



สุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขัง และนักโทษไทย

ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสุขภาพจิต กลไกทางจิต เปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตกับกลไกทางจิต ข้อมูลส่วนตัวและคดี และเปรียบเทียบกลไกทางจิตกับข้อมูลส่วนตัวและคดีของผู้ต้องขังและนักโทษไทยในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ต้องขังและนักโทษไทยในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศจำนวน 5,327 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็นระบบ รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม 3 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนตัวและคดี ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 66 ข้อ และแบบทดสอบกลไกทางจิต (DSQ-40) ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Pearson chi-square test, Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test

ผล พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในแต่ละประเภทของเรือนจำและทัณฑสถานส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติ มีคะแนนการใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะสูงกว่าแบบ neurotic และแบบไม่มีวุฒิภาวะตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเรือนจำและทัณฑสถานประเภทต่างกัน มีอายุ ระดับการศึกษา สถานะของการตัดสินใจ จำนวนคดี จำนวนครั้งที่ต้องคดีที่แตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับสุขภาพจิต อายุ เพศและระดับการศึกษาที่แตกต่างกันมีการใช้กลไกทางจิตที่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่มีประเภทความผิด จำนวนคดีและจำนวนครั้งที่ต้องคดีแตกต่างกันมีการใช้กลไกทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะบางชนิดที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป ผลการวิจัยเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบการพัฒนาสุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขังและนักโทษไทยต่อไป

คำสำคัญ : กลไกทางจิต นักโทษ ผู้ต้องขัง สุขภาพจิต

*สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต



Mental health and defenses mechanism of Thai inmates and prisoners

Duangta Graipaspong, M.D.*

Abstract

Objectives The purposes of this study were to determine the mental health and defenses mechanism level, to compare mental health with defenses mechanism, personal and cases data, and to compare defenses mechanism with personal and cases data among country-wide Thai inmates and prisoners.

Materials and methods The samples, selected from jails and prisons around country by stratified systematic random sampling, comprised of 5,327 inmates and prisoners. Data were collected by three sets of questionnaires, which were personal and case data, Thai Mental Health Indicators (66-items version), and Defense Style Questionnaire 40 (DSQ-40) respectively. Data were analyzed by using descriptive statistics, Pearson chi-square test, Mann-Whitney U test and Kruskal-Wallis test.

Results Most of samples, classified by types of jails and prisons, had poor mental health. Their mature defenses mechanism score was higher than neurotic and immature defenses mechanism respectively. The respondents who stay in different types of jails and prisons; who had different age, educational levels, sentenced status, numbers of crime-doing and numbers of criminal cases, had significantly different mental health level. They used different defenses mechanism significantly among different mental health, age, sex and educational level. The samples who had different numbers of crime-doing and numbers of criminal cases, and who convicted to different crimes, used some different immature defenses mechanism significantly.

Conclusion The results of this study can be used as the basic benchmark for mental health development monitoring in the jails and prisons.

Key words : defenses mechanism, inmate, mental health, prisoner

*Galya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health

บทนำ

ในขณะที่สังคมโดยทั่วไปเป็นระบบเปิดนั้น แต่สภาพสังคมของผู้ต้องขังและนักโทษเป็นสังคมปิดที่มีลักษณะพิเศษแตกต่างไปจากสังคมภายนอกหลายประการที่สำคัญ คือ เป็นสังคมของการถูกจำกัดเสรีภาพ เต็มไปด้วยกฎเกณฑ์ เป็นสังคมเพศเดียวและโดดเดี่ยว ต้องถอดเสื้อผ้าและสิ่งของที่ติดตัวออกแล้วสวมใส่เครื่องแบบนักโทษ ความผูกพันทางด้านครอบครัวและงานอาชีพหมดสิ้นไป การสื่อสารติดต่อกับโลกภายนอกถูกจำกัดหรือถูกตัดขาดไปเลย¹ ต้องอยู่กันอย่างแออัด นอนในเนื้อที่เพียงครึ่งหนึ่งของมาตรฐานที่ตั้งไว้² สภาพดังกล่าวน่าจะมีผลต่อสุขภาพจิตที่แตกต่างไปจากคนในสังคมโดยทั่วไป ทั้งนี้พบว่าความชุกของความผิดปกติทางจิตเวชทุกกลุ่มโรคในผู้ต้องขังไทยสูงกว่าประชาชนไทยทั่วไปมาก³ ผู้ต้องขังและนักโทษจัดเป็นกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงที่ด้อยโอกาสกลุ่มหนึ่งที่ต้องได้รับการประเมินและส่งเสริมสุขภาพจิตเพื่อป้องกันมิให้เกิดอาชญากรรมซ้ำ⁴ การสำรวจสุขภาพจิตของผู้ต้องขังและนักโทษตลอดจนศึกษากลไกทางจิตซึ่งเป็นวิธีการที่บุคคลใช้จัดการกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อมภายนอกและสภาวะภายในที่เกิดขึ้นอย่างฉับพลันโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ⁵ นอกจากจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเข้าใจสภาพจิตใจของประชากรกลุ่มนี้แล้วยังสามารถนำไปใช้ฐานข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบต่อการพัฒนาสุขภาพจิตผู้ต้องขังและนักโทษต่อไป

