

โรคจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน  
ในเขตกรุงเทพมหานคร

ธีรนนท์ ช่วยมีง

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Email: thiranan@mirror.or.th

## บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้านในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากเครื่องมือวินิจฉัย โรคจิตเวช Mini International Neuropsychiatric (Thai version) (5.0) (M.I.N.I.) รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัย ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามหัวข้อคำถามที่สร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา สัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติส่วนตัว สาเหตุสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจไร้บ้าน ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชของคนไร้บ้านทั้งในอดีตและปัจจุบัน ปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการจิตเวช การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาพบข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้านและหลังภาวะไร้บ้าน สถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้าน พบ 4 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดสุราหรือสารเสพติด และโรคจิต สถานการณ์โรคจิตเวชในปัจจุบัน พบ 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดสุราหรือสารเสพติด โรคจิต และโรควิตกกังวล พบว่า โรคจิตเวชมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการไร้บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งประชากรกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นคนไร้บ้านคือผู้ที่มีอาการจิตเวชในระดับรุนแรง อาทิ โรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งมีปัจจัยทางด้านสุขภาพจิตทับซ้อนกับปัญหาทางสังคม อันได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความล้มเหลวของระบบการศึกษาผู้ป่วยจิตเวช การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคติทางลบ ความไม่รู้

และไม่เข้าใจต่อผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาเหล่านี้เป็นระเบิดเวลาที่จะสร้างปัญหาให้กับคุณภาพประชากรในอนาคตอย่างเลี่ยงไม่พ้น ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชน ไปจนถึงระดับนโยบายส่วนกลาง พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหผู้ป่วยจิตเวช โดยเริ่มต้นได้จากการสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรครจิตเวชให้กับคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอคติทำให้เกิดความอาทร นำไปสู่ความช่วยเหลือของชุมชนที่จะมีต่อผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัว เพื่อที่จะไม่ต้องแบกรับปัญหาและการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ เพียงลำพัง เป็นการดีหากมีพื้นที่ในการฟื้นฟู ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้ จะมีเพิ่มขึ้นและเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างรอบด้าน เป็นสิ่งที่ได้เริ่มขึ้นโดยชุมชนที่เข้มแข็งเป็นสำคัญ

**คำสำคัญ:** คนไร้บ้าน, โรครจิตเวช

## Mental Disorders of Homeless in Bangkok

Thiranan Chouyming

Faculty of Medicine, Chulalongkorn University

Email: [thiranan@mirror.or.th](mailto:thiranan@mirror.or.th)

## Abstract

The purpose of this qualitative research is to study the relationship between mental disorders before and after becoming homeless of homeless in Bangkok, and the relationship between psychosocial factors and changes of mental disorders' symptoms. The in-depth interviews were conducted among 20 homeless using Mini International Neuropsychiatric (Thai version) (5.0) (M.I.N.I.), including the profiles, factors of leaving homes, mental illness history, psychosocial factors, and the changes in mental disorders' symptoms. Content analysis is used for data analysis.

The study revealed that there are 4 types of mental disorders on those homeless in Bangkok, namely major depressive disorder, bipolar disorder, drug or alcohol related disorder, and psychotic disorder, while having these 5 following mental disorders, major depressive disorder, bipolar disorder, drug or alcohol related disorder, and psychotic disorder, as related causes of being homeless. Having those mentioned mental disorders is the main cause of being homeless, which includes mental health problems that overlap with social structure problems, such as economic factors, family relationship problems, failure of treatments, lack of social supports and stigmas are also main factors that contribute to the psychiatric patients' quality of life. Therefore, it is necessary to improve the community as well as the public policy. Helping psychiatric patients can start with

the development of the community and helping them to understand their roles in making a changes by spreading awareness about psychiatric patients' conditions, which may help reducing their stigmas of being insane form the society.

**Keywords:** homeless, mental disorders

## บทนำ: ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันสังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ มิติ ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก สังคมไทย ก็เป็นอีกหนึ่งประเทศที่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านลบและทางด้านบวก ประเทศไทย ต้องเผชิญกับปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม เป็นประเทศที่มีความเหลื่อมล้ำ สูงเป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากประเทศรัสเซียและอินเดีย (ผลการจัดอันดับ สถิติประจำปี ค.ศ. 2016 ของ Credit Suisse Global Wealth Databooks) รูปแบบของความเหลื่อมล้ำในสังคมประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือ *ความเหลื่อมล้ำทางรายได้* ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากรายได้ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และ *ความเหลื่อมล้ำทางวัฒนธรรมประเพณี* ความเป็นอยู่ของคนกลุ่มหลัก และของชนกลุ่มน้อยหรือวัฒนธรรมย่อย ที่อาจไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เปลี่ยนแปลงได้ยาก ไม่สามารถสะสมความมั่นคงเพื่อเลื่อนระดับได้ สถานการณ์ คนไร้บ้าน คือภาพแทนปัญหาความเหลื่อมล้ำของสังคมไทยได้อย่างชัดเจนที่สุด พวกเขาคือผู้ที่ไม่มีความมั่นคงทางรายได้ มีความเป็นอยู่ที่ห่างไกลจากคำว่า “คุณภาพชีวิตที่ดี” และต้องเผชิญความรู้สึกเป็นอื่นจากสังคมอยู่เสมอ

ตามพื้นที่สาธารณะในเขตเมือง เช่น สวนสาธารณะ ทางเดินท้องถนน ตลาด ศาลเจ้า บริเวณรอบ ๆ วัด ทั้งในช่วงเวลากลางวันและค่ำคืน นอกจากสถาปัตยกรรมอันศิวิไลซ์ ความจอแจวุ่นวายของผู้คน อีกภาพที่มักเห็นเป็นประจำจนชินตาคือภาพคนที่แต่งกายมอมแมม ผมเผ้ารุงรัง เมื่อเข้าไปใกล้จะได้สัมผัสกับกลิ่นกายที่สะสมจากการไม่ได้อาบน้ำ ในยามกลางวันจะไม่ถนัดที่เห็นคนเหล่านี้ พลุกพล่าน แต่ในช่วงเวลากลางคืนที่เมืองหลับใหล เราจะพบพวกเขาจับจองพื้นที่สาธารณะเพื่อใช้นอน ใช้กิน และใช้ประโยชน์จากมัน รวากับพื้นที่นี้คือ “บ้าน”

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเรียกกลุ่มคนเหล่านี้ว่า “คนไร้บ้าน” ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่ปรากฏในประเทศไทยและเมืองใหญ่ทั่วโลกมาเป็นระยะเวลาช้านาน มีการศึกษาอย่างกว้างขวางถึงเรื่องสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้าน สภาพปัญหาที่คนไร้บ้านต้องเผชิญ สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่า สาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านทับซ้อนกันด้วยปัญหาที่หลากหลาย ทั้งจากบริบทเชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ปัญหาความยากจน ความไม่มั่นคงในชีวิตและรายได้ การขาดรายได้จากปัญหาทางสุขภาพ ขาดการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคม และการว่างงาน โครงสร้างทางสังคมครอบครัวและเงื่อนไขส่วนบุคคล เช่น สถาบันครอบครัวที่เปราะบาง ความขัดแย้งภายในครอบครัว ซ้อนทับกัน ไม่เพียงแต่สาเหตุที่ซับซ้อน การใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะก็เช่นกัน

จากการจแนบประชากรคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2559 พบคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ ราว 1,307 คน และประเมินว่ายังมีคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 11 แห่งทั่วประเทศอีก 4,000-5,000 ราย ทั้งยังมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จำนวนคนไร้บ้านที่พบสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่หลากหลายของผู้ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ จากปัญหาสังคมที่มีการเจริญเติบโตทั้งทางด้านเศรษฐกิจที่คัดเลือกเพียงแค่มุ้มีต้นทุนให้อยู่รอดในสังคม ปัจจุบันที่อยู่อาศัยเป็นสินค้าราคาแพง จนคนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงได้ ซึ่งเห็นได้ชัดในกลุ่มคนไร้บ้านว่าไม่ใช่เพียงแค่เรื่องที่พักอาศัย พวกเขาขาดโอกาสในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นสิทธิการรักษาพยาบาล โอกาสทางการเรียนรู้ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ



วิถีชีวิตของคนไร้บ้านนั้นมีความหลากหลายซับซ้อนและยากลำบาก บุญเลิศ วิเศษปรีชา ผู้บุกเบิกการพยายามทำความเข้าใจคนไร้บ้าน ได้กล่าวถึงการใช้ชีวิตของคนไร้บ้านว่า คนหลับนอนในพื้นที่สาธารณะย่อมเกิดความรู้สึกหวาดระแวง ความรู้สึกไม่ปลอดภัย การดูแลรักษาตัวเป็นไปได้ยาก (บุญเลิศ วิเศษปรีชา, 2545) สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ความกังวล ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อสุขภาพจิตของคนไร้บ้าน

การใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงสูง ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การถูกตีตราจากคนในสังคมว่าเป็นคนน่ากลัว น่ารังเกียจ การขาดปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐาน ในฐานะของความเป็นมนุษย์ การต้องใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะยิ่งนานวัน ยิ่งเพิ่มปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น จากรายงานวิจัยเรื่อง “การสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง” (2559) พบคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่องว่า มีปัญหาสุขภาพจิตที่เห็นได้ชัด คิดเป็นร้อยละ 9.64 ของภาพรวมทั้งหมด สอดคล้องกับแพทย์หญิงทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุลที่ศึกษาความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่างคือคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 113 คน ด้วยเครื่องวินิจฉัยโรคจิตเวช The Mini-International Neuropsychiatry Interview Thai version 5.0.0 (ฉบับภาษาไทย) (M.I.N.I.) พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีทั้งที่เป็นกลุ่มผู้มีปัญหาทางจิตระดับรุนแรง (major psychiatric problem) คือ โรคซึมเศร้าฆ่าตัวตาย โรคอารมณ์ 2 ขั้ว โรคจิต พบร้อยละ 57.2 และ กลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตระดับปานกลางถึงระดับอ่อน (minor psychiatric problem) คือ โรคซึมเศร้าแบบอ่อน โรควิตกกังวล โรคติดสารเสพติด โรคการกินผิดปกติ

โรคบุคลิกภาพผิดปกติ พบร้อยละ 12.1 และ ส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเวชที่จำเป็นต้องมีคนดูแลใกล้ชิด เช่น ดูแลการทานยาให้สม่ำเสมอ ดูแลการพามาตรวจตามแพทย์นัด ดูแลปัญหาพฤติกรรม พบร้อยละ 50.81 ดังนั้น พบว่าคนไร้บ้านมีจำนวนคนเป็นโรคจิตเวชสูงกว่าในประชากรทั่วไปเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่า คนไร้บ้านที่เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคมียังมีร้อยละ 76.1 ขณะที่ในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 9.3 ซึ่งคนไร้บ้านมีโรคจิตเวชสูงกว่าในประชากรทั่วไปถึง 8 เท่า และโรคจิตเวชที่พบในคนไร้บ้านส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางจิตระดับรุนแรงและจำเป็นต้องมีคนดูแลใกล้ชิด

จากข้อมูลงานวิจัยที่กล่าวในข้างต้นจะเห็นได้ว่าคนไร้บ้านเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพจิตสูงมากกว่าคนทั่วไปหลายเท่า งานศึกษาวิจัยในครั้งนี้คือความพยายามที่ต้องการศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในมิติทางสุขภาพจิต รวมถึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและปัญหาทางสังคมที่ส่งผลต่อการไร้บ้าน เพื่อเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้คนในสังคมหันมาทำความเข้าใจประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชและคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชมากยิ่งขึ้น ความเข้าใจดังกล่าวน่าจะช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดการไร้บ้านของผู้ป่วยจิตเวช และช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของพวกเขาให้ดีขึ้น

