บทที่ 7 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยทางสังคมของบุคคล ครัวเรือน กับสุขภาพ

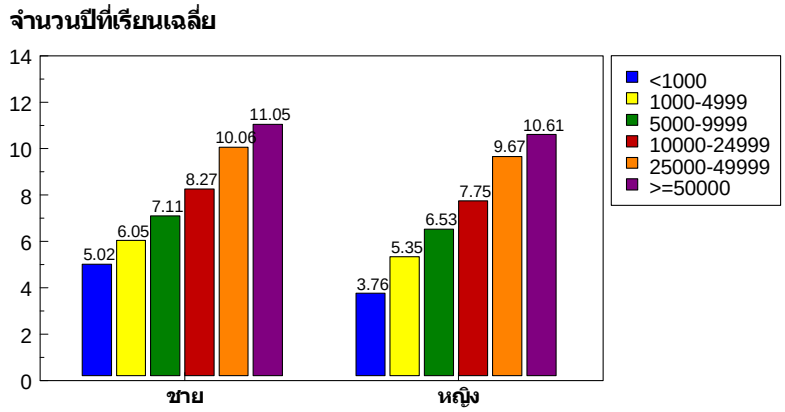
7.1. ตัวชี้วัดปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล ครัวเรือน

ปัจจัยเศรษฐกิจสังคมระดับบุคคลครัวเรือน ที่มีอยู่ในฐานข้อมูลทางสุขภาพ โดยเฉพาะจากข้อมูลการสำรวจทางสุขภาพ มักจะเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับรายได้ อาชีพ การศึกษา และการครอบครองทรัพย์สิน ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคลและครัวเรือน ในด้านโอกาสการแสวงหารายได้เพื่อปัจจัยในการดำรงชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งรายได้ของครัวเรือน ซึ่งมักจะถูกใช้เพื่อการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มบุคคลหรือครัวเรือน เพื่อสะท้อนความแตกต่างของโอกาสทางสังคม

ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพอนามัยประชาชนโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 มีข้อมูลรายได้ของบุคคลและครัวเรือน โดยรายได้ของบุคคลนั้นคิดเฉลี่ยเป็นรายเดือน โดยแบ่งออกเป็น 1) ไม่มีรายได้ 2) รายได้ 1-999 บาท 3) รายได้ 1,000-4,999 บาท 4) รายได้ 5,000-9,999 บาท 5) รายได้ 10,000-24,999 บาท 6) รายได้ 25,000-49,999 บาท และ 7) รายได้ 50,000 บาทขึ้นไป สำหรับรายได้ของครัวเรือนนั้นคิดเป็นรายเดือน โดยแบ่งออกเป็น 1) รายได้ไม่เกิน 999 บาท 2) รายได้ 1,000-4,999 บาท 3) รายได้ 5,000-9,999 บาท 4) รายได้ 10,000-24,999 บาท 5) รายได้ 25,000-49,999 บาท 6) รายได้ 50,000-99,999 บาท 7) รายได้ 100,000-499,999 บาท และ 8) รายได้ 500,000 บาทขึ้นไป ในการศึกษานี้ใช้ข้อมูลรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนเป็นตัวแปรทางเศรษฐกิจสังคมเพื่อเปรียบเทียบปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพและสถานะสุขภาพที่มีอยู่ในฐานข้อมูลดังกล่าว ซึ่งเป็นประชากรตัวอย่างที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป

รายได้ของครัวเรือน สามารถนำมาใช้เป็นตัวแปรในการเปรียบเทียบโอกาสทางสังคมได้ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งโอกาสในการศึกษา จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพอนามัยประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 พบว่ากลุ่มของบุคคลอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีรายได้เฉลี่ยของครัวเรือนที่ต่างกัน มีโอกาสทางการศึกษาที่ต่างกันทั้งชายและหญิง คือมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาที่ต่างกัน ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยจะมีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาสั้น โดยจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาจะเพิ่มขึ้นเมื่อครัวเรือนมีรายได้มากขึ้น

ภาพที่ 20 จำนวนปีที่เรียนเฉลี่ยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน พ.ศ.2547



ภาพที่ 20 แสดงให้เห็นว่าเพศหญิง มีจำนวนปีที่ได้รับการศึกษาต่ำกว่าเพศชายเล็กน้อย โดยครัวเรือนที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาทต่อเดือน เพศชายจะได้รับการศึกษาเพียง 5 ปี และเพศหญิงได้รับการศึกษาเพียง 3 ปีเศษเท่านั้น ซึ่งน้อยกว่าครัวเรือนที่มีรายได้ 50,000 บาทต่อเดือนถึง 2 เท่าในเพศชาย และเกือบ 3 เท่าในเพศหญิง แสดงให้เห็นว่ารายได้ของครัวเรือนส่งผลต่อโอกาสทางสังคม ได้แก่การศึกษา อาชีพ ฯลฯ