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพจิต กลไกทางจิต เปรียบเทียบระดับสุขภาพจิตกับกลไกทางจิต ข้อมูลส่วนตัวและคดี และเปรียบเทียบกลไกทางจิตกับข้อมูลส่วนตัวและคดีของผู้ต้องขังและนักโทษไทยในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ

วัสดุและวิธีการ

กลุ่มตัวอย่างคือผู้ต้องขังและนักโทษไทยในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ (ต่อไปใช้คำว่า “ผู้ต้องขังฯ” แทน “ผู้ต้องขังและนักโทษไทย” และ “เรือนจำฯ” แทน “เรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ”) สุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของผู้ต้องขังฯแต่ละประเภทของเรือนจำฯ ได้แก่ เรือนจำกลาง เรือนจำพิเศษ เรือนจำจังหวัด เรือนจำอำเภอ ทัณฑสถานหญิง ทัณฑสถานวัยหนุ่มและทัณฑสถานบำบัดพิเศษ รวมทั้งหมด 142 แห่ง ซึ่งกระจายตามการแบ่งส่วนราชการของกรมราชทัณฑ์ เป็นเรือนจำและทัณฑสถานอิสระกับเขตอีก 9 เขต ทั้งนี้ไม่รวมถึงสถานกักกันสถานกักขัง เรือนจำชั่วคราว ทัณฑสถานเปิดและทัณฑสถานโรงพยาบาล เนื่องจากคาดว่าสัดส่วนของผู้ต้องขังฯ ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยจะมีความแตกต่างกันในแต่ละเรือนจำฯ และเนื่องจากผู้วิจัยสนใจในสัดส่วนของผู้ต้องขังที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย การคำนวณขนาดตัวอย่างจึงคำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วน 1 ค่าจากประชากรที่ทราบจำนวน (ดังแสดงข้างล่าง) โดยกำหนดค่า 95%

confidence interval (CI) ของค่าสัดส่วนจริงในประชากรเท่ากับ $p + d$ การสุ่มตัวอย่างในสูตรนี้เป็นการสุ่มอย่างง่าย⁶ เนื่องจากไม่มีข้อมูลของสัดส่วนการมีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยในเรือนจำแต่ละแห่ง จึงไม่สามารถใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างตามการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิได้ อนึ่งถ้าสัดส่วนการมีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ยมีความแตกต่างกันจริงในแต่ละเรือนจำ การสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิจะดีกว่าการสุ่มแบบง่าย ใช้จำนวนตัวอย่างน้อยกว่า ดังนั้นจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้จากการสุ่มแบบง่ายจะเพียงพอเมื่อใช้การสุ่มแบบชั้นภูมิด้วย

การคำนวณขนาดตัวอย่างคำนวณจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนดังนี้⁶

$$n = Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)N/d^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 p(1-p)$$

จำนวนผู้ต้องขังฯ ทั่วประเทศของปี พ.ศ. 2545 จำนวน 254,070 คน⁷ กำหนดสัดส่วนของผู้ต้องขังที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย = 0.5 เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลที่ศึกษามาก่อนในอดีต ค่าความคลาดเคลื่อน = 0.02 ดังนั้นขนาดของกลุ่มตัวอย่างคือ 2,379 คน แต่เนื่องจากการเก็บข้อมูลมีโอกาสที่จะได้คำตอบกลับไม่ครบ จึงเพิ่มขนาดตัวอย่างเป็น 2.2 เท่า จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการทั้งหมดจึงเท่ากับ 5,234 คน ส่วนจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในแต่ละเรือนจำฯ คำนวณจากสัดส่วนของผู้ต้องขังฯ ในแต่ละเรือนจำฯ (proportionate allocation) การสุ่มตัวอย่างในแต่ละเรือนจำฯ ใช้การสุ่มแบบเป็นระบบตาม

ทะเบียนของผู้ต้องขังฯ ที่อยู่ในแต่ละแดน โดยกลุ่มตัวอย่างต้องฟัง พูดและเข้าใจภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาในการได้ยินและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนพฤษภาคม 2546 รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถาม 3 ส่วน ซึ่งประกอบด้วย

1. ข้อมูลส่วนตัวและคดีที่ผู้วิจัยสร้างเอง

2. การวัดสุขภาพจิต โดยใช้ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย ฉบับ 66 ข้อ⁸ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก จำนวน 66 ข้อ ในกรณีที่ข้อความเป็นทางบวก กำหนดการให้คะแนนดังนี้ ไม่เลย = 0, เล็กน้อย = 1, มาก = 2, และมากที่สุด = 3 คะแนนตามลำดับ ในกรณีที่ข้อความเป็นทางลบ จะให้คะแนนในทางกลับกัน

