

รายงานฉบับสมบูรณ์

อายุขัยเฉลี่ยและภาวะการตายของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร

รหัสโครงการ ๕๙-๐๐๑๒๔-๐๓

๑ ตุลาคม ๒๕๕๙ – ๓๐ กันยายน ๒๕๖๐

ภายใต้การสนับสนุน
โครงการสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ
และคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชฎานิศวรร โคโนะ
ผู้รับผิดชอบโครงการ



สารบัญ

	หน้า
สารบัญ	ก
สารบัญตาราง	ค
สารบัญภาพ	ง
บทสรุปผู้บริหาร	จ
บทที่ 1 บทนำ	1
ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การศึกษา	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	4
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
องค์ความรู้ทางประชากรศาสตร์	5
การฉายภาพประชากร (population projection) ในกลุ่มประชากรเฉพาะ สาเหตุของการกลายมาเป็นคนไร้บ้าน) และแบบแผนการดำเนินชีวิตของคน ไร้บ้าน	13
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	14
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
บทที่ 3 ระเบียบวิธีการศึกษา	27
การประเมินสถานการณ์และข้อมูลคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร	27
การศึกษาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร	29
การศึกษาสาเหตุ ลักษณะและแบบแผนการเสียชีวิตของคนไร้บ้านใน กรุงเทพมหานคร	30
ขอบเขตการศึกษา	31
ข้อจำกัดในการศึกษา	32
นิยามศัพท์	32
บทที่ 4 ผลการศึกษา	33
การเสียชีวิตของคนไร้บ้าน: ความยืนยาวของชีวิต	33
อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้าน	42
คนไร้บ้านในความดูแลของภาครัฐ: มิติด้านอายุ	46
สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน	50

	หน้า
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	60
สรุปผลการศึกษา	60
ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	72
ข้อเสนอแนะเชิงระเบียบวิธี	73
เอกสารอ้างอิง	75
ภาคผนวก	80

สารบัญตาราง

		หน้า
ตาราง 1	เปรียบเทียบวิธีการคาดประมาณความยืนยาวของชีวิต	32
ตาราง 2	อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิต จำแนกตามปี และสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง	36
ตาราง 3	การกระจายตัวของผู้เข้ารับบริการในสถาน จำแนกตามเพศ และสถาน สงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง	39
ตาราง 4	อายุแรกเข้า อายุที่เสียชีวิต ระยะเวลา และสาเหตุการตายของกลุ่มคนไร้บ้าน ในสถานสงเคราะห์ธัญญิง ปี พ.ศ. 2555-2559	44
ตาราง 5	อายุแรกเข้ารับบริการ อายุที่เสียชีวิตและระยะเวลาที่รับบริการของกลุ่ม คนไร้บ้านในสถานสงเคราะห์ธัญญิง ปี พ.ศ. 2555-2559	47
ตาราง 6	จำนวนการตายจำแนกตามสาเหตุการตายและเพศที่วราชอาณาจักร พ.ศ. 2550-2557	51

สารบัญภาพ

	หน้า
ภาพ 1	กระบวนการสำหรับการคาดประมาณจำนวนประชากรแฝง 29
ภาพ 2	การกระจายผู้เสียชีวิตในสถาน จำแนกตามเพศ 35
ภาพ 3	อายุแรกเข้ารับบริการและอายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในสถานสงเคราะห์ คนไร้ที่พึ่งธัญบุรี (หญิง) ปี พ.ศ. 2555-2559 47
ภาพ 4	ระยะเวลาเฉลี่ยที่เข้ารับบริการของคนไร้บ้านในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง ธัญบุรี (หญิง) ปี พ.ศ. 2555-2559 48

บทสรุปผู้บริหาร

อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตและการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร

กรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ไม่เพียงแต่การเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ดังนั้นกรุงเทพฯ จึงเป็นเมืองที่ดึงดูดประชากรจากหลากหลายสถานที่เข้ามาสู่เมืองหลวงแห่งนี้ การเข้ามาสู่เมืองหลวงของประชากรต่างถิ่นย่อมนำมาซึ่งผลกระทบต่อพื้นที่ปลายทาง ดังเห็นได้จากปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น มลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ ปัญหาขยะมูลฝอย เป็นต้น (Macionis, John J. and Parrillo, Vincent N., 2010) ไม่เพียงเท่านั้น ประชากรในเขตกรุงเทพมหานครเองและประชากรที่เข้ามาทำกิจกรรมต่างๆ ในกรุงเทพฯ ย่อมหลีกเลี่ยงมิได้ที่จะได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน ผลพวงหนึ่งที่เกิดมาจากการเป็นสังคมเมือง นั่นคือ “คนไร้บ้าน”

แท้ที่จริงแล้ว “บ้าน” เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต การมีชีวิตไร้บ้านย่อมทำให้ชีวิตไม่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างปกติ มีความสงบสุขและปลอดภัย ดังนั้นการทราบข้อมูลเกี่ยวกับคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร จึงนับเป็นก้าวแรกที่สำคัญในการศึกษาคนชายขอบ กลุ่มประชากรเปราะบางที่มีลักษณะพิเศษกลุ่มนี้ แม้ว่าการศึกษาถึงสาเหตุการกลายมาเป็นคนไร้บ้านเป็นสิ่งสำคัญในประเด็นของการหาแนวทางการแก้ไข และสามารถช่วยทำให้เข้าใจคนไร้บ้านมากขึ้น ทว่าการศึกษาเกี่ยวกับคนไร้บ้านในทุกด้านและทุกมิติ เช่น การประเมินจำนวนประชากรไร้บ้านและทราบถึงสถานการณ์การเสียชีวิตของประชากรกลุ่มนี้จะให้ภาพที่สมบูรณ์และครบถ้วน นำไปสู่การแก้ไขปัญหาและจัดทำเป็นนโยบายที่ตรงจุดและตรงประเด็นที่สุดในอนาคต

เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วการได้ศึกษาและจัดทำข้อมูลด้านอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิต หรือข้อมูลการเสียชีวิตในกลุ่มประชากรเฉพาะ อาทิเช่น คนไร้บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรชายขอบและเป็นกลุ่มประชากรที่เฉพาะย่อมเป็นสิ่งที่ทำนายต่อภาครัฐและเอกชน เพราะนอกจากจะเป็นสิ่งที่ทำนายเนื่องจากการดำเนินการจัดทำอย่างเป็นระบบเท่าใดนัก และยังมีข้อมูลที่เป็นวิชาการในประเทศ ทั้งนี้สืบเนื่องจากข้อจำกัดด้านข้อมูล ระบบในการจัดเก็บข้อมูลและประชากรคนไร้บ้านที่จัดเป็นประชากรแฝง และยากต่อการเข้าถึง เป็นต้น อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถพิสูจน์ให้เห็นถึงระดับคุณภาพชีวิตของประชากรโดยเฉพาะคนไร้บ้านได้เป็นอย่างดีแล้ว ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปกำหนดแผนการเข้าถึงกลุ่มคนไร้บ้าน จัดทำเป็นโครงการให้บริการดูแลสุขภาพเฉพาะกลุ่ม เพื่อปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและพฤติกรรมทำลายสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งนำไปสู่การมีชีวิตที่ดีขึ้นของคนไร้บ้าน ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาสาเหตุ ลักษณะและแบบแผนการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร

วิธีการศึกษาและผลที่ได้รับจากการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อนำไปสู่การบูรณาการตอบโจทยการศึกษาทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก อีกทั้งเป็นการถ่วงน้ำหนักข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ด้วย โดยอาศัยการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิจากหน่วยงานต่างๆ 14 หน่วยงาน รวมถึงได้ดำเนินการสัมภาษณ์ระดับลึก สัมภาษณ์เป็นกลุ่มกับเจ้าหน้าที่ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ในแบบทางการและกึ่งทางการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ครบคลุมและเป็นประโยชน์กับการศึกษาในครั้งนี้

ผลการศึกษานี้เสนอเป็น 4 ส่วนด้วยกัน คือ 1) การเสียชีวิตของคนไร้บ้าน: ความยืนยาวของชีวิต 2) อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้าน 3) คนไร้บ้านในความดูแลของหน่วยงานภาครัฐ: มิติด้านอายุ และ 4) สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน

การเสียชีวิตของคนไร้บ้าน: ความยืนยาวของชีวิต

หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน อันได้แก่ 1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) และหน่วยงานภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน ได้แก่ มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.) ซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมานั้น พบว่า มีการบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับบริการ และการเสียชีวิตของผู้เข้ารับบริการ แต่ทว่าจำนวนปีที่บันทึกข้อมูลยังไม่ยาวนานมากพอที่จะคำนวณอายุคาดเฉลี่ยหรืออายุขัยเฉลี่ยของกลุ่มคนไร้บ้านที่สนใจได้ อีกทั้งมีปัญหาที่ไม่สามารถเชื่อมโยงจากข้อมูลพื้นฐานกับข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เข้ารับบริการได้ ทำให้ในปัจจุบันสามารถคำนวณได้เพียงอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในแต่ละปีเท่านั้น

อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้าน

คนไร้บ้านที่เสียชีวิตในแต่ละหน่วยงานมีอายุประมาณ 60 ปี ในช่วงอายุ 50-65 ปี มีจำนวนคนที่เสียชีวิตค่อนข้างมาก โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ทั้งนี้เพศหญิงมีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (อายุประมาณ 60 ปี เปรียบเทียบกับอายุประมาณ 58 ปี ตามลำดับ) ดังนั้นอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของตัวอย่างจึงต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยในปัจจุบันค่อนข้างมาก (เพศหญิง อายุประมาณ 82 ปี เปรียบเทียบกับ เพศชาย อายุประมาณ 77 ปี ตามลำดับ)

ขณะที่อายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ อาศัยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคุ้นเคยกับประเด็นคนไร้บ้าน และผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานให้บริการรับส่งคนในพื้นที่สาธารณะไปยังโรงพยาบาล ได้ให้คำตอบที่ค่อนข้างเป็นไปได้ทิศทางเดียวกับการเสียชีวิตของผู้เข้ารับบริการในหน่วยงาน กล่าวคือ ส่วนใหญ่คนในพื้นที่สาธารณะเสียชีวิตที่อายุประมาณ 40-50 ปี และพบเจอผู้สูงอายุเสียชีวิตในพื้นที่สาธารณะจำนวนไม่มากนัก

คนไร้บ้านในความดูแลของหน่วยงานภาครัฐ: มิติด้านอายุ

โดยเฉลี่ยผู้ที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์มีอายุประมาณ 51 ปี และเสียชีวิตในช่วงอายุก่อน 65 ปี ดังนั้นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุที่เสียชีวิตกับค่าเฉลี่ยของอายุผู้เข้ารับบริการประมาณ 10 ปี อาจกล่าวได้ว่า โดยเฉลี่ยแล้วสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐต้องจัดสวัสดิการให้กับคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปี ก่อนที่คนไร้บ้านจะเสียชีวิต

สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน

สรุปแล้วคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะทั้งผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ โรคติดเชื้อและเสียชีวิตด้วยเหตุจากการติดสุราเรื้อรังเป็นหลัก มีเพียงบางรายที่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่อาจจะเป็นโรคประจำตัวมาตั้งแต่ก่อนเป็นคนไร้บ้าน นอกจากนี้ สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านกลุ่มนี้ ยังขึ้นอยู่กับสภาพภูมิอากาศและสภาพแวดล้อมที่อาศัยหลบซ่อนเป็นสำคัญด้วย เช่น ในฤดูร้อน พบว่า คนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยการเป็นโรคลมแดด (Heat Stroke) เป็นต้น

สำหรับข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในหน่วยงานภาครัฐ พบว่า โดยรวมแล้วมีการเสียชีวิตเกิดขึ้น 225 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (128 ราย เปรียบเทียบกับ 97 ราย) ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด, สันนิษฐานติดเชื้อในกระแสเลือด สูงถึง 71 ราย (คิดเป็นร้อยละ 31.5) รองลงมาคนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจล้มเหลว, หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, หัวใจและปอดล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 55 ราย (คิดเป็นร้อยละ 24.4) ขณะที่คนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยโรคชราภาพและมีการสันนิษฐานว่าชราภาพเป็นอันดับที่สาม จำนวน 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 17.3)

จากการศึกษา สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในครั้งนี้ พบว่า คนไร้บ้านมีการเสียชีวิตด้วยโรคที่คล้ายคลึงกับประชากรส่วนใหญ่ในสังคม ทว่าแนวโน้มของสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านส่วนใหญ่่นั้น ยังคงมีสาเหตุที่มาจากโรคติดเชื้อ เช่น กลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มปอดโรคติดเชื้อ แตกต่างจากแนวโน้มของประชากรโดยทั่วไปที่พบว่า เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งและโรคหัวใจ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ในส่วนของการจัดเก็บข้อมูลการเสียชีวิตของคนไร้บ้านยังไม่มีระบบและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ข้อมูลของหลายหน่วยงานยังไม่เป็นเอกภาพ ดังนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลด้านคนไร้บ้านที่มีประสิทธิภาพ ควรมีนโยบายและแผนปฏิบัติการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลคนไร้บ้านกลาง ซึ่งอาจขึ้นกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยให้มีการจัดทำฐานข้อมูลการตายของคนไร้บ้านเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน ตลอดจนแผนงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นจากการปล่อยให้คนไร้บ้านไม่มีสุขภาพที่ดี เจ็บป่วยเรื้อรัง และกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาว

โดยเฉลี่ยแล้วสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐต้องจัดสวัสดิการให้กับคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการ ในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปีก่อนที่คนไร้บ้านจะเสียชีวิต เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว ย่อมมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้คือ 1) ความเพียงพอของจำนวนเจ้าหน้าที่ และงบประมาณในการจัดบริการให้กับผู้เข้ารับบริการ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณ กำลังคนรวมไปถึงการคาดการณ์งบประมาณในอนาคตเพื่อใช้ในการดูแลคนไร้บ้าน และ 2) ทักษะความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้เข้ารับบริการที่มีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคอันเกี่ยวกับการสูงอายุ ในประเด็นนี้ถือเป็นสิ่งที่มีโอกาสมองข้ามได้ โดยเฉพาะการให้ความรู้ในทุกมิติรวมถึงการป้องกันตนเองในกลุ่มเจ้าหน้าที่และประชากรที่ทำงานในด้านคนไร้บ้านและกลุ่มประชากรเปราะบางอื่นๆ ด้วย

สาเหตุร่วมประการสำคัญที่อาจส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของคนไร้บ้านทั้งกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะและในหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน คือ การได้รับการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันโรค หรือลดความรุนแรงของโรคต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มคนไร้บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาสุขภาพที่ดี การได้รับอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ รวมถึงการได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเมื่อเริ่มเกิดการเจ็บป่วย

จากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิเกี่ยวกับคนไร้บ้าน ซึ่งพบว่าข้อมูลเหล่านี้มีการนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ที่น้อยมาก ทั้งนี้ข้อมูลต่างๆ (แต่ผู้ศึกษามีได้รับอนุญาตให้เข้าถึง ได้แก่ ที่อยู่ รายชื่อ เป็นต้น) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ค้นพบมีประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับคนไร้บ้านในหลากหลายด้าน ทั้งนี้หากมีการศึกษาในอนาคตจึงควรมีการติดตามหรือจัดทำระบบลงทะเบียนและติดตามคนไร้บ้านจากชื่อและที่อยู่ต่อไปภายหลังจากที่คนไร้บ้านกลับเข้าสู่ระบบแล้ว หรือศึกษาติดตามครอบครัวของคนไร้บ้านเหล่านี้ เป็นต้น

ในด้านการประเมินต้นทุนนั้น ควรทำการขึ้นทะเบียนคนไร้บ้าน เพื่อหาประชากรเปราะบางและอัตราตายรายกลุ่มอายุ นอกจากนี้แล้วควรเก็บข้อมูลระยะเวลาที่เข้ารับบริการ (อายุ x ปี ถึง $x+n$ ปี) เพื่อประเมินต้นทุนต่อคน

ข้อเสนอในเชิงระเบียบวิธี

วิธีการศึกษาอายุคาดเฉลี่ยและการเสียชีวิตของประชากรคนไร้บ้านที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และเป็นข้อมูลที่สามารถพิสูจน์และยืนยันได้อย่างแท้จริงนั้น คือ การคำนวณอายุคาดเฉลี่ยตามรุ่นปี ซึ่งเป็นเทคนิคการวิเคราะห์ทางตรงที่อาศัยการติดตามคนไร้บ้านทุกคนไปจนกระทั่งคนไร้บ้านเสียชีวิต และเมื่อกลุ่มคนไร้บ้านที่ติดตามเสียชีวิตหมดทุกคนแล้ว จะได้ค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านทุกคนที่เฝ้าติดตาม ซึ่งเป็นวิธีที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่สนใจที่มีขนาดเล็ก เนื่องจากต้องติดตามข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรที่สนใจทุกคนอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

การวางแผนจัดเก็บข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการตายคนไร้บ้านมีความสำคัญต่อการริเริ่มจัดทำฐานข้อมูลคนไร้บ้านอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการกำหนดนโยบายและวางแผนการดำเนินงานด้านคนไร้บ้านต่อไป

บทที่ 1

บทนำ

ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจัยสี่ในการดำรงชีวิตของมนุษย์โดยทั่วไปนั้น ได้แก่ อาหาร ยารักษาโรค เครื่องนุ่งห่มและที่อยู่อาศัย ทั้งนี้หากมนุษย์ขาดซึ่งปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งย่อมมีผลกระทบต่อความสมดุลในชีวิต อาทิ การขาดแคลนอาหารในการบริโภคย่อมก่อให้เกิดภาวะขาดสารอาหาร เกิดการเจ็บป่วยเป็นโรคได้ง่ายและอาจต้องเสียชีวิตในท้ายที่สุด ขณะที่มนุษย์อาศัยอยู่ในสภาพภูมิอากาศหนาวเย็น หากไม่มีเครื่องนุ่งห่มให้ร่างกายอบอุ่นย่อมทำให้เกิดความยากลำบากในการดำรงชีวิต เป็นต้น

สำหรับผู้ที่ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือคนไร้บ้าน คือ บุคคลซึ่งไม่มีแหล่งพำนักพักพิงอย่างถาวร ต้องเร่รอนอยู่ตามพื้นที่สาธารณะต่างๆ ดังปรากฏให้เห็นในเขตสังคมเมืองหรือเมืองใหญ่ๆ ไม่เว้นแม้แต่ในกรุงเทพมหานคร คนไร้บ้านเหล่านี้จัดเป็นบุคคลที่ต้องดำรงชีพออย่างไม่ปกติ ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทั้งต่อตนเอง ชุมชนและสังคม เป็นที่ทราบกันดีว่ากรุงเทพมหานครเป็นเมืองหลวงของประเทศไทย ไม่เพียงแต่จะเป็นศูนย์กลางทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม ดังนั้น กรุงเทพฯ จึงเป็นเมืองที่ดึงดูดประชากรจากหลากหลายสถานที่เข้ามาสู่เมืองหลวงแห่งนี้ การเข้ามาสู่เมืองหลวงของประชากรต่างถิ่นย่อมนำมาซึ่งผลกระทบต่อพื้นที่ปลายทาง ดังเห็นได้จากปัญหาทางด้านสิ่งแวดล้อมต่างๆ เช่น มลพิษทางอากาศ มลพิษทางน้ำ ปัญหาขยะมูลฝอย เป็นต้น (Macionis, John J. and Parrillo, Vincent N., 2010) ไม่เพียงเท่านั้น ประชากรในเขตกรุงเทพมหานครเองและประชากรที่เข้ามาทำกิจกรรมต่างๆ ในกรุงเทพฯ ย่อมหลีกเลี่ยงมิได้ที่จะได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน ผลพวงหนึ่งที่ตามมาจากการเป็นสังคมเมืองนั่นคือ ปัญหา “คนไร้บ้าน” กลุ่มประชากรชายขอบที่หลุดจากตาข่ายความคุ้มครองทางสังคม และระบบสวัสดิการของภาครัฐ

การทราบข้อมูลเกี่ยวกับคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร จึงถือเป็นก้าวแรกที่สำคัญในการศึกษาคนชายขอบที่มีลักษณะพิเศษกลุ่มนี้ แม้ว่าการศึกษาถึงสาเหตุการกลายมาเป็นคนไร้บ้านเป็นสิ่งที่สำคัญในประเด็นของการหาแนวทางการแก้ไขและช่วยทำให้เข้าใจคนไร้บ้านมากขึ้น ทว่าการศึกษเกี่ยวกับคนไร้บ้านในทุกด้านและทุกมิติ เช่น การประเมินจำนวนประชากรไร้บ้านและทราบถึงภาวะการณตายของประชากรกลุ่มนี้จะให้ภาพที่สมบูรณ์และครบถ้วน นำไปสู่การแก้ไขปัญหาและจัดทำเป็นนโยบายที่ตรงจุดและตรงประเด็นที่สุดในอนาคต

อนึ่ง “การมีชีวิตที่ยืนยาวของมนุษย์สามารถบ่งบอกถึงสิ่งใด” หากมนุษย์มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นย่อมแสดงให้เห็นถึงความก้าวหน้าทางด้านการแพทย์การสาธารณสุขและยารักษาโรค การมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยและการเข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลได้โดยสะดวก ไม่เพียงเท่านั้นผู้ที่อายุยืนสามารถสะท้อนถึงการปฏิบัติตนในด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ไม่ว่าจะเป็นด้านารดูแลสุขภาวะอนามัยของตนเอง ตลอดจนความรู้ในด้านการออกกำลังกาย การพักผ่อนและการรับประทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ การอยู่

อาศัยในสถานที่และสิ่งแวดล้อมอันส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ รวมไปถึงการมีนัยยะแสดงให้เห็นถึงการมีคุณภาพชีวิตและคุณภาพสังคมของประชากรที่ดีขึ้นในสังคมนั้นๆ

ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ญี่ปุ่น สวิตเซอร์แลนด์ สวีเดน นอร์เวย์ อิตาลี สิงคโปร์ เกาหลีใต้ เป็นต้น ล้วนแล้วแต่เป็นกลุ่มประเทศที่มีผู้คนมีชีวิตที่ยืนยาว ขณะที่ประเทศที่พัฒนาน้อยๆ หรือกำลังพัฒนา กลับมีความยืนยาวของชีวิตน้อยหรือผู้คนจะเสียชีวิตเร็วขึ้นเองโดยพบว่าหลายประเทศในแถบแอฟริกา ประชากรมีอายุสั้นซึ่งประชากรจะเสียชีวิตก่อนอายุ 55 ปี (United Nations, 2016) ทั้งนี้การวัดความยืนยาวของชีวิตมนุษย์ว่าจะอยู่บนโลกใบนี้ได้ยาวนานแค่ไหนนั้น โดยทั่วไปแล้วพิจารณาจากดัชนีหนึ่งที่เราเรียกว่า “อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด” (Life Expectancy at Birth) หรือเรียกง่ายๆ ว่า “อายุคาดเฉลี่ย” ซึ่งเป็นดัชนีที่ทำให้ทราบว่าประชากรที่เกิดมาในพื้นที่หรือสังคมนั้นๆ จะเสียชีวิตลงเมื่ออายุเท่าใด ทั้งนี้ การจะทราบอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนในแต่ละสังคมจึงจำเป็นต้องอาศัยการคำนวณจากจำนวนประชากรและจำนวนการตายในพื้นที่นั้นๆ เป็นสำคัญ

นอกจากความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันของอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดและการตายของประชากรแล้ว การศึกษาองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับภาวะการณตายไม่ว่าจะเป็นจำนวนการตายของประชากร อัตราตายของประชากร สาเหตุการตายรวมถึงแบบแผนการตายของประชากร สามารถทำให้ทราบถึงข้อมูลรายละเอียดลึกซึ้งเกี่ยวกับการตายโดยเฉพาะมีประโยชน์ในการวางแผนป้องกันสาเหตุการตายนั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมไปถึงการวิจัยทางการแพทย์และระบาดวิทยา อีกทั้งสามารถนำไปปรับใช้ในการรณรงค์พฤติกรรมสุขภาพต่างๆ ที่ตรงกับเป้าหมายและมีความชัดเจนมากขึ้น

โดยทั่วไปประชากรที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์กับอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด กล่าวคือ ยิ่งประชากรมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้มีอายุที่ยืนยาวขึ้น ทั้งนี้ในกรณีของคนไร้บ้านก็เช่นเดียวกัน ทว่าความน่าสนใจของการศึกษาอายุเฉลี่ยและการตายของคนไร้บ้านนั้นมีความสัมพันธ์กับการพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งนี้คนไร้บ้านมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเร็วกว่า หรือมีอายุเฉลี่ยที่ตาย (average age of death) น้อยกว่าประชากรทั่วไป ดังเช่นผลการศึกษาของ Sheffield University (Thomas, Bethan, 2012) (2011) ระบุว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลการตายของคนไร้บ้านคนไร้บ้านในสหราชอาณาจักรระหว่างปี ค.ศ. 2001-2009 พบว่า คนกลุ่มนี้มีอายุคาดเฉลี่ยสั้นกว่าประชากรทั่วไปถึง 30 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่ตายของคนไร้บ้านส่วนใหญ่จะอยู่ที่อายุ 47 ปี สำหรับผู้ชาย และอายุ 43 ปี สำหรับผู้หญิง ซึ่งน้อยกว่าอายุเฉลี่ยที่ตายของประชากร คือ 77 ปี สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของคนไร้บ้านส่วนใหญ่ คือยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

หลักฐานเชิงประจักษ์อีกประการในสหรัฐอเมริกา (Keyes, Scott, 2014) ยิ่งพบประเด็นที่น่าสนใจว่า อัตราตายของคนไร้บ้านเกี่ยวข้องกับระยะเวลาที่กลายมาเป็นคนไร้บ้าน โดยมีประชากรคนไร้บ้านกว่าแสนคนที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะตามท้องถนนเพิ่มมากขึ้น และคนไร้บ้านเหล่านี้จะมีแนวโน้มที่จะม้อัตรการตายสูงขึ้นในทศวรรษหน้า เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุแล้ว คนไร้บ้านกลุ่มใหญ่ที่สุดของสหรัฐอเมริกาคือ กลุ่มที่ออกจากบ้านในช่วงทศวรรษที่ 1980 นักวิจัยจาก University of Pennsylvania ที่ศึกษาข้อมูลคนไร้บ้านในซานฟรานซิสโกพบว่า คนไร้บ้านมีอายุมัธยฐานอยู่ที่ 53 ปี

ทั้งนี้ การมีคนไร้บ้านเป็นผู้สูงอายุ สามารถพิจารณาได้ 2 ทาง กล่าวคือ (1) คนไร้บ้านมีอายุยืนยาวขึ้น หรือ (2) หากพิจารณาร่วมกับอายุแรกเริ่มที่เข้ามาเป็นคนไร้บ้าน หากออกมาเมื่ออายุมากแล้ว ก็เท่ากับ ปัญหาการเป็นคนไร้บ้านได้เคลื่อนเข้าสู่กลุ่มผู้สูงอายุ หรือวัยแรงงานตอนปลายมากกว่าวัยรุ่นและวัยแรงงานตอนต้น ดังนั้น ปัญหาสำคัญของคนไร้บ้านคือ มีคนไร้บ้านสูงอายุมากขึ้นในพื้นที่สาธารณะ และไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐได้

จากการพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับคนไร้บ้านประเทศที่พัฒนาแล้ว (CRISIS, 2016; National Alliance to End Homelessness, 2016; the U. S. Department of Housing and Urban Development, 2016; Mahito Hayashi, 2013) พบว่า มีข้อมูลสถิติตัวเลขที่เกี่ยวกับคนไร้บ้าน การประมาณการณ์คนไร้บ้านในแต่ละพื้นที่และข้อมูลเกี่ยวกับการตาย เป็นต้น แต่ทว่ายังคงมีความจำกัดในด้านข้อมูลเนื่องจากผู้ที่คนไร้บ้านเป็นบุคคลที่เข้าถึงได้ยาก อย่างไรก็ตามข้อมูลต่างๆ เหล่านี้ย่อมเป็นหลักฐานเบื้องต้นในการเข้าถึงหรือนำไปสู่มาตรการในการช่วยเหลือในทุกๆ ด้าน เพื่อให้คนไร้บ้านได้ช่วยเหลือตนเองและอยู่ร่วมในสังคมปัจจุบันได้

เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว การได้ศึกษาและจัดทำข้อมูลด้านอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดหรือข้อมูลการตายในกลุ่มประชากรเฉพาะ อาทิ คนไร้บ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรชายขอบและเป็นกลุ่มประชากรที่เฉพาะย่อมเป็นสิ่งที่ทำหายต่อภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้อง รวมถึงภาคประชาสังคม เพราะมีข้อจำกัดหลายประการในการเข้าถึงข้อมูลของคนกลุ่มนี้ เนื่องจากการดำเนินการจัดเก็บข้อมูลยังไม่เป็นระบบเท่าใดนัก อีกทั้งยังไม่มีการศึกษาวิจัยหรือมีรายงานในเชิงวิชาการที่สามารถใช้เพื่ออ้างอิงได้ด้วยข้อจำกัดด้านข้อมูล และระบบในการจัดเก็บข้อมูลและประชากรคนไร้บ้านที่เป็นประชากรแฝงและยากต่อการเข้าถึงนี้ ส่งผลให้ทางที่มิวิจัยเห็นความสำคัญของการศึกษาเพื่อวิเคราะห์หาอายุคาดเฉลี่ยที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุดของคนไร้บ้านทั้งกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ และในศูนย์พักคนไร้บ้าน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้จะสามารถพิสูจน์ให้เห็นถึงระดับคุณภาพชีวิตของประชากรโดยเฉพาะคนไร้บ้านได้ ข้อมูลดังกล่าวสามารถนำไปกำหนดแผนการเข้าถึงกลุ่มคนไร้บ้าน จัดทำเป็นโครงการให้บริการดูแลสุขภาพเฉพาะกลุ่ม เพื่อปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและพฤติกรรมทำลายสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไร้บ้าน และลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ (Thomas, Bethan, 2012) ไม่เพียงเท่านั้นการทราบถึงข้อมูลเชิงลึกจากกลุ่มคนทำงานและกลุ่มคนไร้บ้านที่แท้จริง ย่อมสะท้อนถึงความเป็นจริงที่เกิดขึ้นในชุมชนและสังคม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างเร่งด่วนเพื่อให้คนในสังคมได้มีความเข้าใจและตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อกลุ่มคนไร้บ้านเหล่านี้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาอายุคาดเฉลี่ยของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร
2. เพื่อศึกษาสาเหตุ ลักษณะและแบบแผนการตายของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทราบถึงอายุเฉลี่ยที่ตาย สถานการณ์เกี่ยวกับคนไร้บ้านเขตกรุงเทพมหานคร ทั้งในด้านสาเหตุ ลักษณะและแบบแผนการตายของคนไร้บ้าน
2. ทราบถึงความยืนยาวของชีวิตคนไร้บ้าน

