



การบังคับรักษาผู้กระทำผิดคดีอาญา ที่มีความผิดปกติทางจิต

ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, พ.บ.*

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาแบบแผนในการกักขัง การวินิจฉัยทางคลินิก และเปรียบเทียบอาการทางจิตกำเริบ การกลับมารักษาซ้ำ การก่อคดีซ้ำ และการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา จากการได้รับและไม่ได้รับกิจกรรมหลังจำหน่ายสู่ชุมชนตามรูปแบบ “ยา-จิต-กิจวัตร-ปรับ-เตือน” ของผู้กระทำผิดคดีอาญาที่มีความผิดปกติทางจิตที่ศาลสั่งบังคับรักษาแบบผู้ป่วยใน

วัสดุและวิธีการ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยในนิติจิตเวชทุกรายของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่ศาลสั่งรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 ซึ่งจำหน่ายระหว่าง 1 ตุลาคม 2544 ถึง 30 กันยายน 2550 จำนวน 35 คน รวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียน โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ chi-square

ผล ผู้กระทำผิดคดีอาญาที่มีความผิดปกติทางจิตที่ศาลสั่งบังคับรักษาแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่มีแบบแผนในการก่อคดีซ้ำมากที่สุด รองลงมาคือคดีพยายามฆ่า บ้านและที่ชุมชนเป็นสถานที่เกิดเหตุมากที่สุด ใช้อาวุธมีดมากที่สุด ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจมาจากอาการทางจิต ไม่ได้วางแผนเตรียมอาวุธเหยื่อคือคนที่รู้จักกันโดยไม่มีส่วนในการกระตุ้น 3 ใน 4 ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท การติดตามหลังจำหน่ายพบว่ามากกว่าครึ่งกลับมารักษาซ้ำ แต่การก่อคดีซ้ำมีเพียง 1 ราย และการเข้าถึงบริการสม่ำเสมอค่อนข้างสูง ผลการเปรียบเทียบการก่อคดีซ้ำ การเข้าถึงบริการ และการป่วยซ้ำระหว่างการได้รับกิจกรรมหลังจำหน่ายตามรูปแบบ “ยา-จิต-กิจวัตร-ปรับ-เตือน” กับกิจกรรมแบบเดิมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป การติดตามด้วยกิจกรรมหลังจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชนพบว่ากว่าครึ่งมีการกลับมารักษาซ้ำ แต่การก่อคดีซ้ำต่ำมาก การเข้าถึงบริการสม่ำเสมอ แต่ไม่มีความแตกต่างของปัจจัยดังกล่าวระหว่างกิจกรรมหลังจำหน่ายตามรูปแบบ “ยา-จิต-กิจวัตร-ปรับ-เตือน” กับกิจกรรมรูปแบบเดิม ดังนั้นกิจกรรมรูปแบบใหม่ต้องได้รับการทบทวนและพัฒนาต่อไป

คำสำคัญ : การบังคับรักษา คดีอาญา ความผิดปกติทางจิต

* สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต



Hospital order for mentally disordered offenders

*Duangta Graipaspong, M.D.**

Abstract

Objective The purposes of this study were to determine criminal behaviors patterns, clinical diagnosis and to compare clinical features of a new after discharged care program to that of the regular program for the mentally disordered offenders under a hospital order.

Materials and methods The sample was consisted of 35 mentally disordered offenders sent by the court under a hospital order refer to the section 48 of Criminal Code. They were discharged during 1st October 2001 to 30th September 2007. Data were collected from medical records of Galya Rajanagarindra Institute. Quantitative data were analyzed by using descriptive statistics and chi-square test.

Results Most of the samples, convicted to life and body-harm offenses which were taken places at houses and in the communities. The used weapons were knives. Their motivated to crime were psychosis symptoms with no planning. Most of the victims were acquaintances who had no active participation. Three quarters were diagnosed of schizophrenia. After these patients were discharged to the community, more than half were readmitted but only one was recidivist. Most could access to mental health services regularly. There was not statistical different between clinical features of the new after discharged care program and that of the regular one.