3. การวัดการใช้กลไกทางจิต ด้วยแบบทดสอบกลไกทางจิต (DSQ-40) ฉบับภาษาไทย⁵ มีคำถาม 40 ข้อ แต่ละข้อมีคะแนน 0-9 ตามความถี่ของการใช้กลไกทางจิตนั้นจากน้อยสุดไปมากที่สุด ข้อคำถามประกอบด้วยกลไกทางจิต 3 ประเภท คือแบบมีวุฒิภาวะ (mature defense) แบบโรคประสาท (neurotic defense) และแบบไม่มีวุฒิภาวะหรือแบบเด็ก (immature defense) กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะและแบบโรคประสาทมีคำถามแบบละ 8 ข้อ แบ่งเป็น 4 ชนิดๆ ละ 2 ข้อ ส่วนกลไกทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะมีคำถาม 24 ข้อ แบ่งเป็น 12 ชนิดๆ ละ 2 ข้อ คำนวณค่าเฉลี่ยของกลไกทางจิตแต่ละชนิดและแต่ละประเภท

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างระดับสุขภาพจิต (ดีกว่าปกติ, ปกติ, ต่ำกว่าปกติ) กับตัวแปรเชิงคุณภาพต่างๆ เช่น เพศ กลุ่มอายุ ประเภทความผิดด้วย Pearson chi-square test ทดสอบความแตกต่างในคะแนนกลไกทางจิตประเภทต่างๆ ระหว่างกลุ่มต่างๆ เช่นระดับสุขภาพจิต กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา ประเภทความผิดด้วย Mann Whitney-U test และ Kruskal-Wallis test

ผล

ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามไปทั้งสิ้น 5,521 ฉบับ กลุ่มตัวอย่างตอบกลับมาและได้ข้อมูลสุขภาพจิตกลไกทางจิตครบถ้วนทั้งสิ้น 5,274 คน (95.5%) โดยสามลำดับแรกเป็นผู้ต้องขังฯ ของเรือนจำกลาง (30.1%) รองลงมาคือเรือนจำจังหวัด (28.3%) และเรือนจำพิเศษ (15.3%) แบ่งเป็นผู้ที่อยู่ในเรือนจำเขตอิสระและเขต 1 มากที่สุด (แห่งละ 19%) รองลงมาคือเขต 7 (11%) เขต 5 (10 %) ร้อยละ 81.8 เป็นเพศชาย อายุ 16-78 ปี อายุเฉลี่ย 31.3 ปี (SD = 9.2) 47.7% มีสถานภาพโสด 36.5% สมรส ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษา (70.4%) 76.8% เป็นผู้ต้องขังที่ตัดสินคดีแล้ว กระทำความผิด พ.ร.บ. ยาเสพติดมากที่สุด (68.1%) รองลงมาคือ ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ (14.9%) ความผิดต่อชีวิต (8.9%) ความผิดเกี่ยวกับเพศ (3.1%) ความ

ผิดต่อร่างกาย (2.7%) และความผิดอื่นๆ ตามลำดับ ส่วนใหญ่ต้องคดีเดียว (82.5%) และต้องคดีเป็นครั้งแรก (82.0%)

ด้านสุขภาพจิต พบว่าสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามชั้นภูมิของทัณฑสถานและเรือนจำมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างที่อยู่ในเรือนจำพิเศษและทัณฑสถานวัยหนุ่มมีอัตราของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติสูงกว่าเรือนจำอื่น (60.9% และ 60.1% ตามลำดับ) เรือนจำจังหวัดและเรือนจำอำเภอมีอัตราของผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติต่ำกว่าเรือนจำอื่น (52.0% และ 52.8% ตามลำดับ) กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ ระดับการศึกษา สถานะของการตัดสินใจคดี จำนวนคดี และจำนวนครั้งที่ต้องคดีที่แตกต่างกันมีระดับสุขภาพจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือผู้ต้องขังฯ ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีและน้อยกว่า 25 ปีมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติมากกว่ากลุ่มอายุอื่น (61.1% และ 57.2% ตามลำดับ) ผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติมากเมื่อเทียบกับผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า (60.8% ในกลุ่มผู้ไม่รู้หนังสือ, 33.3% ในกลุ่มที่มีการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี) การอยู่ในระหว่างพิจารณาคดี มีจำนวนคดีที่เพิ่มขึ้นและมีจำนวนครั้งที่ต้องคดีสูงขึ้นทำให้มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ดังตารางที่ 1 ไม่มีความแตกต่างของระดับสุขภาพจิตในผู้ต้องขังที่มีเพศ สถานภาพสมรส และมี

