

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาสถานะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนไร้บ้านใน กรุงเทพมหานคร

The Study on Health status and Determinants of Health Among People Experiencing Homelessness in Bangkok

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

31 มีนาคม 2569

รายงานฉบับสมบูรณ์

โครงการศึกษาสถานะสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนไร้บ้านใน กรุงเทพมหานคร

รายนามคณะผู้วิจัย

1)	นายแพทย์อานนท์ กุลธรรมานุสรณ์ สาธารณสุข	นักวิจัยหลัก	สำนักวิชาการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข
2)	แพทย์หญิงเมธาวี สถาวรานนท์	นักวิจัยร่วม	โรงพยาบาลกลาง กรุงเทพมหานคร
3)	นางสาวนิจนันท์ ปาณะพงศ์	นักวิจัยร่วม	สุขภาวะข้างถนน
4)	นางสาวพิสภาสินี พิศาลสินธุ์	ผู้ช่วยวิจัย	สุขภาวะข้างถนน
5)	นายวชิรวิชญ์ รินทะศักดิ์	ผู้ช่วยวิจัย	สุขภาวะข้างถนน
6)	นายผณินทร เสียงเย็น	ผู้ช่วยวิจัย	สุขภาวะข้างถนน

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

1 เมษายน 2568 – 31 มีนาคม 2569

บทคัดย่อ

ที่มาและวัตถุประสงค์: สิทธิในการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ทุกคน แต่ประชากรกลุ่มเปราะบางอย่างกลุ่มคนไร้บ้านซึ่งมีกว่า 3,000 คนทั่วประเทศ ยังคงเป็นกลุ่มประชากรที่เปราะบางทางต่อการพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพและเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรเปราะบางในกรุงเทพมหานคร โดยเปรียบเทียบประชากร 3 กลุ่มที่มีระดับความเปราะบางแตกต่างกัน ได้แก่ กลุ่มคนไร้บ้าน กลุ่มอดีตคนไร้บ้านที่เปลี่ยนผ่านแล้ว และกลุ่มคนจนเมือง

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบผสมวิธีในลักษณะการออกแบบเชิงอธิบายตามลำดับ ภายใต้กรอบแนวคิดปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health) ร่วมกับ Andersen Healthcare Utilisation Model การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการตรวจสุขภาพคนไร้บ้าน ประจำปี พ.ศ. 2568 จำนวนประมาณ 491 คน แบ่งเป็นคนไร้บ้านจำนวน 230 คน อดีตคนไร้บ้านจำนวน 104 คน และคนจนเมืองจำนวน 157 คน วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และวิเคราะห์สถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกคนไร้บ้านและอดีตคนไร้บ้าน 22 คนและวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ พร้อมการตรวจสอบสามเส้าเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือ

ผลการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 57.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายและจบการศึกษาระดับประถมศึกษา สำหรับกลุ่มตัวอย่างคนไร้บ้านเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพสูงที่สุดในเกือบทุกมิติ ได้แก่ การมีพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ ความเจ็บป่วยและสถานะสุขภาพ การไม่รับรู้สิทธิการรักษาพยาบาล การเข้าถึงไม่ถึงบริการสุขภาพ กล่าวคือ แม้ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่กลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนผู้ไม่มีหรือไม่ทราบสิทธิ ผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี และผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรังพบได้บ่อยในทุกกลุ่ม โดยกลุ่มคนไร้บ้านมีความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคปอดเรื้อรังสูงกว่า มีความไม่ต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรังและความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด รวมถึงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ภาวะซีด ภาวะน้ำหนักตัวน้อย และความไม่มั่นคงทางอาหารในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน

ข้อมูลเชิงคุณภาพชี้ว่าการเข้าสู่ภาวะไร้บ้านเกิดจากการทับซ้อนของปัจจัยเชิงโครงสร้าง (วิกฤตเศรษฐกิจ การสูญเสียสิทธิในที่อยู่อาศัย) และปัจจัยระดับบุคคล (การเจ็บป่วย ปัญหาครอบครัว) ความแตกต่างสำคัญระหว่างกลุ่มที่ยังไร้บ้านกับกลุ่มที่เปลี่ยนผ่านได้มิได้อยู่ที่การมีหรือไม่มีงานทำ แต่อยู่ที่ความมั่นคงของการจ้างงานและความเพียงพอของรายได้ สุขภาพและที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์สองทาง โดยการมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงสัมพันธ์กับการมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น พฤติกรรมสุขภาพส่วนใหญ่สะท้อนการปรับตัวภายใต้

ข้อจำกัด และองค์กรภาคประชาสังคมทำหน้าที่เป็นตัวกลางสำคัญในการเชื่อมโยงคนไร้บ้านเข้าสู่บริการของรัฐ ขณะที่การไม่มีเอกสารสิทธิ การไม่รับรู้สิทธิ ขั้นตอนราชการที่ซับซ้อน และข้อจำกัดด้านการอ่านเขียนเป็นอุปสรรคสำคัญ

สรุป: คนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครเผชิญภาระความเสียเปรียบทางสังคมและสุขภาพที่ซ้อนทับกัน ภายใต้อิทธิพลของปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ การมีงานที่มั่นคงและที่อยู่อาศัยที่แน่นอนเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการเปลี่ยนผ่านออกจากภาวะไร้บ้านและการฟื้นฟูสุขภาพ การลดความเหลื่อมล้ำอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องดำเนินการทั้งในระดับบุคคลและระดับโครงสร้าง ทั้งการจัดบริการสุขภาพเชิงรุก การลงทะเบียนสิทธิเชิงรุก ระบบส่งต่อที่ยืดหยุ่น และบริการสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้

คำสำคัญ: คนไร้บ้าน, ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ, สถานะสุขภาพ, การเข้าถึงบริการสุขภาพ, การวิจัยแบบผสมวิธี

Abstract

Background and Objectives: The right to health is a fundamental human right, yet people experiencing homelessness remain among the most underserved populations. This study aimed to examine the health status, social determinants of health, health behaviors, and healthcare access of homeless people in Bangkok, comparing three groups with differing degrees of vulnerability: people currently experiencing homelessness, formerly homeless (transitioned) individuals, and the urban poor.

Methods: An explanatory sequential mixed-methods design was employed, guided by the Social Determinants of Health (SDH) framework and the Andersen Healthcare Utilization Model. The quantitative analysis drew on secondary data from approximately 491 participants in the 2025 (B.E. 2568) homeless health-screening program, using descriptive statistics (frequency, percentage, mean, and standard deviation) to compare the three groups. Qualitative data were obtained from in-depth interviews with 25 participants and analyzed through thematic analysis, with triangulation across data sources to strengthen trustworthiness.

Results: Participants had a mean age of 57.5 years and were predominantly male with primary-level education. Across nearly all dimensions, the currently homeless group was the most vulnerable. Although most participants held universal coverage, the homeless group had the highest proportions lacking or unaware of their entitlements, never having received an annual check-up, and remaining untreated when ill. Chronic non-communicable diseases were common across all groups; the homeless group showed higher prevalence of stroke, heart disease, and chronic lung disease, the poorest continuity of chronic-disease treatment, and the highest risk of depression, together with markedly higher rates of current smoking, alcohol use, anemia, underweight, and food insecurity. Qualitative findings indicated that entry into homelessness arose from overlapping structural factors (economic crises and loss of housing rights) and individual factors (illness and family breakdown). The key difference between those who remained homeless and those who transitioned out lay not in whether they worked, but in the stability of employment and the adequacy of income. Health and housing were reciprocally related: illness could precipitate homelessness, while secure

housing was associated with improved physical and mental health. Health behaviors largely reflected adaptation under constraint, and civil-society organizations served as the principal intermediaries linking homeless people to state services, whereas the absence of identification documents, unawareness of entitlements, bureaucratic complexity, and limited literacy were major barriers.

Conclusions: Homeless people in Bangkok bear a compounded burden of social and health disadvantage shaped by the social determinants of health. Stable employment and secure housing emerged as pivotal conditions for transitioning out of homelessness and restoring health. Reducing these disparities sustainably requires integrated action at both the individual and structural levels, including proactive health outreach, proactive entitlement registration, flexible referral systems, and accessible mental-health services.

Keywords: homelessness; social determinants of health; health status; healthcare access; mixed-methods research

บทสรุปผู้บริหาร

การเข้าถึงสุขภาพเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคน แต่ในทางปฏิบัติคนไร้บ้านยังคงเป็นกลุ่มประชากรที่เผชิญความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพมากที่สุดกลุ่มหนึ่ง แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแล้วก็ตาม ความเปราะบางของคนไร้บ้านมิได้เกิดจากปัญหาสุขภาพเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลจากการซ้อนทับของปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การจ้างงาน ที่อยู่อาศัย และการเข้าถึงสวัสดิการ ซึ่งล้วนส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยนี้จึงมุ่งศึกษาสถานะสุขภาพ ปัจจัยกำหนดสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร เพื่อสร้างหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาระบบบริการและนโยบายสาธารณะสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางนี้ โดยใช้วิธีวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ภายใต้กรอบแนวคิด Social Determinants of Health (SDH) และ Andersen Healthcare Utilization Model โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากฐานข้อมูลการตรวจสุขภาพคนไร้บ้านปี 2568 จำนวน 491 คน ซึ่งประกอบด้วยคนไร้บ้าน อดีตคนไร้บ้าน และคนจนเมือง ควบคู่กับการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 25 คน เพื่ออธิบายผลการศึกษาเชิงปริมาณและทำความเข้าใจบริบทของชีวิตคนไร้บ้านอย่างรอบด้าน

ผลการศึกษาพบว่า **คนไร้บ้านเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพสูงที่สุดในเกือบทุกมิติ** ทั้งด้านภาระโรค พฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการ และปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยแม้ว่าส่วนใหญ่จะมีสิทธิหลักประกันสุขภาพ แต่คนไร้บ้านยังมีสัดส่วนของผู้ที่ไม่มีหรือไม่ทราบสิทธิการรักษา ไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพประจำปี และไม่ได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ นอกจากนี้ยังพบโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในระดับสูง โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคปอดเรื้อรัง มีความต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรังต่ำ มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูง รวมถึงมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ดื่มสุรา ภาวะซีด ภาวะน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และความไม่มั่นคงทางอาหารในระดับที่สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพสะท้อนว่า การเข้าสู่ภาวะไร้บ้านมิใช่ผลจากปัจจัยส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากความซ้อนทับของปัจจัยเชิงโครงสร้าง ได้แก่ วิกฤตเศรษฐกิจ การสูญเสียที่อยู่อาศัย ความไม่มั่นคงในการจ้างงาน และปัจจัยระดับบุคคล เช่น การเจ็บป่วยและปัญหาครอบครัว ความแตกต่างสำคัญระหว่างผู้ที่ยังคงไร้บ้านกับผู้ที่สามารถเปลี่ยนผ่านออกจากภาวะไร้บ้านได้ คือ **ความมั่นคงของการจ้างงานและความเพียงพอของรายได้** มากกว่าการมีงานทำเพียงอย่างเดียว อีกทั้งยังพบว่าที่อยู่อาศัยและสุขภาพมีความสัมพันธ์แบบสองทิศทาง กล่าวคือ สุขภาพที่ย่ำแย่อาจนำไปสู่ภาวะไร้บ้าน ขณะที่การมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงช่วยให้สุขภาพกายและสุขภาพจิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

อีกประเด็นสำคัญที่ค้นพบคือ อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพไม่ได้เกิดจากการไม่มีสิทธิรักษาเป็นหลัก แต่เกิดจาก **การไม่รับรู้สิทธิ การขาดเอกสารแสดงตัวตน ขั้นตอนราชการที่ซับซ้อน ข้อจำกัดด้านการ**

อ่านเขียน และระบบบริการที่ยังไม่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไร้บ้าน ในขณะที่องค์กรภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการทำหน้าที่เป็นตัวกลางเชื่อมโยงคนไร้บ้านเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพของรัฐ

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ปัญหาสุขภาพของคนไร้บ้านไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยมาตรการด้านการรักษาพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องปรับระบบบริการและนโยบายให้ตอบสนองต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพในระดับโครงสร้าง โดยมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำคัญ 4 ประการ ได้แก่

1. **พัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุก (Proactive Outreach Health Services)** สำหรับคนไร้บ้าน โดยนำบริการตรวจคัดกรอง ส่งเสริมสุขภาพ รักษา และติดตามผู้ป่วยออกไปสู่พื้นที่ที่คนไร้บ้านอาศัยอยู่ เพื่อลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ
2. **จัดระบบลงทะเบียนและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพเชิงรุก** โดยบูรณาการการพิสูจน์ตัวตน การคืนสิทธิหลักประกันสุขภาพ และการประสานข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เพื่อลดปัญหาการตกหล่นจากระบบบริการ
3. **พัฒนาระบบบริการเฉพาะสำหรับคนไร้บ้าน** ที่มีความยืดหยุ่นและเชื่อมโยงต่อเนื่อง ครอบคลุมการดูแลโรคเรื้อรัง สุขภาพจิต การส่งต่อ และการติดตามรักษา โดยทำงานร่วมกับองค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งมีความใกล้ชิดกับกลุ่มเป้าหมาย
4. **บูรณาการนโยบายด้านสุขภาพเข้ากับนโยบายด้านที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และการคุ้มครองทางสังคม** เนื่องจากหลักฐานจากการศึกษายืนยันว่าการมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงและการจ้างงานที่มีคุณภาพเป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการฟื้นฟูสุขภาพและการเปลี่ยนผ่านออกจากภาวะไร้บ้านอย่างยั่งยืน

โดยสรุป งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า คนไร้บ้านไม่ได้เป็นเพียงผู้ที่ขาดที่อยู่อาศัย แต่เป็นประชากรที่เผชิญ "ความเปราะบางซ้อนทับ" ทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การลดความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพจึงจำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการนโยบายระหว่างภาคสุขภาพ ภาคสังคม และภาคที่อยู่อาศัย ควบคู่กับการออกแบบระบบบริการที่เข้าถึงง่าย ยืดหยุ่น และตอบสนองต่อบริบทชีวิตของคนไร้บ้าน เพื่อให้ประชากรกลุ่มนี้สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพได้อย่างเท่าเทียมและนำไปสู่การฟื้นฟูคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน

สารบัญ

บทที่ 1 บทนำ 1

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา 4

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม 5

2.1 สิทธิด้านสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพในกลุ่มคนเปราะบาง 5

2.2 สถานการณ์ความไร้บ้านในประเทศไทย และสถานะสุขภาพของคนไร้บ้าน 6

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย 8

3.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย 8

3.2 รูปแบบการวิจัย 9

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 10

3.4 ตัวแปรและนิยามเชิงปฏิบัติการ 12

3.5 วิธีดำเนินการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินงาน 13

3.7 จริยธรรมการวิจัย 15

บทที่ 4 ผลการวิจัย 16

ส่วนที่ 1 : ผลการวิจัยเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ 16

4.1.2 ประวัติการเข้าถึงบริการสุขภาพ 20

4.1.3 พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ 27

4.1.4 ผลการตรวจสุขภาพ 29

4.1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยของคนไร้บ้าน 33

4.1.6 สรุปผลการศึกษาเชิงปริมาณ 35

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ 37

4.2.1 ปัจจัยการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน 39

4.2.2 อาชีพ ความมั่นคงทางรายได้ และการออกจากสภาวะไร้บ้าน 40

4.2.3 สุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสัมพันธ์กับที่อยู่อาศัย 41

4.2.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไร้บ้าน 43

4.2.5 พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ 45

4.2.6 สวัสดิการและการช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม 46
4.2.7 ผู้หญิงกับการจัดการสุขภาพ 47
4.2.8 สรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ 48
บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา 50
5.1 ภาระโรคและความเปราะบางทางสุขภาพ 50
5.2 สุขภาพจิตและความเครียดเรื้อรัง 50
5.3 การเข้าถึงและความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ 51
5.4 ที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และการเปลี่ยนผ่านออกจากภาวะไร้บ้าน 51
5.5 จุดแข็งของการศึกษา 52
5.6 ข้อจำกัดของการศึกษา 52
5.7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 53
บรรณานุกรม 55
ภาคผนวก 57

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สิทธิในการมีสุขภาพดีเป็นสิทธิพื้นฐานตามที่ระบุไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (1) และการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าสอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาอย่างยั่งยืน (SDG 3.8) เป็นหนึ่งในหนทางไปสู่การมีสุขภาพดีของประชาชน (2) แม้ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าให้กับประชาชนไทยทุกคนตั้งแต่การก่อตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2545 และในทางกฎหมายประชาชนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพโดยได้รับความคุ้มครองจากความเสี่ยงทางการเงินผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพที่รัฐบาลบริหารจัดการ (3) อย่างไรก็ตามในทางปฏิบัติยังมีคนบางกลุ่มที่ยังไม่เข้าถึงหลักประกันสุขภาพจากภาครัฐ ไม่ว่าจะเป็นคนไร้สถานะทางทะเบียน คนไร้บ้าน หรือแรงงานพลัดถิ่นนอกระบบ ทำให้คนกลุ่มนี้มีโอกาสไม่ได้รับบริการสุขภาพที่จำเป็นเมื่อยังเจ็บป่วยเล็กน้อย และกลายเป็นอาการป่วยหนักมากขึ้นในท้ายที่สุด

ปรากฏการณ์คนไร้บ้านเป็นภาพสะท้อนของความเหลื่อมล้ำในสังคม (4) ในมุมมองปัจเจก พบว่าสาเหตุของความไร้บ้านมาจากหลายประการ เช่น วุฒิการศึกษาต่ำ ขาดทักษะฝีมือ ไม่มีทุนทางเศรษฐกิจ ขาดเครือญาติหรือเครือข่ายสนับสนุน (5) รวมถึงการเจ็บป่วย (6) อย่างไรก็ตามหากมองในมุมมองเชิงระบบ จะพบว่าปัญหาความไร้บ้านมีรากฐานมาจากปัญหาเชิงโครงสร้าง ไม่ว่าจะเป็นความเหลื่อมล้ำด้านการเข้าถึงที่อยู่อาศัย ปัญหาความยากจน การไม่เข้าถึงตลาดแรงงาน การขาดโครงข่ายรองรับทางสังคม (social safety net) การไม่เข้าถึงสวัสดิการสุขภาพและการรักษาพยาบาลที่จำเป็น และความอ่อนแอของสถาบันครอบครัว (5, 7, 8) หรืออาจกล่าวในอีกนัยว่าความไร้บ้านเป็นผลของปัญหาในสังคมที่สะสมและคนไร้บ้านเป็นกลุ่มคนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเหล่านั้น

ปรากฏการณ์ความไร้บ้านสัมพันธ์กับความเป็นเมืองและการเข้าไม่ถึงที่อยู่อาศัยราคาถูก (9) ทำให้คนไร้บ้านกระจายอยู่ทั่วไปตามเมืองใหญ่ทั่วโลก เช่น ซานฟรานซิสโก ลอนดอน เมลเบิร์น รวมถึงในประเทศไทย และในทวีปเอเชียแม้จะพบสถานการณ์ความไร้บ้านน้อยกว่าประเทศในทวีปยุโรปหรืออเมริกาแต่ก็พบได้ในหลายที่ไม่ว่าจะเป็น โซล โตเกียว หรือ กัวลาลัมเปอร์ สำหรับประเทศไทย “คนเร่ร่อน คนจรจัด” เป็นปรากฏการณ์ที่พบมานานหลายทศวรรษโดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร คำว่า คำว่า ‘คนไร้บ้าน’ เพิ่งถูกนำมาใช้ในช่วง 20 ปีหลังที่เริ่มมีการศึกษาเรื่อง “เปิดพรมแดน โลกของคนไร้บ้าน” โดยบุญเลิศ วิเศษปรีชา ในปี พ.ศ. 2546 (5) และต่อมามีการออก พรบ. การคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 ทำให้คำว่า ‘คนไร้ที่พึ่ง’ เป็นอีกคำทางกฎหมายที่ใช้เรียกคนไร้บ้าน (10) เมื่อกล่าวถึงจำนวนของคนไร้บ้านในประเทศไทยพบว่ามีแนวโน้มไม่เพิ่มขึ้น จากการสำรวจจำนวนคนไร้บ้านด้วยการแจงนับ (One Night Count) ของสำนักงานกองทุน

สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และภาคีเครือข่าย พบว่าคนไร้บ้านอยู่กระจายตามหัวเมืองใหญ่ เช่น กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ชลบุรี กาญจนบุรี และขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2561 2563 และ 2566 มีคนไร้บ้านจำนวน 2,712 3,534 และ 2,499 คน ตามลำดับ (11) แม้จะเพิ่มสูงในช่วงโรคระบาดโควิด 19 แต่ภายหลังการระบาดแนวโน้มจำนวนคนไร้บ้านในประเทศไทยไม่ต่างจากเดิม อย่างไรก็ตามหากดูในรายละเอียดจะสังเกตได้ว่ามีความรุนแรงมากขึ้น กล่าวคือจำนวนคนไร้บ้านที่เป็นผู้สูงอายุและกลุ่มวัยก่อนสูงอายุมีสัดส่วนที่สูงมากขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ซึ่งคาดการณ์จากช่วงวัยได้ว่าประชากรไร้บ้านกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนได้ในอนาคต

การมีที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพที่สำคัญ (8) ความไร้บ้านส่งผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ ในมุมกลับกันปัญหาสุขภาพก็เป็นเหตุที่ทำให้คนออกมาไร้บ้านได้เช่นกัน คนไร้บ้านเป็นกลุ่มคนที่มีแนวโน้มประสบปัญหาจากความเหลื่อมล้ำด้านสุขภาพสูงกว่าประชากรทั่วไป (7) เนื่องด้วยปัจจัยส่วนบุคคลของคนไร้บ้าน และปัจจัยเชิงระบบของระบบหลักประกันสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพ และระบบสวัสดิการสังคมที่ไม่ตอบสนองความต้องการของคนกลุ่มนี้ ส่งผลให้คนไร้บ้านเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ มีสถานะทางสุขภาพต่ำ และมีแนวโน้มเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ปัญหาสาธารณสุขหลายประการที่พบในประชากรกลุ่มนี้ เช่น การไม่เข้าถึงสิทธิหลักประกันสุขภาพ การไม่เข้าถึงบริการสุขภาพทั้งบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค บริการรักษาพยาบาล และบริการฟื้นฟูสุขภาพ ปัญหาด้านสุขภาพกาย ไม่ว่าจะเป็นโรคติดเชื้อทั่วไป โรคติดเชื้อเรื้อรัง เช่น วัณโรค โรคติดเชื้อเอชไอวี โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ปัญหาทางสุขภาพจิตทั้งโรคจิตเภท การติดสุราและยาเสพติด อีกทั้งความพิการ ปัญหาการเคลื่อนไหว และภาวะสมองเสื่อมที่พบได้มากขึ้นในกลุ่มคนไร้บ้านสูงอายุ (12) นอกจากปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่พบได้บ่อยดังที่กล่าวข้างต้น กลุ่มคนไร้บ้านยังประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมมากกว่าประชากรกลุ่มอื่น ส่งผลให้การดูแลสุขภาพของคนไร้บ้านมีความซับซ้อนและต้องการบริการสุขภาพที่สามารถตอบสนองปัญหาของคนกลุ่มนี้ได้เป็นการเฉพาะ อย่างไรก็ตามระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันยังไม่มีบริการที่ตอบโจทย์ความเปราะบางของประชากรกลุ่มนี้เป็นการเฉพาะทำให้ปัญหาสุขภาพของคนไร้บ้านยังเป็นความท้าทายของระบบสาธารณสุขในประเทศไทย โดยเฉพาะพื้นที่เขตเมืองอย่างกรุงเทพมหานคร ในด้านวิชาการพบว่ายังมีช่องว่างของข้อมูลเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของคนไร้บ้านในสถานที่ต่าง ๆ ทั้งคนไร้บ้านที่อาศัยอยู่ข้างถนน คนที่อาศัยอยู่ในบ้านพักชั่วคราวและอื่นๆ กล่าวคือมีงานวิจัยที่เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต หรือการเข้าถึงบริการสุขภาพ แต่ยังขาดงานวิจัยที่ใช้ข้อมูลจากการตรวจสุขภาพที่ทำกับประชากรไร้บ้านที่หลากหลาย แม้จะมีการสำรวจข้อมูลเชิงลึกกลุ่มประชากรไร้บ้านทั่วประเทศ ในปี พ.ศ.2566 ที่ดำเนินการโดย สสส. และภาคีเครือข่าย มีข้อมูลสุขภาพคนไร้บ้าน เบื้องต้นแต่ยังขาดข้อมูลสุขภาพคนไร้บ้านที่ลงลึกจากการตรวจร่างกาย การทราบสถานะทางสุขภาพของคนไร้บ้านจะทำให้ผู้กำหนดนโยบายสามารถทราบประเด็นปัญหาที่ต้องนำไปพัฒนาระบบบริการสำหรับประชากรกลุ่มนี้ ดังเช่นในต่างประเทศที่มีระบบบริการเฉพาะสำหรับคนไร้บ้านที่ติดยาเสพติด มีปัญหาทางจิต หรือติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ

ทำให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อความต้องการได้มากขึ้น แม้จะมีข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของคนไร้บ้านจากการสำรวจบางส่วน แต่ยังขาดข้อมูลเชิงลึกจากการตรวจสุขภาพจริง เช่น ข้อมูลทางคลินิกและภาวะสุขภาพเฉพาะบุคคล ซึ่งจำเป็นต่อการประเมินภาระโรคที่แท้จริงในกลุ่มนี้ นอกจากนี้ ยังขาดการแยกวิเคราะห์กลุ่มย่อยของคนไร้บ้าน เช่น ผู้สูงอายุ คนที่มีปัญหาสุขภาพจิต หรือผู้ใช้สารเสพติด รวมถึงข้อมูลปัจจัยกำหนดสุขภาพเชิงโครงสร้าง เช่น การเข้าถึงสวัสดิการและประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ การเติมเต็มข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้สามารถพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการเฉพาะของคนไร้บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและเป็นธรรม

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาสถานะทางสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพของคนไร้บ้าน ซึ่งรวมถึงการเข้าถึงบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ จึงมีความสำคัญเพื่อนำมาวิเคราะห์สถานการณ์ด้านสุขภาพของคนไร้บ้านในพื้นที่ และเพื่อพัฒนาแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่จำเป็นสำหรับคนไร้บ้านร่วมกับภาครัฐและภาคประชาสังคมได้ต่อไปในอนาคต ปัจจุบันกรุงเทพมหานครมีบริการตรวจสุขภาพเบื้องต้นสำหรับกลุ่มเปราะบางผ่านโครงการของสำนักงานเขตและศูนย์บริการสาธารณสุขในบางพื้นที่ โดยเน้นการออกหน่วยเคลื่อนที่ (mobile unit) ได้แก่ ตรวจเลือด ตรวจปอด ตรวจหัวใจ ตรวจสุขภาพจิต ตรวจอายุรกรรม ฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ เมื่อตรวจเสร็จนัดรับผล หากมีปัญหาสุขภาพจะมีเจ้าหน้าที่ดูแลพาพบแพทย์กินยารักษาต่อไป (13) นอกจากนี้ ทางกรุงเทพมหานครยังมีนโยบายโครงการตรวจสุขภาพ 1 ล้านคน โดยร่วมมือกับองค์กรอิสระที่ทำงานเกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน ได้แก่ ทีมสุขภาวะข้างถนน มูลนิธิอิสรชน และมูลนิธิกระจกเงา ในการจัดตรวจสุขภาพประจำปีฟรีให้กับกลุ่มคนไร้บ้าน มีการแจ้งผลตรวจและติดตามเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา ซึ่งในปี 2568 นี้จัดขึ้นเป็นปีที่ 2 ทางผู้วิจัยเห็นว่าข้อมูลที่ได้จากโครงการตรวจสุขภาพนี้สามารถนำมาต่อยอดในการทำวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครได้

ผลการศึกษาวิจัยนี้จะให้ข้อมูลที่สะท้อนสถานะสุขภาพจริงของคนไร้บ้านกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการตรวจสุขภาพภายใต้ระบบของกรุงเทพมหานคร เช่น หน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ หรือการตรวจคัดกรองที่ดำเนินการร่วมกับสำนักงานเขตและศูนย์บริการสาธารณสุขในพื้นที่ ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถระบุตัวตนหรือมีปฏิสัมพันธ์กับระบบบริการอยู่แล้ว ดังนั้น การใช้ประโยชน์จากงานวิจัยนี้จะจำกัดอยู่ในขอบเขตของการออกแบบหรือปรับปรุงบริการสุขภาพสำหรับคนไร้บ้านกลุ่มนี้โดยเฉพาะ ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการพัฒนาแนวทางให้บริการในพื้นที่เมือง เช่น การกำหนดลักษณะของบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทชีวิตของคนไร้บ้าน การออกแบบระบบส่งต่อที่มีความยืดหยุ่น และการจัดบริการเฉพาะกลุ่ม เช่น คลินิกสุขภาพจิต หรือการตรวจสุขภาพเชิงรุก (Proactive outreach) ทั้งนี้ แม้ผลการศึกษาไม่สามารถใช้แทนข้อมูลของคนไร้บ้านทั้งหมดในกรุงเทพมหานครหรือในระดับประเทศได้โดยตรง แต่สามารถใช้เป็นต้นแบบเบื้องต้นสำหรับการพัฒนานโยบายและระบบบริการในกลุ่มประชากรไร้บ้านที่สามารถเข้าถึงการตรวจสุขภาพภายใต้

ระบบของ กทม. ได้จริงอย่างเป็นรูปธรรม และอาจนำไปสู่การพัฒนารูปแบบบริการเฉพาะกลุ่มในระดับอื่นต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1) **วัตถุประสงค์หลัก:** เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพ และปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพในระดับปัจเจกบุคคล ระบบบริการสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร
2) **วัตถุประสงค์รอง**
    1. เพื่อศึกษาสถานะสุขภาพของคนไร้บ้านจากการตรวจสุขภาพประจำปี
    2. เพื่อศึกษาปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพของคนไร้บ้าน
    3. เพื่อศึกษาการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไร้บ้าน
    4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของคนไร้บ้าน

บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม

2.1 สิทธิด้านสุขภาพ และหลักประกันสุขภาพในกลุ่มคนเปราะบาง

ตาม ข้อ 5 ของปฏิญญาสากลสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1948 ที่ระบุว่า “ทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการดำรงชีวิตที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและสุขภาวะของตนเองและครอบครัว ประกอบด้วยอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย ยารักษาโรค และบริการทางสังคมที่จำเป็น” (14) โดย สิทธิด้านสุขภาพ หมายถึง สิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพที่บุคคลพึงได้รับด้วยมาตรฐานที่สูงที่สุด เท่าที่จะเป็นไปได้ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมทางเศรษฐกิจและสังคม โดยปราศจากการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลและไม่มีการแบ่งแยกไม่ว่าจะเป็นกรณีใด ๆ สิทธิด้านสุขภาพครอบคลุมทั้งการรับบริการสาธารณสุข และปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อสุขภาพ เช่น การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การมีน้ำดื่ม และอาหารสะอาดเพียงพอ การมีที่อยู่อาศัย สิทธิด้านสุขภาพจึงสัมพันธ์ใกล้ชิดกับสิทธิมนุษยชนอื่นๆ เช่น สิทธิในเรื่องอาหาร ที่อยู่อาศัย การทำงาน การศึกษา การเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร การมีส่วนร่วม และการไม่แบ่งแยกด้วย (15) โดยจากนิยามเหล่านี้นำไปสู่การที่ประเทศไทยมีการเริ่มออกแบบนโยบายของการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เป็นการบริการด้านสุขภาพของรัฐที่ให้ความเป็นธรรมกับประชาชนทุกส่วน ทุกคนในสังคมควรได้รับการประกันสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันบนหลักการสำคัญที่ว่า บริการที่จำเป็นด้านสุขภาพเป็นของทุกคน ที่เริ่มมีการผลักดันในช่วงปีพ.ศ. 2533 จนพัฒนาเป็นพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่ชาวไทยย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายตามที่กฎหมายบัญญัติ และการให้บริการสาธารณสุขของรัฐต้องเป็นไปอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็นในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพของประชาชนไทยทุกคน (16) โดยเมื่อเชื่อมโยงกับเป้าหมายและการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDG) นั้น การที่ประเทศไทยมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่สอดคล้องตรงกับเป้าหมายที่ 3 สร้างหลักประกันว่าคนมีชีวิตที่มีสุขภาพดีและส่งเสริมสวัสดิภาพสำหรับทุกคนในทุกวัย (Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages) ครอบคลุมประเด็นด้านสุขภาพและสวัสดิภาพ ซึ่งตรงกับเป้าหมายที่ 3.8 บรรลุการมีหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ารวมถึงการป้องกันความเสี่ยงทางการเงิน การเข้าถึงการบริการสาธารณสุขจำเป็นที่มีคุณภาพ และเข้าถึงยาและวัคซีนจำเป็นที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ มีคุณภาพ และมีราคาที่สามารถซื้อหาได้ (17)