Conclusion The new after discharged care program showed that more than half of cases were readmitted but only one case for recidivist. Most patients could access to mental health services regularly. The new program did not differ from the previous one, therefore, the new program need to be revised.

Key words : criminal, hospital order, mental disorders

* Galya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health

บทนำ

การก่อคดีของผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิต มีรูปแบบที่ต่างไปจากผู้กระทำผิดทั่วไป ส่วนใหญ่จะทำร้ายคนในครอบครัวของตนเองโดยไม่มีเรื่องทะเลาะหรือขัดแย้งใดๆ มาก่อน ไม่มีการวางแผน สถานที่เกิดเหตุมักเกิดขึ้นที่บ้านของตนหรือในที่เปิดเผย ซึ่งตรงข้ามกับผู้กระทำผิดทั่วไปที่มีการวางแผนและเลือกสถานที่ลี้ภัยตนในการก่อคดี เหตุส่วนใหญ่เคยขัดแย้งหรือทะเลาะกันมาก่อน¹ ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตขณะก่อคดีมักเกิดจากอาการประสาทหลอนและความคิดหลงผิดโดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภท² ซึ่งการพิจารณาตัดสินคดีของศาลส่วนใหญ่ไม่ลงโทษเพราะเชื่อว่าผู้ป่วยไม่สามารถรู้ผิดชอบชั่วดีและควบคุมตนเองไม่ได้ในขณะที่ก่อคดีตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65³ แต่การปล่อยตัวไปเกรงว่าจะก่อคดีซ้ำ ศาลจึงพิจารณาบังคับรักษาโดยไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล และศาลจะสั่งเพิกถอนคำสั่งนี้เมื่อเห็นพ้องกับรายงานการวินิจฉัยของผู้เชี่ยวชาญนิติจิตเวชตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48³ ซึ่งเป็นวิธีการเพื่อความปลอดภัยแก่ประชาชน⁴⁻⁵ โดยสอดคล้องกับทฤษฎีป้องกันสังคม⁶

การบังคับรักษาในสถานบำบัดยาลาธา-นครินทร์นั้น ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางคลินิกทุเลา พร้อมๆ กับมีการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปอยู่ร่วมกับสังคมแก่ผู้ป่วยญาติและเครือข่ายสาธารณสุขในชุมชน โดยที่

กิจกรรมมีความชัดเจนมากขึ้นตั้งแต่ปี 2549 มีการพัฒนากระบวนการต่างๆ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยให้กับผู้ดูแล ประสานกับเครือข่ายทีมสาธารณสุขตามแนวคิด “ยา-จิต-กิจวัตร-ปรับ-เตือน” คือติดตามผู้ป่วยให้รักษาอย่างสม่ำเสมอ หลีกเลี่ยงการเสพสารเสพติด ฝึกให้รู้จักผ่อนคลายความเครียด การจัดการกับอารมณ์หงุดหงิดในทางบวก มีกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเอง มีกิจกรรมทางสังคม การปรับตัวกับคนอื่นโดยไม่กระตุ้นอารมณ์ซึ่งกันและกัน และรู้จักอาการเตือนของอาการทางจิตกำเริบ เพื่อปรับแผนการรักษา⁷⁻⁸ เมื่อผู้ป่วยอาการทางจิตสงบได้ขออนุญาตศาลให้ผู้ป่วยได้เยี่ยมบ้านเป็นการชั่วคราวเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 16³ จนกระทั่งผู้ป่วยไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงในระดับต่ำต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง⁹⁻¹¹ เห็นควรใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ สถาบันฯ จึงได้ดำเนินการแจ้งศาลเพื่อพิจารณาให้มีคำสั่งเพิกถอนการบังคับรักษาไว้ในสถานพยาบาลและติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายโดยใช้โทรศัพท์ และการตอบแบบสอบถามกลับจากเครือข่ายเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่