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการศึกษารวบรวมองค์ความรู้ และทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยสามารถจัดเป็นหัวข้อใหญ่ๆ ได้ 4 หัวข้อ ดังนี้

1. องค์ความรู้ทางประชากรศาสตร์
2. การฉายภาพประชากร (population projection) ในกลุ่มประชากรเฉพาะ
3. สาเหตุของการกลายมาเป็นคนไร้บ้าน และแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนไร้บ้าน
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องค์ความรู้ทางประชากรศาสตร์

ในส่วนของการรวบรวมองค์ความรู้ทางประชากรศาสตร์ของการศึกษานี้ ได้พิจารณาในรายละเอียดที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่างๆ อันได้แก่ ความหมายของประชากรศาสตร์ แหล่งข้อมูลทางประชากรศาสตร์ มาตรการทางประชากรศาสตร์ รวมทั้งระเบียบวิธีทางประชากรศาสตร์ โดยเน้นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการตายหรือการเสียชีวิต และภาวะการเสียชีวิตของประชากร เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ในส่วนนี้จึงเริ่มด้วยการอธิบายถึงความหมายเบื้องต้นของประชากรศาสตร์ และเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้

1. ความหมายของประชากรศาสตร์

ประชากรศาสตร์ (demography) หมายถึง การศึกษาเกี่ยวกับสถานะของประชากรในเรื่องขนาด โครงสร้าง และการกระจายตัวตามพื้นที่ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงสถานะของประชากร และส่วนประกอบของการเปลี่ยนแปลงสถานะของประชากร อันได้แก่ การเกิด การตาย และการย้ายถิ่น (เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์, 2539)

สถานะของประชากรนั้นครอบคลุมประเด็น ด้านขนาดหรือจำนวน โครงสร้าง และการกระจายตัวตามพื้นที่ของเขตพื้นที่แห่งหนึ่ง ณ เวลาหนึ่ง เป็นการแสดงภาพนิ่งของประชากรนั้น โดยที่สถานะทางประชากรเปลี่ยนแปลงได้ (เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์, 2539) เช่น มีประชากรเพิ่มขึ้นหรือลดลงในแต่ละช่วงเวลาของพื้นที่หนึ่ง อันเป็นผลมาจากส่วนประกอบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร คือ การเกิด การตาย และการย้ายถิ่น (เข้าและออก) ในช่วงเวลานั้นของพื้นที่นั้น นอกจากนี้ ปรากฏการณ์ทางประชากรทั้งขนาด องค์ประกอบ การกระจายตัวตามพื้นที่ การเกิด การตาย และการย้ายถิ่น ยังมีปฏิสัมพันธ์กับปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของพื้นที่หรือประชากรนั้นด้วย

ความหมายของปรากฏการณ์ทางประชากรที่กล่าวถึง โดยสรุปมีดังต่อไปนี้

- 1.1 ขนาดของประชากร (population size) คือ จำนวนคนทั้งสิ้นที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ที่ศึกษา ณ เวลาหนึ่ง เช่น จำนวนคนไร้บ้านในช่วงเวลาตั้งแต่ 22.00 น. ของวันที่ 4

กันยายน พ.ศ. 2558 ถึง 04.00 น. ของวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2558 ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ สาธารณะ และศูนย์พักพิงของรัฐและเอกชน มี รวมทั้งสิ้น 1,307 คน (อนรรฆ พิทักษ์ธานินท์ และคณะ, 2559)

- 1.2 องค์ประกอบของประชากร (population composition) หรือโครงสร้างของประชากร คือ คุณลักษณะของประชากรด้านต่างๆ ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส สถานภาพการทำงาน ศาสนา การศึกษา ภาษา เป็นต้น

ทั้งนี้โครงสร้างที่สำคัญและเป็นพื้นฐานที่สุด คือ โครงสร้างด้านเพศและโครงสร้างด้านอายุ การนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับเพศและอายุพร้อมๆ กัน สามารถแสดงในรูปของโครงสร้างทางอายุและเพศ (age-sex structure) หรือ โครงสร้างทางประชากร (population structure) หรือพีระมิดประชากร (population pyramid)

- 1.3 การกระจายตัวของประชากรตามพื้นที่ (special distribution) คือ การที่ประชากรกระจายกันอยู่อาศัยตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ซึ่งอาจกำหนดขอบเขตเป็นหน่วยพื้นที่บริหารหรือการปกครอง หรือตามสภาพทางภูมิศาสตร์ เช่น ทวีป และภูมิภาคต่างๆ ของโลก หรือเป็นเขตเมือง-ชนบท ซึ่งประชากรของเขตพื้นที่ที่ศึกษาหนึ่งมักกระจายตัวตามพื้นที่ไม่เท่ากัน

การเปลี่ยนแปลงการกระจายตัวตามพื้นที่ของประชากรของเขตพื้นที่แห่งใดแห่งหนึ่ง เกิดจากการที่ขนาดของประชากรของเขตพื้นที่ระดับย่อยเปลี่ยนแปลงในอัตราที่ไม่เท่ากัน เนื่องจากอัตราการเกิด อัตราการตาย และอัตราการย้ายถิ่น มักจะแตกต่างกันไปตามเขตพื้นที่ระดับย่อย

- 1.4 การเกิด หรือภาวะเจริญพันธุ์ (fertility) หมายถึง จำนวนบุตรเกิดรอด (live births) ทั้งหมดที่สตรีคนหนึ่งให้กำเนิดตลอดวัยเจริญพันธุ์ (child-bearing ages หรือ reproductive ages) ในอาณาเขตและช่วงเวลาที่น่าสนใจศึกษา ซึ่งเป็นพฤติกรรมกรรมมีบุตรที่เกิดขึ้นจริงและมีความสัมพันธ์กับสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม
- 1.5 การเสียชีวิต การตาย หรือภาวะมฤตภาพ (mortality) คือ ความถี่ของเหตุการณ์การตายที่เกิดขึ้นในอาณาเขต และช่วงเวลาที่น่าสนใจศึกษา การตายเป็นเหตุการณ์ชีพที่ต้องเกิดกับทุกคน ภาวะการณตายเกี่ยวข้องกับสาขาวิชา เช่น การแพทย์และสาธารณสุข เศรษฐศาสตร์ และสังคมวิทยา เป็นตัวชี้วัดถึงสถานการณ์ทางสาธารณสุขของประเทศ ระดับการพัฒนา สังคมและเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตของประชากร สาเหตุของการตายเป็นเรื่องสำคัญอีกเรื่องในการศึกษาภาวะการตาย โดยมีความแตกต่างกันอย่างมากในแต่ละประเทศ ประชากรในประเทศด้อยพัฒนามักจะตายด้วยโรคติดเชื้อ เช่น โรคระบาดต่างๆ ไข้จับสั่น ขณะที่

ประชากรในประเทศพัฒนาแล้วจะตายด้วยโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะภายในร่างกาย เช่น มะเร็ง และโรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคหัวใจ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2557)

ไม่เพียงเท่านั้นในทางประชากรศาสตร์ ได้สนใจภาวะการเจ็บป่วย (morbidity) ในฐานะที่เป็นสาเหตุของการตาย (causes of death) ข้อมูลภาวะการเจ็บป่วยจำแนกตามบัญชีจำแนกโรคสากล (international classification of diseases) เมื่อนำประเภทของความเจ็บป่วยมาจำแนกตามตัวแปรสำคัญ เช่น เพศ อายุ หรือเขตที่อยู่อาศัย หรือสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมของผู้เจ็บป่วยแล้ว จะทำให้เห็นถึงตัวกำหนดของความเจ็บป่วยแต่ละประเภทได้ (ราชบัณฑิตยสถาน, 2557)

1.6 ภาวะการย้ายถิ่น (migration) คือ ความถี่ของการเคลื่อนย้ายของประชากรข้ามเขตพื้นที่หนึ่งไปอยู่อีกพื้นที่หนึ่งเป็นเวลานาน จนทำให้ประชากรของพื้นที่ที่เข้ามาและพื้นที่ที่เข้าไปอยู่ใหม่เปลี่ยนไป (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2543)

2. แหล่งข้อมูลทางประชากรศาสตร์ (เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์, 2539)

การศึกษาปรากฏการณ์ทางประชากรอย่างใดอย่างหนึ่งในเขตพื้นที่หนึ่ง ณ เวลาหนึ่งที่สนใจ ต้องมีข้อมูลเพื่อแสดงให้เห็นสถานการณ์และอธิบายข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้น แหล่งข้อมูลทางประชากรหลักๆ ได้แก่

2.1 สำมะโนประชากร (population census) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลที่แสดงลักษณะทางประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของประชากรทุกคนภายในประเทศ โดยการแจงนับประชากรทั้งหมดในพื้นที่ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่งเป็นรายบุคคลพร้อมๆ กัน ณ เวลาที่กำหนด เช่น ณ เวลา 0.00 นาฬิกาของวันสำมะโน ซึ่งโดยทั่วไปจะทำทุกๆ 5 ปี หรือ 10 ปี วัตถุประสงค์ของสำมะโนประชากร คือ เพื่อให้มีข้อมูลและตัวเลขที่สำคัญเกี่ยวกับประชากร ได้แก่ จำนวนคนและลักษณะด้านต่างๆ ของสมาชิกทุกคน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส เป็นต้น ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการศึกษาสถานะทางประชากร ณ เวลาหนึ่ง และการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านต่างๆ ของประชากร นำไปสู่ประโยชน์ในการบริหารงานของหน่วยงานต่างๆ ของรัฐ เช่น ประโยชน์ในการจัดเก็บภาษี และประโยชน์ทางการทหาร และการวางแผนพัฒนาประเทศด้านต่างๆ อีกด้วย

2.2 ทะเบียนชีพ (vital registration) เป็นผลพลอยได้จากการทะเบียนราษฎร (civil registration) ที่มีรัฐเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล เหตุการณ์ที่เก็บรวบรวมโดยระบบทะเบียนราษฎรมีส่วนหนึ่งเป็นเหตุการณ์ชีพ (vital event) อันเป็นเหตุการณ์สำคัญในชีวิต เช่น การเกิด การตาย การสมรส และการหย่า ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการศึกษาการเปลี่ยนแปลงสถานะด้านต่างๆ ของประชากร

2.3 การสำรวจตัวอย่าง (sample survey) เป็นการสำรวจเพื่อเก็บข้อมูลที่มีวัตถุประสงค์เป็นการเฉพาะ ซึ่งมีความแตกต่างจากการทำสำมะโนประชากร และการจดทะเบียนราษฎร คือ ไม่ได้ทำการสำรวจแจงนับหรือจดทะเบียน “ประชากรทุกคน” แต่จะเลือกเก็บข้อมูลเฉพาะ “ตัวอย่าง” ที่ถูกเลือกมาเป็น “ตัวแทน” ของประชากรทั้งกลุ่มที่ต้องการศึกษา มีข้อดีคือ ประหยัดด้านงบประมาณและบุคลากร และสามารถครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษาได้ละเอียด และตรงกับความต้องการของผู้ศึกษา รวมทั้งควบคุมคุณภาพของการเก็บรวบรวมข้อมูล แต่ทว่ามีความเป็นตัวอย่างที่ดีของประชากรที่สนใจศึกษา การสำรวจตัวอย่างให้ประโยชน์ในการศึกษาข้อเท็จจริงทางประชากร และความสัมพันธ์ระหว่างปรากฏการณ์ทางประชากรด้วยกันเอง และความสัมพันธ์ระหว่างทางปรากฏการณ์ทางประชากรกับปรากฏการณ์นอกระบบประชากร เช่น เศรษฐกิจ สังคม นอกจากนี้ ข้อมูลจากการสำรวจตัวอย่าง ยังใช้ในการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลของสำมะโนประชากรและทะเบียนชีพ และทำให้เพิ่มเติมข้อมูลจากแหล่งอื่นๆ ให้สมบูรณ์ขึ้น

2.4 แหล่งอื่นๆ รวมถึงข้อมูลจากทะเบียนของหน่วยงานต่างๆ ของรัฐที่เก็บรวบรวมขึ้นมาเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงาน เช่น กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น ข้อมูลประชากรที่สำคัญ ได้แก่ สำมะโนและการสำรวจต่างๆ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ซึ่งดำเนินการอย่างต่อเนื่อง (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2539) นอกจากนี้ยังมีรายงานการสำรวจและเอกสารต่างประเทศ เช่น Demographic Yearbook

3. มาตรวัดทางประชากรศาสตร์

การวัดในประเด็นที่ศึกษาด้านการเสียชีวิตและภาวะการณตาย ซึ่งเกี่ยวข้องโดยตรงกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ว่ามีมากน้อยเพียงใด และมีแบบแผนเป็นอย่างไร ทำได้โดยตัวชี้วัดหรือมาตรวัดทางประชากรศาสตร์ต่างๆ ได้แก่

3.1 อัตราการตายอย่างหยาบ (crude death rate หรือ CDR) แสดงความถี่เฉลี่ยของการตายของประชากร ณ พื้นที่ที่ศึกษาในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น จำนวนคนตายในปีหนึ่งต่อประชากร 1,000 คน เมื่อกลางปีนั้น เป็นดัชนีชี้วัดการตายของประชากรอย่างคร่าวๆ แต่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไป อัตราการตายอย่างหยาบของประชากรโดยทั่วไปถูกกระทบด้วยโครงสร้างอายุและเพศ เพราะคำนวณด้วยอัตราส่วนระหว่างจำนวนคนตายต่อประชากรทั้งหมด โดยไม่ได้นำเอากลุ่มอายุหรือเพศ ที่เป็นตัวแปรสำคัญมาพิจารณาด้วย

3.2 อัตราการตายที่ปรับองค์ประกอบอายุ (age-adjusted death rate) เป็นอัตราการตายที่ปรับความแตกต่างขององค์ประกอบอายุของประชากรต่างกลุ่มในเวลาเดียวกัน หรือของประชากรกลุ่มเดียวกันในเวลาต่างกัน การปรับนี้เรียกว่าการทำให้เป็นมาตรฐาน (standardization) อัตราที่ปรับนี้ในตัวของมันเองไม่มีความหมาย จะมีความหมายต่อเมื่อ

นำไปเปรียบเทียบ ได้แก่ เปรียบเทียบระหว่างพื้นที่ เช่น อำเภอ ประเทศ และเปรียบเทียบระหว่างปีในพื้นที่เดียวกัน การปรับความแตกต่างขององค์ประกอบอายุ มีวิธีการปรับที่ใช้กันทั่วไปคือ

- 3.2.1 วิธีตรงในการทำให้เป็นมาตรฐาน (direct standardization) เป็นวิธีที่ใช้กันมาก โดยการเลือกประชากรมาตรฐานมาเป็นฐานในการคำนวณหาอัตราตายที่ปรับองค์ประกอบอายุ ถ้าอัตราที่ปรับแล้วทุกตัวใช้ประชากรมาตรฐานเดียวกัน อัตราเหล่านี้ก็สามารถนำมาเปรียบเทียบระหว่างกันได้
- 3.2.2 วิธีอ้อมในการทำให้เป็นมาตรฐาน (indirect standardization) เป็นวิธีที่ใช้หากไม่มีอัตราการตายจำเพาะอายุ มีข้อมูลเฉพาะอัตราการตายหายาบ และมีจำนวนประชากรจำแนกตามหมวดอายุ

ทั้งนี้ความแตกต่างของอัตราที่ปรับองค์ประกอบอายุโดยวิธีตรงและวิธีอ้อม คือ วิธีตรงสามารถใช้เปรียบเทียบกับประชากรมาตรฐานและเปรียบเทียบระหว่างกันในแต่ละปีได้ แต่การปรับวิธีอ้อมอัตราที่ปรับแล้วแต่ละตัวไม่ว่าจะเป็นของปีหรือพื้นที่ ใช้เปรียบเทียบกับประชากรมาตรฐานเท่านั้น ไม่สามารถเปรียบเทียบระหว่างกันได้ (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2539)

- 3.3 อัตราการตายเฉพาะอายุ (age-specific death rates หรือ ASDRs) เป็นมาตรวัดระดับการตายตามลักษณะด้านอายุของประชากรของพื้นที่แห่งหนึ่งในรอบปีหนึ่ง โดยแสดงเป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนการตายของประชากรในกลุ่มอายุหนึ่งในรอบปีหนึ่งต่อประชากรกลุ่มอายุนั้น ณ กลางปีนั้น แสดงถึงแบบแผนการตายของประชากรที่ศึกษา โดยทั่วไป อายุเป็นตัวกำหนดการตายที่สำคัญที่สุด ประชากรที่พันวัยทารกและมีอายุที่เกิน 5 ปีไปแล้ว เช่น ประชากรอายุ 10-14 ปี หรือ 15-19 ปี มีอัตราการายที่ต่ำมาก ขณะที่ประชากรอายุมากๆ เช่น 80 หรือ 85 ปีขึ้นไปมีอัตราตายสูงสุด ทั้งนี้แต่ละประเทศมีแบบแผนการตายเมื่ออายุต่างๆ แตกต่างกันไป ประเทศกำลังพัฒนามีอัตราการตายของประชากรวัยทารกและเด็กที่สูงมาก ประเทศไทยมีอัตราตายของผู้ชายในวัยแรงงาน อายุ 20-24 ปีสูงมากเนื่องจากอุบัติเหตุและเอดส์ ในประเทศที่พัฒนาแล้ว อัตราตายจะสูงมากๆ เมื่ออายุสูงมากๆ
- 3.4 อัตราส่วนและอัตราตายตามสาเหตุการตาย
อัตราส่วนการตายเฉพาะสาเหตุ (cause specific death ratio) คือ อัตราส่วนร้อยละการตายตามสาเหตุ การตายจากสาเหตุการตายหนึ่งหรือกลุ่มสาเหตุการตาย ต่อจำนวนคนตายจากทุกสาเหตุรวมกัน

อัตราเฉพาะสาเหตุการตาย (cause specific death rate) คือ จำนวนคนตายตามสาเหตุการตายจากสาเหตุการตายหรือกลุ่มสาเหตุการตายในระยะเวลาปีหนึ่งต่อประชากรกลางปี 100,000 คน

สาเหตุการตายเป็นฟังก์ชันตามบัญชีจำแนกโรคสากลที่มีการแก้ไขปรับปรุงกันอยู่เรื่อยๆ หากในประเทศ เช่น ระดับจังหวัด หรือทุกประเทศมีความถูกต้องของสถิติการตายตามสาเหตุการตายใกล้เคียงกัน การเปรียบเทียบสาเหตุการตายก็จะทำได้ดี (บุญเลิศ เสียวประไพ, 2539)

3.5 ความคาดหมายการคงชีพ (life expectancy) เป็นมาตรวัดภาวะการตายที่คำนึงถึงผลกระทบของโครงสร้างทางอายุของประชากร โดยนำเสนอเพียงค่าเดียว เป็นดัชนีที่แสดงถึงความยืนยาวของชีวิต (longevity) ซึ่งได้รับการยอมรับกันทั่วไป คำนวณจากตารางชีพ (life table) ความคาดหมายการคงชีพ หรืออายุคาดเฉลี่ย คือจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าบุคคลที่รอดอยู่ถึงอายุใดๆ จะมีชีวิตรอดต่อไปอีกกี่ปี ภายใต้แบบแผนภาวะการตายที่กำหนด (ราชบัณฑิตยสถาน, 2557)

3.6 ตารางชีพและอายุคาดเฉลี่ยของประชากร

ตารางชีพ (life table) เป็นแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ แสดงถึงสภาวะการตายของประชากรกลุ่มหนึ่งในช่วงเวลาหนึ่ง หากประชากรกลุ่มนั้นมีอัตราการตายจำเพาะอายุตลอดช่วงชีวิตตามแบบแผนที่กำหนด มีประโยชน์ด้านการประกันชีวิต ภาวะการสมรส การย้ายถิ่น ภาวะการทำงานด้วย และการประเมินผลทางสุขภาพ

การคำนวณจากการกำหนดข้อสมมุติฐานว่า

- 1) กำหนดอัตราการตายจำแนกตามอายุ และจำแนกตามเพศ จากการดูแบบแผนการตายตามหมวดอายุในพื้นที่ที่ศึกษา ณ เวลาหนึ่ง
- 2) กำหนดประชากรสมมุติขึ้นกลุ่มหนึ่ง และประชากรนี้มีโอกาสเสี่ยงในการตายตลอดช่วงชีวิตตามแบบแผนของอัตราการตายตามหมวดอายุที่กำหนด
- 3) สมมุติให้ประชากรในตารางชีพเป็นประชากรปิด คือไม่มีการย้ายถิ่น

ผลลัพธ์ที่สำคัญคือ ความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) โดยทั่วไปจะแยกคำนวณตารางชีพของประชากรเพศชาย และประชากรเพศหญิง เนื่องจากมีแบบแผนการตายที่ต่างกัน

ในส่วนของการคำนวณ ตารางชีพเป็นตารางแสดงความสัมพันธ์ระหว่าง “ฟังก์ชัน” (function) ต่างๆ ที่วางอยู่ในแนวตั้งต่อกัน เป็น “คอลัมน์” หรือ “สดมภ์” แต่ละสดมภ์จะมีหน้าที่เป็นการเฉพาะและ “อายุ” ที่วางอยู่ตามแนวนอน ที่เริ่มตั้งแต่เกิด แล้วเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ จนถึงอายุสุดท้าย โดยที่อายุเป็นหัวใจสำคัญของตารางชีพ จะใช้อักษร x

แสดงอายุ โดยเขียนกำกับด้วยท้ายสัญลักษณ์ของ “ฟังก์ชัน” ต่างๆไว้ ถ้าเขียนว่า อายุ x หมายถึงอายุครบ x ปีพอดี หรือมีอายุครบรอบวันเกิด x ปี อายุ $x+n$ หมายถึงมีอายุเพิ่มขึ้นจาก x ไปอีก n ปี n คือจำนวนปี ดังตัวอย่างตารางชีพแบบย่อประชากรชายของประเทศไทย พ.ศ. 2538-2539 (ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์, 2554)

ตาราง 1 ตัวอย่างตารางชีพแบบย่อประชากรชายของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2538-2539

อายุ x	nq_x	l_x	d_x	nL_x	T_x	e_x
ต่ำกว่า 1 ปี	0.02940	100,000	2,940	97,433	6,996,705	69.97
1 - 4	0.00623	97,060	605	386,767	6,899,272	71.08
5 - 9	0.00542	96,455	523	480,969	6,512,505	67.52
10 - 14	0.00497	95,932	477	478,469	6,031,537	62.87
15 - 19	0.00912	95,455	871	475,100	5,553,067	58.17
20 - 24	0.01187	94,585	1,122	470,117	5,077,967	53.69
25 - 29	0.01411	93,462	1,319	464,013	4,607,850	49.30
30 - 34	0.01628	92,143	1,500	456,966	4,143,836	44.97
35 - 39	0.01739	90,643	1,576	449,277	3,686,870	40.67
40 - 44	0.02104	89,067	1,874	440,653	3,237,593	36.35
45 - 49	0.02739	87,194	2,389	429,996	2,796,940	32.08
50 - 54	0.03657	84,805	3,101	416,272	2,366,944	27.91
55 - 59	0.06210	81,704	5,074	395,835	1,950,672	23.87
60 - 64	0.09436	76,630	7,231	365,073	1,554,837	20.29
65 - 69	0.12183	69,399	8,455	325,859	1,189,764	17.14
70 - 74	0.18767	60,945	11,437	276,129	863,905	14.18
75 - 79	0.30062	49,507	14,883	210,330	587,775	11.87
80 ปีขึ้นไป	1.00000	34,625	34,625	377,446	377,446	10.90

ฟังก์ชันต่างๆ แทนความหมายดังนี้

q_x หรือ nq_x คือ “อัตราฆณะ” ซึ่งเป็นความน่าจะเป็น (probability) ของการตายระหว่างอายุ x ถึง $x+n$ ปี ในการเริ่มสร้างตารางชีพ จะเริ่มจากการแปลงอัตราฆณะตายเฉพาะกลุ่มอายุให้เป็นความน่าจะเป็นของการตาย

l_x คือ จำนวนคนที่มีชีวิตอยู่เมื่ออายุ x ปี โดยสมมติว่าประชากรเกิดมาพร้อมกัน 100,000 ราย หรือที่เรียกว่า “ราดิคซ์” l_0 หรือจำนวนคนที่มีชีวิตอยู่เมื่ออายุ 0 ปี เมื่อมีอายุสูงขึ้นจำนวนคน 100,000 คนนี้ก็จะลดลงไปเรื่อยๆ ตามความน่าจะเป็นของการตายในแต่ละช่วงอายุ

d_x หรือ ${}_n d_x$ คือ จำนวนคนตายในช่วงอายุ x ถึง $x+n$ ปี สามารถหาจำนวนคนตายได้ด้วยการเอา q_x คูณจำนวนคนที่มีชีวิตอยู่เมื่ออายุ x ปี (หรือ l_x)

L_x หรือ ${}_n L_x$ คือ จำนวนปีคนที่มีชีวิตอยู่ระหว่างอายุ x ถึง $x+n$ ปี ฟังก์ชันนี้เป็นการเปลี่ยนหน่วย “จำนวนคน” ที่มีชีวิตอยู่ในแต่ละกลุ่มอายุ (l_x) ให้เป็นหน่วยเวลาคือ “จำนวนปีคน” ที่มีชีวิตอยู่

T_x คือ จำนวนปีคนทั้งหมดที่จะมีชีวิตอยู่ต่อไปหลังจากอายุ x ปี เป็นการรวมจำนวนปีคนที่มีชีวิตอยู่ของทุกๆกลุ่มอายุ ตั้งแต่อายุ x ขึ้นไปจนกระทั่งทุกคนตายหมด

e_x คือ อายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ x ปี หรือจำนวนปีเฉลี่ยที่คนจะมีชีวิตอยู่ต่อไปหลังจากอายุ x ปี (life expectancy at age x) ฟังก์ชันนี้มักจะกล่าวถึง “อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด” (life expectancy at birth) หรือ e_0

นอกจากฟังก์ชันหลักข้างบนนี้แล้ว อาจมีการแสดงฟังก์ชันอื่นๆ นอกเหนือจากนี้ เช่น P_x หรือ ${}_n P_x$ a_x หรือ ${}_n a_x$ S_x หรือ ${}_n S_x$

P_x หรือ ${}_n P_x$ คือ ความน่าจะเป็นของการอยู่รอดชีพระหว่างอายุ x ถึง $x+n$ ปี คนแต่ละคนจะมีความน่าจะเป็นของการตายกับการอยู่รอดรวมกันแล้วย่อมเท่ากับ 1.0 ดังนั้น เมื่อลบความน่าจะเป็นของการตาย (q_x) ออกจาก 1.0 ส่วนที่เหลือย่อมเป็นความน่าจะเป็นของการอยู่รอดชีพ (P_x)

a_x หรือ ${}_n a_x$ คือ “separation factors” เป็นจำนวนปีเฉลี่ยที่คนที่ตายในแต่ละช่วงอายุมีชีวิตอยู่ โดยปกติจะมีค่าครึ่งหนึ่งของช่วงอายุนั้นๆ เช่น ถ้าเป็นช่วงอายุหนึ่งปีก็จะมีค่า 0.5 ปี หรือ ช่วงอายุ 5 ปี ก็จะมีค่า 2.5 ปี

S_x หรือ ${}_n S_x$ คือ “อัตราส่วนรอดชีพ” (survival ratio) เป็นอัตราส่วนระหว่างจำนวนปีคนที่มีชีวิตอยู่ที่อายุ $x+n$ กับจำนวนปีคนที่มีชีวิตอยู่ที่อายุ x บางครั้งอาจใช้สัญลักษณ์ P_x หรือ ${}_n P_x$ ในความหมายของอัตราส่วนรอดชีพเช่นกัน เรามักเรียกอัตรารอดชีพนี้ว่าเป็น “อัตรารอดชีพ” (survival rate)

อายุคาดเฉลี่ยของคนไรร้านในกรุงเทพมหานครเป็นมาตรวัดที่การศึกษานี้ต้องการ การได้มาซึ่งตัวเลขนี้ ต้องอาศัยข้อมูลอัตราการตายจำเพาะอายุตลอดช่วงชีวิตหรือแบบแผนการเสียชีวิตของประชากรคนไรร้านเป็นชุดตัวเลขเริ่มต้น การหาข้อมูลเรื่องนี้ที่มีความถูกต้องและเชื่อถือได้ เพื่อนำมาคำนวณฟังก์ชันต่างๆ ในตารางชีพนับว่าเป็นสิ่งท้าทาย

การฉายภาพประชากร (Population Projection) ในกลุ่มประชากรเฉพาะ

จำนวนประชากรของพื้นที่หนึ่งในปีใดปีหนึ่งเป็นฐานในการคำนวณมาตรวัดทางประชากรศาสตร์ เช่น อัตราเกิด อัตราตาย และอัตราการย้ายถิ่น หรือมาตรวัดทางสังคม เช่น อัตราการเข้าเรียนของเด็กในวัยต่างๆ อัตราการมีงานทำและอัตราการว่างงาน รวมทั้งยังใช้ประโยชน์ในการกำหนดนโยบาย วางแผนงานของประเทศ ไม่ว่าจะเป็นองค์กรของรัฐและเอกชน จึงเป็นเรื่องสำคัญในการคาดประมาณและฉายภาพประชากร

การคาดประมาณประชากร แบ่งออกเป็น 3 ประเภท (บุญเลิศ เลี้ยวประไพ, 2539) คือ (1) การคาดประมาณในช่วงระหว่างปีสำมะโน (intercensal estimates) เป็นการหาค่าของจำนวนหรือองค์ประกอบของประชากรปีใดปีหนึ่งในอดีตระหว่างการทำสำมะโนประชากร 2 ครั้ง (2) การคาดประมาณในช่วงสั้นๆ หลังปีสำมะโน (immediate post-censal estimates) ครั้งสุดท้าย และ (3) การคาดฉายภาพประชากรหรือการคาดประมาณประชากรในอนาคต (population projections or future estimates) ซึ่งเป็นการหาค่าของจำนวนหรือองค์ประกอบของประชากรในอนาคตทั้งในระยะสั้น ระยะปานกลาง และระยะยาว

นักประชากรศาสตร์มักใช้การคาดประมาณประชากร ในความหมายถึงการคาดประมาณในช่วงระหว่างปีสำมะโน และการคาดประมาณในช่วงสั้นๆ หลังปีสำมะโน เพราะผลของค่าที่คาดประมาณได้อาจใกล้เคียงกับค่าจริงค่อนข้างมาก และใช้คำว่าฉายภาพประชากรกับการคาดประมาณแนวโน้มประชากรในอนาคต อย่างไรก็ตาม ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อคุณภาพของการคาดประมาณและฉายภาพประชากรก็คือ คุณภาพของข้อมูลที่แตกต่างกัน ความถูกต้องความเชื่อถือได้ของข้อมูลมูลฐานที่นำมาใช้ในการคำนวณ และความสมเหตุสมผลของเทคนิค