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายในการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม แต่ในปัจจุบัน ยังมีกลุ่ม “ประชากรกลุ่มเปราะบาง” ที่ยังไม่ได้เข้าถึงการได้รับบริการทางการแพทย์ที่มีคุณภาพ และเป็นธรรม ซึ่งกลุ่มประชากรเปราะบาง เช่น กลุ่มประชากรที่ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ ชาติพันธุ์ชนกลุ่มน้อย ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ เด็กในครัวเรือนยากจน ผู้สูงอายุ คนเร่ร่อนไร้บ้าน ผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งรวมถึงการเจ็บป่วยทางจิต ยังมีช่องว่างของปัญหาทางสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางที่ยังไม่สามารถเข้าถึง

สิ่งที่รัฐจัดให้ภายใต้นโยบายดังกล่าวได้ เนื่องจากการถูกตีตราหรือถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ เช่น ผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ ประชากรซึ่งมีถิ่นที่อยู่อาศัยในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งเป็นความท้าทายที่ประเทศไทยควรมีระบบในการดูแลกลุ่มเหล่านี้เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของนโยบายภายใต้ พรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไป (18)

2.2 สถานการณ์ความไร้บ้านในประเทศไทย และสถานะสุขภาพของคนไร้บ้าน

ในประเทศไทย คำว่า ‘คนไร้ที่พึ่ง’ ถูกกำหนดความหมายในพระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 ว่า หมายถึง บุคคลซึ่งไร้ที่อยู่อาศัยและไม่มีรายได้เพียงพอต่อการยังชีพ รวมถึงบุคคลที่อยู่ในสภาวะยากลำบากและไม่อาจพึ่งพาบุคคลอื่นได้ อย่างไรก็ตาม คำว่า ‘คนไร้บ้าน’ ไม่ได้มีการกำหนดความหมายอย่างชัดเจนในกฎหมายไทย แต่ในบริบททั่วไปมักใช้เรียกบุคคลที่ไม่มีที่อยู่อาศัยถาวรและอาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ (10) โดยการเก็บข้อมูลจากการสำรวจของ สสส. และภาคีเครือข่าย ในปี พ.ศ. 2566 พบว่าประเทศไทยมีคนไร้บ้านประมาณ 2,499 คน โดยในกรุงเทพมหานครมีจำนวนมากที่สุดคือ 1,271 คน รองลงมาคือจังหวัดชลบุรี 126 คน และเชียงใหม่ 118 คน โดยกลุ่มคนไร้บ้านส่วนใหญ่เป็นกลุ่มวัยทำงานตอนปลาย อายุ 45 – 59 ปี มากถึงร้อยละ 42.9 ของจำนวนคนไร้บ้านที่สำรวจทั้งหมด รองลงมาคือกลุ่มผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 31 และวัยทำงานตอนกลาง อายุ 30 – 44 ปี คิดเป็นร้อยละ 23 โดยแนวโน้มดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าปัญหาคนไร้บ้านยังคงมีอยู่ โดยเฉพาะในเขตเมืองซึ่งเป็นพื้นที่ของคนไร้บ้านที่เลือกจะอาศัยอยู่เนื่องจากใกล้กับแหล่งงานและรายได้ จากการสำรวจพบอาชีพที่คนไร้บ้านใน กทม. นิยมทำมากที่สุด คือ หาของเก่าขาย รองลงมาคือ ทำงานรับจ้างรายวันและมีอาชีพอื่นๆ เช่น รับจ้างประจำ ค้าขาย เป็นต้น

ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดภาวะไร้บ้านนั้นมีทั้งปัจจัยส่วนบุคคล เช่น ระดับการศึกษาที่ต่ำ ข้อจำกัดด้านทักษะอาชีพ และปัญหาครอบครัว และปัจจัยโครงสร้าง เช่น ความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ การเข้าถึงที่อยู่อาศัย ตลอดจนโอกาสในการทำงาน การแก้ไขปัญหาคนไร้บ้านจำเป็นต้องอาศัยนโยบายที่ครอบคลุมและการประสานงานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เพื่อให้บุคคลที่เผชิญกับปัญหานี้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างยั่งยืน (19) โดยปัจจัยเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ รวมถึงการเกิดปัญหาทางสุขภาพด้วยทั้งปัญหาสุขภาพเรื้อรังหรือความเจ็บป่วยทางจิต อาจสูญเสียความสามารถในการทำงานและรายได้ นำไปสู่การสูญเสียที่อยู่อาศัย ในทางกลับกัน การเป็นคนไร้บ้านทำให้บุคคลเผชิญกับสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ เช่น การขาดการนอนหลับที่เพียงพอ การขาดอาหารที่เหมาะสม และการขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น โรคติดเชื้อ ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ เช่น วัณโรค และ HIV/AIDS เนื่องจากสภาพความเป็นอยู่ที่ไม่ถูกสุขลักษณะและการขาดการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ที่มาจากปัญหาการที่ไม่สามารถเลือกอาหาร และเครื่องดื่มในการบริโภคได้

สุขภาพจิต ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และโรคจิตเภท พบได้บ่อยในคนไร้บ้าน เนื่องจากความเครียดและสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพจิต (20)

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ประกอบด้วยการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิย้อนหลัง และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ภายหลังจากที่ได้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อทำความเข้าใจบริบทและความหมายเชิงลึกของปรากฏการณ์ รายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัยมีดังต่อไปนี้

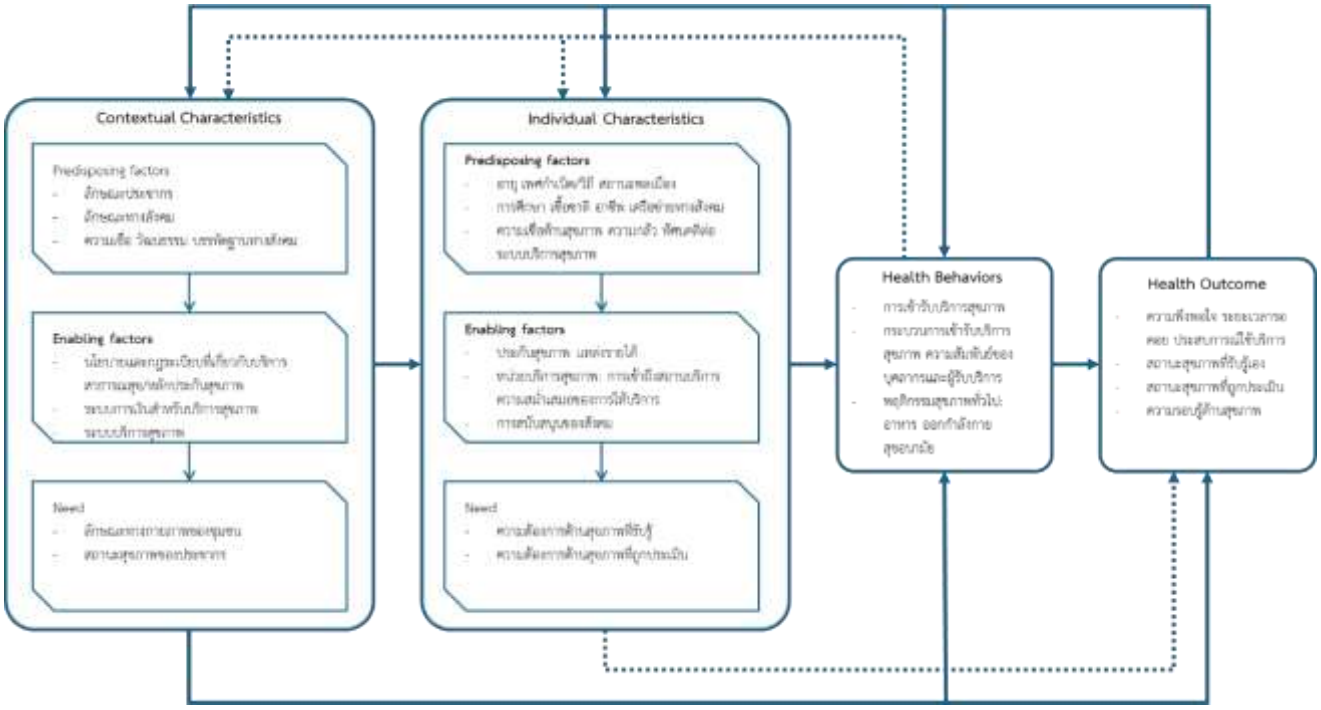
3.1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) เป็นฐานในการวิเคราะห์ โดยกรอบแนวคิดนี้ตั้งอยู่บนหลักการที่ว่าสถานะสุขภาพของบุคคลมิได้ถูกกำหนดโดยปัจจัยทางชีวการแพทย์หรือพฤติกรรมส่วนบุคคลเพียงลำพัง หากแต่ได้รับอิทธิพลอย่างสำคัญจากเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ สังคม และสภาพแวดล้อมที่บุคคลดำรงชีวิตอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ครอบคลุมตั้งแต่รายได้และความมั่นคงทางการงาน ระดับการศึกษา สภาพที่อยู่อาศัย ความมั่นคงทางอาหาร เครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม ตลอดจนการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการของรัฐ ในบริบทของประชากรไร้บ้าน กรอบแนวคิด SDH มีความเหมาะสมเป็นพิเศษ เนื่องจากภาวะไร้บ้านเป็นปรากฏการณ์ที่สะท้อนการสะสมของความเปราะบางเชิงโครงสร้างหลายมิติ ทั้งการสูญเสียงาน การขาดหลักประกันทางสังคม การไม่มีที่อยู่อาศัยที่มั่นคง และการเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ ซึ่งล้วนส่งผลย้อนกลับมาบั่นทอนสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ การศึกษานี้จึงใช้กรอบ SDH เป็นแนวทางทั้งในการกำหนดตัวแปรของการศึกษาเชิงปริมาณ การพัฒนาแนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการวิเคราะห์เพื่อทำความเข้าใจความเชื่อมโยงระหว่างเงื่อนไขทางสังคมกับสถานะสุขภาพของกลุ่มเป้าหมาย



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการศึกษาตาม Social Determinant of Health

นอกจากนี้พฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชนเป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากปัจจัยหลายด้าน ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่ ลักษณะเชิงบริบท (Contextual Characteristics) และ ลักษณะของบุคคล (Individual Characteristics) โดยแต่ละกลุ่มปัจจัยประกอบไปด้วยปัจจัยย่อยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในลักษณะต่าง ๆ ทั้ง 1) ลักษณะเชิงบริบท (Contextual Characteristics) เป็น ปัจจัยภายนอกที่ส่งผลต่อพฤติกรรมและการเข้าถึงบริการสุขภาพของบุคคลในระดับชุมชนหรือสังคม 2) ลักษณะของบุคคล (Individual Characteristics) เป็นลักษณะของบุคคลหมายถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวบุคคลเอง ดังกรอบแนวคิดการศึกษาตาม Andersen Healthcare Utilization Model (ภาพที่ 2) แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเชิงบริบทและปัจจัยส่วนบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน โดยองค์ประกอบต่าง ๆ มีความเกี่ยวข้องกัน และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาแผนงานหรือมาตรการที่ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ



ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการศึกษาตาม Andersen Healthcare Utilization Model

3.2 รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Method) ในลักษณะการออกแบบเชิงอธิบายตามลำดับ (Explanatory Sequential Design) กล่าวคือ ดำเนินการศึกษาเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ เพื่อให้เห็นภาพรวมของสถานะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของคนไร้บ้านก่อน หลังจากนั้นจึงเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่ออธิบายและทำความเข้าใจผลที่ได้จากการวิเคราะห์เชิงปริมาณในเชิงลึก

3.3 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 ประชากรในการศึกษา

ประชากรเป้าหมายในการศึกษานี้ คือ ประชากรไร้บ้านและกลุ่มประชากรเปราะบางในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย คนไร้บ้านที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ อดีตคนไร้บ้านหรือกลุ่มเปลี่ยนผ่านที่ผ่านโครงการเปลี่ยนผ่านและบ้านพักพิงของภาคประชาสังคม และกลุ่มคนจนเมืองที่เข้าร่วมรับบริการตรวจสุขภาพ

นิยามศัพท์เฉพาะของกลุ่มประชากรในการศึกษานี้

1) คนไร้บ้าน (Homeless) หมายถึง บุคคลที่ไม่มีที่อยู่อาศัยเป็นของตนเอง หรือไม่มีที่พักอาศัยที่มั่นคงถาวร และดำรงชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะ เช่น ริมถนน สวนสาธารณะ สถานีขนส่ง โดยอยู่ในภาวะไร้บ้าน ณ วันที่เก็บข้อมูล
2) อดีตคนไร้บ้าน (Ex-homeless) หรือกลุ่มเปลี่ยนผ่าน หมายถึง บุคคลที่เคยอยู่ในภาวะไร้บ้านมาก่อน และได้ผ่านกระบวนการเปลี่ยนผ่านออกจากภาวะไร้บ้าน จนสามารถกลับมามีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงขึ้น ไม่ว่าอยู่ภายใต้การสนับสนุนจากโครงการของภาคประชาสังคม หรืออาศัยในศูนย์พักพิงของภาคประชาสังคม ณ วันที่เก็บข้อมูล
3) คนจนเมือง (Urban poor) หมายถึง ประชากรที่เข้าร่วมรับบริการในโครงการตรวจสุขภาพ ณ วันที่จัดกิจกรรม อาศัยอยู่ในเขตเมือง และไม่เคยอยู่ในภาวะไร้บ้าน

3.3.2 ขนาดและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ

การศึกษาเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิใช้ข้อมูล 2 ฐานข้อมูลจากโครงการตรวจสุขภาพคนไร้บ้าน ที่ดำเนินการโดย สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลกลาง และภาคประชาสังคม ประกอบด้วย 1) ข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี 2568 ตามโครงการตรวจสุขภาพ 1 ล้านคนของกรุงเทพมหานคร โดยโรงพยาบาลกลาง และ 2) ข้อมูลการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมแบบบูรณาการ โดย หน่วยงานภาคประชาสังคม (สุขภาวะข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา และมูลนิธิอิสรชน) โดยการเก็บข้อมูลทั้ง 2 ประเภทดำเนินการไปพร้อมกัน ใช้ระยะเวลาเก็บข้อมูล 2 วัน ได้แก่ วันที่ 7 มิถุนายน พ.ศ. 2568 และวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2568 ในการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ในพื้นที่ที่มีคนไร้บ้านอาศัยอยู่จำนวนมาก ได้แก่ บ้านอิ่มใจ เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย และโครงการจ้างวานข้า มูลนิธิกระจกเงา เขตหลักสี่ จำนวนกลุ่มตัวอย่างคนไร้บ้านและประชากรเปราะบางจากฐานข้อมูลผู้เข้าร่วมตรวจสุขภาพในวันดังกล่าวทั้งหมดจำนวน 491 คน (รายละเอียดดังตารางที่ 3.1)

การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากขนาดตัวอย่างจากจำนวนประชากรคนไร้บ้านทั้งหมด 1,271 คน จากผลการแจงนับคนไร้บ้านทั้งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2566 และประชากรกลุ่มเปราะบางที่เข้าโครงการเปลี่ยนผ่านในโครงการจ้างวานข้า จำนวน 220 คน รวมเป็น 1,491 คน ด้วยระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 และคาดการณ์สัดส่วนประชากรที่ป่วยร้อยละ 50 (ซึ่งให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างสูงสุด) ด้วยสูตรคำนวณ $n = [z^2 \times p \times (1 - p) / e^2] / [1 + (z^2 \times p \times (1 - p) / (e^2 \times N))]$ จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งสิ้น 306 คน ซึ่งข้อมูลจากโครงการตรวจสุขภาพมีทั้งหมดจำนวน 491 คน ดังนั้น จึงเพียงพอต่อการศึกษา

การศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกคนไร้บ้านโดยกำหนดลักษณะกลุ่มตัวอย่างตามสถานะการไร้บ้านและสำหรับอดีตคนไร้บ้าน คัดเลือกอย่างเฉพาะเจาะจงตามแหล่งที่อยู่อาศัยหรือแหล่งพักพิงตามโครงการของหน่วยงานและภาคประชาสังคมที่อดีตคนไร้บ้านเข้าร่วม (ได้แก่ ที่อาศัยในบ้านพักพิงของภาคประชาสังคม โครงการจ้างวานข้า และโครงการาบ้านเช่าคนละครึ่ง) เพื่อให้ลักษณะกลุ่มตัวอย่างมีความครอบคลุมและมีความหลากหลายทางประสบการณ์และบริบทชีวิต ด้านช่วงอายุ เพศสภาพ สถานะทางทะเบียนทั้งนี้ การศึกษาเชิงคุณภาพมิได้มุ่งความเป็นตัวแทนแต่ยึดหลักความอิ่มตัวของข้อมูล (data saturation) เป็นเกณฑ์สำคัญในการกำหนดจำนวนผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลต่อเนื่องจนกระทั่งการสัมภาษณ์รายใหม่ไม่ก่อให้เกิดประเด็นหรือแก่นสาระใหม่เพิ่มเติม โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ จำนวน 25 คน (รายละเอียดดังตารางที่ 3.1)

ตารางที่ 3.1 จำแนกกลุ่มเป้าหมายแยกตามประเภทและรูปแบบการเก็บข้อมูล

ประเภทคนไร้บ้าน	ประชากร (คน)	กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ (คน)	กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพ (คน)
คนไร้บ้านที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ	1,271	491	12
อดีตคนไร้บ้านที่ได้รับการเปลี่ยนผ่าน (ตามโครงการ)			
- อาศัยในที่พักของภาคประชาสังคม	110		4
- โครงการจ้างวานข้า	220		4
- โครงการบ้านเช่าคนละครึ่ง	19		2
รวม		**491**	**22**

หมายเหตุ: * การสัมภาษณ์เชิงลึกเก็บข้อมูลตามจำนวนเป้าหมายด้วยวิธีการสุ่มแบบเจาะจง (purposive sampling)

3.3.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

1) คนไร้บ้านและอดีตคนไร้บ้านที่มีอายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป
2) คนไร้บ้านที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ บ้านพักพิงของภาคประชาสังคม หรือเป็นอดีตคนไร้บ้านภายใต้โครงการเปลี่ยนผ่านของภาคประชาสังคม
3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เพื่อให้สามารถตอบแบบสอบถามหรือเข้าร่วมการสัมภาษณ์ได้
4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) มีโรคทางจิตหรือความพิการที่ทำให้ไม่สามารถเข้าใจภาษาได้
2) ไม่สามารถให้ความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยได้ด้วยตนเอง

3.4 ตัวแปรและนิยามเชิงปฏิบัติการ

การศึกษานี้กำหนดตัวแปรต้น ได้แก่ เพศ อายุ ภูมิลำเนา สถานะของความไร้บ้าน พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพครั้งสุดท้าย และตัวแปรตาม ได้แก่ สถานะสุขภาพ โดยมีนิยามเชิงปฏิบัติการดังนี้

ตัวแปรต้น (Independent Variables)

1) เพศ หมายถึง เพศกำเนิด โดยแบ่งเป็นหญิงและชาย และเพศสภาพที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาระบุ โดยแบ่งเป็นชาย หญิง และอื่นๆ ตามที่ผู้ให้ข้อมูลระบุ
2) อายุ หมายถึง อายุของผู้เข้าร่วมการศึกษา นับเป็นจำนวนปีบริบูรณ์ ณ วันที่เก็บข้อมูล
3) ระยะเวลาที่ไร้บ้าน หมายถึง ระยะเวลาต่อเนื่องที่บุคคลนั้นไม่มีที่อยู่อาศัยถาวร นับเป็นจำนวนเดือนหรือปี
4) ภูมิลำเนา หมายถึง จังหวัดที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาเคยอาศัยอยู่ก่อนจะกลายเป็นคนไร้บ้าน
5) สถานะของความไร้บ้าน หมายถึง ลักษณะการไร้บ้านของผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยจำแนกเป็น อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ อดีตคนไร้บ้าน และคนจนเมือง
6) พฤติกรรมสุขภาพ หมายถึง พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้เข้าร่วมการศึกษา เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ความเพียงพอของอาหาร การออกกำลังกาย และ
7) การใช้บริการสุขภาพครั้งสุดท้าย หมายถึง การเข้ารับการตรวจสุขภาพประจำปี การใช้บริการสุขภาพครั้งสุดท้ายไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน

ตัวแปรตาม (Dependent Variable)

1) สถานะสุขภาพ หมายถึง สภาพสุขภาพของผู้เข้าร่วมการศึกษาที่ประเมินด้วยตนเอง ได้แก่ โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วยล่าสุด หรือปัญหาสุขภาพที่มีอยู่จากแบบสอบถาม ร่วมกับผลการตรวจสุขภาพจากโครงการตรวจสุขภาพล้านคนของกรุงเทพมหานคร ได้แก่ ผลตรวจเลือด

3.5 วิธีดำเนินการวิจัยและขั้นตอนการดำเนินงาน

การศึกษานี้ดำเนินงาน 2 กิจกรรมหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ และการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีรายละเอียดดังนี้

3.5.1 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณย้อนหลังจากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี 2568 ตามโครงการตรวจสุขภาพ 1 ล้านคน และการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมแบบบูรณาการของกลุ่มคนไร้บ้าน ที่ดำเนินการร่วมกันโดยในช่วงกิจกรรมการตรวจสุขภาพเคลื่อนที่ของกรุงเทพมหานคร อาสาสมัครเก็บข้อมูลของสุขภาวะข้างถนน และมูลนิธิกระจกเงา ได้ขอให้กลุ่มตัวอย่างอนุญาตเข้าถึงข้อมูลผลการตรวจสุขภาพระดับบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อนำมาใช้แจ้งผลการตรวจและติดตามการเข้าถึงบริการสุขภาพรายบุคคล และเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพในภาพรวม ไว้ล่วงหน้า

ข้อมูลผลตรวจสุขภาพ ได้แก่ Fasting blood sugar (ค่าระดับน้ำตาลในเลือด สำหรับวินิจฉัยโรคเบาหวาน), TC, HDL, และ TG (ค่าระดับไขมันในเลือด สำหรับวินิจฉัยโรคไขมันในเลือดสูง), eGFR (ค่าอัตราการกรองของไต สำหรับวินิจฉัยโรคไตเรื้อรัง), CBC (ค่าความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด สำหรับวินิจฉัยโรคโลหิตจาง), AST และ ALT (ค่าการทำงานของตับ สำหรับวินิจฉัยภาวะตับอักเสบ)

3.5.2 การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากสำรวจ

ทีมวิจัยใช้ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมแบบบูรณการ ภายใต้โครงการตรวจสุขภาพคนไร้บ้าน การสำรวจดำเนินการโดยมีพนักงานทำการสัมภาษณ์รายบุคคล พนักงานสัมภาษณ์ ได้แก่ อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิกระจกเงาที่ได้รับการอบรม แบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูล 4 หมวดหลัก (ดูภาคผนวก) ได้แก่

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เช่น เพศ อายุ ภูมิลำเนา ศาสนา สิทธิการรักษาพยาบาล
2) ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับความไร้บ้าน เช่น สถานที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน ระยะเวลาที่ไร้บ้าน และสาเหตุการไร้บ้าน
3) ข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการดูแลสุขภาพทั่วไป

4) ข้อมูลประวัติทางการแพทย์และการใช้บริการสุขภาพ เช่น โรคประจำตัว ความพิการ ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด การเจ็บป่วยครั้งล่าสุด สถานที่รับบริการสุขภาพ และความต่อเนื่องในการรักษา

3.5.3 การสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (in-depth interview) กับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมายภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1) ทบทวนข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพเพื่อพัฒนาแบบสัมภาษณ์
2) พัฒนาแบบสัมภาษณ์ ปรึกษาและทบทวนโดยผู้เชี่ยวชาญ และทดลองสัมภาษณ์กับกลุ่มคนไร้บ้านเพื่อพัฒนาเป็นแบบสัมภาษณ์สำหรับเก็บข้อมูล
3) ประสานงานกับภาคประชาชนเพื่อเตรียมตัวลงพื้นที่ และสุ่มกลุ่มตัวอย่าง (Snowball sampling) คนไร้บ้านอย่างเฉพาะเจาะจง
4) อบรมผู้วิจัยก่อนการสัมภาษณ์ ให้มีการตั้งคำถามหรืออธิบายไปในทางเดียวกัน
5) ลงพื้นที่เพื่อสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มตัวอย่างเป้าหมาย โดยมีการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1-2 ครั้ง/คน สัมภาษณ์ครั้งละ 60 นาที โดยเว้นระยะห่างระหว่างครั้งไม่น้อยกว่า 4 สัปดาห์ เพื่อประเมินความเปลี่ยนแปลงและเพิ่มความลึกของข้อมูล การสัมภาษณ์ทุกครั้งดำเนินการด้วยการบันทึกเสียงเพียงอย่างเดียวก่อนนำไปถอดความ (transcription) ภายหลังการเก็บข้อมูล
6) วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์

โดยเครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก ได้แก่ แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (semi-structured interview guide) ดำเนินการตามกรอบปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) และกรอบการเข้าถึงบริการสุขภาพของกลุ่มเปราะบาง ครอบคลุม 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) สถานะสุขภาพทั่วไป เช่น สุขภาพร่างกายและจิตใจ ปัญหาสุขภาพที่ผ่านมา 2) การเข้าถึงบริการสุขภาพ เช่น ประสบการณ์การไปโรงพยาบาล ความต่อเนื่องการรักษา อุปสรรคการเข้าถึงสิทธิสุขภาพ 3) พฤติกรรมสุขภาพ เช่น อาหาร การใช้ยาสูบ สุรา สุขอนามัยประจำวัน 4) ปัจจัยทางสังคม เช่น สาเหตุการไร้บ้าน อาชีพ รายได้ การศึกษา ความสัมพันธ์ครอบครัว และที่อยู่อาศัย

3.6 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีการศึกษา 2 ส่วน ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

3.6.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) เพื่อสรุปลักษณะของข้อมูลประชากรทั้งหมด และเปรียบเทียบสถานะสุขภาพระหว่าง 3 กลุ่มประชากรตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มคนไร้บ้าน กลุ่มอดีตคนไร้บ้าน และกลุ่มคนจนเมือง โดยนำเสนอข้อมูลในรูปของความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่อให้เห็นความแตกต่างของสถานะสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพระหว่างกลุ่มที่มีสถานะการมีที่อยู่อาศัยแตกต่างกัน การวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลและที่ไม่ต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์โดยใช้การถดถอยโลจีสติกส์ (Logistic Regression) โดยควบคุมตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานะความไร้บ้าน โรคประจำตัว การจัดการข้อมูลด้วยโปรแกรม Microsoft Excel และการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA 15

เนื่องจากข้อมูลเชิงปริมาณเป็นข้อมูลทุติยภูมิที่ได้จากการตรวจสุขภาพและแบบสอบถาม จึงอาจพบข้อมูลที่ไม่ครบถ้วนในบางตัวแปร โดยเฉพาะผลตรวจทางห้องปฏิบัติการในกรณีที่ผู้เข้าร่วมไม่ได้รับการตรวจหรือไม่ได้ตอบคำถามบางข้อ ผู้วิจัยจึงรายงานจำนวนและสัดส่วนของข้อมูลที่สูญหายในทุกตารางที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ผู้วิจัยได้คำนึงถึงข้อจำกัดในการตีความผลในตัวแปรที่มีสัดส่วนข้อมูลสูญหายสูง และระบุไว้ประกอบการพิจารณา

3.6.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) โดยดำเนินการถอดเทปการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ ทำความคุ้นเคยกับข้อมูล สร้างรหัส (coding) จัดกลุ่มรหัสเป็นประเด็นย่อยและแก่นสาระ (themes) แปลความหมาย และสังเคราะห์ประเด็นสำคัญ โดยใช้กรอบแนวคิดปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ เป็นแนวทางในการจัดระเบียบและตีความข้อมูล เพื่อให้ผลการศึกษาเชิงคุณภาพมีความน่าเชื่อถือ (trustworthiness) ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยเปรียบเทียบข้อมูลจากหลายแหล่ง ได้แก่ ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และผลการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่อยืนยันความสอดคล้องและความถูกต้องของข้อค้นพบ

3.7 จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนกรุงเทพมหานคร

บทที่ 4 ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 : ผลการวิจัยเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปี 2568 ของกลุ่มคนไร้บ้านของกรุงเทพมหานคร มีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 491 คน การนำเสนอผลจะจำแนกออกเป็น 3 กลุ่มตามสถานะความไร้บ้าน ได้แก่ คนไร้บ้านจำนวน 230 คน อดีตคนไร้บ้านจำนวน 104 คน และคนจนเมืองจำนวน 157 คน ดังต่อไปนี้

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทางประชากรและข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความไร้บ้าน ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ภูมิลำเนาเดิม ระดับการศึกษาสูงสุด และสาเหตุของการไร้บ้าน (เฉพาะคนไร้บ้าน) และปัจจัยที่กลับไปมีบ้าน (เฉพาะกลุ่มตัวอย่างอดีตคนไร้บ้าน)

ตารางที่ 4.1 อายุเฉลี่ยและกลุ่มอายุของกลุ่มตัวอย่าง

	คนไร้บ้าน (n=230)	**อดีตคนไร้บ้าน (n=104)**	**คนจนเมือง (n=157)**	**รวม (n=491)**
ค่าสถิติ (ปี)				
Mean	53.7	57.7	62.9	57.5
SD	12.5	9.8	12.5	12.6
Min	22	34	24	22
Max	85	74	89	89
กลุ่มอายุ (คน - ร้อยละ)				
20-29 ปี	6 (2.6%)	0 (0.0%)	3 (1.9%)	9 (1.8%)
30-39 ปี	29 (12.6%)	5 (4.8%)	6 (3.8%)	40 (8.1%)
40-49 ปี	48 (20.9%)	20 (19.2%)	15 (9.6%)	83 (16.9%)
50-59 ปี	71 (30.9%)	32 (30.8%)	26 (16.6%)	129 (26.3%)
60-69 ปี	52 (22.6%)	36 (34.6%)	53 (33.8%)	141 (28.7%)
70-79 ปี	20 (8.7%)	11 (10.6%)	48 (30.6%)	79 (16.1%)
80 ปีขึ้นไป	4 (1.7%)	0 (0.0%)	6 (3.8%)	10 (2.0%)

อายุของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 57.5 ปี เมื่อเปรียบเทียบตามสถานะความไร้บ้านพบว่า มีค่าเฉลี่ยอายุที่แตกต่างกัน โดยคนไร้บ้านมีอายุเฉลี่ยต่ำสุด (53.7 ปี) ตามด้วยกลุ่ม อดีตคนไร้บ้าน (57.7 ปี) และคนจนเมือง (62.9 ปี) เมื่อพิจารณาจำแนกตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุที่พบมากที่สุดคือช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 28.7) รองลงมาคือ 50-59 ปี (ร้อยละ 26.3) และ 40-49 ปี (ร้อยละ 16.9) เมื่อจำแนกกลุ่มอายุตามสถานะความไร้บ้านพบว่าในกลุ่มคนไร้บ้านพบมากในช่วงอายุ 50-59 ปี (ร้อยละ 30.9) 60-69 ปี (ร้อยละ 22.6) และ 40-49 ปี (ร้อยละ 20.9) ไม่แตกต่างจากอดีตคนไร้บ้านที่พบกลุ่มอายุ 60-69 ปี (ร้อยละ 34.6) 50-59 ปี (ร้อยละ 30.8) และ 40-49 ปี (ร้อยละ 19.2) ขณะที่กลุ่มคนจนเมืองพบมากในช่วง 60-69 ปี (ร้อยละ 33.8) 70-79 ปี (ร้อยละ 30.6) และ 50-59 ปี (ร้อยละ 16.6) จากข้อมูลอายุสะท้อนให้เห็นว่าผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในกลุ่ม,คนจนเมืองเป็นกลุ่มผู้สูงอายุเป็นส่วนใหญ่ เมื่อเทียบกับคนไร้บ้านหรืออดีตคนไร้บ้านจะเป็นกลุ่มวัยกลางคนจนถึงผู้สูงอายุตอนต้น

ตารางที่ 4.2 เพศของกลุ่มตัวอย่าง

เพศ	**คนไร้บ้าน (n=230)**	**อดีตคนไร้บ้าน (n=104)**	**คนจนเมือง (n=157)**	**รวม (n=491)**
หญิง	48 (20.9%)	28 (26.9%)	69 (43.9%)	145 (29.5%)
ชาย	182 (79.1%)	76 (73.1%)	88 (56.1%)	346 (70.5%)

ผู้เข้าร่วมการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่เป็นเพศชาย จำนวน 346 คน (ร้อยละ 70.5) โดยกลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนเพศชายสูงที่สุดถึง 182 จาก 230 คน คิดเป็นร้อยละ 79.1% ขณะที่กลุ่มคนจนเมืองมีการกระจายตัวระหว่างเพศหญิงและชายใกล้เคียงกันมากกว่า โดยมีเพศหญิง 69 จาก 157 คน คิดเป็นร้อยละ 43.9 ซึ่งแสดงความแตกต่างของลักษณะประชากรในแต่ละกลุ่ม

ตารางที่ 4.3 ภูมิลำเนาของกลุ่มตัวอย่าง

ภูมิลำเนาเดิม	**คนไร้บ้าน (n=230)**	**อดีตคนไร้บ้าน (n=104)**	**คนจนเมือง (n=157)**	**รวม (n=491)**
กรุงเทพฯ และปริมณฑล	93 (40.4%)	60 (57.7%)	110 (70.1%)	263 (53.6%)
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	72 (31.3%)	7 (6.7%)	17 (10.8%)	96 (19.6%)
ภาคกลาง	28 (12.2%)	8 (7.7%)	12 (7.6%)	48 (9.8%)
ภาคตะวันออก	11 (4.8%)	9 (8.7%)	6 (3.8%)	26 (5.3%)
ภาคเหนือ	5 (2.2%)	8 (7.7%)	7 (4.5%)	20 (4.1%)

ภูมิลำเนาเดิม	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
ภาคใต้	12 (5.2%)	6 (5.8%)	1 (0.6%)	19 (3.9%)
ภาคตะวันตก	8 (3.5%)	4 (3.8%)	4 (2.5%)	16 (3.3%)
ต่างประเทศ	1 (0.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (0.2%)
ไม่ระบุ	0 (0.0%)	2 (1.9%)	0 (0.0%)	2 (0.4%)

ผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จำนวน 263 คน (ร้อยละ 53.6) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 96 คน (ร้อยละ 19.6) เมื่อพิจารณาแยกตามสถานการณ์ไร้บ้าน พบว่า กลุ่มคนไร้บ้านมีคนจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงถึง จำนวน 72 คน (ร้อยละ 31.3) ขณะที่กลุ่มคนจนเมือง จำนวน 110 จาก 157 คน (ร้อยละ 70.1) เป็นคนกรุงเทพฯ และปริมณฑลโดยกำเนิด

ตารางที่ 4.4 ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับการศึกษาสูงสุด	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
ไม่ได้เรียนหนังสือ	14 (6.1%)	5 (4.8%)	4 (2.5%)	23 (4.7%)
ประถมศึกษา	129 (56.1%)	35 (33.7%)	69 (43.9%)	233 (47.5%)
มัธยมศึกษา	65 (28.3%)	36 (34.6%)	42 (26.8%)	143 (29.1%)
ปวช.	11 (4.8%)	5 (4.8%)	11 (7.0%)	27 (5.5%)
ปวส./อนุปริญญา	2 (0.9%)	3 (2.9%)	6 (3.8%)	11 (2.2%)
ปริญญาตรีขึ้นไป	9 (3.9%)	10 (9.6%)	17 (10.8%)	36 (7.3%)
ไม่ระบุ	0 (0.0%)	10 (9.6%)	8 (5.1%)	18 (3.7%)

ระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา จำนวน 233 คนจาก 491 คน (ร้อยละ 47.5) รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษา จำนวน 143 คน (ร้อยละ 29.1) ส่วนกลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนผู้จบการศึกษาเพียงระดับประถมหรือต่ำกว่าสูงถึง 129 คนจาก 230 คน (ร้อยละ 56.4) ขณะที่กลุ่มคนจนเมืองและอดีตคนไร้บ้านมีผู้จบปริญญาตรี ร้อยละ 10.8 และ ร้อยละ 9.6 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวม

ตารางที่ 4.5 สาเหตุที่ออกมาไร้บ้าน เฉพาะกลุ่มตัวอย่างคนไร้บ้าน (n=230)

สาเหตุของการเป็นคนไร้บ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ปัญหาด้านการงาน	116	50.4%

สาเหตุของการเป็นคนไร้บ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
2. ปัญหาครอบครัว	65	28.3%
3. พ่อแม่เสียชีวิต	21	9.1%
4. โดนไล่ที่	13	5.7%
5. ตั้งใจออกมาเอง	13	5.7%
6. ปัญหาสุขภาพกาย	12	5.2%
7. ออกจากเรือนจำ	4	1.7%
8. มีเหตุจำเป็นบางอย่างที่ไม่ได้ตั้งใจ	3	1.3%
9. ปัญหาสุขภาพจิต/สารเสพติด	1	0.4%
10. ไม่ระบุ	16	7.0%

หมายเหตุ: ผู้ตอบสามารถระบุสาเหตุได้มากกว่า 1 ข้อ

ผลการสำรวจสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านในกลุ่มคนไร้บ้านจำนวน 230 คน พบคำตอบทั้งหมด 264 คำตอบ สาเหตุที่ระบุมากที่สุดคือปัญหาด้านการงาน จำนวน 116 คน คิดเป็นร้อยละ 50.4 ของผู้ตอบ ซึ่งหมายความว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มคนไร้บ้านระบุว่าปัญหาเรื่องการทำงานเป็นสาเหตุของการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน รองลงมาคือปัญหาครอบครัว 65 คน (ร้อยละ 28.3) พ่อแม่เสียชีวิต 21 คน (ร้อยละ 9.1) สาเหตุอื่นๆ ที่พบในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ได้แก่ การโดนไล่ที่ 13 คน (ร้อยละ 5.7) การตั้งใจออกมาเอง 13 คน (ร้อยละ 5.7) และปัญหาสุขภาพกาย 12 คน (ร้อยละ 5.2) ส่วนสาเหตุที่พบน้อย ได้แก่ การออกจากเรือนจำ จำนวน 4 คน (ร้อยละ 1.7) มีเหตุจำเป็นบางอย่างที่ไม่ได้ตั้งใจจำนวน 3 คน (ร้อยละ 1.3) และปัญหาสุขภาพจิตหรือสารเสพติด จำนวน 1 คน (ร้อยละ 0.4)

ตารางที่ 4.6 ปัจจัยที่กลับไปมีบ้านได้ เฉพาะกลุ่มตัวอย่างอดีตคนไร้บ้าน (n=104)

ปัจจัยที่ทำให้กลับมามีบ้าน	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ได้งานทำ	66	63.5%
2. ได้รับความช่วยเหลือจากภาคประชาสังคม	38	36.5%
3. พบญาติ ติดต่อญาติได้	18	17.3%
4. ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ	4	3.8%
5. รักษาหายจากปัญหาสุขภาพ	1	1.0%
6. ไม่ระบุ	6	5.8%

หมายเหตุ: ผู้ตอบสามารถระบุสาเหตุได้มากกว่า 1 ข้อ

ผลการสำรวจปัจจัยที่ทำให้กลุ่มอดีตคนไร้บ้านจำนวน 104 คนสามารถกลับมามีที่อยู่อาศัยได้ ปัจจัยที่ระบุมากที่สุดคือการได้งานทำ 66 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 ของผู้ตอบ ซึ่งมากกว่าครึ่งหนึ่งของอดีตคนไร้บ้านระบุว่า การมีงานทำเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้กลับมามีที่อยู่อาศัย รองลงมาคือการได้รับความช่วยเหลือจากภาคประชาสังคม 38 คน (ร้อยละ 36.5) การเจอหรือติดต่อญาติพี่น้องได้ 18 คน (ร้อยละ 17.3) ส่วนการได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ พบเพียง 4 คน (ร้อยละ 3.8) และการรักษาหายจากปัญหาสุขภาพพบเพียง 1 คน (ร้อยละ 1.0)

4.1.2 ประวัติการเข้าถึงบริการสุขภาพ

การวิเคราะห์ในส่วนนี้จะแสดงการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพ โดยจะวิเคราะห์การรับรู้สิทธิรักษาพยาบาล ประวัติการรักษาพยาบาลทั้งผู้ป่วยนอกในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา และผู้ป่วยในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี โดยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพเพื่อการวินิจฉัยโรค และโรคเรื้อรัง รวมถึงการรักษาโรคเรื้อรัง

ตารางที่ 4.7 จำนวนผู้เข้าร่วมการตรวจสุขภาพ จำแนกตามสิทธิรักษาพยาบาลและสถานะความไร้บ้าน

สิทธิรักษาพยาบาล	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
บัตรทอง	180 (78.3%)	97 (93.3%)	139 (88.5%)	416 (84.7%)
ประกันสังคม	12 (5.2%)	4 (3.8%)	10 (6.4%)	26 (5.3%)
ข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ	1 (0.4%)	0 (0.0%)	3 (1.9%)	4 (0.8%)
ไม่ทราบสิทธิรักษา*	16 (7.0%)	2 (1.9%)	5 (3.2%)	23 (4.7%)
ไม่มีสิทธิรักษา*	21 (9.1%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	22 (4.5%)

หมายเหตุ * ข้อมูลจากการตอบแบบสอบถาม

ผู้เข้าร่วมการตรวจสุขภาพส่วนใหญ่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (UCS) คิดเป็นร้อยละ 84.7 ของทั้งหมด โดยเป็นสิทธิประกันสุขภาพที่ผู้เข้าร่วมโครงการใช้มากที่สุดในทั้ง 3 กลุ่ม อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มคนไร้บ้านที่ส่วนใหญ่เป็นคนไทยซึ่งมีสิทธิรักษาพยาบาลของรัฐตามกฎหมาย แต่ยังคงพบคนไร้บ้านที่แจ้งว่าไม่มีสิทธิการรักษาถึง 21 คน (ร้อยละ 9.1) และผู้ที่ไม่ทราบสิทธิรักษาพยาบาล จำนวน 16 คน (ร้อยละ 7.0) รวมเป็นร้อยละ 16.1 ซึ่งเป็นสัดส่วนสูงเมื่อเทียบกับอดีตคนไร้บ้านและคนจนเมือง

ตารางที่ 4.8 ประวัติการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลใน 1 เดือนที่ผ่านมา

การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
ไม่มี	114 (49.6%)	64 (61.5%)	101 (64.3%)	279 (56.8%)
มี	116 (50.4%)	40 (38.5%)	56 (35.7%)	212 (43.2%)
- โรคทั่วไป	92 (40.0%)	33 (31.7%)	41 (26.1%)	166 (33.8%)
- โรคเรื้อรัง	14 (6.1%)	3 (2.9%)	11 (7.0%)	28 (5.7%)
- การบาดเจ็บ	10 (4.3%)	4 (3.8%)	4 (2.5%)	18 (3.7%)

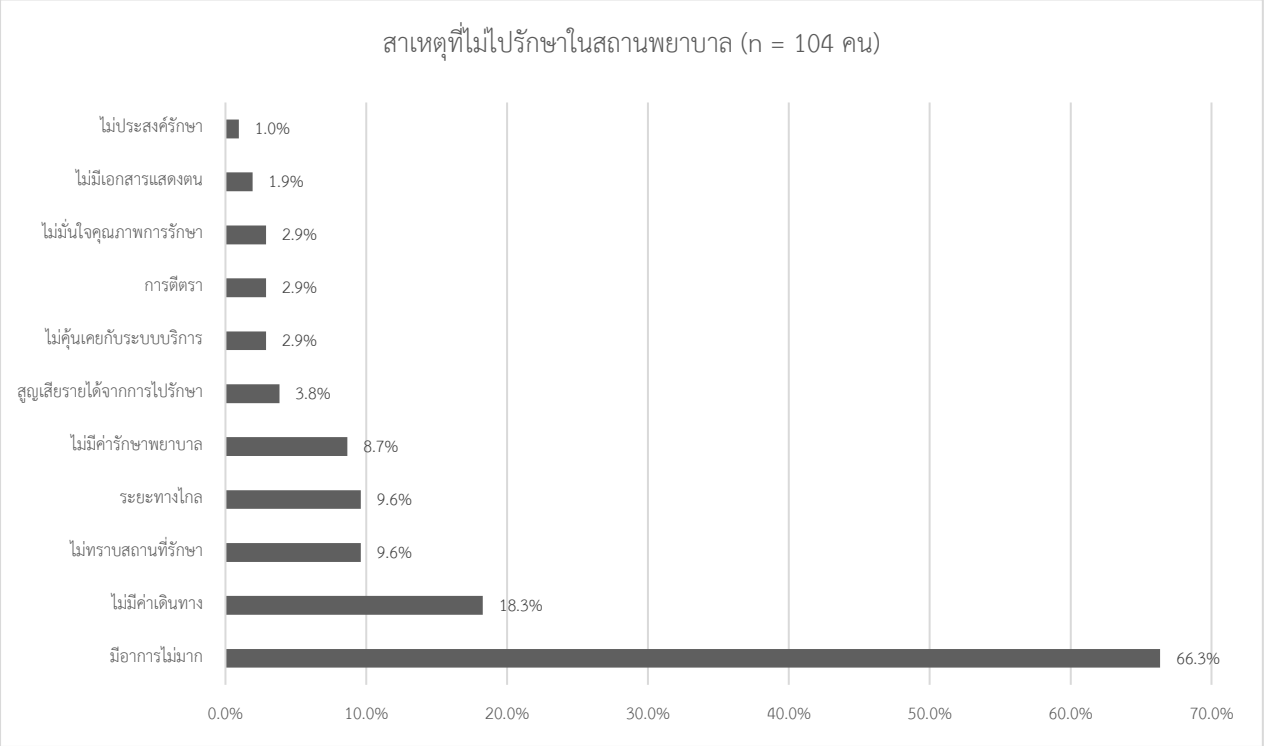
กลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลใน 1 เดือนที่ผ่านมาสูงที่สุด ถึง 116 คน จาก 230 คน (ร้อยละ 50.4) เทียบกับอดีตคนไร้บ้าน จำนวน 40 คน (ร้อยละ 38.5) และคนจนเมือง 56 คน (ร้อยละ 35.7) สาเหตุหลักของการเจ็บป่วยคือการเจ็บป่วยโรคทั่วไปจำนวน 166 คน (ร้อยละ 33.8) ซึ่งพบมากสุดในคนไร้บ้านถึง 90 คน (ร้อยละ 40.0) ขณะที่การบาดเจ็บพบในกลุ่มคนไร้บ้านมากที่สุด จำนวน 10 คน (ร้อยละ 4.3) ส่วนโรคเรื้อรังพบในกลุ่มคนไร้บ้านจำนวน 14 คน (ร้อยละ 6.1) และคนจนเมือง 11 คน (ร้อยละ 7.0) ใกล้เคียงกัน

ตารางที่ 4.9 วิธีการรักษาพยาบาลของผู้ที่มีประวัติเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา

สถานที่รักษา	คนไร้บ้าน (n=116)	อดีตคนไร้บ้าน (n=40)	คนจนเมือง (n=56)	รวม (n=212)
ไม่ได้รับการรักษา	**15 (12.9%)**	**5 (12.5%)**	**1 (1.8%)**	**21 (9.9%)**
รักษานอกสถานพยาบาล				
- ซื้อยากินเอง	26 (22.4%)	9 (22.5%)	12 (21.4%)	47 (22.2%)
- ร้านขายยา	21 (18.1%)	7 (17.5%)	8 (14.3%)	36 (17.0%)
- หน่วยแพทย์เคลื่อนที่	8 (6.9%)	0 (0.0%)	1 (1.8%)	9 (4.2%)
รักษาในสถานพยาบาล				
- ศูนย์บริการสาธารณสุข	5 (4.3%)	1 (2.5%)	5 (8.9%)	11 (5.2%)
- คลินิกบัตรทอง	10 (8.6%)	6 (15.0%)	7 (12.5%)	23 (10.8%)
- คลินิกเอกชน (ชำระเงิน)	3 (2.6%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (1.4%)
- โรงพยาบาลรัฐ	21 (18.1%)	5 (12.5%)	17 (30.4%)	43 (20.3%)

สถานที่รักษา	คนไร้บ้าน (n=116)	อดีตคนไร้บ้าน (n=40)	คนจนเมือง (n=56)	รวม (n=212)
- โรงพยาบาลเอกชน (ใช้สิทธิรักษา)	3 (2.6%)	5 (12.5%)	2 (3.6%)	10 (4.7%)
ไม่ระบุ	**4 (3.4%)**	**2 (5.0%)**	**3 (5.4%)**	**9 (4.2%)**

เมื่อเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นต้องนอนโรงพยาบาล พบว่าพฤติกรรมการรักษาพยาบาลที่พบมากที่สุดคือการซื้อยากินเอง จำนวน 47 คน (ร้อยละ 22.2) เมื่อรวมกับการไปร้านขายยา จำนวน 36 คน (ร้อยละ 17.0) รวมจำนวน 83 จาก 212 คนคิดเป็นร้อยละ 39.2 ของผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนทั้งหมด เมื่อพิจารณาในกลุ่มสถานบริการพบว่า โรงพยาบาลรัฐเป็นสถานบริการที่ใช้มากที่สุด จำนวน 43 คน (ร้อยละ 20.3) โดยเฉพาะในกลุ่มคนจนเมืองมีสัดส่วนการใช้บริการโรงพยาบาลรัฐเมื่อเจ็บป่วยมากถึง 17 คน จาก 56 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 เมื่อพิจารณาการรักษาในสถานพยาบาลทุกประเภทพบว่า คนไร้บ้านมีสัดส่วนการเข้ารับรักษาในสถานพยาบาลต่ำที่สุด จำนวน 42 คน จาก 116 คน คิดเป็นร้อยละ 36.2 รองลงมาเป็น อดีตคนไร้บ้านจำนวน 17 คน จาก 40 คน คิดเป็นร้อยละ 42.5 และคนจนเมือง จำนวน 31 คน จาก 56 คน คิดเป็นร้อยละ 55.4 ส่วนการไม่ได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย พบในกลุ่มคนไร้บ้าน 15 คน (ร้อยละ 12.9) และอดีตคนไร้บ้าน 5 คน (ร้อยละ 12.5) มากกว่ากลุ่มคนจนเมืองที่มีจำนวน 1 คน (ร้อยละ 1.8)



หมายเหตุ: ผู้ตอบสามารถระบุสาเหตุได้มากกว่า 1 ข้อ

ภาพที่ 4.1 เหตุผลที่ไม่ไปรักษาที่สถานพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย

จากการสำรวจเหตุผลที่ไม่ไปรักษาที่สถานพยาบาล โดยการสอบถามผู้ป่วยที่ไม่ไปรักษาพยาบาลที่สถานบริการจำนวน 113 คน มีผู้ตอบแบบสอบถาม 104 คน พบว่าเหตุผลที่ระบุมากที่สุด คือ อาการเจ็บป่วยเล็กน้อยจำนวน 68 คน (ร้อยละ 66.3) รองลงมาคืออุปสรรคด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ ไม่มีค่าเดินทางจำนวน 19 คน (ร้อยละ 18.3) ไม่มีค่ารักษาพยาบาล จำนวน 9 คน ร้อยละ 8.7) และ สูญเสียรายได้จากการไปรักษา จำนวน 3 คน (ร้อยละ 3.8) ส่วนอุปสรรคเชิงระบบบริการ ได้แก่ ระยะทางไกล 9 คน (ร้อยละ 9.6) ไม่ทราบสถานที่รักษา 9 คน (ร้อยละ 9.6) ไม่คุ้นเคยกับระบบบริการ จำนวน 3 คน (ร้อยละ 2.9) ไม่มั่นใจในคุณภาพการรักษา 3 คน (ร้อยละ 2.9) ไม่มีเอกสารแสดงตัวตน 1 คน (ร้อยละ 1.9) สุดท้ายอุปสรรคด้านทัศนคติของผู้ให้และผู้รับบริการ ได้แก่ การตีตรา 3 คน (ร้อยละ 2.9) และไม่ประสงค์รับการรักษา 1 คน (ร้อยละ 1.0)

ตารางที่ 4.10 ประวัติการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลใน 1 ปีที่ผ่านมา

การเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาล	**คนไร้บ้าน (n=230)**	**อดีตไร้บ้าน (n=104)**	**คนจนเมือง (n=157)**	**รวม (n=491)**
ไม่มี	193 (83.9%)	83 (79.8%)	137 (87.3%)	413 (84.1%)
มี	37 (16.1%)	21 (20.2%)	20 (12.7%)	78 (15.9%)
- โรคและการเจ็บป่วย	27 (11.7%)	18 (17.3%)	14 (8.9%)	59 (12.0%)
- การบาดเจ็บ	10 (4.4%)	3 (2.9%)	6 (3.8%)	19 (3.9%)

ผู้ที่เคยเจ็บป่วยจนต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 15.9 ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด โดยกลุ่มอดีตคนไร้บ้านมีอัตราสูงสุด จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 20.2 รองลงมาคือคนไร้บ้าน จำนวน 37 คน ร้อยละ 16.1 และคนจนเมือง จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 12.7 สาเหตุหลักคือโรคและการเจ็บป่วย จำนวน 59 คน (ร้อยละ 12.0) และคนไร้บ้านต้องนอนโรงพยาบาลเพราะการบาดเจ็บ มีจำนวนสูงถึง 10 คน (ร้อยละ 4.4) ในจำนวนผู้นอนโรงพยาบาลทั้งหมด 78 คน ส่วนใหญ่ใช้บริการโรงพยาบาลรัฐ (55 คน คิดเป็น 70.5%)

ตารางที่ 4.11 ระยะเวลานอนโรงพยาบาลครั้งล่าสุด เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่นอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (n=78)

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	**คนไร้บ้าน (n=37)**	**อดีตคนไร้บ้าน (n=21)**	**คนจนเมือง (n=20)**	**รวม (n=78)**
ค่าเฉลี่ยวันนอน (SD)	8.6 (11.8)	7.1 (8.4)	8.4 (14.1)	8.1 (11.4)
ช่วงระยะเวลาการนอน				
- นอนโรงพยาบาล < 7 วัน	25 (67.6%)	14 (66.7%)	13 (65.0%)	52 (66.7%)

ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล	คนไร้บ้าน (n=37)	อดีตคนไร้บ้าน (n=21)	คนจนเมือง (n=20)	รวม (n=78)
- นอนโรงพยาบาล ≥ 7 วัน	10 (27.0%)	6 (28.6%)	3 (15.0%)	19 (24.4%)
- ไม่ระบุ	2 (5.4%)	1 (4.8%)	4 (20.0%)	7 (9.0%)

ในกลุ่มผู้ที่เคยนอนโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 78 คน พบว่าค่าเฉลี่ยระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลโดยรวมอยู่ที่ 8.1 วัน (SD = 11.4) โดยกลุ่มคนไร้บ้านมีค่าเฉลี่ยวันนอนสูงที่สุดที่ 8.6 วัน (SD = 11.8) รองลงมาคือกลุ่มคนจนเมือง 8.4 วัน (SD = 14.1) และกลุ่มอดีตคนไร้บ้าน 7.1 วัน (SD = 8.4) เมื่อจำแนกตามช่วงระยะเวลาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จำนวน 52 คน จาก 78 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 นอนโรงพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน ซึ่งมีสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลุ่ม สำหรับผู้ที่นอนโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป พบในอดีตคนไร้บ้าน จำนวน 6 คน ร้อยละ 28.6 และพบในกลุ่มคนไร้บ้าน 10 คน ร้อยละ 27.0 ใกล้เคียงกัน สูงกว่ากลุ่มคนจนเมืองอย่างชัดเจน จำนวน 3 คน ร้อยละ 15.0

ตารางที่ 4.12 สถานที่อยู่อาศัยหลังออกจากโรงพยาบาลครั้งล่าสุด เฉพาะกลุ่มตัวอย่างที่นอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (n=78)

สถานที่อยู่อาศัยหลังออกจากโรงพยาบาล	คนไร้บ้าน (n=37)	อดีตคนไร้บ้าน (n=21)	คนจนเมือง (n=20)	รวม (n=78)
ห้องพักของตนเอง	4 (10.8%)	13 (61.9%)	13 (65.0%)	30 (38.5%)
ห้องพักของครอบครัว/เพื่อน	12 (32.4%)	5 (23.8%)	5 (25.0%)	22 (28.2%)
ที่พักของภาคประชาสังคม/วัด	0 (0.0%)	2 (9.5%)	1 (5.0%)	3 (3.8%)
สถานที่สาธารณะ	21 (56.8%)	1 (4.8%)	1 (5.0%)	23 (29.5%)

จากผู้ที่เคยนอนโรงพยาบาลในรอบปีที่ผ่านมาจำนวน 78 คน พบว่าสถานที่อยู่อาศัยหลังออกจากโรงพยาบาลแตกต่างกันระหว่างกลุ่มอย่างชัดเจน ในกลุ่มคนไร้บ้านส่วนใหญ่กลับไปอยู่ในสถานที่สาธารณะ ถึง 21 คน จาก 37 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือห้องพักของครอบครัวหรือเพื่อนจำนวน 12 คน ร้อยละ 32.4 สำหรับกลุ่มอดีตคนไร้บ้านและคนจนเมืองส่วนใหญ่กลับไปอยู่ในห้องพักของตนเอง ร้อยละ 61.9 และร้อยละ 65.0 ตามลำดับ รองลงมาคือไปอยู่ห้องพักของครอบครัวหรือเพื่อน ร้อยละ 23.8 และร้อยละ 25.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.13 ประวัติการตรวจสุขภาพประจำปี

สถานที่อยู่อาศัยหลังออกจากโรงพยาบาล	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
ไม่เคยตรวจสุขภาพ	132 (57.4%)	23 (22.1%)	47 (29.9%)	202 (41.1%)
เคยตรวจสุขภาพ	98 (42.6%)	81 (77.9%)	110 (70.1%)	289 (58.9%)
- เคยตรวจ ≥ 2 ปี	51 (22.2%)	53 (51.0%)	64 (40.8%)	168 (34.2%)
- เคยตรวจ < 2 ปี	26 (11.3%)	9 (8.7%)	4 (2.5%)	39 (7.9%)
- จำระยะเวลาไม่ได้	21 (9.1%)	19(18.3%)	42 (26.8%)	82 (16.7%)

จากการสอบถามประวัติการตรวจสุขภาพประจำปีของผู้เข้าร่วม พบว่ามีผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพเลย 202 คน (ร้อยละ 41.1) และเคยตรวจสุขภาพ 289 คน (ร้อยละ 58.9) เมื่อจำแนกตามกลุ่มพบว่า สัดส่วนผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพแตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนสูงที่สุด 132 คน ร้อยละ 57.4 รองลงมาคือกลุ่มคนจนเมืองจำนวน 47 คน คิดเป็นร้อยละ 29.9 และกลุ่มอดีตคนไร้บ้าน จำนวน 23 คน ร้อยละ 22.1 ในทางกลับกัน เมื่อพิจารณาช่วงระยะเวลาของการตรวจสุขภาพครั้งล่าสุด มีผู้ที่เคยตรวจสุขภาพภายในเวลาน้อยกว่า 2 ปี รวม 39 คน คิดเป็นร้อยละ 7.9 พบในกลุ่มคนไร้บ้านสูงสุดที่ 26 คน ร้อยละ 11.3 รองลงมาคือกลุ่มอดีตคนไร้บ้าน จำนวน 9 คน ร้อยละ 8.7 และกลุ่มคนจนเมือง 4 คน ร้อยละ 2.5

ตารางที่ 4.14 ประวัติการมีโรคประจำตัวของกลุ่มตัวอย่างจากการตอบแบบสอบถาม (n=491)

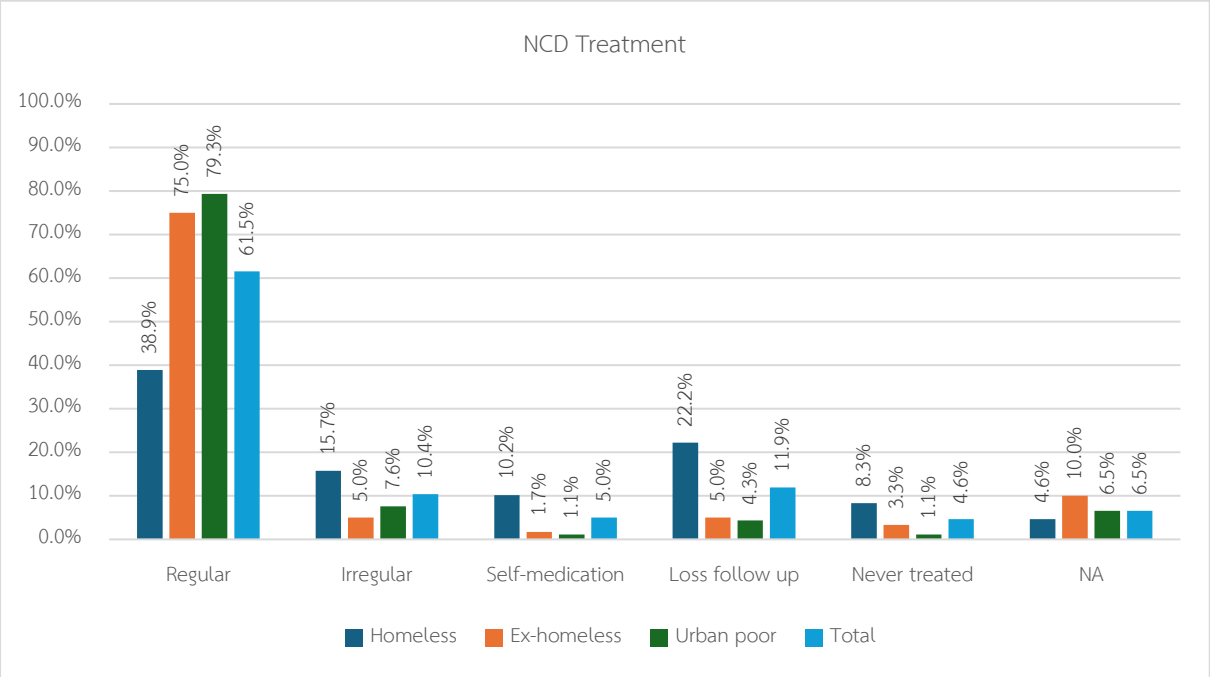
มีโรคประจำตัว	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
ไม่มี	122 (53.0%)	44 (42.3%)	65 (41.4%)	231 (47.0%)
มี	108 (47.0%)	60 (57.7%)	92 (58.6%)	260 (53.0%)

