ชื่อบทความ/

คนไร้บ้านกับการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า (ACP)

บทนำ

การวางแผนสุขภาพล่วงหน้า หรือ Advance care planning (ACP) คือกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้าระหว่างผู้ป่วย คนในครอบครัว และบุคลากรทางสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างที่ตนต้องการ เมื่อไม่สามารถติดสินใจได้เอง โดย ACP จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสำรวจและระบุความต้องการของตนในเรื่องเป้าหมายของการรักษาดูแลสุขภาพ ทางเลือกในการรักษา การรักษาที่ต้องการและไม่ต้องการ เมื่อผู้ป่วยอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต การดูแลทางใจและทางสังคม สถานที่ดูแลรักษา ตลอดจนการจัดการร่างกายและงานศพ

ผู้ป่วยไร้บ้านมักมีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ต้องการการดูแลเฉพาะ การทำงานด้านการวางแผนสุขภาพล่วงหน้ากับคนกลุ่มนี้จึงจำเป็นและสำคัญทั้งต่อผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์

อย่างไรก็ตามงานวิจัยเกี่ยวกับคนไร้บ้านในต่างประเทศหลายชิ้น และการสำรวจข้อมูลในประเทศไทย ระบุตรงกันว่าคนไร้บ้านที่ป่วยระยะท้ายมีความเสี่ยงที่จะได้รับการรักษาที่น้อยหรือมากเกินไป และไม่ตรงกับความต้องการ มิเพียงการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม การวางแผนสุขภาพล่วงหน้าหรือ ACP ยังเป็นทางออกที่คนทำงานเรื่องคนไร้บ้านประเด็นสุขภาพเห็นร่วมกันว่าจะช่วยกอบกู้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในวาระสุดท้ายของคนไร้บ้านคนนั้นได้ แต่อุปสรรคคือทำอย่างไรให้คนไร้บ้านเข้าถึงการทำ ACP

ในรายงานฉบับนี้สรุปและเสนอแนะว่าการทำ ACP กับคนไร้บ้านในโรงพยาบาลและพื้นที่สาธารณะเป็นไปได้ยาก ส่วนการทำ ACP กับคนไร้บ้านในสถานพักพิง (shelter) มีความเป็นไปได้สูงสุด โดยควรเริ่มจากการอบรม ACP ให้แก่บุคลากรในองค์กรนั้นๆ เพื่อให้บุคลากรไปทำ ACP กับคนไร้บ้าน โดยองค์กรที่มีความพร้อมสูงสุดคือ “โครงการจ้างวานข้า” มูลนิธิกระจกเงา ที่สมาชิกส่วนใหญ่เป็นคนไร้บ้านสูงอายุและมีปัญหาความเจ็บป่วยซับซ้อน เนื่องจากบุคลากรในองค์กรมองเห็นความสำคัญของ ACP มีโครงการส่งเสริมสุขภาพสมาชิกอยู่แล้ว และพร้อมขยายผลไปสู่การทำ ACP

ระเบียบวิธีวิจัย

การเก็บข้อมูล รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองในคนไร้บ้านทั้งในและต่างประเทศ ข้อมูลเอกสารที่เผยแพร่ในสื่อสาธารณะในประเทศไทย การสัมภาษณ์บุคลากรในองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับคนไร้บ้าน และคนไร้บ้านที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ (ข้างถนน) และคนไร้บ้านที่มีที่พักพิง

การนำเสนอ เริ่มจาก “การเดินทาง” ของคนไร้บ้าน 2 กรณี เพื่อฉายภาพให้เกิดความเข้าใจที่มาและความเป็นอยู่ รวมทั้งประเด็นสุขภาพของคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ และคนไร้บ้านในสถานพักพิง

อภิปราย นำเสนอข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับคนไร้บ้าน ประกอบด้วยจำนวนและลักษณะร่วม ปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงระบบสุขภาพของคนไร้บ้าน

สรุป/ข้อเสนอแนะ นำเสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีความเป็นไปได้ในการดูแลล่วงหน้าในคนไร้บ้านในกรุงเทพ

1.เส้นทางชีวิตของคนไร้บ้าน

1.1 เส้นทางชีวิตของ “บุญนำ”

เย็นวันอังคารที่ 3 ของเดือนมกราคม 2565 เราลงพื้นที่บริเวณตรอกสาเกเพื่อสังเกตการณ์การแจกอาหารและการตรวจสุขภาพคนไร้บ้านของกลุ่มเอ็นจีโอที่ทำงานกับคนไร้บ้าน ประกอบด้วยกลุ่มอิสรชนมาแจกอาหาร และกลุ่มสุขภาวะข้างถนน ซึ่งเกิดจากการวมตัวของแพทย์และนักดนตรีบำบัด ทำหน้าที่ดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และกรุงเทพมหานคร (กทม.) มาตั้งโต๊ะรับแจ้งผู้ที่ไม่มีบัตรประชาชนหรือทำบัตรประชาชนหาย และหน่วยงานภาคเอกชนมาเปิดบูทรับสมัครงานคนทำสวนแบบรายวันอีกด้วย

คนไร้บ้านหลากเพศหลากวัยเข้าแถวรับอาหารประมาณ 400 คน โดยประเมินจากจำนวนข้าวกล่องขนมปัง หน้ากากอนามัย และน้ำดื่มที่มูลนิธิอิสรชนเตรียมมากจำนวน 400 ชุดหมดเกลี้ยง

หลังแจกอาหารและตรวจสุขภาพ เราเดินไปกับกลุ่มคณะแพทย์จากกลุ่มสุขภาวะข้างถนน (นพ.จักกายเกษมนานา (หมอจ๊อบ) หมอไก่ เมย์ นักดนตรีบำบัด) มูลนิธิอิสรชน (อัจฉรา สรวารี (จ๋า) เลขาธิการมูลนิธิและอุ้งจิตอาสา) นักการเมือง (สานนท์ หวังสร้างบุญ รองผู้ว่าฯ กทม.) ไปยังตึกแถวบริเวณใกล้เคียงที่ด้านล่างเป็นสำนักงานองค์กรศาสนาคริสต์เพื่อช่วยเหลือคนยากจน “รักแท้” ด้านบนเป็นอพาร์ตเมนต์ให้เช่า

เราเดินมาถึงห้องเช่าชั้นสอง เป็นห้องเช่าขนาดเล็กสำหรับเตียงนอนสำหรับหนึ่งคน เหลือพื้นที่รอบเตียงกว้างประมาณ 1 เมตร ห้องน้ำในตัว ภาพที่ปรากฏตรงหน้าคือชายวัยกลางคนร่างเล็กผอมบางเห็นกระดูกซี่โครงนับซี่ได้ ราวกับภาพพระพุทธเจ้าเมื่อครั้งทรมานตนนอนอยู่บนเตียง

เขาคือ “บุญนำ” (นามสมมติ) คนไร้บ้านที่ชีวิตของเขาสะท้อนให้เห็นที่มา ที่เป็นอยู่ และที่ไป ของคนไร้บ้านที่อยู่อาศัยในพื้นที่สาธารณะ “ข้างถนน” ส่วนใหญ่ในเมืองไทยได้เป็นอย่างดี

เราสามารถเรียนรู้เส้นทางชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานครผ่านชีวิตของบุญนำ โดยแบ่งออกเป็น 2 ภาค ภาคแรกคือ “ที่มา” การก้าวเข้าสู่ชีวิตคนไร้บ้าน และภาคสอง ชีวิตหลังเจ็บป่วย ที่จะสะท้อนให้เห็นโครงสร้างและกลไกการทำงานเพื่อช่วยเหลือและสนับสนุนคนไร้บ้าน “ที่เป็นอยู่” และ “ควรเป็น”

ภาคแรก...จากศรีสะเกษสู่หัวลำโพง

ชีวิตคนไร้บ้านส่วนใหญ่หากไม่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชจนไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่บ้านได้ ทำให้ออกมาใช้ชีวิตในท้องถนน ก็เป็นเพราะพื้นฐานครอบครัวที่ไม่พร้อม เช่น ถูกทำร้าย ใช้ความรุนแรง หรือยากจน

บุญนำมีพ่อติดเหล้าและเสียชีวิตด้วยโรคพิษสุราเรื้อรัง เขาพูดบ่อยครั้งว่าพ่อติดเหล้า ขายบ้านขายนาทำให้ลูกหลานไม่มีที่อยู่ที่กิน เขากับพี่น้องอีกหลายคนจึงแยกย้ายไปคนละทิศละทาง

หลังทำบัตรประชาชน บุญนำตัดสินใจออกจากบ้าน เขาขึ้นรถไฟจากศรีสะเกษปลายทางสถานีรถไฟหัวลำโพง เขาเริ่มต้นชีวิตด้วยการรวมกลุ่มกับแก๊งวัยรุ่นลักเล็กขโมยน้อย

“ค่อนข้างเฮี้ยว สูบยาเส้น เล่นยา (ยาบ้า) แต่ไม่ชอบกินเหล้า” เขาเล่าชีวิตช่วงวัยรุ่น เขาใช้ยาเสพติดมานานโดยบอกเหตุผลสั้นๆ ว่า “ใช้แล้วมันตื่นดี”

ระหว่างนั้นเขาถูกจับและขังในห้องขังสถานีตำรวจ 4-5 แห่ง และไปจบชีวิตในเรือนจำ ซึ่งเป็นสถานที่ที่เขาได้รับเชื้อวัณโรคมาด้วย

จากข้อมูลพบว่าคนไร้บ้านที่หลุดจากระบบคุมขังในเรือนจำออกมาใช้ชีวิตข้างถนนมักป่วยเป็นวัณโรค แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษา เมื่อผสมเข้ากับสภาพแวดล้อมข้างถนน เช่น ฝุ่นและควันพิษ ทำให้สุขภาพของคนไร้บ้านกลุ่มนี้แย่ลง

ต่อมาบุญนำแยกจากแก๊งเพื่อนลักเล็กขโมยน้อยมาใช้ชีวิตข้างถนนย่านวงเวียน 22 กรกฎา เขาให้เหตุผลว่า “หลังๆ ไม่อยากเกเร” จากนั้นก็ย้ายมาอยู่แถวใต้ทางด่วนย่านหัวลำโพง และเริ่มต้นอาชีพใหม่คือคนเก็บของเก่า

“เห็นคนเก็บของเก่าขาย ก็ถามว่าต้องทำอย่างไง เขาบอกว่ามีของดีๆ เยอะเลย ตอนแรกก็อายที่ต้องไปคุ้ยขยะ กลัวสกปรก กลัวเป็นโรค แต่ปิดจมูก กลั้นใจไป แต่ทำแล้วติดใจ สบายดี มีของดีเยอะ เจอแหวนเจอนาฬิกา ไปเจอของดีก็ติดใจ ก่อนป่วยขายขยะได้วันละ 200-300 บาท พอประทังชีวิต ซื้อยาเส้นยาบ้า มีคนมาขายยาบ้าเม็ดละ 50 บาท สูบกับยาเส้น” บุญนำเล่า

เมื่อเข้าสู่วัยเลขห้า จากเด็กหนุ่มที่ออกจากบ้านมาในวัยประมาณ 15 ปี นับว่าบุญนำใช้ชีวิตไร้บ้านมากว่า 30 ปีแล้ว เขาเจ็บป่วย ร่างกายผ่ายผอม “นับกระดูกซี่โครงได้” อันเป็นผลมาจากการใช้ชีวิตข้างถนนที่เต็มไปด้วยความยากลำบาก ไม่ถูกสุขอนามัย และอีกส่วนหนึ่งเพราะเป็นโรคที่ไม่เคยถูกระบุ เพราะเขาไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งมีการตรวจคัดกรองในเรือนจำพบว่าเขาเป็นวัณโรค แต่ไม่ได้เข้ารับการรักษา

“อุ้ง” อาสาสมัครมูลนิธิอิสรชน ซึ่งใช้เวลาขับรถตระเวนดูคนไร้บ้านย่านหัวลำโพงสัปดาห์ละ 2 คืนมาเป็นเวลาเกือบสองปีเล่าว่า เธอเห็นบุญนำใช้ชีวิตอยู่ใต้ทางด่วนมานานนับปี เขาไม่เคยออกปากบอกเรื่องความเจ็บป่วย จนกระทั่งวันหนึ่งเธอขับรถผ่านและพบว่าบุญนำอยู่ในสภาพเดินตัวเอียงขาดสมดุล มูลนิธิอิสรชนจึงแจ้งสายด่วนฉุกเฉิน 1669 นำตัวส่งโรงพยาบาล

เรื่องราวชีวิตภาคสองของบุญนำจึงเริ่มต้นขึ้น

ภาคสอง ภาพชีวิต “ป่วยหนัก” ของคนไร้บ้าน

เรื่องราวที่เกิดขึ้นกับบุญนำในภาคตอนนี้นับว่า “เกินจริง” หรือ “เหนือจริง” สำหรับคนไร้บ้านทั่วไป เพราะคนไร้บ้านน้อยคนนักจะมีโอกาสได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครบถ้วนสมบูรณ์เช่นนี้