วิธีการคาดประมาณประชากรและการฉายภาพประชากร มี 2 วิธีใหญ่ๆ คือ วิธีทางคณิตศาสตร์ (mathematical methods) และวิธีการคาดประมาณส่วนต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลง (component methods) ซึ่งประกอบด้วย การเกิด การตาย การย้ายถิ่นเข้าและย้ายถิ่นออก นั่นเอง

ในการศึกษานี้สนใจการฉายภาพประชากร เพื่อที่จะได้จำนวนประชากรและองค์ประกอบทางประชากรของประชากรคนไร้บ้าน นำไปสู่การคำนวณมาตรวัดอื่นๆ ที่ใช้ในการทำความเข้าใจภาวะการตายของคนไร้บ้าน

ศัพทานุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคมได้ให้นิยามการฉายภาพประชากรว่าหมายถึง การคาดประมาณจำนวนประชากรนอกช่วงเวลาที่มีข้อมูลอยู่ ปรกติเป็นการคาดประมาณประชากรในอนาคตซึ่งยังไม่มีข้อมูล แต่อาจคาดประมาณประชากรย้อนหลังไปในอดีตก็ได้ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) ขณะที่บุญเลิศ เลี้ยวประไพ (2539) กล่าวว่า การฉายภาพประชากรหรือการประมาณประชากรในอนาคตที่พิจารณาในที่นี้เป็นวิธีการประมาณประชากรแต่ละกลุ่มอายุและเพศโดยอาศัยข้อมูลเกี่ยวกับแนวโน้มของส่วนต่างๆ ของการเปลี่ยนแปลง (cohort component methods)

การฉายภาพประชากรโดยวิธีนี้ เป็นการคำนวณจำนวนประชากรในอนาคตแต่ละเพศจำแนกตามอายุ โดยเริ่มด้วยประชากรในปีฐานจำแนกตามอายุและเพศแล้วนำอัตราเกิด อัตราตายเฉพาะอายุ และเพศมาคำนวณกับประชากรที่ใช้เป็นฐานและในปีต่อๆ ไป การกำหนดข้อสมมุติต่างๆ เกี่ยวกับแนวโน้มการเกิด การตาย และการย้ายถิ่นที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการฉายภาพประชากร จึงต้องอาศัยการพิจารณาตัดสินใจจากการวิเคราะห์แนวโน้มและปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การฉายภาพประชากรในกลุ่มประชากรเฉพาะ เช่น คนไร้บ้าน แรงงานย้ายถิ่นข้ามชาติ LGBT นั้น นับเป็นเรื่องที่ดำเนินการได้ยาก หากไม่มีข้อสมมุติที่มีความเป็นไปได้ในเรื่องแนวโน้มการเกิด การตาย และการย้ายถิ่น รวมทั้งการมีข้อมูลประชากรในปีฐาน

ข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับการตายของคนไร้บ้านมีอยู่อย่างจำกัด และมีปัญหาด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลทั้งในด้านความแม่นยำและการได้มาซึ่งข้อมูล แม้ในต่างประเทศที่มีการลงทะเบียนและสำรวจข้อมูลคนไร้บ้านอย่างเป็นระบบอย่างในสหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร และเนเธอร์แลนด์ แต่ก็พบว่าการคาดประมาณอายุเฉลี่ยที่ตาย รวมถึงการเก็บข้อมูลแบบแผนการตายของคนไร้บ้าน ทำได้ค่อนข้างจำกัด ส่งผลให้มีการพัฒนาเชิงระเบียบวิธีในการศึกษาและวิเคราะห์ออกมาพอสมควรในช่วง ค.ศ. 2000 เป็นต้นมา

ทั้งนี้ ข้อมูลจำนวนประชากรคนไร้บ้านไทยเท่าที่มีอยู่ ได้แก่ ข้อมูลของมูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัยที่ระบุว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2543-2553 จำนวนคนไร้บ้านได้เพิ่มขึ้นจาก 603 คนเป็น 1,092 คน (Viwatpanich, 2015)

ขณะที่การศึกษาการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร (อนรรฆ พิทักษ์ธานิน 2559) สามารถนับจำนวนคนไร้บ้านนับได้ 1,307 คน หากพิจารณาองค์ประกอบทางประชากรด้านอายุ ช่วงอายุสูงสุดคือ 40-59 ปี (ร้อยละ 49) รองลงมาคือ 19-39 ปี (ร้อยละ 27) และอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 20) และยังชี้ว่า คนไร้บ้านสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า

ไม่เพียงเท่านี้ จากการเปิดเผยข้อมูลของมูลนิธิกระจกเงา พบว่า ประมาณร้อยละ 30 ของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครเป็นผู้สูงอายุ (Viwatpanich, 2015)

สาเหตุของการกลายมาเป็นคนไร้บ้าน และแบบแผนการดำเนินชีวิตของคนไร้บ้าน

สาเหตุสำคัญที่ทำให้หลายประเทศหันมาสนใจเรื่องการตายของคนไร้บ้าน เนื่องด้วยจำนวนของประชากรเฉพาะกลุ่มนี้มีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง ประกอบกับการให้ความสำคัญประเด็นนโยบายการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ (Thomas, Bethan, 2012) คนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรเปราะบาง (vulnerable group) และมีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในวัยที่อายุยังน้อยกว่าประชากรทั่วไป ดังนั้น ความเหลื่อมล้ำและความยากจน จึงไม่ใช่สาเหตุสำคัญเพียงสาเหตุเดียวที่ส่งผลต่อการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (premature deaths) ของประชากรกลุ่มเปราะบาง ในกรณีของคนไร้บ้าน พวกเขาต้องประสบกับความยากลำบากในการใช้ชีวิตตามท้องถนน และความเครียดจาก

การเป็นคนไร้บ้าน ดังนั้น ปัญหาสุขภาพอันนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของคนกลุ่มนี้จึงเป็นประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบายในหลายประเทศให้ความสำคัญ

เมื่อบ้านเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต การมีชีวิตไร้บ้านย่อมทำให้ชีวิตไม่สามารถดำรงอยู่ได้อย่างปกติ มีความสงบสุขและปลอดภัย จริงๆ แล้ว คนไร้บ้านเองก็ยอมรับว่า ถนนเป็นสถานที่อันตรายหรืออันตรายมาก (LaGory, Fitzpatrick and Ritchey, 2001) จึงกล่าวได้ว่า คนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรเปราะบาง (vulnerable group) ที่มีความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป และเสียชีวิตในวัยที่อายุน้อยกว่าประชากรทั่วไปด้วย แต่ทำไมคนที่เคยมีบ้านหรืออยู่บ้านจึงต้องกลายเป็นคนไร้บ้าน และคนเหล่านั้นมีการใช้ชีวิตกันอย่างไร เป็นเนื้อหาที่จะกล่าวถึงในส่วนนี้

สำหรับประเทศไทย การศึกษาปรากฏการณ์ไร้บ้านของประชากรสูงวัยไทยในกรุงเทพมหานครของ Vivatpanich (2015) ได้เสนอภาพของผู้สูงอายุไร้บ้านในการศึกษานี้ว่า สามารถแบ่งตามระยะเวลาการใช้ชีวิตไร้บ้านได้เป็น 2 ลักษณะ กล่าวคือ แบบชั่วคราว (เป็นการย้ายถิ่นตามฤดูกาล การเคลื่อนย้ายระยะสั้น) และแบบถาวร (โดยสมัครใจในการใช้ชีวิตไร้บ้านจนวาระสุดท้าย)

สาเหตุของการกลายเป็นคนไร้บ้านจึงมีความแตกต่างกัน สำหรับกลุ่มชั่วคราว สาเหตุหลักเกี่ยวข้องกับเหตุผลทางเศรษฐกิจ หายใจได้เสริมระหว่างรอฤดูกาลเพาะปลูก ส่วนกลุ่มถาวรนั้น มีสาเหตุตามลำดับดังนี้

- 1) ภาวะสุขภาพที่เสื่อมถอยและทุพพลภาพยามสูงวัย ทำให้หางานหรือทำงานไม่ได้ การใช้ชีวิตบนท้องถนน เกือบจะชายช่วยให้อยู่รอดชีวิตอยู่ได้
- 2) รายได้น้อยทำให้ต้องย้ายมาทำงานในเมืองสมัยยังหนุ่มสาว ทำให้ครอบครัวแตกแยก ความสัมพันธ์กับลูกหลานไม่ดี จึงตัดสินใจใช้ชีวิตด้วยตัวเองบนท้องถนน
- 3) ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี หลายคนเป็นคนไร้บ้านตั้งแต่วัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากเติบโตในครอบครัวแตกแยก สูญเสียบิดามารดา ไม่มีความผูกพันกับครอบครัว หรือความล้มเหลวของการสมรส
- 4) ปัญหาการจัดการกับอารมณ์ เช่น ความรู้สึกไร้ค่า หรือความอดทนมีน้อย รู้สึกว่าตัวเองเป็นเหยื่อและผิดหวังกับครอบครัว ทำให้ทิ้งบ้านทิ้งครอบครัว
- 5) ค่านิยมของไทย ในการไม่รบกวนคนอื่น เกรงใจ และคิดว่าเป็นกรรมของตนเอง จึงไม่ขอความช่วยเหลือจากญาติมิตร เมื่อลำบาก
- 6) ไม่มีความสุขในครอบครัวขยาย เพราะปัญหาและความขัดแย้งในครอบครัว ที่ประกอบไปด้วยลูก หลาน สมาชิกใหม่ของครอบครัว
- 7) สูญเสียบ้านเรือนเนื่องจากภาระหนี้สินของลูกหลาน
- 8) การหนีคดี
- 9) ความรุนแรงในครอบครัว ทั้งทางกาย วาจา และใจ

ขณะที่การศึกษาคนไร้บ้านในเมืองมะนิลา ประเทศฟิลิปปินส์ของ Visetpricha (2015) ได้ชี้ถึงสาเหตุสำคัญที่คล้ายคลึงกัน กล่าวคือ การไม่มีงานทำ ปัญหาครอบครัว และการขาดโอกาสเข้าถึงที่อยู่อาศัยราคาถูกลงในพื้นที่ดินสาธารณะที่ถูกบุกรุก (squatter areas)

Lawrence and Adenlyl (2014) กล่าวว่า ในประเทศกำลังพัฒนา ความเป็นเมืองเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ปัญหาการไม่สามารถมีบ้านอยู่อาศัยได้จึงเกิดขึ้นและดำรงอยู่ โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้มีฐานะเศรษฐกิจระดับล่าง ซึ่งนับว่าสอดคล้องกับการศึกษาติดตามประชากรไร้บ้านระยะยาวในประเทศอังกฤษที่พบว่า สาเหตุที่ผลักดันไปสู่การเพิ่มขึ้นของคนไร้บ้านนั้นอยู่ในระดับมหภาค ได้แก่ กฎหมายด้านที่อยู่อาศัย ทำให้ไม่สามารถเป็นเจ้าของบ้านราคาถูกลงได้ และการปฏิรูปสวัสดิการสังคมที่กลับทำให้ยากต่อการได้รับความช่วยเหลือ (Fitzpatrick and others, 2016)

เมื่อได้กลายเป็นคนไร้บ้านแล้ว การดำเนินชีวิตให้อยู่รอดบนท้องถนนของผู้สูงอายุในการศึกษาของ Viwatpanich แบ่งเป็น 6 ด้าน ได้แก่ ที่อยู่อาศัย การทำอาหาร การอาบน้ำ การใช้สุขา การทำความสะอาดเสื้อผ้า และการพักผ่อน

- 1) ที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุไร้บ้านใช้พื้นที่สาธารณะเป็นที่หลับนอนหลัก เช่น ป้ายรถเมล์ ใต้สะพาน มีบ้างที่เช่าห้องหรือกระท่อมเล็กๆ อยู่ และวัดเป็นที่พักแห่งหนึ่ง
- 2) การทำอาหาร มีเพียง 1 ใน 4 ที่มีการเตรียมอาหารอย่างง่าย ๆ อาหารมักได้จากการบริจาค เช่น จากพ่อค้าแม่ค้า จากวัด
- 3) การอาบน้ำ มักใช้ที่อาบน้ำในห้องสุขาสาธารณะของกรุงเทพมหานคร นอกจากนี้มีบางคนยอมเสียเงินเพื่ออาบน้ำ และบางคนก็อาบน้ำในแม่น้ำลำคลอง
- 4) การใช้สุขา มักยอมเสียเงินเพื่อใช้ห้องสุขาในร้านอาหารหรือของส่วนบุคคล มีบางรายปฏิบัติกิจในแม่น้ำลำคลอง
- 5) การทำความสะอาดเสื้อผ้า มักทำไปพร้อมกับการอาบน้ำ บางรายซักผ้าในแม่น้ำลำคลอง
- 6) การพักผ่อน ประมาณครึ่งหนึ่งบอกว่า มีวิธีพักผ่อนด้วยการนั่งเล่นมองชีวิตคนอื่น ๆ ที่ผ่านไปมา รองลงมาคือ การดูโทรทัศน์ การแสดงตามเวทีต่างๆ ที่เหลือใช้การเดิน การคุยกับเพื่อน การเลี้ยงสัตว์ ฟังเพลง

ส่วนคนไร้บ้านในเมืองมะนิลาเอาตัวรอดทั้งทางวัตถุและทางใจด้วยการกินอาหารที่รับแจกจากศูนย์ช่วยเหลือต่างๆ รับจ้างทำงานเล็กๆ น้อยๆ พยายามอธิบายตนเองถึงการเป็นคนไร้บ้าน และคิดถึงชีวิตตนเองในทางบวก (Visetpricha, 2015)

ปัญหาหลักในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุไร้บ้านในการศึกษาของ Viwatpanich ประกอบด้วยขาดแคลนเงิน ถูกเทศกิจตรวจจับ ไม่ได้รับบริการทางสังคมและสุขภาพ ถูกคุกคามจากกลุ่มวัยรุ่น ถูกคุกคามทางเพศ ลักขโมย การแบ่งกลุ่มและผลประโยชน์ในกลุ่มคนไร้บ้านเอง

สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับผู้ย้ายถิ่นโดยถูกบังคับ (population displacement) ซึ่งศึกษาทั้งในชุมชนแออัด และคนไร้บ้าน พบว่าประชากรกลุ่มนี้มีปัญหา คือ การไม่มีหลักฐานเอกสารแสดงว่าเป็นคนไทย ไม่มีที่ดินของตนเอง ชีวิตไม่ปลอดภัย ไม่มีงานทำ มีรายได้ไม่เพียงพอ ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมและการศึกษาขั้นพื้นฐาน (Methavasaraphak, 2015)

ผลการศึกษาที่กล่าวมาแสดงให้เห็นว่า คนไร้บ้านเป็นประชากรเปราะบาง มีวิถีชีวิตที่ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไป พวกเขาต้องประสบกับความยากลำบากในการใช้ชีวิตตามท้องถนน ดังนั้น ปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางใจอันนำไปสู่การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร และความอยู่ดีมีสุขของคนกลุ่มนี้จึงเป็นประเด็นที่ผู้กำหนดนโยบายในหลายประเทศให้ความสำคัญ ในส่วนต่อไปจะได้นำเสนองานวิจัยต่างๆ ที่ศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพ ภาวะการเจ็บป่วย และภาวะการตายของคนไร้บ้านในประเทศไทยและในต่างประเทศ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ข้อมูลและสถิติเกี่ยวกับการเสียชีวิตของคนไร้บ้านมีอยู่อย่างจำกัด และมีปัญหาด้านความน่าเชื่อถือของข้อมูลทั้งในด้านความแม่นยำและการได้มาซึ่งข้อมูล แม้ในต่างประเทศที่มีการลงทะเบียนและสำรวจข้อมูลคนไร้บ้านอย่างเป็นระบบอย่างในสหรัฐอเมริกา แคนาดา สหราชอาณาจักร และเนเธอร์แลนด์ สาเหตุสำคัญที่ทำให้หลายประเทศหันมาสนใจเรื่องการตายของคนไร้บ้าน เนื่องด้วยจำนวนของประชากรเฉพาะกลุ่มนี้มีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมือง ประกอบกับการให้ความสำคัญกับนโยบายการลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ (Thomas, 2012) แต่ก็พบว่า การได้มาซึ่งข้อมูลภาวะการตาย ทั้งอัตราการตาย อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตหรือตาย อายุคาดหมายเฉลี่ย สาเหตุการตายรวมถึงการเก็บข้อมูลแบบแผนการตายของคนไร้บ้านนั้นดำเนินการได้ค่อนข้างจำกัด

ในการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน พบว่ามีจำนวนไม่มากนัก และงานวิจัยต่างๆ ใช้มาตรวัดภาวะการเสียชีวิตและระเบียบวิธีที่แตกต่างกัน นอกจากนี้ การศึกษาที่คล้ายคลึงกันในประชากรกลุ่มเฉพาะอื่นๆ พบว่ามีน้อยหรือเข้าถึงได้ยาก หรือไม่มีการเผยแพร่ ผลการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ต่างๆ ต่อไปนี้จึงนำเสนอโดยย่อแต่ละงานวิจัยเพื่อเป็นประโยชน์ในการเรียนรู้และนำไปใช้ต่อไป

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเทศ

การสำรวจผู้สูงอายุไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร โดย กัญท์วีร์ วิวัฒน์พานิชย์ (Vivatpanich, 2015) ศึกษาปรากฏการณ์ไร้บ้านของประชากรสูงวัยไทยในกรุงเทพมหานคร ตามที่ได้เสนอข้อมูลบางส่วนแล้ว การสำรวจนี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (สัมภาษณ์ด้วยแบบสอบถามและการตรวจคัดกรองสุขภาพ) และเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์เชิงลึก) กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ คนไร้บ้านอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่ใช้ชีวิตทั้งเวลากลางวันและกลางคืนบนถนน สวนสาธารณะ ที่ว่าง หรือที่อื่นๆ ที่ปกติไม่ใช้ในการอยู่อาศัย การเลือกตัวอย่างจำนวน 60 ราย ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โดยมีเกณฑ์ที่กำหนด

3 ข้อ ตามข้อเสนอแนะขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ 1) อายุ 60 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์ใช้ชีวิตบนท้องถนน 2-5 ปี และ 3) สามารถให้สัมภาษณ์และเต็มใจเข้าร่วมในการวิจัย การเก็บข้อมูลดำเนินการในปี พ.ศ. 2556 ในพื้นที่ต่างๆ 11 แห่ง ได้แก่ สนามหลวง สวนสาธารณะสันติชัยปราการ คลองหลอด ถนนราชดำเนิน สถานีรถไฟกรุงเทพ สวนลุมพินี สวนจตุจักร ตลาด อ.ต.ก. สถานีขนส่งจตุจักร สถานีขนส่งสายใต้ และอนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ

ผลการศึกษาด้านสภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุไร้บ้านทุกคนในการศึกษา มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 63 มีปัญหาทางกายภาพตั้งแต่ก่อนเป็นคนไร้บ้าน ที่พบมากที่สุดคือ การได้ยินและแผลในกระเพาะอาหาร สิ่งที่น่าสนใจคือ แบบแผนการเจ็บป่วยได้เปลี่ยนมาเป็นโรคและกลุ่มอาการของระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อุบัติเหตุ และการติดเชื้อทางผิวหนัง กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งบอกว่าสุขภาพตัวเองพอใช้ ขณะที่ร้อยละ 37 บอกว่าไม่ดี และอีกร้อยละ 17 บอกว่าแข็งแรง เมื่อใช้แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย พบว่า ร้อยละ 75 มีสมรรถนะทางสมองปกติ ที่เหลือมีสัญญาณของความบกพร่องทางสมรรถนะทางสมอง ทั้งนี้ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 95 สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐานและขั้นสูงได้อย่างอิสระ (activity of daily living/instrumental activity of daily living) ยกเว้นด้านการอ่านและการใช้รถโดยสารสาธารณะที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่มีปัญหา (ร้อยละ 37 และร้อยละ 8) ในด้านสภาวะทางจิต ศึกษาโดยการใช้แบบวัดความเครียดสวนปรุง แบบประเมินภาวะซึมเศร้า และแบบประเมินภาวะความสุข พบว่า สามในสี่มีอาการซึมเศร้า และร้อยละ 5 อยู่ในภาวะเครียดอย่างรุนแรง อย่างไรก็ตาม ด้านความสุข พบว่าร้อยละ 70 มีคะแนนความสุขสูง ซึ่งนับว่าสูงกว่าประชากรทั่วไป

การศึกษาการสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ซึ่งได้นำเสนอข้อมูลที่พบไปข้างแล้วเช่นกัน เอกสารประกอบการเสวนาวิชาการ คนไร้บ้าน: จุดเริ่มต้นการสำรวจและต่อยอดสุขภาพคนไร้บ้าน (อนรรฆ พิทักษ์ธานิน 2559) ได้นำเสนอเกี่ยวกับการสำรวจนี้ว่า คนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรเข้าถึงยาก (hard-to-reach population) ทั้งในแง่การเก็บข้อมูลและการแก้ไขปัญหาเพื่อให้ได้สิทธิและสวัสดิการสังคม จึงได้พัฒนาวิธีการเจนนับคนไร้บ้านในคืนเดียว เป็นการป้องกันปัญหาการนับซ้ำ และสามารถกำหนดนิยามคนไร้บ้านให้ครอบคลุมทั้งในทางวิชาการและทางวัฒนธรรม รวมทั้งสอดคล้องกับบริบทคนไร้บ้านในสังคมไทย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน นับตั้งแต่การออกแบบกรอบข้อมูลในการเจนนับที่มีความจำเป็นและสำคัญกับการขับเคลื่อนประเด็นคนไร้บ้าน ได้แก่ จำนวน ตำแหน่งที่พบ สถานที่หลบนอนหรืออยู่อาศัย ลักษณะการอยู่อาศัยหรือหลบนอน ลักษณะคนไร้บ้านที่พบ เพศ ช่วงอายุ ความพิการ อารมณ์ทางจิต การติดสุรา บาดแผล ลักษณะทางกายภาพ

การเจนนับดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง เช่น ทำนันทน์ ตลาดและสถานีรถไฟรังสิต นอกจากนับจำนวนแล้วยังเก็บข้อมูลเบื้องต้นทางประชากรที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ (unsheltered) และในศูนย์พักคนไร้บ้านที่รัฐหรือเอกชนจัดให้ (sheltered) 3 แห่ง โดยนับ

ภายในคืนเดียวตามระยะเวลาที่กำหนด คือ ตั้งแต่ 22.00 น. ของวันที่ 4 กันยายน ถึง 04.00 น. ของวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2558

ผลการสำรวจพบว่า มีคนไร้บ้านนับได้ 1,307 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,087 คน (ร้อยละ 83) เพศหญิง 202 คน (ร้อยละ 15) เพศทางเลือก 13 คน และไม่สามารถระบุเพศ 5 คน นอกจากนี้แล้วคนไร้บ้านที่พักในศูนย์พักชั่วคราวมีจำนวน 129 คน (ร้อยละ 10) และอาศัยในพื้นที่สาธารณะ 1,178 คน (ร้อยละ 90) ทั้งนี้ในศูนย์พักคนไร้บ้าน พบว่า มีสัดส่วนคนไร้บ้านเพศหญิง (ร้อยละ 32) สูงกว่าในพื้นที่สาธารณะ (ร้อยละ 14) สำหรับช่วงอายุ สูงสุดคือ 40-59 ปี (ร้อยละ 49) รองลงมาคือ 19-39 ปี (ร้อยละ 27) และอายุ 60 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 20)

ในด้านสุขภาพ พบว่า ประมาณร้อยละ 4 มีความพิการที่เห็นได้ชัด โดยที่ในศูนย์พักคนไร้บ้านมีสัดส่วนคนพิการสูงกว่าพื้นที่สาธารณะถึง 7 เท่า ส่วนเรื่องการติดสุรา คนไร้บ้านที่ติดสุราอย่างเห็นได้ชัดมีร้อยละ 12 โดยกลุ่มอายุ 19-39 ปี มีสัดส่วนสูงสุด (ร้อยละ 17) รองลงมาคือ วัยสูงอายุ (ร้อยละ 11) และอายุ 40-59 ปี (ร้อยละ 10) ด้านปัญหาสุขภาพจิต พบว่า มีสัดส่วนผู้มีปัญหาที่เห็นได้ชัดอยู่ร้อยละ 10 และมีสัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างคนไร้บ้านในศูนย์พักชั่วคราว กับในพื้นที่สาธารณะ

คณะผู้วิจัยได้เสนอข้อสังเกตเบื้องต้นว่า ศูนย์พักชั่วคราวคนไร้บ้านมีความสำคัญในการดูแลกลุ่มเปราะบางและผู้มีปัญหาทางสุขภาพ อีกทั้งคนไร้บ้านสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอีก 10 ปีข้างหน้า อย่างไรก็ตาม คณะผู้วิจัยไม่ได้นำเสนอข้อจำกัดของการสำรวจที่อาจมีผลต่อการแจกจ่ายและผลของการแจกจ่าย ที่จะนำไปสู่ข้อจำกัดของการนำข้อมูลไปใช้ต่อไปในอนาคต

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ

ผลจากการทบทวนงานวิจัยอื่นที่เกี่ยวข้องพบว่า งานของ O'Connell (2005) เป็นงานในยุคแรกที่รวบรวมผลการศึกษาศึกษาเกี่ยวกับการตายของคนไร้บ้าน จากงานของ O'Connell สรุปว่า คนไร้บ้านมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าประชากรทั่วไปถึงประมาณ 3-4 เท่า โดยเฉพาะในกลุ่มคนไร้บ้านที่มีอายุระหว่าง 18-54 ปี และถึงแม้อายุคาดเฉลี่ยของผู้หญิงโดยทั่วไปจะสูงกว่าผู้ชาย แต่สำหรับในกรณีของกลุ่มคนไร้บ้านกลับพบว่า ผู้หญิงและผู้ชายต่างมีความเสี่ยงในการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรใกล้เคียงกัน โดยคนไร้บ้านเพศหญิงมีความเสี่ยงที่จะเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าผู้หญิงวัยรุ่นทั่วไป 4-31 เท่า และอายุคาดเฉลี่ย (average life expectancy) ของคนไร้บ้านอยู่ประมาณ 42-52 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปที่มีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 78 ปี

นอกจากนี้ ผลจากการสำรวจของบางประเทศที่ให้ความสำคัญกับประเด็นการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน ซึ่งเชื่อมโยงกับระบบสาธารณสุขและการจัดสวัสดิการอื่นๆ ของรัฐให้กับคนกลุ่มนี้ ยังช่วยยืนยันผลการศึกษาศึกษาของ O'Connell (2005) ว่าคนไร้บ้านมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตเร็วกว่า หรือมีอายุเฉลี่ยที่ตาย (average age of death) น้อยกว่าประชากรทั่วไป ดังเช่นผลการศึกษาศึกษาของ Sheffield University (Thomas, Bethan, 2012) (2011) ระบุว่า จากการวิเคราะห์ข้อมูลการตายของคนไร้บ้านในสหราชอาณาจักร

อาณาจักร ระหว่างปี ค.ศ. 2001 ถึง ปี ค.ศ. 2009 พบว่า คนกลุ่มนี้มีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตสั้นกว่า ประชากรทั่วไปถึง 30 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านส่วนใหญ่จะอยู่ที่อายุ 47 ปี สำหรับเพศชาย และอายุ 43 ปี สำหรับเพศหญิง ซึ่งน้อยกว่าอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของประชากร คือ 77 ปี สำหรับเพศชายและ 80 ปี สำหรับประชากรเพศหญิง

สาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของคนไร้บ้านส่วนใหญ่ คือ ยาเสพติดและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ผลการวิเคราะห์นี้พบว่า คนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยการเสพยาเสพติดหรือโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 1 ใน 3 ของคนไร้บ้านทั้งหมด โดยมีโอกาสที่จะเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณ 7-9 เท่า และโอกาสที่จะเสียชีวิตจากการเสพยาเสพติดประมาณ 20 เท่าของประชากรทั่วไป

อย่างไรก็ตาม การศึกษาในสหรัฐอเมริกา (Keyes, Scott, 2014) กลับพบว่า มีคนไร้บ้านกว่า แสนคนที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ โดยเฉพาะตามท้องถนนเพิ่มมากขึ้น และประชากรกลุ่มนี้จะมีอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้นในทศวรรษหน้า เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุแล้ว คนไร้บ้านกลุ่มใหญ่ที่สุดของสหรัฐอเมริกาคือ กลุ่มที่ออกจากบ้านในช่วงทศวรรษที่ 1980 นักวิจัยจาก University of Pennsylvania ที่ศึกษาข้อมูลคนไร้บ้านในซานฟรานซิสโก พบว่า คนไร้บ้านมีอายุพื้นฐานอยู่ที่ 53 ทั้งนี้ การมีคนไร้บ้านเป็นผู้สูงอายุ สามารถพิจารณาได้ 2 ทาง คนไร้บ้านมีอายุยืนยาวขึ้น หรือหากพิจารณาร่วมกับอายุแรกเริ่มที่เข้ามาเป็นคนไร้บ้าน หากออกมาเมื่ออายุมากแล้ว ก็เท่ากับปัญหาการเป็นคนไร้บ้านได้เคลื่อนเข้าสู่กลุ่มผู้สูงอายุ หรือวัยแรงงานตอนปลายมากกว่า วัยรุ่นและวัยแรงงานตอนต้น ดังนั้น ปัญหาสำคัญของคนไร้บ้านคือ มีคนไร้บ้านสูงอายุมากขึ้นตามท้องถนน และไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณะของรัฐได้

การศึกษาภาวะการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่อาศัยในศูนย์พักในเมืองนิวยอร์ก โดย Barrow and others (1999) โดยใช้ข้อมูลจากการสำรวจตัวอย่างของคนไร้บ้านที่อาศัยในศูนย์พักในปี 1987 เชื่อมโยงกับข้อมูลการเสียชีวิตของประเทศระหว่างปี ค.ศ. 1987 ถึง ปี ค.ศ. 1994 มาตราวัดที่ใช้คือ อัตราตายปรับฐาน เปรียบเทียบการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่อาศัยในศูนย์พักกับการเสียชีวิตของประชากรสหรัฐอเมริกา และประชากรทั่วไปในเมืองนิวยอร์ก

ผลการศึกษา พบว่า อัตราการเสียชีวิตปรับฐานอายุของคนไร้บ้านชายหญิงสูงกว่าประชากรสหรัฐอเมริกาอยู่ 4 เท่า และสูงกว่าประชากรทั่วไปในเมืองนิวยอร์ก 2-3 เท่า ในกลุ่มของคนไร้บ้านชาย การเคยใช้ยาเสพติดโดยการฉีด การเคยถูกจำคุก และการเป็นคนไร้บ้านมานาน มีผลต่อความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตในทางบวก

งานชิ้นแรกในประเทศอังกฤษที่วิเคราะห์ภาวะการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในระดับประเทศ และศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างการเสียชีวิตของคนไร้บ้านกับประชากรทั่วไป โดย Thomas (2012) ใช้ข้อมูลการจดทะเบียนการเสียชีวิต ในระหว่างปี ค.ศ. 2001 ถึง ปี ค.ศ. 2009 ซึ่งพบว่า เป็นการเสียชีวิต