เมื่อสอบถามจากประวัติโรคประจำตัว พบว่ามีผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 260 คน จาก 491 คน คิดเป็นร้อยละ 53 ของผู้เข้าร่วมทั้งหมด โดยกลุ่มคนจนเมืองมีสัดส่วนสูงสุดถึง 92 คน ร้อยละ 58.6 ซึ่งไม่แตกต่างจากอดีตคนไร้บ้านที่มีจำนวน 60 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 ในขณะที่กลุ่มคนไร้บ้านมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพียง 108 คน ร้อยละ 47.0 เมื่อจำแนกโรคที่พบบ่อย 10 อันดับแรก พบว่า เป็นโรคไม่ติดต่อ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 26.3 ไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 14.5 เบาหวาน ร้อยละ 10.8 โรคหัวใจ ร้อยละ 4.7 โรคปอดเรื้อรัง ร้อยละ 4.7 โรคจิตเวช ร้อยละ 4.7 โรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 3.5 โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 3.5 โรคภูมิแพ้ ร้อยละ 2.4 และโรคเกาต์ ร้อยละ 2.2 ตามลำดับ ในขณะที่โรคติดต่อเรื้องรังมีสัดส่วนต่ำกว่า ได้แก่ การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.6 และวัณโรค ร้อยละ 1.0

ตารางที่ 4.15 โรคเรื้อรังที่พบบ่อย 10 อันดับแรกจำแนกตามสถานการณ์ไร้บ้านของกลุ่มตัวอย่าง (n=491)

โรคเรื้อรัง	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
1. ความดันโลหิตสูง	43 (18.7%)	**25 (24.0%)**	**61 (38.9%)**	129 (26.3%)
2. ไขมันในเลือดสูง	18 (7.8%)	**22 (21.2%)**	**31 (19.7%)**	71 (14.5%)
3. เบาหวาน	24 (10.4%)	12 (11.5%)	17 (10.8%)	53 (10.8%)
4. โรคหัวใจ	**14 (6.1%)**	**7 (6.7%)**	2 (1.3%)	23 (4.7%)
5. โรคปอดเรื้อรัง	**14 (6.1%)**	**6 (5.8%)**	3 (1.9%)	23 (4.7%)
6. โรคจิตเวช	7 (3.0%)	4 (3.8%)	**12 (7.6%)**	23 (4.7%)
7. โรคหลอดเลือดสมอง	**12 (5.2%)**	1 (1.0%)	4 (2.5%)	17 (3.5%)
8. โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ	8 (3.5%)	3 (2.9%)	6 (3.8%)	17 (3.5%)
9. โรคภูมิแพ้	5 (2.2%)	3 (2.9%)	4 (2.5%)	12 (2.4%)
10. โรคเกาต์	**7 (3.0%)**	**3 (2.9%)**	1 (0.6%)	11 (2.2%)

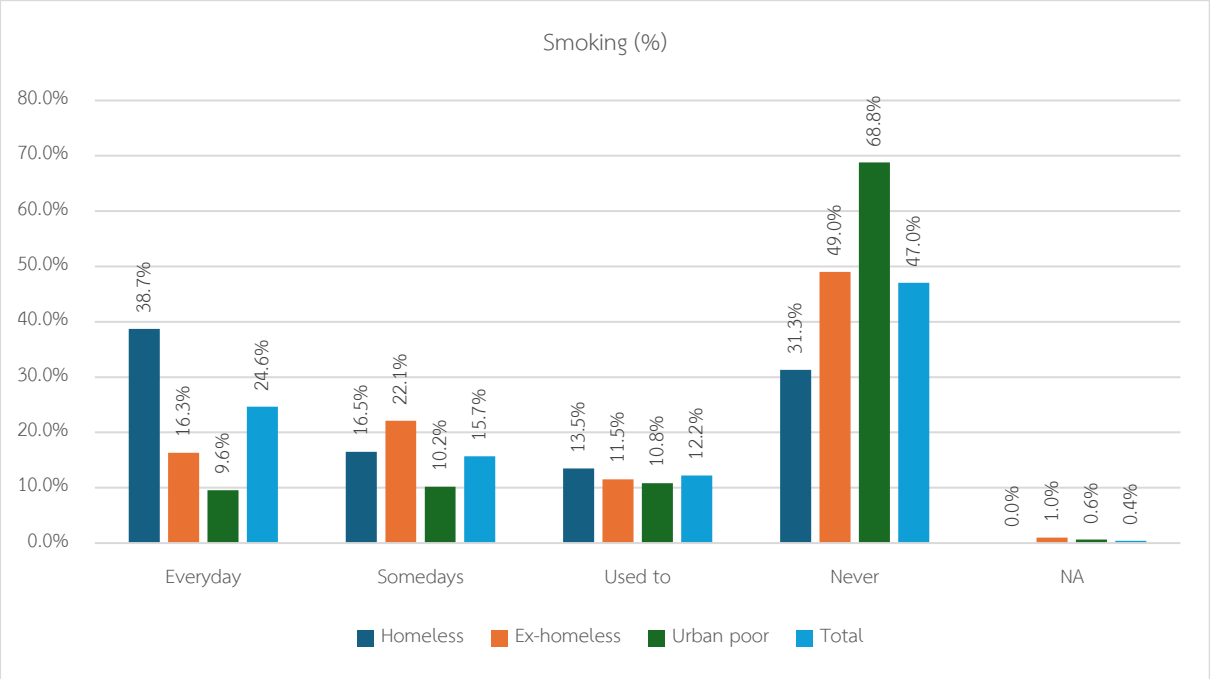
เมื่อพิจารณาโรคเรื้องรังที่พบบ่อย 10 อันดับแรกจากการตอบแบบสอบถาม พบว่ามีสัดส่วนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังบางโรคที่แตกต่างกัน อาทิ โรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง พบในกลุ่มคนไร้บ้านต่ำกว่าอีกสองกลุ่มอย่างเห็นได้ชัด ส่วนโรคจิตเวชพบในกลุ่มคนจนเมืองมากกว่าอีกสองกลุ่ม ในทางกลับกันโรคหลอดเลือดสมองพบในกลุ่มคนไร้บ้านมากกว่าอีกสองกลุ่ม รวมถึงโรคหัวใจ โรคปอดเรื้อรัง และโรคเกาต์พบในกลุ่มคนไร้บ้านและอดีตคนไร้บ้านมากกว่ากลุ่มคนจนเมือง ส่วนโรคเบาหวาน โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ และโรคภูมิแพ้ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างชัดเจน



ภาพที่ 4.2 วิธีการรักษาโรคประจำตัว

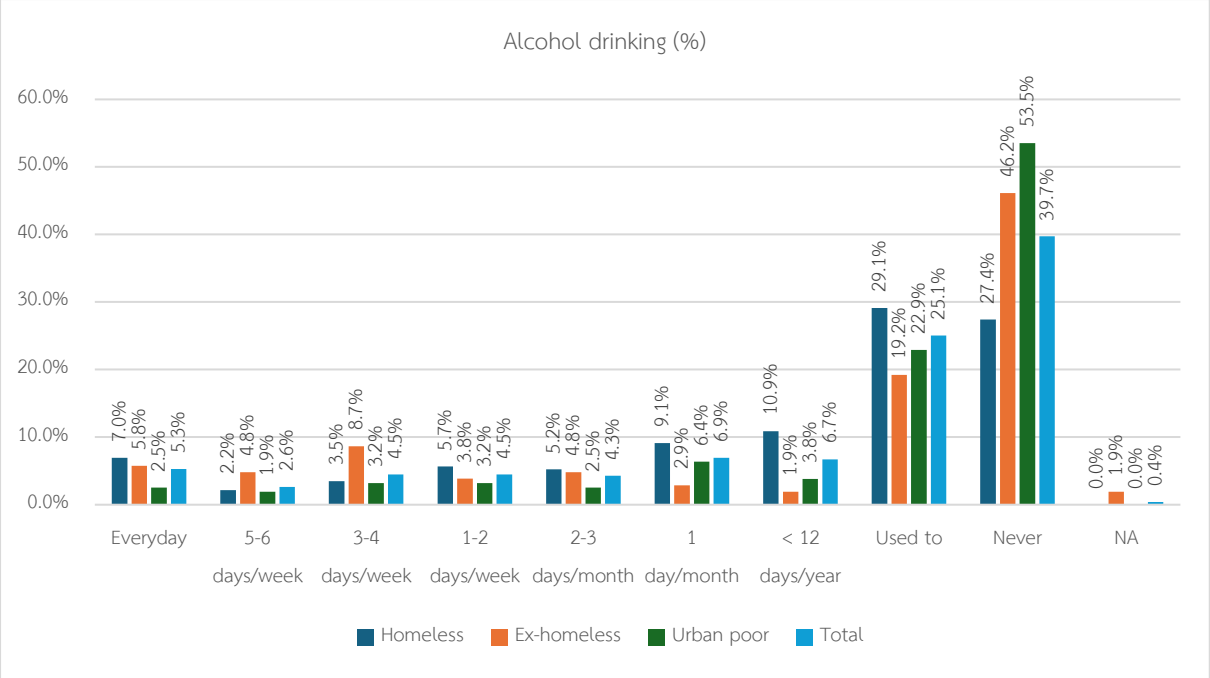
เมื่อสอบถามวิธีรักษาโรคประจำตัว จำแนกตามกลุ่มประชากร พบความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างชัดเจน โดยเฉพาะ กลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนการรักษาสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 38.9 ซึ่งต่ำกว่ากลุ่มอดีตคนไร้บ้านร้อยละ 75.0 ประมาณ 2 เท่า และต่ำกว่ากลุ่มคนจนเมือง ร้อยละ 79.3 มากกว่า 2 เท่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังไร้บ้านมีสัดส่วนการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 15.7 ส่วนคนที่ซื้อยากินเอง ร้อยละ 22.2 และหายจากการติดตามการรักษา ร้อยละ 8.3 สูงกว่ากลุ่มคนจนเมืองและอดีตคนไร้บ้านอย่างชัดเจน โดยรวมเมื่อนับสัดส่วนผู้ที่มีปัญหาความต่อเนื่องของการรักษา (รักษาไม่สม่ำเสมอ ซื้อยากินเอง หลุดจากการรักษา และไม่เคยรักษา) ในกลุ่มคนไร้บ้านพบสูงถึงร้อยละ 56.4 ขณะที่กลุ่มอดีตคนไร้บ้านอยู่ที่ร้อยละ 15.0 และกลุ่มคนจนเมือง ร้อยละ 14.1

4.1.3 พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ



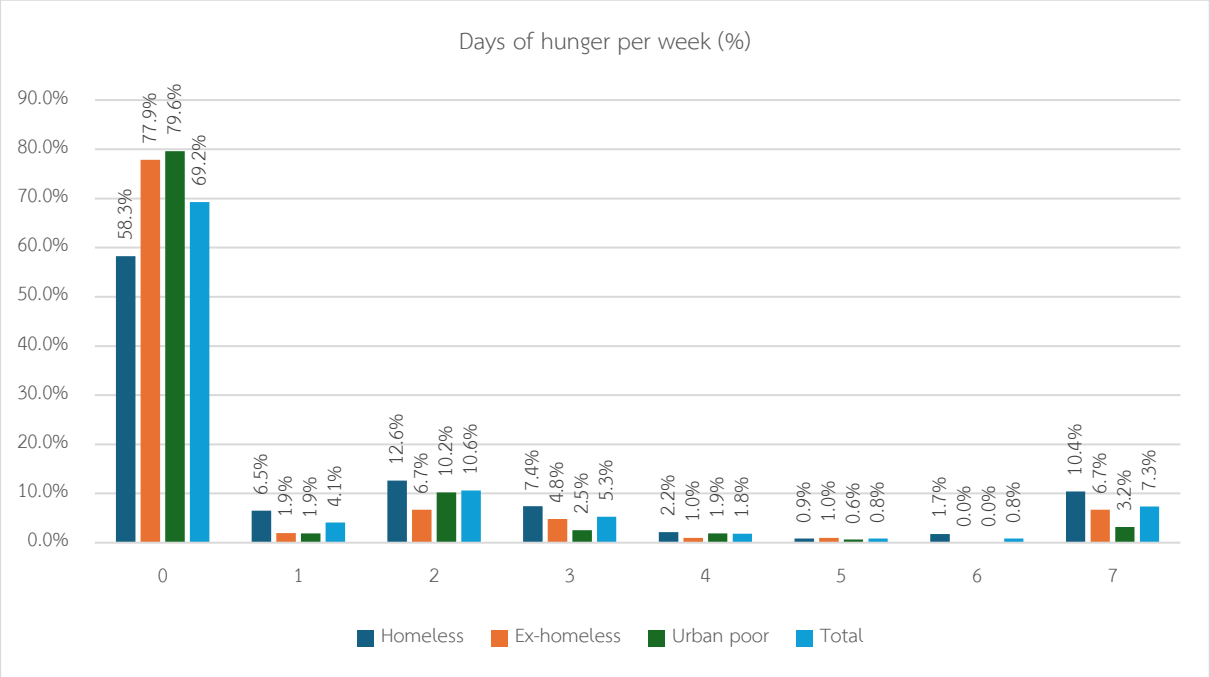
ภาพที่ 4.3 พฤติกรรมสูบบุหรี่

กลุ่มคนไร้บ้านมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงที่สุด โดยสูบทุกวัน 89 จาก 230 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7% และสูบเป็นบางวัน ร้อยละ 16.5 รวมผู้ที่ยังสูบบุหรี่อยู่ในปัจจุบันมีมากถึงร้อยละ 55.2 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มอดีตคนไร้บ้านที่ร้อยละ 38.5 และคนจนเมือง ร้อยละ 19.7 ผู้ที่ไม่เคยสูบพบในกลุ่มคนจนเมืองสูงสุดที่ร้อยละ 68.8 รองลงมาคือกลุ่มอดีตคนไร้บ้านร้อยละ 49.0 ขณะที่กลุ่มคนไร้บ้านมีเพียง ร้อยละ 31.3 ที่ไม่เคยสูบบุหรี่



ภาพที่ 4.4 พฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์

ผลการสำรวจการดื่มแอลกอฮอล์จำแนกตามกลุ่มประชากร พบจุดแตกต่างที่สำคัญระหว่างกลุ่ม โดยคนไร้บ้านมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 1 ปีมากที่สุดร้อยละ 43.5 รองลงมาคือกลุ่มอดีตคนไร้บ้านร้อยละ 32.7 และคนจนเมืองร้อยละ 23.6 เมื่อจำแนกความถี่ในการดื่มแอลกอฮอล์พบว่า คนไร้บ้านมีสัดส่วนการดื่มแอลกอฮอล์ทุกวันสูงสุดที่ร้อยละ 7.0 ในขณะที่ผู้ที่ดื่มเป็นประจำ (ตั้งแต่ 3 - 6 วัน/สัปดาห์) พบในกลุ่มอดีตคนไร้บ้านสูงสุดที่ร้อยละ 19.3 และผู้ที่ดื่มไม่ประจำ (น้อยกว่า 12 วัน/ปี ถึง 1-2 วัน/สัปดาห์) พบในกลุ่มคนไร้บ้านมากกว่ากลุ่มอื่นที่ร้อยละ 30.9



ภาพที่ 4.5 จำนวนวันที่ได้รับอาหารไม่อิ่มท้องต่อสัปดาห์

ผลการสำรวจจำนวนวันที่กินไม่อิ่มท้องต่อสัปดาห์ เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากรพบว่ากลุ่มคนไร้บ้านมีเพียงร้อยละ 58.3 ที่ได้รับประทานอาหารอิ่มท้องทุกวัน แตกต่างจากกลุ่มอดีตคนไร้บ้านและกลุ่มคนจนเมืองร้อยละ 77.9 และร้อยละ 79.6ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มคนไร้บ้านประมาณร้อยละ 20 สัดส่วนคนที่ได้รับอาหารไม่อิ่มท้องทุกวันพบสูงสุดในกลุ่มคนไร้บ้านที่ร้อยละ 10.4 รองลงมาคือกลุ่มอดีตคนไร้บ้านร้อยละ 6.7 และกลุ่มคนจนเมืองเพียงร้อยละ 3.2 หรือกลุ่มคนไร้บ้านสูงกว่ากลุ่มคนจนเมืองประมาณ 3 เท่า

4.1.4 ผลการตรวจสุขภาพ

ผลการตรวจสุขภาพจะประกอบด้วยข้อมูลสถานะสุขภาพจิต การตรวจร่างกาย ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย และค่าความดันโลหิต และผลทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย น้ำตาลในเลือดขณะงดอาหาร ระดับไขมัน LDL Cholesterol ระดับไขมัน Triglyceride ค่าการทำงานของไต (eGFR) ค่าการทำงานของตับ AST และ ALT ภาวะโลหิตจาง (ค่า Hemoglobin) โดยข้อมูลน้ำตาลในเลือดและความดันโลหิตสูงจะรายงานควบคู่กับประวัติโรคประจำตัวเพื่อการวิเคราะห์ถึงการรับรู้สถานะโรคประจำตัวของผู้เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพ

ตารางที่ 4.16 สถานะสุขภาพจิตจำแนกตามสถานะการไร้บ้าน

สถานะสุขภาพจิต	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
ระดับความเครียด				
- น้อย (Low)	172 (74.8%)	76 (73.1%)	126 (80.3%)	374 (76.2%)
- ปานกลาง (Moderate)	32 (13.9%)	16 (15.4%)	22 (14.0%)	70 (14.3%)
- มาก (High)	14 (6.1%)	4 (3.8%)	3 (1.9%)	21 (4.3%)
- รุนแรง (Severe)	12 (5.2%)	6 (5.8%)	5 (3.2%)	23 (4.7%)
- ไม่มีข้อมูล	0 (0.0%)	2 (1.9%)	1 (0.6%)	3 (0.6%)
ภาวะซึมเศร้า				
- ไม่มี (None)	178 (77.4%)	87 (83.7%)	131 (83.4%)	396 (80.7%)
- เล็กน้อย (Mild)	37 (16.1%)	11 (10.6%)	21 (13.4%)	69 (14.1%)
- ปานกลาง (Moderate)	11 (4.8%)	3 (2.9%)	4 (2.5%)	18 (3.7%)
- รุนแรง (Severe)	4 (1.7%)	1 (1.0%)	0 (0.0%)	5 (1.0%)
- ไม่มีข้อมูล	0 (0.0%)	2 (1.9%)	1 (0.6%)	3 (0.6%)

ผลการประเมินสถานะสุขภาพจิตจำแนกตามกลุ่มประชากร แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือระดับความเครียด โดยใช้แบบสอบถาม ST-5 และภาวะซึมเศร้า โดยใช้เครื่องมือ PHQ-9 พบว่าสถานะสุขภาพจิตมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยเมื่อพิจารณาผู้ที่มีความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป พบในกลุ่มคนไร้บ้านถึง 58 คน คิดเป็นร้อยละ 25.2 รองลงมาคือกลุ่มอดีตคนไร้บ้าน จำนวน 26 คนร้อยละ 25.0 ซึ่งใกล้เคียงกัน ในขณะที่กลุ่มคนจนเมืองมีเพียง 30 คนจาก 157 คน คิดเป็นร้อยละ 19.1 หรือต่ำกว่าสองกลุ่มแรกประมาณร้อยละ 6 เมื่อพิจารณาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าทุกระดับรวมกัน พบในกลุ่มคนไร้บ้านสูงสุดที่ 52 คน ร้อยละ 22.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มคนจนเมืองที่จำนวน 25 คน ร้อยละ 15.9 และกลุ่มอดีตคนไร้บ้าน จำนวน 15 คน ร้อยละ 14.5 หรือประมาณ 1.5 เท่า

ตารางที่ 4.17 ดัชนีมวลกายจำแนกตามสถานะการไร้บ้าน

ระดับดัชนีมวลกาย (BMI)	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
น้ำหนักน้อย (BMI < 18.5)	26 (11.3%)	9 (8.7%)	15 (9.6%)	50 (10.2%)
ปกติ (BMI 18.5-22.9)	102 (44.3%)	47 (45.2%)	66 (42.0%)	215 (43.8%)
น้ำหนักเกิน (BMI 23.0-24.9)	45 (19.6%)	13 (12.5%)	33 (21.0%)	91 (18.5%)
อ้วน (BMI 25.0-29.9)	36 (15.7%)	26 (25.0%)	27 (17.2%)	89 (18.1%)
อ้วนรุนแรง (BMI ≥ 30.0)	12 (5.2%)	9 (8.7%)	15 (9.6%)	36 (7.3%)
ไม่มีข้อมูล	9 (3.9%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	10 (2.0%)

ผลการประเมินดัชนีมวลกาย (BMI) ของผู้เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 491 คน พบว่ามีคนที่น้ำหนักอยู่ในเกณฑ์ปกติ จำนวน 215 คน ร้อยละ 43.8 ส่วนคนที่มีน้ำหนักเกิน (BMI ≥ 23.0) จำนวน 216 คน ร้อยละ 43.9 และคนที่มีน้ำหนักน้อย (BMI < 18.5) จำนวน 50 ร้อยละ 10.2 เมื่อจำแนกตามกลุ่มพบความแตกต่างที่ชัดเจน โดยกลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนน้ำหนักน้อยสูงสุดที่ ร้อยละ 11.3 เทียบกับกลุ่มคนจนเมือง 9.6 และกลุ่มอดีตคนไร้บ้านร้อยละ 8.7 ตามลำดับ ในทางกลับกัน ภาวะน้ำหนักเกินพบในกลุ่มอดีตคนไร้บ้านและกลุ่มคนจนเมืองสูงใกล้เคียงกันร้อยละ 46.2 และร้อยละ 47.8 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มคนไร้บ้านมีร้อยละ 40.5 ซึ่งต่ำกว่าสองกลุ่มแรก

ตารางที่ 4.18 โรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานจำแนกตามสถานะการไร้บ้าน

	คนไร้บ้าน (n=230)	อดีตคนไร้บ้าน (n=104)	คนจนเมือง (n=157)	รวม (n=491)
โรคความดันโลหิตสูง				
- Normal BP & no history of HT	139 (60.4%)	66 (63.5%)	78 (49.7%)	283 (57.6%)
- Controlled HT	22 (9.6%)	14 (13.5%)	41 (26.1%)	77 (15.7%)
- Uncontrolled HT	21 (9.1%)	11 (10.6%)	20 (12.7%)	52 (10.6%)
- High BP & no history of HT	42 (18.3%)	12 (11.5%)	17 (10.8%)	71 (14.5%)
- NA	6 (2.6%)	1 (1.0%)	1 (0.6%)	8 (1.6%)
โรคเบาหวาน				
- Normal FBS* & no history of DM	164 (71.3%)	63 (60.6%)	106 (67.5%)	333 (67.8%)
- Impaired fasting glucose*	15 (6.5%)	21 (20.2%)	20 (12.7%)	56 (11.4%)
- Controlled DM**	13 (5.7%)	6 (5.8%)	10 (6.4%)	29 (5.9%)
- Uncontrolled DM**	10 (4.3%)	6 (5.8%)	6 (3.8%)	22 (4.5%)
- High FBS* & no history of DM	9 (3.9%)	6 (5.8%)	9 (5.7%)	24 (4.9%)
- NA	19 (8.3%)	2 (1.9%)	6 (3.8%)	27 (5.5%)

Note - *Normal FBS < 100 mg/dL, Impaired fasting glucose = 100 – 125 mg/dL, High FBS ≥ 126 mg/dL

- ** Controlled FBS <= 130 mg/dL, Uncontrol FBS > 130 mg/dL

ภาพรวมโรคความดันโลหิตสูง จากผลการประเมินพบว่ากลุ่มคนจนเมืองมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงสูงที่สุดถึง 41 คน จาก 157 คน คิดเป็นร้อยละ 26.1 ส่วนผู้ที่ไม่เป็นความดันโลหิตสูง จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 49.7 เทียบกับกลุ่มอดีตคนไร้บ้านที่มีจำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 63.5 และกลุ่มคนไร้บ้านจำนวนจำนวน 139 คน คิดเป็นร้อยละ 60.4 อย่างไรก็ตาม กลุ่มคนจนเมืองสามารถเข้าถึงการรักษาและควบคุมโรคได้ดีกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน โดยมีสัดส่วนผู้ที่ควบคุมโรคได้ร้อยละ 26.1 สูงกว่ากลุ่มอดีตคนไร้บ้านร้อยละ 13.5 และกลุ่มคนไร้บ้านร้อยละ 9.6 ส่วนผู้ที่เป็นความดันโลหิตสูงที่ไม่ทราบมาก่อน พบว่ากลุ่มคนไร้บ้านเป็นกลุ่มที่มีปัญหาการเข้าไม่ถึงการคัดกรองมากที่สุด โดยพบผู้ที่มีความดันสูงแต่ไม่เคยทราบว่าเป็นโรคถึงร้อยละ 18.3 สูงกว่ากลุ่มอดีตคนไร้บ้านร้อยละ 11.5 และกลุ่มคนจนเมืองร้อยละ 10.8 ประมาณ 1.6-1.7 เท่า ส่วนผู้ที่ควบคุมโรคไม่ได้พบในสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลุ่ม ระหว่างร้อยละ 9.1 - ร้อยละ 12.7

ภาพรวมโรคเบาหวาน ผลการประเมินพบว่ากลุ่มอดีตคนไร้บ้านมีความชุกของความผิดปกติเกี่ยวกับน้ำตาลในเลือดสูงที่สุด โดยพบภาวะน้ำตาลในเลือดสูง (IFG) ถึงร้อยละ 20.2 ซึ่งเป็นจุดที่แตกต่างจากกลุ่มอื่นชัดเจนที่สุด สูงกว่ากลุ่มคนจนเมือง (ร้อยละ 12.7) และกลุ่มคนไร้บ้าน (ร้อยละ 6.5) การควบคุมโรคเบาหวานในกลุ่มผู้ที่เป็นเบาหวานและควบคุมได้พบในสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลุ่ม ระหว่างร้อยละ 5.7 - ร้อยละ 6.4 ผู้ที่ควบคุมไม่ได้ พบในกลุ่มอดีตคนไร้บ้านสูงสุดที่ร้อยละ 5.8 ขณะที่ผู้ที่เป็นเบาหวานแต่ไม่ทราบมาก่อนพบในสัดส่วนใกล้เคียงกันทั้ง 3 กลุ่ม ระหว่างร้อยละ 3.9 - 5.8 ทั้งนี้กลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนข้อมูลไม่ครบถ้วน (NA) สูงถึงร้อยละ 8.3 ซึ่งอาจส่งผลต่อการตีความความชุกของโรคในกลุ่มนี้

ตารางที่ 4.19 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำแนกตามสถานะการไร้บ้าน

	คนไร้บ้าน (n=230)	**อดีตคนไร้บ้าน (n=104)**	**คนจนเมือง (n=157)**	**รวม (n=491)**
ภาวะซีด				
- ไม่มีภาวะซีด	130 (56.5%)	80 (76.9%)	115 (73.2%)	325 (66.2%)
- มีภาวะซีด	99 (43.0%)	24 (23.1%)	41 (26.1%)	164 (33.4%)
- ไม่มีข้อมูล	1 (0.4%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	2 (0.4%)
การทำงานของไต				
- eGFR ≥ 60 (ปรกติ)	191 (83.0%)	96 (92.3%)	125 (79.6%)	412 (83.9%)
- eGFR < 60 (ต่ำ)	22 (9.6%)	7 (6.7%)	27 (17.2%)	56 (11.4%)
- ไม่มีข้อมูล	17 (7.4%)	1 (1.0%)	5 (3.2%)	23 (4.7%)
การทำงานของตับ				
- ปกติ	174 (75.7%)	92 (88.5%)	140 (89.2%)	406 (82.7%)
- ผิดปกติ	9 (3.9%)	5 (4.8%)	2 (1.3%)	16 (3.3%)
- ไม่มีข้อมูล	47 (20.4%)	7 (6.7%)	15 (9.6%)	69 (14.1%)
ระดับ LDL Cholesterol				
- 0-129 mg/dL	153 (66.5%)	53 (51.0%)	88 (56.1%)	294 (59.9%)
- 130-189 mg/dL	51 (22.2%)	42 (40.4%)	57 (36.3%)	150 (30.5%)
- ≥190 mg/dL	6 (2.6%)	5 (4.8%)	7 (4.5%)	18 (3.7%)

- ไม่มีข้อมูล	20 (8.7%)	4 (3.8%)	5 (3.2%)	29 (5.9%)
ระดับ Triglyceride				
- 0-149 mg/dL	159 (69.1%)	81 (77.9%)	131 (83.4%)	371 (75.6%)
- 150-499 mg/dL	49 (21.3%)	19 (18.3%)	20 (12.7%)	88 (17.9%)
- ≥500 mg/dL	2 (0.9%)	0 (0.0%)	1 (0.6%)	3 (0.6%)
- ไม่มีข้อมูล	20 (8.7%)	4 (3.8%)	5 (3.2%)	29 (5.9%)

ภาวะซีด (Anemia) กลุ่มคนไร้บ้านมีภาวะซีดสูงที่สุดอย่างชัดเจนที่ 99 คน จาก 230 คน คิดเป็นร้อยละ 43.0 สูงกว่ากลุ่มคนจนเมือง (ร้อยละ 26.1) ประมาณ 1.6 เท่า และสูงกว่ากลุ่มอดีตคนไร้บ้าน (ร้อยละ 23.1) เกือบ 2 เท่า ขณะที่กลุ่มอดีตคนไร้บ้านและคนจนเมืองมีสัดส่วนภาวะซีดใกล้เคียงกัน การทำงานของไตและตับ พบว่ากลุ่มคนจนเมืองมีสัดส่วนผู้ที่มีค่า eGFR < 60 ซึ่งบ่งชี้การทำงานของไตลดลง สูงสุดที่ร้อยละ 17.2 สูงกว่ากลุ่มคนไร้บ้าน (ร้อยละ 9.6) และสูงกว่ากลุ่มอดีตคนไร้บ้าน (ร้อยละ 6.7) การทำงานของตับ ผลตรวจการทำงานของตับผิดปกติพบในสัดส่วนใกล้เคียงกันระหว่างกลุ่มคนไร้บ้านและกลุ่มอดีตคนไร้บ้าน ร้อยละ 3.9 และร้อยละ 4.8 ตามลำดับ ขณะที่กลุ่มคนจนเมืองพบเพียง 2 คน ร้อยละ 1.3 อย่างไรก็ตาม กลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนข้อมูลการทำงานของตับไม่ครบถ้วนสูงถึง 47 คน คิดเป็นร้อยละ 20.4 ซึ่งอาจส่งผลต่อการตีความผลการตรวจในกลุ่มนี้

ผลตรวจไขมันในเลือดผู้ที่มีระดับ LDL Cholesterol ผิดปกติ (130 mg/dL ขึ้นไป) พบในกลุ่มอดีตคนไร้บ้านสูงสุดที่ร้อยละ 45.2 (รวมระดับสูงและสูงมาก) รองลงมาคือกลุ่มคนจนเมืองร้อยละ 40.8 ขณะที่กลุ่มคนไร้บ้านมีเพียงร้อยละ 24.8 ระดับ Triglyceride (TG) ผู้ที่มีระดับ TG สูง (150 mg/dL ขึ้นไป) พบในกลุ่มคนไร้บ้านสูงสุดที่ร้อยละ 22.2 (รวมระดับสูงและสูงมาก) รองลงมาคือกลุ่มอดีตคนไร้บ้านร้อยละ 18.3 และกลุ่มคนจนเมืองเพียงร้อยละ 13.3

4.1.5 ปัจจัยที่มีผลต่อการเจ็บป่วยของคนไร้บ้าน

ส่วนนี้เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยของกลุ่มประชากรที่ศึกษา โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (logistic regression) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านประชากรและสังคมกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพ 2 ประการ ได้แก่ การเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือน และการนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปีตัวแปรต้นที่นำเข้าสู่แบบจำลอง ประกอบด้วย อายุ (ตัวแปรต่อเนื่อง) เพศ (หญิง/ชาย) การรับรู้ว่ามีโรคประจำตัว (มี/ไม่มี) และสถานะที่อยู่อาศัย (คนจนเมือง/คนไร้บ้าน/อดีตคนไร้บ้าน)

