

ปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Psychosocial Factors among Homeless with Mental Disorders in Bangkok.



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิต
	เวชในเขตกรุงเทพมหานคร
โดย	น.ส.ถิรนนท์ ช่วยมิ่ง
สาขาวิชา	สุขภาพจิต
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของ
การศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงศ์ วิชระสินธุ์)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	
.....	ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ภูซงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์)	
.....	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)	
.....	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.บุญเลิศ วิเศษปรีชา)	

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ถิ่นนัท ช่วยมิ่ง : ปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร. (Psychosocial Factors among Homeless with Mental Disorders in Bangkok.) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. พญ. บุรณี กาญจนถวัลย์

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้านในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช Mini International Neuropsychiatric (Thai version) (5.0) (M.I.N.I.) รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามหัวข้อคำถามที่สร้างขึ้น โดยมีเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา สัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติส่วนตัว สาเหตุสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจไร้บ้าน ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชของคนไร้บ้าน ทั้งในอดีตและปัจจุบัน ปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการจิตเวช การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษาพบข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้านและหลังภาวะไร้บ้าน สถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้าน พบ 4 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดสุราหรือสารเสพติด และโรคจิต สถานการณ์โรคจิตเวชในปัจจุบัน พบ 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดสุราหรือสารเสพติด โรคจิต และโรควิตกกังวล พบว่าโรคจิตเวชมีความสัมพันธ์กับสาเหตุของการไร้บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ประชากรกลุ่มที่เสี่ยงต่อการเป็นคนไร้บ้านคือผู้ที่มีอาการจิตเวช ในระดับรุนแรง อาทิ โรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งมีปัจจัยทางด้านสุขภาพจิตทับซ้อนกับปัญหาทางสังคม อันได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความล้มเหลวของระบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวช การสนับสนุนทางสังคม ทักษะคิดทางลบ ความไม่รู้และไม่เข้าใจต่อผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาเหล่านี้เป็นระเบิดเวลาที่สร้างปัญหาให้กับคุณภาพประชากรในอนาคตอย่างเลี่ยงไม่พ้น และพบปัจจัยจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการจิตเวช ดังนี้ ปัจจัยทางด้านสังคม 6 ด้าน ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการงาน สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคม สุขภาพและความพิการ นโยบายจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ และการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสาธารณสุข และ ปัจจัยทางด้านจิตใจ 3 ด้าน ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความโดดเดี่ยว และความรู้สึกไร้ค่า ดังนั้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชน ไปจนถึงระดับนโยบาย ส่วนกลาง พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวช โดยเริ่มต้นได้จากการสร้าง ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเวชให้กับคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดอคติ ทำให้เกิดความอาทร นำไปสู่ความช่วยเหลือของชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว เพื่อที่จะไม่ต้องแบกรับปัญหาและการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ เพียงลำพัง เป็นการดีหากมีพื้นที่ในการฟื้นฟู ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่สามารถดูแลตัวเองได้ จะมีเพิ่มขึ้นและเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างรอบด้าน เป็นสิ่งที่ได้เริ่มขึ้นโดยชุมชนที่เข้มแข็งเป็นสำคัญ



สาขาวิชา สุขภาพจิต
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

6074256230 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: Homeless, Psychosocial factors, mental disorders

Thiranan Chouyming : Psychosocial Factors among Homeless with Mental Disorders in Bangkok. Advisor: Assoc. Prof. BURANEE KANCHANATAWAN, M.D.

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. For the psychosocial factors and changes of symptoms, there were 6 social factors, namely economic problems, employment systems, environment and safety, health and disability, government policy on homeless, and the access to public utilities and Public health service, while having hopeless, loneliness, and worthless as 3 main psychological factors. 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



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

Field of Study: Mental Health

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ไม่ใช่เรื่องง่ายสำหรับผู้วิจัย ด้วยต้องทำงานไปด้วยและเรียนในระดับปริญญาโท พร้อมทั้งดำเนินการทำวิทยานิพนธ์ไปด้วย ในช่วงที่เก็บข้อมูลเชิงลึก หลายครั้งที่ผู้วิจัยต้องดำเนินการพาคนไร้บ้านเข้าสถานพยาบาลเพื่อรักษาอาการป่วย และต้องหยุดสัมภาษณ์กะทันหัน ผู้วิจัยต้องเพิ่มความมุ่งมั่น จัดสรรเวลาให้เหมาะสม ทำหน้าที่ทั้งการทำงานและการศึกษาให้สมดุลที่สุด โดยเฉพาะในช่วงสุดท้ายของการวิทยานิพนธ์ ที่ผู้วิจัยต้องใช้ความเพียร พยายาม และความรับผิดชอบ จนกระทั่งวิทยานิพนธ์เล่มนี้สำเร็จ

การทำวิทยานิพนธ์เล่มนี้ผู้ที่อยู่เคียงข้างผู้วิจัยจนวิทยานิพนธ์สำเร็จลุล่วงด้วยดี คือ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิง บุรณี กาญจนถวัลย์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก ผู้ที่ให้แนวทางที่ดี ทั้งยังคอยช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้คำแนะนำ คอยผลักดัน ให้ความรักและความปรารถนาดีเสมอมา ให้ผู้วิจัยสามารถทำวิทยานิพนธ์ตามที่คาดหวังไว้ได้ตลอดจนเป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจและเป็นแบบอย่างที่ดีในการวิจัย

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์ภูษงค์ เหล่ารุจิสวัสดิ์ และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดอกเตอร์ บุญเลิศ วิเศษปรีชา ที่กรุณาเสียสละเวลามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ของผู้วิจัยให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณ คณาจารย์ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ทุกท่านที่ได้ให้ความรู้ ประสบการณ์ต่าง ๆ มากมาย พร้อมทั้งขัดเกลาผู้วิจัยให้มีความพยายาม ความอดทน และให้คำแนะนำ อันเป็นประโยชน์ต่อการเรียนและการทำปริญญาโทในครั้งนี้ รวมถึงเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่คอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือและสนับสนุน

ขอกราบขอบพระคุณ พี่เอ๋ น้องเจ็อ เจ้าหน้าที่โครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา และพี่กี้ พี่แก่ง ผู้คอยสนับสนุนการดำเนินการทำวิทยานิพนธ์อย่างเต็มที่ ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจ คอยถามไถ่ความคืบหน้า เป็นผู้ที่ยคอยผลักดันให้ผู้วิจัยมีพลังในการทำวิทยานิพนธ์จนสำเร็จ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้เนื่องจากพระคุณของคุณแม่และคุณพ่อ ผู้ให้กำลังใจและให้การสนับสนุน ขอขอบคุณเพื่อน ๆ สาขาสุขภาพจิต พี่ฝน กิ่ง พี่โบว์ พี่นุก พี่เหน่ง ที่ร่วมกันต่อสู้ให้ผ่านวันคือยาก ๆ ของการเรียนในระดับปริญญาโท อีกทั้งยังเป็นกำลังใจให้กัน คอยช่วยเหลือกันในทุก ๆ ด้าน ผู้วิจัยมีความซาบซึ้งที่มีโอกาสได้เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของ ทุก ๆ คนเป็นอย่างสูง

ท้ายที่สุดขอขอบคุณอย่างสุดซึ้งต่อพี่น้องคนไร้บ้านทุกท่านในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ที่ให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ เป็นมิตรและคอยช่วยเหลือ ให้ผู้วิจัยสามารถเชื่อมโยงและเข้าถึงกลุ่มคนไร้บ้านที่มีความหลากหลายมากขึ้น อีกทั้งยังคอยเป็นกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์อย่างเต็มที่ แม้ชื่อจริงของท่านจะไม่ได้ปรากฏในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ แต่ความภาคภูมิใจ การคิดถึงความมีน้ำใจ ความห่วงใย แววตา และรอยยิ้มของท่านทุกคนจะอยู่ในใจผู้วิจัยตลอดไป

ถิรนนท์ ช่วยมิ่ง

สารบัญ

	หน้า
.....	ค
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	1
บทที่ 1	1
บทนำ.....	1
ความสำคัญและที่มาของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย	4
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	6
บทที่ 2	7
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
1.2 แนวความคิดเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม (Social support)	28
1.3 แนวความคิดเกี่ยวกับ การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)	30
1.4 แนวความคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง Self-esteem.....	32
1.5 แนวความคิดเกี่ยวกับ ความรู้สึกโดดเดี่ยว Loneliness	34

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	37
บทที่ 3	42
วิธีการดำเนินการวิจัย	42
ส่วนที่ 1 พื้นที่ในการวิจัย	42
ส่วนที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย	42
ส่วนที่ 3 เครื่องมือการวิจัย	43
ส่วนที่ 4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	44
ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล	45
ส่วนที่ 6 การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล	46
บทที่ 4	47
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	47
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป	48
1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล	48
1.2 ข้อมูลโรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน	49
1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน	51
ส่วนที่ 2 : ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน	67
บทที่ 5	101
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	101
สรุปผลการวิจัย	101
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน	101
ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน	104
อภิปรายผลการศึกษา	109
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน	109
ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย	133

ข้อเสนอแนะ	133
บรรณานุกรม.....	136
ประวัติผู้เขียน.....	157



สารบัญตาราง

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช.....	48
ตารางที่ 2 ข้อมูลโรคจิตเวชที่พบก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน ดังนี้	49
ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน.....	51
ตารางที่ 4 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชของคนไร้บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ระบบการจ้างงาน สภาพแวดล้อม และความปลอดภัยในสังคม สุขภาพและความพิการ นโยบายจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ การเข้าถึงสาธารณูปโภค และ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความโดดเดี่ยว และ ความรู้สึกไร้ค่า ดังนี้	67
ตารางที่ 5 สรุปจำนวนปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชแต่ละโรคที่พบในคนไร้บ้าน.....	99

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและที่มาของปัญหา

ปัจจุบันสังคมโลกมีการเปลี่ยนแปลงในทุก ๆ มิติ ทั้งทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เทคโนโลยี จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงของสังคมโลก สังคมไทยก็เป็นอีกหนึ่งประเทศที่ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านลบและทางด้านบวก ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาความเหลื่อมทางสังคม เป็นประเทศที่มีความเหลื่อมล้ำสูงเป็นอันดับ 3 ของโลก รองจากประเทศรัสเซียและอินเดีย (ผลการจัดอันดับสถิติประจำปี ค.ศ.2016 ของ Credit Suisse Global Wealth Databooks) รูปแบบของความเหลื่อมล้ำในสังคมประกอบด้วย 2 รูปแบบ คือความเหลื่อมล้ำทางรายได้ ที่สามารถเปลี่ยนแปลงได้จากรายได้ ความมั่นคงทางเศรษฐกิจ และความเหลื่อมทางวัฒนธรรมประเพณี ความเป็นอยู่ของคนกลุ่มหลัก และของชนกลุ่มน้อยหรือวัฒนธรรมย่อย ที่อาจไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม เปลี่ยนแปลงได้ยาก ไม่สามารถสะสมความมั่นคงเพื่อเลื่อนระดับได้ สถานการณ์คนไร้บ้าน คือภาพแทนปัญหาความเหลื่อมล้ำของสังคมไทย ได้อย่างชัดเจนที่สุด พวกเขาคือผู้ที่ไม่มีความมั่นคงทางรายได้ มีความเป็นอยู่ที่ห่างไกลจากคำว่า “คุณภาพชีวิตที่ดี” และต้องเผชิญความรู้สึกเป็นอื่นจากสังคมอยู่เสมอ

ตามพื้นที่สาธารณะในเขตเมือง เช่น สวนสาธารณะ ทางเดินท้องถนน ตลาด ศาลเจ้า บริเวณรอบ ๆ วัด ทั้งในช่วงเวลากลางวันและค่ำคืน นอกจากสถาปัตยกรรมอันศิวิไลซ์ ความจอแจวุ่นวายของผู้คน อีกภาพที่มักเห็นเป็นประจำจนชินตาคือภาพคนที่แต่งกายมอมแมม ผมเผ้ารุงรัง เมื่อเข้าไปใกล้จะได้สัมผัสกับกลิ่นกายที่สะสมจากการไม่ได้อาบน้ำ ในยามกลางวันจะไม่ค่อยมีคนเหล่านี้นั่งพักพิง แต่ในช่วงเวลากลางคืนที่เมืองหลับไหล เราจะพบพวกเขาจับจองพื้นที่สาธารณะเพื่อใช้นอน ใช้กิน และประโยชน์จากมัน ราวกับพื้นที่นี้คือ “บ้าน”

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นเรียกกลุ่มคนเหล่านี้ว่า “คนไร้บ้าน” ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่ปรากฏในประเทศไทยและเมืองใหญ่ทั่วโลกมาเป็นระยะเวลาอันยาวนาน มีการศึกษาอย่างกว้างขวางถึงสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้าน สภาพปัญหาที่คนไร้บ้านต้องเผชิญ สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาพบว่าสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านทับซ้อนกันด้วยปัญหาที่หลากหลาย ทั้งจากบริบทเชิงโครงสร้างทางเศรษฐกิจ ปัญหาความยากจน ความไม่มั่นคงในชีวิตและรายได้ การขาดรายได้จากปัญหาทางสุขภาพ ขาดการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและการว่างงาน โครงสร้างทางสังคมครอบครัวและเงื่อนไขส่วนบุคคล เช่น สถาบันครอบครัวที่เปราะบาง ความขัดแย้งภายในครอบครัว ซ้อนทับกัน ไม่เพียงแต่สาเหตุที่ซับซ้อน การใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะก็เช่นกัน

จากการจแนงนับประชากรคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ. 2559 พบคนไร้บ้านในพื้นที่สาธารณะ รว 1,307 คน และประเมินว่ายังมีคนไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 11 แห่งทั่วประเทศไทยอีกราย 4,000 - 5,000 ราย ทั้งยังมีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นเป็นลำดับ จำนวนคนไร้บ้านที่พบสะท้อนให้เห็นถึงสภาพปัญหาที่หลากหลายของผู้ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ จากปัญหาสังคมที่มีการเจริญเติบโตทั้งทางด้านเศรษฐกิจที่คัดเลือกเพียงแค่ผู้มีต้นทุนให้อยู่รอดในสังคม ปัจจุบันที่อยู่อาศัยเป็นสินค้าราคาแพง จนคนส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงได้ เห็นได้ชัดในกลุ่มคนไร้บ้าน ไม่เพียงแค่ว่าที่พักอาศัย พวกเขาขาดโอกาสในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐาน ไม่ว่าจะเป็นสิทธิการรักษาพยาบาล โอกาสทางการเรียนรู้ อีกทั้งยังต้องเผชิญกับปัจจัยเสี่ยงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

วิถีชีวิตของคนไร้บ้านนั้นมีความหลากหลายซับซ้อนและยากลำบาก บุญเลิศ วิเศษปรีชา ผู้บุกเบิกการพยายามทำความเข้าใจคนไร้บ้าน ได้กล่าวถึงการใช้ชีวิตของคนไร้บ้านว่าคนหลบนอนในพื้นที่สาธารณะย่อมเกิดความรู้สึกหวาดระแวง ความรู้สึกไม่ปลอดภัย การดูแลรักษาตัวเป็นไปได้ยาก ⁽¹⁾ สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางสังคมที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความเครียด ความกังวล ปัจจัยที่ส่งเสริมต่อสุขภาพจิตของคนไร้บ้าน

การใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะที่เต็มไปด้วยความเสี่ยงสูง ความรู้สึกไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การถูกตีตราจากคนในสังคมว่าเป็นคนน่ากลัว น่ารังเกียจ การขาดปัจจัยพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตขั้นพื้นฐานในฐานะของความเป็นมนุษย์ การต้องใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะย้งนานวันยิ่งเพิ่มปัญหาสุขภาพจิตมากยิ่งขึ้น จากรายงานวิจัยเรื่องการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง 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) พบว่ามากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีทั้งที่เป็นกลุ่มผู้มีปัญหาทางจิตระดับรุนแรง (major psychiatric problem) คือ โรคซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย โรคอารมณ์ 2 ขั้ว โรคจิต พบร้อยละ 57.2 และ กลุ่มผู้มีปัญหาสุขภาพจิตระดับปานกลางถึงระดับอ่อน (minor psychiatric problem) คือ โรคซึมเศร้าแบบอ่อน โรควิตกกังวล โรคติดสารเสพติด โรคการกินผิดปกติ โรคบุคลิกภาพผิดปกติ พบร้อยละ 12.1 และ ส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเวชที่จำเป็นต้องมีคนดูแลใกล้ชิด เช่น ดูแลการทานยาให้สม่ำเสมอ ดูแลการพามาตรวจตามแพทย์นัด ดูแลปัญหาพฤติกรรม พบร้อยละ 50.81 ดังนั้นพบว่าคนไร้บ้านมีจำนวนคนเป็นโรคจิตเวชสูงกว่าในประชากรทั่วไปเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่าคนไร้บ้านที่เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคมีจำนวนร้อยละ 76.1 ขณะที่

ในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 9.3 ซึ่งคนไร้บ้านมีโรคจิตเวชสูงกว่าในประชากรทั่วไปถึง 8 เท่า และโรคจิตเวชที่พบในคนไร้บ้านส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางจิตระดับรุนแรงและจำเป็นต้องมีคนดูแลใกล้ชิด

จากข้อมูลงานวิจัยที่กล่าวในข้างต้นจะเห็นได้ว่าคนไร้บ้านเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงด้านปัญหาสุขภาพจิตสูงมากกว่าคนทั่วไปหลายเท่า ในประเทศไทยนอกจากงานศึกษาข้างต้น งานศึกษาวิจัยในครั้ง นี้ คือความพยายามที่ต้องการศึกษาถึง และปัจจัยทางจิตสังคมใดที่เป็นตัวกระตุ้นการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชในกลุ่มคนไร้บ้าน และ ความสัมพันธ์ระหว่างสถานณ์โรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน เพื่อทำความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในมิติทางสุขภาพจิต ค้นหาปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงอาการจิตเวช ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชและโครงสร้างทางสังคม ที่ส่งผล ต่อการไร้บ้าน อันจะนำไปสู่การป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่จะเกิดการไร้บ้านอย่างกว้างขวางมากขึ้น

โดยที่ผู้เขียนต้องการแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าไม่ใช่คนไร้บ้านทุกคนที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช ยังมีคนไร้บ้านอีกมากที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะแต่มีสุขภาพจิตที่แข็งแรง หากต้องการพัฒนาคุณภาพชีวิต สามารถทำได้โดยให้ต้นทุนตามความต้องการของคนไร้บ้านนั้น ๆ แต่สำหรับกลุ่มที่ผู้วิจัยศึกษาเป็นคน ไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช สิ่งสำคัญในการจะพัฒนาคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช หาแนวทางการช่วยเหลือ พัฒนาคุณภาพชีวิต มีความจำเป็นที่ต้องขจัดมายาคติเรื่องความเป็น “คนบ้าข้างถนน” ออกไป สร้าง ความเข้าใจสภาพปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้เข้าใจได้ว่าเราทุกคนต่างมีบาดแผลลึกในใจและเงื่อนไขทาง สังคมที่แตกต่างกัน บาดแผลเหล่านี้ทำให้คนไร้บ้านหมดพลังใจในการขับเคลื่อนชีวิต สำหรับผู้ที่มี อาการจากโรครุนแรง สามารถทำให้พวกเขาเสียความสามารถในการดำเนินชีวิต การหาคำปรึกษาความรู้มา ประยุกต์ใช้ในการวางแผนการดูแลรักษาคนไร้บ้านที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จึงมีความสำคัญ เพื่อให้ คนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ผลการศึกษาจากบทความนี้จึงมุ่งเน้น ศึกษาสถานการณ์โรคจิตเวชที่ส่งผลต่อจุดเปลี่ยนผ่าน จากการมีบ้านสู่วิถีไร้บ้าน และหลากหลายปัจจัยทางจิตสังคมซึ่งส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของ โรคจิตเวชในคนไร้บ้าน ตลอดจนบาดแผลทางจิตใจของคนไร้บ้าน ทั้งนี้ผู้เขียนได้แบ่งการเขียน ออกเป็นสองส่วน ส่วนที่หนึ่ง โรคจิตเวชในคนไร้บ้านและสถานการณ์โรคจิตเวชที่ส่งผลต่อการเข้าสู่วิถี ไร้บ้าน และส่วนที่สอง ส่วนที่สอง : ความทับซ้อนของปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลง อาการของโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน โดยชื่อที่ใช้ในการศึกษาทั้งหมดเป็นเพียงนามสมมุติ เพื่อพิทักษ์ สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

คำถามการวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้านในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านเป็นอย่างไร
2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้านในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช

ขอบเขตของการวิจัย

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แบ่งขอบเขตของการศึกษาออกเป็น 3 ด้านคือ

1. **ขอบเขตด้านเนื้อหา** คือ หนึ่งเพื่อทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ของโรคจิตเวชในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน ทั้งในช่วงก่อนออกจากบ้านและหลังจากออกจากบ้าน แสดงให้เห็นถึงโรคที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านตามเครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) ลักษณะอาการของโรค เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับภาวะไร้บ้านในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน สอง เพื่อทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช แสดงให้เห็นถึงปัจจัยทางจิตสังคมและสภาพแวดล้อมของคนไร้บ้านที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวช การได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

2. **ขอบเขตด้านวิธีวิทยา** คือ ปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานครในครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเน้นการทำความเข้าใจความหมาย ด้วยการตีความ ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช ของ Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ เพื่อคัดกรองกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่พบโรคทางจิตเวช

3. ขอบเขตด้านพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้วิจัยศึกษากลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไปในเขตกรุงเทพมหานครที่มีโรคจิตเวช โรคใดโรคหนึ่งตามเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช ของ Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I)

นิยามศัพท์เฉพาะ

คนไร้บ้าน หมายถึงกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ไร้ที่อยู่อาศัยเป็นที่เป็นหลักเป็นแหล่ง หรือมีกำบังป้องกันความปลอดภัย ไม่มีสิ่งปลูกสร้างที่เรียกว่าบ้าน หรืออยู่ในพื้นที่ที่ตอบสนองของผู้ไร้ที่อยู่อาศัย เช่น ศูนย์พักพิงชั่วคราว และการเป็นคนไร้บ้าน ไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการไร้ที่อยู่อาศัย

คนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งตามเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช ของ Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) ไร้ที่อยู่อาศัยอย่างเป็นทางการเป็นหลักเป็นแหล่งหรือมีกำบังป้องกันความปลอดภัย ไม่มีสิ่งปลูกสร้างที่เรียกว่าบ้าน หรืออยู่ในพื้นที่ที่ตอบสนองของผู้ไร้ที่อยู่อาศัย เช่น ศูนย์พักพิงชั่วคราว และการเป็นคนไร้บ้านไม่ขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการไร้ที่อยู่อาศัย ทั้งนี้รวมถึงผู้มีโรคจิตเวชที่พลัดหลงออกมาจากบ้าน เป็นเหตุให้ต้องใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะทั้งชั่วคราวและถาวร

โรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะคนไร้บ้าน หมายถึง ลักษณะอาการ และการแสดงของโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งตามเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช ของ Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) ทั้งในช่วงเวลาที่มีสถานที่อาศัยเป็นหลักเป็นแหล่งและช่วงเวลาของการออกมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ เป็นคนไร้บ้าน

ความเครียด เป็นสภาวะทางอารมณ์ประเภทหนึ่ง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาจากภายนอก และภายในร่างกาย เป็นภาวะที่มีความกดดัน ความตึงเครียด จิตใจ การเจริญเติบโตและความต้องการของมนุษย์ ความเครียดก่อให้เกิดความตื่นตัว เพื่อเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกสับสน วุ่นวาย หนักใจ และยังแสดงออกทางร่างกายด้วย เช่น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึงการที่บุคคลได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมในด้านต่าง ๆ อาทิ ด้านวัตถุสิ่งของ หรือแม้กระทั่งการสนับสนุนทางจิตใจ แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากคนในครอบครัว เช่น พ่อแม่ พี่น้อง เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน ครู คนในสังคมที่เกี่ยวข้อง ทำหน้าที่ให้ความรักความช่วยเหลือทั้งทางด้านจิตใจและทางด้านร่างกาย ให้ความแนะนำในการแก้ไขปัญหา สนับสนุนทางการเงิน ที่พักอาศัย อาชีพ และเป็นผลให้ผู้รับได้ปฏิบัติหรือแสดงออกทางพฤติกรรมอย่างที่ต้องการ ทั้งนี้อาจหมายถึงการสนับสนุนให้มีสุขภาพกายและทางจิตที่ดี

การสนับสนุนทางครอบครัว หมายถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าคุณได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว ได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ทำให้ตนรู้สึกมีคุณค่า เชื่อกันว่าจะสามารถแก้ไขปัญหาและเผชิญความเครียดได้ มีระดับความขัดแย้งในครอบครัวต่ำ คอยให้ทุนสนับสนุนจนเจือกัน มีความผูกพันกัน คอยดูแลเอาใจใส่ และยอมรับซึ่งกันและกันโดยปราศจากเงื่อนไข

ความรู้สึกสิ้นหวัง ของคนไร้บ้านคือการที่มีคนไร้บ้านมีประสบการณ์ทางลบในชีวิต ไม่เคยแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นได้ นำมาซึ่งความคิดและความรู้สึก การมองโลกและมองตนเองในทางลบไม่สามารถจินตนาการภาพถึงอนาคตที่ดีกว่าเดิมได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเศร้า และแสดงพฤติกรรมในรูปแบบท้อแท้ ไม่มีความคิดในการพัฒนาตนเอง เนื่องจากคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในแง่ลบ และความผิดหวังเสมอ

ความรู้สึกโดดเดี่ยว เป็นความรู้สึกภายใน ไม่เกี่ยวกับสถานภาพทางสังคม แม้จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ผู้คนมากมาย ก็สามารถรู้สึกโดดเดี่ยวได้ เป็นอารมณ์อ้างว้าง ขาดการเข้าร่วมทางสังคม ขาดที่พึ่งทางความรู้สึกเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ให้ความรู้สึกว่าต้องสู้กับปัญหาเพียงลำพัง

การเห็นคุณค่าในตัวเอง คือการประเมินและตัดสินคุณค่าของตนเอง ซึ่งได้รับพัฒนามาจากประสบการณ์ชีวิต การประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว และการตัดสินใจจากสังคม หากผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ จะรู้สึกว่าคุณค่าต่ำ เป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีความสุขในชีวิต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยเป็นประโยชน์ด้านองค์ความรู้และการศึกษาในเชิงการป้องกันและฟื้นฟูกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช ศึกษาข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะทำให้ทราบและตระหนักถึงความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน เพื่อทราบถึงความสัมพันธ์ของโรคจิตเวชภายใต้สถานการณ์ก่อนการมาเป็นคนไร้บ้านจนส่งผลต่อการเข้าสู่วิถีชีวิตคนไร้บ้าน ทำให้มีข้อมูลเชิงลึกที่ใช้ในเชิงป้องกันการเกิดกลุ่มเสี่ยงของผู้ป่วยจิตเวชที่ร่วงหล่นสู่พื้นที่สาธารณะ ซึ่งจะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นต่อไป และข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านจะทำให้ได้ข้อค้นพบถึงความเสี่ยงต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช สร้างความรู้ความตระหนักแก่คนในสังคมต่อการสร้างระบบรองรับดูแลช่วยเหลือกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช ฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีต่อคนไร้บ้านได้ตรงตามความต้องการของคนไร้บ้าน เพื่อให้คนไร้บ้านสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กลับคืนสู่สังคมได้อย่างปกติ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร ได้ทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมในการศึกษาครั้งนี้ เสนอแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน โรคจิตเวช ปัจจัยทางจิตสังคม โดยจัดหมวดหมู่ในการนำเสนอต่อไปนี้

1. คนไร้บ้าน

2. โรคจิตเวช

3. ปัจจัยทางจิตสังคม

- 3.1 แนวความคิดเกี่ยวกับ ความเครียด stress
- 3.2 แนวความคิดเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม Social support
- 3.3 แนวความคิดเกี่ยวกับ การสนับสนุนจากครอบครัว Family support
- 3.4 แนวความคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง self esteem
- 3.5 แนวความคิดเกี่ยวกับ ความรู้สึกโดดเดี่ยว loneliness
- 3.6 แนวความคิดเกี่ยวกับ ความท้อแท้ สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต hopelessness

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. คนไร้บ้าน Homelessness

พระราชบัญญัติคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 ⁽²⁾ ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับคนไร้ที่พึ่งว่า คนไร้ที่พึ่ง หมายถึง บุคคลซึ่งอยู่ในสถานะไร้ที่อยู่อาศัยและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และให้รวมถึงบุคคลที่อยู่ในสภาวะยากลำบากและไม่อาจพึ่งพาบุคคลอื่นได้

บุญเลิศ วิเศษปรีชา⁽¹⁾ ได้ให้นิยามของคนไร้บ้านว่า คือ ไม่ใช่แค่คนที่เพิ่งเดินทางมาจากต่างจังหวัด อาศัยพักค้างแรมคืนสองคืน ไม่ใช่คนวิกลจริตแต่เป็นคนที่สุขภาพร่างกายปกติ และไม่ต้องรอถึงเวลาค่ำคืน แม้ในกลางวันเราก็มักอาจพบพวกเขาในสภาพสวมเสื้อผ้าเก่า มีกระเป๋ากล่องสัมภาระ นั่งตามเก้าอี้ริมถนนราชดำเนิน ตามสวนหย่อมรอบ ๆ สนามหลวง หรือพื้นที่ใต้สะพานข้ามทางแยกหลายจุดในกรุงเทพมหานคร

อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ⁽³⁾ ได้ให้นิยามของคนไร้บ้านว่า คือ กลุ่มคนที่ไร้ที่อยู่อาศัยที่พลัดภัยหรือมีที่กำบัง (rootlessness) และสามารถพบได้บนพื้นที่สาธารณะ หรือพื้นที่ที่ตอบสนองความต้องการไร้ที่อยู่อาศัย อาทิ ศูนย์พักพิง หรือสถานที่แจกอาหาร และไม่อิงอยู่กับช่วงเวลาของการกลายเป็นคนไร้บ้าน

มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย ⁽⁴⁾ ได้ให้นิยามว่า คนไร้บ้านคือ ผู้ที่อาศัยหลับนอนในพื้นที่สาธารณะ ไม่มีสิ่งปลูกสร้างที่เรียกว่าบ้านหรือเพิงกระต๊อบใด ๆ อาจมีแหล่งที่นอนประจำ กึ่งประจำ หรือไม่ประจำก็ได้ อาจเร่ร่อนถาวรหรือตามฤดูกาลก็ได้ โดยลำดับความสำคัญกับผู้ที่พักหลับนอนในพื้นที่สาธารณะมากกว่า 1 เดือน ไม่ใช่ผู้ที่หลับนอนสาธารณะชั่วคราวไม่เกิน 1 สัปดาห์ คนไร้บ้านในที่นี้ไม่ครอบคลุมถึงผู้ใช้ถนนหรือที่สาธารณะในการประกอบอาชีพใด ๆ ก็ตาม เช่น ผู้ประกอบอาชีพขอทาน ขายบริการทางเพศ ร้อยพวงมาลัย งามสิ่งของตามลำคลอง ฯลฯ

Department of Communities and Local Government ⁽⁵⁾ ได้ให้นิยามคนไร้บ้านว่า ต้องอาศัยในที่พักอาศัยชั่วคราวหรือพื้นที่สาธารณะยาวนานกว่า 28 วัน และนอกจากนั้นยังรวมถึงผู้ที่มีความเสี่ยงในการกลายเป็นคนไร้บ้าน เช่น กลุ่มผู้เช่าบ้านที่ค้างค่าเช่า เสี่ยงต่อการโดนไล่ออก เจ้าของบ้านที่กำลังจะโดนยึดบ้านโดยเจ้าหนี้ อาศัยอยู่ในบ้านที่มีสภาพย่ำแย่ ไม่มีความสามารถในการเช่าบ้าน

Australian Bureau of Statistics ⁽⁶⁾ ได้ให้นิยามคนไร้บ้านว่า คนไร้บ้านคือกลุ่มคนที่นอนในพื้นที่สาธารณะมีที่อยู่อาศัยชั่วคราวเช่น เต็นท์ อาศัยในสถานพักพิงสำหรับผู้ที่พักพิงชั่วคราวที่อาศัยอยู่ในสถานพักพิงชั่วคราวร่วมกับผู้อื่น

Ministry of Urban Development ⁽⁷⁾ ได้ให้นิยามคนไร้บ้านว่า กลุ่มคนที่ไม่สามารถเข้าถึงที่พักอาศัย ไม่มีบ้าน อาศัยหลับนอนในพื้นที่สาธารณะ ทางเท้า ริมทางเดิน สถานีรถไฟ สถานที่ตามความเชื่อ สถานที่ก่อสร้าง ใต้สะพานลอย อยู่ในสถานที่พักชั่วคราว บ้านพักที่ไม่เป็นหลักแหล่ง

Alice Rota-Bartelink และ Bryan Lipmann ⁽⁸⁾ ได้ให้นิยามของการเป็นคนไร้บ้านในผู้สูงอายุ เมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย พบว่า ปัจจัยที่รายงานบ่อยที่สุดโดยผู้ตอบแบบสอบถามโดยสาเหตุการไร้บ้านของพวกเขาคือมีปัญหาเกี่ยวกับคนที่พวกเขาอาศัยอยู่ด้วย ตามด้วยปัญหาสุขภาพกายและจิตใจและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับที่อยู่อาศัยของตัวเอง ในกรณีของแรงงาน ปัจจัยที่รายงานบ่อยที่สุดคือมีปัญหาเกี่ยวกับเครื่องตีแอลกอฮอล์ตามด้วยปัญหาด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต

The United States Department of Housing and urban Development (HUD) ⁽⁹⁾ ได้ให้นิยามว่า คนไร้บ้านคือปัจเจกบุคคลหรือครอบครัวที่ขาดแคลนที่อยู่อาศัยถาวรหรือเพียงพอในเวลากลางคืนหรือมีที่พักอาศัยเวลากลางคืนที่ผิดปกติ เช่น ในรถ ในสวน ในตึกร้าง สถานีรถไฟหรือสถานี่รถไฟ หรือบนพื้น ที่พักอาศัยที่จัดกาให้ชั่วคราวโดยรัฐบาลกลางหรือรัฐบาลท้องถิ่นสำหรับผู้ที่มีรายได้ต่ำหรือจัดทาให้โดยองค์กรการกุศลต่างๆที่พักอาศัยที่ไม่เหมาะต่อการอาศัยของมนุษย์ ตลอดจนปัจเจกบุคคลหรือครอบครัวที่มีความเสี่ยงในการจัดมีลักษณะการอยู่อาศัยในลักษณะดังกล่าวหรือไร้บ้านในระยะยาว

สาเหตุของการเป็นคนไร้บ้าน

บุญเลิศ วิเศษปรีชา ⁽¹⁾ ผู้บุกเบิกในการศึกษาเกี่ยวกับคนไร้บ้านในประเทศไทย ได้กล่าวถึงสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านว่า มีหลากหลายปัจจัยทับซ้อนที่ทำให้คนต้องไร้บ้าน เริ่มตั้งแต่ความเปราะบางในสถาบันครอบครัว การตกงานเรื้อรัง การผิดหวังจากการทำงาน พบช่องทางหากินโดยไม่ต้องมีบ้าน มีประวัติที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น ติดคุก โดยปัจจัยที่กล่าวถึงนี้ไม่สามารถแยกขาดจากกันได้

อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ ⁽³⁾ ได้กล่าวถึงสาเหตุการไร้บ้านว่า คนไร้บ้านส่วนใหญ่เกิดจากการประสบปัญหากับความยากจน ความไม่มั่นคงในชีวิตและรายได้ การขาดรายได้เนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ ความพิการ ขาดการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและการว่างงาน ตลอดจน ปัจจัยปัญหาความขัดแย้งภายในครอบครัว

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ธานี ชัยวัฒน์ และคณะ ⁽¹⁰⁾ กล่าวถึงสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านว่าสาเหตุของการไร้บ้านแบ่งออกเป็นสองกลุ่ม ดังนี้ กลุ่มที่หนึ่ง คือ กลุ่มที่มีปัญหาครอบครัวเป็นหลัก กลุ่มนี้เขาสามารถเลือกกลับไปหาครอบครัวได้ แต่ไม่กลับเนื่องจากมีเหตุทะเลาะวิวาท หรืออาจมีประวัติที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น ติดคุก กลุ่มที่สอง คือ กลุ่มที่มีปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นหลัก โดยมีปัญหาครอบครัวเป็นปัญหารอง ส่วนใหญ่คือผู้ที่ใช้ชีวิตลำพังมาตั้งแต่เด็ก

Fekadu A และคณะ ⁽¹¹⁾ ได้ให้สาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านว่าปัญหาครอบครัวนับเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ภาวะการเป็นคนไร้บ้าน ร้อยละ 41 และปัญหาทางเศรษฐกิจเกี่ยวข้องทางตรงกับการกลายเป็นคนไร้บ้าน ประมาณหนึ่งในสาม ร้อยละ 36 ผู้ที่เป็นคนไร้บ้านเนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิต พบ ร้อยละ 23 อย่างไรก็ตาม ความเจ็บป่วยทางจิตมักเกี่ยวข้องกับการเป็นคนไร้บ้าน ในกลุ่มคนที่มีปัญหาความขัดแย้งกับครอบครัว และในกลุ่มคนที่กล่าวว่าตนเองไม่รู้เหตุผลสำหรับการเป็นคน

ไร้บ้าน หากสมมุติฐานนี้เป็นความจริง ความเจ็บป่วยทางจิตถูกสร้างให้มีส่วนร่วม ในการเป็นคนไร้บ้านมากกว่าร้อยละ 50 ของกรณีศึกษา

Tolomiczenko และ Goering⁽¹²⁾ ได้ให้สาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านว่า อัตราการเจ็บป่วยทางจิตที่สูงทำให้คนเป็นคนไร้บ้าน ซึ่งนั่นเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจและปัจจัยในเรื่องของตลาดแรงงาน ในขณะที่บางคนมองว่าการเป็นคนไร้บ้านขึ้นอยู่กับลักษณะส่วนบุคคลที่เป็นโครงสร้างของสาเหตุ ดังนั้นการไร้บ้านเป็นผลมาจากความทับซ้อน การเสริมกัน และความสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์ทางสังคมกระแสหลัก ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มคือ

1. การมีรายได้ต่ำ ไม่มีงานที่มั่นคง มีโอกาสทางรายได้ที่จำกัด มีต้นทุนทางการศึกษาและทักษะที่ต่ำ
2. ขาดการสนับสนุนทางบริการต่าง ๆ รวมไปถึงอาการป่วยทางร่างกายและโรคทางจิตเวช การใช้สารเสพติด ความสัมพันธ์ที่พังทลาย
3. ปัจจัยเรื่องที่อยู่อาศัย รวมไปถึงประเด็นการขับไล่ ความไม่มั่นคงในการอยู่อาศัยในชุมชน การเข้าไม่ถึงที่อยู่อาศัยในราคาที่ถูกและเหมาะสม

2. โรคจิตเวช (mental Disorders)⁽¹³⁾

หมายถึง โรคต่าง ๆ ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับจิตใจหรือพฤติกรรมการแสดงออกที่ชัดเจน ทำให้ความผิดปกติในด้านการทำงานและบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ โดยมีสาเหตุหลายประการ ทั้งปัจจัยทางชีววิทยา สังคม จิตใจ กรรมพันธุ์ หรือ มีความผิดปกติของสารเคมีในสมอง แต่ละโรคจะมีลักษณะอาการ และอาการแสดงที่เหมือนและแตกต่างกัน ในโรคทางจิตเวช ความผิดปกติที่พบส่วนใหญ่ได้มาจากคำบอกเล่าของตัวผู้ป่วย เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจที่ย่อมแสดงออกทางพฤติกรรม การแสดงออก รวมทั้งบุคลิกภาพและปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อผู้อื่นด้วยคำว่าจิตใจ หมายถึงส่วนที่เชื่อมโยงกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก บุคลิกภาพ ความจำ สติปัญญา การรับรู้ การรู้จักตนเอง และการตัดสินใจ

สาเหตุความผิดปกติทางจิตเวช

มีหลากหลายปัจจัยทับซ้อนกัน โดยมีองค์ประกอบมากน้อยต่างกันในแต่ละคนและแต่ละกลุ่มอาการ เนื่องจาก อาการที่แสดงออกเป็นผลจากปัจจัยและสาเหตุต่าง ๆ มากมาย ซึ่งแต่ละคนได้รับไม่เท่ากัน ได้แก่

1. ชีวปัจจัยและพันธุกรรม (Biological factors and Genetics) การศึกษาวิจัยในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา สนับสนุนแนวคิดด้านชีวปัจจัยอย่างมาก ซึ่งมีความเกี่ยวข้อง เชื่อมโยงในการก่อให้เกิดโรคที่หลากหลาย เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว Bipolar Disorders , โรคจิตเภท Schizophrenia, Down' Syndrome และความเปราะบางต่อโรค ซึ่งมีมาตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา

2. ปัจจัยทางด้านสรีรวิทยาและกายภาพ (Physiological and Organic Factors) การได้รับสาร ยา ความผิดปกติของระบบต่อมไร้ท่อ (Endocrine) หรือ Metabolism การติดเชื้อ ภาวะเหล่านี้ อาจก่อให้เกิดอาการทางจิตเวชได้ทั้งสิ้น

3. ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial Factors) ปัจจัยด้านจิตสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลทั้งการเกิดและยับยั้งโรคจิตเวช นับตั้งแต่สิ่งแวดล้อมในครอบครัว ในสังคมและวัฒนธรรม ตลอดจนความเครียด (stressors) ทั้งหลาย เช่น การเงิน การสูญเสีย อุบัติเหตุทางชีวิตและทรัพย์สิน

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเวชสามารถแบ่งได้ตามลำดับเหตุการณ์ โดยพิจารณาถึงปัจจัย 3 ประการ ที่กระตุ้นให้เกิดอาการคือ

1. ปัจจัยเสี่ยง (Predisposing factors) พบในระยะแรกของชีวิต เป็นความเปราะบางที่ก่อให้เกิดโรคจิตเวช หมายถึงถึง พันธุกรรมและสิ่งแวดล้อมในครรภ์มารดา สภาพร่างกาย (Constitution) ของบุคคลที่มีปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาเป็นโรค รวมถึงบุคลิกภาพ เป็นส่วนที่ทำให้เข้าใจการตอบสนองต่อความเครียดของแต่ละคน

2. ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (Precipitating factors) เป็นเหตุเกิดขึ้นในระยะสั้น ๆ ก่อนที่อาการของโรคจะปรากฏ และมีอิทธิพลต่อการเกิดโรค ซึ่งอาจเป็นทางด้าน ร่างกาย เช่น เนื้องอกในสมอง การกระทบกระเทือนในสมอง สารเสพติด การใช้ยา ทางด้านจิตใจ และสังคม เช่น การว่างงาน การเปลี่ยนแปลงในชีวิต ซึ่งบางครั้งปัจจัยหนึ่ง ก่อให้เกิดโรคได้มากกว่าหนึ่งอย่าง เช่น ความพิการ หรือ อาการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดความเครียดได้

3. ปัจจัยที่ทำให้อาการยังคงอยู่ (Perpetuating factors) ปัจจัยนี้เป็นสาเหตุระยะยาวของโรค ซึ่ง ปัจจัยจากสองประการข้างต้นอาจยุติแล้ว แต่ปัจจัยที่ทำให้อาการอยู่ยังคงอยู่ แต่ปัจจัยดังกล่าว อาจจะมีอยู่ เช่นในระยะแรกของโรคจิตเวช อาจมีความเสื่อมของศีลธรรม และถูกแยกออกจากกิจกรรมทางสังคม ซึ่งเป็นสิ่งที่ทำให้โรคหมุนกลับมาได้ โดยเป็นปัจจัยรองลงมา

โรคจิตเวช

จำแนกโรคตามลักษณะอาการและการแสดงอาการของผู้ป่วย โดยอาศัยเกณฑ์การวินิจฉัย (diagnostic criteria) ประกอบไปด้วยกลุ่มโรคต่าง ๆ ดังนี้

2.1 โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)

ผู้ป่วยแต่ละรายจะมีลักษณะอาการแสดงที่แตกต่างกัน ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า โดยเฉพาะผู้สูงอายุ มักมีอาการทางร่างกาย เช่น เวียนศีรษะ เหนื่อยง่าย ปวดเรื้อรังตามสัดส่วนต่าง ๆ มีปัญหาด้านความจำ โดยมีลักษณะ ดังนี้

อาการทางคลินิก

อาการด้านอารมณ์ ได้แก่ รู้สึกซึมเศร้า หดหู่ สะเทือนใจ ร้องไห้ง่าย ผู้ป่วยไทยอาจไม่บอกว่าซึมเศร้า แต่จะบอกว่ารู้สึกเบื่อหน่ายไปหมด จิตใจไม่สดชื่นเหมือนเมื่อก่อน บางครั้งอาจมีอาการหงุดหงิด โดยอารมณ์เหล่านี้จะเป็นเกือบทั้งวัน และเป็นติดต่อกันสองสัปดาห์ขึ้นไป

อาการด้าน neurogenerative ได้แก่ นอนไม่หลับเพื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลียทั้งวัน ผู้ป่วยหญิงอาจมีประจำเดือนผิดปกติไป ผู้ป่วยบางรายอาจนอนหลับหรือกินผิดปกติไป

อาการด้าน Psychomotor อาจมี psychomotor retardation คือ อาการเชื่องช้า เฉื่อยชาลง พูดน้อย คิดนาน ซึม อยู่เฉยๆ ได้นาน ๆ ผู้ป่วยบางคนอาจมี psychomotor agitation คือ กระสับกระส่าย อยู่เฉยไม่ได้ ลุกเดินไปมา

อาการด้าน cognition สมรรถภาพของผู้ป่วยแยลง เหม่อลอย หลงลืมง่าย ความคิดอ่านเชื่องช้า ลังเลใจ ไม่มั่นใจในตัวเอง ผู้ป่วยจะมองโลกและชีวิตของตนเองในแง่ลบ รู้สึกว่าตัวเองไม่มีคุณค่า ไม่มี ความหมายต่อใคร บางคนรู้สึกผิดหรือตำหนิตนเอง แม้เป็นสิ่งที่ผู้อื่นเห็นว่าเป็นเรื่องเล็กน้อย ผู้ป่วย อาจมีความคิดอยากตาย ไปจนถึงการลงมือฆ่าตัวตายในที่สุด

ระบาดวิทยา

จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าโรคซึมเศร้า พบได้บ่อยมีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 13-17 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึง 2 เท่า เกิดได้ในทุกช่วงอายุ แต่มักเริ่มมีอาการในช่วง 19-44 ปี

จากการสำรวจในประเทศไทย ปี 2551 พบความชุกของโรค (prevalence) ร้อยละ 3.2 พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชายในอัตราส่วน 1.6:1 และความชุกมากที่สุดที่กรุงเทพมหานคร

สาเหตุ

เชื่อว่าโรคซึมเศร้า เกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน ได้แก่

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1. พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรค เช่น ญาติสายตรง ของผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีโอกาสเป็นโรคมกกว่าประชากรทั่วไปประมาณ 2-3 เท่า อัตราการเกิดโรคร่วมกันในฝาแฝดพบประมาณ ร้อยละ 37 และพบความผิดปกติของยีนที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค ถึงแม้ว่าจะยังไม่สามารถระบุได้ชัดเจนว่าเป็นความผิดปกติของยีนในตำแหน่งใด

2. สารส่งผ่านประสาท ผู้ป่วยมี norepinephrine serotonin dopamine ต่ำลง และมีความผิดปกติของ receptor ที่เกี่ยวข้อง เชื่อว่าเป็นความบกพร่องในการควบคุมประสานงานร่วมกันมากกว่าเป็นความผิดปกติที่ระบบใดระบบหนึ่ง และพบว่าสารส่งผ่านประสาทอื่นๆ เช่น acetylcholine , gamma-aminobutyric acid, glutamate และ glycine อาจผิดปกติด้วยเช่นกัน

นอกจากนี้ยังพบความผิดปกติของ second messenger system ซึ่งมีหน้าที่ควบคุม และประสานการทำงานภายในเซลล์ เช่นมีการลดลงของ inositol cyclic AMP เป็นต้น

3. ระบบต่อมไร้ท่อ (Neuroendocrine system) การทำงานของ HPA-axis เพิ่มขึ้นในภาวะซึมเศร้า ทำให้ระดับ glucocorticoid ในพลาสมาเพิ่มขึ้นส่งผลยับยั้งกระบวนการ neurogenesis และ dendritic remodeling ใน hippocampus ทำให้เซลล์บริเวณ hippocampus ฝ่อหรือตายลง ในแง่ของความสัมพันธ์กับอาการแสดง คาดว่าผู้ป่วยโรคซึมเศร้าน่าจะมีความผิดปกติบริเวณ limbic system ซึ่งเกี่ยวข้องกับอาการอารมณ์ ความคิด บริเวณ hypothalamus ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมการหลั่งฮอร์โมนตลอดจน biological pattern และ บริเวณ basal ganglia ซึ่งเกี่ยวข้องกับการ psychomotor activity

- Growth hormone หลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย clonidine และพบความผิดปกติของ somatostatin ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของ growth hormone ด้วย

- Thyroid axis activity พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 5-10 มีระดับ TSH สูงขึ้น และระดับของ TSH สูงขึ้นเมื่อถูกกระตุ้นด้วยการให้ thyrotropin releasing hormone (TRH) และผู้ป่วยร้อยละ 20-30 TSH จะหลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย TRH

4. ความผิดปกติทางสรีรวิทยา (Neurophysiological abnormalities) พบว่า โรคซึมเศร้าสัมพันธ์กับความผิดปกติทางด้านประสาทสรีรวิทยาของการนอน เช่น เวลาการนอนโดยรวมลดลง มีช่วงหลับลึกน้อยลง เข้าสู่การนอนช่วง rapid eye movement เร็วขึ้น และ REM density เพิ่มขึ้น เป็นต้น

ปัจจัยทางด้านจิตสังคม

1. เหตุการณ์ในชีวิตและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เหตุการณ์ในชีวิตบางเหตุการณ์ และความเครียดจากสิ่งแวดล้อมบางอย่าง สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า เช่น การสูญเสียพ่อแม่ก่อนอายุ 11 ปี การสูญเสียสามี หรือภรรยา การว่างงาน เป็นต้น

2. บุคลิกภาพ ผู้ป่วยมักมีแนวคิดที่ทำให้ตนเองซึมเศร้า เช่นมองตนเองหรือโลกในแง่ลบ เห็นแต่ความบกพร่องของตนเอง เป็นต้น แต่ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีบุคลิกภาพแบบใด ก็สามารถป่วยเป็นโรคซึมเศร้าได้ ขึ้นกับสถานการณ์แวดล้อมที่เข้ามากระตุ้น

2.2 โรคซึมเศร้าแบบดิสโทนีเมีย Dysthymia (Persistent Depressive Disorder)

อาการทางคลินิก

เป็นโรคซึมเศร้าอีกชนิดที่มีอาการน้อยกว่า Major Depressive episode อาการสำคัญคือ ผู้ป่วยมีอาการเศร้าที่เป็นอยู่เกือบทั้งวันเป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี ลักษณะทางคลินิกแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกผู้ป่วยจะมีอาการของ Major Depressive episode ติดต่อกันเป็นเวลา 2 ปี (Chronic major depressive disorder) และ กลุ่มที่สอง ผู้ป่วยจะมีอาการต่าง ๆ คล้ายกับในโรคซึมเศร้าแต่ความรุนแรงน้อยกว่า (Subsyndrome depression) แต่เป็นมานาน อาการที่พบบ่อยส่วนใหญ่เป็นทางด้านอารมณ์ และ ความคิด โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ มองโลกในแง่ลบ มีแนวโน้มที่จะโทษตนเอง ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มหลังนี้อาจมีอาการของ Major depressive episode เป็นช่วง ๆ ได้

ระบาดวิทยา

จากการสำรวจระดับชาติของไทยในปี พ.ศ. 2551 พบว่าความชุกของโรคโดยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยตาม DSM-IV คือ ร้อยละ 0.3 พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย

2.3 โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder)

โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง อาการจะเป็น ๆ หาย ๆ และส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยจะมีอาการของ Manic episode หรือ Hypomanic episode สลับกับ Major depressive episode (อาการเหมือนในโรคซึมเศร้า)

แต่มีผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 มีเพียงแมนเนีย (Mania) เท่านั้น โดยไม่มีระยะซึมเศร้าเลย แต่ยังคงให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว

อาการใน Manic episode อาจแบ่งได้ 3 ด้าน ได้แก่

1. ด้านอารมณ์ ผู้ป่วยรู้สึกมีความสุขมาก อารมณ์ดี พุดจามีอารมณ์ขัน ล้อเลียนผู้อื่น คึกคะนอง ไม่สำรวม มีการแสดงออกของอารมณ์หรือความต้องการอย่างขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่ค่อยคำนึงถึงผู้อื่นหรือกฎเกณฑ์ของสังคม หากถูกห้ามปรามหรือขัดขวางในสิ่งที่ตนต้องการ จะหงุดหงิด ฉุนเฉียว

