



ชวนทำความเข้าใจ เกี่ยวกับสุขภาวะทาง จิตของ คนไร้บ้าน

โดย: อาจารย์ ดร.พนิตา เสือวรรณศรี
คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภายใต้แผนงานพัฒนาองค์ความรู้เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะและประสานเครือข่ายคนไร้บ้าน
และคนจนเมือง

ชวนทำความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพทางจิตของคนไร้บ้าน

เขียนโดย: อาจารย์ ดร.พนิดา เสือวรรณศรี

คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หนึ่งในความเข้าใจผิดที่สำคัญเกี่ยวกับคนไร้บ้านคือความเข้าใจที่ว่าคนไร้บ้านส่วนใหญ่มีปัญหาสุขภาพทางจิตอย่างเหมารวม ดังนั้นการจะเยียวยาช่วยเหลือคนไร้บ้านจึงต้องมุ่งไปที่การรักษาอาการทางจิตของคนไร้บ้าน **การนำเสนอข้อมูลทางสถิติว่าจำนวนคนไร้บ้านที่มีปัญหาสุขภาพทางจิตมีจำนวนมาก อาจทำให้ประชาชนทั่วไปเข้าใจว่าโรคจิตเวชคือสาเหตุที่บุคคลกลายเป็นคนไร้บ้านแม้ว่าจะไม่ได้มีข้อมูลที่บ่งบอกว่าโรคจิตเวชเป็นสาเหตุของการเป็นคนไร้บ้านก็ตาม และยังทำให้ประชาชนเข้าใจไปอีกว่า คนไร้บ้านส่วนใหญ่มีโรคทางจิตเวช** ซึ่งการรับรู้เช่นนี้อาจทำให้ประชาชนมองว่าการแก้ปัญหาคนไร้บ้านคือการแก้ที่ตัวบุคคลมากกว่าการแก้ที่ระบบโครงสร้างทางสังคม (Johnson & Chamberlain, 2016)

แม้คนไร้บ้านส่วนหนึ่งจะมีปัญหาสุขภาพทางจิตหรือมีโรคทางจิตเวชแต่ความเชื่อที่ว่าโรคทางจิตเวชเป็นสาเหตุของการกลายเป็นคนไร้บ้านนั้นเป็นความเชื่อที่ยังไม่ตรงตามความเป็นจริงซึ่งทำให้การเยียวยาช่วยเหลือคนไร้บ้านอาจมุ่งไปไม่ตรงจุดด้วยเหตุผลดังนี้

1. การตั้งเกณฑ์หรือนิยามของโรคทางจิตเวชเป็นปัจจัยสำคัญต่อมุมมองการรับรู้เกี่ยวกับคนไร้บ้านที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิต

การตัดสินใจที่จะรวมหรือไม่รวมการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์เข้ามาเป็นเกณฑ์หนึ่งของสุขภาพจิต ส่งผลต่อจำนวนที่เปลี่ยนไปของคนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวช Johnson และ Chamberlain (2016) เสนอว่าการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ไม่ควรถูกจัดกลุ่มให้เป็นการมีโรคจิตเวช เนื่องจากมีสาเหตุและวิธีการดูแลรักษาแตกต่างกัน เมื่อตัดปัจจัยการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ออกไป พบว่ามีเพียง 31% ของคนไร้บ้านที่มีปัญหาสุขภาพทางจิต โดยที่ครึ่งหนึ่งในจำนวนนี้มีโรคทางจิตเวชก่อนกลายเป็นคนไร้บ้าน อีกครึ่งหนึ่งเกิดโรคทางจิตเวชหลังจากกลายเป็นคนไร้บ้าน ซึ่งปัจจัยของการกลายเป็นคนไร้บ้านมาจากการถูกเลี้ยงดูในครอบครัวที่ใช้ความรุนแรง ทอดทิ้ง ยากจน ไม่สามารถสนับสนุนทางจิตใจได้ หรือผู้ปกครองใช้สารเสพติดหรือมีปัญหาทางสุขภาพจิต ในขณะที่เดียวกันเมื่อกลายเป็นคนไร้บ้านแล้ว ความกังวลต่ออนาคตก็ส่งผลต่อการเกิดโรควิตกกังวลและโรคซึมเศร้าต่อไปได้เช่นกัน (Johnson & Chamberlain, 2016) จากสถิติของการสำรวจเกี่ยวกับโรคทางจิตเวชของคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร (ทานตะวัน, 2559; Awirutworakul et al, 2018) พบว่า โรคทางจิตเวชที่พบมากในกลุ่มคนไร้บ้านคือ โรคซึมเศร้า โรคอาการทางจิต และโรคติดยา ซึ่งหากพิจารณาแล้วสามารถวิเคราะห์ได้ว่า การเผชิญกับเหตุการณ์สะเทือนใจและความกังวลที่คนไร้บ้านต้องเผชิญอาจส่งผลให้คนไร้บ้านมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า ในขณะที่เดียวกัน โรคอาการทางจิตที่มีอาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอน หูแว่วนั้นอาจเป็นผลที่เกิดจากการติดยาของคนไร้บ้าน ซึ่งการติดยานั้นเป็นปัญหาในกลุ่มคนไร้บ้านที่พบมากทั้งในประเทศไทยและ

ต่างประเทศ จากข้อมูลสำรวจในกรุงเทพมหานครนี้สอดคล้องกับงานวิจัยข้างต้น (Johnson & Chamberlain, 2016) ว่าการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์รวมถึงการที่ต้องใช้ชีวิตอย่างหวาดระแวง วิตกกังวลและขาดการสนับสนุนทางสังคมเป็นส่วนสำคัญต่อโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคซึมเศร้าและอาการทางจิตอันเนื่องมาจากการติดยา

ดังนั้นการรับรู้ของประชาชนทั่วไปเกี่ยวกับคนไร้บ้านอาจผิดจากความเป็นจริงในแง่ที่ว่า **ประชาชนทั่วไปอาจมองคนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวชว่าเป็นบุคคลที่พูดไม่รู้เรื่อง ประสาทหลอนหรือมีอาการต่อต้านสังคมและเป็นอันตราย** ซึ่งจากผลการสำรวจกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวชในกรุงเทพมหานคร (อนรรฆและขวัญประชา, 2556) พบว่า **กลุ่มคนไร้บ้านที่มีอาการทางจิตอย่างเห็นได้ชัดหรือมีบุคลิกภาพผิดปกติแบบต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder) นั้นมีเพียงร้อยละ 9.64 และ 1.8 ของกลุ่มคนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวชทั้งหมด** ดังนั้นการปรับเปลี่ยนการรับรู้เกี่ยวกับคนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวชให้ตรงตามความเป็นจริงจึงเป็นการเริ่มต้นที่สำคัญในการช่วยเหลือคนไร้บ้านกลุ่มนี้อย่างถูกต้องและครบวงจร

2. การใช้สารเสพติดและการขาดการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลที่มีโรคทางจิตเวชกลายเป็นคนไร้บ้าน

ดังนั้นการช่วยเหลือเกี่ยวกับการใช้สารเสพติด ทางด้านสุขภาพจิตแก่บุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีปัญหาในวัยเด็กคือการช่วยเหลือที่สำคัญที่ต้องรีบดำเนินการอย่างรวดเร็ว เพื่อป้องกันไม่ไห้บุคคลเหล่านี้กลายเป็นคนไร้บ้าน (Johnson & Chamberlain, 2016; Kovess, 2002; Somerville, 2013) ถึงแม้ว่าคนไร้บ้านจะต้องการความช่วยเหลือทางสุขภาพจิต แต่การย่ำว่าคนไร้บ้านมีอาการทางจิตนั้นเป็นการรับรู้ที่ผิดหรือมากเกินไปเกินความเป็นจริง (Johnson & Chamberlain, 2016; Kovess, 2002)