ตารางที่ 1 สุขภาพจิตของผู้ต้องขังฯ แยกตามชั้นภูมิของเรือนจำฯ ข้อมูลส่วนตัวและคดี

	สุขภาพจิต : จำนวน (%)				p-value
	จำนวน	ดีกว่าคน ทั่วไป	เท่ากับคน ทั่วไป	ต่ำกว่าคน ทั่วไป	
ชั้นภูมิของเรือนจำ					
เรือนจำกลาง	1491	148 (9.9)	482 (32.3)	861 (57.7)	.00
เรือนจำพิเศษ	805	66 (8.2)	249 (30.9)	490 (60.9)	
เรือนจำจังหวัด	1589	182 (11.5)	581 (36.6)	826 (52.0)	
เรือนจำอำเภอ	460	44 (9.6)	173 (37.6)	243 (52.8)	
ทัณฑสถานหญิง	190	21 (11.1)	63 (33.2)	106 (55.8)	
ทัณฑสถานวัยหนุ่ม	178	15 (8.4)	56 (31.5)	107 (60.1)	
ทัณฑสถานบำบัดพิเศษ	561	46 (8.2)	210 (37.4)	305 (54.4)	
อายุ (ปี)					
≤25	1723	142 (8.2)	596 (34.6)	985 (57.2)	.02
26-45	3109	321 (10.3)	1059 (34.1)	1729 (55.6)	
46-60	401	55 (13.7)	147 (36.7)	199 (49.6)	
>60	41	4 (9.8)	12 (29.3)	25 (61.1)	
ระดับการศึกษา					
ไม่รู้หนังสือ	265	21 (7.9)	83 (31.3)	161 (60.8)	.01
ประถม	2276	210 (9.2)	739 (32.5)	1327 (58.3)	
มัธยมต้น	1433	142 (9.9)	497 (34.7)	794 (55.4)	
มัธยมปลาย	911	104 (11.4)	343 (37.7)	464 (50.9)	
อนุปริญญา	228	29 (12.7)	87 (38.2)	112 (49.1)	
ปริญญาตรี	152	15 (9.9)	60 (39.5)	77 (50.7)	
สูงกว่าปริญญาตรี	9	1 (11.1)	5 (55.6)	3 (33.3)	

	สุขภาพจิต : จำนวน (%)				p-value
	จำนวน	ดีกว่าคน ทั่วไป	เท่ากับคน ทั่วไป	ต่ำกว่าคน ทั่วไป	
สถานะของการตัดสินใจ					
อยู่ระหว่างพิจารณา	1209	99 (8.2)	360 (29.8)	750 (62.0)	.00
ตัดสินใจแล้ว	3997	420 (10.5)	1430 (35.8)	2147 (53.7)	
จำนวนคดี					
1	4352	449 (10.3)	1515 (34.8)	2388 (54.9)	.01
2	634	56 (8.8)	215 (33.9)	363 (57.3)	
>2	288	17 (5.9)	84 (29.2)	187 (64.9)	
ครั้งที่ต้องคดี					
1	4327	453 (10.5)	1520 (35.1)	2354 (54.4)	
2	637	43 (6.8)	213 (33.4)	381 (59.8)	
>2	310	26 (8.4)	81 (26.1)	203 (65.5)	

ประเภทความผิดที่ต่างกัน

ด้านกลไกทางจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะรวม (ค่าเฉลี่ย 6.2, SD = 1.2) สูงกว่าแบบ neurotic รวม (ค่าเฉลี่ย 5.4, SD = 1.2) และแบบไม่มีวุฒิภาวะรวม (ค่าเฉลี่ย 4.8, SD = 1.0) ตามลำดับ มีการใช้กลไกทางจิตชนิด humor น้อยที่สุดในประเภทแบบมีวุฒิภาวะ (ค่าเฉลี่ย 5.1, SD = 1.9) มีการใช้กลไกทางจิตชนิด rationalization มากที่สุดในประเภทแบบไม่มีวุฒิภาวะ (ค่าเฉลี่ย 6.8, SD = 1.7) รองลงมาคือ การใช้กลไกทางจิตชนิด projection (ค่าเฉลี่ย 5.3, SD

= 1.8) โดยมีการใช้กลไกทางจิตที่น้อยครั้งในประเภทแบบไม่มีวุฒิภาวะนี้ เช่น ชนิด autistic fantasy (ค่าเฉลี่ย 3.8, SD = 2.1) acting out (ค่าเฉลี่ย 4.0, SD = 2.0) somatization (ค่าเฉลี่ย 4.6, SD = 1.8) devaluation (ค่าเฉลี่ย 4.7, SD = 1.9) splitting (ค่าเฉลี่ย 4.9, SD = 2.1)

กลุ่มตัวอย่างที่มีสุขภาพจิต เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่ต้องคดีที่แตกต่างกันมีการใช้กลไกทางจิตที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 2 กล่าวคือ ผู้ที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนปกติมักใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะและแบบ neurotic

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนการใช้กลไกทางจิตของผู้ต้องขังฯ แยกตามระดับสุขภาพจิต ข้อมูลส่วนตัวและข้อมูลคดี

