



การศึกษาระบบสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
และสถานที่อื่นที่มีโอกาสหรือสามารถรองรับได้ของไทยและต่างประเทศ*

WELFARE SYSTEM OF HOMELESS PSYCHIATRIC PATIENTS IN SHELTERS FOR THE
HOMELESS AND OTHER PLACES WHERE PATIENTS HAVE OPPORTUNITIES OR
CAN BE ACCOMMODATED IN THAILAND AND OTHER COUNTRIES

บุญยวัจน์ ไตรจุฑากาญจน์

Punyawaj Traijutakarn

คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Faculty of Social Administration, Thammasat University

Email: a.punyawaj@gmail.com

บทคัดย่อ

บทความวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระบบสวัสดิการ การดำเนินงาน รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานด้านการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและสถานที่อื่นที่มีโอกาสหรือสามารถรองรับได้ และจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยเป็นการวิจัยเชิงเอกสาร และ วิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารสาธารณะที่เกี่ยวข้องซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่โดยหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนในระดับประเทศและระดับสากลของประเทศไทย สหรัฐอเมริกา และญี่ปุ่น

ผลการศึกษา พบว่า ระบบสวัสดิการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศไทยและต่างประเทศยังมีปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ 2 ประเด็นหลัก คือ ประเด็นของการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ได้แก่ ปัญหาระบบจำหน่ายและการส่งต่อฟื้นฟูดูแลในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหรือสถานที่อื่นที่มีโอกาสหรือสามารถรองรับได้ ปัญหาระบบและกระบวนการที่เอื้อให้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านใช้สิทธิตามกฎหมาย และ ปัญหาการจัดการโดยภาครัฐที่ยังไม่สามารถจัดการให้บริการอย่างทั่วถึงและยั่งยืน และประเด็นของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในการดำเนินงานของการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการ ได้แก่ ปัญหาด้านมุมมองของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ปัญหาด้านความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ ปัญหาค่านิยมของคนไร้บ้านที่มีหลักในการดำรงชีวิตที่เน้นการพึ่งพาตนเอง สำหรับข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน มี 3 นโยบายหลัก คือ นโยบายการประสานงานการบริการแบบองค์รวมของกลุ่มหน่วยงานและองค์กรแนวร่วมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม, นโยบายการพัฒนากระบวนการให้บริการและการบำบัด

* Received February 3, 2023; Revised May 9, 2023; Accepted May 9, 2023



ฟื้นฟูอย่างยั่งยืนและอย่างมีเสถียรภาพ และนโยบายการดำรงไว้ซึ่งความตระหนักและความมุ่งมั่นการให้บริการอย่างต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงาน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

คำสำคัญ: คนไร้บ้าน; โรคจิตเวช; ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน; สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง

ABSTRACT

This research article aims to study the welfare services, operations including problems and obstacles in the implementation of protection of rights and welfare of the Residents of the Mentality Ill Homeless Shelters and making policy recommendations to develop an appropriate welfare service for the Mentality Ill Homeless. This is documentary research, analyzed data from relevant public documents published by government agencies National and international private sector in Thailand, United State and Japan

The results show that the welfare services for the mentality ill homeless in Thailand and abroad still had two major problems and obstacles, namely, the issues of management of agencies involved in the operation of rights protection agencies and welfare of the mentality ill homeless such as, problem with distribution and referral systems for rehabilitation in shelters, problem of systems and processes that facilitate mentality ill Homeless to use their legal rights, and problem of management by the public sector that has not been able to provide comprehensive and sustainable services and the issues of mentality ill homeless in the operation of protection of rights and welfare such as, social perspective problems on mentality ill Homeless, the problem of inequality in access to welfare rights, and the problem of values of homeless with a life that emphasizes self-reliance. For policy recommendations to develop an appropriate welfare service for the mentality ill homeless, there are 3 main policies, namely, a policy for holistic service coordination among government agencies and organizations, the private sector, and civil society, policy for the development a sustainable and stable service and rehabilitation process, and a policy to maintain awareness and commitment to provide services in conjunction with agencies and related organizations.

Keywords; homeless people; psychiatric patients; homeless psychiatric patients; shelter for the homeless



บทนำ

ในสภาวะที่เมืองต่าง ๆ ทั่วโลกกำลังวางโครงสร้างผังเมืองเพื่อรองรับการขยายตัว และการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยี จำนวนประชากรที่เลือกจะออกมาใช้ชีวิตอยู่ในพื้นที่สาธารณะก็เพิ่มมากขึ้นตามไป จากรายงานการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งออสเตรเลีย (ABS) พบว่าระหว่างปี พ.ศ. 2554- 2559 ออสเตรเลียมีจำนวนคนไร้บ้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 14 ประเทศอังกฤษก็เช่นเดียวกัน จำนวนคนไร้บ้านในลอนดอนเพิ่มขึ้น 2 เท่าในช่วง พ.ศ. 2554-2556 รัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา มีคนไร้บ้าน 161,548 คน และที่รัฐนิวยอร์กมีคนไร้บ้านจำนวนไม่น้อยกว่า 90,000 คน ในขณะที่ประเทศไทยเอง จำนวนคนไร้บ้านก็เพิ่มมากขึ้นเช่นกัน จากข้อมูลการสำรวจคนไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2559 โดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) พบว่า เฉพาะในกรุงเทพมหานคร มีประชากรไร้บ้านถึงจำนวน 1,300 คน และคาดการณ์ว่ามีคนไร้บ้านทั่วประเทศราว 30,000 คน ทั้งนี้การเพิ่มขึ้นของจำนวนคนไร้บ้านในเมืองทั่วโลกขณะนี้ไม่ใช่เป็นแค่เพียงภาวะการณ์ที่สะท้อนสภาพเศรษฐกิจและสังคมของแต่ละประเทศ แต่ยังสะท้อนให้เห็นประเด็นเรื่องความสัมพันธ์กับความเหลื่อมล้ำทางเศรษฐกิจ สังคม ชี้ให้เห็นสถานการณ์ปัญหาความยากจนของประชากรที่ทวีความรุนแรงมากขึ้น และอีกหนึ่งปัญหาที่นำวิกฤติที่เชื่อมโยงไปกับสถานการณ์คนไร้บ้านก็คือ ข้อจำกัดทางจิตด้านสุขภาพจิต เนื่องจากชุดการศึกษาด้านสุขภาพกาย และสุขภาพจิตของคนไร้บ้านจำนวนหนึ่งชี้ให้เห็นว่ามีความชุกของความคิดเรื่องการฆ่าตัวตาย และการพยายามฆ่าตัวตายมีสูงมากในกลุ่มคนไร้บ้านที่มีอาการป่วยทางจิต โดยการศึกษาทางด้านสุขภาพจิตในหลายประเทศพบข้อมูลที่สอดคล้อง และเป็นไปในทิศทางเดียวกันว่า การเจ็บป่วยของประชากรที่เป็นคนไร้บ้านมีความเชื่อมโยงอย่างชัดเจนระหว่างอาการผิดปกติทางจิตเวช และการเป็นคนไร้บ้าน โดยสาเหตุหลักที่พบมากที่สุดมาจากการพึ่งพาแอลกอฮอล์และสารเสพติด และในทางกลับกันการเป็นคนไร้บ้านก็ส่งผลทำให้สภาวะจิตย่ำแย่ลง ทำให้ความผิดปกติบางประเภทรุนแรงขึ้น และระดับการฟื้นตัวจากอาการป่วยทางจิตที่รุนแรงในระดับที่รับรู้ได้ลดลง ยิ่งไปกว่านั้นคือพบความเชื่อมโยงระหว่างความผิดปกติทางจิตเวชกับการฆ่าตัวตายในกลุ่มประชากรไร้บ้าน

WHO Harvard School of Public Health และ World Bank คาดการณ์ภาระโรค (Burden of Disease) ของประชากรในทุกภูมิภาคในปี พ.ศ.2539 พบว่าโรคทางจิตเวช โรคซึมเศร้าจะขึ้นมาเป็นโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียด้านสุขภาพของประชากรโลกเป็นอันดับที่ 4 ในปี พ.ศ.2563 ประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคนจะมีโอกาสมีปัญหาด้านจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต เช่นเดียวกับการศึกษาของ Severance EG, Dickerson F, Yolken RH, 2018 อ้างถึงใน Balasuriya, Buelt and Tsai, 2020 พบว่า จากการศึกษากลุ่มคนไร้บ้านในสหรัฐอเมริกาที่มีอาการป่วยทางจิตขั้นรุนแรง เกือบร้อยละ 8 พบว่ามีการพยายามฆ่าตัวตายภายใน 30 วันที่ผ่านมา พร้อมกันนี้การสำรวจของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ยังให้ข้อมูลอีกว่า คนไร้บ้านร้อยละ 50 เข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุข เนื่องจากไม่มีบัตรประชาชน ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง และการขาดความรู้ในเรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาล ทำให้กลุ่มคนไร้บ้านที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตขาดโอกาสในการได้รับสวัสดิการในการช่วยเหลือรักษาพยาบาลจากทางภาครัฐอย่างเหมาะสม และร้อยละ 30 ของคนไร้บ้านมีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่รุนแรง และเป็น



อันตรายต่อสังคม กล่าวคือในจำนวนคนไร้บ้าน 1,300 คนที่มีการสำรวจทางสถิติในพื้นที่ทั่วกรุงเทพมหานคร มีจำนวน 390 คนเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานะเป็นคนไร้บ้าน

ปัจจุบันประเทศไทยมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิตมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ให้อำนาจเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องบังคับรักษาอาการป่วยทางจิตเวชของคนไร้บ้านอย่างต่อเนื่องมาเป็นเวลา 14 ปี หน่วยงานภาครัฐเริ่มตระหนักถึงการมีอยู่ของคนไร้บ้าน มองเห็นปัญหาของคนไร้บ้าน และพยายามหาแนวทางในการแก้ไข แต่ถึงอย่างนั้นเองไม่ว่าจะเป็นจำนวนคนไร้บ้าน ทั้งที่ยังไม่พบอาการทางจิตเวช และที่พบอาการทางจิตเวชก็ยังไม่ปรากฏจำนวนเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์โควิด-19 ที่แพร่ระบาดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 ที่ผ่านมา การศึกษาในครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเพื่อมุ่งหวังที่จะวางนโยบายที่จะใช้เป็นกลไกในการรองรับ และแก้ไขปัญหาให้แก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านโดยตรงด้วยการมุ่งศึกษาระบบสวัสดิการ การดำเนินงาน รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและสถานอื่นที่มีโอกาสหรือสามารถรองรับได้ เพื่อประมวล วิเคราะห์ และสังเคราะห์องค์ความรู้ที่จะนำไปสู่การวางแนวทางพัฒนาระบบสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างเป็นรูปธรรมต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบสวัสดิการ การดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการคุ้มครองสิทธิและสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง และสถานอื่นที่มีโอกาส หรือสามารถรองรับได้
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) มีขอบเขตของการศึกษาคือ มุ่งเน้นการศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารสาธารณะ (Public Document) ที่เกี่ยวข้องซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่โดยหน่วยงานสาธารณะทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และในระดับสากลของประเทศไทย ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่น ในประเด็นระบบสวัสดิการ การดำเนินงาน รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิการสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน รวมถึงกฎหมาย และพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องทำให้เอกสารมีความน่าเชื่อถือได้ว่าจะให้ข้อมูลที่แท้จริงในการวิจัยซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ความจริง (Authenticity) และเกณฑ์ความถูกต้องน่าเชื่อถือ (Credibility) ของข้อมูล



ผลการศึกษา

สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และระบบสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งและสถานที่อื่นที่มีโอกาสหรือสามารถรองรับได้ของประเทศไทยและต่างประเทศในภาพรวม โดยเริ่มจากสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศไทย ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่น ตามลำดับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศไทย: ระเบิดเวลาที่ซ่อนตัวปะปนอยู่กับคนทั่วไปในเมือง ในขณะที่กรุงเทพมหานครวางยุทธศาสตร์สร้างเมืองปลอดภัยและยั่งยืนต่อวิกฤตการณ์เป็นแผนพัฒนากรุงเทพมหานคร ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2561-2580) คำถามที่ตามมาก็คือ ความปลอดภัยในเมืองหลวงแห่งนี้ครอบคลุมถึงพลเมืองทุกคนมากน้อยเพียงใดเพราะว่าไม่ใช่แค่คนทั่วไปเท่านั้นที่ต้องการพื้นที่ปลอดภัย แต่รวมถึงคนไร้บ้านที่มีปัญหาทางจิตเวชด้วยเช่นกัน เพราะด้วยเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านกระทำความรุนแรงมากขึ้นถึงขนาดเกิดการสูญเสียชีวิต โดยกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ทำการสำรวจในพื้นที่เขตชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร และภูมิภาค 75 จังหวัด ในภาพรวมทั้งประเทศพบว่า ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบคนไร้บ้านมากที่สุด (ร้อยละ 28.2) รองลงมาคือ ภาคเหนือ (ร้อยละ 26.5) และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 20.2) ซึ่งในกรุงเทพมหานคร พื้นที่ที่มีคนไร้บ้านอาศัยอยู่มากที่สุด อันดับที่ 1 เขตพระนคร (559 คน) อันดับที่ 2 เขตบางซื่อ (281 คน) อันดับที่ 3 เขตจตุจักร (230 คน) อันดับที่ 4 เขตปทุมวัน (215 คน) และอันดับที่ 5 เขตสัมพันธวงศ์ (188 คน) ในจำนวนคนไร้บ้านในกรุงเทพมหานคร นี่เป็นเพศชาย ร้อยละ 59.8 และเพศหญิง ร้อยละ 40.2 โดยอายุที่พบมากที่สุดช่วงอายุ ระหว่าง 35-44 ปี สัญชาติไทยพบมากที่สุด คือร้อยละ 91.1 จากข้อมูลดังกล่าวมานี้สะท้อนให้เห็นสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านไม่เพียงแค่ว่าจำนวนคนไร้บ้านจะเพิ่มมากขึ้นทุกปี จำนวนผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเองก็เพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน โดยปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่ทางมูลนิธิอิสรชนมีข้อมูลคือ 483 คน (The Active News, 23 เมษายน 2565) ซึ่งเป็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่าหลังจากเกิดสถานการณ์โควิด-19 เป็นต้นมา ในจำนวนนี้ส่วนหนึ่งได้เข้ารับการรักษาสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาจำนวน 261 ราย (ธนิยา วงศ์จรัสเรือง และคณะ, 2562) นอกจากนี้ผลการศึกษาข้อมูลการสำรวจระดับจิตเวชสุขภาพจิตคนไทยในปี พ.ศ. 2556 และการสำรวจสภาพปัญหาของโรคจิตเวชคนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วยเครื่องวินิจฉัยโรคจิตเวชของ ผศ.พญ.ทานตะวัน อภิรุทธ์วรกุล (2559) พบข้อมูลที่น่าสนใจว่า สำหรับคนทั่วไปความชุกตลอดชีพของโรคจิตเวชสูงสุด คือ 1. ความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์และสารเสพติด ร้อยละ 13.90 รองลงมาคือโรคจิตเภท ประสาทหลอนหรือหูแว่ว ร้อยละ 5.90 และโรคซึมเศร้า ร้อยละ 1.80 แต่ในขณะที่สำหรับคนไร้บ้านแล้ว โรคจิตเวชที่พบ 3 ลำดับแรกคือ 1. โรคซึมเศร้า ร้อยละ 35.4 , 2. โรคจิต ร้อยละ 31 และ 3. โรคติดสุราและสารเสพติดอื่นๆ ร้อยละ 22.1 กล่าวคือในขณะที่คนทั่วไป โรคจิตเวชมาจากความผิดปกติทางจิตเวชจากแอลกอฮอล์ และสารเสพติดเป็นอันดับหนึ่ง แต่สำหรับคนไร้บ้าน โรคจิตเวชที่พบคือเป็นอันดับแรกๆ คือโรคซึมเศร้า ทั้งนี้อาการทางจิตเวชไม่เพียงแต่ก่อให้เกิดภาวะสุขภาพของบุคคลที่ป่วยเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ผู้ดูแล สังคม และเศรษฐกิจ



จากการทบทวนความสูญเสียทางเศรษฐศาสตร์ พบว่า มากกว่าร้อยละ 50-85 ของค่าใช้จ่ายเป็นค่าใช้จ่ายทางอ้อมจากการขาดความสามารถในการสร้างรายได้ ว่างาน หรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ประเทศต้องเสียค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท 94-120 พันล้านเหรียญสหรัฐต่อปี อย่างไรก็ตามโรคจิตเภทเป็นโรคที่รักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดระยะเวลาในการเริ่มป่วยครั้งแรก หรือให้การรักษาที่ดีและต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มป่วยครั้งแรก หากได้รับการดูแลรักษาที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวและกลับมาเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการดูแลตัวเองได้ ด้วยเหตุนี้ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน โดยเฉพาะในพื้นที่สาธารณะของกรุงเทพมหานคร จึงเป็นเหมือนระเบิดเวลาที่ไม่เพียงทำลายผู้จุดชนวนระเบิดแต่ยังส่งผลกระทบไปยังผู้ที่อยู่รอบข้าง นี่จึงเป็นปัญหาสำคัญที่รัฐจะต้องให้การดูแลช่วยเหลือเข้าแทรกแซงเพื่อให้เกิดการบำบัดรักษา เพื่อให้คนกลุ่มนี้สามารถกลับมาใช้ชีวิตอย่างปกติสุขตามสิทธิ และเสรีภาพเช่นเดียวกับประชาชนทั่วไป และในขณะเดียวกันก็ทำให้คนทั่วไปในสังคมสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยความรู้สึกปลอดภัย และไร้ความกังวล

1.1 มาตรการกลไกและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านของประเทศไทย

การเกิดผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านหน้าใหม่มาจากปัญหาหลักสองปัญหาคือ ปัญหาเศรษฐกิจ และปัญหาความรุนแรงในครอบครัว ซึ่งส่งผลเกี่ยวโยงไปกับประเด็นความเหลื่อมล้ำทางสังคม เศรษฐกิจ และการจัดการสวัสดิการของภาครัฐในภาพรวม สำหรับประเทศไทยมีมาตรการกลไกและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านคือ พระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 เป็นกฎหมายหลักที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้าน คนไร้ที่พึ่ง มีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อคุ้มครองให้คนไร้ที่พึ่งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป โดยสาระสำคัญของกฎหมายจะมีการให้อำนาจเจ้าหน้าที่ในการปกป้องคนไร้บ้าน ไร้ที่พึ่ง ทำการสำรวจติดตามคนที่ต้องการความช่วยเหลือให้เข้ามาอยู่ในระบบการดูแลช่วยเหลือโดยรัฐ เช่น ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหรือศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหรือศูนย์พักพิงอื่น ๆ โดยพิจารณาตามความเหมาะสมกับสภาพปัญหาให้ความช่วยเหลือทั้งในด้านอาหาร ที่พักอาศัย รวมถึงการจ้างงาน อีกทั้งยังทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำและช่วยเหลือในด้านการดำรงชีวิต กฎหมายหรืออื่น ๆ เพื่อให้คนไร้ที่พึ่งสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ นอกจากนี้ยังมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต กำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษา คุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและสังคม มีการกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคล การดูแล 5 มิติสุขภาพ คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต ด้านการป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต ด้านการปกป้องคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ผู้ดูแลและสังคม ด้านการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต และด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2556 ดูแลส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพคนพิการให้เข้าถึงและใช้ประโยชน์สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ซึ่งกฎหมายฉบับนี้มีผลครอบคลุมผู้ป่วยจิตเวชด้วย พวกเขาจึงมีสิทธิเข้าถึงการบริการ การได้รับสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะและความช่วยเหลืออื่น ๆ จากรัฐ ตลอดจนการสงเคราะห์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและพึ่งตนเองได้ นอกจากนี้ยังมีกฎหมายและมาตรการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย และหมวด 6