ข้อมูลจากองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับคนไร้บ้านหลายองค์กรพูดตรงกันว่าเมื่อเจ็บป่วย คนไร้บ้านมักไม่ไปโรงพยาบาล หากมีอาการเจ็บป่วยจนทนไม่ได้จะซื้อยากินเอง หรือไม่ก็ทนอยู่กับความเจ็บป่วยนั้น พวกเขาจึงไม่เคยรู้ว่าตัวเองเจ็บป่วยเป็นโรคอะไร จนเมื่ออาการทรุดลงช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ส่วนหนึ่งจะยอมรับความช่วยเหลือคือยอมไปโรงพยาบาล แต่มีคนไร้บ้านไม่น้อยที่แม้จะป่วยหนัก แต่หากยังมีสติสัมปชัญญะพวกเขามักยืนยันหนักแน่นว่าไม่ไปโรงพยาบาลเพราะกลัวเสียเงิน หรือเคยมีประสบการณ์ไม่ดีในการไปโรงพยาบาล ซึ่งตามกฎหมาย หากคนไร้บ้านเป็นผู้ป่วยที่มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์แสดงเจตนาไม่รับการรักษา เจ้าหน้าที่ 1669 ไม่สามารถบังคับรักษาได้ บางครั้งองค์กรคนไร้บ้านจึงใช้วิธีเฝ้าดูและรอจนผู้ป่วยหมดสติไม่สามารถปฏิเสธการรักษาได้ จึงเรียก 1669 มารับตัวไป

นอกจากนี้คนไร้บ้านจำนวนมากไม่มีบัตรประชาชน เนื่องจากภาวะป่วยจิตเวช ไม่รู้ว่าตัวเองเป็นใคร หรือหลุดจากระบบครอบครัวมานานไม่ได้กลับไปทำบัตรประชาชน จึงไม่มีสิทธิ์การรักษา ดังเช่นกรณีบุญนำที่นับจากทำบัตรประชาชนครั้งแรก เขาก็ไม่ได้กลับไปต่ออายุบัตรประชาชนที่บ้านเกิดอีกเลย เขาจึงกลายเป็นคนไม่มีบัตรไม่มีสิทธิ์ และคนไร้บ้านอีกกลุ่มหนึ่งเป็นคนต่างจังหวัดที่สิทธิการรักษาพยาบาลอยู่ต่างจังหวัด ซึ่งไม่สามารถเข้ารับการรักษาตามสิทธิ์ในกรุงเทพได้
“เคยเห็นคนตายใต้ทางด่วน เป็นวัณโรคเหมือนกัน ขี้เละเทะ ตายต่อหน้าเลย พอเราเป็นก็คิดว่าต้องเป็นเหมือนกันแน่เลย ตอนนั้นไม่ไหวจริงๆ อยากจะตายให้รู้แล้วรู้รอดไป รักษาคงไม่หาย คิดว่านอนตายตรงนี้แหละ ใกล้ๆ รถเข็น (เข็นขยะ) คนอื่นก็ตายที่นี่ คนเก็บขวดด้วยกันก็ตายตรงนั้นเหมือนกัน” บุญนำเคยเล่าเรื่องความตายให้หมอจ๊อบฟัง ซึ่งสะท้อนมุมมองเกี่ยวกับความตายของคนไร้บ้านส่วนใหญ่ได้เป็นอย่างดีว่า “อยากตายแบบทันทีทันใด ไม่ต้องเข้าโรงพยาบาล จะได้ไม่ทรมานและไม่เป็นภาระผู้อื่น”

กรณีบุญนำ มูลนิธิอิสรชนติดต่อประสานงานให้ศูนย์การแพทย์ฉุกเฉิน 1669 มารับตัวบุญนำเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลกลาง โรงพยาบาลในสังกัดของกรุงเทพมหานคร ซึ่งถือเป็นโรงพยาบาลสำหรับคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร

“บุญนำบอกว่า เมื่อ 5-6 ปีก่อนมีการคัดกรองในคุกพบว่าเขาเป็นวัณโรค แต่ตอนนั้นหมอไม่ได้รักษา วัณโรคเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผอมซูบ ส่วนโรคเบาหวานทำให้ช็อคจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และเบาหวานทำให้เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบ ทำให้นอนซึมใต้ทางด่วน” หมอจ๊อบให้ข้อมูลสุขภาพของบุญนำ

“ตอนนี้หมอเจ้าของไข้เป็นหมออายุรกรรมโรคปอด ดูแลวัณโรคเป็นหลัก มีการตรวจและจ่ายยาวัณโรคและรักษาเบาหวาน แต่ไม่ได้ตรวจเส้นเลือดสมองให้ บุญนำมีภาวะน้ำตาลสูงจนต้องฉีดยาเบาหวาน แต่ยาเบาหวานต้องเก็บในตู้เย็น คนไร้บ้านไม่มีที่เก็บ หมอเลยให้ยากินเพื่อลดความรุนแรงของโรค”

บุญนำได้รับการรักษาเบาหวานและวัณโรค จนอาการบรรเทา โรงพยาบาลบอกว่าสามารถกลับบ้านได้แล้ว
“กลับบ้าน” สำหรับคนไร้บ้านคือการออกมาใช้ชีวิตข้างถนน การกลับบ้านของบุญนำคือกลับไปใช้ชีวิตใต้ทางด่วน แม้ในช่วงนั้นเขาไม่มีแรงแม้แต่จะยืนทรงตัว

ในห้วงเวลานี้เองที่กลุ่มสุขภาวะข้างถนน ที่เกิดจากการรวมตัวของแพทย์และนักดนตรีบำบัด 3 คน ประกอบด้วยหมอจ๊อบ หมอไก่ และเมย์ นักดนตรีบำบัด ได้ก้าวเข้ามา “เป็นเจ้าภาพ”

หมอจ๊อบเล่าว่ากลุ่มสุขภาวะข้างถนนต้องการนำแนวคิดสถานที่ฟื้นฟูสุขภาพระยะสั้นสำหรับคนไร้บ้าน (Medical respite care) หรือ MRC ซึ่งบางประเทศใช้เพื่อฟื้นฟูสุขภาพคนไร้บ้านที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลให้มีสุขภาพแข็งแรงพอที่จะกลับไปใช้ชีวิตคนไร้บ้านอีกครั้ง ทางกลุ่มจึงทำเรื่องของทุนจากมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (มสธ.)และ สสส. โดยปัจจุบันยังอยู่ระหว่างทำเรื่อง บุคคลในทีมจึงใช้ทุนทรัพย์ส่วนตัวดำเนินการไปก่อน เพื่อเช่าห้องพักและจัดเตรียมทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับฟื้นฟูสุขภาพ เช่น ประสานงานให้แม่บ้านของหอพักจัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับโรค วันละ 3 มื้อ มีแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักดนตรีบำบัดอาสาสมัครหมุนเวียนมาฟื้นฟูร่างกายของผู้ป่วย เป็นต้น

“เคสนี้ถ้าไม่มีเรา เวลา discharge มีทางเลือกสองทางคือ โรงพยาบาลนำไปส่งใต้ทางด่วน หรือถ้าคนไข้ยืนไม่ไหว ฝ่ายสังคมสงเคราะห์ของโรงพยาบาลก็จะติดต่อศูนย์พักพิงของพม. กรณีลุงบุญนำสภาพตรงกับเกณฑ์ขั้นต่ำที่รับในที่พักฟื้นระยะสั้นคนไร้บ้านของเราได้คือต้องช่วยเหลือตัวเองได้ เพราะเราไม่มีพยาบาล แต่เขาเข้าห้องน้ำเองได้”

“เรารักษาอาการทั้ง 3 สาเหตุ ยาวัณโรคเราก็ดูว่ากินยาถูกไหม (สำคัญมาก) ถ้ากินยาถูก แนวโน้มผอมซูบจะดีขึ้น ดูแลการกินยาเบาหวาน ถ้าน้ำตาลลงก็จะค่อยๆ ดีขึ้น ส่วนเรื่องอ่อนแรงเพราะภาวะเส้นเลือดสมองที่ยังไม่มีการตรวจว่าตีบหรือแตก มีอาสาสมัครเข้าไปกายภาพ และปรับอาหารให้มีโปรตีนสูงน้ำตาลต่ำ”

“เคสนี้มีความซับซ้อนทางโรค ในฐานะหมอเห็นว่าเป็นเคสที่ดูแลค่อนข้างยากและเหนื่อย ถ้าจะหาคนมาทำแทนและดูเคสนี้ผมคิดว่ายาก เหมือนเรารักษา “เอามัน” ซื้อของ อุปกรณ์กายภาพ อาหารดีๆ เสริมโปรตีน และคอยถามว่ามีอาการอะไรอื่นอีก”

“เหนื่อยจริง” แต่ข่าวดีคือแกดีขึ้นเยอะ น้ำหนักขึ้นมา 3 กิโล จากขึ้นบันไดไม่ได้ ตอนนี้ขึ้นบันไดเองได้แล้ว และพูดชัดขึ้นมาก นักกายภาพและนักดนตรีบำบัดไปช่วยเรื่องอ่อนแรงและการพูด ผมคิดว่าตอนนี้เขาพร้อมจะออกไปอยู่ข้างถนนได้แล้ว เขาบอกว่าเขาพร้อมกลับไปอยู่ข้างถนนแล้ว แต่รถเข็นขยะหาย เขาสามารถหาซื้อได้จากพวกเก็บของเก่าราคา 200-300 บาท” หมอจ๊อบสรุปสถานการณ์สุขภาพปัจจุบันของบุญนำ หลังจากเราไปเยี่ยมเมื่อสัปดาห์แล้ว และขณะนั้นบุญนำอยู่ภายใต้การดูแลของกลุ่มสุขภาวะข้างถนนประมาณ 3 สัปดาห์

กรณีการการรวมพลังและประสานงานเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของบุญนำนับเป็นปรากฏการณ์และกรณีตัวอย่างการดูแลสุขภาพคนไร้บ้านที่น่าสนใจเป็นอย่างยิ่ง

“เป็นการประสานงานที่น่าทึ่ง เราประสานงานกับโรงพยาบาลกลาง สาธารณสุขในพื้นที่ และสภากาชาด สำนักงานเขตฯ แต่ละหน่วยงานช่วยกันดูแล เช่น เอานมผงมาให้ ช่วยประสานทหารเอารถรับ-ส่งไปโรงพยาบาล สภากาชาดเอาอาจารย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมาเยี่ยมบ้าน (มันยากมาก) เราประสานข้อมูลกับ รพ.กลางที่บอกว่าถ้าแค่เจาะเลือด คนไข้ไม่ต้องมาโรงพยาบาลให้ลำบาก พอศูนย์ 1 (ศูนย์สาธารณสุขเขต 1 กทม.) ไปส่งคนไข้ที่โรงพยาบาล ทีมวัณโรคของโรงพยาบาลก็ส่งคนไปรอรับ แล้วมารอรับหลังรักษาเสร็จ มีการประสานงานจนได้หมายเลขบัตรประชาชนและได้ชื่อพ่อแม่ แล้วนำไปสู่การทำบัตรประชาชนใหม่ และติดตามพี่ชายที่จากกันตั้งแต่วัยเด็กได้ พี่ชายบุญนำบอกว่ายินดีรับน้องชายกลับไปอยู่ด้วย ส่วนบุญนำก็ยินดีกลับไปอยู่กับพี่ชาย แต่หลังจากนี้ไม่มีใครรู้ว่าจะเกิดอะไรขึ้น ที่สำคัญคือบุญนำในฐานะคนไร้บ้านได้รับการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติอย่างที่เคยเป็นมาได้แล้ว มันน่าทึ่งมาก” หมอจ๊อบสรุป

ล่าสุด 1 มีนาคม 2566 กลุ่มสุขภาวะข้างถนนแจ้งข่าวว่าบุญนำที่ได้รับบัตรประชาชนแล้วและร่างกายแข็งแรงได้ออกเดินทางโดยรถไฟไปภาคใต้เพื่อไปอยู่กับพี่ชายแล้ว

จากเด็กหนุ่มที่ นั่งรถไฟออกจากบ้านเกิดเพื่อเริ่มต้นชีวิตใหม่ในวัย 15 ปี วันนี้บุญนำได้เริ่มต้นชีวิตใหม่อีกครั้งในวัย 50 ปี

1.2 เส้นทางชีวิต “ลุงแบก” ชีวิตคนจนเมืองที่ “หนัก” กว่าคนไร้บ้าน

“ลุงแบก” เป็นคนจนเมืองวัย 80 ปี ที่ต้องแบกรับภาระชีวิตอันหนักหน่วงทั้งของตัวเองและบุตรชายไอคิวต่ำวัย 30 ปี จนเขาเคยออกปากกับเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิกระจกเงาว่า “เป็นคนไร้บ้านชีวิตจะสบายกว่านี้”