นอกจากนี้ ข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือนปี 2547 ก็มีข้อมูลปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือน ได้แก่ รายได้ของครัวเรือน ซึ่งสามารถนำมาจัดกลุ่มครัวเรือนตามรายได้ โดยการเรียงลำดับครัวเรือนตามรายได้ แล้วแบ่งออกเป็น 5 กลุ่มเท่าๆกัน (Quintile) ในการศึกษานี้ได้เปรียบเทียบการเจ็บป่วยและการใช้บริการสุขภาพ ระหว่างกลุ่มครัวเรือนที่มีรายได้ต่างกันโดยแบ่งเป็น 5 Quintile ได้แก่ Quintile ที่ 1 (Poorest), Quintile ที่ 2 (Poor), Quintile ที่ 3 (Middle), Quintile ที่ 4 (Rich) และ Quintile ที่ 5 (Richest) ตามลำดับ

7.2. ภาวะทุพพลภาพตามกลุ่มทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล ครัวเรือน

ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมในระดับปัจเจก หรือระดับครัวเรือน มีอิทธิพลต่อสุขภาพ เนื่องจากมีผลต่อการเข้าถึงปัจจัยในการดำรงชีวิต และการบริการโดยเฉพาะด้านสุขภาพที่จำเป็น

จากการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2539 มีการศึกษาเปรียบเทียบความเท่าเทียมกันของสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในกลุ่มเศรษฐานะต่าง ๆ โดยแบ่งผู้สูงอายุตามสถานะการเงินของครอบครัวเป็น ผู้ไม่ขัดสนเลย ขัดสนเป็นบางครั้ง ขัดสนบ้าง และขัดสนมาก พบว่าสภาพความขัดสนทางการเงินมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับภาวะทุพพลภาพ โดยผู้สูงอายุทั่วไปที่มีภาวะทุพพลภาพ ร้อยละ 22 ถ้ามีความขัดสนทางเศรษฐกิจมาก จะมีภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 35 หรือมีโอกาสทุพพลภาพเพิ่มขึ้นเป็น 1.5-3 เท่า(Odds ratio) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ขัดสน (ตารางที่ 22)

ตารางที่ 22 ภาวะทุพพลภาพของผู้สูงอายุ ตามระดับความขัดสน พ.ศ.2539

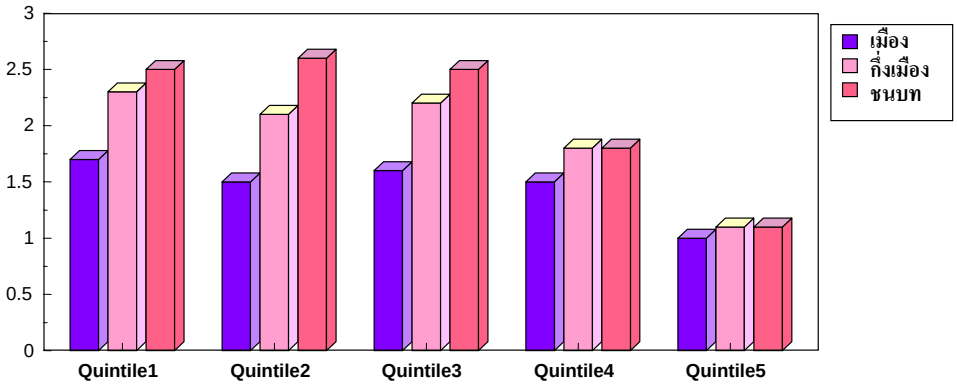
สถานะทางการเงิน	ทุพพลภาพระยะยาว		ทุพพลภาพทั้งหมด	
	%	Odds ratio	%	Odds ratio
ขัดสนมาก	25.5	1.63-3.4	34.6	1.59-3.09
ขัดสนบ้าง	20.8	1.12-1.83	28.9	1.22-1.88
ขัดสนบางครั้ง	19.6	1.08-1.61	27	1.15-1.65
ไม่ขัดสน	17.7	1.0	22.2	1.0

ที่มา : สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2542)

7.3. การรายงานการเจ็บป่วย ตามกลุ่มทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล ครัวเรือน

จากการสำรวจข้อมูลสภาวะเศรษฐกิจและสังคมครัวเรือน และการสำรวจสภาวะอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน ในปี พ.ศ. 2529 พบว่าครัวเรือนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำกว่า จะมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า ทั้งที่มีภูมิลำเนาในเขตเมือง สุขาภิบาล และเขตชนบท โดยการจำแนกครัวเรือนตามฐานะเศรษฐกิจสังคมออกเป็น 5 กลุ่มเท่า ๆ กัน (Quintile) Quintile ที่ 1 คือกลุ่มที่ยากจนที่สุด ในขณะที่ Quintile ที่ 5 คือกลุ่มที่ร่ำรวยที่สุด อย่างไรก็ตามมีการรายงานว่าการเจ็บป่วยระหว่าง Quintile ที่ 1 ถึง 3 มีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยในเขตชนบทมีการรายงานว่าป่วยมากกว่าในเขตเมือง (ภาพที่ 21)