ตารางที่ 4.20 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 เดือน

ปัจจัย	การเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือน (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ	-	0.99 (0.98 - 1.01)	0.99 (0.98 - 1.01)	0.479
โรคประจำตัว				
- ไม่มีโรคประจำตัว (ref)	83 (35.93)	1	1	
- มีโรคประจำตัว	129 (49.62)	1.76 (1.22 - 2.52)	1.91 (1.31 - 2.79)	0.001
เพศ				
- หญิง (ref)	68 (46.90)	1	1	
- ชาย	144 (41.62)	0.81 (0.55 - 1.19)	0.73 (0.49 - 1.11)	0.145
สถานะที่อยู่อาศัย				
- คนจนเมือง (ref)	56 (35.67)	1	1	
- คนไร้บ้าน	116 (50.43)	1.84 (1.21 - 2.78)	2.06 (1.30 - 3.25)	0.002
- อดีตคนไร้บ้าน	40 (38.46)	1.13 (0.68 - 1.88)	1.17 (0.69 - 1.98)	0.571

p-value จาก adjusted model; OR = Odds Ratio; CI = Confidence Interval; ref = reference category

Adjusted OR ปรับด้วยตัวแปรทั้งหมดในแบบจำลอง (อายุ เพศ สถานะการไร้บ้าน และการมีโรคประจำตัว)

จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคของการเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 เดือน ด้วยตัวแปรอายุ เพศ โรคประจำตัว และสถานะที่อยู่อาศัย พบว่าการรับรู้โรคประจำตัว และสถานะที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังปรับตัวแปรอื่นในแบบจำลองแล้ว โดย การมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเจ็บป่วยชัดเจนที่สุด โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสเจ็บป่วยเป็น 1.91 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (Adjusted OR 1.91, 95% CI 1.31–2.79, p = 0.001) ในด้านสถานะที่อยู่อาศัย กลุ่มคนไร้บ้านมีโอกาสเจ็บป่วยเป็น 2.06 เท่าของกลุ่มคนจนเมือง (Adjusted OR 2.06, 95% CI 1.30–3.25, p = 0.002) ขณะที่กลุ่มอดีตคนไร้บ้านไม่แตกต่างจากกลุ่มคนจนเมืองอย่างมีนัยสำคัญ (aOR 1.17, 95% CI 0.69–1.98, p = 0.571) ส่วนอายุและเพศไม่พบความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยในรอบ 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.479 และ 0.145 ตามลำดับ)

ตารางที่ 4.21 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่ต้องนอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี

ปัจจัย	การนอนโรงพยาบาล 1 ปี (%)	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ		0.98 (0.96 - 1.00)	0.98 (0.96 - 1.00)	0.029
โรคประจำตัว				
- ไม่มีโรคประจำตัว (ref)	22 (9.52)	1	1	
- มีโรคประจำตัว	56 (21.54)	2.61 (1.54 - 4.43)	2.99 (1.73 - 5.16)	< 0.001
เพศ				

- หญิง (ref)	20 (13.79)	1	1	
- ชาย	58 (16.76)	1.26 (0.73 - 2.18)	1.27 (0.71 - 2.26)	0.418
สถานะที่อยู่อาศัย				
- คนจนเมือง (ref)	20 (12.74)	1	1	
- คนไร้บ้าน	37 (16.09)	1.31 (0.73 - 2.36)	1.14 (0.61 - 2.16)	0.676
- อดีตคนไร้บ้าน	21 (20.19)	1.73 (0.89 - 3.39)	1.52 (0.76 - 3.04)	0.239

p-value จาก adjusted model; OR = Odds Ratio; CI = Confidence Interval; ref = reference category

Adjusted OR ปรับด้วยตัวแปรทั้งหมดในแบบจำลอง (อายุ เพศ สถานะการไร้บ้าน และการมีโรคประจำตัว)

จากการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติคของการเจ็บป่วยที่นอนโรงพยาบาลในรอบ 1 ปี ด้วยตัวแปรอายุ เพศ โรคประจำตัว และสถานะที่อยู่อาศัย พบว่าการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการนอนโรงพยาบาลมากที่สุด โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวมีโอกาสนอนโรงพยาบาลเป็นเกือบ 3 เท่าของผู้ที่ไม่มีโรคประจำตัว (Adjusted OR 2.99, 95% CI 1.73–5.16, $p < 0.001$) และอายุเป็นอีกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ โดยพบว่าอายุที่เพิ่มขึ้นสัมพันธ์กับโอกาสการนอนโรงพยาบาลที่ลดลงเล็กน้อย (Adjusted OR 0.98, 95% CI 0.96–1.00, $p = 0.029$) กล่าวคือ ผู้ที่มีอายุน้อยกว่ามีแนวโน้มนอนโรงพยาบาลมากกว่า ในด้านสถานะที่อยู่อาศัย แม้กลุ่มอดีตคนไร้บ้านจะมีสัดส่วนการนอนโรงพยาบาลสูงที่สุด (ร้อยละ 20.19) และกลุ่มคนไร้บ้านรองลงมา (ร้อยละ 16.09) เมื่อเทียบกับกลุ่มคนจนเมือง (ร้อยละ 12.74) แต่เมื่อปรับตัวแปรอื่นแล้วกลับไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่ม ($p = 0.676$ และ $p = 0.239$ ตามลำดับ) ส่วนเพศไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.418$)

4.1.6 สรุปผลการศึกษาเชิงปริมาณ

ภาพรวมลักษณะประชากรและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้เข้าร่วมการศึกษามีอายุเฉลี่ย 57.5 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 70.5) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.5) และมีภูมิลำเนาเดิมในกรุงเทพฯ และปริมณฑล (ร้อยละ 53.6) โดยกลุ่มคนไร้บ้านมีอายุเฉลี่ยต่ำสุด (53.7 ปี) เป็นเพศชายมากที่สุด (ร้อยละ 79.1) และมีคนจากภาคตะวันออกเฉียงเหนือสูงถึงร้อยละ 31.3 สาเหตุหลักของการเป็นคนไร้บ้านคือปัญหาการงาน (ร้อยละ 50.4) และปัญหาครอบครัว (ร้อยละ 28.3) ขณะที่ปัจจัยที่ทำให้กลับมามีบ้านได้มากที่สุดคือการได้งานทำ (ร้อยละ 63.5) และความช่วยเหลือจากภาคประชาสังคม (ร้อยละ 36.5) สำหรับการเข้าถึงบริการสุขภาพ ผู้เข้าร่วม ร้อยละ 84.7 มีสิทธิบัตรทอง แต่กลุ่มคนไร้บ้านยังมีผู้ที่ไม่มีหรือไม่ทราบสิทธิรักษาพยาบาลรวมกัน ร้อยละ 16.1 สูงกว่ากลุ่มอื่นชัดเจน นอกจากนี้กลุ่มคนไร้บ้านมีสัดส่วนผู้ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีสูงสุดที่ร้อยละ 57.4 เทียบกับกลุ่มอดีตคนไร้บ้านร้อยละ 22.1 และกลุ่มคนจนเมืองร้อยละ 29.9 และเมื่อเจ็บป่วยมีสัดส่วนการไม่ได้รับการรักษาสูงถึงร้อยละ 12.9 สูงกว่ากลุ่มคนจนเมือง (ร้อยละ 1.8) อย่างมาก

ภาพรวมภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง ผลการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมร้อยละ 53.0 มีโรคประจำตัว โดยโรคที่พบบ่อยสูงสุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 26.3) ไขมันในเลือดสูง (ร้อยละ 14.5) และเบาหวาน (ร้อยละ 10.8) ทั้งนี้ความชุกของโรคแตกต่างกันระหว่างกลุ่ม โดยกลุ่มคนจนเมืองมีความชุกของความดันโลหิตสูงและโรคจิตเวชสูงสุด ขณะที่กลุ่มคนไร้บ้านมีความชุกของโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคปอดเรื้อรังสูงกว่ากลุ่มอื่น ในด้านความต่อเนื่องของการรักษา กลุ่มคนไร้บ้านมีปัญหาสูงที่สุด โดยรักษาสม่ำเสมอเพียงร้อยละ 38.9 และมีปัญหาความต่อเนื่องในการรักษารวมร้อยละ 56.4 สูงกว่ากลุ่มอดีตคนไร้บ้าน (ร้อยละ 15.0) และกลุ่มคนจนเมือง (ร้อยละ 14.1) มากกว่า 3 เท่า ด้านสุขภาพจิตพบว่ากลุ่มคนไร้บ้านมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงสุดที่ ร้อยละ 22.6 สำหรับพฤติกรรมเสี่ยง กลุ่มคนไร้บ้านมีอัตราการสูบบุหรี่ในปัจจุบันสูงถึงร้อยละ 55.2 และดื่มแอลกอฮอล์ในรอบ 1 ปีสูงถึงร้อยละ 43.5 สูงกว่ากลุ่มอื่นชัดเจน ขณะที่ผลตรวจร่างกายพบภาวะซีดในกลุ่มคนไร้บ้านสูงถึงร้อยละ 43.0 สูงกว่ากลุ่มอดีตคนไร้บ้าน (ร้อยละ 23.1) และคนจนเมือง (ร้อยละ 26.1) เกือบ 2 เท่า รวมถึงมีปัญหาความไม่มั่นคงทางอาหาร โดยมีเพียงร้อยละ 58.3 ที่ได้รับประทานอาหารอิ่มท้องทุกวัน เทียบกับกลุ่มอดีตคนไร้บ้านและคนจนเมืองที่อยู่ในระดับร้อยละ 77.9 และร้อยละ 79.6 ตามลำดับ สอดคล้องกับดัชนีมวลกายที่พบว่าคนไร้บ้านมีภาวะน้ำหนักตัวน้อยสูงกว่าอีก 2 กลุ่มเปรียบเทียบ (ร้อยละ 11.3)

โดยภาพรวม ผลการศึกษาสะท้อนว่ากลุ่มประชากรเปราะบางทั้งสามกลุ่มมีลักษณะปัญหาสุขภาพที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน โดยกลุ่มคนไร้บ้านเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพมากที่สุดในเกือบทุกมิติ ทั้งการไม่ทราบสถานะหลักประกันสุขภาพ การไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี การไม่ได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ความไม่ต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมเสี่ยงทั้งการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ตลอดจนภาวะซีด ขาดสารอาหาร และความไม่มั่นคงทางอาหาร

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

ในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพในการศึกษานี้ ทางผู้วิจัยมีแนวทางการศึกษาผ่านแนวคิดปัจจัยกำหนดสุขภาพ (Social determinant of health) เพื่อวิเคราะห์ว่าสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีส่วนต่อสภาวะไร้บ้าน สถานะสุขภาพ และวิถีชีวิตของคนไร้บ้าน ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลจากกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากการเก็บข้อมูลผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายคนไร้บ้านจำนวน 25 ราย (จากพื้นที่อาศัยหลักเป็นประจำ) พบว่าสามารถจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ กลุ่มเปลี่ยนผ่านจำนวน 9 ราย และกลุ่มยังไร้บ้านจำนวน 16 ราย ซึ่งสะท้อนสถานการณ์เข้าถึงระบบช่วยเหลือที่แตกต่างกัน ขณะที่กลุ่มยังไร้บ้านแบ่งออกเป็นรายใหม่ 3 ราย และรายเก่า 13 ราย ดังตารางที่ 4.20 และ 4.21

ตารางที่ 4.22 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายในการเก็บข้อมูลการทำวิจัย

ประเภทผู้ให้ข้อมูล	คนไร้บ้านที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ (n=16)	คนไร้บ้านที่เปลี่ยนผ่านแล้ว (n=9)	รวม (n=25)
อายุ			
18–59 ปี	11	5	16
≥ 60 ปี	5	4	9
เพศ			
ชาย	8	2	10
หญิง	8	6	14
LGBTQ+	0	1	1
สถานะบัตรประชาชน			
มีบัตรประชาชน	13	8	21
ไม่มี/มีปัญหาสถานะสิทธิ	3	1	4
สถานะการไร้บ้านปัจจุบัน			
เปลี่ยนผ่านแล้ว	-	9	9
ไร้บ้าน < 2 ปี	3	-	3
ไร้บ้าน ≥ 2 ปี	13	-	13

ตารางที่ 4.23 ตารางจำแนกผู้ให้ข้อมูลรายบุคคลตามสถานะการไร้บ้าน

รหัส	เพศ	อายุ (ปี)	สถานะ
H001	ชาย	52	เปลี่ยนผ่าน
H002	หญิง	38	เปลี่ยนผ่าน
H003	หญิง	82	เปลี่ยนผ่าน
H004	หญิง	62	เปลี่ยนผ่าน
H006	หญิง	76	เปลี่ยนผ่าน
H007	หญิง	45	เปลี่ยนผ่าน
H008	ชาย	62	เปลี่ยนผ่าน
H022	LGBTQ+	56	เปลี่ยนผ่าน
H023	หญิง	56	เปลี่ยนผ่าน
H009	ชาย	49	ไร้บ้านระยะสั้น (< 2 ปี)
H010	ชาย	63	ไร้บ้านระยะสั้น (< 2 ปี)
H021	หญิง	56	ไร้บ้านระยะสั้น (< 2 ปี)
H011	หญิง	44	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H012	ชาย	49	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H013	ชาย	41	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H014	ชาย	63	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H015	หญิง	57	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H016	หญิง	60	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H017	ชาย	66	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H018	หญิง	55	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H019	หญิง	33	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H020	ชาย	44	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H024	ชาย	50	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H025	หญิง	55	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)
H026	หญิง	66	ไร้บ้านระยะยาว (≥ 2 ปี)

หมายเหตุ: จำนวนผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกที่นับเข้าเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง มีทั้งหมด 25 คน เนื่องจาก H005 ไม่เข้าเกณฑ์การให้ข้อมูล จึงคัดออกจากกลุ่มเป้าหมายในการสัมภาษณ์เชิงลึก

4.2.1 ปัจจัยการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่าการเข้าสู่ภาวะไร้บ้านของผู้ให้ข้อมูลไม่ได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากการทับซ้อนกันของปัจจัยเชิงโครงสร้างและปัจจัยระดับบุคคล โดยสามารถจำแนกได้เป็น 2 มิติสำคัญ ได้แก่ ปัจจัยเชิงระบบด้านเศรษฐกิจและสิทธิในที่อยู่อาศัย และปัจจัยระดับบุคคลด้านสุขภาพและครอบครัว

ในมิติของปัจจัยเชิงระบบด้านเศรษฐกิจ พบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากเคยประกอบอาชีพและมีที่อยู่อาศัยมาก่อน แต่เมื่อเผชิญวิกฤตเศรษฐกิจหรือเหตุการณ์ที่ส่งผลกระทบต่อการจ้างงาน เช่น วิกฤตเศรษฐกิจ พ.ศ. 2540 และการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ทำให้สูญเสียรายได้และไม่สามารถแบกรับค่าใช้จ่ายด้านที่อยู่อาศัยได้ ส่งผลให้ต้องออกจากที่พักและเข้าสู่ภาวะไร้บ้านในที่สุด ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าถึงผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโควิด-19 ว่า ***“ล้มช่วงโควิดระลอกหนึ่ง ติดโควิด ร้านก็เปิดไม่ได้ ติดค่าเช่า พี่เลยหยุด... ตั้งแต่โควิด 63 ก็อยู่ที่นี่มา 5 ปี” (H025)*** ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกรายสะท้อนผลกระทบจากวิกฤตเศรษฐกิจในช่วงหลังวิกฤต IMF ว่า ***“งานเงินมันพัง เงินไม่ออก ออกช้า... ช่วงนั้นปีไหนนะ เกือบจะยุคไอเอ็มเอฟ แย่มาก... หลัง IMF ไม่มีเงินค่าเช่า... ก็เลยออกมานอนถนน” (H018)*** ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงความเปราะบางของแรงงานรายได้น้อยที่ขาดเงินออมและหลักประกันทางสังคม เมื่อสูญเสียงานจึงสูญเสียที่อยู่อาศัยตามไปด้วยอย่างรวดเร็ว

นอกจากนี้ ปัญหาด้านสิทธิในที่อยู่อาศัยยังเป็นอีกปัจจัยเชิงโครงสร้างที่ผลักดันให้บุคคลเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน ผู้ให้ข้อมูลบางรายสูญเสียที่อยู่อาศัยจากการเวนคืนพื้นที่เพื่อโครงการพัฒนาของรัฐ โดยขาดทรัพยากรในการจัดหาที่อยู่อาศัยแห่งใหม่ ดังคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งว่า ***“เดิมก็มีบ้านอยู่ตรงนนทบุรี คือบ้านเป็นบ้านตัวเอง แต่ว่าเช่าที่ แล้วพอโดนเขาเวนคืน... จากพอโดนไล่ที่แล้วก็พอไม่ได้ทำงานปุ๊บก็มุ่งมาอยู่ถนนเลย” (H006)***

ในระดับบุคคล ปัญหาสุขภาพเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่ภาวะไร้บ้าน ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนเผชิญกับโรคเรื้อรังหรืออุบัติเหตุที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงาน เมื่อไม่สามารถทำงานได้ตามเดิมจึงสูญเสียรายได้และที่อยู่อาศัยตามมา ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***“ก่อนหน้านั้นผมเป็นสโตรก แล้วก็มีปัญหาเส้นเลือดหัวใจ ทำให้ทำงานไม่ได้ สุดท้ายที่ทำงานให้ผมออกครับ” (H008)*** ขณะที่อีกรายสะท้อนผลกระทบจากการผ่าตัดและการขาดแหล่งพึ่งพิงทางการเงินว่า ***“ผมผ่าตัดหัวเข่าแล้วก็ผมทำงานไม่ได้... ผมไปขอยืมตังของเขา 5,000... เขาบอกว่าให้ยืมไม่ได้... เลยแยกทางกัน” (H013)*** ข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าการเจ็บป่วยไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะต่อสุขภาพร่างกาย แต่ยังส่งผลต่อสถานะทางเศรษฐกิจและความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัย โดยเฉพาะในกลุ่มแรงงานที่ขาดสวัสดิการทางสังคมรองรับ

สำหรับปัจจัยด้านครอบครัว พบว่าความขัดแย้ง การหย่าร้าง การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว และการขาดเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวถึงผลกระทบจากการหย่าร้างว่า ***"เลิกกับเมียแล้วครับ พอเลิกกันก็มาอยู่ข้างนอก บ้านไม่มี พ่อแม่ก็เสียหมดแล้ว... ผมก็เลยมานอนข้างถนน" (H010)*** ขณะที่บางรายเลือกไม่กลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัว แม้ว่ายังคงมีความสัมพันธ์ที่ดีกับญาติพี่น้อง เนื่องจากความรู้สึกเกรงใจและไม่ต้องการเป็นภาระ ดังคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลว่า ***"ที่เราไม่กลับบ้านเพราะว่าละอายใจ จากคนเคยมีฐานะ ตอนนี้เราไม่เหลืออะไรเลย ไม่อยากให้ญาติพี่น้องมารับรู้เรื่องของเรา" (H023)*** และ ***"น้องสาวโทรมาตามทุกวันให้ไปอยู่ด้วยแต่ไม่ไป... ป้าชอบเป็นตัวของตัวเอง" (H026)*** นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางส่วนยังให้คุณค่ากับความเป็นอิสระในการดำเนินชีวิต แม้ว่าจะสามารถกลับไปอาศัยอยู่กับครอบครัวได้ก็ตาม ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าว***ว่า "เราอยู่กับแม่ได้ แต่ว่าทีนี้แล้วไม่อยากจะอยู่ แต่เราอยากให้ชีวิตอยู่เอง" (H002)*** ข้อมูลดังกล่าวจึงสะท้อนให้เห็นว่าปัญหาครอบครัวไม่ได้หมายถึงการขาดความสัมพันธ์เสมอไป แต่ยังรวมถึงความรู้สึกละอายใจ ความเกรงใจ และความต้องการพึ่งพาตนเอง ซึ่งมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจดำรงชีวิตในที่สาธารณะ

4.2.2 อาชีพ ความมั่นคงทางรายได้ และการออกจากสภาวะไร้บ้าน

ผลการสัมภาษณ์พบว่าทั้งกลุ่มคนไร้บ้านและกลุ่มเปลี่ยนผ่านส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพและพยายามหารายได้เลี้ยงตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยอาชีพที่พบส่วนใหญ่เป็นอาชีพรับจ้างทั่วไป อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างสำคัญระหว่างสองกลุ่มไม่ได้อยู่ที่การมีหรือไม่มีงานทำ แต่เป็นความมั่นคงของการจ้างงานและความเพียงพอของรายได้ ซึ่งส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการรักษาหรือเข้าถึงที่อยู่อาศัย

สำหรับกลุ่มคนไร้บ้านที่ยังไม่สามารถเปลี่ยนผ่านออกจากภาวะไร้บ้านได้ แม้ว่าส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพและมีรายได้เป็นของตนเอง แต่ลักษณะงานมักเป็นงานไม่ประจำ รายได้ไม่แน่นอน และขึ้นอยู่กับโอกาสในการจ้างงานในแต่ละวัน เช่น การรับจ้างต่อคิว รับพระ รับงานรายวัน หรือการเก็บของเก่าขาย ซึ่งรายได้ในแต่ละวันมีความผันผวนสูงและไม่เพียงพอต่อการสร้างความมั่นคงในชีวิต โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านที่อยู่อาศัย ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งอธิบายถึงลักษณะงานรับพระว่า ***"ตอนนี้รับพระก็เป็นอาชีพหลัก... บางที 100–300 บางทีไปกาฬสินธุ์ ได้แค่ 500 แต่เราต้องไปนอนเฝ้า... งานมันไม่ต่อเนื่องครับ" (H013)*** ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกคนสะท้อนให้เห็นถึงความไม่แน่นอนของรายได้จากงานรับจ้างรายวันว่า ***"รายได้หลักก็เป็นรับพระ... บางทีไปสองสามวันก็ได้พันกว่า" (H010)*** ส่วนผู้ที่ประกอบอาชีพเก็บของเก่าขายกล่าวถึงการแข่งขันและความผันผวนของรายได้ว่า ***"เก่ง ๆ เลยนะ 200 ก็หรูแล้ว... ราคามันตก จาก 14 เหลือ 7 บาท... แย่งกันเนี่ยเก็บขวด" (H024)*** ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า คนไร้บ้านจำนวนมากไม่ได้ว่างงาน แต่ทำงานอยู่ในภาคเศรษฐกิจนอกระบบที่ขาดความมั่นคง รายได้ขึ้นอยู่กับสภาพเศรษฐกิจ และโอกาสในการจ้างงาน แม้บางช่วงจะมีรายได้ แต่รายได้ดังกล่าวมักไม่เพียงพอที่จะรองรับค่าเช่าที่พักและค่าใช้จ่ายที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน

ในทางตรงกันข้าม กลุ่มเปลี่ยนผ่านที่สามารถกลับเข้าสู่ระบบที่พักอาศัยได้ มักได้รับโอกาสในการทำงานที่มีความต่อเนื่องและมีรายได้ค่อนข้างสม่ำเสมอ ผ่านโครงการจ้างงานของหน่วยงานหรือองค์กรภาคประชาสังคม โดยลักษณะงานมีความเหมาะสมกับศักยภาพและข้อจำกัดด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล เช่น การคัดแยกของบริจาค การจัดเก็บพัสดุ หรือการดูแลพื้นที่สาธารณะ การมีงานที่แน่นอนช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถวางแผนการใช้จ่าย เก็บออม และกลับมามีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตได้อีกครั้ง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวถึงการได้รับโอกาสทำงานว่า ***"ตอนแรกผมทำแค่พับเสื้อผ้า... พอร่างกายเริ่มดีขึ้น ก็รู้สึกว่าอยู่นิ่งไม่ได้ ต้องออกมาหางาน... ได้กระจกเงาเข้ามาช่วย" (H008)*** ขณะที่อีกคนสะท้อนถึงผลลัพธ์ของการมีงานที่มั่นคงว่า ***"ทำงานของกระจกเงา ดีค่ะ เจ้านายดี งานดี เรามีงานทำ ชีวิตมีคุณค่า มีเงินเก็บ... สมมติ 5 วันได้ 2,500 ใช้แค่ 500" (H026)*** และผู้ให้ข้อมูลอีกคนอธิบายว่า ***"รายได้ที่เราทำงานข้างนอกยังไม่ได้เท่านี้เลย... ดีตรงที่เราไม่ว่างงาน... มาอยู่ที่นี่คือเรามีรายได้ แล้วก็มีเพื่อนฝูง" (H006)*** ข้อมูลจากการสัมภาษณ์สะท้อนว่าการมีงานที่ต่อเนื่อง รายได้สม่ำเสมอ และสอดคล้องกับศักยภาพของบุคคล เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ที่เคยไร้บ้านสามารถฟื้นฟูชีวิต สร้างเงินออม และกลับเข้าสู่ระบบที่อยู่อาศัยได้อีกครั้ง

4.2.3 สุขภาพกาย สุขภาพจิต และความสัมพันธ์กับที่อยู่อาศัย

ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพของคนไร้บ้านมีความเปราะบางและมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับสถานการณ์ด้านที่อยู่อาศัย โดยความสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดขึ้นในลักษณะสองทาง กล่าวคือ การเจ็บป่วยทางกายและอุบัติเหตุเป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลสูญเสียงานและเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน ขณะเดียวกันการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะและการขาดที่อยู่อาศัยที่เหมาะสมก็ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจรุนแรงขึ้น

ในด้านสุขภาพกาย พบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง ซึ่งส่วนหนึ่งสัมพันธ์กับการมีอายุมากขึ้น ความเครียด และข้อจำกัดในการดูแลสุขภาพระหว่างการใช้ชีวิตในภาวะไร้บ้าน ผู้ให้ข้อมูลบางรายเล่าถึงโรคประจำตัวของตน เช่น ***"เรื่องน้ำตาลนี่รู้เลย ... โรคพวกเบาหวานความดันมันเป็นแพ็กคู่" (H023)*** ขณะที่อีกรายกล่าวว่า "***ช่วงนี้ปวดฉี่บ่อย ท้องเสียบ่อย วันหนึ่งเป็นสิบครั้ง ... หมอก็บอกว่าเป็นเบาหวานแน่ ๆ" (H018)*** นอกจากนี้ยังพบโรคที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำงานโดยตรง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคเก๊าท์ ซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถประกอบอาชีพได้ตามปกติ ส่งผลต่อรายได้และความสามารถในการรักษาที่อยู่อาศัยของตนเอง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***""หมอให้ยาบอกว่าเป็นโรคเก๊าต์... ตอนนั้นอาการหนักมาก ปวดมาก เดินไม่ได้ ขาบวมสองข้าง บวมทั้งตัวเลย" (H015)*** สะท้อนให้เห็นว่า การเจ็บป่วยรุนแรงไม่ได้เป็นเพียงผลลัพธ์ของภาวะไร้บ้านเท่านั้น แต่ยังเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การสูญเสียงาน รายได้ และที่อยู่อาศัยอีกด้วย

ในด้านอุบัติเหตุและความพิการทางร่างกาย พบว่าผู้ให้ข้อมูลหลายรายเคยประสบอุบัติเหตุจนเกิดความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว หรือมีแผลติดเชื้อเรื้อรังจากการใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ

การนอนในพื้นที่สาธารณะซึ่งมีฝุ่นละออง น้ำขัง และข้อจำกัดในการดูแลบาดแผล ส่งผลให้ปัญหาสุขภาพที่ควรได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องกลับมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"เกิดอุบัติเหตุลื่นตรงทางม้าลาย... หมอบอกว่าแผลติดเชื้อ... ไม่งั้นต้องโดนตัดแขน มันบวมมาก" (H013)*** เมื่อพิจารณาร่วมกับสถานการณ์ที่อยู่อาศัย พบว่าผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากเลือกสถานที่นอนโดยให้ความสำคัญกับความปลอดภัย การเข้าถึงอาหาร และการเข้าถึงสุขอนามัยขั้นพื้นฐาน มากกว่าความสะดวกสบาย เนื่องจากต้องเผชิญความเสี่ยงจากการถูกทำร้าย การถูกขโมยทรัพย์สิน และสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลผู้หญิงรายหนึ่งกล่าว***ว่า "เลือกไปนอนใกล้ ๆ ประตูธรรมศาสตร์ เพราะมี รปภ. อยู่ เผื่อมีอะไรจะได้ช่วยเราได้" (H006)*** ขณะที่อีกคนกล่าวว่า ***"ไปนอนตามโรงพยาบาล ศิริราชนี่แหละครับ เพราะไม่รู้จะไปไหน อย่างน้อยก็ปลอดภัย มีคนเห็น" (H020)*** ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า ความต้องการด้านที่อยู่อาศัยของคนไร้บ้านไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการมีหลังคาคลุมศีรษะ แต่ยังรวมถึงการมีพื้นที่ที่ปลอดภัย เอื้อต่อสุขภาพ และสามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิตได้

ในด้านสุขภาพจิต พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เผชิญภาวะความเครียดเรื้อรังจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ โดยสาเหตุสำคัญเกิดจากการขาดพื้นที่ส่วนตัว ความไม่มั่นคงในทรัพย์สิน และความไม่แน่นอนในชีวิตประจำวัน ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากมีอาการระแวงภัย นอนไม่หลับ และวิตกกังวลจากการถูกลักขโมยหรือถูกรบกวนขณะพักผ่อน ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"ของผมหายไปครั้งหนึ่ง อยู่แถวสนามหลวง โทรศัพท์กระเป๋า มีของหาย... บางทีมันร้อน วุ่นวาย ระแวง เหมือนมีคนมา" (H020)*** อีกคนหนึ่งกล่าวว่า ***"ใช้ชีวิตลำบากมาก... มันระแวง เคยโดนเขากรีดกระเป๋า เอาโทรศัพท์ของป้าไป" (H015)*** นอกจากปัจจัยภายนอกแล้ว ความเครียดยังเกิดจากปัจจัยภายใน เช่น ความรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรี ความละอายต่อสถานะคนไร้บ้าน และความกลัวที่จะเป็นภาระต่อครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า ***"ผมไม่อยากเป็นในสายตาสังคมแบบที่เขามองข้าม มองว่าเราไม่มีค่า... ผมไม่อยากเป็นภาระใคร" (H020)*** ขณะที่อีกรายกล่าวว่า ***"ทุกวันนี้เดินไปขอข้าวยังรู้สึกทุเรศตัวเองเลย เพราะว่าเราไม่เคยอยู่จุดนี้" (H016)***

สำหรับการจัดการความเครียดและสุขภาพจิต พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่อาศัยกลไกทางจิตใจของตนเองเป็นหลัก เช่น การปล่อยวาง การยอมรับสภาพชีวิต และการยึดเหนี่ยวทางศาสนา อย่างไรก็ตาม ความเครียดสำคัญยังคงมาจากการขาดงาน ขาดรายได้ และความไม่มั่นคงในชีวิต บางรายมีภาวะสิ้นหวังและเคยมีความคิดฆ่าตัวตาย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"บางทีมันก็ท้อด้วย เราก็เลยคิดจะไปกระโดดน้ำ... พยายามสมัครงานแต่ไม่มีบัตรประชาชนเขาก็ไม่รับ" (H011)*** ในขณะเดียวกัน ความสัมพันธ์ทางสังคมและเครือข่ายเพื่อนในชุมชนคนไร้บ้านกลับเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยประคับประคองสุขภาพจิต โดยผู้ให้ข้อมูลหลายรายมองว่าการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชีวิตประจำวันช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและทำให้ยังคงเห็นคุณค่าใน

ตนเอง ดังคำกล่าวที่ว่า ***“เราอยู่ด้วยกันเหมือนครอบครัวครับ 3-4 คน มีอะไรแล้วก็กินกัน แบ่งกัน... การให้ทำให้เรารู้สึกว่าเรายังมีค่า” (H013)***