การดำเนินกิจกรรมติดตามหลังจำหน่ายแบบใหม่ ผู้ศึกษาเชื่อว่าน่าจะได้ผลดีหลายด้าน เช่น การกำเริบของอาการทางจิตน้อยลง การกลับมารักษาซ้ำต่ำ ไม่ก่อคดีซ้ำ และมีการเข้าถึงบริการอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นการศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบอัตราอาการทางจิตกำเริบ การกลับ

มารักษาซ้ำ การก่อกดีซ้ำ และอัตราการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาก่อนและหลังของการดำเนินกิจกรรมหลังจำหน่ายสู่ชุมชนของผู้กระทำผิดคืออาญาที่มีความผิดปกติทางจิตที่ศาลสั่งบังคับรักษาแบบผู้ป่วยใน และเพื่อศึกษาแบบแผนในการก่อกดีและการวินิจฉัยทางคลินิกของกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าว เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษาค้นคว้าต่อไป

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษารั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยในนิติจิตเวชทุกรายของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่ศาลสั่งรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 ซึ่งจำหน่ายในปีงบประมาณ 2545-2550 คือระหว่าง 1 ตุลาคม พ.ศ. 2544 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2550 รวบรวมข้อมูลจากบันทึกเวชระเบียนโดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยแบบแผนในการก่อกดี การวินิจฉัยทางคลินิก การกำเริบของอาการทางจิต การกลับมารักษาซ้ำ การก่อกดีซ้ำ การเข้าถึงบริการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบอัตราการทางจิตกำเริบ การกลับมารักษาซ้ำ การก่อกดีซ้ำ และอัตราการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาก่อนการดำเนินกิจกรรมหลังจำหน่ายสู่ชุมชนแบบใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2544 - 2548 และหลังการดำเนินกิจกรรมหลังจำหน่ายสู่ชุมชนระหว่างปี พ.ศ. 2549 - 2550 ด้วยสถิติ chi-square

ผล

กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชายร้อยละ 94.3 (33 ราย) อายุโดยเฉลี่ย 35.37 ปี (SD = 8.37) ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 7.5 ปี (SD = 5.85) เคยก่อกดีมาก่อนร้อยละ 28.1 (9 ราย) และระยะเวลาที่อยู่โรงพยาบาลก่อนต่อสู่คดีเฉลี่ย 518 วัน (45 - 5,283 วัน) การวินิจฉัยตามระบบการวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) โรคเดียว โดย 30 ราย (85.7%) เป็นโรค schizophrenia (F 20) ในกลุ่มนี้ 8 รายมีประวัติโรคจิตในครอบครัว 2 รายมีประวัติพยายามฆ่าตัวตาย การวินิจฉัยโรคที่เหลือคือ other specified mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease (F06.8) หลังจำหน่ายสู่ชุมชนกลุ่มตัวอย่างมีอาการกำเริบและไม่มีอาการกำเริบใกล้เคียงกันร้อยละ 51.4 (18 ราย) และ 48.6 (17 ราย) โดยไม่กลับมารักษาซ้ำมากกว่าถึงร้อยละ 62.7 (22 ราย) ที่เหลือกลับมารักษาซ้ำ นอกจากนี้หลังจากจำหน่ายผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ก่อกดีซ้ำและเข้าถึงบริการสม่ำเสมอคิดเป็นร้อยละ 97.1 (34 ราย) 65.7 (23 ราย) ตามลำดับ

แบบแผนการก่อกดีของกลุ่มตัวอย่างคือฆ่าผู้อื่นมากที่สุดร้อยละ 37.1 (13 ราย) รองลงมาเป็นคดีพยายามฆ่าร้อยละ 20.0 (7 ราย) แรงจูงใจในการกระทำผิดเกิดจากอาการทางจิตเวชมากที่สุดร้อยละ 57.1 (20 ราย) รองลงมาจากเกิดจากอาการทางจิตร่วมกับอารมณ์โกรธร้อยละ