ภาพที่ 21 จำนวนครั้งที่รายงานว่าเจ็บป่วยต่อปี ตามกลุ่มรายได้และเขตภูมิลำเนา พ.ศ.2529

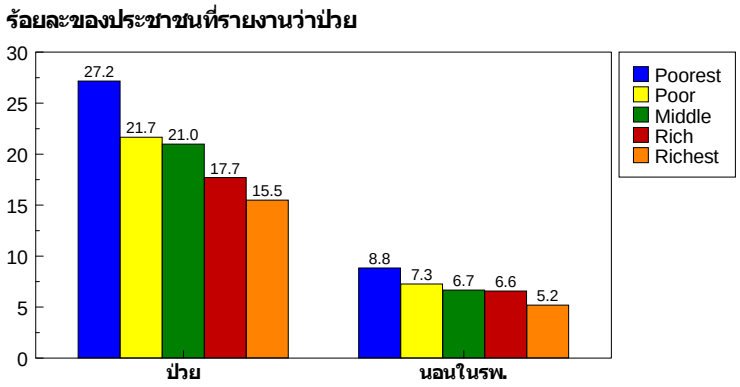


Quintile 1 = ครัวเรือนที่มีรายได้น้อยที่สุด (20%) Quintile 5 = ครัวเรือนที่มีรวยที่สุด (20%)

ที่มา : ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย (2543)

เช่นเดียวกับจากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ ปี พ.ศ. 2547 พบว่ากลุ่มที่ยากจนที่สุดมีสัดส่วนของผู้ที่รายงานว่าเจ็บป่วย (ภายใน 2 สัปดาห์) สูงที่สุดคือร้อยละ 27 โดยการรายงานว่าเจ็บป่วยมีสัดส่วนลดลงในกลุ่มที่มีรายได้สูงขึ้น โดยกลุ่มที่รวยที่สุดมีการรายงานว่าตนเองเจ็บป่วยเพียงร้อยละ 15 นอกจากนี้การเจ็บป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็มีสัดส่วนสูงที่สุดในกลุ่มที่ยากจนที่สุดเช่นกัน โดยกลุ่มที่ยากจนที่สุดมีการนอนรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 8.8 แล้วสัดส่วนการนอนรักษาในโรงพยาบาลลดลงในกลุ่มที่มีรายได้สูงขึ้น โดยกลุ่มที่รวยที่สุดมีการนอนรักษาในโรงพยาบาลร้อยละ 5.2 (ภาพที่ 22) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ยากจนมีการเจ็บป่วย (แบบเฉียบพลัน) มากที่สุด และเจ็บป่วยในระดับที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลมากที่สุดเช่นกัน

ภาพที่ 22 ร้อยละของประชาชนที่รายงานว่าป่วยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



ที่มา : วิเคราะห์โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

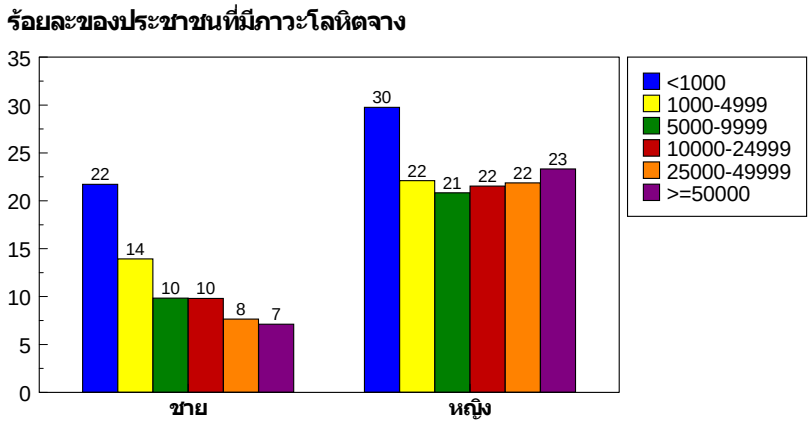
ฉะนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า ฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคลและครัวเรือนที่ยากจน ส่วนใหญ่มีแนวโน้มที่จะสัมพันธ์กับภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการรายงานว่าตนเองป่วย (self-reported illness) รวมทั้งภาวะทุพพลภาพโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุ ที่อาจจะเป็นผลมาจากการขาดการดูแลที่เหมาะสม

7.4. การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ตามกลุ่มทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล ครัวเรือน

การเปรียบเทียบการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ระหว่างกลุ่มคนที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมที่ต่างกันนั้น สามารถวิเคราะห์ได้จากข้อมูลการสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยประชาชนโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 3 ปี พ.ศ.2546-47 โดยการเจ็บป่วยที่ใช้ในการวิเคราะห์ครั้งนี้ ประกอบด้วย ภาวะโลหิตจาง โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพอง และโรคมะเร็ง สำหรับปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมของครัวเรือนที่ใช้เปรียบเทียบ คือรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน โดยแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท 2) รายได้ 1,000-4,999 บาท 3) รายได้ 5,000-9,999 บาท 4) รายได้ 10,000-24,999 บาท 5) รายได้ 25,000-49,999 บาท และ 6) 50,000 บาทขึ้นไป