2. ด้านความคิด ผู้ป่วยจะมีความคิดสร้างสรรค์เชื่อมโยงมากมาย มีโครงการทำกิจกรรมต่าง ๆ เกินตัว เชื่อมมั่นในตนเองมาก ร่วมกับการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม ไม่ยอมรับฟังผู้อื่น เปลี่ยนความสนใจง่าย ความคิดแล่นเร็ว (Flight of idea) ในรายที่อาการรุนแรงอาจมีอาการหลงผิดหรือประสาท

หลอน โดยเนื้อหามักเกี่ยวกับเรื่องของอำนาจวิเศษ ศาสนา หรือบางครั้งอาจมีลักษณะแปลกๆ เช่นเดียวกับที่พบในโรคจิตเภท

3. ด้านพฤติกรรม ผู้ป่วยจะรู้สึกคึกคัก มีกำลังวังชา ขยันมากกว่าปกติ แต่มักทำได้ไม่ค่อยดี ความต้องการนอนลดลง ชอบพูดคุยทักทายผู้อื่น แม้แต่กับคนแปลกหน้า พูดมาก พูดเร็ว กิจกรรมทางเพศเพิ่มขึ้น ใช้จ่ายสิ้นเปลือง

ระบาดวิทยา

การศึกษาในประเทศอเมริกา พบความชุกชั่วชีวิต (Lifetime prevalence) ของ bipolar spectrum disorder ประมาณร้อยละ 4 อายุที่เริ่มเป็นโรคอาจอยู่ในช่วงวัยเด็กไปจนถึงอายุ 50 ปี โดยอายุเฉลี่ยที่เริ่มโรคคือ 20 ปี โอกาสเป็นโรค bipolar I disorder ของเพศหญิงเท่ากับชาย เพศหญิงมักมี Major depressive episode บ่อยกว่า และได้รับการวินิจฉัยเป็น bipolar II disorder มากกว่าเพศชาย ผู้ป่วยมักมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย เช่น alcohol , substance abuse และ anxiety disorder และเป็นโรคที่มีอัตราการพยายามฆ่าตัวตายสูง

จากการสำรวจระดับชาติของไทยในปี พ.ศ. 2546 พบว่า ความชุกของ manic episode และ Hypomanic episode ในช่วง 1 เดือน (1-month prevalence) คือร้อยละ 0.4 และ 0.5 ตามลำดับ

สาเหตุ

เชื่อว่าสาเหตุโรคเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1. พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วอย่างมาก โดยเฉพาะ bipolar I disorder เช่นพบความปกติของยีน ANK3 ซึ่งควบคุมการทำงานของ voltage-gated sodium channel , ยีนCACNA1C บนโครโมโซม 12 ซึ่งเกี่ยวข้องกับการ encode alpha subunit ของ L-type voltage-gated calcium channel , ยีน CLOCK ซึ่งเกี่ยวข้องกับการควบคุมวงจรการหลับการตื่น (Circadian rhythm) พบว่าหากมี mutation ของยีน CLOCK จะทำให้เกิดอาการแมเนียในหนูทดลอง

2. ความผิดปกติของสารส่งผ่านประสาท สารส่งผ่านประสาทหลักๆที่สัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่ norepinephrine, dopamine และ serotonin โดยช่วง Depression พบ norepinephrine และdopamine ต่ำลง ส่วนช่วง แมเนียจะพบ norepinephrine และ dopamine สูงขึ้น ส่วนช่วง สำหรับ serotonin นั้นจะต่ำลง ในทั้ง 2 ระยะ พบว่ายากแก้ซึมเศร้าหรือยาเสพติดบางชนิด เช่น โคเคน แอมเฟตามีน ซึ่งเพิ่มระดับของสารทั้ง 3 ชนิด สามารถกระตุ้นให้เกิดอาการแมเนียได้

3. ระบบ neuroendocrine พบความผิดปกติของ HPA axis และ thyroid axis เช่น cortisol level สูงขึ้นในผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วที่มีอาการซึมเศร้า มีความผิดปกติของ cortisol-suppression response เมื่อให้ dexamethasone ทั้งในระยะซึมเศร้าและmania TSH จะหลังน้อยกว่าปกติ เมื่อถูกกระตุ้นด้วย TRH (blunt TSH response) พบภาวะ hypothyroidism ได้บ่อย โดยเฉพาะในผู้ป่วยหญิงที่มีการดำเนินโรคแบบ rapid cycling

ปัจจัยทางด้านจิตสังคม

ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคอารมณ์สองขั้วนั้นเหมือนกับโรคซึมเศร้า ในทาง psychodynamic นั้นมองว่า การเกิดmaniaเป็นกลไกป้องกันตนที่ใช้เพื่อเผชิญกับภาวะซึมเศร้า

2.4 โรคแพนิก (Panic disorder)

ผู้ป่วยจะมีอาการของ Panic attack เกิดขึ้นซ้ำบ่อย ๆ เกิดขึ้นเองโดยที่ไม่มีสิ่งใดมากระตุ้น และกังวลว่าอาการเหล่านั้นจะเป็นขึ้นมาอีก หรืออาจกลัวผลซึ่งเกิดตามมาจากอาการหรือมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปซึ่งเกิดจากอาการดังกล่าว จนมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก

ระบาดวิทยา

ความชุกชั่วชีวิตของโรคแพนิกพบได้ร้อยละ 1 ถึง 4 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย 2 ถึง 3 เท่า มักเริ่มปรากฏอาการช่วงอายุประมาณ 25 ปี โรคที่พบร่วมได้บ่อยคือ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรคย้ำคิดย้ำทำ specific phobia ,social phobia, alcohol และ substance abuse

สาเหตุ

ปัจจัยด้านชีวภาพ

1. Autonomic nervous system พบว่าระบบ sympathetic nervous system ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ทำงานปกติในภาวะสงบ แต่มี hyperreactive ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ
2. Neurotransmitters ตัวที่สำคัญได้แก่ norepinephrine, serotonin และ GABA โดยพบความผิดปกติของ noradrenergic regulation โดยเฉพาะที่บริเวณ locus ceruleus และความผิดปกติของ transmission process ของ serotonin ที่บริเวณ brainstem raphe nucleus และ gammaminobutyric acid (GABA) ที่บริเวณสมองส่วน frontotemporal
3. Panic-inducing substances มีสารหลายชนิดที่เมื่อให้กับผู้ป่วยโรคแพนิกแล้วจะเหนี่ยวนำให้เกิด Panic attack ได้ง่ายขึ้น เช่น carbondioxideg เข้มข้น 5-35% หรือ Sodium lactate เป็นต้น

ปัจจัยด้านจิตใจ

ทฤษฎี cognitive-behavioral เชื่อว่า โรคแพนิคเป็นผลที่ตามมาจากการที่ผู้ป่วยเคยมี panic attack ทำให้เกิด hypervigilance ต่ออาการทางกายที่อาจบ่งชี้ถึงการเกิด panic attack รวมทั้งมีการแปลความในด้านลบต่ออาการทางกาย เช่น เป็นอาการของโรคหัวใจ หรือ กำลังจะเป็นบ้า ทำให้เกิดความกังวลอย่างมาก และอาจนำไปสู่การเกิด panic attack อีกเป็นวงจรแบบนี้ไปเรื่อย ๆ

2.5 Agoraphobia

ผู้ป่วยจะกลัวหรือกังวลอย่างมากเมื่อต้องอยู่ในเหตุการณ์หรือคิดว่าจะต้องอยู่ในบางสถานการณ์หรือสถานที่บางแห่ง และกลัวว่าจะเกิดเหตุการณ์แย่ๆขึ้นมาแล้วไม่มีใครช่วยได้ ทำให้พยายามหลีกเลี่ยง หรือ หาคคนไปเป็นเพื่อนหากต้องอยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ

ระบาดวิทยา

ความชุกชั่วชีวิตของโรคนี้นับประมาณร้อยละ 2-6 อายุเฉลี่ยที่เริ่มมีอาการคือ 21 ปี และพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย

สาเหตุ

ยังไม่พบสาเหตุทางชีวภาพที่แน่ชัด แต่พบว่า agoraphobia มีโอกาสถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้ประมาณร้อยละ 60 ส่วนปัจจัยทางจิตสังคมพบว่า agoraphobia สัมพันธ์กับ fear conditioning และ emotion learning processes โดยเหตุการณ์ด้านลบในวัยเด็ก เช่น การสูญเสียคนสำคัญ หรือ ต้องแยกจากพ่อแม่ สัมพันธ์กับการเริ่มต้นเกิดอาการ agoraphobia นอกจากนี้ยังสัมพันธ์กับลักษณะครอบครัวที่ไม่อบอุ่น หรือ ดูแลปกป้องมากเกินไป

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.6 Social Anxiety Disorder (Social Phobia)

Social anxiety disorder เป็นความกลัวต่อการต้องไปอยู่ในสถานการณ์ที่ผู้ป่วยคิดว่าตนเองอาจถูกผู้อื่นจ้องมอง หรืออาจทำอะไรที่น่าอับอายขายหน้า

ระบาดวิทยา

พบอุบัติการณ์ของ social anxiety disorder ร้อยละ 2-3 เพศหญิงพบได้มากกว่าเพศชาย ในกลุ่มประชากรทั่วไป แต่เพศชายมักมาขอรับการรักษามากกว่าเพศหญิง อาจพบ Social anxiety disorder ในญาติพี่น้องของผู้ป่วยที่เป็น social anxiety disorder มากกว่าคนทั่วไป

2.7 โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive Compulsive Disorder)

ผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ด้วยอาการย้ำคิดย้ำทำ ลักษณะที่พบบ่อยเช่น อาการย้ำคิด กลัวหรือรังเกียจสิ่งสกปรกสิ่งปนเปื้อนมีความลังเลสงสัยอย่างมากในเรื่องต่างๆ กานหลบลู่ศาสนา คิดหรือเห็นภาพซ้ำๆ เกี่ยวกับเรื่องทางเพศหรือความรุนแรง กังวลอยากให้ความสมมาตรเที่ยงตรง และอาการย้ำทำ ทำความสะอาดตนเองและข้าวของบ่อย ๆ ตรวจสอบเครื่องใช้ไฟฟ้าและกลอนประตูคอยดูตามถนนว่าไม่ได้ขับรถชนใคร ทำซ้ำ ๆ ในกิจกรรมต่าง ๆ

ระบาดวิทยา

อุบัติการณ์ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 1-3 พบในเพศชายเท่ากับเพศหญิง มักเริ่มเป็นในช่วงวัยรุ่นถึงผู้ใหญ่ตอนต้น อายุที่เริ่มมีอาการเฉลี่ยอยู่ที่ประมาณ 20 ปี พบในคนโสดมากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว พบร่วมกับโรคจิตเวชอื่น ๆ ได้มาก เช่น พบร่วมกับโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลร้อยละ 76 พบร่วมกับโรคซึมเศร้าร้อยละ 41 และกว่าร้อยละ 30 มีประวัติ tic disorder

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่าสมองส่วน striatum , orbitofrontal cortex และ anterior cingulate cortex มีการทำงานมากเกินไปในผู้ป่วยโรคย้ำคิดย้ำทำ ปัจจัยด้านสารส่งผ่านประสาท พบว่า serotonin อาจมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรค จากหลักฐานด้านประสิทธิภาพในการช่วยลดอาการย้ำคิดย้ำทำของยาในกลุ่ม SSRIs และพบว่าพันธุกรรมมีส่วนเกี่ยวข้องด้วย จากหลักฐานการศึกษาในฝาแฝดและในครอบครัว

2. ปัจจัยด้านจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ห่มองว่าอาการดังกล่าวเกิดจากการมี regression ไปยัง anal phase ซึ่งสัมพันธ์กับความก้าวร้าว และมีการใช้กลไกป้องกันตนเพื่อจัดการกับความขัดแย้งในระดับไร้จิตสำนึก ได้แก่ isolation และ undoing ส่วนทฤษฎีด้านความคิดและพฤติกรรมมองว่าผู้ป่วยมีความเชื่อที่บิดเบือนในประเด็นเกี่ยวกับความรับผิดชอบที่มากเกินไป หรือการต้องการความสมบูรณ์แบบ รวมทั้งการแปลความหมายความคิดที่เกิดขึ้นไปในทางลบ

2.8 Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)

เป็นโรคที่เกิดหลังจากที่ผู้ป่วยพบเห็นหรือเผชิญกับเหตุการณ์รุนแรง เช่น ภาวะสงคราม อุบัติเหตุร้ายแรง ถูกทารุณกรรม ถูกข่มขืน เป็นสภภัยพิบัติทางธรรมชาติ หรือถูกวินิจัยว่าเป็นโรคร้ายแรง และก่อให้เกิดลักษณะอาการทางจิตเวชที่จำเพาะ โดยทั่วไปอาการมักเกิดหลังประสบเหตุการณ์ทันที โดย PTSD มีอาการนานมากกว่า 1 เดือนขึ้นไป

อาการทางคลินิก

ลักษณะสำคัญของ PTSD มี 3 ด้านหลัก คือ การรู้สึกถึงประสบการณ์การตกอยู่ในเหตุการณ์รุนแรงที่ผ่านมาซ้ำ ๆ ไม่ว่าจะหลับหรือตื่น การหลีกเลี่ยงสิ่งเร้าที่เกี่ยวข้องกับเหตุการณ์นั้น และ มีอาการ

ตื่นตัวง่าย อาการอื่น ๆ คือ อาการหวาดกลัวอย่างรุนแรง รู้สึกไร้ทางออก ซึมเศร้า วิตกกังวล ปัญหาด้านสมาธิความจำ

ระบาดวิทยา

พบอุบัติการณ์ของ PTSD ในประชากรทั่วไปประมาณร้อยละ 8 ในประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ทหารในภาวะสงคราม พบอุบัติการณ์ได้ร้อยละ 5-75พบได้ในทุกอายุ แต่มักเป็นตอนวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัจจัยเสี่ยงของโรคคือ ความรุนแรง ระยะเวลา และความถี่ของการเผชิญเหตุการณ์ที่รุนแรง

2 ใน 3 ของผู้ป่วยมีโรคจิตเวชอื่นร่วมด้วย ที่พบบ่อยคือโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว การใช้สารเสพติด และวิตกกังวลอื่น ๆ

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ห่มองว่าอาการเกิดขึ้นเมื่อความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกถูกกระตุ้นโดยเหตุการณ์ที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมถดถอยและหันไปใช้กลไกป้องกันตนเองที่ไม่เหมาะสมจนก่อให้เกิดอาการต่าง ๆ ส่วนทฤษฎี cognitive behavioral มองว่าผู้ป่วยเชื่อมโยงเหตุการณ์นั้นกับสิ่งที่เตือนให้นึกถึงเหตุการณ์นั้น เช่น ภาพ เสียง กลิ่น ที่ทำให้พอเจอสิ่งเตือนก็จะมีอาการหวาดกลัวราวกับเจอเหตุการณ์นั้นจริง ๆ

2. ปัจจัยด้านชีวภาพ พบว่ามีความผิดปกติของสารส่งผ่านประสาทบางตัวเช่น norepinephrine ,dopamine,endogenous opiate หรือ ความผิดปกติด้าน autonomic nervous system ที่ไวเกิน

2.9 โรคจิตเภท (Schizophrenia) มหาวิทยาลัย

เป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น

อาการทางคลินิก

อาการหลักของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังนี้

1. กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms) อาการกลุ่มนี้ ประกอบด้วย psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ disorganization dimension ได้แก่ disorganized thinking and behavior อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิดว่าตนเองถูกปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง และ อาการหลงผิดว่าพฤติกรรมหรือคำพูดของคนอื่นหรือเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นรอบ ๆ ตัว เช่นข่าวในโทรทัศน์มีความเกี่ยวข้องกับตนเอง อาการด้าน disorganized ผู้ป่วยจะมีความคิดและการกระทำไม่อยู่กับร่องกับรอย ทำให้บางครั้งยากแก่การเข้าใจ

ว่าผู้ป่วยทำอะไรอยู่ ส่วนอาการด้าน sidorganization ที่มีความสำคัญพอกันกับ อาการหลงผิด ประสาทหลอนได้แก่ อาการ disorganized thinking

2. กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) อาการด้านลบประกอบด้วยอาการต่าง ๆ ตามที่ได้กล่าวข้างต้นแล้ว อาการที่พบเด่นในโรคจิตเภท ได้แก่ affective flattening และ avolition อาการด้านลบนั้นพบได้ในทุกระยะของโรค แต่จะพบบ่อยในระยะหลังของโรค ซึ่งผู้ป่วยจะทุเลาจาก อาการหลงผิดประสาทหลอนบ้างแล้ว ญาติจะบอกว่าผู้ป่วยมักนั่งอยู่เฉยๆไม่ทำอะไร ไม่สนใจโลก ภายนอก การเข้าสังคมลดลงมาก อาการกลุ่มนี้ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาไม่ดีเท่ากลุ่มอาการด้าน บวก

3. กลุ่มอาการด้าน cognitive (Cognitive symptoms) ผู้ป่วยมีอาการ cognitive dysfunction ได้แก่ สมาธิแย่ง การตีความสิ่งต่าง ๆ และการตอบสนองบกพร่องไป มีความบกพร่อง ในด้านการจดจำชั่วคราวเพื่อใช้งาน และการไม่สามารถคิดอย่างมีเหตุมีผล เป็นต้น

4. กลุ่มอาการด้านอารมณ์ (Affective symptoms) อาการด้านอารมณ์เป็นอาการที่พบร่วม ได้บ่อย แต่ไม่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยโรค ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมเศร้า รู้สึกผิด วิตกกังวล หรือหงุดหงิด ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่น อย่างไรก็ตามอารมณ์เหล่านี้จะไม่เด่นชัด และเป็นไม่นานนักเมื่อเทียบกับ อาการด้านบวก

5. อาการอื่น ๆ อาการอื่นที่พบได้ เช่น ไม่ตระหนักว่าตนเองผิดปกติกไป ทำให้ไม่ยอมรับรักษาแม้ อาการจะกำเริบหลายๆ ครั้งแล้วก็ตามบางคนมีอาการ social cognition deficit ได้แก่ ไม่สามารถ อ่านออกว่าคนอื่นคิดอะไรต้องการอะไร บางครั้งอาจเอาเรื่องที่ไม่เกี่ยวข้องกันมาเกี่ยวโยงเป็นเรื่องราว หรือเอามาผูกโยงกับอาการหลงผิดของตนเอง เป็นต้น

ระบาดวิทยา

ความชุกชั่วชีวิตของโรคจิตเภทพบร้อยละ 0.3-0.7 เพศหญิงและเพศชายพบได้พอกัน การศึกษาในประเทศไทยพบความชุกของโรคร้อยละ 0.88 สัดส่วนเพศชายต่อหญิงเท่ากับ 1.1 ต่อ 1 ระยะที่พบอุบัติการณ์ของโรคบ่อยสุดทั้ง 2 เพศ คือช่วงอายุ 15-24 ปี โดยมีระยะเวลาการป่วย ประมาณ 30-34 ปี

สาเหตุ

แนวคิดปัจจุบันมองว่าโรคจิตเภทเกิดจากความผิดปกติของสมองและจัดเป็น neurodevelopmental disorder แม้อาการของโรคจะแสดงออกในราวช่วงต้นวัย 20 ปี แต่ผู้ป่วยเองมีความผิดปกติตั้งแต่ช่วงแรกของชีวิตอยู่แล้วจากการมีความเสี่ยงทางพันธุกรรม ร่วมกับถูกรบกวน จากปัจจัยต่าง ๆ ขณะตั้งครรภ์หรือคลอด โดยในช่วงวัยเด็กอาจมีอาการแสดงออกมาเล็กน้อยไม่ ชัดเจน เมื่อถึงวัยหนุ่มสาวซึ่งผู้ป่วยมีสภาพสมดุลสมองซึ่งภาวะนี้จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการของโรค ขึ้นมาในที่สุด

ปัจจัยทางด้านชีวภาพ

1. พันธุกรรม จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสเป็นสูง

2. ระบบสารชีวเคมีในสมอง สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ สมมติฐานโดปามีน เชื่อว่าโรคนี้เกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายา รักษาโรคนั้นออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptor type 2 ในระยะหลังพบว่าสารส่งผ่านประสาท glutamate อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความผิดปกติของโรคจิตเภทโดยพบว่าการทำหน้าที่ของ N-methyl-D-aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate ลดลง สภาพสมดุล ระหว่างระบบ glutamate ซึ่งเป็นแบบ excitatory และระบบ GABA ซึ่งเป็นแบบ inhibitory จะเสียไป ทำให้เกิดสภาวะ excitotoxicity ร่วมกับมี neuro-plasticity บกพร่องไป

3. กายวิภาคของสมอง ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งมีความผิดปกติต่ากายวิภาคของสมอง ได้แก่ มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วนของ cortical gray matter และมี ventricle โตกว่าปกติ พบว่าการมี ventricle โตกว่าปกติจะสัมพันธ์กับการมีอาการด้านลบ การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีและการบกพร่องทางด้าน cognition

4. ประสาทสรีรวิทยา พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามแนวคิดปัจจุบันมองว่า การทำงานของสมองในผู้ป่วยโรคจิตเภทมิได้เป็นจากความทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่เกี่ยวข้องกัน ทั้งในระดับ cortical และ sub-cortical อาจมองว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคของ disturbed neural connectivity

ปัจจัยด้านครอบครัวและสังคม

1. เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูบางรูปแบบทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นโรคจิตเภท การศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีไม่เป็นมิตร หือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

2. ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งมีสมมติฐานว่าการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆ ทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น

2.10 โรคจิตหลงผิด (Delusional Disorder)

อาการทางคลินิก

ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดเป็นอาการหลัก โดยเนื้อหาของความหลงผิดมักเกี่ยวพันเชื่อมโยงเป็นเรื่องเป็นราวในแนวทางเดียวกัน การพูดจาทำทางต่างๆ ดูปกติ ไม่มีพฤติกรรมที่เห็นชัดว่าแปลก การแสดงออกของอารมณ์มักเหมาะสมกับเรื่องราวที่เล่า ไม่พบว่ามีประสาทหลอนหรือถ้ามีก็เป็นครั้งคราวไม่เด่นชัด เป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะยังสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ของตนได้ปกติ ยกเว้นบางกิจกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับความคิดของตนเอง

โรคนี้อาจเกิดในช่วงวัยกลางคนถึงวัยสูงอายุ ผู้ป่วยบางคนอาจเก็บตัว ไม่เข้าสังคม ช่างระแวง มีท่าที่ไม่เป็นมิตร บางครั้งอาจมีพฤติกรรมรุนแรง โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอาการหลงผิดของตนเอง

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านจิตใจ เชื่อว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีการเลี้ยงดูในช่วงต้นของชีวิตในลักษณะที่ทำให้ขาดความไว้วางใจต่อโลกภายนอกมีความรู้สึกไวต่อท่าทีของผู้อื่น เมื่อตกอยู่ในสถานการณ์บางประการทำให้มีความเครียดสูง นำไปสู่การใช้กลไกทางจิตอื่นทำให้เกิดอาการต่างๆ ตามมา ผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติประเภท paranoid, schizoid หรือ avoidant มีโอกาสเกิดโรคนี้อีก
2. ปัจจัยด้านสังคม พบโรคนี้น้อยในกลุ่มผู้อพยพ กลุ่มที่ต้องพบกับสภาวะต่างๆ ที่มีความเครียดสูง และ ชนชั้นที่มีเศรษฐกิจต่ำ
3. ปัจจัยด้านชีวภาพ สันนิษฐานว่าเกิดจาก hemispheric dysfunction โดยเฉพาะในสมองซีกซ้าย เนื่องจากสมองทั้งสองซีกทำงานประสานกันในการรับรู้และประเมินข้อมูลต่าง ๆ

2.11 โรคกังวลไปทั่ว (Generalized Anxiety Disorder : GAD)

อาการเด่น ได้แก่ มีความกังวลอย่างมากในเรื่องต่างๆ อย่างต่อเนื่องโดยมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การงาน การเงิน สุขภาพ ความเป็นอยู่ในครอบครัว และ อาจพบอาการทางร่างกาย เช่น เหนื่อยง่าย ปวดตึงกล้ามเนื้อ ร่วมด้วย

ระบาดวิทยา

ความชุกชั่วชีวิตประมาณร้อยละ 4.3-5.9 พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายประมาณ 2 เท่า และพบได้บ่อยในช่วงวัยกลางคน พบโรคร่วมได้บ่อย เช่น โรคซึมเศร้า และโรคในกลุ่มโรควิตกกังวลอื่น ๆ

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ อาจมีความผิดปกติในระบบ serotonergic และ noradrenergic neurotransmission แต่ไม่พบความผิดปกติของโครโมโซมที่มีความจำเพาะกับโรค
2. ปัจจัยด้านจิตใจ ทฤษฎี cognitive-behavioral เชื่อว่าผู้ป่วยมี cognitive bias นำไปสู่การเพิ่มความใส่ใจต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการเกิดเหตุร้าย มองสิ่งกระตุ้นที่ "ครุฑเคี้ยว" ว่าเป็นสิ่งอันตราย ส่วนทฤษฎีจิตวิเคราะห์มองว่าอาการวิตกกังวลเป็นจากความขัดแย้งในจิตไร้สำนึกที่ไม่ได้ถูกแก้ไข

2.12 Antisocial Personality Disorder

ลักษณะทั่วไป หากคบหาผิวเผินจะไม่เห็นว่าผู้ป่วยผิดปกติ และบางครั้งอาจดูดีมีเสน่ห์ได้ อย่างไรก็ตามประวัติในวัยเด็กจะมีตั้งแต่ โทกหก หนีโรงเรียน หนีออกจากบ้าน ลักขโมย ชกต่อย ใช้สารเสพติด ทำสิ่งที่ผิดกฎหมาย ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะเกิดขึ้นแล้วซ้ำแล้วซ้ำเล่า

ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมที่หุนหันพลันแล่น ใจร้อน หงุดหงิด ก้าวร้าว ชอบเปลี่ยนคู่ครอง ทำร้ายร่างกายเด็ก ติดสุรา ไม่สามารถรับผิดชอบ ในหน้าที่การงานได้ ไม่มีความน่าเชื่อถือในฐานะการเงิน และตำแหน่งหน้าที่ ผู้ป่วยในกลุ่มนี้จะปราศจากการสำนึกผิด ไม่มีความวิตกกังวล หรือ เสียใจในการกระทำของตน ไม่สนใจความรู้สึกของผู้อื่น พยายามหาเหตุผลเข้าข้างตัวเอง และ ขาดมโนธรรม

การตรวจพบว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือและน่าเชื่อถือเป็นอย่างดี แต่ลึกๆแล้วผู้ป่วยมีความเครียด หงุดหงิด และความโกรธอยู่

สาเหตุ

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม จากการศึกษาฝาแฝดที่มีปัญหาทางจิตใจพบว่า ฝาแฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีปัญหาทางบุคลิกภาพผิดปกติแบบเดียวกัน มากกว่าฝาแฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ การศึกษาที่พบมีความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติของบุคลิกภาพ กับ ความผิดปกติทางจิตเวชอย่างอื่นด้วย
2. ปัจจัยด้านพันธุกรรม ในเด็กสัมพันธ์กับบุคลิกภาพผิดปกติในผู้ใหญ่ เช่น เด็กซุกซ์แล้วอาจพบเป็น avodiant personality disorder ในผู้ใหญ่ได้ อิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรมมีส่วนสำคัญในการสร้างเสริมสร้างบ่มเพาะนิสัยใจคอ และบุคลิกภาพของเด็ก โดยเฉพาะบิดา มารดา ญาติ พี่น้อง ครู และบุคคลใกล้ชิด ังเป็นผู้ถ่ายทอด เช่น มารดาที่มีความวิตกกังวลสูง สามารถส่งผลให้เด็กผิดปกติ มีความวิตกกังวลสูงเหมือนมารดา มากกว่าเด็กที่ถูกเลี้ยงดูด้วยมารดาที่ปกติ
3. ปัจจัยด้านชีวภาพ ฮอร์โมน บุคคลที่มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น มักจะพบ testosterone , 17-estradiol และ estrone สูงกว่าคนปกติ Schizotypal personality disorder มีความสัมพันธ์

กับ platelet monoamine oxidase (MAO) ที่ต่ำและมี smooth pursuit eye movement ที่ผิดปกติ

4. ปัจจัยด้านจิตใจ Personality trait มีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับ psychosexual stage of development เช่น ผู้ป่วยที่มี fixation ที่ oral stage มักมีปัญหาบุคลิกภาพแบบ passive และ dependent และถ้ามี fixation ที่ anal stage ก็มักเป็นคนดี แต่มีมโนธรรมสูง

3. ปัจจัยทางจิตสังคม

3.1 แนวความคิดเกี่ยวกับ ความเครียด (stress)

Selye⁽¹⁴⁾ ให้นิยามความเครียดว่า ความเครียดหมายถึงภาวะที่ร่างกายและจิตใจมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาจากภายนอก และภายในร่างกาย ที่มาคุกคามขัดขวางการทำงาน การเจริญเติบโตและความต้องการของมนุษย์ เป็นผลให้มีการเปลี่ยนแปลงในร่างกายเกี่ยวกับโครงสร้างและปฏิกิริยาทางเคมีเพื่อต่อต้านการคุกคามนั้น ทำให้ร่างกายและจิตใจขาดความสมดุล การเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นนั้นได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านความคิด และด้านพฤติกรรม

Fishbein⁽¹⁵⁾ ได้ให้นิยามความเครียดว่า ความเครียด หมายถึง ภาวะตึงเครียด หรือภาวะที่มีความกดดันต่อร่างกาย หรือจิตใจ สิ่งที่มากดดันอาจเป็นเหตุการณ์ หรือสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคลหรือเป็นเพียงสิ่งที่คุกคามด้านจิตใจ

กรมสุขภาพจิต⁽¹⁶⁾ ได้ให้นิยามความเครียดว่า ความเครียดเป็นเรื่องของจิตใจที่เกิดความตื่นตัว เพื่อเตรียมรับเหตุการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ และเป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัส ซึ่งเกินกำลังสามารถที่จะแก้ไขได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกหนักใจ และเกิดความผิดปกติทางร่างกายด้วย

ศรีเรือน แก้วกังวาน⁽¹⁷⁾ ได้ให้นิยามความเครียดว่า ความเครียดเป็นสภาวะทางอารมณ์ประเภทหนึ่ง โดยเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายใน การตอบสนองต่อภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดเป็นเรื่อง “เฉพาะตัว” ความเครียดจะมีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือ บุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงจะมีผลทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่วนความเครียดในระดับต่ำจะมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ เช่น มีความกระตือรือร้น มีความคิดสร้างสรรค์ รู้จักปรับตัว เป็นต้น

ภควัฒ วังศ์ไทย⁽¹⁸⁾ ได้ให้นิยามความเครียดว่า ความเครียดคือการตอบสนองร่วมกันเป็นระบบที่ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ การรู้คิด และพฤติกรรมของบุคคลเมื่อมีสิ่งเร้ามากระตุ้น (Stressor) ทั้งจากสิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล (ปัจจัยภายนอก) และตัวบุคคลเอง (ปัจจัยภายใน) ทำให้สภาวะสมดุลของบุคคลนั้นเปลี่ยนแปลงไป (Stressor respond) อาจเป็นการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีเช่น เป็นการกระตุ้นให้เกิดความขยันและอดทนมากขึ้น ในขณะที่เดียวกันอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงที่

เป็นผลเสีย ได้แก่ การเจ็บป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ จนอาจถึงแก่ชีวิตได้ ตัวบุคคลนั้นเองจะเป็นผู้ประเมินว่าสถานะที่สมดุลเกิดการเปลี่ยนไปในทางที่ดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับวุฒิภาวะและสติปัญญาของบุคคลนั้น ดังนั้นความเครียดจึงมีหลายระดับแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับระดับการเปลี่ยนแปลงของสถานะสมดุลของแต่ละบุคคล หากมีระดับความเครียดสูงกว่าเกณฑ์ปกติจะส่งผลเสียต่อบุคคลในหลาย ๆ ด้าน

ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์⁽¹³⁾ ได้ให้นิยามความเครียดว่า ความเครียด (stress) เป็นภาวะที่รบกวนการทำงานของร่างกายหรือจิตใจของบุคคลนั้น ๆ ประกอบด้วยสองส่วน ได้แก่ สิ่งกระตุ้นความเครียด (stressor) ซึ่งเป็นสถานการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจหรือสถานการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้น และปฏิกิริยาการตอบสนองทางร่างกายและจิตใจต่อสิ่งกระตุ้นความเครียด (stressor response)

โดยสรุป ความเครียด เป็นสภาวะทางอารมณ์ประเภทหนึ่ง เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งที่มาจากร่างกาย และภายในร่างกาย เป็นภาวะที่มีความกดดัน ความตึงเครียด ความวิตกกังวล การเจริญเติบโตและความต้องการของมนุษย์ ความเครียดก่อให้เกิดความตื่นตัว เพื่อเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ที่ไม่น่าพึงพอใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกสับสน วุ่นวาย หนักใจ และยังแสดงออกทางร่างกายด้วย เช่น สถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

สาเหตุของความเครียด

Farmer RE⁽¹⁸⁾ แบ่งสาเหตุความเครียดได้ดังนี้

สาเหตุจากตัวบุคคล (personal source) เป็นสาเหตุที่สัมพันธ์กับวิถีชีวิตของบุคคล ซึ่งได้แก่ โครงสร้างบุคลิกภาพ ประสบการณ์ในชีวิต ทัศนคติของบุคคล สุขภาพและอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับลักษณะของปัจเจกบุคคล

สาเหตุจากการเงิน (Financial source) เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจ เช่น สภาพทางการเงิน รายได้ ความสามารถในการจัดหาอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย และการรับรู้ของคนเกี่ยวกับสถานะทางการเงินของตนเอง

สาเหตุจากความสัมพันธ์ (Relational source) หมายถึงสาเหตุที่มีความมาจากความสัมพันธ์กับผู้อื่น ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน คู่ชีวิต และหัวหน้างาน

สาเหตุจากอาชีพ (occupation source) เป็นสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน และการดำเนินชีวิตในที่นี้หมายถึงความรู้สึก และประสบการณ์ในอาชีพปัจจุบัน รวมทั้งการคาดหวังอนาคต

Miller H. And Keane B⁽¹⁹⁾ ได้กล่าวถึงสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดโดยจำแนกออก เป็น 2 ด้าน ดังนี้

ความเครียดที่เกิดจากภายใน (inter stress) ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น

1.1 ด้านชีววิทยา (biological stress) เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและทางด้านชีวภาพ เมื่อขาดสิ่งที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิต เช่น น้ำ อากาศ อาหาร

1.2 ด้านพัฒนาการ (Development stress) พัฒนาการในแต่ละวัยจากขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่ง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติและกฎเกณฑ์ของสังคมหากการเปลี่ยนแปลงไม่เป็นไปตามพัฒนาการที่เหมาะสม อาจส่งผลต่อความเครียดได้

ความเครียดจากภายนอก (External Stress)

2.1 สภาพแวดล้อมภายนอกทางกายภาพ สถานการณ์หรือวิกฤติการณ์ เช่นสภาพอากาศ ความร้อน ฝุ่นละออง เชื้อโรค ภัยธรรมชาติสงคราม ความรู้สึกไม่ปลอดภัย เป็นต้น อันก่อให้เกิดอันตรายหรือความเจ็บป่วยแก่ร่างกาย จึงทำให้เกิดความเครียด

2.2 ข้อเรียกร้อง กฎเกณฑ์จากสังคม ทั้งกฎหมาย ประเพณีนิยมต่าง ๆ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งภายในตัวบุคคล ทำให้บุคคลนั้นเกิดความเครียดขึ้นได้

กรมสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾ แบ่งสาเหตุของความเครียดออกเป็น 3 ประการ คือ

สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความกลัวว่าจะไม่ได้ในสิ่งที่หวัง กลัวจะไม่สำเร็จ หนักใจในงานที่ได้รับมอบหมาย รู้สึกว่าตัวเองทำสิ่งที่ยากเกินความสามารถ มีความวิตกกังวลล่วงหน้ากับสิ่งที่ยังไม่เกิดขึ้น เป็นต้น

สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้แก่ การเปลี่ยนวัย การแต่งงาน การเริ่มเข้าทำงาน การเปลี่ยนงาน การเกษียณอายุ การย้ายบ้าน การสูญเสียคนรัก เป็นต้น

สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บไข้ ไม่สบายที่รุนแรงตลอดไป จนถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง และเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

ภควัฒ วังศ์ไทย⁽¹⁷⁾ แบ่งสาเหตุของความเครียด ออกเป็น 2 ปัจจัยหลักดังนี้

ปัจจัยภายในตัวบุคคล ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของระบบในร่างกายเช่นความเจ็บป่วย อาจส่งผลต่อจิตใจและก่อให้เกิดความเครียดได้

1.2 จิตใจ รวมถึง อุปนิสัย อารมณ์ ความรู้สึก ความคาดหวังของบุคคล จะทำหน้าที่เป็นตัวประเมิน ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดอื่น ๆ ที่เข้ามากระทบ ไม่ว่าจะเป็น เหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นทั้งภายนอกและภายในบุคคลนั้น โดยเหตุการณ์ดังกล่าวจะเป็นตัวกระตุ้นให้จิตใจประเมินถึงระดับความรุนแรงของตัวกระตุ้นนั้นว่าเกินกว่าที่บุคคลนั้น รับผิดชอบหรือไม่ หากมีความรุนแรงเกินกว่าที่จะรับได้ จะแสดงผลออกมาเป็นความเครียด

นอกจากนี้ร่างกายและจิตใจยังทำปฏิกิริยาตอบสนองซึ่งกันและกันและกันเป็นผลให้เกิดความเครียด ยกตัวอย่างเช่น เมื่อร่างกายเหนื่อยล้า จิตใจรับรู้ว่าร่างกายเหนื่อยล้าและประเมินว่าเป็นความเครียด

ในขณะเดียวกัน เมื่อจิตใจได้ประเมินสถานการณ์ที่เข้ามากระทบว่าเป็นความเครียด จึงเป็นผลให้ร่างกาย เกิดความเหนื่อยล้า

ปัจจัยภายนอกที่เป็นสาเหตุของความเครียด คือเหตุการณ์ สถานการณ์ หรือสิ่งต่าง ๆ รอบตัวบุคคลใดก็ได้ที่เกิดขึ้นกับตัวบุคคล เช่น การทำงาน สิ่งแวดล้อม เพื่อร่วมงาน ภัยธรรมชาติ เป็นต้น เมื่อจิตใจของบุคคลนั้นได้ประเมินความรุนแรงของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความรุนแรงเกินกว่าที่บุคคลนั้นจะรับได้

ผลกระทบของความเครียด

กรมสุขภาพจิต⁽¹⁵⁾ กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดว่า ถ้าความเครียดในระดับต่ำและมีระยะเวลาไม่นานเกินไป จะเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลกระทำสิ่งต่าง ๆ ได้อย่างกระตือรือร้น ได้ฝึกฝน การแก้ปัญหา มีความคิดสร้างสรรค์ พร้อมทั้งจะรับมือกับภาวะเครียดที่เกิดขึ้น จะทำให้บุคคลเกิดความพึงพอใจในทักษะ ความสามารถของตนเอง มีความรู้สึกเชื่อมั่น และภูมิใจในตนเองมากขึ้นแต่ถ้าหากความเครียดมีระดับความรุนแรงหรือยาวนานอาจก่อให้เกิดผลเสีย ดังนี้

ผลเสียทางด้านสรีระ เป็นผลมาจากความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งมีหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายในร่างกาย ทำให้ร่างกายทำงานบกพร่อง ไม่ว่าจะเป็นปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย เจ็บปวด หรือเกิดโรคทางกายที่มีสาเหตุมาจากจิตใจ (psychosomatic disease) เช่น หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ แผลในกระเพาะอาหาร โรคหอบหืด โรคแพ้ต่าง ๆ หรือความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจส่งผลให้เสียชีวิต หรือโรคที่เป็นกำเริบ

ผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะส่งผลให้จิตใจเต็มไปด้วยการหมกหมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ขาดความระมัดระวังในการทำงาน จนเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว ซึมเศร้า โกรธง่าย ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตัวเอง เสรีซึม วิตกกังวล ถ้าหากมีความเครียดเป็นระยะเวลานาน จะส่งผลให้เกิดอาการทางจิตจนกลายเป็นโรคจิตประสาทได้

ผลเสียทางด้านความคิด ความเครียดที่เกิดจากความคิดของบุคคล เช่น คิดวิพากษ์วิจารณ์ตนเองในทางลบ คิดแบบท้อแท้หมดหวัง คิดบิดเบือนไม่มีเหตุผล คิดเข้าข้างตนเอง คิดกล่าวโทษผู้อื่น และแปลความหมายสภาพการณ์นั้นผิดพลาด เป็นต้น

ผลเสียทางด้านพฤติกรรม ส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เบื่ออาหาร นอนหลับยาก ปลีกตัวออกจากสังคม อยู่อย่างโดดเดี่ยว ก้าวร้าว ไม่อดทน พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่น ทำงานได้น้อยลง และบางครั้งมีการปรับตัวในทางที่ผิด เพื่อผ่อนคลายความเครียด เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดินยา เล่นการพนัน หรือแม้กระทั่ง การฆ่าตัวตาย ซึ่งอาจจะส่งผลเสียตามมา

ผลเสียทางด้านเศรษฐกิจ ความเครียดก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จากการขาดงาน ทำงานได้ปริมาณที่น้อยลง และประสิทธิภาพในการทำงานลดลง เมื่อบุคคลเจ็บป่วยก็ต้องเสีย

ค่าใช้จ่าย ในการรักษาพยาบาล เป็นต้น การเจ็บป่วยระยะยาว และเรื้อรังจะส่งผลกระทบต่อ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง หน้าที่การทำงาน ตกงาน ขาดรายได้ ส่งผลต่อฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว

1.2 แนวความคิดเกี่ยวกับ การสนับสนุนทางสังคม (Social support)

Tilden & Weinert ⁽²⁰⁾ ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง สิ่งที่คุณจะได้รับโดยตรงจากเครือข่ายทางสังคมของคุณคนนั้น เช่น เงินทอง ข่าวสาร สิ่งของ การทำงาน การเสียสละเวลาในการช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ทางอารมณ์ ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ

House ⁽²¹⁾ ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรม การช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคุณคน เช่น การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ และการช่วยเหลือในเรื่องของการประเมินตนเองและเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและทำให้รู้จักเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในเชิงสร้างสรรค์ โดย House ได้กล่าวถึง ประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้

- ช่วยเพิ่มสุขภาวะทางด้านอารมณ์ โดยเครื่องมือต่าง ๆ ในการสนับสนุน ทั้งการช่วยเหลือ ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา วัตถุประสงค์ จะให้ผลในทางบวกแก่บุคคลได้
- ช่วยในการปรับตัวของคุณคน ในการลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจและการประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง
- ป้องกันผลกระทบจากภาวะวิกฤติและการเปลี่ยนแปลง ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจาก ผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิต

Schaefer, Coyne และ Lazarus ⁽²²⁾ ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นการที่คุณคนได้รับการดูแลทางอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของ โดยที่ผู้รับจะได้ประโยชน์จากการช่วยเหลือหรือการปฏิสัมพันธ์นั้น แบ่งประเภทของการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ประเภท

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional support) คือ แรงสนับสนุนด้านความผูกพัน ความมั่นใจ ความรู้สึกเชื่อถือ ความใกล้ชิด การเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ
2. การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร หรือการแนะนำ ซึ่งช่วยให้บุคคล แก้ไขปัญหาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรม และการกระทำของบุคคล
3. การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ (Tangible support) คือ การช่วยเหลือทางด้านสิ่งของ เงินทองหรือบริการ เช่น การช่วยเหลือดูแลผู้อื่น

Wess⁽²³⁾ ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 5 ด้าน โดยเน้นทางอารมณ์ การยอมรับตนเอง การมีส่วนร่วมในสังคม การให้ความช่วยเหลือและยอมรับความช่วยเหลือ แบ่งได้ดังนี้

1. ความใกล้ชิด ส่งผลต่ออารมณ์โดยมีส่วนร่วม ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว เดียวดาย มักพบในความสัมพันธ์ใกล้ชิด เช่น พ่อแม่ พี่น้อง คู่สมรส

2. การเข้ามามีส่วนรวมในสังคมของบุคคลที่มีสถานการณ์คล้ายคลึงกัน หรือทำงานร่วมกัน การมีปฏิสัมพันธ์จะทำให้มีการให้และการรับรู้ด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด ถ้าขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้บุคคลรู้สึกโดดเดี่ยว ถูกแยกออกจากสังคม และเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ตลอดจนท้อแท้สิ้นหวัง

3. การดูแลรับผิดชอบ จะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลได้ดูแลรับผิดชอบผู้อื่น ถ้าหากว่าไม่ได้ทำหน้าที่ หรือทำหน้าที่ไม่สำเร็จ ชีวิตจะไม่สมบูรณ์ จะรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีจุดหมายปลายทาง

4. การได้รับการยอมรับ จะได้รับการยอมรับเมื่อบุคคลสามารถทำตามบทบาทของตนเอง เกิดการยอมรับเชื่อถือ ความสามารถนั้นอาจเป็นบทบาทในอาชีพ หรือครอบครัว ถ้าไม่ได้รับการยอมรับจะทำให้บุคคลมีความเชื่อมั่นลดลง

5. การได้รับการช่วยเหลือ ซึ่งเกิดจากครอบครัว เพื่อน คนในสังคม และความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด เท่านั้นที่จำเป็นทำให้การช่วยเหลือยาวนานได้ ถ้าไม่มีความสัมพันธ์ที่จะก่อให้เกิดความช่วยเหลือแล้ว จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและอ่อนแอ

Thoits⁽²⁴⁾ ได้แบ่งชนิดการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด คือ

1. การสนับสนุนทางเครื่องมือ หมายถึงการได้รับการช่วยเหลือในเรื่องแรงงาน วัสดุอุปกรณ์ สิ่งของ เงินทองที่จะทำให้บุคคลที่ได้รับ สามารถดำรงบทบาทหรือหน้าที่รับผิดชอบได้ตามปกติ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การได้รับข้อมูลข่าวสารตลอดจนการให้คำแนะนำ ปรึกษาด้านต่าง ๆ ของชีวิต

3. การสนับสนุนด้านอารมณ์และสังคม หมายถึง การได้รับความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความช่วยเหลือ การได้รับการยอมรับ เห็นคุณค่า และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

1.3 แนวความคิดเกี่ยวกับ การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

ความหมายของครอบครัว

อัครสรา สถาพรวงษา⁽²⁵⁾ ได้กล่าวถึงครอบครัวว่า ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมที่เล็กที่สุด เป็นสถาบันสังคมที่มีความสำคัญยิ่งสถาบันหนึ่ง สมาชิกในครอบครัวจะมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่นและใกล้ชิดกัน มีความรักซึ่งกันและกัน เป็นสถาบันที่บุคคลใช้ชีวิตอยู่อย่างยาวนานกว่าสถาบันสังคมประเภทอื่น ครอบครัวเป็นแหล่งสร้างสรรค์สมาชิกใหม่ให้แก่สังคม ให้การอบรมพฤติกรรมและบุคลิกภาพของสมาชิกในครอบครัว สมาชิกจะมีความผูกพันกันทางจิตใจ พึ่งพากันทางสังคมและเศรษฐกิจ มีการดำเนินชีวิตร่วมกัน ครอบครัวจึงมีความสำคัญเพราะมนุษย์ทุกคนเกิดมาจากครอบครัว ซึ่งเป็นสถาบันแห่งแรกที่สร้างและหล่อหลอมสมาชิกในครอบครัว การมีสถาบันครอบครัวที่ดี เปรียบเสมือนการมีภูมิคุ้มกันที่ดี

McCormack⁽²⁶⁾ ให้นิยามของครอบครัวว่า ครอบครัวมีคุณสมบัติที่แท้จริงเพียงอย่างเดียวคือ ความเต็มใจที่จะรักและพยายามที่จะเข้าใจสมาชิกในครอบครัว เคียงข้างในยามทุกข์หรือสุข ครอบครัวคือหน่วยที่ทำให้ความรู้สึกได้อย่างเข้มแข็งที่สุด นำไปสู่ความมั่นคงและความรู้สึกปลอดภัยในการดำเนินชีวิต

Macionis⁽²⁷⁾ ให้นิยามของครอบครัวว่า ครอบครัวคือสถาบันทางสังคมที่มีอยู่ในทุกสังคม ประกอบด้วยบุคคลจำนวนหนึ่งรวมกันเป็นกลุ่ม อยู่บนพื้นฐานของความเป็นเครือญาติ มีความผูกพันกันทางสายเลือด โดยการแต่งงานหรือรับเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

พูนสุข ช่วยทอง⁽²⁸⁾ ได้ให้นิยามของครอบครัวว่า ครอบครัวคือสถาบันทางสังคมพื้นฐานที่มีหน่วยเล็กที่สุด ที่บุคคลตัดสินใจมาใช้ชีวิตร่วมกัน ภายในกฎระเบียบเดียวกันที่สมาชิกกำหนด โดยสมาชิกในครอบครัวมีพันธะกรรมต่อกัน แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. ครอบครัวเดี่ยว (Nuclear family) หมายถึง ครอบครัวที่มีโครงสร้างของครอบครัวประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูก ที่ใช้ชีวิตร่วมกันทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ มีการดูแลซึ่งกันและกัน
2. ครอบครัวขยาย (Extended family) หมายถึง ครอบครัวที่มีโครงสร้างใหญ่ ประกอบด้วย ปู่ ย่าย ตา ยาย พ่อ แม่ และลูก โดยกลุ่มบุคคลดังกล่าวใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ และมีการผูกพันกันดูแลซึ่งกันและกัน

การสนับสนุนจากครอบครัว (Family support)

Coyne Delongis⁽²⁹⁾ ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนจากครอบครัวว่า การสนับสนุนจากครอบครัวคือ การที่บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าและเชื่อมั่นว่าสามารถแก้ไขปัญหาและเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดได้

Thoits⁽²⁴⁾ ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนจากครอบครัวว่าการสนับสนุนจากครอบครัวคือ การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ญาติ เพื่อนสนิทและเพื่อนบ้าน โดยได้รับความช่วยเหลือด้านการอำนวยความสะดวกในการทำงาน ด้านสังคม และด้านข้อมูลข่าวสาร เพื่อให้บุคคลสามารถเผชิญกับความเครียดและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้

Kim และ Kim⁽³⁰⁾ ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนจากครอบครัวว่า การสนับสนุนจากครอบครัวหมายถึง การที่หัวหน้าครอบครัวหรือพ่อแม่ได้ดูแลและเกื้อกูลบุตร

Teufel-Shone, Staten, Irwin, Rawiel, Bravo, และ Waykayuta⁽³¹⁾ ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนจากครอบครัวว่า การสนับสนุนจากครอบครัวคือ การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงความรู้สึกของตนเองได้อย่างเปิดเผย และมีระดับของความขัดแย้งระหว่างบุคคลในครอบครัวต่ำ

ณาตกรการณ ชยุตสาหกิจ⁽³²⁾ ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนจากครอบครัวว่า การสนับสนุนจากครอบครัวคือ การที่สมาชิกในครอบครัวคอยช่วยเหลือกันทั้งในด้านของการเงิน และจิตใจ กล่าวคือ คอยให้ทุนสนับสนุนจนเจือกัน มีความผูกพันกัน คอยดูแลเอาใจใส่ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ให้คำปรึกษาให้กำลังใจกัน และให้การยอมรับกันโดยปราศจากเงื่อนไข

องค์ประกอบของการสนับสนุนจากครอบครัว

Blankfeld และ Holahan⁽³³⁾ ได้ศึกษาองค์ประกอบของการสนับสนุนจากครอบครัวจำนวน 3 องค์ประกอบ และให้นิยามแต่ละองค์ประกอบไว้ดังนี้

1. ความผูกพันแน่นแฟ้น (Cohesion) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีการช่วยเหลือและสนับสนุนเกื้อกูลกัน
2. การแสดงออก (Expressiveness) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวสามารถแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และการกระทำได้อย่างเปิดเผย
3. การมีความขัดแย้งในครอบครัวระดับต่ำ (Low conflict) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวมีปัญหาขัดแย้งกันในครอบครัว และแสดงออกถึงความโกรธต่ำ

ประเภทของการสนับสนุนจากครอบครัว

King, et al. ได้เสนอประเภทของการสนับสนุนของครอบครัวว่าประกอบด้วย การสนับสนุน 2 ด้าน ได้แก่

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional sustenance) คือ การที่สมาชิกในครอบครัวที่มีทัศนคติและพฤติกรรมที่เป็นการกระตุ้นและส่งเสริม เข้าใจ เอาใจใส่ ให้กำลังใจกัน เต็มใจที่จะรับฟัง สนทนาและให้คำแนะนำ และมีทัศนคติทางบวก รวมถึงดูแล ห่วงใย ให้ความสนใจในสิ่งที่สมาชิกทำอยู่

2. การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) คือ การที่สมาชิกในครอบครัว แสดงทัศนคติและพฤติกรรมในการจะช่วยเหลือครอบครัวด้านสิ่งของ เงินทอง เรื่องแรงงาน รวมถึงมีความเต็มใจที่จะแบ่งเบาภาระในบ้าน