20.0 (7 ราย) บ้านและบริเวณชุมชนเป็นสถานที่เกิดเหตุบ่อยครั้งใกล้เคียงกันมากที่สุดคือร้อยละ 45.7 (16 ราย) และ 37.1 (13 ราย) ตามลำดับเหยื่อเป็นคนที่รู้จักใกล้ชิดกันมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 68.6 (24 ราย) ที่เหลือเป็นคนที่ไม่รู้จักเพียงร้อยละ 31.4 (11 ราย) เหยื่อไม่มีส่วนใน

การกระตุ้นให้เกิดคดีคิดเป็นร้อยละ 74.3 (26 ราย) อาวุธที่ใช้ทำร้ายเหยื่อมากที่สุดคือมีดและของมีคมร้อยละ 45.7 (16 ราย) โดยที่ไม่ได้มีการเตรียมอาวุธไว้นานมากถึงร้อยละ 77.1 (27 ราย) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แบบแผนในการก่อคดี ลักษณะทางคลินิก การเข้าถึงบริการ

ปัจจัย	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ
แบบแผนในการก่อคดี		
ประเภทคดี		
- ฆ่าผู้อื่น	13	37.1
- พยายามฆ่า	7	20.0
- ทำร้ายร่างกาย	4	11.4
- เกี่ยวกับทรัพย์สิน	3	8.5
- วางเพลิง	3	8.5
- อื่นๆ	3	8.5
แรงจูงใจในการกระทำผิด		
- อาการทางจิตเวช	20	57.1
- โกรธ โมโห	3	8.6
- อาการทางจิตร่วมกับอารมณ์โกรธ	7	20.0
- หวังผลประโยชน์	4	11.4
- อื่นๆ	1	2.9
สถานที่เกิดเหตุ		
- บ้าน	16	45.7
- นอกบ้านที่เปลี่ยว	3	8.6
- ในที่ชุมชน	13	37.1
- อื่นๆ	3	8.6
ความสัมพันธ์ผู้กระทำผิดกับเหยื่อ		
- คนรู้จัก ใกล้ชิด (พ่อแม่ ญาติ)	24	68.6
- ไม่รู้จักกัน	11	31.4

ตารางที่ 1 แบบแผนในการก่อคดี ลักษณะทางคลินิก การเข้าถึงบริการ (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน (n = 35)	ร้อยละ
พฤติกรรมของเหยื่อในช่วงเกิดเหตุ		
- ไม่มีส่วนกระตุ้น	26	74.3
- กระตุ้นขณะเกิดเหตุ	7	20.0
- เปิดโอกาสให้กระทำผิดได้ง่าย	2	5.7
การใช้อาวุธ		
- ไม่ได้ใช้อาวุธ	9	25.7
- มีด วัตถุมีคม	16	45.7
- ไม้	3	8.6
- วัตถุอื่น	7	20.0
การวางแผนเตรียมอาวุธ		
- ไม่มีการวางแผนเตรียมอาวุธ	27	77.1
- มีการวางแผนเตรียมอาวุธ	8	22.9
การวินิจฉัยทางคลินิก		
- schizophrenia (F 20)	30	85.7
- other specified mental disorders due to brain damage and dysfunction and to physical disease (F06.8)	5	14.3
การกำเริบของอาการทางจิต		
- มีอาการกำเริบ	18	51.4
- ไม่มีอาการกำเริบ	17	48.6
การกลับมารักษาซ้ำ		
- กลับมารักษาซ้ำ	13	37.1
- ไม่กลับมารักษาซ้ำ	22	62.9
การก่อคดีซ้ำ		
- ไม่ก่อคดีซ้ำ	34	97.1
- ก่อคดีซ้ำ	1	2.9
การเข้าถึงบริการ		
- สมัครเสมอ	23	65.7
- บางครั้ง	12	34.3

ก่อนการดำเนินกิจกรรมหลังจำหน่าย
แบบใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2548 มีผู้ป่วย
จำนวน 21 ราย หลังการดำเนินกิจกรรมหลัง
จำหน่ายแบบใหม่ระหว่างปี พ.ศ. 2549-2550 มี
ผู้ป่วยจำนวน 14 ราย การศึกษาเปรียบเทียบ