ผลการวิเคราะห์พบว่า สำหรับภาวะโลหิตจางนั้น ในผู้ชาย กลุ่มที่ยากจน(รายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท) จะมีภาวะโลหิตจางสูงที่สุด คือร้อยละ 22 ในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้ 50,000 บาทขึ้นไปมีภาวะโลหิตจางเพียงร้อยละ 3 ในขณะที่ในผู้หญิง กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ก็มีภาวะโลหิตจางสูงที่สุดเช่นกัน (ร้อยละ 30) แต่ความแตกต่างระหว่างกลุ่มที่มีรายได้ต่างกัน เห็นได้ชัดเจนในผู้ชายมากกว่าผู้หญิง คือในผู้ชาย ผู้ที่มีรายได้ของครัวเรือนต่ำกว่า 1,000 บาท มีภาวะโลหิตจางสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ 50,000 บาทขึ้นไปถึง 3 เท่า (ภาวะโลหิตจางในผู้ชาย หมายถึง มีค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 39 หรือฮีโมโกลบินต่ำกว่าร้อยละ 13 หรือเป็นผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา ส่วนภาวะโลหิตจางในผู้หญิง หมายถึงมีค่าฮีมาโตคริตต่ำกว่าร้อยละ 36 หรือฮีโมโกลบินต่ำกว่าร้อยละ 12 หรือเป็นผู้ที่กำลังได้รับการรักษาด้วยการรับประทานยา)

ภาพที่ 23 ร้อยละของประชาชนที่มีภาวะโลหิตจางตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน

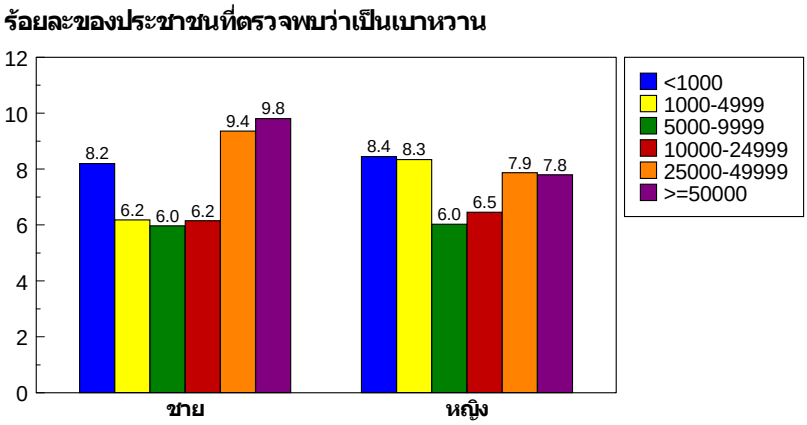


สำหรับการป่วยด้วยโรคเบาหวาน (ตรวจน้ำตาลในเลือด พบมีระดับในเลือด 126 มก./ดล.ขึ้นไป หรือกำลังได้รับการรักษาด้วยยาลดน้ำตาลในเลือดหรืออินซูลิน) พบว่าในผู้ชายและในผู้ชาย กลุ่มที่มีรายได้น้อยที่สุด และกลุ่มที่มีรายได้มากที่สุด เป็นกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานมากที่สุด ในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางเป็นกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานน้อยที่สุด ทั้งนี้อาจจะเป็นไปได้ว่าผู้ที่มีรายได้น้อย ซึ่งมักจะอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และกลุ่มที่มีรายได้สูง ซึ่งมักจะอยู่ในภาคกลางและกรุงเทพมหานคร ล้วนแต่เป็นพื้นที่ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานด้วยกันทั้งคู่ จึงทำให้กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางเป็นโรคเบาหวานน้อยที่สุด

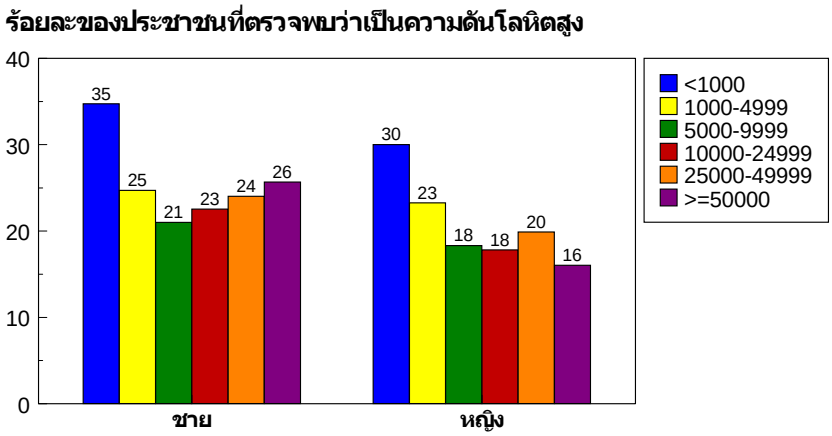
ในขณะที่โรคความดันโลหิตสูง (ตรวจพบความดันโลหิต 140/90 มม.ปรอทขึ้นไป หรือกำลังรักษาด้วยยาลดความดัน) ในผู้ชายและผู้หญิง กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท เป็นกลุ่มที่มีภาวะความดันโลหิตสูงมากที่สุด (ร้อยละ 35 ในผู้ชายและร้อยละ 30 ในผู้หญิง) ในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้ปานกลางเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยที่สุดในผู้ชาย และกลุ่มที่มีรายได้สูงเป็นโรคความดันโลหิตสูงน้อยที่สุดในผู้หญิง

