

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่ง:
โครงการนำร่องของสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ
The Role of Nurse Practitioners in Primary Health Care Services
for Homeless Persons: A Pilot Project
of Thai Red Cross Health Station No. 2 (Sukumal Anamai) Bangkok

ศิริลักษณ์ พิทักษ์วงศาภรณ์*
Sirilak Pitakwongsaporn*

บทคัดย่อ

คนไร้ที่พึ่งเป็นบุคคลไร้ที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ อยู่ในสภาวะยากลำบาก ไม่อาจพึ่งพาบุคคลอื่นได้ และออกมาใช้ชีวิตเร่ร่อนหรืออาศัยสถานที่สาธารณะเป็นที่พักนอนชั่วคราว ภาวะไร้ที่พำนักนอกจากจะเป็นปัญหาส่วนบุคคลของคนไร้ที่พึ่งแล้วยังส่งผลกระทบต่อทางสังคม เศรษฐกิจ การสาธารณสุข และภาวะจิตใจของผู้คนในชุมชนอีกด้วย ทั้งนี้กรุงเทพมหานครเป็นจังหวัดซึ่งมีจำนวนคนไร้ที่พึ่งมากที่สุด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้น

การดูแลกลุ่มคนไร้ที่พึ่งในกรุงเทพมหานคร เป็นการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ จิตอาสา และสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ ที่มีภารกิจเพิ่มการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิของคนไร้ที่พึ่ง ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้สำรวจ รวบรวม และจัดระบบข้อมูล ผู้ให้การดูแลสุขภาพอนามัย ผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ ผู้ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำปรึกษา และผู้สร้างงานวิชาการและสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่งและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่ง รวมทั้งโครงการนำร่องในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของผู้ที่สนใจในการแก้ไขปัญหา และการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนไร้ที่พึ่งต่อไป

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล คนไร้ที่พึ่ง การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ โครงการนำร่อง

Received: June 11, 2024

Revised: August 26, 2024

Accepted: August 28, 2024

* หัวหน้าสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10200. E-mail: punpun7799@gmail.com

* Head of Thai Red Cross Health Station No. 2 (Sukumal Anamai) Bangkok, Relief and Community Health Bureau, The Thai Red Cross Society, Bangkok, Thailand 10200. E-mail: punpun7799@gmail.com

Abstract

Homeless persons are those without a permanent residence or sufficient income. They exist in a state of hardship, are unable to rely on others, and resort to a transient lifestyle or use public places as temporary sleeping accommodations. Homelessness is not only a personal problem for homeless persons but also impacts society, the economy, public health, and the mental state of people in the community. Bangkok is the province of Thailand with the largest number of homeless persons, and this number is likely to increase in the future.

Care for homeless persons in Bangkok is a collaborative effort between the government, private sector, foundations, and volunteers. The Thai Red Cross Health Station No. 2 (Sukumal Anamai) in Bangkok provides access to primary health care services for homeless persons. Nurses have a key role in this process, as they are responsible for exploring, collecting and organizing data, providing healthcare, offering health education, advocating for their rights, promoting social support, coordinating services, providing counseling, and contributing to academic research and systematic knowledge.

This article aims to provide knowledge about homeless persons and the role of nurse practitioners in primary health care services for homeless persons; this includes a pilot project being implemented as an example that could lead to the development of operational guidelines for those interested in solving problems and promoting the quality of life for homeless persons.

Keywords: role of nurse, homeless persons, primary health care services, pilot project

บทนำ

คนไร้ที่พึ่งเป็นบุคคลไร้ที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ อยู่ในสภาวะยากลำบาก และไม่อาจพึ่งพาบุคคลอื่น¹ หลายคนจึงออกมาใช้ชีวิตและพักอาศัยตามสถานที่สาธารณะ ปัญหาคนไร้ที่พึ่งนี้เป็นปัญหาที่มีมานานในสังคมไทยและมีแนวโน้มที่จะทวีความรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะในกรุงเทพมหานคร² จากการศึกษาอัตราเพิ่มของจำนวนคนไร้ที่พึ่งในกรุงเทพมหานครระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2559 พบว่ามีจำนวนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.80 เป็น 3.50 และในช่วงปี พ.ศ. 2560 - 2562 อัตราเพิ่มของคนไร้ที่พึ่งสูงชันมากเป็นร้อยละ 5.10, 10 และ 10 ตามลำดับ ในการสำรวจคนไร้ที่พึ่งของประเทศไทยปี พ.ศ. 2566 พบคนไร้ที่พึ่งใน 75 จังหวัด จำนวน 2,499 ราย (เพิ่มขึ้นร้อยละ 33.78 จากปี พ.ศ. 2565) เป็นคนไร้ที่พึ่งในพื้นที่กรุงเทพมหานคร 1,271 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.86 ของคนไร้ที่พึ่งทั่วประเทศ³ เนื่องจากกรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่ที่มีตำแหน่งงานจำนวนมาก ผู้คนจึงย้ายถิ่นฐานจากต่างจังหวัดเพื่อเข้ามาหางานทำ แม้แต่คนไร้ที่พึ่งในต่างจังหวัดที่ต้องการมีชีวิตที่ดีขึ้นหรือมีอาชีพที่หลากหลายมากขึ้น ก็มักจะพยายามมาหางานทำในกรุงเทพมหานคร แต่ไม่สามารถหลุดพ้นจากภาวะเดิมของตน และกลายเป็นส่วนหนึ่งของคนไร้ที่พึ่งในกรุงเทพมหานครต่อไป⁴ นอกจากนี้ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาครอบครัว และความเป็นเมืองของกรุงเทพมหานคร ยังเป็นส่วนสำคัญในการทำให้ผู้ที่อาศัยในกรุงเทพมหานครเข้าสู่ภาวะไร้ที่พึ่งอีกด้วย^{5,6}

คนไร้ที่พึ่งในหลายประเทศ รวมทั้งในประเทศไทย มีความคล้ายคลึงกันหลายประการ^{2,3,6,7} ส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงและมีเพียงเล็กน้อยที่เป็นคนหลากหลายทางเพศ มีอายุ 25 ปีขึ้นไปและส่วนใหญ่อยู่ในวัยกลางคน ระดับการศึกษาต่ำกว่ามัธยมศึกษาและมีบางส่วนไม่เคยได้รับการศึกษาในระบบ คนไร้ที่พึ่งอายุน้อยมีแนวโน้มที่จะมีระดับการศึกษาสูงกว่าผู้ที่อายุมาก สถานภาพการสมรสส่วนใหญ่เป็นคนโสด ในด้านการมีงานทำ พบว่า คนไร้ที่พึ่งจำนวนมากมีงานทำ บางคนมี 2 - 3 งาน เพียงแต่รายได้ไม่เพียงพอในการดำเนินชีวิตอย่างเหมาะสม สำหรับสถานที่พักพิงนั้น คนไร้ที่พึ่งมักใช้ชีวิตตามสถานที่สาธารณะ เช่น บาทวิถี สถานีขนส่ง สวนสาธารณะ ใต้สะพาน ลานเอนกประสงค์ ตลาดสด ส่วนใหญ่มีสถานที่พักอาศัยประจำของตนเอง บางคนอาจเข้าพักในศูนย์พักพิงของหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ เช่น บ้านอิมใจ แต่มีการพักอาศัยหรือใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะไปพร้อมกันด้วย⁸