การก่อกวนจิตใจ การกลับมารักษาซ้ำ การเข้าถึง
บริการและการกำเริบของอาการทางจิตระหว่าง
ก่อนหลังการดำเนินกิจกรรมจำหน่ายแบบใหม่
ไม่มีความแตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบการก่อกวนจิตใจ การกลับมารักษาซ้ำ การเข้าถึงบริการ และการกำเริบของอาการ
ทางจิตระหว่างก่อนและหลังการจัดกิจกรรมติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยผู้ชุมชน

ปัจจัย	กิจกรรมติดตามหลังจำหน่ายผู้ชุมชน		χ^2	p-value
	แบบเดิม (n = 21)	แบบใหม่ (n = 14)		
การก่อกวนจิตใจ			.69	.41
- ใช่	1 (4.8%)	0 (0%)		
- ไม่	20 (95.2%)	14 (100%)		
การกลับมารักษาซ้ำ			.73	.39
- ใช่	9 (42.9%)	4 (28.6%)		
- ไม่	12 (57.1%)	10 (71.4%)		
การเข้าถึงบริการ			.02	.88
- เสมอ	14 (66.7%)	9 (64.3%)		
- บางครั้ง	7 (33.3%)	5 (35.7%)		
การกำเริบของอาการทางจิต			.02	.89
- ใช่	11 (52.4%)	7 (50%)		
- ไม่	10 (47.6%)	7 (50%)		

วิจารณ์

จำนวนผู้กระทำผิดที่ศาลของประเทศไทยใช้มาตรการทางกฎหมายเพื่อส่งผู้กระทำผิดที่มีความเสี่ยงต่อความไม่ปลอดภัยของสังคมมารักษาโดยการคุมตัวในโรงพยาบาล มีแนวโน้มของการบังคับรักษาเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 5 รายต่อปีเป็น 7 รายต่อปี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก 2-3 ปีที่ผ่านมาสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการด้านนิติจิตเวชรวมถึงจัดประชุมพิจารณากรณีกฎหมายสุขภาพจิต ที่มีการให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยนิติจิตเวชแก่ตำรวจ บุคลากรด้านศาล สื่อมวลชน และประชาชนทั่วทั้ง 4 ภาค ซึ่งน่าจะทำให้ผู้เกี่ยวข้องดังกล่าวมีความเข้าใจกระบวนการด้านนิติจิตเวชมากขึ้นเป็นลำดับ อย่างไรก็ตามถือว่ายังไม่มากเท่าที่ควรเมื่อเทียบกับประเทศสหพันธ์รัฐเยอรมันที่ศาลใช้มาตรการเพื่อความปลอดภัยนี้มาก¹² ในระหว่างการศึกษานี้ประเทศไทยยังไม่มีกฎหมายสุขภาพจิต มีร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสุขภาพจิตซึ่งยังไม่มีผลบังคับใช้ และกฎหมายการบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวชยังไม่มีกรอบรวมอย่างเป็นระบบ ไม่มีคำจำกัดความและรายละเอียดของขั้นตอนการปฏิบัติ อีกทั้งประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 ไม่มีการทบทวนความจำเป็นในการบังคับรักษา¹³ ต่างกับประเทศนิวซีแลนด์ที่มีการทบทวนกฎหมายสุขภาพจิต และจัดทำคำจำกัดความให้มีความชัดเจนมากขึ้น¹⁴ ขณะนี้กฎหมายสุขภาพจิตของไทยได้ผ่านสภานิติบัญญัติแห่งชาติเห็นชอบและมีมติรับรอง

ประกาศใช้ในวันที่ 20 ธันวาคม 2550 ที่ผ่านมาจะทำให้แนวโน้มการบังคับรักษามีจำนวนมากขึ้น ซึ่งกรมสุขภาพจิตในฐานะกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ¹⁵ มีโครงการเพื่อรองรับกฎหมายดังกล่าวโดยจะมีการจัดประชุมเพื่อทำระเบียบและประกาศที่เกี่ยวข้องกับ พ.ร.บ.สุขภาพจิต จัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนาศูนย์กลางสาธารณสุขเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายดังกล่าวทั่วประเทศ นอกจากนี้จะมีการประชาสัมพันธ์ตามสื่อต่างๆ จัดทำ website ขึ้นมาเฉพาะและทำคู่มือ ซึ่งจะทำให้ประชาชนทั่วประเทศได้ทราบถึงกระบวนการและการเข้าถึงบริการนิติจิตเวชตามสิทธิที่ควรได้รับ