อย่างไรก็ตาม เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้รับการช่วยเหลือให้เข้าสู่ศูนย์พักพิงหรือมีห้องเช่าเป็นของตนเอง พบว่าทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน การมีที่พักอาศัยที่มั่นคงช่วยให้สามารถพักผ่อนได้อย่างเพียงพอ ดูแลสุขอนามัย รับประทานยาได้ต่อเนื่อง และลดความเครียดจากการดำรงชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***“ตอนนี้เช่าห้องอยู่... มันดีค่ะ เราไม่คิดมาก พอเลิกงานก็วางเรื่องอื่นไว้ ทำงาน กลับบ้าน อาบน้ำ นอน เหนื่อยก็หลับเลย ไม่ฟุ้งซ่าน” (H006)*** ขณะที่อีกคนสะท้อนว่า ***“พอมีคนช่วยก็ได้ห้องอยู่ ได้ห้องก็สบายขึ้น ใช่ สบาย” (H023)***

4.2.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไร้บ้าน

การเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไร้บ้านเป็นประเด็นที่สะท้อนความเหลื่อมล้ำทางสังคมและข้อจำกัดเชิงโครงสร้างอย่างชัดเจน โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเข้าถึงบริการไม่ได้จำกัดอยู่เพียงปัญหาสุขภาพของบุคคล แต่ยังรวมถึงสถานะทางทะเบียนราษฎร การรับรู้สิทธิการรักษา ต้นทุนในการเดินทาง และประสบการณ์ที่ได้รับจากระบบบริการสุขภาพ ซึ่งล้วนส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับการรักษาของคนไร้บ้าน

ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากเคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรืออุบัติเหตุ โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ที่ขาดการรักษาต่อเนื่องจนเกิดภาวะแทรกซ้อน รวมถึงอุบัติเหตุที่ส่งผลต่อความสามารถในการทำงานและการดำรงชีวิต ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***“ก่อนหน้านั้นผมเป็นสโตรกแล้วก็มีปัญหาเส้นเลือดหัวใจ ทำให้ทำงานไม่ได้ ต้องรักษาตัว... ตอนตื่นเช้ามาจะชาครึ่งซีกข้างขวา เดินจะรู้สึกเซ ๆ” (H008)*** ขณะที่อีกคนหนึ่งเล่าถึงการเข้ารับการรักษาหลังเกิดอุบัติเหตุว่า ***“ผมเกิดอุบัติเหตุลื่นตรงทางม้าลาย... หมอบอกว่าแผลติดเชื้อ... หมอก็ให้ผ่าตัด เป็นหมื่น ผมเลยบอกว่าไม่มี... สุดท้ายใช้สิทธิฉุกเฉินและบัตร 30 บาท” (H013)*** ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า คนไร้บ้านจำนวนมากเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพเมื่ออาการเจ็บป่วยเข้าสู่ระยะรุนแรงแล้ว มากกว่าการได้รับการดูแลเชิงป้องกันหรือการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น

เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย พบว่าคนไร้บ้านมีแนวโน้มประเมินอาการและจัดการสุขภาพด้วยตนเองจากประสบการณ์ที่สะสมมา โดยมักเลือกซื้อยาจากร้านขายยา รับยาจากเพื่อน หรือใช้ยาที่เหลือจากผู้อื่นก่อนตัดสินใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ***“รู้อาการแบบนี้อยู่แล้ว คิดว่าลองดูก่อน ถ้าไม่หายค่อยไปโรงพยาบาล” (H026)*** เนื่องจากเห็นว่าเป็นวิธีที่สะดวกและประหยัดกว่าการเดินทางไปโรงพยาบาล ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***“ถ้าป่วยเล็กน้อย เช่น เป็นไข้ เป็นหวัด พี่ก็ไปซื้อยากินเองบ้าง เพื่อประหยัดเวลาไปหาหมอ” (H007)*** ขณะที่อีกคนหนึ่งสะท้อนถึงการแบ่งปันทรัพยากรสุขภาพภายในชุมชนคนไร้บ้านว่า ***“คนที่***

เจ็บเหมือนผมนี่แหละ เขาไปรักษาที่โรงพยาบาล แล้วยาเหลือก็เอามาแบ่ง" (H014) อย่างไรก็ตาม การพึ่งพาตนเองดังกล่าวมักนำไปสู่ปัญหาการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีโรคเรื้อรังและต้องเคลื่อนย้ายที่พักอาศัยอยู่เสมอ ผู้ให้ข้อมูลบางรายหยุดรับประทานยาเองเมื่ออาการดีขึ้น หรือไม่สามารถมาตามนัดได้อย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้โรคกำเริบและต้องกลับเข้าสู่ระบบรักษาพยาบาลในภาวะที่รุนแรงกว่าเดิม คนไร้บ้านรายเก่าหญิงคนหนึ่งได้เล่าถึงประสบการณ์การขาดการรักษาไว้ว่า ***"ห่างไปประมาณสองปี หมอบอกว่าอย่าหายไปอีกนะ หมอเสียเงินรักษาไปเยอะ" (H015)***

ในด้านสิทธิการรักษาพยาบาล พบว่าการมีบัตรประชาชนและการรับรู้สิทธิบัตรทองเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้คนไร้บ้านเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ผู้ให้ข้อมูลหลายรายระบุว่าการได้รับความช่วยเหลือจากองค์กรภาคประชาสังคมในการทำบัตรประชาชนและย้ายสิทธิการรักษาเป็นจุดเปลี่ยนสำคัญของชีวิต ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"ดีใจมากที่ได้บัตรประชาชนมาเพื่อรักษาตัวเอง... หนูก็ขอบคุณเขามากที่ช่วยหนูดูแลรักษาหนู ถ้าหายแข็งแรงจะไปทำงานแม่บ้าน" (H011)*** ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกคนซึ่งเคยมีความรู้เรื่องสิทธิการรักษาเล่าว่า ***"พอเจอมูลนิธิก็ขอให้เขาช่วยย้ายสิทธิให้เลย" (H008)*** สำหรับกลุ่มที่ยังอาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ การรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพและสิทธิการรักษามักอาศัยเครือข่ายคนไร้บ้านและการบอกต่อกันในชุมชนมากกว่าช่องทางทางการ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"เพื่อน ๆ เขาก็บอกมา เราก็มาใช้บ้าง... ที่คลินิกปราการเราใช้ได้ฟรี" (H016)***

ในส่วนของรูปแบบการใช้บริการ พบว่าคนไร้บ้านและกลุ่มเปลี่ยนผ่านมีการใช้บริการทั้งในระดับปฐมภูมิและระดับโรงพยาบาล โดยสถานบริการใกล้ที่พัก เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุขหรือคลินิกชุมชนอบอุ่น มีบทบาทสำคัญในการลดภาระด้านการเดินทาง ขณะที่โรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทำหน้าที่ดูแลโรคเรื้อรังและภาวะซับซ้อน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"เบื้องต้นไปสถานีอนามัยแถวเจริญกรุง... ถ้าเป็นหนักหมอก็จะทำใบส่งตัวไปโรงพยาบาลตามสิทธิ" (H004)*** ผู้ให้ข้อมูลอีกคนรักษาโรคประจำตัวที่โรงพยาบาลรับส่ง ***"รักษาโรงพยาบาลวชิระ... ไปทุก 2 เดือน เบาหวาน ไขมัน ความดัน กระดูกทับเส้น" (H003)*** นอกจากนี้ กลุ่มที่ได้รับการช่วยเหลือจากมูลนิธิหรืออาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงยังมีโอกาสเข้าถึงบริการเชิงรุก เช่น การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจเลือด การเอกซเรย์ปอด และการฉีดวัคซีน มากกว่ากลุ่มที่ยังใช้ชีวิตอยู่บนท้องถนน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า ***"เรื่องสุขภาพ ตอนตรวจเจาะเลือด ตรวจหัวใจ รถโรงพยาบาลก็รับไปตรวจต่อ... มูลนิธิดึงประวัติได้หมด ดูแลละเอียดมาก" (H008)*** รวมถึงหญิงไร้บ้านที่ยังอาศัยในที่สาธารณะสะท้อนถึงการเข้าตรวจสุขภาพที่จัดโดยภาคประชาสังคม ***"ตรวจสุขภาพไม่ได้ตรวจค่ะ มีแค่ที่ทางกระจกเงาจัดก็เข้าไปตรวจ" (H011)***

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าคนไร้บ้านจำนวนมากจะมีสิทธิการรักษา แต่ยังคงเผชิญอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ทั้งปัจจัยด้านเอกสารสิทธิ ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง สภาพร่างกายที่ไม่เอื้อต่อการเดินทาง

และประสบการณ์เชิงลบจากการรับบริการ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"สิ่งที่ผมอยากทำคือบัตรประชาชน ถ้าไม่มีบัตรชีวิตจะยาก จะเข้าโรงพยาบาลก็ไม่ได้" (H014)*** ขณะที่อีกรายสะท้อนประสบการณ์การถูกตีตราจากบุคลากรบางส่วนว่า ***"พยาบาลเขาก็ตำหนิว่าไม่มีเจ้าของไข้ ไม่มีญาติพาไป" (H025)*** นอกจากนี้ ผู้ให้ข้อมูลบางรายยังไม่สามารถเดินทางไปรับยาหรือมาตามนัดได้ เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านร่างกายและภาระค่าใช้จ่าย โดยกล่าวว่า ***"ป้ากลัวเสียตังค์เลยไม่ไปเอา (ยา)... เดินไม่ไหวเพราะหอบเหนื่อย ใจสั่น หน้ามืด" (H016)***

4.2.5 พฤติกรรมสุขภาพและการดูแลสุขภาพ

พฤติกรรมสุขภาพของคนไร้บ้านมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ สภาพแวดล้อมการอยู่อาศัย และความไม่มั่นคงในชีวิตประจำวัน โดยพฤติกรรมสุขภาพหลายประการไม่ได้เกิดจากทางเลือกส่วนบุคคลเพียงอย่างเดียว แต่เป็นการปรับตัวภายใต้ทรัพยากรที่จำกัด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ในแต่ละวัน

ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร พบว่าผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่รับประทานอาหารเพียง 1–2 มื้อต่อวัน โดยรูปแบบการบริโภคขึ้นอยู่กับการเข้าถึงอาหารแจกและกำลังซื้อของตนเองมากกว่าหลักโภชนาการ อาหารที่ได้รับมักขึ้นอยู่กับจุดแจกอาหารและช่วงเวลาที่มีผู้มาบริจาค ส่งผลให้คนไร้บ้านไม่สามารถกำหนดรูปแบบการบริโภคอาหารได้อย่างอิสระ ผู้ให้ข้อมูลบางรายต้องเผชิญภาวะขาดแคลนอาหาร โดยกล่าวว่า ***"เราต้องไปต่อคิวเอาอาหารไปขายต่อในราคาถูก ... ทุกวันนี้ก็แค่ให้มันรอดไปมื้อ ๆ วัน ๆ" (H021)*** อย่างไรก็ตาม กลุ่มอดีตคนไร้บ้านที่เปลี่ยนผ่านหลายรายพยายามปรับพฤติกรรมการกินเพื่อควบคุมโรคประจำตัวและดูแลสุขภาพของตนเอง เช่น การลดอาหารหวาน การจำกัดปริมาณอาหาร หรือการควบคุมน้ำหนัก ดังที่ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งที่เป็นอดีตคนไร้บ้านกล่าวว่า ***"ป้ากินแค่ 2 มื้อเอง กลางวันไม่กิน อ้วนมากมันจะลงยาก ... หมอสั่งไม่ให้กินน้ำปลาไม่ให้กินเกลือ แม่ถึงอยู่ได้ถึง 80 นี่ไง" (H003)*** ขณะที่อดีตคนไร้บ้านอีกคนหนึ่งกล่าวว่า ***"เดี๋ยวนี้ไม่กินหวานเลย... วันไหนน้ำตาลขึ้นก็จำกัดข้าว ไม่เกินสองช้อนโต๊ะ" (H023)***

ด้านการนอนหลับพักผ่อน พบว่าคุณภาพการนอนของคนไร้บ้านถูกกำหนดโดยสภาพแวดล้อมมากกว่าความต้องการทางร่างกาย การนอนในพื้นที่สาธารณะทำให้ต้องเผชิญกับเสียงรบกวน ความไม่ปลอดภัย และความหวาดระแวงต่อการสูญเสียทรัพย์สิน ส่งผลให้การนอนหลับไม่มีคุณภาพและเกิดภาวะพักผ่อนไม่เพียงพออย่างต่อเนื่อง ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า ***"สิ่งที่ลำบากคือ หนึ่ง เรื่องยุง สอง เรื่องความปลอดภัย สาม คือรถวิ่งตลอดคืน... ได้ยินเสียงนิดเดียวก็สะดุ้ง หลับ ๆ ตื่น ๆ" (H019)*** ขณะที่บางรายซึ่งประกอบอาชีพเก็บของเก่าในเวลากลางคืนมีรูปแบบการนอนที่ไม่สอดคล้องกับเวลาปกติของสังคม ส่งผลต่อสุขภาพและการเข้าถึงบริการต่าง ๆ ***"กลางคืนจะขยะเยอะ ดึก ๆ ไปเก็บแล้วค่อยกลับมานอนตอนสิบโมงเช้า... ปัญหาก็คือเรื่องการนอนไม่เพียงพอ" (H025)***

สำหรับสุขลักษณะและการดูแลความสะอาด พบว่าการรักษาความสะอาดของร่างกายไม่ใช่เพียงเรื่องของพฤติกรรมส่วนบุคคล แต่ขึ้นอยู่กับการเข้าถึงน้ำสะอาดและสถานที่อาบน้ำซักผ้า ผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากต้องเสียค่าใช้จ่ายในการอาบน้ำ หรือบางครั้งไม่สามารถอาบน้ำได้เมื่อขาดแคลนทรัพยากร ***"เรื่องการอาบน้ำลำบากมาก ต้องจ่ายครั้งละ 5 บาท... เราต้องเก็บขวดสิบกว่าขวด ยี่สิบขวด ไปขาย" (H021)*** ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกคนกล่าวถึงความต้องการพื้นฐานว่า ***"อยากได้ที่เช่า มีน้ำสะอาด อาบได้ทุกวัน ไม่ต้องทนฝุ่น ดิน แมลงวัน ยุง" (H015)***

ในด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ พบว่าผู้ให้ข้อมูลบางส่วนมีการสูบบุหรี่และดื่มสุรา โดยพฤติกรรมดังกล่าวมักเชื่อมโยงกับความเครียด ความเหงา และการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะมากกว่าความต้องการเสพสารเพียงอย่างเดียว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"ตอนทำงานสูบน้อยกว่า เพราะไม่มีเวลา แต่พอมาอยู่ถนนว่างเยอะก็สูบเยอะขึ้น... บุหรี่มันก็เหมือนเพื่อน" (H020)*** อย่างไรก็ตาม มีผู้ให้ข้อมูลบางรายที่สามารถลดหรือเลิกพฤติกรรมดังกล่าวได้ภายหลังได้รับการรักษาพยาบาลหรือเข้าสู่ระบบการดูแลที่มีความมั่นคงมากขึ้น

4.2.6 สวัสดิการและการช่วยเหลือจากหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคม

การเข้าถึงสวัสดิการและความช่วยเหลือของคนไร้บ้านไม่ได้เกิดขึ้นจากการติดต่อหน่วยงานภาครัฐโดยตรงเป็นส่วนใหญ่ แต่เกิดจากบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมและหน่วยงานที่ทำงานด้านคนไร้บ้าน ซึ่งทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการเชื่อมโยงคนไร้บ้านเข้าสู่ระบบสวัสดิการและบริการของรัฐ ทั้งในด้านที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การจ้างงาน และการฟื้นฟูเอกสารสิทธิส่วนบุคคล

หน่วยงานภาคประชาสังคมมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือคนไร้บ้านตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการใช้ชีวิตบนท้องถนน โดยทำหน้าที่ให้ข้อมูลข่าวสาร ประสานสิทธิการรักษาพยาบาล ช่วยเหลือด้านเอกสารทะเบียนราษฎร และเชื่อมโยงเข้าสู่โครงการจ้างงานและที่พักอาศัยชั่วคราว ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"มาถึงกรุงเทพฯ... จากนั้นเจ้าหน้าที่บอกให้ไปลงทะเบียน แล้วก็พาไปสมัครงาน... กระจกเงาช่วยหมด ทั้งเรื่องสิทธิ์ โรงพยาบาล ตรวจสุขภาพ ที่พัก ทุกอย่างเลย" (H008)*** ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลอีกคนสะท้อนบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมในการดูแลอย่างต่อเนื่องว่า ***"ที่นี่เขาค่อยดูแลใส่ใจ บางคนไปหาหมอเองไม่ได้ เขาก็จะพาไป... มันเหมือนสุขภาพจิตเราดีขึ้น เหมือนมีคนคอยประคอง มีคนคอยห่วงใย" (H006)*** แสดงให้เห็นว่าการช่วยเหลือคนไร้บ้านไม่ได้จำกัดอยู่เพียงการให้สิ่งของหรืออาหาร แต่ยังรวมถึงการช่วยเชื่อมโยงคนไร้บ้านเข้าสู่ระบบบริการต่าง ๆ ของรัฐและสังคม

นอกจากการช่วยเหลือจากภาคประชาสังคมแล้ว ผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งยังได้รับสวัสดิการภาครัฐ เช่น บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และเงินช่วยเหลือเฉพาะกิจ ซึ่งแม้จะเป็นจำนวนเงินไม่มาก แต่ถือเป็นแหล่งรายได้ที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตในช่วงที่ยังไม่มีงานทำหรือมีรายได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่ม

ผู้สูงอายุและผู้ที่มีข้อจำกัดในการประกอบอาชีพ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"สูงอายุ 800 ก็ประมาณเดือนละ 1,000 กว่าบาท... เดี๋ยวสิ้นเดือนแม่ก็ได้บัตรรัฐเพิ่ม" (H003)*** ขณะที่อีกรายกล่าวว่า ***"ตอนนี้อยู่ได้เพราะตรงนี้ พฤศจิกากับธันวาได้เดือนละประมาณ 1,150 เพราะมีโครงการเพิ่มให้" (H019)***

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาพบว่า การเข้าถึงสวัสดิการของรัฐยังคงมีข้อจำกัดสำคัญ โดยเฉพาะปัญหาการไม่มีบัตรประชาชนหรือเอกสารยืนยันตัวตน ซึ่งส่งผลให้คนไร้บ้านจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานได้ ทั้งสิทธิการรักษาพยาบาล สิทธิด้านสวัสดิการสังคม และโอกาสในการสมัครงาน ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งสะท้อนว่า ***"พอไม่มีบัตรก็พลาดสวัสดิการหมด... กลายเป็นเหมือนไม่เคยมีตัวตนในระบบ" (H015)*** นอกจากปัญหาเอกสารสิทธิแล้ว ขั้นตอนทางราชการที่ซับซ้อน การต้องใช้พยานบุคคลยืนยันตัวตน การเดินทางติดต่อหลายหน่วยงาน และข้อจำกัดด้านการอ่านเขียนของคนไร้บ้านบางราย ยังเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการได้อย่างเต็มที่ ผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า ***"พี่ไม่รู้หนังสือ อ่านหนังสือไม่ออก ... ไม่เคยได้เลย (บัตรคนจน) อยากได้เหมือนกัน" (H011)*** ขณะที่อีกคนหนึ่งกล่าวว่า ***"ผมอยากทำบัตรนะ ... ไปที่เขตเองเลย เขาบอกว่าต้องตรวจเลือด ตรวจญาติ... ก็ทำอะไรไม่ได้ เดินกลับอย่างเดียว" (H014)***

4.2.7 ผู้หญิงกับการจัดการสุขภาพ

อีกประเด็นหนึ่งที่มักถูกมองข้ามแต่กลับเป็นเสียงที่ดังออกมาจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้หญิง 14 คน ใน 25 คนข้างต้น คือ สุขภาพของพวกเธอถูกกำหนดด้วยเงื่อนไขมิติของ "ความเป็นผู้หญิง" แทรกอยู่ในแทบทุกช่วงของวัน ตั้งแต่การมีประจำเดือน การอาบน้ำ ความปลอดภัย ไปจนถึงการเลือกที่นอนในแต่ละคืน เพศภาวะจึงไม่ใช่ตัวแปรประกอบ แต่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ทำงานร่วมกับความไร้บ้าน จนกลายเป็นความเปราะบางซ้อนทับที่ผู้ชายไร้บ้านไม่ต้องเผชิญในลักษณะเดียวกัน

มิติแรก คือ ภาระทางสรีระที่มาพร้อมต้นทุนและความเสี่ยงต่อชีวิต ผู้หญิงไร้บ้านต้องจัดการรอบเดือนโดยไม่มีพื้นที่ส่วนตัว มีน้ำสะอาดจำกัดและบางครั้งเป็นอุปสรรคกับการเข้าถึงน้ำสะอาดหรือผ้าอนามัย และหลายครั้งไม่มีบัตรประชาชนที่จะพาตัวเองไปถึงมือหมอ ดังกรณีของ H011 ที่ความเจ็บป่วยซึ่งควรถูกวินิจฉัยแต่เนิ่น ๆ กลับถูกปล่อยไว้จนลุกลาม ***"หมอบอกว่า มีซีสอยู่ในท้อง แล้วเส้นโลหิตมันจาง...ทำให้ประจำเดือนหนูมาไม่ปกติ บางทีก็ไม่มา มากะปริบกะปรอย บางทีมาหลายรอบ มาเยอะ จนหน้าหนูซีดไปไข่ต้มเลยอ่ะ" (H011)*** สิ่งที่ทำให้อาการของเธอมาถึงจุดนั้นไม่ใช่ความไม่รู้ตัว แต่คือการไม่มีบัตรประชาชน ซึ่งเธอบอกไว้ว่า ***"หนูไม่เคยมีบัตรประชาชน... เราไม่เคยไปหาหมอหรือตรวจร่างกาย... มันก็ไปหาหมอยาก" (H011)*** สถานะทางทะเบียนราษฎร์ซึ่งดูเหมือนเป็นเรื่องเอกสาร แท้จริงคือประตูด่านแรกที่กำหนดว่าผู้หญิงคนหนึ่งจะเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยอาการประจำเดือนผิดปรกติได้หรือไม่ ขณะที่การดูแลสุขอนามัยพื้นฐานอย่างการอาบน้ำก็กลายเป็นภาระทางเศรษฐกิจ เพราะคนไร้บ้านหญิงไม่อาจใช้พื้นที่เปิดได้อย่างอิสระเท่าผู้ชาย ***"ยากเรื่องการอาบน้ำ ลำบากมาก ต้องจ่ายครั้งละ 5 บาท... ถ้าสดชื่นสถานปิด ก็ต้องไปอาบที่อื่น ก็ต้อง***

เสีย 20 บาท" (H021) ค่าเข้าห้องน้ำสำหรับผู้หญิงที่ไม่มีรายได้แน่นอนคือค่าใช้จ่ายประจำวัน และเมื่อไม่มีเงินจ่ายอาจจะเสี่ยงต่อโรคที่มากับสุขอนามัยได้มากขึ้น

มิติที่สอง คือ ความปลอดภัย ซึ่งบั่นทอนสุขภาพจิตผ่านความระแวดระวังตัวตลอดเวลา การนอนข้างถนนในฐานะผู้หญิงอาจไม่มีคืนไหนที่หลับสนิทได้อย่างแท้จริง ***"สิ่งที่ลำบาก หนึ่ง คือ ยุง สอง คือ ความปลอดภัย... บางทีมีคนแปลกหน้ามายืนดู มาถามว่ากินไหม เราบอกไม่กิน แล้วเขายังยืนจ้อง เราก็ไม่กล้านอน ต้องลุกเดินหนี... ได้ยินเสียงนิดเดียวก็สะดุ้ง หลับ ๆ ตื่น ๆ" (H010)*** การนอนไม่เพียงพอจากความกลัวไม่ใช่ความรู้สึกไม่สบายตัวชั่วคราว แต่เป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สะสมไปสู่โรคภัย อย่างความดันโลหิตสูงและความเครียดเรื้อรัง และความหวาดระแวงนี้ไม่ได้เกิดขึ้นลอย ๆ ดังที่ H024 ซึ่งเป็นคนใกล้ชิดของ H025 ตั้งข้อสังเกตว่า ***"การเป็นผู้หญิง อยู่คนเดียวแบบนี้มันอันตราย"*** ท่ามกลางความเปราะบางเหล่านี้ วิธีที่ผู้หญิงไร้บ้านใช้ดูแลตัวเองคือการสร้างเครือข่ายกับเพื่อนที่ไว้ใจได้ การรวมกลุ่มจึงทำหน้าที่เป็นกลไกป้องกันตัวที่ช่วยเพิ่มคุณภาพการนอนได้จริง ***"(ความระแวง) ลดลง เพราะว่าเพื่อนนอนกันเยอะอะไรอย่างนี้ มีเพื่อน... ช่วยกันเป็นหูเป็นตา ดูแลกัน... ไว้ใจกันได้ ไม่กลัวขโมยกัน" (H016)***

อีกมิติหนึ่งที่มักถูกมองข้ามคือ 'บทบาทความเป็นแม่' ที่สังคมคาดหวัง ผู้หญิงหลายคนเลือกปิดบังสถานะไร้บ้านของตนเองจากลูกหลาน ไม่ใช่เพราะไม่อยากพึ่งพา แต่เพราะไม่อยากให้ภาพลักษณ์ของแม่ที่ควรดูแลลูกต้องพลิกกลับกลายเป็นภาระของลูกแทน ***"เกรงใจว่าจะทำให้เขาลำบากอะไรอย่างนี้ แล้วก็แบบว่าน้อยใจอ่ะ... (ลูกบอกว่า) แม่ไม่ต้องพูดหรอก... เราก็ไม่กล้าบอก (ว่านอนถนน)" (H006)***

เมื่อนำทั้งสามมิตินี้มาประกอบกันจะเห็นได้ว่าสุขภาพของผู้หญิงไร้บ้านไม่อาจอธิบายแบบแยกส่วนได้เลย หากต้องมองผ่านเลนส์ของเพศภาวะและโครงสร้างทางสังคม พื้นที่สาธารณะที่ไม่ปลอดภัย และการเข้าไม่ถึงสิทธิพื้นฐานอย่างบัตรประชาชน การออกแบบบริการสุขภาพและนโยบายรองรับคนไร้บ้านในอนาคตจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงความจำเพาะทางเพศภาวะเหล่านี้อย่างจริงจัง ไม่ว่าจะเป็นพื้นที่สุขาภิบาลที่ปลอดภัยและไม่มีค่าใช้จ่าย การอำนวยความสะดวกด้านเอกสารสิทธิเพื่อเข้าสู่ระบบตรวจสุขภาพเฉพาะทาง และการสนับสนุนเครือข่ายทางสังคมที่ผู้หญิงไร้บ้านสร้างขึ้นเองให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

4.2.8 สรุปผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

การศึกษาเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าการเข้าสู่ภาวะไร้บ้านมิได้เกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงลำพัง แต่เป็นผลจากการทับซ้อนกันของปัจจัยเชิงโครงสร้างและปัจจัยระดับบุคคล ในเชิงโครงสร้างพบว่าวิกฤตเศรษฐกิจ (เช่น วิกฤต พ.ศ. 2540 และการระบาดของโควิด-19) และการสูญเสียสิทธิในที่อยู่อาศัยจากการเวนคืนที่ดิน ส่งผลให้แรงงานรายได้น้อยที่ขาดเงินออมและหลักประกันทางสังคมสูญเสียงานและที่อยู่อาศัย ขณะที่ในระดับบุคคล ปัญหาสุขภาพ โรคเรื้อรัง อุบัติเหตุ และปัญหาครอบครัว ทั้งการหย่าร้าง การ

สูญเสียสมาชิก ความรู้สึกผิดในใจ และความต้องการพึ่งพาตนเอง ล้วนเป็นปัจจัยที่ผลักดันบุคคลเข้าสู่การดำรงชีวิตในพื้นที่สาธารณะ

ในมิติของอาชีพและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าคนไร้บ้านส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพและหารายได้อย่างต่อเนื่อง แต่ความแตกต่างสำคัญระหว่างกลุ่มยังไร้บ้านกับกลุ่มเปลี่ยนผ่านไม่ได้อยู่ที่การมีหรือไม่มีงานทำ หากอยู่ที่ความมั่นคงของการจ้างงานและความเพียงพอของรายได้ โดยกลุ่มยังไร้บ้านมักทำงานนอกระบบที่รายได้ผันผวนและไม่เพียงพอต่อค่าที่อยู่อาศัย ขณะที่กลุ่มเปลี่ยนผ่านที่ได้งานต่อเนื่องและสอดคล้องกับศักยภาพผ่านโครงการขององค์กรภาคประชาสังคมสามารถฟื้นฟูชีวิต เก็บออม และกลับเข้าสู่ระบบที่อยู่อาศัยได้

ด้านสุขภาพพบความสัมพันธ์สองทางระหว่างสุขภาพกับที่อยู่อาศัย กล่าวคือ การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุเป็นทั้งสาเหตุและผลของภาวะไร้บ้าน โดยผู้ให้ข้อมูลจำนวนมากมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อุบัติเหตุ แผลติดเชื้อเรื้อรัง และภาวะเครียดสะสมจากการขาดพื้นที่ส่วนตัวและความไม่มั่นคง ทั้งนี้เมื่อได้รับที่พักอาศัยที่มั่นคง ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และและการดูแลตนเองมีแนวโน้มดีขึ้น ในด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น การบริโภคอาหาร 1-2 มื้อต่อวัน การนอนที่ไม่มีคุณภาพ ข้อจำกัดด้านสุขอนามัย และพฤติกรรมเสี่ยงอย่างการสูบบุหรี่และดื่มสุรา ล้วนเป็นการปรับตัวภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดมากกว่าทางเลือกส่วนบุคคล นอกจากนี้

ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ และสวัสดิการ ผลการศึกษาสะท้อนความเหลื่อมล้ำเชิงโครงสร้างอย่างชัดเจน คนไร้บ้านมีแนวโน้มพึ่งพาตนเองด้วยการซื้อยาหรือแบ่งปันยากันเองเมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย คนไร้บ้านจำนวนมากเข้าสู่ระบบบริการเมื่ออาการรุนแรงแล้ว และรักษาโรคประจำตัวไม่ต่อเนื่อง การเข้าถึงสวัสดิการของคนไร้บ้านเกิดขึ้นผ่านบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมที่ทำหน้าที่เป็นตัวกลางเชื่อมโยงสู่ระบบของรัฐเป็นหลัก โดยอุปสรรคสำคัญคือการไม่มีบัตรประชาชนหรือเอกสารยืนยันตัวตน การไม่รับรู้สิทธิ ขั้นตอนราชการที่ซับซ้อน และข้อจำกัดด้านการอ่านเขียน ซึ่งทำให้คนไร้บ้านจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานได้

บทที่ 5 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจสถานะสุขภาพ ปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร โดยใช้การวิจัยแบบผสมวิธีในลักษณะการออกแบบการวิจัยตามลำดับ ผ่านการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณจากการตรวจสุขภาพและแบบสอบถาม (กลุ่มตัวอย่าง 491 คน จำแนกเป็นคนไร้บ้าน 230 คน อดีตคนไร้บ้าน 104 คน และคนจนเมือง 157 คน) ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (การสัมภาษณ์เชิงลึก 25 ราย) ผลการศึกษาโดยรวมชี้ให้เห็นว่ากลุ่มคนไร้บ้านเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทางสุขภาพสูงที่สุดในเกือบทุกมิติเมื่อเทียบกับกลุ่มอดีตคนไร้บ้านและกลุ่มคนจนเมือง ทั้งภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ภาวะซึดและภาวะโภชนาการบกพร่อง ความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์ ตลอดจนความไม่ต่อเนื่องในการรักษาและการเข้าไม่ถึงสิทธิและบริการสุขภาพ ในทางตรงกันข้าม กลุ่มอดีตคนไร้บ้านมีสถานะสุขภาพหลายด้านดีใกล้เคียงกับกลุ่มคนจนเมือง สะท้อนว่าการมีงานที่มั่นคงและที่อยู่อาศัยที่แน่นอนเป็นเงื่อนไขสำคัญที่เชื่อมโยงกับการเปลี่ยนผ่านออกจากภาวะไร้บ้านและการฟื้นฟูสุขภาพ