งานวิจัยของ Sullivan และคณะ (2000, อ้างถึงใน Kovess, 2002) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างคนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวช คนไร้บ้านที่ไม่มีโรคทางจิตเวช และคนที่มีโรคทางจิตเวชแต่มีที่พักอยู่อาศัย พบว่า คนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวชมีลักษณะทางข้อมูลประชากรและแบบแผนพฤติกรรม เช่น การเสพแอลกอฮอล์และยาเสพติด คล้ายกับคนไร้บ้านที่ไม่มีโรคทางจิตเวชมากกว่าคนที่มีโรคทางจิตเวชแต่มีที่พักอยู่อาศัย หมายความว่า การเป็นคนไร้บ้านไม่ว่าจะมีโรคทางจิตเวชหรือไม่นั้นมีความเสียเปรียบทางสังคมคล้ายกัน เช่น ได้รับการศึกษาที่ไม่เพียงพอมาจากครอบครัวยากจน หรือเป็นชนกลุ่มน้อยในสังคม และมีความคล้ายกันด้านความเสี่ยงที่จะพึ่งพาแอลกอฮอล์และสารเสพติด จึงสรุปได้ว่า คนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวชมีความคล้ายคลึงกับคนไร้บ้านที่ไม่มีโรคทางจิตเวชมากกว่าคนที่มีที่พักอยู่อาศัยที่มีโรคทางจิตเวชเสียอีก

ดังนั้น**พื้นฐานครอบครัวที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสียเปรียบทางสังคมและความยากจนส่งผลต่อการเป็นคนไร้บ้านไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีโรคทางจิตเวชหรือไม่ก็ตาม** อย่างไรก็ตาม**คนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวชมักเคยประสบกับเหตุการณ์ที่สะเทือนใจในอดีต เช่น มาจากครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงหรือมีผู้เลี้ยงดูที่มีโรคทางจิต**

เวชหรือมีความพิการทางร่างกายซึ่งยิ่งทำให้พวกเขาอยู่ในกลุ่มที่มีความเสียเปรียบทางสังคมมากยิ่งขึ้นไปอีก

(Johnson & Chamberlain, 2016; Kovess, 2002; Somerville, 2013)

3. การสูญเสียบุคคลที่สำคัญในชีวิต เช่น พ่อแม่ คู่รัก ลูก ญาติหรือเพื่อน เป็นหนึ่งในเหตุการณ์ในชีวิตที่ก่อให้เกิดความเครียด (Stressful Life Events) ที่เกิดแก่บุคคลก่อนที่จะกลายเป็นคนไร้บ้าน

เหตุการณ์การสูญเสียนี้เกิดขึ้นถึง 62% ในกลุ่มคนไร้บ้านที่ถูกสำรวจในกรุงมาดริด ประเทศสเปน และ 54% ของกลุ่มคนไร้บ้านประสบกับเหตุการณ์ความเครียดในชีวิตได้แก่ การมีโรคร้ายแรง ได้รับบาดเจ็บหรือถูกทำร้าย (Brugha & Cragg, 1990 as cited in Vázquez & Munoz, 2001) ผลการสำรวจนี้เน้นย้ำให้เห็นถึงความสำคัญของการขาดการสนับสนุนจากคนสำคัญในชีวิตและประสบการณ์ที่สะเทือนใจในอดีตที่ส่งผลให้คนไร้บ้านรู้สึกโดดเดี่ยว ขาดทักษะและแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้อื่น มีความเครียดในชีวิตซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้บุคคลกลายเป็นคนไร้บ้าน จากการสัมภาษณ์คนไร้บ้านในงานวิจัยของ อนรรฆ และขวัญประชา (2560) พบผลการวิจัยที่สนับสนุนว่ากลุ่มคนไร้บ้านที่สูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตโดยเฉพาะบุคคลที่เป็นที่พึ่งพาของครอบครัวเป็นเหตุการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นแก่คนไร้บ้านก่อนที่จะกลายเป็นคนไร้บ้าน รวมถึงการถูกขโมยหรือถูกทำร้ายก็เป็นอีกหนึ่งในเหตุการณ์ความเครียดของคนไร้บ้าน