เราเลือกชีวิตของ “ลุงแบก” เป็นภาพสะท้อนของคนไร้บ้านที่อยู่ในศูนย์พักพิงหรือมีองค์กรช่วยเหลืออย่างชัดเจน เพราะเขาเป็นหนึ่งใน “ลูกจ้าง” กลุ่ม “จ้างวานข้า” ของโครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา

เรื่องราวของเขายังช่วยทำให้เห็นภาพว่าองค์กรหรือศูนย์พักพิงจะมีส่วนช่วยดูแลสุขภาพคนไร้บ้านเมื่อเจ็บป่วยระยะท้ายได้อย่างไร

ตั้งแต่พบว่า “ลุงแบก” เป็นคนจนเมืองที่เผชิญปัญหาเศรษฐกิจและสุขภาพที่ซ้ำซ้อน “**จ๋า**” เจ้าหน้าที่ในโครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา ในฐานะทีมงานดูแลคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน ก็รับหน้าที่ผู้ดูแลด้านปากท้อง จนเมื่อเขาป่วย เธอเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจเรื่อง “ความเป็นความตาย” ของลุงแบก ด้วยการร่วมกับทีมงานตัดสินใจยินยอมให้แพทย์ถอดท่อช่วยหายใจของลุงแบกในที่สุด

“ตอนนั้นเราทำกิจกรรมการสำรวจและลงพื้นที่เยี่ยมหาความจน เพราะปกติเรารับคนจนเมืองมาทำงานจ้างวานข้า แต่ไม่เคยเห็นสภาพความเป็นอยู่ของเขา เคสนี้เป็นเคสแรกในกระบวนการเยี่ยมหาความจน พวกเราเรียกว่า “เดอะแบก” เขาต้องเลี้ยงดูลูกไอคิวต่ำ อยู่ในห้องเช่าเล็กๆ เขาบอกว่าถ้าออกไปเป็นคนไร้บ้านได้ เขาจะสบายกว่านั้น แต่เขาทิ้งลูกไม่ได้ ตอนนั้นลูกเขาไม่มีบัตรประชาชน เราก็เลยดูแลให้ครบทุกภาคส่วน จนลูกชายมีบัตรประชาชนและบัตรคนพิการ”

“เมื่อสิงหาคมปีแล้ว (พศ. 2565) มีคนแจ้งข่าวว่าเขาล้มและมีคนนำส่งโรงพยาบาล เรารู้ว่าเขาเป็นโรคเบาหวานความดัน แต่ตอนนั้นเขามีภาวะสโตรก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และถ้ากลับบ้าน ลูกชายจะดูแลเขาอย่างไร ตอนนั้นโควิดระบาดหนักมาก ความยากลำบากคือเราไม่สามารถลงพื้นที่ได้ เราต้องประสานงานและโทรติดตามอาการทุกวัน”

“ทางรพ. แจ้งว่าได้รักษาเขาถึงที่สุดแล้ว ขั้นตอนค่อไปคือกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ตอนนั้นเราต้องประสานงานเรื่องรับสายออกซิเจน หลังจากเขากลับบ้าน ก็ประสานงานรถกู้ภัย รถพยาบาลมารับ-ส่ง ติดตามอาการกัน 3 เดือน ตอนหมอแจ้งว่าเป็นสโตรก ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เราคุยกับลูกชายว่าต่อจากนี้ต้องทำอะไรบ้าง ถึงลูกจะไอคิวต่ำและไม่มีทักษะการใช้ชีวิตแต่ต้องดูแลเรื่องการกินข้าวอาบน้ำของพ่อ เราต้องไปผูกปิ่นโตกับร้านอาหารข้างบ้าน โดยเราจ่ายค่าอาหารแล้วให้ลูกชายเดินไปรับข้าวที่ร้านไปให้พ่อ”

“ต่อมาเมื่อไปหาหมอตามนัดพบว่าขาติดเชื้อ โอกาสที่จะกลับมาเดินได้ยากเต็มที ต้องผ่าตัดขาเพราะเส้นเลือดอุดตัน เราไม่ได้เตรียมใจตรงนี้ เราคิดแค่ว่าถ้าได้กายภาพจะดีขึ้น แต่อาการกลับแย่ลงเรื่อย ๆ พอตัดขา สภาพจิตใจลูกก็แย่ เราต้องรับสายจากโรงพยาบาลทุกวันและต้องอธิบายให้ลูกเขาฟังว่าทำไมพ่อถูกตัดขา หลังตัดขาสองข้างอาการลุงก็ทรุดลง ต้องให้อาหารทางสายยาง เมื่อญาติคนเดียวคือลูกมีปัญหาการตัดสินใจ เราจึงเป็นเหมือนผู้ปกครองที่ช่วยเขาตัดสินใจ”

“เมื่อร่างกายไม่รับอาหาร หัวใจหยุดเต้น ปั๊มหัวใจกี่ครั้งก็ไม่ดีขึ้น มีการปรึกษากับทีมและลูกชายว่ายื้อไปก็ไม่มีประโยชน์ จนสุดท้ายเราก็ตัดสินใจถอดเครื่องช่วยหายใจ”

“ในฐานะคนตัดสินใจ ตอนนั้นเราใช้พลังงานเยอะมาก ช่วงที่รับสายจากรพ.แต่ละครั้งมีความเครียด เพราะเรารับแต่ข่าวร้าย เป็นห่วง และวิตกกังวลว่าเมื่อเขากลับบ้าน ลูกจะจัดการอย่างไร ตอนรู้ว่าจะต้องตัดสินใจยุติการรักษาก็ร้องไห้หนักมาก เพราะเราอยู่ในกระบวนการดูแลตั้งแต่แรก จำสีหน้าแววตาความทุกข์วันที่เขามาขอทำงานกับจ้างวานข้าได้ เราให้เขาทำงาน 5 วันต่อสัปดาห์เลย ทำให้เขาไม่ต้องค้างค่าเช้าบ้าน เขาสามารถซื้อของให้ลูกได้ วันปีใหม่ซื้ออุ่นแพงๆ ให้ทีมงาน เราเห็นตั้งแต่เขาทุกข์มาก จนวันที่เบาลง เราจำทุกกิริยาท่าทางเขาได้ เพราะมีความผูกพัน เลยเป็นการตัดสินใจที่หนักมาก”

กรณีลุงแบกเป็นภาพสะท้อนของคนไร้บ้านในสถานพักพิงทั่วไปได้เป็นอย่างดี จะเห็นได้ว่าแม้เขาจะมีปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มจ้างวานข้ามาเป็นเวลานาน แต่น้อยคนจะรู้ว่าเขาเจ็บป่วยเป็นโรคอะไร นั่นเป็นเพราะคนไร้บ้านมักไม่ไว้วางใจผู้คนพอที่จะบอกเล่าเรื่องสำคัญ นอกจากนี้พวกเขายังมองว่าความตายเป็นจุดสุดท้าย สิ่งที่สำคัญกว่าคือเรื่องก่อนตาย และภาพความตายที่คนไร้บ้านมองเห็นเป็นภาพที่ไม่ซับซ้อน พวกเขามองแค่ว่าอยากตายแบบทันทีทันใด ไม่ทรมาน และไม่สร้างภาระให้ผู้อื่น เหนือสิ่งอื่นใด ไม่ว่าจะเป็นคนทั่วไปหรือคนไร้บ้านก็ไม่นิยมพูดเรื่องความตาย

“คนไร้บ้านส่วนใหญ่พูดเชิงตัดพ้อ “เดี๋ยวก็ตายแล้ว ถ้าตายก็จัดการตามระเบียบเลยนะ เผาได้เลย” เวลาคุยกับเขา เขาไม่ได้ออกแบบการตายของตัวเองว่าจะจัดงานศพที่ไหน จัดกี่คืน แต่เขาจะพูดประมาณว่าไม่ต้องทำอะไรมาก เผาไปเลยให้จบ ไม่ต้องจัดงาน แต่ไม่ค่อยได้คุยเรื่องนี้ เพราะบางคนไม่ค่อยได้พูดเรื่องแบบนี้ บอกว่าเป็นเรื่องอัปมงคล” จ๋ากล่าว

อย่างไรก็ตามหากลุงแบกได้พูดคุยและแสดงเจตนารมเรื่องการดูแลสุขภาพระยะท้ายกับคนที่ไว้วางใจได้ไว้ล่วงหน้า โอกาสที่การรักษาจะดำเนินมาจนถึงการใส่ท่อช่วยหายใจก็จะน้อยลง และช่วยทำให้ผู้ตัดสินใจขั้นสุดท้ายไม่ต้องแบกรับภาระทางใจ ถึงขั้นรู้สึกผิด รวมทั้งสะท้อนให้เห็นว่าผู้มีส่วนรับผิดชอบเรื่องสุขภาพของคนไร้บ้านควรมีความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการวางแผนดูแลล่วงหน้า รวมทั้งมีทีมงานสนับสนุนดูแลด้านจิตใจผู้รับผิดชอบดูแลคนไร้บ้านด้วย

ดังจะเห็นได้ว่าแม้จ๋าเคยศึกษาเกี่ยวกับการตายในวัฒนธรรมต่างๆ และเคยเห็นคนไร้บ้านเสียชีวิตต่อหน้ามาก่อน แต่เมื่อต้องมีส่วนร่วมดูแลและตัดสินใจขั้นสุดท้ายก็ส่งผลกระทบต่อจิตใจไม่น้อย กรณีนี้ดีที่มีทีมงานที่มีความรู้ด้านจิตวิทยาช่วยเหลือสนับสนุนด้านจิตใจ

“เราสนใจเรื่องการเตรียมตัวตายอยู่แล้ว เพราะเรียนด้านมานุษยวิทยา เราชอบศึกษาเรื่องการเตรียมตัวตายของแต่ละประเทศ เราเตรียมใจมาแล้วว่าถ้าทำงานกับผู้สูงอายุ ต้องมีการบอกลา เราสามารถจัดการความรู้สึกตัวเองได้ บางเคสเจอเสียชีวิตต่อหน้า ก็สามารถจัดการอารมณ์ความรู้สึกตัวเองได้ ไม่ได้เก็บมาคิดจนมีความทุกข์ แต่เคสนี้หนักมากเพราะรับรู้ชีวิตเขามาตั้งแต่ต้นและมีความผูกพัน” จ๋ากล่าว

“ดีที่ก่อนจะตัดสินใจเรื่องนี้ มีพี่กุ๊งกิ๊งทำงานเป็นบัดดี้กัน เขาเรียนจบจิตวิทยา เวลาเจอเรื่องหนักๆ เขาจะมีสติกว่าเรา เช่น หมอแจ้งมาว่าจะต้องตัดขา เขาจะช่วยคุยกับลูกชายและตัวเคส เขาจะรับภาระอีกบทหนึ่ง”

อภิปราย

ข้อมูลสถานการณ์คนไร้บ้านกับระบบสุขภาพ

- ปี 2559 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้สำรวจคนไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบประชากรคนไร้บ้านทั้งที่อยู่อาศัยในพื้นที่สาธารณะและศูนย์พักพิงจำนวน 1,307 คน ส่วนใหญ่ ประมาณ 32.5% มีอายุระหว่าง 40-49 ปี และผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) 22% แสดงว่าสังคมคนไร้บ้าน เป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ก่อนผู้สูงอายุปกติในสังคม และคาดการณ์ว่ามีคนไร้บ้านทั่วประเทศราว 30,000 คน (อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ, 2559) นอกจากนี้พบว่าคนไร้บ้านเป็นกลุ่มประชากรที่มีปัญหาทางสุขภาพมากกว่าค่าเฉลี่ยของสังคมไทยโดยรวม คือมีปัญหาโรคประจำตัวโดยเฉพาะความดันโลหิตสูง ถึง 51% ขณะที่คนทั่วไปอยู่ที่ 20% มีปัญหาสุขภาพจิตที่ไม่รุนแรง (ไม่เป็นอันตรายต่อสังคม) ประมาณ 70% ขณะที่คนทั่วไปอยู่ที่ 17% มีโรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) 31% ขณะที่คนทั่วไปอยู่ที่ 22% และมีปัญหาสุขภาพช่องปาก 70% ขณะที่คนทั่วไปอยู่ที่ 50%
  นอกจากนี้ยังพบว่าการอยู่อาศัยในพื้นที่สาธารณะเป็นระยะเวลานาน เป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้สุขภาพแย่ลง โดยมากกว่า 50% มีปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพที่ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ ซึ่งมาจาก 2 ปัจจัยหลักคือ ไม่มีบัตรประชาชน 28% มีปัญหาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพ 22%
- ปี 2559 มูลนิธิอิสรชนสำรวจจำนวนคนไร้บ้านทั่ว กทม. พบว่า มีจำนวน 3,486 คน เป็นชาย 2,112 คน หญิง 1,374 คน โดยแยกเป็นกลุ่มเร่ร่อนไปมา 993 คน กลุ่มผู้ติดสุรา 858 คน กลุ่มผู้

นอนหลับชั่วคราว 853 คน ซึ่งมีทั้งเป็นผู้เพิ่งพ้นโทษ เป็นผู้ป่วยข้างถนน รวมถึงมีคนไร้บ้านต่างชาติ 25 คน กลุ่มแรงงานประเทศเพื่อนบ้าน 51 คน และผู้ให้บริการทางเพศ 28 คน