	คะแนนกลไกทางจิต : ค่าเฉลี่ย (SD)			
	จำนวน	Mature	Neurotic	Immature
สุขภาพจิต				
ดีกว่าคนปกติ	522	6.9 (1.2)	5.7 (1.3)	4.6 (1.1)
เท่ากับคนปกติ	1814	6.4 (1.2)	5.5 (1.2)	4.7 (1.0)
ต่ำกว่าคนปกติ	2938	6.0 (1.2)	5.3 (1.2)	4.8 (1.0)
p-value		<.00	<.00	<.00
เพศ				
ชาย	4312	6.2 (1.2)	5.4 (1.2)	4.7 (1.0)
หญิง	962	6.4 (1.2)	5.7 (1.3)	4.9 (1.0)
p-value		< 0.00	< 0.00	< 0.01
อายุ (ปี)				
≤25	1723	6.2 (1.2)	5.4 (1.2)	4.8 (1.0)
26-45	3109	6.2 (1.2)	5.4 (1.2)	4.7 (1.0)
46-60	401	6.4 (1.3)	5.7 (1.4)	4.8 (1.1)
>60	41	6.6 (1.3)	5.8 (1.1)	5.2 (1.0)
p-value		0.05	< 0.00	0.01
ระดับการศึกษา				
ไม่รู้หนังสือ	265	6.1 (1.3)	5.7 (1.4)	4.9 (1.1)
ประถม	2276	6.2 (1.3)	5.5 (1.3)	4.8 (1.0)
มัธยมต้น	1433	6.2 (1.2)	5.4 (1.2)	4.8 (1.0)
มัธยมปลาย	911	6.3 (1.2)	5.3 (1.2)	4.7 (1.0)
อนุปริญญา	228	6.4 (1.3)	5.4 (1.3)	4.8 (1.0)
ปริญญาตรี	152	6.6 (1.2)	5.3 (1.1)	4.7 (1.0)
สูงกว่าปริญญาตรี	9	6.6 (1.2)	5.9 (1.4)	4.8 (1.2)
p-value		< 0.00	< 0.00	0.11

	คะแนนกลไกทางจิต : ค่าเฉลี่ย (SD)			
	จำนวน	Mature	Neurotic	Immature
จำนวนครั้งที่ต้องคดี				
1	4327	6.3 (1.2)	5.4 (1.3)	4.8 (1.0)
2	637	6.1 (1.3)	5.4 (1.2)	4.7 (1.0)
>2	310	6.1 (1.3)	5.4 (1.2)	4.8 (1.0)
p-value		0.02	0.48	0.85

ส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติมักใช้กลไกทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะ ผู้ต้องขังฯ หญิงใช้กลไกทางจิตทุกประเภทจำนวนครั้งมากกว่าผู้ต้องขังฯ ชาย ผู้ต้องขังฯ สูงอายุใช้กลไกทางจิตทุกประเภทสูงกว่าผู้ต้องขังฯ กลุ่มอายุอื่น ผู้ต้องขังฯ กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะจำนวนครั้งมากกว่ากลุ่มอื่น ขณะที่ผู้ต้องขังฯ ที่ไม่รู้หนังสือใช้กลไกทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะจำนวนครั้งมากกว่า ส่วนผู้ที่ต้องคดีครั้งแรกมีการใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะมากกว่ากลุ่มที่ต้องคดีหลายครั้ง

กลุ่มตัวอย่างที่มีความผิดปกติความมั่นคงต่อสังคมมีการใช้กลไกทางจิตแบบ projection และ splitting จำนวนครั้งมากกว่ากลุ่มความผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย 5.9, SD = 2.1 และค่าเฉลี่ย 5.2, SD = 1.7 ตามลำดับ) ขณะที่ผู้ที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับทรัพย์สินใช้กลไกทางจิตชนิด displacement (ค่าเฉลี่ย 5.1, SD = 1.9) และชนิด splitting (ค่าเฉลี่ย 5.1,

SD = 2.0) จำนวนครั้งมากกว่ากลุ่มความผิดปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตชนิด projection มาก (ค่าเฉลี่ย 5.3, SD = 1.8) ความผิดต่อชีวิตใช้กลไกทางจิตชนิด projection (ค่าเฉลี่ย 5.3, SD = 1.8) และ displacement (ค่าเฉลี่ย 5.1, SD = 1.9) มาก ส่วนผู้ที่มีความผิดต่อร่างกายใช้กลไกทางจิตชนิด displacement มากกว่าผู้ที่กระทำความผิดคดีอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย 5.1, SD = 1.9) ผู้ต้องขังฯ ที่มีคดีเดียวใช้กลไกทางจิตชนิด rationalization จำนวนครั้งมากกว่าผู้ต้องขังฯ ที่มีหลายคดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3) ผู้ต้องขังฯ ที่ต้องคดีครั้งแรกใช้กลไกทางจิตชนิด rationalization จำนวนครั้งมากกว่าผู้ต้องขังฯ ที่ต้องคดีสองครั้งและมากกว่าสองครั้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 6.8 SD = 1.7 , 6.7 , SD = 1.7 และ 6.6, SD = 1.7 ตามลำดับ)

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการใช้กลไกทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะกับจำนวนคดี (n = 5,274)