ของคนไร้บ้านอยู่ 1,731 ราย แบ่งเป็นชาย ร้อยละ 90 และที่เหลือเป็นหญิง ขณะที่การเสียชีวิตของประชากรวัยผู้ใหญ่ทั่วไปพบว่า เป็นชาย ร้อยละ 48 และเป็นหญิง ร้อยละ 52

หากพิจารณาถึงความเสี่ยงในการเสียชีวิตของคนไร้บ้านเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป ด้วยมาตรวัดอัตราการตายที่ปรับองค์ประกอบอายุและเพศโดยวิธีอ้อม พบว่า คนไร้บ้านกลุ่มอายุ 16-24 ปี มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 2 เท่าของประชากรทั่วไปในกลุ่มอายุเดียวกัน กลุ่มอายุ 25-34 ปี มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 4-5 เท่า กลุ่มอายุ 35-44 ปี มีโอกาสเสียชีวิตเป็น 5-6 เท่า กลุ่มอายุ 45-54 ปี มีโอกาสเสียชีวิต 3-4 เท่า และกลุ่มอายุ 55-64 มีโอกาสเสียชีวิต 1.5-3 เท่า

การติดยาเสพติดและแอลกอฮอล์เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต กล่าวคือ มากกว่าหนึ่งในสามของการเสียชีวิตทั้งหมด คนไร้บ้านมีโอกาสเสียชีวิตจากการเจ็บป่วยที่เกี่ยวข้องกับแอลกอฮอล์ถึง 7-9 เท่า และการติดยาถึง 20 เท่า คนไร้บ้านเพศหญิงและเพศชายมีอัตราส่วนการเสียชีวิตจากแอลกอฮอล์ใกล้เคียงกัน ในขณะที่ สาเหตุจากยาเสพติด เพศชายมีอัตราส่วนสูงกว่าถึง 17 เท่าจากการติดยา เพศหญิงมีอัตราส่วน 13 เท่า เมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป เพศชายมีแนวโน้มเสียชีวิตจากปัญหาทางหัวใจมากกว่าเพศหญิง

การศึกษาภาวะการเสียชีวิตของคนไร้บ้านชายที่อาศัยในศูนย์พักในเมืองโทรอนโทของ Hwang (2000) มีวัตถุประสงค์เพื่อ เปรียบเทียบอัตราการตายของคนไร้บ้านชายที่อาศัยในศูนย์พักกับประชากรทั่วไป และเพื่อทราบว่าอัตราการตายมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญหรือไม่ เมื่อเปรียบเทียบคนไร้บ้านที่อาศัยในศูนย์พักในเมืองโทรอนโท แคนาดา กับเมืองต่างๆ ในสหรัฐอเมริกา โดยการศึกษาแบบโคฮอร์ต ระหว่างปี ค.ศ. 1995 และ 1997 จำนวนปีเฉลี่ยที่ติดตามเท่ากับ 2.6 ปี คนไร้บ้าน 8,933 คน ในการศึกษา มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ใช้บริการศูนย์พักในเมืองโทรอนโทในปี 1995 มาตรวัดที่ใช้คือ ความเสี่ยงสัมพัทธ์ในการเสียชีวิตหรืออัตราส่วนระหว่างอัตราการตาย (mortality rate ratios) ที่เปรียบเทียบอัตราการตายเฉพาะอายุระหว่างกลุ่มต่างๆ ที่ศึกษา

ผลการศึกษา แสดงว่า คนไร้บ้านชายในศูนย์พักในเมืองโทรอนโท มีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าประชากรชายทั่วไปในเมืองโทรอนโท ความเสี่ยงสัมพัทธ์ในการตายของกลุ่มอายุ 18-24 ปี เท่ากับ 8.3 (ช่วงความเชื่อมั่น (95%CI) = 4.4-15.6) กลุ่มอายุ 25-44 ปี เท่ากับ 3.7 (95%CI = 3.0-4.6) และกลุ่มอายุ 45-64 ปี เท่ากับ 2.3 (95%CI = 1.8-3.0) นอกจากนี้ ในเกือบทุกกรณี ความเสี่ยงในการเสียชีวิต คนไร้บ้านชายในศูนย์พักในเมืองโทรอนโทต่ำกว่าคนไร้บ้านชายในศูนย์พักในเมืองต่างๆ ในสหรัฐอเมริกาอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ความเสี่ยงสัมพัทธ์ในการตายของคนไร้บ้านชายในศูนย์พักในเมืองโทรอนโทกลุ่มอายุ 25-44 ปี เท่ากับ 0.52 (95%CI = 0.41-0.65) เมื่อเทียบกับคนไร้บ้านในเมืองบอสตัน และเท่ากับ 0.61 (95%CI = 0.44-0.85) เมื่อเทียบกับคนไร้บ้านในเมืองนิวยอร์ก และสำหรับกลุ่มอายุ 35-54 ปี เท่ากับ 0.42 (95%CI = 0.27-0.66) เมื่อเทียบกับคนไร้บ้านในเมืองฟิลาเดลเฟีย

งานศึกษาต่อมาของ Cheung and Hwang (2004) เป็นการศึกษาความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตของคนไร้บ้านหญิงที่อาศัยในศูนย์พักในเมืองโทรอนโท โดยศึกษาโคฮอร์ตคนไร้บ้านหญิง 1,981 คน ที่ใช้บริการศูนย์พักในเมืองโทรอนโทในปี 1995 โดยไม่มีบุตรที่ต้องดูแลอยู่ด้วย จำนวนปีเฉลี่ยติดตามเท่ากับ 2.6 ปี มีวัตถุประสงค์คล้ายคลึงกับการศึกษาข้างต้น

ผลการศึกษาโดยย่อ แสดงว่า อัตราการตายของคนไร้บ้านหญิงอายุ 18-44 ปี ในศูนย์พักในเมืองโทรอนโท เท่ากับ 515 ต่อประชากร 100,000 คนปี และเท่ากับ 438 ในกลุ่มอายุ 45-64 ปี คนไร้บ้านหญิงอายุ 18-44 ปี ในศูนย์พักในเมืองโทรอนโทมีโอกาสเสียชีวิตสูงกว่าประชากรทั่วไปในเมืองโทรอนโทถึง 10 เท่า เปรียบเทียบกับการศึกษาอื่นๆ ในเมืองอื่นๆ ได้แก่ เมืองมอนทรีอัล โคเปนฮาเกน บอสตัน นิวยอร์ก ฟิลาเดลเฟีย และเบิร์ทตัน ความเสี่ยงในการเสียชีวิตของคนไร้บ้านหญิงนั้นสูงกว่าประชากรทั่วไปเพศหญิงอยู่ 4.6 ถึง 31.2 เท่าในกลุ่มอายุน้อย เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศ พบว่า ทก ในเจ็ดเมืองที่ศึกษา อัตราตายระหว่างเพศหญิงและเพศชายของกลุ่มอายุน้อยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ ในสี่เมืองกลับพบว่า อัตราตายในกลุ่มอายุสูงกว่าของเพศหญิงต่ำกว่าเพศชายอย่างมีนัยสำคัญ

ในเวลาต่อมา Hwang and others (2009) ได้ศึกษาภาวะการเสียชีวิตของผู้อาศัยในศูนย์พักคนไร้บ้านหรือห้องเช่าและโรงแรม (marginally housed people living in shelters, rooming houses, and hotels) ในประเทศแคนาดา ซึ่งเป็นการศึกษาติดตามระยะยาว 11 ปี ระดับประเทศ โดยมุ่งที่อัตราการตายเฉพาะอายุและเพศ สาเหตุการตาย และความน่าจะเป็นของการรอดชีวิตไปจนถึงอายุต่างๆ รวมทั้งศึกษาภาวะการเสียชีวิตส่วนเกิน (excess mortality) ที่สัมพันธ์กับความเป็นคนไร้บ้านและการอยู่อาศัยแบบชายขอบ นอกเหนือไปจากที่สัมพันธ์กับการมีรายได้น้อยเพียงอย่างเดียว

คณะผู้วิจัยใช้ข้อมูลสำมะโนระยะยาวที่ติดตามภาวะการเสียชีวิตของกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 ของประชากรแคนาดา ประชากรเข้าชายคือ ผู้ที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในแคนาดาในวันสำมะโน (4 มิถุนายน 1991) ต้องไม่ใช่บุคคลที่พำนักอยู่ระยะยาวในสถาบัน (เช่น สถานพยาบาลทางจิต) รวมทั้งถูกเลือกให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถามชุดยาวของสำมะโน ทั้งนี้ มีประชากรเข้าชายทั้งหมด 3.6 ล้านคน สำมะโนปี 1991 นั้น ไม่มีการแจงนับคนไร้บ้านที่อาศัยอยู่ตามพื้นที่สาธารณะ ในการให้ได้มาซึ่งชื่อ เพื่อเชื่อมไปสู่ข้อมูลเกี่ยวกับการตาย ข้อมูลสำมะโนได้เชื่อมกับข้อมูลภาชีระหว่างปี 1990-1991 โดยการจับคู่ด้วยข้อมูลวันเกิดและรหัสไปรษณีย์ของบุคคลและคู่สมรสตามกฎหมายหรือไม่ถูกต้องตามกฎหมาย ข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรกลุ่มนี้ได้จากข้อมูลการเสียชีวิตของแคนาดา ซึ่งสามารถหาข้อมูลได้ประมาณร้อยละ 97

ข้อมูลของสมาชิกในประชากรรุ่นที่ศึกษานี้ ประกอบไปด้วย ข้อมูลจำนวนคน วันของการติดตามนับตั้งแต่วันสำมะโนจนถึงวันที่เสียชีวิตหรือวันสุดท้ายของการศึกษา ข้อมูลคนที่เสี่ยง อัตราการตายเฉพาะอายุ เพศ รายได้ ประเภทของที่อยู่อาศัย ตามกลุ่มอายุ 5 ปี ในการคำนวณอัตราการตายรายอายุปรับฐาน อัตราส่วนของอัตราการตายและความแตกต่างของอัตราถูกนำมาใช้ในการเปรียบเทียบ

อัตราการตายรายอายุปรับฐานของผู้ที่อาศัยในศูนย์พักพิง บ้านเช่า และโรงแรม กับผู้ที่มีรายได้น้อยที่สุด ผู้ที่มีรายได้สูงสุด และกับทั้งรุ่น นอกจากนี้ผู้วิจัยใช้วิธีคำนวณทางประกันภัยในการคำนวณตารางชีพ แยกเพศ แยกกลุ่มรายได้ และประเภทที่พักอาศัยหลังจากเปลี่ยนแปลงอายุจากอายุเมื่อเริ่มศึกษาไปที่อายุเมื่อเริ่มต้นปีที่ติดตาม

ผลการศึกษา พบว่า สามารถหาข้อมูลรายชื่อของผู้ที่อาศัยอยู่ในศูนย์พักพิง บ้านเช่าและโรงแรม ได้ ร้อยละ 36 ส่งผลให้มีสมาชิก 15,100 คน ในกลุ่มที่ติดตามการตาย ซึ่งมี 3,280 คนเสียชีวิตเมื่อสิ้นสุดการศึกษา โดยมีจำนวนคนปีเท่ากับ 141,660 ที่เสี่ยง ด้านคุณลักษณะทางประชากรและสังคม เศรษฐกิจของกลุ่มที่ศึกษา พบว่า คล้ายคลึงกับผู้ตอบสำมะโนที่อาศัยในที่อยู่แบบเดียวกัน ถ้าเปรียบเทียบกลุ่มที่ศึกษากับทั้งรุ่น เพศชายมักอยู่ในกลุ่มอายุกลางคน (45-64 ปี) ขณะที่เพศหญิงมักเป็นผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป) ถ้าไม่คำนึงถึงเพศ กลุ่มที่อาศัยในศูนย์พักพิง บ้านเช่าและโรงแรม มักไม่แต่งงานและไม่จบชั้นมัธยมศึกษา หรือไม่ได้เกิดนอกแคนาดา นอกจากนี้ส่วนใหญ่มีฐานะยากจน

อัตราส่วนระหว่างอัตราการตายปรับฐานอายุของกลุ่มที่อาศัยในศูนย์พักพิง บ้านเช่าและโรงแรม เปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีฐานะดีที่สุดนั้นมีค่าสูงสุด โดยมีค่ามากกว่า 5 ในกลุ่มอายุ 25-34 ปีและมากกว่า 4 ที่กลุ่มอายุ 35-44 ปี แม้แต่การเปรียบเทียบกับกลุ่มยากจนที่สุด ก็ยังพบว่า มีค่า 2 หรือมากกว่าในกลุ่มอายุเหล่านั้น แต่ที่กลุ่มอายุ 75 หรือมากกว่า ค่าจะเข้าใกล้ 1

สำหรับค่าความน่าจะเป็นที่จะมีชีวิตรอดไปจนถึงอายุ 75 ปี ที่ได้จากตารางชีพ ทั้งชายและหญิงที่อาศัยในศูนย์พักพิง บ้านเช่าและโรงแรมมีความน่าจะเป็นต่ำสุด (ร้อยละ 32.1, ช่วงความเชื่อมั่น CI) ร้อยละ 30.2 ถึง 33.9 และ ร้อยละ 59.6, ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 56.0 ถึง 63.1 ตามลำดับ) ซึ่งต่ำกว่าความน่าจะเป็นของกลุ่มที่มีรายได้น้อยที่สุด (ร้อยละ 50.6, ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 50.1 ถึง 51.1 และ ร้อยละ 71.5, ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 71.0 ถึง 71.9 ตามลำดับ รวมทั้งต่ำกว่าความน่าจะเป็นของกลุ่มที่มีรายได้สูงสุด (ร้อยละ 72.4, ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 72.0 ถึง 72.8 และ ร้อยละ 83.8, ช่วงความเชื่อมั่น ร้อยละ 83.4 ถึง 84.4 ตามลำดับ สำหรับอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 25 ปี ทั้งสองเพศ พบว่า กลุ่มที่อาศัยในศูนย์พักพิง บ้านเช่าและโรงแรมต่ำกว่ากลุ่มที่รวยที่สุด ทั้งกลุ่มที่ศึกษาและกลุ่มที่มีรายได้น้อยที่สุด

ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิต โดยอัตราส่วนของอัตราการตาย (rate ratio) พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับทั้งกลุ่มรุ่น กลุ่มที่อาศัยในศูนย์พักพิง บ้านเช่าและโรงแรม ไม่ว่าจะเป็ชายหรือหญิง ค่าสูงกว่าสำหรับความผิดปกติทางจิต (4.8 และ 3.8 สำหรับชายและหญิง ตามลำดับ) ปัญหาในตับ (3.7 และ 5.6) และสาเหตุภายนอก (3.3 และ 3.7) สำหรับสาเหตุการตายภายนอก อัตราส่วนในเพศชายสูงกว่าอย่างเห็นได้ชัด สำหรับฆาตกรรม (11.3) และยาพิษ (10.3) ขณะที่เพศหญิงมีอัตราส่วนสูงสุดสำหรับการฆ่าตัวตาย (5.6) และอื่นๆ (4.2) นอกจากนี้สำหรับเพศชายอัตราส่วนสูง ในกลุ่มโรคเลือดหรืออวัยวะที่เกี่ยวข้องกับเลือด (4.6) ทั้งนี้ทั้งสองเพศ มีอัตราส่วนสูงในกลุ่มโรคเกี่ยวกับการใช้ยา (11.5 และ 9.2 ตามลำดับ) และการใช้แอลกอฮอล์ (6.4 และ 8.2 ตามลำดับ) ความแตกต่างของอัตราต่อ 100,000 คน ที่เห็นชัด

ที่สุดคือ โรคเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ (281 และ 88 ตามลำดับ) โรคหัวใจ (182 และ 105) โรคทางเดินหายใจ (176 และ 61) และการตายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางการแพทย์ (113 และ 55)

ผู้วิจัยได้สรุปว่า คนไร้บ้านและผู้ที่อยู่อาศัยในศูนย์พักพิง บ้านเช่าและโรงแรม มีอัตราการตายสูงกว่าผู้ที่มีรายได้ต่ำสุดอย่างเห็นได้ชัดเจน และงานศึกษาที่ผ่านมาก่อนหน้านี้ ให้ผลการศึกษาเฉพาะความเสี่ยงสัมพัทธ์จำเพาะอายุหรืออัตราส่วนของการตายปรับฐานของคนไร้บ้านในเมืองใดเมืองหนึ่งเท่านั้น การศึกษาที่ให้อายุคาดเฉลี่ยของผู้อาศัยที่พักชายขอบศึกษากลุ่มตัวอย่างกลุ่มเล็กกว่ามาก ผลการศึกษานี้ยังชี้ว่า การลดการตายของกลุ่มที่ศึกษาสามารถทำได้ โดยนวัตกรรมที่สนับสนุนโครงการด้านที่อยู่อาศัยสำหรับผู้ติดยาเสพติดและมีความเจ็บป่วยทางจิตจะสามารถลดการตายส่วนเกินได้ รวมทั้งการส่งเสริมโครงการรักษาการติดยาและลดการสูบบุหรี่จะสามารถมีบทบาทสำคัญในการลดความเหลื่อมล้ำของภาวะการเสียชีวิต

การวิจัยนี้มีข้อจำกัดหลายข้อ ซึ่งอาจก่อผลให้ลดอัตราการเสียชีวิตส่วนเกิน ได้แก่ 1) คนที่สามารถแฉกนบในสำมะโนและเชื่อมโยงข้อมูลภาชีเท่านั้นอยู่ในการวิจัยนี้ 2) การศึกษาไม่ได้ครอบคลุมคนไร้บ้านที่นอนตามถนน 3) บ้านแบ่งเช่าขนาดเล็กที่ไม่มีการลงทะเบียนอาจถูกจัดกลุ่มผิดระหว่างสำมะโนว่าเป็นบ้านส่วนบุคคล 4) ผู้ที่อาศัยอยู่ตามโรงแรมในที่นี้อาจมีกลุ่มหนึ่งที่เป็นผู้มีฐานะดีที่พอใจอาศัยอยู่ตามโรงแรมที่เปิดโอกาสให้อยู่ระยะยาว 5) ฐานะทางสังคมเศรษฐกิจและการอยู่อาศัยของกลุ่มที่ศึกษาประเมินเฉพาะช่วงต้นของการศึกษา และสุดท้าย 6) การจำแนกผู้มีรายได้ต่ำสุดนั้นกำหนดจากทุกคนในกลุ่มที่ศึกษา

การศึกษาของ Neilson and others (2011) เสนอผลการศึกษาความชุกของโรคทางจิตเวช (psychiatric disorders) และการเสียชีวิตในศูนย์พักพิงคนไร้บ้านในประเทศเดนมาร์ก โดยอาศัยข้อมูลคนไร้บ้านอายุ 16 ปีขึ้นไป ที่ลงทะเบียนคนไร้บ้านของประเทศเดนมาร์กตั้งแต่ 1 มกราคม ปี ค.ศ.1999 ถึง 31 ธันวาคม 2009 มาตราวัดที่คำนวณได้แก่ สัดส่วนของการเกิดโรคทางจิตเวชโดยรวม อัตราตายปรับฐานจำแนกตามสาเหตุ และอายุคาดเฉลี่ย และใช้ hazard ratios ในการประเมินปัจจัยกำหนดการเสียชีวิต

ผลการศึกษาพบว่า มีคนไร้บ้านในการศึกษานี้ 32,711 คน แบ่งเป็นชาย 23,040 คนและหญิง 9,671 คน ร้อยละ 62.4 ของเพศชายและร้อยละ 58.2 ของเพศหญิงเป็นโรคทางจิตเวช และร้อยละ 49.0 ของเพศชายและร้อยละ 36.9 ของเพศหญิงมีการใช้สารเสพติด ระหว่างช่วงเวลาที่ศึกษา มีคนไร้บ้านเพศชายร้อยละ 16.7 และเพศหญิงร้อยละ 9.8 เสียชีวิต อัตราตายปรับฐานของเพศชายเท่ากับ 5.6 (95%CI = 5.4-5.8) และเพศหญิงเท่ากับ 6.7 (6.2-7.1) โดยที่สาเหตุภายนอก เช่น การฆ่าตัวตายและอุบัติเหตุเป็นสาเหตุการเสียชีวิต ร้อยละ 27.9 ของการตายทั้งหมดที่มีข้อมูลอยู่ ส่วนอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 15-24 ปี ของคนไร้บ้านนั้นต่ำกว่าประชากรทั่วไปอยู่ 21.6 ปี (95%CI = 21.2-22.1) สำหรับเพศชาย และ 17.4 ปี (16.4-18.5) สำหรับเพศหญิง นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชและใช้สารเสพติดมีความ

เสี่ยงในการเสียชีวิตสูงสุด เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่มโรคร (adjust HR = 1.4, 95%CI = 1.3-1.5 สำหรับเพศชาย และ 1.7, CI = 1.4-2.1 สำหรับเพศหญิง

Nusselder and others (2013) ได้ศึกษาภาวะการเสียชีวิตและอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไร้บ้านชายหญิงในเมืองรอตเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ โดยมุ่งที่แบบแผนการเสียชีวิตตามกลุ่มอายุตามเพศและตามประเภทของบริการที่ใช้ของโคฮอร์ทกลุ่มคนไร้บ้านอายุ 20 ปีขึ้นไป เมื่อปี 2001 ในเมืองรอตเตอร์ดัม ประเทศเนเธอร์แลนด์ รวมทั้งศึกษาภาวะการเสียชีวิตส่วนเกินเมื่อเปรียบเทียบกับภาวะการเสียชีวิตของประชากรทั่วไประหว่างปี 2001-2010 ของเมืองนั้น

กลุ่มคนไร้บ้านที่ศึกษาระยะยาวมาจากคนไร้บ้านที่ใช้บริการในหน่วยงานที่ดูแลคนไร้บ้าน ในเมืองรอตเตอร์ดัม คณะวิจัยได้รายชื่อ วันเกิด และเพศของผู้ใช้บริการ ในปี 2001 ที่เคยมีการนับคนไร้บ้านมาก่อนในปี 2001 หน่วยงานที่ได้รับเงินสนับสนุนจากภาครัฐและโบสถ์ที่ให้บริการกับคนไร้บ้านถูกนับด้วย องค์กรเหล่านี้ให้ความช่วยเหลือคนไร้บ้านในด้านต่างๆ ทั้งด้านอาหาร ที่นอน และการดูแลยามเจ็บป่วย รายชื่อทั้งหมดที่ได้ ซึ่งตรวจสอบรายชื่อซ้ำแล้วได้จำนวนทั้งหมด 3,398 ราย ขณะที่การศึกษาในปี 2001 ได้จำนวน 4,607 ราย ความแตกต่างนี้จะเกิดจากรายชื่อซ้ำในการศึกษาปี 2001 และรวมคนชาติอื่น หรือคนอยู่อย่างผิดกฎหมายที่ใช้บริการของหน่วยงานต่างๆ ผู้วิจัยได้ระมัดระวังว่าข้อมูลที่ได้จากการจับคู่กับข้อมูลการทะเบียนนั้น ไม่มีคนที่เสียชีวิตไปแล้ว หลังจากตัดคนที่เสียชีวิต คนที่อายุน้อยกว่า 20 ปี เพื่อการเปรียบเทียบกับข้อมูลกลุ่มอายุ 5 ปี เช่น 20-24 ปี รวมทั้งจากการที่มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตน้อย ในที่สุด มีจำนวนผู้ที่ถูกศึกษาเท่ากับ 2,096 ราย

ผลการศึกษา พบว่า มีคนไร้บ้านเสียชีวิตในระหว่างปี 2001-2010 อยู่ 265 คน อัตราการตายและอายุคาดเฉลี่ยของคนไร้บ้านหญิงชายที่อายุ 30 ปี ไม่พบความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไปในเมืองเดียวกัน อัตราการตายของคนไร้บ้านสูงกว่าถึง 3.5 เท่า ภาวะการเสียชีวิตส่วนเกินมีค่าสูงกว่าในเพศหญิง คือเท่ากับ 5.56 (95%CI = 3.95-7.82) เพศชายเท่ากับ 3.31 (CI = 2.91-3.77) และลดลงเมื่ออายุสูงขึ้น กล่าวคือ กลุ่มอายุ 20-44 ปี มีค่าเท่ากับ 7.67 (CI = 6.87-8.56) และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เท่ากับ 1.63 (CI = 1.41-1.88) ส่วนอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุ 30 ปีของคนไร้บ้านเพศชายต่ำกว่าของประชากรทั่วไปเพศชายอยู่ 11 ปี (CI = 9.1-12.9) และของเพศหญิงต่ำกว่า 15.9 ปี (CI = 10.3-21.5)

โดยสรุป การศึกษาภาวะการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่วิเคราะห์ด้วยมาตรวัดทางประชากรศาสตร์ในประเทศไทยยังไม่มีเคยมีการศึกษามาก่อน แต่ในต่างประเทศ มีการศึกษาทั้งในยุโรปและอเมริกาเหนือ โดยมีข้อน่าสังเกตว่า การที่ผู้วิจัยในประเทศเหล่านั้นสามารถศึกษาภาวะการเสียชีวิตด้วยมาตรวัดต่างๆ ทางประชากรศาสตร์ได้ เช่น อัตราการตาย สาเหตุการเสียชีวิตและอายุคาดเฉลี่ย เป็นผลมาจากการมีแหล่งข้อมูลที่เก็บข้อมูลคนไร้บ้าน โดยเฉพาะการศึกษาติดตามระยะยาว เช่น ข้อมูลจากการจดทะเบียนการตายของรัฐ การจดทะเบียนของศูนย์พักสำหรับคนไร้บ้าน รวมทั้งความสามารถเชื่อมโยงข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เช่น ในงานของ Nusselder and others (2013)

นอกจากนี้ งานวิจัยต่างๆ ยังมีความแตกต่างกันในเรื่องนิยามคนไร้บ้าน ประชากรเฉพาะที่ศึกษา พื้นที่ที่ศึกษา และการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง จึงอาจมีผลต่อค่าที่คำนวณได้ และอาจมีผลในการเปรียบเทียบ นอกจากนี้

งานวิจัยในต่างประเทศยังได้สนใจศึกษาอายุคาดเฉลี่ยเมื่ออายุที่คาดว่าจะกลายเป็นคนไร้บ้าน เช่น อายุ 30 ปี รวมทั้งค่าของมาตรวัดภาวะการเสียชีวิตของคนไร้บ้านเพียงกลุ่มเดียว จะไม่สามารถให้ภาพที่ชัดเจนของความรุนแรงของความเหลื่อมล้ำทั้งทางสังคมเศรษฐกิจและสุขภาพได้ หากไม่มีการเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป หรือกลุ่มประชากรอื่นๆ สุดท้าย ผลการศึกษาต่างๆ ได้ชี้ว่า การลดการเสียชีวิตของคนไร้บ้านและลดการเสียชีวิตตายส่วนเกินซึ่งสะท้อนความเหลื่อมล้ำของภาวะการเสียชีวิตสามารถทำได้ด้วยโครงการลดการติดยาเสพติด ลดการเป็นโรคทางจิต และที่สำคัญคือ โครงการด้านที่อยู่อาศัยที่เปลี่ยนคนไร้บ้านให้เป็นคนมีบ้านหรืออยู่บ้าน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เนื่องจากการศึกษาในเชิงปริมาณส่วนเดียว โดยการคำนวณทางสถิตินั้นอาจครอบคลุม และตอบวัตถุประสงค์ในการศึกษาวิจัยเพียงพอแล้ว แต่ว่าการศึกษาในเชิงคุณภาพนั้น ซึ่งเป็นการสอบถามจากกลุ่มผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านคนไร้บ้าน และผู้ทรงคุณวุฒิผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพและการเสียชีวิต การตาย รวมถึงเคยทำงานกับคนไร้บ้านโดยตรง สามารถนำไปสู่การบูรณาการตอบโจทย์การศึกษาทั้งในเชิงกว้าง และเชิงลึก อีกทั้งเป็นการถ่วงน้ำหนักข้อมูลในเชิงปริมาณที่ศึกษาจากการคำนวณทางสถิติด้วย

สำหรับวิธีการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ มีขั้นตอนและการดำเนินการตามหัวข้อในแต่ละประเด็นดังนี้ คือ 1. การประเมินสถานการณ์และข้อมูลคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร 2. การศึกษาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร 3. การศึกษาสาเหตุ ลักษณะและแบบแผนการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร

การประเมินสถานการณ์และข้อมูลคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร

การศึกษาในส่วนแรกนี้ ผู้ศึกษาพยายามนำเสนอข้อมูลจำนวนประชากรคนไร้บ้านทั้งหมด โดยอาศัยข้อมูลจากสำรวจเอกสารต่างๆ และสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้อง ดังมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์และข้อมูลทางประชากรของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร อันได้แก่ ข้อมูลจำนวนคนไร้บ้าน ข้อมูลและคุณลักษณะทางประชากรของคนไร้บ้าน อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การเจ็บป่วย เป็นต้น ทั้งนี้อาศัยข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรต่างๆ (ภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน) ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน ซึ่งจะได้ข้อมูลตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ทั้งนี้รายละเอียดของหน่วยงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวนทั้งสิ้น 8 หน่วยงาน ดังนี้

- 1.1 ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกรุงเทพมหานคร (บ้านมิตรไมตรี) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.2 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.3 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.4 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.5 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- 1.6 บ้านอิมใจ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
- 1.7 มุลินิธีเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)
- 1.8 มุลินิธีระจกเงา

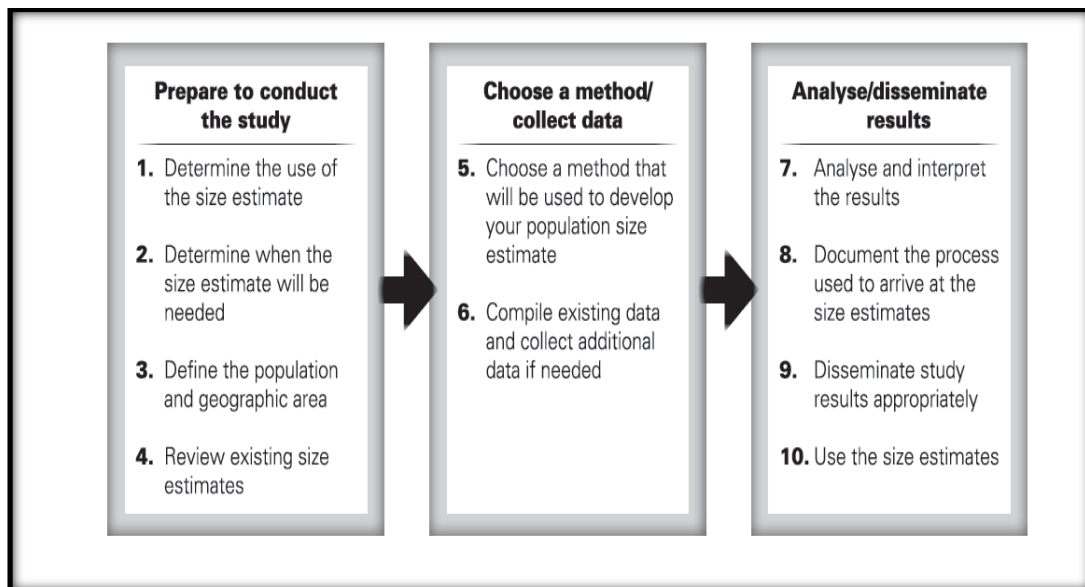
2. การศึกษานี้ อาศัยข้อมูลเชิงปริมาณจากการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) ที่ได้ดำเนินการแล้ว ซึ่งเป็นข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการ “การสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านและการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร” (อนรรฆ พิทักษ์ธานินท์ และคณะ, 2559) เป็นฐานในการวิเคราะห์ข้อมูลคนไร้บ้าน