1.4 แนวความคิดเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง Self-esteem

Coopersmith⁽³⁴⁾ ได้ให้นิยามของความที่เห็นคุณค่าในตัวเองว่า เป็นการแสดงทัศนคติต่อความรู้สึกมีคุณค่าหรือไม่มีคุณค่า ตัดสินคุณค่าของตน และเป็นการแสดงถึงขอบเขตการแสดงความคุณค่าของตนถ่ายทอดสู่คนอื่น โดยแสดงทางคำพูด การแสดงออก ซึ่งองค์ประกอบของการที่ทำให้บุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงขึ้น 4 ประการดังนี้

การยอมรับนับถือ ความสนใจใส่ใจจากบุคคลที่มีความสำคัญในชีวิต

1. การประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ ซึ่งจะทำให้เป็นที่รู้จักและมีผลต่อสถานภาพและตำแหน่งในสังคม โดยมีปัจจัยที่จะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณค่าตนประสบความสำเร็จ
2. การได้กระทำในสิ่งที่สอดคล้องกับค่านิยมและปรารถนา
3. การไม่ใส่ใจต่อสิ่งที่ทำให้การเห็นคุณค่าในตนเองลดลง เช่น ไม่ใส่ใจต่อวัฒนธรรมทางสังคม คำวิพากษ์วิจารณ์จากผู้อื่น

Rosenberg⁽³⁵⁾ ได้ให้นิยามของการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นที่บุคคล มอง คิดรู้สึก นึกถึงตนเอง การรับรู้ถึงความสามารถของตนเอง เป็นทิศทางบวกและลบในการมองดูตัวเอง

Nathaniel Branden⁽³⁶⁾ ให้ความหมายของการเห็นคุณค่าในตนเอง ว่าหมายถึง ประสบการณ์การอยู่ร่วมกับคนอื่นเพื่อที่จะมีชีวิตอยู่ และเป็นความต้องการที่เฉพาะเจาะจง เป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ที่จะคิดและคลี่คลายสิ่งต่าง ๆ เป็นความเชื่อมั่นที่นำมาซึ่งความสุข หากบุคคลไม่มีสิ่งเหล่านี้ (low self-esteem) จะทำให้บุคคลนั้น มองไม่เห็นคุณค่าในตนเอง ไม่เชื่อมั่นว่าตนจะทำได้สำเร็จ จึงทำให้มีความสุขน้อยลง

อุมพร ตรังคสมบัติ⁽³⁷⁾ ได้ให้นิยามการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นความคิดของตนเองเกี่ยวกับ “ตน” ว่าเป็นคนที่มีคุณค่า มีความหมาย และมีประสิทธิภาพเพียงใด ความรู้สึกนี้เกิดจากการที่บุคคลมองตนเองและประเมินตนเองว่าเป็นอย่างไร ตามปกติ เมื่อคนเรามองตัวเองจะมองเห็นเป็นสองภาพ ภาพในอุดมคติ คือฝันว่าอยากเป็น และภาพตัวเราที่เป็นจริง หากภาพในความจริงใกล้เคียงกับภาพในอุดมคติจะทำให้รู้สึกมีความสุข แต่เมื่อภาพของตัวเองไม่ตรงตามอุดมคติจะทำให้ไม่มีความสุข

Carl Rogers ได้เสนอแนวคิดที่สำคัญเกี่ยวกับการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยมีชื่อว่า “ทฤษฎีตัวตน” (Self Theory) ซึ่งเชื่อว่าบุคลิกภาพจะเป็นเช่นไร เกิดจาก 3 ลักษณะ คือ ความคิดเกี่ยวกับตัวเอง ตัวตนตามความเป็นจริง ตัวตนในอุดมคติ ถ้า 3 ลักษณะนี้ ตรงกันค่อนข้างมากบุคคลนั้นจะเป็นคนมีความมั่นคง แต่ถ้ามีความแตกต่างและขัดแย้งกัน บุคคลนั้นจะเกิดความรู้สึกสับสน อ่อนแอ ด้านบุคลิกภาพ ไร้ซึ่งความสุข และมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ

Bandura⁽³⁸⁾ ได้ให้นิยามการเห็นคุณค่าในตนเองว่า เป็นพื้นฐานจากการประเมินตนเองทั้งด้านบวกและด้านลบ จากความสามารถในการตัดสินใจคุณค่าของตนเอง การมองเห็นคุณค่าภายในตนเองได้รับการพัฒนาจากความรู้ว่าตนเองเป็นบุคคลมีความสามารถ และการตัดสินใจจากสังคม ก็มีอิทธิพลต่อการประเมินตนเองเช่นกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับวัฒนธรรมนั้น ๆ

Maslow⁽³⁹⁾ ได้แบ่งการเห็นคุณค่าในตนเองเป็น 2 ประเภท คือ

1. ความรู้สึกมีคุณค่า มองเห็นคุณค่าภายในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ยอมรับว่าตนมีความสำคัญทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ให้ประสบความสำเร็จ
2. ความภูมิใจในตนเองที่เกิดจากได้รับความคิดเห็นจากผู้อื่น ได้รับรู้ชื่อเสียงเกียรติยศจากผู้อื่น ความเอาใจใส่จากผู้อื่น การยกย่องสรรเสริญ มีความสำคัญ เป็นที่เคารพนับถือจากบุคคลอื่น

โดยสรุป การเห็นคุณค่าในตัวเอง คือการประเมินและตัดสินใจคุณค่าของตนเอง ซึ่งได้รับพัฒนา มาจากประสบการณ์ชีวิต การประสบความสำเร็จหรือความล้มเหลว และการตัดสินใจจากสังคม หากผู้ที่มีการเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ จะรู้สึกว่าตนไร้ค่า เป็นปัจจัยสำคัญต่อการมีความสุขในชีวิต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.5 แนวความคิดเกี่ยวกับ ความรู้สึกโดดเดี่ยว Loneliness

J.D.J. Gierveld ⁽⁴⁰⁾ ความโดดเดี่ยวนั้นถูกนิยามอย่างหลากหลาย บางการศึกษาระบุว่าความโดดเดี่ยวคืออาการเจ็บปวดทางจิตใจ เกิดการไม่ได้รับยอมรับจากความสัมพันธ์ทางสังคม ความโดดเดี่ยว (Loneliness) และ (Isolation) มีความหมายเชิงลึกที่แตกต่างกัน ถ้าหากใครชอบอยู่คนเดียว คนๆนั้นอาจจะไม่รู้สึกเหงา ในทางกลับกันแม้ว่ามีคนมากมายรายล้อม แต่ก็อาจรู้สึกเหงาได้ หมายความว่า Loneliness เป็นความรู้สึกลึกๆส่วนตัวไม่เกี่ยวกับสภาพทางสังคม

Young ⁽⁴¹⁾ ได้ให้นิยามความโดดเดี่ยวว่าเป็นความเจ็บปวดทางจิตใจที่เกิดจากการขาดความสัมพันธ์ทางสังคมที่น่าพอใจ โดยพื้นฐานแล้วแนวคิดนี้ จะชี้ให้เห็นว่าความเหงานั้น อาจเกิดจากการขาดปัจจัยทางสังคมที่สำคัญบางอย่างเช่น การสูญเสียคนสนิทใกล้ชิดในสังคมที่เขาสามารถให้ความรักความเมตตาความช่วยเหลือในการตัดสินใจที่สำคัญได้ นอกจากนี้ยังถือว่าความเหงาเป็นความรู้สึกส่วนตัวของความเจ็บปวดทางจิตใจอันเป็นผลมาจากความสัมพันธ์ทางสังคมที่ไม่น่าพึงพอใจของการประสบความสำเร็จ ชี้ให้เห็นว่าช่องว่างระหว่างความสัมพันธ์ที่คาดหวังและสิ่งที่ได้รับจริงกับสมาชิกเครือข่ายกลุ่มอื่น ๆ ไม่เพียงในด้านของปริมาณแต่ยังเป็นในด้านคุณภาพ แนวคิดนี้ได้พิจารณาเพียงอารมณ์ความรู้สึกเหงาซึ่งเกิดจากการขาดการร่วมสังคมอย่างใกล้ชิดแต่ไม่ใช้การโดดเดี่ยวในสังคม (ไม่มีเพื่อน, มีการติดต่อผู้คนอื่นเพียงสองสามคน, แทบจะไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม) ความเหงามีสาเหตุมาจากการอยู่คนเดียวในสังคมและการขาดการได้รับความช่วยเหลือจากความสำคัญของความสัมพันธ์และกลุ่มของความสัมพันธ์ ตามคำนิยามเมื่อคนๆหนึ่งอยู่เพียงลำพังที่แยกตัวออกจากคนอื่น คนๆนั้นจะรู้สึกโดดเดี่ยวหรือการไม่มีคนรอบข้างเขา หรือการสูญเสียคนสนิทใกล้ชิดในสังคมก็ทำให้โดดเดี่ยวได้ คำนิยามนี้เน้นว่าความโดดเดี่ยวไม่ใช่เพียงสิ่งที่เป็นความรู้สึกเชิงนามธรรมแต่เป็นความรู้สึกในเชิงรูปธรรมอีกด้วย

Derlega & Margulis ⁽⁴²⁾ ได้ให้นิยามความโดดเดี่ยว ว่าเป็นอารมณ์ที่ขาดการเข้าร่วมทางสังคมระหว่างคนใกล้ชิดและการค้นหาประเภทความสัมพันธ์ทางสังคมอย่างต่อเนื่อง เมื่อคนหนึ่งขาดคนๆหนึ่งที่เป็นคนสนิทในสังคม คนๆนั้นก็พยายามที่จะหาคนอื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับคนที่ได้สูญเสียไป คนๆนี้จะรู้สึกโดดเดี่ยวระหว่างการขาดการเข้าร่วมทางสังคมเมื่อไม่สามารถหาคนที่มีลักษณะตามที่คาดหวังไว้ได้ ด้วยเหตุนี้เองการนิยามความหมายของความเหงาหรือโดดเดี่ยวในมุมแคบ ซึ่งพิจารณาเพียงความแตกต่างในเชิงปริมาณระหว่างความสัมพันธ์ที่คาดหวังไว้กับความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นจริงในสังคม

Khin Myo Wai ⁽⁴³⁾ ได้ให้นิยามโดดเดี่ยวของคำนี้ในแง่ของนามธรรมที่เป็นอารมณ์ที่ไม่พึงประสงค์ซึ่งเกิดจากการเปรียบเทียบระหว่างความคาดหวังและสิ่งที่ได้รับจริงจากการมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม พบความเหงาได้ทุกช่วงวัย เป็นการมองอย่างเห็นได้ว่าการให้ระดับของความ

โดดเดี่ยวด้วยตนเองเป็นมาตรการที่เหมาะสมกับความเหงา มุ่งเน้นไปที่ความเหงาตามที่กำหนดโดยความรู้สึกไม่พอใจที่ประเมินตนเองซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้แม้ในขณะที่ไม่อยู่ด้วยกัน

โดยสรุป ความโดดเดี่ยว เป็นความรู้สึกภายใน ไม่เกี่ยวกับสถานภาพทางสังคม แม้จะอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ผู้คนมากมาย ก็สามารถรู้สึกโดดเดี่ยวได้ เป็นอารมณ์อ้างว้าง ขาดการเข้าร่วมทางสังคม ขาดที่พึ่งทางความรู้สึกเมื่อต้องเผชิญกับปัญหา ให้ความรู้สึกว่าต้องสู้กับปัญหาเพียงลำพัง

3.6 แนวความคิดความสิ้นหวังในการดำเนินชีวิต hopelessness

ความสิ้นหวัง (hopelessness) มีความเชื่อมโยงกับภาวะซึมเศร้า เป็นอาการที่เกิดขึ้นกับบุคคลที่มีปัญหาในการดำเนินชีวิตที่มีข้อจำกัด ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น ในกรณีที่มีอาการป่วยเรื้อรัง การเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การมีประสบการณ์เชิงลบซ้อนทับเป็นเวลานาน ไม่มีความหวังต่อสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคต หรืออาจมีความคาดหวังถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตด้วยแง่ร้าย ลักษณะของความหมดหวังมักแสดงให้เห็นในรูปแบบการตำหนิต่อตนเอง หมดความภาคภูมิใจในตนเอง อยู่ในสภาวะที่มีความต้องการพึ่งพาสูง ความรู้สึกนึกคิดนี้สามารถเกิดขึ้นได้กลับไปกลับมา

ความหมายความสิ้นหวัง

Beck (1985) ⁽⁴⁴⁾ ได้ให้ความหมายของความสิ้นหวังว่า เกิดจากที่บุคคลมองโลกที่เกิดขึ้นรอบตัวเองและมองตัวเองไปในทางลบ อีกทั้งยังมองสิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลง ประสบการณ์ในอดีตและอนาคตที่เปลี่ยนไปด้วยแง่ลบ

Abramson, Metalsky and Alloy (45) ได้ให้ความหมายของความสิ้นหวังว่าเป็นภาวะที่เกิดจากกระบวนการทางความคิดและเป็นความคิดในแง่ลบทั้งหมด ส่งผลให้บุคคลมีเจตคติในทางลบ มองเรื่องที่เกิดขึ้นในทางลบ และมักคาดการณ์ล่วงหน้าในแง่ลบ ท้ายที่สุดผู้นั้นจะมีมุมมองต่อตัวเองในทางที่ไม่ดี รู้สึกว่าตนไม่มีคุณค่า ไม่สามารถประสบความสำเร็จหรือเปลี่ยนแปลงบางอย่างในชีวิต ได้ส่งผลให้เกิดความผิดหวังซ้ำไปซ้ำมา และหากปัญหาความสิ้นหวังยังคงอยู่จะส่งผลกระทบต่อที่ร้ายแรงที่สุดคือการฆ่าตัวตาย

Farran and Herth ⁽⁴⁶⁾ ได้ให้ความหมายของความสิ้นหวังว่า เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า และเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับเหตุการณ์เชิงลบ เช่น ภัยพิบัติ การสูญเสีย หรือเมื่อบุคคลเกิดความหวัง แต่ไม่มีความสามารถที่จะทำให้สำเร็จได้ตามหวัง จนเกิดเป็นความสิ้นหวังในที่สุด

American Psychiatric Association ⁽⁴⁷⁾ ได้ให้ความหมายของความสิ้นหวังว่าการคาดหวังถึงผลลัพธ์ในเชิงลบและความไร้ประโยชน์ โดยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง แก้ไขเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้

Dunn ⁽⁴⁸⁾ ได้ให้ความหมายของความสิ้นหวังว่า คือความคิดเชิงลบและความรู้สึกเชิงลบที่แสดงออกทางพฤติกรรม มีความสิ้นหวังจากความไม่แน่นอนในอนาคต ขาดการกระตือรือร้นต่อการเปลี่ยนแปลงหรือมีตัวเลือกที่จำกัด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดนั้นได้ และไม่มีความสามารถที่จะทำสิ่งที่ดีกว่า

ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสิ้นหวัง

มี 2 ปัจจัย คือ ปัจจัยทางตรง และปัจจัยสนับสนุน ดังนี้

ปัจจัยตรง (proximal factor) คือ ลักษณะความแตกต่างส่วนบุคคลที่มีผลต่อความคิดเชิงลบ เช่น ความเชื่อ เจตคติ บุคลิก การรับรู้ตนเอง สิ่งเหล่านี้จะทำให้บุคคลคาดการณ์ตัวเองไปในเชิงลบ มีความเชื่อว่าตนเองมีความตนเองมีข้อจำกัด ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงสิ่งที่ตัวเองเผชิญได้

ปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยทางอ้อม (Distal Factor) คือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกด้านลบ การสนองตอบในทางลบ จนเกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่

ปัจจัยทั้งสองนี้ เป็นสิ่งกระตุ้นร่วมกัน เกิดขึ้นพร้อมกันหรืออย่างใดอย่างหนึ่ง ผ่านกระบวนการคิดเชิงลบ ที่ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง เกิดความรุนแรงของความเครียดต่าง ๆ จนนำไปสู่โรคซึมเศร้าและความคิดฆ่าตัวตาย

อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ ⁽⁴⁹⁾ ได้ให้ความหมายของความสิ้นหวังว่า คุณลักษณะหรืออารมณ์เชิงลบ เป็นแบบแผนความคิดเชิงลบที่คาดหวังในอนาคต ก่อให้เกิดความเครียดที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต มองตนเองถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในทางไม่ดี เมื่อมีเหตุการณ์คุกคามชีวิตมองว่าตนเองไม่สามารถคาดหวังหรือเปลี่ยนแปลง แก้ไขสิ่งต่างเหล่านั้นในทางที่ดีได้

ฉวีวรรณ สัตย ⁽⁵⁰⁾ ได้ให้ความหมายของความสิ้นหวังว่า เป็นการแสดงออกทางอารมณ์ ให้รับรู้ถึงความรันทด ต่อการดำเนินชีวิต เกิดความคิดว่าไม่สามารถแก้ไขสิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นได้ และรู้สึกว่าไม่สามารถเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบตัวได้

นภัสสร ยอดทองดี ⁽⁵¹⁾ ได้ให้ความหมายของความสิ้นหวังว่า ลักษณะที่บุคคลเผชิญเหตุการณ์เครียดในชีวิต และการคิดล่องล่่วงหน้าถึงผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในแง่ลบ มองตนเองในแง่ลบ มีข้อจำกัดอยู่เสมอ รู้สึกท้อแท้ ไร้ประโยชน์และไม่สามารถเปลี่ยนแปลงข้อจำกัดนั้นได้ แสดงออกทางด้านพฤติกรรมและร่างกาย

โดยสรุป ความสิ้นหวังของคนไร้บ้านคือการที่มีคนไร้บ้านมีประสบการณ์ทางลบในชีวิต ไม่เคยแก้ไขหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์นั้นได้ นำมาซึ่งความคิดและความรู้สึก การมองโลกและมองตนเองในทางลบไม่สามารถจินตนาการภาพถึงอนาคตที่ดีกว่าเดิมได้ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกเศร้า และแสดงพฤติกรรมในรูปแบบท้อแท้ ไม่มีความคิดในการพัฒนาตนเอง เนื่องจากคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตในแง่ลบ และความผิดหวังเสมอ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุญเลิศ วิเศษปรีชา⁽¹⁾ ได้ศึกษาประเด็นคนไร้บ้าน โดยมีงานวิจัยที่ชื่อว่า เปิดพรมแดนสู่โลกของคนไร้บ้าน งานที่สถาปนาคำว่า “คนไร้บ้าน” ในสังคมวิชาการและการเคลื่อนไหวทางสังคมของประเทศไทย โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลแบบมีส่วนร่วมและวิธีวิทยาทางมานุษยวิทยาในการเข้าไปคลุกคลีกับกลุ่มคนไร้บ้านเป็นเวลาประมาณ 1 ปี จากข้อมูลการสัมภาษณ์แบบมีส่วนร่วมพบสาเหตุของการกลายเป็นคนไร้บ้านเกิดจากหลากหลายปัจจัยทับซ้อนกันทั้งในปัจจัยของสถาบันสังคม ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถาบันครอบครัว ปัจจัยส่วนบุคคล อาทิ ความเปราะบางของสถาบันครอบครัว ความผิดหวังจากการทำงาน ภาวะตงงานเรื้อรัง พบช่องทางหากินโดยไม่ต้องมีบ้าน มีประวัติที่สังคมไม่ยอมรับ การสมัครใจเป็นคนไร้บ้าน และความพิการของร่างกาย นอกจากนี้ยังสะท้อนให้เห็นถึงประเด็นความซับซ้อนของกลุ่มคนไร้บ้าน และหลายมายาคติของสังคมเกี่ยวกับคนไร้บ้านว่ามีความแตกต่างกับกลุ่มคนขอทาน หรือกลุ่มคนที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะกลุ่มอื่น การเป็นคนไร้บ้านอาจเกิดจากเหตุปัจจัยทางเศรษฐกิจได้เทียบเท่ากับปัจจัยทางสังคมและจิตใจ

อนรรฆ พิทักษ์ธานินและคณะ⁽³⁾ ได้ทำการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง นำเสนอผลการแจกจ่ายคนไร้บ้านที่ทำการแจกจ่ายในช่วงเวลาตั้งแต่ 22.00 น. ของวันที่ 4 กันยายน ถึง 04.00 น. ของวันที่ 5 กันยายน 2558 พบว่า คนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง มีจำนวนรวมทั้งสิ้น 1,307 คน แบ่งเป็นเพศชาย 1,087 คน (ร้อยละ 83) เพศหญิง 202 คน (ร้อยละ 15) เพศทางเลือก 13 คน และไม่สามารถระบุเพศได้ 5 คน (ร้อยละ 2) ความพิการที่เห็นได้ชัด พบว่า คนไร้บ้านที่มีความพิการที่เห็นได้ชัด ร้อยละ 3.52 ของทั้งหมด อย่างไรก็ตาม ในศูนย์พักคนไร้บ้านมีสัดส่วนคนพิการ (ร้อยละ 15.50) ซึ่งสูงกว่าพื้นที่สาธารณะถึงกว่า 7 เท่า ปัญหาเมาสุราที่เห็นได้ชัด ในภาพรวมมีผู้ติดสุราที่เห็นได้ชัด (ร้อยละ 11.94) โดยวัยแรงงานมีสัดส่วนผู้ติดสุราที่เห็นได้ชัดสูงสุด (ร้อยละ 17) รองลงมาคือวัยผู้สูงอายุ (ร้อยละ 10.90) และวัยกลางคน (ร้อยละ 10.45) ปัญหาสุขภาพจิตที่เห็นได้ชัด พบว่า สัดส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่เห็นได้ชัด คิดเป็นร้อยละ 9.64 ของภาพรวมทั้งหมด โดยคนไร้บ้านที่อาศัยอยู่ในศูนย์พักพิงชั่วคราว กับ ในพื้นที่สาธารณะมีสัดส่วนผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตใกล้เคียงกัน

ญาณิกา อักษรนำ⁽⁵²⁾ ได้ศึกษาพลวัตความหมายคำว่า “บ้าน” ของคนไร้บ้าน มุ่งศึกษาความหมายของคำว่า “บ้าน” และความสัมพันธ์ของคำว่า “บ้าน” กับสภาพจิตใจของคนไร้บ้านในศูนย์คนไร้บ้าน “สุวิทย์ วัดหนู” (ศูนย์ฯ บางกอกน้อย) พบว่า การออกมาเป็นคนไร้บ้านเกิดจากการสูญเสียในเชิงความรู้สึก การออกจากที่อยู่อาศัย (บ้านเชิงกายภาพ) ณ เวลานั้นจึงดูเป็นทางเลือกที่ดีกว่าสำหรับคนไร้บ้าน ในแง่นี้ การจะกลับไปมีบ้านที่มั่นคงอีกครั้ง จึงต้องมากกว่าการสนับสนุนให้มี

ที่อยู่อาศัยในเชิงกายภาพ แต่ต้องมีการกอบกู้ศักดิ์ศรีและตัวตนของคนไร้บ้าน อย่างน้อยก็ในระดับที่ทำให้เขากลับมามีความสัมพันธ์ทางสังคมกับคนอื่นอย่างมีความหมายได้อีกครั้ง

ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล ⁽⁵³⁾ ตรวจสอบความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร โดยใช้รูปแบบการศึกษาวิจัยเป็นแบบ Survey study กลุ่มตัวอย่างคือประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 113 คน ด้วยเครื่องวินิจฉัยโรคจิตเวช The Mini-International Neuropsychiatry Interview Thai version 5.0.0 (ฉบับภาษาไทย) (M.I.N.I.) พบว่ามากกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาสุขภาพจิต โดยมีทั้งที่เป็นกลุ่มผู้มีปัญหาทางจิตระดับรุนแรง (major psychiatric problem) คือ โรคซึมเศร้า ฆ่าตัวตาย 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 ดังนั้นพบว่าคนไร้บ้านมีจำนวนคนเป็นโรคจิตเวชสูงกว่าในประชากรทั่วไปเป็นอย่างมาก จากการศึกษาพบว่าคนไร้บ้านที่เป็นโรคจิตเวชอย่างน้อย 1 โรคมีจำนวนร้อยละ 76.1 ขณะที่ในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 9.3 ซึ่งคนไร้บ้านมีโรคจิตเวชสูงกว่าในประชากรทั่วไปถึง 8 เท่า และ โรคจิตเวชที่พบในคนไร้บ้านส่วนใหญ่เป็นปัญหาทางจิตระดับรุนแรงและจำเป็นต้องมีคนดูแลใกล้ชิด

Tsuyoshi Okamura ⁽⁵⁴⁾ ได้ศึกษา ลักษณะของผู้ที่มีอาการป่วยจิตเวชในสถานสงเคราะห์ ของเมืองโตเกียว ประเทศญี่ปุ่น พบว่า หนึ่งในสามของคนที่อยู่อาศัยในสถานสงเคราะห์ในกรุงโตเกียว ถูกรายงานว่ามีอาการป่วยทางจิต การปฏิรูปการดูแลสุขภาพทางจิตจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน ถือเป็นเรื่องจำเป็นอย่างเร่งด่วน อย่างไรก็ตาม นโยบายตามหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence based policy) นับเป็นปัจจัยพื้นฐาน ผลงานวิจัยของเราแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบการดูแลสุขภาพสู่สังคมของผู้ป่วยหลัง จากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการป้องกันพวกเขาเหล่านั้นจากการถูกทำให้เป็นชายขอบอีกครั้งจากการเป็นคนไร้บ้าน ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงอย่างทันทีทันใดในการกลายเป็นคนไร้บ้าน หลังจากถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชหากไม่ได้รับการดูแล พื้นฟูเยียวยาอย่างใกล้ชิด

Paul S และคณะ ⁽⁵⁵⁾ งานศึกษา การรับมือกับปัญหาและการฟื้นฟูสภาพจิตใจในกลุ่มชาติพันธุ์ที่ประสบปัญหาไร้บ้านและมีปัญหาสุขภาพจิต โดยใช้วิธีการ วิจัยเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มตัวอย่าง 36 คน เพื่อจับประเด็นและวิเคราะห์ข้อมูล ของมุมมองในกลุ่มประชากรชาติพันธุ์ที่ประสบปัญหาไร้บ้านและมีปัญหาสุขภาพจิต ถึงการรับมือกับปัญหาและการฟื้นฟูสภาพจิตใจ พบว่า ความเข้มแข็งภายในตนเองและทัศนคติส่วนบุคคลเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการเผชิญปัญหาและการฟื้นฟู

สภาพจิตใจ และเอาชนะความท้าทายในปัจจุบันได้ด้วย ความหวังในการมีชีวิตใหม่ การมองโลกในแง่ดี การเคารพตัวเอง ความมั่นใจ และความเชื่อเรื่องจิตวิญญาณ และสิ่งสำคัญที่จะผลักดันให้กลุ่มเป้าหมายสามารถรับมือกับปัญหาและการฟื้นฟูสภาพจิตใจได้คือ การให้กลุ่มเป้าหมายได้อยู่ร่วมกับคนในสังคมอย่างเท่าเทียม การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมที่มีความหมาย การลดปัจจัยเสี่ยงในการดำเนินชีวิต และมีผู้ที่สามารถพึ่งพาได้

Fekadu A และคณะ⁽¹¹⁾ ได้ศึกษา ภาวะของโรคจิตเวชและการตอบสนองต่อความต้องการของคนไร้บ้านในแอดดิสอาบาบา เอธิโอเปีย โดยใช้วิธีการ cross sectional community based study ศึกษาในคนไร้บ้านที่อาศัยอยู่บนถนนอย่างน้อย 24 ชั่วโมงก่อนการสำรวจเก็บข้อมูล เพื่อนำเสนอข้อมูลความชุกของโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน ความต้องการของผู้ที่มีโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน และสาเหตุการออกมาเป็นคนไร้บ้าน พบว่า ความชุกของคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชพบ 41% ในขณะที่กลุ่มคนที่เหลือไม่มีโรคหลงผิด (nonorganic psychotic disorders) พบ 9% โรคอารมณ์สองขั้ว พบ 2.2% โรคติดสุราพบได้ 60.0% ผู้ที่ติดสุราส่วนใหญ่จะเป็นโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้า โรคจิตเภทพบ 74.6% และในโรควิตกกังวล 80.9% จากกลุ่มตัวอย่างรายงานว่ามีความคิดอยากฆ่าตัวตายในสัดส่วนที่สูง 21.7% และพยายามฆ่าตัวตาย 14.8% ในช่วงเดือนที่ผ่านมา การละเลยตัวเอง (self-neglect) คือ สิ่งที่แสดงออกโดยทั่วไปและมีความอันตรายอย่างมาก ส่งผลกระทบต่อกลุ่มที่มีโรคจิตเวชประมาณ 20% มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง (self-injurious behavior) ถูกบันทึกไว้ประมาณ 10% ของผู้เข้าร่วมการสำรวจ การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (exploratory analysis) โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่มีและไม่มีโรคจิตเวช แสดงให้เห็นว่า กลุ่มที่มีอาการจิตเวชมักจะมีอายุและอาศัยอยู่บนถนนนานมากกว่า ในขณะที่กลุ่มที่ไม่มีอาการจิตเวช มักมีอาการทางอารมณ์พยายามฆ่าตัวตายและติดสุรามากกว่า และสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านว่า ปัญหาครอบครัวนับเป็นสาเหตุหลักที่นำไปสู่ภาวะการเป็นคนไร้บ้าน ร้อยละ 41 และปัญหาทางเศรษฐกิจเกี่ยวข้องทางตรงกับการกลายเป็นคนไร้บ้าน ประมาณหนึ่งในสาม ร้อยละ 36 ผู้ที่เป็นคนไร้บ้านเนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิต พบ ร้อยละ 23 อย่างไรก็ตาม ความเจ็บป่วยทางจิตมักเกี่ยวข้องกับการเป็นคนไร้บ้าน ในกลุ่มคนที่มีปัญหาความขัดแย้งกับครอบครัว และในกลุ่มคนที่กล่าวว่าตนเองไม่รู้เหตุผลสำหรับการเป็นคนไร้บ้าน หากสมมุติฐานนี้เป็นความจริง ความเจ็บป่วยทางจิตถูกสร้างให้มีส่วนร่วม ในการเป็นคนไร้บ้านมากกว่าร้อยละ 50 ของกรณีศึกษา

Anne L. Castro และคณะ⁽⁵⁶⁾ ได้ทำการศึกษา โรคจิตเวช พฤติกรรมเสี่ยง และความถี่มาของเหตุการณ์ในคนไร้บ้านวัยรุ่น ชิคาโก โดยใช้วิธี พบผลในการศึกษาประชากรนี้ อธิบายให้เห็นถึงความชุกที่หนาแน่นของอาการผิดปกติทางจิต และ self-reported high-risk behaviors จากการใช้สารเสพติดหรือสุรา กัญชา ยาไอ การใช้ prescription drugs ในทางที่ผิด ที่นำไปสู่พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง ตัวแปรด้านเวลา ตัวแปรด้านเวลา 3 ตัวหลักที่ถูกเลือกเพื่อตรวจสอบผลของการเป็นคนไร้บ้าน

ในชีวิตช่วงเริ่มแรก ระยะเวลายาวและระยะเวลาสั้นในการเป็นคนไร้บ้าน และ the instability of frequent homeless episodes ตัวแปรเหล่านี้มีความสัมพันธ์กัน คนไร้บ้านที่อยู่ในช่วงอายุน้อยมักมีประสบการณ์ในการเป็นคนไร้บ้านบ่อยและยาวนานมากกว่า อายุเริ่มแรกในการเป็นคนไร้บ้าน การเป็นคนไร้บ้านครั้งแรกในช่วงอายุน้อยคือตัวแปรเดียว ที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญกับการเพิ่มขึ้นของความชุกในอาการป่วยทางจิต ที่หลากหลายในข้อมูลขั้นต้นนี้ อย่างไรก็ตามการตรวจสอบอย่างใกล้ชิดของความผิดปกติส่วนบุคคล (ภาวะซึมเศร้า Panic Disorder with Agoraphobia และ Post Traumatic Stress Disorder) แสดงให้เห็นถึงสถานการณ์ของพวกเขาที่มีความสัมพันธ์กับช่วงอายุน้อยในการเป็นคนไร้บ้านครั้งแรก ในบ้างแง่มุมแล้ว มันไม่ถือว่าเป็นเรื่องใหม่ ประวัติเกี่ยวกับการเยียวยาบาดแผลที่คนเหล่านี้ต้องเผชิญ ตัวอย่างเช่น ผู้เข้าร่วมคนหนึ่งที่ระบุว่า panic attacks และ agoraphobic symptoms เกิดมาจากประสบการณ์ก่อนหน้าที่ได้รับ ความรุนแรงจากสมาชิกกลุ่มข้างถนน คนไร้บ้านหนุ่มสาวมีความเสี่ยงมากกว่าในการเป็น psychiatric pathologies ด้วยสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดการพัฒนาอย่างมีประสิทธิภาพในด้าน coping skill อย่างเช่น ความชอกช้ำ (trauma) แม้จะมีประสบการณ์เพียงไม่กี่ปีก็ตาม ช่วงเวลานานที่สุดของการเป็นคนไร้บ้าน การเพิ่มระยะเวลาในการเป็นคนไร้บ้านมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยยะสำคัญกับการวินิจฉัยโรคทางจิต (a greater number of psychiatric diagnoses) ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบของ Slesnick and colleagues โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มคนที่มีเกณฑ์อยู่ในภาวะซึมเศร้า(ทั้งในอดีตและ Lifetime) โรคกลัวการเข้าสังคม(ทั้งในปัจจุบันและโดยทั่ว ๆ ไป) และการใช้ยาเสพติดมีช่วงเวลาในการเป็นคนไร้บ้านที่ยาวนานกว่า The cross-sectional nature ในงานของเราทำให้มันเป็นไปได้ที่จะระบุว่า psychopathologies คือสาเหตุหรือผลของการเพิ่มระยะเวลาในการเป็นคนไร้บ้าน

Hans Y และคณะ⁽⁵⁷⁾ ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ของสภาพจิตกับการเป็นคนไร้บ้านในแถบลาตินและเอเชีย โดยใช้ เกณฑ์วินิจฉัยโรคทางจิตเวช ตามที่ Diagnostic Statistical Manual IV (DSM IV) ได้กำหนดเกณฑ์ไว้ ด้วยข้อยกเว้นของ conduct disorder พบว่า ในกลุ่มลาติน ที่ดื่มหรือติดสุรา และเป็นโรคขาดความยับยั้งชั่งใจ คือตัวแปรเสี่ยงสำหรับการเป็นคนไร้บ้านในอดีต ในขณะที่การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาถือปัจจัยป้องกัน สำหรับคนเอเชีย ความผิดปกติทางอารมณ์ การได้รับสวัสดิการรัฐ และการมีอย่างน้อย 1 เงื่อนไขปัญหาทางร่างกายนับเป็นปัจจัยเสี่ยงทั้งหมด การวินิจฉัยโรคขาดความยับยั้งชั่งใจ คือการบอกเป็นนัยได้ดีสำหรับการเป็นคนไร้บ้านในอดีต ซึ่งก็เป็นเรื่องจริงสำหรับคนลาติน ในงานวิจัยของเราแต่ไม่ใช่สำหรับคนเอเชีย ตัวทำนายได้ดีที่สุดในอดีตของการเป็นคนไร้บ้าน คือประวัติการรับสวัสดิการรัฐ ผลกระทบของโรควิตกกังวลและการใช้ยาเสพติดไม่มีความสำคัญในสองกลุ่มชาติพันธุ์นี้ งานวิจัยของเราชี้แนะว่า การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นตัวแปรป้องกัน อย่างที่สามารถเข้าใจได้ ชาวลาตินอาจจะใช้ศาสนาหรือความเชื่อเรื่องจิตและวิญญาณ เป็นเหมือนกลไกป้องกันตนเอง coping mechanisms เพื่อจะลดผลกระทบตัวแปรเสี่ยงที่เชื่อมโยง

กับการเป็นคนไร้บ้าน มากไปกว่านั้นแล้วงานวิจัยก่อนหน้าได้ใช้ศาสนาเป็นตัวแทนสำหรับต้นทุนทางสังคม และการเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาอาจจะชี้ให้เห็นว่าชาวลาติน ครอบครองความเชื่อมโยงของความสัมพันธ์ที่โบสถ์ที่ซึ่งป้องกันการเป็นคนไร้บ้าน

Bridget Spicer และคณะ⁽⁵⁸⁾ ได้ทำการศึกษา อาการป่วยทางจิตและ ผลลัพธ์ด้านที่อยู่อาศัย ในกลุ่มตัวอย่างคนไร้บ้านเพศชายในเขตเมืองของออสเตรเลีย พบปัญหาสุขภาพจิตว่า เกือบ 3 ใน 4 ส่วน ของผู้เข้าร่วม(71%) รายงานการวินิจฉัยโรคโดยนักสุขภาพจิตว่ามีหนึ่งหรือมากกว่านั้น มีความผิดปกติทางจิตเวช (mental disorder) ในตลอดช่วงชีวิตที่ผ่านมา 1 ใน 4 (ร้อยละ 25) รายงานว่ามีหนึ่งความผิดปกติทางจิต และ 1 ใน 5 (ร้อยละ 21) รายงานว่ามี 2 ความผิดปกติทางจิต และ 1 ใน 4 (ร้อยละ 26) รายงานว่ามีความผิดปกติทางจิต 3 หรือมากกว่านั้น ประชาชนในกลุ่มคนที่ถูกวินิจฉัยด้วยความผิดปกติทางจิตจะมีค่าความเฉลี่ยอยู่ที่ 2.3 (ความผิดปกติอยู่ที่ระหว่าง 1-9 ประการ) การใช้ยาเสพติดจะมีความผิดปกติทางจิต (ร้อยละ 51) อย่างเห็นได้ชัด ความวิตกกังวล (Anxiety)(34%)และความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorders) (ร้อยละ 33) จะมีความผิดปกติทางจิตในระดับรองลงมา ครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมมีประสบการณ์ ความทุกข์ทางจิตวิทยา (Psychological Distress) ด้วยค่าเฉลี่ยภายในระดับกลาง ตามพื้นฐานของผู้เข้าร่วมมีเกณฑ์ติดสารเสพติดและสุรา ในเดือนที่ผ่านมา การวิเคราะห์ในขั้นต่อไปชี้ให้เห็นว่าการติด Poly-substance ถือเป็นเรื่องปกติ ครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วม(ร้อยละ 50) เคยเป็นผู้ติดสารเสพติดและสุราด้วย ในกลุ่มผู้เข้าร่วมที่ร่วมทำการสำรวจฉบับเต็ม 1ใน5 (ร้อยละ 20) แสดงผลในทางบวก



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร ผู้วิจัยเลือกใช้แนวทางการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยเน้นการทำความเข้าใจความหมาย ด้วยการตีความ ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นหลัก เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช ของ Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ เพื่อคัดกรองกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่พบโรคทางจิตเวช โดยมีขั้นตอนการศึกษาวิจัยดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 พื้นที่ในการวิจัย

ในการการศึกษารั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในพื้นที่ในพื้นที่สาธารณะในเขตกรุงเทพมหานคร ได้แก่ อนุสาวรีย์ชัย สถานีรถไฟหัวลำโพง สถานีรถไฟหมอชิต สวนสาธารณะลุมพินี เขาวราช-พาหุรัด เขตบางแค เนื่องจากพื้นที่เหล่านี้ เป็นที่รวมตัวของกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

ส่วนที่ 2 ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

กลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร จำนวน 20 คน ชาย 15 คน หญิง 15 คน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักดังนี้

1. กลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ที่มีโรคจิตเวช โรคใดโรคหนึ่งผ่านเครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช ของ Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I)
2. ที่ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกายหรืออาการป่วยทางจิตเวชที่รุนแรงมากและมีปัญหาด้านการสื่อสาร การได้ยิน การมองเห็น และด้านความทรงจำจนไม่สามารถให้ความร่วมมือในการวิจัยได้
3. ผู้ที่มีความยินดีและเต็มใจเข้าร่วมวิจัย โดยทราบข้อมูลการวิจัยอย่างครบถ้วนและเต็มใจเปิดเผยเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนั้นด้วยตนเอง

ส่วนที่ 3 เครื่องมือการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพโดยเครื่องมือที่สำคัญที่สุดของงานวิจัยรูปแบบนี้คือนักวิจัยซึ่งต้องมีประสบการณ์และความสามารถในการเก็บข้อมูลแต่เพื่อที่จะให้งานวิจัยได้ข้อมูลที่ครบถ้วนทุกประเด็นที่ต้องการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของเครื่องมือต่าง ๆ ที่ใช้ในการวิจัยดังนี้

1. การสัมภาษณ์ดังกล่าวสัมภาษณ์โดยผู้วิจัย ซึ่งมีประสบการณ์ในการสัมภาษณ์เชิงลึกมาก่อนและมีอาชีพเป็นนักเคลื่อนไหวทางสังคมที่โครงการผู้ป่วยข้างถนน มูลนิธิกระจกเงา มาเป็นเวลา กว่า 4 ปี เป็นโครงการที่ดำเนินงานในการขับเคลื่อนประเด็นคนไร้บ้านและผู้ป่วยจิตเวชข้างถนน อีกทั้งยังเป็นผู้ช่วยนักวิจัย ในการสัมภาษณ์เชิงลึกคนไร้บ้านเพื่อประเมินความต้องการที่อยู่อาศัยระยะผ่านโครงการศึกษาแนวทางการสนับสนุนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของที่อยู่อาศัยระยะผ่านและกลไกการทำงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพของคนไร้บ้าน ภายใต้การสนับสนุนของแผนงานสนับสนุนองค์ความรู้เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) มีประสบการณ์ และมีความเข้าใจ รับรู้ปัญหาโดยรวมของผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ การสัมภาษณ์ในการศึกษานี้ผู้สัมภาษณ์ได้ตระหนักถึงความสำคัญ ในการรับฟังข้อมูลอย่างละเอียด รอบคอบ ลึกซึ้ง และทำความเข้าใจประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลตามความเป็นจริง พร้อมทั้งทำการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้หลังจากสัมภาษณ์

2. เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช ของ Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) เป็นแบบสัมภาษณ์ทางคลินิกชนิดมีโครงสร้างอย่างย่อ เพื่อการวินิจฉัยโรคจิตเวชในแกนที่ 1 (Axis I) ในระบบ DSM-IV และ ICD-10 เครื่องมือ M.I.N.I ได้ผ่านการวิเคราะห์ความแม่นยำ (validity) และ ความเชื่อมั่น (reliability) โดยเปรียบเทียบกับข้อมูล SCID-P สำหรับ DSM-III-R และเครื่องมือ CIDI (แบบสัมภาษณ์เชิงโครงสร้างที่พัฒนาขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก สำหรับการวินิจฉัยโรคในระบบ ICD 10 โดยผู้สัมภาษณ์ที่ไม่ใช่แพทย์)

รูปแบบทั่วไปของแบบสัมภาษณ์

เครื่องมือ M.I.N.I แบ่งออกเป็นหลายชุดวินิจฉัยโรค (modules) ซึ่งจะมีตัวอักษรกำกับตามด้วยวินิจฉัยโรค

1. ตอนต้นของแต่ละชุดวินิจฉัยโรค (ยกเว้นชุดภาวะฆ่าตัวตายและชุดโรคจิต) จะมีคำถามเพื่อคัดกรองตามเกณฑ์หลักซึ่งแสดงไว้ในกรอบสี่เหลี่ยม
2. ตอนท้ายของแต่ละชุดวินิจฉัยโรค จะมีกรอบวินิจฉัย (diagnostic boxes) ที่ผู้วิจัยจะสรุปว่าผู้ป่วยได้รับเกณฑ์การวินิจฉัยตามเกณฑ์นั้น ๆ หรือไม่
3. การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยมีเนื้อหาครอบคลุมวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา เป็นคำถามปลายเปิด เข้าใจง่าย กระทัดรัด มีการเรียงลำดับก่อนหลัง และเป็นเค้าโครงที่ยืดหยุ่นได้ สัมภาษณ์เกี่ยวกับประวัติส่วนตัวของคนไร้บ้าน ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ระยะเวลาของการเป็นคนไร้บ้าน สาเหตุสำคัญที่ทำให้ตัดสินใจออกมาเป็นคนไร้บ้าน ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตเวชและประวัติการรักษา ก่อนเป็นคนไร้บ้านและในปัจจุบัน ปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงของโรคหรืออาการจิตเวช ความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากสังคม การวางแผนชีวิตในอนาคต ความหวัง ความต้องการกลับบ้านของคนไร้บ้าน

ส่วนที่ 4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยลงพื้นที่ร่วมกับโครงการผู้ป่วยข้างถนน มุขนิธิระจกเงา ในการสอบถามความสมัครใจของคนไร้บ้านเพื่อสอบถามความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยใช้วิธีการ Consent by action และยกเว้นการส่งเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับอาสาสมัคร (Consent form) ใช้เทคนิคการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. แนะนำตัว สร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มตัวอย่าง และชี้แจงโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ขอความสมัครใจ ในการเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยสามารถยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยไม่ต้อง บอกเหตุผลแก่ผู้วิจัย และข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับ ประเด็นการนำเสนอข้อมูลใดที่อาจเกิดความเสียหาย ผู้วิจัยจะไม่นำเสนอ และเทปบันทึกการสัมภาษณ์ได้ถูกทำลายเมื่องานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคนไร้บ้านในพื้นที่ อนุสาวรีย์ชัย สถานีรถไฟฟ้าหัวลำโพง สถานีรถไฟฟ้าหมอชิต สวนสาธารณะลุมพินี เขาวราช-พาหุรัด เขตบางแค เนื่องจากพื้นที่เหล่านี้ เป็นที่รวมตัวของกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน เพื่อกระจายตัวของกลุ่มตัวอย่าง

3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก จดบันทึกและบันทึกเสียง สังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง โดยจะมีการทำลายวิดีโอ ข้อมูลบันทึกและเทปบันทึกเสียงหลังสิ้นสุดงานวิจัยในทันที ซึ่งในการสัมภาษณ์ข้อมูลเชิงลึกนั้น ได้ทำการสัมภาษณ์คนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช ตามหัวข้อคำถามที่สร้างขึ้นและจะเจาะลึกลงไปในเรื่องละเอียดโดยใช้คำตอบที่ได้เป็นแนวในการเจาะประเด็นลงไปในแต่ละเรื่อง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 20 - 30 นาที จนกว่าจะได้ข้อมูลครบถ้วน ซึ่งขณะสัมภาษณ์ใช้ทักษะการฟังแบบ Active Listening ควบคู่ไปกับการสังเกต (Observational Study) โดยขออนุญาตในการใช้เทปบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ ก่อนการสัมภาษณ์

ส่วนที่ 5 การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาครั้งนี้เพื่อให้มีความเข้าใจในเนื้อหาบริบทความละเอียดลึกซึ้งของข้อมูลและเพื่อจัดระเบียบโครงสร้างและหาความหมายที่ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆกันระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ตรวจสอบความถูกต้องและเพื่อให้มีความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้น ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นส่วนของ เพศ อายุ สถานะในอดีตและปัจจุบัน ระยะเวลาการไร้บ้าน ข้อมูลโรคจิตเวชจากการใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรค Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) แจกแจงรายละเอียดด้วยการบรรยายประกอบตารางจากการใช้สถิติแบบ Descriptive Statistics

2. การจัดระเบียบข้อมูล (Data Organization) เนื่องจากกลุ่มประชากรคนไร้บ้านเป็นกลุ่มตัวอย่างที่เข้าถึงยาก และมีลักษณะทางประชากรหรือวิถีชีวิตที่แตกต่างกันตามบริบทของแต่ละพื้นที่ ทำให้ข้อมูลที่รวบรวมได้มีความซับซ้อน จึงจำเป็นต้องทำให้ข้อมูลอยู่ในสภาพที่พร้อมจะนำไปวิเคราะห์ได้โดยสะดวก ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องมีการจัดระเบียบข้อมูลไปพร้อม ๆ กับการลงเก็บข้อมูลจากพื้นที่โดยแบ่งเป็นช่วง ๆ เพื่อให้ง่ายต่อการใช้งาน

3. การให้รหัสข้อมูล (Coding & Data Display) สรรหาข้อความที่มีความหมายตรงประเด็นกับเรื่องที่ต้องการวิเคราะห์ และเมื่อพบข้อความที่มีความหมายตรงประเด็นกับ ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้านในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน และ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช จึงกำหนดรหัสแทนข้อความหรือความหมายของข้อความซึ่งเป็นการลงรหัสแบบอุปนัย เพื่อให้ทราบว่าข้อความมีความหมายอย่างไร และ ช่วยให้นักวิจัยจำแนกข้อมูลได้ ข้อมูลที่จำแนกได้ดีจะช่วยนำมาใช้ในการวิเคราะห์ได้สะดวกยิ่งขึ้น

4. การสรุปและให้ความหมาย (Conclusion, Interpretation, Verification) เป็นการสรุปและให้ความหมายต่อข้อค้นพบที่เป็นสาระสำคัญของการศึกษาในครั้งนี้ เป็นข้อเท็จจริงที่สามารถมองเห็นได้ง่าย โดยไม่ต้องใช้ความคิดหรือจินตนาการมากนัก เพื่อผู้วิจัยจะนำไปอธิบายข้อสรุปเพื่อให้เห็นภาพ ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้านในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน และ ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช ให้ได้ข้อสรุปเพื่อตรวจสอบ ยืนยันความถูกต้องและความน่าเชื่อถือ

ส่วนที่ 6 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล

ก่อนดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย การทำวิจัยนี้ ผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลทุก ๆ ราย โดยการเก็บข้อมูลจากความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้ชี้แจงความมุ่งหมายของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล การขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ จำนวนครั้งและระยะเวลา ในการสัมภาษณ์ และเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยละเว้นการระบุตัวตน ชื่อ นามสกุล ที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้ให้ข้อมูลมีอิสระในการให้ข้อมูลอย่างเต็มที่ มีสิทธิ์ตอบคำถาม หรือไม่ก็ได้ รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถซักถามข้อข้องใจหรือสิ่งที่ เป็นข้อสงสัยเพิ่มเติมจน เข้าใจและใช้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจตอบคำถาม หลังจากให้ข้อมูลไปแล้วหรือระหว่าง การให้ข้อมูลผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะยุติการให้ข้อมูลเมื่อมีข้อสงสัย โดยผู้วิจัยไม่นำผลในส่วนนั้นไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลและในเรื่องการเก็บรักษาความลับของข้อมูล ผู้วิจัยเก็บข้อมูลไว้ในที่ปลอดภัย ถึงแม้ผู้ให้ข้อมูลอนุญาตให้เปิดเผยข้อมูลได้ก็ตาม ดังนั้นข้อมูลทั้งหมดจะถูกนำไปใช้ประโยชน์ทาง วิชาการเท่านั้น

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเรื่องปัจจัยทางจิตสังคมของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชในเขตกรุงเทพมหานคร เป็นการศึกษาโดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และใช้เครื่องมือวินิจฉัยโรคจิตเวช ของ Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ เพื่อคัดกรองกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่พบโรคทางจิตเวช การนำเสนอผลการวิเคราะห์ในบทนี้มุ่งเน้นทำความเข้าใจ และแสดงรายละเอียดที่ถูกรู้จักศึกษา มีขอบเขตที่กำหนดได้ชัดเจนมีความสมบูรณ์ในตัวเอง ผ่านการให้ข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล ต่อจากนี้ไปผู้วิจัยขอใช้ชื่อคนไร้บ้านเป็นนามสมมติแทนการเรียกชื่อจริงเพื่อปกป้องสิทธิของคนไร้บ้าน ซึ่งใช้ข้อมูลที่สำคัญของกรณีศึกษาตอบประเด็นปัญหาการวิจัยที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ โดยแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน

- 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล
- 1.2 ข้อมูลโรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน
- 1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานณ์โรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน

ส่วนที่ 2 : ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน



ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช

ประกอบด้วย ชื่อ (นามสมมุติ) เพศ อายุ ระยะเวลาการไร้บ้าน สถานภาพ และการศึกษา ดังนี้

นามสมมุติผู้ให้ข้อมูล	เพศ	อายุ	ระยะเวลาการไร้บ้าน (ครั้งล่าสุด)	สถานภาพ		การศึกษา
				ก่อนไร้บ้าน	ปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน	
เมื่อง	ชาย	39	15 ปี	โสด	โสด	ไม่ได้ศึกษา
จืด	ชาย	37	7 ปี	โสด	โสด	มัธยมต้น
เปีย	ชาย	47	16 ปี	โสด	โสด	ประถม
ลิง	ชาย	46	9 ปี	โสด	โสด	ประถม
ดา	หญิง	36	6 เดือน	โสด	โสด	มัธยมปลาย
โจ	ชาย	45	2 ปี	โสด	โสด	ประถม
อาร์ม	ชาย	25	2 เดือน	โสด	โสด	มัธยมต้น
บีม	หญิง	32	6 เดือน	โสด	โสด	มัธยมต้น
เจมส์	ชาย	40	4 ปี	สมรส	หย่า	ปวส
ใหญ่	ชาย	26	2 เดือน	โสด	โสด	มัธยมปลาย
อามาน	หญิง	30	1 ปี	สมรส	หย่า	ประถม
บอม	ชาย	40	2 ปี	สมรส	หย่า	ปวช
สุ	ชาย	69	14 ปี	โสด	สมรส	ประถม
ตาม	ชาย	67	2 เดือน	สมรส	สมรส	ไม่ได้ศึกษา
บ๊อบ	ชาย	30	3 เดือน	โสด	โสด	ปวช
พงษ์	ชาย	59	9 ปี	สมรส	หย่า	ประถม
น้ำ	หญิง	27	3 ปี	โสด	โสด	มัธยมต้น
ซา	ชาย	43	7 ปี	โสด	โสด	ปวส
นุก	ชาย	47	1 ปี	โสด	โสด	มัธยมปลาย
แอ๊ด	หญิง	61	3 ปี	โสด	โสด	ไม่ได้ศึกษา