เมื่อเป็นคนไร้ที่พึ่งและพักอาศัยตามสถานที่สาธารณะย่อมประสบปัญหามากมายในการดำรงชีวิต เช่น ไม่มีห้องน้ำ ไม่มีที่ซักล้าง ไม่มีที่นอน ไม่มีที่พักผ่อนยามเจ็บป่วย ถูกคุกคาม ถูกล่วงละเมิด และมีความเสี่ยงต่อความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน คนไร้ที่พึ่งบางคนไม่มีบัตรประชาชนจึงไม่สามารถเข้าถึงการบริการขั้นพื้นฐานและสวัสดิการของรัฐ เช่น บริการด้านการแพทย์และการศึกษา สวัสดิการของผู้สูงอายุและคนพิการ นอกจากนี้ยังขาดโอกาสทางสังคม ถูกปฏิเสธการจ้างงาน ถูกขับไล่จากพื้นที่สาธารณะ และถูกมองว่าเป็นปัญหาสังคมหรือภัยสังคม เพราะเป็นคนยากจน ไม่มีแหล่งอาศัยที่แน่นอน จึงมีแนวโน้มที่จะเป็นอาชญากร^{4,9}

ภาวะไร้ที่พึ่งนี้นอกจากจะเป็นปัญหาส่วนบุคคลของคนไร้ที่พึ่งแล้วยังส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และการสาธารณสุข รวมทั้งส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจของผู้คนในชุมชนด้วย ในด้านสังคมการไร้ที่พึ่งก่อให้เกิดปัญหาความเป็นระเบียบของสังคม ปัญหาความตึงเครียดในการจัดสรรทรัพยากร การตั้งทรัพยากรจำนวนมากไปใช้ในการดูแลคนไร้ที่พึ่งจะส่งผลกระทบต่อบริการบุคคลทั่วไปด้วย ปัญหาความสามัคคีในชุมชน ผู้คนในชุมชนรู้สึกไม่มั่นคงและไม่ค่อยเต็มใจที่จะมีปฏิสัมพันธ์หรือช่วยเหลือกันและกัน ในด้านเศรษฐกิจกำลังการผลิตของประเทศลดลง อัตราการเกิดอาชญากรรมที่เพิ่มขึ้นส่งผลให้มีต้นทุนในกระบวนการยุติธรรมสูงขึ้น รวมทั้งก่อให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจทั้งทางตรงและทางอ้อมอีกหลายประการ ในด้านการสาธารณสุข การไร้ที่พึ่งมักนำไปสู่ปัญหาสุขภาพมากมายที่ต้องได้รับการดูแลซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูง การให้บริการด้านสุขภาพในชุมชนต้องมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองปัญหาเหล่านี้ในขณะที่อาจจะไม่มีโครงสร้างพื้นฐานเพียงพอ นอกจากนี้ การไร้ที่พึ่งยังส่งผลกระทบต่อทางจิตวิทยาที่ขยายไปทั่วชุมชน จากความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยส่วนบุคคลไปจนถึงความวิตกกังวลในวงกว้างเกี่ยวกับสวัสดิภาพทางสังคมที่เปราะบาง ปัญหาคนไร้ที่พึ่งในสังคมจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ต้องการความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในการแก้ไข เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของคนไร้ที่พึ่งและคนในสังคมโดยรวม^{10,11}

สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย มีภารกิจหลักในการช่วยเหลือผู้ประสบภัยอย่างครบวงจร รวมทั้งการบรรเทาทุกข์ผู้ด้อยโอกาส เช่น คนไร้ที่พึ่ง ตลอดจนการประชานามัยพิทักษ์ เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้มั่นคง ทัดเทียม และยั่งยืน นอกจากนี้ยังได้ปฏิบัติการกิจที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์สภากาชาดไทยในด้านการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นเลิศและครบวงจร ผ่านทางสถานีกาชาด 14 แห่ง สำหรับสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมลออนามัย) กรุงเทพฯ มีภารกิจให้การดูแลด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในพื้นที่เขตพระนคร กรุงเทพมหานคร และจังหวัดนครปฐม อย่างไรก็ตาม สถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมลออนามัย) กรุงเทพฯ ยังไม่เคยดำเนินโครงการเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่งโดยเฉพาะ ในขณะที่

คนไร้ที่พึ่งในสถานที่สาธารณะบริเวณใกล้เคียงกับที่ตั้งสถานีกาชาดมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น และมีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับบริการด้านสุขภาพ

พยาบาลเวชปฏิบัติของสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ ได้ตระหนักถึงปัญหาการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของคนไร้ที่พึ่งในกรุงเทพมหานคร และยังไม่มีโครงการที่เข้าร่วมกับหน่วยงานในเขตกรุงเทพมหานคร จึงได้จัดทำโครงการนำร่องเพื่อให้การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับกลุ่มคนไร้ที่พึ่งด้วยการบูรณาการการทำงานร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ และจิตอาสาที่เกี่ยวข้องในการดูแลกลุ่มคนไร้ที่พึ่ง ซึ่งจะส่งผลต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไร้ที่พึ่งให้ดีขึ้น

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะนำเสนอความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่งและบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่ง รวมทั้งโครงการนำร่องในการปฏิบัติงาน เพื่อเป็นกรณีตัวอย่างและนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานของผู้ที่สนใจในการแก้ไขปัญหาและในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของคนไร้ที่พึ่งต่อไป

ความหมายของคนไร้ที่พึ่ง

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 ระบุว่า คนไร้ที่พึ่ง หมายถึง บุคคลซึ่งไร้ที่อยู่อาศัยและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และให้รวมถึงบุคคลที่อยู่ในสภาวะยากลำบากและไม่อาจพึ่งพาบุคคลอื่นได้¹ และในประกาศคณะกรรมการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งได้กำหนดประเภทหรือลักษณะของบุคคลที่อยู่ในสภาวะยากลำบากและไม่อาจพึ่งพาบุคคลอื่นได้ไว้ดังนี้¹ (1) บุคคลที่ประสบความเดือดร้อน หมายถึง บุคคลที่มีความยากลำบากในการดำรงชีพ (2) คนเร่ร่อน หมายถึง บุคคลที่ออกมาจากที่พักอาศัยเดิมมาอยู่ในที่สาธารณะ (3) บุคคลซึ่งอาศัยที่สาธารณะเป็นที่พักนอนชั่วคราว หมายถึง บุคคลที่มาทำภารกิจบางอย่างและไม่มีที่พักอาศัย ไม่มีเงินเช่าที่พัก (4) บุคคลที่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร แต่ยังไม่ได้รับสัญชาติ หมายถึง บุคคลที่ถูกบันทึกทางทะเบียนราษฎรของรัฐใดรัฐหนึ่ง แต่ไม่ได้รับการรับรองในสถานะคนสัญชาติโดยรัฐนั้นหรือรัฐอื่นใด ที่ประสบปัญหาการดำรงชีพ (5) บุคคลไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎร หมายถึง คนไร้รัฐซึ่งอาจจะเป็นคนที่เกิดในประเทศไทยหรือนอกประเทศไทยก็ได้ แต่มีเหตุทำให้ไม่มีสถานะทางทะเบียนราษฎรที่ประสบปัญหาการดำรงชีพ

การบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่งของสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ ได้มุ่งเน้นไปที่ประเภทหรือลักษณะของบุคคลตามข้อ (2) และ (3) ในประกาศคณะกรรมการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ซึ่งบางหน่วยงานอาจเรียกบุคคลกลุ่มนี้ว่า คนไร้บ้าน อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนวรรณกรรมและประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน พบว่า บางคนในกลุ่มนี้มีบ้านหรือที่พักอาศัยที่สามารถกลับไปได้เสมอ แต่สมัครใจมาอยู่ในสถานที่สาธารณะ นอกจากนี้ บุคคลกลุ่มนี้มักไม่ต้องการให้เรียกว่าคนเร่ร่อนหรือคนจรจัด เนื่องจากฟังดูเหมือนช่างเร่ร่อนหรือสุนัขจรจัด⁴ พยาบาลเวชปฏิบัติของสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ จึงเรียกบุคคลกลุ่มนี้ว่า คนไร้ที่พึ่ง