4. ยิ่งเป็นคนไร้บ้านนาน ยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์

Lippert และ Lee (2015) ทำการศึกษาเปรียบเทียบความเสี่ยงของการมีโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ระหว่างกลุ่มที่เพิ่งกลายเป็นคนไร้บ้านในระยะเวลาสั้นกว่าหนึ่งปี กลุ่มที่เป็นคนไร้บ้านหลายครั้งแต่ครั้งละไม่เกินหนึ่งปี และกลุ่มคนที่เป็นคนไร้บ้านต่อเนื่องมานานมากกว่าหนึ่งปี ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่เป็นคนไร้บ้านหลายครั้งและกลุ่มคนที่เป็นคนไร้บ้านต่อเนื่องมีความเสี่ยงของการมีปัญหาสุขภาพทางจิตและโรคทางจิตเวช และการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์สูงกว่ากลุ่มคนที่เพิ่งกลายเป็นคนไร้บ้าน ผลการวิจัยนี้ทำให้เห็นว่ายิ่งบุคคลอยู่ในสถานะไร้บ้านและต้องใช้ชีวิตแบบคนไร้บ้านเป็นระยะเวลานาน ยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะมีปัญหาสุขภาพทางจิตและโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดสูงขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ Daiski (2007) ที่สัมภาษณ์คนไร้บ้านในประเทศแคนาดาเกี่ยวกับผลกระทบของการเป็นคนไร้บ้านต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นและวิธีการที่จะช่วยให้สุขภาพพวกเขาดีขึ้น ผลการวิจัยพบว่า การใช้ชีวิตที่ไร้บ้านส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพทางจิต เช่น ความหวาดกลัวต่อความรุนแรง การทะเลาะเบาะแว้ง และการขโมยของที่อาจเกิดขึ้น โดยเฉพาะถ้าหากไม่สามารถถือกระเป๋าหิ้วในศูนย์คนไร้บ้านได้ ความกลัวนี้ทำให้คนไร้บ้านต้องอยู่อย่างหวาดระแวง ไม่สามารถผ่อนคลายหรือหลับได้อย่างสนิท ผลการวิจัยในต่างประเทศนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยในกรุงเทพมหานคร (อนรรฆ และขวัญประชา, 2560) ที่พบว่า คนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะเป็นระยะเวลา 1-3 ปี จะมีความเสี่ยงของการเกิดอาการทางจิตระดับรุนแรงอยู่ที่ 1.6 ในขณะที่คนไร้บ้านที่ใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะเป็นระยะเวลา 3-6 ปี และ ระยะเวลา 10 ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงอยู่ที่ 2.1 และ 5.4

ตามลำดับ ซึ่งเป็นความเสี่ยงที่สูงขึ้นตามระยะเวลาการใช้ชีวิตของการเป็นคนไร้บ้าน จากผลการวิจัยที่สอดคล้องกันทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศสามารถสรุปได้ว่า กลุ่มคนไร้บ้านควรจะได้รับดูแลอย่างเร็วที่สุดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยงที่จะมีอาการทางจิตในระดับที่รุนแรง

ในขณะเดียวกัน คนไร้บ้านที่มีโรคทางจิตเวชมักจะถูกลั่นแกล้งทำร้ายจากคนไร้บ้านอื่น ๆ และมีแนวโน้มที่จะกลายเป็นคนไร้บ้านระยะยาว สภาพแวดล้อมและการใช้ชีวิตของการเป็นคนไร้บ้านที่ต้องคอยระแวงระวังผู้อื่นทำให้คนไร้บ้านมักจะแยกตัว ไม่ไว้วางใจใคร ไม่สามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีหรือมีการสนับสนุนทางสังคมที่ดีได้ ยิ่งทำให้เกิดผลเสียต่อสภาวะจิตใจของคนไร้บ้าน (Johnson & Chamberlain, 2016)