5.1 ภาระโรคและความเปราะบางทางสุขภาพ

ผลการศึกษาพบว่าคนไร้บ้านมีภาระโรคที่ซับซ้อนและซ้อนทับกันหลายมิติ ทั้งกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ และโรคปอดเรื้อรังในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มอื่น ร่วมกับภาวะซีดและภาวะน้ำหนักตัวน้อยที่พบเด่นชัดในกลุ่มนี้ ลักษณะดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในประชากรไร้บ้านทั้งในและต่างประเทศที่รายงานความชุกของโรคเรื้อรังและภาวะโภชนาการบกพร่องสูงกว่าประชากรทั่วไป ภาวะเหล่านี้อาจอธิบายได้ด้วยกรอบปัจจัยทางสังคมกำหนดสุขภาพ กล่าวคือ ความไม่มั่นคงทางอาหารและการบริโภคอาหารเพียงวันละ 1–2 มื้อตามที่สะท้อนในข้อมูลเชิงคุณภาพ ส่งผลโดยตรงต่อภาวะโภชนาการและภาวะซีด ขณะที่การใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ การพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ และความเครียดสะสม ล้วนเป็นเงื่อนไขที่บั่นทอนสุขภาพกายอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้ชี้ว่าปัญหาสุขภาพของคนไร้บ้านไม่อาจแยกออกจากปัญหาความมั่นคงทางอาหารและที่อยู่อาศัยได้ การดูแลสุขภาพโดยไม่จัดการเงื่อนไขทางสังคมของคนไร้บ้านจึงมีแนวโน้มได้ผลจำกัด จำเป็นต้องดูแลแบบบูรณาการที่เชื่อมโยงบริการสุขภาพเข้ากับการจัดการด้านอาหาร ที่พักอาศัย และการสนับสนุนทางสังคม

5.2 สุขภาพจิตและความเครียดเรื้อรัง

ในมิติสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มคนไร้บ้านมีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าสูงที่สุด ข้อมูลเชิงคุณภาพช่วยอธิบายปรากฏการณ์นี้ได้ เนื่องจากความเครียดสัมพันธ์กับการขาดพื้นที่ส่วนตัว ความหวาดระแวงต่อการสูญเสียทรัพย์สิน ความไม่แน่นอนในชีวิตประจำวัน ตลอดจนความรู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีและความกลัวที่จะเป็นภาระต่อผู้อื่น การจัดการความเครียด ในด้านการจัดการความเครียด ผลการศึกษาสะท้อนว่าผู้ให้ข้อมูลส่วน

ใหญ่พึ่งพากลไกการเผชิญปัญหาของตนเองเป็นหลัก ทั้งการปล่อยวาง และการยอมรับสภาพชีวิต ในอีกด้านหนึ่ง เครือข่ายความสัมพันธ์และการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในชุมชนคนไร้บ้านทำหน้าที่เป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญ ช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและทำให้ยังคงเห็นคุณค่าในตนเอง อย่างไรก็ตาม กลไกการจัดการเหล่านี้อยู่ภายใต้ทรัพยากรที่จำกัดมากกว่าการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตอย่างเป็นระบบ ที่สำคัญ การจัดการความเครียดของคนไร้บ้านยังเชื่อมโยงอย่างใกล้ชิดกับพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยเฉพาะการสูบบุหรี่และการดื่มสุรา ซึ่งผลเชิงปริมาณพบในกลุ่มคนไร้บ้านในสัดส่วนสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน จากข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าพฤติกรรมดังกล่าวมักไม่ได้เกิดจากความต้องการบริโภคยาสูบและสุราเพียงอย่างเดียว แต่ทำหน้าที่เป็นกลไกผ่อนคลายความเครียดจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายเปรียบบุหรี่เสมือนเพื่อนคลายเหงา การดูแลสุขภาพจิตและการลดปัจจัยของความกดดันในชีวิตประจำวันอาจจะส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในคนไร้บ้านได้

5.3 การเข้าถึงและความต่อเนื่องของบริการสุขภาพ

แม้ประเทศไทยมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผลการศึกษาสะท้อนว่ากลุ่มคนไร้บ้านยังมีสัดส่วนผู้ที่ไม่ทราบหรือไม่มีสิทธิการรักษา ผู้ที่ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปี และผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาเมื่อเจ็บป่วยสูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน อีกทั้งยังมีปัญหาความไม่ต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรังในระดับสูง ปรากฏการณ์นี้สะท้อนช่องว่างระหว่างความ “ถ้วนหน้า” ในเชิงกฎหมายกับความถ้วนหน้าในทางปฏิบัติ เมื่อพิจารณาด้วย Andersen Healthcare Utilization Model จะเห็นว่าอุปสรรคสำคัญมิได้อยู่ที่ความจำเป็นด้านสุขภาพ (need) เพียงอย่างเดียว แต่อยู่ที่ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นหลัก ได้แก่ การไม่มีบัตรประชาชนหรือเอกสารยืนยันตัวตน การไม่รับรู้สิทธิ ต้นทุนและข้อจำกัดด้านการเดินทาง ขั้นตอนราชการที่ซับซ้อน และประสบการณ์การถูกตีตราจากระบบบริการ ข้อมูลเชิงคุณภาพยังชี้ว่าองค์กรภาคประชาสังคมทำหน้าที่เป็นตัวกลางสำคัญในการเชื่อมโยงคนไร้บ้านเข้าสู่ระบบสิทธิและบริการของรัฐ ทั้งการช่วยทำบัตรประชาชน การย้ายสิทธิการรักษา และการพาเข้ารับบริการเชิงรุก บทบาทนี้บ่งชี้ว่าการขยายการเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มเปราะบางควรออกแบบให้ตอบสนองบริบทชีวิตจริง เช่น การจัดบริการตรวจสุขภาพเชิงรุก การลงทะเบียนสิทธิเชิงรุก ระบบส่งต่อที่ยืดหยุ่น และการลดเงื่อนไขด้านเอกสารและขั้นตอน เพื่อให้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าแปลงเป็นการเข้าถึงได้จริงในทางปฏิบัติ

5.4 ที่อยู่อาศัย การจ้างงาน และการเปลี่ยนผ่านออกจากภาวะไร้บ้าน

ผลการศึกษาทั้งสองส่วนสอดคล้องกันว่า ความแตกต่างสำคัญระหว่างกลุ่มที่ยังไร้บ้านกับกลุ่มที่เปลี่ยนผ่านได้สำเร็จ มิได้อยู่ที่การมีหรือไม่มีงานทำ เนื่องจากคนไร้บ้านส่วนใหญ่ยังคงทำงานหารายได้อย่างต่อเนื่อง หากแต่อยู่ที่ความมั่นคงของการจ้างงานและความเพียงพอของรายได้ กลุ่มที่ยังไร้บ้านมักทำงานในภาคเศรษฐกิจนอกระบบที่รายได้ผันผวนและไม่เพียงพอต่อค่าที่อยู่อาศัย ขณะที่กลุ่มเปลี่ยนผ่านซึ่งได้งานที่

ต่อเนื่องและสอดคล้องกับศักยภาพผ่านโครงการขององค์กรภาคประชาสังคม สามารถวางแผนการใช้จ่าย เก็บออม และกลับเข้าสู่ระบบที่อยู่อาศัยได้ ข้อมูลยังสะท้อนความสัมพันธ์สองทางระหว่างสุขภาพกับที่อยู่อาศัย กล่าวคือ การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุเป็นทั้งสาเหตุที่ผลักดันบุคคลเข้าสู่ภาวะไร้บ้านและเป็นผลที่รุนแรงขึ้นจากการดำรงชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ในทางกลับกัน เมื่อได้รับที่พักอาศัยที่มั่นคง ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการดูแลตนเองมีแนวโน้มดีขึ้นอย่างชัดเจน ข้อค้นพบนี้สนับสนุนแนวทางที่ให้ความสำคัญกับความมั่นคงด้านที่อยู่อาศัยควบคู่กับการสนับสนุนการจ้างงานที่เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล ในฐานะกลไกสำคัญของการเปลี่ยนผ่านออกจากภาวะไร้บ้านอย่างยั่งยืน

5.5 จุดแข็งของการศึกษา

การศึกษานี้มีจุดแข็งสำคัญประการแรก คือ การใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ที่ผสานข้อมูลเชิงปริมาณจากการตรวจสุขภาพจริงร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำให้สามารถอธิบายสถานการณ์สุขภาพของคนไร้บ้านได้อย่างรอบด้าน ทั้งในมิติของสถานะสุขภาพที่ตรวจวัดได้ทางคลินิก และบริบททางสังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพของคนไร้บ้าน ซึ่งช่วยลดข้อจำกัดของการศึกษาแบบภาคตัดขวางที่อาศัยข้อมูลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียว

ประการที่สอง การศึกษานี้ใช้ข้อมูลจากโครงการตรวจสุขภาพจริงของกรุงเทพมหานครที่ดำเนินการร่วมกับภาคประชาสังคม ทำให้ได้ข้อมูลทางคลินิกที่หลากหลาย ทั้งข้อมูลโรคประจำตัว ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และข้อมูลการเข้าถึงบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยังมีอยู่จำกัดในประเทศไทย โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรไร้บ้าน นอกจากนี้ การศึกษาได้ครอบคลุมทั้งคนไร้บ้านที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะและกลุ่มที่ได้รับการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระบบที่อยู่อาศัย ทำให้สามารถเปรียบเทียบผลลัพธ์ด้านสุขภาพและปัจจัยกำหนดสุขภาพระหว่างกลุ่มได้

ประการที่สาม การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพ (Social Determinants of Health: SDH) และแนวคิดการเข้าถึงบริการสุขภาพของ Andersen Healthcare Utilization Model ในการวิเคราะห์ข้อมูล ทำให้สามารถอธิบายความเชื่อมโยงระหว่างความไร้บ้าน สถานะสุขภาพ การเข้าถึงบริการสุขภาพ และปัจจัยทางสังคมในมุมมองเชิงระบบได้อย่างเป็นองค์รวม อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนานโยบายและระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรกลุ่มเปราะบางในอนาคต

5.6 ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรพิจารณาในการตีความผลการศึกษา ประการแรก กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณเป็นผู้ที่เข้าร่วมโครงการตรวจสุขภาพของกรุงเทพมหานครและภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ในระดับหนึ่งอยู่แล้ว จึงอาจไม่สะท้อนสถานการณ์ของคนไร้บ้านทั้งหมด

โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพหรือหลีกเลี่ยงการติดต่อกับหน่วยงานภาครัฐและองค์กรภาคประชาสังคม

ประการที่สอง การศึกษานี้ใช้การออกแบบแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) และข้อมูลทุติยภูมิจากการตรวจสุขภาพ ทำให้ไม่สามารถอธิบายความสัมพันธ์เชิงเหตุและผลระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพกับผลลัพธ์ทางสุขภาพได้โดยตรง รวมถึงไม่สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของสถานะสุขภาพในระยะยาวได้

ประการที่สาม ข้อมูลบางส่วนอาศัยการรายงานด้วยตนเองของผู้เข้าร่วมการศึกษา เช่น ประวัติการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพ และการใช้บริการสุขภาพ ซึ่งอาจมีความคลาดเคลื่อนจากความทรงจำ (recall bias) หรือการตอบคำถามตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ การศึกษาดำเนินการในพื้นที่กรุงเทพมหานครเพียงแห่งเดียว จึงควรใช้ความระมัดระวังในการนำผลการศึกษาไปอ้างอิงกับบริบทของคนไร้บ้านในพื้นที่อื่นที่มีบริบททางเศรษฐกิจและสังคมแตกต่างกัน

5.7 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาสุขภาพของคนไร้บ้านไม่สามารถดำเนินการผ่านระบบบริการสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นต้องอาศัยการบูรณาการระหว่างนโยบายด้านสุขภาพ สวัสดิการสังคม การจ้างงาน และที่อยู่อาศัย โดยข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่สำคัญประการแรก คือ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพเชิงรุกสำหรับคนไร้บ้านในพื้นที่เมือง ผ่านหน่วยบริการสุขภาพเคลื่อนที่ (mobile health services) การตรวจสุขภาพประจำปี และระบบติดตามผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีความยืดหยุ่น เพื่อให้สามารถเข้าถึงประชากรที่ยังอยู่นอกระบบบริการสุขภาพได้มากขึ้น

ประการที่สอง ควรพัฒนาระบบการดูแลแบบบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพและหน่วยงานด้านสังคม โดยเฉพาะการจัดการรายกรณี (case management) สำหรับคนไร้บ้านที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน เช่น ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจิตเวช ผู้พิการ และผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการรักษาและการเชื่อมโยงเข้าสู่สวัสดิการสังคมที่จำเป็น

ประการที่สาม ควรส่งเสริมมาตรการด้านที่อยู่อาศัยควบคู่กับการดูแลสุขภาพ โดยพัฒนารูปแบบที่พักอาศัยชั่วคราว บ้านเช่าราคาประหยัด และโครงการสนับสนุนค่าเช่าสำหรับคนไร้บ้านที่มีศักยภาพในการดำรงชีวิตอิสระ รวมถึงพัฒนาพื้นที่พักฟื้นสำหรับผู้ป่วยไร้บ้านหลังออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าการมีที่อยู่อาศัยที่มั่นคงส่งผลเชิงบวกต่อสุขภาพกาย สุขภาพจิต และการกลับเข้าสู่ตลาดแรงงานอย่างมีนัยสำคัญ

ประการสุดท้าย ควรสนับสนุนบทบาทขององค์กรภาคประชาสังคมในฐานะกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงคนไร้บ้านเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการของรัฐ ผ่านการสนับสนุนงบประมาณ การพัฒนา

ระบบส่งต่อร่วม และการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้เกิดระบบดูแลคนไร้บ้านที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุม และตอบสนองต่อความต้องการของประชากรกลุ่มเปราะบางได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

1. UN. General Assembly (3rd sess. : 1948-1949 : Paris e. Universal Declaration of Human Rights. 1948.
2. UN. General Assembly (78th sess. : 2023-2024). Political declaration of the High-Level Meeting on Universal Health Coverage : resolution / adopted by the General Assembly. 2023.
3. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545. 2545.
4. Cleveland M. Homelessness and Inequality. American Journal of Economics and Sociology. 2020;79(2):559-90.
5. วิเศษปรีชา บ, Visetpricha B. เปิดพรมแดน โลกของคนไร้บ้าน: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2003.
6. Garcia C, Doran K, Kushel M. Homelessness And Health: Factors, Evidence, Innovations That Work, And Policy Recommendations. Health Aff (Millwood). 2024;43(2):164-71.
7. Stafford A, Wood L. Tackling Health Disparities for People Who Are Homeless? Start with Social Determinants. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(12).
8. Leifheit KM, Schwartz GL, Pollack CE, Linton SL. Building health equity through housing policies: critical reflections and future directions for research. J Epidemiol Community Health. 2022;76(8):759-63.
9. Batterham D, Cigdem-Bayram M, Parkinson S, Reynolds M, Wood G. The Spatial Dynamics of Homelessness in Australia: Urbanisation, Intra-City Dynamics and Affordable Housing. Appl Spat Anal Policy. 2022;15(4):1021-43.
10. ราชกิจจานุเบกษา. พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง,. 2567.
11. แผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. ฐานข้อมูลคนไร้บ้านประเทศไทย Homelessness in Thailand Dashboard: Statistics and Trends 2567 [updated 9 สิงหาคม 2567. Available from: https://penguinhomeless.com/homelessness-in-thailand-dashboard-statistics-and-trends/.
12. Fazel S, Geddes JR, Kushel M. The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. Lancet. 2014;384(9953):1529-40.

13. กรุงเทพมหานคร. ไม่ทอดทิ้งใคร กทม. ลุยตรวจสุขภาพคนไร้บ้าน ปีที่ 2 แม้ลดจำนวนลงแต่ดูแลเต็มที่ ตรวจใหญ่ ตรวจเต็ม หวังทุกคนเข้าถึงสุขภาพดี. 173 ศาลาว่าการกรุงเทพมหานคร (เสาชิงช้า) ถนนดินสอ แขวงเสาชิงช้า เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร 102002025.
14. United Nations Department of Public. Universal Declaration of Human Rights - Thai. 1948 [Available from: https://www.ohchr.org/en/human-rights/universal-declaration/translations/thai.
15. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). รู้จักและเข้าใจ : สิทธิด้านสุขภาพ 2564 [Available from: https://old.nationalhealth.or.th/en/node/2129.
16. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. ประวัติความเป็นมาเส้นทางสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า 2567 [Available from: https://www.nhso.go.th/th/aboutus-th/2024-08-20-15-39-18.
17. องค์การสหประชาชาติในประเทศไทย. เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน 3 สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี 2025 [Available from: https://thailand.un.org/th/sdgs/3.
18. Hfocus. ‘ประชากรกลุ่มเปราะบาง’ คนไทยที่ถูกลืมในระบบสุขภาพ 2560 [updated 31 มกราคม 2560 Available from: https://www.hfocus.org/content/2017/01/13375.
19. แผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. เมื่อ ‘ชายวัยกลางคน’ กลายเป็นคนไร้บ้านมากที่สุด : สำรวจสถานการณ์คนไร้บ้านไทยปี 2566 ผ่านการแจงนับและสำรวจคนไร้บ้านทั้งประเทศล่าสุด 2566 [updated 15 ธันวาคม 2566 Available from: https://penguinhomeless.com/one_night_count-2566_homeless-thailand/?utm
20. Hfocus. “คนไร้บ้าน” มีความเสี่ยงสุขภาพสูง แนะปรับระบบพิสูจน์สถานะ คัดกรอง-ป้องกันโรคมากเป็นพิเศษ 2561 [updated 23 สิงหาคม 2561 Available from: https://www.hfocus.org/content/2018/08/16223?utm_

ภาคผนวก

โครงการตรวจสุขภาพคนไร้บ้าน ประจำปี 2568
แบบคัดกรองสุขภาพและสวัสดิการทางสังคมแบบบูรณาการ

จุดที่ 2.1 ซักประวัติทั่วไป

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัวทั่วไป

1. นาย/นาง/นางสาว _____นามสกุล _____

2. วัน / เดือน / ปีเกิด (พ.ศ.) _____/_____/_____

3. **[กรณีไม่ทราบวันเกิด]** อายุ _____ปี

4. ศาสนา ☐ 1 พุทธ ☐ 2 คริสต์ ☐ 3 อิสลาม ☐ 4 อื่นๆ ระบุ_____

5. สัญชาติ ☐ 1 ไทย ☐ 2 อื่นๆ ระบุ _____

6. เพศกำเนิด ☐ 1 ชาย ☐ 2 หญิง

7. ช่องทางการติดต่อ ☐ 1 มีโทรศัพท์ ระบุหมายเลข _____
☐ 2 ไม่มีโทรศัพท์

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านที่อยู่อาศัย

<u>ส่วนที่ 2.1 ที่อยู่อาศัยและการพักอาศัย</u>

1. พื้นเพเดิมของท่านเป็นคนที่ไหน

☐ 1 ทราบ เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____

☐ 2 ไม่ทราบ

2. ที่อยู่ตามทะเบียนบ้านหรือบัตรประชาชนของท่านอยู่ที่ไหน

☐ 1 ทราบ เขต/อำเภอ_____จังหวัด_____

☐ 2 ไม่ทราบ

3. ปัจจุบันท่าน **กินอยู่หลับนอนในพื้นที่สาธารณะ** หรือไม่

☐ 1 ไม่ใช่ ***<u>ข้ามไปข้อ 4</u>***

☐ 2 ใช่ ระบุสถานที่หลับนอนที่อาศัยเป็นประจำ และ***<u>ข้ามไปข้อ 8</u>***

☐ 2.1 ถนนราชดำเนิน

☐ 2.2 ใต้สะพานปิ่นเกล้า

☐ 2.3 อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ

☐ 2.4 หัวลำโพง เยาวราช เจริญกรุง

☐ 2.5 สวนลุม รพ.จุฬาฯ คลองเตย

☐ 2.6 สุขุมวิท

☐ 2.7 อื่นๆ ระบุ _____

กรณี **ไม่ได้เป็น** คนไร้บ้าน **ตอบข้อ 4-9**

กรณี **เป็น** คนไร้บ้าน **ข้ามไปข้อ 8-9**

ข้อ 4 - 7 เฉพาะกรณีไม่ได้เป็นคนไร้บ้าน

4. ก่อนหน้านี้ท่าน**เคยกินอยู่หลับนอนในพื้นที่สาธารณะ**หรือไม่ (ท่านเคยเป็นคนไร้บ้านมาก่อนหรือไม่)

☐ 1 เคย แต่ปัจจุบันไม่ได้กินอยู่หลับนอนในพื้นที่สาธารณะแล้ว (อดีตคนไร้บ้าน)

☐ 2 ไม่เคยกินอยู่หลับนอนในพื้นที่สาธารณะเลย (ไม่เคยเป็นคนไร้บ้านเลย)

5. ในปัจจุบันท่านอาศัยหลับนอน**เป็นประจำ**ในสถานที่ใด (ประเภทที่อยู่อาศัย)

☐ 1 บ้านพักของมูลนิธิ เช่น บ้านสุวิทย์ วัดหนู บ้านพูนสุข โครงการบ้านเช้าคนละครึ่ง

☐ 2 ศูนย์/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง/บ้านมิตรไมตรี (กระทรวงพัฒนาสังคมฯ)

☐ 3 ห้องเช่า ☐ 4 ชุมชนแออัด ☐ 5 บ้านเดี่ยว/บ้านจัดสรร

☐ 6 บ้านพักพนักงาน/ข้าราชการ☐ 7 อาคารพาณิชย์/ตึกแถว ☐ 8 หอพัก/อพาร์ทเมนต์

☐ 9 คอนโดมิเนียม ☐ 10 แคมป์คนงาน ☐ 11 อื่นๆ ระบุ_____

6. ในปัจจุบันท่านอาศัยหลับนอนเป็นประจำในบริเวณใด (บริเวณที่พักอาศัยในปัจจุบัน)

☐ 1 ที่พักอาศัยตรงกับที่อยู่ตามทะเบียนบ้านหรือบัตรประชาชน

☐ 2 มีที่พักอาศัย แต่ไม่ตรงกับทะเบียนบ้านระบุแขวง_____เขต_____

☐ 3 อาศัยอยู่ในโครงการของมูลนิธิ

☐ 3.1 บ้านสุวิทย์ วัดหนู (ริมทางรถไฟบางกอกน้อย) ☐ 3.2 บ้านพูนสุข (ปทุมธานี)

☐ 3.3 โครงการบ้านเช่าคนละครึ่ง

☐ 3.4 บ้านเช่าใกล้มูลนิธิกระจกเงา (โครงการจ้างวานข้า)

☐ 3.5 โครงการอื่นๆ ระบุ_____

☐ 4 ศูนย์/สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง /บ้านมิตรไมตรี (กระทรวงพัฒนาสังคมฯ)

โปรดระบุชื่อบ้าน_____

7. ปัจจุบันท่านพักอาศัยอยู่กับใคร

☐ 1 อยู่คนเดียว ☐ 2 พ่อ/แม่/พี่/น้อง ☐ 3 สามี/ภรรยา/แฟน/ลูก

☐ 4 ญาติคนอื่น ๆ ☐ 5 เพื่อน ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ _____

ข้อ 8-9 ตอบทุกคน ให้ผู้สัมภาษณ์ตอบคำถามโดยวิธีสังเกต

8. จากการสังเกตของผู้สัมภาษณ์ ท่านคิดว่า ผู้ให้สัมภาษณ์

☐ 1 มีลักษณะภายนอก**ไม่เหมือน**คนไร้บ้าน

☐ 2 มีลักษณะภายนอก**เหมือน**คนไร้บ้าน เช่น การแต่งตัว ความสะอาด ของที่พกติดตัว

9. ประมวลผลจากข้อ 3 – 9 เพื่อสรุปผลการประเมินสถานะไร้บ้าน

☐ 1 คนไร้บ้าน ปัจจุบันกินอยู่หลับนอนในที่สาธารณะ (ตอบข้อ 10-17)

☐ 2 อดีตคนไร้บ้าน เคยกินอยู่หลับนอนในที่สาธารณะ (ตอบข้อ 18-22)

☐ 3 ประชาชนทั่วไป (ไม่เคยเป็นคนไร้บ้าน) (ข้ามไปส่วนที่ 3)

ส่วนนี้เป็นคำถามที่ละเอียดอ่อน

หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่สะดวกตอบคำถามข้อใด สามารถข้ามข้อนั้นๆได้

<u>ส่วนที่ 2.2 สถานการณ์ไร้บ้านและการเปลี่ยนผ่านกลับไปมีบ้าน</u>

<u>ข้อ 10 - 17 สำหรับคนไร้บ้าน</u>

10. ท่านออกมากินอยู่หลับนอนในที่สาธารณะ**ครั้งแรก**ตั้งแต่เมื่อไหร่ *<u>หากออกมาไร้บ้านหลายรอบให้ถามตั้งแต่ประสบการณ์ครั้งแรก)</u>*

ตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จำได้แม่นที่สุด

10.1 ตั้งแต่ เดือน_____พ.ศ. _____

10.2 เป็นระยะเวลา _____ปี_____เดือน

10.3 ตั้งแต่อายุ _____ปี

11. เหตุการณ์ใดเป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้ท่านอออกมากินอยู่หลับนอนในที่สาธารณะ (ตอบได้หลายข้อ)

☐ 1 ตกงาน / ไม่มีงานทำ

☐ 2 มีปัญหา/ทะเลาะกับครอบครัวหรือคนที่อาศัยอยู่ด้วย

☐ 3 ปัญหาสุขภาพ โรคติดต่อร้ายแรง มีความพิการทางร่างกาย

☐ 4 ปัญหาสุขภาพจิต ติดสุรา/ยาเสพติด

☐ 5 เพิ่งพ้นโทษจากเรือนจำ

☐ 6 บ้านถูกเวนคืน / บ้านถูกยึด

☐ 7 พ่อแม่เสียชีวิต/ไม่มีญาติพี่น้องให้พึ่งพิง

☐ 8 อื่น ๆ ระบุ_____

12. ปัจจุบันท่าน**กินอยู่หลับนอน/อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะกับใคร**

☐ 1 อยู่คนเดียว ☐ 2 พ่อ/แม่/พี่/น้อง ☐ 3 สามี/ภรรยา/แฟน/ลูก

☐ 4 ญาติคนอื่น ๆ ☐ 5 เพื่อน ☐ 6. อื่น ๆ ระบุ _____

13. ปัจจุบัน ท่านยังคง**มีบ้านหรือที่พักอาศัยที่สามารถกลับไปพักอาศัย**หากต้องการกลับไปหรือไม่?

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. มี ระบุ

☐ 2.1 บ้านของตนเอง ☐ 2.2 บ้านเช่า

☐ 2.3 บ้านของญาติ ☐ 2.4 บ้านของเพื่อน

☐ 3. ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ไม่ตอบ

☐ 4 อื่นๆ ระบุ_____

ส่วนนี้เป็นคำถามที่ละเอียดอ่อน

หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่สะดวกตอบคำถามข้อใด สามารถข้ามข้อนั้นๆได้

14. ปัจจุบันท่านยังมี**ครอบครัว/ญาติพี่น้องที่ยังติดต่อกันได้**หรือไม่

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. มี ระบุ

☐ 2.1 ติดต่อกันประจำ

☐ 2.2 ติดต่อไม่ได้/ไม่ได้ติดต่อกันมานานแล้ว

☐ 2.3 ติดต่อได้ แต่ไม่อยากติดต่อ

☐ 3. ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ไม่ตอบ

☐ 4 อื่นๆ ระบุ_____

15. การกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านกับบ้าน (ไม่นับรวมการกลับไปเยี่ยมบ้านระยะสั้น) (เลือกตอบ 1 ข้อ)

15.1 กรณีที่ไร้บ้าน >= 2 ปี	**ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา** ท่านกลับไปอาศัยหรือใช้ชีวิตที่บ้าน ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว หรือมีบ้านเช่าเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน จำนวนกี่ครั้ง	_____ ครั้ง
15.2 กรณีที่ไร้บ้าน < 2 ปี	**ตั้งแต่ออกมากินอยู่หลับนอนในที่สาธารณะ** ท่านกลับไปอาศัยหรือใช้ชีวิตที่บ้าน ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว หรือมีบ้านเช่าเป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน จำนวนกี่ครั้ง	_____ ครั้ง

16. ปัจจุบันท่านประสงค์อยากกลับไปมีบ้านพักอาศัยหรือไม่

☐ 1 ไม่ต้องการ ☐ 2 ต้องการ ☐ 3 ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ไม่ตอบ

17. หากต้องการกลับไปมีบ้านพักอาศัย อยากได้รับความช่วยเหลือเรื่องใดถึงสามารถกลับไปอยู่บ้านได้ (ตอบได้หลายข้อ)

☐ 1 ช่วยเหลือให้มีงานทำ/มีรายได้

☐ 2 ช่วยหาห้องพัก / บ้านราคาถูก

☐ 3 ช่วยติดต่อครอบครัว/ญาติพี่น้อง

☐ 4 ช่วยฟื้นฟูสุขภาพ รักษาโรค

☐ 5 ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ไม่ตอบ

☐ 6 อื่นๆ ระบุ _____

ส่วนนี้เป็นคำถามที่ละเอียดอ่อน

หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่สะดวกตอบคำถามข้อใด สามารถข้ามข้อนั้นๆได้

ข้อ 18 – 22 สำหรับอดีตคนไร้บ้าน

18. ท่านออกมากินอยู่หลับนอนในที่สาธารณะ**ครั้งแรก**ตั้งแต่เมื่อไหร่ *หากออกมาไร้บ้านหลายรอบให้ถามตั้งแต่ประสบการณ์ครั้งแรก)*

ตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จำได้แม่นที่สุด

10.2 ตั้งแต่ เดือน_____พ.ศ. _____

10.2 เป็นระยะเวลา _____ปี_____เดือน

10.3 ตั้งแต่อายุ _____ปี

19. เหตุการณ์ใดเป็นจุดเปลี่ยนที่ทำให้ท่านออกมากินอยู่หลับนอนในที่สาธารณะ (ตอบได้หลายข้อ)

☐ 1 ตกงาน / ไม่มีงานทำ

☐ 2 มีปัญหา/ทะเลาะกับครอบครัวหรือคนที่อาศัยอยู่ด้วย

☐ 3 ปัญหาสุขภาพ โรคติดต่อร้ายแรง มีความพิการทางร่างกาย

☐ 4 ปัญหาสุขภาพจิต ติดสุรา/ยาเสพติด

☐ 5 เพิ่งพ้นโทษจากเรือนจำ

☐ 6 บ้านถูกเวนคืน / บ้านถูกยึด

☐ 7 พ่อแม่เสียชีวิต/ไม่มีญาติพี่น้องให้พึ่งพิง

☐ 8 อื่น ๆ ระบุ_____

20. ท่านกลับไป**ใช้ชีวิตที่บ้าน ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว หรือมีบ้านเช่า** ตั้งแต่เมื่อไหร่

ตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จำได้แม่นที่สุด

21.1 ตั้งแต่ เดือน_____พ.ศ. _____

21.2 เป็นระยะเวลา _____ปี_____เดือน

21.3 ตั้งแต่อายุ _____ปี

21. สาเหตุใดที่ท่านทำให้ท่านสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว หรือมีบ้านเช่าได้

☐ 1 มีงานทำ / มีรายได้เพียงพอ / กลับไปทำงานได้

☐ 2 ติดต่อครอบครัว/ญาติพี่น้องได้

☐ 3 รักษาโรคจนหาย / ฟื้นฟูสุขภาพจนอาการดีขึ้น

☐ 4 ได้รับการช่วยเหลือจากมูลนิธิ ระบุหน่วยงาน _____

☐ 5 ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ ระบุหน่วยงาน _____

☐ 6 อื่น ๆ ระบุ_____

ส่วนนี้เป็นคำถามที่ละเอียดอ่อน

หากผู้ตอบแบบสอบถามไม่สะดวกตอบคำถามข้อใด สามารถข้ามข้อนั้นๆได้

22. ปัจจุบันท่านยังมี**ครอบครัว/ญาติพี่น้องที่ยังติดต่อกันได้**หรือไม่

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. มี ระบุ

☐ 2.1 ติดต่อกันประจำ

☐ 2.2 ติดต่อไม่ได้/ไม่ได้ติดต่อกันมานานแล้ว

☐ 2.3 ติดต่อได้ แต่ไม่อยากติดต่อ

☐ 3. ไม่แน่ใจ ไม่ทราบ ไม่ตอบ

☐ 4 อื่นๆ ระบุ_____

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านอาชีพ และการศึกษา

<u>ส่วนที่ 3.1 อาชีพ</u>

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา **ท่านมีรายได้จากช่องทางใดบ้าง** (ตอบได้หลายข้อ)

☐ 1. ไม่มีเลย

☐ 2. จากการบริจาค/การแจกเงินจากผู้ใจบุญ

☐ 3. จากเงินสวัสดิการของภาครัฐ เช่น เบี้ยพิการ เบี้ยสูงอายุ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ

☐ 4. จากเงินช่วยเหลือจากครอบครัว/ญาติพี่น้อง

☐ 5. จากการประกอบอาชีพ/ทำงาน [ตอบข้อ 2-3]

☐ 6. อื่นๆ ระบุ .....