แนวนโยบายแห่งรัฐ บัญญัติเรื่องการรับรองสิทธิและให้ความคุ้มครองแก่ประชาชน ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่มีฐานะเป็นทั้งพลเมืองและผู้พิการและผู้ยากไร้ตามรัฐธรรมนูญฉบับนี้จึงมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครอง การรักษา การดูแล ช่วยเหลือ และการฟื้นฟูจากรัฐ รวมถึงพระราชบัญญัติส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ. 2546 ในความรับผิดชอบของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์รับหน้าที่จัดการด้านสวัสดิการสังคมให้กับพลเมืองทุกคนในประเทศ โดยเน้นไปที่กลุ่มเป้าหมายคือ เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส และพระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2484 ให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่สามารถทำการส่งตัวผู้ทำการขอทานซึ่งวิกลจริตไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และไม่มีทางเลือกชีวิตอย่างอื่น และไม่มีญาติอุปการะเลี้ยงดูไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อบำบัดรักษา โดยใช้สิทธิการรักษาตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่รัฐจัดให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายการจัดบริการสาธารณสุขสำหรับคนไทยที่มีเลขบัตรประจำตัวประชาชน 13 หลัก ซึ่งในประเทศไทยกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการที่เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลัก มีสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทำหน้าที่ช่วยเหลือด้านการจัดการสวัสดิการที่อยู่อาศัยและอื่น ๆ โดยกระจายอยู่ตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ ทั้ง 11 แห่ง มีบ้านมิตรไมตรี เป็นสถานที่พักพิงชั่วคราวสำหรับคนไร้บ้านที่ไม่ประสงค์จะอยู่ในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง มีการบริการให้คำปรึกษาแนะนำ การรักษาพยาบาลเบื้องต้น การส่งกลับภูมิลำเนาคืนสู่ครอบครัวและชุมชน และยังมีศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง 77 แห่งประจำแต่ละจังหวัด รวมถึงศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาทักษะชีวิตอีก 4 แห่ง นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานและองค์กรเครือข่ายที่ปฏิบัติงานร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน อาทิ กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงมหาดไทย, สำนักงานตำรวจแห่งชาติ มูลนิธิพัฒนาที่อยู่อาศัย, มูลนิธิกระจกเงา และมูลนิธิอิสรชน เป็นต้น

1.2 รูปแบบระบบสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศไทย การจัดสวัสดิการคนไร้บ้านในประเทศไทย ใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติการคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 ปัจจุบันดำเนินแนวทางการดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งเป็นไปตาม “คู่มือระบบการดูแลทางสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง” ซึ่งกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้พัฒนาระบบสารสนเทศผู้ใช้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหรือแบบประเมิน IRP (Individual Rehabilitation Plan) ให้มีความครอบคลุมในทุกมิติกับผู้ใช้บริการในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง โดยการประเมินรายบุคคลแบ่งตามระดับ ได้แก่ ระดับ A (กลุ่มที่ร่างกายแข็งแรง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง มีทักษะสามารถพัฒนาศักยภาพ ด้านการประกอบอาชีพได้ไม่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยจิตเวช) ระดับ B (สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ทำกิจวัตรประจำวันได้บางอย่าง ส่วนมากเป็นผู้ป่วยจิตเวช หากได้รับการพัฒนาและฟื้นฟูจะสามารถพัฒนาได้) และระดับ C (ร่างกายไม่แข็งแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ผู้พิการ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยติดเตียง ผู้ใช้บริการกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการฟื้นฟู) ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อนักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติงานในการนำข้อมูลดังกล่าวไปวางแผนและจัดกิจกรรมที่เหมาะสมเพื่อฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ รวมถึงจัดบริการให้ตรงตามความต้องการของผู้ใช้บริการในแต่ละระดับได้อย่างเหมาะสม ครอบคลุมการฟื้นฟู 4 มิติ คือ การฟื้นฟูทางการแพทย์ การฟื้นฟูทางสังคม การฟื้นฟูทางการศึกษา และการฟื้นฟูทางอาชีพ โดยการจัดทำแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ



รายบุคคล มี 3 ขั้นตอน คือ 1. ประเมินสมรรถภาพผู้ให้บริการทุก 6 เดือน เพื่อประเมินผู้ให้บริการ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ/อารมณ์ ด้านสติปัญญา และด้านศักยภาพในการดำรงชีพ 2. นำผลการประเมินมาจัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพตามผลการประเมินรายบุคคล ซึ่งจะมีการกำหนดระยะติดตาม ทุก 6 เดือน และ 3. ประเมิน/ติดตามผล และประเมินผลความสำเร็จของแผนฟื้นฟู ในกรณีที่ประเมินผลสำเร็จจะต้องกลับมาที่ขั้นตอนที่ 1 ของแผนการฟื้นฟูอีกครั้ง ในขณะที่กรณีที่ประเมินผลสำเร็จจะทำการส่งกลับครอบครัว ชุมชน ส่งกลับสังคมเพื่อประกอบอาชีพ กล่าวโดยสรุป รูปแบบของการจัดสวัสดิการที่หน่วยงานรัฐจัดให้แบ่งออกเป็น 5 สวัสดิการคือ สวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย, ด้านการฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพ, การผลักดันให้ได้รับสิทธิและสวัสดิการ, การติดตามและวางแผนกลับคืนสู่ครอบครัว และสวัสดิการด้านปัจจัยสี่ ซึ่งการจัดการสวัสดิการดังกล่าวมีกลไกระบบการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านใน 3 ระบบ คือ ระบบการนำส่งระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน และระบบการจำหน่ายเมื่อบำบัดรักษาแล้ว

2. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศสหรัฐอเมริกา: จำนวนคนไร้บ้านที่ลดลงแต่คนไร้บ้านเรื้อรังกลับเพิ่มขึ้น ในแต่ละคืนของสหรัฐอเมริกาจะมีคนไร้บ้านจำนวนประมาณ 580,000 คน โดยร้อยละ 61 อาศัยอยู่ในสถานที่พักพิง หรือสถานที่พักพิงฉุกเฉิน และอีกร้อยละ 39 อาศัยอยู่ตามถนนในอาคารร้างหรือสถานที่อื่นๆ ที่ไม่เหมาะสมในการอยู่อาศัย ซึ่งกลุ่มคนไร้บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้ชายชาวแอฟริกัน-อเมริกัน และ 37,252 คนเป็นทหารผ่านศึก (U.S. Department of Housing and Urban Development, 2021) ทว่าจากการเก็บข้อมูลในปี พ.ศ.2564 ในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 พบว่า มีกลุ่มคนไร้บ้านที่อยู่ในสถานที่พักพิง ร้อยละ 60 หรือมากกว่า 326,000 คน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่ที่อาศัยอยู่คนเดียว ส่วนอีกร้อยละ 40 มาจากครอบครัวที่มีเด็กเล็ก อย่างไรก็ตามไม่อาจกล่าวได้ว่าในช่วง 1-2 ปีที่ผ่านมาจำนวนคนไร้บ้านลดลงแต่เป็นผลมาจากผู้ให้บริการสถานที่พักพิงเพิ่มพื้นที่ว่างระหว่างเตียงนอนภายในสถานที่พักพิง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสกัน ส่งผลให้มีจำนวนเตียงลดลง อีกทั้งกลุ่มคนไร้บ้านเองก็ไม่เต็มใจที่จะใช้สถานที่พักพิงเพื่อลดความเสี่ยงด้านสุขภาพ ในขณะที่สถานที่พักพิงฉุกเฉินที่จัดเป็นห้องนอนแบบส่วนตัว ประเภทโรงแรมหรือห้องเช่า ซึ่งเรียกว่า Non-Congregate Shelter ได้เพิ่มขึ้นเป็นอย่างมากในช่วงของการแพร่ระบาดของโควิด-19 คิดเป็นร้อยละ 134 อีกหนึ่งชุดข้อมูลที่น่าสนใจคือ นอกจากกลุ่มคนไร้บ้านส่วนใหญ่จะมีคนที่อาศัยอยู่คนเดียวแล้ว ในปี พ.ศ.2564 มีทหารผ่านศึกที่กำลังประสบกับการเป็นคนไร้บ้านเพิ่มขึ้นร้อยละ 8 และสถิติที่น่าสนใจมากไปกว่านั้นก็คือ คนไร้บ้านที่เรื้อรังซึ่งหมายถึง บุคคลที่ทุกข์ทรมานซึ่งอยู่เร่ร่อนไร้บ้านต่อเนื่องเป็นเวลา 1 ปีขึ้นไป หรือเคยมีประสบการณ์ไร้บ้านมาแล้วอย่างน้อย 4 ครั้งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นถึงร้อยละ 20 ในระหว่างปี พ.ศ.2563-2564 เช่นกัน ซึ่งเป็นจำนวนที่สวนทางกับจำนวนร้อยละที่ลดลงของคนไร้บ้านที่อาศัยในสถานที่พักพิงอื่น ๆ ทั้งหมด และมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จึงกล่าวได้ว่า ในขณะที่สถิติจำนวนคนไร้บ้านจะลดลง แต่จำนวนคนไร้บ้านเรื้อรังกลับจำนวนเพิ่มมากขึ้น

สำหรับมลรัฐวอชิงตัน (Washington) เป็นมลรัฐที่มีจำนวนคนไร้บ้านมากที่สุดเป็นอันดับต้นๆ ของสหรัฐอเมริกา รวมถึงมีการใช้งบประมาณจำนวนมหาศาล และหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม เข้ามามีส่วนร่วมหลายองค์กรในการแก้ไขปัญหาคนไร้บ้าน เช่น The Seattle Metro ใช้