นอกจากนี้ การป่วยด้วยโรคถุงลมโป่งพอง (จากการซักประวัติ) ในผู้ชายก็พบมากที่สุดในกลุ่มที่ยากจนที่สุดเช่นกัน โดยกลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท เป็นโรคถุงลมโป่งพองร้อยละ 1.2 ในขณะที่ในผู้หญิงกลับพบมากที่สุดในกลุ่มที่มีรายได้ 50,000 บาทขึ้นไป ลักษณะเช่นนี้มีความคล้ายคลึงกับการป่วยด้วยโรคมะเร็ง

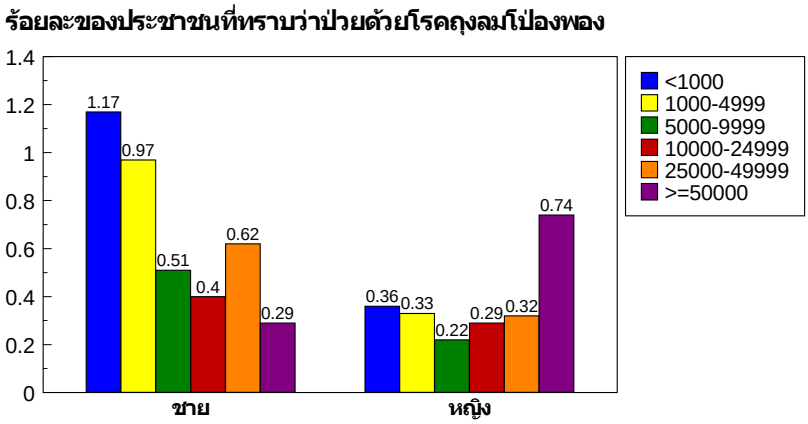
ภาพที่ 24 ร้อยละของประชาชนที่เป็นเบาหวานตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



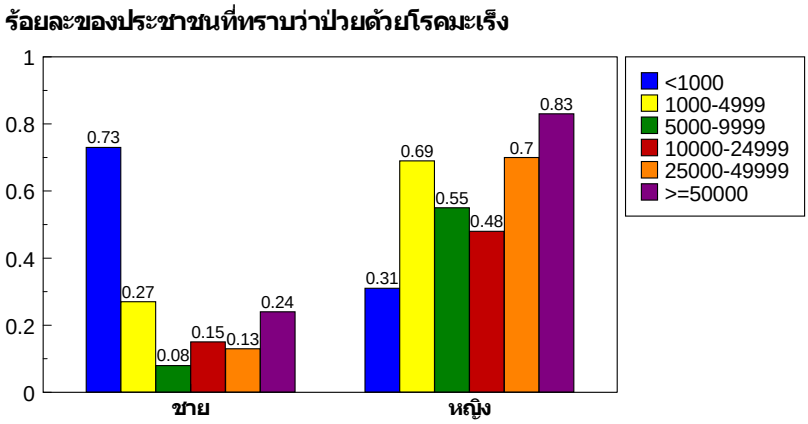
ภาพที่ 25 ร้อยละของประชาชนที่เป็นความดันโลหิตสูงตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



ภาพที่ 26 ร้อยละของประชาชนที่เป็นโรคถุงลมโป่งพองตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



ภาพที่ 27 ร้อยละของประชาชนที่เป็นโรคมะเร็งตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน

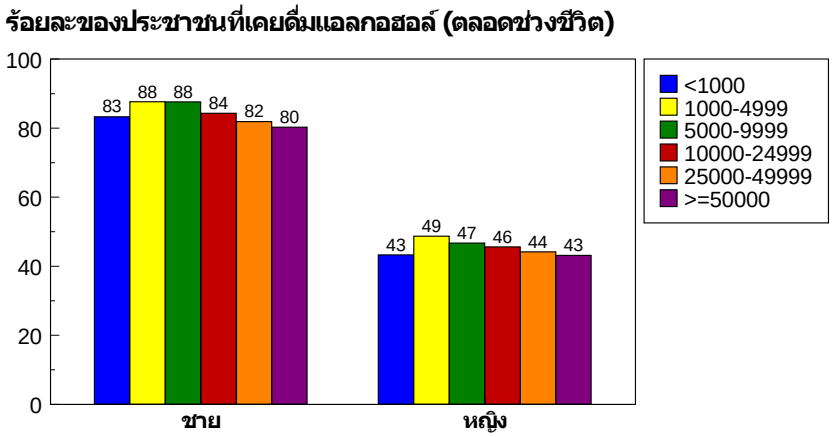


ลักษณะเช่นนี้แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่มีรายได้ต่ำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่ำกว่า 1,000 บาท มีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคต่างๆ อาทิเช่น ภาวะโลหิตจาง โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคถุงลมโป่งพองในเพศชาย และโรคมะเร็งในเพศชาย ในขณะที่กลุ่มที่มีรายได้สูง ก็มีความเสี่ยงต่อโรคบางอย่างเช่นกัน ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในเพศชาย ถุงลมโป่งพองในเพศหญิง และโรคมะเร็งในเพศหญิง ดังนั้น ปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม อาจจะมีส่วนกำหนดภาวะสุขภาพ ผ่านกลไกบางอย่าง ที่สำคัญก็คือปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพทั้งในด้านพฤติกรรมเสี่ยง และปัจจัยเสี่ยงด้านกายภาพ ที่จะนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคต่างๆ

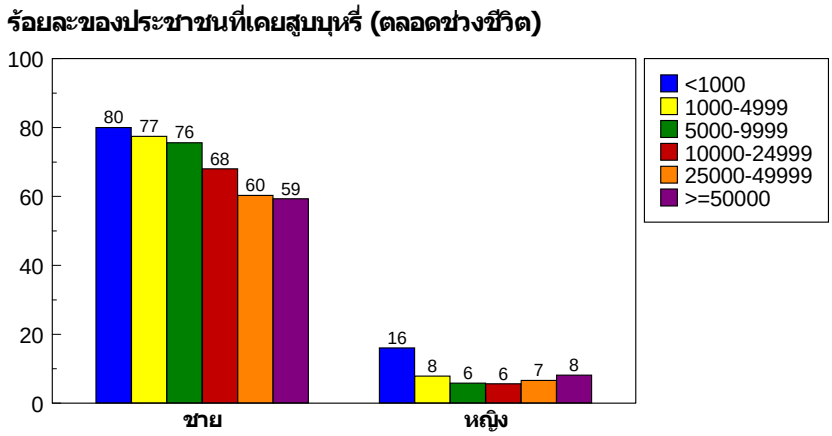
7.5. ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ ตามกลุ่มทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล ครัวเรือน

ปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่ใช้วิเคราะห์เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มรายได้ ประกอบด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ ระดับโคเลสเตอรอล ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และภาวะอ้วน โดยที่ประวัติการเคยดื่มเครื่องแอลกอฮอล์ตลอดช่วงชีวิตนั้น ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มรายได้ โดยเพศชายเคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์มาแล้วมากกว่าร้อยละ 80 ในขณะที่เพศหญิงเคยดื่มประมาณร้อยละ 40

ภาพที่ 28 ร้อยละของประชาชนที่เคยดื่มแอลกอฮอล์ตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



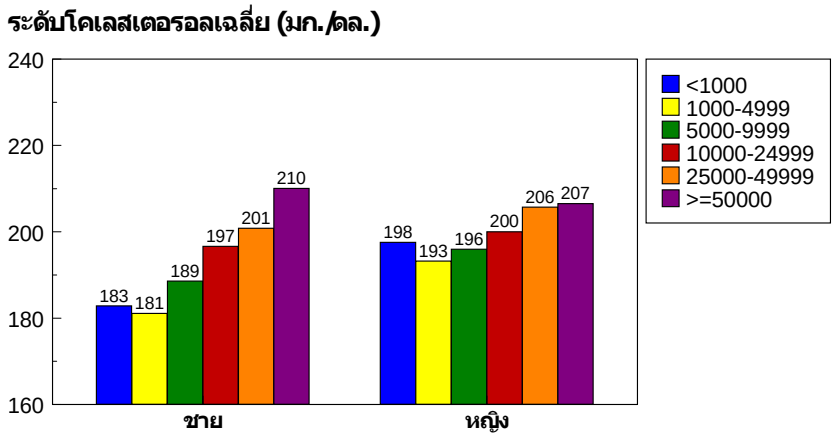
ภาพที่ 29 ร้อยละของประชาชนที่เคยสูบบุหรี่ตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