โดยที่ผู้เขียนต้องการแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าไม่ใช่คนไร้บ้านทุกคนที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ยังมีคนไร้บ้านอีกมากที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะแต่มีสุขภาพจิตที่ปกติ หากต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิตสามารถทำได้โดยให้ต้นทุนตามความต้องการของคนไร้บ้านนั้น ๆ แต่สำหรับกลุ่มที่ผู้วิจัยศึกษาเป็นคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช สิ่งสำคัญในการจะพัฒนาคุณภาพชีวิตของคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช หาแนวทางการช่วยเหลือพัฒนาคุณภาพชีวิต มีความจำเป็นที่ ต้องขจัดมายาคติเรื่องความเป็น

“คนบ้าข้างถนน” ออกไป สร้างความเข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้เข้าใจได้ว่า เราทุกคนต่างมีบาดแผลลึกในใจและเงื่อนไขทางสังคมที่แตกต่างกัน บาดแผลเหล่านี้ ทำให้คนไร้บ้านหมดพลังใจในการขับเคลื่อนชีวิต สำหรับผู้ที่มีอาการจากโรคที่รุนแรง ทำให้พวกเขาเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต การหาคำปรึกษาความรู้ มาประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาคนไร้บ้านที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จึงมีความสำคัญ เพื่อให้คนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ผลการศึกษาจากบทความนี้จึงมุ่งเน้นศึกษาสถานการณ์โรคจิตเวชที่ส่งผลกระทบต่อจุดเปลี่ยนผ่านจากการมีบ้านสู่วิถีไร้บ้าน โดยชื่อที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมดเป็นเพียงนามสมมุติ เพื่อพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การศึกษานี้ ใช้แนวทางการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เน้นทำความเข้าใจความหมาย ด้วยการตีความ ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก การศึกษานี้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลเชิงลึกกับคนไร้บ้าน ในระหว่างเดือน กันยายน พ.ศ. 2561 - มีนาคม พ.ศ. 2562

กลุ่มตัวอย่างจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มีโรคจิตเวช ซึ่งผ่านเกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งจากเครื่องมือเกณฑ์วินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) จำนวน 20 คน จากพื้นที่สาธารณะ 7 แห่งในกรุงเทพมหานคร ได้แก่ สถานีรถไฟหัวลำโพง อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ตรอกสาเก สวนสาธารณะลุมพินี สถานีขนส่งหมอชิต ถนนเยาวราช และบริเวณหน้าห้างสรรพสินค้าเดอะมอลล์สาขาบางแค

สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล แบ่งเป็นการวิเคราะห์โดยการจัดระเบียบข้อมูลหมวดหมู่ของเนื้อหาให้เป็นรูปแบบ การสรรหาข้อความที่มีความหมายตรง

ประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ กำหนดรหัสแทนข้อความหรือความหมายของข้อความซึ่งเป็นการลงรหัสแบบอุปนัย เพื่อให้ทราบว่าข้อความมีความหมายอย่างไร วิเคราะห์ความเชื่อมโยง ความเป็นเหตุเป็นผลของความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและสาเหตุของการไร้บ้าน

### ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

#### คนไร้บ้าน ผลผลิตของความเหลื่อมล้ำ

คนไร้บ้าน ถูกทำให้เป็นที่รู้จักในสังคมไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 งานการศึกษาที่ได้รับการกล่าวขานอย่างมากในช่วงเวลานั้นมาจนถึงปัจจุบัน เปิดพรหมแดนสู่โลกของคนไร้บ้านได้ให้นิยามของคนไร้บ้านว่า คนไร้บ้านไม่ใช่แค่คนที่เพิ่งเดินทางมาจากต่างจังหวัด อาศัยพักค้างแรมคืนสองคืน ไม่ใช่คนวิกลจริต แต่เป็นคนที่สุขภาพร่างกายปกติ และไม่ต้องรอถึงเวลาค่ำคืน แม้ในกลางวันเราก็อาจพบพวกเขาในสภาพสวมเสื้อผ้าเก่า มีกระเป๋ากุญแจสัมภาระ นั่งตามเก้าอี้ริมถนนราชดำเนิน ตามสวนหย่อมรอบ ๆ สนามหลวง หรือพื้นที่ได้สะพานข้ามทางแยกหลายจุดในกรุงเทพมหานคร (บุญเลิศ วิเศษปรีชา, 2546) ต่อมา อนุธรรม พิทักษ์ธานี และคณะ ได้ทำการสำรวจคนไร้บ้านบริเวณกรุงเทพมหานครและปริมณฑล โดยให้นิยามของคนไร้บ้านว่า คนไร้บ้านคือกลุ่มคนที่ไร้ที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัยหรือมีที่กำบัง (rootlessness) และสามารถพบได้บนพื้นที่สาธารณะ หรือพื้นที่ที่ตอบสนองความต้องการไร้ที่อยู่อาศัย อาทิ ศูนย์พักพิง หรือสถานที่แจกอาหาร และไม่อิงอยู่กับช่วงเวลาของการกลายเป็นคนไร้บ้าน

ไม่เพียงแต่ในประเทศไทยเท่านั้น นิยามของคนไร้บ้านเป็นหัวข้อที่มีการศึกษามากมายในต่างประเทศ The United States Department of Housing and urban Development (HUD) ได้ให้นิยามคนไร้บ้านว่า คือบุคคลผู้เป็นปัจเจก

อยู่ในครอบครัวที่ไม่มีความสามารถในการเข้าถึงที่อยู่อาศัย มีที่พักยืมค่าคั้นที่แตกต่างจากปกติ เช่น ตึกร้าง สวนสาธารณะ สถานีรถไฟ หรือพื้นที่พักอาศัยชั่วคราวของรัฐบาล ตลอดจนครอบครัวที่อาจเข้าข่ายการอยู่ตามที่พักอาศัยดังกล่าว หรือไร้บ้านในระยะยาว สอดคล้องกับ Ministry of Urban Development ที่ให้นิยามคนไร้บ้านว่า กลุ่มคนที่ไม่สามารถเข้าถึงที่พักอาศัย ไม่มีบ้าน อาศัยหลับนอนในพื้นที่สาธารณะ ทางเท้า ริมทางเดิน สถานีรถไฟ สถานที่ตามความเชื่อ สถานที่ก่อสร้างได้สะพานลอย อยู่ในสถานที่พักชั่วคราว บ้านพักที่ไม่เป็นหลักแหล่ง

### ทำไม “คน” จึง “ไร้บ้าน”: สาเหตุของคนไร้บ้าน

มนทกานต์ ฉิมมา มี พบสาเหตุที่เป็นจุดเปลี่ยนของการเป็นคนไร้บ้านมากกว่า 2 ปัจจัยทับซ้อนกัน ส่วนใหญ่จะรายงานว่ามีปัญหาเกี่ยวกับทางครอบครัว รวมถึงประสบปัญหาทางเศรษฐกิจด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญเลิศ วิเศษปรีชา ที่พบสาเหตุของการกลายเป็นคนไร้บ้านว่าเกิดจากหลากหลายปัจจัยทับซ้อนกัน ทั้งในปัจจัยของสถาบันสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถาบันครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล อาทิ ความเปราะบางของสถาบันครอบครัว ความผิดหวังจากการทำงาน ภาวะตกงานเรื้อรัง พบช่องทางหากินโดยไม่ต้องมีบ้าน มีประวัติที่สังคมไม่ยอมรับ การสมัครใจเป็นคนไร้บ้าน และความพิการของร่างกาย นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงประเด็นความซับซ้อนของกลุ่มคนไร้บ้าน และทลายมายาคติของสังคมเกี่ยวกับคนไร้บ้านว่ามีความแตกต่างกับกลุ่มคนขอทาน หรือกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะกลุ่มอื่น การเป็นคนไร้บ้านอาจเกิดจากเหตุปัจจัยทางเศรษฐกิจได้เทียบเท่ากับปัจจัยทางสังคมและจิตใจ (บุญเลิศ วิเศษปรีชา, 2546)

## โรคจิตเวชที่พบในคนไร้บ้านโดยเกณฑ์วินิจฉัย Mini International Neuropsychiatric

โรคจิตเวชคือโรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม ซึ่งมีที่มาจากความผิดปกติของจิตใจ แนวทางการจำแนกว่าเป็นผู้ที่มีโรคจิตเวช มีดังนี้ กลุ่มอาการที่มีความผิดปกติด้านสัมพัชัญญะหรือความคิด พฤติกรรมการเคลื่อนไหวที่มาจากจิตใจ การควบคุมอารมณ์ การรับรู้ โรคจิตเวชที่เกิดขึ้นทำให้บุคคลเกิดความทุกข์ (distress) หรือความบกพร่อง (disability) ในกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมทางสังคม การประกอบอาชีพ หรือ กิจกรรมที่สำคัญอื่น ๆ อาการที่เกิดขึ้นต้องไม่เป็นที่สังคมยอมรับกันว่าเป็นเรื่องปกติ พฤติกรรมที่ผิดปกติไปจากค่านิยมเรื่องการเมือง ศาสนา หรือเรื่องเพศ เป็นความขัดแย้งกายระหว่างบุคคลนั้นและสังคม ไม่ถือว่าเป็นความผิดปกติทางจิตเวช

### กลุ่มโรคจิตเวช

จำแนกโรคตามลักษณะอาการและการแสดงอาการของผู้ป่วย โดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัย (diagnostic criteria) ประกอบไปด้วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ดังนี้

1. กลุ่มโรคจิต psychotic disorders หมายถึง สภาวะที่ผู้ป่วยไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (out of reality) จึงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม แสดงออกมาโดยลักษณะข้อใดข้อหนึ่ง ดังนี้ 1.1 อาการหลงผิด (delusion) มีความเชื่อที่ฝังแน่นเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งไม่เปลี่ยนแปลงแม้จะมีเหตุผลมาแย้ง เช่น หลงคิดว่าตนเองโดนปองร้าย หลงคิดว่าตนเองมีอำนาจ หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ 1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ชนิดที่พบบ่อยคือ หูแว่ว ประสาทหลอน เช่น ได้ยินเสียงหูแว่ว ได้ยินเสียงคนพูดกัน หรือ คนมากระซิบบ้างหู โดยไม่เห็นตัวคนพูด

หรือได้ยินเสียงคนพูดวิพากษ์วิจารณ์ตัวเอง หรือสั่งให้ตนทำสิ่งต่าง ๆ หรือมีพฤติกรรมที่ไม่สมเหตุสมผลอันเนื่องมาจากความคิด และมุมมองต่อตนเอง

2. กลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (mood disorders) หมายถึง ความผิดปกติ ด้านอารมณ์ส่งผลต่อความคิดและการรับรู้ ทำให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีลักษณะอาการที่สำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า รู้สึกว่างเปล่า หรือหงุดหงิด ร่วมกับมีอาการทางกายหรือการเปลี่ยนแปลงของสมาธิ และสติสัมปชัญญะ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน หรือในกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกคึกคัก มีความสุขมาก อารมณ์ดี ล้อเลียนผู้อื่น คึกคะนอง ไม่มีกาลเทศะ ไม่สำรวม ขาดความยับยั้งชั่งใจ หากถูกห้ามปรามจะมีอารมณ์ ฉุนเฉียวหงุดหงิด ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดสร้างสรรค์เชื่อมโยงมากมาย มีโครงการเกินตัว เปลี่ยนความสนใจง่าย ความคิดแล่นเร็ว อาจมีพฤติกรรมแปลก ๆ ที่พบเช่นเดียวกับโรคจิตเภท ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะคึกคักมีกำลังวังชา แต่ทำไม่ได้ ไม่ค่อยดี ความต้องการนอนลดลง ชอบคุยทำทนายผู้อื่น พูดมาก พูดเร็ว ใช้จ่ายสิ้นเปลือง กิจกรรมทางเพศมากขึ้น