3. สัมภาษณ์เจาะลึก และสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในแขนงต่างๆ อาทิ แพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สังคมศาสตร์ สังคมสงเคราะห์ ตำรวจ เป็นต้น ที่เกี่ยวข้องและทำงานด้านคนไร้บ้าน จากหน่วยงานต่างๆ จำนวน 12 หน่วยงาน คือ

- 1.1 ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกรุงเทพมหานคร (บ้านมิตรไมตรี) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.2 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.3 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.4 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.5 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.6 สำนักบริหารการทะเบียน (ฝ่ายทะเบียนบ้านกลาง) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- 1.7 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกลาง (ตำรวจ) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- 1.8 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 1.9 บ้านอิมใจ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
- 1.10 มุลินิธีเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)
- 1.11 มุลินิธีระจกเงา
- 1.12 หน่วยกู้ชีพวชิรพยาบาล (อาสาสมัคร)

ดังนั้นข้อมูลที่ได้ในส่วนนี้จะ เป็นลักษณะ 3 ส่วนประสานกัน คือ 1. จากการรวบรวมข้อมูลหลักฐานเอกสารต่างๆ ของหน่วยงาน 2. จากสำรวจคนไร้บ้านครั้งล่าสุด 3. จากการสัมภาษณ์ระดับลึก และการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม ซึ่งทำให้ได้ความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาพ 1 กระบวนการสำหรับการวิเคราะห์จำนวนประชากรแฝง



ที่มา: Guidelines on Estimating the Size of Populations Most at Risk to HIV, United Nation and WHO. 2010

สำหรับกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ของคนไร้บ้านทั้ง 3 ส่วนนั้น อาศัยหลักการที่ประยุกต์จากการวิเคราะห์ประชากรแฝงขององค์การสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกที่ได้ทำการคาดประมาณประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวี (ดังภาพ 1) เพื่อนำมาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การศึกษาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร

กระบวนการศึกษาเพื่อแสวงหาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครครั้งนี้ อาศัยการจัดทำข้อมูลทุติยภูมิที่รวบรวมจากหน่วยงานของภาครัฐ จำนวน 5 หน่วยงาน คือ

- 1.1 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.2 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.3 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.4 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.5 มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)

อย่างไรก็ดี ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร (บ้านมิตรไมตรี) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และบ้านอิมใจ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร แต่ทว่ามิได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เนื่องจากหน่วยงานแรกเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งต่อคนไร้บ้านไปยังสถานคุ้มครองฯ หรือหน่วยงานอื่นต่อไป ขณะที่อีกหน่วยงานหนึ่งนั้นเป็นหน่วยงานที่ให้คนไร้บ้านเข้าพักพิงชั่วคราว (ครั้งละ 1 คืนเท่านั้น)

การศึกษาสาเหตุ ลักษณะและแบบแผนการเสียชีวิตของคนไร้บ้านใน กรุงเทพมหานคร

การประมาณสถานการณ์การเสียชีวิตของประชากรคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาจากสาเหตุการเสียชีวิตและแบบแผนการเสียชีวิตของคนไร้บ้านนั้น ยังคงอาศัยข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ตามหน่วยงานองค์กร ข้อมูลจากใบมรณบัตร รวมถึงอาศัยความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในแขนงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน และด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มพิเศษต่างๆ

ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิจากหน่วยงานต่างๆ รวมถึงได้ดำเนินการสัมภาษณ์ระดับลึก สัมภาษณ์เป็นกลุ่มกับเจ้าหน้าที่ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ในแบบทางการและกึ่งทางการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมและเป็นประโยชน์กับการศึกษาในครั้งนี้ โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานทั้งสิ้น 14 หน่วยงาน ดังนี้คือ

- 1.1 ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกรุงเทพมหานคร (บ้านมิตรไมตรี) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.2 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.3 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.4 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.5 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.6 สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- 1.7 สำนักบริหารการทะเบียน (ฝ่ายทะเบียนบ้านกลาง) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- 1.8 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกลาง (ตำรวจ) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- 1.9 ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

- 1.10 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวง
สาธารณสุข
- 1.11 บ้านอิมใจ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
- 1.12 มุลินิธีเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)
- 1.13 มุลินิธีระจกเงา
- 1.14 หน่วยกู้ชีพวชิรพยาบาล (อาสาสมัคร)

สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตหรือการตายของคนไร้บ้านนั้น จำแนกตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยใช้รูปแบบของกระทรวงสาธารณสุข (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558 และสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2556) โดยแบ่งเป็น

1. โรคหัวใจ (I05-I09,I20-I25,I26-I28,I30-I52)
2. อุบัติเหตุ และการเป็นพิษ (V01-V99,W00-W99,X00-X59,Y10-Y89)
3. มะเร็งทุกชนิด (C00-D48)
4. ความดันเลือดสูง และโรคหลอดเลือดในสมอง (I10-I15,I60-I69)
5. การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย ถูกฆ่าตาย และอื่น ๆ (X60-X84,X85-Y09)
6. โรคเกี่ยวกับตับ และตับอ่อน (K70-K87)
7. ปอดอักเสบและโรคอื่น ๆ ของปอด (J12-J18,J80-J94)
8. ไตอักเสบ กลุ่มอาการของไตพิการ และไตพิการ (N00-N29)
9. วัณโรคทุกชนิด (A15-A19)
10. โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส (B20-B24)
11. อื่นๆ

ในการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวกับแบบแผนการเสียชีวิตนั้นกำหนดตามด้านประชากรศาสตร์ กล่าวคือ ศึกษาจำนวนการตายจำแนกตามอายุและเพศของคนไร้บ้าน

ขอบเขตการศึกษา

งานศึกษาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตและการเสียชีวิตของคนไร้บ้านครั้งนี้ ศึกษาในเขตพื้นที่ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากมีความเป็นเมืองสูง มีความเจริญทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและด้านอื่นๆ ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นเมืองหลวงของประเทศ ไม่เพียงเท่านั้นในการจัดทำข้อมูลเพื่อศึกษาดังกล่าว อาศัยการสัมภาษณ์ระดับลึกและสัมภาษณ์เป็นกลุ่มจากเจ้าหน้าที่ ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้และความเข้าใจกับกลุ่มคนไร้บ้าน อันจะเป็นกลุ่มตัวอย่างและการศึกษานำร่องที่สามารถนำผลการศึกษาไปจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการจัดสวัสดิการและพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้านทั่วประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

สำหรับการเก็บข้อมูลอาศัยการเก็บข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้านและการเสียชีวิต โดยข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลทุติยภูมิที่นำมาใช้ในการคำนวณด้านการเสียชีวิตและการตายของคนไร้บ้าน

ประชากรตัวอย่างที่เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์คือ ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านคนไร้บ้านโดยมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน รวมถึงมีความเข้าใจคนไร้บ้านเป็นอย่างดี และผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพและการตายของคนไร้บ้าน จากทั้งหน่วยงานของภาครัฐ เอกชนและองค์กรอิสระ

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้จัดเก็บข้อมูลทุติยภูมิจากเอกสารและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน รวมถึงอาศัยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินและคาดประมาณข้อมูลต่างๆ ของประชากรไร้บ้าน ดังนั้นจึงมีข้อจำกัด ดังนี้คือ

1. ประชากรคนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะพิเศษและเฉพาะ โดยเป็นทั้งประชากรแฝงและยากต่อการเข้าถึง ดังนั้นข้อมูลที่จัดเก็บนั้นอาจไม่ครอบคลุมและครบถ้วน รวมไปถึงอาจไม่สามารถจัดทำเป็นแนวโน้มตั้งแต่ในอดีตเป็นต้นมาได้
2. ข้อมูลที่ได้เมื่อไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ อาจมีความจำเป็นต้องใช้วิธีการคาดการณ์ ดังนั้นการนำไปใช้หรืออ้างอิงอาจจำเป็นต้องมีการระบุให้ชัดเจน

นิยามศัพท์สำคัญ

อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิต	หมายถึง	จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่เสียชีวิต
การเสียชีวิต	หมายถึง	สถานการณ์ภาวะการตายของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร
สาเหตุการเสียชีวิต	หมายถึง	เหตุต้นกำเนิด ที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ หรือการเจ็บป่วย อันทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่างๆ จนนำไปสู่การตายนั่นคือ อะไร ในการศึกษานี้จะศึกษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ กระบวนการสาธารณสุข
แบบแผนการเสียชีวิต	หมายถึง	จำนวนการเสียชีวิตจำแนกตามเพศและอายุของประชากร
คนไร้บ้าน	หมายถึง	คนที่มีได้อาศัยอยู่ในบ้าน แต่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ หรือในสถานสงเคราะห์ของภาครัฐหรือหน่วยงานอื่นๆ เป็นประจำ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้านำเสนอผลการศึกษาเป็น 4 ส่วนด้วยกัน คือ 1) การเสียชีวิตของคนไร้บ้าน: ความยืนยาวของชีวิต 2) อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้าน 3) คนไร้บ้านในความดูแลของหน่วยงานภาครัฐ: มิติด้านอายุ และ 4) สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน

การเสียชีวิตของคนไร้บ้าน: ความยืนยาวของชีวิต

ในปัจจุบัน ความยืนยาวของชีวิต (Longevity) เป็นแนวคิดสำคัญที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อใช้เป็นตัวชี้วัดความแตกต่างหรือความไม่เท่าเทียมด้านสุขภาพของประชากรระหว่างเขตพื้นที่ เช่น ประเทศ ภูมิภาคจังหวัด เป็นต้น หรือระหว่างช่วงเวลา หรือระหว่างประชากรกลุ่มย่อย เช่น ประชากรเพศชายเปรียบเทียบกับประชากรเพศหญิง เป็นต้น โดยในปัจจุบันมีมาตรวัดความยืนยาวของอายุที่ได้รับความนิยม และใช้สลับกันไปมาอยู่ 2 มาตรวัด คือ 1) อายุคาดเฉลี่ยของประชากร (Life expectancy) และ 2) อายุขัยของประชากร (Lifespan) (ตาราง 2)

โดยหลักการแล้ว อายุคาดเฉลี่ยเป็นจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่ประชากรคาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปหลังจากอายุ x ปี ทั้งนี้การคำนวณอายุคาดเฉลี่ย เป็นส่วนกลับของการพิจารณาแบบแผนการเสียชีวิตของประชากรในรุ่นใดรุ่นหนึ่ง (Cohort) ซึ่งมีอัตราการตายที่แตกต่างกันไป ในช่วงตั้งแต่เมื่อเกิดหรือให้กำเนิด การตายในช่วงวัยเด็ก การตายในช่วงวัยรุ่น จวบจนถึงการตายในช่วงที่เป็นประชากรสูงวัย

ในปัจจุบันเป็นที่ทราบกันดีว่า อายุคาดเฉลี่ยมีความแตกต่างหลากหลาย ไม่ว่าจะพิจารณาจากเพศ เชื้อชาติ ระดับของมลพิษ ระดับการศึกษาสูงสุด ระดับรายได้ หรือการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของประชากร เช่น การออกกำลังกาย การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ หรือพฤติกรรมการรับประทานอาหาร เป็นต้น ดังนั้นอายุคาดเฉลี่ยจึงเป็นดัชนีที่มีแตกต่างหลากหลายค่อนข้างสูงระหว่างบุคคล อย่างไรก็ตามอายุคาดเฉลี่ยยังคงเป็นดัชนีที่มีความจำเป็นในการเปรียบเทียบแนวโน้มความแตกต่างระหว่างเขตภูมิภาค อีกทั้งยังคงมีความจำเป็นต้องคำนวณหาอายุคาดเฉลี่ยของประชากรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันมีแนวโน้มการใช้อายุคาดเฉลี่ยในการพิจารณาความแตกต่างของความยืนยาวของชีวิตประชากรโดยเปรียบเทียบ เช่น ประเทศ A มีอายุคาดเฉลี่ยสูงกว่าประเทศ B ประมาณร้อยละ 20 เป็นต้น

ตาราง 2 เปรียบเทียบวิธีการคาดประมาณความยืนยาวของชีวิตระหว่างอายุคาดเฉลี่ยของประชากรและอายุขัยของประชากร

รายการ	อายุคาดเฉลี่ยของประชากร	อายุขัยของประชากร	
ความหมายโดยนิยาม	จำนวนปีโดยเฉลี่ยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ต่อไปหลังจากอายุ x ปี	อายุโดยเฉลี่ยที่ประชากรเสียชีวิต	
แนวคิดในการคำนวณ	Synthetic cohort rate	Cohort rate	Period rate
วิธีการคำนวณ	กรณีมีข้อมูลแบบแผนการตาย ใช้เทคนิคตารางชีพ กรณีไม่มีข้อมูลแบบแผนการตาย ใช้เทคนิค Model life table	อายุโดยเฉลี่ยที่เสียชีวิตของประชากรรุ่นปีเกิดที่สนใจ	อายุโดยเฉลี่ยที่เสียชีวิตของประชากรที่สนใจ
ความต้องการด้านข้อมูล	จำนวนคนตายในแต่ละกลุ่มอายุ ประชากรเปิดเสี่ยงที่จะเสียชีวิต หรือประชากรกลางปี	จำนวนของรุ่นปีเกิดของประชากรที่สนใจ อายุที่เสียชีวิตของประชากรที่สนใจทุกคน	อายุที่เสียชีวิตของประชากรที่สนใจ
ปัญหาทางเทคนิค	ขาดข้อมูลที่น่าเชื่อถือเกี่ยวกับอัตราการตายรายกลุ่มอายุของคน ไร้บ้าน เนื่องจากไม่ทราบข้อมูลจำนวนประชากรคนไร้บ้านที่ เปิดเสี่ยงที่จะเสียชีวิต ทำให้ไม่สามารถคำนวณอัตราการรอดชีพ รายกลุ่มอายุ และอายุคาดเฉลี่ยได้	ไม่ทราบข้อมูลจำนวนประชากรคนไร้บ้านที่เปิด เสี่ยงที่จะเสียชีวิตได้ ทำให้ไม่สามารถติดตามอายุที่ เสียชีวิตของคนไร้บ้านแต่ละคนที่เป็นประชากรที่ สนใจศึกษา ดังนั้นจึงไม่สามารถหาอายุโดยเฉลี่ยที่ เสียชีวิตของประชากรรุ่นปีเกิดที่สนใจได้	เป็นการคำนวณอายุโดยเฉลี่ยที่เสียชีวิตของ ประชากรที่สนใจ แต่ประกอบด้วยคนในหลายรุ่น ปีเกิด ทำให้ไม่สามารถพิจารณาแนวโน้มการ เปลี่ยนแปลงระหว่างรุ่นปีเกิดของประชากรได้
ความเป็นไปได้	สำหรับเทคนิคตารางชีพ ในบางหน่วยงานมีข้อมูลการตาย และผู้เข้ารับบริการในแต่ละปี แต่ด้วยขนาดของตัวอย่างไม่ มากนักทำให้มีประเด็นเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของอัตราการ ตายเฉพาะกลุ่มอายุของคนไร้บ้าน ส่วนการใช้เทคนิค Model life table ไม่สามารถเลือกแบบแผนการตายที่ เหมาะสมกับคนไร้บ้านได้	ไม่สามารถทำได้	สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบกับประชากรไทยได้

ที่มา: ผู้วิจัย, 2560

สำหรับอายุขัยของประชากร มีลักษณะเป็นการพิจารณาตามรุ่นปีเกิดของประชากรไปจนถึงอายุที่เสียชีวิต และมักพบว่า มีแนวโน้มค่าที่แตกต่างไปจากอายุคาดเฉลี่ยของประชากร เนื่องจากการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของประชากรอยู่ภายใต้ข้อตกลงเบื้องต้นเพียงจำนวนหนึ่ง ทว่าในชีวิตจริงความยืนยาวของชีวิตประชากรบางส่วนขึ้นอยู่กับปัจจัยภายนอก เช่น ภัยพิบัติทางธรรมชาติ การแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นต้น อีกทั้งบางส่วนขึ้นอยู่กับอุบัติเหตุ ดวง หรือความโชคดี เช่น อุบัติเหตุจากการเดินทาง เป็นต้น

ลักษณะร่วมประการสำคัญในการคำนวณ คือ เป็นการคำนวณตามแนวคิดรุ่นปี ที่ต้องการข้อมูลที่ต่อเนื่องยาวนาน แต่ในปัจจุบันการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของประชากรสามารถคำนวณได้จากตารางชีพ (Life table) ซึ่งเป็นแนวคิดแบบรุ่นปีสมมติที่เปลี่ยนจากข้อมูลแบบแผนการตายเฉพาะกลุ่มอายุของประชากรในหลายรุ่นปีเกิด ให้กลายเป็นแบบแผนการตายของประชากรรุ่นปีเกิดที่สนใจ โดยมีข้อสมมติที่สำคัญว่า ประชากรในรุ่นปีเกิดที่สนใจ มีแบบแผนการตายไม่แตกต่างไปจากแบบแผนการตายของประชากรที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ เห็นได้ว่า “แบบแผนการตาย” เป็นคำสำคัญของการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของประชากร ซึ่งการสร้างแบบแผนการตายต้องได้มาจากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ และมักสร้างแบบแผนการตายของประชากรจากข้อมูลระดับประเทศ เพื่อให้แน่ใจและมั่นใจได้ว่า เป็นแบบแผนการตาย หรืออัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุของประชากรที่สนใจ

ความถูกต้องของอัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุ มีความสำคัญมากเป็นอย่างยิ่ง เนื่องด้วยหลักการของการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของประชากร เริ่มต้นจากการแปลง อัตราตายรายกลุ่มอายุ \rightarrow ความน่าจะเป็นที่ประชากรจะเสียชีวิตระหว่างช่วงอายุ x ปี ถึงอายุ $x+n$ ปี \rightarrow อัตรารอดชีพ (Surviving rate) \rightarrow อายุคาดเฉลี่ย โดยเฉพาะในการคำนวณอัตราการตายรายกลุ่มอายุ คือ จำนวนคนตายในช่วงอายุ x ปี ถึงอายุ $x+n$ ปี มักมีปัญหาเกี่ยวกับการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริง ในขณะที่ตัวส่วนในการคำนวณอัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุ คือ จำนวนคนที่เปิดเสี่ยงที่จะเสียชีวิต ซึ่งมักมีปัญหาเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายของประชากรระหว่างปี ด้วยเหตุนี้เองจึงทำให้อัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุ ที่ใช้ประชากรต้นปีเป็นฐานในการคำนวณ มีค่าแตกต่างไปจากการใช้ประชากรปลายปีเป็นฐานในการคำนวณ และในปัจจุบันได้มีการเลือกใช้ประชากรกลางปีเป็นฐานในการคำนวณอัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุ เพื่อลดปัญหาความเบ้เอียงไปจากความเป็นจริงของจำนวนประชากรที่เปิดเสี่ยงที่จะเสียชีวิต

สำหรับกรณีการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของคนไร้บ้านด้วยเทคนิคตารางชีพ มีประเด็นที่ต้องพิจารณาอยู่หลายประการ โดยประเด็นเกี่ยวกับการคุ้มครอง หรือประเด็นเกี่ยวกับนิยามของคนไร้บ้านและการเป็นคนไร้บ้าน ทำให้มีปัญหาในทางเทคนิค ในการคำนวณอัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุของคนไร้บ้าน ซึ่งปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับการตายของคนไร้บ้านที่สามารถเข้าถึงได้ ล้วนมาจากการบันทึกข้อมูลโดยหน่วยงานภาครัฐ (1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถาน

คุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) และ ภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)) ที่มีวัตถุประสงค์หลักเพียง การรายงานจำนวนผู้เข้ารับบริการ และจำนวนผู้ที่จำหน่ายออก ซึ่งยังคงขาดข้อมูลของคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะอันเป็นกลุ่มคนไร้บ้านส่วนใหญ่ในกรุงเทพมหานคร

ประเด็นเกี่ยวกับคาบเวลาในการบันทึกข้อมูลของแต่ละหน่วยงานนั้น พบว่า จำนวนคนไร้บ้านที่เสียชีวิตในแต่ละกลุ่มอายุ (ตัวเศษในการคำนวณอัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุ) มักรายงานเป็นรายปี ส่วนจำนวนประชากรเปิดเสี่ยงที่จะเสียชีวิต (ตัวส่วนในการคำนวณอัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุ) ส่วนใหญ่บันทึกการเข้ารับบริการแบบสะสมหลายปีต่อเนื่อง และมีการย้ายข้อมูลของคน que เสียชีวิตหรือย้ายออกจากหน่วยงานไปเก็บไว้โดยเฉพาะ เห็นได้ว่า เป็นวิธีการบันทึกข้อมูลที่ทำให้ความสะดวกในการรายงานยอดคงเหลือในแต่ละหน่วยงาน ณ จุดเวลาที่สนใจ ประกอบกับนโยบายป้องกันความลับเกี่ยวกับข้อมูลของผู้ใช้บริการในแต่ละหน่วยงาน ทำให้จำเป็นต้องจำกัดการเข้าถึงข้อมูลบางส่วน เมื่อเป็นเช่นนี้จึงทำให้ไม่สามารถติดตามข้อมูลของผู้เข้ารับบริการในระดับบุคคล โดยนับจากวันที่เข้ารับบริการจนถึงวันเสียชีวิตได้

ประเด็นเกี่ยวกับความน่าเชื่อถือของอัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุ (${}_nM_x$) หรือแบบแผนการตายของคนไร้บ้าน พบว่า คนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร เป็นประชากรกลุ่มย่อยที่มีจำนวนไม่มากนัก และเป็นประชากรที่มีลักษณะเฉพาะในเชิงพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิต อีกทั้งสถานะทางสุขภาพของคนไร้บ้านมีแนวโน้มได้รับอิทธิพลมาจากสภาพแวดล้อมทางกายภาพในบริเวณที่อยู่อาศัย หรือบริเวณที่ทำมาหากิน ซึ่งอาจทำให้ “การตายของคนไร้บ้าน อาจไม่มีแบบแผนที่แน่นอน” เหมือนกับประชากรโดยทั่วไปที่ใช้ในการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยด้วยเทคนิคตารางชีพ

ทั้งนี้ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสมมติฐานการมีชีวิตในช่วงอายุ x ปี ถึง $x+n$ ปี ของคนไร้บ้าน (${}_na_x$) อาจมีความแตกต่างไปจากประชากรโดยทั่วไปที่กำหนดให้จำนวนปีที่มีชีวิตในช่วงอายุ x ปี ถึง $x+n$ ปี ของประชากรที่เสียชีวิตมีค่าประมาณครึ่งหนึ่งของช่วงเวลาที่สนใจ โดยในกรณีของคนไร้บ้านยังไม่มีการศึกษาวิจัยเชิงประจักษ์แต่อย่างใด อย่างไรก็ตาม นอกจากนั้นแล้วจากการศึกษา พบว่า มีข้อสังเกตเกี่ยวกับการตายของคนไร้บ้านที่อาจมีความเกี่ยวข้องกับฤดูกาลได้ด้วยเช่นกัน

ประเด็นเกี่ยวกับอายุสูงสุดของคนไร้บ้าน นับได้ว่าเป็นประเด็นสำคัญในการคำนวณตารางชีพ โดยในปัจจุบันการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของประชากรทั่วไปได้กำหนดให้ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้นจากเดิมที่กำหนดให้ประชากรในรุ่นปีเกิดที่สนใจทุกคนต้องเสียชีวิตไม่เกินอายุ 80 ปี และต่อมาได้ขยายเพิ่มขึ้นไปเป็น 100 ปี อันเป็นการเปลี่ยนแปลงบนฐานของการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุของประชากรอย่างต่อเนื่อง ซึ่งยังคงเป็นคำถามสำคัญของประชากรคนไร้บ้าน

สำหรับเทคนิควิธีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความยืนยาวของชีวิตคนไร้บ้านที่น่าสนใจอีก 2 วิธีการคือ วิธีการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยจาก Model life table เป็นวิธีการคาดประมาณทางอ้อมในกรณีที่ไม่ทราบแบบแผนการตายของประชากร โดยวิธีการนี้ได้พัฒนามาจาก การสังเคราะห์แบบแผนการตายของประชากรโลก และจำแนกออกเป็นภูมิภาคตามความเหมือนและความต่างของแบบแผนการตายของประชากร ซึ่งวิธีการคาดประมาณประชากรที่สนใจทำได้โดยเลือกภูมิภาคที่มีแบบแผนการตายที่คล้ายคลึงกับประชากรที่สนใจ หลังจากนั้นจึงเลือกอายุคาดเฉลี่ยให้เหมาะสม และในที่สุดย่อมจะได้แบบแผนการตายที่เหมาะสมกับประชากรที่กำลังศึกษา อีกทั้งสามารถสร้างตารางชีพของประชากรที่สนใจได้ ส่วนในกรณีที่ต้องการคาดประมาณอายุคาดเฉลี่ยของประชากรที่สนใจนั้น ทำได้โดยเพียงเลือก Model life table จากภูมิภาคที่มีแบบแผนการตายหรืออัตราการตายเฉพาะกลุ่มอายุที่ไม่แตกต่างจากประชากรที่สนใจ และอายุคาดเฉลี่ยจะปรากฏอยู่ในท้ายตารางชีพที่ถูกเลือก

อย่างไรก็ตาม การเลือกแบบแผนการตายของ Model life table ยังจำเป็นที่จะต้องทราบระดับการตายในช่วงวัยเด็ก กับระดับการตายในช่วงวัยผู้ใหญ่ เช่น แบบแผนที่ 1 การตายในวัยเด็กและวัยผู้ใหญ่อยู่ในระดับต่ำมาก แบบแผนที่ 2 การตายในวัยเด็กอยู่ในระดับต่ำ แต่ในวัยผู้ใหญ่อยู่ในระดับสูง เป็นต้น ทว่าข้อมูลเกี่ยวกับการตายของคนไร้บ้านในแต่ละช่วงอายุมีอยู่น้อยมากโดยเฉพาะคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ประกอบกับคนไร้บ้านมีลักษณะจำเพาะในเชิงพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่แตกต่างจากไปจากประชากรทั่วไป จึงทำให้การเลือกใช้เลือกแบบแผนการตายจาก Model life table นั้น อาจไม่ใช่วิธีการที่เหมาะสม ในขณะเดียวกันข้อมูลการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในหน่วยงานภาครัฐ (1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)) และภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)) เป็นเพียงการบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการเสียชีวิตของประชากรในช่วงท้ายของชีวิต เนื่องจากผู้ที่เข้ารับบริการมีแนวโน้มมีอายุเยอะพอสมควร ทำให้ในปัจจุบันยังไม่มีข้อมูลแบบแผนการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่มีความน่าเชื่อถือได้

ขณะที่วิธีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความยืนยาวของชีวิตคนไร้บ้านที่น่าสนใจอีกวิธี คือ การคำนวณอายุคาดเฉลี่ยตามรุ่นปี ซึ่งเป็นเทคนิคการวิเคราะห์ทางตรงที่ติดตามคนไร้บ้านทุกคนไปจนกระทั่งคนไร้บ้านเสียชีวิต และเมื่อกลุ่มคนไร้บ้านที่ติดตามเสียชีวิตหมดทุกคนแล้ว ค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านทุกคนที่เฝ้าติดตามจะเท่ากับอายุคาดเฉลี่ยของคนไร้บ้านในกลุ่มที่เฝ้าติดตาม โดยกลุ่มประชากรที่สนใจเฝ้าติดตามอาจเป็นกลุ่มคนที่มีรุ่นปีเกิดเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่ออกมาเป็นคนไร้บ้านในปีเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่มาลงทะเบียนเป็นคนไร้บ้านในช่วงปีเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่เข้ามาใช้บริการในสถานปีเดียวกัน เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วจะเห็นได้ว่า วิธีการดังกล่าว เป็นวิธีที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่สนใจที่มีขนาดเล็ก เนื่องจากต้องติดตามข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรที่สนใจทุกคนอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

ในปัจจุบัน หน่วยงานภาครัฐ (1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)) และภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)) ได้บันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับบริการ และการเสียชีวิตของผู้เข้ารับบริการ แต่ทว่าจำนวนปีที่บันทึกข้อมูลยังไม่ยาวนานมากพอที่จะคำนวณอายุคาดเฉลี่ยหรืออายุขัยเฉลี่ยของกลุ่มคนไร้บ้านที่สนใจได้ อีกทั้งยังมีปัญหาที่ไม่สามารถเชื่อมโยงจากข้อมูลพื้นฐานกับข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เข้ารับบริการได้ ทำให้ในปัจจุบันสามารถคำนวณได้เพียงอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในแต่ละปีเท่านั้น

อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้าน

ด้วยข้อจำกัดของข้อมูลเกี่ยวกับการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน ที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้เฉพาะผู้ที่เข้ารับบริการในหน่วยงานภาครัฐ (1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)) และภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)) ทั้งนี้มีผู้เข้ารับบริการบางส่วนกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน มีบางส่วนส่งต่อไปยังสถานอื่น รวมไปถึงมีคนไร้บ้านบางส่วนเสียชีวิตในสถานสงเคราะห์หรือโรงพยาบาล ซึ่งข้อมูลการเสียชีวิตหรือการตายของผู้เข้ารับบริการในหน่วยงานภาครัฐ (1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)) และภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)) ไม่ได้ถูกบันทึกอย่างเป็นระบบที่ง่ายต่อการวิเคราะห์แบบรุ่นปีเกิดหรือรุ่นปีที่เข้ารับบริการ แต่เป็นการบันทึกการเสียชีวิตในแต่ละปีแยกออกจากข้อมูลผู้เข้ารับบริการ เพื่อให้ง่ายต่อการรายงานข้อมูลจำนวนคนที่เสียชีวิตในแต่ละปี

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าข้อมูลจำนวนคนที่เสียชีวิต จำแนกตามหน่วยงานภาครัฐ (1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)) และภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)) ดังแสดงตาราง 3 นั้น มีจำนวนคนที่เสียชีวิตในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถีและมูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย ค่อนข้างน้อยโดยเปรียบเทียบกับสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรีและสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี ทำให้การเปรียบเทียบเทียบการกระจายตัวของอายุที่เสียชีวิตระหว่างหน่วยงานอาจไม่เหมาะสมนัก ซึ่งผู้ศึกษาจึงได้เลือกนำเสนอเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ โดยแบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง

เป็นที่ประจักษ์ชัดแล้วว่า เมื่อพิจารณาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้าน (ตาราง 3) โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ที่เสียชีวิตในแต่ละหน่วยงานมีอายุประมาณ 60 ปี โดยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (อายุประมาณ 60 ปี เปรียบเทียบกับอายุประมาณ 58 ปี ตามลำดับ) ดังนั้นอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของตัวอย่าง

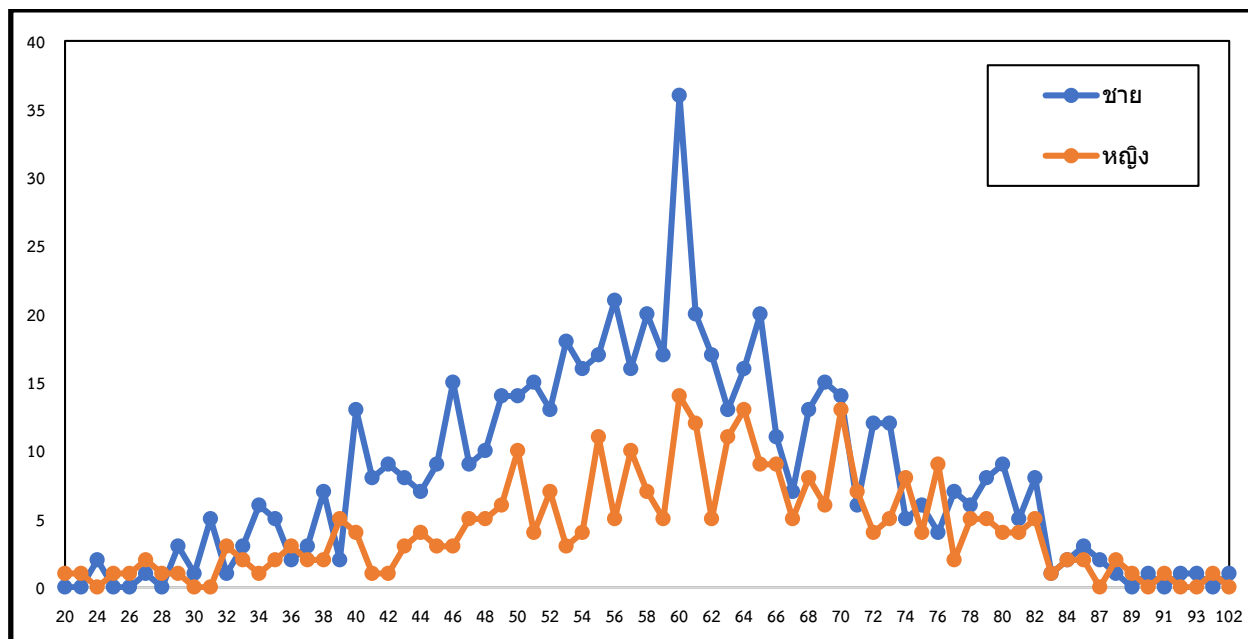
จึงต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยในปัจจุบันค่อนข้างมาก (เพศหญิง อายุประมาณ 82 ปี เปรียบเทียบกับ เพศชาย อายุประมาณ 77 ปี ตามลำดับ) อย่างไรก็ตามก็ตีความแตกต่างของอายุที่เสียชีวิตระหว่างเพศมีความแตกต่างกันเล็กน้อย ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยความแตกต่างของอายุที่เสียชีวิต จำแนกตามหน่วยงานภาครัฐ พบว่า อายุที่เสียชีวิตของตัวอย่างไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็น 1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)

ตาราง 3 อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิต จำแนกตามปี และหน่วยงาน

หน่วยงาน	ปี พ.ศ.	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (ปี)	ค่ามัธยฐาน	ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ค่าต่ำสุด	ค่าสูงสุด
สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี	2553	21	50.05	51.00	14.627	24	88
	2554	76	57.51	56.00	14.077	30	92
	2555	55	58.29	60.00	14.955	29	85
	2556	60	55.77	55.50	12.958	24	85
	2557	75	58.68	60.00	11.796	34	93
	2558	104	59.3	58.00	12.538	29	102
	2559	145	59.33	60.00	12.526	27	90
	2560	24	62.37	62.00	13.912	34	87
	รวม		560	58.29	58.00	13.186	24
สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี	2555	8	65.33	72.00	18.675	25	88
	2556	18	63.89	63.50	12.257	37	89
	2557	38	55.95	55.00	12.307	28	80
	2558	67	63.18	63.00	13.448	34	91
	2559	58	63.34	64.00	12.515	32	94
	2560	16	62.13	64.50	14.655	29	84
	รวม		206	61.97	62.50	13.396	25
สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย)	2559	17	57.12	59.00	9.306	34	68
	2560	8	61.00	62.00	6.094	51	69
	รวม		25	58.36	60.00	8.485	34
	2557	22	52.73	57.50	15.319	22	73

หน่วยงาน	ปี พ.ศ.	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย (ปี)	ค่ามัธย ฐาน	ค่าส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ค่า ต่ำสุด	ค่า สูงสุด
สถานคุ้มครองและ พัฒนาคนพิการบ้าน กิ่งวิถี (หญิง)	2558	32	59.09	61.50	15.646	20	81
	2559	44	58.07	60.50	12.619	27	81
	รวม	98	57.2	60.00	14.342	20	81
มูลนิธิเพื่อการพัฒนา ที่อยู่อาศัย	ไม่ทราบ	11	58.36	62.00	16.693	31	82
	รวม	11	58.36	62.00	16.693	31	82
รวม	2553	21	50.05	51.00	14.627	24	88
	2554	76	57.51	56.00	14.077	30	92
	2555	64	59.28	61.00	15.559	25	88
	2556	78	57.64	56.50	13.179	24	89
	2557	135	56.94	58.00	12.662	22	93
	2558	203	60.55	61.00	13.426	20	102
	2559	275	59.80	60.00	12.611	27	94
	2560	48	62.06	63.50	13.001	29	87
	รวม	900	59.02	60.00	13.377	24	102

ภาพ 2 การกระจายของจำนวนคนไร้บ้านที่เสียชีวิตในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน จำแนกตามเพศ



ผลการวิเคราะห์ในภาพ 2 ได้แสดงให้เห็นว่า ในช่วงอายุ 50-65 ปี มีจำนวนคนที่เสียชีวิตค่อนข้างมาก โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ และไม่มีความแตกต่างมากนักระหว่างเพศชายและเพศหญิง

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ จำนวนคนที่เสียชีวิตในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพียงเล็กน้อย อาจเป็นไปได้ว่า มีประชากรอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวนไม่มากนัก ที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงาน ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของประชากรที่จะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่น ทำให้อายุที่เสียชีวิตของประชากรที่เข้ารับบริการในสถานต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยอย่างเห็นได้ชัด (ดังภาพ 2)

สำหรับอายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ จากการศึกษาครั้งนี้อาศัยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคุ้นเคยกับประเด็นคนไร้บ้าน และผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานให้บริการรับส่งคนในพื้นที่สาธารณะไปยังโรงพยาบาล ได้ให้คำตอบที่ค่อนข้างเป็นไปได้ในทิศทางเดียวกับการเสียชีวิตของผู้เข้ารับบริการในหน่วยงาน กล่าวคือ ส่วนใหญ่คนในพื้นที่สาธารณะเสียชีวิตที่อายุประมาณ 40-50 ปี และพบเจอผู้สูงอายุเสียชีวิตในพื้นที่สาธารณะจำนวนไม่มากนัก

คนไร้บ้านในความดูแลของหน่วยงานภาครัฐ: มิติด้านอายุ

งานศึกษาและวิจัยที่ผ่านมาเกี่ยวกับคนไร้บ้าน แสดงให้เห็นว่า การไร้บ้านเป็นภาวะหนึ่งของช่วงชีวิตประชากร กล่าวคือ โดยเฉลี่ยประชากรออกมาใช้ชีวิตนอกบ้านในช่วงอายุ 40 ปี ขึ้นไป และมีบางส่วนเข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่ง ทำให้ในการประเมินต้นทุนหรือค่าใช้จ่ายที่รัฐต้องรับผิดชอบในการจัดสวัสดิการมีความเกี่ยวเนื่องโดยตรงกับอายุของผู้เข้ารับบริการ

เมื่อพิจารณาอายุของคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการในหน่วยงานภาครัฐ (1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถิ (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถิ (หญิง)) ปี พ.ศ. 2560 (เฉพาะผู้ที่ยังคงมีชีวิตอยู่) พบว่า โดยเฉลี่ยผู้ที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์มีอายุประมาณ 51 ปี ทั้งนี้เพศหญิงที่เข้ารับบริการในหน่วยงานมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย ในขณะที่อายุเฉลี่ยของผู้เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรีและสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี สูงกว่าเล็กน้อยโดยเปรียบเทียบกับผู้เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถิ (ชาย) และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถิ (หญิง) (ตาราง 4)

จากการศึกษานี้ พบประเด็นที่น่าสนใจ กล่าวคือ มีเพียง 1 ใน 5 ของผู้เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐ ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และมีเพียงร้อยละ 15 ของผู้เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐ มีอายุมากกว่า 65 ปี เมื่อเป็นเช่นนี้จะเห็นได้ว่า มีความสอดคล้องต้องกันของผลการวิจัยเกี่ยวกับอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของผู้ที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐ กับอายุของคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐ กล่าวคือ เป็นไปได้ว่าคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐส่วนใหญ่ เข้ามารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง และเสียชีวิตในช่วงอายุก่อน 65 ปี ทำให้มีสัดส่วนของผู้ที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีไม่มากนัก โดยความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุที่เสียชีวิตกับค่าเฉลี่ยของอายุผู้เข้ารับบริการประมาณ 10 ปี หรืออาจกล่าวได้ว่า โดยเฉลี่ยแล้วสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐต้องจัดสวัสดิการให้กับคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปีก่อนที่คนไร้บ้านจะเสียชีวิต

ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับข้อมูลของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี (ตาราง 5) โดยในการศึกษารั้งนี้ พบว่า ในแต่ละปี (ปี พ.ศ. 2555 ถึงปี พ.ศ. 2559) อายุเฉลี่ยของผู้รับบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรีมีอายุแรกเข้าเมื่อรับบริการประมาณ 51 ปี ทั้งนี้ผู้รับบริการแห่งนี้เสียชีวิตที่อายุประมาณ 62 ปี ดังนั้นระยะเวลาที่รับบริการของกลุ่มคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรีแห่งนี้มีประมาณ 11 ปี (ภาพ 3) และเมื่อพิจารณาจากภาพ 4 อายุแรกเข้าและอายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี ปี พ.ศ. 2555 ถึง ปี พ.ศ. 2559 พบว่ามีแนวโน้มที่ใกล้เคียงกันในแต่ละปี

เมื่อพิจารณาจำนวนคนที่เข้ารับบริการ ร่วมกับระยะเวลาที่รัฐต้องจัดสวัสดิการให้กับผู้เข้ารับบริการก่อนที่จะเสียชีวิต ย่อมมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้คือ 1) ความเพียงพอของจำนวนเจ้าหน้าที่ และงบประมาณในการจัดบริการให้กับผู้เข้ารับบริการ และ 2) ทักษะความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้เข้ารับบริการที่มีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคอันเนื่องมาจากการสูงอายุ เป็นต้น

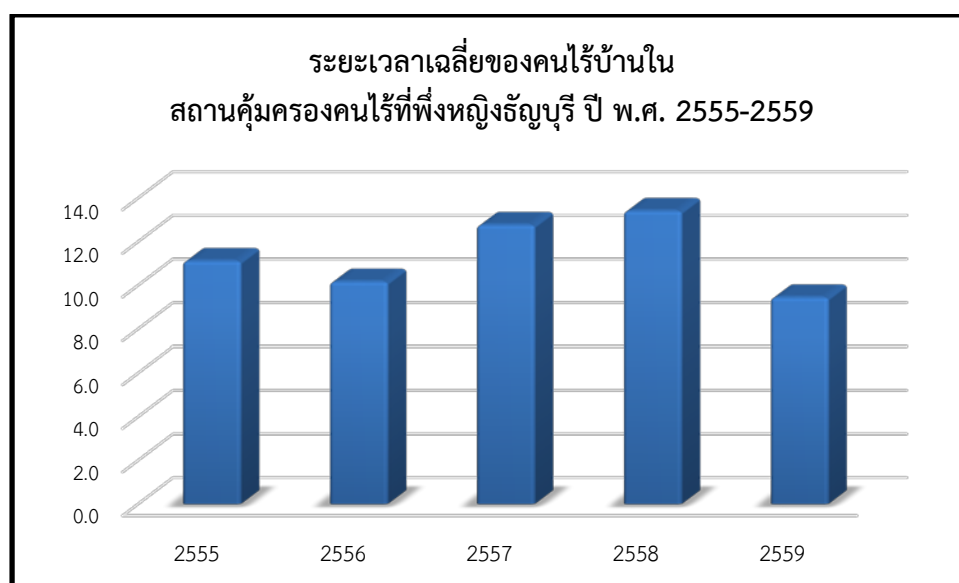
ตาราง 4 การกระจายตัวตามกลุ่มอายุของผู้เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐ จำแนกตามเพศ และหน่วยงานภาครัฐฯ

เพศและหน่วยงานภาครัฐฯ	กลุ่มอายุ										อายุเฉลี่ย
	25-29 ปี	30-34 ปี	35-39 ปี	40-44 ปี	45-49 ปี	50-54 ปี	55-59 ปี	60-64 ปี	65-69 ปี	70 ปีขึ้นไป	
เพศ											
ชาย	2.37	6.59	9.93	14.59	12.57	16.96	13.36	10.37	5.80	5.36	49.67
หญิง	4.13	5.38	7.40	10.28	11.72	13.64	13.64	12.87	8.84	10.28	52.39
หน่วยงานภาครัฐฯ											
สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชาย	1.70	6.04	8.82	12.85	12.85	17.03	13.62	11.92	6.81	6.50	50.98
สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิง	2.30	3.35	6.28	8.37	11.30	12.13	11.30	14.23	11.92	17.57	56.10
บ้านกึ่งวิถี (ชาย)	3.25	7.32	11.38	16.87	12.20	16.87	13.01	8.33	4.47	3.86	47.94
บ้านกึ่งวิถี (หญิง)	5.68	7.10	8.35	11.90	12.08	14.92	15.63	11.72	6.22	4.09	49.25
รวม	3.21	6.01	8.72	12.53	12.16	15.37	13.49	11.56	7.25	7.71	50.97

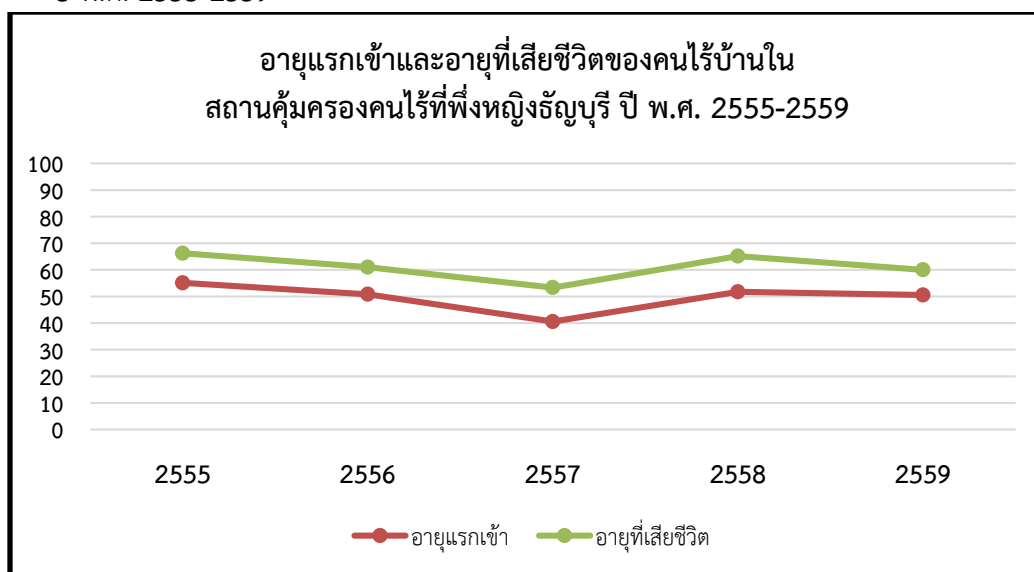
ตาราง 5 อายุแรกเข้าเมื่อรับบริการ อายุที่เสียชีวิตและระยะเวลาที่รับบริการของกลุ่มคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี ปี พ.ศ. 2555-2559

ปี พ.ศ.	อายุแรกเข้า	อายุที่เสียชีวิต	ระยะเวลา
2555	55.1	66.3	11.1
2556	50.8	61.0	10.2
2557	40.6	53.3	12.8
2558	51.7	65.2	13.4
2559	50.5	60.0	9.5
รวม	51.1	62.6	11.5

ภาพ 3 ระยะเวลาเฉลี่ยของคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี ปี พ.ศ. 2555-2559



ภาพ 4 อายุแรกเข้าและอายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี ปี พ.ศ. 2555-2559



สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน

ในอดีตประชากรไทยโดยทั่วไปมีอายุไม่ยืนยาวนานนัก ประมาณว่าเฉลี่ยแล้วมีอายุคาดเฉลี่ยไม่เกิน 50 ปี ทั้งนี้เพราะในช่วงเวลาดังกล่าวประชากรไทยประสบกับการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อที่ร้ายแรงเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเสียชีวิตของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากวัยเด็กเป็นกลุ่มประชากรที่มีภูมิคุ้มกันน้อย แม้ในช่วงเวลา ณ ขณะนั้น จะมีการเกิดมากก็ตาม ขณะเดียวกันก็พบว่า มีการเสียชีวิตมากเช่นกัน ในช่วงปี พ.ศ. 2480 ได้มีการประมาณค่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทย ซึ่งพบว่า เพศชายน่าจะมีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 39 ปี และเพศหญิงน่าจะมีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 41 ปี (Rungpitarangsi, 1966)

ต่อมาในช่วง ปี พ.ศ. 2490 ประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 44 ปี ซึ่งการคาดประมาณนี้ใกล้เคียงกับผลการคาดประมาณของสำนักงานคณะกรรมการมหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับทางกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงปี พ.ศ. 2501 ถึงปี พ.ศ. 2504 มีการคาดประมาณจากหลายแหล่งที่ให้ค่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยใกล้เคียงกัน แม้จะใช้ฐานข้อมูลที่แตกต่างกัน กล่าวคือ เพศชายมีอายุคาดเฉลี่ย ประมาณ 51-54 ปี ขณะที่เพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ยที่สูงกว่าเพศชาย คือประมาณ 55-59 ปี (United Nations, 1966; Rungpitarangsi, 1974; Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Ministry of Public Health, 1985) ในปัจจุบันนี้ ปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประชากรไทยมีอายุคาดเฉลี่ยที่เพิ่มขึ้นจากในอดีตมาก โดยเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ย 72 ปี และเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ย 79 ปี (Population Reference Bureau, 2016) ขณะที่ประชากรในกรุงเทพมหานครเพศชายมีอายุคาดเฉลี่ย 77 ปี และ

ประชากรในกรุงเทพมหานครเพศหญิงมีอายุคาดเฉลี่ย 82 ปี (สำนักคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2560)

ก่อนปี พ.ศ. 2490 ประชากรไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อที่อันตรายเป็นจำนวนมาก เช่น ป่วยและเสียชีวิตด้วยอหิวาตกโรค (Cholera) ไข้ทรพิษ (Smallpox) ไข้กาฬหลังแอ่น (Meningococcal Meningitis) และกาฬโรค (Plaque) แต่หลังจาก ปี พ.ศ. 2498 เป็นต้นมา ไม่มีการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยกาฬโรคในประเทศไทยอีก และหลังจาก ปี พ.ศ. 2505 เป็นต้นมา ก็ไม่มีการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยไข้ทรพิษอีกเช่นกัน ส่วนการเสียชีวิตด้วยอหิวาตกโรคแม้ว่ายังคงไม่หมดสิ้นไปจากปัจจุบัน แต่ก็ลดลงอย่างมาก ส่วนไข้กาฬหลังแอ่นยังคงมีอยู่ประปราย หรือเกือบจะไม่ปรากฏขึ้นเลยในประเทศไทยบางปี

สำหรับโรคติดต่อเชื้ออื่นๆ ที่เคยเป็นสาเหตุการเจ็บป่วยและเสียชีวิตในอันดับต้นๆ ของประชากรไทย เช่น มาเลเรีย (Malaria) วัณโรคระบบหายใจ (Tuberculosis of Respiratory System) โรคท้องร่วง (Diarrhea) โรคแทรกซ้อนในระหว่างตั้งครรภ์และคลอด (Diseases of Pregnancy, Childbirth Puerperium) ภาวะขาดวิตามินและความบกพร่องทางโภชนาการ (Avitaminoses and Other Nutritional Deficiency) ก็ได้ลดลงอย่างมากเช่นกัน ในช่วงหลัง ปี พ.ศ. 2510 เป็นต้นมา แต่ในช่วงสามสิบปีหลังมานี้ พบว่า มีแนวโน้มประชากรไทยเจ็บป่วยและเสียชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป จากการเสียชีวิตด้วยโรคติดต่อในสาเหตุนำอันดับต้นๆ ในอดีต มาเป็นการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อหรือโรคที่เกิดจากการพัฒนามากขึ้น

ปัจจุบันนี้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการจัดทำข้อมูลการเสียชีวิตหรือการตาย โดยใช้ข้อมูลการเสียชีวิต/ สถิติชีพ (vital statistics) จากกระทรวงมหาดไทย ซึ่งครอบคลุมร้อยละ 90 ของประชากร ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขได้รวบรวมข้อมูลเพื่อให้หน่วยงานอื่นๆ ได้นำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ต่อและในปัจจุบันยังไม่มีการใช้ข้อมูลระดับสากล แต่มีการทำงานเป็นที่ร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (International Health Policy Program: IHPP)

เมื่อทราบข้อมูลการเสียชีวิตทำให้สามารถทราบถึงข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตด้วยเช่นกัน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ข้อมูลที่ระบุถึงสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรไทยส่วนใหญ่ยังไม่มีคุณภาพ ทั้งนี้การเสียชีวิตในปัจจุบันอาจแบ่งได้เป็น 2 กรณีด้วยกัน คือ 1. การเสียชีวิตนอกสถานพยาบาล และ 2. การเสียชีวิตในสถานพยาบาล อย่างไรก็ตามเมื่อมีการเสียชีวิตนอกสถานพยาบาล ประมาณร้อยละ 50-60 นายทะเบียนจะได้รับแจ้งข้อมูลการเสียชีวิตจากญาติ ทำให้ไม่ทราบสาเหตุการเสียชีวิตที่แท้จริง หรือนายทะเบียนไม่มีความรู้จริง ซึ่งอาจทำให้ไม่สามารถระบุสาเหตุการเสียชีวิตได้ตรงกับความจริง หรือระบุว่าไม่ทราบสาเหตุการตาย เป็นต้น

หากมีการเสียชีวิตในโรงพยาบาลจะมีแพทย์ระบุสาเหตุการเสียชีวิต ทว่าก็ยังเป็นข้อมูลที่ไม่ถูกต้อง หรือสมบูรณ์เท่าใดนัก สืบเนื่องมาจากแพทย์อาจมีความรู้ไม่เพียงพอ หรือไม่ทราบข้อมูลการระบุสาเหตุการเสียชีวิต โดยระบุไม่ตรงกับโรคที่เป็นมาตรฐานโรคที่กระทรวงระบุจริง สำหรับการระบุสาเหตุการเสียชีวิตด้วยการระบุโรคนั้น กระทรวงสาธารณสุขจะแปลงข้อมูลโรคที่เป็นสาเหตุการตายให้เข้ากับรหัสโรคที่เป็นมาตรฐานสากล

แบบแผนการเสียชีวิตและสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงมากกว่า โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านมีลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ และกลุ่มที่อาศัยในศูนย์พักคนไร้บ้านทั้งหน่วยงานของภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน

อนึ่งการเก็บข้อมูลเพื่อระบุสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านทั้ง 2 กลุ่ม ยังไม่มีการจัดระบบที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ในขณะที่ มีการเก็บสาเหตุการเสียชีวิตแค่เพียงบางหน่วยงานเท่านั้น และประการสำคัญคือ การตรวจสอบสาเหตุการเสียชีวิตไม่ได้มีการผ่าชันสูตรศพทุกราย¹ ทำให้มีการระบุสาเหตุการเสียชีวิตโดยใช้คำว่า “สันนิษฐานว่า...” ในหลายราย ทั้งนี้ ความสมบูรณ์ของข้อมูลการตายของคนไร้บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่งกับการประเมินสถานะสุขภาพของคนไร้บ้านในบริบทชีวิตความเป็นอยู่ที่แตกต่างกัน รวมถึงภาระโรค และภาระค่าใช้จ่ายที่คนไร้บ้านในหน่วยงานของภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนต้องแบกรับไว้ หากมีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ จะเป็นฐานข้อมูลสำคัญสำหรับการวางนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ตลอดจนวางแผนการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยไร้บ้านอย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ เนื่องจากยังไม่มีการจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และไม่มีหน่วยงานเจ้าภาพรับผิดชอบที่ชัดเจน ดังนั้น ผลการศึกษาในส่วนนี้จึงอาศัยความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานช่วยเหลือคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะเป็นหลัก โดยผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆ ให้ความเห็นในทิศทางเดียวกันว่า สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านกลุ่มนี้ ต้องแยกออกเป็นคนไร้บ้านที่เสียชีวิตด้วยการเจ็บป่วยทางกาย โดยไม่มีอาการทางจิตมาก่อน และกลุ่มผู้ป่วยทางจิต ซึ่งเป็นที่รับรู้ว่าเป็นกลุ่มคนไร้บ้านหลักที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะ และน่าจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่างๆ มากกว่าคนไร้บ้านที่ไม่ป่วยทางจิต (ตาราง 6)

¹ เนื่องด้วยผู้เสียชีวิตบางรายไม่มีหลักฐานระบุตัวตน เช่น ไม่มีบัตรประชาชน ไม่สามารถตรวจสอบประวัติการเจ็บป่วยได้ เป็นต้น ดังนั้น แพทย์จึงตัดสินใจไม่ผ่าชันสูตรเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค ในกรณีที่ไม่มีทราบสาเหตุการตายที่แน่ชัด และใช้วิธีการสังเกตจากลักษณะภายนอกของผู้ตาย รวมถึงรายละเอียดของสภาพศพที่พบเจอในครั้งแรกจากผู้นำส่ง (สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ)

ตาราง 6 สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ

ประเภทการเจ็บป่วย	สาเหตุการเสียชีวิต
ผู้ป่วยทางกาย	อุบัติเหตุ, วัณโรค, โรคฉวยโอกาสจากการติดเชื้อ HIV/AIDS, โรคตับ, โรคติดเชื้อเรื้อรัง, โรคประจำตัวอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น โรคเรื้อรัง*, โรคเท้าช้าง* (* การเจ็บป่วย)
ผู้ป่วยทางจิต	อุบัติเหตุ, วัณโรค, โรคประจำตัวอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคติดต่อ เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น

ที่มา: สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่โครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา, เจ้าหน้าที่มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.), เจ้าหน้าที่อาสาสมัครหน่วยกู้ชีพวชิรพยาบาล (ดูแลพื้นที่เขตพระนครและป้อมปราบศัตรูพ่าย)

อย่างไรก็ตาม คณะผู้ศึกษาไม่สามารถวิเคราะห์ชี้ชัดได้ว่า คนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะเสียชีวิตด้วยสาเหตุใดมากที่สุด หากแต่การให้ข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่ได้ทำให้เห็นถึงความแตกต่างของสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ และในหน่วยงานของภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนอย่างมีนัยสำคัญ โดยคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะทั้งผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ โรคติดเชื้อและเสียชีวิตด้วยเหตุจากการติดเชื้อเรื้อรังเป็นหลัก มีเพียงบางรายที่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่อาจจะเป็นโรคประจำตัวมาตั้งแต่ก่อนเป็นคนไร้บ้าน นอกจากนี้ สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านกลุ่มนี้ ยังขึ้นอยู่กับสภาพภูมิอากาศและสภาพแวดล้อมที่อาศัยหลบซ่อนเป็นสำคัญด้วย เช่น ในฤดูร้อน พบว่า คนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยการเป็นโรคลมแดด (Heat Stroke) เป็นต้น

ข้อมูลการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่เสียชีวิตในหน่วยงานภาครัฐ หรือศูนย์พัก หรือสถานคุ้มครอง (Shelter) แม้จะมีการจัดเก็บสถิติ และสาเหตุการเสียชีวิตไว้บ้าง แต่ยังไม่สมบูรณ์เพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในหน่วยงานภาครัฐ หรือศูนย์พักและสถานสงเคราะห์อย่างเป็นระบบ

จากการรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานของภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ทำให้ทราบถึงลักษณะการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่แตกต่างไปจากกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ ทั้งนี้ ข้อมูลจากศูนย์พักคนไร้บ้านที่อยู่ในความดูแลของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.) พบว่า จากจำนวนคนไร้บ้านในศูนย์ที่เสียชีวิตไปในช่วง ปี พ.ศ. 2545 ถึงปี พ.ศ. 2559 จำนวน 11 ราย ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยสาเหตุติดเชื้อในกระแสเลือด และชราภาพใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ ก็มีโรคมาเร็ง และอุบัติเหตุ เจ้าหน้าที่ มพศ. ให้ความเห็นว่าสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในศูนย์พักฯ ระยะเวลาสั้นๆ จะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรทั่วไป คือ เป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมตัวเองเป็นหลัก หากแต่การดูแลรักษาอาจจะไม่มีความต่อเนื่อง หรือบางรายไม่

มีบัตรประชาชน (ทำหาย/ ไม่เคยทำบัตรประชาชน) ทำให้มีปัญหาในการเข้าถึงสิทธิรักษาพยาบาล ส่งผลให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

สำหรับข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในหน่วยงานภาครัฐ อันได้แก่ 1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) พบว่า โดยรวมแล้วมีการเสียชีวิตเกิดขึ้น 225 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (128 ราย เปรียบเทียบกับ 97 ราย) ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด, สันนิษฐานติดเชื้อในกระแสเลือด สูงถึง 71 ราย (คิดเป็นร้อยละ 31.5) รองลงมาคนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจล้มเหลว, หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, หัวใจและปอดล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 55 ราย (คิดเป็นร้อยละ 24.4) ขณะที่คนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยโรคชราภาพและมีการสันนิษฐานว่าชราภาพเป็นอันดับที่สาม จำนวน 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 17.3) ไม่เพียงเท่านั้นจากข้อมูลในตาราง 7 แสดงให้เห็นว่าส่วนใหญ่แล้วเกือบครึ่งหนึ่งของคนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ อาทิเช่น ติดเชื้อในกระแสเลือดฯ ปอดติดเชื้อ วัณโรคปอด ติดเชื้อจากการสำลัก (จำนวน 110 ราย จาก 225 ราย)