งบประมาณกว่าหนึ่งพันล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อจัดการพื้นที่สาธารณะรอบสถานที่ต่าง ๆ เพื่อรับมือกับคนไร้บ้านแต่สถานการณ์คนไร้บ้านก็ยังทวีความรุนแรงขึ้น มีการตั้งแคมป์ในย่านที่อยู่อาศัย ย่านธุรกิจ และในเขตชุมชนเมืองมากขึ้น อีกทั้งยังมีปัญหาอาชญากรรมที่เพิ่มขึ้นตามมา จากข้อมูลของสำนักงานบริหารการใช้สารเสพติดและสุขภาพจิต พบว่า จำนวนคนไร้บ้านในสหรัฐอเมริกาป่วยด้วยอาการทางจิตขั้นรุนแรงบางรูปแบบ คิดเป็นร้อยละ 20-25 ในการสำรวจช่วงปีพ.ศ. 2551 ที่ดำเนินการโดยที่ประชุมนายกเทศมนตรีแห่งสหรัฐอเมริกาจำนวน 25 แห่งพบว่า ความเจ็บป่วยทางจิตเป็นสาเหตุใหญ่อันดับ 3 ของผู้ใหญ่ที่ประสบปัญหาคนไร้บ้าน คิดเป็นร้อยละ 48 สำหรับคนไร้บ้านที่อาศัยในชุมชนเมือง และสำหรับครอบครัวที่ไร้บ้านในเมืองต่าง ๆ ที่มีปัญหาทางจิต คิดเป็นร้อยละ 12 และความเจ็บป่วยทางจิตเป็นหนึ่งในสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดของคนไร้บ้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มคนโสด พบว่า 1 ใน 4 ของคนไร้บ้านกำลังประสบปัญหาทางด้านสุขภาพจิต พร้อมกันนี้ยังพบว่ามีความสัมพันธ์สอดคล้องกันระหว่างสภาวะทางจิตกับการเป็นคนไร้บ้าน เพราะความเจ็บป่วยทางจิตขั้นรุนแรงจะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อความสามารถของการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งความเจ็บป่วยทางจิตอาจจะส่งผลต่อการสร้างและการรักษาความสัมพันธ์ที่มั่นคงได้ หรือมักจะส่งผลให้ผู้เจ็บป่วยทางจิตถูกขับไล่ออกจากผู้ดูแล ครอบครัวและเพื่อน ซึ่งอาจจะผลักดันให้ผู้ป่วยทางจิตเป็นคนไร้บ้านมากกว่าประชาชนทั่วไป ซึ่งการศึกษาผู้ป่วยทางจิตขั้นรุนแรงของระบบสุขภาพจิตของรัฐแคลิฟอร์เนีย พบว่า ร้อยละ 15 ผู้ป่วยทางจิตขั้นรุนแรง มีประสบการณ์เป็นคนไร้บ้านอย่างน้อย 1 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทหรือโรคอารมณ์สองขั้วจะมีความเสี่ยงเป็นพิเศษ ทั้งนี้สุขภาพจิตที่ไม่ดีอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะกับกลุ่มคนไร้บ้าน สุขภาพทางจิตอาจเป็นสาเหตุทำให้ละเลยต่อการป้องกันต่อโรคร้ายที่จำเป็น นอกจากนี้ จำนวนครึ่งหนึ่งของจำนวนคนไร้บ้านในสหรัฐอเมริกายังประสบปัญหาการใช้สารเสพติดและอยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแล

2.1 มาตรการกลไกและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านของประเทศ

สหรัฐอเมริกา สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา กรณีคนไร้บ้าน ได้มีการออกกฎหมายโดยรัฐบาลกลางที่มีความสำคัญต่อคนไร้บ้าน ได้แก่ “The McKinney-Vento Homeless Assistance Act of 1987” เป็นกฎหมายฉบับแรกและยังคงเป็นกฎหมายเดียวที่รองรับสถานะและการสนับสนุนคนไร้บ้าน เดิมทีก่อนหน้านี้ในช่วง พ.ศ. 2523 รัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกายังไม่ให้ความสำคัญกับปัญหาคนไร้บ้านมากนัก การทำงานที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้านจะเป็นการทำงานของส่วนราชการท้องถิ่นเป็นส่วนใหญ่ จนกระทั่งปี พ.ศ.2527 ได้มีการเรียกร้องให้ยอมรับว่าปัญหาคนไร้บ้านเป็นปัญหาระดับชาติ จนมีการตราพระราชบัญญัติการเอาชีวิตรอดของคนไร้บ้านขึ้นในปี พ.ศ.2529 เพื่อกำหนดมาตรการในการบรรเทาทุกข์ฉุกเฉิน มาตรการป้องกันและการแก้ไขปัญหาระยะยาวสำหรับคนไร้บ้าน และนำไปสู่การตรากฎหมาย “The Homeless Eligibility Clarification Act of 1986” ระบุเกี่ยวกับคุณสมบัติของคนไร้บ้านและสวัสดิการที่จะมีให้กับคนกลุ่มนี้ ในปีเดียวกันนี้ยังได้มีการปรับปรุงพระราชบัญญัติที่อยู่อาศัยคนไร้บ้านซึ่งกฎหมายดังกล่าวได้สร้างให้เกิดโครงการให้เงินช่วยเหลือการสร้างสถานที่พักพิงฉุกเฉินและโครงการบ้านพักชั่วคราวสำหรับช่วงเปลี่ยนผ่านซึ่งทั้งสองโครงการดำเนินการโดยกระทรวงการเคหะและพัฒนาเมืองสหรัฐอเมริกา ระยะเวลาต่อมาสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองพระราชบัญญัติการเอาชีวิตรอดของคนไร้บ้านได้มีการเปลี่ยนชื่อ 2 ครั้งจนมาเป็น



The McKinney-Vento Homeless Assistance Act และมีการแก้ไขเพิ่มเติมทางกฎหมายอีก 4 ครั้งในปี พ.ศ.2531, 2533, 2535 และ 2537 เนื่องจากปัญหาการไร้บ้านเพิ่มมากขึ้นและมีความสลับซับซ้อน ทำให้การช่วยเหลือจากมลรัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรอาสาสมัคร ภาคเอกชน ไม่สามารถช่วยเหลือกลุ่มคนไร้บ้านได้อย่างเต็มที่หากปราศจากการสนับสนุนจากรัฐบาลกลาง ด้วยเหตุนี้ทำให้จากเดิมที่ขอบเขตอำนาจของกฎหมายที่ดูแลแค่ 15 โครงการถูกขยายให้ครอบคลุมไปถึงบริการด้านสถานที่พักพิงฉุกเฉิน, สถานที่พักพิงชั่วคราวพร้อมการดูแล, โครงการบ้านพักชั่วคราวสำหรับช่วงเปลี่ยนผ่าน, การฝึกอาชีพ, การดูแลสุขภาพเบื้องต้น เช่น โครงการสาธิตภายใต้โครงการ Health Care for the Homeless เพื่อเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและเน้นการเข้าถึงเด็กกลุ่มเสี่ยงและเด็กที่ไร้บ้าน, โครงการบริการสุขภาพจิตในชุมชน รวมถึงโครงการด้านการศึกษาและการจัดหาที่อยู่อาศัยถาวร เป็นต้น นอกจากนี้กฎหมาย “The Food Stamp Act of 1964” เป็นแผนการด้านอาหารที่สำคัญกฎหมายหนึ่งของสหรัฐอเมริกาและสนับสนุนสำหรับการจัดสวัสดิการให้แก่คนไร้บ้าน ซึ่งบุคคลที่จะได้รับสิทธิประโยชน์ทางกฎหมายดังกล่าวจะต้องเป็นบุคคลที่มีคุณลักษณะดังนี้คือ ทำงานที่ได้รับค่าจ้างน้อย ไม่มีงานทำหรือทำงานแบบไม่เต็มเวลา เป็นบุคคลที่ต้องได้รับความช่วยเหลือสาธารณะ เป็นคนชราหรือพิการและมีรายได้น้อย หรือเป็นบุคคลที่ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่งหรือคนไร้บ้าน ปัจจุบันโครงการความช่วยเหลือทางด้านโภชนาการจะดำเนินการภายใต้กระทรวงเกษตรสหรัฐอเมริกา ทำหน้าที่บริหารโครงการและทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐ นักโภชนาการ และองค์กรต่าง ๆ ในพื้นที่มีคนอเมริกันเกือบ 40 ล้านคนเข้าร่วมโปรแกรมนี้อยู่ โดยจะได้รับผลประโยชน์เฉลี่ยต่อเดือน 127 ดอลลาร์สหรัฐ สำหรับในมลรัฐวอชิงตันมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับคนไร้บ้านคือ Revised Code of Washington (RCW) ซึ่งเป็นประมวลกฎหมายของรัฐวอชิงตันอยู่ในลักษณะที่ 43 State Government-Executive ในหมวดที่ 43.185C Homeless Housing and Assistance (Washington State Legislature, 2022) บังคับใช้มาแล้วตั้งแต่วันที่ 1 สิงหาคม พ.ศ.2558 โดยมีโครงการที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายฉบับนี้ เช่น โครงการเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยของคนไร้บ้าน มีคณะกรรมการที่ปรึกษาที่อยู่อาศัยราคาเหมาะสมเป็นผู้บริหารโครงการ และมีกองทุนความมั่นคงในที่อยู่อาศัยจัดตั้งขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือสนับสนุนค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ในทุกปีกระทรวงพาณิชย์ของรัฐวอชิงตันจะดำเนินการสำรวจสำมะโนครัวคนไร้บ้านเพื่อปรับปรุงการบริการและจัดสรรงบประมาณที่เหมาะสม โดยการจัดเก็บข้อมูลที่ได้จะเชื่อมโยงเข้ากับระบบของเทศบาลท้องถิ่นและในทุก 5 ปี จะต้องมีการกำหนดแผนกลยุทธ์ในการทำงานการจัดการเพื่อคนไร้บ้าน โดยเฉพาะเรื่องจัดหาที่อยู่อาศัย ทั้งที่เป็นสถานที่พักพิงฉุกเฉิน, ที่อยู่อาศัยระยะสั้น, ค่ายพักชั่วคราว, บ้านพักอุปถัมภ์สำหรับคนไร้บ้านเรื้อรัง และที่อยู่อาศัยระยะยาวซึ่งปี พ.ศ.2548 รัฐวอชิงตันสามารถจัดหาที่อยู่อาศัยให้กับคนไร้บ้านจำนวนกว่า 556,000 คน แต่ถึงอย่างนั้นปัญหาการเป็นคนไร้บ้านก็ยังไม่ลดลงแต่กลับเพิ่มขึ้นมากและรวดเร็วขึ้นในทุกปี

ตัวอย่างโครงการเกี่ยวกับคนไร้บ้านที่เกิดขึ้นจากประมวลกฎหมายของรัฐวอชิงตัน อาทิ โครงการช่วยเหลือค่าเช่าบ้านป้องกันการถูกขับไล่ที่กระทรวงพาณิชย์จะให้การสนับสนุนค่าเช่าบ้าน ให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุขบุคคลสำหรับครอบครัวที่ต้องการเพื่อป้องกันการถูกขับไล่ เป็นต้น โดยครอบครัวที่จะได้รับความช่วยเหลือจะต้องมีรายได้เฉลี่ยอยู่ที่หรือต่ำกว่าร้อยละ 80 ของรายได้เฉลี่ยของแต่ละเขตพื้นที่ และหรือเป็นครอบครัวที่อยู่อาศัยกับเด็ก ผู้สูงอายุที่กำลังอยู่ในสถานการณ์ที่ยากลำบาก สมาชิกในครอบครัวเสี่ยงที่