ทั้งนี้คนไร้บ้านเพิ่มขึ้นจากปี 2558 ถึง 175 คน เนื่องจากได้รับผลกระทบจาก พ.ร.บ. ธุรกิจรักษาความปลอดภัย พ.ศ. 2558 ที่กำหนดคุณสมบัติเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย ต้องมีวุฒิการศึกษาขั้นต่ำ ระดับ ม.3 ส่งผลให้มีผู้ตกงาน หรือต้องออกจากงานมาใช้ชีวิตในที่สาธารณะเพิ่มขึ้น ส่วนผลสำรวจ*ประจำปี 2561* พบว่ามีจำนวน 3,993 คน แยกเป็นชาย 2,424 คน หญิง 1,569 คน เพิ่มขึ้นจากปี 2560 จำนวน 363 คน หรือร้อยละ 10 ซึ่งถือว่าไม่มาก แต่ภาพปัญหาชัดเจนมากขึ้นว่าการจัดระเบียบเมืองแม้จะช่วยให้คนเร่ร่อนหายไปจากพื้นที่เดิม เช่น พาหุรัด สนามหลวง คลองหลอด แต่ไปกระจัดกระจายสถานีรถไฟฟ้าบีทีเอสสุขุมวิทและอ่อนนุช ขณะเดียวกันยังพบกลุ่มผู้สูงอายุป่วยและผู้ป่วยทางจิตเพิ่มออกมาใช้ชีวิตในที่สาธารณะมากขึ้น เนื่องจากถูกผลักออกจากครอบครัว รวมถึงพนักงานขายบริการอิสระ ที่พบว่าเป็นสาวโรงงานมาทำมากขึ้น เนื่องจากโรงงานปิดตัวและปัญหาเศรษฐกิจ และพบมากในย่านถนนราชดำเนิน

31 สิงหาคม 2564 มูลนิธิอิสรชนเปิดเผยว่าหลังจากการแพร่ระบาดของไวรัสโควิด-19 คนไร้บ้าน คนเร่ร่อน มีจำนวนมากขึ้น เนื่องจากสภาพเศรษฐกิจตกต่ำ ส่งผลกระทบให้คนตกงาน ไร้อาชีพ ไร้เงิน นำมาซึ่งการไร้บ้าน หรือการติดเชื้อ ทำให้ผู้คนรังเกียจขับไล่ออกจากบ้าน “สถานการณ์คนเร่ร่อนตอนนี้ มีจำนวนเพิ่มขึ้นเกือบเท่าตัว เพราะสถานการณ์โรคระบาด การตกงาน การล็อกดาวน์ มูลนิธิใช้เวลาเก็บข้อมูล 9 เดือน พบว่าทุกกลุ่มที่อยู่ในที่สาธารณะ มี 4,000 กว่าคน จากที่เคยแจกอาหาร 300 ชุด ตอนนี้แจก 600 ชุด 80 % เป็นคนเร่ร่อนไร้บ้าน

- สิทธิพล ชูประจง หัวหน้าโครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงาบอกว่าจากข้อมูลพบว่าคนไร้บ้านกว่า 70 % มีปัญหาจิตเวช และในจำนวนนี้ 50 % ต้องเข้ารับการรักษาอาการจิตเวชอย่างเร่งด่วน ส่วนใหญ่เป็นคนหายที่มีอาการหูแว่วประสาทหลอนกลัวคนจะมาทำร้าย จึงอยู่บ้านไม่ได้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้ดูแลตัวเองไม่ได้ ทั้งสภาพร่างกายและสุขอนามัย ส่วนคนไร้บ้านที่มีอาการป่วยทางร่างกาย มีสติสัมปชัญญะดี แต่มีปัญหาครอบครัว เมื่ออยู่บ้านไม่ได้และไม่มีเงินเช่าห้อง ก็มาอยู่ในพื้นที่สาธารณะซึ่งไม่สะอาดและไม่ปลอดภัยก็ทำให้ติดโรคทางกาย ความเสี่ยงของคนกลุ่มนี้ที่พบบ่อยที่สุดคือวัณโรคเนื่องจากอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม บางคนเป็นโรคประจำตัว เช่น โรคไต โรคลำไส้ คนกลุ่มนี้ปกติใช้ชีวิตยากลำบากอยู่แล้ว เมื่อออกมาใช้ชีวิตข้างถนนก็ยิ่งเสี่ยงไปใหญ่
- จากผลการสำรวจกลุ่มคนไร้บ้านที่เป็นโรคทางจิตเวชในกรุงเทพมหานคร (อนรรฆและขวัญประชา, 25560) พบว่า กลุ่มคนไร้บ้านที่มีอาการทางจิตอย่างเห็นได้ชัดหรือมีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้าน สังคม (Antisocial personality disorder) นั้นมีเพียงร้อยละ 9.64 และ1.8 ของกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวชทั้งหมด ขณะที่การใช้สารเสพติดและการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลที่มีโรคทางจิตเวชกลายเป็นคนไร้บ้าน
- ในงานวิจัย “ชวนทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาวะทางจิตของคนไร้บ้าน” โดย: อาจารย์ดร.พนิตา เสือวรรณศรี คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ภายใต้แผนงานพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสร้าง

เสริมสุขภาวะและประสานเครือข่ายคนไร้บ้าน และคนจนเมือง ระบุว่า คนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะเป็นระยะเวลา 1-3 ปีจะมีความเสี่ยงของการเกิดอาการทางจิตระดับรุนแรงอยู่ที่ 1.6 ในขณะที่คนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะเป็นระยะเวลา 3-6 ปีและ ระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงอยู่ที่ 2.1 และ 5.4 ตามลำดับ ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สูงขึ้นตามระยะเวลาการใช้ชีวิตของการเป็นคนไร้บ้าน

- การศึกษาเรื่อง “การศึกษาแนวทาง วิเคราะห์ ต้นทุนการแก้ไขปัญหาคนไร้บ้าน และติดตามการเปลี่ยนแปลงทางชีวิตของคนไร้บ้านในช่วงเริ่มต้น” ของ ธานี ชัยวัฒน์ และคณะ (2561) ระบุว่า ปัญหาคนไร้บ้านของไทยสะท้อนถึงการ ทับซ้อนกันระหว่าง 2 ปัญหาคือ ปัญหาเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว โดยมีปัญหาเศรษฐกิจเป็นหลัก (Necessary Condition) และมีปัญหาครอบครัวเป็นปัจจัยขยายผล (Sufficient Condition) และจากการศึกษายังพบว่า คนไร้บ้านหน้าใหม่ ที่เพิ่งมาเป็นคนไร้บ้านไม่เกิน 1 ปี เป็นกลุ่มที่มีโอกาสและความต้องการ สามารถกลับไปใช้ชีวิตเช่นทั่วไปได้มากที่สุด

ทบทวนวรรณกรรม ACP กับคนไร้บ้าน

- **การวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับคนไร้บ้าน :การทำงานร่วมกันของชุมชน** (Advance Care Planning for the Homeless:A Community Collaboration)
  ที่มา: https://www.homelesshub.ca/resource/advance-care-planning-homeless-community-collaboration

  ศูนย์การแพทย์ UCLA ซึ่งทำงานกับผู้ป่วยไร้บ้านในแคลิฟอร์เนียสหรัฐอเมริกาจำนวนมาก โดยมีผู้ป่วยไร้บ้านในห้องฉุกเฉินเดือนละประมาณ 50 คนพบว่าผู้ป่วยไร้บ้านเหล่านี้มีอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ต้องการการดูแลเฉพาะ โดยไม่มีใครรู้ความต้องการด้านสุขภาพของคนเหล่านี้ การทำงานด้านการดูแลล่วงหน้ากับคนกลุ่มนี้จึงจำเป็นและสำคัญ งานวิจัยพบว่าคนแคลิฟอร์เนียร้อยละ 70 ต้องการเสียชีวิตอย่างสงบที่บ้าน แต่เนื่องจากไม่มีเอกสารแสดงความจำนงค์ ทำให้ร้อยละ 60 เสียชีวิตขณะอยู่ในสถานพยาบาล ในจำนวนนี้ร้อยละ 20 ใช้เวลาในช่วง 6 เดือนสุดท้ายก่อนเสียชีวิตอยู่ในห้องไอซียูนาน 7 วัน และจากการสำรวจ ผู้ป่วยไร้บ้านก็ต้องการเสียชีวิตอย่างสงบเช่นกัน The Palliative Care Clinical Nurse Specialist (CNS), อนุศาสนาจารย์และนักสังคมสงเคราะห์ในโรงพยาบาลซานต้าโมนิกา UCLA เห็นความสำคัญในการคุยเรื่อง ACP แต่พบว่าการพูดคุยเป็นเรื่องยากมาก
  เพื่อป้องกันการรักษาที่ไม่ประสงค์ ทีม Palliative Care ที่ได้ทุนสนับสนุนจาก Coalition for Compassionate Care of California (CCCC) จึงวางแผนให้คนกลุ่มนี้ได้เข้าถึง ACP โดยเริ่มต้นจากการให้ความรู้เรื่อง ACP แก่ผู้บริหารและบุคลากรในโรงพยาบาล และให้ผู้ที่ผ่านการอบรมการทำ ACP ไปทำ ACP กับคนไร้บ้านที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล แต่พบว่าผู้ป่วยไร้บ้านเข้ามาโรงพยาบาลระยะสั้นๆ ทำให้ไม่มีโอกาสพูดคุยเรื่อง ACP และมีผู้ทำ ACP สำเร็จน้อยรายมาก

นอกจากนี้ยังประสบปัญหาคนไร้บ้านไม่มีผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนในการรักษาพยาบาล และผู้ป่วยบางคนมีภาวะจิตเวชหรือความจำบกพร่อง จึงไม่สามารถตัดสินใจเรื่องอนาคตได้

ดังนั้นเพื่อให้การทำ ACP รายบุคคลในผู้ป่วยไร้บ้านประสบผล จำเป็นต้องทำผ่านผู้มีหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือช่วยเหลือคนไร้บ้านที่ผ่านการฝึกอบรมเรื่อง ACP และพัฒนาแนวทางการทำ ACP ให้เหมาะสมกับคนกลุ่มนี้ เช่น ใช้ภาษาที่ง่าย บอกความจำนงค์โดยไม่ต้องทำเป็นลายลักษณ์อักษร เป็นต้น

ทางศูนย์ยังทำงานกับชุมชน โดยร่วมมือกับหน่วยงานที่ทำงานกับคนไร้บ้าน เช่น The People Concern, St. Joseph's Center และ Venice Family Clinic (VFC) ฝึกอบรมให้ความรู้เรื่อง ACP ทั้งที่โรงพยาบาลและในหน่วยงานนั้นๆ ทำให้คนกลุ่มนี้มีมุมมองและเห็นความสำคัญของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้าในคนไร้บ้าน นอกจากนี้ยังสามารถเข้าถึงคนไร้บ้านรายบุคคลผ่านกิจกรรมในชุมชน เช่น การอบรมให้ความรู้ที่ศูนย์แจกอาหาร (ธนาคารอาหาร) ในชุมชน

ขณะที่องค์กรพยาบาล เช่น Clinical Nurse Specialist (PCCNS) ได้จัดให้มีการฝึกอบรม ACP สำหรับ American Association of Critical–Care Nurses (AACN) ซึ่งส่งผลให้มีอาสาสมัครไปทำงานกับคนไร้บ้านโดยตรงที่ธนาคารอาหารมากขึ้น

อย่างไรก็ตามความท้าทายที่ยิ่งใหญ่ที่สุดคือการหาวิธีที่มีประสิทธิภาพในการสนทนาเรื่อง ACP และทำ AHCDs ให้เสร็จสิ้น

- ในการทบทวนวรรณกรรมเรื่อง *“การดูแลแบบประคับประคองสำหรับคนไร้บ้าน: การทบทวนข้อกังวล ความต้องการและความพึงพอใจในการดูแลอย่างเป็นระบบ อุปสรรคและปัจจัยบุญนำความสะดวกในการดูแล”* เพื่อปรับการดูแลแบบประคับประคองให้เหมาะกับความต้องการของคนไร้บ้าน (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5914070/#) ตีพิมพ์ออนไลน์เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2561 โดยทบทวนสิ่งพิมพ์ 27 ฉบับ จากการศึกษา 23 ชิ้น ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในสหรัฐอเมริกาและแคนาดา

  ผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประเด็นข้อกังวล ความต้องการ ความชอบ และอุปสรรคในการดูแลแบบประคับประคองในการศึกษาเหล่านี้มักเกี่ยวข้องกับทัศนคติและพฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ และพบว่าในการดูแลแบบประคับประคองในคนไร้บ้านให้มีประสิทธิภาพ การเคารพในศักดิ์ศรีของผู้ป่วยมีความสำคัญอย่างมาก นอกจากนี้ความรู้และทักษะที่จำกัดของผู้เชี่ยวชาญเป็นอุปสรรคสำคัญในการดูแลแบบประคับประคองสำหรับคนไร้บ้าน คำแนะนำในการศึกษาที่รวบรวมมามักเกี่ยวข้องกับความจำเป็นในการฝึกอบรม การศึกษา และการขยายความรู้ด้านนี้