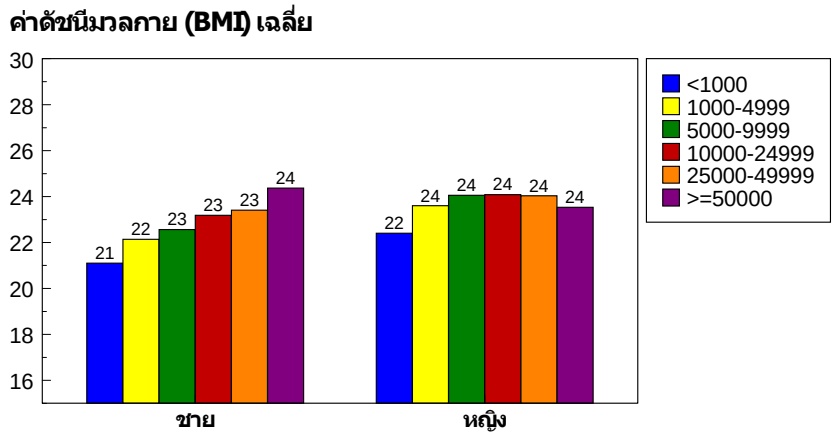
สำหรับการสูบบุหรี่นั้น ในผู้ชาย กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท เป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มาในช่วงชีวิตมากที่สุด ถึงร้อยละ 80 โดยสัดส่วนของผู้ที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ลดลงในกลุ่มที่มีรายได้สูงขึ้น โดยร้อยละ 60 ของกลุ่มที่มีรายได้สูง มีประวัติเคยสูบบุหรี่ สำหรับผู้หญิง กลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท ก็เป็นกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่มากที่สุดเช่นกัน คือเคยสูบบุหรี่ร้อยละ 16 สูงกว่ากลุ่มรายได้อื่นประมาณ 2 เท่า

สำหรับระดับโคเลสเตอรอลในเลือดนั้น มีความชัดเจนว่ากลุ่มที่มีรายได้ 50,000 บาทขึ้นไป มีระดับโคเลสเตอรอลเฉลี่ยสูงที่สุดทั้งเพศชายและเพศหญิง โดยระดับโคเลสเตอรอลมีค่าสูงขึ้นตามรายได้ที่เพิ่มขึ้น ซึ่งจะมีผลต่อโอกาสป่วยด้วยโรคต่างๆ อาทิเช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น เช่นเดียวกันกับค่าดัชนีมวลกาย (BMI) ที่มีค่าสูงขึ้นเมื่อรายได้เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเพศชาย ที่มีค่าสูงสุดในกลุ่มที่มีรายได้ 50,000 บาทขึ้นไป โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23 กก./ม^2 สำหรับร้อยละของผู้ที่มีค่าดัชนีมวลกาย 25 กก./ม^2 ขึ้นไป ซึ่งหมายถึงมีภาวะอ้วน จะพบว่าในผู้ชาย สัดส่วนของผู้ที่มีภาวะอ้วน เพิ่มขึ้นตามระดับรายได้ จากร้อยละ 11 ในกลุ่มรายได้ต่ำกว่า 1,000 บาท จนถึงร้อยละ 39 ในกลุ่มที่มีรายได้ 50,000 บาทขึ้นไป ในขณะที่ในผู้หญิง มีภาวะอ้วนสูงสุดในกลุ่มที่มีรายได้ปานกลาง (5,000-25,000 บาท) แต่ในกลุ่มที่มีรายได้สูงขึ้นนั้นกลับมีภาวะอ้วนลดลง

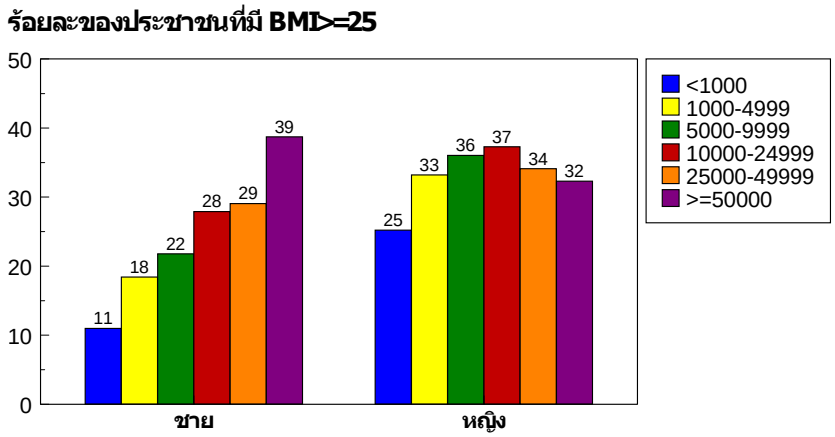
ภาพที่ 30 ระดับโคเลสเตอรอลเฉลี่ยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



ภาพที่ 31 ค่าดัชนีมวลกายตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



ภาพที่ 32 ร้อยละของประชาชนที่มีดัชนีมวลกาย 25 ขึ้นไปตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