3. กลุ่มโรควิตกกังวล (anxiety disorders) เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้ในคนปกติทั่วไป เมื่อมีความเครียดมากกระทบก็จะเกิดเป็นความรู้สึกสับสน เครียด วิดกกังวล ควบคุมไปกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย มือสั่น ตัวสั่น ปั่นป่วนในท้อง แน่นหน้าอก ลูกถี่ลูกกลน การพิจารณาความตึงเครียดที่เกิดขึ้นว่าผิดปกติหรือไม่ พิจารณาจากความกังวลที่เกิดขึ้นมากกว่าความเครียดที่มากระตุ้น มีอาการรุนแรงมาก ยังคงอยู่แม้ว่าตัวกระตุ้นจะหมดไป รบกวนชีวิตประจำวัน เช่น การเรียน การทำงาน

4. ความผิดปกติทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ คือ กลุ่มที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสพติด จนส่งผลกระทบต่อร่างกาย ความคิด และพฤติกรรม การใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ (2559) ได้สำรวจข้อมูลประชากรเชิงลึก ของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง ปี พ.ศ. 2559 ได้นำเสนอ ผลการแก่นับคนไร้บ้านที่ทำการแก่นับในช่วงเวลาตั้งแต่ 22.00 น. ของวันที่ 4 กันยายน ถึง 04.00 น. ของวันที่ 5 กันยายน พ.ศ. 2558 พบว่า คนไร้บ้าน ในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,307 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,087 คน (ร้อยละ 83) เพศหญิง 202 คน (ร้อยละ 15) เพศทางเลือก 13 คน และไม่สามารถระบุเพศได้ 5 คน (ร้อยละ 2) ความพิการ ที่เห็นได้ชัด พบว่า คนไร้บ้านที่มีความพิการที่เห็นได้ชัด ร้อยละ 3.52 ของทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ในศูนย์พักคนไร้บ้านมีสัดส่วนคนพิการ (ร้อยละ 15.50) ซึ่งสูงกว่า พื้นที่สาธารณะถึงกว่า 7 เท่า ปัญหาเมาสุราที่เห็นได้ชัด ในภาพรวมมีผู้ติดสุรา ที่เห็นได้ชัด (ร้อยละ 11.94) โดยวัยแรงงานมีสัดส่วนผู้ติดสุราที่เห็นได้ชัดสูงสุด (ร้อยละ 17) รองลงมาคือวัยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 10.90) และวัยกลางคน (ร้อยละ 10.45) ปัญหาสุขภาพจิตที่เห็นได้ชัด พบว่า สัดส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เห็นได้ชัด คิดเป็นร้อยละ 9.64 ของภาพรวมทั้งหมด โดยคนไร้บ้านที่อาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราวและในพื้นที่สาธารณะมีสัดส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตใกล้เคียงกัน

ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล สำรวจความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่ม ประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร (2559) โดยใช้รูปแบบการศึกษาวิจัย เป็นแบบ Survey study กลุ่มตัวอย่างคือประชากรคนไร้บ้านในเขต



กรุงเทพมหานคร จำนวน 113 คน ด้วยเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช The Mini-International Neuropsychiatry Interview Thai version 5.0.0 (ฉบับภาษาไทย) (M.I.N.I.) พบว่า มากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีทั้งที่เป็นกลุ่มผู้มีปัญหาทางจิตระดับรุนแรง (major psychiatric problem) คือ โรคซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย โรคอารมณ์ 2 ขั้ว โรคจิต พบร้อยละ 57.2 และกลุ่มผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตระดับปานกลางถึงระดับอ่อน (minor psychiatric problem) คือ โรคซึมเศร้าแบบอ่อน โรควิตกกังวล โรคติดสารเสพติด โรคการกินผิดปกติ โรคบุคลิกภาพผิดปกติ พบร้อยละ 12.1 และส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเวชที่จำเป็นต้องมีคนดูแลใกล้ชิด เช่น ดูแลการทานยาให้สม่ำเสมอ ดูแลการพามาตรวจตามแพทย์นัด ดูแลปัญหาพฤติกรรม พบร้อยละ 50.81 ดังนั้น พบว่าคนไร้บ้านมีจำนวนคนเป็นโรคจิตเวชสูงกว่าในประชากรทั่วไปเป็นอย่างมาก จากการศึกษานี้พบว่าคนไร้บ้านที่เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรค มีจำนวนร้อยละ 76.1 ขณะที่ในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 9.3 ซึ่งคนไร้บ้านมีโรคจิตเวชสูงกว่าในประชากรทั่วไปถึง 8 เท่า และโรคจิตเวชที่พบในคนไร้บ้านส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางจิตระดับรุนแรง และจำเป็นต้องมีคนดูแลใกล้ชิด

Tolomiczenko.Gs ได้ศึกษา การรายงานและสำรวจตนเองของผู้ที่ติดสารเสพติดในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช พบว่า สาเหตุของการไร้บ้านมีความเกี่ยวข้องกับยาเสพติดและความเจ็บป่วยทางจิตสูง ไม่เพียงเท่านั้น สาเหตุของการไร้บ้านยังเกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจและการเข้าถึงที่อยู่อาศัย ดังนั้น การไร้บ้านจึงเป็นภาวะทับซ้อนกันของการที่บุคคลไม่มีความสามารถในการหารายได้ รายได้ต่ำ ไม่แน่นอน มีทักษะหรือการศึกษาต่ำ ขาดการสนับสนุน และขาดบริการต่าง ๆ รวมไปถึงการเข้าถึงการรักษาทางโรคจิตเวชและโรคทางกาย

มีประวัติการใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ ความแตกแยกของครอบครัวและเพื่อน ปัจจุบันเรื่องที่อยู่อาศัย เช่น ถูกขับไล่

## ผลการศึกษา

### ข้อมูลทั่วไป

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีมากถึง 15 คน อายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ที่วัยกลางคน 31 - 40 ปี สอดคล้องกับงานการศึกษาและรายงานวิจัยประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่องของ อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ ที่พบว่า คนไร้บ้านที่เป็นเพศชายมีมากกว่าเพศหญิงหลายเท่าตัว โดยพบเพศชาย ร้อยละ 83 เพศหญิงพบเพียงร้อยละ 15 และแม้ว่าสังคมคนไร้บ้านจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์กล่าวคือ พบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 22 แต่จะพบว่าช่วงวัยที่พบได้มากที่สุดของคนไร้บ้านคือ ช่วงวัย 30-49 ปี พบระยะเวลาเป็นคนไร้บ้านต่อเนื่อง น้อยกว่า 3 ปี เป็นส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูล มีมากถึงครึ่งหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด จำนวน 10 คน รองลงมา ระหว่าง 3-5 ปี จำนวน 3 คน พบคนไร้บ้านอาศัยในพื้นที่สาธารณะ มากกว่า 5 ปี จำนวน 7 คน ซึ่งถือว่าส่วนใหญ่เป็นคนไร้บ้านหน้าใหม่หรือคนไร้บ้านในช่วงเริ่มต้น (New homeless) ตามนิยามของ ธานี ชัยวัฒน์ และคณะ ที่กล่าวถึงนิยามของคนไร้บ้านหน้าใหม่หรือคนไร้บ้านในช่วงเริ่มต้น (New Homeless) คือ คนที่มีโอกาสจะตัดสินใจเป็นคนไร้บ้านหรือตัดสินใจเป็นคนไร้บ้านมาแล้วไม่เกิน 3 ปี ประกอบด้วย 1) คนที่มีโอกาสตัดสินใจเป็นคนไร้บ้าน เช่น คนที่เดินทางเข้าเมืองแบบไม่มีการวางแผน 2) คนไร้บ้านชั่วคราว เช่น คนที่มานอนฟรีตามหมอชิตหรือหัวลำโพงไม่กี่วันเพื่อหางานทำ โดยอาจจะได้งานหรือไม่ได้งานก็ได้ แต่ยังมีความตั้งใจที่จะกลับไปนอนที่บ้าน และ 3) คือคนที่ตัดสินใจไร้บ้านมาแล้ว

ไม่เกิน 3 ปี ระยะเวลาของการเป็นคนไร้บ้านที่พบในงานศึกษาชิ้นนี้มากที่สุด จึงเป็นคนที่ตัดสินใจไร้บ้านมาแล้ว ไม่เกิน 3 ปี สำหรับประเด็นสถานะก่อนภาวะไร้บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่โสด จำนวน 15 คน แต่ปัจจุบันผู้ซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน พบว่า อยู่ในสถานะโสด จำนวน 14 คน สำหรับประเด็นการศึกษา พบว่า เป็นผู้ที่มีสถานะไม่ได้รับการศึกษา จำนวน 3 คน และเป็นผู้ที่ได้รับการศึกษาตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา จำนวน 6 คน ระดับชั้นมัธยมต้น จำนวน 4 คน และระดับชั้นมัธยมปลายหรือเทียบเท่า จำนวน 7 คน สอดคล้องกับการศึกษาของ อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ ที่ได้ทำการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง พบว่า คนไร้บ้านส่วนใหญ่ได้รับการศึกษาในระดับต่ำกว่ามัธยมศึกษา และมีเพียงแค่ร้อยละ 6 ที่ไม่เคยได้รับการศึกษา

### **ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้านและหลังภาวะไร้บ้าน**

ในส่วนนี้จะกล่าวถึงการมองย้อนกลับไปยังความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชช่วงก่อนการเป็นคนไร้บ้านและสถานการณ์โรคจิตเวชหลังจากเป็นคนไร้บ้าน ซึ่งการเข้าใจความสัมพันธ์ดังกล่าวจะช่วยให้เข้าใจสถานการณ์โรคจิตเวชที่พบในคนไร้บ้านว่ามีการดำเนินโรคอย่างไร อีกทั้งยังเข้าใจสาเหตุของการไร้บ้านผ่านมิติทางสุขภาพจิต โดยกล่าวถึงอาการโรคจิตเวชของคนไร้บ้าน ผ่าน 5 โรค ที่พบในคนไร้บ้าน ซึ่งผ่านการวินิจฉัยโดยเครื่องวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) ดังนี้

โรคจิตเวชที่พบก่อนการเป็นคนไร้บ้านและพบในปัจจุบัน ผ่านการวินิจฉัยโรคโดยเครื่องวินิจฉัย Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I)

Psychiatric disorders (n = 20)	ก่อนไร้บ้าน Total simple N (%)	ปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน Total simple N (%)
Any Psychiatric disorders		
Depressive disorders		
Major depressive Episode	5 (25%)	10 (50%)
Bipolar disorder		
Manic Episode	1 (5%)	1 (5%)
Anxiety Disorder		
Generalized Anxiety Disorder	-	1 (5%)
Social Phobia (Social Anxiety Disorder)	-	1 (5%)
Substance - related disorders		
Alcohol Dependence	5 (25%)	6 (30%)
Substance Dependence	2 (10%)	-
Psychotic Disorder		
Psychotic Disorder	6 (30%)	6 (30%)
Number of comorbid psychiatric disorders (Current)		
No		16 (80%)
Yes		4 (20%)

ตารางที่ 1 ข้อมูลโรคจิตเวช ช่วงเวลาก่อนไร้บ้าน และช่วงเวลาที่ปัจจุบัน

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงข้อมูลโรคจิตเวชก่อนไร้บ้าน พบว่าผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิตเวช 4 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า จำนวน 5 คน (ร้อยละ 25) โรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 1 คน (ร้อยละ 5) โรคติดสุราและสารเสพติด จำนวน 7 คน (ร้อยละ 35) และสุดท้ายโรคจิต จำนวน 6 คน (ร้อยละ 30) สถานการณ์

โรคจิตเวชในปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน พบโรคจิตเวช 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน (ร้อยละ 50) โรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 1 คน (ร้อยละ 5) โรควิตกกังวล จำนวน 1 คน (ร้อยละ 5) โรคติดสุราและสารเสพติด จำนวน 6 คน (ร้อยละ 30) และสุดท้ายโรคจิต จำนวน 6 คน (ร้อยละ 30)

### โรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านพบว่า ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า จำนวน 10 คน พบลักษณะอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้าตั้งแต่สถานการณ์ก่อนไร้บ้าน จำนวน 5 คน และพบว่าเริ่มเกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้นพร้อม ๆ กับการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ จำนวน 5 คน

สถานการณ์ของโรคซึมเศร้าที่พบในผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่ก่อนไร้บ้าน พบว่าโรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นก่อนไร้บ้านมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ลักษณะอาการทางคลินิกในด้านของความคิดและอารมณ์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการไร้บ้าน เมื่อผู้ให้ข้อมูลพบกับความทุกข์ ความเครียด จากปัจจัยโครงสร้างทางสังคม เกิดจากการทับซ้อนของปัญหาที่หลากหลาย ทั้งในเรื่องของความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ และความพิการ ปัญหาเรื่องสุขภาพ ตลอดจนประวัติการต้องโทษ เมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ จึงนำมาซึ่งอาการของโรคซึมเศร้า สร้างอิทธิพลต่อการตัดสินใจหนีออกจากบ้าน หรือว่ามีความต้องการไปให้ไกลจากปัญหาที่ตนเองเผชิญ โดยเลือกวิธีการไร้บ้านเป็นหนทางเลือกสุดท้ายของชีวิตผ่านการตัดสินใจอย่างมีสติสัมปชัญญะ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหอบความหวัง เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์บางอย่างของชีวิต ต้องการพบกับ

ชีวิตใหม่ แต่พวกเขากลับต้องผิดหวังซ้ำซาก เนื่องจากเมื่อตัดสินใจออกจากบ้าน พวกเขาขาดเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อรองรับผู้ที่กำลังเผชิญกับปัญหา เนื่องจากการขาดต้นทุนในชีวิตและวิถีชีวิตการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างกะทันหัน สอดคล้องกับ การศึกษาทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ (House, 1981) ที่ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมว่า ช่วยเพิ่มสภาวะทางด้านอารมณ์ โดยเครื่องมือต่าง ๆ ในการสนับสนุน ทั้งการช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา และการมอบวัตถุสิ่งของ จะให้ผลในทางบวกแก่บุคคลได้ ช่วยในการปรับตัวของบุคคล ในการลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจและการประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง ป้องกันผลกระทบจากภาวะวิกฤติและการเปลี่ยนแปลง ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิต

ยกตัวอย่างเช่นกรณีของ พี่บอม ผู้ให้ข้อมูลโรคซึมเศร้าที่พบว่า มีอาการตั้งแต่ก่อนไ้บ้านมาจนถึงปัจจุบัน พี่บอมอายุ 40 ปี รูปร่างผอมแห้ง พิการขาเล็บหนึ่งข้างทำให้เดินไม่สะดวก ไร่บ้านพร้อมลูกชายวัยแปดขวบที่มีรูปร่างผอมแห้งกว่าเด็กวัยเดียวกันมาก แม้ภายนอกจะดูร่าเริงตามวัย แต่เด็กชายคนนี้ มีปัญหา ด้านพัฒนาการและปัจจุบันยังไม่สามารถสื่อสารด้วยประโยคยาว ๆ ได้ เขาไร่บ้านร่วมกับผู้เป็นพ่อยาวนานต่อเนื่องกว่า 2 ปี

*“อาการเศร้านั้นมานาน ชีวิตไม่เคยดีเลย เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกผิดมาก ๆ รู้สึกไร้ค่า เห็นไหม ผมผอมมาก ไม่อยากกินข้าว บางทีอยากอดให้ตายไปเลยนะ แต่มีลูกอยู่ ผมทำแบบนั้นไม่ได้ นอนไม่ค่อยหลับตอนกลางคืน พอตอนกลางวันจะรู้สึกเพลียไม่มีแรง”*

“ครอบครัวผมเคยอยู่สุขสบาย ไม่ได้รวยแต่มีกิน แต่พอผมโดน  
รถชน ชีวิตก็เปลี่ยนไป เมียหนีเพราะผมไม่มีงานทำ ไม่มีเงิน ลูกยังเด็กมาก  
มันหนีไปแต่ตัวทิ้งลูกไว้กับผม ไปหาพ่อ เมียน้อยพ่อก็ไม่เอา บอกว่าผม  
เป็นภาระ ตอนนั้นรู้สึกไม่มีค่า อยู่ไม่ไหว เศร้าหนักกว่าตอนนี้อีก ก็อ้อมลูก  
ออกจากบ้านมาเลย มาตายเอาดาบหน้า ตอนนั้นเครียดมาก มาทุกวันนี้  
คิดถึงแต่เรื่องในอดีต สงสารลูก ทำไมชีวิตถึงไม่เหมือนแต่ก่อน  
ทำไมต้องมานอนอะไรแบบนี้ ผมเสียใจที่มีปัญหาดูแลเขาแค่นี้ พาเขามา  
ลำบาก ต้องมานอนข้างถนน มันเหมือนเอาลูกมาทรมาน”

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้าหลังจากอยู่ในวิธีการไร้บ้าน พบว่า สาเหตุ  
การตัดสินใจออกมากเป็น คนไร้บ้านไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิตเวชมาก่อน  
กล่าวคือ มีการทับซ้อนของปัญหา ทั้งในเรื่องของความสัมพันธ์ภายในครอบครัว  
ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ  
และความพิการ ปัญหาเรื่องสุขภาพ ตลอดจน ประวัติการต้องโทษ ปัญหาเหล่านี้  
สร้างความทุกข์เช่นเดียวกัน สิ่งที่แตกต่างคือ ผู้ให้ข้อมูลเกิดอาการทางคลินิก  
หลังจากใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาทางสังคมที่หลากหลาย  
และทับซ้อน ความเสี่ยงในพื้นที่สาธารณะที่สูงกว่าการมีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง  
ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้าเกิดจาก การไม่สามารถปรับตัวและสภาพจิตใจ  
ให้เข้ากับสถานการณ์วิถีไร้บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษา โลกของคนไร้บ้าน ของ  
บุญเลิศ วิเศษปรีชา ที่กล่าวถึงการปรับตัวของคนไร้บ้านว่า วิถีสู่การเป็นคนไร้บ้าน  
มีมิติที่สำคัญคือมิติเชิงจิตสำนึกของการปรับตัวที่จะยอมรับการใช้ชีวิตในพื้นที่  
สาธารณะแทน “บ้าน” เพราะบ้านเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตมนุษย์  
สำหรับผู้ที่อยู่ใด ๆ ในภาวะไร้ที่อยู่อาศัย พวกเขาไม่ได้ยอมรับ “ความเป็นคนไร้บ้าน”  
อย่างทันทีทันใด โดยเฉพาะการต้อง “ถูก” มองด้วยสายตาเชิงลบจากผู้คนรอบข้าง

แต่แต่ละคนจึงต้องมีระยะผ่านของการปรับตัวจนกว่าจะยอมรับได้ และระดับของการยอมรับก็ไม่เท่ากัน บางคนอาจยอมรับเต็มตัว บางคนอาจแข็งขืนปรับเปลี่ยน ต่อรองให้ความหมายตัวเองในฐานะอื่นไม่ใช่คนเร่ร่อนหรือคนไร้บ้าน

ยกตัวอย่างเช่น พี่เมือง อายุ 39 ปี ไร้บ้านมานานกว่า 15 ปี ให้ข้อมูลว่า เริ่มมีอาการซึมเศร้าเมื่อไม่นานที่ผ่านมา โดยเล่าว่า

“แรกออกจากบ้านทะเลาะกับคนที่บ้าน แล้วไม่มีเงิน ใจก็ร้อนมาก พอทะเลาะกันแรง ๆ เลยขอออกจากบ้านมา ตอนมาอยู่ที่แรกปรับตัวนิดหน่อย แต่เรื่องใจมันสบาย ได้ออกจากปัญหาความทุกข์ ตอนนั้นวัยรุ่นด้วยสนุก ไปโน้นมานี่ มันอิสระ มีความสุข มาถึงตอนนี้มันไม่ได้แล้ว เริ่มแก่ลงผมก็เริ่มคิดว่าเราจะตายตรงนี้หรือ ข้างถนน ตายแบบคนรังเกียจ ไม่มีญาติไม่มีใครเอาแบบนี้หรือ ผมก็เครียด รู้สึกเศร้า ท้อแท้ คิดว่าทำไม่เกิดมาไร้ค่าขนาดนี้”

สถานการณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้าจึงมีทั้งกลุ่มที่อาการของโรคมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจออกจากสภาพปัญหาทางสังคมที่กำลังเผชิญ ซึ่งผ่านการตัดสินใจอย่างมีสติสัมปชัญญะ การตัดสินใจไร้บ้านเป็นทางเลือกสุดท้ายของชีวิต การกลายเป็นคนไร้บ้านได้นั้นเนื่องจากเมื่อตัดสินใจออกจากบ้าน ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ขาดเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม ในการรองรับกลุ่มประชากรเปราะบางที่กำลังเผชิญกับปัญหาทางสังคมและปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มที่สถานการณ์ก่อนการไร้บ้านไม่ได้มีอาการของโรคซึมเศร้า ลักษณะอาการทางคลินิกเกิดขึ้นเมื่ออยู่ในสถานะไร้บ้าน เนื่องจากไม่สามารถปรับตัวและสภาพจิตใจให้ยอมรับกับสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางจิตสังคมที่ต้องเผชิญ



## โรคติดเหล้าและสารเสพติดในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

สถานการณ์โรคติดเหล้าและสารเสพติดในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านพบว่า ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดเหล้าจำนวน 6 คน พบลักษณะอาการทางคลินิกของโรคติดเหล้าตั้งแต่สถานการณ์ก่อนไร้บ้าน ทั้ง 6 คน และสถานการณ์ก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน พบผู้ที่มีโรคติดเหล้าและสารเสพติด 7 คน มีเพียงรายเดียวที่มีอาการติดสารเสพติดตั้งแต่ก่อนการไร้บ้าน ซึ่งได้เข้ารับการรักษาจนอาการหายไวก่อนที่จะออกมาไร้บ้านเป็นเวลานาน

กรณีของ ลุงพงษ์ ป่วยด้วยโรคติดเหล้า อายุ 59 แต่ยังมีร่างกายที่ทะมัดทะแมง ท่าทางกระฉับกระเฉง พูดจาฉะฉาน เสียงดัง ขณะที่สัมภาษณ์จะได้กลิ่นเหล้าคลอคลุ้งผ่านทางลมหายใจ พบโรคจิตเวชในผู้ให้ข้อมูลเพียงโรคเดียวคือโรคติดเหล้า (Alcohol Dependence) กินเหล้าวันละไม่ต่ำกว่า 1-2 ถัง กินมากกินน้อยแล้วแต่รายได้ที่จะได้จากการเก็บขวดขาย

“ต้องกินทุกวัน ถ้าไม่ได้กินจะรู้สึกไม่มีแรง เหมือนกำลังจะตาย หัวที่ท้อง ใจเต้น มือสั่น ไม่มีแรงและกำลังใจในการออกไปเก็บขวดขาย พอได้กินจะรู้สึกกระชุ่มกระชวย เลือดสูบฉีด ต้องเก็บเหล้าไว้ด้วย เอาไว้กินตอนในวันรุ่งขึ้นกินเหล้ามาตั้งนานแล้ว กินแล้วมันมีความสุข กินหนัก ๆ เข้าไปหาหมอ อาเจียนอ้วกออกมาก็ไปหาหมอ หมอก็เช็คเลือด ตรวจเลือดบอกว่า อะไร ๆ เหล้าลิซิม์ พอออกจากโรงพยาบาลก็ไปบวช อยู่ได้สักพักก็กินใหม่ เลยต้องสึกออกมา”

ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงชีวิตในอดีตว่า แต่เดิมมีภรรยาและลูกชายทำงานที่บริษัทรับจ้างแห่งหนึ่ง ตกตอนเย็นก็กินเหล้าสังสรรค์กับเพื่อนร่วมงาน เมื่อกลับมาบ้านก็เกิดปากเสียวกับภรรยาบ่อยครั้ง ประกอบกับเกิดอุบัติเหตุระหว่างการทำงานต้องพักงานนานหลายเดือน ในช่วงนั้นครอบครัวไม่มีรายได้ ภรรยาจึงพาลูกหนีหายไป

“เริ่มกินเหล้าตั้งแต่วัยรุ่น พ่อแม่พี่น้องกินหมดทุกคน เลยเริ่มกินตั้งแต่เด็ก ๆ มาติดจริง ๆ ตอนทำงาน ผมกินแต่เหล้าจนไม่ได้ทำงาน เลิกงานมาก็ตั้งวงแล้ว สังสรรค์กับเพื่อน พอเมียพาลูกเก็บข้าวเก็บของหนีผมไป ผมเลยต้องกลับไปอยู่กับแม่ ตอนนั้นอายุประมาณ 40 กว่าอยู่ได้สักพัก แม่พาไปบวชเพราะกินเหล้ามาก บวชอยู่ 3-4 ปี ก็เลิกได้ ไม่ได้กินเหล้า พอสึกกลับบ้านมากินต่อ มันไม่มีงานทำเลยกินเหล้าต่อจนออกมาอนข้างถนนก็ยังต้องกิน ไม่กินมันอยู่ไม่ได้”

โรคติดเหล้าในสถานการณ์ก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน สร้างผลกระทบให้เกิดการตัดสินใจไร้บ้าน โดยโรคติดเหล้าและสารเสพติดเป็นโรคที่มีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลได้มีการใช้เหล้าเป็นประจำสะสมเป็นระยะเวลานาน เนื่องด้วยผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความเห็นว่าการกินเหล้าเป็นสิ่งที่ครอบครัว วัฒนธรรม สังคมที่พวกเขาเคยปฏิบัติเป็นเรื่องปกติ เป็นการกินเหล้าที่ส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่นด้วยวัฒนธรรมของครอบครัว สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้ โดยการสังเกตของ แบนดูรา (จิตวิทยาทั่วไป, 2552) ที่มีแนวคิดว่าการเรียนรู้ของบุคคลเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบโดยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของมนุษย์หลายอย่างจึงเกิดจากตัวแบบทางสังคม ทั้งนี้ ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลที่เห็นการดื่มเหล้าของคนในครอบครัวเป็นระยะเวลานาน เกิดจากขั้นตอนการเรียนรู้โดยสังเกต 4 ขั้นตอน 1. ขั้นให้ความสนใจ (Attention phase) เป็นขั้นตอน

ที่ผู้ให้ข้อมูลสนใจในพฤติกรรมของตัวแบบนั้นก็คือ คนในครอบครัว ที่ใช้เหล้ากันเป็นประจำ 2. ขั้นจำ (Retention phase) ผู้ให้ข้อมูลได้จดจำพฤติกรรมของคนในครอบครัวเกี่ยวกับการใช้เหล้า 3. ขั้นปฏิบัติ (Reproduction phase) ผู้ให้ข้อมูลได้ลองดื่มสุรา ปฏิบัติตามตัวแบบคือคนในครอบครัว 4. ขั้นจูงใจ (Motivation phase) เมื่อลองกระทำผลเป็นไปในทางด้านบวก กล่าวคือผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่า การกินเหล้าช่วยลดความทุกข์ เพิ่มความสุข จึงได้แสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานาน

ผลที่ตามมาจากการดื่มเหล้าเป็นระยะเวลานานทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถทำงานได้ หรือทำงานด้วยประสิทธิภาพที่ลดลง เนื่องด้วยพฤติกรรมที่ผิดปกติและปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการติดเหล้า จากตำราการเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช ดังที่ รัศมน กัลป์ยาศิริ (2561) ในงานศึกษาประเด็นการเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช ที่กล่าวถึงผลกระทบทางคลินิกที่เกิดจากการดื่มสุรว่าการดื่มสุราระยะยาวนานแบบเรื้อรังจะทำให้เกิดการเสพติด ซึ่งเป็นสภาวะที่อันตรายถึงชีวิตโดยเฉพาะในช่วงลดหรือการหยุดดื่ม เนื่องจากอาจเกิดอาการสั่นและชัก และกลุ่มอาการเพ้อคลั่งสั่น (delirium tremens) ได้นอกจากนี้สุรายังเป็นพิษต่อตับ และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็ง ไม่เพียงแต่ส่งผลในปัญหาทางกาย สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบว่า การติดเหล้ายังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัจจัยที่พบร่วมกันในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ต้องเผชิญกับปัญหาเชิงโครงสร้างทางสังคม ที่ประกอบด้วย ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความเข้มแข็งของชุมชน ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ปัญหาการว่างงานหรือไม่ถูกจ้างงาน เมื่อประกอบรวมกับปัญหาติดเหล้าจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าตนถูกลดคุณค่า เป็นที่น่ารังเกียจของครอบครัว และชุมชน เมื่อสะสมจนเป็นระยะเวลานาน ผู้ให้ข้อมูลจึงตัดสินใจออกจากบ้าน

เพื่อรักษาคุณค่าในตัวเอง ตัดสินใจหันหลังให้กับครอบครัว ออกจากบ้าน เพื่อต้องการหาพื้นที่ที่สามารถรักษาศักดิ์ศรีของตนเองไว้ได้ สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ร่วงหล่นลงสู่พื้นที่สาธารณะ คือเมื่อพวกเขาตัดสินใจออกจากบ้าน เพื่อปกป้องศักดิ์ศรีกลับไม่มีเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อรองรับผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหา และวิกฤติการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างกะทันหัน บวกรวมกับปัญหาผู้ที่เป็นโรคติดเหล้าถูกมองด้วยมายาคติว่า เป็นคนเกียจคร้าน เป็นคนนิสัยไม่ดี จึงทำให้ขาดโอกาสในการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสังคม ตลอดจนการรักษา และฟื้นฟูเยียวยา สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยทำนายทางจิตสังคมของกลุ่มคนไร้บ้านผู้หญิงที่ติดสารเสพติดและมีอาการพึ่งพาสารเสพติด” ของ กาลิฟ และคณะ ที่พบว่า การเผชิญกับปัญหาที่เป็นเชิงลบนั้น จะมีผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตและสุขภาพทางกายของกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน การไม่ได้สนับสนุนทางสังคมทำให้คนไร้บ้านต้องเผชิญสถานการณ์อันเลวร้ายเพียงลำพัง นำมาซึ่งการผันตัวเข้าสู่วงจรการใช้สารเสพติดมากยิ่งขึ้น

เมื่อมาอยู่ในพื้นที่สาธารณะ ความเป็นอิสระที่ได้รับ ความเครียด ความทุกข์ที่ต้องเผชิญทั้งในอดีตและปัจจุบัน ทำให้ตัดสินใจใช้เหล้าเป็นเครื่องมือในการซื้อความผืนราคาถูก กล่าวคือ เมื่อดื่มเหล้า ทำให้พบกับความสนุกสนาน สามารถจินตนาการได้โดยหลุดพ้นจากสภาพความเป็นจริงที่เผชิญ สร้างความสุขภายในจิตใจและเลือกใช้เหล้ามากยิ่งขึ้น ซึ่งประเด็นดังกล่าวเกี่ยวข้องกับด้านชีวเคมีและการทำงานของสมอง (มานิซ หล่อตระกุล, 2559) การบริโภคสุราเข้าสู่ร่างกายอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง สมองบริเวณ ventral tegmental area ที่เชื่อมโยงกับการทำงานกับสมองส่วน nucleus accumbent มีสารสื่อประสาทที่สำคัญคือ endogenous opioid และ dopamine โดยสารทั้งสองชนิดจะถูกกระตุ้นโดยสุรา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มของสารสื่อประสาทแต่ละชนิด

โดยเฉพาะ โดปามีน (dopamine) และ เซโรโทนิน (serotonins) ที่หลังเพิ่มขึ้นในช่วงแรกของการบริโภคสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือดสูงพบว่า จะมีอาการร่าเริง สนุกสนาน ต่อมาจะเกิดแรงเสริมทางลบ คือลดความวิตกกังวล และคลายเครียดช่วงระยะเวลาสั้น ๆ สอดคล้องกับงานศึกษาโรคจิตเวชเรื้อรัง และพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรไร้ที่อยู่อาศัยในชิคาโก สหรัฐอเมริกา (Castro et al, 2014) พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มประชากรไร้ที่อยู่อาศัยที่พบได้บ่อยคือพฤติกรรมการติดสุรา โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดและการติดบุหรี่ ตั้งแต่ก่อนออกจากบ้าน และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออยู่ในพื้นที่สาธารณะ ระยะเวลาการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมเสี่ยง อย่างเห็นได้ชัด นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มเหล้าเกี่ยวข้องกับ การประกอบอาชีพของคนไร้บ้าน โดยพบว่า คนไร้บ้านมักมีอาชีพเก็บของเก่าขาย มีความอายต่อการประกอบอาชีพ การดื่มเหล้าเพื่อลดความอาย และเพิ่มเรี่ยวแรงให้กับร่างกาย ที่ทรุดโทรมจากอายุและโรคประจำตัวให้มีเรี่ยวแรงในการทำงานได้เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ กรวิกา ก้อนแก้ว ที่ศึกษาความหมาย วัฒนธรรม การดื่มเหล้าของคนไร้บ้านที่พบว่า เหล้าคือเครื่องมือขับเคลื่อนชีวิตของคนไร้บ้านที่ต้องใช้ชีวิตบนพื้นที่สาธารณะ ต้องดิ้นรนเอาตัวรอดแบบที่คนปกติในสังคมไม่เคยเผชิญ ความเครียดและความกังวลต่าง ๆ นำไปสู่การพึ่งพาเหล้า การดื่มเหล้าของคนไร้บ้านทำหน้าที่ทางสังคมหลายลักษณะ ดื่มเหล้าเพื่อสุขภาพ ดื่มเหล้าเพื่อต้องการเป็นสมาชิกของกลุ่ม ดื่มเพื่อประโยชน์ทางอาชีพ และดื่มเพื่อการมีชีวิตรอดในพื้นที่สาธารณะ (กรวิกา ก้อนแก้ว, 2561)

### โรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

สถานการณ์โรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิต พบว่า ในปัจจุบันพบผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว จำนวน 1 คน และผู้ที่มีโรคจิต จำนวน 6 คน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตพบลักษณะอาการทางคลินิกตั้งแต่ก่อนเข้าสู่วิถีไร้บ้าน และพบว่าผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับการรักษาทางจิตเวชก่อนเข้าสู่วิถีไร้บ้าน ทั้ง 7 คน ลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอาการ ความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ที่ผิดปกติ ผู้ให้ข้อมูลไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (out of reality) หลงผิดหรือประสาทหลอน กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วผู้ให้ข้อมูลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างมาก ส่งผลต่อพฤติกรรม สร้างความเดือดร้อนวนเวียนจนไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ และมีความหลงผิดเชื่อว่าตนเป็นผู้ที่มีความเหนือมนุษย์ เทพเจ้าส่งมาเพื่อรักษาโลกมนุษย์ กลุ่มโรคจิตผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ที่ผิดปกติ มีอาการประสาทหลอน ได้ยินเสียงหูแว่วสั่งให้ออกจากบ้าน สั่งให้เดินไปเรื่อย ๆ

ยกตัวอย่างเช่น น้ำ หลิงสาววัย 27 ปี ที่ป่วยด้วยโรคจิต เดิมอาศัยอยู่กับน้ำที่มีอาชีพรับจ้างมีฐานะยากจน น้ำรับรู้ดีว่าตนมีอาการของโรคจิต ตั้งแต่อายุประมาณ 25 ปี มีความคิดหลงผิด คิดว่าจะโดนปองร้าย มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงของบุคคลมากกว่าสองคนคุยกันบางเสียงสั่งให้ทำตามคำสั่ง ในบางครั้งเห็นภาพหลอนเป็นคนเยอะแยะมากมาย น่ากลัวและน่ารังเกียจ สิ่งที่เกิดทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีอาการหงุดหงิดง่าย โมโห และแสดงพฤติกรรมดบตี ทำร้ายตัวเอง แยกตัวออกจากครอบครัวและสังคม ในช่วงแรกมีการรักษาที่โรงพยาบาลด้านจิตเวชโดยตรง แต่อาการไม่ได้ดีขึ้น ยาเป็นเพียงส่วนหนึ่งของการควบคุมอาการ แต่ยังคงมีความคิดความเชื่อที่ผิดปกติ

“หนูเคยโดนจับไปโรงพยาบาลบ้านะ อยู่ได้ตั้งนาน ตอนนั้นก็ไม่มีอาการ แต่ออกมาแล้วก็กลับมาเป็นเหมือนเดิม รุนแรง เสียงมันดังมากขึ้นด้วย เสียงหูแว่วมันสั่งให้ออกจากบ้าน บอกว่าให้ออกไป ไปข้างนอก ให้ไปเลย อะไรทำนองนี้ ตอนนั้นสนั่นหวั่นไหวมาก หนูโมโหเสียงทุกวัน ได้ยินทั้งวันยี่สิบสี่ชั่วโมงเลยอะ เราต้องทำตามทุกอย่าง เพราะไม่อยากรู้สึกสุขภาพจิตไม่ดีเลยอะ เขาบอกให้มาอยู่หัวลำโพงดีกว่า อยู่ที่บ้านเสียงดัง อยู่แล้วเป็นภาระเขาด้วย เครียดกดดันที่ได้ยินตลอดเวลา แล้วก็เสียงมันก็ดังขึ้นทุกวัน คนที่บ้านเสียงดังด้วย นอนไม่หลับทั้งคืนเลย หูแว่วก็เลยยิ่งสั่งให้เราออกจากบ้าน โทรทัศน์ก็เสียงดัง วิทยุก็เสียงดัง คนก็เสียงดัง เครื่องบินก็เสียงดัง โหว ประสาทหลอนเลยหนูอะ หนูเลยต้องออกจากบ้านมาอยู่หัวลำโพง มันบอกว่าให้ไปหาต่อรถที่นี่ (หัวลำโพง)”

สอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลคนที่สอง พี่ตา อายุ 37 ปี เดิมอาศัยอยู่กับแม่วัยประมาณ 70 ปี เนื่องจากแม่ชรามากแล้ว มีอาชีพเก็บผักขายตามหน้าหมู่บ้าน ครอบครัวของผู้ให้ข้อมูลอยู่ในระดับยากจน กล่าวคือเธอต้องทำงานเพียงคนเดียวเพื่อดูแลทั้งตัวเองและแม่ของเธอ ผู้ให้ข้อมูลคืออดีตพนักงานทำความสะอาดโรงแรมที่กลายเป็นคนตกงานเนื่องจากโรคทางจิตเวชกำเริบ ควบคุมพฤติกรรมของตนเองไม่ได้ ไร้เวทเจ้า ระวังผู้คน ไม่สามารถควบคุมสติในการทำงาน สุดท้ายจึงโดนไล่ออกจากการทำงาน นั่นคือจุดเริ่มต้นให้เธอมีอาการเพิ่มมากขึ้นจนไม่สามารถควบคุมได้

“เริ่มได้ยินเสียงคนมาพูดในหูหลายคนเลยเสียงผู้หญิงบ้าง ผู้ชายบ้าง ชอบมาสั่งให้เราเดินไปโน้นไปนี้ ให้เดินไปเรื่อย ๆ เห็นตึกนี้ไม่ได้เลย มันสั่งให้เรารู้สึกเหมือนจะตาย กระโดด กระโดด ออกไป

ออกไป ดั่งมาก ได้ยินทั้งวัน เรานอนไม่ได้เลย กระวนกระวายมาก ได้ยินเสียงตลอด ยิ่งแม่บ่นเรื่องทำงาน ยิ่งได้ยินมาก เครียดสุด ๆ ไปเลย บางทีเห็นภาพหลอนเป็นคน ผู้ชายที่มีหน้าเหมือนสัตว์ น่ากลัวมาก มันลึ้มให้เราเดินเราก็ต้องเดินนะ จากมีนบุรีออกมาถึงสุขุมวิท มานอนอยู่นี่เลย แต่มันไม่ค่อยให้นอนนะ ให้เดินไปเดินมา ทะเลาะกับมันตลอดทาง รำคาญบอกมันว่าเมื่อยลึ้มให้เดินอยู่ได้”

ผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว พีโจ วัย 45 ปี เดิมบวชเป็นพระ แต่สึกออกมา เนื่องจากน้องสาวเสียชีวิต ทิ้งมรดกไว้ให้เป็นคนคอนโด และเงินสดราว ๆ เกือบสองแสนบาท ในช่วงที่มาอยู่คอนโด ก่อนหน้าไร่บ้าน 1 ปี เป็นช่วงที่เริ่มมีอาการอย่างเห็นได้ชัด พีโจเอาเงินทั้งหมดไปซื้อของ จำพวกนาฬิกา รถจักรยาน และใช้บริการอ่างอบนวด หมึงขายบริการ พาเพื่อนเข้ามาในคอนโด จนทะเลาะกับนิติกรบ่อยครั้ง โดยอ้างว่าเป็นสิทธิของตนที่จะเปิดเพลงเวลาตีสามตีสี่ก็ได้ ในเมื่อคอนโดนั้นได้กลายเป็นของตนไปแล้ว จนกระทั่งนิติกรได้แจ้งตำรวจ เพื่อนำส่งรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

“ห้องคอนโดคั้นละล้านกว่าบาท เสือกถูกสุนัขในรูมขย้ำทำร้าย เพราะอะไรอย่างทีบอกไป แคะเรารวย มีเงินใช้ มีเพื่อนมากมาย เอาเพื่อนมาสนุกสนานก็ไม่ได้ เปิดเพลงเสียงดังก็ไม่ได้ มันหาว่ารบกวนคนอื่น มันคือไอโอะเล่ ไอตัม หงุดหงิด มันจุกจิกเหลือเกินอยู่คอนโด อันนั้นก็ไม่ได้ อันนี้ก็ไม่ได้ อย่างถ้าเรามีบ้านอยู่อ่า ลังพิชซ่า พิชซ่ามากดกริ่งถึงหน้าประตูบ้านถูกไหม เราออกไปหน้าบ้านรับมาได้เลยถูกไหม แต่พออยู่คอนโด อะไรวะ เราต้องลงมาถึงข้างล่าง ทำไมมันไม่ให้มาส่งถึงหน้าห้องวะ เข้าใจไหม ไอโอะเล่มันเข้ามาถึงในห้องยามวิกาล เอาตำรวจ



มาด้วย เอามาทำร้ายคน แต่ทำอะไรผมไม่ได้ พระเจ้าสร้างผมมาให้  
ปกครองโลกนี้ ผมเป็นอมตะ ฮ่า ๆ ขนาดนอนยังไม่ต้องนอนเลย  
มันมาบอกว่าเราบ้า พวกมันแหละบ้า มันจับผมไปส่งที่สมเด็จพระยา  
ไอบ้าเอ๋ย ยังกับคุก ออกมาได้ มานอนที่ข้างถนน ชอบกลิ่นควันรถ  
เสียงท่อรถดังบูม ๆ ชอบมาก มันเพิ่มพลังอมตะให้ผม ฮ่า ๆ ใครในโลก  
ก็ทำอะไรไม่ได้ จะเดินจากกรุงเทพไปชลบุรีเพื่อแสวงพระไตรปิฎกก็ได้”

ลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลต่อการเข้าสู่วิถีการไร้บ้าน  
โดยขาดสติสัมปชัญญะ ในการตัดสินใจอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นการตัดสินใจ  
ที่ไม่ตรงกับโลกของความเป็นจริง จากการศึกษาความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่ม  
ประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร (ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล, 2559)  
พบผู้ที่มีโรคจิตในประชากรคนไร้บ้าน ร้อยละ 23-35 เมื่อเทียบกับความชุก  
ของโรคในกลุ่มประชากรทั่วไปซึ่งพบ ความชุกของโรค ร้อยละ 0.88 หมายความว่า  
พบโรคจิตในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 23-35 เท่า  
เป็นตัวเลขสูงและน่าเป็นห่วงสำหรับความสามารถในการเข้าถึงการรักษา เสียวยา  
และฟื้นฟูโรคของผู้ให้ข้อมูลสอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของคนไร้บ้าน  
บนพื้นฐานคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีการป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง (Lehman,  
1995) พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ไร้ที่อยู่อาศัยแยกว่าผู้ที่มีหลักแหล่ง  
ในการอาศัยชัดเจน เนื่องจากสภาพแวดล้อม การเข้าถึงการรักษา ความเป็นอยู่  
ครอบครัว และสัมพันธภาพ ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ไร้ที่อยู่อาศัยจะดีขึ้น หาก  
เข้าถึงบริการการรักษา การฟื้นฟู เสียวยา ได้รับการสนับสนุนทางสังคม

สิ่งสำคัญสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตทุกราย  
ไม่เพียงแต่ลักษณะอาการของโรคจิตเวชเท่านั้นที่ส่งผลให้พวกเขาต้องออกมาไร้บ้าน

แต่ยังพบว่าเกิดจากการทับซ้อนกันระหว่างปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หรือแม้กระทั่งการอยู่ในครอบครัวที่มีเพียงแคผู้สูงอายุ ตลอดจนความล้มเหลวในกระบวนการรักษาโรคทางจิตเวช การขาดโอกาสในการได้รับการสนับสนุน และช่วยเหลือจากสังคม ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจระดับปานกลาง ไปจนถึงชั้นรายได้น้อย เมื่อป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้ว ทำให้ไม่สามารถทำงานเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวได้ อีกทั้งในการรักษา ฟื้นฟู เยียวยา ต้องเป็นไปอย่างใกล้ชิด ซึ่งครอบครัวไม่สามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องด้วยสถานะทางการเงินและต้นทุนด้านเวลาของคนในครอบครัว มีปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จากการที่ผู้ให้ข้อมูลมักได้รับการเตือนจากครอบครัว ในเรื่องของการรักษา ความไม่เข้าใจของคนในครอบครัวและการทำใจยอมรับอย่างยากลำบากเกี่ยวกับ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ความล้มเหลวในกระบวนการรักษาโรคทางจิตเวช ผู้ให้ข้อมูลที่มิโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตทุกรายเคยผ่านการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชด้วยระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังสิ้นสุดการรักษา ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถรับรู้ตามโลกของความเป็นจริงว่าตนกำลังป่วย ไม่สามารถทานยาจิตเวชตามคำสั่งแพทย์ และมีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้อาการกำเริบเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลขาดการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการรองรับเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต สุดท้ายจึงร่วงหล่นลงสู่วิถีการเป็นคนไร้บ้าน และตกย่ำความรุนแรงด้วยการเป็นคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช

สิ่งที่น่าเป็นห่วงสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตพบว่า สำหรับผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยชิ้นนี้ ซึ่งเป็นผู้ที่มีลักษณะอาการที่ยังไม่รุนแรง ถึงระดับที่มีความผิดปกติอย่างมากต่อลักษณะบุคลิก ผู้ให้ข้อมูลยังสามารถอยู่ร่วมกับ

คนไร้บ้านทั่วไป ไม่มีอาการอาละวาด ที่ดูแล้วเป็นอันตรายต่อผู้อื่น อาการที่เกิดขึ้นหากไม่ทำการสังเกตอย่างจริงจังก็จะไม่สามารถรับรู้ถึงความผิดปกติทางสุขภาพจิตได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างทันที่ โดยทิ้งพวกเขาให้เผชิญกับความยากลำบากในพื้นที่สาธารณะอย่างโดดเดี่ยว และการอยู่ในพื้นที่สาธารณะที่ยาวนาน จะยิ่งทำให้การทำงานของร่างกายและจิตใจผิดปกติมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Fekadu และคณะ ที่ศึกษาภาวะของโรคจิตเวชและการตอบสนองความต้องการของคนไร้บ้านในเมืองแอดดิสอาบาบา ประเทศเอธิโอเปีย พบว่า โรคจิตเวชเกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจิต (Psychotic disorder) พบร้อยละ 8 และยังพบกลุ่มที่ไม่สามารถให้คำตอบได้ว่าตนไร้บ้านด้วยสาเหตุอะไร มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการจากโรคจิตเวช หากสมมุติฐานนี้เป็นจริง เท่ากับจะมีคนไร้บ้านด้วยสาเหตุของโรคจิตเวชมากกว่าร้อยละ 50 และสอดคล้องกับการศึกษาการเจ็บป่วยทางจิตของคนไร้บ้าน (Tolomiczenko, 1998) ที่พบว่า สาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านที่พบได้บ่อย ๆ คือ โรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่ม Psychotic disorders รวมทั้งสมาคมสุขภาพจิตแห่งแคนาดารายงานว่า 1 ใน 3 ของคนไร้บ้านมีอาการเจ็บป่วยทางจิต และอาการทางจิตเวชสามารถก่อให้เกิดการไร้บ้านได้

นอกจากนั้นยังมีความเป็นไปได้ว่า สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถให้ข้อมูลของครอบครัว ไม่สามารถจดจำรายละเอียดของบ้านที่ตนเคยอาศัย อาจมีความเป็นไปได้ว่า พวกเขาอาจเป็นคนหายที่มีโรคจิตเวช สถานการณ์คนหายในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติคนหาย ประจำปี พ.ศ. 2561 ของศูนย์ข้อมูลคนหายมูลนิธิกระจกเงา (มูลนิธิกระจกเงา, 2561) ระบุว่า มีการแจ้งเรื่องคนหายเข้ามายังมูลนิธิกระจกเงา จำนวน 887 ราย เป็นคนหายด้วยโรคสมองเสื่อม

จำนวน 129 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.6 คนหายด้วยปัญหาพัฒนาการทางสมอง จำนวน 57 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.4 คนหายด้วยโรคจิตเวช จำนวน 326 ราย คิดเป็นร้อยละ 36.8 ซึ่งสูงกว่าคนหายที่มีอาการสมองเสื่อมเกือบเท่าตัว และพบว่า คนหายที่มีอาการจิตเวชทั้งหมด ยังมีอีกกว่า 56 ราย ที่ยังหาไม่พบตัว ไม่ทราบความคืบหน้า และครอบครัวยังรอคอยการกลับบ้าน สิ่งสำคัญคือ มีความเป็นไปได้ว่า พวกเขาอาจกำลังกลายเป็นคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชนั้นหมายความว่า หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยกลุ่มคนเหล่านี้ สามารถเข้าถึงพวกเขาได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถลดอัตราความเสี่ยงในการเพิ่มขึ้นของคนไร้บ้าน ทำให้สามารถลดทอนปัญหาคนหาย และทำให้พวกเขามีโอกาสได้กลับบ้านไปพบกับครอบครัวอีกครั้ง ยังเป็นการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะและสามารถทำให้พวกเขากลับบ้านด้วยความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้นได้

สรุปได้ว่า ประชากรกลุ่มที่เสี่ยงเปราะบางต่อการเป็นคนไร้บ้านที่มีอาการจิตเวชได้นั้น คือกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกจัดว่าอยู่ในระดับรุนแรง อาทิ โรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งเป็นโรคที่มีความคิดหลงผิดมีการรับรู้ที่ผิดปกติเป็นโรคจิตเวชที่มีลักษณะอาการทางคลินิกอย่างรุนแรง โรคจิตเวชของผู้ป่วยนั้นจึงนับเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอาจกลายมาเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่สาธารณะได้ แต่เงื่อนไขโรคจิตเวชเพียงลำพังก็ไม่สามารถที่จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยต้องมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะได้เพียงอย่างเดียว องค์ประกอบทางสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องเช่นการดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และรัฐนั้นต่างอยู่ในสภาพยากลำบากต่อการดูแลและจัดการ เนื่องจากโรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูดูแลยาวนาน ใช้การเอาใจใส่ในระดับเข้มข้นต่อเนื่อง ใช้การลงทุนในทรัพยากร

ทั้งเวลาทรัพย์สินที่สูงถ้าต้องการผลลัพธ์ต่อการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ หรือทัศนคติความรู้ความเข้าใจต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ที่คนในสังคมมียังห่างไกลคำว่าถูกต้องอย่างมาก ด้วยปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุ ทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับประสบปัญหาอย่างมาก โกลาหลอย่างรุนแรง โรคจิตเวชและปัจจัยทางสังคมดังกล่าวจึงเป็นระเบิดเวลาที่จะสร้างปัญหา ให้กับคุณภาพประชากรในอนาคตอย่างเลี่ยงไม่พ้น ซึ่งการเกิดขึ้นของกลุ่มคนไร้บ้าน ที่มีโรคจิตเวชนั้นนับเป็นรูปธรรม ตัวอย่างได้อย่างชัดเจน

### โรคจิตกังวลในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

สถานการณ์โรคจิตกังวลในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านพบว่า ปัจจุบัน ผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน มีผู้ป่วยด้วยโรคจิตกังวล 2 คน พบลักษณะ อาการทางคลินิกของโรคภายหลังจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ สาเหตุการ เข้าสู่วิถีไร้บ้าน เนื่องด้วยปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วยปัญหา ทางเศรษฐกิจที่ทับซ้อนไปด้วยปัญหาทางครอบครัว บ้าน สอดคล้องกับงานศึกษา ของ มณฑกานต์ ฉิมมามี ที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและจุดเปลี่ยนของการเป็นคนไร้บ้าน ที่ศึกษาในเชิงมิติโครงสร้างทางสังคมว่าสาเหตุที่เป็นจุดเปลี่ยนให้ออกมาใช้ชีวิต นอกบ้านมีสองปัจจัยคือ ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว และสอดคล้องกับงานการศึกษาโลกของคนไร้บ้าน (บุญเลิศ วิเศษปรีชา, 2560) ที่กล่าวว่า การตัดสินใจไร้บ้านของคนไร้บ้านมีหลากหลายปัจจัยทับซ้อนอยู่ ทั้ง เรื่องความเปราะบางของสถาบันครอบครัวและปัญหาเศรษฐกิจ

เกิดอาการวิตกกังวลภายหลังจากอาศัยในพื้นที่สาธารณะเนื่องจาก มีความคิดที่อยากเปลี่ยนแปลงตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ไม่สามารถทำได้ อย่างหวัง ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความอยุติธรรมทางสังคม

เมื่อไ้บ้านแล้ว ไม่สามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการที่มั่นคง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากต้นทุนในชีวิตที่ประกอบไปด้วยเครือข่ายทางสังคม การศึกษา สถานะทางการเงิน อีกทั้งยังพบปัญหาทางลักษณะประชากร ในเรื่องอายุ สุขภาพ และความพิการ มีปัญหาทางเศรษฐกิจร่วมกับปัญหาความเปราะบางทางสถาบันครอบครัว สอดคล้องกับตำราจิตเวชศาสตร์รามานาธิบัติ ของ มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ ที่กล่าวถึงอาการของโรควิตกกังวลว่าอาการเด่น ได้แก่ มีความกังวลอย่างมากในเรื่องต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องโดยมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การงาน การเงิน สุขภาพ ความเป็นอยู่ในครอบครัว และอาจพบอาการทางร่างกาย เช่น เหนื่อยง่าย ปวดตึงกล้ามเนื้อร่วมด้วย

จากผลการศึกษาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่า สาเหตุการไ้บ้านของคนไ้บ้านที่มีโรคจิตเวชเกิดจากสาเหตุที่หลากหลาย นอกจากลักษณะอาการทางคลินิกที่ส่งผลให้พวกเขาต้องออกมาไ้บ้านยังซ้อนทับกับประเด็นปัญหาทางสังคมและความล้มเหลวของกระบวนการรักษาโรคทางจิตเวช สะสมเป็นระยะเวลา ยาวนาน สิ่งสำคัญคือ เมื่อเกิดปัญหาในชีวิต ผู้ให้ข้อมูลยังขาดเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยรองรับ เมื่อยามที่เกิดวิกฤติและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอีกด้วย

### บทสรุป

ท่ามกลางสังคมที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงและความอันตรายในพื้นที่สาธารณะ และปัญหาทางสังคมที่สะสมทับซ้อน ทำให้พบสถานการณ์โรคจิตเวชของคนไ้บ้านในปัจจุบันมากถึง 5 โรค ประกอบด้วย โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล โรคติดสุราหรือสารเสพติด และโรคจิต พบสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนเข้าสู่ภาวะไ้บ้าน 4 โรค โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดสุรา

หรือสารเสพติด และโรคจิต และพบว่าโรคจิตเวชมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการไร้บ้าน

สถานการณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้าจึงมีทั้งกลุ่มที่อาการของโรคมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจออกจากสภาพปัญหาทางสังคมที่กำลังเผชิญ ซึ่งผ่านการตัดสินใจอย่างมีสติสัมปชัญญะ การตัดสินใจไร้บ้านเป็นทางเลือกสุดท้ายของชีวิต การกลายเป็นคนไร้บ้านได้นั้นเนื่องจากเมื่อตัดสินใจออกจากบ้าน ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ขาดเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม ในการรองรับกลุ่มประชากรเปราะบางที่กำลังเผชิญกับปัญหาทางสังคมและปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มที่สถานการณ์ก่อนการไร้บ้านไม่ได้มีอาการของโรคซึมเศร้า ลักษณะอาการทางคลินิกเกิดขึ้นเมื่ออยู่ในสถานะไร้บ้าน เนื่องด้วยไม่สามารถปรับตัวและสภาพจิตใจให้ยอมรับกับสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางจิตสังคมที่ต้องเผชิญ

สถานการณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคติดเหล้าอันเป็นสาเหตุแห่งความสัมพันธ์ที่ไม่ดีของครอบครัว สร้างรอยร้าวความแตกแยก จากโรคจิตเวชที่มีพฤติกรรมติดเหล้า อันเป็นผลมาจากปัญหาทางสังคม เศรษฐกิจ ตลอดจนวัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชน อีกทั้งเหล้ายังทำหน้าที่ลดความทุกข์ เพิ่มความสนุกสนาน สร้างความแข็งแรงให้กับร่างกาย จึงทำให้การติดเหล้าส่งผลตั้งแต่ก่อนไร้บ้าน จนถึงปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นคนไร้บ้านคือผู้ที่มีอาการจิตเวชในระดับรุนแรง อาทิ โรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งมีปัจจัยทางด้านสุขภาพจิตที่ซับซ้อนกับปัญหาทางสังคม ซึ่งเป็นโรคที่มีความคิดหลงผิดมีการรับรู้ที่ผิดปกติเป็นโรคจิตเวชที่มีลักษณะอาการทางคลินิกอย่างรุนแรง โรคจิตเวชของผู้ป่วยนั้นจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอาจกลายมาเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่สาธารณะได้ แต่เงื่อนไขโรคจิตเวชเพียงลำพังก็ไม่สามารถที่จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยต้องมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะได้

เพียงอย่างเดียว รวมทั้งหากพิจารณาองค์ประกอบทางสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่อง เช่น การดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และรัฐนั้น ต่างอยู่ในสภาพยากลำบากต่อการดูแลและจัดการ เนื่องจากโรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูดูแลยาวนาน ใช้การเอาใจใส่ในระดับเข้มข้นต่อเนื่อง ใช้การลงทุนในทรัพยากรทั้งเวลาและทรัพย์สินที่สูงถ้าต้องการผลลัพธ์ต่อการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพหรือทัศนคติความรู้ความเข้าใจต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่คนในสังคมมียังห่างไกลคำว่าถูกต้องอย่างมาก ด้วยปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับประสบปัญหาอย่างมาก โกลาหลอย่างรุนแรง โรคจิตเวชและปัจจัยทางสังคมดังกล่าวจึงเป็นระเบิดเวลาที่จะสร้างปัญหาให้กับคุณภาพประชากรในอนาคตอย่างเลี่ยงไม่พ้น ซึ่งการเกิดขึ้นของกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชนั้นนับเป็นรูปธรรม ตัวอย่างได้อย่างชัดเจน นอกจากนั้นยังมีความเป็นไปได้ว่า คนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชอย่างรุนแรง เช่น โรคจิต พวกเขาอาจเป็นคนหายที่มีโรคจิตเวช หายออกจากครอบครัวและชุมชน อันเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุด ด้วยปัญหาทับซ้อนทั้งทางสุขภาพจิตและทางสังคม เพราะฉะนั้น หากชุมชน สังคม ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องในการช่วยกลุ่มคนเหล่านี้ มีความเข้าใจต่อผู้ป่วยโรคจิตเวช และสามารถเข้าถึงกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถลดอัตราความเสี่ยงในการหายออกจากบ้านของผู้ป่วยจิตเวช การเพิ่มขึ้นของคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช ทำให้พวกเขามีโอกาสได้กลับบ้านไปพบกับครอบครัวอีกครั้ง และยังเป็น การดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ และสามารถทำให้พวกเขากลับบ้านด้วยความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้นได้ ซึ่งชุมชนและสังคมสามารถสร้างกระบวนการในการแก้ไขปัญหาได้จากข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้



## ข้อเสนอแนะ

1. ประชากรกลุ่มที่เสี่ยงเปราะบางต่อการเป็นคนไร้บ้านที่มีอาการจิตเวชได้นั้น คือกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกจัดว่าอยู่ในระดับรุนแรง เช่น โรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้ว ซ้อนทับกับปัจจัยสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่อง การดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และรัฐนั้นต่างอยู่ในสภาพยากลำบากต่อการดูแลและจัดการ เนื่องจากโรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูดูแลยาวนาน ใช้การเอาใจใส่ในระดับเข้มข้นต่อเนื่อง ใช้การลงทุนในทรัพยากรทั้งเวลาทรัพย์สินที่สูงถ้าต้องการผลลัพธ์ต่อการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ หรือทัศนคติความรู้ความเข้าใจต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่คนในสังคมมียังห่างไกลคำว่าถูกต้องอย่างมาก ด้วยปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับประสบปัญหาอย่างมาก โกลาหลอย่างรุนแรง

โรคจิตเวชและปัจจัยทางสังคมดังกล่าวจึงเป็นระยะเวลาที่จะสร้างปัญหาให้กับคุณภาพประชากรในอนาคตอย่างเลี่ยงไม่พ้น ซึ่งการเกิดขึ้นของกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชนั้นนับเป็นรูปธรรมตัวอย่างได้อย่างชัดเจน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชนไปจนถึงระดับนโยบายส่วนกลาง พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยจัดตั้งแกนนำกลุ่มดูแลและคัดกรองผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชนั้นเริ่มต้นได้จากการสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเวชให้กับคนในชุมชนอย่างต่อเนื่องโดยอาศัยความรู้จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นกลไกรัฐด้านสาธารณสุขที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด เพื่อให้คนในชุมชนได้มีความเข้าใจและตระหนักว่า อารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ที่ผิดปกตินั้นอาจมีสาเหตุจากโรคทางจิตเวช

โรคใดโรคหนึ่งได้ ไม่ใช่อาการที่เกิดจากอุปนิสัยที่ไม่ดีหรือเรื่องทางไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า เป็นต้น

เพื่อให้แก่นำกลุ่มดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามารถคัดกรองผู้ที่มีความเสี่ยงของอาการจิตเวชที่อาจทำให้หายออกจากบ้าน คือผู้ที่มีปัญหาทั้งทางด้านสุขภาพจิตและปัญหาทางสังคม ตลอดจนการให้ความรู้ในเรื่องกลไกของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชให้ได้รับการรักษา การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องนอกจากการช่วยเหลือดังกล่าว ยังลดอคติต่อผู้ป่วยจิตเวชทำให้เกิดความอาทร นำไปสู่ความช่วยเหลือของชุมชนที่จะมีต่อผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ต้องแบกรับปัญหาและการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดจากอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมที่ผิดปกติไปของตัวผู้ป่วยจิตเวชโดยลำพัง เมื่อชุมชนแข็งแกร่งมากขึ้นในเชิงความรู้ความเข้าใจต่อโรคจิตเวช จึงสามารถพัฒนาขึ้นเป็นกลุ่มเฝ้าระวังเพื่อดำเนินการในภารกิจคัดกรอง ติดตาม ช่วยเหลือ ป้องกันได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้น มีความเข้มแข็งของกลไกวิธีการช่วยเหลือได้มากขึ้น

2. สิ่งที่น่าเป็นห่วงสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่โรคจิตเวชในระดับรุนแรง เช่น โรคจิต อาจเป็นคนหายที่หายออกจากบ้าน เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยทางสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการถอดบทเรียนหาเหตุปัจจัยในมิติอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องออกจากครอบครัว ออกจากชุมชน หรือเป็นคนหายด้วยอาการจิตเวช ซึ่งต้องมีการแก้ไขปัญหในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ในด้านเศรษฐกิจ ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องใช้ความใกล้ชิดและความเข้าใจ หรือต้องมีการประสานงานนำกลไก นำทรัพยากรที่สำคัญมาช่วยหนุนเสริมให้เกิดความช่วยเหลือ และเป็นตาข่ายทางสังคมที่สามารถรองรับทั้งเรื่องเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้

ซึ่งในกระบวนการนี้ เมื่อชุมชนมีความเข้มแข็งมากจนมีความเป็นองค์กรอย่างเหนียวแน่น องค์กรชุมชนนั้น ๆ ยังสามารถขอการสนับสนุนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เพื่อจัดให้มีการดำเนินการในลักษณะเดียวกับสถาบันคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ตามที่ระบุไว้ในมาตรา๑๕ และ มาตรา๑๗ ของพระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. ๒๕๕๗ ซึ่งทำให้องค์กรชุมชนสามารถยกระดับตัวเองเพื่อการคุ้มครองในด้านอื่น ๆ ที่เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อปัญหาผู้เปราะบางและการดูแลผู้เปราะบางของครอบครัว และเป็นการดีที่ชุมชนเองจะมีพื้นที่ในการดูแลผู้เปราะบางในระยะเวลาของการฟื้นฟูหรือผู้เปราะบางที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เข้ามาอยู่ภายใต้การดูแลของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหรือศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง สุดท้ายนั้นจะเป็นการดีที่พื้นที่ในการฟื้นฟูผู้เปราะบางและพื้นที่การดูแลผู้เปราะบางที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้จะมีเพิ่มขึ้น และเป็นต้นแบบในการดูแลผู้เปราะบางอย่างรอบด้านและเป็นสิ่งที่ได้เริ่มขึ้นโดยชุมชนที่เข้มแข็งเป็นสำคัญ

3. สิ่งทีพึ่งระวางคือการผู้ถึงคนไร้บ้านที่มีโรครจิตเวชในแง่ของการเหมารวม เนื่องจากไม่ใช่คนไร้บ้านทุกคนที่มีโรครจิตเวช กลุ่มผู้ที่มีโรครจิตเวชเป็นเพียงส่วนหนึ่งของคนไร้บ้านทั้งหมดเท่านั้น และที่สำคัญในกลุ่มนี้ ไม่ใช่ทุกคนที่มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นหลุดจากโลกความเป็นจริง หากได้รับการรักษา เยียวยา อย่างทันถ่วงที จะสามารถทำให้กลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรครจิตเวชกลับมา มีสุขภาพจิตที่แข็งแรง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนอย่างมั่นคงมากขึ้นได้

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

กรวิภา ก้อนแก้ว. (2561). ความหมาย วัฒนธรรมการดื่มเหล้าของคนไร้บ้าน.

นนทบุรี: สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล. (2559). สสำรวจความชุกโรคจิตเวชของกลุ่ม  
คนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัยไม่เผยแพร่.

กรุงเทพฯ: JustNet.

บุญเลิศ วิเศษปรีชา. (2552). โลกของคนไร้บ้าน (พิมพ์ครั้งที่ 2).

กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยา สิรินคร (องค์การมหาชน).

มาโนช หล่อตระกูล. (บรรณาธิการ). (2558). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ.

กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.

มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย. (2555). รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนา

คุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักกองทุนสนับสนุน  
การสร้างเสริมสุขภาพ.

ศูนย์ข้อมูลคนหาย มูลนิธิกระจกเงา. (2561). สถิติการรับแจ้งผู้สูญหาย

ประจำปี 2561. [ออนไลน์]. สืบค้นจาก

[http://web.backtohome.org/missing\\_charts.php](http://web.backtohome.org/missing_charts.php).

(เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 เมษายน พ.ศ. 2562).

สิริอร วิชชาวุธ. (บรรณาธิการ). (2552). **จิตวิทยาทั่วไป**. กรุงเทพฯ:

สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

อนรรฆ พิทักษ์ธานิน. (2559). **รายงานวิจัย การสำรวจข้อมูลทางประชากร**

**เชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง.**

กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.

### ภาษาอังกฤษ

Awirytworakul T., Pitukthanin, A., Chiangchaisakulthai K., Anukul, C.

& Vallibhakara A. S. (2018). “Prevalence of Psychiatric

Disorders in Homeless Population in Bangkok, Thailand”

**J Med Assoc Thai**, 101(8): 1065-1069.

Goldfinger, S. M., Schutt, R. K., Seidman, L. J., Turner, W. M., Penk, W.

E., & Tolomiczenko, G. S. (1996). “Self-report and observer

measures of substance abuse among homeless mentally

ill persons in the cross-section and over time”. **Journal of**

**Nervous and Mental Disease**, 184(11): 667–672.

House, J. (1981). **Work stress and social support**. MA: Addison-Wesley.

Lehman A.F., Kernan E., DeForge B.R. and Dixon L. (1995). “Effects of

homelessness on the quality of life of persons with severe

mental illness” **Psychiatric Services**, 46(9): 922-926.

The United States Department of Housing and Urban Development. (2018). **The 2018 Annual Homeless Assessment report to congress**. The United States. [Online]. Retrieved from <https://files.hudexchange.info/resources/documents/2018-AHAR-Part-1.pdf>. (Accessed 30 April 2019).

### สัมภาษณ์

คุณโจ. สัมภาษณ์.

คุณน้ำ. สัมภาษณ์.

พี่บอม. สัมภาษณ์.

พี่ดา. สัมภาษณ์.

พี่เมือง. สัมภาษณ์.

ลุงพงษ์. สัมภาษณ์.