ตาราง 7 สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในหน่วยงานภาครัฐ จำแนกตามเพศ

สาเหตุการเสียชีวิต	ชาย	หญิง	รวม
ชราภาพ, สันนิษฐานชราภาพ	11	28	39
ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจล้มเหลว, หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, หัวใจและปอดล้มเหลวเฉียบพลัน	21	34	55
ติดเชื้อในกระแสเลือด, สันนิษฐานติดเชื้อในกระแสเลือด	34	37	71
ปอดติดเชื้อ, ติดเชื้อในช่องท้องร่วมกับปอดติดเชื้อ, ติดเชื้อทางเดินหายใจ	15	15	30
วัณโรคปอด	2	2	4
น้ำท่วมปอด, มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดจำนวนมาก	-	3	3
ติดเชื้อจากการสำลัก, ทางเดินอาหารอุดตันจากการสำลัก, ขาดอากาศหายใจจากการสำลัก	-	5	5
โรคซัก	-	2	2
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, น้ำครั่งในโพรงสมอง, เลือดออกในสมอง	7	2	9

สาเหตุการเสียชีวิต	ชาย	หญิง	รวม
โรคอื่นๆ เช่น โรคตับ โรคหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจ ตีบเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ติดเชื้อทางสายล้างไต มะเร็งลำไส้	7	-	7
รวม	97	128	225

เมื่อพิจารณาข้อมูลโดยการจำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลคนไร้บ้านเพศหญิง ได้แก่ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) ส่วนหน่วยงานภาครัฐที่ดูแลคนไร้บ้านเพศชาย ได้แก่ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลการเสียชีวิตของทั้ง 4 หน่วยงาน มีความแตกต่างกันทั้งเชิงรูปแบบ และความครบถ้วนของข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิต โดยหน่วยงานภาครัฐที่ดูแลคนไร้บ้านผู้หญิงมีการจัดเก็บข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตที่ค่อนข้างครบถ้วนทั้ง 2 แห่ง ซึ่งหากพิจารณาข้อมูลย้อนหลังประมาณ 3 ปี (ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559) จะพบว่า คนไร้บ้านในหน่วยงานภาครัฐทั้ง 2 แห่งนั้น มีสาเหตุการเสียชีวิตที่คล้ายคลึงกันคือ มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) เป็นหลัก อีกสาเหตุสำคัญ คือ ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องมาจากการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือปอดติดเชื้อ รองลงมา คือ สาเหตุด้านความชราภาพ หรือสันนิษฐานว่าชราภาพ สาเหตุการตายอื่น ที่พบในกลุ่มคนไร้บ้านผู้หญิง เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งกระเพาะอาหาร เป็นต้น

จากข้อมูลในตาราง 8 สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านผู้หญิงในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) ปี พ.ศ. 2557-2559 พบว่าในช่วงระยะเวลา 3 ปี จากข้อมูล มีจำนวนคนไร้บ้านหญิงเสียชีวิตทั้งสิ้น 128 ราย ในจำนวนนี้เป็นคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 37 ราย ขณะที่เป็นคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) ถึง 91 ราย คิดเป็นเกือบ 3 เท่าของหน่วยงานแรก

เมื่อพิจารณาจากข้อมูลคนไร้บ้านเพศหญิงจากทั้ง 2 หน่วยงาน พบว่า คนไร้บ้านผู้หญิงในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรีมีการเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือด, สันนิษฐานติดเชื้อในกระแสเลือด (จำนวน 15 ราย) กลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจล้มเหลว, หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, หัวใจและปอดล้มเหลวเฉียบพลัน (จำนวน 13 ราย) กลุ่มโรคชราภาพ, สันนิษฐานชราภาพ (จำนวน 6 ราย) และกลุ่มโรคปอดติดเชื้อ, ติดเชื้อในช่องท้องร่วมกับปอดติดเชื้อ, ติดเชื้อทางเดินหายใจ (จำนวน 3 ราย) ตามลำดับ ทั้งนี้จากข้อมูลดังกล่าว พบว่าคนไร้บ้านหญิงกลุ่มนี้ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยโรคที่เป็นลักษณะของการติดเชื้อ

ขณะที่สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (หญิง) พบว่า คนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยกลุ่มโรคที่มีจำนวนใกล้เคียงกัน คือ กลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือด, สันนิษฐานติดเชื้อในกระแสเลือด (จำนวน 22 ราย) กลุ่มโรคระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจล้มเหลว, หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, หัวใจและปอดล้มเหลวเฉียบพลัน (จำนวน 21 ราย) กลุ่มโรคชราภาพ, สันนิษฐานชราภาพ (จำนวน 22 ราย) และกลุ่มโรคปอดติดเชื้อ, ติดเชื้อในช่องท้องร่วมกับปอดติดเชื้อ, ติดเชื้อทางเดินหายใจ (จำนวน 12 ราย) นอกจากนี้แล้วคนไร้บ้านหญิงกลุ่มนี้มีการเสียชีวิตด้วยโรคอื่นนอกเหนือจากที่เกิดขึ้นกับกลุ่มคนไร้บ้านหญิงในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรีด้วย นั่นคือ การติดเชื้อจากการสำลัก, ทางเดินอาหารอุดตันจากการสำลัก, ขาดอากาศหายใจจากการสำลัก (จำนวน 5 ราย) น้ำท่วมปอด, มีน้ำในเยื่อหุ้มปอดจำนวนมาก (จำนวน 3 ราย) และวัณโรคปอด (จำนวน 2 ราย) โรคซีก (จำนวน 2 ราย) กลุ่มโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ, น้ำครั่งในโพรงสมอง, เลือดออกในสมอง (จำนวน 2 ราย) (ตาราง 8)

เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วจึงจำเป็นต้องมีการเฝ้าระวัง เนื่องจากมีแนวโน้มที่จะเกิดมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยทางจิต และผู้สูงอายุ คือ ทางเดินหายใจอุดตันจากการสำลัก เช่น จากการสำลักอาหาร เป็นต้น นอกจากนี้ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยติดเชื้อ มีแนวโน้มที่จะตายจากการเป็นแผลติดเชื้อที่เกิดจากการนอนติดเตียงเป็นเวลานาน การติดเชื้อในท่ออาหาร ท่อหายใจและท่อลำเลียงและขับถ่ายของเสียต่างๆ ซึ่งทางสถานคุ้มครองเองไม่มีทรัพยากรทั้งด้านบุคลากร อุปกรณ์ทางการแพทย์ และทุนทรัพย์ที่จะดูแลผู้ป่วยสูงอายุเหล่านี้ได้อย่างเพียงพอ และได้มาตรฐานเช่นเดียวกับโรงพยาบาล

สำหรับข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มคนไร้บ้านเพศชาย ยังมีการจัดเก็บที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ก็สามารถสะท้อนลักษณะเฉพาะของสาเหตุการเสียชีวิตในคนไร้บ้านกลุ่มนี้ได้เช่นเดียวกัน โดยทั้งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) ต่างพบว่า มีสาเหตุการเสียชีวิตที่ใกล้เคียงกับกลุ่มคนไร้บ้านผู้หญิง คือ จากข้อมูลในตาราง 9 พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของคนไร้บ้านชายเสียชีวิตด้วยภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (จำนวน 34 ราย) และปอดติดเชื้อเป็นหลัก (จำนวน 15 ราย) รองลงมา คือ ระบบหายใจและไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (จำนวน 21 ราย)

ประการสำคัญคือ ไม่ได้เกิดเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ หากแต่ปรากฏทั้งในกลุ่มที่เสียชีวิตเมื่ออายุ 30 กว่าปีเช่นกัน นอกจากนี้ ยังพบโรคที่เกี่ยวข้องกับตับด้วย เป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการระบุว่าเสียชีวิตด้วยสาเหตุชราภาพ กลุ่มคนไร้บ้านผู้ชายเสียชีวิตด้วยสาเหตุนี้น้อยกว่ากลุ่มคนไร้บ้านผู้หญิงมากอย่างเห็นได้ชัด (ตาราง 9)

ตาราง 8 สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านผู้หญิงในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (หญิง) ปี พ.ศ. 2557-2559

สาเหตุการเสียชีวิต*	สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี	สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (หญิง)	รวม
ชราภาพ, สันนิษฐานชราภาพ	6	22	28
ระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจ ล้มเหลว, หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, หัวใจและปอดล้มเหลวเฉียบพลัน	13	21	34
ติดเชื้ในกระแสเลือด, สันนิษฐานติด เชื้ในกระแสเลือด	15	22	37
ปอดติดเชื้อ, ติดเชื้ในช่องท้องร่วมกับ ปอดติดเชื้อ, ติดเชื้ทางเดินหายใจ	3	12	15
วัณโรคปอด	-	2	2
น้ำท่วมปอด, มีน้ำในเยื่อหุ้มปอด จำนวนมาก		3	3
ติดเชื้อจากการสำลัก, ทางเดินอาหาร อุดตันจากการสำลัก, ขาดอากาศ หายใจจากการสำลัก	-	5	5
โรคชก	-	2	2
เยื่อหุ้มสมองอักเสบ, น้ำครั่งในโพรง สมอง, เลือดออกในสมอง	-	2	2
รวม	37	91	128

หมายเหตุ: ระบุสาเหตุการเสียชีวิตโดยโรงพยาบาลที่ทางสถานคุ้มครองส่งต่อไปทำการรักษา ก่อนเสียชีวิต หรือเสียชีวิตที่สถานคุ้มครองและส่งไปโรงพยาบาลเพื่อชันสูตรศพและลงสาเหตุการเสียชีวิต โรงพยาบาลที่ถูกส่งต่อไปมากที่สุดจากสถานคุ้มครองทั้ง 2 แห่งนี้ ได้แก่ โรงพยาบาลธัญบุรี โรงพยาบาลปทุมธานี โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

ตาราง 9 สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านชายในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) ปี พ.ศ. 2557-2559

สาเหตุการเสียชีวิต	สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี	สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย)*	รวม
ชราภาพ	11	-	11
ระบบหายใจและไหลเวียนโลหิตล้มเหลว	16	5	21
ติดเชื้อในกระแสเลือด	30	4	34
ปอดติดเชื้อ, ปอดอักเสบรุนแรง	6	9	15
วัณโรคปอด	1	1	2
เลือดออกในสมอง, ภาวะสมองบวมอย่างรุนแรง, เนื้องอกในสมอง	4	3	7
โรคอื่นๆ เช่น โรคตับ โรคหลอดเลือดแดงเลี้ยงหัวใจตีบเกลื้อแร่ในร่างกาย ผิดปกติ ติดเชื้อทางสายล้างไต มะเร็งลำไส้	6	1	7
รวม	74	23	97

หมายเหตุ: เนื่องจากทางสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) กำลังพัฒนาระบบฐานข้อมูลใหม่ จึงสามารถให้ข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตอย่างเป็นระบบได้เฉพาะปี พ.ศ. 2559 เท่านั้น

จากการพิจารณาสาเหตุการเสียชีวิตรายอายุ ไม่พบแบบแผนหรือลักษณะเฉพาะของสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดขึ้นกับเฉพาะบางกลุ่มอายุ ทั้งนี้ เนื่องจากการระบุสาเหตุการเสียชีวิตในระบบการจัดเก็บข้อมูลยังไม่มีมีการลงรายละเอียดที่ชัดเจนถึงสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในแต่ละราย โดยเป็นเพียงการระบุกลุ่มโรค หรือสาเหตุสุดท้ายของการเสียชีวิตที่คล้ายคลึงกัน เช่น ระบบไหลเวียนโลหิตและหัวใจล้มเหลว เป็นต้น นอกจากนี้ ในบางหน่วยงานยังไม่มีมีการเชื่อมโยงข้อมูลการเป็นโรคประจำตัว หรือลักษณะการเจ็บป่วยอื่นๆ ก่อนที่จะเสียชีวิตของกลุ่มคนไร้บ้าน หรือผู้รับบริการอื่นๆ ทำให้การสันนิษฐานสาเหตุการเสียชีวิตอาจมีความคลาดเคลื่อน และการนำข้อมูลมาใช้เพื่อวางแผนป้องกัน รักษาและฟื้นฟูกลุ่มคนไร้บ้านที่อยู่ในหน่วยงานภาครัฐหรือสถานคุ้มครองย่อมไม่สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้ สาเหตุร่วมประการสำคัญที่อาจส่งผลต่อการเสียชีวิตของคนไร้บ้านทั้งกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะและในหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน คือ การได้รับการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันโรค หรือลดความรุนแรงของโรคต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มคนไร้บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึง

การรักษาสุขอนามัยที่ดี การได้รับอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ รวมถึงการได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม เมื่อเริ่มเกิดการเจ็บป่วย

ในขณะที่กลุ่มคนไร้บ้านที่อยู่ในหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์พัก/สถานคุ้มครอง แม้จะได้รับการดูแลด้านสุขอนามัย ที่พักอาศัย และอาหารที่ดีในระดับหนึ่ง หากแต่ด้วยบทบาทของหน่วยงานดังกล่าวที่มีอยู่ ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก (ทั้งทางร่างกายและจิตใจ) ดังนั้น จึงไม่มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่จะมาช่วยดูแลกลุ่มคนไร้บ้านซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะการเจ็บป่วยซับซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้คนไร้บ้านบางรายเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาและรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถเข้าสู่ช่องทางกาฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาศักยภาพเพื่อออกไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติในสังคม

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

ในส่วนสรุปและข้อเสนอแนะของการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ได้นำเสนอไว้ 3 ส่วน คือ สรุปผลการศึกษา ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและข้อเสนอแนะเชิงระเบียบวิธี

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มุ่งเน้นศึกษาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร และเพื่อศึกษาสาเหตุ ลักษณะและแบบแผนการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร โดยข้อมูลที่ค้นพบสามารถนำไปกำหนดแผนการเข้าถึงกลุ่มคนไร้บ้าน จัดทำเป็นโครงการให้บริการดูแลสุขภาพเฉพาะกลุ่ม เพื่อปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเรื้อรังและพฤติกรรมทำลายสุขภาพของประชากรกลุ่มนี้ ซึ่งนำไปสู่การมีชีวิตที่ดีขึ้นของคนไร้บ้าน ลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพระหว่างประชากรกลุ่มต่างๆ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสานทั้งการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อนำไปสู่การบูรณาการตอบโจทย์การศึกษาทั้งในเชิงกว้างและเชิงลึก อีกทั้งเป็นการถ่วงดุลข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าด้วย โดยมีวิธีการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล ในรายประเด็นดังนี้ คือ 1. การประเมินสถานการณ์และข้อมูลคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร 2. การศึกษาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร 3. การศึกษาสาเหตุ ลักษณะและแบบแผนการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร

การวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์และข้อมูลทางประชากรของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร อันได้แก่ ข้อมูลจำนวนคนไร้บ้าน ข้อมูลและคุณลักษณะทางประชากรของคนไร้บ้าน อันได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การเจ็บป่วย เป็นต้น ทั้งนี้อาศัยข้อมูลจากหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรต่างๆ (ภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน) ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน ซึ่งจะได้ข้อมูลตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ทั้งนี้รายละเอียดของหน่วยงานในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวนทั้งสิ้น 8 หน่วยงาน ดังนี้คือ

- 1.1 ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกรุงเทพมหานคร (บ้านมิตรไมตรี) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.2 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.3 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.4 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- 1.5 สถานค้ำครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (หญิง) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.6 บ้านอิมใจ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
- 1.7 มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)
- 1.8 มูลนิธิกระจกเงา

นอกจากการเก็บข้อมูลปฐมภูมิข้างต้นแล้ว การศึกษาครั้งนี้ได้อาศัยการสัมภาษณ์เจาะลึกและการสัมภาษณ์เป็นกลุ่ม จากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในแขนงต่างๆ อาทิ แพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ สังคมศาสตร์ สังคมสงเคราะห์ ตำรวจ เป็นต้น ที่เกี่ยวข้องและทำงานด้านคนไร้บ้าน จากหน่วยงานต่างๆ จำนวน 12 หน่วยงาน คือ

- 1.1 ศูนย์ค้ำครองคนไร้ที่พึ่งกรุงเทพมหานคร (บ้านมิตรไมตรี) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.2 สถานค้ำครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.3 สถานค้ำครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.4 สถานค้ำครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.5 สถานค้ำครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (หญิง) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.6 สำนักบริหารการทะเบียน (ฝ่ายทะเบียนบ้านกลาง) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- 1.7 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกลาง (ตำรวจ) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- 1.8 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 1.9 บ้านอิมใจ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
- 1.10 มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)
- 1.11 มูลนิธิกระจกเงา
- 1.12 หน่วยกู้ชีพวิชรพยาบาล (อาสาสมัคร)

กระบวนการศึกษาเพื่อแสวงหาอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครครั้งนี้ อาศัยการจัดทำข้อมูลทุติยภูมิที่รวบรวมจากหน่วยงานของภาครัฐ จำนวน 5 หน่วยงาน คือ

- 1.1 สถานค้ำครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.2 สถานค้ำครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

- 1.3 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.4 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.5 มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)

อย่างไรก็ดี ในการศึกษาครั้งนี้ได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลจากศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรุงเทพมหานคร (บ้านมิตรไมตรี) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และบ้านอิมใจ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร แต่ทว่ามิได้นำมาใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้ เนื่องจากหน่วยงานแรกเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ส่งต่อคนไร้บ้านไปยังสถานคุ้มครองฯ หรือหน่วยงานอื่นต่อไป ขณะที่อีกหน่วยงานหนึ่งนั้นเป็นหน่วยงานที่ให้คนไร้บ้านเข้าพักพิงชั่วคราว (ครั้งละ 1 คืนเท่านั้น)

การคาดประมาณสถานการณ์การเสียชีวิตของประชากรคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร โดยพิจารณาจากสาเหตุการเสียชีวิตและแบบแผนการเสียชีวิตของคนไร้บ้านนั้น ยังคงอาศัยข้อมูลจากเอกสารต่างๆ ตามหน่วยงานองค์กร ข้อมูลจากใบมรณบัตร รวมถึงอาศัยความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิในแขนงต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน และด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มพิเศษต่างๆ

ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับทุติยภูมิจากหน่วยงานต่างๆ รวมถึงได้ดำเนินการสัมภาษณ์ระดับลึก สัมภาษณ์เป็นกลุ่มกับเจ้าหน้าที่ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย ในแบบทางการและกึ่งทางการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ชัดเจน ครอบคลุมและเป็นประโยชน์กับการศึกษาในครั้งนี้ โดยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานทั้งสิ้น 14 หน่วยงาน ดังนี้คือ

- 1.1 ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกรุงเทพมหานคร (บ้านมิตรไมตรี) กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.2 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.3 สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.4 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.5 สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- 1.6 สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ สำนักงานอธิการบดี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- 1.7 สำนักบริหารการทะเบียน (ฝ่ายทะเบียนบ้านกลาง) กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
- 1.8 ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกลาง (ตำรวจ) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
- 1.9 ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- 1.10 กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
- 1.11 บ้านอิมใจ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
- 1.12 มุลินิธีเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)
- 1.13 มุลินิธีระจกเงา
- 1.14 หน่วยกู้ชีพวิชรพยาบาล (อาสาสมัคร)

อย่างไรก็ดี การศึกษาครั้งนี้จัดเก็บข้อมูลเชิงประจักษ์ทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิจากเอกสารและแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้านและการเสียชีวิต รวมถึงสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่เกี่ยวข้องเพื่อประเมินและคาดประมาณข้อมูลต่างๆ ของประชากรไร้บ้าน ดังนั้นจึงมีข้อจำกัด ดังนี้

1. เป็นที่ทราบกันดีว่า ประชากรคนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรที่มีลักษณะพิเศษและเฉพาะ โดยเป็นทั้งประชากรแฝงและยากต่อการเข้าถึง ดังนั้นข้อมูลที่จัดเก็บนั้นอาจไม่ครอบคลุมและครบถ้วน รวมไปถึงอาจไม่สามารถจัดทำเป็นแนวโน้มตั้งแต่ในอดีตเป็นต้นมาได้
2. ข้อมูลที่ได้เมื่อไม่ครบถ้วนสมบูรณ์อาจมีความจำเป็นต้องใช้วิธีการคาดประมาณ ดังนั้นการนำไปใช้หรืออ้างอิงอาจจำเป็นต้องมีการระบุให้ชัดเจน

ผลการศึกษานี้นำเสนอเป็น 4 ส่วนด้วยกัน คือ 1) การเสียชีวิตของคนไร้บ้าน: ความยืนยาวของชีวิต 2) อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้าน 3) คนไร้บ้านในความดูแลของหน่วยงานภาครัฐ: มิติด้านอายุ และ 4) สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน

การเสียชีวิตของคนไร้บ้าน: ความยืนยาวของชีวิต

หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน อันได้แก่ 1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) และหน่วยงานภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน ได้แก่ มุลินิธีเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.) ซึ่งผู้ศึกษาได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลมานั้น พบว่า มีการบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้ารับบริการ และการเสียชีวิตของผู้เข้ารับบริการ แต่ทว่าจำนวนปีที่บันทึกข้อมูลยังไม่ยาวนานมากพอที่จะคำนวณอายุคาดเฉลี่ยหรืออายุขัยเฉลี่ยของกลุ่มคนไร้บ้านที่สนใจได้ อีกทั้งมีปัญหาที่ไม่สามารถเชื่อมโยงจากข้อมูลพื้นฐานกับข้อมูลการเสียชีวิตของผู้เข้ารับบริการได้ ทำให้ในปัจจุบันสามารถคำนวณได้เพียงอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในแต่ละปีเท่านั้น

อย่างไรก็ดีจากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า วิธีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับความยืนยาวของชีวิตคน ไร้บ้านที่น่าสนใจ มีวิธีการศึกษา คือ การคำนวณอายุคาดเฉลี่ยตามรุ่นปี ซึ่งเป็นเทคนิคการวิเคราะห์ทางตรงที่ติดตามคนไร้บ้านทุกคนไปจนกระทั่งตนไร้บ้านเสียชีวิต และเมื่อกลุ่มคนไร้บ้านที่ติดตามเสียชีวิตหมดทุกคนแล้ว ค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านทุกคนที่เฝ้าติดตามจะเท่ากับอายุคาดเฉลี่ยของคนไร้บ้านในกลุ่มที่เฝ้าติดตาม โดยกลุ่มประชากรที่สนใจเฝ้าติดตามอาจเป็นกลุ่มคนที่มีรุ่นปีเกิดเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่ออกมาเป็นคนไร้บ้านในปีเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่มาลงทะเบียนเป็นคนไร้บ้านในช่วงปีเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่เข้ามาใช้บริการในสถานปีเดียวกัน เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วจะเห็นได้ว่า วิธีการนี้จึงเป็นวิธีที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่สนใจที่มีขนาดเล็ก เนื่องจากต้องติดตามข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรที่สนใจทุกคนอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

อายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของคนไร้บ้าน

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าข้อมูลจำนวนคนที่เสียชีวิต จำแนกตามหน่วยงานภาครัฐ (1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)) และภาคประชาสังคม/องค์กรพัฒนาเอกชน (มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)) มีจำนวนคนที่เสียชีวิตในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถีและมูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย ค่อนข้างน้อยโดยเปรียบเทียบกับสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรีและสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี ทำให้การเปรียบเทียบเทียบการกระจายตัวของอายุที่เสียชีวิตระหว่างหน่วยงานอาจไม่เหมาะสมนัก ซึ่งผู้ศึกษาจึงได้เลือกนำเสนอเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศ โดยแบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง

โดยเฉลี่ยแล้ว คนไร้บ้านที่เสียชีวิตในแต่ละหน่วยงานมีอายุประมาณ 60 ปี ในช่วงอายุ 50-65 ปี มีจำนวนคนที่เสียชีวิตค่อนข้างมาก โดยเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุอื่นๆ ทั้งนี้เพศหญิงมีอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย (อายุประมาณ 60 ปี เปรียบเทียบกับอายุประมาณ 58 ปี ตามลำดับ) ดังนั้นอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตของตัวอย่างจึงต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยในปัจจุบันค่อนข้างมาก (เพศหญิง อายุประมาณ 82 ปี เปรียบเทียบกับ เพศชาย อายุประมาณ 77 ปี ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างของอายุที่เสียชีวิตระหว่างเพศมีความแตกต่างกันเล็กน้อย

ประเด็นที่น่าสนใจ คือ จำนวนคนที่เสียชีวิตในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพียงเล็กน้อย ทั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่า มีประชากรอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวนไม่มากนัก ที่เข้ามาใช้บริการในหน่วยงาน ซึ่งเป็นลักษณะจำเพาะของประชากรที่จะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงานอื่น ทำให้อายุที่เสียชีวิตของประชากรที่เข้ารับบริการในสถานต่ำกว่าอายุคาดเฉลี่ยของประชากรไทยอย่างเห็นได้ชัด

สำหรับอายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ จากการศึกษานี้ อาศัยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความคุ้นเคยกับประเด็นคนไร้บ้าน และผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานให้บริการรับส่งคนในพื้นที่สาธารณะไปยังโรงพยาบาล ได้ให้คำตอบที่ค่อนข้างเป็นไปได้ในทิศทางเดียวกับการ

เสียชีวิตของผู้เข้ารับบริการในหน่วยงาน กล่าวคือ ส่วนใหญ่คนในพื้นที่สาธารณะเสียชีวิตที่อายุประมาณ 40-50 ปี และพบเจอผู้สูงอายุเสียชีวิตในพื้นที่สาธารณะจำนวนไม่มากนัก

คนไร้บ้านในความดูแลของหน่วยงานภาครัฐ: มิติด้านอายุ

เมื่อพิจารณาอายุของคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการในหน่วยงานภาครัฐ (1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)) ปี พ.ศ. 2560 (เฉพาะผู้ที่ยังคงมีชีวิตอยู่) พบว่า โดยเฉลี่ยผู้ที่เข้ารับบริการในสถานสงเคราะห์มีอายุประมาณ 51 ปี ทั้งนี้เพศหญิงที่เข้ารับบริการในหน่วยงานมีอายุเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายเล็กน้อย ในขณะที่อายุเฉลี่ยของผู้เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรีและสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี สูงกว่าเล็กน้อยโดยเปรียบเทียบกับผู้เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)

มีเพียง 1 ใน 5 ของผู้เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐ ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี และมีเพียงร้อยละ 15 ของผู้เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐ มีอายุมากกว่า 65 ปี ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐส่วนใหญ่ เข้ามาใช้บริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐเพียงช่วงระยะเวลาหนึ่ง และเสียชีวิตในช่วงอายุก่อน 65 ปี ทำให้มีสัดส่วนของผู้ที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีไม่มากนัก โดยความแตกต่างของค่าเฉลี่ยอายุที่เสียชีวิตกับค่าเฉลี่ยของอายุผู้เข้ารับบริการประมาณ 10 ปี หรืออาจกล่าวได้ว่า โดยเฉลี่ยแล้วสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐต้องจัดสวัสดิการให้กับคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปีก่อนที่คนไร้บ้านจะเสียชีวิต

ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับข้อมูลของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ในแต่ละปี (ปี พ.ศ. 2555 ถึงปี พ.ศ. 2559) อายุเฉลี่ยของผู้รับบริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรีมีอายุแรกเข้าเมื่อรับบริการประมาณ 51 ปี ทั้งนี้ผู้รับบริการแห่งนี้เสียชีวิตที่อายุประมาณ 62 ปี ดังนั้นระยะเวลาที่รับบริการของกลุ่มคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรีแห่งนี้มีประมาณ 11 ปี

สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้าน

แบบแผนการเสียชีวิตและสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป เนื่องจากวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความเสี่ยงมากกว่า โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านมีลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ และกลุ่มที่อาศัยในศูนย์พักคนไร้บ้านทั้งหน่วยงานของภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน

สำหรับสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ เนื่องจากยังไม่มี การจัดเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ และไม่มีหน่วยงานเจ้าภาพรับผิดชอบที่ชัดเจน ดังนั้น ผลการศึกษาในส่วนนี้จึงอาศัยความเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่ทำงานช่วยเหลือคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะเป็นหลัก โดยผลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานต่างๆ ให้ความเห็นในทิศทางเดียวกันว่า สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านกลุ่มนี้ ต้องแยกออกเป็นคนไร้บ้านที่เสียชีวิตด้วยการเจ็บป่วยทางกาย โดยไม่มีอาการทางจิตมาก่อน และกลุ่มผู้ป่วยทางจิต ซึ่งเป็นที่รับรู้ว่าเป็นกลุ่มคนไร้บ้านหลักที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะ และน่าจะมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยต่างๆ มากกว่าคนไร้บ้านที่ไม่ป่วยทางจิต

คนไร้บ้านที่เสียชีวิตด้วยการเจ็บป่วยทางกาย โดยไม่มีอาการทางจิตมาก่อน ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ วัณโรค โรคฉวยโอกาสจากการติดเชื้อ HIV/AIDS โรคตับ โรคติดเชื้อราเรื้อรัง โรคประจำตัวอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคติดต่อ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ เป็นต้น ทั้งนี้ในขณะที่เก็บข้อมูลพบว่า คนไร้บ้านกลุ่มนี้เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและโรคเท้าช้างด้วย

ขณะที่คนไร้บ้านที่เป็นกลุ่มผู้ป่วยทางจิต เสียชีวิตด้วยโรคที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มแรกเท่าใดนัก นั่นคือ อุบัติเหตุ วัณโรค โรคประจำตัวอื่นๆ ที่ไม่ใช่โรคติดต่อ เช่น โรคหัวใจ เป็นต้น

โดยสรุปแล้วคนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะทั้งผู้ป่วยทางกายและผู้ป่วยทางจิต ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ โรคติดเชื้อและเสียชีวิตด้วยเหตุจากการติดเชื้อราเรื้อรังเป็นหลัก มีเพียงบางรายที่เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อที่อาจจะเป็นโรคประจำตัวมาตั้งแต่ก่อนเป็นคนไร้บ้าน นอกจากนี้ สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านกลุ่มนี้ ยังขึ้นอยู่กับสภาพภูมิอากาศและสภาพแวดล้อมที่อาศัยหลับนอนเป็นสำคัญด้วย เช่น ในฤดูร้อน พบว่า คนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยการเป็นโรคลมแดด (Heat Stroke) เป็นต้น

จากการรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานของภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ทำให้ทราบถึงลักษณะการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่แตกต่างไปจากกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ ทั้งนี้ ข้อมูลจากศูนย์พักคนไร้บ้านที่อยู่ในความดูแลของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.) พบว่า จากจำนวนคนไร้บ้านในศูนย์ที่เสียชีวิตไปในช่วง ปี พ.ศ. 2545 ถึง ปี พ.ศ. 2559 จำนวน 11 ราย ส่วนใหญ่เสียชีวิตด้วยสาเหตุติดเชื้อในกระแสเลือดและซาร์ราฟใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ ก็มีโรคมะเร็ง และอุบัติเหตุ เจ้าหน้าที่ มพศ. ให้ความเห็นว่าสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในศูนย์พักฯ ระยะเวลาหลังนี้ จะใกล้เคียงกับกลุ่มประชากรทั่วไป คือ เป็นโรคไม่ติดต่อหรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรมตัวเองเป็นหลัก หากแต่การดูแลสุขภาพอาจจะไม่มีความต่อเนื่อง หรือบางรายไม่มีบัตรประชาชน (ทำหาย/ ไม่เคยทำบัตรประชาชน) ทำให้มีปัญหาในการเข้าถึงสิทธิรักษาพยาบาล ส่งผลให้ไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

สำหรับข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในหน่วยงานภาครัฐ อันได้แก่ 1. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี 2. สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี 3. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) 4. สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) พบว่า โดยรวมแล้วมีการเสียชีวิตเกิดขึ้น 225 ราย เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (128 ราย เปรียบเทียบกับ 97 ราย) ส่วนใหญ่เสียชีวิต

ด้วยโรคติดเชื้อในกระแสเลือด, สันนิษฐานติดเชื้อในกระแสเลือด สูงถึง 71 ราย (คิดเป็นร้อยละ 31.5) รองลงมาคนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยโรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนโลหิตและระบบหายใจล้มเหลว, หัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน, กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน, หัวใจและปอดล้มเหลวเฉียบพลัน จำนวน 55 ราย (คิดเป็นร้อยละ 24.4) ขณะที่คนไร้บ้านเสียชีวิตด้วยโรคชราภาพและมีการสันนิษฐานว่าชราภาพเป็นอันดับที่สาม จำนวน 39 ราย (คิดเป็นร้อยละ 17.3)

เมื่อพิจารณาข้อมูลโดยการจำแนกออกเป็น 2 ส่วน คือ หน่วยงานภาครัฐที่ดูแลคนไร้บ้านเพศหญิง ได้แก่ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถิ (หญิง) ส่วนหน่วยงานภาครัฐที่ดูแลคนไร้บ้านเพศชาย ได้แก่ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถิ (ชาย) ทั้งนี้ การเก็บข้อมูลการเสียชีวิตของทั้ง 4 หน่วยงาน มีความแตกต่างกันทั้งเชิงรูปแบบ และความครบถ้วนของข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิต โดยหน่วยงานภาครัฐที่ดูแลคนไร้บ้านผู้หญิงมีการจัดเก็บข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตที่ค่อนข้างครบถ้วนทั้ง 2 แห่ง ซึ่งหากพิจารณาข้อมูลย้อนหลังประมาณ 3 ปี (ปี พ.ศ. 2557 ถึงปี พ.ศ. 2559) จะพบว่า คนไร้บ้านในหน่วยงานภาครัฐทั้ง 2 แห่งนั้น มีสาเหตุการเสียชีวิตที่คล้ายคลึงกันคือ มีภาวะพิษเหตุติดเชื้อ (Sepsis) ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด (Septicemia) เป็นหลัก อีกสาเหตุสำคัญ คือ ภาวะหายใจล้มเหลว (Respiratory failure) ซึ่งอาจเกี่ยวเนื่องมาจากการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือปอดติดเชื้อ รองลงมา คือ สาเหตุด้านความชราภาพ หรือสันนิษฐานว่าชราภาพ สาเหตุการตายอื่น ที่พบในกลุ่มคนไร้บ้านผู้หญิง เช่น มะเร็งเต้านมระยะแพร่กระจาย เป็นต้น

สำหรับข้อมูลสาเหตุการเสียชีวิตของกลุ่มคนไร้บ้านเพศชาย ยังมีการจัดเก็บที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ก็สามารถสะท้อนลักษณะเฉพาะของสาเหตุการเสียชีวิตในคนไร้บ้านกลุ่มนี้ได้เช่นเดียวกัน โดยทั้งในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถิ (ชาย) ต่างพบว่า มีสาเหตุการเสียชีวิตที่ใกล้เคียงกับกลุ่มคนไร้บ้านผู้หญิง คือ จากข้อมูลในตาราง 9 พบว่า เกือบครึ่งหนึ่งของคนไร้บ้านชายเสียชีวิตด้วยภาวะการติดเชื้อในกระแสเลือด (จำนวน 34 ราย) และปอดติดเชื้อเป็นหลัก (จำนวน 15 ราย) รองลงมา คือ ระบบหายใจและไหลเวียนโลหิตล้มเหลว (จำนวน 21 ราย)

ประการสำคัญคือ ไม่ได้เกิดเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ หากแต่ปรากฏทั้งในกลุ่มที่เสียชีวิตเมื่ออายุ 30 กว่าปีเช่นกัน นอกจากนี้ ยังพบโรคที่เกี่ยวข้องกับตับด้วย เป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนของการระบุว่าเสียชีวิตด้วยสาเหตุชราภาพ กลุ่มคนไร้บ้านผู้ชายเสียชีวิตด้วยสาเหตุนี้น้อยกว่ากลุ่มคนไร้บ้านผู้หญิงมากอย่างเห็นได้ชัด

ตาราง 10 สรุปสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะเปรียบเทียบกับคนไร้บ้านในหน่วยงานฯ

สาเหตุการเสียชีวิต	คนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ	คนไร้บ้านในหน่วยงานฯ
โรคหัวใจ	✓	✓
อุบัติเหตุ	✓	
มะเร็งทุกชนิด		✓
ความดันเลือดสูง	✓	✓
การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย		
โรคเกี่ยวกับตับ	✓	
ปอดอักเสบ		✓
ไตอักเสบ		
วัณโรคทุกชนิด	✓	✓
โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส	✓	
อื่นๆ	✓	✓
- โรคติดเชื้อราเรื้อรัง	✓	
- โรคเบาหวาน	✓	
- ชราภาพ		✓
- ติดเชื้อในกระแสเลือด		✓
- ติดเชื้อจากการสำลัก		✓
- โรคซัก		✓
- เยื่อหุ้มสมองอักเสบ		✓
- โรคตับ		✓
- ระบบหายใจ		✓

ตาราง 11 จำนวนการเสียชีวิต จำแนกตามสาเหตุการเสียชีวิตที่พระราชอาณาจักร พ.ศ. 2550-2557

สาเหตุการเสียชีวิต	ปี พ.ศ.							
	2550	2551	2552	2553	2554	2555	2556	2557
รวม	393,254	397,327	393,916	411,331	414,670	415,141	426,065	435,624
โรคหัวใจ	18,452	18,820	18,375	18,399	20,130	21,194	24,597	24,995
อุบัติเหตุ	35,661	34,851	35,304	32,861	33,868	33,170	32,427	31,847
มะเร็งทุกชนิด	53,434	55,403	56,058	58,076	61,082	63,272	67,694	70,075
ความดันเลือดสูง	15,286	15,596	15,648	20,018	22,947	24,052	28,408	32,229
การบาดเจ็บจากการฆ่าตัวตาย	7,223	6,935	6,642	7,062	6,814	6,960	6,984	6,604
โรคเกี่ยวกับตับ	8,761	8,738	8,562	8,788	9,009	9,409	10,747	11,264
ปอดอักเสบ	14,179	14,542	14,542	16,369	16,884	16,772	21,676	26,103
ไตอักเสบ	13,538	14,235	13,191	13,763	14,753	14,697	15,162	17,171
วัณโรคทุกชนิด	4,859	4,821	4,568	4,467	4,784	5,354	5,496	5,936
โรคมุมิคุ้มกันบกพร่องเนื่องจากไวรัส	5,522	4,683	4,046	3,638	3,758	4,034	5,683	5,705
อื่นๆ	216,339	218,703	216,980	227,890	220,641	216,227	207,191	203,695

ที่มา: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข อ่างในสำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2560

โดยสรุปแล้วจากการศึกษา สาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในครั้งนี้นี้ พบว่า คนไร้บ้านมีการเสียชีวิตด้วยโรคที่คล้ายคลึงกับประชากรส่วนใหญ่ในสังคม ทว่าแนวโน้มของสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านส่วนใหญ่ นั้น ยังคงมีสาเหตุที่มาจากโรคติดเชื้อ เช่น กลุ่มโรคติดเชื้อในกระแสเลือด กลุ่มปอดโรคติดเชื้อ แตกต่างจากแนวโน้มของประชากรโดยทั่วไปที่พบว่า เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งและโรคหัวใจ (ตาราง 11)

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากการศึกษาในครั้งนี้นี้ พบว่ายังไม่มีมีการจัดเก็บข้อมูลการเสียชีวิตของคนไร้บ้านอย่างเป็นระบบ และเป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งนี้ ข้อมูลของหลายหน่วยงานยังไม่เป็นเอกภาพ ทั้งนี้อาจสืบเนื่องมาจากข้อมูลต่างๆ มิได้ถูกดำเนินการหรือจัดทำขึ้นเพื่อรองรับการจัดทำข้อมูลหรือวิเคราะห์เพื่อใช้วางแผนการรองรับในอนาคต หรือใช้ในการศึกษาวิจัยด้านนี้โดยเฉพาะ ดังนั้น เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการข้อมูลด้านคนไร้บ้านที่มีประสิทธิภาพ ควรมีนโยบายและแผนปฏิบัติการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลคนไร้บ้านกลาง ซึ่งอาจขึ้นกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยให้มีการจัดทำฐานข้อมูลการตายของคนไร้บ้านเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่สำคัญ เพื่อประโยชน์ในการวางแผนด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้าน ตลอดจนแผนงานทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน และการรักษาพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นจากการปล่อยให้คนไร้บ้านไม่มีสุขภาวะที่ดี เจ็บป่วยเรื้อรัง และกลายเป็นผู้ป่วยติดเตียงในระยะยาว นอกจากนี้ ฐานข้อมูลด้านคนไร้บ้านทางด้านอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิต จะช่วยให้เห็นภาพว่าคนไร้บ้านหนึ่งคนจะมีอายุยืนยาวกี่ปี และนำมาวางแผนเพื่อจัดสรรงบประมาณการดูแลคนกลุ่มนี้ได้อย่างสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงในปัจจุบัน

โดยเฉลี่ยแล้วสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐต้องจัดสวัสดิการให้กับคนไร้บ้านที่เข้ารับบริการในสถานคุ้มครองฯ หน่วยงานภาครัฐโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปีก่อนที่คนไร้บ้านจะเสียชีวิต เมื่อเป็นเช่นนี้แล้ว ย่อมมีประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้คือ 1) ความเพียงพอของจำนวนเจ้าหน้าที่ และงบประมาณในการจัดบริการให้กับผู้เข้ารับบริการ ซึ่งหน่วยงานภาครัฐจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณ กำลังคนรวมไปถึงการคาดการณ์งบประมาณในอนาคตเพื่อใช้ในการดูแลคนไร้บ้าน และ 2) ทักษะความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้เข้ารับบริการที่มีแนวโน้มเป็นผู้สูงอายุ และมีโรคอันเกี่ยวเนื่องกับการสูงอายุ ในประเด็นนี้ถือเป็นสิ่งที่มีอาจมองข้ามได้ โดยเฉพาะการให้ความรู้ในทุกมิติรวมถึงการป้องกันตนเองในกลุ่มเจ้าหน้าที่และประชากรที่ทำงานในด้านคนไร้บ้านและกลุ่มประชากรเปราะบางอื่นๆ ด้วย

สาเหตุร่วมประการสำคัญที่อาจส่งผลต่อการเสียชีวิตของคนไร้บ้านทั้งกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะและในหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน คือ การได้รับการส่งเสริมสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อันเป็นเครื่องมือสำคัญในการป้องกันโรค หรือลดความรุนแรงของโรคต่างๆ อันเป็นสาเหตุของการตายได้อย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มคนไร้บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะยังคงมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาสุขภาพที่ดี การได้รับอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ รวมถึงการได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมเมื่อเริ่มเกิดการเจ็บป่วย

ในขณะที่กลุ่มคนไร้บ้านที่อยู่ในหน่วยงานภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งทำหน้าที่เป็นศูนย์พัก/สถานคุ้มครอง แม้จะได้รับการดูแลด้านสุขอนามัย ที่พักอาศัย และอาหารที่ดีในระดับหนึ่ง หากแต่ด้วยบทบาทของหน่วยงานดังกล่าวที่มีอยู่ ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาพยาบาลเป็นหลัก (ทั้งทางร่างกายและจิตใจ) ดังนั้น จึงไม่มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านที่จะมาช่วยดูแลกลุ่มคนไร้บ้านซึ่งส่วนใหญ่มีภาวะการเจ็บป่วยซับซ้อนทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่งผลให้คนไร้บ้านบางรายเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องได้รับการรักษาและรับประทายอย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถเข้าสู่ช่องทางกาารฟื้นฟูสมรรถภาพ และพัฒนาศักยภาพเพื่อออกไปใช้ชีวิตได้อย่างปกติในสังคม

จากการศึกษาครั้งนี้ซึ่งเป็นการรวบรวมข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิเกี่ยวกับคนไร้บ้าน ซึ่งพบว่าข้อมูลเหล่านี้มีการนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยและวิเคราะห์ที่น้อยมาก ทั้งนี้ข้อมูลต่างๆ (แต่ผู้ศึกษามีได้รับอนุญาตให้เข้าถึง ได้แก่ ที่อยู่ รายชื่อ เป็นต้น) อย่างไรก็ตามข้อมูลที่ค้นพบมีประโยชน์ในการสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับคนไร้บ้านในหลากหลายด้าน ทั้งนี้หากมีการศึกษาในอนาคตจึงควรมีการติดตามหรือจัดทำระบบลงทะเบียนและติดตามคนไร้บ้านจากชื่อและที่อยู่ต่อไปภายหลังจากที่คนไร้บ้านกลับเข้าสู่ระบบแล้ว หรือศึกษาติดตามครอบครัวของคนไร้บ้านเหล่านี้ เป็นต้น

ในด้านการประเมินต้นทุนนั้น ควรทำการขึ้นทะเบียนคนไร้บ้าน เพื่อหาประชากรเปิดเสียงและอัตราตายรายกลุ่มอายุ นอกจากนี้แล้วควรเก็บข้อมูลระยะเวลาที่เข้ารับบริการ (อายุ x ปี ถึง $x+n$ ปี) เพื่อประเมินต้นทุนต่อคน

ข้อเสนอแนะเชิงระเบียบวิธี

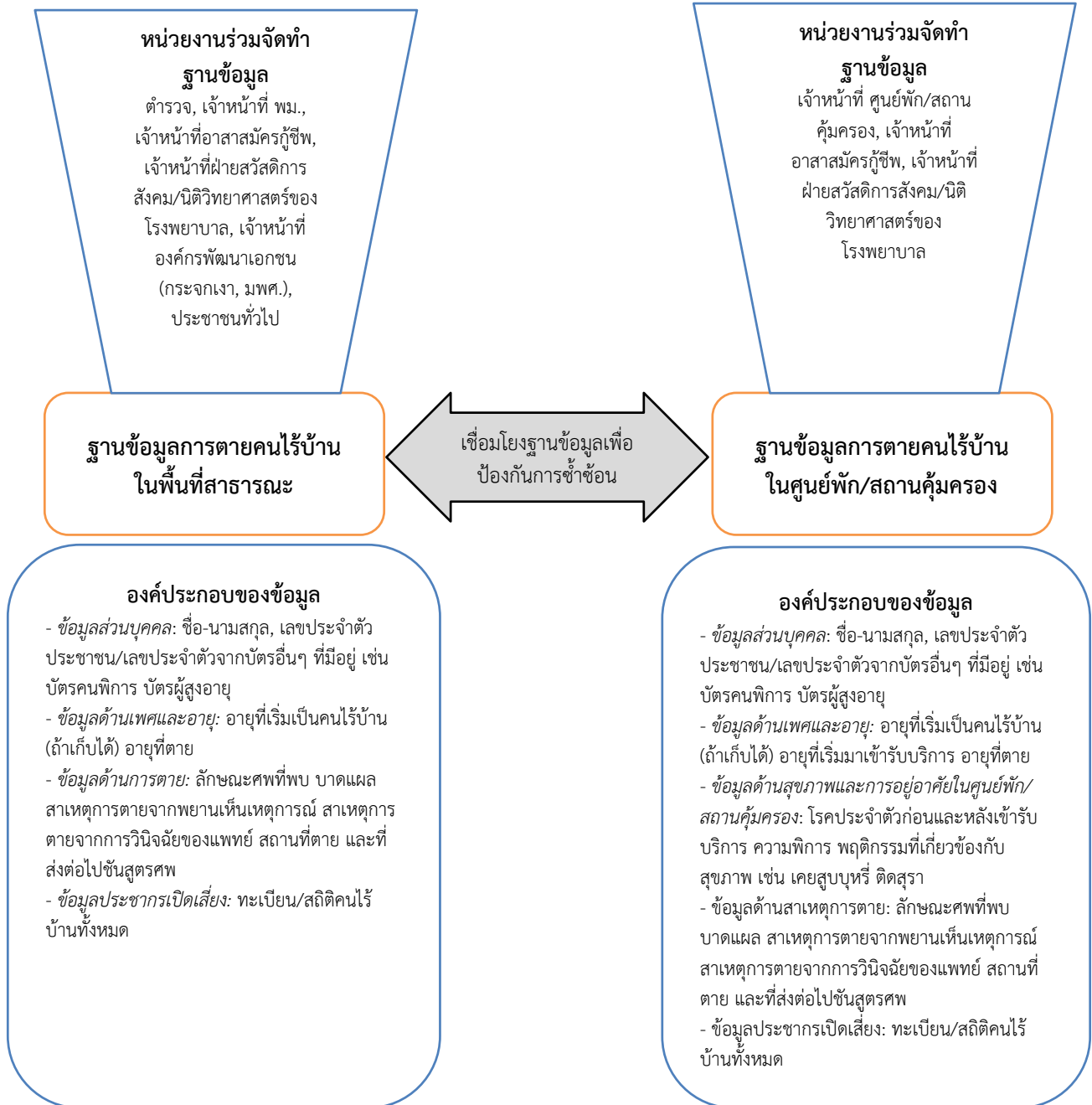
วิธีการศึกษาอายุคาดเฉลี่ยและการเสียชีวิตของประชากรคนไร้บ้านที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ และเป็นข้อมูลที่สามารถพิสูจน์และยืนยันได้อย่างแท้จริงนั้น คือ การคำนวณอายุคาดเฉลี่ยตามรุ่นปี ซึ่งเป็นเทคนิคการวิเคราะห์ทางตรงที่อาศัยการติดตามคนไร้บ้านทุกคนไปจนกระทั่งคนไร้บ้านเสียชีวิต และเมื่อกลุ่มคนไร้บ้านที่ติดตามเสียชีวิตหมดทุกคนแล้ว จะได้ค่าเฉลี่ยของอายุที่เสียชีวิตของคนไร้บ้านทุกคนที่เฝ้าติดตาม ซึ่งค่านี้เองจะเท่ากับอายุคาดเฉลี่ยของคนไร้บ้านในกลุ่มที่เฝ้าติดตาม โดยกลุ่มประชากรที่สนใจเฝ้าติดตามอาจเป็นกลุ่มคนที่มีรุ่นปีเกิดเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่ออกมาเป็นคนไร้บ้านในปีเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่มาลงทะเบียนเป็นคนไร้บ้านในช่วงปีเดียวกัน หรือกลุ่มคนที่เข้ามาใช้บริการในสถานปีเดียวกัน เมื่อเป็นเช่นนี้แล้วจะเห็นได้ว่า วิธีการดังกล่าว เป็นวิธีที่มีความเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่สนใจที่มีขนาดเล็ก เนื่องจากต้องติดตามข้อมูลการเสียชีวิตของประชากรที่สนใจทุกคนอย่างต่อเนื่องและยาวนาน

ดังนั้นหากมีการศึกษาคนไร้บ้านหรือประชากรกลุ่มขนาดเล็ก จึงควรศึกษาในระยะยาวเพื่อทำความเข้าใจและศึกษากลุ่มคนไร้บ้านอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องและเหมาะสมที่สุด

การวางแผนจัดเก็บข้อมูลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูลการตายคนไร้บ้านมีความสำคัญต่อการริเริ่มจัดทำฐานข้อมูลคนไร้บ้านอย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ข้อมูลเชิงลึกสำหรับการกำหนด

นโยบายและวางแผนการดำเนินงานด้านคนไร้บ้านต่อไป รูปแบบของระบบฐานข้อมูลการตายคนไร้บ้านควรมีการจัดเก็บข้อมูลที่ครอบคลุมประเด็นดังต่อไปนี้

แผนผังการจัดเก็บข้อมูลการตายคนไร้บ้านและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง



เอกสารอ้างอิง

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุข. 2512-2540. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2512-2539. กระทรวงสาธารณสุข เฉลิมสุข บุญไทย. พ.ญ. ม.ร.ว. 2529. การกำหนดข้อสมมุติด้านภาวะการณตตาย. ในการศึกษาการ กำหนดข้อสมมุติเพื่อใช้ในการคาดประมาณประชากร และผลการคาดประมาณประชากร. กรุงเทพฯ : กองวางแผนทรัพยากรมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและ สังคมแห่งชาติ

เทียนฉาย กีระนันท์ และคณะ. 2532. แบบแผนการเจ็บป่วยและการตายของประชากร.

กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญเลิศ เลี้ยวประไพ. 2539. ระเบียบวิธีทางประชากรศาสตร์. นครปฐม: สถาบันวิจัยทางประชากร และสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ปราโมทย์ ประสาทกุล และปัทมา ว่าพัฒนางศ์. 2544. ตารางชีพ: เครื่องมือสำคัญทาง ประชากรศาสตร์. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

เพ็ญพร ธีระสวัสดิ์. 2539. ประชากรศาสตร์: สารโดยสังเขป. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. 2557. พจนานุกรมศัพท์ประชากรศาสตร์ ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสถาน.

เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ ปราโมทย์ ประสาทกุล. ม.ป. ภาวะการณตตายในประเทศไทย: การศึกษา ระดับแนวโน้มของการตายและประเด็นด้านสุขภาพของประชากร. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วรชัย ทองไทย. 2545. ประชากรไทยในสมัยรัชกาลที่ 9. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากรมหาวิทยาลัยมหิดล. ปีที่ 7, ฉบับ ที่ 1 มกราคม 2542.

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. 2558. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การ สงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2556. จำนวนผู้ป่วย/สาเหตุการตาย. From website <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries09.html> สืบค้นเมื่อ 4 สิงหาคม 2559.

อนรรฆ พิทักษ์ธานินท์ และคณะ. 2559 โครงการวิจัย การสำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านและการ มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. สนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนสุขภาพ (สสส.).

ภาษาอังกฤษ

- Akinluyi, Muyiwa L and Adenlyi, Adedukun. 2014. *Urbanization, Environment and Homelessness in the Developing World: The sustainable Housing Development*. **Mediterranean Journal of Social Sciences**. 5: 2, 261-271.
- Arnold, F. Ratherford, R.D. and Wanglee, A. 1977. “**The Demographic Situation in Thailand.**” Paper of the East-WEST Population Institute No. 45.
- Barrow, Susan M., Herman, Daniel B., Cordova, Pilar and Struening, Elmer L. 1999. *Mortality among Homeless Shelter Residents in New York City*. **American Journal of Public Health**. 89: 4, 529-534.
- Bourgeois-Pichat, J. 1974. “**An Attempt to Appraise the Accuracy Of Demographic Statistics for an Under-developed Country: Thailand.**” United Nations Seminar on Evaluation and Utilization Census Data in Latin America. Reprinted in Perspective on Thai Population Research Report No.11. Bangkok: Institute of Population Studies. Chulalongkorn University.
- Chamrathirong, A. 1982. “Mortality Trends and Differentials in Thailand, 1950-1975.” In **Mortality in South and East Asia: A Review of Changing Trends and Patterns, 1950- 1975**. REPORT and Selected Papers Presented At Joint WHO/ESCAP Meeting held in Manila, 1-5 December 1980.
- Chamrathirong, A Petcharanondda, C. 1986. “Levels, Trends and Differentials in Mortality in Thailand.” In **New Development in the Analysis of Mortality and Causes of Death** edited by Hansluwka, H. ed al. Bangkok: Amrain Press.
- Chuang, Angela M. and Hwang, Stephen W. 2004. *Risk of Death among Homeless Women: A Cohort Study and Review of the Literature*. **Canadian Medical Association Journal**. 170: 8, 1243-1247.
- CRISIS. 2016. **Homelessness**. From website <http://www.crisis.org.uk/pages/homelessness-research.html> สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2559.
- Fitzpatrick, Susanne, Pawsan, Hal, Branley Glen, Wilcox, Steve and Watts, Beth. 2016. **The Homeless Monitor: England 2016**. Crisis.
- Hwang, Stephen W. 2000. *Mortality among Men Using Homeless Shelters in Toronto, Ontario*. **Journal of American Medical Association**. 283: 16, 2152-2157.
- Hwang, Stephen W., Russell Wilkins, Micheal Tjepkema, Patricia J O’Campo and James R Dunn, *Mortality among Residents of Shelters, Rooming Houses, and Hotels in Canada: 11 year follow-up Study*. **British Medical Journal**, Vol 339, No. 7720 (7 November 2009), pp. 1068-1070.

- Kanvee Viwatpanich. 2015. *Homelessness among the Elderly in Bangkok Metropolitan.* **Journal of Medical Association of Thailand.** 98 (Suppl. 2): S118-S130.
- Keyes, Scott. 2014. “**Surge In Homeless Deaths Expected Over Next Decade Unless We Act**” [Online] Available from:
<http://thinkprogress.org/economy/2014/01/21/3185211/aging-homeless-population/>
- Knodel, J. and Chamratitirong, A.1987. “Infant and Child Mortality inThailand : Levels, Trends and Differentials as Derived Through Indirect Estimation Technique.” **Paper of the East-West Population Institute.** No.57.
- Keyes, Scott. 2014. “**Surge In Homeless Deaths Expected Over Next Decade Unless We Act**” [Online] Available from:
<http://thinkprogress.org/economy/2014/01/21/3185211/aging-homeless-population/>
- LaGory, Mark, Fitzpatrick, Kevin and Ritchey, Ferris. 2001. *Life Chances and Choices: Assessing Quality of Life among the Homeless.* **The Sociological Quarterly.** 42: 4, 633-651.
- Macionis, John J. and Parrillo, Vincent N.. 2010. **Cities and urban life.** 5th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson/Prentice-Hall.
- Mahito Hayashi. 2013. Times and Spaces of Homeless Regulation in Japan, 1950s–2000s: Historical and Contemporary Analysis. **International Journal of Urban and Reginal Research.** 37; 4 (July 2013), P. 1188-1212.
- National Alliance to End Homelessness. 2016. **Snapshot of Homelessness.** From Website http://www.endhomelessness.org/pages/snapshot_of_homelessness สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2559.
- National Epidemiology Board of Thailand. 1987. **Review of The Health Situation in Thailand Priority Ranking of Diseases.** Bangkok: Ministry of Public Health.
- Neilson, Sandra F., Hjorthoj, Casten R., Erlangsen, Annette and Nordentoft, Merete. 2011. *Psychiatric Disorders and Mortality among People in Homeless Shelters in Denmark: A Nationwide Register-Based Cohort Study.* **Lancet.** 377: 2205-2214.
- Nusselder, Wilma J., Slockers, Marcel T., Krol, Luuk, Slockers, Colette T., Looman, Caspar W. N. and van Beeck, Ed F. 2013. *Mortality and Life Expectancy in Homeless Men and Women in Rotterdam: 2001- 2010.* **PLoS ONE.** 8: 10, e73979. Dol: 10.1371/journal.pone.0073979.
- O’Connell, J.J. 2005. “**Premature Mortality in Homeless Populations: A Review of the Literature.**” Nashville: National Health Care for the Homeless Council, Inc.
- Population Reference Bureau. 2016. **World Population Data Sheet.** From website <http://www.prb.org/Publications/Datasheets.aspx> สืบค้นเมื่อ 5 กรกฎาคม 2559.

- Rachapaetayakom, Y. 1975. **Mortality and Life Expectancy of Thai Population in 1969-1971**. Population and Manpower Planning Division. National Economic and Social Development Board. Bangkok, July 1975.
- Rungpitarangsi, B. 1974. **Mortality Trends in Thailand: Estimates for the Period 1937-1970**. Paper No.10. Bangkok: Institute of Population Studies, Chulalongkorn University.
- The U.S. Department of Housing and Urban Development. 2016. **Homelessness Assistance**. From website สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2559.
http://portal.hud.gov/hudportal/HUD?src=/program_offices/comm_planning/homelessness
- Thomas, Bethan. 2012. **Homelessness Kills: An Analysis of the Mortality of Homeless People in Early Twenty-First Century England**. UK: Crisis.
- United Nations. 1966. **Demographic Yearbook**. New York: United Nations.
- U.S. Bureau of Census. 1978. **Census 1978**. Country Demography Profiles: Thailand. Washington. D.C.
- United Nations. 2016. **World Population Prospects: The 2012 Revision**. From website <http://esa.un.org/unpd/wpp/index.htm> สืบค้นเมื่อ 1 กรกฎาคม 2559.

Visetpricha, Boonlert. 2015. **Structural Violence and Homelessness: Searching for Happiness on the Streets of Manila, The Philippines**. A Dissertation for the Degree of Doctor of Philosophy (Anthropology) at the University of Wisconsin-Madison.

World Bank. 1984. **World Development Report**. London: Oxford University Press.

ภาคผนวก
รายชื่อหน่วยงานที่ให้สัมภาษณ์และเป็นแหล่งข้อมูลในการศึกษา

ที่	หน่วยงาน	สังกัด
หน่วยงานภาครัฐ		
1.	ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกรุงเทพมหานคร (บ้านมิตรไมตรี)	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
2.	สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
3.	สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี	กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
4.	สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย)	กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
5.	สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง)	กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
6.	สถาบันนิติวิทยาศาสตร์ โรงพยาบาล ธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ	สำนักงานอัยการบดี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
7.	สำนักบริหารการทะเบียน (ฝ่ายทะเบียนบ้าน กลาง)	กรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย
8.	ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศกลาง (ตำรวจ)	สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
9.	ฝ่ายสวัสดิการสังคม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์	สภากาชาดไทย
10.	กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์ และแผน	สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
11.	บ้านอิมใจ	สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร
ภาคประชาสังคม/ องค์กรพัฒนาเอกชน		
12.	มูลนิธิเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)	
13.	มูลนิธิกระจกเงา	
14.	หน่วยกู้ชีพวชิรพยาบาล (อาสาสมัคร)	