การก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชมักเกิดจากอาการทางจิตกำเริบที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกรณีผู้ป่วยจิตเวชใช้มีดแทงนักเรียนหญิงในโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง ในเดือนกันยายน 2548 ที่ผ่านมากกรณีดังกล่าวเมื่อผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชได้ทบทวนพบว่าผู้ป่วยเคยมีประวัติความเจ็บป่วยทางจิต ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง เพราะไม่มีข้อกำหนดบังคับรักษาและขาดการติดตามหลังจำหน่าย ทำให้อาการทางจิตกำเริบและมีผลต่อการก่อคดี ความร่วมมือจากญาติร่วมกับทีมผู้รักษาในการติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพ จะป้องกันปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษา และช่วยลดความรุนแรงในสังคมได้¹⁶

การติดตามผู้ป่วยหลังจำหน่ายสามารถป้องกันการก่อคดีซ้ำได้ในระดับดีมาก และต่ำกว่าต่างประเทศที่มีอัตราการก่อคดีซ้ำของผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษาถึงร้อยละ 15-28¹⁷⁻¹⁸ น่าจะมีผลจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยไม่มีปัญหาบุคลิกภาพ ในขณะที่ต่างประเทศนอกจากเป็นโรคจิตเภทแล้วยังมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมร่วมด้วยและมีความสัมพันธ์กับครอบครัวไม่ดี ปัจจัยที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างสามารถอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ก่อความรุนแรง เกิดจากการเตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมพัฒนาคุณภาพที่ได้ดำเนินการต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ความสัมพันธ์ที่ดีของครอบครัว ความยืดหยุ่นของแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นๆ เช่น วัด เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ผลดี⁷ การดำเนินการที่ผ่านมาทำให้ผู้ป่วยไม่ถูกกักกันอยู่ในสถานบำบัดรักษาหรือในเรือนจำเป็นเวลานาน แต่มีสิทธิและเสรีภาพในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม¹⁹⁻²⁰

การติดตามหลังจำหน่ายแบบ “ยา-จิต-กิจวัตร-ปรับ-เตือน” ไม่มีความแตกต่างกับการติดตามแบบเดิม ในด้านการก่อคดีซ้ำ การกลับมารักษาซ้ำ การเข้าถึงบริการและการกำเริบของอาการทางจิต เพราะการดำเนินกิจกรรมเพื่อติดตามผู้ป่วยหลังเพิกถอน ปอ.ม. 48 เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการมาตลอด และเขียนเป็นคู่มือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนขึ้น ดังนั้นรูปแบบ

การติดตามแบบใหม่จะต้องปรับปรุงด้านความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่องและการเข้าถึงบริการ ให้มีความชัดเจนมากขึ้นกว่าเดิม เนื่องจากยังมีผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างสม่ำเสมอ จึงมีอาการทางจิตกำเริบและจำเป็นต้องรักษาเป็นผู้ป่วยในซ้ำ เพราะขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง²¹ ซึ่งเกิดจากการขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่เชี่ยวชาญด้านนิติจิตเวช รวมทั้งขาดงบประมาณสนับสนุนการรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษาตามกฎหมายที่ต้องใช้เวลาและงบประมาณมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป^{17-18,22-23}