5. คนไร้บ้านจำเป็นจะได้รับความช่วยเหลือที่ครบวงจรมากกว่าแค่การดูแลสุขภาพจิตอย่างเดียว

จากที่กล่าวข้างต้น พบว่าบุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นคนไร้บ้านคือบุคคลที่มาจากครอบครัวที่มีพื้นฐานใช้ความรุนแรง มีผู้ปกครองที่ไม่สามารถให้การสนับสนุนทางจิตใจและการใช้ชีวิตที่ดี การประสบกับเหตุการณ์สะเทือนใจในอดีต เป็นต้น และหากบุคคลที่กลายเป็นคนไร้บ้านใช้ชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมของการเป็นคนไร้บ้านที่ต้องหวาดระแวง แยกตัว ถูกกลั่นแกล้ง ทำร้าย ไม่สามารถนอนหลับอย่างสนิทได้ ก็ยิ่งทำให้บุคคลนั้นเกิดความเสี่ยงที่จะมีโรคทางจิตเวชและใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์สูง ดังนั้นคนไร้บ้านจึงควรจะได้รับความช่วยเหลือที่ครบวงจร เช่น การช่วยเหลือทางด้านสุขภาพจิตและการบำบัดการใช้สารเสพติด ในขณะเดียวกันคนไร้บ้านก็พึงจะได้รับสวัสดิการและเข้าถึงทรัพยากรต่าง ๆ เช่นเดียวกับกับประชากรทั่วไป (อนรรฆ และขวัญประชา, 2560; Kovess, 2002) **การพัฒนาศูนย์คนไร้บ้านให้มีความปลอดภัย การรับฟังและเคารพความคิดเห็นและความรู้สึกของคนไร้บ้าน ให้คนไร้บ้านได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของพวกเขา วิธีการที่给人ไร้บ้านเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของตนเองยังสามารถช่วยส่งเสริมการเห็นคุณค่าในตนเองของคนไร้บ้านอีกด้วย** (Daiski, 2007)

6. การมีบ้านถาวรเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยเรื่องสภาวะทางจิต

เนื่องจากผลการวิจัยที่กล่าวไปข้างต้นว่า ยิ่งบุคคลอยู่ในสภาวะไร้บ้านนาน ยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะเกิดหรือพัฒนาโรคทางจิตเวชและการใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ ดังนั้นการช่วยให้คนไร้บ้านมีบ้านของตัวเองที่ถาวรจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยสุขภาพจิตของคนไร้บ้าน เพื่อให้บุคคลหลุดพ้นจากภาวะความวิตกกังวลและหวาดระแวง ความมั่นคงทางกายภาพจะช่วยเอื้อให้เกิดความมั่นคงทางจิตใจ ส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี นำไปสู่ความสามารถที่จะสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและมีการสนับสนุนทางสังคมต่อไปได้ ในขณะเดียวกันโปรแกรมการช่วยเหลือสุขภาพจิตแก่คนไร้บ้านต้องไม่เป็นการบังคับแต่ทำในลักษณะเชิญชวนให้คนไร้บ้านเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ เพราะความเชื่อใจและไว้วางใจเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้การช่วยเหลือประสบความสำเร็จ (Johnson & Chamberlain, 2016)

7. การป้องกันไม่ให้เกิดบุคคลกลายเป็นคนไร้บ้านคือการเข้าไปช่วยเหลือกลุ่มเด็กที่มีความเสี่ยงสูงก่อนที่พวกเขาจะกลายเป็นคนไร้บ้านต่อไป