จะเป็นคนไร้บ้าน หรือมีภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพร่างกาย อย่างไรก็ตามโครงการนี้ไม่ใช่โครงการให้เปล่าเพราะผู้ที่ได้รับทุนจากรัฐจะต้องทำงานร่วมกับองค์กรต่างๆ ที่ตั้งขึ้นในชุมชนเพื่อช่วยเหลือ และบริการประชาชนที่เป็นชนกลุ่มน้อยเป็นการแลกเปลี่ยน นอกจากนี้ยังมีโครงการการดำเนินงานและให้เข้าบ้านพักชั่วคราวในช่วงเปลี่ยนผ่าน โครงการการสนับสนุนความต้องการและที่อยู่อาศัยที่จำเป็น, การให้บริการสำหรับเยาวชน ดูแลรับผิดชอบศูนย์ที่อยู่อาศัยในสถานะวิกฤต และศูนย์ความหวัง ทำงานช่วยเหลือเยาวชนที่เป็นคนไร้บ้านโดยตรง โดยหน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง คือ กระทรวงการเคหะและพัฒนาเมืองรับผิดชอบในการสร้างชุมชนที่ยั่งยืน ดูแลด้านที่อยู่อาศัยที่ราคาไม่แพง และมีคุณภาพสำหรับทุกคน เสริมสร้างกลุ่มตลาดที่อยู่อาศัยเพื่อสนับสนุนเศรษฐกิจและปกป้องผู้บริโภค โดยหน่วยงานที่จะเข้ามาทำหน้าที่จัดหาที่อยู่อาศัยในระยะยาว สถานที่พักพิงชั่วคราว การฝึกอบรม การสนับสนุนทางด้านอาหาร บริการทางการแพทย์ การดูแลภายหลังเยาวชนออกจากสถานที่พักพิงชั่วคราวให้กับคนไร้บ้านคือ กระทรวงสาธารณสุขและบริการมนุษย์ สำหรับมลรัฐวอชิงตัน หน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบโดยตรงคือ กระทรวงพาณิชย์ ทำหน้าที่การบริหารจัดการคนไร้บ้านรวมถึงผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านด้วย การจัดสรรงบประมาณ การจัดการที่อยู่อาศัย กองทุนให้ความช่วยเหลือด้านที่อยู่อาศัยสำหรับคนไร้บ้าน หรือกลุ่มคนที่มีรายได้ต่ำโดยทำงานร่วมกับกระทรวงบริการทางสังคมและสุขภาพ เน้นการให้บริการดูแลด้านสุขภาพแก่คนไร้บ้าน ผู้มีรายได้ต่ำ นอกจากนี้ยังมีองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรและที่ปรึกษาอีก 12 องค์กรร่วมทำงานด้านนโยบายการช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณ และเทคนิคการทำงานกับคนไร้บ้าน ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะมีโครงการที่จะตอบสนองต่อปัญหาของคนไร้บ้าน ทั้งการจัดการที่อยู่อาศัย การให้บริการทางด้านสุขภาพทางร่างกายและสุขภาพจิต การบำบัดฟื้นฟูจากอาการป่วยทางจิต และความผิดปกติในการใช้สารเสพติด เป็นต้น

2.2 รูปแบบระบบสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศสหรัฐอเมริกา ก่อนที่จะมีการจัดสรรสวัสดิการด้านที่อยู่อาศัย ที่สหรัฐอเมริกาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน จะต้องได้รับการปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติต่อการให้บริการด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับคนไร้บ้านตามคู่มือการปฏิบัติงานฉบับปรับปรุงในการให้บริการด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับคนไร้บ้าน ซึ่งครอบคลุมถึงคนไร้บ้านที่มีทั้งการใช้สารเสพติดและ/หรือมีความผิดปกติทางจิต ของสำนักงานบริหารการใช้สารเสพติด และสุขภาพจิต โดยมี 7 แนวทางดังนี้ (1) การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงบันดาลใจ เป็นรูปแบบการให้คำปรึกษาแบบกึ่งขึ้นนำที่มีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางในการให้คำปรึกษา กระตุ้นให้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ขั้นตอนการพัฒนาความสัมพันธ์และพัฒนาแนวทางการตัดสินใจเรื่องต่างๆ (2) การให้บริการและบำบัดรักษาผ่านการจัดการรายกรณีแบบเข้มข้นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานเป็นทีมบูรณาการของชุมชน ช่วยให้สามารถเข้าถึงคนไร้บ้านและคนไร้บ้านที่มีการใช้สารเสพติด และหรือมีความผิดปกติทางจิตให้ได้รับการได้อย่างมีประสิทธิภาพ (3) การรักษาโดยใช้ชุมชนอย่างยั่งยืน การรักษาโดยใช้ชุมชนช่วยเหลือผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตรุนแรง ซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนและมีความเสี่ยงสูง มีทีมการรักษาโดยชุมชนอย่างยั่งยืน ประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพ ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาล จิตแพทย์ ที่ปรึกษาการใช้สารเสพติด ผู้เชี่ยวชาญด้านการจ้างงาน ผู้ให้คำปรึกษาแบบเพื่อน เป็นต้น (4) ผู้ให้คำปรึกษาแบบเพื่อน การสนับสนุนตามศรัทธา และการสนับสนุนผ่านการฟื้นฟู (5) การบำบัดรักษาด้วยยา (6) การรักษาแบบบูรณาการสำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและสารเสพติด และ (7) การบริหารจัดการสถานการณ์ฉุกเฉิน



และการเสริมแรงโดยใช้ชุมชน โดยการให้บริการด้านพฤติกรรมสุขภาพสำหรับคนไร้บ้านนี้จะดำเนินไปอย่างต่อเนื่องกับการจัดสรรที่อยู่อาศัย โดยมีลัทธิอสังขัตตนิยมเป็นแนวทางปฏิบัติในการจัดหาที่อยู่อาศัยให้กับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน 3 รูปแบบ ดังนี้ (1) รูปแบบที่อยู่อาศัยที่หน่วยงานด้านสุขภาพจิตเป็นเจ้าของ เช่น บ้านลักษณะเป็นกลุ่มที่ศูนย์สุขภาพจิตในชุมชนดูแล (2) รูปแบบที่อยู่อาศัยที่หน่วยงานการเคหะ หรือองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่มีภารกิจด้านการเคหะเป็นเจ้าของ รวมถึงเป็นผู้พัฒนา ผู้จัดการทรัพย์สิน และเป็นผู้ให้บริการ และ(3) รูปแบบที่อยู่อาศัยที่หน่วยงานด้านสุขภาพจิตเช่าที่อยู่อาศัยจากตลาดที่อยู่อาศัยของภาคเอกชน และดำเนินการเป็นผู้ให้บริการสนับสนุนเพื่อให้บริการช่วยเหลือคนไร้บ้าน ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านหรือบุคคลทุพพลภาพ ทั้งนี้แสดงให้เห็นว่าในการแก้ไขปัญหาคนไร้บ้าน ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน มลัทธิอสังขัตตนิยมจะเน้นการจัดหาที่อยู่อาศัยให้เป็นลำดับแรกสำหรับบุคคลที่มีอาการป่วยทางจิตขั้นรุนแรง เช่น โรคจิตเภท การติดสุราหรือสารเสพติด การเจ็บป่วยทางกายเรื้อรัง เพราะมองว่าอาการป่วยจะทำให้เกิดปัญหาการเป็นคนไร้บ้านเรื้อรัง ดังนั้น แนวทางที่สำคัญในการยุติปัญหาคนไร้บ้านเรื้อรังควรจะเป็นการจัดหาที่พักอาศัยถาวรให้หลังจากนั้นจึงจะเข้าสู่การให้บริการและการจัดสวัสดิการต่างๆ เมื่อคนไร้บ้านมีความพร้อมด้านที่อยู่อาศัยถาวรแล้วจึงจะดำเนินการไปสู่การให้บริการสนับสนุนที่หลากหลายเพื่อช่วยแก้ไขปัญหาที่เป็นสาเหตุ การช่วยเหลือคนไร้บ้านให้มีเสถียรภาพ โดยวางอยู่บนแนวคิดพื้นฐานหลัก 2 ประการ คือ ที่อยู่อาศัยเป็นสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน และสอง เมื่อปัญหาคนไร้บ้านได้ยุติลง ความมั่นคงทางการให้บริการทางการแพทย์และความมั่นคงทางสังคมจะเกิดขึ้นได้เร็ว และยั่งยืนกว่า ดังนั้นการจัดหาที่อยู่อาศัยให้เป็นลำดับแรกจึงเป็นการสร้างแนวทางเบื้องต้นที่ต้องการรักษาเสถียรภาพของที่อยู่อาศัยและช่วยยุติปัญหาคนไร้บ้านเรื้อรัง โดยเฉพาะในกรณีผู้ป่วยทางจิตเวชขั้นรุนแรง

3. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศญี่ปุ่น: คนไร้บ้านที่มองไม่เห็น และคนไร้บ้านจิตเวช ญี่ปุ่นถือเป็นประเทศพัฒนาที่มีชื่อเสียงด้านการผลิตเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่โดดเด่น และมีสวัสดิการรัฐช่วยเหลือประชาชนที่ด้อยากแห่งหนึ่งของโลก ทว่าในขณะที่ประเทศก้าวหน้าไปตามยุคสมัย ญี่ปุ่นเองก็ยังคงเผชิญกับปัญหาที่เมืองใหญ่หลายเมืองเผชิญ นั่นคือปัญหาความเหลื่อมล้ำทางสังคม และเศรษฐกิจ โดยองค์การเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจและการพัฒนามาเสนอตัวเลขให้เห็นว่า ประเทศญี่ปุ่นมีตัวเลขผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมากที่สุดในโลก คือ มีเพียงผู้ป่วยจิตเวช 2.7 ต่อประชากร 1,000 คน และส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่แม้จะเข้าสู่ระบบการรักษาแล้ว แต่ก็ยังมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับไปเป็นผู้สูงอายุไร้บ้านที่มีประวัติการรักษาจิตเวชกลับไปอยู่ข้างถนนอีกครั้ง เมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2562 กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการของญี่ปุ่น เผยผลการสำรวจตัวเลขจำนวนคนไร้บ้านพบว่ามีจำนวน 4,977 คน ซึ่งลดลงจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2561 ที่มี 5,534 คน อย่างไรก็ตาม ตัวเลขจำนวนคนไร้บ้านดังกล่าวได้รับการตอบโต้จากภาคประชาสังคมว่านี่คือ การบิดเบือน การบิดบังและการไม่ยอมรับความจริงของรัฐบาลญี่ปุ่น โดยที่ในปี พ.ศ. 2563 ต่อมารัฐบาลญี่ปุ่นยังคงทำการสำรวจจำนวนคนไร้บ้านและพบว่ามีจำนวนอยู่ที่ 3,992 คน คิดเป็นร้อยละ .003 ของประชากรญี่ปุ่นทั้งหมด ข้อมูลชุดนี้ไม่สอดคล้องกันกับการสำรวจของศูนย์วิจัยเพื่อการไร้ที่อยู่อาศัยในกรุงโตเกียวศึกษาพร้อมกับองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรโตเกียว



The Tokyo-based Advocacy Research Center for Homelessness (ARCH) กล่าวถึงลักษณะของคนไร้บ้าน ในประเทศญี่ปุ่นที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ซึ่งมีลักษณะแนวทางการแสดงออกของคนไร้บ้านที่ต่างกันไปและประเมินได้ยากขึ้น กลุ่มคนวัยหนุ่มสาวที่ได้รับผลกระทบและกลายเป็นคนไร้บ้านคนเหล่านี้มักใช้เวลาในช่วงกลางคืนตามร้านอินเทอร์เน็ตคาเฟ่ที่เปิด 24 ชั่วโมง จากการประมาณของเทศบาลนครโตเกียวพบว่า มีประมาณ 4,000 ราย และอาจเพิ่มมากขึ้นกว่านั้น ดังนั้น จึงเป็นการยากที่จะมองสภาพปัญหาดังกล่าวได้อย่างแท้จริง เพราะคนกลุ่มนี้เปรียบเสมือน “คนไร้บ้านที่มองไม่เห็น” นับตั้งแต่จำนวนคนไร้บ้านในประเทศญี่ปุ่นเพิ่มมากขึ้นในวิกฤตเศรษฐกิจช่วงทศวรรษ 1990 ประเทศญี่ปุ่นมีการจัดทำ "มาตรการรับมือคนไร้บ้าน" ที่ออกแบบโดยกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการเพื่อนำมาใช้กับคนไร้บ้าน มีการใช้แนวทางการดูแลด้านสิทธิ และสวัสดิการควบคู่ไปกับการใช้มาตรการลงโทษ ด้วยเพราะการอาศัยในพื้นที่สาธารณะและการขอทานเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย ในช่วงแรกรัฐบาลญี่ปุ่นเริ่มดำเนินการใช้มาตรการสนับสนุนให้คนไร้บ้านช่วยเหลือตนเองในช่วงแรก และมีการใช้แผนการดำเนินการลดการไร้บ้าน จากแผนการดังกล่าวที่เริ่มดำเนินการช่วงปี พ.ศ. 2543 ทำให้รัฐบาลญี่ปุ่นใช้มาตรการผลักดันคนไร้บ้านออกจากพื้นที่สาธารณะของเมือง จัดหาที่พักอาศัยชั่วคราวสำหรับคนไร้บ้าน และมีการจัดทำโครงการที่อนุญาตให้คนไร้บ้านสามารถย้ายเข้าไปอยู่ในที่อยู่อาศัยถาวรที่รัฐบาลยืมมาเป็นระยะเวลาหนึ่งโดยมีค่าเช่าต่ำ ถึงอย่างนั้นก็ตามปัญหาคนไร้บ้านก็ยังคงเป็นปัญหาที่รับมือได้ยากในญี่ปุ่น เพราะคนญี่ปุ่นโดยทั่วไปมักยึดถือแนวทางของการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก แม้จะเป็นคนที่มีความบกพร่องทางร่างกาย และจิตใจก็มักจะยึดถือค่านิยมนี้เป็นหลักการในการดำรงชีวิต ด้วยเหตุนี้จึงเป็นเรื่องท้าทายสำหรับหน่วยงานของรัฐที่จะโน้มน้าวให้กลุ่มเปราะบางทั้งหลาย โดยเฉพาะกลุ่มคนไร้บ้านที่มีปัญหาทางจิตเวชให้ยอมรับความช่วยเหลือจากรัฐ สำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในญี่ปุ่น Morikawa et Al. เคยสำรวจความทุกข์ของคนไร้บ้านที่มีปัญหาทางจิตในพื้นที่เขตโตเกียวในช่วงปี พ.ศ. 2552 พบว่า คนไร้บ้าน 50 คน (ร้อยละ 62.5) ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคทางจิตเวช โดย 33 คน (ร้อยละ 41.3) มีภาวะซึมเศร้า, 12 คน (ร้อยละ 15) ต้องพึ่งพาแอลกอฮอล์ และ 12 คน (ร้อยละ 15) มีความผิดปกติทางจิต โดยเมื่อพิจารณาจากระดับความเสี่ยงในการจัดประเภท MINI แล้ว 45 คน (ร้อยละ 57.0) มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และ 25 คน (ร้อยละ 31.6) เคยพยายามฆ่าตัวตายมาแล้วในอดีต ด้วยเหตุนี้จึงทำให้กล่าวได้ว่าคนไร้บ้านที่มีอาการทางจิตเวชที่ญี่ปุ่นมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายสูงจึงเป็นปัญหาเร่งด่วนที่จะได้รับการสนับสนุนทางการแพทย์อีกทั้งการศึกษาของ Okamura et al พบว่าแม้ผู้ป่วยไร้บ้านจิตเวชจะเข้ามาอยู่ในโปรแกรมการดูแลรักษาแล้ว แต่พวกเขาก็ยังมีความเสี่ยงที่จะกลายเป็นคนไร้บ้านอีกครั้งหลังออกจากโรงพยาบาลจิตเวช เพราะไม่สามารถเผชิญกับสถานการณ์ที่ยากลำบากในศูนย์พักพิงได้ เพราะศูนย์ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของพวกเขาได้

3.1 มาตรการกลไกและกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านของประเทศญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นมีกฎหมายพระราชบัญญัติการเลี้ยงชีพคนไร้บ้านขึ้นเพื่อกำหนดความรับผิดชอบของรัฐบาลแห่งชาติในการสนับสนุนให้คนไร้บ้านมีความสามารถในการพึ่งพาตนเองและเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้คนกลายเป็นคนไร้บ้าน อีกทั้งยังมุ่งช่วยเหลือแก้ปัญหาคนไร้บ้านโดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชน และดำเนินมาตรการที่จำเป็นควบคู่ไปกับการสร้างความเข้าใจและความร่วมมือจากชุมชนท้องถิ่น นั่นคือ พระราชบัญญัติว่าด้วยมาตรการพิเศษเกี่ยวกับการ



ให้ความช่วยเหลือในการสนับสนุนตนเองของคนไร้บ้าน หรือพระราชบัญญัติการเลี้ยงชีพคนไร้บ้าน พ.ศ. 2545 เพื่อแก้ไขปัญหาการอาศัยอยู่อย่างผิดกฎหมายในสวนสาธารณะ สนับสนุนคนไร้บ้านที่ปรารถนาจะพึ่งพาตนเอง มีมาตรการเพื่อการจ้างงาน จัดฝึกอบรมด้านอาชีพ จัดหาที่อยู่อาศัย และให้การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและการแพทย์ เป็นต้น อีกทั้งยังมี พระราชบัญญัติสุขภาพจิตและสวัสดิการสำหรับผู้พิการทางจิต พ.ศ.2536 เพื่อดูแลผู้ป่วยโดยตรง ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และมีกฎหมาย “Special Measures Law on the Support of Homeless Persons” บังคับใช้เมื่อ พ.ศ. 2545 มีเป้าหมายให้คนไร้บ้านสามารถพึ่งพาตนเอง และป้องกันไม่ให้เกิดกลับไปเป็นคนไร้บ้านอีก นอกจากนี้ยังมีกฎหมายอื่น ๆ ที่ครอบคลุม และเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน อาทิ รัฐธรรมนูญแห่งประเทศญี่ปุ่นที่ได้กำหนด “สิทธิในการดำรงชีวิต” ซึ่งหมายถึง สิทธิในการดำรงชีวิตประจำวันขั้นต่ำสุดในด้านวัฒนธรรมและด้านสุขภาพ รัฐจึงต้องพยายามส่งเสริม และปรับปรุงสวัสดิการสังคมและสาธารณสุขอันเป็นเจตนารมณ์และแนวความคิดพื้นฐานของรัฐธรรมนูญเช่นเดียวกับประเทศอื่น ๆ หลายประเทศ และยังมีกฎหมาย “Public Assistance Act 1950” เพื่อให้รัฐประกันมาตรฐานการดำรงชีพขั้นต่ำสุดให้กับประชาชน, กฎหมายพื้นฐานของคนพิการ พ.ศ.2513 และมีพระราชบัญญัติการจัดสวัสดิการสังคม พ.ศ.2494 เป็นกฎหมายแม่บทในการบริหารจัดการงานด้านสวัสดิการสังคมทั้งในส่วนองภาครัฐและภาคเอกชน โดยกฎหมายฉบับนี้มีเป้าหมายพื้นฐานในการให้บริการที่มุ่งไปสู่งานสวัสดิการสังคม และเป็นตัวเชื่อมกับกฎหมายฉบับอื่นเพื่อการปรับปรุงงานสวัสดิการสังคม ทั้งนี้หน่วยงานหลักคือ กระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการ เป็นหน่วยงานที่มีบทบาทและมีอำนาจหน้าที่ในการดูแลปัญหาคนไร้บ้านในโตเกียวรวมไปถึงเมืองใหญ่อื่น ๆ โดยตัวอย่างโครงการเกี่ยวกับคนไร้บ้านในญี่ปุ่น คือ “Housing First Tokyo Project” ซึ่งปัจจุบันโครงการนี้เป็นที่รู้จักในชื่อ “Tokyo Project” หรือ “Housing First Tokyo Project” ได้รับทุนสนับสนุนส่วนหนึ่งจากทางรัฐบาลญี่ปุ่นนั้นมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงการเข้าถึงการรักษาพยาบาลตลอดจนโครงการด้านสุขภาพ และสวัสดิการ เพื่อยกระดับสุขภาพจิต และสภาพความเป็นอยู่ เพื่อสร้างความมั่นคงในการใช้ชีวิตในชุมชน เพิ่มความตระหนักทางสังคมในประเด็นนี้ และมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการสนับสนุน การตัดสินใจเชิงนโยบายเพื่อแก้ไขสถานะปัจจุบัน ทั้งนี้เพื่อให้คนไร้บ้านได้สามารถกลับมาใช้ชีวิตในละแวกบ้านหรือในชุมชนได้อย่างปลอดภัยเมื่อเพื่อนบ้านเรียนรู้ที่จะอยู่กับคนไร้บ้านได้แล้ว