ดังนั้น ความหมายของคนไร้ที่พึ่งในบทความนี้ คือ บุคคลไร้ที่อยู่อาศัย ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ อยู่ในสภาวะยากลำบาก ไม่อาจพึ่งพาบุคคลอื่นได้ และออกมาใช้ชีวิตเร่ร่อนหรืออาศัยสถานที่สาธารณะเป็นที่พักนอนชั่วคราว^{1,4}

สาเหตุของการเป็นคนไร้ที่พึ่ง

การเป็นคนไร้ที่พึ่งอาจเกิดจากสาเหตุหลากหลายที่ซับซ้อน จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่อาจระบุว่าเป็นเพราะสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง แต่อาจจำแนกออกเป็น^{2,10,12}

1. สาเหตุด้านครอบครัว เช่น ครอบครัวแตกแยก ความรุนแรงในครอบครัว การถูกขังขี้ไต้หรือถูกกีดกันจากครอบครัว
2. สาเหตุด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่าครองชีพที่สูงขึ้น รายได้ต่ำหรือไม่มีมั่นคง การไม่มีงานทำ
3. สาเหตุด้านสุขภาพ เช่น การมีโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยทางจิต การติดเชื้อ HIV การติดสุรา การติดสารเสพติด ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำและพลัดหลงจากบ้าน
4. สาเหตุจากภัยพิบัติทำลายทรัพย์สินหรือบ้านเรือน ส่งผลให้ไม่มีที่อยู่อาศัยหรือขาดรายได้
5. สาเหตุจากการไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เช่น กลุ่มผู้ต้องโทษที่ได้รับการปล่อยตัว กลุ่มคนหลากหลายทางเพศ ผู้อพยพหรือผู้ลี้ภัย
6. สาเหตุจากการขาดทักษะสังคมหรือทักษะอาชีพที่จำเป็นในการทำงาน รวมทั้งการมีทุนทางสังคมที่จำกัด
7. สาเหตุจากความพึงพอใจในชีวิตที่อิสระ

สำหรับในประเทศไทย ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหลัก และความเปราะบางของสถาบันครอบครัวหรือปัญหาครอบครัวเป็นสาเหตุร่วมที่พบมากในคนไร้ที่พึ่ง⁸ การมีรายได้เพิ่มขึ้น ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว การมีกรรมสิทธิ์ในที่อยู่อาศัย การมีสถานะทางกฎหมายหรือมีบัตรประจำตัวประชาชน การเข้าถึงสวัสดิการผู้สูงอายุและคนพิการ การมีสิทธิในการรักษาพยาบาล เช่น สิทธิบัตรทอง และการมีทักษะการสื่อสารที่ดี ช่วยลดโอกาสที่กลุ่มเปราะบางจะกลายมาเป็นคนไร้ที่พึ่งลง ในขณะที่การพักอาศัยอยู่ตามลำพัง ความพิการและการดื่มสุรา จะเพิ่มโอกาสในการเป็นคนไร้ที่พึ่งมากขึ้น นอกจากนี้ผู้ชายมีโอกาสเป็นคนไร้ที่พึ่งมากกว่าผู้หญิง และความเป็นเมืองเป็นตัวกระตุ้นสำคัญในการเพิ่มความเสี่ยงที่จะเข้าสู่ภาวะไร้ที่พึ่งอีกด้วย^{5,6}

ประเด็นปัญหาเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่ง

นอกจากการไม่มีที่พักอาศัยอย่างเหมาะสมจะทำให้คนไร้ที่พึ่งมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันแล้ว ภาวะไร้ที่พึ่งยังก่อให้เกิดประเด็นปัญหาบางประการที่บุคคลต้องเผชิญ ซึ่งพยาบาลที่ให้บริการสุขภาพสำหรับคนไร้ที่พึ่ง และผู้ที่ดำเนินงานเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่ง ควรคำนึงถึงปัญหาเหล่านี้ประกอบไปด้วยเสมอในการปฏิบัติงาน

ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของคนไร้ที่พึ่ง

คนไร้ที่พึ่งมักมีปัญหาด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต และพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพสูงกว่าประชากรทั่วไป รวมทั้งมีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรและการแก่กว่าวัยสูงกว่าด้วย^{11,12} ปัญหาด้านสุขภาพเหล่านี้ อาจจำแนกเป็น 1) ปัญหาที่มีส่วนทำให้เข้าสู่ภาวะไร้ที่พึ่ง เช่น ความเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะโรคจิตเภท ความพิการ โรคเรื้อรัง 2) ปัญหาที่รุนแรงขึ้นจากภาวะไร้ที่พึ่ง เช่น โรคผิวหนัง โรคระบบทางเดินหายใจ โรคติดต่อต่าง ๆ ภาวะทุพโภชนาการ และ 3) ปัญหาที่การดูแลรักษาเป็นไปได้ยากขึ้นจากภาวะไร้ที่พึ่ง เช่น โรคซึมเศร้า โรคพิษสุราเรื้อรัง โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเกือบทุกชนิด^{7,13} โดยปัญหาสุขภาพของคนไร้ที่พึ่งมักเป็นการผสมผสานที่ซับซ้อนระหว่างปัญหาสุขภาพกาย สุขภาพจิต การใช้สารเสพติด และปัญหาการใช้ชีวิตในสังคม¹²

จากการศึกษาภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของคนไร้ที่พึ่งในพื้นที่สาธารณะของกรุงเทพมหานคร¹⁴ พบว่า 1) ด้านสุขภาพกาย คนไร้ที่พึ่ง ร้อยละ 3.52 มีความพิการที่เห็นได้ชัด โดยเกือบทั้งหมดเป็นความพิการที่เกิดจากการสูญเสียอวัยวะ (แขนหรือขา) และมีบางส่วนเป็นความพิการด้านการได้ยินหรือการมองเห็น ร้อยละ 11.94 เป็นผู้ติดสุราที่เห็นได้ชัด โดยวัยแรงงานมีสัดส่วนสูงที่สุด (ร้อยละ 17) และร้อยละ 31 มีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาในสถานพยาบาลอย่างต่อเนื่อง โดยเกือบทั้งหมดเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง หอบหืด ภูมิแพ้ โรคหัวใจ 2) ด้านสุขภาพจิต คนไร้ที่พึ่ง ร้อยละ 9.64 มีปัญหาสุขภาพจิตที่เห็นได้ชัด และ 3) พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ คนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่สูบบุหรี่หรือยาเส้น และดื่มสุราเป็นประจำ (ร้อยละ 55 และ 41 ตามลำดับ)

ปัญหาการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคมของคนไร้ที่พึ่ง

การเข้าถึงสวัสดิการสังคมหรือสิทธิขั้นพื้นฐานของคนไร้ที่พึ่ง เช่น หลักประกันสุขภาพของรัฐ สวัสดิการผู้สูงอายุและคนพิการ มักเกิดจากสาเหตุหลัก 2 ประการ^{15,16} ได้แก่ 1) การไม่มีความรู้ในเรื่องสิทธิของตน แม้จะมีสิทธิทางทะเบียนเช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่การออกมาใช้ชีวิตในสถานที่สาธารณะทำให้ไม่ได้ศึกษาหรือขาดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องสิทธิของตน อย่างไรก็ตาม คนไร้ที่พึ่งบางส่วนมีความรู้ในเรื่องสิทธิของตนอยู่บ้าง แต่อาจกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายที่คิดว่าตนไม่สามารถจ่ายได้ จึงปฏิเสธการเข้าถึงสิทธิ 2) การไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน หรือเอกสารยืนยันตัวตนทางทะเบียน คนไร้ที่พึ่งบางคนไม่เคยมีบัตรประจำตัวประชาชนเลย บางคนเคยมีแต่ไม่ได้ไปต่ออายุบัตรประจำตัวประชาชน จนขาดการติดต่อในระบบทะเบียนราษฎร บางคนถูกขโมยทรัพย์สินจนหมดทำให้ไม่มีเอกสารไปยืนยันตัวตนกับทางราชการ เพื่อขอทำบัตรประจำตัวประชาชนใหม่ ยิ่งไปกว่านั้นบางคนอาจถูกบุคคลอื่นนำชื่อไปสวมสิทธิแล้ว

ปัญหาความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงของคนในสังคมที่มีต่อคนไร้ที่พึ่ง

ความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงนี้มักส่งผลให้เกิดการลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์และการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อคนไร้ที่พึ่ง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้คนไร้ที่พึ่งอาจถูกกีดกันจากสังคม ในการศึกษาความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่งในประเทศไทย รวมทั้งในหลายประเทศ พบความเชื่อที่ถูกผลิตซ้ำอย่างมากและควรมีการทำความเข้าใจให้ถูกต้อง^{9,12,14} ได้แก่ 1) คนไร้ที่พึ่ง คือ คนป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ในความเป็นจริง คือ คนไร้ที่พึ่งจำนวนไม่มากนัก (ร้อยละ 3.9) ที่ทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย 2) คนไร้ที่พึ่งไม่ใช่คนไทย ในความเป็นจริง คือ คนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 96.5) เป็นคนไทย มีเพียงส่วนน้อยที่เป็นชาวต่างชาติ 3) คนไร้ที่พึ่งเป็นคนไม่มีรากเหง้า ไม่มีบ้าน ไม่มีครอบครัว ในความเป็นจริง คือ คนไร้ที่พึ่ง ร้อยละ 68 - 72 มีครอบครัวหรือมีที่พักพิง แต่กลับไปไม่ได้หรือไม่อยากกลับไป 4) คนไร้ที่พึ่งเป็นคนไม่มีศักยภาพ ในความเป็นจริง คือ คนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่ (ร้อยละ 74 - 91) มีทักษะอาชีพต่าง ๆ มาก่อนเข้าสู่ภาวะไร้ที่พึ่งหลายคนสามารถเขียนหนังสือได้คล่องแคล่ว 5) คนไร้ที่พึ่งเกียจคร้านและไม่ทำงาน ในความเป็นจริง คือ คนไร้ที่พึ่งส่วนมากไม่ได้ขี้เกียจ มีการทำงานและหารายได้เพื่อการยังชีพ แต่รายได้ไม่เพียงพอต่อการยังชีพในแต่ละวัน 6) ภาวะเศรษฐกิจเป็นสาเหตุเพียงอย่างเดียวที่ทำให้เป็นคนไร้ที่พึ่ง ในความเป็นจริง คือ การเป็นคนไร้ที่พึ่งเกิดจากสาเหตุหลายประการ เช่น ปัญหาครอบครัว การถูกกีดกันจากสังคม 7) คนไร้ที่พึ่งเป็นคนอันตราย เสี่ยงต่ออาชญากรรม ในความเป็นจริง คือ คนไร้ที่พึ่งเป็นเหยื่อของอาชญากรรม (ร้อยละ 33) มากกว่าเป็นผู้กระทำ 8) คนไร้ที่พึ่งต้องการเพียงบ้านและอาชีพ ในความเป็นจริง คือ คนไร้ที่พึ่งโดยรวมมี

ความต้องการที่หลากหลาย เช่น ร้อยละ 28 ต้องการอาหาร ร้อยละ 19 ต้องการสวัสดิการรักษายาพยาบาล ร้อยละ 16 ต้องการเสื้อผ้า

โครงการนำร่องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่ง

เขตพระนครเป็นเขตที่มีจำนวนคนไร้ที่พึ่งมากเป็นลำดับแรกของกรุงเทพมหานครอย่างต่อเนื่องมานานหลายปี² โดยเฉพาะบริเวณสนามหลวงเป็นสถานที่ซึ่งเคยเป็นแหล่งพักค้างคืนของคนไร้ที่พึ่งจำนวนมาก ภายหลังมีการปรับปรุงภูมิทัศน์ของพื้นที่สนามหลวงและไม่อนุญาตให้เข้าไปพักค้างคืน แต่คนไร้ที่พึ่งจำนวนมากยังคงพักค้างคืนบริเวณใกล้เคียงโดยรอบสนามหลวง คนไร้ที่พึ่งเหล่านี้มีเพียงส่วนน้อยที่ได้รับบริการด้านสุขภาพ เนื่องจากบางคนไม่รู้จักรับบริการ บางคนไม่มีเวลา และบางคนไม่ไว้วางใจในการบริการด้านสุขภาพหรือให้ความสำคัญกับความต้องการอื่นมากกว่าการดูแลสุขภาพ¹⁷ แม้จะมีหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ และจิตอาสา ทำงานร่วมกันในการดูแลคนไร้ที่พึ่ง แต่ยังคงขาดการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิอย่างเป็นระบบสำหรับคนไร้ที่พึ่ง ดังนั้น พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ จึงดำเนินการกิจในการดูแลด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่ประชาชนในพื้นที่เขตพระนครให้สอดคล้องกับภารกิจหลักของสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย โดยการจัดทำโครงการนำร่องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของโครงการฯ

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลของคนไร้ที่พึ่งซึ่งเข้ามารับบริการด้านสุขภาพทั้งในและนอกสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ
2. เพื่อให้คนไร้ที่พึ่งในเขตพระนครได้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิ
3. เพื่อพัฒนารูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับคนไร้ที่พึ่ง
4. เพื่อบูรณาการการทำงานร่วมกันในการดูแลคนไร้ที่พึ่งระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ และจิตอาสา

แนวทางการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในโครงการฯ

แนวทางการดำเนินงานของพยาบาลเวชปฏิบัติในโครงการนำร่องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่ง ประกอบด้วยขั้นตอนดังนี้

1. การลงพื้นที่ สํารวจ และรวบรวมข้อมูลสภาพปัญหาคนไร้ที่พึ่ง ในบริเวณใกล้เคียงโดยรอบสนามหลวง บริเวณตรอกสาเก บริเวณถนนราชดำเนินกลางทั้งสองฝั่ง ริมถนนอัษฎางค์ ถนนบุญศิริ ถนนบูรณศาสตร์ บริเวณพระแม่ธรณีบีบมวยผมจนถึงศาลฎีกา สวนหย่อมเจดีย์ขาว บริเวณใกล้พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ และบริเวณใต้สะพานสมเด็จพระปิ่นเกล้า (ฝั่งพระนคร) โดยนำเทคโนโลยีระบุตัวตนด้วยการวิเคราะห์รูปแบบลายม่านตาและหลอดเลือดจอประสาทตา (iris scan) มาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วย

ภายหลังการสำรวจได้นำข้อมูลที่เก็บรวบรวมกลับมาพัฒนาเป็นข้อมูลคนไร้ที่พึ่ง ผู้ด้อยโอกาสกลุ่มเปราะบาง เพื่อใช้ในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ โดยสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ ได้จัดทำฐานข้อมูลแยกสิทธิ ประวัติการรักษา และเก็บรวบรวมข้อมูลในแบบฟอร์ม Microsoft Excel เพื่อให้การรวบรวมผลการปฏิบัติงานได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ และทำให้มีข้อมูลการให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบาง นำไปสู่การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ในรายงานประจำปี และในปีงบประมาณ 2567 เริ่มดำเนินการตั้งค่าเป้าหมายการให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและกลุ่มเปราะบางในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ให้ชัดเจนยิ่งขึ้น

2. การวิเคราะห์ปัญหา วิเคราะห์เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล และความต้องการด้านต่าง ๆ ของคนไร้ที่พึ่ง รวมทั้งศึกษาและสอบถามข้อมูลขั้นตอนการทำงานของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ และจิตอาสา ที่ดำเนินงานด้านคนไร้ที่พึ่ง ได้แก่ สำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร ศูนย์บริการสาธารณสุข 1 สะพานมอญ ศูนย์บริการสาธารณสุข 9 ประชาธิปไตย สำนักงานเขตพระนคร มูลนิธิกระจกเงา มูลนิธิอิสรชน สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทีมแพทย์สุขภาพข้างถนน และคณะจิตอาสา พบปัญหา ดังนี้

2.1 ปัญหาสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพของคนไร้ที่พึ่ง ได้แก่ ปัญหาระบบทางเดินหายใจ ปัญหาปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปัญหาโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดัน เป็นต้น

2.2 ปัญหาการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานและสวัสดิการสังคมของคนไร้ที่พึ่ง ไม่สามารถใช้สิทธิการรักษา 30 บาทได้ เนื่องจากขาดบัตรประจำตัวประชาชน หรือข้ามเขตสิทธิการรักษา

3. การจัดระบบบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

3.1 การจัดให้มีระบบข้อมูลเวชระเบียนสำหรับคนไร้ที่พึ่ง เพื่อการเข้ารับบริการ จำแนกสิทธิเป็น 1) ผู้ป่วยไม่คิดค่าใช้จ่าย 2) ใส่เวชระเบียนในแฟ้มแยกประวัติเป็นกลุ่มคนไร้ที่พึ่ง 3) รับบริการตามขั้นตอนเช่นเดียวกับผู้ป่วยสิทธิอื่น ๆ

3.2 การสร้างภาคีเครือข่าย โดยการประสานงานและร่วมประชุม กำหนดการวางแผนการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ และจิตอาสา

3.3 การประชาสัมพันธ์ ดำเนินการประชาสัมพันธ์การให้บริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัยของสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ แก่คนไร้ที่พึ่งและภาคีเครือข่าย รวมทั้งประสานงานกับภาคีเครือข่ายในการส่งต่อคนไร้ที่พึ่งซึ่งเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ต้องได้รับการรักษาพยาบาลในระดับปฐมภูมิ เช่น การทำแผล การฉีดยา การรักษาที่ต่อเนื่องในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มารับบริการที่สถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ

3.4 การให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ แก่คนไร้ที่พึ่ง ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กรณี ดังนี้

3.4.1 การบริการในสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ มีกิจกรรมดังนี้

3.4.1.1 การให้การรักษาตามปัญหาสุขภาพ จากแพทย์อายุรกรรม ศัลยกรรมทั่วไป เวชศาสตร์ฟื้นฟู ทันตแพทย์

3.4.1.2 การให้บริการหัตถการ ได้แก่ ทำแผล ฉีดยาป้องกันบาดทะยัก ฉีดวัคซีนประเภทต่าง ๆ

3.4.1.3 การให้สุขศึกษาเป็นรายบุคคล ทั้งแบบเผชิญหน้าและผ่านระบบการแพทย์ทางไกล และรับส่งต่อผู้ป่วยจากกรณีบริการนอกสถานที่ ตลอดจนการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการให้คำปรึกษากรณีเร่งด่วน และสร้างความร่วมมือกับทีมแพทย์สุขภาพข้างถนนในการดูแลคนไร้ที่พึ่งที่ป่วยและต้องการการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในที่พักพิงชั่วคราว ถนนบูรณศาสตร์ เขตพระนคร จนได้กลับสู่ภูมิลำเนา

3.4.2 การบริการนอกสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ ประกอบด้วย

3.4.2.1 การให้บริการนอกสถานีกาชาดในหลายพื้นที่ ได้แก่ บริเวณใต้สะพานสมเด็จพระปิ่นเกล้า (ฝั่งพระนคร) บริเวณตรอกสาเก ถนนราชดำเนินกลางทั้งสองฝั่ง ริมนอนอัมรินทร์ ถนนบุญศิริ

ถนนบูรณศาสตร์ บริเวณพระแม่ธรณีบีบมวยผมจนถึงศาลฎีกา สวนหย่อมเจดีย์ขาว และบริเวณใกล้พิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ

3.4.2.2 การมอบถุงยังชีพของสำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย ภายหลังจากตรวจรักษาโดยแพทย์เบื้องต้น มีการนำจ่ายยารักษาโรคเรื้อรังในรายที่มีปัญหาในการไปรับยาที่สถานีกาชาดที่ 2

3.4.2.3 การจัดหน่วยบริการเชิงรุกและให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น การดูแลสุขภาพเบื้องต้น การดูแลแผลเท้าเบาหวาน การคัดกรองโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง การตรวจคัดกรองค้นหาผู้ที่มีปัญหาสายตาหรือโรคทางตา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพรายบุคคล

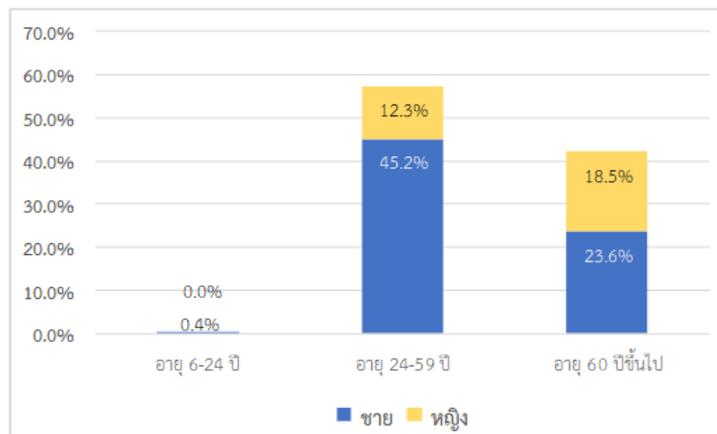
3.4.2.4 การตรวจรักษาซับซ้อนโดยแพทย์เฉพาะทาง ได้แก่ จักษุแพทย์ จากฝ่ายบริการทางการแพทย์ สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย คัดกรองการมองเห็น ความผิดปกติของตา ในรายที่คัดกรองพบความผิดปกติจะดำเนินการนัดหมายเพื่อมารับการรักษาที่สถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมลอนามัย) กรุงเทพฯ ส่วนผู้ที่มีปัญหาต่อกระจก มองเห็นไม่เกิน 1 ฟุต ประสานงานกับพยาบาลที่สถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม ในโครงการ 100 ปี 100 ดวงตา ผ่าตัดต่อกระจกเพื่อผู้ยากไร้ ส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการผ่าตัดต่อกระจก และการติดตามต่อเนื่อง

4. ผลการดำเนินงาน โครงการนำร่องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่งมีผลการดำเนินงาน ดังนี้