สรุป

ผู้กระทำความผิดคดีอาญาที่มีความผิดปกติทางจิตที่ศาลสั่งบังคับรักษาแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท มีแบบแผนในการก่อคดีที่มีความรุนแรง ใช้อาวุธมีดในการก่อคดี เนื่องจากอาการทางจิตที่ขาดการรักษา และ 2 ใน 3 กลับมารักษาซ้ำ การติดตามหลังจำหน่ายพบว่ามากกว่าครึ่งมีอาการกำเริบและกลับมารักษาซ้ำเกือบ 2 ใน 3 เข้าถึงบริการสม่ำเสมอ โอกาสก่อคดีซ้ำน้อยมากเมื่อเปรียบเทียบผลการติดตามรูปแบบใหม่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับผลการติดตามแบบเดิม ซึ่งเป็นโอกาสพัฒนาองค์ความรู้ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คุณสุพรรณิ แสงรักษา คุณเพ็ญพุด กงพานิชย์ตระกูล และคุณนภาพร ทองมูล พยาบาลวิชาชีพและนักเวชสถิติ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Natthawut Arin. The commission of crime and criminal responsibility in forensic psychiatric offenders. Bangkok : Mahidol University; 2004.
2. Conklin JE. Facilitating factors: alcohol, drugs, and firearms. Criminology, fifth edition. USA: Allyn and Bacon; 1995.
3. สำนักนายกรัฐมนตรี. ราชกิจจานุเบกษา. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2499.
4. โกเมน ภัทรภิรมย์. คำประมวลกฎหมายอาญาลักษณะวิธีการเพื่อความปลอดภัย. กรุงเทพมหานคร: พ.พิทยาการ; 2531.
5. หยุต แสงอุทัย. คำอธิบายกฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ.127. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน; 2548.
6. พรชัย ขันดี. ทฤษฎีและงานวิจัยทางอาชญาวิทยา. กรุงเทพมหานคร: บุ๊คเน็ต; 2543.
7. Wilson D, Tien G, Eaves D. Increasing the community tenure of mentally disorderd offenders: an asser-tive case management program. Int J Law Psychiatr 1995;18:61-9.
8. กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ. การศึกษาการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
9. Webster CD, Douglas KS, Eaves D, Hart SD. HCR-20: Assessing risk for violence version 2. British Columbia: Simon Fraser University; 1997.
10. Reid WH. Risk assessment prediction and foresee ability. J Psychiatr Practice 2003;9:82-8.
11. Mcsherry B. Risk assessment by mental health professional and the prevention of future violent behaviour. Australian Government: Australian Institute of Criminology; 2004.
12. Muller-Isberner RJ, Freese R, Jockel D, Cabeza SG. Forensic psychiatric assessment and treatment in Germany: legal framework, recent developments, and current practice. Int J Law Psychiatr 2000;23:467-80.

13. กฤษณ์ เจริญธุรกิจ. กฎหมายกับสุขภาพจิต : การศึกษาเฉพาะกรณีการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
14. Brinded PMJ. Forensic psychiatry in New Zealand. *Int J Law Psychiatr* 2000;23:453-65.
15. ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2550 สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี: หนังสือสำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา ที่ นร 1052/ว (ล) 1160 ลงวันที่ 16 มกราคม 2551.
16. กอบโชค จวงษ์, สมชาย จักรพันธ์. ผลกระทบข่าวความรุนแรงในโรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานครต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทและญาติ. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2549;14:3-13.
17. Marle HV. Forensic psychiatric services in the Netherlands. *Int J Law Psychiatr* 2000;23:515-31.
18. ชิงชัย ศรีประสิทธิ์. มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต [วิทยานิพนธ์ มหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2540.
19. Muller-Isberner RJ. Forensic psychiatric aftercare following compulsory treatment orders treatment. *Int J Law Psychiatr* 1996;19:81-6.
20. Lamb HR, Bachrach LL. Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatr Serv* 2001;52:1039-45.
21. สุพรรณิ แสงรักษา, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. ความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยจิตเวช. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 2550;15:93-100.
22. Traverso GB, Ciappi S, Ferracuti S. The treatment of the criminally insane in Italy : an overview. *Int J Law Psychiatr* 2000;23:493-508.
23. Mulvany J. Professional conflict and the sentencing process: the case of compulsory treatment orders. *Int J Law Psychiatr* 1995;18:101-15.