กลไกทางจิต	p-value	จำนวนคดี : ค่าเฉลี่ยกลไกทางจิต (SD)		
		1 (n = 4352)	2 (n = 634)	>2 (n = 288)
total immature	0.80	4.8 (1.0)	4.7 (1.0)	4.8 (1.0)
projection	0.44	5.3 (1.8)	5.2 (1.9)	5.2 (1.7)
passive aggressive	0.39	4.3 (1.8)	4.2 (1.8)	4.2 (1.8)
acting out	0.12	4.0 (2.0)	4.1 (2.1)	4.1 (2.1)
isolation	0.67	5.1 (1.9)	5.1 (1.8)	5.0 (1.7)
devaluation	0.20	4.7 (2.0)	4.6 (1.9)	4.8 (1.9)
autistic fantasy	0.55	3.8 (2.1)	3.7 (2.1)	3.9 (2.0)
denial	0.19	4.5 (1.7)	4.6 (1.7)	4.5 (1.7)
displacement	0.15	5.0 (1.9)	4.8 (1.8)	4.9 (1.8)
dissociation	0.18	4.3 (1.8)	4.2 (1.8)	4.4 (1.8)
splitting	0.08	4.9 (2.0)	4.9 (2.0)	5.2 (2.0)
rationalization	0.03	6.8 (1.7)	6.7 (1.7)	6.6 (1.7)
somatization	0.61	4.6 (1.8)	4.7 (1.9)	4.7 (1.8)

วิจารณ์

อัตราของผู้ต้องขังฯทุกเรือนจำฯ มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (52.0-60.9%) พบสูงกว่าคนไทยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (24.6%)⁹ เกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง (ร้อยละ 33%)¹⁰ และสูงกว่าตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร (41.9%)¹¹ มาก ทั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังฯ ควรได้รับการช่วยเหลือดูแล โดยในกลุ่มที่มีสุขภาพจิตไม่ดีเท่าคนทั่วไปนั้นส่วน

หนึ่งอาจจะถึงขั้นมีความผิดปกติทางจิตในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งก็ได้ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าในเรือนจำมีความทุกข์ของความผิดปกติทางจิตสูงกว่าประชากรที่อยู่ในชุมชน เมื่อมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้นก็เข้าถึงบริการสุขภาพได้ยากกว่าคนทั่วไป⁴ ทั้งนี้ยังอาจเป็นผลกระทบของเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมที่ผู้ต้องขังมีความเป็นอยู่อย่างแออัด³ โดยเฉพาะอัตราการเพิ่มจำนวนของผู้ต้องขังฯ ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นถึง 57% ในระหว่างปี พ.ศ. 2540-2543¹²

ซึ่งยังเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง⁷ การขาดกิจกรรมที่หลากหลาย ใช้เวลาอยู่ในห้องขังนอนมากกว่าคนทั่วไปก็มีผลต่อสุขภาพจิตที่ไม่ปกติด้วย¹³ การที่สุขภาพจิตของผู้ต้องขังฯ มีความแตกต่างกันในแต่ละเรือนจำฯ ที่ชั้นภูมิต่างกัมนั้นน่าจะมีผลจากหลายปัจจัย เช่น ความแออัดของผู้ต้องขัง⁷ สัดส่วนของผู้ต้องขังฯ ที่อยู่ระหว่างพิจารณา⁷ วัยของผู้ต้องขังฯ (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เป็นข้อมูลส่วนตัวและคดีที่สัมพันธ์กับสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน พบว่าผู้ต้องขังฯ สูงอายุน่าจะเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต ทั้งนี้สภาพโดยธรรมชาติแล้วเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเกิดความเสื่อมถอยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม¹⁴ และมีโอกาสถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับความเอาใจใส่ดูแลจากครอบครัวอีกด้วย¹⁵ ผู้ต้องขังฯ ที่ไม่รู้หนังสือน่าจะเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตอีกกลุ่มหนึ่ง ทั้งนี้เนื่องจากมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมได้น้อยกว่ากลุ่มอื่น การที่ผู้ต้องขังฯ ยังไม่ได้รับการตัดสินเด็ดขาดมีปัญหาสุขภาพจิตได้มากกว่ากลุ่มที่ตัดสินแล้วมีความสอดคล้องกับการศึกษาเมื่อปี พ.ศ. 2544⁴ ผู้ต้องขังฯ ที่ก่อคดีซ้ำและมีจำนวนคดีมากขึ้นเท่าใดก็ยังมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มอื่นซึ่งสะท้อนความต้องการในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิต ดังนั้นการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขังควรเน้นกลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มที่ด้อยโอกาสทางการศึกษา กลุ่มที่อยู่ระหว่างพิจารณา รวมทั้งกลุ่มที่ก่อคดีซ้ำหรือมีคดีมากกว่าหนึ่งคดีขึ้นไป