4.1 สามารถจัดทำเวชระเบียนเพื่อคนไร้ที่พึ่งได้ มีการจัดทำข้อมูล ทั้งด้านมิติ ข้อมูลทั่วไป โรค และการรักษา รวมทั้งการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง

4.2 มีการให้บริการดูแลสุขภาพอนามัยแก่คนไร้ที่พึ่ง ประกอบด้วย กิจกรรมการตรวจรักษา การคัดกรองสุขภาพ การพยาบาล การทำหัตถการเล็ก และการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 1,028 ครั้ง แบ่งเป็นการให้บริการในสถานีกาชาด จำนวน 82 ครั้ง (ร้อยละ 8) และการให้บริการนอกสถานีกาชาด จำนวน 946 ครั้ง (ร้อยละ 92) พบว่า

4.2.1 คนไร้ที่พึ่งที่รับบริการส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 69.2 และเพศหญิง ร้อยละ 30.8 ช่วงอายุของคนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่ คือ 24 - 59 ปี ร้อยละ 57.5 รองลงมา คือ 60 ปีขึ้นไป และ 6 - 24 ปี ร้อยละ 42.1 และ 0.4 ตามลำดับ ดังแสดงข้อมูลในแผนภูมิ 1



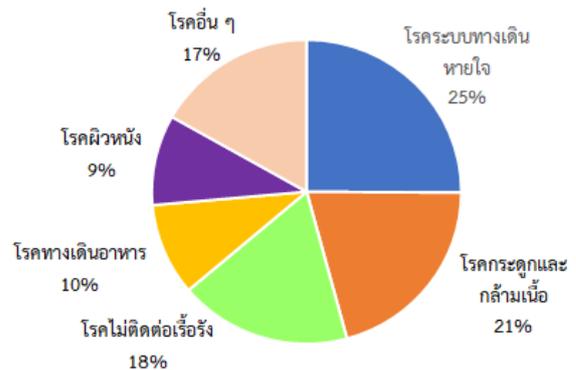
แผนภูมิ 1 จำนวนคนไร้ที่พึ่งที่รับบริการดูแลสุขภาพอนามัยจำแนกตามเพศและช่วงอายุ

เมื่อจำแนกตามแผนงานที่ให้บริการ พบว่า คนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่ได้รับการตรวจรักษา ร้อยละ 49 รองลงมา คือ การคัดกรองสุขภาพ การพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร้อยละ 43, 5 และ 3 ตามลำดับ ดังข้อมูลแสดงในแผนภูมิ 2

เมื่อจำแนกตามกลุ่มโรค พบว่า คนไร้ที่พึ่งส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรกระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 25 โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 21 โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 18 โรคทางเดินอาหาร ร้อยละ 10 โรคผิวหนัง ร้อยละ 9 และโรคอื่น ๆ ร้อยละ 17 ดังข้อมูลแสดงในแผนภูมิ 3



แผนภูมิ 2 จำนวนคนไร้ที่พึ่งที่รับบริการดูแลสุขภาพอนามัยจำแนกตามงานที่ให้บริการ



แผนภูมิ 3 จำนวนคนไร้ที่พึ่งที่รับบริการดูแลสุขภาพอนามัยจำแนกตามกลุ่มโรค

4.2.2 คนไร้ที่พึ่งที่ได้รับการคัดกรองค้นหาผู้ที่มีปัญหาสายตา ให้เข้ารับการตรวจรักษา ณ สถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ และส่งต่อผู้ที่มีปัญหาต่อกระจก มองเห็นไม่เกิน 1 ฟุต ให้ได้รับการผ่าตัดต่อกระจก ณ สถานีกาชาดที่ 11 วิเศษนิยม เพิ่มการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัย และการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของคนไร้ที่พึ่ง

4.2.3 คนไร้ที่พึ่งได้รับการติดตามเยี่ยมในกรณีที่จำเป็นต้องรับการรักษาต่อเนื่อง เช่น การดูแลแผลเท้าเบาหวาน จนแผลดีขึ้น

4.2.4 คนไร้ที่พึ่งได้รับการพิทักษ์สิทธิ มีการประสานงานเรื่องทำบัตรประจำตัวประชาชน ย้ายสิทธิเพื่อให้ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และส่งต่อเพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และสุขภาพอนามัย

4.2.5 คนไร้ที่พึ่งได้รู้จักและเข้ามาใช้บริการด้านสุขภาพอนามัยที่สถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ ในกรณีที่ต้องการได้รับการรักษาเบื้องต้น

4.3. การประชุมติดตามความก้าวหน้าและปรับปรุงการดำเนินงาน ดังนี้

4.3.1 การปรับเปลี่ยนการออกปฏิบัติงานเชิงรุก มีการใส่เสื้อกาชาดเพื่อสร้างความไว้วางใจ และมีการประสานความร่วมมือกับทีมแพทย์สุขภาวะข้างถนน ช่วยดูแลคนไร้ที่พึ่งที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง รวมถึงผู้ที่โรงพยาบาลส่งต่อ เพื่อการติดตามเยี่ยมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ณ ห้องพักพิงชั่วคราว

4.3.2 การปรับเปลี่ยนการนำระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) มาใช้ในการให้คำปรึกษากรณีเร่งด่วนและการลงติดตามอย่างต่อเนื่อง การนำยาไปให้ในรายที่คัดกรองแล้วมีปัญหาโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถมารับยาที่สถานีกาชาดได้

4.3.3 การปรับเปลี่ยนรูปแบบการเก็บรวบรวมข้อมูลการให้บริการคนไร้ที่พึ่งของสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ โดยจัดทำเป็นแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลใน Microsoft Excel เพื่อสะดวกในการรวบรวมผลการปฏิบัติงาน และการวางแผนปรับเปลี่ยนงานหลักประกันสุขภาพทั่วหน้าเป็นรูปแบบโมเดล 5 สำหรับรองรับการย้ายสิทธิของคนไร้ที่พึ่งมาใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าของสถานีกาชาดที่ 2 (สุขุมาลอนามัย) กรุงเทพฯ เพื่อขออนุมัติเบิกค่าใช้จ่ายและส่งต่อตามสิทธิ

5. ข้อจำกัดในการดำเนินงาน

5.1 คนไร้ที่พึ่งตระหนักเพียงการเจ็บป่วยเฉพาะหน้า โดยไม่ตระหนักในเรื่องการคัดกรองโรคเบื้องต้น การป้องกันโรค การดูแลสุขภาพและสุขอนามัย และคนไร้ที่พึ่งที่ได้รับการคัดกรองพบโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน บางคนไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง

5.2 คนไร้ที่พึ่งบางคนไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนในการแสดงตัวตน จึงทำให้ไม่สามารถเบิกจ่ายเงินตามสิทธิการรักษา 30 บาทได้

5.3 ในการคัดกรองโรคพบปัญหาเร่งด่วนในการรักษา เช่น Severe Hypertension และต้องได้รับการรักษารวมทั้งต้องมีการใช้ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) ในการให้คำปรึกษา บางรายติดต่อไม่ได้

5.4 การเข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลมีความยากลำบาก ได้แก่ คนไร้ที่พึ่งขาดความไม่ไว้วางใจ และความไม่ปลอดภัยของผู้ปฏิบัติงาน และช่วงเวลาที่ยาบาลปฏิบัติงานมักเป็นเวลาที่คนไร้ที่พึ่งออกไปทำงาน เช่น เก็บของเก่า แต่จะมีการรวมตัวกันในตอนกลางคืน

