-79 ปี จำนวนทั้งหมด 22,496 คน ใน 12 เขตบริการสุขภาพ

การสุ่มตัวอย่าง

การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 มีการสุ่มตัวอย่างแบบการจัดชั้นภูมิ (three stage stratified cluster sampling) และวิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างโดยใช้ความน่าจะเป็นตามสัดส่วนกับขนาด (probability proportional to size sampling) โดยเขตสุขภาพถูกจัดเป็นชั้นภูมิ เลือกจังหวัดตัวอย่างเป็นหน่วยตัวอย่างที่หนึ่ง (PSU) ในจังหวัดตัวอย่างนั้นเลือกชุมชนหรือหมู่บ้านในเขตเทศบาลและนอกเขตเทศบาลตามกรมการปกครองของกระทรวงมหาดไทยเป็นหน่วยตัวอย่างที่สอง (SSU) และสุ่มเลือกประชากรตัวอย่างสำหรับเก็บข้อมูล (eligible respondents) ตามชั้นภูมิเพศและอายุเป็นหน่วยตัวอย่างสุดท้าย (USU)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ข้อมูลครั้งนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิโดยใช้แบบสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015) ซึ่งเป็นการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการสำรวจตัวอย่างแบบ complex design survey ในกลุ่มประชากรทั่วไปอายุ 15-79 ปี โดยวิธีการสัมภาษณ์ (face to face interview) ด้วยแบบสำรวจที่มีข้อความพัฒนาตามเกณฑ์ตัวชี้วัด

สุขภาพที่เป็นมาตรฐานสากลสำหรับการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อของศูนย์ป้องกันควบคุมโรคแห่งประเทศไทย สหรัฐอเมริกา (USA Center of Diseases Control) และองค์การอนามัยโลก (WHO) ดำเนินการการสำรวจ โดยสำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตสุขภาพที่ 1-13 และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยแบ่งออกเป็น 14 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทางประชากร 2) การรับรู้สถานะทางสุขภาพ 3) การเข้าถึงบริการสุขภาพและความพึงพอใจในการรับบริการสุขภาพ 4) การกินผักผลไม้ 5) การสูบบุหรี่และการบริโภคยาสูบ 6) การดื่มสุรา 7) คุณภาพชีวิต 8) ไขมันในเลือดสูง (9) ภาวะความดันโลหิตสูง 10) โรคเบาหวาน 11) โรคเรื้อรัง 12) การบาดเจ็บ 13) โรคกระดูกและกล้ามเนื้อจากการประกอบอาชีพ และ 14) สุขภาพสตรี

คณะผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้ข้อมูลจาก สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข อ้างอิงจากหนังสือเลขที่ สธ 0424.5/436

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ระบบประกันสุขภาพและการตรวจสุขภาพของผู้ป่วยโรคอัมพาต อัมพฤกษ์ ด้วยค่าความถี่ (frequency) และค่าร้อยละ (percentage)
2. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง และระบบประกันสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทย ด้วยสถิติ logistic regression ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคล และระบบประกันสุขภาพที่ส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทยด้วยสถิติ logistic regression พบว่าภายหลังจากการนำตัวแปรอิสระทั้งหมด 14 ตัวแปรเข้าสมการ ตัวแปรเขตที่อยู่อาศัย การดื่มแอลกอฮอล์ การตรวจสุขภาพ ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาท รักษาทุกโรค) ระบบประกันสังคม และระบบประกันสุขภาพกับบริษัทเอกชน ไม่ส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทย

สำหรับตัวแปรที่ส่งผลต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ การตรวจสุขภาพ สวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจ โดยมีรายละเอียดดังนี้