อุปสรรคอื่นๆ เกี่ยวข้องกับตัวคนไร้บ้านเอง เช่น คนกลุ่มนี้ไม่เห็นความสำคัญของการดูแลระยะสุดท้าย นอกจากนี้คนไร้บ้านมักพึ่งพายาเสพติด มีความเข้าใจจำกัดเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตัวเอง และมีการสนับสนุนจากครอบครัวและญาติเพียงเล็กน้อย

การศึกษานี้สรุปว่าจำเป็นต้องมีวิธีการที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ยืดหยุ่น และเกณฑ์ต่ำ ซึ่งรวมเอาการรับรู้ถึงความกังวลของคนไร้บ้าน เพื่อให้สามารถให้การดูแลแบบประคับประคองที่เหมาะสมได้ทันท่วงที การฝึกอบรม การศึกษา และประสบการณ์ของผู้เชี่ยวชาญสามารถช่วยให้บรรลุเป้าหมายนี้ได้

- *การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุที่ไร้บ้าน: ผลลัพธ์จากการศึกษาของ HOPE-HOME*
จากการวิเคราะห์ผู้ใหญ่วัย 50 ปีขึ้นไปที่เคยเป็นคนไร้บ้านหรือปัจจุบันยังเป็นคนไร้บ้านจำนวน 350 คน ในเมืองโอ๊คแลนด์ รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา อายุเฉลี่ยของกลุ่มคือ 59 ปี (ช่วง 52–82) 75.2% เป็นเพศชาย 82.1% เป็นคนผิวดำ พบว่า 1 ใน 5 ของกลุ่มตัวอย่าง (21.5%) เคยพูดคุยเรื่อง ACP และ19% มี ACP ที่เป็นลายลักษณ์อักษร

  การศึกษานี้ได้ข้อสรุปและเสนอแนะว่า แม้ว่าคนไร้บ้านในการศึกษานี้จะมีตัวแทนสุขภาพที่เป็นไปได้ แต่มีเพียงไม่กี่คนที่เคยพูดคุยสนทนาเกี่ยวกับ ACP หรือจัดทำเอกสาร ACP ที่สมบูรณ์ แม้ว่าคนกลุ่มนี้จะมีอัตราป่วยและเสียชีวิตสูงก็ตาม ดังนั้นจึงถือเป็นประเด็นเร่งด่วนที่ชุมชนคนทำงานสุขภาพและคนทำงานเกี่ยวกับคนไร้บ้านควรเริ่มต้นผลักดัน แม้ว่าจะยากแสนยาก

  ทั้งนี้ในการทำ ACP ในคนไร้บ้านสูงอายุนั้นต้องเปลี่ยนแปลงวิธีการและภาษา เพื่อให้เข้าถึงและเข้าใจได้ เพราะคนกลุ่มนี้มีข้อจำกัดเรื่องความเข้าใจ มีเครือข่ายสังคมจำกัด มีข้อกังวลที่เกี่ยวข้องกับการไร้ที่อยู่อาศัย มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม ความรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด การขาดการเข้าถึงบริการสุขภาพ ความไม่ไว้วางใจในระบบการรักษาพยาบาล ตลอดจนข้อจำกัดของเครือข่ายความปลอดภัยด้านการดูแลสุขภาพ
- พฤศจิกายน 2561 สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้จัดทำโครงการวิจัยการพัฒนาระบบการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยความร่วมมือระหว่างมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์และมหาวิทยาลัยมหิดล ศึกษาพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือและดำเนินโครงการนำร่องร่วมกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้ง 3 ระบบซึ่งได้แก่ ระบบนำเข้า ระบบรักษา และระบบจำหน่ายหรือส่งต่อพบว่าระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านมีปัญหาอุปสรรคหลายประการทำให้ขาดประสิทธิภาพการดำเนินการ โดยเฉพาะการเชื่อมต่อของหน่วยงานต่าง สามารถสรุปขั้นตอนข้อเสนอในการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานครได้ 6 จุด คือ

- จุดที่ 1 ควรจัดตั้งศูนย์รับแจ้งข้อมูลคนไร้บ้านกลางทางโทรศัพท์ (Hot line หรือ call center) ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ตำรวจ 191 และศูนย์ช่วยเหลือสังคม 1300
- จุดที่ 2 ควรจัดตั้งศูนย์บริหารจัดการคนไร้บ้านกลาง (Case manager center)
- จุดที่ 3 ควรจัดตั้งศูนย์ข้อมูลคนไร้บ้านกลาง (Data base center)
- จุดที่ 4 ควรทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน (MOU) หรือจัดทำแนวทางการปฏิบัติร่วมกันระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปของรัฐที่รักษาโรคทางกายกับโรงพยาบาลจิตเวชในประสานงานร่วมกันในการส่งตัวและการรับตัวผู้ป่วยไร้บ้านเพื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล
- จุดที่ 5 ควรกำหนดให้มีการประชุมให้ความช่วยเหลือร่วมกัน (Case conference) ระหว่างทีมสหวิชาชีพ
- จุดที่ 6 ควรมีการพัฒนาระบบการฟื้นฟูผู้ป่วยในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถีโดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐในด้านงบประมาณ บุคลากรและองค์ความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ภายในสถานคุ้มครอง



ที่มา : https://www.hfocus.org/content/2018/11/16575



ที่มา คนไร้บ้านเพิ่ม ผลสะท้อนความเหลื่อมล้ำทางสังคม
https://www.bltbangkok.com/news/3977/

อภิปราย

ACP กับคนไร้บ้าน

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของคนไร้บ้านมักถูกลิดรอนหลายชั้น ชั้นแรก จากคน “มีบ้าน” กลายเป็น “คนไร้บ้าน” ที่ขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนใกล้ชิดและสังคม ใช้ชีวิตที่ต่ำกว่ามาตรฐานการครองชีพที่ปลอดภัย เมื่อเสียชีวิตก็ถูกลิดรอนศักดิ์ศรีขั้นสอง กลายเป็น “คนตายข้างถนน” “ศพไร้ญาติ” “ศพนิรนาม”

การวางแผนสุขภาพล่วงหน้าหรือ ACP คือทางออกที่คนทำงานเรื่องคนไร้บ้านประเด็นสุขภาพเห็นร่วมกันว่าจะช่วยกอบกู้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ในห้วงระยะสุดท้ายของคนไร้บ้านได้
จากการพูดคุยกับคนทำงานเกี่ยวกับคนไร้บ้านได้ข้อสรุปว่า ACP เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นสำหรับคนไร้บ้าน เพราะคนกลุ่มนี้มีความเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและมักเสียชีวิตอย่างปัจจุบันทันด่วน แต่ภาวะคนไร้บ้านทำให้ไม่มีข้อมูลระบุตัวตนและข้อมูลสุขภาพ จึงไม่สามารถเข้าถึงระบบการรักษาที่เหมาะสม และตรงตามความต้องการของผู้ป่วย

ทั้งนี้หมอจ๊อบ ผู้ร่วมก่อตั้งกลุ่มสุขภาวะข้างถนนได้แบ่งปันประเด็นปัญหาอุปสรรคในการทำ ACP ในผู้ป่วยคนไร้บ้าน จากการรวบรวมข้อมูลจากประสบการณ์ส่วนตัว คนไร้บ้าน องค์กรที่ทำงานกับคนไร้บ้าน ข้อมูลและเอกสารที่ตีพิมพ์ ไว้ดังนี้

- การไม่มีผู้แทนสุขภาพ คนไร้บ้านมักมีปัญหากับครอบครัว ในทางกฎหมายต้องสนับสนุนให้หาครอบครัวเพื่อหาตัวแทนทางกฎหมาย แต่ในประเทศไทยไม่ค่อยเคร่งเรื่องนี้ พอไปถึงรพ. องค์กรหรือผู้ดูแลคนไร้บ้านเป็นผู้ตัดสินใจ
- ความทรงจำ/การรับรู้บกพร่อง (Cognitive) คนไร้บ้านมักมีภาวะจิตเวช ขณะที่การทำ ACP การรับรู้และความเข้าใจใน ACP เป็นสิ่งสำคัญ
- ประเด็นหลังความตาย ผลการศึกษาพบว่าคนไร้บ้านกังวลเรื่องร่างกายและสิ่งของมากกว่าคนปกติ เช่น สิ่งของที่ติดตัวจะหายไปไหม
- ความต่อเนื่องในการพบปะกับผู้คนต่ำ ไม่ว่าจะเป็นหมอ พยาบาล หรือ NGO
- สุขภาพเปราะบาง ควรทำ ACP ในคนไร้บ้านตั้งแต่เนิ่น ๆ เพราะคนไร้บ้านมีโอกาสเสียชีวิตมากกว่าและร่างกายจะแก่กว่าอายุประมาณ 10 ปี เพราะการเผชิญกับอุปสรรคในท้องถนนทำให้แก่เร็ว
- การจัดเก็บเอกสาร Advance Directive ในโรงพยาบาล (คนทั่วไปก็มีปัญหานี้) กรณีไม่อยากทำ ACP กับรพ. คนไร้บ้านจะเก็บเอกสารอย่างไร ในต่างประเทศทำนามบัตร ACP ติดตัวคนไร้บ้าน

ความเป็นไปได้ของการทำ ACP ในคนไร้บ้าน

- **ACP กับคนไร้บ้านในโรงพยาบาล**

การทำ ACP กับคนไร้บ้านในโรงพยาบาลเป็นเรื่องยาก กลุ่มสุขภาวะข้างถนนได้ศึกษาปัญหาอุปสรรคการทำ PC ในคนไร้บ้านในโรงพยาบาลพบประเด็นสำคัญดังนี้ ดังนี้

- **ไม่มีบัตรประชาชน** ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ นักสังคมสงเคราะห์สามารถใช้ความสัมพันธ์ส่วนตัวกับกระทรวงมหาดไทยเพื่อสแกนลายนิ้วมือเพื่อหาตัวตน ซึ่งเป็นแนวทางที่ได้มาจากการสืบค้นตัวตนของกลุ่มกระจกเงา เพื่อให้รพ.สมเด็จเจ้าพระยาหาตัวตนคนไร้บ้าน แนวทางนี้ไดขยายไปยังรพ.อื่น โดยถ้าสแกนลายนิ้วมือแล้วไม่พบข้อมูลก็จะ กลายเป็น “ชายไทย/หญิงไทยไม่มีชื่อนามสกุล” ตลอดกาล แต่โรงพยาบาลขนาดเล็กไม่สามารถใช้วิธีการนี้ได้
- **การตัดสินใจเพื่อทำหัตถการ** ถ้าสแกนลายนิ้วมือและรู้ว่าเป็นใครและตามหาญาติได้ ตามกฎหมายญาติคือผู้มีอำนาจตัดสินใจ แต่คนใกล้ชิดจะเป็นคนรู้ใจผู้ป่วยมากที่สุด ประเด็นคือหากเกิดความขัดแย้ง แพทย์จะเชื่อใคร กรณีนี้อาจารย์ทางกฎหมายแนะนำให้ดูความต้องการของทั้งญาติและคนใกล้ชิด และใช้ความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่เรื่องกฎหมายอย่างเดียว “มีกรณีญาติบอกว่าให้ถอดท่อช่วยหายใจได้ แต่แฟนที่เป็นคนไร้บ้านด้วยกันขอให้เต็มที่ไว้ก่อน สุดท้ายหมอในทีมคุยกับแฟนที่เป็นคนไร้บ้านจนเข้าใจแล้วยอมถอดท่อช่วยหายใจ”
- **ความเข้าใจทาง PC ของแพทย์เจ้าของไข้** ความเข้าใจทาง PC ของหมอทุกแผนกไม่เหมือนกัน การถอดท่อช่วยหายใจเพื่อยุติการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ อาจมีหมอแผนกอื่นตั้งคำถามว่า

“ประเทศเราทำยูธาเนเซียถูกกฎหมายแล้วหรือ” “หมอด้วยกันยังขาดความเข้าใจการดูแลแบบ PC โดยเฉพาะกับคนไร้บ้านยิ่งยากไปอีก มีทั้งกรณีไม่อยากยุติการรักษาและกรณียุติการรักษาเร็วเกินไป ถ้าเร็วเกินไป ในโรงพยาบาลรามาฯ จะมีหมอทีมประคับประคองบอกหมอเจ้าของไข้ว่านี่มันเร็วเกินไป

- **ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์ต่อคนไข้คนไร้บ้าน** บุคลากรทุกฝ่ายลำบากใจที่จะดูแลคนไร้บ้าน รวมถึงการ discharge เพื่อให้มีเตียงสำหรับคนไข้อื่น เช่น ถ้าติดเตียงจะให้ออกไปไหน มีเคสโรงพยาบาลติดต่อสถานสงเคราะห์ กรณีสถานสงเคราะห์ในกรุงเทพเต็ม (ซึ่งมักเต็ม) จะต้องติดต่อสถานสงเคราะห์ต่างจังหวัดห่างไกล ไม่ใช่ถิ่นฐานของคนไร้บ้าน