5.5 ระบบการส่งต่อไม่สามารถส่งต่อโรงพยาบาลได้ในบางราย เนื่องจากที่อยู่จากบัตรประจำตัวประชาชนของคนไร้ที่พึ่งไม่ตรงสิทธิการรักษาในพื้นที่

6. ข้อเสนอแนะการนำไปประยุกต์ใช้

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ในสถานีกาชาดอื่น ๆ สามารถนำโครงการนำร่องการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสำหรับคนไร้ที่พึ่งได้

บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และพยาบาลที่ดูแลคนไร้ที่พึ่ง^{12,17,18} รวมทั้งจากประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน สรุปบทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับคนไร้ที่พึ่งได้ดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้สำรวจ รวบรวม และจัดระบบข้อมูล พยาบาลเป็นผู้วางแผนสำรวจ คัดกรองสุขภาพ และเก็บรวบรวมข้อมูลคนไร้ที่พึ่ง พร้อมทั้งจัดทำระบบและฐานข้อมูลสุขภาพที่จำเป็น ด้วยการเก็บรวบรวมประวัติทั่วไป ข้อมูลด้านสุขภาพ สิทธิและสวัสดิการสังคม เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อทำความเข้าใจคนไร้ที่พึ่ง หลังจากนั้นจึงจัดเก็บข้อมูลเหล่านี้อย่างเป็นระบบ เพื่อการนำมาใช้หรือนำมาวิเคราะห์ได้อย่างแม่นยำ สะดวก และรวดเร็ว เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร ประสานงาน วิเคราะห์ปัญหา วางแผน การจัดกิจกรรมซึ่งพยาบาลต้องสร้างความไว้วางใจ รับฟัง และทำความเข้าใจคนไร้ที่พึ่ง เนื่องจากบุคคลกลุ่มนี้มักไม่เปิดเผย

ข้อเท็จจริงของตนเอง ยอมรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างจำกัด และต้องการเป็นอิสระจากความคาดหวังของผู้อื่น^{2,4}

2. เป็นผู้ให้การดูแลสุขภาพอนามัยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทั้งในด้านการพยาบาล เช่น หัตถการ ทำแผล ฉีดวัคซีน การปรับแนวทางปฏิบัติงานให้เหมาะสมกับเพศ อายุ ชาติพันธุ์ ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ประวัติ ความเจ็บป่วย หรือบาดแผลในใจของคนไร้ที่พึ่ง¹⁹ และการให้บริการด้วยทัศนคติเชิงบวกต่อคนไร้ที่พึ่ง เนื่องจากคนไร้ที่พึ่งมักมีปัญหาที่หลากหลายและซับซ้อน เช่น ไม่ไว้วางใจในการบริการด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นเพราะความรู้สึกถูกตีตราจากผู้ให้บริการ ขะลอกการเข้ารับการรักษาจนกว่าอาการทางกายจะรุนแรง และเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้น้อย เพราะขาดแคลนเงินทอง เดินทางลำบาก ขาดความรู้เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพ ที่มีอยู่ พยาบาลต้องคำนึงถึงปัญหาเหล่านี้ เพื่อลดอุปสรรคในการดูแลสุขภาพอนามัยของคนไร้ที่พึ่งด้วย²⁰

3. เป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพ คนไร้ที่พึ่งมักมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่เสี่ยงและดูแลรักษาสุขภาพไม่เพียงพอ¹⁴ การส่งเสริมให้คนไร้ที่พึ่งมีความรู้นำไปสู่การดูแลสุขภาพด้วยตนเองเป็นวิธีการสำคัญที่จะลดความเสี่ยงด้านสุขภาพของคนไร้ที่พึ่งได้ พยาบาลควรเป็นผู้ให้ความรู้ด้านสุขภาพที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การป้องกันโรคต่าง ๆ การจัดการกับโรคประจำตัว และมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างพยาบาลและคนไร้ที่พึ่งในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งมีการประเมินความเข้าใจหลังได้รับความรู้ ถ้าพบว่าคนไร้ที่พึ่งมีความเข้าใจที่ไม่ถูกต้อง พยาบาลต้องอธิบายความรู้นั้นอีกครั้ง หรือปรับเปลี่ยนวิธีการให้ความรู้ที่เหมาะสมกับคนไร้ที่พึ่งมากขึ้น นอกจากนี้ พยาบาลควรให้ความรู้หรือฝึกอบรมเจ้าหน้าที่และจิตอาสาที่ทำงานกับคนไร้ที่พึ่งให้มีความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพให้แก่คนไร้ที่พึ่งด้วย

4. เป็นผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ คนไร้ที่พึ่งบางคนอาจไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน หรือไม่มีความรู้ในเรื่องสิทธิและสวัสดิการสังคมที่ตนเองควรได้รับ เนื่องจากอ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ หรือไม่เคยติดตามข่าวสารบ้านเมือง พยาบาลต้องมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิและสวัสดิการสังคม ประสานงานกับกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ซึ่งเป็นหน่วยงานหลักในการดูแลคนไร้ที่พึ่งทั่วประเทศ และสำนักพัฒนาสังคม กรุงเทพมหานคร รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้คนไร้ที่พึ่งได้รับสิทธิและสวัสดิการสังคมตามสมควร เช่น สิทธิการรักษาพยาบาล สวัสดิการผู้สูงอายุหรือความพิการ จะทำให้ออกสกลายเป็นคนไร้ที่พึ่งลดลงหรือเพิ่มโอกาสการกลับสู่สังคม^{5,6} การติดตามสิทธิและสวัสดิการสังคมของคนไร้ที่พึ่งผ่านการติดต่อระหว่างหน่วยงาน จะช่วยให้เกิดผลสำเร็จมากกว่าการให้คนไร้ที่พึ่งดำเนินการด้วยตนเอง นอกจากนี้ พยาบาลยังสามารถช่วยเชื่อมโยงคนไร้ที่พึ่งกับบริการทางสังคมอื่น ๆ เช่น ที่พักชั่วคราว การฝึกอาชีพ และการสนับสนุนทางการเงิน

5. เป็นผู้ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นการปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายที่นำมาซึ่งการช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดเตรียมกำลังคน การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ การติดตามผลการดำเนินงาน สนับสนุนการให้ข้อมูล การให้วัสดุสิ่งของ การยอมรับให้เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม²¹ จากการศึกษา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบุคลากรวิชาชีพสุขภาพ รวมทั้งจากคนในชุมชนที่เพิ่มขึ้น ช่วยเพิ่มทักษะในการรอดทนต่อความทุกข์ ลดอารมณ์ทางลบ และลดอาการซึมเศร้าของคนไร้ที่พึ่งได้^{19,20,22} และเป็นปัจจัยเชิงบวกที่สำคัญสำหรับคนไร้ที่พึ่งทั้งในขณะไร้ที่พึ่งและภายหลังหลุดพ้นจากภาวะไร้ที่พึ่งแล้ว^{23,24} เมื่อคนไร้ที่พึ่งได้รับการสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมให้คนไร้ที่พึ่งลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ มีการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง หรือการส่งเสริมให้หลุดพ้นจากภาวะไร้ที่พึ่ง จะดำเนินการได้ง่ายขึ้น

6. เป็นผู้ประสานงาน พยาบาลมีบทบาทแสวงหาความร่วมมือในการให้ความช่วยเหลือและการอำนวยความสะดวกเพื่อให้การดำเนินงานต่าง ๆ เป็นไปอย่างราบรื่นภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ ติดต่อประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น จักษุแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษาจากคลินิกจักษุมาตร และสถานีกาชาด 11 วิเศษนิยม เพื่อแก้ไขปัญหาสายตาของคนไร้ที่พึ่ง และแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูในรายซึ่งต้องการฟื้นฟูสภาพ ทีมแพทย์สุขภาวะข้างถนน รวมทั้งประสานงานและวางแผนการทำงานร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ และจิตอาสา ในการนำเสนอข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ การอำนวยความสะดวก และการใช้แหล่งประโยชน์ร่วมกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลคนไร้ที่พึ่งอย่างครบวงจรและมีประสิทธิภาพ