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นถึงคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชว่า ในจำนวน 20 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีมากถึง 15 ราย คิดเป็น ร้อยละ 75 เพศหญิง 5 ราย คิดเป็น ร้อยละ 25 ช่วงอายุต่ำสุดอยู่ที่ 26 - 30 ปี สูงสุด 60 ปี ขึ้นไป อายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ที่วัยกลางคน 31 - 40 ปี พบระยะเวลาการเป็นคนไร้บ้านต่อเนื่อง น้อยกว่า 3 ปีเป็นส่วนใหญ่ 10 ราย คิดเป็น ร้อยละ 50 รองลงมา ระหว่าง 3-5

ปี 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 15 สุกทำยพบคนไร้บ้านอาศัยในพื้นที่สาธารณะ มากกว่า 5 ปี 7 ราย คิดเป็น ร้อยละ 35 สถานะก่อนไร้บ้านและปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้านส่วนใหญ่ โสด การศึกษาพบตั้งแต่ไม่ได้ศึกษาไปจนถึงระดับมัธยมปลาย

1.2 ข้อมูลโรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน

ตารางที่ 2 ข้อมูลโรคจิตเวชที่พบก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน ดังนี้

Psychiatric disorders (n = 20)	ก่อนไร้บ้าน Total simple N (%)	ปัจจุบันซึ่งอยู่ใน สถานะไร้บ้าน 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%)

Psychiatric disorders (n = 20)	ก่อนไ้บ้าน Total simple N (%)	ปัจจุบันซึ่งอยู่ใน สถานะไ้บ้าน Total simple N (%)
-		
Psychotic Disorder		
Psychotic Disorder		6 (30%)
6 (30%)		
Number of comorbid psychiatric disorders (Current)		
No		
16 (80%)		
Yes		
4 (20%)		

จากตารางที่ 2 แสดงให้เห็นถึงข้อมูลโรคจิตเวชที่พบก่อนเป็นคนไ้บ้าน 4 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า 5 คน โรคอารมณ์สองขั้ว 1 คน โรคติดสุราและสารเสพติด 5 คน และสุดท้ายโรคจิต 6 คน และพบโรคจิตเวชของคนไ้บ้านในสถานะปัจจุบัน 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า 10 คน โรคอารมณ์สองขั้ว 1 คน โรควิตกกังวล 1 คน โรคติดสุราและสารเสพติด 6 คน และสุดท้ายโรคจิต 6 คน นอกจากนี้ยังพบว่าโรคจิตเวชมากกว่าหนึ่งโรคขึ้นไป 4 คน พบโรคจิตเวชเพียงโรคเดียว 16 คน จากโรคที่พบทั้งหมด 5 โรคในคนไ้บ้าน มีเพียงโรคเดียวที่พบอาการหลังจากการอยู่ในพื้นที่สาธารณะของคนไ้บ้าน คือ โรควิตกกังวล

1.3 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน

ประกอบด้วย โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้านและปัจจุบัน พร้อมทั้งอาการที่เกิดขึ้นกับคนไร้บ้าน ดังนี้

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
1.เมือง	-	-	Major Depressive Episode	“รู้สึกท้อแท้” ไม่สนุกสนาน เศร้า เบื่อ “ไม่ค่อยทำอะไร ผมอยากอยู่คนเดียวคนเดียว ไม่อยากกินข้าว นอนไม่ค่อยจะหลับ ทำอะไรข้าง พุดซ้าง เดินช้าลง รู้สึกอ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีแรง เหม่อลอยเกือบทั้งวัน รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า”
2.จตุ	Major depressive Episode	“ช่วงที่ตายตาย ตอนนั้นทะเลาะกับที่บ้าน เป็นเหมือนตอนนั้นเลย รู้สึกเศร้ามาก ออกมาตัวตาย” ไม่อยากอยู่บนโลก รู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว เป็นเรื่องที่ต้องเจอมาก ๆ มีความคิดอยากไปให้ไกล ๆ หนีออกจากบ้านไปตลอดเวลา ในหมู่บ้าน อยู่หลายวัน ไม่อยากอยู่บ้านบ่อย ๆ”	Major depressive Episode	“ตอนนี้รู้สึกท้อแท้ตลอดทั้งวัน แกรงออกมากคือโกรธ จมมันเศร้าไปเอง” ไม่รู้สึกสนุกสนานเหมือนเมื่อก่อน รู้สึกว่าไม่มีเรื่องสนุก เบื่อหน่าย ง่วงนอนตลอดเวลาทั้งวัน ออกนอน ไม่เคยรู้สึกว่านอนพอ เริ่มพุดซ้าง ไม่ค่อยอยากคุยกับใคร บางทีเพื่อนคนแรรอน เขาไปไหนมาไหนเราก็ไม่ไปนะ “ไม่อยากเดินไปไหน ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจอะไรไม่ได้”

CASE	โรจิติวเขก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I		โรจิติวเขปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	
	โรจิติวเขที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรจิติวเขที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
3. เปีย	Alcohol Dependence	“กินเหล้ามาตั้งแต่ยังหนุ่ม อายุประมาณ 20 กว่า กินเกินสิบปีแน่นอน แรกๆก็กินเพื่อความสนุก ออกมาจากคุกใหม่ๆ ไปทำงานรับจ้างรายวัน ทำงานเล็กก็กิน เคยมีความคิดจะเลิกกินนะ แต่ทนไม่ไหว มันเหมือนจะตาย รู้สึกไม่มีแรง อ่อนเพลีย”	Alcohol Dependence	“กินเหล้าขาว ประมาณ 1 กิโลต่อวัน ต้องกินทุกมือ เช้า เย็น คอยจับ ผลกับน้ำส้มแทนน้ำจิบทั้งวัน ไม่แต่รู้สึกว่ามีเมา แต่ต้องกรมี ๆ ทั้งวัน ถ้าไม่กินจะมีคลื่น ทายใจไม่ค่อยได้ แน่นหน้าอกตัวชา”
	-	-	Major Depressive Episode	“รู้สึกเศร้า ตลอดเวลาเพราะคิดถึงแม่ รู้สึกผิด รู้สึกโทษตัวเองกับเรือในอดีต ตลอดเวลา แทบทั้งวัน เบื่ออาหาร ไม่อยากกินข้าว รู้สึกกระสับกระส่ายใจหวี ๆ รู้สึกว่าตัวเองไร้ค่า รู้สึกเหนื่อย อ่อนล้า พูดซ้ำๆ ผมไม่ค่อยอยากคุยกับใคร มีเพื่อนเข้ามาคุยบ้างก็ได้แยกคุยกับใคร”

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
4. ลิง	Major depressive Episode	“ตอนนั้นเครียดเพราะแม่เสีย มันต้องไปหมด คิดอะไรไม่ออก จากที่เราอยู่บ้านได้เพราะแม่อยู่ด้วย ไม่มีแม่แล้วไม่รู้จะทำยังไง เสียใจมาก เคร้า ทดซู แทบไม่กินอะไรเลย เบื่อไม่ออกกำลังกาย นอนไม่หลับ เป็นประมาณ 3-4 เดือน”	Major Depressive Episode	“รู้สึกเศร้า หือแท้ เบื่อชีวิต ที่ต้องมีแต่ความทุกข์ หงุดหงิดง่าย เบื่อทุก ๆ อย่าง ไม่คอยกินข้าว ทหากินยากด้วยไม่มีเงิน และไม่ค่อยกินด้วย รู้สึกว่าตัวเองไม่มีค่าเลย ไม่มีอะไรในชีวิต รู้สึกไม่มีสมการี”
	Alcohol Dependence	“กินมานานแล้วตั้งแต่ก่อนออกมาทำงาน แต่ก่อนกินเยอะเพราะทำงานเบกซง มีเงินกิน หยุตกินไม่ได้ ตอนนั้นมันกินแล้วสูกักได้ อยู่ในกลุ่มเพื่อน มีเทกให้รกกแบ่งกันกิน <u>เมาไปวันล้มแรงอเคร้า</u> ”	Alcohol Dependence	“กินเหล้าขาว ทุกวัน วันละ 3 เบก 4 เบก แล้วแต่เงินกิน ถ้ามีเงินกินเดหมด เป็นขวดกินได้ ตีเลยถ้ามแบบนั้น เมาไม่นานมานี้ เคยหยุดกินแล้ว ไม่มีแรง ทำงานไม่ไหว สมกับชยะชากย ถ้าเมกนเทเมาอากยคน เวลาคนเมอง หยุตกินไม่ได้ ไม่หยุด”

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
5.ดา	Psychotic Disorder	“ได้ยินเสียงมานานตั้งแต่ยังทำงานอยู่ที่ โรงแรม เมื่ออายุประมาณ 33 ปี จนทำงาน ไม่ได้ ทำงานโรงแรม จัดโต๊ะอาหาร อยู่เราก็ ออกมาให้เราลำบากเลยเดี๋ยวมีเงินสั่งให้ออกจาก บ้าน ให้เดินไปเรื่อย ๆ กระโดดตึกให้ตาย นอนไม่ได้ กระวนกระวาย กลัวมาก สุดท้าย ต้องทำตามฝัน”	Psychotic Disorder	“ได้ยินเสียงคนมาคุยด้วย บางทีก็เสียงผู้หญิง บางทีก็เสียงผู้ชาย สลับกัน พวกมันมาลี้ให้มั่ง ไหว ให้เดินออกไปเรื่อย ๆ มันชอบมาด่าว่า อัง ดำตลอด รู้สึกหงุดหงิด น่ารำคาญ นอนไม่หลับ เดินทั้งวันทั้งคืน เห็นผู้ชายเป็นสัตว์ เดินไปเดิน มาก ก็ไม่กล้านอน”
				เราจะไปทางไหนต่อดี ยังไงต่อดี บางทีก็คิดว่า ทำไมเราต้องมาเจอชีวิตแบบนี้ รู้สึกเหนื่อย กลัว อนาคต “ไม่รู้จะเป็นยังไงต่อ เพื่อนชอบบ่นทักว่า ใจ ลอย เหมือนว่าเราจะไม่ค่อยไม่มีสมาธิ บางทีจะ ไปรับแจกข้าว ก็คิด ร้ายๆ ชอบคิดว่าอะไรไม่ดีขึ้น เกิด มันก็คิดไม่ได้เลย ตอนไหนก็คิด”

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนรับบ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
6. โจ	Manic Episode	“ใช้เงินจากรมรดกของน้องสาวเป็นจำนวนเงิน ว่า 3 แสน ภายใน 2 สัปดาห์ เข้าไปอยู่ใน คอนโด เปิดเพลงเสียงดัง ไนยามคำคืน ไม่ หลับไม่นอน ขวนขวายเพื่อนเข้ามาจัดงานปาร์ตี้ เอาผู้หญิงมานอน จนนิติกรประจำคอนโดต้อง แจ้งตำรวจ แล้วส่งสถาบันจิตเวชศาสตร์สม เด็จพระอริยวงศาคตญาณ ไปรับตัวไปรักษา ที่โรงพยาบาล โหมโรงเสียงดังจากโรงพยาบาล ก็มาอยู่ข้างถนน โหมโรงเสียงดังมีเรื่องทะเลาะ วิวาทอย่างรุนแรง”	Manic Episode	“ผมวางแผนแล้วตอนนี้ ตอนนี้มีผมคิดอยู่ว่า ผม กำลังจะหาทีมเบอร์ซูเปอร์แมน ผมต้องการทีม เบอร์ฟิ่งให้ทีมการออกเสียง สไลด์ที่ติดบาง ๆ จุด สี ทำกระสุนแบริดจ์การระเบิดสูงที่ขนาดที่ไหนดี ผมจะไปเป็นผู้จัดการระดับสูงที่ขนาดที่ไหนดี ชีวิตผมไม่ต้องจัดการอะไร ผมมีเรื่องที่ต้องทำอีกมาก แต่กลับตามรู้สึกดี ปกติผมเป็นคนพูดเร็ว เพราะ ผมคิดเร็ว คุณต้องฟังผมให้ทัน”
7. อารัม	Psychotic Disorder	“มีน้องเรื่องจริงผมบอกได้พี่เข้าใจผมเห็น มนุษย์ต่างดาว มีขนาดแล้วพี่ตั้งแต่ปี 56 ผม แบบจะทำอะไร ผมก็ไม่ได้ทำเข้าใจพี่ พี่มา เป็นตอน 56 ตอนผมเจอกับเมีย พอลูกจาก สมเด็จพระอริยวงศาคตญาณ ออกจาก สมเด็จเจ้าพระยา ก็กลับบ้านแบบนิ่ง แล้ว ออกจากบ้านมา ต้องตามตามล่าไทม์มนุษย์ต่าง ดาวชาติชั่ว มันทรยศ พ่อผมก็เห็นเหมือนกัน พี่ พ่อโดนไล่ออกจากบ้าน”	Psychotic Disorder	“พี่เข้าใจปะ ผมคุยกับมนุษย์ต่างดาวเออเนี่ยละพี่ อยู่ด้วย เคื่อบอกว่าค่าบล็อมนต์ได้ เคื่อบล็อมนต์ เป็นไอเนี่ยไออะไรก็ไม่กางเขนเออ บล็อมนต์เป็นไม กางเขน เคื่อบล็อกก็เคื่อบล็อกแม่เป็นแม่บล็อกได้ หน้า แม่เป็นแม่บล็อก ตัวเป็นคล้ายๆ โดโนเสาร์ เทลลิก กะโดโนเสาร์สมพันธ์กันออกลูกเป็นต้นไม้ พวก มันเป็นลูกน้องผม เคื่อบล็อกเสียงพวกมันคุยกันเลย ได้ยินหนึ่งวัน ตอนนั้นก็ได้ยิน ผมไปอยู่สมเด็จเจ้าพระ ยาสามเดือนเองเข้าพรรษาไปช่วยเค้าจัด ไป เข้าพรรษาเพื่อช่วยเหลือคนด้วยอะไรด้วยไปเป็น หมอ”

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
8. บีบี	Psychotic Disorder	“เป็นมาเป็นมา สองปีกว่าแล้วมั้ง ที่แรกมันแค่สงสัยอยู่มากในหัว ว่าให้ไปขอทาน ลึกๆก็มันเสกให้เราเห็นภาพ เด็กโดนตัดขา มันเจ็บจนและ เลือดกระเด็นมาโดน ทรมานมาก ต้องหนีออกมา”		“มีคนมาพูด แต่ไม่เห็นหน้ามัน ว่าให้ขึ้นรถไฟไป คนพวกมันจะหลอกให้ไปตัดแขน ตัดขาเป็นขอทาน มันเอาเด็กไปเป็นร้อย ๆ คน ตัดลิ้น ขากจนและ แคลงไปขอทาน มันมากล้นมาก ต้องหนีไม่ไปไหนๆ บอกพ่อแม่แล้ว ไม่มีใครเชื่อ เราอนไม่เต็มที เบนอ เรานอนระแวง มันจะมาจับตอนไหนก็ไม่รู้ ต้องหนีไปเรื่อย ๆ”
9. เจมส์	Alcohol Dependence		Alcohol Dependence	“กินเหล้าขาว ลัก 1 ก็กินหนึ่งวันต้องได้กิน ใครก็ตามดื่มไม่ได้ ยิ่งห้ามเหมือนยิ่งยุ ไม่รู้ว่ามันเรียก

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I.		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I.	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
		“กินเหล้าแบบนี้ตั้งแต่อายุ 14 ปี กินมานานมากกว่า 20 ปี เคยหยุดช่วงอายุ 20 แต่ทำไม่ได้ เสื่อกินมาตลอด”		“คิดลมมึน เพราะกินมันทุกวัน ต้องกินตลอด ไม่งั้นรู้สึกไม่สบายตัว กินแล้วทำงานคล่อง รู้สึกมีแรง มีความสุข เรื่องเครียดมันคลายเลย กินไม่ได้ มีอึ ล้น ตัวล้น ไม่มีแรง เหมือน มีอาการมาตั้งนานแล้ว”
10.ใหญ่	Substance Dependence	“เริ่มมาใช้สารเสพติด (ยามี) ตอนทำงานเป็นรับก. (เจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย) ได้เงินเดือนโตขึ้นทีละทีละไรแล้วมันน้อยมาก ไม่พอค่าเช่าห้อง ก็เลยต้องควงเวร อยู่เกือบ 24 ชั่วโมง นานไปไหนเลยต้องไปซื้อยามาเสพ พอเสืกก็อยู่ได้ทั้งคืน ตอนหลังเริ่มรู้สึกว่ามีไหว เลยหยุดเสืกไป พอทำงานไม่ได้เยอะก็ไม่มีเงินเข้าบ้าน ออกมาเร่ร่อน”	Major depressive Episode	“เครียดมากที่ชีวิตต้องมานอนแบบนี้ อายคน อายครอบครัว รู้สึกไม่มีค่า ทำอะไรก็ไม่ประสบความสำเร็จ เบื่อๆไม่อยากอะไร ออกอยู่ นิ่งๆ คิดอะไรจะวิ่งให้รถชนตาย แต่ไม่กล้าทำ มันไม่เหลืออะไรแล้วชีวิต นอนไม่คอยหลับ ไม่อยากนอน หวาดระแวง ตอนกลางวันจะเพลียมาก ไม่อยากกินข้าว ออกกินแต่น้ำ”
11. อามาน	Psychotic Disorder	“เคยอยู่โรงพยาบาลจิตเวชะ อยู่สองสัปดาห์ ถ้าไม่คอยได้ก็จะไม่รู้สึกคอยจตไตรทิทที่ ตอนนั้นอายุ	Psychotic Disorder	“มองเห็นพระเสื้อสายศีล ทั้งจังหวัดเชียงใหม่คะ ลิงอังก้างอีกคนหนึ่งคะ ที่เชียงใหม่คะ มันเป็น

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
		<p>25 ค่ะ แล้วยังเด็กมันบอกว่ามีคนกำลังวางแผนฆ่า ให้ขึ้นรถไฟมาที่นี่ ก็เลยมาตามหาหมั่นค่ะ”</p>		<p>เด็กสวรงค์เด็กนรภกจะใช้อย่างเนี่ยอะคะ มันทรา มารเด็กสวรงค์เด็กนรภกที่ไม่ยอมรับมันไปเชื่อสาย ศีลเซียงใหม่ ได้ยินเสียงมองเห็นอะคะ เป็นเสียง อะอะไรไม่รู้เสียงร้องก็มีเสียงพูดก็มีเป็นเด็กก็มี คล้ายๆหาดีใหญ่รีเปล่าไม่รู้มันโดนเล่นโดนเล่นอะไร เปล่าไม่รู้มองไม่เห็นตัวเอง อยู่ที่นี่ได้ยืนเห็นมาก ขึ้น ได้ยินเห็นมากขึ้น มองไม่เห็นมีลูกแล้วแต่มอง ไม่เห็น บ้านของหนูหรือคะ อยู่สวรงค์ชั้นเจ็ดคะ”</p>
12. บอม	Major depressive Episode	<p>“เคยเป็นครั้งหนึ่ง (มีอาการจากโรคซึมเศร้า) ตอนที่โดนเมียเก็บข้าวของหนีไป เป็นอยู่เป็น เดือนๆ นอนหลับกับที่ไม่ไปไหนเลย”</p>	Major depressive Episode	<p>“อาการเศร้าเป็นมานาน ชีวิตไม่เคยดีเลย เศร้า เบื่อหน่าย ท้อแท้ รู้สึกผิดมาก ๆ รู้สึกไร้ค่า เห็น ใหม่ ผมนอนมาก ไม่อยากกินข้าว บางทีอยากออก ให้ตายไปเลยนะ แต่มีลูกอยู่ ผมทำแบบนี้ไม่ได้ นอนไม่ค่อยหลับตอนกลางคืน พอตตอนกลางวัน จะรู้สึกเพลียไม่มีแรง”</p>

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I.		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I.	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
13.สุ	Alcohol Dependence	“กินมาตั้งแต่วัยรุ่น จนไม่ได้ได้แล้วเมื่อไหร่ ต้องกินมากโดยตลอด พ่อแม่ ปู่ย่า พี่น้องเขาก็ กิน ต่อ ๆ กันมา เลือดมันเข้าเส้น ไม่กินไม่ได้ หรือก มั่นคั้น”	Alcohol Dependence	“ต้องกินเหล้าขาว อย่างน้อย ๆ 2 เบ้า เข้ากับ เย็น ถ้าไม่มีเงินหนอยก็กินเพิ่มมากขึ้น ต้องกินเลี้ยง ตัวเอง ไร่มีแรง ลูกมันเป็นเด็กสมาธิสั้น ต้องคอย วิ่งตามมัน ตอนกลางคืนต้องกินให้นอนหลับ ไม่ งั้นนอนไม่ได้เลย รู้สึกกรุ้มอย่างนี้ทั้งวัน กินใหม่ หลัง ทำงานได้ แล้วคือใจจะเวลากินมันไม่เอย จะนอนข้างถนนช่วงสงขลยะ บางทีไม่มีกินต้องไป ขอเขา ถ้าไม่กินมันก็ไม่กล้า”
	Alcohol Dependence		Alcohol Dependence	“กินเหล้าขาว วันละกั๊ก 2 กั๊ก อยากรจะกินเหล้า ตลอดเวลาเคยอยากหยุดเหล้าแต่หยุดไม่ได้ ถ้ามี จิตใหม่เหล้าให้กินแล้วไปทำงานมันมีลูกอืด มันมี แรงมากกว่าเดิมหรือแรงจะเท่าเก่าแต่มันมีลูกอืด งานตัวนี้จะทำให้เสร็จ ถ้าไม่ดื่มเหล้าไปทำงานก็ จะเหนื่อยเร็ว ถ้าได้กินแล้วต้องกินมากขึ้น กิน แล้วต้องนอน ถ้าไม่ดื่มมันไม่มีกำลังใจ น้ำลาย

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
				ไหลออกกินเหล้า เวลาไม่มีเงินกิน มันคันเนื้อคันตัว กระสับกระส่าย ถ้ากริบเหล้าเข้าไปโทษนะ ครั้นกริบเหล้าเข้าไปมันจะปวดท้อง ทำให้ถ่ายท้องได้สะดวกมีเรื้อย มีแรง ถ้าได้กินเหล้ารยเห็นเห็นได้เลยไม่มีเหน้อย ถ้าไม่ได้กินมันทำไม่ไหว”
ตาม	-	-	Major depressive Episode	“รู้สึกเศร้า ท้อแท้กับชีวิต ยิ่งอายุมาก ชีวิตยิ่งแย่ เบื่อคริบ ไม่อยากกินข้าว มันเหนื่อยมันเศร้า ท้อแท้ ไม่รู้จะไปทางไหนดี ผมมันคนไม่มีค่าอะไรเลย นอนไม่หลับ ตอนกลางคืนเดินไปทั่ว ไม่คุมที่ ต้องมานอนแบบบนี้ รู้สึกหงุดหงิด นิ่งไม่ได้ที่”
	-	-	Social Phobia (Social Anxiety Disorder) Generalized	“เวลาไปเอาข้าวกับผมก็อายมาก ไม่กล้าทำอะไร ไม่กล้าพูดอะไรกับใคร จนอดข้าว บางทีวันหนึ่งวันยอมไม่กินข้าว ยกเว้นมีคนเอาข้าวมาให้กิน แต่ก็กินไม่ได้แค่นั้นเดียว ไม่รู้จักใคร ไม่กล้าเข้าไปพูดคุยกับใคร ถ้าต้องเข้าอยู่ในที่คนมาก ๆ จะกระวนกระวาย ไม่มีความสุข เลยคิดแต่ชีวิตกว่าคริบ”

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I.		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I.	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
15. บ๊อบ	Major depressive Episode	“ตอนที่อยู่บ้านเป็นกว่านี้ (อาการในปัจจุบัน) อีกที่ ตอนนั้นนอนยกขาตัวตายเลย คิดดูว่าเราโดนไล่ออกจากบ้านอย่างมาก ไม่มีกะจิตกะใจจะทำอะไร ในหัวเรามีแต่คำว่า ทุ่มแรงไม่มีค่าอะไรเลยหรือ ความดีที่ทุกทำ ลบนเรื่องแย่งๆไม่ได้เลยหรือ”	Major depressive Episode	“นึ่งทั้งวันเลย ซึม ไม่คุยกับใครเลย ใครถามก็คือแบบเหมือนคนเบลอๆอะ รู้สึกเศร้า ท้อแท้ มันก็ซึมๆที่ บางทีน้ำตาก็ไหล เคยมีวูบหนึ่งงอยากเอาหัวไปโขกกับกำแพง มันโงะ ทหาทางออกไม่ได้ ไม่มีแรง ไม่อยากคุยกับใครเลยที่กินอะไรไม่อร่อยได้อยู่แล้ว เป็นโรคด้วย แล้วก็ไม่อยากกินด้วย”
	Substance Dependence	“เคยติดยาล่วงวัยรุ่น ยาบ้า ยาไอซ์เล่นหมดใช้เป็นปี จนหลอนคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ทำร้ายร่างกายแม่ หลอนมากครับตอนนั้น จนแม่ต้องส่งไปบำบัดที่ศูนย์รักษาหายออกมาก็เป็นปกติเลย ไม่เคยคิดว่าจะเสพยาเสพติดอีกเลย”	-	-

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I.		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I.	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
16.พงษ์	Alcohol Dependence	“กินเหล้ามาตั้งนานแล้ว กินแล้วมันมีความสุข กินหนักๆเข้าไปหาหมอ อาเจียนอ้วกออกมา ก็ไปหาหมอ หมอก็เช็คเลือดตรวจเลือดบอกว่าอะไรๆเหล้ารั้งขึ้น พอลอกจากโรงพยาบาลก็ไปบวช อยู่ได้สักพักก็กินใหม่ เลือดต้องลึกลงออกมา”	Alcohol Dependence	“กินเหล้ามาตั้งนานแล้ว กินแล้วมันมีความสุข กินเหล้าขาว มีเงินก็กินเป็นขวดๆ ไม่กินแล้วมันไม่มีแรง ไม่กินมันจะตายอะ ตอนกินไม่มีโรคภัยไข้เจ็บ มันเป็นยารักษาโรค พอหยุดกินอาเจียน อ้วกออกมาเป็นเลือด ต้องเข้าโรงพยาบาล”
17.น้ำ	Psychotic Disorder	“ได้ยินมานานแล้ว เขาบอกว่า ให้ไปหาครูบา อาจารย์อะไรทำนองเชี่ย ที่แถบปีแลนด ก่าลิ่ง เช่าทรงอยู่ มันพูดสนั่นหัวมาก ออกไปเลย ออกไปเดี๋ยวนี้ ไหมมาอยู่ที่หัวลำโพง มันลิ่งให้กระโดดขึ้นรถมา แต่เราไม่ได้กระโดด รำคาญวิทยุโทรทัศน์ ปวดแบบปวดประสาท มาก มันทนไม่ไหว คนก็เสียงดัง เครื่องบินก็เสียงคำ รัลลือหลอนแลยออกจากบ้านมาที่สงขฯ นำไม่เอา ไม่ชอบ”	Psychotic Disorder	“เหมือนมีคนมากลุมด้วยตลอด มันไม่นอน มันลิ่งไม่ไหวนอน เมื่อวานมันลิ่งว่าอย่ายกยกับที่วันนี้ให้คุย ไม่เคยเห็นตัวมันเลย มันมีหลายคน มีทั้งผู้ชายผู้หญิง เห็นแบบ เห็นเป็นภาพอะไรเยอะแยะไปหมดเลยอะ เขาชี้ให้เห็นนู่นเห็นนี่มีอาจารย์อะเนอะแะแะแะแะไปหมดเลย ใส่ชุดขาว วันนี่มีเดือน ตอนกลางวันมีก็ได้ขึ้น ตอนกลางคืนมีเดือนเยอะ พอกกลางคืนตกตอนกลางคืนมีบั้งสุกเป็น บั้งสุกตายด้วย”

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I		โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย
18.ชา	Major Depressive Episode	“เคยเศร้ามาก่อนครับ เป็นเพราะออกหัก ทำให้ผมต้องออกจากงาน เศร้าจนไม่พูดไม่คุยกับใคร ทำร้ายตัวเอง กรีดแฉก กินข้าวไม่ได้เลย ตอนนั้น ความคิดมันตื้อไปหมดเลยครับ ชีวิตอยู่ในช่วงขาขึ้นอยู่ ๆ ลงวูบ เจ็บปวดทรมานมาก อยู่ไม่ถึงปีเลย หมออาลัยตายอยาก”	Major Depressive Episode	“ช่วงนี้รู้สึกท้อแท้ๆ เห็นคนอื่นอย่างเรามันไรค่าครับ จะทำอะไรให้มันดีกว่าเดิมก็ไม่ได้ นอกเหนือจากไม่มี มีแต่อยากนอนตลอดเวลา มันรู้สึกไม่มีแรงอะ เพลียๆ แต่ก่อนมาอยู่ใหม่ๆผมมีเพื่อนเยอะนะ ตอนนี้อยากคบใครอยากอยู่กับใครคนเดียว”
19.นีก	-	-	Major Depressive Episode	“รู้สึกเศร้า อูสิ มีชีวิตแบบนี้ ต้องนอนแบบมี บางทีก็ต้องแย่งที่นอนกับ ไรค่า เพื่อพอจริง ๆ ก็ไม่มีแผนโดนส่งเคราะห์ให้เจ็บเหมือนหมาจรจัด บางทีมันอยากตัวออกมาเลย รู้สึกหดหู่มาก กับชีวิตช่วง ๆ นี่มันมาไม่มีวันไหนที่ลืมนะ”
20.แอด	Psychotic Disorder	“ได้ยินมานานแล้ว มันคอยตามมาตลอด ตั้งแต่ที่บ้าน บ้าก็มีเพื่อนมาขอไปก็เลยให้ไป	Psychotic Disorder	“ในพู่มีก้อนไปหมด โทษนะ มันคาถากฎีเสียดายแล้วจามอืดซิว ๆ คำว่าสารพัด ไอเทมมัน ไอชยะ

CASE	โรคจิตเวชก่อนการเป็นคนไร้บ้าน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I	โรคจิตเวชที่พบ	โรคจิตเวชที่พบ	โรคจิตเวชปัจจุบัน จากการวินิจฉัย โดย M.I.N.I
	โรคจิตเวชที่พบ	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย ก็ไม่ใช่ หนีมันออกไป บ้านนี้อยู่ไม่ได้ มันตาม หลอกหลอนหมด มาก่อนมันก็ตามมาหลอก หลอนอีก”	ตัวอย่างบางส่วน ของคำพูดบรรยายความรู้สึกของผู้ป่วย มีขยตัว ไอกะทรี มันคือไอวัดโรค ไอมันแล้ว คอยตามหลอกหลอน ไม่เคยเห็นมัน แต่มันตาม ไปทุกที่ คอยด่าว่าคนมันจะเอามึง ด่าว่าอีตัวโลน เขาแซวเล่นขยตมัย อย่างเนี่ย คนมันด่าอีตัวโลน ขยะ เหมมันเน่า สกปรก ค่ายย ยายก็เลยด่ามัน และเลย บางทีขยเคินเคินมารอรถเมล์มันก็ถอย หนี แล้วมันก็คากถุย โกรธจนตัวสั่น ทำอะไรมัน ไม่ได้ มันมีพลังวิเศษอำพรางตัว ยายก็ด่ามันไป มีมาย่งอะไรกับซี้ตูด ซี้ตูดก็ไม่ได้มีเรื่องให้มึง หนักด้วยอะ บางทีเราก็กินดูจู้ตารวจจู่อยู่อะ หัน ไปเจอตำรวจพอดี ตำรวจยิ้มอะเขาเห็นเหตุการณ์ อยู่ เพราะว่าขยทอนไม่ไหวจริง ๆ เขาบอกว่ายาย เจ็บบอะนะ เจ็บบอะ”	

จากตารางที่ 3 พบความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน
ได้แก่

สถานการณ์โรคซึมเศร้า ที่พบก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้านมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ต้องการหนี
ออกจากบ้านเพื่อให้พ้นแก่ปัญหาที่ต้องเผชิญ ความคิดความอ่านเชิงซ้ำ ๆ หาทางออกไม่ได้ โทษตัวเอง
รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามาก เบื่อหน่ายกับสถานการณ์ปัญหาที่ต้องเผชิญ รู้สึกหดหู่ รู้สึกอ่อนเพลีย ไร้
เรี่ยวแรง ตลอดจนรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก รู้สึกผิดและไม่มีค่า นอนไม่หลับ นอนจมอยู่กับที่ กินข้าว
ไม่ได้ หนีออกจากบ้าน ทำร้ายตนเอง ต้มเหล้า ขาดสมาธิทำงานทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง
ที่พบในสถานะปัจจุบันซึ่งอยู่ในสภาวะไร้บ้านได้แก่ ท้อแท้ อยากรู้อยากเห็น ง่ายๆ คนเดียว เบื่อหน่าย ขาด
สมาธิในการดำเนินชีวิต ไม่กล้าตัดสินใจในการดำเนินชีวิต รู้สึกผิดกับการกระทำของตนเองในอดีต
รู้สึกว่าตนเองคือผู้ล้มเหลว เศร้า ไม่สนุกสนาน เต็มไปด้วยความทุกข์ หดหู่ อับอายต่อการชีวิตในพื้นที่
สาธารณะ เหงื่ออ้อย บางรายรู้สึกโกรธ หงุดหงิด แยกตัวออกจากสังคม กินข้าวน้อยลง นอนหลับยาก
มากขึ้น บางคนง่วงนอนตลอดเวลา พูดซ้ำๆ

สถานการณ์โรคอารมณ์สองขั้ว ที่พบก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน ได้แก่ คิดว่าตนเองเป็นลูกศิษย์
ชั้นเอกของพระพุทธเจ้า มีความสามารถสร้างโลก มีความเคียดแค้นต่อเจ้าของที่พักอาศัยเดิม ซึ่งนำ
ตัวผู้ให้ข้อมูลส่งโรงพยาบาล มีความคิดว่าคนรอบข้างจ้องจะทำร้าย เนื่องจากตนคือลูกศิษย์เอกของ
พระพุทธเจ้าจึงมีความต้องการออกมาเร็วร้อน มีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด สลับ กับอารมณ์มีความสุข
สนุกสนาน พูดเร็ว แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ตะคอก ใช้เงินจากมรดกก่อนสุดท้ายหมดอย่างรวดเร็ว มี
พฤติกรรมทางเพศ รักรู้ว่าสิ่งที่ตนกระทำ เปิดเพลงเสียงดังในคอนโด ช่วยเพื่อนมาเฉลิมฉลองยามค้ำ
คืน สร้างความวุ่นวายแก่ผู้อื่น เป็นเรื่องที่ถูกต้องและสมควร อาการที่พบในสถานะปัจจุบันซึ่งอยู่ใน
สภาวะไร้บ้าน ได้แก่ มีความคิดหลงผิด คิดว่าคว้นจากทอรัล เสียงดังจากบริเวณถนน จะช่วยเพิ่มพลัง
ให้ตนเองได้ วางแผนโครงการที่จะทำให้โลกเกิดการเปลี่ยนแปลง วางแผนทำสงคราม วางแผนทำร้าย
คนในจินตนาการ ไม่เชื่อว่าตนคือผู้ป่วย หงุดหงิดก้าว สลับกับมีอารมณ์ขันจนเกินความเป็นจริง พูด
เร็ว ไม่หลับไม่นอน รักรู้ถึงพลังวิเศษจากพระพุทธเจ้าที่ตนได้รับ

สถานการณ์โรคติดสุราและสารเสพติด ที่พบก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน ได้แก่ การกินเหล้าทำ
ให้สนุก คลายความทุกข์ กินเพื่อเพิ่มพลังในการทำงาน และเพิ่มความกล้าในการทำงานที่น่าอาย เช่น
การเก็บขยะ เป็นสิ่งที่ต้องกินเพราะคนในครอบครัวต่างก็กินเหล้าเป็นประจำหากไม่ได้กินเหล้าจะรู้สึก
อ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง รู้สึกเหมือนใกล้จะขาดใจ หงุดหงิด โมโห รำคาญ เหนื่อย กินเหล้าเป็นประจำ
ทุกวัน ต้องการเมา มีพฤติกรรมก้าวร้าว อาการที่พบในสถานะปัจจุบันซึ่งอยู่ในสภาวะไร้บ้าน ได้แก่
หากไม่กินเหล้าจะเบื่ออาหาร มีความคิดว่าตนไร้ค่า อับอาย เป็นผู้ล้มเหลว หากไม่ได้กินจะรู้สึก
หงุดหงิด อับอายในชีวิตของตนเอง หากได้กินเหล้าจะมีแรงทำงาน มีความสุข รู้สึกสดใส มีพลังกิน

เหล่าจำนวนมากกว่า 2 ก็ทุกวัน หากไม่ได้กินจะแยกตัวออกจากสังคม กระสับกระส่าย ใจหวิว เหนื่อยง่าย อ่อนล้า ไม่มีแรงทำงาน รู้สึกคันเนื้อคันตัวเหมือนจะเป็นไข้

สถานการณ์โรคจิต ที่พบก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน ได้แก่ สมาธิแยลง ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ มีความคิดหลงผิดคิดว่าตนจะโดนปองร้าย คิดว่าตนจะโดนฆ่า กลัวเป็นอย่างมาก หวาดระแวง หงุดหงิด โกรธ รำคาญทำตามคำสั่งเสียงหูแว่ว หนีออกจากบ้านมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ทำร้าย

ตนเอง แยกตัวออกจากสังคม ประสาทหลอน เห็นภาพหลอนใส่ชุดไทย ได้ยินเสียงหูแว่วสั่งให้รำถวาย สั่งให้ทำร้ายตนเอง สั่งให้กระโดดตึก สั่งให้ออกจากบ้าน เดินไปเรื่อย ๆ อาการที่พบในสถานะปัจจุบันซึ่งอยู่ในสภาวะไร้บ้าน ได้แก่ มีความคิดหลงผิดคิดว่าตนกำลังโดนปองร้ายจากมนุษย์ต่างดาว คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ คิดว่ามีสิ่งใดกำลังกลั่นแกล้ง คิดว่าจะโดนจับไปเป็นขอตานตัดแขนตัดขา คิดว่าพื้นที่ข้างถนนทำให้ตนเองปลอดภัย ไม่เชื่อว่าตนคือผู้ป่วย รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ รู้สึกโกรธ รู้สึกกลัว ขยะแขยง นอนไม่หลับ เดินไปเดินมา กระสับกระส่าย ประสาทหลอน เห็นภาพหลอนมีตั้งแต่เห็นผู้ชายเป็นสัตว์ร้าย เห็นสิ่งของแปลงร่างได้ เห็นมนุษย์ต่างดาว มองเห็นอำนาจวิเศษ เช่นการกลายร่าง การสิงผู้อื่น หลอนและได้ยินเสียงหูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาคุยด้วยตลอดเวลา ได้ยินเสียงคนด่า ได้ยินเสียงคนอุยน้ำลายใส่ เสียงได้ออกคำสั่งให้แยกตัว ให้ไม่คุยกับใคร คอยด่าอย่างหยาบคาย

สถานการณ์โรคจิตกังวล เป็นโรคเดียวที่พบในสถานะปัจจุบันซึ่งอยู่ในสภาวะไร้บ้านเท่านั้น ได้แก่ เครียด วิตกกังวลในทุกเรื่อง ไม่สามารถหาทางออกไม่ได้ มีสมาธิแยลง เหนื่อยง่าย รู้สึกอ่อนล้า เพลีย นอนไม่หลับ แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน ตื่นตระหนกสภาพแวดล้อมในสังคม



ส่วนที่ 2 : ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน
 ตารางที่ 4 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชของคนไร้บ้าน
 ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ระบบการจ้างงาน สภาพแวดล้อมและ
 ความปลอดภัยในสังคม สุขภาพและความพิการ นโยบายจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ การเข้าถึง
 สาธารณูปโภค และ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความโดดเดี่ยว และความรู้สึกไร้ค่า ดังนี้

ส่วนที่ 2 : ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน

ตารางที่ 4 ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชของคนไร้บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยทางเศรษฐกิจ ระบบการ
 จ้างงาน สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคม สุขภาพและความพิการ นโยบายจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ การเข้าถึงสาธารณูปโภค และ ปัจจัยทางจิตใจ
 ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความโดดเดี่ยว และความรู้สึกไร้ค่า ดังนี้

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I		ตัวอย่างคำถามที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน						
	ปัจจัยทางด้านสังคม			ปัจจัยทางด้านจิตใจ					
	ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า
1.เมือง	“มันเศร้า เพราะไม่มีเงิน ช่วงนี้ตกงาน ยิ่งเป็นหนักเข้า ไปอีก เงิน 5 บาท 10 บาท	“ทำงานก็โดน เอารัด เอา เปรียบ เงินเดือนควร ได้หักกับค่า ชุดค่า นายหน้า	“ดูการนอนผม ลี นอนตรงนี้ ข้างถนน รรขับ ทั้งคืน อันตราย รอบตัว ขนาด รองเท้ายังต้อง เอามาหนุนหัว	“เราไม่ สามารถขอ ความช่วยเหลือ กับใครได้ เลย อยู่ตรง นี้เหมือนอยู่	-	“ข้าพเจ้ามีคุณ มาแจกก็ได้กิน ถ้าไม่แจกเรา ก็อด วันนี้มีก็ ไม่ได้กินอะไร ก็อดไป มั่นไม่ มีความหวัง	“ทำงานไม่ได้ นาน โดนไล่ออกตลอด ชีวิตไม่เคยมี อะไรดีใจมัน ไม่ไหวทรอก คุณ ท้อแท้”	-	-

case	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน										
	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
	จะชื่อนักกินยัง ไม่มีปัญหา	เหลือถึงเรา ไม่กี่บาท	เพราะคนจะมา ลักขโมย	ตัวคนเดียว เครียดก็คุย กับตัวเอง เท่านั้น	-	ผมไม่ค่อยได้อยู่ ที่แบบนี้ หรอก	-	-	-	-	
2. ญาติ	1. Major Depressive Episode	“พอเห็นเป็น โรคอย่างนี้ก็ ไม่มีใคร รับเข้าทำงาน แถมเรื้อน เขาก็มองว่า ไม่มีหัวนอน ปลายเท้า	“นอนตรงนี้ พอที่หลับ ขอมันเยอะ มัน ขอเขาเยอะ ขอ มาเยอะ นึกแล้ว มากเลยนะ บาง ทีก็รู้สึกเหมือน	“โรคที่เป็น มันยังง้อ พูดยาก ใคร เขาจะรับเรา ได้ แล้วมี ไม่ได้อีกขา ตัวมานอน ก็รีบจน	-	-	“แรก ๆ มา อยู่กรุงเทพ ทำงานที่ สนามหลวง แรก ๆ มีเงิน ใช้ มีเพื่อน เยอะนะ มากมาย แต่	“ก็มีนะ เพื่อน คน เร่ร่อน ด้วยกัน เวลาไปไหน เขาก็บอก ชวน เออไป ด้วยกันสิ	“นอนข้าง ถนนแบบนี้ ใครเขาก็ รังเกียจ แล้วตอนนี้ แคสที่ปาก เริ่มลาม คน เขามองก็		

case	ตัวอย่างคำถามออกเฝ้าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน										
	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ปัจจัยทางสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการทำงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
		บางคนกลัว เราอีก ทำงาน ไม่ได้ก็ไม่มีวัน ดีกว่านี้ได้”	คนเขากลัวตัวเอง เราตลอดเวลา นอนก็นอนได้ไม่ เต็มอิ่ม บางที พอกยุงอะไร เขี่ยมันเขอะ ต้องคอยระวัง บางทีเขาก็ไม่ให้ นอน ต้อง หลับๆตื่นๆ ไม่ได้นอนเต็ม อิ่มหรอก”	เริ่มเป็นแผล ที่ปาก”			พอป่วย พอ ไม่มีเงิน อะไรๆก็ไม่ เหมือนเดิม จะเลิกกลับไป ทำอะไรก็ได้ ชีวิตนี้ไม่มี อะไรจะไปสู่ ต่อแล้ว”	แต่เอาเข้า จริง ๆ ก็ได้ แต่ช่วยผ่านๆ ความรู้สึก ยังเหงา ไม่มี เพื่อน ไม่มี อะไรอยู่ดี เวลา มีปัญหา หนักใจก็เรา ตัวคนเดียว ชีวิตมันเป็น แบบนี้”	ต้องรู้ว่าเรา เป็นโรค อะไร สายตาที่ มองมา บาง ทีก็กลัว บาง ทีก็รังเกียจ มองออก เลขนะ แต่ ทำอะไร ไม่ได้”		

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน								
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านกรงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ปัจจัยทางด้านจิตใจ		
3. เปีย	1. Major Depressive Episode 2. Alcohol Dependence	“ไม่ได้ไปหา หมอหรือขอรับ เงินทองสักครั้ง ค่ารถยังไม่ค่อย ผมไม่มีบัตร ประชาชน ไป รักษาต้องใช้จ่าย เงินเยอะ จะ หาจากไหนได้ เรื่องเงินนี้ สำคัญมากเลย นะครับ แต่มัน	“มันสะสมไป หมดนะ เป็น โรคหอบ อายุ ก็เยอะ มัน เลยทำให้ สมัครงาน ไม่ได้ ไม่มีใคร เขาจ้างหรือ ครับ มัน เครียดหลาย เรื่องไปหมด จนคิดว่าชีวิต	“นอนข้างถนน แบบนอนชิวๆ ครับ ผมเคย โดนมันจะมาก พามาหาเรื่อง มันเมามากจน นอนอยู่ไม่ได้ สะพานผมหลับ อยู่ พอลุกขึ้นจะ สู้แล้วล้ม หน้า แข็งแตรครับ	“ผมเป็นโรค หอบ เดินไม่ ค่อยไหว จะ ไปที่ไหนไกล ๆ ที่งาน อะไรก็ได้ และก็เป็น โรคไตอีก โรคครับ ผมจะไป หมด ไม่มี ปัญญาไปหา หมอ”	“ไม่เคยชินหรือ หนู ต้องนอนข้าง ถนน ตอนวันรถ กลางคืนก็กลัว ขโมย ไหนจะ สงครามหรืออีก สงคราม มาได้ บ้าง จับบ้างไป อยู่สถาน สงเคราะห์ เข้าไป ยังกะคุก ผม	-	“มันเครียด หลายเรื่องไป หมด จนคิด ว่าชีวิตผมไม่ เอาอะไรแล้ว ก็ต้องทนทุก ไปแบบนี้ รอ วันตายนะ ครับ”	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.J	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการทำงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
ไม่มีผมก็ไม่รู้จะ ทำอะไร	ผมไม่เอา อะไรแล้ว	ไม่เคยชินหรือ หนู ต้องนอน ข้างถนน ดม ควันรถ กลางคืนก็กลัว ขโมย ไหนจะ สงเคราะห์อีก		พอแล้วที่โดน กักขังแบบนี้				คิดถึงแม่กับ พี่ชาย แต่ คงไม่ กลับไปหา เพราะเขา คงไม่ ต้อนรับผม กลัวพี่น้อง ไม่เอาครับ เหมือนรับ กรรมนะ ให้ ต้องอยู่คน เดียว เป็น ทุกคืน		ต้อง ขอทาน	

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการทำงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
4.สิง	1. Major Depressive Episode 2.Generalized Anxiety Disorder	“คนเราไม่มี เงินสักบาท มัน ลำบากมากนะ คิดกังวลไป หมดว่าจะเอา อะไรกิน จะทำ ยังไงดี”	“จะหางานดี ดีทำไม่ได้ วุฒิการศึกษา อะไรก็ไม่มี ก็ ได้แต่ทำแบบ ชวยไปวัน ๆ”	“รู้สึกกลัว คิด ว่านอนอยู่อย่าง นี้ๆ ไม่มีประตู หน้าต่าง ไม่รู้ว่า ใครจะมาทำ ร้าย กังวล เออ จะนอนที่ไหน	-	“บางที่ก็ต้อง ระวังสเคราะห นอนอยู่ก็มาจับ ไป ช่างมีเขาจัด ระเบียบกัน นอน ไม่เป็นสุข”	“นับวันที่ หลายวันนะ ไม่ได้บ เลื่อสำต้อง พูดถึงไม่ค่อย ได้ซัก บางที่ เข้าห้องกับไป แอบซัก ไม่ได้	“เวลาเราพูด ถึงความฝัน กันว่าอย่างไร เราก็แค่ได้พูด ในวงเหล้า ว่า เราจะเอา ยังไงกับชีวิต หรือว่าเราจะ ช่วยกัน เรา	“ครอบครัว ตัดขาดไป เลย มีแต่ เพื่อนในวง เหล้า คอยกัน ตามปกติ เก็บของเก่า ด้วยกัน เรา	“เราเป็น แบบนี้แหละ ไม่เคยทำ อะไรให้ใคร บางทีคนอื่น ก็รังเกียจนะ นำไม่ได้เอา	

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน						ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการทำงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	ความรู้สึก ผิดใจ	
	3. Alcohol Dependence	เราไม่มีเงิน อะไรประมาณ นี้อะ”		นอนยังไม่ถึงจะ ปลื้มดกัย พูดง่าย ๆ แบบว่า คือไม่นอนเลย คืน นอนส่วาง กลัวจะมีคนมา ทำร้าย ถ้าเรา นอนหลับ หวาดกลัว ก็เลย ไม่นอนเลย”			ตากนะ โดนตัว เลยตัวเอง” “ผมไม่อยาก ไปหาหมอ เวลาไม่สบาย มีแต่คน รังเกียจ เข้า โรงพยาบาล เจอแต่คน รังเกียจ”	อยู่แบบนี้ ตลอดชีวิตไป/ จนตาย”	ก็คุยกัน พอ คุยกันแล้ว มันก็ดีขึ้น มันคลาย เครียดได้”	ตัวก็หมั่น คนมองยัง กับหมา สงสัยว่าเขา จะเวทนา”		

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.J	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน												
		ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ							
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า				
5.ดา	1. Psychotic Disorder	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
				“ยังมีอยู่บ้าน ถนน มันยังมา คุย บางทีก็ด่า ไม่หยุด บางทีก็ สั่งให้เดิน เสี่ยง รถกับเสียมมัน ก้องไปหมด กลัวมาก โอ พวกผู้ชาย มัน คอยมอง เดิน เข้าไปในซอย มันมองไม่หยุด”										

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน						ปัจจัยทางด้านจิตใจ			
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
		คนเรากราบ เงินบูชาเงิน เคารพเงิน ผม จะไม่เป็นแบบ นี้ ถ้าผมมีเงิน"	ถอดเสื้อเสิร์ฟ ได้นั่งกางเกง ในตัวเดียวเส ริฟได้ผมจะไป ทำอย่างนั้น"	แรงเท่าไหน ผม ยิ่งชอบ"							
7.อารมณ์	1. Psychotic Disorder	-	-	"นอนตรงนี้ผม ก็รักาน เหมือนกันละ พวกมันแม่ เบ็ด รอกังคิน เสียดแม่ดัง	-	-	-	-	-	"เวลาเห็น ผมคนนอน ซ้ายนอน ซ้ายที่ แม่ แบบไม่มีหัว นอนปลาย เท้าเหมือน	

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.J	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
		ราคา เหมือนกันใช้ ไหม ไอลีงรด เนีย ราคา โคตรราคา จนมันทำให้ ไม่ไหวเมื่อก่อน ผมก็ไม่ค่อย เขาไร้พี่ แต่ ตอนนี้ไม่มี หน้เลย เข้าใจ ปะ”									ยาจากพวก ขอทาน อะไรพวก เนี่ยโอหทัย เห็นปะแล้ว ลุดท่าย ตัวเองก็มา นั่งกินเอง อรอยเองคน เดี่ยว เออ แม่ผมก็ เป็นแบบนั้น แหละ”

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
8. ปี้ม	1. Psychotic Disorder	-	“งานการไม่มี ทำ คนแถวนี้ ยังเรียกเราว่า อีบ้าเลย”	“เวลาเรานอน เราเป็นผู้หญิง นอนอย่างนี้ เอนมัน เหมือนกับพวก เสือสิงกระตัง มันเยอะนอน แล้ว สระกัจ ตัว อะไรอย่างเนี่ย เราก็สระตั้งแต่ มันก็เลยเกิด เป็นความ ระแวงเลยอ่า	-	-	-	“อยากมีแฟน จะได้ไม่ต้อง กลัวอะไร ไม่ ต้องอยู่คนเดียว เป็น ผู้หญิงมัน อันตราย”	-	“คิด ตลอดเวลา นะ ว่าพอ แม่เขาจะรู้ รีบว่า เรามา อยู่ แบบคนไม่มี ค่าอะไร เลย”	