จากผลการศึกษาที่ได้พบว่าสุขภาพจิตของผู้ต้องขังฯ มีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิต ผู้ที่สุขภาพจิตดีกว่าจะใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะมากกว่า ส่วนผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดีมักจะใช้กลไกทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะ ดังนั้นการพัฒนาให้ผู้ต้องขังฯ พัฒนาจากความไม่มีวุฒิภาวะไปสู่ความมีวุฒิภาวะซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงในระดับจิตใต้สำนึกจึงเป็นสิ่งสำคัญ การที่ผู้ต้องขังฯ มีการใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะและแบบ neurotic จำนวนครั้งมากกว่านักศึกษาแพทย์⁵ น่าจะเป็นเพราะมีประสบการณ์และต้องเผชิญความยุ่งยากในชีวิตที่มากกว่า อย่างไรก็ตามแม้ว่าผู้ต้องขังส่วนใหญ่เข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้ว มีประสบการณ์ในชีวิตพอสมควร แต่มีคะแนนการใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะต่ำกว่ากลุ่มเยาวชนที่มีคดีเสพยาบ้าเนื่องจากเยาวชนฯ มีการใช้อารมณ์ขัน (humor) สูงกว่าผู้ต้องขังฯ มาก¹⁶ ผู้ต้องขังฯ มีการใช้กลไกทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะรวมน้อยกว่ากลุ่มเยาวชนฯ แต่ใช้การโทษผู้อื่น (projection) ใช้การแก้ตัว (rationalization) มากกว่ากลุ่มเยาวชนฯ ในขณะที่กลุ่มเยาวชนฯ แสดงความออกโดยการกระทำ (acting out) ลดคุณค่าผู้อื่น (devaluation) เพื่อฝัน (autistic fantasy) มองโลกแบบสุดขั้ว (splitting) และแสดงอาการทางกาย (somatization) มากกว่าผู้ต้องขังฯ¹⁶ ผู้ต้องขังฯ หญิงต้องแบกรับปัญหาของครอบครัวและสังคมมาก มีความเจ็บป่วยทางด้านอารมณ์มากกว่าผู้ต้องขังฯ ชาย⁴ จึง

ทำให้ใช้กลไกทางจิตทุกประเภทมากกว่า ผู้ต้องขังที่มีอายุน้อยกว่ามีการใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะมากกว่า ขณะเดียวกันก็ใช้กลไกทางจิตประเภทอื่นสูงด้วยสอดคล้องกับการศึกษาของ Vaillant GE ที่ว่าบุคคลจะใช้กลไกทางจิตค่อนข้างจะคงที่ แต่อาจจะเปลี่ยนจากการใช้ immature ไปเป็น neurotic และ mature defenses ไปตามพัฒนาการตามลำดับ¹⁷ ผู้ต้องขังฯ ที่มีการศึกษาสูงกว่าใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะมากกว่า ในขณะที่ผู้ไม่รู้หนังสือใช้กลไกทางจิตแบบไม่มีวุฒิภาวะมากกว่า สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการศึกษาที่นอกจากมีผลต่อสุขภาพจิตแล้วยังมีความสัมพันธ์กับการใช้กลไกทางจิตด้วย ผู้ที่ต้องคดีครั้งแรกมีจำนวนครั้งของการใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะมากกว่าผู้ต้องขังฯ ที่ต้องหลายคดี ดังนั้นจึงเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ได้รับการฟื้นฟูในเชิงพัฒนา กล่าวคือนอกจากมีการปรับพฤติกรรมเสียเพื่อมิให้กระทำผิดซ้ำแล้วยังน่าจะเป็นกลุ่มที่มีศักยภาพในการเป็นผู้ช่วยเหลือเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครของเรือนจำฯ ได้ เนื่องจากผู้ต้องขังฯ คดีความผิดต่อความมั่นคงของสังคมมีความถี่ของการใช้ projection และ splitting สูง ส่วนผู้ต้องขังฯ คดีเกี่ยวกับทรัพย์สินมีจำนวนครั้งของการใช้ displacement และ splitting มาก ในขณะที่ผู้ต้องขังคดี พ.ร.บ. ยาเสพติดมีความถี่ใช้ projection สูงกว่ากลุ่มอื่น อีกทั้งผู้ต้องขังฯ ที่มีความผิดต่อชีวิตที่มักจะใช้กลไกทางจิตแบบ projection และ displacement รวมถึงผู้ต้องขังฯ ที่มีความผิดต่อ

ร่างกายที่มักจะใช้กลไกทางจิตแบบ displacement นั้น ข้อมูลที่มีลักษณะเฉพาะนี้น่าจะนำมาใช้ประโยชน์ในการพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูจิตใจของผู้ต้องขังฯ ที่จำเพาะต่อประเภทของความผิดเพื่อให้เขาได้เข้าใจตนเองและได้พัฒนาตนเองไปในทางที่ดี สร้างความสุขให้แก่ตนเองและสังคมได้ โดยเฉพาะปัจจุบันที่มีสถานการณ์ของความไม่มั่นคงในสังคม ส่วนผู้ต้องขังฯ ที่เพิ่งต้องคดีครั้งแรกและ/หรือผู้ที่มีคดีเดียวนั้นแม้จะมีอัตราผู้ที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไปน้อยกว่ากลุ่มอื่น แต่พบว่าการใช้กลไกทางจิตแบบ rationalization สูงกว่า การฟื้นฟูจิตใจของผู้ต้องขังฯ กลุ่มนี้นั้นควรปรับลดการใช้กลไกทางจิตชนิดนี้ โดยให้มีการยอมรับในการกระทำผิดของตนเองและตระหนักถึงผลกระทบของการกระทำผิดที่มีต่อตนเองและผู้อื่น เพื่อให้เกิดความเข้าใจ (insight) อันจะนำไปสู่การไม่กระทำผิดซ้ำและอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติต่อไป