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยไร้บ้านที่เข้าสู่ระบบการรักษาในโรงพยาบาลมีน้อย หมอจ๊อบเล่าว่าจากการสำรวจความต้องการ ACP ในคนไร้บ้านในโรงพยาบาลกลาง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลของคนไร้บ้านในกรุงเทพฯ ผ่านการพูดคุยกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พบว่ามีผู้ป่วยในที่เป็นคนไร้บ้านปีละประมาณ 100 คน ส่วนใหญ่ทางโรงพยาบาลสามารถสืบสิทธิและส่งตัวกลับตามสิทธิ์ในต่างจังหวัดได้ มีกรณีสืบสิทธิ์ไม่ได้ปีละ 5 ราย ซึ่งถือว่าน้อยมาก

“ส่วนการป่วยระยะท้าย หมอคงไม่ได้ปล่อยออกมาตายข้างถนน เขาจะดูแลในโรงพยาบาลจนคนไข้จากไป ที่โรงพยาบาลรามาฯ ที่ผมทำงานอยู่ เราก็ทำแบบนั้น คิดว่าความต้องการยังมีไม่มาก และประเทศไทยโชคดีที่ไม่ปล่อยคนไข้หนักออกไปข้างถนน” หมอจ๊อบกล่าวสรุป

- ACP **กับคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ “งานยาก” ระดับโนเบล**

การวางแผนการดูแลล่วงหน้ากับคนไร้บ้านเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก โดยเฉพาะคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ (ข้างถนน) เนื่องจากข้อจำกัดเรื่องการเข้าถึงคนไร้บ้าน การไม่ยอมเปิดเผยข้อมูลตัวตนและสุขภาพ และความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับ เนื่องจากคนไร้บ้านส่วนใหญ่มีปัญหาจิตเวชและความทรงจำ รวมทั้งคนไร้บ้านไม่เห็นความสำคัญของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า พวกเขาไม่รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นโรคอะไร และเมื่อเจ็บป่วยมักไม่ยอมเข้ารับการรักษาในระบบ เพราะมีปัญหาเรื่องสิทธิ์การรักษา รวมทั้งมีทัศนคติไม่ดีในการเข้าโรงพยาบาล เช่น กลัวเสียเงิน กลัวเสียรายได้

“ส่วนใหญ่คนเร่ร่อนไม่รู้ว่าตัวเองเป็นอะไร ป่วยมะเร็งก็จะไม่รู้ว่าเป็นมะเร็ง จนแผลเน่า เป็น HIV ก็ไม่บอก เป็นวัณโรคก็ไม่บอก เคสแบบนี้ส่วนมากเขาจะไม่บอกใคร เพราะไม่รู้ว่าเป็นอะไร และส่วนใหญ่คนเร่ร่อนไม่มีบัตรประชาชน พวกเขาจะเป็นนาย-นางไม่ทราบชื่อ ถ้าตายข้างถนนปอเต็กตึ๊งจะไปเก็บศพ ส่วนใหญ่เป็นศพที่ระบุตัวตนไม่ได้ บางคนหายจากบ้านสิบปีไม่ติดต่อญาติ จึงไม่มีคนมาเรียกร้องอะไร นำมาเผารวมที่เดียว แต่ในทะเบียนบ้านไม่ตาย ก็อาจถูกสวมสิทธิ์” จ๋า อิสรชนเล่าลักษณะร่วมของคนไร้บ้าน เธอเล่ากรณี “วัฒน์” คนไร้บ้านบริเวณสนามหลวงที่เธอรู้จักมากว่า 10 ปี
“เขาเป็นหนูทดลองยาต้านไวรัส HIV มีอาการเบลอเพราะกินยาสะสม กินเหล้าด้วย รู้เรื่องบ้างไม่รู้เรื่องบ้าง มีอาการหลงลืม มีคู่นอนโดยตลอด ตอนหลังเจ็บป่วย หมอสังเกตว่าน่าจะเป็นผู้ติดเชื้อ HIV เขากลัว

แต่ไม่เคยพูด บอกว่าไม่เป็นไร เราเข้าใจว่าเขาน่าจะไม่รู้ตัวว่าเป็นอะไร เขาไม่กลัวการตายฉับพลัน แต่กลัวเจ็บป่วย เพราะมีก้อนเนื้อที่คอด้านหลัง แต่ดูแลตัวเองดี เขาพูดมาตลอดว่า “ถ้าเป็นอะไรไปอย่าลืมทำศพให้ด้วยนะ” เหมือนเป็นคำสั่งเสีย มีเคสแบบนี้ 2-3 เคส” จ๋ากล่าว

ส่วนอุ้ง จิตอาสามูลนิธิเครือข่ายอิสระชน เคยทำงานมูลนิธิปอเต็กตึ๊งในช่วงวัยรุ่น และอยากทำงานช่วยเหลือคนจึงมาเป็นจิตอาสาคนไร้บ้าน เธอจะกันเวลานามค่ำคืน 2 วันต่อสัปดาห์ขับรถค่ำตระเวนย่านหัวลำโพงเพื่อดูคนไร้บ้านตามจุดต่างๆ แบบ “สังเกตการณ์” อยู่ห่างๆ

เธอบอกว่าในบางเคสเธอใช้เวลาเป็นปีเพื่อแวะไปเยี่ยมและพูดคุย แต่การพูดคุยกับคนไร้บ้านไม่ใช่เรื่องง่าย บางคนใช้เวลาเป็นปีจึงจะเปิดเผย “ชื่อและนามสกุล” หรือบอกว่ามีบัตรประชาชน อย่างเช่น เคสลุงบุญนำ ที่เห็นเขานอนอยู่ริมฟุตบาตเป็นปี จนเริ่มเห็นเขาเดินตัวเอียงไปมาและเห็นว่าไม่ปกติ จึงเข้าไปคุย ส่วนเคสของ “ป้าแมว” และสามี ทั้งคู่มาจากจังหวัดสงขลาตั้งแต่ก่อนการแพร่ระบาดโควิด กลางวันทำอาชีพขายถุงเท้าและปลอกแขนกันแดดย่านพาหุรัด กลางคืนนอนหน้าร้านขายเหล็ก โดยอาบน้ำและเข้าห้องน้ำในสถานีรถไฟหัวลำโพง แต่เมื่อสถานีรถไฟหัวลำโพงปรับปรุงและไม่อนุญาตให้คนไร้บ้านใช้ห้องน้ำ จึงไปเข้าห้องน้ำและอาบน้ำในปั๊มน้ำมันแบบเสียเงิน ต่อมาป้าแมวประสบอุบัติเหตุถูกยางยืดดีดตาต้องเข้ารับการรักษา แต่เนื่องจากสิทธิการรักษาอยู่จังหวัดสงขลา จึงต้องจ่ายเงินค่ารักษาเองหลายครั้งรวมกันสามพันบาท และต้องการรับการผ่าตัด มิเช่นนั้นตาจะบอด จึงยินยอมเปิดเผยข้อมูลบัตรประชาชนและต้องการทำเรื่องโยกย้ายสิทธิการรักษาจากสงขลามากรุงเทพมหานคร

อุ้งกับจ๋าพูดตรงกันว่าในการดูแลสุขภาพของคนไร้บ้านนั้น หากไม่ถึงที่สุดจริงๆ เช่น จะตายแล้ว ก็จะไม่ยอมให้ไปโรงพยาบาล เคยมีกรณีคนไร้บ้านที่ร่างกายไม่ไหวแล้ว แต่ยังมีสติสัมปชัญญะอยู่ พอรถ 1669 มารับก็บอกว่าไม่เอา ไม่ไป 1669 จะไม่ยอมรับไปเพราะถือว่าเจ้าตัวไม่ยินยอม ทางทีมต้องรอให้คนเร่ร่อนคนนั้นหมดสติ จึงเรียก 1669 มาอีกครั้งหนึ่ง

ขณะที่สิทธิพล (เอ๋) กระจกเงา ให้ความเห็นว่าการทำ ACP ในคนไร้บ้านริมถนนนั้นยากมาก ถ้าหากคนๆนั้นไม่ปลดล็อคความหนักใจทางเศรษฐกิจ ก็เป็นไปไม่ได้ที่จะรับเรื่องอื่นๆ “เขาไม่อยากทำอะไร แม้ว่าจะมีประโยชน์ ถ้าวันที่มีนัดไปพบแพทย์ชนกับวันที่มีงานจ้าง เขาจะเลือกไปทำงานที่ได้เงินก่อน”

สอดคล้องกับความเห็นของหมอจ๊อบ กลุ่มสุขภาวะข้างถนน ที่เห็นความจำเป็นในการขับเคลื่อน ACP ในกลุ่มคนไร้บ้าน เพราะคนไร้บ้านมักเสียชีวิตแบบกะทันหัน จึงต้องมีการพูดคุยความปรารถนาไว้ล่วงหน้า แต่การทำ ACP คนไร้บ้านในที่สาธารณะเป็นเรื่องยาก

“คุยเป็นรายคนก็ยาก คุยให้เป็นเรื่องเป็นราวก็ยาก การทำACP ริมถนนยากที่สุด ส่วนตัวแล้วยังนึกไม่ออกว่าจะทำอย่างไร หากนัดมานั่งคุยกันริมถนนก็จะมีปัญหาเพราะเสียงดัง”

หมอจ๊อบกล่าวว่าระบบดูแลผู้ป่วยหนักหรือผู้ป่วยระยะท้ายในประเทศไทยยังไม่รองรับกลุ่มคนไร้บ้าน “ถ้ามีคนไร้บ้านป่วยหนักอยู่ริมฟุตบาต เขาจะถูกทิ้งไว้ตรงนั้น คนรอบข้าง ชุมชน และเอ็นจีโอไม่รู้จะแจ้งใคร เราพบว่าเขาจะแจ้ง 2 หน่วยงานคือ 1669 บริการฉุกเฉินทางการแพทย์ หรือแจ้ง 1300 ของ พม. ถ้าแจ้ง 1669 บางทีก็มาถ้ารู้ว่าเป็นคนไร้บ้าน บางทีก็ไม่มา บางทีมาถ้าคนไร้บ้านยังได้สติอยู่ก็จะไม่ขึ้นรถ ก็ปล่อยให้นอนต่อไป ตามความเห็นส่วนตัวผมคิดว่าควรแจ้ง 1300 ของพม. แต่เขามาน้อยกว่า 1669 แต่ข้อดีคือคนไข้จะเข้าไปอยู่ในระบบของเขา ในระยะยาวจะช่วยติดตามคนกลุ่มนี้ได้ดีกว่า 1669 ซึ่งไม่มีระบบติดตาม เราเข้าใจอะไรน้อยมากเกี่ยวกับคนกลุ่มนี้ เมื่อเทียบกับพม. กับ 1669 หลายครั้งต้องประสาน

ตำรวจไปด้วย ถ้าแจ้ง 1300 และเป็นผู้สูงอายุ เขาต้องจ่ายงานให้กรมผู้สูงอายุ ซึ่งถ้าเทียบกับกรมอื่น ไม่ active”

“ผมมีประสบการณ์แจ้งสายด่วน 1300 ผ่านไปอีก 1 อาทิตย์ ก็ยังไม่มารับ คนไข้ยังนอนขี้เยี่ยวอยู่ตรงนั้น ส่วนอีกเคสหนึ่งเป็นความไม่เข้าใจของมูลนิธิที่ดูแลอยู่ เขาเห็นคนไร้บ้านขี้เยี่ยวราด แต่ไม่แจ้งให้ใครมาช่วยเหลือ มูลนิธิอิสระชนมีแนวคิดให้ใช้ชีวิตอยู่ในถนน พอเจอคนไข้แบบนี้เขาเลยไม่แจ้งไปที่อื่น เขาอาจจะไม่รู้ว่าขี้เยี่ยวราดไม่ควรอยู่ข้างถนนแล้ว เมื่อมูลนิธิไม่แจ้ง สุดท้ายคนในชุมชนเลยต้องแจ้ง”

จากสถานการณ์ข้างต้น เมื่อองค์กรฯ แจ้งพบคนไร้บ้านป่วยหนัก บางครั้งต้องอาศัยแรงผลักดันจากสื่อมวลชนหรือโซเชียลมีเดีย และใช้อำนาจหน้าที่ตัวบุคคลแก้ไขปัญหา ดังเช่นเมื่อเร็วๆ นี้ เพจข้าวกล่อง ซึ่งเป็นกลุ่มทวิตเตอร์ที่รวมตัวกันเพื่อแจกข้าวกล่องคนไร้บ้านและหากมีผู้แจ้งพบคนไร้บ้านป่วยหนักจะระดมทุนเพื่อเรียกรถพยาบาลเอกชนมารับไปส่งตามสิทธิ์ ซึ่งจะรวดเร็วกว่าเรียกรุฉุกเฉินทางราชการ แต่กรณีล่าสุดมีคนไร้บ้านป่วยหนักข้างถนน เพจข้าวกล่องติดต่อสายด่วน 1300 ของพม. แล้วไม่มีผู้รับผิดชอบ จึงส่งเรื่องไปยังฝ่ายข่าวช่อง 3 จากนั้นกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ พม. (ผอ. อุเทน) ซึ่งเป็นคนที่อยู่ในวงการคนไร้บ้านจึงออกมาประสานงานให้

“ผมเคยคุยกับผอ.อุเทน เขาบอกว่าบางทีระบบประสานงาน 1300 ก็มีปัญหา และเขาไม่สามารถประสานให้ราบรื่นทุกเคส แต่เขาบอกว่าถ้ามีอะไรโทรหาผมได้ เคสนี้พอนักข่าวโทรหาเขา เคสก็ไปต่อ สุดท้ายคนป่วยก็ได้ประสานไปตามรพ.ตามสิทธิ” หมอจ๊อบกล่าว

“การทำ ACP ในท้องถนนต้องออกแรงมาก แต่ความสำเร็จน้อย ถ้าทำสำเร็จเอาโนเบลระดับโลกไปเลย และในเอกสารวิชาการพบว่าสำเร็จน้อยมาก” หมอจ๊อบสรุป

- **ACP ในบ้านพักพิง “ออกแรงน้อยที่สุด”**

หมอจ๊อบให้ความเห็นว่า ในต่างประเทศการทำ ACP กับคนไร้บ้านที่อยู่อาศัยในบ้านพักพิงง่ายที่สุด โดยอบรมให้ความรู้บุคลากรในองค์กรนั้นๆ แล้วไปทำ ACP ให้คนไร้บ้านในภายหลัง เช่นเดียวกับในประเทศไทย

ในประเทศไทยมีองค์กรที่ทำงานบ้านพักพิงคนไร้บ้านดังนี้

- **มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)** เป็นผู้บุกเบิกวงการคนไร้บ้าน มีบ้านพักคนไร้บ้านสุวิทย์ วัดหนู ที่มีการบริหารจัดการที่ดี มีระบบการดูแลและช่วยเหลือกันและกัน มีบ้านพักคนไร้บ้านหลายแห่ง เช่น ปทุมธานี และต่างจังหวัด

  สมพร หาญพรม (โด่ง) ผู้จัดการมูลนิธิให้สัมภาษณ์กับ Peaceful Death ทางมูลนิธิเคยคุยกับสมาชิกคนไร้บ้านเรื่องการดูแลสุขภาพ แต่ไม่ได้ทำอย่างจริงจังว่าถ้าเจ็บป่วยและเสียชีวิตคนไร้บ้านจะจัดการตัวเองอย่างไร

“ข้อจำกัดคือเราทำงานหลายประเด็น ไม่ได้เจาะจงเรื่องสุขภาพอย่างเดียว เราดูเรื่องที่อยู่อาศัย คุณภาพชีวิต ความมั่นคงด้านรายได้ แต่แม้ไม่ได้เจาะจง แต่ก็มองเห็นว่าเรื่องนี้สำคัญ”

ทั้งนี้บุคลากร มพศ. ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ 1 คน (สมพร) ส่วนศูนย์พักคนไร้บ้าน 2 แห่ง ประกอบด้วยศูนย์บางกอกน้อย และศูนย์ปทุมธานี มีเจ้าหน้าที่ศูนย์ละ 6 คน และมีแกนนำอาสาสมัครเพื่อดูแลคนไร้บ้าน

หมอจ๊อบให้ความเห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะอบรมเรื่อง PC และ ACP ให้เจ้าหน้าที่ของศูนย์พักคนไร้บ้านของมพศ. แล้วเจ้าหน้าที่ไปเผยแพร่ความรู้หรือทำ ACP ให้แก่สมาชิกศูนย์พักพิงในภายฟัง ซึ่งถือว่าเป็นช่องทางที่ง่ายที่สุด

ส่วนกลุ่มห้องเช่าคนละครึ่ง ที่มพศ. ร่วมมือกับสสส. เพื่อทำโครงการที่อยู่อาศัยคนละครึ่ง โดยให้คนไร้บ้านจ่ายค่าเช่าครึ่งเดียว แล้วหาห้องเช่าย่านหัวลำโพง โดยทำมาถึงเฟส 5 แล้ว ในกลุ่มนี้ไม่มีเจ้าหน้าที่ทำงานหลัก ซึ่งหมอจ๊อบให้ความเห็นว่าการทำงาน ACP กับคนไร้บ้านกลุ่มนี้จะยาก เพราะต้องใช้บุคลากรจากมพศ.

- **โครงการจ้างวานข้า มูลนิธิกระจกเงา**

สิทธิพล ชูประจง หัวหน้าโครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงาบอกว่า มูลนิธิฯ มีโครงการจ้างวานข้า ที่รับคนไร้บ้านและคนจนเมืองมาทำงานที่เหมาะสมกับความสามารถ เช่น แยกขยะ รับจ้างรับคิวซื้อบัตรคอนเสิร์ต ปัจจุบันมีสมาชิก 150 คน ทั้งนี้กระจกเงาจะเช่าห้องพักให้คนทำงานในจ้างงานข้าเดือนแรก และให้คนไร้บ้านจ่ายค่าห้องพักในเดือนต่อไป หลังจากได้รับเงินค่าจ้างแล้ว ห้องพักอยู่ในย่านซอยวิภาวดี 64

“เรายังไม่เคยคุยเรื่องการเตรียมตัวตาย คนไร้บ้านส่วนใหญ่มักพูดเชิงตัดพ้อว่า “เดี๋ยวก็ตายแล้ว ถ้าตายก็จัดการตามระเบียบเลยนะ เผาได้เลย” เวลาคุยกับเขา เขาไม่ได้ออกแบบการตายของตัวเองได้ เขาจะพูดว่าไม่ต้องทำอะไรมาก เผาไปเลย ไม่ต้องจัดงาน และไม่ค่อยได้คุยเรื่องนี้ เพราะเขาบอกว่าเป็นเรื่องอัปมงคล”

"ที่ผ่านมาเราพยายามเก็บข้อมูลสุขภาพให้ได้มากที่สุด เพื่อให้งานที่เหมาะกับสุขภาพของแต่ละบุคคล แต่บางคนไม่รู้ว่าตัวเองป่วยเป็นอะไร เพราะไม่เคยตรวจสุขภาพเลย และในการเก็บข้อมูลสุขภาพล่าสุด มีคำถาม “ถ้าป่วย มีเหตุการณ์ฉุกเฉินเข้าโรงพยาบาล จะติดต่อใคร” ส่วนใหญ่บอกให้ติดต่อกระจกเงา เพราะเขาไม่เหลือใครแล้ว ตอนนี้เราเป็นครอบครัวสุดท้ายของเขา นี่เป็นเรื่องใหญ่ที่เราต้องเตรียมรับมือ” สิทธิพลกล่าว

“โครงการจ้างวานข้ามีแผนงานเก็บข้อมูลผู้สูงอายุอายุ 60-70 ปี เราออกแบบการเก็บข้อมูลสุขภาพร่วมกับหมอจ๊อบ (กลุ่มสุขภาวะข้างถนน) เพื่อให้คนกลุ่มนี้เข้าถึงโปรแกรมสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสม เช่น วัคซีนผู้สูงอายุ ยาเฉพาะโรค เช่น ความดัน"

อย่างไรก็ตามในช่วงที่ผ่านมาทางโครงการจ้างวานข้ายังไม่เคยพูดถึงเรื่องการวางแผนสุขภาพอย่างเป็นทางการ

“เห็นด้วยว่าเราควรทำอบรมกับเจ้าหน้าที่ เพราะเจ้าหน้าที่ก็ต้องลงไปปฏิบัติการ คนไร้บ้านไม่รู้สึกว่าเป็นความจำเป็นเฉพาะหน้า ผมคิดว่าถ้าทำได้และส่งผลสะเทือนต่อเขาที่สุด แต่ต้องทำหลังจากเขาปลดล็อคปัญหาทางเศรษฐกิจและความเป็นอยู่แล้ว ดังนั้นจึงทำกับจ้างวานข้าได้เลย เรามีแผนงานกับกทม. ว่าเราจะทำงานเพื่อนำคนไร้บ้านเขาสู่การเปลี่ยนผ่าน จากสภาพชีวิตคนไร้บ้านไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้ มาเป็นคนที่มีที่อยู่อาศัย รายได้มั่นคงขึ้น ปีละไม่ต่ำกว่า 50 คน ถ้าวางแผนสุขภาพกับคนกลุ่มนี้จะเหมาะที่สุด

สอดคล้องกับความเห็นของหมอจ๊อบ ที่บอกว่ากลุ่มสุขภาวะข้างถนนมีโครงการทำงานด้านสุขภาพร่วมกับโครงการจ้างวานข้า เพื่อพัฒนาระบบดูแลสุขภาพสมาชิกในกลุ่ม

“เขาอยู่ในขอบข่ายที่เราจะทำงานด้วย เราไปเทรนด์สตาฟได้ สตาฟเขาเป็นคนรุ่นเยาว์ 20-30 โดยเทรนด์กลุ่มนี้แล้วให้เขาไปพูดคุยกับคนในจ้างวานข้า”

- ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (พส.) ในฐานะหน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อน พ.ร.บ.คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 มีการดำเนินในด้านที่พักอาศัยชั่วคราว บ้านมิตรไมตรี ให้บริการปัจจัย 4 แก่คนไร้ที่พึ่ง มีการช่วยเหลือประสานสืบหาข้อมูลทางทะเบียน ซึ่งหากเป็นบุคคลสัญชาติไทย จะช่วยประสานสืบค้นข้อมูลเอกสาร เพื่อคืนสิทธิความเป็นคนไทย และหากข้อมูลไม่เพียงพอ จะประสานกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เพื่อยื่นทำประวัติทะเบียนในการรับสิทธิด้านต่างๆ ตามหลักสิทธิมนุษยชน

  หมอจ๊อบให้ความเห็นว่าสามารถทำ ACP กับคนไร้บ้านในศูนย์นี้ได้เพราะมีสถานที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ศูนย์นี้เป็นทางผ่านและปลายทางของคนไร้บ้านที่เจ็บป่วย ตามทฤษฎีผู้ป่วยไร้บ้านสามารถอยู่ได้ไม่เกิน 45 วัน แต่ทางปฏิบัติสามารถอยู่ได้ 2-3 ปี ที่ศูนย์คุ้มครองกรุงเทพดินแดง ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์ดูแล เวลามีปัญหาสุขภาพเจ้าหน้าที่จะพาไปรพ.ตามสิทธิ์ หรือตามหมอนัด ถ้าป่วยมาก จะถูกผลันดันไปสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งนนทบุรี

  “ที่ศูนย์นนท์ฯ ผมคุยกับเจ้าหน้าที่ บอกว่ามีคนตายทุกวัน เฉลี่ยนวันละคน เท่ากับเดือนละ 30 คน ที่นี่แน่นมาก พอมีคนตายก็เปิดโอกาสรับคนใหม่ ศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจะคัดคนที่ป่วยมากเป็นตัวเลือกแรกๆ เพื่อส่งมาที่นี่ ผมเข้าไปเจอผู้ป่วยติดเตียงนอนบนพื้นกระเบื้อง เป็นแผลเบาหวานแผลกดทับ แผลมดขึ้น คนทำแผลเป็นผู้ป่วยจิตเวช” หมอจ๊อบเล่าสภาพ

  หมอจ๊อบเล่าว่า ที่ศูนย์นนท์ฯ เคยมีหมอเวชศาสตร์ครอบครัว “หมอภัทร” ที่ทำงานประจำที่รพ.ชลประทาน สังเกตว่ามีคนไข้กลุ่มหนึ่งมาแบบ “ยับเยิน” ตัวโรคอาการหนัก และมีปัญหาเรื่องสิทธิ์ พอหมอภัทรเข้าไปสถานสงเคราะห์แล้วตกใจว่าทำไมมนุษย์ถึงอยู่แบบนี้ จึงเริ่มมีการดูแลผู้ป่วยในศูนย์ฯ ตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา โดยปัจจุบันมีหมอเวชศาสตร์ครอบครัวมาตรวจเดือนละ 1 ครั้ง และถือเป็นเพียงศูนย์เดียวของประเทศที่มีหมอมาตรวจ

“ผมเข้าไปวันที่หมอเวชศาสตร์ครอบครัวเข้าตรวจ จ่ายยา รักษาทั่วไป ส่วนมากเป็นยาเดิม รักษาโรคเรื้อรัง มีการประสานงานกับรพ.ใกล้เคียง โดยทางศูนย์จะทำข้อมูลไว้ แต่ขนาดมีหมอเข้าไปแล้วก็ยังมีภาพที่เห็น เพราะคนไข้เยอะมาก”