Table 1 Results of demographic factors analysis and the health insurance system that affects the occurrence of paralysis and paralysis disease of the Thai population

| Factor | B | S.E. | Wald | Sig. | Exp(B) |
|--|---------|-------|--------|-------|--------|
| Gender (reference group: Male) | -0.383* | 0.154 | 6.155 | 0.013 | 0.682 |
| Age | | | | | |
| 15 - 39 years old (reference group) | | | 46.613 | 0.000 | |
| 40 - 59 years old | 0.183 | 0.170 | 1.156 | 0.282 | 0.833 |
| 60 - 79 years | 2.108* | 0.313 | 45.501 | 0.000 | 0.121 |
| Residential area (Reference group: City) | 0.198 | 0.132 | 2.243 | 0.134 | 1.219 |
| Education level | | | | | |
| Uneducated (Reference group) | | | 8.503 | 0.075 | |
| Primary | 1.102* | 0.474 | 5.399 | 0.020 | 3.011 |
| secondary education | 0.612 | 0.427 | 2.058 | 0.151 | 1.845 |
| Diploma, High Vocational Certificate | 0.681 | 0.432 | 2.479 | 0.115 | 1.976 |
| Bachelor's degree or higher | 1.003 | 0.528 | 3.612 | 0.057 | 2.727 |
| Occupation | | | | | |
| No job (reference group) | | | 61.152 | 0.000 | |
| profession | 1.256* | 0.203 | 38.221 | 0.000 | 3.511 |
| Mechanic labor | 0.529 | 0.546 | 0.937 | 0.333 | 1.697 |
| Company employee | 0.181 | 0.750 | 0.058 | 0.809 | 1.198 |
| Construction | 0.305 | 0.368 | 0.684 | 0.408 | 1.356 |
| Other | 0.050 | 0.228 | 0.047 | 0.828 | 1.051 |
| Exercise (Reference group: not exercising) | -0.110* | 0.053 | 4.375 | 0.036 | 0.896 |
| Smoking (reference group: Non-smokers) | 1.031* | 0.007 | 17.492 | 0.000 | 1.031 |
| Drinking alcohol (Reference group: not drinking alcohol) | -0.332 | 0.170 | 3.817 | 0.051 | 0.718 |
| Check-up (Reference group: No health check) | 0.208 | 0.137 | 2.320 | 0.128 | 1.231 |
| Health insurance system | | | | | |
| No health insurance (Reference group) | | | | | |
| Universal health insurance (30 baht for all diseases) | 0.005 | 0.211 | 0.001 | 0.982 | 1.005 |
| Social Security | -0.002 | 0.356 | 0.000 | 0.995 | 0.998 |
| Health insurance with a private company | -0.325 | 0.309 | 1.107 | 0.293 | 0.723 |
| Civil servant medical benefits | -0.577* | 0.259 | 4.963 | 0.026 | 0.562 |
| Medical care benefits of state enterprises | -0.430* | 0.444 | 5.392 | 0.020 | 0.357 |
| Constant | -1.141 | 1.585 | 0.518 | 0.472 | 0.320 |

Remark * Statistical significance at 0.05

จากตารางที่ 1 (Table 1) พบว่าเพศหญิงมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์มากกว่าเพศชาย 2.611 เท่า (Odd ratio เท่ากับ -0.383) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 60 - 79 ปี มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15 - 39 ปี 2.108 เท่า (Odd ratio เท่ากับ 2.108) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับการศึกษา 1.102 เท่า (Odd ratio เท่ากับ 1.102) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาชีพวิชาชีพ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีงานทำ 1.256 เท่า (Odd ratio เท่ากับ 1.256)

นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ออกกำลังกาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ออกกำลังกาย 9.090 เท่า (Odd ratio เท่ากับ -0.110) กลุ่มตัวอย่างการสูบบุหรี่ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้สูบบุหรี่ 1.031 เท่า (Odd ratio เท่ากับ 1.031) สำหรับสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการ และสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์น้อยกว่า 1.733 เท่า และ 2.326 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีระบบประกันสุขภาพใด ๆ เลย

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ระดับการเกิดโรคอัมพาต โรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทยเป็นผลมาจากประเด็นดังต่อไปนี้ ประเด็นที่หนึ่ง ปัจจัยเสี่ยง ด้านการสูบบุหรี่ ด้านการไม่ออกกำลังกายเท่าที่ควร และปัจจัยด้านการดื่มแอลกอฮอล์ไม่พบความเสี่ยง หมายความว่า ประชากรไทยปัจจุบันนี้ยังคงมีพฤติกรรมที่มีแนวโน้มต่อการเกิดโรคอัมพาต และโรคอัมพฤกษ์อยู่ อีกทั้งผลการวิเคราะห์ข้อมูลนี้ยังสนับสนุน และมีความสอดคล้องกับสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้คนเสียชีวิตจากโรคไม่ติดต่อ คิดเป็น 37 คนต่อชั่วโมง นั้นมาจากพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างความเสี่ยง (Joychoo et al. 2014) และสอดคล้องกับผลวิจัยที่ว่าความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคนี้ได้ (Sirikangwankun et al., 2017) ดังนั้นความน่าสนใจของข้อค้นพบที่แตกต่างจากงานวิจัยอื่น ๆ ที่ผ่านมา คือ ทำไม่การดื่มแอลกอฮอล์จึงไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์