เนื่องจากคนไร้บ้านส่วนหนึ่งมาจากพื้นฐานครอบครัวที่ใช้ความรุนแรงในวัยเด็ก มีผู้ปกครองที่มีความพิการ มีปัญหาสุขภาพจิต หรือใช้สารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ หรือประสบกับการสูญเสียบุคคลที่เป็นที่พึ่งพิงการใช้ชีวิต และทางจิตใจก่อนที่จะกลายเป็นคนไร้บ้าน การเข้าไปช่วยเหลือบุคคลที่มีความเสี่ยงเหล่านี้โดยเร็วก่อนที่พวกเขาจะกลายเป็นคนไร้บ้าน ย่อมวางจิตใจที่ได้รับผลกระทบจากเหตุการณ์สะทอนใจในอดีตและการช่วยให้คนไร้บ้านมีความหวังต่ออนาคต เห็นคุณค่าของการมีชีวิตอยู่และสามารถจัดการกับปัญหาที่ต้องเผชิญในสังคมจึงเป็นแนวทางสำคัญในการช่วยเหลือสุขภาพทางจิตแก่คนไร้บ้าน จึงเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดบุคคลกลายเป็นคนไร้บ้าน (Kovess, 2002; Somerville, 2013)

กล่าวโดยสรุป **แม้ว่าคนไร้บ้านส่วนหนึ่งจะมีโรคทางจิตเวชและควรได้รับการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิต แต่ความเข้าใจผิดที่คิดว่าโรคทางจิตเวชเป็นสาเหตุของการกลายเป็นคนไร้บ้าน อาจก่อให้เกิดความเสี่ยงที่จะมองว่าการแก้ไขปัญหาคอนไร้บ้านต้องแก้ไขหรือเยียวยาที่ตัวบุคคลมากกว่าระบบโครงสร้างของสังคม** ซึ่งจะทำให้การแก้ไขนั้นไม่ใช่การแก้ไขที่ยั่งยืนและครบวงจร การเติบโตในครอบครัวที่ใช้ความรุนแรง มีผู้ปกครองที่ไม่สามารถเป็นที่พึ่งพิงทั้งทางการใช้ชีวิตและจิตใจได้ หรือการเผชิญกับการสูญเสียบุคคลสำคัญในชีวิตเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการกลายเป็นคนไร้บ้าน ในขณะที่เดียวกันหากบุคคลใช้ชีวิตอย่างไร้บ้านเป็นระยะเวลานาน จะยิ่งทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการมีโรคทางจิตเวช การให้ความช่วยเหลือทั้งทางด้านจิตใจและการเข้าถึงทรัพยากรที่สำคัญจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยป้องกันการกลายเป็นคนไร้บ้านและช่วยดูแลรักษาสุขภาพจิตของคนไร้บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

รายการอ้างอิง

- Daiski, I. (2007). Perspectives of homeless people on their health and health needs priorities. *Journal of Advanced Nursing*. 58(3). 273-281.
- Johnson, G. & Chamberlain, C. (2016). Are the homeless mentally ill? *Australian Journal of Social Issues*. 46(1). 29-48.
- Kovess, V. (2002). The homeless mentally ill. In N. Sartorius, W. Gaebel, J.J. López-Ibor & M. Maj (Eds.), *Psychiatry in Society* (pp. 221–240). John Wiley & Sons
- Lippert, A.M. & Lee, B.A. (2015). Stress, coping, and mental health differences among homeless people. *Sociological Inquiry*. 85(3). 343-374.
- Somerville, P (2013). Understanding homelessness. *Housing, Theory and Society*. 30 (4). 384-415.
- Vázquez, C. & Munoz, M. (2001). Homelessness, mental health, and stressful life events: The Madrid Experience. *International Journal of Mental Health*. 30(3). 6-25.
- ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล. (2559). *การสำรวจความชุกโรคทางจิตเวชของกลุ่มประชากรคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร*. กรุงเทพฯ: เครือข่ายวิชาการเพื่อความเป็นธรรมทางสังคม.
- อนรรฆ พิทักษ์ธานิน และขวัญประชา เชียงไชยสกุลไทย. (2560). *คนทำไม่ไร้บ้าน : รายงานสถานการณ์ความไม่เป็นธรรม*. กรุงเทพฯ : เครือข่ายวิชาการเพื่อสังคมเป็นธรรม.