3.2 รูปแบบระบบสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศญี่ปุ่น สามารถสรุปได้

4 รูปแบบ ได้แก่ (1) รูปแบบการรองรับที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ระบบการช่วยเหลือสาธารณะของญี่ปุ่นซึ่งอยู่ใน "มาตรการรับมือคนไร้บ้าน" โดยคุณสมบัติคนที่ จะเข้ารับความช่วยเหลือจากรัฐ พิจารณาจากการประสพภาวะความยากจนหรือมีรายได้ต่ำกว่าระดับรายได้ที่กำหนดเป็นหลักโดยไม่มีการระบุเรื่องเชื้อชาติและการอาศัยอยู่ในราชอาณาจักรและที่สำคัญไม่มีการกำหนดข้อยกเว้นของการช่วยเหลือใด ๆ เพราะยึดถือเรื่องการไม่เลือกปฏิบัติ และความเท่าเทียม ผู้ที่เข้าร่วมโครงการจะได้รับการช่วยเหลือการดูแลสุขภาพ คือ การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช คลินิก การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล เป็นต้น และการดูแลด้านสวัสดิการ คือ การดูแลในสถานพักพิง การดูแลรักษาแบบบ้านกลุ่ม การช่วยเหลือที่บ้าน การฝึกอบรมทักษะทางสังคม การสนับสนุน การหางาน และการดูแลอื่น ๆ และมีศูนย์สุขภาพจิตและสวัสดิการให้บริการด้านสุขภาพจิตสาธารณะโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย การรับคนไร้บ้านเข้าระบบ การดูแลของรัฐมีการสำรวจเพิ่มทุกปี อีกทั้งรัฐทำงาน



ร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ มีการวางระบบเพื่อทำการเข้าแทรกแซงการตัดสินใจของคนไร้บ้านโดยการสนับสนุนของผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางการรักษาของตัวผู้ป่วยเอง มีการวางระบบการรักษาโดยรูปแบบโครงการพยาบาลเยี่ยมบ้านหลังจากผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชนโดยที่ยังได้รับสิทธิประกันสุขภาพมีการวางระบบการดูแลด้านสวัสดิการสังคมโดยใช้ระบบการดูแลโดยชุมชนเพื่อลดจำนวนการให้บริการภายในสถานพยาบาล และมีการวางระบบการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้อีกครั้ง (2) รูปแบบการจัดบริการคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิการแก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน สำหรับคนไร้บ้านและผู้ยากไร้ในญี่ปุ่นกำหนดให้รัฐต้องให้ความช่วยเหลือสาธารณะแก่ประชาชน โดยมีหน้าที่พื้นฐาน 2 ประการคือ การรับประกันมาตรฐานการครองชีพขั้นต่ำสำหรับพลเมืองญี่ปุ่นทุกคน และการส่งเสริมการพึ่งพาตนเอง ครอบคลุมสวัสดิการ 8 ด้าน คือ การดำรงชีวิต การศึกษา ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การดูแล การคลอดบุตร การประกอบอาชีพ และการจัดงานศพ ส่วนการบริการสวัสดิการสำหรับผู้ป่วยทางจิตเรื้อรังอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติบริการและการสนับสนุนผู้ทุพพลภาพซึ่งครอบคลุมเงินค่ารักษาพยาบาล เงินสนับสนุนการจ้างงาน และการสนับสนุนการใช้ชีวิตภายในชุมชน และหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วผู้ป่วยจะถูกส่งตัวเข้ามารับการดูแลฟื้นฟูในสถานสงเคราะห์สาธารณะตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตและสวัสดิการในปี พ.ศ. 2538 และมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต และสวัสดิการสำหรับผู้พิการทางจิตดูแลคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิการ (3) รูปแบบการประสานส่งต่อผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเพื่อการคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิการ เนื่องจากการปฏิรูปด้านการรักษาพยาบาลในญี่ปุ่นที่เปลี่ยนจากการรักษาระยะยาวภายในโรงพยาบาลจิตเวชไปสู่การดูแลโดยชุมชน สำหรับคนที่ไม่ได้อยู่อาศัยส่วนใหญ่หลังจากออกจากศูนย์พักพิงจะถูกสอบถามความสมัครใจที่จะย้ายเข้าไปสู่บ้านกลุ่ม โดยที่ยังไม่ออกจากระบบการการช่วยเหลือจากรัฐ และไม่มีที่ย้ายหน่วยงานที่รับผิดชอบซึ่งยังอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการ ภายใต้โปรแกรมการคุ้มครองการดำรงชีวิต เจ้าหน้าที่รัฐจะเป็นผู้ดำเนินการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านออกจากโรงพยาบาลย้ายเข้าไปอยู่ในบ้านกลุ่ม โดยที่ยังคงมีการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านและให้เงินช่วยเหลือเพื่อชำระค่าห้องพักผู้ป่วย และมีศูนย์สาธารณสุขของจังหวัดและของเมืองใหญ่จะเป็นหน่วยบริการแรกที่ให้บริการ และ (4) รูปแบบการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านได้กลับคืนสู่สังคมอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่มีแผนปฏิรูปสุขภาพจิต พ.ศ. 2545 ซึ่งทางกระทรวงสาธารณสุข แรงงาน และสวัสดิการ ได้มีการประกาศวิสัยทัศน์ในการปฏิรูป "การดูแลสุขภาพ การรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพจิต และการดูแลสวัสดิการ" กล่าวคือ การดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยจะไม่ใช่แค่ครอบคลุมการรักษาทางการแพทย์ แต่รวมไปถึงการบริการทางสังคมตามสิทธิสวัสดิการทางสังคม ส่งผลให้ในด้านการรักษาทางการแพทย์ คือ ค่าบริการการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาในคลินิก การเยี่ยมบ้านโดยพยาบาล และการดูแลในตอนกลางวัน และการบริการทางสังคม คือ การใช้บริการสถานพักฟื้นแบบการดูแลแบบกลุ่ม ความช่วยเหลือที่บ้าน การฝึกสอนงาน และการรักษาอื่น ๆ โดยมาตรการเตรียมการเพื่อเปลี่ยนแปลงจากรูปแบบการรักษาภายในโรงพยาบาลมาสู่การรักษาภายในชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแนวทางการดูแลสุขภาพจิตจากที่อยู่แค่เพียงในสถานบริการทางการแพทย์มาเป็นการดูแลโดยชุมชนนั้น มีวัตถุประสงค์ 3 ข้อหลัก คือ (1) เปลี่ยนทัศนคติของประชาชนที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิต (2) ยกระดับการเสริมสร้างการบริการทางการแพทย์ด้านจิตเวช และ (3) สร้างชุมชนปลอดภัย และเสริมสร้างระบบสนับสนุนโดยชุมชน ทั้งนี้เพื่อยกระดับจากการรักษา



ภายในโรงพยาบาลมาสู่การใช้ชีวิตจริงในชุมชน และนำไปสู่การลดจำนวนผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลในอนาคต ซึ่งการดูแลโดยชุมชนมีหลายรูปแบบ อาทิ ศูนย์ฟื้นฟู และที่อยู่อาศัยในชุมชน บ้านกลุ่ม ที่พักอาศัยระยะยาว สำหรับผู้ที่สามารถอยู่ได้ด้วยตัวเองโดยแต่ละบ้านกลุ่มมีผู้ใช้บริการประมาณ 5-6 คน มีเจ้าหน้าที่ 1 คน มาดูแลบ้านกลุ่มในช่วงเวลากลางวัน นอกจากนี้ยังมีศูนย์ฟื้นฟูรูปแบบอื่น เช่น ศูนย์อำนวยความสะดวกการฝึกอบรมในชีวิตประจำวัน สำหรับคนที่ไม่ใช่บ้านที่ไม่สามารถอาศัยอยู่ตามลำพังได้ บ้านสวัสดิการ สำหรับคนที่ไม่ใช่บ้าน ศูนย์ฝึกอาชีพ สำหรับคนที่ไม่ใช่บ้านและต้องการมีอาชีพ ศูนย์สนับสนุนการใช้ชีวิตภายในชุมชน ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและประสานงาน อำนวยความสะดวกด้านอื่นๆ เป็นต้น บุคคลที่ได้รับการรักษามีอาการเจ็บป่วยทางจิตหลังจากการรักษาในโรงพยาบาล และส่งต่อบำบัดฟื้นฟูที่ศูนย์ฟื้นฟูจะมีการประเมินความสามารถของแต่ละบุคคลเสมอถึงความสามารถในการดูแลตนเองสามารถกลับเข้าสู่ระบบการทำงานได้หรือไม่อย่างไร

สรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อพัฒนาระบบสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

จากการศึกษาระบบสวัสดิการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศไทยและต่างประเทศ ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา และประเทศญี่ปุ่นนั้น สามารถสรุปปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานออกมาได้ 2 ประเด็นหลัก คือ (1) ประเด็นของการบริหารจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ปัญหาที่มักพบมี 3 ข้อ คือ ปัญหาระบบจำหน่าย และการส่งต่อฟื้นฟูดูแลในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหรือสถานที่อื่นที่มีโอกาสหรือสามารถรองรับได้ เพราะผู้ป่วยจิตเวชหลายคนที่ไม่ใช่บ้านไม่มีญาติที่พึ่ง และที่อยู่อาศัย การส่งต่อไปสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งก็ยังมีจำนวนจำกัด ปัญหาที่เกี่ยวข้องกันคือผู้ปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่ภายในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งขาดทักษะองค์ความรู้ที่จำเป็นในด้านกระบวนการบำบัดฟื้นฟูดูแลให้กับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านส่งผลให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านออกไปใช้ชีวิตในสังคมด้วยตนเองได้น้อยมาก ปัญหาประการต่อมา คือ ระบบ และกระบวนการที่เอื้อให้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านใช้สิทธิตามกฎหมาย แม้ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านจะมีสิทธิตามกฎหมาย แต่การเข้าถึงสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในประเทศไทยยังเป็นปัญหา ทั้งเรื่องความเคร่งครัดของกฎเกณฑ์การรับสิทธิตามกฎหมาย โดยความซ้ำซ้อนของหน่วยงานที่ดูแลทำให้เกิดการผลักระหว่างหน่วยงานซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ใช้บริการซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่ไม่ได้รับการคุ้มครองดูแลอย่างที่ควรจะเป็น และปัญหาประการสุดท้าย คือ ปัญหาการจัดการโดยภาครัฐที่ยังไม่สามารถจัดการให้บริการอย่างทั่วถึง และยังยืดยาว อันเนื่องมาจากปัญหาของด้านฐานคิดการมองและการจัดสวัสดิการให้กับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ปัญหาด้านงบประมาณ และปัญหาด้านบุคลากร และ (2) ประเด็นของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในการดำเนินงานของการคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิการ ซึ่งปัญหาที่พบมี 3 ข้อ คือ ปัญหาด้านมุมมองของสังคมต่อผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านส่งผลต่อการให้ความช่วยเหลือจากชุมชน และสังคม ทำให้ไม่อยากจะช่วยเหลือคนกลุ่มนี้ ปัญหาต่อมา คือ ปัญหาด้านความเหลื่อมล้ำการเข้าถึงสิทธิสวัสดิการ ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านมีโอกาสในการที่จะได้รับการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพจึงไม่เท่าเทียมกับผู้ป่วยประเภทอื่นๆ และก่อให้เกิดภาวะความเป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง และสังคมตามมาอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และปัญหาประการสุดท้าย คือ ปัญหาค่านิยมของคนไร้บ้านที่มีหลักใน



การดำรงชีวิตที่เน้นการพึ่งพาตนเองเป็นหลักทำให้คนไร้บ้านที่แม้จะประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคม หรือมี ปัญหาความบกพร่องทางร่างกาย และจิตใจไม่ยอมรับความช่วยเหลือจากภาครัฐ หรือไม่สบายใจที่จะรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น อย่างไรก็ตามถึงแม้ระบบสวัสดิการ และการดำเนินงานของหน่วยงานด้านการคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง และสถานที่อื่นที่มีโอกาส หรือสามารถรองรับได้ของประเทศไทยมีระบบการดำเนินงานที่มีการเชื่อมโยงบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม รวมถึงมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอยู่บ้างแล้วแต่ ทั้งนี้ยังพบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้านการคุ้มครองสิทธิ และสวัสดิการของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง และสถานที่อื่นที่มีโอกาสหรือสามารถรองรับได้ ดังนั้น การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อนำไปสู่การพัฒนาระบบสวัสดิการที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ตามลำดับดังนี้

เป้าหมายเชิงนโยบายที่ 1 นโยบายการประสานงานการบริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านแบบ องค์กรรวมของกลุ่มหน่วยงานและองค์กรแนวร่วมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน มีดังนี้ (1.1) การดำเนินการจัดทำบัญชีกลุ่มหน่วยงานและองค์กรแนวร่วมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอย่างครบถ้วน (1.2) การรวบรวม และเผยแพร่ของจุดประสงค์และเป้าหมายการให้บริการของหน่วยงานและ องค์กรแนวร่วมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอย่างทั่วถึง และ (1.3) การประสานงาน และเชื่อมโยงระบบข้อมูลรายบุคคลของผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านจากหน่วยงานและองค์กรแนวร่วมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน

เป้าหมายเชิงนโยบายที่ 2 นโยบายการพัฒนาระบบการให้บริการและการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอย่างยั่งยืนและอย่างมีประสิทธิภาพภายในหน่วยงาน มีดังนี้ (2.1) การดำเนินการระบบ การจำแนกลักษณะ (Classification) ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านภายใน สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง และสถานที่อื่นที่มี โอกาสหรือสามารถรองรับได้เป็นกลุ่มเป้าหมายในเชิงปัญหาเฉพาะที่ชัดเจน (2.2) การสร้างระบบการให้บริการ และการบำบัดภายในสถานบริการ (Residential Care) หรือสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง และสถานที่อื่นที่มี โอกาสหรือสามารถรองรับได้อย่างเป็นระบบให้เหมาะสมกับปัญหา และความต้องการของกลุ่มเป้าหมายเชิง ปัญหาเฉพาะแต่ละกลุ่ม และ (2.3) ดำเนินการให้การบริการและการบำบัดกลุ่มเป้าหมายเชิงปัญหาเฉพาะแต่ ละกลุ่มพร้อมกับการประเมินผลการดำเนินการให้บริการ และการบำบัดฟื้นฟูอย่างครบวงจร

เป้าหมายเชิงนโยบายที่ 3 นโยบายการดำรงไว้ซึ่งความตระหนักและความมุ่งมั่นการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอย่างต่อเนื่องร่วมกับหน่วยงานและองค์กรแนวร่วมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน ดังนี้ (3.1) สร้างความตระหนักในการกิจ และความ ผูกพันในการให้บริการ และการบำบัดฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านร่วมกับหน่วยงาน และองค์กรแนวร่วมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการให้บริการและการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน (3.2) ดำเนินการขยาย การให้การบริการ และการบำบัดผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านโดยผู้ให้บริการเป็นศูนย์กลางร่วมกับหน่วยงาน และองค์กรแนวร่วมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการให้บริการ ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านอย่าง



ต่อเนื่อง และ (3.3) ดำเนินการจัดทำเวที (Forum) การประชุมประเมินผลการดำเนินการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านร่วมกับหน่วยงานและองค์กรแนวร่วมภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านเป็นประจำ

บรรณานุกรม

- ชนิษฐา กู้ศรีสกุล, พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์, ณัฐพัชร์ มรรคา, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2561). “ภาวะโรคจิตเวชและความผิดปกติของพฤติกรรมใช้สารเสพติดในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557”. วารสาร **สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 26(1)**. Bangkok, Thailand:1-15.
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jmht/article/view/142911>.
- ทานตะวัน อวิรุทธ์วรกุล. (2559). สำนวนความชุกโรคจิตเวชของกลุ่ม คนไร้บ้านในเขตกรุงเทพมหานคร. รายงานวิจัยไม่เผยแพร่. กรุงเทพมหานคร: JustNet.
- ธनिया วงศ์จรุงเรือง, สุจิรา เนาวรัตน์, กฤตนิย แก้วยศ (2562). “ลักษณะของผู้ป่วยไร้บ้านที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา” วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 13(2). 43-52.
- นิญมน รัตนรัต และคณะ. (2562) รายงานวิจัย การขับเคลื่อนเชิงนโยบายระบบการดูแลให้บริการด้านสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- ประชาไท. ข่าวต่างประเทศ (16 ตุลาคม พ.ศ. 2562). คนไร้บ้าน ปัญหาได้พรม “ญี่ปุ่น” สืบค้นใน <https://www.prachachat.net/world-news/news-382454>
- ผู้จัดการออนไลน์. (2564).(18 สิงหาคม). American Nightmare คนไร้บ้านซ้ำป่วยโรคจิต ชีวิตมืดมน: เป็นปท.เจ้าโลกแต่บำบัดผู้เปราะบางไม่ได้. ผู้จัดการออนไลน์. สืบค้นจาก <https://mgronline.com/around/detail/9640000081154>
- วนิดา บุญยิม. (2561). การศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการคุ้มครองคนไร้บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์, ภาควิชาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2558). “เข้าใจ-ให้โอกาส” คนไร้บ้าน. สืบค้นจาก <http://www.thaihealth.or.th/เพื่อสุขภาพ/เรื่องเล่าภาคี>
- The Active News. (23 เมษายน 2565). กทม. ครองแชมป์ ‘ผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน’ วอนผู้ว่าฯ กทม. เข้าใจปัญหา สร้าง ‘เมืองปลอดภัย’ เพื่อทุกคน. สืบค้นใน <https://theactive.net/news/marginalpeople-20220423/>
- Christopher F. Rufo. (2018). Seattle Under Siege Record numbers of homeless people are occupying the city’s public spaces, despite massive government spending to fight the problem. <https://www.city-journal.org/seattle-homelessness>.



- Folsom, D.P., Hawthorne, W., Lindamer, L., Gilmer, T., Bailey, A., Golshan, S., Garcia, P., Unützer, J., Hough, R., and Jeste, D.V. (2005). "Prevalence and Risk Factors for Homelessness and Utilization of Mental Health Services Among 10,340 Patients with Serious Mental Illness in a Large Public Mental Health System." *American Journal of Psychiatry*, 162:370-376.
- Balasuriya Lilanthi, Buelt Eliza, Tsai Jack. (2020) The Never-Ending Loop: Homelessness, Psychiatric Disorder, and Mortality. *Psychiatric Times* 37(5).
- Morikawa S, Uehara R, Okuda K, Shimizu H, Nakamura Y. [Prevalence of psychiatric disorders among homeless people in one area of Tokyo]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi*. 2011 May;58(5):331-9. Japanese. PMID: 21905609.
- Okamura, T., Takeshima, T., Tachimori, H., Takiwaki, K., Matoba, Y., & Awata, S. (2015). Characteristics of Individuals with Mental Illness in Tokyo Homeless Shelters. Prevalence of mental disorders among people who are homeless: An umbrella review. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 528–541.
<https://doi.org/10.1177/0020764020924689>
- Smiljanic Stasha. (2022), The State of Homelessness in the US-2022.
<https://policyadvice.net/insurance/insights/homelessness-statistics/>
- U.S. Department of Housing and Urban Development. (2022). The 2021 annual homeless assessment report (AHAR) to Congress.
<https://www.huduser.gov/portal/sites/default/files/pdf/2021-AHAR-Part-1.pdf>
- Washington State Resource Guide. (2012). "Housing for Homeless Individuals with Mental Illness and Co-Occurring Substance Use Disorders". Division of Behavioral Health and Recovery, Washington State Department of Social & Health Services.