7. เป็นผู้ให้คำปรึกษา สามารถให้คำปรึกษาคนไร้ที่พึ่งในการจัดการปัญหาต่าง ๆ ของตนเอง เสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง สร้างความเชื่อมั่นกับคนไร้ที่พึ่งว่าจะสามารถปฏิบัติตามแผนการที่วางไว้ได้ และมีการปรับเปลี่ยนตนเองสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ รวมทั้งให้คำปรึกษาหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ และจิตอาสา ในด้านการสร้างเสริมสุขภาพและการจัดการด้านสุขภาพคนไร้ที่พึ่ง โดยการจัดประชุมวางแผนร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ

8. เป็นผู้สร้างงานวิชาการและสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ สามารถใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์และกระบวนการวิจัย เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลคนไร้ที่พึ่งอย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาของคนไร้ที่พึ่งและอุปสรรคในการให้ความช่วยเหลือดูแล พัฒนาการนำเทคโนโลยีทางการแพทย์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลคนไร้ที่พึ่ง เช่น ระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) การวิเคราะห์รูปแบบลายม่านตาและหลอดเลือดจอประสาทตา (iris scan) รวมทั้งมีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายด้านสาธารณสุขและการให้บริการที่เหมาะสมกับความต้องการของคนไร้ที่พึ่ง

สรุป

พยาบาลเวชปฏิบัติของสถานีกาชาดที่ 2 สำนักงานบรรเทาทุกข์และประชานามัยพิทักษ์ สภากาชาดไทย เป็นบุคลากรด้านสุขภาพที่สำคัญในการดูแลคนไร้ที่พึ่ง เมื่อดำเนินโครงการนำร่อง ในพื้นที่รับผิดชอบ สามารถสร้างเครือข่ายการทำงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน มูลนิธิ และจิตอาสา ที่ให้การช่วยเหลือคนไร้ที่พึ่ง รวมทั้งมีบทบาทในการสำรวจ รวบรวม และจัดระบบข้อมูล การให้บริการดูแลสุขภาพอนามัย การให้ความรู้ด้านสุขภาพ การพิทักษ์ผลประโยชน์ การส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม การประสานงาน การให้คำปรึกษา และการสร้างงานวิชาการและสร้างองค์ความรู้อย่างเป็นระบบ ซึ่งการปฏิบัติงานของพยาบาลจะช่วยส่งเสริมให้คนไร้ที่พึ่งให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. Office of the Council of State. Protection of helpless persons ACT, B.E. 2557. Thai Government Gazette, Vol. 131, Part 83a (dated 23rd Dec B.E. 2557). (in Thai)
2. BLT Bangkok. Homeless in the middle of the city!! From family problems to social conditions [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 23]. Available from: <https://www.bltbangkok.com/Bangkok-update/5396/> (in Thai)

3. Welfare Protection and Quality of Life Promotion Division. Statistical data from the survey and enumeration of homeless persons (One night count) [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 25]. Available from: <http://www.wpq.dsdw.go.th/attach/f1-t1687233383.pdf> (in Thai)
4. Community Organizations Development Institute (CODI). Lesson learned... Improving the quality of life of homeless persons. Bangkok: Community Organizations Development Institute (CODI); 2019. (in Thai)
5. Tangtamaruk P, Mai-ngam N, Damchuen N, Siwareepan N. Field experiment of probability of being homelessness. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2021. (in Thai)
6. Tangtamaruk P, Chavanovanich J, Mai-ngam N, Damchuen N. The development of vulnerability indicators for homelessness and indicators to measure readiness in setting life to reintegrate into society of homeless persons. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2019. (in Thai)
7. Rogans-Watson R, Shulman C, Lewer D, Armstrong M, Hudson B. Premature frailty, geriatric conditions and multimorbidity among people experiencing homelessness: a cross-sectional observational study in a London hostel. *Housing, Care and Support* 2020; 23(3/4):77-91.
8. Chaiwat T, Tangtamaruk P, Praiswan R, Mai-ngam N. The study of cost analysis in solving homelessness and monitoring new homeless turning point. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2019. (in Thai)
9. Samakkeekarom R. Definition, myth and reality of homeless people via Bangkok survey. *Journal of Social Research and Review* 2017;40(2):155-88. (in Thai)
10. Mueanmart A. "Homeless persons" a chronic problem that erodes society and holds back economic growth with a vague solution!?! [Internet]. 2023 [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://www.salika.co/2023/04/24/homeless-problem-around-the-world/> (in Thai)
11. Gibson D. How does homelessness affect the community? [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://regenbrampton.com/how-does-homelessness-affect-the-community/>
12. Public Health England. Guidance homelessness: applying all our health [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/homelessness-applying-all-our-health/homelessness-applying-all-our-health>
13. National Health Care for the Homeless Council. Homelessness & health: what's the connection? [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 28]. Available from: <https://nhchc.org/wp-content/uploads/2019/08/homelessness-and-health.pdf>

14. Phitaktanin A, Chimmamee M, Samakkhikarom R, Buathong T, Aksornnam Y, Thaworom M. An in-depth demographic survey of homeless persons in Bangkok and related areas. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2021. (in Thai)
15. Yodkeeree T, Laochankham S. Homeless assistance and protection in Khon Kaen Municipality, Khon Kaen Province. *Journal of Social Synergy* 2019;10(3):23-38. (in Thai)
16. Panitchkul P, Tassanakulpun T. Project to study and analyze the problems and support legal knowledge to develop the quality of life of homeless people. Bangkok: Thai Health Promotion Foundation; 2017. (in Thai)
17. Morris G. Nursing care for patients experiencing homelessness: tips & resources [Internet]. 2024 [cited 2024 Jan 29]. Available from: <https://nursejournal.org/articles/nursing-care-homeless-patients/>
18. Thailand Nursing and Midwifery Council. The scope and competencies of advanced nursing practitioner in various fields [Internet]. 2009 [cited 2024 Jan 29]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf> (in Thai)
19. Pottie K, Kendall C, Aubry T, Magwood O, Andermann A, Salvalaggio G, et al. Clinical guidelines for homeless and vulnerably housed people, and people with lived homelessness experience. *CMAJ* 2020;192(10):e240-54. doi: 10.1503/cmaj.190777.
20. Becker JN, Foli KJ. Health-seeking behaviors in the homeless population: a concept analysis. *Health Soc Care Community* 2022;30(2):e278-86. doi: 10.1111/hsc.13499.
21. Prasitvej P. The effect of social support program combined with physical exercise on quality of life in persons with major depressive disorder [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2018. (in Thai)
22. Kotcharit F, Intaput P, Vatanasin D. Factors related to negative emotions among the destitute at a public protection center. *TRC Nurs J* 2023;16(3):51-67. (in Thai)
23. Johnstone M, Parsell C, Jetten J, Dingle G, Walter Z. Breaking the cycle of homelessness: housing stability and social support as predictors of long-term well-being. *Hous Stud* 2015;31(4):410-26.
24. Cummings C, Lei Q, Hochberg L, Hones V, Brown M. Social support and networks among people experiencing chronic homelessness: a systematic review. *Am J Orthopsychiatry* 2022;92(3):349-63.