ประเด็นที่สอง ปัจจัยด้านบุคคล ได้แก่ เพศหญิงเสี่ยงมากกว่าเพศชาย อายุระหว่าง 60-79 ปีเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอายุ 15-39 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาเสี่ยงกว่าไม่ได้รับการศึกษา และอาชีพวิชาชีพเสี่ยงมากกว่าการไม่มีงานทำ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านบุคคลมีความขัดแย้ง (Punset et al., 2015; Thaihealth, 2016; Hfocus, 2018) ที่ว่าเพศชายมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดมากกว่าเพศหญิง ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือดนั้นเป็นสาเหตุของการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ ปัจจัยด้านบุคคล ที่พบว่าเพศหญิงมีความเสี่ยงมากกว่า อาจกล่าวได้ว่าเพศหญิงมีความตระหนักรู้ต่อสุขภาพน้อยกว่าเพศชาย ซึ่งอาจทำให้ขาดโอกาสในการเข้าถึงการคัดกรอง การได้รับการรักษา

เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนที่ตามมามากมายได้อย่างทันท่วงที ความเสี่ยงด้านอาชีพสำหรับคนประกอบอาชีพกับคนไม่ประกอบอาชีพนั้น โดยกลุ่มตัวอย่างที่ประกอบอาชีพรัฐวิสาหกิจมีอัตราป่วยด้วยโรคอัมพาตสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ นั้นอาจหมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่ทำงานรัฐวิสาหกิจได้รับความกดดันจากการทำงานซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพในชีวิตประจำวัน ในขณะที่คนว่างงานไม่มีภาวะความเครียดนี้ย่อมสอดคล้องกับงานวิจัยของ Boonsin & Panidchakul (2016) พบว่าอาชีพมีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การดื่มแอลกอฮอล์ไม่พบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ อาจเนื่องจากข้อคำถามที่ถามเพียงว่าดื่มหรือไม่ดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งไม่ได้ระบุปริมาณของแอลกอฮอล์ที่ดื่ม ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจจะดื่มในปริมาณที่น้อยไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดโรคอัมพาต สอดคล้องกับงานวิจัยที่กล่าวว่าปริมาณดื่มแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ 40-60 กรัมต่อวัน จะเพิ่มโอกาสเป็นโรคอัมพาต 2.66 เท่า (Chuenjairueang, 2012)

ประเด็นที่สาม ระบบประกันสุขภาพของไทย ได้แก่ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลของข้าราชการและสวัสดิการรักษายาบาลของรัฐวิสาหกิจทำให้ประชากรไทยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัมพาต และโรคอัมพฤกษ์ได้น้อยกว่าการที่ประชากรไทยไม่มีระบบประกันสุขภาพใด ๆ เลย แสดงให้เห็นว่า บุคคลที่ทำงานในหน่วยงานราชการมีคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าหน่วยงานอื่น ๆ ในด้านสุขภาพและความเสี่ยงการเกิดโรคอัมพาตและโรคอัมพฤกษ์ อาจเป็นเพราะหน่วยงานรัฐจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพประจำปีให้ทุก ๆ ปี โดยตรงในหน่วยงาน เอื้ออำนวยความสะดวกแก่บุคลากร แตกต่างจากหน่วยงานเอกชน ส่วนใหญ่แล้ว การตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานเอกชน บริษัทจะถูกเสนอเฉพาะขั้นตอนแรกของการเข้ารับทำงานเท่านั้น แต่ในหน่วยงานรัฐ โดยเฉพาะ ข้าราชการทหาร ทุกคนต้องยื่นใบรับรองการตรวจสุขภาพประจำปี