ทั้งนี้เมื่อสองปีที่แล้ว “หมอหญิง” แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่มารับช่วงต่อจาก “หมอภัทร” เคยให้ความรู้ด้าน ACP แก่เจ้าหน้าที่ของศูนย์ และคนไข้บางคนมี ACP เก็บไว้ในแฟ้มคนไข้ ซึ่งถือว่ามีประโยชน์ ส่วนปัจจุบันหมอเวชศาสตร์ครอบครัวชื่อ “หมอปัท” มารับหน้าที่ต่อจากหมอหญิง

“เอกสารทางวิชาการในช่วง 2-3 ปี หลังเขียนตรงกันว่าพม. ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพคนไร้บ้านเขามีนโยบายที่ดีมาก ชื่อ IRP (Individual Rehabilitation Plan) เกิดขึ้นพร้อมกับพ.ร.บ. คนไร้ที่พึ่ง ในเชิงนโยบายสุขภาพมีคนในพม.รู้และเข้าใจ แต่ไม่มีคนทำงานทั้ง แพทย์ พยาบาล นักบำบัด นักกายภาพ ซึ่งเป็นการทำงานข้ามกระทรวงไปกระทรวงสาธารณสุข ขณะที่บุคลากรทางการแพทย์ไม่เข้าใจว่าพม. ทำอะไร และเขาช่วยอะไรได้บ้าง ตัวอย่างเมื่อเดือนที่แล้วมีผู้ป่วยวัย 80 มารพ. จากการพยายามกระโดดตึกฆ่าตัวตาย มีรอยจ้ำตามตัว หมอที่เป็นอาจารย์ บอกหมอ fellow อายุ 30 กว่า ให้ติดต่อนักสงคมสงเคราะห์ แต่หมอ fellow ถามว่าติดต่อทำไม” หมอจ๊อบเล่า

สรุปข้อเสนอแนะ

จากข้อมูลและการอภิปรายข้างต้นสรุปได้ว่า องค์กรที่มีความเป็นไปได้มากที่สุดที่กลุ่ม Peaceful death **จะทำงานส่งเสริมการทำ ACP ในคนไร้บ้านคือโครงการจ้างงานข้า มูลนิธิกระจกเงา ผ่านการอบรมเรื่อง PC และ ACP ให้แก่เจ้าหน้าที่ขององค์กร เนื่องจากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ขององค์กรเห็นความสำคัญของการวางแผนสุขภาพล่วงหน้า มีความพร้อม และตอบรับแนวคิดนี้ ขณะเดียวกันก็มีการทำงานด้านการดูแลสุขภาพของคนไร้บ้านในสังกัดร่วมกับกลุ่มสุขภาวะข้างถนนอยู่ก่อนแล้ว**

ภาคผนวก 1

องค์กรที่ทำงานกับคนไร้บ้าน

1. เพจข้าวกล่องใน twitter (@thamboom88) ตอนแรกเป็นกลุ่มชุมนุมทางการเมือง ต่อมามีคนเสนอให้มาแจกข้าวคนไร้บ้าน จึงทำงานแจกข้าวคนไร้บ้านประมาน 2 ปี โดยลงพื้นที่เกือบทุกวัน และหากเจอคนไร้บ้านเจ็บป่วยจะระดมทุนเพื่อจ้างรถฉุกเฉินเอกชนนำส่งโรงพยาบาล
2. ปันรัก

   องค์กรศาสนาคริสต์ ลงพื้นที่เฉพาะวันพฤหัสในบริเวณเขตพระนคร (ยกเว้นราชดำเนินเพราะมีคนแยกเยอะแล้ว) ตั้งแต่ 1-2 ทุ่มจนดึก ที่ทำการอยู่ฝั่งธน

3. รักแท้

องค์กรศาสนาคริสต์ มีบริการตัดผม ทำกิจกรรมทางศาสนา บริเวณตรอกสาเก

4. มูลนิธิอิสรชน

แจกข้าว เสื้อผ้า ทุกวันอังคารเย็นที่ตรอกสาเก มีแนวคิด เน้นให้คนใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ จึงไม่เห็นด้วยเรื่องการพาคนไร้บ้านเข้า shelter

5. มูลนิธิกระจกเงา

แก้ปัญหาโดยการใช้"งาน"นำ ให้คนไร้บ้านได้ทำงาน แล้วสุดท้ายเขาก็มีเงินจ่ายค่าห้องเช่าเอง จะไปเช่าที่ไหนก็ได้ ผ่าน “โครงการจ้างวานข้า” หางานที่เหมาะกับผู้สูงอายุ เช่น แยกขยะ รับจ้างทั่วไป

มีโครงการผู้ป่วยข้างถนน เน้นพาผู้ป่วยจิตเวชไปรักษาโดยทำระบบร่วมกับรพ.สมเด็จเจ้าพระยา และประสานกับตำรวจเพื่อนำส่งรพ. มีคลินิกกฎหมายกระจกเงา

6. สสส.สำนัก9 ดูแลดูแลประชากรกลุ่มเฉพาะ

ทำโครงการห้องเช่าคนละครึ่งร่วมกับมูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.) มีมพศ.เป็นคนหน้างาน โครงการนี้เข้าสู่เฟส5แล้ว โดยเมื่อเช่าห้องแล้วหางานให้ทำ มักเป็นงานที่เหมาะกับสมกับสภาพ เช่น ต่อคิวซื้อของ หรือต่อคิวจองบัตรคอนเสิร์ต เป็นต้น

7. มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย (มพศ.)

มีกิจกรรมเอกลักษณ์คือ “เดินกาแฟ” ซึ่งเป็นชื่อที่ได้มากญี่ปุ่นที่มีอาสาสมัครเดินแจกกาแฟให้คนไร้บ้าน มีกิจกรรมเดินกาแฟหลายที่ เช่น หัวลำโพงทุกวันที่27ของเดือน ท่าน้ำนนท์

กลุ่มนี้แก้ปัญหาโดยการใช้ shelter นำ แล้วนำไปสู่สิ่งอื่นๆ Shelter ของตัวเองในกทม.ชื่อศูนย์คนไร้บ้านสุวิทย์ วัดหนู “บ้านบางกอกน้อย” และที่ปทุมธานี

8. อ.บุญเลิศ วิเศษปรีชา

อาจารย์คณะมนุษยศาสตร์ ม.ธรรมศาสตร์ นักวิชาการผู้เบิกวงการคนไร้บ้าน ด้วยการลงไปเป็นคนไร้บ้าน และเขียนหนังสือชื่อ “โลกของคนไร้บ้าน” ปี พ.ศ.2546

9. กลุ่มสุขภาวะข้างถนน

ก่อตั้งโดยกลุ่มแพทย์และนักดนตรีบำบัด เมื่อปี 2564 ทำงานเรื่องสุขภาพของคนไร้บ้าน ปัจจุบันกลุ่มสุขภาวะข้างถนนมี mobile clinic ที่ตรอกสาเกทุกอังคารที่ 2 และ 4 ของเดือน เวลา 17.00-18.00 และอังคารที่ 4 ของ เดือนมีสปสช.ไปให้บริการเพื่อย้ายสิทธิให้คนไข้ด้วย โดยตรวจสุขภาพและจ่ายยาเสร็จแล้วจะเดินตระเวนดูเคสคนไร้บ้านในบริเวณใกล้เคียง และมีโครงการดนตรีบำบัดตามท้องถนนเป็นประจำทุกสัปดาห์

ปัจจุบันมีสถานที่นำร่องทำห้องพักฟื้นฟูสมรรถภาพคนไร้บ้าน (Medical respite care) โดยทำงานร่วมกับเอ็นจีโอคนไร้บ้าน รพ.กลาง และบุคลากรทางแพทย์ในพื้นที่ (กรณีบุญนำ)

10. ทีมสาธารณสุข รพ.กลาง รพ.ตากสิน ศบส.1และ9 กาชาด2 คลินิกสุรัตน์1บาท

ทีมวัณโรคโรงพยาบาลกลางมีพี่นก “พยาบาลสายลุย” มีกลุ่มไลน์ที่มี NGO หลายฝ่ายมาช่วยประสานเรื่องเคสวัณโรค แต่ละหน่วยงานมี story เกี่ยวกับคนไร้บ้าน

11. พม. / กรมพัฒนาสังคมกทม.

พม. มีสายตรง 1300 สำหรับคนไร้บ้าน ถ้ามีคนแจ้ง. เคสจะถูกจ่ายให้กรมต่างๆ ในกระทรวงฯ เป็นเจ้าภาพ (มี5กรม) กรมที่ดูแลคนไร้บ้านคือกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ บางทีมีการทับซ้อนกัน เช่นคนไร้บ้านสูงอายุ อาจประสานไปที่กรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ (พส.) เป็นหน่วยงานหลักที่ขับเคลื่อน พ.ร.บ.คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 มีการดำเนินในด้านที่พักอาศัยชั่วคราว บ้านมิตรไมตรี ให้บริการปัจจัย 4 แก่คนไร้ที่พึ่ง มีการช่วยเหลือประสานสืบหาข้อมูลทางทะเบียน ซึ่งหากเป็นบุคคลสัญชาติไทย ช่วยประสานสืบค้นข้อมูลเอกสาร เพื่อคืนสิทธิความเป็นคนไทย และหากข้อมูลไม่เพียงพอ จะประสานกรมการปกครอง กระทรวงมหาดไทย เพื่อยื่นทำประวัติทะเบียนในการรับสิทธิด้านต่างๆ ตามหลักสิทธิมนุษยชน

ศูนย์คนไร้ที่พึ่ง และสถานสงเคราะห์ของพม.มีบทบาทหน้าที่การทำงานแตกต่างกัน

12. หน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน 1669,1646

ถูกเรียกไปรับเคสคนไร้บ้านจำนวนมาก และเจอเคสที่ป่วยหนักหลายราย

13. ตำรวจ

กระจกเงามักประสานกับผู้กำกับสถานีนั้นๆ โดยตรงโดยใช้หลักพรบ.จิตเวชว่าหากพบผู้ป่วยจิตเวทไร้บ้าน เป็นหน้าที่ของตำรวจในการบังคับรักษา

หมายเหตุ: หมอจ๊อบเป็นผู้ให้ข้อมูล

ภาคผนวก 2

ตัวอย่าง คำถามในการทำ ACP เพื่อให้คนไร้บ้านเข้าใจได้ง่าย

ในการทดสอบนำร่องการทำ ACP ในผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดเลือกจำนวน 350 คน มีได้ปรับเปลี่ยนภาษาเพื่อเพิ่มความเข้าใจในกลุ่มประชากรไร้บ้านสูงอายุดังนี้

1. ตัวแทนที่มีศักยภาพ: “มีคนที่คุณไว้วางใจให้ตัดสินใจทางการแพทย์ให้คุณในกรณีที่คุณป่วยเกินกว่าจะตัดสินใจด้วยตัวเองหรือไม่”
2. การไตร่ตรองเกี่ยวกับ ACP: "คุณเคยคิดบ้างไหมว่าคุณต้องการการรักษาแบบใดในกรณีที่คุณป่วยหนัก"
3. การสนทนา ACP: "คุณเคยพูดถึงความปรารถนาของคุณกับใครบ้าง" (ไม่มีใคร; เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (แพทย์, ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล, ผู้ช่วยแพทย์ หรือพยาบาล), นักสังคมสงเคราะห์, สมาชิกในครอบครัว, เพื่อน, อื่นๆ)
4. การแต่งตั้งตัวแทนอย่างเป็นทางการ: “คุณได้เตรียมการอย่างเป็นทางการเพื่อเสนอชื่อคนที่คุณไว้วางใจ แต่งตั้ง การตัดสินใจทางการแพทย์สำหรับคุณในกรณีที่คุณป่วยเกินกว่าจะตัดสินใจได้เอง?”
5. การเสร็จสิ้น ACP: “คุณได้ลงนามในเอกสารอย่างเป็นทางการเกี่ยวกับความปรารถนาของคุณสำหรับการรักษาพยาบาลในกรณีที่คุณไม่สามารถสื่อสารได้ด้วยตัวเองเพราะคุณป่วยเกินไปหรือไม่”

เพื่อลดภาระของผู้เข้าร่วม ให้ข้ามคำถามเกี่ยวกับตัวแทนอย่างเป็นทางการหรือเอกสารคำสั่งล่วงหน้า หากผู้เข้าร่วมบอกว่าพวกเขาไม่มีตัวแทนหรือไม่ได้คิดเกี่ยวกับ ACP เนื่องจาก ACP เป็นกระบวนการที่มีผลลัพธ์ 2 ส่วน คือ 1.การอภิปราย ACP ซึ่งหมายถึงการหารือเกี่ยวกับความปรารถนาของ ACP กับใครก็ตาม และเอกสาร ACP อย่างเป็นทางการ ซึ่งหมายถึงการแต่งตั้งตัวแทนอย่างเป็นทางการหรือเสร็จสิ้นคำสั่งล่วงหน้า

ที่มา การวางแผนการดูแลล่วงหน้าในผู้สูงอายุที่มีประสบการณ์และไร้ที่อยู่อาศัย: ผลลัพธ์จากการศึกษาของ HOPE-HOME