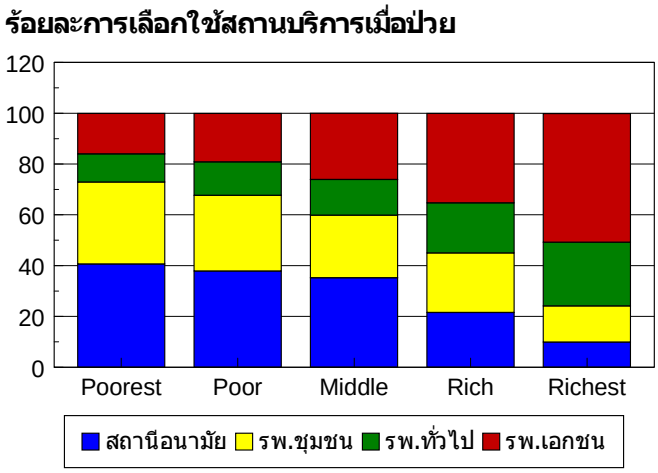
จากข้อมูลดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงบางอย่างนั้น กลุ่มที่มีรายได้น้อยเป็นกลุ่มที่มีปัจจัยเสี่ยงมาก อาทิเช่น การสูบบุหรี่ในผู้ชายและผู้หญิง ในขณะที่ปัจจัยเสี่ยงบางอย่างนั้น เป็นปัจจัยเสี่ยงของกลุ่มที่มีรายได้มาก อาทิเช่น ระดับโคเลสเตอรอล และภาวะอ้วน เป็นต้น โดยความแตกต่างของปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวนั้น มีความห่างกันมากในเพศชายมากกว่าเพศหญิง หมายความว่า อิทธิพลของปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคม ส่งผลต่อปัจจัยเสี่ยงที่แตกต่างกันในเพศชาย มากกว่าเพศหญิง

7.6. การใช้บริการตามกลุ่มทางเศรษฐกิจสังคมของบุคคล ครัวเรือน

นอกเหนือจากการเจ็บป่วย และปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มรายได้แล้ว การใช้บริการสุขภาพก็อาจจะแตกต่างกันด้วย โดยผู้ที่มีรายได้ต่ำอาจจะมีปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า

จากข้อมูลการสำรวจอนามัยและสวัสดิการครัวเรือน พ.ศ.2547 พบว่าการเลือกใช้สถานบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มรายได้ มีความแตกต่างกัน เมื่อคิดรวมเฉพาะการใช้บริการที่สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป (รวมโรงพยาบาลศูนย์) และโรงพยาบาลเอกชน จะพบว่ากลุ่มที่ยากจนที่สุดมีการเลือกใช้บริการสถานีอนามัยสูงที่สุด (ประมาณร้อยละ 40) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดใช้โรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 50) แสดงให้เห็นว่าโอกาสในการเลือกใช้บริการ โดยเฉพาะโรงพยาบาลเอกชนนั้นจำกัดอยู่เพียงกลุ่มที่มีรายได้สูง และเช่นเดียวกันกับการใช้บริการโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาล ที่สูงสุดในกลุ่มที่มีรายได้สูงสุดเช่นกัน ลักษณะความแตกต่างของการเลือกใช้บริการอาจจะส่งผลต่อคุณภาพของบริการที่ได้รับตามศักยภาพของสถานพยาบาล ซึ่งจะกระทบมากหากการเจ็บป่วยนั้นต้องการการรักษาในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูง

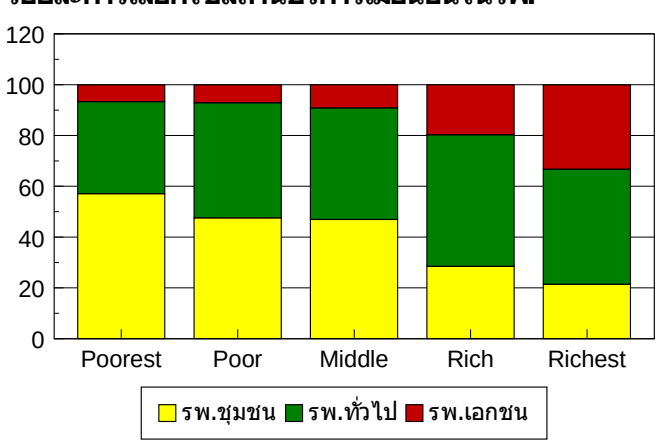
ภาพที่ 33 ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อป่วยตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



ที่มา : วิเคราะห์โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

การใช้บริการในกรณีที่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ก็มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ก็คือกลุ่มที่ยากจนที่สุดจะใช้นอนรักษาในโรงพยาบาลชุมชนมากที่สุด (ร้อยละ 60) ในขณะที่กลุ่มที่รวยที่สุดมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนมากที่สุด (ร้อยละ 25) เมื่อเทียบกับกลุ่มรายได้อื่นแต่อย่างไรก็ดี การนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ มีความแตกต่างกันไม่มากนัก โดยทุกกลุ่มรายได้มีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ประมาณร้อยละ 40 ถึง 50 ของการนอนรักษาในโรงพยาบาลทั้งหมด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่ยากจนยังมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงอยู่พอสมควร ถึงแม้จะมีโอกาสนอนรักษาในโรงพยาบาลเอกชนน้อยที่สุดก็ตาม

ภาพที่ 34 ร้อยละของการเลือกใช้สถานบริการเมื่อนอนในโรงพยาบาลตามระดับรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน



ที่มา : วิเคราะห์โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