กล่าวโดยสรุป ปัจจัยเสี่ยงที่อาจก่อให้เกิดโรคอัมพาต โรคอัมพฤกษ์ของประชากรไทย จากข้อค้นพบที่กล่าวมาข้างต้น ผลงานวิจัยน่าจะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาปรับปรุง เพิ่มเติม แก้ไขระเบียบการขอผลการตรวจสุขภาพประจำปีของพนักงานบริษัทข้าราชการสังกัดอื่น ๆ เช่นเดียวกับข้าราชการทหาร เพื่อเป็นการป้องกันและตรวจเบื้องต้นด้านสุขภาพที่จะนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ต่อไป จากผลการวิจัยอาจจะไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนการใช้ประโยชน์ ทั้งนี้หากมีการศึกษาถึงลงไป อาจพบว่าอาชีพที่เป็นคนของรัฐอาจมีอัตราป่วยด้วยโรคอัมพาตสูงกว่าอาชีพอื่น ๆ ก็ได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขที่อนุญาตให้ใช้ข้อมูลสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2558 (Thai Behavioral Risk Factor Surveillance System 2015)

เอกสารอ้างอิง

- American Heart Association and American College of Cardiology Association: ACC/AHA . *Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing No cardiac Surgery*. 2014. Retrieved from <https://www.onlinejacc.org/content/64/22/e77>. Accessed: 8 January 2020.
- Baicker K, Congdon WJ, Mullainathan S. Health Insurance Coverage and Take-Up: Lessons from Behavioral Economic. *The Milbank Quarterly*, 2012; 90(1): 107-134.
- Boonsin S, Panidchakul K. Factors related to need of caregivers in stroke patients, *Journal of Boromarajonani College of Nursing*, Bangkok. 2016; 32(2): 68-80.
- Busse R, Blümel M. Germany: Health System Review. *Health System in Transition*. 2014; 16(2): 1-296.
- Hfocus. *NCDs forum 2018*. 2018. Retrieved from <https://www.hfocus.org/content/2018/08/16157>. Accessed: 3 January 2020.
- Joychoo N, Pinyopasakul W, Chareonkitkarn V. Relationships among Age, Perceived Benefits of Health Behavior, Perceived Barriers of Health Behavior and Health Behaviors in patients with Ischemic Stroke. *Rama Nursing Journal*, 2014; 20(2): 236-248.
- Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Sarmak D. 2016. *International Profiles of Health Care System*. Retrieved from <http://www.issuelab.org/resources/25100/25100.pdf>. Accessed: 8 January 2020.
- Kenney GM, Haleey J, Dubay L. *How Familiar are Low-Income Parents with Medicaid and SCHIP?* Washington, DC: Urban Institute, 2001.
- Levy H, Weir D. *Take-up of Medicare Part D: Results from the Health and Retirement Study*. 2009. NBER Working. Paper no.14692.
- Loewenstein G. Hot-Cold Empathy Gaps and Medical Decision-Making. *Health Psychology*, 2005; 24(4): 49-56.
- Thaihealth. 2016. Retrieved from <https://goo.gl/7RKGSE>. Accessed: 3 January 2020.
- Ubel PA, Loewenstein G, Schwarz N, Smith D. Misimagining the Unimaginable: The Disability Paradox and Health Care Decision Making. *Health Psychology*. 2005; 24(4): 57-62.
- Healthy People. *Social determinants of health*. 2019. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. Retrieved from <https://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/socialdeterminants-of-health>. Accessed: 11 January 2020.
- Chuenjairueang P, Srithanarat W. Perception and management of warning symptoms of stroke in people with Stroke. *Journal of Nursing and Health*, 2012; 35 (3): 48-61.
- Punset K, Klinthuesin S, Kingkaew A, Wongmaneroj W. Cardiovascular Risk among Staffs Working at The Central of Ministry of Public Health Using Risk Assessment of Rama-EGAT Heart Score. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 2015; 25(2): 57-70.
- Sirikangwankun W, Thato R, Polsook R. Factors Predicting Preventive Behaviors for Coronary Artery Disease among the Royal Thai Army Personnel. *Journal of Nursing Science Chulalongkorn University*, 2017; 29(2): 99-111.
- Zhao J, Kelly M, Bain C. et al. Risk Factors for Cardiovascular Disease Mortality Among 86866 Members of the Thai Cohort Study. *Global Journal of Health Science*, 2015; 7(1): 107-111.