สรุป

ผลการศึกษาสามารถนำเป็นข้อมูลพื้นฐานในการเปรียบเทียบสภาวะสุขภาพจิตของผู้ต้องขังฯ จากผลของการพัฒนาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังฯ สำหรับผู้บริหารของกรมราชทัณฑ์ได้ นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่บ่งชี้ถึงความสำคัญของการให้การศึกษาแก่ผู้ต้องขังซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาสุขภาพจิตและการใช้กลไกทางจิตแบบมีวุฒิภาวะ ควรให้การดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุเป็นพิเศษ ตลอดจน

การนำข้อมูลการใช้กลไกทางจิตที่ยังเป็นจุดอ่อนของผู้ต้องขังที่มีความผิดในแต่ละประเภท อยู่ในเป้าหมายและเนื้อหาของการออกแบบโปรแกรมฟื้นฟูและพัฒนาพฤติกรรมของผู้ต้องขังจำแนกตามความผิดได้ ทั้งนี้ นอกจากเพื่อป้องกันมิให้ผู้ต้องขังกระทำผิดซ้ำหลังจากปล่อยตัวแล้ว ยังเพื่อทำให้ผู้ต้องขังมีสุขภาพจิตดี มีความสุขเทียบเท่ามนุษย์ชนโดยทั่วไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ประสานงานสุขภาพจิตของเรือนจำทั่วประเทศ คุณอุทยา นาคเจริญ คุณสุภาพ เชาวแก้ว และคุณจันทร์พิมพ์ ศรีเสวก พยาบาลวิชาชีพ สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ที่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พัทธกรณ์ เวชวงศ์วาน. ผลกระทบของการถูกจองจำต่อผู้ต้องขัง. วารสารราชทัณฑ์ 2532;37:18-23.
2. Somphop Rujjanavet. Country report-Thailand. In: Resource material series No. 67. Work product of the 127th international training course "Implementing effective measures for the treatment of offenders after fifty years of United Nations standard setting in crime prevention and criminal justice". Tokyo: United Nations Asia and Far East Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (UNAFED);2005.

3. ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง : การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานคร และเรือนจำกลางบางขวาง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10:77-88.
4. ฟัน แสงสิงแก้ว. เรื่องของสุขภาพจิตและโครงการสุขภาพจิต ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในประเทศไทย. ใน : 100 ปี สุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท.;2532.
5. ชัยยศ จิตตรังสรรค์. การพัฒนาแบบทดสอบกลไกทางจิต DSQ-40 ฉบับภาษาไทย. รายงานวิจัยแพทย์ประจำบ้าน สาขาจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2543.
6. Lemeshow S, Hosmer Jr DW, Klar J, Lwanga SK, World Health Organization. Adequacy of sample size in health studies. West Sussex: John Wiley & Sons ; 1993.
7. กรมราชทัณฑ์. สถิติผู้ต้องขังในรอบ 10 ปี. เข้าถึงได้ที่ : <http://www.correct.go.th/stat.htm>. [11 มกราคม 2546].
8. อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชนฐิโชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจิตต์ สุวรรณชีพ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544;46: 209-24.
9. อภิชัย มงคล, วัชณี หัตถพนม, ภัสรา เชนฐิโชติศักดิ์, วรรณประภา ชลอกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย (ระดับบุคคล). รายงานการวิจัย. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น; 2544.
10. ลออ อนุจันทร์, บุญวดี เพชรรัตน์, ปิยะนุช จิตตุนนท์. สุขภาพจิตและการดูแลตนเองด้านจิตใจของเกษตรกรชาวสวนยางพาราในจังหวัดพัทลุง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549;14:174-81.

11. อัจฉรา จรัสสิงห์, เนตรชนก บัวเล็ก. สุขภาพจิตของตำรวจจราจรในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10:161-9.
12. Tapio LP. Prisoner rates: global trends and local exceptions. In : Annual report for 2002 and resource material series No.61. Tokyo: United Nations Asia and Far East Institute for the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders (UNAFEI); 2003.
13. Nurse J, Woodcock P, Ormsby J. Influence of environment factors on mental health within prisons: focus group study. BMJ; 30:480-93.
14. จรัสวรรณ เทียนประภาส, พัทรี ต้นศิริ, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2536.
15. พัทรินทร์ บุญเสริม. ความรุนแรงต่อผู้สูงอายุในครอบครัวในอำเภอบ้านเขว้า จังหวัดชัยภูมิ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;12:21-30.
16. พิเชิดพงษ์ อริยะวงศ์. กลไกทางจิตและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเยาวชนที่ถูกจับเนื่องจากเสพยาบ้า. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;10:20-9.
17. Vaillant GE, Sold S. A 50-year longitudinal study of defense use among inner city men: a validation of the DSM-IV defense axis. J Nerv Ment Dis 1998;186:104-11.