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำถามออกเฝ้าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน								
		ปัจจัยทางด้านสังคม			ปัจจัยทางด้านจิตใจ					
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า
				นอนไม่มี ความสุข นอน แบบหันไปก็ โท ไม่น่าไวใจเลย แต่ละคน”						
9. เจนส์	1. Alcohol Dependence	-	-	“ไม่เคยมีวัน ไหน ที่ได้นอน เต็มอิ่มนะ กลับๆตื่นๆ ตลอด รongเท้า และยังโดน ขโมย แล้วผม	-	“บางทีก็มีพวก สงเคราะห์มาลง ช่วงนี้หนักเลย จะเอาให้ได้ เรา ก็ต้องกินเหล้า แอบๆ ต้อง ระแวงมากขึ้นไป	“ข้าวได้กินแค่ วันละมือคือ ตอนเย็นมีคน เอาของมา แจก น้ำท่า นานๆ ได้ อาบที”	“ก็ไม่รู้สิ ไม่ รู้สึกยังงั้น มัน ซินชาแล้ว คือนันตาย ด้าน ซินแล้ว ซินกับการอยู่ อย่างนี้ ก็	“เราก็ทำ ด้วยตัวเอง ไม่มีใครมา ยื่นให้เรา หรอก ไม่มี ใครเออะไร มาให้เรา	“ชีวิตผม ตายไปก็ไม่ มี คนรับรู้ กิน เข้าไปเอะ เหล้า แค่นี้ ชีวิตก็ไร้ค่า พอแล้ว”

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.J	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน										
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านกรงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ปัจจัยทางจิตใจ				
				พอมึงนึกติดตัว บ้าง หายหมด ชีวิตไม่เคยเป็น สุข บางทีเื่อ พวกชี้ให้ล้าก็มา หาเรื่อง กิน ๆ กันก็ทะเลาะ”		อีก ทั้งที่ไม่ได้ทำ ผิดอะไร”	“ไปหาหมอ ไม่ใช่แค่มีเงิน นะ รอมานานทั้ง วัน จะทำ อะไรบ้าง ไป ทางไหน ไม่ เข้าใจ ไม่ได้ไป แล้วหาหมอได้ เลย ได้คุยกับ หมอยก้รู้สึก โดนรังเกียจ”	แบบเบื่อง หมดหวังไป แล้ว ก็เรา ต้องนอนข้าง ถนน มีใบไม้แค่ นี้ ใบไหนต่อ ไม่ได้”	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก ด้านจิตใจ	ความรู้สึก ไร้ค่า
10.ใหญ่		“ทำงานเป็น ร.ป.ภ ต้อง	“นอนไม่หลับ ระแวงกลัวมาก	-	-	“ท้องน้ำ เดือนนี้เขาก็ก เต็มออกจาก	“ท้องน้ำ เดือนนี้เขาก็ก เต็มออกจาก	“ท้องน้ำ เดือนนี้เขาก็ก เต็มออกจาก	“ก็คงจะ ตายคน			

case	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
	ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
	ปัญหาทางเศรษฐกิจ	ปัจจัยด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
1. Major Depressive Episode	เงิน เงิน ละกัน ข้าวยังต้องคิด แล้วคิดอีก "	คงกะทั้งวัน ทั้งคืน เงินเดือนมากกว่า โดนหักโน้น นั่นหมด "	กลัวว่าจะ เกิดขึ้นก็รู้นั่ง อย่างนี้ทั้งคืน ต้องนอนตอน ตามสวน ตาม เก้าอี้" ยารถเมค กลัวหลยอย่าง กลัวคนมาทำ ร้ายด้วยมาปล้น กลัวคนมาฆ่า "			คิดเงินนะ 5 บาท 10 บาท สำหรับคนอื่น มันน้อย แต่ สำหรับเรานั้น ไม่ใช่เลย ต้อง ซิงทาง นำ ฮับอายมาก "	บ้านคิด ออกมาหา ชีวิตที่ดีกว่า แต่กลับแย่ กว่าเดิม ไม่ มองจะทำ อะไรให้สำเร็จ ได้ "	เดี๋ยวที่นี้ รอ วันตาย ไม่รู้ ชีวิตจะหัน ไปทางไหน "	“นอนโง่ โง่งไม่มี หลังคาอะไร เครียดว่า ทำไม่เรา เป็นแบบนี้ ทำไมเออ ต้องมาอยู่ แบบนี้ ไม่มี ค่าอะไร เลย”	

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วิจัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน						
		ปัจจัยทางด้านสังคม				ปัจจัยทางด้านจิตใจ		
		ปัญหาทางเศรษฐกิจ	ปัจจัยด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและความพิการ	นโยบายจัดระเบียบคนไร้บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสาธารณสุข	ความรู้สึกโดดเดี่ยว
11. อามาน	“ไม่มีเงินมันสนุกดีนะ บ้างที่ไร้สวรรค์บ้าง ที่ไม่ใช่สวรรค์ รู้สึกสนุกนะทำให้สนุก สนุก เพราะ ไม่มีเงิน คอยฆ่าไอคน ลูกก่อนมันคิดไม่ได้ ไม่มีเงินมันไม่มีจะกินเลยนะ”	-	“เสียงรถไฟมันดังมันดังออกมาให้มองเห็นมันมีสี นรก มัน มองเห็น มัน เด็กพวกสีเปรต พวกสีเปรตมัน ทำรถไฟฟรีคน ขอตั้งฟรี มัน พวกสีมีเจ้าของ มีมันเอาคนมา ขอตานแล้วไม่จ่ายตั้ง ไม่จ่าย ตั้งคนที่มัน”	-	-	“เวลาที่ไม่มีข้าวกิน เจ็บ ค่ะเจ็บ เจ็บ ช่างในคะ เจ็บๆปวดหัว ปวดท้องๆ รู้สึกไออุ่น ไม่ใช่สวรรค์ มันไม่ไปบ้านของตัวเองไม่ กลับบ้านของ ตัวเอง ส่วนใหญ่ไม่มี จะกินคะ”	-	“เวลาคนมองเราด้วย สายตา แปลกๆ แบบเขา รังเกียจเรา รู้สึกกลัวกัน ค่ะ กลัว แบบเจ็บๆ แบบว่าเจ็บ ผิวอะไร แบบเนี่ย เจ็บใน เจ็บทั้งตัว”

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน										
		ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ					
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า		
1.2.บอม	1. Major Depressive Episode 2. Alcohol Dependence	“บางทีไม่มีเงิน สักบาทเดียว ผมนั่งอยู่กับลูก คนผ่านไปผ่าน มาให้เงินลูก เขาสงสาร”	“เราไม่มีงาน ทำเราไม่มีที่ พักอาศัย ถ้า เกิดเรามีงาน ทำมีที่พัก	“นอนตรงไม้แต่ สะบักสะบอม เหมือนกัน ใคร ก็มีความดีที่มี มัน ไม่ปลอดภัย	“ตั้งแต่เกิด อุบัติเหตุผม ก็พิการ ไป ทำงานทำ เค้าก็ไม่รับ พอเห็นขา	“นอนอย่างนี้เรา ต้องคอยระวัง ถ้า เกิดขามา เขา จับเลยแต่ฉันไม่มี ลูก ถ้าสงเคราะห์ มาจับเราก็คือโดน	-	“ไม่มีหวัง อะไรแล้ว ท้อ มาก ๆ พอลูก มาขอร้องมา นอนตรงนี้	-	“เหมือนผม พอลูกมา เป็นขอทาน ใครสงสารก็ ให้เงิน ให้ ข้าว ต้อง	เจ็บปวดทรมาน เจ็บ เหมือนๆ เข็มที่มีนิ้ว อะไรเนี่ย คะ”	เจ็บปวดทรมาน เจ็บ เหมือนๆ เข็มที่มีนิ้ว อะไรเนี่ย คะ”

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน						
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการทำงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระบบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ปัจจัยทางจิตใจ
		อาศัยเราก็เอา ลูกเข้า โรงเรียนได้ แล้ว พิกการ แบบนี้ไป สมัครงานที่ ไหนก็ไม่รับ บางที่คน เรารวมตัวกัน ก็ มาหลอก หรืออะไร อย่างเนี่ยหา	ลูกผมเคยเกือบ โดนกระแทก ลักพาตัวไป ผม เหมือนคนจะ เป็นบ้า”	เราที่พิการ เค้าก็ไม่รับ ก็ไม่มีค่าเช่า บ้าน ไม่มี แม่แต่ค่านม ลูก”	แยก แยกกันครับ ชีวิตผมอยู่กะลูก อย่างเนี่ย ผมไม่ ยอมหรือก ไม่ อยากแยกทาง”	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน												
		ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ							
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการทำงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า				
		งานที่พวกเรา ไปก็ไม่มี เลี้ยงชีพได้เลี้ยง อะไรค่าไม่ให้ เงินเราหอย ก็เหมือนใช้ เหมือน หลุดลงไป”												

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทางเศรษฐกิจ	ปัจจัยด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัยในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัดระเบียบ คนไร้บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการทางสังคมและบริการสาธารณสุข	ความสัมพันธ์ทาง	ความรู้สึกโดดเดี่ยว	ความรู้สึกไร้ค่า	
13.สุ	1. Alcohol Dependence	“ไม่มีตั้งครับ วันนี้ซักรกั๊ยไม่ได้กินเลย ไม่มีตั้งซื้อพุดตรงๆ ซั่ววไม่ได้กิน ผมไม่ได้กิน เขาก็ไม่ได้กิน แม่แต่แม่วกั๊ยไม่ได้กินนะผมว่า”	“ผมต้องกิน เหล้า เพิ่มความ กล้าหาญ นอน ตรงนี้มัน อันตราย พวก ขโมยอะไรก็ย่อง รองเท้ามันยัง เอา เข้ามางะ ฟาดให้”	“ผมต้องกิน เหล้า เพิ่มความ กล้าหาญ นอน ตรงนี้มัน อันตราย พวก ขโมยอะไรก็ย่อง กันไม่กั๊ยชุด ต้อง คอยระวังตัว”	“ก็กั๊ยวลแหละ ครับ เต็มกั๊ยพวก ตำรวจคืนหลั้บอยู่ มันก็มกั๊ยเรียก บาง ทีก็สงเคราะห์ มกั๊ยกันไม่กั๊ยชุด ต้อง คอยระวังตัว”		“ชีวิตมันได้ แค่นี้แหละ ครับ จะได้อะไรดีจันจาก เดิมกั๊ยละ ครับ ชีวิตมัน ไปไหนไม่รอด แล้ว ต้องอยู่ แบบนี้”	“เกิดคน เดียวตาย คนเดียว คนเดียว ก็ไปกั๊ยไม่มี ใครทำศพ ให้หรอก ผู้กั๊ยมกั๊ยเอา ไปฝัง ตายก็ จบแล้ว”	“ชีวิตผมไม่มี กั๊ยอะไรให้ คนเลนใจ ตายไปกั๊ยไม่มี ใครทำศพ ให้หรอก ผู้กั๊ยมกั๊ยเอา ไปฝัง ตายก็ จบแล้ว”	“เดคมนี้ลูก มามอง มอง	
14.ตาม	“เงินผมมียังไม่มี ถึง 80 บาท	“การไม่มีงาน ทำมันลำบาก	“เดินไปเรื่อยไป ถึงบ้าน 7 ริงหลวง ไม่ได้ ตา	“จากผมเดิน ไม่ได้ ตา	-	-	-	“ตอนนี้ลูก เมียเสียผม	“เดคมนี้ลูก มามอง มอง		

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน						ปัจจัยทางจิตใจ			
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านกรงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
1. Major Depressive Episode 2. Social Phobia Generalized	เลย จะใช้ชีวิต ยังไง อนาคต ข้างหน้าไม่รู้จะ เป็นยังไงเลย มันเครียดนะ”	ไม่มีเงินใช้ ขา ผมเดินไม่ได้ ตาบอดข้าง หนึ่ง มันทำ อะไรไม่ได้ มาก ไม่มีใคร จ้างงาน”	นอนได้คืนเดียว ผมไป มันยังง ไม่รู้ ก็คือไม่ ค่อยความ ปลอดภัย พวก ที่หากินเยอะ วันก่อนผมเอา น้ำกับขนมมั่ว ให้มาเอาตั้งไว้ เต็มวันอะ สุดท้ายของที่มี ขาย ไม่รู้จะอธิบาย มันเป็นยังไงไม่รู้	บอดข้าง หนึ่ง มันทำ อะไรไม่ได้ มาก มากอยู่ แบบนี้ ธรรมดา ลำบาก มาก”				ไม่เหลือ อะไรแล้ว คิดถึงลูกคิด ถึงเมีย การ อยู่แบบนี้ มัน... เจ็บปวด มาก ๆ เลย”	อยู่เรื่อยไป คนมองก็ มองอยู่เรื่อย ผมก็นึกว่า ไม่คิดแน่แท้ เดินไปจะ มองเรา ทำไม รังเกียจเรารี ปาว เดินข้าง ถนนนี่คน อื่นเค้าเห็น นอนเหมือน		

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านกรงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ปัจจัยทางด้านจิตใจ	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
				ทุกชีใจ เรื่องกิน เรื่องอยู่ 'ไม่รู้จะ ทำยังไง' จะไป ทางไหน ดูที่ผม นอนบนพื้นทั้งนั้น ยังใจนอนกะ นิดนึ่ง เสียแรง เสียคนตั้งทั้ง คืน 'ไม่รู้จะนอน ยังไง'							เหมือน หมา เกิดมา พึ่งเคยเจอ แบบนี้มา เจอครั้งแรก แรก มันอัด อัด ซิริตไม่ น่าเป็นแบบ นี้ มันไม่มี ค่า ไม่มี อะไรเลย ชีวิตเรา"

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.J	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน								
		ปัจจัยทางด้านสังคม				ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า
15. บ็อบ	1. Major depressive Episode	“ไม่มีเงินมันก็ อยู่ลำบากนะพี่ ข้าวนี่สองวัน กินทีอะไร อย่างนี้จะไป รักษาก็ไม่ได้ เงินก็ไม่มี ไม่รู้ จะไปยังไง ทรงมานะมาก ๆ ครับ”	-	“มานานตรงนี้ก็ ใช้ว่าจะ ปลอดภัย ต้อง คอยระวัง เรียกว่าระวัง เลยดีกว่า บางที คนมาเดินผ่าน มากของเงิน ไม่ให้ มันก็ดูจะทำ ร้าย”	“ปัญหาคือ สุขภาพ ร่างกาย ผม เป็น เบาหวานอะ ที่ แล้วผม ขาดยามา นาน ไม่ได้ ฉีดยา ไม่ได้กิน ผมเพิ่งไป เอายาแผน โบราณมา กินได้สัก 2	-	“ร่างกายเรา มันทำให้เรา ยิ่งหมดหวัง ด้วย ไม่มีแรง ทั้งใจ ทั้งกาย และพี่ มัน สัมพันธ์กัน หมด ห่อมาก ครับ”	“มันเหมือน ตัวคนเดียว ที่ ถึงคำ บอกว่าจะอยู่ รวมๆกันก็ จริง แต่จริง ๆ ก็ต่างคน ต่างอยู่นะ พูดไม่ถูกอะ ครับ ชั่วโมง นี่ก็เหมือน เห็น นอน	“เราดูแบบ น่ารังเกียจ เข็น ระวัง คนเดินผ่าน ไปผ่านมา รู้สึกเสีย เซลฟ์ กลัว พวจิตตกไป ด้วยเจอ ใครเดินมา เห็น นอน	

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัจจัยทางสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการทำงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึ ไร้ค่า	
				วันโน แต่มัน ก็ไม่ดีเท่า ปฏิชีวนะ”				อยู่คนเดียว ผมไม่เอา กลุ่มหน้าปิด หน้าทั้งวัน เลย ไร้ค่า อะไรอย่าง นี้”			“เวลามีคน มองแบบหัว จรดเท้า แบบรังเกียจ ของเราเป็น มองเราเป็น
16.พงษ์	1. Alcohol Dependence	-	-	“กินเหล้าแล้ว ใจมันร้อน มัน กล้าสู้คน ใครก็ มากทำอะไรเรา ไม่ได้ ต้องกิน	-	-	“เจ็บป่วยไป หาหมออะไรก็ ไม่ได้ เงินทอง ไม่มี พอไป โดนหมอโดน	“อีกไม่กี่วันก็ คงจะตาย แล้ว ไม่มี อะไรดีขึ้น แล้ว กินเหล้า	“ชีวิตนี้อยู่ คนเดียว แบบอิสระ จะทำอะไร ที่ไหนก็ได้	“เวลาที่มีคน มองแบบหัว จรดเท้า แบบรังเกียจ ของเราเป็น	

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ปัจจัยทางด้านจิตใจ			
			ไม่เงินนอนข้าง ถนน กัดหายไป นานแล้ว"			พยาบาล รังเกียจ กิน เหล้าเข้าไป ยาวพิเศษ ผม เป็นโรคความ ตันสูง มันช่วย ได้ กินแล้วสด ซีน"	ไปไม่มี ความสุข ดีกว่า"	ไม่ต้องสนใจ ใคร"	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	ตัวไร้ค่าผม ไม่กลัวคน อยู่แล้วผม คนกินเหล้า อยู่แล้วไม่ กลัวคนอยู่ แล้ว ถ้าไม่ กินก็จะ เก่งๆ หน่อย กิน แล้วไม่กลัว คนอะ คน กินเหล้ามัน ใจร้อน"

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
17.17	1. Psychotic Disorder	-	-	“มีเหตุจริง ก็ รู้สึกเสี่ยงตั้ง เหมือนกัน ไม่ ชอบ ไม่ชอบให้ คนมาคุยด้วย ปวดหัว เสี่ยงรถ เสี่ยงคนว่านว่าน ไปหมด ต้อง	-	-	-	-	-	-	“รู้สึก ว่า ตัวเองแม่ แบบเหมือน ขอทาน เลอะ รู้สึก ว่าตัวเองแม่ ลงอะไร อย่างนี้เย เขารังเกียจ ที่หนูไม่ชอบ อาบน้ำ รั ปาว”

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.J	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัจจัยทางด้านสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า	
18.ชา	1. Major depressive Episode	“รู้สึกแย่มาก เคยได้รับ เราก็ เหลือเงินน้อย แล้วยิ่งแล้ว แล้วยิ่งแบบ ข้าหวัดเราก็ แบบ..คือเราก็ ไม่เคยขอ ใครอะนะขอ เราก็ไม่เคยขอ	“ผมโดน ผู้รับเหมาก่อ โกงอะคือไม่ จ่ายเดือนหนึ่ง อ้างขึ้นผิดชั้น ผันอะเราก็ เลยแบบพวก เราก็เลย ส่วนมากก็จะ	“ขโมยบ้างมี พวกมีจอที่พอ อะไรแบบเนี่ยที่ เราต้องระวังตัว ตลอดเวลาเรา ไม่สามารถแบบนอนได้ตาม เวลาปกติ เหมือนคนทั่วไป ต้องคอยระวัง	-	“คือว่าตอน กลางคืนเนี่ยจะ พยายามนอนให้ ตึกที่สุดเพราะว่า มันจะมีพวก ประชาสงเคราะห์ มาจับไปอยู่ในนั้น เหมือนคุณกรับ ไม่อยากไป ต้อง	-	“เราไม่กล้า จะเราไม่กล้า เผอิญกับ ความจริงคือ แบบเข้าไป สมิตรงาน มัน โดนโกงจนต้อง ไปหมดแล้ว ครับ อยู่แบบ	-	“เรามั่นคน ข้างถนน ใจน้อยละ ครับ ต่ำ ต้องเราจะรู้สึกแบบไร้ คุณค่าเรา จะรู้สึกแบบ เออไม่มี คุณค่าใน	

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน										
		ปัจจัยทางสังคม					ปัจจัยทางด้านจิตใจ					
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการทำงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า		
19. นุศ	1. Major depressive	ใคร่ ทุกสิ่งทุกอย่างมันก็ แสบจะคู่ขยยะ เลขมั่ง”	เจอเหมือนกัน พวกเราก็เลย เช็ดที่จะแบบ ว่าไม่ยอม ทำงานเป็น เดือนคือไม่ได้ ซึ่เกี่ยวนะครั้บ แต่ว่าทนไม่ไหวกับความ โดนโกง”	ตอนเช้าตื่นก็จะ เพสีย”	-	คอยมาระวังมันก็ ไม่เป็นสุข”	นี่โหดกว่า มี กินไปวันวัน”	“การอยู่แบบ นี้บางทีมัน	“เหมือนจะ มีเพื่อมีใจ	“ที่เป็นแบบ นี้ใจมัย		

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข				
	Episode (Current)			อื่นใดไม่ได้ โดนตี ที่ก็เคย ระวัง ในแต่ละคืนว่า จะเกิดอะไร ขึ้น”		มาจับนะตอน กลางคืน นอนมั่ว ไม่ได้ ช้องเรา ออกจากบ้าน เพราะอยาก อิสระ แล้วจะจับ เราไปสถาน สงเคราะห์ก็กึ่ง เรายัง มีไม่ได้”		เหมือนต้อง มนตร์สะกด นะ ให้ไปไหน ไม่ได้ เพราะ เราไม่มี ความหวัง อะไรแล้ว แบบน้องรัฐ ใหม่ ว่าเรา ตกต่ำที่สุดใน ชีวิตแล้ว มัน ก็แค่นี้ แหละ”	ความหวัง สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน								
		ปัจจัยทางด้านสังคม			ปัจจัยทางด้านจิตใจ					
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า
										อยู่คนเดียว "
20.แอดิต	1. Psychotic Disorder (current)	-	-	"มันอยู่รอบ ๆ ระวังไปหมด อิงมีคนเยอะๆ อิงได้อินเสียง มัน มันไม่โอเค อยู่น้ำลายใส่ เลียงรถ ทำให้ หลอนไปเลย เหมือนจะ จะเข้ามาชน"	-	-	-	-	-	"อีตัวโตน ชยะ มิ่ง เหม้แม่หลัก บางที่มีมัน เดินผ่ามา ไอ้แกๆ แก่ จนจะตาย ทำแล้ว ตัว

case	โรคจิตเวช ปัจจุบัน วินิจฉัย โดย M.I.N.I	ตัวอย่างคำบอกเล่าที่แสดงถึงปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัญหาทาง เศรษฐกิจ	ปัจจัย ด้านการงาน	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม	สุขภาพและ ความพิการ	นโยบายจัด ระเบียบ คนไร้ บ้าน ของภาครัฐ	การเข้าถึง สวัสดิการ ทางสังคม และบริการ สาธารณสุข	ปัจจัยทางด้านจิตใจ			
								ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก สิ้นหวัง	ความรู้สึก โดดเดี่ยว	ความรู้สึก ไร้ค่า
											เรามีเงินไร้ค่า มันยิ่งต่ำ มันยิ่ง ตะคอก"

ตารางที่ 4 พบว่าปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชของ คนไร้บ้าน ประกอบด้วย ปัจจัยทางด้านสังคม ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ไม่มีเงินสำหรับการบริโภค ขั้นพื้นฐาน และดูแลชีวิตของตัวเองอย่างเหมาะสม 2.ระบบการจ้างงาน พบว่าผู้ให้ข้อมูลต้องจำทนอยู่ในสภาพการจ้างงานที่ไม่ยุติธรรม มีการโกงค่าแรง 3.สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคม ผู้ให้ข้อมูลต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงอันตราย โดยเฉพาะในเวลากลางคืน ทำให้มีปัญหารื่องการนอนหลับ 4. สุขภาพและความพิการ ผู้ให้ข้อมูลที่มีปัญหาสุขภาพทำให้มีการดำเนินชีวิตที่ยากลำบาก ส่งผลกระทบทางด้านจิตใจ 5.นโยบายจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ ซึ่งทำให้คนไร้บ้านรู้สึกโดนลิดรอนสิทธิส่วนบุคคล อีกทั้งยังสร้างความตระหนกกลัวให้กับผู้ให้ข้อมูล ทำให้ต้องหลบหนี โดยเฉพาะยามค่ำคืน 6.การเข้าถึงสาธารณสุขโรค ผู้ให้ข้อมูลพบปัญหาในเรื่องการเข้าถึงอาหาร น้ำ สถานที่ซักผ้า ตากผ้า และปัจจัยด้านจิตใจ ซึ่งเกิดจากปัจจัยทางสังคมที่ทับซ้อนกันส่งผลให้เกิดบาดแผลทางจิตใจ ได้แก่ 1.ความสิ้นหวัง พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึก ไม่มั่นคงในรายได้ ภาวะการณ่ตกงาน การจ้างงานที่ไม่เป็นธรรม ปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจ การเผชิญอยู่กับความ ผิดหวังตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถจินตนาการถึงอนาคต รวมไปถึงการกล่าวโทษ ดูถูกตนเอง 2. ความโดดเดี่ยว พบว่าผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกโดดเดี่ยวจากการโดนปล่อยปละละเลย รู้สึกว่าตนไม่สามารถพึ่งพาใครได้ ไม่มีเครือข่ายทางสังคม 3.ความรู้สึกไร้ค่า ผู้ให้ข้อมูลต้องตกอยู่ในสภาวะไร้บ้าน มีความรู้สึกกล่าวโทษต่อตนเอง รู้สึกว่าตนโดนรังเกียจ ไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม รู้สึกว่าตนไม่สามารถสร้างประโยชน์ต่อตัวเองและผู้อื่นได้ ไปจนถึงการที่รู้สึกว่ตนไม่เหมาะสมต่อการเป็นมนุษย์

ตารางที่ 5สรุปจำนวนปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชแต่ละโรคที่พบในคนไร้บ้าน

โรคจิตเวช	จำนวน	ปัจจัยทางจิตสังคมที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวชในปัจจุบัน									
		ปัจจัยทางด้านสังคมและสัมพันธภาพ					ปัจจัยทางด้านจิตใจ				
		ปัญหาทางเศรษฐกิจ N (%)	ปัจจัยด้านการงาน N (%)	สภาพแวดล้อม ความปลอดภัย ในสังคม N (%)	สุขภาพและ ความพิการ N (%)	นโยบายจัด ระเบียบคน ไร้บ้าน ของ ภาครัฐ N (%)	การเข้าถึง สาธารณสุข N (%)	ความรู้สึก สิ้นหวัง N (%)	ความรู้สึก โดดเดี่ยว N (%)	ความรู้สึก ไร้ค่า N (%)	
Depressive disorders	10	8 (80%)	8 (80%)	10 (100%)	6 (60%)	5 (50%)	3 (30%)	9 (90%)	7 (70%)	9 (90%)	
Bipolar disorder	1	1 (100%)	1 (100%)	1 (100%)	-	-	-	-	1 (100%)	1 (100%)	
Anxiety Disorder	2	2 (100%)	2 (100%)	2 (100%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	1 (50%)	2 (100%)	2 (100%)	
Substance - related disorders	6	4 (66.7%)	3 (50%)	6 (100%)	2 (33.3%)	5 (83.3%)	3 (50%)	6 (100%)	5 (83.3%)	6 (100%)	
Psychotic Disorder	6	1 (16.7%)	1 (16.7%)	6 (100%)	-	-	1 (16.7%)	1 (16.7%)	-	5 (83.3%)	
รวม	25	16 (64%)	15 (60%)	25 (100%)	9 (36%)	11 (44%)	8 (32%)	17 (68%)	15 (60%)	23 (92%)	

จากตารางที่ 5 พบปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการโรคจิตเวช 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดสุราและสารเสพติด โรคจิต ของคนไร้บ้านในสถานะปัจจุบัน รวมไปถึงผู้ที่มีโรคร่วม พบปัจจัยทางด้านสังคม 6 ด้าน ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ 16 ราย คิดเป็น ร้อยละ 64 ระบบการจ้างงาน 15 ราย คิดเป็น ร้อยละ 60 สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคม 25 ราย คิดเป็น ร้อยละ 100 สุขภาพและความพิการ 9 ราย คิดเป็น ร้อยละ 36 นโยบายจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ 11 ราย คิดเป็น ร้อยละ 44 การเข้าถึงสาธารณูปโภค 8 ราย คิดเป็น ร้อยละ 32 และ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความสิ้นหวัง 17 ราย คิดเป็น ร้อยละ 68 ความโดดเดี่ยว 15 ราย คิดเป็น ร้อยละ 60 และความรู้สึกไร้ค่า 23 ราย คิดเป็น ร้อยละ 92



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) จุดเน้นอยู่ที่ผู้วิจัยมุ่งสืบหาความรู้ ความจริง เนื้อหาสาระที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชจากมุมมองของคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช ในพื้นที่กรุงเทพมหานครฯ ในบทที่ 5 นี้ ผู้วิจัยได้นำเสนอถึงผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา โดยขอแนะนำเสนอรายละเอียดดังต่อไปนี้

สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน

1. ข้อมูลทั่วไป

พบผู้ให้ข้อมูลคือกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช จำนวน 20 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีมากถึง 15 ราย (ร้อยละ 75) เพศหญิง 5 ราย (ร้อยละ 25) ช่วงอายุต่ำสุดอยู่ที่ 26 - 30 ปี สูงสุด 60 ปี ขึ้นไป อายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ที่วัยกลางคน 31 - 40 ปี พบระยะเวลาการเป็นคนไร้บ้านต่อเนื่อง น้อยกว่า 3 ปีเป็นส่วน

ใหญ่ 10 ราย (ร้อยละ 50) รองลงมา ระหว่าง 3-5 ปี 3 ราย (ร้อยละ 15) พบผู้ให้ข้อมูลอาศัยในพื้นที่สาธารณะ มากกว่า 5 ปี 7 ราย (ร้อยละ 35) สถานะก่อนไร้บ้าน ส่วนใหญ่ โสด พบ 15 ราย (ร้อยละ 75) สมรส 5 ราย (ร้อยละ 25) สถานะปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน พบสถานะโสด 14 ราย (ร้อยละ 70) สมรส 2 ราย (ร้อยละ 10) สถานะหย่า 4 ราย (ร้อยละ 20) พบผู้ที่ไม่ได้ศึกษาเพียงแค่ว่า 3 ราย (ร้อยละ 15) ระดับชั้นประถมศึกษา 6 ราย (ร้อยละ 30) ระดับชั้นมัธยมต้น 4 ราย (ร้อยละ 20) ระดับชั้นมัธยมปลายหรือเทียบเท่า 7 ราย (ร้อยละ 35)

2. ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้านและหลังภาวะไร้บ้าน

สถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้าน พบผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิตเวช 4 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า 5 ราย (ร้อยละ 25) โรคอารมณ์สองขั้ว 1 คน (ร้อยละ 5) โรคติดยาและสารเสพติด 7 คน (ร้อยละ 35) และสุดท้ายโรคจิต 6 คน (ร้อยละ 30) สถานการณ์โรคจิตเวชในปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน พบโรคจิตเวช 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า 10 คน (ร้อยละ 50) โรคอารมณ์สองขั้ว 1 คน (ร้อยละ 5) โรควิตกกังวล 1 คน (ร้อยละ 5) โรคติดยาและสารเสพติด 6 คน (ร้อยละ 30) และสุดท้ายโรคจิต 6 คน (ร้อยละ 30)

สถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไ้บ้าน

1. อาการโรคซึมเศร้าที่พบก่อนเข้าสู่ภาวะไ้บ้าน

ด้านความคิด มีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ต้องการหนีออกจากบ้านเพื่อให้พ้นแก่ปัญหาที่ต้องเผชิญ ความคิดความอ่านเชิงซ้ำ ๆ หาทางออกไม่ได้ โทษตัวเอง

ด้านอารมณ์ รู้สึกโดดเดี่ยว รู้สึกเศร้ามาก เบื่อหน่ายกับสถานการณ์ปัญหาที่ต้องเผชิญ รู้สึกหดหู่ รู้สึกอ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง ตลอดจนรู้สึกหมดอาลัยตายอยาก รู้สึกผิดและไม่มีค่า

ด้านพฤติกรรม นอนไม่หลับ นอนชมอยู่กับที่ กินข้าวไม่ได้ หนีออกจากบ้าน ทำร้ายตนเอง ดื่มเหล้า ขาดสมาธิทำงานทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง

2. อาการโรคอารมณ์สองขั้วที่พบก่อนเข้าสู่ภาวะไ้บ้าน

ด้านความคิด คิดว่าตนเองเป็นลูกศิษย์ชั้นเอกของพระพุทธเจ้า มีความสามารถสร้างโลก มีความเคียดแค้นต่อเจ้าของที่พักอาศัยเดิม ซึ่งนำตัวผู้ให้ข้อมูลส่งโรงพยาบาล มีความคิดว่าคนรอบข้างจ้องจะทำร้าย เนื่องจากตนคือลูกศิษย์เอกของพระพุทธเจ้าจึงมีความต้องการออกมาเร็ววัน

ด้านอารมณ์ มีอารมณ์โกรธ หงุดหงิด สลับ กับอารมณ์มีความสุข สนุกสนาน

ด้านพฤติกรรม พูดเร็ว แสดงพฤติกรรมก้าวร้าว ตะคอก ใช้เงินจากมรดกก้อนสุดท้ายหมดอย่างรวดเร็ว มีพฤติกรรมทางเพศ

ด้านการรับรู้ รับรู้สิ่งที่ตนกระทำ เปิดเพลงเสียงดังในคอนโด ช่วยเพื่อนมาเฉลิมฉลองยามคำคืน สร้างความวุ่นวายแก่ผู้อื่น เป็นเรื่องที่ถูกต้องและสมควร รับรู้ว่า

3. อาการโรคติดสุราและสารเสพติดที่พบก่อนเข้าสู่ภาวะไ้บ้าน

ด้านความคิด การกินเหล้าทำให้สนุก คลายความทุกข์ กินเพื่อเพิ่มพลังในการทำงาน และเพิ่มความกล้าในการทำงานที่หน้าอาย เช่น การเก็บขยะ เป็นสิ่งที่จะต้องกินเพราะคนในครอบครัวต่าง ก็กินเหล้าเป็นประจำ

ด้านอารมณ์ หากไม่ได้กินเหล้าจะรู้สึกอ่อนเพลีย ไร้เรี่ยวแรง รู้สึกเหมือนใกล้จะขาดใจ หงุดหงิด โมโห รำคาญ เหนื่อย

ด้านพฤติกรรม กินเหล้าเป็นประจำทุกวัน ต้องการเมา มีพฤติกรรมก้าวร้าว

4. อาการโรคจิตที่พบก่อนเข้าสู่ภาวะไ้บ้าน

ด้านความคิด สมาธิแย่ลง ไม่สามารถตัดสินใจอะไรได้ มีความคิดหลงผิดคิดว่าตนจะโดนปองร้าย คิดว่าตนจะโดนฆ่า

ด้านอารมณ์ กลัวเป็นอย่างมาก หวาดระแวง หงุดหงิด โกรธ รำคาญ

ด้านพฤติกรรม ทำตามคำสั่งเสียงหูแว่ว หนีออกจากบ้านมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ทำร้ายตนเอง แยกตัวออกจากสังคม

ด้านการรับรู้ ประสาทหลอน เห็นภาพหลอนใส่ชุดไทย ได้ยินเสียงหูแว่วสั่งให้รำถวาย สั่งให้ทำร้ายตนเอง สั่งให้กระโดดตึก สั่งให้ออกจากบ้าน เดินไปเรื่อย ๆ

สถานการณ์โรคจิตเวชของคนไร้บ้านในปัจจุบัน

1. อาการโรคซึมเศร้าที่พบในปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน

ด้านความคิด ท้อแท้ อายากอยู่เงียบ ๆ คนเดียว เบื่อหน่าย ขาดสมาธิในการดำเนินชีวิต ไม่กล้าตัดสินใจในการดำเนินชีวิต รู้สึกผิดกับการกระทำของตนเองในอดีต รู้สึกว่าตนเองคือผู้ล้มเหลว

ด้านอารมณ์ เศร้า ไม่สนุกสนาน เต็มไปด้วยความทุกข์ หดหู่ อับอายต่อการชีวิตในพื้นที่สาธารณะ เหงื่อล้น บางรายรู้สึกโกรธ หงุดหงิด

ด้านพฤติกรรม แยกตัวออกจากสังคม กินข้าวน้อยลง นอนหลับยากมากขึ้น บางคนง่วงนอน ตลอดเวลา พุดซ้าลง

2. อาการโรควิตกกังวลที่พบในปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน

ด้านความคิด เครียด วิตกกังวลในทุกเรื่อง ไม่สามารถหาทางออกไม่ได้ มีสมาธิแย่ง

ด้านร่างกาย เหนื่อยง่าย รู้สึกอ่อนล้า เพลีย

ด้านพฤติกรรม นอนไม่หลับ แยกตัวออกจากกลุ่มเพื่อน

3. อาการโรคอารมณ์สองขั้วที่พบในปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน

ด้านความคิด มีความคิดหลงผิด คิดว่าคว้นจากท่อรถ เสียงดังจากบริเวณถนน จะช่วยเพิ่มพลังให้ตนเองได้ วางแผนโครงการที่จะทำให้โลกเกิดการเปลี่ยนแปลง วางแผนทำสงคราม วางแผนทำร้ายคนในจินตนาการ ไม่เชื่อว่าตนคือผู้ป่วย

ด้านอารมณ์ หงุดหงิดก้าว สลับกับมีอารมณ์ขันจนเกินความเป็นจริง

ด้านพฤติกรรม พุดเร็ว ไม่หลับไม่นอน

การรับรู้ รับรู้ถึงพลังวิเศษจากพระพุทธรูปเจ้าที่ตนได้รับ

4. อาการโรคติดสุราและสารเสพติดที่พบในปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน

ด้านความคิด หากไม่กินเหล้าจะเบื่ออาหาร มีความคิดว่าตนไร้ค่า อับอาย เป็นผู้ล้มเหลว

ด้านอารมณ์ หากไม่ได้กินจะรู้สึกหงุดหงิด อับอายในชีวิตของตนเอง หากได้กินเหล้าจะมีแรง ทำงาน มีความสุข รู้สึกสดใส มีพลัง

ด้านพฤติกรรม กินเหล้าจำนวนมากกว่า 2 กิโลกรัมทุกวัน หากไม่ได้กินจะแยกตัวออกจากสังคม

ด้านร่างกาย กระสับกระส่าย ใจหวิว เหนื่อยง่าย อ่อนล้า ไม่มีแรงทำงาน รู้สึกคันเนื้อคันตัวเหมือนจะเป็นไข้

5. อาการโรคจิตในปัจจุบันซึ่งอยู่ที่พบในสถานะไร้บ้าน

ด้านความคิด มีความคิดหลงผิดคิดว่าตนกำลังโดนปองร้ายจากมนุษย์ต่างดาว คิดว่าตนเอง เป็นผู้วิเศษ คิดว่ามีสิ่งใดกำลังกลั่นแกล้ง คิดว่าจะโดนจับไปเป็นขอลานตัดแขนตัดขา คิดว่าพื้นที่ข้างถนนทำให้ตนเองปลอดภัย ไม่เชื่อว่าตนคือผู้ป่วย

ด้านอารมณ์ รู้สึกหงุดหงิด รำคาญ รู้สึกโกรธ รู้สึกกลัว ขยะแขยง

ด้านพฤติกรรม นอนไม่หลับ เดินไปเดินมา กระสับกระส่าย

การรับรู้ ประสาทหลอน เห็นภาพหลอนมีตั้งแต่เห็นผู้ชายเป็นสัตว์ร้าย เห็นสิ่งของแปลงร่างได้ เห็นมนุษย์ต่างดาว มองเห็นอานาวิเศษ เช่นการกลายร่าง การสิงผู้อื่น หลอนและได้ยินเสียงหูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาคุยด้วยตลอดเวลา ได้ยินเสียงคนตำ ได้ยินเสียงคนถุยน้ำลายใส่ เสียงได้ออกคำสั่งให้แยกตัว ให้ไม่คุยกับใคร คอยด่าอย่างหยาบคาย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน

ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการโรคจิตเวช พบ 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคอารมณ์สองขั้ว โรคติดยาและสารเสพติด โรคจิต ของคนไร้บ้านในสถานะปัจจุบัน รวมไปถึงผู้ที่มีโรคร่วม พบปัจจัยทางด้านสังคม 6 ด้าน ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ร้อยละ 64 ระบบการจ้างงาน ร้อยละ 60 สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคม ร้อยละ 100 สุขภาพและความพิการ ร้อยละ 36 นโยบายจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ ร้อยละ 44 การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสาธารณสุข ร้อยละ 32 และ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ร้อยละ 68 ความโดดเดี่ยว ร้อยละ 60 และความรู้สึกไร้ค่า ร้อยละ 92

ปัจจัยทางจิตสังคมไม่ได้เกิดขึ้นเป็นปัจจัยทางลบที่ทำให้การใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะของผู้ให้ข้อมูลเต็มไปด้วยความยากลำบาก ความทุกข์ทรมาน สิ่งสำคัญคือเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นทับซ้อนกัน ไม่สามารถเกิดขึ้นได้เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ส่งผลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลาาน ถูกสะสมกลายเป็นบาดแผลทางจิตใจ เมื่อไม่สามารถปรับสภาพจิตใจและแก้ไขปัญหาใดปัญหาหนึ่งได้ บาดแผลเหล่านี้จึงส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวชและทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองได้อย่างมั่นคง ทั้งด้านกายภาพและด้านจิตใจ ดังนี้

ปัจจัยทางด้านสังคม

1. ปัญหาทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช พบได้ทุกโรคในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน พบในผู้ให้ข้อมูลจากโรคซึมเศร้า 8 ราย โรคอารมณ์สองขั้ว 1 ราย โรควิตกกังวล 2 ราย โรคติดเหล้าและสารเสพติด 4 ราย และโรคจิต 1 ราย คิดเป็น รวมเป็น 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 64 ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยทางเศรษฐกิจเป็นประเด็นปัญหาที่พบร่วมกันในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทุกโรค เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้าสู่วิถีไร้บ้าน การตัดสินใจออกมาไร้บ้านมีความต้องการเพื่อจะขยับเศรษฐกิจของตนเอง แต่ต้องพบกับความผิดหวัง การใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะต้องเผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจ ไม่มีเงินเพื่อใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน ไม่มีเงินเพียงพอสำหรับการบริโภคขั้นพื้นฐาน และการดูแลสุขภาพชีวิตของตนเองเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น การเข้ารับการรักษา การไม่มีทุนเพื่อประกอบอาชีพ ไม่สามารถกลับบ้านได้ เนื่องจากปัญหาเศรษฐกิจที่ต้องเผชิญ

2. ปัจจัยด้านการงาน เป็นปัญหาที่พบร่วมกันในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบได้ทุกโรคในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน พบในผู้ให้ข้อมูลจากโรคซึมเศร้า 8 ราย โรคอารมณ์สองขั้ว 1 ราย โรควิตกกังวล 2 ราย โรคติดเหล้าและสารเสพติด 3 ราย และโรคจิต 1 ราย รวมเป็น 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการงานเป็นประเด็นปัญหาที่พบได้มากที่สุดผู้ที่มีโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้คนกลุ่มไม่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองได้ การต้องนอนในพื้นที่สาธารณะ แต่งตัวในลักษณะมอมแมม ทำให้ถูกผู้จ้างปฏิเสธด้วยความรู้สึกรังเกียจบ่อยครั้ง ผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับ การจ้างงานไม่ธรรม ไม่จ่ายค่าแรงตามที่กำหนดไว้ โกงค่าแรง ทำงานหนักเกินกว่าแรงงานจะสามารถทำได้ การหักเงินค่าจ้าง กดขี่แรงงาน ตลอดจนการไม่จ้างงานเนื่องจากลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ ความพิการ นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับการทำงานที่รายได้ต่ำ ไม่นั่นคง ทำให้ไม่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองได้ ต้องทำงานที่ทำให้ตนรู้สึกว่าจะไม่สามารถสร้างคุณค่าให้กับตนเองได้

3. สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคม เป็นปัจจัยที่พบร่วมกันในคนไร้บ้านมากที่สุด กล่าวคือ ในผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิตเวชทุกโรค จะพบปัจจัยสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคมเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวช

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัยในสังคม ประกอบด้วยเรื่อง สภาพแวดล้อมทางกายภาพของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล อยู่ในพื้นที่ที่เต็มไปด้วยมลพิษทั้งทางเสียง อากาศ เสียงอันตรายในเรื่องอาชกรรมหรือการลักขโมย การโดนไล่จากเจ้าของพื้นที่หรือการนอนในพื้นที่สว่างทั่วไปที่มีผู้คนเดินผ่านไปผ่านมาทำให้รู้สึกโดนรังเกียจ การโดนคุกคามจากผู้อื่น เช่น โดนแซว โดนแกล้ง สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตซึ่งเป็นโรคที่มีความ

ผิดปกติทางด้านอารมณ์ความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ การอยู่ในพื้นที่สาธารณะที่ต้องเผชิญมลพิษทางอากาศ เสียง ความรู้สึกไม่ปลอดภัย กระตุ้นจินตนาการเพิ่มความรุนแรงของความคิดหลงผิด การรับรู้ผิดปกติจากเสียงหูแว่ว ตลอดจนการเห็นภาพหลอน

4. สุขภาพและความพิการ เป็นปัจจัยที่สำคัญ ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินชีวิต ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ พบ 3 โรค ในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน ได้แก่ โรคซึมเศร้า 6 โรควิตกกังวล 1 ราย โรคติดเหล้าและสารเสพติด 2 ราย รวมเป็น 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 36 ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดมีปัญหาในเรื่องสุขภาพจิตและมีผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งที่มีปัญหาในเรื่องของสุขภาพทางกายหรือความพิการร่วมด้วย กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความรู้สึกต่อปัญหาสุขภาพทางกายและความพิการของตนเองว่า ความพิการทำให้ตนเองไม่มีคุณค่าในการดำเนินชีวิต ไม่สามารถทำงานได้ ไม่สามารถใช้ชีวิตได้สะดวกสบายอย่างเดิม เมื่อมีโรคประจำตัวทำให้ไม่มีเงินมากพอสำหรับการรักษา โรคที่เป็นสร้างความรู้สึกรังเกียจต่อผู้อื่น อาการจากโรคทำให้ใช้ชีวิตอย่างยากลำบาก มีความหมดหวังต่อการรักษาให้หาย พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้า แม้ไม่กระทำการฆ่าตัวตาย แต่ใช้วิธีการไม่รักษาตัว ไม่กินยา เพราะหมดหวังต่อการรักษาโรคและการดำเนินชีวิต

5. นโยบายการจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ พบได้ 3 โรค ในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน ได้แก่ โรคซึมเศร้า 5 ราย โรควิตกกังวล 1 ราย โรคติดสุราหรือสารเสพติด 5 ราย รวมเป็น 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 44 ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช

จากผลการศึกษาพบว่า นโยบายการจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ เป็นประเด็นปัญหาที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยพบว่า เป็นนโยบายที่กระทำโดยหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดระเบียบพื้นที่สาธารณะ มีวิธีการให้เจ้าหน้าที่ตามกฎหมายพระราชบัญญัติ คຸ້ມຄອງคนໄກ່ທີ່ພີ່ງ 2557 เชิญตัวผู้ให้ข้อมูล ซึ่งอาศัยในพื้นที่สาธารณะ ออกจากพื้นที่อาศัยเดิม เพื่อเข้าทำการคัดกรองประวัติ หากไม่สามารถกลับภูมิลำเนาเดิมได้ จะถูกนำตัวไปพักในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งของภาครัฐ ซึ่งคนไร้บ้านไม่พึงประสงค์ต่อการเข้าไปอยู่ในสถานดังกล่าว ด้วยข้อจำกัดทางกตึกา และการจำกัดกีดเสีรภาพในการใช้ชีวิต การใช้ชีวิตในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งต้องใช้ชีวิตร่วมกับผู้คนที่หลากหลาย ต้องอยู่รวมกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตขั้นรุนแรง ทำให้เกิดความเครียดในการพักอาศัย สำหรับผู้ให้ข้อมูล เมื่อผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่สิ่งนี้คือการละเมิดสิทธิขั้นพื้นฐานในการเลือกที่พักอาศัย จึงคอยหลบหนี เปลี่ยนย้ายที่นอน จากเดิมที่เคยนอนในที่ปลอดภัย ไฟสว่าง กลับต้องหลบไปนอนในที่มืด เพื่อหลบตัวเองจากเจ้าหน้าที่รัฐ เช่น ตำรวจ เจ้าหน้าที่ของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ การกระทำตอกย้ำให้คนไร้บ้านเกิดความรู้สึกไร้ค่า สิ่งสำคัญคือทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีทัศนคติในแง่ลบต่อ

เจ้าหน้าที่ภาครัฐ และส่งผลกระทบต่อ การสร้างบาดแผลทางจิตใจทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช

6. การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสาธารณสุข พบได้ 4 โรค ในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน ได้แก่ โรคซึมเศร้า 3 ราย โรควิตกกังวล 1 ราย โรคติดเชื้อหรือสารเสพติด 3 ราย และโรคจิต 1 ราย รวมเป็น 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 ที่ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช

จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับการที่ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมที่มั่นคงได้ เช่น อาหารและน้ำดื่ม แม้ว่าจะมีสถานที่เปิดบริการอาหารและน้ำดื่ม แต่เป็นเพียงมือเดียวของวัน และไม่มีความสะดวกสบาย สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยถึงไม่มีรายอย่างกลุ่มผู้ให้ข้อมูล จึงมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินชีวิตด้วยอาหารเพียงมือเดียว การเข้าถึงแหล่งห้องน้ำ ซึ่งเป็นปัญหามาก สำหรับผู้ให้ข้อมูล โดยต้องแอบหรืออาศัยช่วงเวลาว่างในการทำธุระ ถ่ายท้อง อาบน้ำ ตลอดจนซักผ้า การเข้าไม่ถึงสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่เป็นนโยบายของภาครัฐ เช่น บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เนื่องจากไม่มีเครือข่ายผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการที่ควรได้รับ ผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน จึงไม่มีเอกสารยืนยันในการดำเนินการ ไม่มีความเข้าใจในขั้นตอนที่ซับซ้อนและยุ่งยากของวิธีการดำเนินการ อีกประเด็นปัญหาที่สำคัญคือการเข้าถึงบริการสาธารณสุข กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเมื่อเจ็บไข้ จะเลือกที่ไม่ไปรักษาที่โรงพยาบาล ใช้วิธีในการซื้อยามาทานเอง เนื่องจาก ไม่มีเงินสำหรับค่าเดินทาง เมื่อไปถึงสถานพยาบาลมักได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากผู้อื่น รู้สึกโดนรังเกียจ โดนแบ่งแยก กีดกัน และไม่มี ความหวังในการรักษาตัวเองให้หายจากปัญหาสุขภาพที่ต้องเผชิญ ทั้งนี้พบว่าปัญหาที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญคือการกีดกันทางสังคม (discriminate) จากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนของดำเนินการเพื่อเข้าถึงสวัสดิการและการเข้าถึงบริการสาธารณสุข การถูกรังเกียจ เมื่อแสดงตนว่าเป็นคนไร้บ้าน ถูกปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม ไม่เท่าเทียม

ในส่วนของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิต พบว่าเป็นกลุ่มที่ขาดการเข้าถึงด้านสวัสดิการทางสังคมและบริการสาธารณสุขอย่างรุนแรง เนื่องจากลักษณะอาการทางคลินิกที่ทำให้มีความคิดหลงผิด การรับรู้ที่ผิดปกติ ทำให้พวกเขาไม่สามารถเข้าถึงอาหารและน้ำดื่มที่สะอาด สิ่งสำคัญคือไม่สามารถเข้าถึงการบริการสาธารณสุขเรื่องการรักษาโรคจิตเวชได้ เมื่อขาดการรักษา จึงทำให้อาการเพิ่มมากขึ้น

ปัจจัยทางด้านจิตใจ

1. ความรู้สึกสิ้นหวัง พบได้ 4 โรค ในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน ได้แก่ โรคซึมเศร้า 9 ราย โรควิตกกังวล 1 ราย โรคติดเชื้อหรือสารเสพติด 6 ราย โรคจิต 1 รวมเป็น 17 ราย คิดเป็นร้อยละ 68 ที่ส่งผลกระทบต่อ การเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ท้อแท้ ไม่มีพลังใจในการเปลี่ยนแปลงชีวิต ไม่มีความหวังในการดูแลคุณภาพชีวิตของตนเอง ทั้งเรื่องความเป็นอยู่ การรักษาโรค การ

เปลี่ยนแปลงสถานะของตนเอง มองเห็นประสบการณ์ที่ตนเผชิญในทางลบ ไม่สามารถปรับสภาพจิตใจได้ โดยมีสาเหตุสำคัญมาจากปัจจัยทางสังคมที่หลากหลายปัจจัยซ้อนทับกัน สะสมต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานตั้งแต่ก่อนออกจากบ้าน ทั้งในเรื่องของ ความเปราะบางในสถาบันครอบครัว ปัญหาเศรษฐกิจ ระบบการจ้างงาน ปัญหาทางประชากร สุขภาพและความพิการ จากการโดนกีดกันทางสังคม เป็นผู้ไม่มีต้นทุนทั้งรายได้ การศึกษา ไม่มีความมีความมั่นคง ขาดการสนับสนุนทางสังคม การเผชิญอยู่กับความผิดหวังตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถจินตนาการถึงอนาคต พร้อมไปกับการกล่าวโทษดูถูกตนเอง ความสิ้นหวังนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลต่อโรคจิตเวชแต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ให้กลับไปสู่ภาวะการมีบ้าน มีงานทำที่มั่นคง มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

2. ความรู้สึกโดดเดี่ยว พบได้ 4 โรค ในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน ได้แก่ โรคซึมเศร้า 7 ราย โรคอารมณ์สองขั้ว 1 ราย โรควิตกกังวล 2 ราย โรคติดสุราหรือสารเสพติด 5 ราย รวมเป็น 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช

จากการศึกษาพบว่าความโดดเดี่ยวที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญไม่ได้เพิ่งขึ้นเมื่อใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ แต่เกิดขึ้นตั้งแต่ยังอาศัยอยู่ที่บ้าน เนื่องจากความเปราะบางของสถาบันครอบครัว การดูแลที่ปล่อยปละละเลย เนื่องด้วยสภาพทางสังคมที่ต้องการเข้ากินค่า ทำให้ไม่สามารถดูแลจิตใจได้อย่างเต็มร้อย การสูญเสียคนผูกพันในครอบครัวอย่างไม่มีวันกลับคืน การมีประวัติทำผิดในอดีตตลอดจนปัญหาสุขภาพจิตที่ทำให้มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม สร้างความรังเกียจจากคนในครอบครัว และเมื่อใช้ชีวิตข้างถนนต้องเผชิญกับความโดดเดี่ยวอีกครั้ง โดนกีดกันจากสังคม ได้รับการปฏิบัติอย่างเลือกปฏิบัติ ไม่มีเพื่อนข้างถนนที่สามารถพูดคุยช่วยเหลือกันได้อย่างมั่นคง เนื่องจากเป็นผู้ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน เป็นผู้ที่ขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งเรื่องทางกายภาพและจิตใจ

3. ความรู้สึกไร้ค่า เป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่สำคัญ พบได้ทุกโรคในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน โรคซึมเศร้า 9 ราย โรคอารมณ์สองขั้ว 1 ราย โรควิตกกังวล 2 ราย โรคติดเหล้าและสารเสพติด 6 ราย และโรคจิต 5 ราย คิดเป็น รวมเป็น 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 92 ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช

จากการศึกษาพบว่าความรู้สึกไร้ค่าเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบได้ในทุกโรค มีความรุนแรงต่อการเปลี่ยนแปลงอาการจิตเวช เกิดจากปัจจัยทางด้านสังคมที่หลากหลายทับซ้อนกัน สร้างความรู้สึกมองไม่เห็นคุณค่าของตัวเอง มองเห็นตนเองในด้านลบ ไม่เชื่อมั่นในตนเอง คิดว่าตนเองไม่สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนได้ มีความรู้สึกกล่าวโทษต่อตนเอง รู้สึกว่าตนโดนรังเกียจ ไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งได้รับผลกระทบจากสายตาท่าทางดูถูกของคนในสังคม การไม่มีเงินเลี้ยงชีพตนเอง ความรู้สึกว่าตนเป็นผู้ล้มเหลวในการดำเนินชีวิต การที่รู้สึกว่าจะตนไม่สามารถสร้างประโยชน์ต่อตัวเองและผู้อื่นได้

อภิปรายผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลโรคจิตเวชก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ พบประเด็นที่น่าสนใจนำมาอภิปรายดังนี้

ข้อมูลทั่วไป

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 20 ราย พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย มีมากถึง 15 ราย อายุที่พบส่วนใหญ่อยู่ที่วัยกลางคน 31 - 40 ปี สอดคล้องกับงานการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาของ อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ ที่พบว่าคนไร้บ้านที่เป็นเพศชายมีมากกว่าเพศหญิงหลายเท่าตัว โดยพบเพศชาย ร้อยละ 83 เพศหญิงพบเพียงร้อยละ 15 และแม้ว่าสังคมคนไร้บ้านจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ กล่าวคือ พบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 22 แต่จะพบว่าช่วงวัยที่พบได้มากที่สุดของคนไร้บ้านคือช่วงวัย 30-49 ปี พบระยะเวลาเป็นคนไร้บ้านต่อเนื่อง น้อยกว่า 3 ปี เป็นส่วนใหญ่ของผู้ให้ข้อมูล มีมากถึงครึ่งหนึ่งของผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย รองลงมา ระหว่าง 3-5 ปี 3 ราย พบคนไร้บ้านอาศัยในพื้นที่สาธารณะ มากกว่า 5 ปี 7 ราย ซึ่งถือว่าส่วนใหญ่เป็นคนไร้บ้านหน้าใหม่หรือคนไร้บ้านในช่วงเริ่มต้น (New homeless) ตามนิยามของ ดร.ธานี ชัยวัฒน์ และคณะ ที่กล่าวถึงนิยามของคนไร้บ้านหน้าใหม่หรือคนไร้บ้านในช่วงเริ่มต้น (New Homeless) คือ คนที่มีโอกาสจะตัดสินใจเป็นคนไร้บ้านหรือตัดสินใจเป็นคนไร้บ้านมาแล้วไม่เกิน 3 ปี ประกอบด้วย 1) คนที่มีโอกาสตัดสินใจเป็นคนไร้บ้าน เช่น คนที่เดินทางเข้าเมืองแบบไม่มีการวางแผน 2) คนไร้บ้านชั่วคราว เช่น คนที่มานอนฟรีตามหมอนซิทหรือหัวลำโพงไม่กี่วันเพื่อหางานทำ โดยอาจจะได้งานหรือไม่ได้งานก็ได้ แต่ยังมีความตั้งใจที่จะกลับไปนอนที่บ้าน และ 3) คือคนที่ตัดสินใจไร้บ้านมาแล้วไม่เกิน 3 ปี ระยะเวลาของการเป็นคนไร้บ้านที่พบในงานศึกษาชิ้นนี้มากที่สุด จึงเป็นคนตัดสินใจไร้บ้านมาแล้ว ไม่เกิน 3 ปี สถานะก่อนภาวะไร้บ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ โสด พบ 15 ราย ปัจจุบันซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน พบสถานะโสด 14 ราย พบผู้ที่ไม่ได้ศึกษาเพียงแค่ว่า 3 ราย ศึกษาถึงระดับชั้นประถมศึกษา 6 ราย ระดับชั้นมัธยมต้น 4 ราย ระดับชั้นมัธยมปลายหรือเทียบเท่า 7 ราย สอดคล้องกับการศึกษาของ อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ ที่ได้ทำการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง พบว่าคนไร้บ้านส่วนใหญ่ต่ำกว่ามัธยมศึกษา และมีเพียงแค่ ร้อยละ 6 ที่ไม่เคยได้รับการศึกษา

ความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้านและหลังภาวะไร้บ้าน

ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้านและหลังภาวะไร้บ้าน พบว่า สถานการณ์โรคจิตเวชก่อนไร้บ้าน พบโรคจิตเวช 4 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า 5 ราย (ร้อยละ 25) โรคอารมณ์สองขั้ว 1 ราย (ร้อยละ 5) โรคติดสุราและสารเสพติด 7 ราย (ร้อยละ 35) และสุดท้ายโรคจิต 6 ราย (ร้อยละ 30) สถานการณ์โรคจิตเวชในปัจจุบันที่พบในคนไร้บ้าน 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า 10 ราย (ร้อยละ 50) โรคอารมณ์สองขั้ว 1 ราย (ร้อยละ 5) โรควิตกกังวล 1 ราย (ร้อยละ 5) โรคติดสุรา

และสารเสพติด 6 ราย (ร้อยละ 30) และสุดท้ายโรคจิต 6 ราย (ร้อยละ 30) สอดคล้องกับการศึกษาของทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล ได้สำรวจความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ร้อยละ 76.1 โรคจิตเวชที่พบมากที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ โรคซึมเศร้า ร้อยละ 35.7 กลุ่มโรคจิต ร้อยละ 31.1 โรคติดยา ร้อยละ 22 พบว่าพบกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชในจำนวนที่ไม่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับงานการศึกษาของ การศึกษาของ Fekada A Hanlon C และคณะ ที่ศึกษาภาวะของโรคจิตเวชและการตอบสนองความต้องการของคนไร้บ้านในเมืองแอตติสอาบาบา เอธิโอเปีย ที่พบความชุกของโรคจิตเวชในคนไร้บ้านว่า พบคนไร้บ้านมีอาการติดยา ร้อยละ 41 โรคอารมณ์สองขั้ว ร้อยละ 2.2 โรควิตกกังวลร้อยละ 21 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 41.8 โรคจิต ร้อยละ 20 นอกจากนี้ยังพบว่า มีคนไร้บ้านที่เป็นโรคซึมเศร้า ตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน 5 ราย จาก ข้อมูลโรคซึมเศร้าในสถานะการปัจจุบันที่พบ 10 ราย โรคติดยาและสารเสพติด มีผู้ที่สารเสพติด 1 คน ได้รับการรักษาจนหาย ก่อนออกจากบ้าน ผู้ที่ติดยา 6 ราย มีอาการติดยาตั้งแต่ก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน เช่นเดียวกับกับ โรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิต ที่ผู้ให้ข้อมูลเริ่มเป็นโรคตั้งแต่มีก่อนเข้าสู่วิถีไร้บ้าน และพบว่าอาการจากโรคมีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน

โรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

สถานการณ์โรคซึมเศร้าในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านพบว่า ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคซึมเศร้า 10 ราย พบลักษณะอาการทางคลินิกของโรคซึมเศร้าตั้งแต่มีก่อนไร้บ้าน 5 ราย และพบว่าเริ่มเกิดอาการของโรคซึมเศร้าขึ้นพร้อม ๆ กับการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ 5 ราย

สถานการณ์ของโรคซึมเศร้าที่พบในผู้ให้ข้อมูลตั้งแต่มีก่อนไร้บ้าน มี 5 ราย เป็นจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าทั้งหมดในการศึกษานี้ ซึ่งพบว่า โรคซึมเศร้าที่เกิดขึ้นก่อนไร้บ้าน มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม ลักษณะอาการทางคลินิกในด้านของความคิดและอารมณ์มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในการไร้บ้าน เมื่อผู้ให้ข้อมูลพบกับความทุกข์ ความเครียด จากปัจจัยโครงสร้างทางสังคม เกิดจากการทับซ้อนของปัญหาที่หลากหลาย ทั้งในเรื่องของความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ และ ความพิการ ปัญหาเรื่องสุขภาพ ตลอดจน ประวัติการต้องโทษ เมื่อผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญกับปัญหาเหล่านี้ จึงนำมาซึ่งอาการของโรคซึมเศร้า สร้างอิทธิพลต่อการตัดสินใจหนีออกจากบ้าน หรือว่ามีความต้องการไปให้ไกลจากปัญหาที่ตนเองเผชิญ โดยเลือกวิถีการไร้บ้านเป็นหนึ่งทางเลือกสุดท้ายของชีวิต ผ่านการตัดสินใจอย่างมีสติสัมปชัญญะ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหอบความหวัง เพื่อการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์บางอย่างของชีวิต ต้องการพบกับชีวิตใหม่ แต่พวกเขากลับต้องผิดหวังซ้ำซาก เนื่องจากเมื่อตัดสินใจออกจากบ้าน พวกเขาขาดเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อรองรับผู้ที่กำลังเผชิญกับปัญหา เนื่องจากการขาดต้นทุนในชีวิตและวิถีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างกะทันหัน สอดคล้อง

การศึกษาทฤษฎีการสนับสนุนทางสังคมของ House ที่ได้กล่าวถึงประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมว่า ช่วยเพิ่มสุขภาวะทางด้านอารมณ์ โดยเครื่องมือต่าง ๆ ในการสนับสนุน ทั้งการช่วยเหลือ ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา วัตถุประสงค์ของ จะให้ผลในทางบวกแก่บุคคลได้ ช่วยในการปรับตัวของบุคคล ในการลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจและการประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง ป้องกันผลกระทบจากภาวะวิกฤติและการเปลี่ยนแปลง ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิต⁽²¹⁾

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้าหลังจากอยู่ในวิธีการไร้บ้าน พบว่าสาเหตุการตัดสินใจออกมาเป็นคนไร้บ้านไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิตเวชมาก่อน กล่าวคือ มีการท้อแท้ของปัญหาทั้งในเรื่องของความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ปัญหาเรื่องลักษณะประชากร เช่น เพศ อายุ และความพิการ ปัญหาเรื่องสุขภาพ ตลอดจน ประวัติการต้องโทษ ปัญหาเหล่านี้สร้างความทุกข์เช่นเดียวกัน สิ่งที่แตกต่างคือ ผู้ให้ข้อมูลเกิดอาการทางคลินิกหลังจากใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ซึ่งต้องเผชิญกับปัญหาทางสังคมที่หลากหลายและทับซ้อน ความเสี่ยงในพื้นที่สาธารณะที่สูงกว่าการมีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ซึ่งพบว่า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้าเกิดจากการไม่สามารถปรับตัวและสภาพจิตใจให้เข้ากับสถานการณ์วิถีไร้บ้านได้ สอดคล้องกับการศึกษา โลกของคนไร้บ้าน ของ บุญเลิศ วิเศษปรีชา ที่กล่าวถึงการปรับตัวของคนไร้บ้านว่า วิธีผู้การเป็นคนไร้บ้านมีมิติที่สำคัญคือมิติเชิงจิตสำนึกของการปรับตัวที่จะยอมรับการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะแทน “บ้าน” เพราะบ้านเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานสำหรับการดำรงชีวิตมนุษย์ สำหรับผู้ที่ตกอยู่ในภาวะไร้ที่อยู่อาศัยพวกเขาไม่ได้ยอมรับ “ความเป็นคนไร้บ้าน” อย่างทันทีทันใด โดยเฉพาะการต้อง “ถูก” มองด้วยสายตาเชิงลบจากผู้คนรอบข้าง แต่ละคนจึงต้องมีระยะผ่านของการปรับตัวจนกว่าจะยอมรับได้ และระดับของการยอมรับก็ไม่เท่ากัน บางคนอาจยอมรับเต็มตัว บางคนอาจแข็งขึ้นปรับเปลี่ยน ต่อรองให้ความหมายตัวเองในฐานะอื่นไม่ใช่คนเร่ร่อนหรือคนไร้บ้าน

สถานการณ์ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้าจึงมีทั้งกลุ่มที่อาการของโรคมีอิทธิพลต่อการการตัดสินใจออกจากสภาพปัญหาทางสังคมที่กำลังเผชิญ ซึ่งผ่านการตัดสินใจอย่างมีสติสัมปชัญญะ การตัดสินใจไร้บ้านเป็นทางเลือกสุดท้ายของชีวิต การกลายเป็นคนไร้บ้านได้นั้นเนื่องจากผู้ที่มีโรคซึมเศร้าเมื่อตัดสินใจออกจากบ้าน ผู้ให้ข้อมูลเหล่านี้ขาดเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคม ในการรองรับกลุ่มประชากรเปราะบาง ที่กำลังเผชิญกับปัญหาโครงสร้างทางสังคมและปัญหาสุขภาพจิต และกลุ่มที่สถานการณ์ก่อนการไร้บ้านไม่ได้มีอาการของโรคซึมเศร้า ลักษณะอาการทางคลินิกเกิดขึ้นเมื่ออยู่ในสถานะไร้บ้าน เนื่องด้วย ไม่สามารถปรับตัวและสภาพจิตใจให้ยอมรับกับสภาพแวดล้อมและปัจจัยทางจิตสังคมที่ต้องเผชิญ

โรคติดเหล้าและสารเสพติดในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

สถานการณ์โรคติดเหล้าและสารเสพติดในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านพบว่า ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน มีผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดเหล้า 6 ราย พบลักษณะอาการทางคลินิกของโรคติดเหล้าตั้งแต่สถานการณ์ก่อนไร้บ้าน ทั้ง 6 ราย และสถานการณ์ก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน พบผู้ที่มีโรคติดเหล้าและสารเสพติด 7 ราย มีเพียงรายเดียวที่มีอาการติดสารเสพติดตั้งแต่ก่อนการไร้บ้าน ซึ่งได้เข้ารับการรักษาจนอาการหายไปก่อนที่จะออกมาไร้บ้านเป็นเวลานาน

โรคติดเหล้าในสถานการณ์ก่อนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน จากผู้ให้ข้อมูลทั้ง 6 คน สร้างผลกระทบให้เกิดการตัดสินใจไร้บ้าน โดยโรคติดเหล้าและสารเสพติดเป็นโรคที่มีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และด้านร่างกาย ผู้ให้ข้อมูลได้มีการใช้เหล้าเป็นประจำ สะสมเป็นระยะเวลาหนึ่งด้วย ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความเห็นว่าการกินเหล้า เป็นสิ่งที่ครอบครัวยุติธรรม สังคมที่พวกเขาปฏิบัติเป็นเรื่องปกติ เป็นการกินเหล้าที่ส่งต่อจากรุ่นสู่รุ่นด้วยวัฒนธรรมของครอบครัว สอดคล้องกับทฤษฎีการเรียนรู้โดยการสังเกต ของแบนดูรา ที่มีแนวคิดว่าการเรียนรู้โดยการเรียนรู้โดยการสังเกตหรือการเลียนแบบโดยสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของบุคคลเรียนรู้โดยการเรียนรู้โดยการสังเกต (63) ทั้งนี้ ในกรณีของผู้ให้ข้อมูลที่เห็นการดื่มเหล้าของคนในครอบครัวเป็นระยะเวลาหนึ่ง เกิดจากขั้นตอนการเรียนรู้โดยสังเกต 4 ขั้นตอน 1.ขั้นให้ความสนใจ (Attention Phase) เป็นขั้นตอนที่ผู้ให้ข้อมูลสนใจในพฤติกรรมของตัวแบบนั้นก็คือคนในครอบครัว ที่ใช้เหล้ากันเป็นประจำ 2.ขั้นจำ (Retention Phase) ผู้ให้ข้อมูลได้จดจำพฤติกรรมของคนในครอบครัวเกี่ยวกับการใช้เหล้า 3.ขั้นปฏิบัติ (Reproduction Phase) ผู้ให้ข้อมูลได้ลองดื่มสุรา ปฏิบัติตามตัวแบบคือคนในครอบครัว 4.ขั้นจูงใจ (motivation Phase) เมื่อลองกระทำผลเป็นไปในทางดีบวก กล่าวคือผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าการกินเหล้าช่วยลดความทุกข์ เพิ่มความสุข จึงได้แสดงพฤติกรรมนั้นซ้ำ ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาหนึ่ง

ผลที่ตามมาจากการดื่มเหล้าเป็นระยะเวลาหนึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถทำงานได้หรือทำงานด้วยประสิทธิภาพที่ลดลง เนื่องด้วยพฤติกรรมที่ผิดปกติและปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการติดเหล้า จากตำราการเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช ของรัศมีน กัลยาศิริ ที่กล่าวถึงผลกระทบทางคลินิกที่เกิดจากการดื่มสุราว่า การดื่มสุราระยะยาวแบบเรื้อรังจะทำให้เกิดการเสพติดซึ่งเป็นสภาวะที่อันตรายถึงชีวิตโดยเฉพาะในช่วงลดหรือการหยุดดื่มเนื่องจากอาจเกิดอาการสั่นและชัก และกลุ่มอาการเพ้อคลั่งสั่น (delirium tremens) ได้ นอกจากนี้สุรายังเป็นพิษต่อตับ และเพิ่มความเสี่ยงในการเป็นโรคมะเร็ง⁽⁵⁹⁾ ไม่เพียงแต่ส่งผลในปัญหาทางกาย สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบว่าการติดเหล้ายังส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ปัจจัยที่พบร่วมกันในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ต้องเผชิญกับปัญหาเชิงโครงสร้างทางสังคม ที่ประกอบด้วย ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ความเข้มแข็งของชุมชน ความเปราะบางทางเศรษฐกิจ ปัญหาการว่างงานหรือไม่ถูกจ้างงาน

เมื่อประกอบรวมกับปัญหาติดเหล้าจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าคุณค่า เป็นที่น่ารังเกียจของครอบครัวและชุมชน เมื่อสะสมจนเป็นระยะเวลาาน ผู้ให้ข้อมูลจึงตัดสินใจออกจากบ้าน เพื่อรักษาคุณค่าในตัวเอง ตัดสินใจหันหลังให้กับครอบครัวออกจากบ้าน เพื่อต้องการหาพื้นที่ที่สามารถรักษาศักดิ์ศรีของตนเองไว้ได้ สิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ร่วงหล่นลงสู่พื้นที่สาธารณะ คือเมื่อพวกเขาตัดสินใจออกจากบ้านเพื่อกอบกู้ศักดิ์ศรีกลับไม่มีเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมเพื่อรองรับผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหา และวิกฤติการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอย่างกะทันหัน บวกรวมกับปัญหาผู้ที่เป็นโรคติดเหล้าถูกมองด้วยมายาคติว่า เป็นคนเกียจคร้าน เป็นคนนิสัยไม่ดี จึงทำให้ขาดโอกาสในการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสังคม ตลอดจนการรักษา และฟื้นฟูเยียวยา สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายทางจิตสังคมของกลุ่มคนไร้บ้านผู้หญิงที่ติดสารเสพติดและมีอาการพึ่งกายาเสพติด ของ กาลีฟ และคณะ ที่พบว่า การเผชิญกับปัญหาที่เป็นเชิงลบนั้นจะมีผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตและสุขภาพทางกายของกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน การไม่ได้สนับสนุนทางสังคมทำให้คนไร้บ้านต้องเผชิญสถานการณ์อันเลวร้ายเพียงลำพัง นำมาซึ่งการผันตัวเข้าสู่วงจรการใช้สารเสพติดมากยิ่งขึ้น⁽⁶⁰⁾

เมื่อมาอยู่ในพื้นที่สาธารณะ ความเป็นอิสระที่ได้รับ ความเครียด ความทุกข์ที่ต้องเผชิญทั้งในอดีตและปัจจุบันที่ต้องเผชิญ ทำให้ตัดสินใจใช้เหล้าเป็นเครื่องมือในการซื้อความฝันราคาถูก กล่าวคือเมื่อดื่มเหล้า ทำให้พบกับความสนุกสนาน สามารถจินตนาการได้โดยหลุดพ้นจากสภาพความเป็นจริงที่เผชิญ สร้างความสุขภายในจิตใจและเลือกใช้เหล้ามากยิ่งขึ้น ซึ่งประเด็นดังกล่าวเกี่ยวข้องกับด้านชีวเคมีและการทำงานของสมอง การบริโภคสุราเข้าสู่ร่างกายอยู่ภายใต้การควบคุมของระบบประสาทส่วนกลาง สมองบริเวณ ventral tegmental area ที่เชื่อมโยงกับการทำงานกับสมองส่วน Nucleus Accumbent มีสารสื่อประสาทที่สำคัญคือ Endogenous Opioid และ Dopamine โดยสารทั้งสองชนิดจะถูกกระตุ้นโดยสุรา ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเพิ่มของสารสื่อประสาทแต่ละชนิด โดยเฉพาะโดปามีน (Dopamine) และ เซโรโทนิน (serotonins) ที่หลังเพิ่มขึ้นในช่วงแรกของการบริโภคสุรา ขณะที่ระดับแอลกอฮอล์ในเลือกลงพบว่าจะมีอาการร่าเริง สนุกสนาน ต่อมาจะเกิดแรงเสริมทางลบคือลดความวิตกกังวลและคลายเครียดช่วงระยะเวลาสั้น ๆ⁽¹³⁾ สอดคล้องการศึกษา โรคจิตเวชเรื้อรังและพฤติกรรมเสี่ยงของประชากรไร้ที่อยู่อาศัยในชิคาโก สหรัฐอเมริกา พบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มประชากรไร้ที่อยู่อาศัย ที่พบได้บ่อยคือพฤติกรรมติดสุรา โดยมีประวัติการใช้สารเสพติดและการติดบุหรี่ตั้งแต่ก่อนออกจากบ้าน และเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเมื่ออยู่ในพื้นที่สาธารณะ ระยะเวลาการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะสัมพันธ์กับการเกิดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเห็นได้ชัด⁽⁵⁶⁾

โรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

สถานการณ์โรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิต พบว่า ในปัจจุบันพบผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้ว 1 ราย และผู้ที่มีโรคจิต 6 ราย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตพบลักษณะอาการทางคลินิกตั้งแต่มีก่อนเข้าสู่วิถีไร้บ้าน และพบว่าผู้ให้ข้อมูลเคยได้รับการรักษาทางจิตเวชก่อนเข้าสู่วิถีไร้บ้าน ทั้ง 7 ราย ลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอาการ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ที่ผิดปกติ ผู้ให้ข้อมูลไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (out of reality) หลงผิดหรือประสาทหลอน กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วผู้ให้ข้อมูลมีความผิดปกติทางอารมณ์อย่างมาก ส่งผลต่อพฤติกรรม สร้างความเดือดร้อนรบกวนนายจนไม่สามารถอยู่ในสังคมได้ และมีความหลงผิดเชื่อว่าตนเป็นคนผู้ที่มีความเหนือมนุษย์เทพเจ้าส่งมาเพื่อรักษาโลกมนุษย์ กลุ่มโรคจิตผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ที่ผิดปกติมีอาการประสาทหลอน ได้ยินเสียงหูแว่วสั่งให้ออกจากบ้าน สั่งให้เดินไปเรื่อย ๆ

ลักษณะอาการทางคลินิกที่เกิดขึ้นมีอิทธิพลต่อเข้าสู่วิถีการไร้บ้าน โดยขาดสติสัมปชัญญะในการตัดสินใจอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ เป็นการตัดสินใจที่ไม่ตรงกับโลกของความเป็นจริง จากการศึกษาความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร พบผู้ที่มีโรคจิตในประชากรคนไร้บ้าน ร้อยละ 23-35⁽⁵³⁾ เมื่อเทียบกับความชุกของโรคในกลุ่มประชากรทั่วไปซึ่งพบความชุกของโรค ร้อยละ 0.88 หมายความว่าพบโรคจิตในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 23-35 เท่า⁽⁶¹⁾ เป็นตัวเลขสูงและน่าเป็นห่วงสำหรับความสามารถในการเข้าถึงการรักษา เยียวยา และฟื้นฟูโรคของผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของคนไร้บ้านบนพื้นฐานคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีการป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรง พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ไร้ที่อยู่อาศัยแย่กว่าผู้ที่มีหลักแห่งในการอาศัยชัดเจนเนื่องจาก สภาพแวดล้อม การเข้าถึงการรักษา ความเป็นอยู่ ครอบครัวยุ และสัมพันธภาพ ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชไร้ที่อยู่อาศัยจะดีขึ้น หากเข้าถึงบริการการรักษา การฟื้นฟู เยียวยา ได้รับการสนับสนุนทางสังคม⁽⁶²⁾

สิ่งสำคัญสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตทุกราย ไม่เพียงแต่ลักษณะอาการของโรคจิตเวชเท่านั้น ที่ส่งผลให้พวกเขาต้องออกมาไร้บ้าน แต่ยังพบว่าเกิดจากการทับซ้อนกันระหว่างปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว หรือแม้กระทั่งการอยู่ในครอบครัวที่มีเพียงแคผู้สูงอายุ ตลอดจนความล้มเหลวในกระบวนการรักษาโรคทางจิตเวช การขาดโอกาสในการได้รับการสนับสนุนและช่วยเหลือจากสังคม ผู้ให้ข้อมูลอยู่ในครอบครัวที่มีเศรษฐกิจระดับปานกลางไปจนถึงขั้นรายได้น้อย เมื่อป่วยเป็นโรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้ว ทำให้ไม่สามารถทำงานเพื่อแบ่งเบาภาระของครอบครัวได้ อีกทั้งในการรักษา ฟื้นฟู เยียวยา ต้องเป็นไปอย่างใกล้ชิด ซึ่งครอบครัวไม่สามารถดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องด้วยสถานะทางการเงินและต้นทุนด้านเวลาของคนในครอบครัว มีปัญหาความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จากการที่ผู้ให้ข้อมูลมักได้รับการเตือนจากครอบครัว ในเรื่องของการรักษา ความไม่เข้าใจ

ของคนในครอบครัวและการทำใจยอมรับอย่างยากลำบากเกี่ยวกับ อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล ความล้มเหลวในกระบวนการรักษาโรคทางจิตเวช ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตทุกรายเคยผ่านการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชด้วยระบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาล หลังสิ้นสุดการรักษา ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถรับรู้ตามโลกของความเป็นจริง ว่าตนกำลังป่วย ไม่สามารถทานยาจิตเวชตามคำสั่งแพทย์ และมีการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ทำให้อาการกำเริบเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนผู้ให้ข้อมูลขาดการสนับสนุนทางสังคม เพื่อช่วยในการรองรับเมื่อเกิดเหตุการณ์วิกฤติในชีวิต สุดท้ายจึงร่วงหล่นลงสู่วิถีการเป็นไร้บ้าน และตอกย้ำความรุนแรงด้วยการเป็นคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช

สิ่งที่น่าเป็นห่วงสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตพบว่าสำหรับผู้ให้ข้อมูลในงานวิจัยชิ้นนี้ ซึ่งเป็นผู้ที่มีลักษณะอาการที่ยังไม่รุนแรงถึงระดับที่มีความผิดปกติอย่างมากต่อลักษณะบุคลิก ผู้ให้ข้อมูลยังสามารถอยู่ร่วมกับคนไร้บ้านทั่วไป ไม่มีอาการอาลาवाद ที่ดูแล้วเป็นอันตรายต่อผู้อื่น อาการที่เกิดขึ้น หากไม่ทำการสังเกตดูอย่างจริงจังก็จะไม่สามารถรับรู้ถึงความผิดปกติทางสุขภาพจิตได้ ทำให้ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างทันท่วงที โดยทิ้งพวกเขาให้เผชิญกับความยากลำบากในพื้นที่สาธารณะอย่างโดดเดี่ยว และการอยู่ในพื้นที่สาธารณะยิ่งยาวนาน จะยิ่งทำให้การทำงานของร่างกายและจิตใจผิดปกติมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการรายงานและสำรวจตนเองของผู้ที่ติดสารเสพติดในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช Tolomiczenko.Gs พบว่า สาเหตุของการไร้บ้านมีความเกี่ยวข้องกับโรคจิตเวช เนื่องด้วยอาการและพฤติกรรม ที่สำคัญการอยู่ในพื้นที่ข้างถนนเป็นระยะเวลาเวลานาน จะยิ่งส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางจิตในระยะยาว และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fekada A Hanlon C และคณะที่ศึกษาภาระของโรคจิตเวชและการตอบสนองความต้องการของคนไร้บ้านในเมืองแอตติสอาบาบา,เอธิโอเปีย พบโรคจิตเวชเกี่ยวข้องกับสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคจิต (Psychotic disorder) พบร้อยละ 8 และยังพบกลุ่มที่ไม่สามารถให้คำตอบได้ว่าตนไร้บ้านด้วยสาเหตุอะไร มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการจากโรคจิตเวช หากสมมุติฐานนี้เป็นจริง เท่ากับจะมีคนไร้บ้านด้วยสาเหตุของโรคจิตเวชมากกว่าร้อยละ 50 รวมไปถึง การศึกษาของ Tolomiczenko และ Goering ที่พบว่าสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านที่พบได้บ่อย ๆ คือ โรคทางจิตเวช โดยเฉพาะโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่อยู่ในกลุ่ม Psychotic disorders สมาคมสุขภาพจิตแห่งแคนาดารายงานว่า 1ใน3 ของคนไร้บ้านมีอาการเจ็บป่วยทางจิต และอาการทางจิตเวชสามารถก่อให้เกิดการไร้บ้านได้

นอกจากนั้นยังมีความเป็นไปได้ว่า สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่ไม่สามารถให้ข้อมูลของครอบครัวไม่สามารถจดจำรายละเอียดของบ้านที่ตนเคยอาศัย อาจมีความเป็นไปได้ว่า พวกเขาอาจเป็นคนหายที่มีโรคจิตเวช สถานการณ์คนหายในประเทศไทยจากข้อมูลสถิติคนหาย ประจำปี 2561 ของศูนย์ข้อมูลคนหายมูลนิธิกระเจกเงา ระบุว่า มีคนหายที่แจ้งเข้ามายังมูลนิธิกระเจกเงา 887 คน เป็นคนหายด้วยโรคสมองเสื่อม 129 คน คิดเป็น ร้อยละ 14.6 หายด้วยปัญหาพัฒนาการทางสมอง 57 คน คิด

เป็น ร้อยละ 6.4 หายด้วยโรคจิตเวช 326 คน คิดเป็น ร้อยละ 36.8 ซึ่งสูงกว่าคนหายที่มีอาการสมองเสื่อมเกือบเท่าตัว และพบว่าจากคนหายที่มีอาการจิตเวชทั้งหมด ยังมีอีกกว่า 56 ราย ที่ยังหาไม่พบตัว ไม่ทราบความคืบหน้า และ ครอบครัวยังรอคอยการกลับบ้าน สิ่งสำคัญคือ มีความเป็นไปได้ว่าพวกเขาอาจกำลังกลายเป็นคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช นั้นหมายความว่า หากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการช่วยกลุ่มคนเหล่านี้ สามารถเข้าถึงพวกเขาได้อย่างรวดเร็ว จะสามารถลดอัตราความเสี่ยงในการเพิ่มขึ้นของคนไร้บ้าน ทำให้สามารถลดทอนปัญหาคนหาย และทำให้พวกเขามีโอกาสได้กลับบ้านไปพบกับครอบครัวอีกครั้ง ยังเป็นการดูแลคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะและสามารถทำให้พวกเขากลับบ้านด้วยความมั่นคงทางจิตใจมากขึ้นได้

สรุปได้ว่าประชากรกลุ่มที่เสี่ยงเปราะบางต่อการเป็นคนไร้บ้านที่มีอาการจิตเวชได้นั้น คือกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกจัดว่าอยู่ในระดับรุนแรง อาทิ โรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้วซึ่งเป็นโรคที่มีความคิดหลงผิดมีการรับรู้ที่ผิดปกติเป็นโรคจิตเวชที่มีลักษณะอาการทางคลินิกอย่างรุนแรง โรคจิตเวชของผู้ป่วยนั้นนับจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยอาจกลายมาเป็นผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในพื้นที่สาธารณะได้ แต่เงื่อนไขโรคจิตเวชเพียงลำพังก็ไม่สามารถที่จะเป็นแรงผลักดันให้ผู้ป่วยต้องมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะได้เพียงอย่างเดียว องค์ประกอบทางสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวเนื่องเช่นการดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และรัฐนั้นต่างอยู่ในสภาพยากลำบากต่อการดูแลและจัดการ เนื่องจากโรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูดูแลยาวนาน ใช้การเอาใจใส่ในระดับเข้มข้นต่อเนื่อง ใช้การลงทุนในทรัพยากรทั้งเวลาทรัพยากรที่สูงถ้าต้องการผลลัพธ์ต่อการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ หรือทัศนคติความรู้ความเข้าใจต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่คนในสังคมมียังห่างไกลคำว่าถูกต้องอย่างมาก ด้วยปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับประสบปัญหาอย่างมาก โกลาหลอย่างรุนแรง โรคจิตเวชและปัจจัยทางสังคมดังกล่าวจึงเป็นระเบิดเวลาที่จะสร้างปัญหาให้กับคุณภาพประชากรในอนาคตอย่างเลี่ยงไม่พ้น ซึ่งการเกิดขึ้นของกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชนับเป็นรูปธรรม ตัวอย่างได้อย่างชัดเจน

โรควิตกกังวลในกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน

สถานการณ์โรควิตกกังวลในกลุ่มประชากรคนไร้บ้านพบว่า ปัจจุบันผู้ให้ข้อมูลซึ่งอยู่ในสถานะไร้บ้าน มีผู้ที่ป่วยด้วยโรควิตกกังวล 2 ราย พบลักษณะอาการทางคลินิกของโรคภายหลังจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ สาเหตุการเข้าสู่วิถีไร้บ้าน เนื่องด้วยปัจจัยโครงสร้างทางสังคม ประกอบด้วยปัญหาทางเศรษฐกิจที่ทับซ้อนไปด้วยปัญหาทางครอบครัว บ้าน สอดคล้องกับงานการศึกษาของ มน ทกานต์ ฉิมمامิ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุและจุดเปลี่ยนของการเป็นคนไร้บ้านที่ศึกษาในเชิงมิติโครงสร้างทางสังคมว่าสาเหตุที่เป็นจุดเปลี่ยนให้ออกมาใช้ชีวิตนอกร้านมีสองปัจจัยคือปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและปัญหาครอบครัว และสอดคล้องกับงานการศึกษาของบุญเลิศ วิเศษปรีชา ที่กล่าวว่าการ

ตัดสินใจไว้บ้านของคนไร้บ้านมีหลากหลายปัจจัยทับซ้อนอยู่ ทั้งเรื่องความเปราะบางของสถาบันครอบครัวและปัญหาเศรษฐกิจ⁽³⁾

เกิดอาการวิตกกังวลภายหลังจากอาศัยในพื้นที่สาธารณะเนื่องจาก มีความคิดที่อยากเปลี่ยนแปลงตนเองให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ไม่สามารถทำได้อย่างหวัง ผู้ให้ข้อมูลคือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากความยุติธรรมทางสังคม เมื่อไร้บ้านแล้ว ไม่สามารถเข้าถึงระบบสวัสดิการที่มั่นคง ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ เนื่องจากต้นทุนในชีวิต ที่ประกอบไปด้วยเครือข่ายทางสังคม การศึกษา สถานะทางการเงิน อีกทั้งยังพบปัญหาทางลักษณะประชากร ในเรื่อง อายุ สุขภาพ และความพิการ มีปัญหาทางเศรษฐกิจร่วมกับปัญหาความเปราะบางทางสถาบันครอบครัว สอดคล้องกับตำราจิตเวชศาสตร์รามาธิบดี ของ มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ ที่กล่าวถึงอาการของโรคจิตกกังวลว่าอาการเด่น ได้แก่ มีความกังวลอย่างมากในเรื่องต่าง ๆ อย่างต่อเนื่องโดยมักเป็นเรื่องเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การงาน การเงิน สุขภาพ ความเป็นอยู่ในครอบครัว และ อาจพบอาการทางร่างกาย เช่น เหนื่อยง่าย ปวดตึงกล้ามเนื้อร่วมด้วย⁽¹³⁾

จากผลการศึกษาทั้งหมดแสดงให้เห็นว่าสาเหตุการไร้บ้านของคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช เกิดจากสาเหตุที่หลากหลาย นอกจากลักษณะอาการทางคลินิกที่ส่งผลให้พวกเขาต้องออกมาไร้บ้าน ยังซ้อนทับกับประเด็นปัญหาทางสังคม และความล้มเหลวของกระบวนการรักษาโรคทางจิตเวช สะสมเป็นระยะเวลายาวนาน สิ่งสำคัญคือเมื่อเกิดปัญหาในชีวิต ผู้ให้ข้อมูลยังขาดเครือข่ายและการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยรองรับ เมื่อยามที่เกิดวิกฤติและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตอีกด้วย

ส่วนที่ 2 ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวชในคนไร้บ้าน

ปัจจัยทางจิตสังคมที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการโรคจิตเวชในปัจจุบัน พบว่ามีปัจจัยทางด้านสังคม 6 ด้าน ได้แก่ ปัญหาทางเศรษฐกิจ ระบบการจ้างงาน สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคม สุขภาพและความพิการ นโยบายจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ การเข้าถึงสาธารณูปโภค และ ปัจจัยทางด้านจิตใจ ได้แก่ ความสิ้นหวัง ความโดดเดี่ยว และความรู้สึกไร้ค่า ปัจจัยทางจิตสังคมไม่ได้เกิดขึ้นเป็นปัจจัยทางลบที่ทำให้การใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะของผู้ให้ข้อมูลเต็มไปด้วยความยากลำบาก ความทุกข์ทน สิ่งสำคัญคือเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นทับซ้อนกัน ไม่สามารถเกิดขึ้นได้เพียงปัจจัยใดปัจจัยหนึ่ง ส่งผลซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานาน ถูกสะสมกลายเป็นบาดแผลทางจิตใจ ส่งผลให้เกิดความเครียดเรื้อรังในคนไร้บ้าน อันจะนำมาซึ่งการขาดความมั่นคงและคุณภาพชีวิตที่ดี กลายเป็นความเครียดที่ส่งผลกระทบต่อปัญหาทั้งสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจ ศรีเรือน แก้วกั้วาล กล่าวว่า ความเครียดเป็นสภาวะทางอารมณ์ประเภทหนึ่ง โดยเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งภายนอกและภายใน การตอบสนองต่อภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด

เป็นเรื่อง “เฉพาะตัว” ความเครียดจะมีผลต่อสภาพร่างกายและจิตใจของบุคคลทั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือ บุคคลที่มีความเครียดในระดับสูงจะมีผลทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ ส่วนความเครียดในระดับต่ำจะมีผลทางบวกต่อพฤติกรรมในด้านต่าง ๆ และสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดว่า เกิดผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะส่งผลให้จิตใจเต็มไปด้วยการหมกหมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจ สิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ขาดความระมัดระวังในการทำงาน จนเป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว ซึมเศร้า โกรธง่าย ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เศร้าซึม วิตกกังวล ถ้าหากมีความเครียดเป็นระยะเวลาที่ยาวนาน จะส่งผลให้เกิดอาการทางจิตจนกลายเป็นโรคจิตประสาทได้ และสอดคล้องกับงานการศึกษา โรคจิตเวช พฤติกรรมเสี่ยง และการไร้บ้านเรื้อรัง ของชาวแอฟริกัน ในเมืองชิคาโก้ ประเทศสหรัฐอเมริกา ของ Anne L. Castro และคณะ ที่พบว่าประสบการณ์ความรุนแรงจากการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะสร้างบาดแผลทางจิตใจให้กับคนไร้บ้านแม้จะเป็นเพียงประสบการณ์ไม่กี่เดือนก็ตาม พวกเขามีความเสี่ยงในการเลือก กลไกการป้องกันตัว (coping mechanism) ที่ไม่ดีและส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจ

ปัจจัยทางด้านสังคม

1. ปัญหาทางเศรษฐกิจ

ผลการวิจัยพบว่าปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช พบได้ทุกระลอกในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน ทั้งในผู้ให้ข้อมูลจากโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล โรคติดเหล้าและสารเสพติด และโรคจิต คิดเป็นร้อยละ 64 ซึ่งมากกว่าครึ่งของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีปัจจัยทางเศรษฐกิจที่ส่งผลกระทบต่ออาการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช

ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่ทับซ้อนยาวนานต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนออกจากบ้านรวมทั้งยังเป็นสาเหตุของการไร้บ้าน โดยพบว่า เมื่อทางครอบครัวอยู่ในภาวะความจน จึงต้องออกมาตามหัวเมืองหลักเพื่อหางานทำ แต่กลับต้องพบกับความผิดหวัง การอยู่ในพื้นที่สาธารณะยิ่งประสบกับปัญหาเศรษฐกิจมากขึ้นไปอีก ด้วยต้นทุนที่ต่ำ ทั้งด้านการเงิน ทางสังคม ทางความรู้ ไปจนถึง ทางด้านกายภาพ โดยมักถูกมองอย่างเมารวมว่าเป็นพวกไร้หัวนอนปลายเท้า งานที่ได้ทำจึงเป็นงานที่ใช้ทักษะต่ำ ไม่มีความมั่นคง ทำให้ไม่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองได้ จากการศึกษาของ อนรรฆพิทักษ์ธานี และคณะ ที่ได้ทำการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง พบว่าคนไร้บ้านประมาณ ร้อยละ 40 มีรายได้มาจากอาชีพรับจ้างทั่วไป ซึ่งเป็นงานที่ไม่มีความมั่นคงและแน่นอนทางรายได้ ประมาณ ร้อยละ 20 มีรายได้จากการหาของเก่าขาย และร้อยละ 12 มีรายได้มาจากการค้าขาย โดยมากกว่าครึ่งเล็กน้อยรายงานว่าปัจจุบันมีรายได้ไม่เพียงพอที่จะใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน และแม้ว่าคนไร้บ้านกว่าร้อยละ 40 จะ

รายงานว่ามีรายได้เพียงพอ แต่นั่นไม่ได้หมายความว่าสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองให้มั่นคงในระยะยาวได้⁽³⁾ การขาดรายได้ที่เพียงพอ ทำให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง ส่งผลกระทบในเรื่องปากท้อง การต้องอดมื้อกินมื้อ ไม่สามารถเข้าถึงอาหารและน้ำดื่มที่สะอาด และการที่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาพยาบาลได้เนื่องจากขาดค่าเดินทางไปโรงพยาบาล สิ่งเหล่านี้นำมาซึ่งความเครียดที่รุนแรง เป็นภาพจำของการมองอัตลักษณ์ตัวเอง ที่ตอกย้ำซ้ำ ๆ ทำให้มองเห็นตนเองอย่างไร้ค่า สอดคล้องกับทฤษฎี ความต้องการตามลำดับขั้น ของ Abraham Maslow ที่แสดงให้เห็นว่ามนุษย์มีความต้องการ ทั้งหมด 5 ชั้น ปัญหาเศรษฐกิจนั้นส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในขั้นแรก คือ ความต้องการด้านสรีระ เมื่อผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถตอบสนองความต้องการในเรื่องของ การตอบสนองต่อความหิว น้ำ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม และที่พักอาศัย ซึ่งการขาดการตอบสนองในลำดับขั้นแรก แสดงให้เห็นว่าจะให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสร้างความหวังในการเปลี่ยนแปลงชีวิตนั้นเป็นไปได้ไม่ถนัดนัก⁽⁶³⁾

ความเครียดอันเนื่องมาจากปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัจจัยที่พบได้สูงในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมอันเนื่องมาจากการได้สารกระตุ้นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เป็นหลัก ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และโรคติดสุรา สอดคล้องกับงานการศึกษาเรื่องปัญหาสุขภาพจิตที่สัมพันธ์กับคนไร้บ้านในลาตินและเอเชีย ที่พบว่าคนไร้บ้านในแถบเอเชียมักจะไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสังคม มีความไม่มั่นคงทางรายได้และเศรษฐกิจซึ่งนั่นทำให้คนคนไร้บ้านในแถบเอเชียมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล (57)

ในส่วนของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในด้านอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ ได้แก่ โรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิต พบว่า ปัญหาเศรษฐกิจส่งผลต่อการสร้างความรุนแรงของโลก โดยมีความคิดหลงผิดเรื่องเงินคือพระเจ้า ฝืนทำทุกอย่างเพื่อเงิน และมองตนเองที่ไม่มีเงินอย่างไร้ค่า

CHULALONGKORN UNIVERSITY

2. ปัจจัยด้านการงาน

ปัจจัยด้านการงานเป็นปัญหาที่พบร่วมกันในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบได้ทุกโรคในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน พบในผู้ให้ข้อมูลจากโรคซึมเศร้า 8 ราย โรคอารมณ์สองขั้ว 1 ราย โรควิตกกังวล 2 ราย โรคติดเหล้าและสารเสพติด 3 ราย และโรคจิต 1 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ซึ่งนั่นหมายถึงมากกว่าครึ่งของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีปัญหาสุขภาพจิตมีปัจจัยด้านการงานที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช

จากการศึกษาพบว่าปัจจัยด้านการงานเป็นประเด็นปัญหาที่พบได้มากที่สุดผู้ที่มีโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ซึ่งเป็นปัญหาที่ทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถยกระดับคุณภาพชีวิตของตนเองได้ ต้องเผชิญกับความรุนแรงจากการทำงาน เนื่องด้วยการต้องนอนในพื้นที่สาธารณะ แต่งตัวในลักษณะมอมแมม ทำให้ถูกผู้จ้างปฏิเสธด้วยความรู้สึกรังเกียจบ่อยครั้ง และที่สำคัญปัญหา

ที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือต้องเผชิญกับ การจ้างงานไม่ธรรม ไม่จ่ายค่าแรงตามที่กำหนดไว้ โกงค่าแรง ทำงานหนักเกินกว่าแรงงานจะสามารถทำได้ การหักเงินค่าจ้าง กดขี่แรงงาน ตลอดจนการไม่จ้างงานเนื่องจากลักษณะทางประชากร เช่น เพศ อายุ ความพิการ สอดคล้องกับงานการศึกษาเรื่องโลกของคนไร้บ้านพบว่าประสบการณ์เชิงลบของคนไร้บ้านคือ ถูกโกงค่าแรง รู้สึกเหมือนโดนหลอกให้ทำงานโดยไม่ได้ค่าแรง เป็นปัญหาที่พบได้สูงในคนไร้บ้าน⁽¹⁾ ปัจจัยด้านการงานเป็นอุปสรรคต่อการยกระดับคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นสิ่งผู้ให้ข้อมูลต้องการ ไม่มีใครอยากใช้ชีวิตลำบากเช่นนี้ แต่หนีชีวิตที่สบายกว่าที่เป็นอยู่นั้นยากเย็น ไม่เพียงความขยันที่ตนมี แต่ต้นทุนทางสังคม ต้นทุนทางร่างกายนั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการได้ประกอบอาชีพที่มั่นคง ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลไม่มี ความคาดหวังกับความเป็นจริงที่เจอสวนทางกัน ตอกย้ำความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นตามระยะเวลาการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ นำไปสู่ความสิ้นหวัง ไม่สามารถมองเห็นอนาคตใหม่ของตนเองได้ จึงก้มหน้าก้มตายอมรับกับสิ่งที่เผชิญ และเก็บความรู้สึกเจ็บปวดไว้ที่กันบังของหัวใจ ทำงานออกมาในลักษณะของความเศร้า ความเครียด จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลต่อต้านการทำงาน เลิกที่จะไม่ทำ โดยใช้ชีวิตไปวันสาเหตุหนึ่งคือการเลิกที่จะไม่เผชิญความเจ็บปวดที่มาในรูปแบบของความเอาใจเอาเปรียบ สอดคล้องกับทฤษฎีเสริมแรง ของ B.F skinner ที่กล่าวถึงการเสริมแรงว่า ตัวเสริมแรงคือพฤติกรรมหนึ่ง ๆ เกิดขึ้นบ่อยครั้ง ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้รับการเสริมแรงทางลบจากนายจ้างอยู่เสมอ โดยการจ้างงานที่ได้ขาดตอบแทนอย่างไม่เป็นธรรม ทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหมดความหวังในการประกอบอาชีพลดพฤติกรรมประกอบอาชีพในที่สุด⁽⁶⁴⁾

อีกสาเหตุพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับความยากลำบากของชีวิตในขีดสุดท้ายที่มนุษย์จะเผชิญ เป็นผู้ไร้ที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง ยากลำบาก ถูกรังเกียจ ไม่มีอาหารและน้ำดื่ม ประทั่งชีวิตอย่างสม่าเสมอ แต่พวกเขาก็สามารถมีชีวิตต่อได้แม้ว่าจะไม่ใช่ชีวิตที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ให้ข้อมูลจึงมีแกนความคิดหลักว่าพวกเขาไม่จำเป็นต้องทนกับการถูกกดขี่ ไม่จำเป็นต้องทนกับการทำงานที่หนัก เหนื่อย พวกเขาสามารถใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะได้ โดยไม่ต้องทำงาน ประเด็นนี้ถือเป็นจุดพลิกกลับของผู้ให้ข้อมูลที่กำลังเปลี่ยนแปลงตนเองกลับมาสู่วิถีชีวิตเดิม เป็นวงจรที่วนซ้ำ พวกเขาพร้อมจะร่วงหล่นลงพื้นที่สาธารณะ ร่วงหล่นลงสู่ความเจ็บปวดทางจิตใจอีกครั้ง โดยที่ไม่เกรงกลัวต่อความยากลำบาก การช่วยเหลือสนับสนุนทางสังคมที่จะสร้างความหวังและทำให้พวกเขามองเห็นอนาคตที่ดีกว่าเดิมได้จริง ๆ จึงเป็นเรื่องสำคัญ สอดคล้องกับ Tilden & Weinert ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึงสิ่งที่คุณจะได้รับโดยตรงจากเครือข่ายทางสังคมของบุคคลนั้น เช่น เงินทอง ข้าวสาร สิ่งของ การทำงาน ซึ่งอาจเป็นแรงผลักดันให้ผู้รับไปสู่เป้าหมายที่ผู้รับต้องการ หากไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี จะนำไปสู่ความเครียด และทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ เห็นได้ว่ากลุ่มประชากรคนไร้บ้านคือผู้ที่ไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่มีผู้สนับสนุนด้านอาชีพอย่างเป็นทางการ จนนำไปสู่ความเครียด

3. สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคม

สภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคมเป็นปัจจัยที่พบร่วมกันในคนไร้บ้านมากที่สุด กล่าวคือ ในผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิตเวชทุกโรค จะพบปัจจัยสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคม เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของโรคจิตเวช

เมื่อคนในสังคมพบเจอกลุ่มผู้ให้ข้อมูลตามพื้นที่สาธารณะ การนอนอย่างเอกเขนกบริเวณข้างถนน สภาพการแต่งกายที่มอมแมม ทำให้คนในสังคมรู้สึกกลัวพวกเขา ในขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยในพื้นที่สาธารณะราวกับว่าตรงนั้นคือบ้าน ก็รู้สึกเกรงกลัวผู้อื่นและสภาพแวดล้อม อันเป็นภัยที่จะนำมาถึงตัวได้ง่ายเช่นกัน จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลให้พบประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความไม่ปลอดภัยในสังคมประกอบด้วยหลากหลายประเด็นทับซ้อนกัน เรื่องแรก สภาพแวดล้อมทางกายภาพของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล อยู่ในพื้นที่ที่เต็มไปด้วยมลพิษทั้งทางเสียง อากาศ พวกเขาต้องเผชิญกับสภาพอากาศที่เป็นมลพิษตลอดเวลา ทำให้เกิดความเสียงต่อสุขภาพทางกาย เช่น โรคหัวใจ ทำให้เกิดภาวะความเครียด อันจะนำมาซึ่งภูมิคุ้มกันทางร่างกายที่ต่ำลง ส่งผลอย่างหนักต่อปัญหาสุขภาพทั้งทางกายและทางจิต ในส่วนของผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิต ภาวะความเสี่ยงทางมลพิษ กระทำคามรุนแรงต่อพวกเขาเป็นอย่างมาก เนื่องจากพวกเขาไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างดี ไม่สามารถเลือกที่นอนอย่างปลอดภัย และพบว่าเสียงและอากาศยังส่งผลต่อความคิดหลงผิด การรับรู้ที่ผิดปกติ โดยเสียงรบกวน เสียงท้อ ควันรถกลิ้งเหม็น ทำให้พวกเขา รู้สึกว่าตนยิ่งใหญ่ รู้สึกว่าได้รับพลังงานซึ่งไม่ตรงกับความเป็นจริง ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิตหรืออารมณ์สองขั้ว ยังมีความรุนแรงมากเท่าไร ยังมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น วัณโรค มากขึ้นไปด้วย แสดงให้เห็นว่าหากปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคทางจิตเวชรุนแรง อย่างเช่น โรคจิต โรคอารมณ์สองขั้ว อาศัยในพื้นที่สาธารณะโดยไม่ได้มีการรักษาเยียวยา ปัญหาสุขภาพจิต อาจทำให้พวกเขาถึงแก่ความตายก่อนวัยอันควร สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องอายุเฉลี่ยที่เสียชีวิตและการเสียชีวิตของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร ที่พบสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านที่เป็นผู้ป่วยทางจิตว่าเกิดจากสาเหตุ อุบัติเหตุ วัณโรค โรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ไม่ใช่โรคติดต่อ เช่น โรคหัวใจ ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตของคนไร้บ้านกลุ่มนี้ ขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมที่อาศัยหลบนอนเป็นสำคัญ เรื่องที่สอง ผู้ให้ข้อมูลต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงอันตรายในเรื่องอาชกรรมหรือการลักขโมย ซึ่งพบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหรือคนไร้บ้านทั่วไปมักเป็นเหยื่อของความไม่ปลอดภัยในพื้นที่สาธารณะ มากกว่าการเป็นผู้ก่อเหตุ เห็นได้จากข่าวที่พบเห็นได้บ่อยแม้กระทั่งในช่วงที่ผ่านมา ที่มีข่าวว่า “ฆ่าปาดคอ ลุงเร่ร้อนขณะหลับ ตายคาลานจอรถ สถานีรถไฟหัวลำโพง” พบชายเร่ร้อน อายุ 65 โดนฆ่าปาดคอเสียชีวิตในพื้นที่สาธารณะ [ไทยรัฐออนไลน์, 24 มิถุนายน 2562] เกิดเหตุแบบนี้ขึ้นบ่อยครั้ง สถานการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นกระตุ้นอาการวิตกกังวล ภาวะความเครียด ความกลัว และความหวาดระแวงของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอย่างมาก ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรค

ติดเหล้าทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเลือกใช้เหล้าให้หนักมากขึ้นในเวลากลางคืน เพื่อจะทำให้ตนสามารถนอนหลับได้ หากไม่หลับเหล้าจะทำให้พวกเราารู้สึกไม่เกรงกลัวต่ออันตราย ลดความรู้สึกหวาดกลัว ผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล ปัญหาอาชญากรรมและความไม่ปลอดภัย ทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลตกอยู่กับความหวาดกลัว กังวล จึงพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้านักเกิดขึ้นร่วมกับโรคจิตเภทหรือสารเสพติด สุดท้ายในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้ว ที่ความหวาดระแวงจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย กระตุ้นให้เกิดอาการหลอน ทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้ เกิดการรับรู้ที่ผิดปกติกมากยิ่งขึ้น สุดท้าย การโดนไล่จากข้าวของพื้นที่ การนอนหลับไม่เพียงพออันเนื่องมาจากกติกาการนอนในพื้นที่สาธารณะหรือสภาพแวดล้อม พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องเลือกที่หลับนอนให้ปลอดภัยกับตนเอง ซึ่งนั่นหมายถึงการเลือกใช้ชีวิตตามศูนย์กลางการค้าของสังคมเมือง เช่น สถานีรถไฟหัวลำโพง สถานีขนส่งหมอชิต อนุสาวรีย์ชัยสมรภูมิ ซึ่งพวกเขาต้องยอมรับกติกาการนอนในพื้นที่ พวกเขาสามารถนอนได้ในเวลาที่ตีึกมาก และต้องตื่นตั้งแต่ฟ้ายังไม่สว่างเนื่องจากเจ้าของสถานที่มักเป็นห่วงว่าผู้โดยสารหรือผู้ใช้พื้นที่สาธารณะรายอื่น ๆ จะรังเกียจ จึงทำให้เกิดการนอนที่ไม่เพียงพอ แม้กระทั่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่นอนตามสถานที่ต่าง ๆ ที่ไม่ใช่ศูนย์กลางการค้าเช่น บริเวณข้างถนน บริเวณป้ายรถสาธารณะ พวกเขาจะมีเวลานอนเพียงไม่กี่ชั่วโมง เพื่อตื่นให้ทันก่อนจะมีคนทั่วไปสัญจรในพื้นที่ เนื่องจากกลัวผู้อื่นรังเกียจ การนอนไม่เพียงพอส่งผลกระทบปัญหาสุขภาพจิตอย่างมาก โดยพบว่า การนอนหลับไม่เพียงพอหรือนอนไม่หลับส่งผลกระทบส่งผลกระทบต่อบุคคลในด้านต่าง ๆ ทำให้มีอาการอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น มีปัญหาด้านความคิดและด้าอารมณ์ ทำให้หงุดหงิดง่าย ไม่มีสมาธิ ตลอดจนส่งผลทางด้านสังคม มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความพึงพอใจในการทำงานลดลง⁽⁶⁵⁾ จากแนวคิดของ Sprilman ที่กล่าวว่า การนอนไม่หลับเป็นผลของปัจจัยต่าง ๆ ร่วมกัน 3 ประการ 1.ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) โดยพบว่าร่างกายของคนนอนไม่หลับมักถูกกระตุ้นได้ง่าย เมื่อเกิดความเครียดหรือความวิตกกังวล จะทำให้พวกเขาถูกกระตุ้นได้ง่ายมากขึ้น 2.ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับชนิดฉับพลันเกิดขึ้นได้เร็วมากขึ้น กรณีของผู้ให้ข้อมูลจะเห็นได้ชัดว่า ปัจจัยกระตุ้นคือสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยง การรู้สึกไม่ปลอดภัย ปัจจัยคงอยู่ 3.ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) ปัจจัยที่ทำให้การนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง ตามปกติเมื่อปัจจัยกระตุ้นหายไปหรือลดความรุนแรง คือการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีความเสี่ยงและความไม่ปลอดภัยเช่นเดิม ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถนอนหลับได้อย่างปกติ⁽⁶⁶⁾ ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิต การศึกษาพบว่า การนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่แย่ง จึงเห็นได้ว่าปัจจัยสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในสังคมส่งผลกระทบต่อการทำให้อาการของโรคจิตเวชมีเพิ่มมากขึ้น ชี้ให้เห็นเพิ่มเติมได้จากการศึกษาของบุญเลิศที่ศึกษาวิถีชีวิตของคนไร้บ้านและพบว่าการใช้ชีวิตใน

พื้นที่สาธารณะเต็มไปด้วยความเสี่ยง คนไร้บ้านต้องเลือกนอนในที่สว่างเพื่อระวังมัจฉาชีพและสร้างความปลอดภัย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sam Tsemberis แสดงให้เห็นว่าตัวกระตุ้นความเครียดที่สำคัญต่อโรคซึมเศร้าคือการไร้ที่อยู่อาศัยที่เป็นหลักแหล่ง การได้รับสิทธิในการเข้ารับการรักษาสภาพแวดล้อมแหล่งพักพิงอาศัย การใช้สุรายาเสพติด ปัญหาสุขภาพ⁽¹⁾

4. สุขภาพและความพิการ

สุขภาพและความพิการที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินชีวิต ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ พบ 3 โรค ในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคติดเหล้าและสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 36 ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช แม้จะมีตัวเลขที่ไม่มากนัก แต่ปัญหาสุขภาพและความพิการส่งผลกระทบต่อทางจิตใจต่อผู้ให้ข้อมูลที่ป่วยด้วยโรคที่มีอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรมอย่างมาก ปัญหาสุขภาพทางกายสร้างความวิตกกังวล ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และปัญหาสุขภาพจิตที่เพิ่มมากขึ้นยังส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพทางกายให้มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ปัญหาทางสุขภาพและความพิการของคนไร้บ้านนอกจากเป็นประเด็นปัญหาที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตเมื่อใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะยังพบว่าอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้หลายคนเข้าสู่ภาวะไร้บ้าน อันเนื่องมาจากอุปสรรคในการทำงานและหารายได้ สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโรคซึมเศร้า อุปสรรคจากปัญหาสุขภาพทางกายและความพิการเป็นสาเหตุสำคัญต่อการตัดสินใจตนเองว่าเป็นคนไร้ค่า ไร้ความสามารถและประโยชน์ สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโรควิตกกังวลมีความเครียดต่อการดำเนินชีวิต มีความต้องการอยากเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของตนเอง กังวลกับสภาพความเป็น ปัญหาสุขภาพทางกายและความพิการยิ่งตอกย้ำความรู้สึกไร้ความสามารถในการเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่ออาการของโรคจิตเวชมากขึ้น สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่เป็นโรคติดเหล้า กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีความต้องการเหล้ามากขึ้นด้วยสองปัจจัย คือ 1) ต้องการกินเหล้าจนเมา เพื่อให้ลืมสถานการณ์ความเลวร้ายที่ต้องเผชิญ ลืมความรู้สึกที่เป็นบาดแผลทางจิตใจ 2) กินเหล้าเพื่อระงับความเจ็บปวดทางกายอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ มีความเชื่อว่าเหล้าเป็นยารักษาโรค เป็นเครื่องดื่มชูกำลัง หากหยุดกินเหล้าเมื่อไรจะมีอาการทางกายที่เพิ่มมากขึ้น ปัญหาสุขภาพทางกายและความพิการจึงเพิ่มมากขึ้นจากการที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลกินเหล้า ซึ่งมักพบว่า เป็นโรคติดบ่มร่วมด้วย

การมีปัญหาสุขภาพและความพิการต้องใช้ต้นทุนและระยะเวลาในการรักษาตัว การมีสุขภาพดีแล้วจะเข้ารับการรักษาตามระบบนั้นเป็นไปได้ยาก เนื่องจากการขาดสิทธิในการรักษาเนื่องด้วยปัญหาไม่มีบัตรประชาชน ไม่ได้ตรวจสอบสิทธิของตนเองตั้งแต่ยังเด็ก ไม่มีเงินมากพอสำหรับค่าเดินทางเข้ารับบริการสาธารณสุข ได้รับปฏิบัติจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องอย่างแบ่งแยก แตกต่าง ผู้ให้ข้อมูลเมื่อมีอาการป่วยทางกายอย่างรุนแรง การจะติดต่อหน่วยงานบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องยาก

เนื่องจากไม่มีญาติ อยู่ในพื้นที่สาธารณะที่ถูกตีตราว่าเป็นคนไร้ห้วนอนปลายเท้า บางรายรุนแรงถึงขั้นไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ไม่สามารถตรวจสอบหาสิทธิได้ จึงเป็นเรื่องยากที่จะเข้าโรงพยาบาลในฐานะของผู้ป่วยฉุกเฉินตาม พระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินได้ สอดคล้องกับงานการศึกษาของ อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และคณะ ที่พบว่ามีคนไร้บ้านที่เป็นคนพิการอย่างเห็นได้ชัด ร้อยละ 3.52 และพบว่าชีวิตในพื้นที่สาธารณะเต็มไปด้วยปัจจัยเสี่ยงที่ส่งผลต่อสุขภาพของคนไร้บ้าน และคนไร้บ้านยังมีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพอีกด้วย⁽³⁾หรือหากมีการได้รับการรักษาแล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังต้องใช้วินัยในการรับประทานยาเป็นประจำอย่างต่อเนื่องและลดพฤติกรรมเสี่ยงสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ทางอาหารที่มีประโยชน์ ซึ่งในพื้นที่สาธารณะพวกเขาไม่สามารถเลือกทานอาหารอย่างเหมาะสมได้ เพราะอาหารคุณภาพ สะอาดปลอดภัย แลกมาด้วยราคาที่แพงเกินไปสำหรับผู้ให้ข้อมูล นำมาซึ่งความรู้สึกหวังต่อการรักษา จึงมักพบผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมหมดอาลัยตายอยาก ไม่ยอมเข้ารับการรักษา ไม่มีความหวังในการรักษา ปล่อยให้ตนเองเจ็บป่วยไข้มากยิ่งขึ้นจนยากจะรักษาเยียวยา ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้ล้วนเป็นบาดแผลทางจิตใจของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของ Sam Tsemberis แสดงให้เห็นว่าตัวกระตุ้นความเครียดที่สำคัญต่อโรคซึมเศร้าคือการไร้ที่อยู่อาศัยที่เป็นหลักแหล่ง การจ้างงาน การได้รับสิทธิในการเข้ารับการรักษา สภาพแวดล้อมแหล่งพักพิงอาศัย การใช้สุรายาเสพติด ปัญหาสุขภาพ และสอดคล้องกับกรมสุขภาพจิต ที่ได้กล่าวถึงสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจากสาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่ สาเหตุจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้แก่ สาเหตุจากการเจ็บป่วยทางกาย ได้แก่ การเจ็บไข้ ไม่สบายที่รุนแรงตลอดไป จนถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รุนแรง และเรื้อรัง เช่น เบาหวาน มะเร็ง ความดันโลหิตสูง เป็นต้น⁽¹⁵⁾ซึ่งความเครียดนี้เองที่เป็นตัวกระตุ้นให้เกิดโรคทางจิตเวชที่เพิ่มความรุนแรงมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับกรมสุขภาพจิตที่ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเครียดจากปัญหาสุขภาพทางกายว่าทำให้มีผลเสียทางด้านจิตใจและอารมณ์ จะส่งผลให้จิตใจเต็มไปด้วยการหมกหมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจ สิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ใจเจ็บขุ่นมัว ซึมเศร้า โกรธง่าย ส่งผลต่อความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เศร้าซึม วิตกกังวล ถ้าหากมีความเครียดเป็นระยะเวลายาวนาน จะส่งผลให้เกิดอาการทางจิตจนกลายเป็นโรคจิตประสาทได้⁽¹⁵⁾

5. นโยบายการจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ

นโยบายการจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ พบได้ 3 โรค ในคนไร้บ้านซึ่งอยู่ในสถานะปัจจุบัน ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคติดสุราหรือสารเสพติด คิดเป็นร้อยละ 44 ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช แม้ว่าการมาอยู่ในพื้นที่สาธารณะที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลายคนได้ให้ความหมายพื้นที่แห่งนี้ว่าเป็น “ดินแดนแห่งความอิสระ” แต่สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พบว่าคำว่าอิสระในพื้นที่สาธารณะไม่ใช่ความจริงทั้งหมด อันเนื่องมาจากนโยบายการจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐ จากการศึกษาพบปรากฏการณ์การจัดระเบียบคนไร้บ้านในประเทศไทย

มาเป็นระยะเวลาาน สอดคล้องกับการศึกษาของบุญเลิศ วิเศษปรีชา การขาดศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับคนไร้บ้าน ทำให้สังคมใช้สามัญสำนึกตัดสินประทัບตราคนไร้บ้านอย่างมีอคติเหมารวมว่าสกปรก เป็นสิ่งแปลกปลอมของเมือง นำหวาดระแวง และสมควรกำจัด จนเกิดมาตรการของกรุงเทพมหานคร ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ – สิงหาคม ปี 2544 เพื่อผลักดันให้คนไร้บ้านออกจากพื้นที่สาธารณะ โดยให้เหตุผลว่า ป้องกันอาชญากรรม หรือการกระทำใดใดที่อาจเป็นเหตุแห่งความไม่ปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชนโดยทั่วไป⁽¹⁾ แม้ว่าเวลาจะผ่านไปนานกว่า 18 ปี แต่มาตรการดังกล่าวยังคงถูกนำมาใช้ในปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ในช่วงปีที่ผ่านมาได้มีการดำเนินการจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐครั้งใหญ่ โดยใช้ชื่อว่า ปฏิบัติการระดมกวาดล้างอาชญากรรมและการแก้ไขปัญหาจัดระเบียบคนเร่ร่อน คนไร้ที่อยู่ และผู้กระทำการขอทาน ตามนโยบายของรัฐบาลเพื่อดูแลความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ที่ส่งผลกระทบต่อความสงบเรียบร้อยของสังคม พบกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด จำนวน 685 ราย มีต่างด้าว 2 ราย ผู้ป่วยจิตเวชอย่างเห็นได้ชัดส่งเข้ารับการรักษาที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 23 ราย ผู้กระทำการขอทาน 4 ราย ตัวเลขที่เหลือนกว่า 656 ราย เข้ารับการคุ้มครองในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 11 แห่งทั่วประเทศและสามารถติดต่อครอบครัวให้มารับกลับบ้านได้ 127 ราย (Thailand plus, 2 พฤศจิกายน 2561) นั้นหมายความว่า คนที่ถูกตรวจสอบตามโครงการกวาดล้างทั้งหมด เป็นเพียงคนไร้บ้าน ไร้ที่อยู่อาศัย ไม่ได้เป็นสิ่งแปลกปลอมของสังคมเมือง เป็นประชาชนทั่วไปคนหนึ่งเช่นกัน ไม่ใช่อาชญากร ไม่ใช่ผู้ที่มีภัยต่อความมั่นคงของชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจึงมีความเดือดเนื้อร้อนใจ รู้สึกถึงการโดนคุกคาม สร้างความหวาดกลัวหวาดระแวงต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น จากที่เคยอาศัยในพื้นที่สาธารณะที่มีแสงสว่างเพื่อความปลอดภัย แสงสว่างนั้นกลับเป็นแสงที่ส่งตัวพวกเขาให้ถูกจัดระเบียบมากยิ่งขึ้น พวกเขาจึงต้องอาศัยหลบนอนในที่มืด ไร้ซึ่งความปลอดภัย บางรายต้องใช้วิธีการนอนบนรถสาธารณะที่วิ่งตลอดทั้งคืนเพื่ออาศัยพักผ่อนเพียงชั่วคราว สอดคล้องกับแนวคิดเกี่ยวกับความกลัว ของ street and barlow ที่กล่าวว่าความกลัวกับความวิตกกังวลเป็นอารมณ์ที่ใกล้เคียงกัน เป็นปฏิกิริยาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม โดยกระตุ้นประสาทอัตโนมัติ เพื่อให้ร่างกายสู้หรือหลบหนี เมื่อผู้ให้ข้อมูลได้มีการประเมินแล้วว่าสิ่งนโยบายการจัดระเบียบของภาครัฐสร้างความหวาดกลัวให้กับตนเอง จึงเลือกที่จะหลบหนี เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเองมองไม่เห็นหนทางที่จะต่อสู้กับภาครัฐได้⁽⁶⁷⁾ อีกทั้งยังทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลรู้สึกถึงการโดนลิดรอนสิทธิอันพึงประสงค์ของการที่เป็นประชาชนคนหนึ่งผู้ต้องการใช้พื้นที่สาธารณะเฉกเช่นคนทั่วไป รู้สึกถึงแรงกดดัน ความรังเกียจ และการแบ่งแยกตนเองออกจากชนชั้นของประชาชนคนอื่น ๆ หากนโยบายการจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐคือนโยบายที่ทางภาครัฐจัดขึ้นเพื่อการช่วยเหลือคนไร้บ้าน แต่ด้วยวิธีการสร้างความเดือดร้อนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อปัญหาสุขภาพจิต นโยบายการจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐคือนโยบายที่ทางภาครัฐจัดขึ้นเพื่อการ

ช่วยเหลือคนไร้บ้าน แต่ด้วยวิธีการสร้างความเดือดร้อนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากคนไร้บ้านส่วนหนึ่งต้องกระจัดกระจายไปจากที่เป็นอยู่ที่คุ้นเคย จากแหล่งการหางานหารายได้ รูปแบบการเดินทางและการใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย ส่วนหนึ่งถูกนำตัวเข้าไปยังสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจากภาวะจำยอมทางกฎหมาย คนไร้บ้านหลายรายเมื่อถูกนำตัวไปอยู่ที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมีความเป็นอยู่คับข้องใจยิ่งอึดอัดเนื่องจากต้องอยู่ร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการขั้นรุนแรงและไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระได้ อีกทั้งยังสร้างความกลัวความหวาดระแวงต่อภาครัฐและหมดหวังต่อภาครัฐในฐานะเครื่องมือที่พึ่งพาให้คนไร้บ้านมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น

6. การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสาธารณสุข

การเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมและบริการสาธารณสุขที่เป็นปัญหาต่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูล พบได้ 4 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคติดสุราหรือสารเสพติด และโรคจิต คิดเป็นร้อยละ 32 ที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงโรคจิตเวช แม้จะพบในจำนวนตัวเลขที่น้อย แต่พบว่าผู้ให้ข้อมูลบางส่วนที่มีโรคจิตเวชที่รุนแรง มีความคิดหลงผิดและการรับรู้ที่ผิดปกติ ไม่สามารถให้ข้อมูลในส่วนนี้ได้อย่างเต็มที่มากนัก เนื่องจากใช้ชีวิตเพียงลำพังในพื้นที่สาธารณะโดยขาดคนดูแล

ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมที่มั่นคงได้ เช่น อาหารและน้ำดื่ม แม้ว่าจะมีสถานที่เปิดบริจาคอาหารและน้ำดื่ม แต่เป็นเพียงมื้อเดียวของวัน และไม่มีความสม่ำเสมอ สำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยมีความจำเป็นที่ต้องดำเนินชีวิตด้วยอาหารเพียงมื้อเดียว เนื่องจากว่าต้องพึ่งพาอาศัยสถานที่แจกอาหาร ซึ่งนับวันยิ่งน้อยลง แม้ว่าการแจกอาหารและน้ำดื่มเพียงอย่างเดียว จะไม่ใช่การแก้ปัญหาที่ยั่งยืนสำหรับกลุ่มประชากรคนไร้บ้าน แต่เชื่อว่าจะไม่มีความจำเป็น การแจกอาหารเกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความหิวโหย และทุกข์ยากของผู้ที่มีรายได้น้อย เพื่อให้พวกเขาได้เงินที่ได้เก็บไว้ใช้จ่ายจำเป็น ผู้ให้ข้อมูลที่มีอาการทางจิตเวชรุนแรงในกลุ่มโรคจิต เมื่อพวกเขาหิวข้าวหิวน้ำ แต่ไม่สามารถหาอาหารในกระประทังชีวิตได้ จึงมีความจำเป็นต้องเลือกเศษอาหารที่ประชาชนทั่วไปทิ้งลงถังขยะมากิน ภาพเหล่านี้สร้างความรู้สึกแบ่งแยก แตกต่าง ลดคุณค่าของตนเองเป็นอย่างมาก ทั้งนี้พฤติกรรมนี้ไม่พบได้ในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล และโรคติดเหล้าหรือสารเสพติด ซึ่งเป็นโรคที่ยังมีการรับรู้ และกลไกการทำงานของชีวิตที่ค่อนข้างปกติ

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าถึงแหล่งห้องน้ำ ซึ่งเป็นปัญหามากสำหรับผู้ให้ข้อมูล โดยต้องแอบหรืออาศัยช่วงเวลาว่างในการทำธุระ ถ่ายท้อง อาบน้ำ ตลอดจนซักผ้า อันเป็นที่มาของการที่มีร่างกายสกปรกมอมแมม ร่างกายมีกลิ่นเหม็น นำมาซึ่งความรังเกียจของคนในสังคม เมื่อต้องกระทบกับปัญหาเหล่านั้น ทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลแยกตนเองออกจากสังคม เพิ่มความรู้สึกเป็นอื่น และรู้สึกไร้ค่า ไม่เพียงแต่ปัญหาสุขภาพทางจิตใจ การไม่สามารถเข้าถึงสุขอนามัยที่ดีเช่นนี้ ทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีปัจจัยเสี่ยงในเรื่องของปัญหาสุขภาพทางกาย เช่น โรคผิวหนัง สอดคล้องกับการศึกษาของ อนุกรม

พิทักษ์ธานี และคณะ ที่ได้ทำการสำรวจข้อมูลทางประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขต กรุงเทพมหานครและพื้นที่เกี่ยวเนื่อง พบว่าคนไร้บ้านประมาณ ร้อยละ 30 มีปัญหาสุขภาพและผิวหนัง⁽³⁾ บ่งชี้ให้เห็นถึงการที่พวกเขาไม่สามารถเข้าถึงสถานที่ซักผ้าและตากให้แห้งก่อนสวมใส่ได้

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุข โดยพบว่าแม่ผู้ให้ข้อมูลจะมีปัญหาสุขภาพทางกายอย่างรุนแรงแต่เลือกที่จะไม่ไปรักษา เพราะส่วนใหญ่ผู้ให้ข้อมูลมีปัญหาเรื่องบัตรประชาชนหายไป ไม่มีสิทธิการรักษา ไม่มีเงินสำหรับค่าใช้จ่ายในการรักษา อีกทั้งยังพบว่า ไม่เพียงแต่เรื่องปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาเท่านั้น ประเด็นสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะไม่ไปรักษาคือการปฏิบัติตนต่อพวกเขาในฐานะผู้ป่วยรายหนึ่ง พบว่ากลุ่มผู้ให้ข้อมูลถูกเลือกปฏิบัติ ได้รับการกีดกันทางสังคม โดนรังเกียจเนื่องจากเป็นผู้สกปรก ไม่มีหัวนอนปลายเท้า โดนแบ่งแยกออกจากคนทั่วไป โดนปฏิบัติอย่างไม่ธรรม ในกรณีที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีอาการป่วยฉุกเฉิน ต้องได้เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน มักมีข้อโต้แย้งจากผู้ปฏิบัติหน้าที่ เรียกร้องต้องการญาติของผู้ให้ข้อมูลเพื่อติดตามมายังโรงพยาบาล แต่ในความเป็นจริงกลุ่มผู้ให้ข้อมูลคือผู้ไร้ญาติ อยู่ตัวคนเดียวอย่างโดดเดี่ยว จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกสิ้นหวังต่อระบบการรักษา มีความรู้สึกไร้คุณค่า ส่งผลให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลเข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างมีคุณภาพและเลือกที่จะไม่เข้ารับการรักษาแม้ว่าจะมีอาการป่วยทางกายอย่างหนัก

เป็นที่น่าสนใจในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิตและโรคอารมณ์สองขั้ว ซึ่งเป็นโรคจิตเวชที่มีอาการรุนแรง ส่วนหนึ่งซึ่งพบว่าเกิดจากความล้มเหลวในระบบการรักษาหรือการไม่สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้านจิตเวชได้ เมื่อมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ปัจจัยเหล่านี้สร้างความรุนแรงแก่ผู้ให้ข้อมูลเป็นอย่างมาก โดยพบว่าปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตไม่ได้รับการรักษาคือ 1) พวกเขาถูกกีดทับด้วยมายาคติทางสังคมว่าเป็นคนบ้า คนวิกลจริต มีภาพลักษณ์ที่น่ารังเกียจและสกปรก พฤติกรรมความผิดปกติที่เกิดขึ้น ทำให้สังคมไม่ยอมรับ ตีตัวออกห่าง จนกลายเป็นละเลย มองไม่เห็นพวกเขาแม้ว่าจะอาศัยในบริเวณใกล้เคียง 2) พวกเขาไม่สามารถทำความเข้าใจตนเองได้ว่าตนคือผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช ต้องการได้รับการรักษา เป็นไปได้ยากที่คนกลุ่มนี้จะสามารถเข้าสู่กระบวนการรักษาได้ด้วยตัวเอง พวกเขาไม่มีความสามารถในการรับรู้อาการ ความผิดปกติ ความเจ็บป่วยของตนเอง 3) กระบวนการให้บริการทางสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีปัญหาตั้งแต่การนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาโรคจิตเวชโดยพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต คือ เจ้าหน้าที่ตำรวจที่ไม่มีความเข้าใจ การเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาทางจิตที่ยากเย็นเนื่องจากการไม่สามารถตรวจสอบสิทธิในการรักษาของผู้ให้ข้อมูลได้ ทำให้โรงพยาบาลต้องรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายพยาบาล มุมมองต่อกลุ่มผู้ให้ข้อมูลว่าเป็นภาระของทางโรงพยาบาล และเมื่อสิ้นสุดกระบวนการรักษา ยังติดปัญหาต่อเนื่องในการนำส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟู เยียวยา ให้สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ที่

ติดปัญหาในเรื่องของสถานที่ไม่สามารถรองรับคนได้เต็มจำนวน ประสบปัญหาเกี่ยวกับสภาพคนล้นจากสถานที่ กระบวนการช่วยเหลือที่มีอยู่จริง แต่ทุกระบบติดขัด ไม่สามารถหาทางออกได้เช่นนี้ ผลกระทบและความรุนแรงจึงตกลงสู่กลุ่มผู้ให้ข้อมูล ที่เป็นผู้โดนกระทำจากความไม่เป็นธรรมทางสังคม ทำให้พวกเขาไม่สามารถเข้าถึงระบบสาธารณสุขเพื่อรักษาโรคจิตเวชที่ตนมีได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้องกับรายงานสรุปการถอดบทเรียนระบบการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยไร้บ้าน จากประสบการณ์การทำงานของมูลนิธิกระจกเงา ที่สรุปปัญหาของการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ว่า พบปัญหาการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านตั้งแต่การนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยในกระบวนการไม่มีหน่วยงานนำส่งที่ชัดเจน ปัจจุบันใช้การนำส่ง ด้วยเครื่องมือพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เช่น ตำรวจ ซึ่งไม่มีความรู้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ไม่มีเครื่องหมายเครื่องมือที่พร้อม พบปัญหาการส่งต่อระหว่างโรงพยาบาลรักษาทางกายและโรงพยาบาลรักษาทางจิต ที่ไม่สามารถส่งต่อได้จริง ๆ หลังผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษา พบปัญหาเรื่องการนำส่งผู้ป่วยไปยังสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง เนื่องจากสถานที่ไม่เพียงพอต่อจำนวนของผู้ป่วย⁽⁶⁸⁾

อีกประเด็นที่พบได้บ่อยคือการไม่สามารถสวัสดิการพื้นฐานแห่งรัฐ เช่น บัตรสวัสดิการคนจน การจะเข้าถึงสวัสดิการที่ไม่เท่าเทียมเช่นนี้จำเป็นต้องยืนยันความจนของตนเอง เพื่อขอรับสิทธิ และเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลไม่มีเครือข่ายที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับสวัสดิการที่ควรได้รับ ในบางรายไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ไม่มีเอกสารยืนยันในการดำเนินการ ไม่มีความเข้าใจในขั้นตอนที่ซับซ้อนและยุ่งยากของวิธีการดำเนินการ จึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงสวัสดิการแห่งรัฐนี้ได้อีก นับว่าเป็นกลุ่มประชากรที่อยู่ไกลเกินเอื้อมมือความช่วยเหลือจากการดูแลของรัฐส่วนกลาง ขาดการสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดภาวะวิกฤติและการเปลี่ยนแปลง จึงเกิดแรงกดดันในชีวิต ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้มีปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับ House ได้ให้คำนิยามการสนับสนุนทางสังคมว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นพฤติกรรมช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคล เช่น การช่วยเหลือด้านต่าง ๆ และการช่วยเหลือในเรื่องของการประเมินตนเองและเปรียบเทียบข้อมูลย้อนหลังเพื่อนำไปใช้ประเมินตนเอง ทำให้เกิดความมั่นใจในตนเองและทำให้รู้จักเปรียบเทียบกับบุคคลอื่นในเชิงสร้างสรรค์ และได้กล่าวถึงประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมดังนี้ ช่วยเพิ่มสุขภาวะทางด้านอารมณ์ โดยเครื่องมือต่าง ๆ ในการสนับสนุน ทั้งการช่วยเหลือข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา วัตถุประสงค์ของ จะให้ผลในทางบวกแก่บุคคลได้ ช่วยในการปรับตัวของบุคคล ในการลดความตึงเครียดระหว่างบุคคล ส่งเสริมการมีส่วนร่วม ความพอใจและการประเมินตนเองและสิ่งแวดล้อมได้อย่างถูกต้อง ป้องกันผลกระทบจากภาวะวิกฤติและการเปลี่ยนแปลง ลดแรงกดดันและป้องกันบุคคลจากผลของการเปลี่ยนแปลงชีวิต

ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ปัจจัยทางด้านสังคมที่ทับซ้อนส่งผลซึ่งกันและกันส่งผลกระทบทำให้เกิดปัจจัยทางด้านจิตใจ เป็นบาดแผลทางจิตใจที่สะสมยาวนานต่อเนื่อง เป็นความรู้สึกทางด้านลบ ที่ส่งผลต่อแนวความคิด มุมมองการมองตนเอง การแสดงออก และการตัดสินใจ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความ ต้องการจะเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1. ความรู้สึกสิ้นหวัง

ความรู้สึกสิ้นหวังพบได้ 4 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคติดสุราหรือสารเสพติด โรคจิต 1 คิดเป็นร้อยละ 68

ความรู้สึกสิ้นหวังเป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่พบได้สูงในคนไร้บ้าน ด้วยสภาพวิถีชีวิตที่ต้องอาศัยในพื้นที่สาธารณะ ไม่มีบ้านตามบรรทัดฐานทางสังคม จึงเป็นความรู้สึกที่ยากต่อการยอมรับ ความรู้สึกสิ้นหวังมีสาเหตุมาจากปัจจัยทางด้านสังคมที่ซ้อนทับกันเป็นเวลานาน ทั้งเรื่องความเป็นอยู่ การรักษาโรค การเปลี่ยนแปลงสถานะของตนเอง มองเห็นประสบการณ์ที่ตนเผชิญในทางลบ ท้อแท้ ไม่มีพลังใจในการเปลี่ยนแปลงชีวิต ไม่มีความหวังในการดูแลคุณภาพชีวิตของตนเอง สะสมต่อเนื่องเป็นระยะเวลาตั้งแต่ก่อนออกจากบ้าน สอดคล้องกับ Dunn (2005) ที่กล่าวถึงความสิ้นหวังจากปัจจัยสนับสนุนหรือปัจจัยภายนอกกว่าคือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงความคิด ความรู้สึกด้านลบ การสนองตอบในทางลบ จนเกิดความรู้สึกเศร้า หดหู่⁽⁴⁸⁾ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญอยู่กับความ ผิดหวังตลอดเวลา ทำให้ไม่สามารถจินตนาการถึงอนาคต พร้อมไปกับการกล่าวโทษ ตูถูกตนเอง ความสิ้นหวังนั้นไม่เพียงแต่ส่งผลต่อโรคจิตเวชแต่ยังเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ให้กลับไปสู่ภาวะการมีบ้าน มีงานทำที่มั่นคง มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ สอดคล้องกับ ทฤษฎีความสิ้นหวัง Hopelessness theory ของ Abramson, Metalsky , and Alloy ที่กล่าวถึง สาเหตุของการสิ้นหวัง 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยทางอ้อม ประกอบด้วย สถานการณ์ที่ไม่คาดคิด เหตุการณ์เชิงลบในชีวิต ปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อซึมเศร้า และจะส่งผลถึง ปัจจัยทางตรง ประกอบด้วย มุมมองเชิงเหตุผลด้านลบ การรับรู้คาดการณ์ในทางลบ การมองตนเองด้านลบ ในคนไร้บ้านพบว่าปัจจัยที่ทำให้รู้สึกสิ้นหวังในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพและความมั่นคงอยู่มาก ปัจจัยทางอ้อมพบว่า คนไร้บ้านต้องเผชิญสถานการณ์ที่ไม่ได้คาดคิดนำไปสู่ความไม่มั่นคงในชีวิต การต้องอยู่ในสถานการณ์ความไม่เป็นธรรมทางสังคมอย่างไร้ทางสู้มาโดยตลอด⁽⁴⁵⁾ ทั้งนี้คนไร้บ้านมี ปัจจัยทางตรงคือ การถูกกดทับ การกีดกันจากคนในสังคม ได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียม ความ ขัดแย้งทั้งทางครอบครัวและ ปัญหาเศรษฐกิจ สิ่งเหล่านี้ล้วนเกิดขึ้นทับซ้อนในคนไร้บ้านส่งผลต่อ ปัจจัยทางตรง คือมีความคิดในทางด้านลบต่อตัวเอง ไม่มีความมั่นใจในการเปลี่ยนแปลงชีวิตของ ตนเอง มีการรับรู้ต่อตนเองในด้านความล้มเหลวเพียงด้านเดียว ไม่สามารถเปลี่ยนแปลง สถานการณ์หรือแก้ปัญหาที่เผชิญในระยะยาวได้ ไปจนถึง การมองอนาคตข้างหน้าไร้ประโยชน์ สิ่ง

เหล่านี้ผลักดันให้คนไร้บ้านเกิดความรู้สึกสิ้นหวัง ไม่มีความสามารถในการฟื้นฟูเยียวยาตนเอง ให้กลับมาใช้ชีวิตที่มีคุณภาพและมั่นคงได้ ความสิ้นหวังเป็นหนึ่งในอาการของโรคซึมเศร้า ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้พวกเขาไม่สามารถเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิต ให้กลับไปสู่ภาวะการมีบ้าน มีงานทำที่มั่นคง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ การจะสนับสนุนกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีปัญหาสุขภาพจิต จึงไม่ใช่การสนับสนุนทางด้านสังคมเพียงอย่างเดียว แต่ต้องฟื้นฟู เยียวยาจิตใจ เรียกความหวังของพวกเขากลับมาอีกครั้ง

2. ความรู้สึกโดดเดี่ยว

พบได้ 4 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล โรคติดสุราหรือสารเสพติด รวมเป็นคิดเป็นร้อยละ 60 พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิต (Psychotic disorder) ไม่พบความโดดเดี่ยว เนื่องจากการรับรู้ที่ผิดปกติ อาการประสาทหลอน (hallucination) ทำให้พวกเขาเห็นภาพหลอน ได้ยินเสียงหูแว่ว สิ่งเหล่านี้ติดตัวเขาไปตลอดเวลา แต่พบได้สูงในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล และโรคติดสุราและสารเสพติด แม้ว่าในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคอารมณ์สองขั้วและโรคจิตจะไม่รายงานความโดดเดี่ยว เนื่องด้วยลักษณะอาการทางคลินิก แต่พบว่าพวกเขาคือกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่โดดเดี่ยวที่สุดในงานวิจัยชิ้นนี้ เนื่องด้วยอาการทำให้มีลักษณะพฤติกรรมที่ผิดปกติ เป็นผู้ที่ได้รับการรังเกียจจากครอบครัว เนื่องจากความเปราะบางของสถาบันครอบครัว ชุมชน และสังคม การดูแลที่ยากลำบากประกอบกับสถานะทางการเงินของครอบครัวทำให้มีความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม หลาก ๆ คนถูกปล่อยปละละเลย ความโดดเดี่ยวที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูลต้องเผชิญ จึงไม่ได้เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ แต่เกิดตั้งแต่ยังอาศัยอยู่ที่บ้าน

เมื่อใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะพวกเขาคือกลุ่มที่โดนละเลยจากสังคม เป็นกลุ่มประชากรชายขอบที่อยู่ขอบสุดท้าย จึงพบว่ามีกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคจิตมากมาย ต้องอยู่อย่างลำพังในพื้นที่สาธารณะไร้การสนับสนุนทางสังคม ทฤษฎีอีอาร์จี ERG Theory การตอบสนองความต้องการของบุคคลไม่ได้เป็นไปตามลำดับขั้น โดย อัลเดอร์เฟอร์ ได้ นำเสนอแบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 3 ประเภท 1.ความต้องการที่จะมีชีวิตอยู่ 2.ความต้องการสัมพันธ์กับผู้อื่น 3.ความต้องการเจริญก้าวหน้า กรณีของผู้ให้ข้อมูลคือไม่ได้รับความต้องการในขั้นที่สอง คือ รู้สึกว่าตนไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีและยั่งยืนกับผู้อื่น ก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว

สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีโรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคติดสุรา เกิดความโดดเดี่ยว สะสมยาวนานตั้งแต่ก่อนออกจากบ้านเช่นกัน ซึ่งโดยหลักมาจากสาเหตุความเปราะบางของสถาบันครอบครัว เช่นความขัดแย้งภายในครอบครัว ไร้ญาติทางสายเลือดตั้งแต่เด็ก การสูญเสียคนผูกพันในครอบครัวอย่างไม่มีวันกลับคืน มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม สร้างความรังเกียจจากคนในครอบครัว เช่น ติดเหล้าหรือสารเสพติด และเมื่อใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลยังต้องเผชิญกับ

ความ⁽⁶⁰⁾โดดเดี่ยวอีกครั้ง โดนกีดกันจากสังคม ได้รับการเลือกปฏิบัติ ไม่มีเพื่อนที่สามารถพูดคุยช่วยเหลือกันอย่างมั่นคง เนื่องจากเป็นผู้ได้รับผลกระทบเช่นเดียวกัน เป็นผู้ที่ขาดการได้รับการสนับสนุนทางสังคม ทั้งเรื่องทางกายภาพและจิตใจ พบว่าความโดดเดี่ยวที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ ทั้งการติดเหล้าอย่างหนัก เพื่อบรรเทาความเหงา ความรู้สึกอ้างว้าง การไม่ดูแลรักษาตนเอง เพราะคิดว่าตนไม่มีค่าสำหรับใครไม่ต้องมีชีวิตอยู่เพื่อใคร อยู่ตัวคนเดียว เลือกลงท้ายคนเดียว สอดคล้องกับการศึกษา Loneliness triggers cellular changes that can cause illness, study show ของ Susie Allen แสดงให้เห็นถึงความอันตรายของความเหงาสองสาเหตุหลัก ๆ ว่าความเหงาเรื้อรังทำให้การแสดงออกของยีนส์ที่ผลิตแอนติบอดีเพื่อต่อต้านเชื้อไวรัสน้อยกว่าปกติ เมื่อภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ จึงทำให้ร่างกายอ่อนแอป่วยได้ง่าย และ ความเหงาส่งผลต่อปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ โดยทำให้ผู้ที่เหงาละลายจากการดูแลตัวเอง ทานอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง ไปจนถึงการติดสุราหรือสารเสพติด⁽⁶⁹⁾

การเห็นกลุ่มผู้ให้ข้อมูลอาศัยในพื้นที่สาธารณะเป็นจำนวนมาก อยู่รวมในพื้นที่เดียวกัน แต่การอยู่รวมกลุ่มกันเช่นนั้นไม่ได้หมายความว่าพวกเขาสนิทกัน หรือมีความเป็นครอบครัวเดียวกัน หากแต่การอยู่รวมกันเช่นนั้น ช่วยป้องกันภัยจากสังคมภายนอกได้ และอยู่รวมกันเป็นกลุ่มเพื่อข่าวสารในการดำรงชีวิต เช่น งานหรืออาหารการกิน การเป็นฝูงชนคนไร้บ้านในมหานครกว้างใหญ่สามารถทำให้คนไร้บ้านรู้สึกเหงา โดดเดี่ยวและแคว้งคว้าง ไม่ต่างกับตอนที่ต้องอยู่เพียงลำพัง ความโดดเดี่ยวเกิดขึ้นในจิตใจมาจากความผิดหวังจากความสัมพันธ์ที่ไม่ดีมาตลอดชีวิต ผู้ที่ไม่มีความสัมพันธ์ที่ดีในการยึดเหนี่ยวยามที่จิตใจของคนผู้นั้นบอบช้ำ จึงโดนความเหงากัดเซาะกลายเป็นบาดแผลลึกในจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาโลกของคนไร้บ้านที่อธิบายเรื่องความสัมพันธ์ของคนไร้บ้านว่า คนไร้บ้านมักมีความหวาดระแวงเรื่องการโดนเอาเปรียบ มีความไม่เชื่อมั่นว่าจะช่วยเหลือโดยไม่มีผลตอบแทน ความสัมพันธ์ในหมู่คนไร้บ้านจึงเป็นแบบไม่ไว้ใจ ดังนั้นแม้จะสนับสนุนช่วยเหลือแนะนำกันแต่ก็พร้อมจะเดินแยกทาง เรียกว่าความสัมพันธ์ที่เบาบาง

3. ความรู้สึกไร้ค่า

ความรู้สึกไร้ค่า เป็นปัจจัยทางด้านจิตใจที่สำคัญ พบได้จำนวนมากในทุกโรคจิตเวชที่พบในกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ได้แก่ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว โรควิตกกังวล โรคติดเหล้าและสารเสพติด และโรคจิต คิดเป็นร้อยละ 92

ด้วยวิถีชีวิตของการเป็นคนไร้บ้านซึ่งแตกต่างจากบรรทัดฐานทางสังคม เป็นการเปลี่ยนแปลงบทบาทครั้งสำคัญในชีวิต กล่าวคือ จากมีบ้านต้องกลายเป็นผู้ไม่มีที่พักอาศัยเป็นหลักแหล่ง ร้อนเร่พเนจร ไปจนถึงการกล่าวโทษจากคนในสังคมด้วยมายาคติว่า ไม่มีห้วนนอนปลายเท้า ทำให้ผู้ที่ต้องตกอยู่ในสภาวะไร้บ้าน การโดนกีดกันทางสังคม เกิดจากปัจจัยทางด้านสังคมที่หลากหลายทับซ้อน

กัน มีความรู้สึกกลัวว่าโทษต่อตนเอง รู้สึกว่าตนโดนรังเกียจ ไม่เป็นส่วนหนึ่งของสังคม ซึ่งได้รับผลกระทบจากสายตาทำทางดูถูกของคนในสังคม การไม่มีเงินเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัวตามความคาดหวังที่เป็นบรรทัดฐานทางสังคม ตอกย้ำความรู้สึกว่าตนเป็นผู้ล้มเหลวในการดำเนินชีวิต การที่รู้สึกว่าตนไม่สามารถสร้างประโยชน์ต่อตัวเองและผู้อื่นได้ ไปจนถึงการที่รู้สึกว่าตนไม่เหมาะสมต่อการเป็นมนุษย์ ซึ่งเกิดมาจากสายตาของผู้อื่นเวลามองมาที่กลุ่มผู้ให้ข้อมูล สอดคล้องกับการมองเห็นคุณค่าในตนเองที่ อุมพร ตรังคสมบัติ ได้ให้นิยามว่า เป็นความคิดของตนเองเกี่ยวกับ “ตน” ว่าเป็นคนที่มีคุณค่า ความรู้สึกนี้เกิดจากการที่บุคคลมองตนเองและประเมินตนเองว่าเป็นอย่างไร ตามปกติเมื่อคนเรามองตัวเองจะมองเห็นเป็นสองภาพ ภาพในอุดมคติ คือฝันว่าอยากเป็น และภาพตัวเราที่เป็นจริง หากภาพในความจริงใกล้เคียงกับภาพในอุดมคติจะทำให้รู้สึกมีความสุข แต่เมื่อภาพของตัวเองไม่ตรงตามอุดมคติจะทำให้ไม่มีความสุข กรณีของคนไร้บ้านที่ไม่สามารถมองเห็นคุณค่าในตนเอง เนื่องจากไม่สามารถให้ชีวิตที่เป็นความจริงตรงกับอุดมคติได้ ไม่สามารถให้ครอบครัวและตนเองสุขสบายได้อย่างที่อุดมคติวาดไว้ ทับซ้อนเป็นเวลานาน จนส่งผลให้เกิดความรู้สึกว่าตนไร้คุณค่า และความรู้สึกนี้เป็นตัวส่งผลทำลายให้ไม่สามารถเชื่อมั่นในตนเองเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไปได้ 39 และสอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมาสโลว์ ในลำดับที่ 4 หมายถึงความต้องการที่จะรักษาตัวตนของตัวเอง ต้องการความเคารพตัวเอง ความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถรู้สึกถึงความนับถือตนเองเช่นนั้นได้ จึงพบว่า บุคคลที่มีความเคารพหรือภาคภูมิใจในตนเองต่ำ มักมีจิตใจที่อ่อนไหวง่าย เมื่อมีปัจจัยเล็ก ๆ กระทบต่อจิตใจจะสร้างความรู้สึกที่รุนแรงต่อผู้รับ นอกจากนี้ยังพบว่าการจะเพิ่มความรู้สึกไร้ค่าและความเคารพตัวเอง สิ่งสำคัญคือการได้รับความรักและการเห็นอกเห็นใจจากผู้อื่น (59)

ความรู้สึกไร้ค่าเป็นปัจจัยที่สำคัญพบได้ในทุกโรค มีความรุนแรงต่อการเปลี่ยนแปลงอาการจิตเวช ความรู้สึกนี้ถูกสะสมเป็นระยะเวลานาน ตอกย้ำให้คนไร้บ้านเชื่อว่าตนไร้ค่าจริง ๆ อย่างที่คิด จึงไม่มีความกล้า ในการคิดที่จะเปลี่ยนแปลงตนเอง อาศัยดำเนินชีวิตไปวัน ๆ ทำให้ไม่มีพลังขับเคลื่อนชีวิตเพื่อพ้นจากสภาวะไร้บ้านได้เนื่องจากความรู้สึกถูกลดคุณค่า สอดคล้องกับวิไลวรรณ ทองเจริญ ได้กล่าวถึงความรู้สึกไร้คุณค่าว่าเป็นความไม่มั่นคงของอารมณ์ เกิดความรู้สึกไร้ค่า และเปราะบางทางจิตใจ จนนำไปสู่ความคิดและความคาดหวังที่เป็นลบ ท้ายที่สุดความรู้สึกเหล่านี้จะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาและอุปสรรคในการวิจัย

1. ในช่วงของการเก็บข้อมูลงานวิจัย เป็นช่วงเวลาที่มึนนโยบายการจัดระเบียบคนเร่ร่อนของภาครัฐที่เข้มข้น กล่าวคือ มีการกวาดล้างคนไร้บ้านทุกคืน ทำให้การเก็บข้อมูลเป็นไปได้ยากลำบาก เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ได้มีการหลบหนี หลบหลีก ไม่ได้พักอาศัยในที่ประจำ

2. เนื่องด้วยระเบียบวิธีการวิจัยที่ต้องใช้เกณฑ์การวินิจฉัย Mini International Neuropsychiatric (ฉบับภาษาไทย) (5.0) (M.I.N.I) ก่อนเริ่มสัมภาษณ์ เพื่อคัดกรองกลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่พบโรคทางจิตเวช และการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งต้องใช้เวลานาน สำหรับคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชบางรายพบว่า ในแต่ละครั้งไม่สามารถสัมภาษณ์ให้จบรวดเดียวได้ เนื่องด้วยสมาธิของผู้ให้ข้อมูล จึงต้องใช้วิธีการติดตามอย่างต่อเนื่องจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วน

3. ข้อคำถามที่เกี่ยวข้องกับสภาพของจิตใจไม่มีความเปราะบางต่อคนไร้บ้าน ในบางรายการถามถึงอดีตอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกเจ็บปวดกับเรื่องราวในอดีตอีกครั้ง จึงต้องระมัดระวังในการค้นหาข้อมูล

ข้อเสนอแนะ

1. สิ่งทีพึงระวังคือการผู้ถึงคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชในแง่ของการเหมารวม เนื่องจากไม่ใช่คนไร้บ้านทุกคนที่มีโรคจิตเวช กลุ่มผู้ที่มีโรคจิตเวชเป็นเพียงส่วนหนึ่งของคนไร้บ้านทั้งหมดเท่านั้น และที่สำคัญในกลุ่มนี้ ไม่ใช่ทุกคนที่มีอาการรุนแรงจนถึงขั้นหลุดจากโลกความเป็นจริง หากได้รับการรักษาเยียวยา อย่างทันถ่วงทีจะสามารถทำให้กลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชกลับมาใช้ชีวิตที่แข็งแรง และพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนอย่างมั่นคงมากขึ้นได้

2. ประชากรกลุ่มที่เสี่ยงเปราะบางต่อการเป็นคนไร้บ้านที่มีอาการจิตเวชได้นั้น คือกลุ่มประชากรที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่ถูกจัดว่าอยู่ในระดับรุนแรง เช่น โรคจิตหรือโรคอารมณ์สองขั้ว ซ้อนทับกับปัจจัยสังคมอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องเช่นการดูแลผู้ป่วยทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และรัฐนั้น ต่างอยู่ในสภาพยากลำบากต่อการดูแลและจัดการ เนื่องจากโรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังใช้เวลาในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูดูแลยาวนาน ใช้การเอาใจใส่ในระดับเข้มข้นต่อเนื่อง ใช้การลงทุนในทรัพยากรทั้งเวลาทรัพยากรที่สูงถ้าต้องการผลลัพธ์ต่อการดูแลรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยที่ดีมีคุณภาพ หรือทัศนคติความรู้ความเข้าใจต่อความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่คนในสังคมมียังห่างไกลคำว่าถูกต้องอย่างมาก ด้วยปัจจัยเหล่านี้จึงเป็นสาเหตุทำให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในทุกระดับประสบปัญหาอย่างมาก โกลาหลอย่างรุนแรง โรคจิตเวชและปัจจัยทางสังคมดังกล่าวจึงเป็นระเบิดเวลาที่จะสร้างปัญหาให้กับคุณภาพประชากรในอนาคตอย่างเล็งไม่พ้น ซึ่งการเกิดขึ้นของกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวชนั้นนับเป็นรูปธรรม ตัวอย่างได้อย่างชัดเจน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องสร้างความเข้มแข็งในระดับชุมชน