ข้อ 2-3 เฉพาะคนที่มีอาชีพ/ทำงานได้รายได้

2. **ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา**ท่านประกอบอาชีพหรือทำงานอะไร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 1. งานรับจ้างชั่วคราว รายวัน (เช่น ไปรับพระ ต่อคิว ขายใบปลิว ทำสวน กวาดถนน กรรมกร) ระบุงาน _____

☐ 2. เก็บขยะ/ของเก่าขาย

☐ 3. เปิดหมวก/เล่นดนตรี/วนิพก

☐ 4. ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ระบุธุรกิจ_____

☐ 5. เกษตรกร/ทำสวนของตนเอง

☐ 6. ลูกจ้าง/พนักงานบริษัทเอกชน (มีเงินเดือนรายได้แน่นอน) ระบุตำแหน่ง_____

☐ 7. รัฐวิสาหกิจ/ข้าราชการ (มีเงินเดือนรายได้แน่นอน) ระบุตำแหน่ง_____

☐ 8. อื่นๆ ระบุ _____

3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่าน**มีรายได้จากการประกอบอาชีพ**เท่าไร

3.1 ท่านมีรายได้จากการประกอบอาชีพกี่วันต่อสัปดาห์ _____วันต่อสัปดาห์

3.2 ท่านมีรายได้เฉลี่ยกี่บาทต่อวัน ____ บาทต่อวัน (จะนำไปคำนวณรายได้ต่อเดือน)

<u>ส่วนที่ 3.2 การศึกษา</u>

4. ท่านเรียนหนังสือจนถึงชั้นไหน

☐ 1.ไม่ได้เรียน ☐ 2.ประถมศึกษา ☐ 3.มัธยมศึกษา/ม.ศ.

☐ 4.ปวช. ☐ 5. ปวส./อนุปริญญา ☐ 6.ปริญญาตรี

☐ 7.สูงกว่าปริญญาตรี ☐ 8. อื่นๆ ระบุ .....

5. ปัจจุบันท่านสามารถอ่านหนังสือได้ในระดับใด

☐ 1. อ่านได้คล่อง ☐ 2. พออ่านออกบ้าง ☐ 3. อ่านหนังสือไม่ออก

6. ปัจจุบันท่านสามารถเขียนหนังสือได้ในระดับใด

☐ 1. เขียนได้คล่อง ☐ 2. พอเขียนได้บ้าง ☐ 3. เขียนหนังสือไม่ได้

ส่วนที่ 4 ข้อมูลสถานะทางสุขภาพ/การเจ็บป่วย

<u>ประเมินการรับรู้สิทธิรักษาพยาบาล</u>

1. ปัจจุบันท่านใช้สิทธิรักษาพยาบาลอะไร

☐ 1 บัตรทอง/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ 2 บัตรทองผู้พิการ

☐ 3 ประกันสังคม ☐ 4 ข้าราชการ / เบิกจ่ายตรง

☐ 5 รัฐวิสาหกิจ ☐ 6 อื่นๆ ระบุ _____

☐ 7 ไม่มีสิทธิรักษา ☐ 8 ไม่ทราบ

2 ปัจจุบันสิทธิรักษาพยาบาลของท่านอยู่ที่โรงพยาบาลใด

☐ 1 ทราบ ระบุ โรงพยาบาล _____ จังหวัด _____

☐ 2 ไม่ทราบ

<u>การตรวจสุขภาพประจำปี</u>

3 ท่านเคยฉีดวัคซีนไข้หวัดใหญ่ หรือไม่ ☐ไม่เคย ☐เคย นานกว่า 1 ปี ☐เคย ไม่เกิน 1 ปี

4 ท่านเคยฉีดวัคซีนโควิด 19 หรือไม่ ☐ไม่เคย ☐เคย นานกว่า 1 ปี ☐เคย ไม่เกิน 1 ปี

5 ท่านได้รับ**การตรวจสุขภาพประจำปีครั้งล่าสุด**เมื่อไร *(การตรวจสุขภาพประจำปี หมายถึง การตรวจคัดกรองโรคและหาปัจจัยเสี่ยงของโรค <u>ไม่นับรวมการตรวจที่โรงพยาบาลเพื่อวินิจฉัยโรค</u>)*

☐ 1 ไม่เคยตรวจสุขภาพประจำปีเลย (ข้ามไปข้อ 7 ผู้ป่วยนอก)

☐ 2 เคยตรวจสุขภาพประจำปี ครั้งล่าสุดเมื่อ (ตอบอย่างใดอย่างหนึ่ง ที่จำได้แม่นที่สุด)

2.1 เดือน_____พ.ศ. _____

2.2 เป็นระยะเวลา _____ปี_____เดือน

2.3 ตั้งแต่อายุ _____ปี

☐ 3 เคยตรวจสุขภาพประจำปีแต่จำไม่ได้

6 **ครั้งล่าสุด**ที่ท่านได้ตรวจสุขภาพประจำปีท่านตรวจสุขภาพประจำปีที่ใด

☐ 1 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่/การออกหน่วยตรวจในชุมชน

☐ 2 ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ.สต./สถานีอนามัย/สถานีกาชาด

☐ 3 คลินิกเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น (ใช้สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม)

☐ 4 คลินิกเอกชน (ชำระเงินเอง)

☐ 5 โรงพยาบาลรัฐ

☐ 6 โรงพยาบาลเอกชน (ใช้สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม)

☐ 7 โรงพยาบาลเอกชน (ชำระเงินเอง)

☐ 8 อื่นๆ โปรดระบุ_____

☐ 9 เคยตรวจสุขภาพประจำปีแต่จำไม่ได้

<u>การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยนอก)</u>

7 **ในระหว่าง 1 เดือนที่แล้ว ท่านมี<u>การเจ็บป่วยที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล</u>หรือไม่**

☐ 1 ไม่มี (ข้ามไปข้อ 10 ผู้ป่วยใน)

☐ 2 มี (เช่น ไม่สบาย บาดเจ็บ ไปรับยาโรคประจำตัว) (ถามสาเหตุที่เจ็บป่วย)

การเจ็บป่วย<u>ครั้งล่าสุด</u>ที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล **ท่านเจ็บป่วยจากสาเหตุอะไร** (ตอบได้ 1 ข้อ)

☐ 2.1 มีอาการเจ็บป่วย/รู้สึกไม่สบาย

☐ 2.2 มีอาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ/ถูกทำร้าย/ทำร้ายตัวเอง

☐ 2.3 ไปรับยาโรคประจำตัว/โรคเรื้อรัง

8. **การเจ็บป่วย<u>ครั้งล่าสุด</u>**ที่ไม่ต้องนอนในสถานพยาบาล **ท่านมีวิธีการรักษาพยาบาลอย่างไร** (ตอบได้ 1 ข้อ)

ไม่ได้รักษาที่สถานพยาบาล

☐ 1 ไม่ได้รักษาเลย

☐ 2 ซื้อยาจากร้านขายยา

☐ 3 หายาจากแหล่งอื่น เช่น ร้านขายของ ได้รับแจกฟรีจากผู้ใจบุญ ขอยาจากคนอื่น

☐ 4 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

รักษาที่สถานพยาบาล

☐ 5 ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ.สต./สถานีอนามัย/สถานีกาชาด

☐ 6 คลินิกเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น (ใช้สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม)

☐ 7 คลินิกเอกชน (ชำระเงินเอง)

☐ 8 โรงพยาบาลรัฐ

☐ 9 โรงพยาบาลเอกชน (ใช้สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม)

☐ 10 โรงพยาบาลเอกชน (ชำระเงินเอง)

☐ 11 อื่นๆ โปรดระบุ_____

9. **ทำไมท่านไม่ไปหาหมอที่อนามัย/โรงพยาบาล/คลินิก** (เฉพาะคนที่ตอบข้อ 1- 4) ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

☐ 1 คิดว่าหายเองได้ ไม่จำเป็นต้องไปหาหมอ

☐ 2 ไม่มีความรู้สึกอยากรักษา เช่น อยากตาย ไม่มีความหวัง

☐ 3 เคยโดนเรียกเก็บเงินค่าบริการ/ค่ายา แต่ไม่มีเงินจ่าย

☐ 4 ไม่มีเงินค่าพาหนะ/ค่าเดินทาง

☐ 5 การไปหาหมอทำให้สูญเสียรายได้ประจำวัน

☐ 6 ไม่มีเอกสาร เช่น บัตรประชาชน

☐ 7 ไม่รู้ว่าต้องไปรักษาที่ไหน

☐ 8 สิทธิรักษาอยู่ไกล ไม่สะดวกเดินทาง

☐ 9 รู้สึกไม่คุ้นเคย ไม่เข้าใจกระบวนการวิธีหาหมอ

	☐ 10 รู้สึกกดดัน รู้สึกถูกเหยียดหยาม รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ ☐ 11 ไม่มั่นใจคุณภาพยยา หรือบริการ ☐ 12 อื่นๆ ระบุ_____

<u>การเจ็บป่วยที่ต้องนอนในสถานพยาบาล (ผู้ป่วยใน)</u>

10. **ในระหว่าง 12 เดือนที่แล้ว/1ปีที่ผ่านมา** ท่านมีการ**<u>เจ็บป่วยจนต้องนอนในสถานพยาบาล</u>**หรือไม่

☐ 1 ไม่มี (ข้ามไปส่วนที่ 5 พฤติกรรมสุขภาพ)

☐ 2 มี (ถามสาเหตุที่เจ็บป่วย)

ท่านไปนอนโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายด้วยสาเหตุอะไร (ตอบได้ 1 ข้อ)

☐ 2.1 โรค/การเจ็บป่วย โปรดระบุ _____

☐ 2.2 อุบัติเหตุ โปรดระบุ _____

☐ 2.3 คลอดบุตร

☐ 2.4 อื่นๆ โปรดระบุ _____

11. ท่านนอนโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายจำนวนกี่วัน _____วัน

12. ระบุสถานพยาบาลที่การเข้าพักรักษาครั้งสุดท้าย (ตอบได้ 1 ข้อ)

☐ 1 โรงพยาบาลรัฐ โปรดระบุ _____

☐ 2 โรงพยาบาลเอกชน (ใช้สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม) โปรดระบุ _____

☐ 3 โรงพยาบาลเอกชน (ชำระเงินเอง) โปรดระบุ _____

☐ 4 โรงพยาบาลของมูลนิธิ (เช่น เทียนฟ้า) โปรดระบุ _____

☐ 5 อื่นๆ โปรดระบุ_____

13. ภายหลังออกจากโรงพยาบาลท่านไปพักฟื้นที่ใด (ตอบได้ 1 ข้อ)

☐ 1 บ้าน/ห้องเช่าของพักตนเอง ☐ 2 บ้านพักญาติ/เพื่อน/คนรู้จัก

☐ 3 ที่พักของหน่วยงานราชการ ☐ 4 ที่พักของหน่วยงานเอกขน/หน่วยงานภาคประชาชน

☐ 5 สถานที่สาธารณะ/ริมถนน ☐ 6 อื่นๆ โปรดระบุ_____

ส่วนที่ 5 ข้อมูลเชิงพฤติกรรมสุขภาพ

<u>บุหรี่</u>

1. **ในรอบ 12 เดือนที่ผ่าน**มาคุณสูบบุหรี่หรือไม่ (ตอบได้ 1 ข้อ)

☐ 1 สูบทุกวัน ☐ 2 สูบแต่ไม่ทุกวัน

☐ 4 ไม่เคยสูบเลย (ข้ามไปข้อ 4) ☐ 3 เคยสูบแต่เลิกมากกว่า 12 เดือนแล้ว (ข้ามไปข้อ 4)

ข้อ 2-3 เฉพาะคนที่ยังสูบบุหรี่อยู่

2. โปรดระบุชนิดบุหรี่ที่คุณสูบบ่อยที่สุด (ตอบได้ 1 ข้อ)

☐ 1 บุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน ☐ 2 บุหรี่ไฟฟ้า

☐ 3 บุหรี่มวนเอง เช่น ใบจาก ยาเส้น ☐ 4 ยาสูบที่สูบผ่านน้ำ เช่น บารากู่

☐ 5 อื่นๆ เช่น ซิการ์ ไปป์ เป็นต้น

3. ท่านสูบบุหรี่เฉลี่ยกี่มวนต่อวัน

สูบจำนวน _____ มวนต่อวัน

<u>แอลกอฮอล์</u>

4. **ในรอบ 12 เดือนที่ผ่าน**มาคุณดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่ บ่อยแค่ไหน (ตอบได้ 1 ข้อ)

☐ 1 ดื่ม

☐ 1.1 ทุกวัน ☐ 1.2 เกือบทุกวัน (5-6 วัน/สัปดาห์)

☐ 1.3 วันเว้นวัน (3-4 วัน/สัปดาห์) ☐ 1.4 ทุกสัปดาห์ (1-2 วัน/สัปดาห์)

☐ 1.5 ทุกเดือน (2-3 วัน/เดือน) ☐ 1.6 นาน ๆ ครั้ง (1 วัน/เดือน)

☐ 1.7 นาน ๆ ครั้ง (น้อยกว่า 12 วัน/ปี)

☐ 2 ไม่ดื่ม

☐ 2.1 เลิกดื่ม มากกว่า 12 เดือนแล้ว ☐ 2.2 ไม่เคยดื่มเลยในชีวิตนี้

<u>สุขอนามัย</u>

5. **ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา**ท่านอาบน้ำกี่วัน _____ วัน/สัปดาห์

6. ท่านอาบน้ำที่ใดเป็นประจำ (1 คำตอบ)

☐ 1 ห้องน้ำสาธารณะแบบไม่เสียเงิน ☐ 2 ห้องน้ำสาธารณะแบบเสียเงิน

☐ 3 แม่น้ำ หรือ คลอง ☐ 4 ก๊อกน้ำหรือแหล่งน้ำในที่สาธารณะ

☐ 5 ห้องพักของตนเอง ☐ 6 ที่ทำงาน

☐ 7 อื่นๆ ระบุ_____

7. **ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา**ท่านได้ใส่เสื้อผ้าที่**ซักสะอาดและแห้ง**กี่วัน _____ วัน/สัปดาห์

8. ท่านซักเสื้อผ้าที่ใดเป็นประจำ (1 คำตอบ)

☐ 1 เครื่องซักผ้าแบบไม่เสียเงิน ☐ 2 เครื่องซักผ้าแบบเสียเงิน

☐ 3 แม่น้ำ หรือ คลอง ☐ 4 ก๊อกน้ำหรือแหล่งน้ำในที่สาธารณะ

☐ 5 ห้องพักของตนเอง ☐ 6 ที่ทำงาน

☐ 7 จ้างคนไปซัก ☐ 8 อื่นๆ ระบุ_____

<u>อาหาร</u>

9. **ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ท่านรับประทานอาหารวันละกี่มื้อ _____ มื้อ

10. **ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** ท่านได้รับอาหารมื้อหลักจากแหล่งต่อไปนี้**บ่อยที่สุด** (1 คำตอบ)

☐ 1 ซื้อทานเอง ☐ 2 รับแจก ☐ 3 ทำอาหารเอง

☐ 4 นายจ้าง ☐ 5 อื่นๆ ระบุ_____

11. ท่านรับประทานอาหารประเภทดังต่อไปนี้ถี่บ่อยแค่ไหน

11.1 อาหารมัน (ผัด ทอด กะทิ) ☐ไม่ทาน ☐นานๆครั้ง ☐บ่อยครั้ง ☐ทุกวัน

11.2 อาหารหวาน (น้ำหวาน ขนมปัง) ☐ไม่ทาน ☐นานๆครั้ง ☐บ่อยครั้ง ☐ทุกวัน

11.3 อาหารเค็ม (มาม่า ของหมักดอง) ☐ไม่ทาน ☐นานๆครั้ง ☐บ่อยครั้ง ☐ทุกวัน

12. **ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา** มีวันที่ท่านได้รับอาหารไม่อิ่ม/ไม่เพียงพอจำนวนกี่วัน _____ วัน

<u>การนอนหลับ</u>

13. **ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา** ส่วนใหญ่ท่านมักเข้านอนเวลาใด _____

14. **ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา** ส่วนใหญ่ท่านตื่นนอนตอนเช้าเวลาใด _____

15. **ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา** ท่านคิดว่าการนอนหลับโดยรวมของท่านเป็นอย่างไร

☐ 1 ดีมาก ☐ 2 ค่อนข้างดี

☐ 3 ค่อนข้างแย่ ☐ 4 แย่มาก

16. หากคุณภาพการนอนค่อนข้างแย่ - แย่มาก **อะไรเป็นสาเหตุที่ท่านนอนหลับได้ไม่ดี** โปรดระบุสาเหตุ

_____

_____

_____

_____

ส่วนที่ 6 ความช่วยเหลือที่ต้องการ

1. ปัจจุบันท่านต้องการความช่วยเหลือจากภาครัฐในด้านใดบ้าง

1	ด้านสุขภาพ/รักษาพยาบาล	☐ ไม่ต้องการ	☐ ต้องการ ระบุ_____
2	ด้านที่อยู่อาศัย	☐ ไม่ต้องการ	☐ ต้องการ ระบุ_____
3	ด้านการประกอบอาชีพ/หารายได้	☐ ไม่ต้องการ	☐ ต้องการ ระบุ_____
4	ด้านบัตรประจำตัวประชาชน/สถานะทางทะเบียน	☐ ไม่ต้องการ	☐ ต้องการ ระบุ_____
5	ด้านสิทธิสวัสดิการ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ เบี้ยผู้พิการ บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ	☐ ไม่ต้องการ	☐ ต้องการ ระบุ_____
6	ด้านสิ่งของ/สิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิตประจำวัน	☐ ไม่ต้องการ	☐ ต้องการ ระบุ_____
7	ด้านอื่น ๆ ระบุ_____	☐ ไม่ต้องการ	☐ ต้องการ ระบุ_____

2. ถ้าสามารถพูดคุยกับผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานครได้ ท่านอยากบอกอะไรกับท่านผู้ว่าฯ

_____
_____
_____

จบการประเมิน

ให้ส่งผู้รับการประเมินไปยังจุดต่อไป

จุดที่ 2.2 ซักประวัติสุขภาพ

ส่วนที่ 7 การซักประวัติทางการแพทย์

1. ประวัติแพ้ยา ☐ 1 ไม่ทราบ ☐ 2 ไม่มี ☐ 3 แพ้ยาชื่อ_____ระบุอาการ_____

2. ประวัติแพ้อาหาร ☐ 1 ไม่ทราบ ☐ 2 ไม่มี ☐ 3 แพ้อาหาร_____ระบุอาการ_____

3. การมองเห็นของท่านเป็นอย่างไร

☐ 1 มองเห็นชัดเจนดีโดยไม่ต้องใส่แว่น

☐ 2 มองเห็นไม่ชัดเจน

☐ 2.1 ใส่แว่นแล้วมองเห็นดี ☐ 2.2 ใส่แว่นแล้วก็มองไม่ชัด ☐ 2.3 ไม่มีแว่นใส่

☐ 3 มองไม่เห็นเลย

4. ประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Immobility) โดยผู้สัมภาษณ์

☐ 1 ช่วยเหลือตนเองได้ดี ☐ 2 ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน ☐ 3 ช่วยเหลือตนเองได้ไม่ได้

5. ความพิการ (ข้อมูลจากบัตรพิการ หากไม่มีให้ประเมินโดยผู้สัมภาษณ์)

☐ 1 ไม่มีความพิการ (ข้ามไปข้อ 7)

☐ 2 มีความพิการ

☐ 2.1 มีบัตรผู้พิการ ☐ 2.2 ไม่มีบัตรผู้พิการ

ประเภทความพิการ

☐ 1 ความพิการทางการเห็น

☐ 2 ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย

☐ 3 ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย

☐ 4 ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม

☐ 5 ความพิการทางสติปัญญา

☐ 6 ความพิการทางการเรียนรู้

☐ 7 ออทิสติก

6. กรณีท่านมีภาวะพึงพิงหรือพิการ ท่านมีผู้ดูแลหรือไม่

☐ 1 ไม่มี

☐ 2 มี โปรดระบุ

☐ 1 สามี/ภรรยา/คู่ชีวิต☐ 2 บิดา/มารดา ☐ 3 ลูก/หลาน ☐ 4 พี่/น้อง/ญาติ

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อผู้ดูแล _____

<u>โรคประจำตัว</u>

7. ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องไปรับยาประจำหรือไม่

โรคเบาหวาน	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
โรคความดันโลหิตสูง	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
โรคไขมันในเลือดสูง	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
โรคหัวใจ/หลอดเลือดหัวใจ	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
โรคไตวายเรื้อรัง	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
โรคหลอดเลือดสมอง/อัมพฤกษ์/อัมพาต	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
โรคปอดเรื้อรัง/ถุงลมโป่งพอง/หอบหืด	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
คุณเป็นโรคมะเร็ง/เนื้องอก	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
คุณเป็นโรคทางจิตเวช	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
คุณเป็นโรคติดเชื้อ HIV	☐ 1 เป็น	☐ 2 ไม่เป็น	☐ 3 ไม่เคยตรวจ
โรคประจำตัวอื่นๆ	☐ 1 เป็น โปรดระบุโรค_____		☐ 2 ไม่เป็น

8. บิดา/มารดาของท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

☐ 1 ไม่มี ☐ 2 ไม่ทราบ

☐ 3 มี โปรดระบุ (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

☐ 3.1 เบาหวาน ☐ 3.2 ความดันโลหิตสูง ☐ 3.3 อัมพฤกษ์

☐ 3.4 หัวใจขาดเลือด ☐ 3.5 เกาท์ ☐อื่นๆระบุ _____

ถ้าไม่มีโรคประจำตัวเลย ข้ามไปส่วนถัดไป (สุขภาพจิต) ไม่ต้องตอบข้อ 9-10

9. กรณีที่ท่านมีประวัติโรคประจำตัว ตามข้อ 1 ปัจจุบันท่านได้รับการรักษาอยู่หรือไม่ (ตอบได้ 1 ข้อ)

☐ 1 **รับการรักษาอยู่ สม่ำเสมอ** [ตอบข้อสถานที่รับยา]

☐ 2 **รับการรักษา แต่ไม่สม่ำเสมอ** [ตอบข้อสถานที่รับยา]

หากได้รับการรักษา (สม่ำเสมอและไม่สม่ำเสมอ) **ท่านไปรับยาโรคประจำตัวครั้งล่าสุดที่หน่วยบริการประเภทใด**

☐ 1 ศูนย์บริการสาธารณสุข/รพ.สต./สถานีอนามัย / สถานีกาชาด

☐ 2 คลินิกเอกชน คลินิกชุมชนอบอุ่น (ใช้สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม)

☐ 3 คลินิกเอกชน (ชำระเงินเอง)

☐ 4 โรงพยาบาลรัฐ

☐ 5 โรงพยาบาลเอกชน (ใช้สิทธิบัตรทอง ประกันสังคม)

☐ 6 โรงพยาบาลเอกชน (ชำระเงินเอง)

☐ 7 หน่วยแพทย์เคลื่อนที่

☐ 8 อื่นๆ โปรดระบุ_____

☐ 3 เคยรักษา ขณะนี้ซื้อยาทานเอง

☐ 3.1 ซื้อยาจากร้านขายยา

☐ 3.2 ได้รับยาจากแหล่งอื่น เช่น ร้านขายของ ได้รับแจกฟรีจากผู้ใจบุญ ขอยาจากคนอื่น

☐ 4 เคยรักษา ขณะนี้ไม่รักษา

10 [**กรณีตอบข้อ 2 รักษาไม่สม่ำเสมอ 3 ซื้อยากินเอง และ 4 ไม่ได้รับการรักษา**]

อะไรเป็นสาเหตุที่ท่านไม่ได้เข้ารับการรักษาโรคประจำตัวสม่ำเสมอ (ตอบได้หลายข้อ)

☐ 1 คิดว่าหายเองได้ ไม่จำเป็นต้องไปหาหมอ

☐ 2 ไม่มีความรู้สึกอยากรักษา เช่น อยากตาย ไม่มีความหวัง

☐ 3 เคยโดนเรียกเก็บเงินค่าบริการ/ค่ายา แต่ไม่มีเงินจ่าย

☐ 4 ไม่มีเงินค่าพาหนะ/ค่าเดินทาง

☐ 5 การไปหาหมอทำให้สูญเสียรายได้ประจำวัน

☐ 6 ไม่มีเอกสาร เช่น บัตรประชาชน

☐ 7 ไม่รู้ว่าต้องไปรักษาที่ไหน

☐ 8 สิทธิรักษาอยู่ไกล ไม่สะดวกเดินทาง

☐ 9 รู้สึกไม่คุ้นเคย ไม่เข้าใจกระบวนการวิธีหาหมอ

☐ 10 รู้สึกกดดัน รู้สึกถูกเหยียดหยาม รู้สึกถูกเลือกปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์

☐ 11 ไม่มั่นใจคุณภาพยา หรือบริการ

☐ 12 อื่นๆ ระบุ_____

ส่วนที่ 8 ข้อมูลสถานะสุขภาพทางจิต

1. ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q)

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่

☐ 1 มี ☐ 2 ไม่มี

ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่

☐ 1 มี ☐ 2 ไม่มี

2. ประเมินภาวะซึมเศร้า (9Q) (เฉพาะกรณีที่ 2Q Positive อย่างน้อย 1 ข้อ)

ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน 1-7 วัน	เป็นบ่อย > 7 วัน	เป็นทุกวัน
	คะแนน 0	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3
1 เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร				
2 ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้				
3 หลับยากหรือหลับๆตื่นๆหรือหลับมากไป				
4 เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง				
5 เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป				
6 รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลวหรือครอบครัวผิดหวัง				
7 สมาธิไม่ดี เวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8 พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น				
9 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี				

คะแนนรวม 9Q = _____

3.ประเมินภาวะเครียด (ST-5)

คุณมีอาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2 – 4 สัปดาห์ ที่ผ่านมาอย่างไร	ไม่มี หรือแทบไม่มี (0-1 ครั้ง/สัปดาห์)	บางครั้ง (2-3 ครั้ง/สัปดาห์)	บ่อยครั้ง (4-5 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป)	เป็นประจำ (6 ครั้ง/สัปดาห์ขึ้นไป)
	คะแนน 0	คะแนน 1	คะแนน 2	คะแนน 3
1 ปัญหาการนอน เช่น นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2 มีสมาธิน้อยลง				
3 รู้สึกหงุดหงิด /กระวนกระวาย /สับสน / กังวลใจ				
4 รู้สึกเบื่อ / เซ็ง				
5 ไม่อยากพบปะผู้คน				

คะแนนรวม *ST-5 =* _____

4. การจัดการสภาวะเครียด

☐ 1 ไปทำอย่างอื่นให้อารมณ์ดี จัดการตนเองได้ ☐ 2 ปรึกษาเพื่อน หรือแอพพลิเคชั่นที่มีคนปรึกษา

☐ 3 ปรึกษาบุคลากรสาธารณสุข ☐ 4 เก็บไว้ในใจ

☐ 5 อื่นๆ ระบุ_____

5. คัดกรองโรคจิตเภท

ในช่วงนี้ท่านมีอาการดังต่อไปนี้หรือไม่	**มี**	**ไม่มี**
1 อาการหูแว่วหรือเห็นภาพหลอน		
2 หวาดระแวงโดยไม่มีเหตุผล		
3 คิดว่าตนเองมีความสามารถพิเศษกว่าคนธรรมดา		

จบส่วนนี้ให้ผู้ประเมินสรุปผลการประเมินสุขภาพจิตที่

ส่วนที่ 11 สรุปผลการตรวจ (หน้า 21)

จุดที่ 3 ทำประวัติและออก HN

ส่วนที่ 9 สิทธิรักษา

1. HN .....

2. สิทธิการรักษาจากการตรวจสอบสิทธิ (ตอบได้ 1 ข้อ)

☐ 1 บัตรทอง/หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ 2 บัตรทองผู้พิการ

☐ 3 ประกันสังคม (ภาครัฐ) ☐ 4 ประกันสังคม (ภาคเอกชน)

☐ 5 เบิกได้ / เบิกจ่ายตรง ☐ 6 รัฐวิสาหกิจ

☐ 7 ชำระเงินเอง ☐ 8 อื่นๆ ระบุ _____

จุดที่ 4 วัด Vital sign

ส่วนที่ 10 การตรวจร่างกาย

1. น้ำหนัก _____กิโลกรัม

2. ส่วนสูง _____เซนติเมตร

3. รอบเอว_____เซนติเมตร

4. ค่าความดันโลหิต (กรณีความดันสูงให้วัดซ้ำอีกครั้ง)

BP = _____/_____ mmHg. PR _____bpm.

5. เมื่อคืนท่านงดน้ำ - อาหารตั้งแต่กี่โมง

☐ 1 ไม่ได้งดน้ำ - อาหาร

☐ 2 งดน้ำ - อาหารครบ 8 ชั่วโมง

☐ 3 อื่นๆ ระบุ _____

จุดที่ 8 พบแพทย์

ส่วนที่ 11 สรุปผลการตรวจ

1 สรุปผลการประเมินสุขภาพจิต

ภาวะซึมเศร้า 2Q	☐ Positive	☐ Negative
ภาวะซึมเศร้า 9Q	☐ ไม่มีอาการหรือมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก (<7) ☐ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับน้อย (7-12) ☐ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับปานกลาง (13-18) ☐ มีอาการของโรคซึมเศร้า ระดับรุนแรง (>=19)	
ภาวะเครียด ST-5	☐ ภาวะเครียดน้อย (0-4) ☐ ภาวะเครียดปานกลาง (5-7) ☐ ภาวะเครียดมาก (8-9) ☐ ภาวะเครีดมากที่สุด (10-15)	
อาการจิตเภท	☐ Positive มีอย่างน้อย 1 ข้อ	☐ Negative

2 ข้อคิดเห็นจากผู้ประเมินสุขภาพจิต (ถ้ามี)

_____
_____
_____
_____
_____

ผู้ให้คำปรึกษา_____

3 ผลการตรวจ Chest x-ray

☐ 1 ปกติ

☐ 2 ผิดปกติ สงสัยวัณโรค ระบุ_____

☐ 3 ผิดปรกติ อื่นๆ ระบุ_____

4 ผลการตรวจ EKG

☐ 1 ปกติ

☐ 2 ผิดปรกติ ระบุ_____

5. ตรวจโรคโรคทั่วไปโดยแพทย์ (เฉพาะรายที่ขอคำปรึกษา)

CC	
PI	

PE	
Dx	
Rx	

6. การนัดติดตามและการส่งต่อ

☐ 1 นัดฟังผลตรวจ 2 สัปดาห์

☐ 2 นัดตรวจเสมหะ คลินิกวัณโรค วันที่_____

☐ 3 ส่งต่อรักษาตามสิทธิรักษา โรงพยาบาล/คลินิก_____

☐ 3.1 เร่งด่วน ส่งตัวทันที

☐ 3.2 ไม่เร่งด่วน (เขียนใบสรุปประวัติ ส่งต่อนักสังคมสงเคราะห์)

☐ 4 อื่นๆ ระบุ_____

แพทย์ที่ให้การรักษา_____