ไปจนถึงระดับนโยบายส่วนกลาง จึงควรที่จะพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชนั้นเริ่มต้นได้จากการสร้างความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเวชให้กับคนในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ซึ่งเป็นกลไกของรัฐด้านสาธารณสุขที่ใกล้ชิดชุมชนมากที่สุด เพื่อให้คนในชุมชนได้มีความเข้าใจและตระหนักว่าพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำที่ผิดปกตินั้นอาจเป็นเหตุของโรคทางจิตเวชโรคใดโรคหนึ่งได้ ไม่ใช่อาการที่เกิดจากอุปนิสัยที่ไม่ดีหรือเรื่องทางไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้าเป็นต้น การให้ความรู้อย่างต่อเนื่องดังกล่าวยังลดอคติที่ทำให้เกิดความอาทรและจะนำไปสู่ความช่วยเหลือของชุมชนที่จะมีต่อผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ต้องแบกรับปัญหาและการแก้ไขสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดที่ผิดปกติไปของตัวผู้ป่วยจิตเวชโดยลำพัง และเมื่อชุมชนเข้มแข็งมากขึ้นในเชิงความรู้ความเข้าใจต่อโรคจิตเวชชุมชนเองยังสามารถพัฒนาขึ้นเป็นกลุ่มเฝ้าระวังเพื่อดำเนินการในการกิจคัดกรอง ติดตาม ช่วยเหลือ ป้องกันได้อย่างต่อเนื่องมากขึ้นมีความเข้มแข็งของกลไกวิธีการช่วยเหลือได้มากขึ้น

3. สิ่งที่น่าเป็นห่วงสำหรับผู้ให้ข้อมูลที่โรคจิตเวชในระดับรุนแรง เช่นโรคจิต อาจเป็นคนที่หายออกจากบ้าน เนื่องจากปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยทางสังคม จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่ควรมีการถอดบทเรียนหาเหตุปัจจัยในมิติอื่น ๆ ที่เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องออกจากครอบครัว ออกจากชุมชน หรือเป็นคนหายด้วยอาการจิตเวช ซึ่งต้องมีการแก้ไขปัญหาในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ในด้านเศรษฐกิจ ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องใช้ความใกล้ชิดและความเข้าใจ หรือต้องมีการประสานงานนำกลไก นำทรัพยากรที่สำคัญมาช่วยหนุนเสริมให้เกิดความช่วยเหลือและเป็นตาข่ายทางสังคมที่สามารถรองรับทั้งเรื่องเศรษฐกิจ คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งในกระบวนการนี้เมื่อชุมชนมีความเข้มแข็งมากจนมีความเป็นองค์กรอย่างเหนียวแน่น องค์กรชุมชนนั้น ๆ ยังสามารถขอการสนับสนุนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อจัดให้มีการดำเนินการในลักษณะเดียวกับสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง ตามที่ระบุไว้ในมาตรา๑๕ และ มาตรา๑๗ ของพระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ.๒๕๕๗ ซึ่งทำให้องค์กรชุมชนสามารถยกระดับตัวเองเพื่อการคุ้มครองในด้านอื่น ๆ ที่เป็นเงื่อนไขสำคัญต่อปัญหาผู้ป่วยจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัว และเป็นการดีชุมชนเองจะมีพื้นที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระยะของการฟื้นฟูหรือผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้เข้ามาอยู่ภายใต้การดูแลของสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหรือศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง สุดท้ายนั้นจะเป็นการดีที่พื้นที่ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชและพื้นที่การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่สามารถดูแลตัวเองได้จะมีเพิ่มขึ้นและเป็นต้นแบบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างรอบด้านและเป็นสิ่งที่ได้เริ่มขึ้นโดยชุมชนที่เข้มแข็งเป็นสำคัญ

4. การสร้างโปรแกรมอาชีพสำหรับคนไร้บ้านนั้นไม่ควรคำนึงถึงเพียงแค่มีรายได้อยู่อย่างพอกิน หรือมีรายได้ที่น้อยเกินกว่าที่ควรจะได้รับเพียงแค่ว่าพวกเขาคือคนไร้บ้าน แต่ควรมีรายได้ที่มากพอ

สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิต มีเงินเหลือไว้สำหรับให้พวกเขาสามารถจินตนาการได้ถึงอนาคต เป็นอาชีพที่สร้างคุณค่าให้แก่ตัวเองได้ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตไปพร้อม ๆ กับการฟื้นฟู เยียวยาจิตใจ

5. นโยบายการจัดระเบียบคนไร้บ้านของภาครัฐคือนโยบายที่ทางภาครัฐจัดขึ้นเพื่อการช่วยเหลือคนไร้บ้าน แต่ด้วยวิธีการสร้างความเดือดร้อนถึงขั้นกระทบกระเทือนต่อปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากคนไร้บ้านส่วนหนึ่งต้องกระจัดกระจายไปจากที่เป็นอยู่ที่คุ้นเคย จากแหล่งการหางานหารายได้ รูปแบบการเดินทางและการใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย ส่วนหนึ่งถูกนำตัวเข้าไปยังสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งจากภาวะจำยอมทางกฎหมาย คนไร้บ้านหลายรายเมื่อถูกนำตัวไปอยู่ที่สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งมีความเป็นอยู่คับข้องใจอัดอั้นเนื่องจากต้องอยู่ร่วมกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการขั้นรุนแรงและไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างอิสระได้ อีกทั้งยังสร้างความกลัวความหวาดระแวงต่อภาครัฐและหมดหวังต่อภาครัฐในฐานะเครื่องมือที่พึ่งพาให้คนไร้บ้านมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จึงมีความจำเป็นที่รัฐควรยกเลิกนโยบายการจัดระเบียบโดยเด็ดขาด เนื่องจากการจัดระเบียบคนเร่ร่อนไร้บ้านของภาครัฐนั้นสะท้อนถึงความไม่เข้าใจต่อปัญหาต่อวิถีชีวิตต่อวิถีคิดและเป็นการละเมิดสิทธิอย่างรุนแรงของภาครัฐ สร้างความเป็นพลเมืองชั้นสองจากการที่ถูกรัฐละเลยในการแก้ไขปัญหาและซ้ำยังมองคนไร้บ้านในความเป็นส่วนเกินในระบบสังคม ทั้ง ๆ ที่การมีอยู่ของคนไร้บ้านนั้นนับเป็นผลผลิตจากการไม่มีนโยบายและการจัดการที่เป็นรูปธรรมในการจัดการปัญหาการเข้าถึงทุนเข้าถึงทรัพยากรในการนำมาจัดการให้ประชาชนพลเมืองได้มาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นพื้นฐานได้ ดังนั้นการดำเนินการที่ดีที่สุดที่รัฐควรจะทำเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาคนไร้บ้านนั้น สมควรเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องแก้ไขในเชิงป้องกันนั้นคือการสร้างสวัสดิการการให้ประชากรในรัฐสามารถเข้าถึงทุนชีวิตขั้นพื้นฐานที่จำเป็นต่อการไม่หลุดร่วงไปสู่ทางเลือกสุดท้ายเมื่อไม่มีทางเลือกที่เป็นผลจากไม่มีทุนชีวิตมากพอนั้นคือการไปเป็นคนไร้บ้านและสมควรเป็นอย่างยิ่งที่รัฐจะเข้ามาช่วยแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตของกลุ่มประชากรที่มาเป็นคนไร้บ้านแล้ว เช่นสนับสนุนในด้านที่อยู่อาศัย สนับสนุนในด้านการเข้าถึงสุขอนามัยที่ดี สนับสนุนในด้านการสร้างพลังใจเป้าหมายในการดำรงชีวิต สนับสนุนในด้านการสร้างรายได้การสร้างงานสร้างอาชีพที่มั่นคง สนับสนุนการเข้าถึงทุนและสวัสดิการการที่จำเป็นเพื่อการดำรงชีพที่ดีมีคุณภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว ฯลฯ

บรรณานุกรม

1. บุญเลิศ วิเศษปรีชา. โลกของคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ฟ้าเดียวกัน; 2560.
2. พระราชบัญญัติคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557. 2557.
3. อนุธรรม พิทักษ์ธานีและคณะ. รายงานวิจัยประชากรเชิงลึกของคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร และพื้นที่เกี่ยวเนื่อง. กรุงเทพฯ 2559.
4. มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไร้บ้าน. กรุงเทพฯ 2555.
5. Department of Communities and Local Government. Homelessness data: note and definitions. 2014.
6. Position Paper - ABS Review of Counting the Homeless Methodology. [Internet]. 2018. Available from: <http://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/0/90db868e528d3eebca2578df00228cee?openDocument>.
7. Supreme Court of India. The National Report on Homelessness. Permanent Shelters for urban Homeless Populations. 2011.
8. Rota-Bartelink A, Lipmann B. Causes of homelessness among older people in Melbourne, Australia. Australian and New Zealand Journal of Public Health. 2007;31(3):252-8.
9. 896 The Homeless Emergency Assistance and Rapid Transition to Housing (HEARTH). [Internet]. 2018 Available from: <https://www.hudexchange.info/resources/documents/HomelessAssistanceActAmendedbyHEARTH.pdf>.
10. ธาณี ชัยวัฒน์ และคณะ. การศึกษาแนวทาง วิเคราะห์ต้นทุนการแก้ไขปัญหาคนไร้บ้าน และติดตามการเปลี่ยนแปลงทางชีวิตคนไร้บ้านในช่วงเริ่มต้น. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.); 2561.
11. Fekadu A, Hanlon C, Gebre-Eyesus E, Agedew M, Solomon H, Teferra S, et al. Burden of mental disorders and unmet needs among street homeless people in Addis Ababa, Ethiopia. BMC Medicine. 2014;12(1):138.
12. Paula Goering, R.N., Ph.D. , George Tolomiczenko, M.P.H., Ph.D. , Tess Sheldon, M.Sc. , Katherine Boydell, Ph.D. , and, Donald Wasylenki, M.D., M.Sc., F.R.C.P. Characteristics of Persons Who Are Homeless for the First Time. Psychiatric Services.

2002;53(11):1472-4.

13. มาโนช หล่อตระกูล ธต, นิดา ลี้มสุวรรณ,. ตำราพฤติกรรมศาสตร์ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: ภาพ
วิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์รามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
14. Fishbein M. The New illustrated medical and health encyclopedia. 1975;122:5-6.
15. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 3 ed. กรุงเทพฯ: สยามเอ็มแอนด์บี พับลิชชิ่ง; 2542.
16. ศรีเรือน แก้วกังวาล. ตัวแปรที่เกี่ยวกับความเครียดของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลบำรุงราษฎร์
เขตวัฒนา กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2542.
17. ภควัต วงศ์ไทย. ความเครียดของนิสิตระดับปริญญาตรี ภาควิชาสถาปัตยกรรม คณะสถาปัตยกรรม
ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2557.
18. Farmer RE. Monahan LH. And Hakeier R. Stress management for human services.
1984;20:4.
19. Miller H., Keane B. Encyclopedia and dictionary of Medicine and Nursing. 1972.
20. Tidden V. WC. Social support and chronically ill. 1987;20:22:613
21. House J. S. Work stress and social support. 1981.
22. Schaefer C, Coyne, J. C., & Lazarus, R. S., The health-related function of social
support. Journal of behavioral medicine. 1981;4:381-406.
23. ศุกรใจ เจริญสุข. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังพฤติกรรมเผชิญสถานการณ์ชีวิตและการสนับสนุนทาง
สังคมกับความเครียดในบทบาท ตามการรับรู้ของอาจารย์พยาบาลในวิทยาลัยพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2537.
24. Thoits PA. Social support as coping assistance. Journal of consulting and Clinical
Psychology. 1986;54:416-23.
25. อัครสรุตา สถาพรวงษา. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว บรรยากาศจริยธรรมในงาน
กับความสุขในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร
ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนจากครอบครัว บรรยากาศจริยธรรมในงานกับความสุขในการทำงานของ
พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย2551.
26. McCormack P. New family definitions from future leaders. 1974.
27. Macionis JC. Sociology. 5(th) ed. New Jersey: Prentice Hall1995.
28. พูนสุข ช่วยทอง. ครอบครัวและคุณภาพเด็ก. 2548.
29. Coyne JC, & DeLongis, A,. Going beyond social support: The role of social
relationships in adaptation. Journal of consulting and Clinical Psychology. 1986;54:460-

565.

30. Kim IK, & Kim, C.-S.,. Patterns of family support and the quality of life of the elderly. *Social Indicators Research*. 2003;62(1-3).

31. Teufel-Shone NI, Staten, L. K., Irwin, S., Rawiel, U., Bravo, A. B., & Waykayuta, S.,. Family cohesion and conflict in an American Indian community. *American journal of health behavior*. 2005;29(5):413-22.

32. ณาตกรการณ ชยุตสาหกิจ. การสนับสนุนจากครอบครัว ความหมายในชีวิต และสขภาวะในเยาวชน ผู้กระทำผิดที่ใช้สารเสพติด. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย2557.

33. Blankfeld DF, & Holahan, C. J.,. Family support, coping strategies, and depressive symptoms among mothers of children with diabetes. *Journal of Family Psychology*. 1996;10(2):173.

34. Coopersmith S. *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto, Calif.: Consulting Psychologists Press; 1981.

35. Self-esteem What is it? [Internet]. Available from: http://www.bsos.umd.edu/socy/grad/socpsy_rosenberg.html [cited 2019 May 02].

36. Novabizz. Selfesteem [Internet]. 2549 [cited 2019 May 02]. Available from: <http://www.novabizz.com/novaace/selfesteem.htm>

37. อุมภาพร ตรังคสมบัติ. Everest พาลูกค้นหาความนับถือตนเอง. กรุงเทพฯ: ชันด้าการพิมพ์; 2543.

38. Bandura A, Ross D, Ross SA. VICARIOUS REINFORCEMENT AND IMITATIVE LEARNING. *Journal of abnormal psychology*. 1963;67:601-7.

39. Wahba MA, Bridwell LG. MASLOW RECONSIDERED: A REVIEW OF RESEARCH ON THE NEED HIERARCHY THEORY. *Academy of Management Proceedings*. 1973;1973(1):514-20.

40. Gierveld JdJ. A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*. 1998;8(1):73-80.

41. J.E Y. *Loneliness, Depression and cognitive therapy: Theory and Applications*. 1982.

42. Derlega VJ, & Margulis S.T. . why Loneliness Occur: The interrelationship of Social Psychological and privacy Concept. *A Sourcebook of current theory, Research and therapy*. Newyork: Wile; 1982. p. 152-64.

43. wa km. Impact of social support networks on loneliness among the older

persons in myanmar. bangkok: Chulalongkorn University; 2015.

44. Beck AT, Steer, R.A., Kovacs, M., & Garrison, B. Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*. 1985;142(5):559-63.
45. Abramson LY, Metalsky, G.I., Alloy, L.B. Hopelessness depression: A theory – based subtype of depression. *Psychological Rev.* 1989;96:358-72.
46. Farran CJ, Heart, K.A. and Popovich, J.M. Hoppe and Hopelessness. California: Sage Publication; 1995.
47. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder.5th ed. . Arlington: VA American Psychiatric Association; 2013.
48. Dunn SL. Hopelessness as a Response to Physical Illness. *Journal of Nursing Scholarship*. 2005;37(2):148-54.
49. อรุณลักษณ์ คงไพศาลโสภณ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งทางจิตใจ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2556.
50. ฉวีวรรณ สัตยธรรม. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่2. 1 พ, editor. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2556.
51. นภัสสร ยอดทองดี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสิ้นหวังของผู้ป่วยสูงอายุโรคซึมเศร้าร่วมกับโรคทางกาย. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
52. ญาณิกา อักษรนำ. พลวัตความหมายคำว่า “บ้าน” ของคนไร้บ้าน: กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
53. ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล. การสำรวจความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาการเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม; 2559.
54. Tsuyoshi Okamura, M.D., Ph.D. , Tadashi Takeshima, M.D., Ph.D. , Hisateru Tachimori, Ph.D. , Ken Takiwaki, M.Phil. , Yuki Matoba, P.H.N. , Shuichi Awata, M.D., Ph.D. Characteristics of Individuals With Mental Illness in Tokyo Homeless Shelters. *Psychiatric Services*. 2015;66(12):1290-5.
55. Paul S, Corneau S, Boozary T, Stergiopoulos V. Coping and resilience among ethnoracial individuals experiencing homelessness and mental illness. *International Journal of Social Psychiatry*. 2018;64(2):189-97.
56. Castro AL, Gustafson EL, Ford AE, Edidin JP, Smith DL, Hunter SJ, et al. Psychiatric disorders, high-risk behaviors, and chronicity of episodes among

- predominantly African American homeless Chicago youth. *J Health Care Poor Underserved*. 2014;25(3):1201-16.
57. Oh HY, DeVlylder JE. Mental Health Correlates of Past Homelessness in Latinos and Asians. *Community Mental Health Journal*. 2014;50(8):953-9.
58. Spicer B, Smith DI, Conroy E, Flatau PR, Burns L. Mental illness and housing outcomes among a sample of homeless men in an Australian urban centre. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014;49(5):471-80.
59. รัตมน กัลยาศิริ. การเสพติดและผลแทรกซ้อนทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร 2561.
60. Botha A, Venter, J. M. P. The effect of life stages on needs satisfied by credit used, according to Alderfer's existence relatedness growth theory . . *Risk Governance & Control : Financial Markets & Institutions*. 2016;6(4-2):324-33.
61. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Popul Health Metr*. 2010;8:24-.
62. Effects of homelessness on the quality of life of persons with severe mental illness. *Psychiatric Services*. 1995;46(9):922-6.
63. สิริอร วิชชาวุธ และคณะผู้เขียน. จิตวิทยาทั่วไป 4 ค, editor. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
64. ศาสตราจารย์ ดร.ศรีเรื่อน แก้วกังวาน. ทฤษฎีจิตวิทยาบุคลิกภาพ (รู้เรา รู้เขา) 16 แอ, editor. กรุงเทพฯ สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2554.
65. Foley DJ, Monjan AA, Brown SL, Simonsick EM, Wallace RB, Blazer DG. Sleep Complaints Among Elderly Persons: An Epidemiologic Study of Three Communities. *Sleep*. 1995;18(6):425-32.
66. Spielman AJ. Assessment of insomnia. *Clinical Psychology Review*. 1986;6(1):11-25.
67. D.H. SLB. Anxiety disorder 1994.
68. ดร.นฤมล รัตนะรัต รนง. 75. รายงานวิจัย โครงการพัฒนาระบบการดูแลและให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. 126-30.
69. Loneliness Triggers Cellular Changes that can Cause Illness, Study Shows [Internet]. Available from: <https://socialsciences.uchicago.edu/story/loneliness-triggers-cellular-changes-can-cause-illness-study-shows>.



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป

1. ชื่อ-สกุล
2. เบอร์โทรศัพท์ (ถ้ามี)
3. ลักษณะพื้นฐานที่สามารถสังเกตได้
ความพิการ ,มีกลิ่นสุรา ,มีบาดแผลที่เห็นได้ชัด ,ความสามารถในการสื่อสาร
4. วัน/เดือน/ปีที่สัมภาษณ์
5. วัน/เดือน/ปีที่สัมภาษณ์

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุปัจจุบัน
3. อายุที่ออกจากบ้านครั้งแรก
4. สถานภาพในอดีต
5. สถานภาพในปัจจุบัน
6. การศึกษา
7. สาเหตุสำคัญที่ตัดสินใจออกจากบ้าน

ข้อมูลโรคจิตเวช

1. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในอดีต (past illness history) ระบุรายละเอียดของอาการ (อาการเริ่มต้น ความรุนแรงของอาการ) ระยะเวลาที่ป่วย ลักษณะอาการในช่วงระยะเริ่มต้น และรูปแบบการดำเนินโรค ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค ทั้งด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ ผลกระทบต่อครอบครัวและการดำเนินชีวิตในอดีตก่อนเป็นคนไร้บ้าน
2. ประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชในปัจจุบัน (present illness) ระบุรายละเอียดของอาการ (ความรุนแรงของอาการในปัจจุบัน) รูปแบบการดำเนินโรคในปัจจุบัน ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค ทั้งด้านชีวภาพ ด้านจิตใจ ผลกระทบต่อครอบครัวและการดำเนินชีวิตในพื้นที่สาธารณะ
3. ในขณะที่ตัดสินใจออกมาใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะ ขณะนั้น เกิดอาการทางจิตเวชหรือไม่ อย่างไร (หากเกิดขึ้นให้อธิบายว่า อาการของโรค รูปแบบของการเกิดโรคเป็นอย่างไร ระยะเวลาของการเกิดโรค)

ปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงของโรคหรืออาการจิตเวช

1. ปัจจัยอะไรในพื้นที่สาธารณะที่ส่งผลให้เกิดเหตุการณ์ความเครียด ความกดดันที่คุกคามร่างกายและจิตใจ และมันเป็นอย่างไบบ้าง
2. ความเครียด ความกดดันที่คุกคามร่างกายและจิตใจ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในพื้นที่สาธารณะอย่างไรบ้าง
3. ความเครียด ความกดดันที่คุกคามร่างกายและจิตใจ ส่งผลกับอาการจากโรคจิตเวชหรือไม่ หากมีความเครียดดังกล่าวส่งผลต่ออาการให้เพิ่มขึ้นหรือลดน้อยลงอย่างไรบ้าง
4. อาการจากโรคจิตเวชส่งผลกับการเกิดความเครียด ความกดดันที่คุกคามร่างกายและจิตใจต่อการใช้ชีวิตในพื้นที่สาธารณะหรือไม่ หากมีอาการโรคจิตเวชดังกล่าวส่งผลต่อความเครียดให้อธิบายว่าเพิ่มขึ้นหรือลดน้อยลงอย่างไรบ้าง

ความช่วยเหลือและการสนับสนุนจากสังคม

1. หากต้องการความช่วยเหลือด้านการเงินท่านสามารถพึ่งพาความช่วยเหลือจากที่ไหนได้บ้าง เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน สถานพยาบาล หรือหน่วยงานทางสังคม ได้หรือไม่อย่างไร
2. หากต้องการความช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย ท่านสามารถพึ่งพาความช่วยเหลือจากเครือข่าย เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน สถานพยาบาล หรือหน่วยงานทางสังคม ได้หรือไม่อย่างไร
3. หากต้องการความช่วยเหลือด้านอาชีพ ท่านสามารถพึ่งพาความช่วยเหลือจากเครือข่าย เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน สถานพยาบาล หรือหน่วยงานทางสังคม ได้หรือไม่อย่างไร
4. หากต้องการความช่วยเหลือด้านการรักษาโรคจิตเวช ท่านสามารถพึ่งพาความช่วยเหลือจากเครือข่าย เช่น ครอบครัว ญาติ เพื่อน สถานพยาบาล หรือหน่วยงานทางสังคม ได้หรือไม่อย่างไร
5. ท่านเคยได้รับความช่วยเหลือด้านอื่น ๆ นอกเหนือจากคำถามเหล่านี้หรือไม่ หากเคยได้รับให้ท่านอธิบายว่าเคยได้รับความช่วยเหลือจากใคร หรือท่านอยากได้รับความช่วยเหลือด้านใดจากใครมากที่สุด

การวางแผนชีวิตในอนาคตและการความต้องการ การกลับบ้านของคนไร้บ้าน

1. ท่านได้มีการวางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคตหรือไม่อย่างไร
 - วางแผนการดำเนินชีวิตในอนาคต ในสิ่งที่ท่านคาดว่าจะเป็นไปได้จริง
 - ถ้าการวางแผนของท่านเป็นไปได้ทุกอย่าง ท่านอยากจะใช้ชีวิตอย่างไรต่อไป
2. หากย้อนเวลากลับไปในอดีตได้ ท่านจะยังเลือกที่จะออกจากบ้านหรือไม่อย่างไร
3. ในปัจจุบันท่านมีความต้องการอยากกลับบ้านหรือไม่อย่างไร หากต้องการกลับบ้านท่านมีการวางแผนและมีหนทางในกลับบ้านหรือไม่อย่างไร



ตัวอย่างการลงรหัส (Code) เพื่อวิเคราะห์ข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ถอดรหัสสัมภาษณ์กลุ่มประชากรคนไร้บ้านที่มีโรคจิตเวช

CASE จู๊ด (นามสมมุติ)

Code	Quotation
Theme 1 สาเหตุการไร้บ้าน	
เศรษฐกิจ	“ตอนอยู่บ้านฐานะไม่ดี แต่ก็ไม่แย่มาก เรามีหน้าที่ดูแลยาย พอยายตายก็มีเรื่องแบ่งมรดก ทั้ง ๆ ที่ก็มีไม่เยอะ อยู่กับแม่ก็ไม่ได้ ไม่ชอบพ่อเลี้ยง แม่ก็ไม่เข้าใจเรานะตอนนั้น”
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	“ออกมาเพราะคนใกล้ชิตนี่แหละ ไม่เข้าใจเรา แล้วเหมือนกับว่าเรามีความรู้สึกว่าเอ๊ะ มันไม่ได้แล้ว เราารู้สึกว่าทำไมพ่อเลี้ยงเรา ตอนที่แรกๆที่เขาเข้ามาในชีวิตแม่เราอะ เหมือนมาหลอกแม่เรา เราก็ไม่พอใจ ไม่อยากอยู่บ้าน แล้วก็ทะเลาะกับญาติพี่น้องตอนยายตาย”
โรคจิตเวช	“ตอนยายตายตอนนั้นก็เศร้า มีอาการคล้ายๆอย่างนี้ มันคือไปหมดนะ อยากไปให้พ้นๆ ไปตายเอาดาบหน้า ไม่อยากอยู่บ้านแล้ว มันเครียด”
Theme 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน	
โรคจิตเวชที่พบในปัจจุบัน	Major depressive Episode
อาการ	“ตอนนี้รู้สึกท้อแท้ตลอดทั้งวัน แรกๆออกมาคือโกรธ จนมันเศร้าไปเอง ไม่รู้สึกสนุกสนานเหมือนเมื่อก่อน รู้สึกว่าไม่มีเรื่องสนุก เป็หมาย ว่างนอนตลอดเวลาทั้งวัน อยากนอน ไม่เคยรู้สึกว่างนอนพอ เริ่มพูดซ้ำ ไม่ค่อยอยากคุยกับใคร บางทีเพื่อนคนเร่ร่อน เขาไปไหนมาไหนเราก็ไม่ไปนะ ไม่อยากเดินไปไหน ไม่มีสมาธิ ตัดสินใจอะไรไม่ได้”
โรคจิตเวชที่พบในอดีต	Major depressive Episode
อาการ	“ช่วงที่ยายตาย ตอนนั้นทะเลาะกับที่บ้าน เป็นเหมือนตอนนี้เลย รู้สึกเศร้ามาก อยากฆ่าตัวตาย ไม่อยากอยู่บนโลก รู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว เป็เรื่องที่ต้องเจอมาก ๆ มีความคิดอยากไปให้ไกล ๆ หนีออกจากบ้านไปศาลาวัด ในหมู่บ้าน อยู่หลายวัน ไม่อยากอยู่บ้านเป็มาก”
Theme 3 ปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช	
ด้านสังคม	
ปัญหาทางเศรษฐกิจ	-
ปัจจัยด้านการงาน	“พอเห็นเป็นโรคอย่างนี้ก็ไม่มีใครรับเข้าทำงาน แถมเร่ร่อน เขาก็มองว่าไม่มีหัวนอนปลายเท้า บางคนกลัวเราอีก ทำงาน

Code	Quotation
	“ไม่ได้ก็ไม่มีวันดีกว่านี้ได้”
สภาพแวดล้อมความปลอดภัย ในสังคม	“นอนตรงนี้พวกซีเหล่าเมยามันเยอะ มันชอบมาแย่ง ชอบมา แซว น่ากลัวมากเลยนะ บางทีก็รู้สึกเหมือนคนเขาจ้องมอง เราตลอดเวลา นอนก็นอนได้ไม่เต็มอิ่ม บางทีพวกยุงอะไรเนี่ยมันเยอะต้อง คอยระวัง บางทีเขาก็ไม่ให้นอน ต้องหลับๆตื่นๆ ไม่ได้นอน เต็มอิ่มหรอก”
สุขภาพและความพิการ	“โรคที่เป็นมันยังง้อ่า พุดยาก ใครเขาจะรับเราได้ แล้วนี่ ไม่ได้รักษาตัวมานาน กำเริบจนเริ่มเป็นแผลที่ปาก”
นโยบายจัดระเบียบ คนไร้ บ้านของภาครัฐ	-
การเข้าถึงสาธารณูปโภค	-
ด้านจิตใจ	
ความรู้สึกสิ้นหวัง	“แรก ๆ มาอยู่กรุงเทพ ทำงานที่สนามหลวงแรก ๆ มีเงินใช้ มีเพื่อน เยอะแยะมากมาย แต่พอป่วย พอไม่มีเงินอะไรๆก็ไม่ เหมือนเดิม จะให้กลับไปทำอะไรได้ ชีวิตนี้ไม่มีอะไรจะไปสู้ ต่อแล้ว”
ความรู้สึกโดดเดี่ยว	“ก็มีนะเพื่อน คนเร่ร่อนด้วยกัน เวลาไปไหนเขาก็บอก ก็ชวน เออไปด้วยกันสิ แต่เอาเข้าจริง ๆ ก็ได้แค่คุยผ่านๆ ความรู้สึก ก็ยุ่งเหยิง ไม่มีเพื่อน ไม่มีอะไรอยู่ดี เวลามีปัญหาหนักใจก็เรา ตัวคนเดียว ชีวิตมันเป็นแบบนี้”
ความรู้สึกไร้ค่า	“นอนข้างถนนแบบนี้ ใครเขาก็รังเกียจ แล้วตอนนี้แผลที่ปาก เริ่มลาม คนเขามองก็ต้องรู้ว่าเราเป็นโรคอะไร สายตาที่มอง มา บางทีก็กลัว บางทีก็รังเกียจ มองออกเลยนะ แต่ก็ทำอะไร ไม่ได้”

CASE 2 โจ (นามสมมติ)

Code	Quotation
Theme 1 สาเหตุการไร้บ้าน	
เศรษฐกิจ	-
ความสัมพันธ์ภายใน ครอบครัว	-
โรคจิตเวช	“ห้องคอนโดคือละล้านกว่าบ้านเสือกถูกสุนัขในร่มขี้ทำ ร้าย เพราะอะไรอย่างทีบอกไป แค่ว่ารวย มีเงินใช้ มีเพื่อน

Code	Quotation
	<p>มากมาย เอาเพื่อมาสนุกสนานก็ได้ เปิดเพลงเสียงดังก็ไม่ได้ มันท้าวารบกวคนอื่น ให้ตำรวจมาจับส่งโรงพยาบาลบ้า กูไม่ได้บ้า พวกมันแหละบ้า</p> <p>ผมนั่งส่องพระอยู่ไทม์มัย ส่องพระ ส่องพระอยู่แล้วคนก็มายืน เบ่งค้ำหัวกระบานผม บอกว่าให้ผมไปนั่งที่อื่น ตรงนี้มันจะนั่งผมนั่งมาก่อน ผมมองหน้ามันว่ามีเพ็งเข้ามา แต่กูกูอยู่มาตั้งนาน แต่มึงมาเบ่งว่า ให้กูไปนั่งที่อื่น มันจะนั่งตรงนี้ เราก้เลยเกิดจะวิวาทกัน เราตัดปัญหาเราออกมาเลยดีกว่า ไม่กลับเข้าไปแหละ จิตวิญญาณแบบกูใครฆ่าได้หยามไม่ได้ กูคือศิษย์เอกพระพุทธเจ้า”</p>
Theme 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน	
โรคจิตเวชที่พบในปัจจุบัน	โรคอารมณ์สองขั้ว : Manic Episode
อาการ	<p>“ผมวางแผนแล้วตอนนี้ ตอนนี้ผมคิดอยู่ว่า ผมกำลังจะหาคิมเบอร์ซูบเปอร์แมท ผมต้องการคิมเบอร์ฟังให้ดีในการออกเสียง สไลด์พีตบาง ๆ จุดสี ห้ากระสุนแปดนัดบรรจุหัวรู ผมกำลังเล็งอยู่ว่าผมจะไปเป็นผู้จัดการระดับสูงที่ธนาคารที่ไหนดี ชีวิตผมไม่ต้องการนอน ผมมีเรื่องที่ต้องทำอีกมาก แค่ว่าหลับตาที่รู้สึกดี ปกติผมเป็นคนพูดเร็ว เพราะผมคิดเร็ว คุณต้องฟังผมให้ทัน”</p>
โรคจิตเวชที่พบในอดีต	โรคอารมณ์สองขั้ว : Manic Episode
อาการ	<p>“ใช้เงินจากมรดกของน้องสาวเป็นจำนวนเงินว่า 3 แสนภายใน 2 สัปดาห์ เข้าไปอยู่ในคอนโด เปิดเพลงเสียงดัง ในยามค่ำคืน ไม่หลับไม่นอน ชวนเพื่อนเข้ามาจัดงานปาร์ตี้ เอาผู้หญิงมานอน จนนิติกรประจำคอนโดต้องแจ้งตำรวจ แล้วส่งสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา หลังจากออกจากโรงพยาบาลก็มาอยู่ข้างถนน โมโหนิติกรจนมีเรื่องทะเลาะวิวาทอย่างรุนแรง”</p>
Theme 3 ปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช	
ด้านสังคม	
ปัญหาทางเศรษฐกิจ	<p>“พูดง่าย ๆ ก็คือจะศาสนาอะไรก็ได้แล้วแต่ เงินเป็นใหญ่และเงินคือพระเจ้า เงินบันดาลได้ทุกสิ่ง ทำได้ทุกอย่าง บันดาลได้ทุกอย่าง คือเงิน เข้าใจนะ ว่าอะไรคือพระเจ้าที่แท้จริง ทุกศาสนาเงินคือพระเจ้า คนเราราบเงินบูชาเงิน เคารพเงิน ผมจะไม่</p>

Code	Quotation
	เป็นแบบนี้ ถ้าผมมีเงิน”
ปัจจัยด้านการงาน	“ผมอยากมีงานทำตอนนี้ เช่น เออผมอยากเป็นอะไรน้ำ ผมจะอยากทำอะไรดี พนักงานห้องอาหาร แต่ต้องเป็นห้องอาหารที่ แต่งตัวยังงี้ก็ได้ เช่นโชว์รอยสักได้ ถอดเสื้อเสริฟได้นั่งกางเกงในตัวเดียวเสริฟได้ผมจะไปทำอย่างนั้น”
สภาพแวดล้อมความปลอดภัยในสังคม	“ผมเป็นพระผมกำลังจะนั่งสมาธิช่วงเวลาบ่ายหรือสี่โมงเย็นจะมีกลุ่มรถแล่นผ่าน่านฟ้าที่ผมกำลังภาวนาเป็นพระอยู่เสียงรถนั้นมันไพเราะยิ่งนักเสียงสนั่น ยิ่งเป็นแรงเท่าไร แสบแก้วหูแรงเท่าไร ผมยิ่งชอบ”
สุขภาพและความพิการ	-
นโยบายจัดระเบียบ คนไร้บ้านของภาครัฐ	-
การเข้าถึงสาธารณูปโภค	-
	ด้านจิตใจ
ความรู้สึกสิ้นหวัง	-
ความรู้สึกโดดเดี่ยว	“น้องผมตายไปแล้ว มันทิ้งผมไว้คนเดียว อยู่ตัวคนเดียวบนโลก ถึงได้โดนรังแกแบบนี้ไง”
ความรู้สึกไร้ค่า	“คนไม่มีเงินก็เท่ากับหมา ไม่มีใครมาสนใจ เงินคือพระเจ้าผมต้องมีเงิน”

CASE 3 อาร์ม

Code	Quotation
Theme 1 สาเหตุการไร้บ้าน	
เศรษฐกิจ	-
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	-
โรคจิตเวช	“ออกมาก็เพราะกลัวมันเนียแหละพี่เลยไม่อยากกลับบ้าน (อาการประสอทหลอน หูแว่ว เห็นภาพหลอน) โหวแม่งโคตรทรมาน มันค่าผมทุกวันเนียพี่ เข้าใจผมปะ มันหี้ยพี่ เนียตามผมไปทุกที ต้องไปตามล่าไอมนุชย์ต่างกาพี่ ผมถึงจะไม่ตาย”
Theme 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน	
โรคจิตเวชที่พบในปัจจุบัน	Psychotic Disorder
อาการ	“พี่เข้าใจปะ ผมคุยกับมนุษย์ต่างดาวเอเนี่ยละพี่ อยู่ด้วยเค้าบอกว่าเค้าปลอมตัวได้ เค้าปลอมตัวเป็นไอนี้ได้อะไรวะไม้กางเขนเออ ปลอมตัวเป็นไม้กางเขน ได้สักพักเดี๋ยวม่งเป็นแมลงบอได้ หน้าแมงเป็นเหล็ก ตัวเป็นคล้ายๆไดโนเสาร์ เหล็กกะไดโนเสาร์สมพันธ์กันออกลูกเป็นต้นไม้ พวกมันเป็นลูกน้องผม ได้ยินเสียงพวกมันคุยกันเลย ได้ยินทั้งวัน ตอนนี่ก็ได้ยิน ผมไปอยู่สมเด็จเจ้าพระยาสามเดือนเองเข้าพรรษาไปช่วยเค้าจัด ไปเข้าพรรษาเพื่อช่วยเหลือคนด้วยอะไรด้วยไปเป็นหมอ”
โรคจิตเวชที่พบในอดีต	Psychotic Disorder
อาการ	“นี่อะเรื่องจริงผมบอกได้พี่เข้าใจปะผมเห็นมนุษย์ต่างดาวมันนานแล้วพี่ตั้งแต่ปี 56 ผมแบบจะทำอะไร ผมก็ไม่ได้ทำเข้าใจปะ พี่มาเป็นตอน 56 ตอนผมเลิกกับเมีย พ้อออกจากสมเด็จเจ้าพระยา ก็ออกจากบ้านมา ต้องมาตามล่าไอมนุชย์ต่างดาวชาติชั่ว มันทรยศ พ่อผมก็เห็นเหมือนกันพี่ พ่อโดนไล่ออกจากบ้าน”
Theme 3 ปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช	
ด้านสังคม	
ปัญหาทางเศรษฐกิจ	-
ปัจจัยด้านการงาน	-

Code	Quotation
สภาพแวดล้อมความปลอดภัย ในสังคม	“นอนตรงนี้ผมก็รำคาญเหมือนกันละ พวกมันแม่ง เบิ้ล รถทั้ง คืน เสียงรถแม่งดัง รำคาญเหมือนกันใช้ไหม ไอเสียงรถเนี่ย รำคาญโคตรรำคาญ จนมันทำให้ไม่โหมเมื่อก่อนผมก็ไม่ค่อย เท่าไรพี่ แต่ตอนนี้ไม่โหมหนักเลย เข้าใจปะ”
สุขภาพและความพิการ	-
นโยบายจัดระเบียบ คนไร้ บ้านของภาครัฐ	-
การเข้าถึงสาธารณูปโภค	-
ด้านจิตใจ	
ความรู้สึกสิ้นหวัง	-
ความรู้สึกโดดเดี่ยว	-
ความรู้สึกไร้ค่า	“เวลาเห็นผมคนนอนข้างถนนใช้มัยพี่ แม่ง แบบไม่มีหัวนอน ปลายเท้าเหมือนยาจากพวกขอทานอะไรพวกเนี่ยไอเหี้ยเห็น ปะแล้วลุดท้ายตัวเองก็มานั่งกินเองอร่อยเองคนเดียว เออแม งผมก็เป็นแบบนี้แหละ”

CASE 4 ซา

Code	Quotation
Theme 1 สาเหตุการไร้บ้าน	
เศรษฐกิจ	“เอาเหตุผลของผมก่อนนะครับก็คือว่าผมตอนแรกก็ทำงานโรงแรมอยู่ตรงเดอะทวินตรงเนี่ยแล้วก็มีปัญหาเรื่องความรักมีปัญหาเรื่องการยืมเงินแล้วไม่คืนแบบการกู้หนี้ยืมสินเป็นนายหน้าเค้าอะไรแบบเนี่ย คอยค้าให้เค้าประมาณนี้เราก็ต้องมาใช้หนี้ก็เลยติดลบ”
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	“แล้วก็ทะเลาะกับแฟนเหมือนตุ๊กตาหยุดหมุนอะครับเป็นช่วงหนึ่งเข้าใจใจใหม่ครับคือมันสมองเราเบลอลไปแล้วเราฟังเรื่องทุกอย่างอะไรแบบเนี่ยเราก็เลยเร่ร้อนมาติดเพื่อนที่นี้ก็เลยทิ้งจากการเร่ร้อนไม่ได้ก็เลยติดเพื่อนมาเรื่อย ๆ ทุกอย่างก็หยุดเพราะว่าเราคนเรามันต้องมีกำลังใจใจใหม่ครับที่จะสู้ต่อไปแต่จุด ๆ นั้นทั้งเรื่องการเงินเรื่องการที่เพื่อนยืมเงินไปเรื่องระบบการเงินเราฟังปัญหาเรื่องแฟนก็ฟัง ทุกอย่างมันฟัง มันปะดังเข้ามา ทำให้เราแบบเร่ร้อนทำให้เราแบบหยุดงานไปเลยไม่ได้ลาอะไรแบบนี้แล้วก็มาคลุกคลีกับแบบเนี่ยทำให้เราไม่มีจุดยืนทำให้เพื่อนไปตรงนั้นมันตรงนั้นมัน กลับไปอยู่บ้านก็คือไปอยู่ได้ครับแต่มันไม่สงบสุขมันไม่สบายใจเพราะว่าที่บ้านจะทะเลาะกันทุกวันอะไรแบบเนี่ยก็คือว่าครอบครัวผม นะครับมีน้ำพิการแล้วก็น้ำเป็นบ้าแล้วน้องก็จะติดยาแล้วก็แบบว่าพ่อแม่จะทะเลาะกันตลอดอะไรแบบเนี่ยมีปัญหาภายในครอบครัวอยู่แล้ว แล้วก็แยกออกมา”
โรคจิตเวช	
Theme 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน	
โรคจิตเวชที่พบในปัจจุบัน	Major depressive Episode
อาการ	“ช่วงนี้รู้สึกท้อแท้ซะ เหนื่อยคนอย่างเรามันไร้ค่าครับ จะทำอะไรให้มันดีกว่าเดิมก็ไม่ได้ นอนหลับยากไม่มี มีแต่อยากนอนตลอดเวลา มันรู้สึกไม่มีแรงซะ เพลียๆ แต่ก่อนมาอยู่ใหม่ๆผมมีเพื่อนเยอะนะ ตอนนี้อยากคบใครอยากอยู่กับคนเดียว”
โรคจิตเวชที่พบในอดีต	Major depressive Episode
อาการ	“เคยเศร้ามาก่อนครับ เป็นเพราะอกหัก ทำให้ผมต้องออกจากงาน เศร้าจนไม่พูดไม่จากับใคร ทำร้ายตัวเอง กรีดแขน กินข้าวไม่ได้เลยตอนนั้น ความคิดมันตีไปหมดเลยครับ”

Code	Quotation
	ชีวิตอยู่ในช่วงขาขึ้นอยู่ ๆ ลงวบ เจ็บปวดทรมานมาก อยู่หนึ่งไปเลย หมดอาลัยตายยาก”
Theme 3 ปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช	
ด้านสังคม	
ปัญหาทางเศรษฐกิจ	“รู้สึกแย่มากเลยครับ เราก็กะลือเงินน้อยแล้ว แล้วๆ แล้วก็แบบ ข้าววัดเราก็กะลือ คือเราก็กะลือไม่เคยขอใครอะนะ เราก็กะลือไม่เคยขอใคร ทุกสิ่งทุกอย่างมันก็ แสบจะคู้ยยะเลยมั้ง”
ปัจจัยด้านการงาน	“ผมโดนผู้รับเหมาอะโก่งอะคือไม่จ่ายอะคือไม่จ่ายเดือนหนึ่ง อ่างนั่นผัดนั่นผัดนี่อะเราก็กะลือแบบพวกเราก็กะลือส่วนมากก็จะเจอเหมือนกันพวกเราก็กะลือเช็ดที่จะแบบว่าไม่ยอมทำงานเป็นเดือนคือไม่ได้ใช้เกี่ยวจะครับแต่ว่าทนไม่ไหวกับความโดนโก่ง”
สภาพแวดล้อมความปลอดภัยในสังคม	“ขโมยบ้างมีพวกมิจฉาชีพอะไรแบบเนี่ยที่เราต้องระวังตัวตลอดเวลาเราไม่สามารถแบบนอนได้ตามเวลาปกติเหมือนคนทั่วไป ต้องคอยระวัง ตอนเช้าตื่นก็จะเพลีย”
สุขภาพและความพิการ	
นโยบายจัดระเบียบ คนไร้บ้านของภาครัฐ	“คือว่าตอนกลางคืนเนี่ยจะพยายามนอนให้ดีกว่าที่สุดเพราะว่ามันจะมีพวกประชาสงเคราะห์มาจับไปอยู่ในนั้น เหมือนคุกครับ ไม่อยากไป ต้องคอยมาระวังมันก็ไม่เป็นสุข”
การเข้าถึงสาธารณสุข	-
ด้านจิตใจ	
ความรู้สึกสิ้นหวัง	“เราไม่กล้าละเราไม่กล้าเผชิญกับความจริงคือแบบหิว กระเป๋าไปสมัครงาน มันโดนโก่งจนท้อไปหมดแล้วครับ อยู่แบบนี้ไปดีกว่า มีกินไปวันวัน”
ความรู้สึกโดดเดี่ยว	-
ความรู้สึกไร้ค่า	“เรามันคนข้างถนนใหม่ยะครับ ต่ำต้อยเรารู้สึกแบบไร้คุณค่าเรารู้สึกแบบ เออไม่มีคุณค่าในชีวิตเลยครับ”

CASE 5 เจมส์

Code	Quotation
Theme 1 สาเหตุการณ์ไร้บ้าน	
เศรษฐกิจ	“บ้านก็ไม่ค่อยมีเงินอะนะ แต่ผมกินเหล้าผมหาเงินเองตลอด แต่คนที่บ้านก็จะแหวะ ว่ากินเหล้า ชี้เกียจ แล้วไม่ทำงานหาเงินมาช่วยคนที่บ้าน ผมไม่เคยขอคนที่บ้านกินอะ ทำงานมีเงินผมก็กินของผม”
ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว	“เมื่อก่อนอาศัยอยู่กับแม่ แต่แม่ผมเสีย ผมก็ออกมาอยู่กับป้า แล้วผมไม่ถูกกับญาติพี่น้อง ไม่ถูกกัน ไม่ถูกกับญาติพี่น้องเลย ผมเลยออกมา ไม่ค่อยถูกกับญาติพี่น้องทำไรจริงผมเป็นคนแบบว่าผมเป็นคนใจร้อนด้วย แล้วก็ทำใครมาพูดแบบผิดหูผมนี่เอาละผมนี้ไม่ได้ละบอกให้ผมคนใจร้อนจริง ๆ ผมไม่ถูกกับญาติพี่น้อง คือแบบว่ายังไงอะ มันแหวะเราอะ พูดจาแหวะเราอย่างนี้ เรื่องกินเหล้ามันนะผมก็บอกว่าทำคุณพูดอย่างนี้ก็ไม่เป็นไรไม่อยู่ก็ได้ไม่ยากหรอกเรื่องที่อยู่อะ กินเหล้าคือสาเหตุหลักเลย น้ำเปลี่ยนนิสัย ไอ้ตอนไม่กินนะโอเคดีพอกินเข้าไปเอาละ ออกแบบนักเลงออกแบบเนี่ยผมไม่ชอบใจ หมายถึงเราทำหรือว่าคนอื่น เขานั้นแหละทำให้ผมไม่เคยนักเลงไม่มีหรอกคำว่านักเลงคนอย่างผมนะ พูดถึงนะตามหลักนะ มันก็หลักอยู่แล้ว อือชอบมาแหวะผมก็ไม่ชอบ ผมก็ไม่อยากมีปัญหาหรอกผมก็เดินหนี เดินหนีเลย ทำไปมันก็แค่นั้นคนเราแต่ถามว่าผมกลัวมั๊ยผมไม่เคยกลัวคน จริง แต่ว่ามาทำอย่างนี้มันไม่ใช่ไม่ถูก ก็เลยไม่อยู่ ก็คนมันเหมือนกัน แต่นิสัยมันนะไม่เหมือนกัน อืมจริง นิสัยมันนะไม่เหมือนกัน คนนะนิสัยอีกอย่างนึง อีกคนนิสัยอีกอย่างนึง แต่ผมนิสัยอีกอย่างนึงมันไม่ตรงกัน คือมันก็คืออยู่กันไม่ได้”

Code	Quotation
โรคจิตเวช	
Theme 2 ความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตเวชกับสถานการณ์ก่อนและหลังภาวะไร้บ้าน	
โรคจิตเวชที่พบในปัจจุบัน	Alcohol Dependence
อาการ	“กินเหล้าขาว ลัก 1 ก๊ก ในหนึ่งวันต้องได้กิน ใครก็ห้ามผมไม่ได้ ยิ่งห้ามเหมือนยิ่งยุ ไม่รู้ว่ามันเรียกติดลมมัย เพราะกินมันทุกวัน ต้องกินตลอด ไม่งั้นรู้สึกไม่สบายตัว กินแล้วทำงานคล่อง รู้สึกมีแรง มีความสุข เรื่องเครียดมันคลายเลย กินไม่ได้ มีอัสัน ตัวลั่น ไม่มีแรง เหนื่อย มีอาการมาตั้งนานแล้ว”
โรคจิตเวชที่พบในอดีต	Alcohol Dependence
อาการ	“กินเหล้าแบบนี้ตั้งแต่อายุ 14 ปี กินมานานมากกว่า 20 ปี เคยหยุดช่วงอายุ 20 แต่ทำไม่ได้ เลยกินมาตลอด”
Theme 3 ปัจจัยทางจิตสังคมของคนไร้บ้านและการเปลี่ยนแปลงอาการของโรคจิตเวช	
ด้านสังคม	
ปัญหาทางเศรษฐกิจ	-
ปัจจัยด้านการงาน	-
สภาพแวดล้อมความปลอดภัยในสังคม	“ไม่เคยมีวันไหน ที่ได้นอนเต็มอิมนะ หลับๆตื่นๆตลอด รongเท้าแตะยังโดนขโมย แล้วผมพอมึงเนติดตัวบ้าง หายหมด ชีวิตไม่เคยเป็นสุข บางทีไอพวกขี้เหล้าก็มาหาเรื่อง กิน ๆ กัน ก็ทะเลาะ”
สุขภาพและความพิการ	-
นโยบายจัดระเบียบ คนไร้บ้านของภาครัฐ	“บางทีก็มีพวกสงเคราะห์มาลง ช่วงนี้หนักเลย จะเอาให้ได้ เราก็ต้องกินเหล้าแอบๆ ต้องระแวงมากขึ้นไปอีก ทั้งที่ไม่ได้ทำผิดอะไร”
การเข้าถึงสาธารณสุขภาค	“ข้าวได้กินแค่วันละมือคือตอนเย็นมีคนเอาของมาแจก น้ำทำนาน ๆ ได้อาบที่”
ด้านจิตใจ	
ความรู้สึกสิ้นหวัง	“ก็ไม่รู้สึก ไม่รู้สึกยังไง มันชินชาแล้ว คือมันตายด้าน ชินแล้ว ชินกับการอยู่อย่างนี้ ก็แบบเบื่อใจ หมดหวังไปแล้ว ก็เราต้องนอนข้างถนน มันก็แค่นี้ ไปไหนต่อไม่ได้”
ความรู้สึกโดดเดี่ยว	“เราก็ดูด้วยตัวเอง ไม่มีใครมายื่นให้เราหรอก ไม่มีใครเอาอะไรมาให้เราหรอก ทุกวันนี้ผมก็ต้องหาด้วยตัวเอง เกิดคนเดียวตายคนเดียว ผมจะทำอะไรก็เรื่องของผม”
ความรู้สึกไร้ค่า	

Code	Quotation
	“ชีวิตผมตายไปก็ไม่มีใครรับรู้ กินเข้าไปเถอะเหล่า แค่นี้ชีวิตก็ ไร้ค่าพอแล้ว”



ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาว ถิรนนท์ ช่วยมิ่ง
วัน เดือน ปี เกิด	27 เมษายน 2536
สถานที่เกิด	ระนอง
วุฒิการศึกษา	พ.ศ. 2557 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขาจิตวิทยา มหาวิทยาลัยบูรพา
ที่อยู่ปัจจุบัน	พ.ศ. 2562 ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 32/1 ม.2 ต.ลำเลียง อ.กระบุรี จ.ระนอง 85110

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY