

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนากระบวนการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10

วันรับ : 23 มีนาคม 2563

วันแก้ไข : 5 พฤษภาคม 2563

วันตอบรับ : 12 พฤษภาคม 2563

มานิตา สิงห์ขุฑิต, พ.บ., ธีรภาภา ธาณี, ศษ.ม.,

สุพัตรา สุขาวห, พร.ด., พัทธินี พิมพบุตร, พย.ม.

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10 และปรับปรุงระบบการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทต่อเนื่องหลังกลับสู่ชุมชน

วิธีการ: ใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และประเมินระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา 2) ออกแบบพัฒนาโปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” และ 3) ทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ ในผู้ต้องขังจิตเภทของเรือนจำนำร่อง ประเมินอาการด้วยแบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale; PASS 8) วิเคราะห์เชิงพรรณนาด้วยสถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ

ผล: ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำของเขตสุขภาพที่ 10 มีผู้ต้องขังจิตเภท 167 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 ของผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด พบมีช่องว่างการดูแลรักษาทั้งระหว่างอยู่ในเรือนจำและหลังกลับสู่ชุมชน ครอบครัวและชุมชนส่วนใหญ่กังวลว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบและกระทำผิดซ้ำ โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ที่พัฒนาขึ้นเน้นการเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเภทและเตรียมความพร้อมบุคลากรสุขภาพในพื้นที่ ครอบครัว และชุมชน ทดลองโปรแกรมฯ ในเรือนจำนำร่อง มีผู้ต้องขังจิตเภทที่มีกำหนดออกจากเรือนจำ 6 คน อายุเฉลี่ย 41.5 ปี มีอาการทางจิตเฉลี่ย 10.7 คะแนน ผลการติดตามเยี่ยมบ้านเบื้องต้น 3 รายหลังออกจากเรือนจำ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน พบผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ และไม่มีการกระทำผิดซ้ำ

สรุป: โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ที่พัฒนาขึ้นสามารถเสริมระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 ได้ และผู้ต้องขังจิตเภทได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องหลังกลับสู่ชุมชน

คำสำคัญ: การกระทำผิด บริการสุขภาพจิต ผู้ต้องขังจิตเภท

ติดต่อผู้นิพนธ์: สุพัตรา สุขาวห; e-mail: sstboon@gmail.com

Original article

The development of mental health service system for schizophrenia inmates in Public Health Region 10

Received : 23 March 2020

Revised : 5 May 2020

Accepted : 12 May 2020

Manida Singhussatith, M.D., Teerapa Thanee, M.Ed.,

Supattra Sukhawaha, Ph.D., Pushanee Pimpaboot, M.N.S.

Prasrimahabhodi Psychiatric Hospital

Abstract

Objectives: To analyze the situation of the mental health service system for inmates with psychiatric conditions in Public Health Region 10 and to improve the system of continuing care in schizophrenia inmates after return back to the community.

Methods: We applied the 3-step research and development process consisting of 1) analyzing the situation and assessing the care of inmates with psychiatric conditions using in-depth interviews and group discussions, these data were analyzed by content analysis, 2) designing and developing a program of care for schizophrenia inmates and 3) testing the feasibility of the program implementation in a pilot prison. We also assessed the symptoms of schizophrenia inmates using the Prasri Assessment Schizophrenia Scale (PASS 8). Descriptive statistics were then conducted.

Results: Of the total inmates with psychiatric conditions in Public Health Region 10, 62.1% (n = 167) schizophrenia inmates have been found. There exists a gap of care for psychiatric inmates, both during imprisonment and after back to the community. Families and communities are most concerned that patients will relapse and repeated the offenses. The program, “From prisons back to community”, has been developed which focused on preparing schizophrenia inmates along with the preparation of local health personnel and inmates’ family and community during imprisonment. After the program implementation in pilot prisoner, 6 schizophrenic inmates with the average age of 41.5 and average psychotic symptoms score 10.7 points were scheduled release. The results of three cases preliminary follow-up visits after leaving the prison for 2 weeks and 1 month found that the patients had stable psychotic symptoms and had no recidivism.

Conclusion: The “From prisons back to community” program was found to be feasible in the mental health service system for inmates in Public Health Region 10. The program could help the continuing of care in schizophrenia inmates after back to the community.

Keywords: mental health service system, offending, schizophrenia inmates

Corresponding author: Supattra Sukhawaha; e-mail: sstboon@gmail.com

บทนำ

ผู้ต้องขังทั่วโลกมีจำนวนประมาณ 11 ล้านคน คิดเป็นอัตรา 144 คนต่อแสนประชากร ในจำนวนนี้ร้อยละ 10.0 ได้รับการรักษาทางจิตเวช¹ ผลการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับความชุกของผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชในเรือนจำทั่วโลกระหว่างปี ค.ศ. 2003-2015 พบความชุกของผู้ต้องขังโรคจิต (psychotic illness) เพศชายร้อยละ 3.6 และเพศหญิงร้อยละ 3.9 ความชุกของผู้ต้องขังโรคซึมเศร้า (major depression) เพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 14.1 และร้อยละ 10.2 ตามลำดับ) ผู้ต้องขังที่มีปัญหาการดื่มสุรา (alcohol misuse) มีความชุกในเพศชาย (ร้อยละ 18.0-30.0) สูงกว่าในเพศหญิง (ร้อยละ 10.0-24.0) เช่นเดียวกับผู้ต้องขังที่มีปัญหาการใช้สารเสพติด (drug misuse) มีความชุกในเพศชาย (ร้อยละ 10.0-48.0) สูงกว่าในเพศหญิง (ร้อยละ 30.0-60.0)^{2,3} ซึ่งพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวชเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบสูงต่อสังคม อาการทางจิตที่มีความสัมพันธ์กับการกระทำผิดและคดีทางกฎหมายจนได้รับโทษมักมีความซับซ้อนนอกจากนั้น ผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคจิตเวชมักมีพยาธิสภาพทางจิตอื่นร่วมด้วย เช่น บุคลิกภาพต่อต้านสังคม หรือมีพฤติกรรมมามาก่อน และมีลักษณะที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการกระทำผิดในอนาคต เช่น อายุน้อย ขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่เป็นมิตร ขาดความตระหนักรู้ในตัวเอง ไม่ได้ได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง ใช้สารเสพติด มีอาการทางบวกและทางลบในระดับสูง โดยในผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงดังกล่าวหลายปัจจัย ยิ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดทางกฎหมายมากขึ้น^{4,5} ผู้ต้องขังที่มีอาการทางจิต เช่น โรคจิตเภทและโรคความผิดปกติทางอารมณ์ชนิดสองขั้วมีความเสี่ยงในการกลับเข้าเรือนจำซ้ำสูงกว่าผู้ต้องขังที่ไม่มีอาการทางจิต⁶ ผู้ต้องขังที่ใช้สารเสพติดเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำ ร้อยละ 33.0 และผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำร้อยละ 21.0 แต่ผู้ที่มีโรคจิต โรควิตกกังวล และโรคความผิดปกติทางอารมณ์ไม่เพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำ ยกเว้นหากมีภาวะโรคร่วมกับการติดสารเสพติดและความผิดปกติทางบุคลิกภาพจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำสูงขึ้น ดังนั้นการดูแลรักษาผู้ต้องขัง

ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช จึงไม่ควรดูแลเฉพาะอาการทางคลินิกของโรคเพียงอย่างเดียว แต่ควรให้ความสำคัญกับการดูแลป้องกันการใช้สารเสพติดและบุคลิกภาพผิดปกติด้วยเพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำ⁷ ความท้าทายสำคัญในการติดตามผู้ต้องขังจิตเวชหลังจากออกจากเรือนจำไปอยู่ในชุมชน ได้แก่ การจัดการกับภาวะการว่างงาน ความโดดเดี่ยวขาดการยอมรับ และไร้ที่พึ่งพิงซึ่งมีผลต่อการกระทำผิดซ้ำหลังจากออกจากเรือนจำ⁸

ในประเทศไทยการศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน 10 แห่งทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ต้องขังที่มีโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 45.6 โดยพบความชุกในผู้ต้องขังชายมากกว่าหญิง โรคจิตเวชที่พบมากที่สุดและผู้ต้องขังชาย ได้แก่ ความผิดปกติของการใช้สุราและสารเสพติด (ร้อยละ 32.5) โรคซึมเศร้า (ร้อยละ 17.3) และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (ร้อยละ 15.9) ส่วนโรคจิตเวชที่พบมากที่สุดและผู้ต้องขังหญิง ได้แก่ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 20.0) ความผิดปกติของการใช้สุราและสารเสพติด (ร้อยละ 12.5) และโรคจิตเภท (ร้อยละ 7.5) คดีความผิดต้องโทษที่พบมากที่สุดคือ ความผิดจากพระราชบัญญัติยาเสพติดให้โทษ (ร้อยละ 86.0)⁹ กรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์ได้มีแผนพัฒนาการจัดบริการสุขภาพจิตให้ผู้ต้องขังจิตเวชโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการคุ้มครองสิทธิ ส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม จึงได้มีการพัฒนางานสุขภาพจิตผู้ต้องขังผู้ในเรือนจำขึ้นในปี พ.ศ. 2553 และต่อมากรมราชทัณฑ์ได้ทำข้อตกลงร่วมกับกรมสุขภาพจิตพัฒนาการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำขึ้น โดยสถาบันกัลยาธนากรินทร์เป็นแกนนำจัดทำแนวทางการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชสำหรับบุคลากรในเรือนจำ ในปี พ.ศ. 2558 และกรมราชทัณฑ์ได้ปรับปรุงเป็นแนวปฏิบัติ ใช้ดำเนินการในเรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วประเทศจนถึงปัจจุบัน

เขตสุขภาพที่ 10 ประกอบด้วย 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ ยโสธร อำนาจเจริญ และมุกดาหาร มีเรือนจำที่ดูแลผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต 6 แห่ง คือ

เรือนจำกลางจังหวัดอุบลราชธานี เรือนจำจังหวัดศรีสะเกษ เรือนจำอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ เรือนจำจังหวัดยโสธร เรือนจำจังหวัดอำนาจเจริญ และเรือนจำจังหวัดมุกดาหาร พบว่า จำนวนผู้ต้องขังที่เป็นโรคจิตเวช จำนวน 201 คน (ร้อยละ 1.5) ในปี 2560 และ 232 คน (ร้อยละ 1.5) ในปี 2561 โดยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท กล่าวคือ 147 คน (ร้อยละ 73.1) และ 138 คน (ร้อยละ 59.4) ตามลำดับ ผู้ต้องขังกลุ่มนี้จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้อาการสงบ ไม่เป็นอันตรายทั้งต่อตัวเองและต่อผู้อื่น อย่างไรก็ตาม จากการดำเนินการตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา พบปัญหาผู้ต้องขังจิตเภทขาดการดูแลต่อเนื่อง หลังออกไปอยู่ชุมชน บางรายกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และบางรายมีการกระทำผิดซ้ำ การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 และพัฒนาโปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” เพื่อเปิดช่องว่างดังกล่าว และทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมเบื้องต้นในการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำนาร์่อง เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลต่อเนื่อง ไม่กลับป่วยซ้ำและไม่กระทำผิดซ้ำ

วิธีการ

เป็นการวิจัยและพัฒนา (research and development) ดำเนินการ 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1: วิเคราะห์สถานการณ์และผลการดำเนินงาน ระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชที่ผ่านมาของเรือนจำ 6 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 10 โดยใช้กรอบแนวคิด CIPP model ได้แก่ การประเมินบริบท (context) ของเรือนจำทั้ง 6 แห่ง การประเมินปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ แผนบุคลากร การสนับสนุนจากเรือนจำและสาธารณสุขการประเมินกระบวนการ (process) ด้านการดูแลรักษาผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำและการประเมินผลลัพธ์ (product) อาการทางจิตของผู้ต้องขังจิตเภท การกลับป่วยซ้ำ หรือการกระทำผิดซ้ำ ดำเนินการระหว่างเดือนตุลาคม - พฤศจิกายน 2562 เก็บข้อมูลโดย

1) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บัญชาการเรือนจำทุกแห่ง จำนวน

6 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง โดยจิตแพทย์ ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

2) สันทนาการกลุ่มกับพยาบาลและเจ้าหน้าที่เรือนจำ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ที่ปฏิบัติงานกะเช้าของวันที่ไปสัมภาษณ์ที่ห้องประชุมในเรือนจำ ด้วยแนวคำถามกึ่งโครงสร้าง โดยพยาบาลจิตเวช 2 คน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

3) สัมภาษณ์ผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (F20) จากเรือนจำแต่ละแห่งที่สามารถออกมารับการประเมินจากนักวิจัยพยาบาลจิตเวชได้ และประเมินอาการด้วยแบบประเมินอาการผู้ป่วยจิตเภท 8 ข้อ ฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale; PASS8) โดยแต่ละข้อมีคะแนนให้เลือกตามระดับความรุนแรง (rating scale) ตั้งแต่ 1-5 คะแนน แปลผลตามคะแนนรวมแบ่งออกเป็น อาการระดับปกติ/น้อย (8-16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-30 คะแนน) และระดับรุนแรง (คะแนน 31 ขึ้นไป) ผลการทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงตามเกณฑ์ด้วยแบบประเมิน CGI-SCH โดยจิตแพทย์ พบว่ามีค่าความสัมพันธ์ Pearson's correlation coefficient (r) เท่ากับ 0.741 (p-value < 0.001) โดยในการประเมินอาการทางจิตระดับน้อยมีค่าความไว (sensitivity) เท่ากับร้อยละ 64.0 ความจำเพาะ (specificity) เท่ากับร้อยละ 64 และ likelihood ratio เท่ากับ 1.78 (0.38-0.85) ในอาการทางจิตระดับปานกลางมีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 37.0 ค่าความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 67.0 และ likelihood ratio เท่ากับ 1.11 (0.65-1.91) และในระดับรุนแรงมีค่าความไวเท่ากับร้อยละ 75.0 ความจำเพาะเท่ากับร้อยละ 93.0 และ likelihood ratio เท่ากับ 11.25 (2.84-244.64)¹⁰

4) สันทนาการกลุ่มกับญาติผู้ต้องขังจิตเภทที่คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำแต่ละจังหวัด จังหวัดละ 6 คน ติดต่อบริการงานกับญาติและนัดหมายที่บ้านในพื้นที่ที่ผู้ต้องขังจิตเภทอาศัยอยู่ก่อนเข้าเรือนจำ สันทนาการกลุ่มกับญาติทุกคนที่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ต้องขังหรือญาติที่มีความเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ต้องขังแม้ไม่ได้อาศัยอยู่บ้านเดียวกัน ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้างโดย

พยาบาลจิตเวช 2 คน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

5) สนทนากลุ่มกับคนในชุมชนที่ผู้ต้องขังจิตเภทจะกลับไปอยู่หลังออกจากเรือนจำ คัดเลือกแบบสุ่มอย่างง่ายจากรายชื่อผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำแต่ละแห่ง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากแกนนำชุมชนและคนในชุมชนที่อาศัยอยู่ในละแวกบ้านเดียวกับครอบครัวผู้ต้องขังหมู่บ้านละ 5-8 คน ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง สัมภาษณ์โดยพยาบาลจิตเวชจำนวน 2 คน ใช้เวลาครั้งละ 1 ชั่วโมง

คุณสมบัติของนักวิจัยเก็บข้อมูล คือเป็นจิตแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพ ปริญญาโทด้านการพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์การปฏิบัติงานให้บริการผู้ป่วยในเรือนจำเป็นระยะเวลา 3 ปีขึ้นไป ผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม และผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือ PASS8

ขั้นตอนที่ 2: พัฒนาโปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน”

เป็นการพัฒนาต่อยอดจากระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทอย่างต่อเนื่องจนถึงหลังปล่อยตัวกลับชุมชน โดยนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์มาจัดทำร่างต้นแบบเพิ่มกิจกรรมการเตรียมความพร้อมของผู้ต้องขังจิตเภทก่อนออกจากเรือนจำ และเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งประสานบุคลากรสุขภาพที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่เพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ของโปรแกรมฯ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการบริการผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ 4 คน และผู้บัญชาการเรือนจำ 1 คน หาค่าดัชนีความเที่ยงตรงของเนื้อหา (content validity index: CVI) ได้เท่ากับ 0.95 นำข้อมูลที่ได้จากการให้ข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงเป็นโปรแกรมต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 3: ทดสอบความเป็นไปได้ของโปรแกรมฯ

ในเรือนจำนำร่องจังหวัดอุบลราชธานี ในช่วงเดือนมกราคม ถึง มีนาคม 2563 มีผู้ต้องขังจิตเภทที่มีกำหนดออกจากเรือนจำในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6 คน ประเมินความร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม ประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมิน

PASS 8 และติดตามต่อเนื่องหลังออกจากเรือนจำ ประเมินการกลับป่วยซ้ำหรือการก่อคดีซ้ำ

ผล

ระบบการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชของเรือนจำในเขตสุขภาพที่ 10 บริบท (context) เรือนจำทุกแห่งตั้งอยู่ในชุมชนเขตเมือง นโยบายของผู้บริหารเรือนจำมีความชัดเจนและสนับสนุนนโยบายดำเนินงานตามแนวทางการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำ/ทัณฑสถานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ผลการสัมภาษณ์ผู้บริหารเรือนจำละ 1 คน รวมเป็น 6 คน สรุปได้ดังนี้

1. **นโยบายการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ** ผู้บริหารเรือนจำสนับสนุนการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชโดยมีการนำระบบประชุมทางไกล (teleconference) มาใช้การดูแลผู้ต้องขังเป็นไปตามหลักวิชาการ มีโซนเฉพาะแยกผู้ต้องขังจิตเวชจากผู้ต้องขังอื่นเพื่อป้องกันผู้ต้องขังทำร้ายกัน มีการสัมภาษณ์คัดกรองค้นหาความเจ็บป่วยและการให้ยารักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ มีการดูแลสุขภาพจิตตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต และดำเนินตามหลักสิทธิมนุษยชนเน้นให้ความเมตตา ทำเรือนจำให้เป็นครอบครัวเหมือนบ้านให้มากที่สุด ให้ความเอาใจใส่เอาใจใส่ดูแล รับฟังเวลามีปัญหาและให้คำแนะนำ จับคู่เพื่อนผู้ต้องขัง (บัดดี้) เพื่อคอยช่วยเหลือและดูแลการรับประทานยาให้ผู้ต้องขังได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆในเรือนจำ จัดสถานที่ภายในเรือนจำให้น่าอยู่ จัดวันให้ญาติเยี่ยม บางเรือนจำจัดให้มีบ้านพักที่หน้าเรือนจำกรณีที่ยังไม่มีญาติมารับ และมีการหาอาชีพให้

2. **ผลกระทบต่อระบบการทำงานในเรือนจำหากมีผู้ป่วยจิตเวช** การจัดการดูแลยากขึ้นและต้องดูแลอย่างใกล้ชิด มีการจัดแยกผู้ต้องขังจิตเวชจากผู้ต้องขังทั่วไป อาการของผู้ป่วยและการสื่อสารที่ไม่เข้าใจอาจเป็นเหตุให้ทำร้ายคนอื่น ทำร้ายเจ้าหน้าที่ ทำร้ายตัวเอง หรือถูกคนอื่นทำร้ายได้ เจ้าหน้าที่และพยาบาลทำงานหนักและลำบากมากขึ้นระวังเรื่องอาวุธทุกชนิดดูแลตรวจตรามากขึ้น จัดผู้ช่วยเหลือและมีการดูแลเป็นพิเศษ เช่น คอยสังเกตอาการ จัดผู้ต้องขังชั้นดีช่วยดูแลเพราะอาจถูกกลั่นแกล้ง ช่มชู้ได้ นอกจากนี้ จากอาการป่วยที่แสดงออกทำให้

ผู้ต้องขังอื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยหรืออาจทำให้เจ้าหน้าที่ในเรือนจำบางคนใช้ความรุนแรงกับผู้ป่วยได้

3. *ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน* เรือนจำยังไม่มีความเห็นที่ชี้แจงรายละเอียดด้านสุขภาพจิต เจ้าหน้าที่เรือนจำมีจำนวนน้อยและขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช จึงอาจมีปัญหาในการดูแลและไปรับยาต่อเนื่อง การที่ผู้ต้องขังอยู่รวมกันทำให้ยากต่อการดูแล ต้องอาศัยผู้ต้องขังจิตอาสาช่วยดูแล

4. *แนวทางที่จะให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพต่อเนืองยั่งยืน* ที่ผ่านมาผู้ป่วยจิตเวชมักอยู่ในชุมชนได้ไม่นานและก่อคดีซ้ำ ควรให้ชุมชนมีส่วนร่วมดูแลและให้กำลังใจผู้ป่วยในเรือนจำ โดยเรือนจำพร้อมจัดเตรียมสถานที่เชิญแกนนำชุมชนพยาบาลสุขภาพจิตในพื้นที่รับผิดชอบ และญาติมาร่วมประเมินวางแผนการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชต่อเนืองที่เรือนจำ กรมราชทัณฑ์มีนโยบายประสานเครือข่ายและสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่มีจิตสำนึกในการช่วยเหลือดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม การดูแลต่อเนืองต้องอาศัยความร่วมมือจากท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน ญาติ ช่วยดูแลผู้ป่วยหลังพ้นโทษให้สามารถอยู่ในชุมชนได้ และได้รับการรักษาต่อเนือง สังคมควรให้กำลังใจและเข้ามามีส่วนร่วม ไม่ปล่อยปละละเลยช่วยสานต่อให้ผู้ต้องขังมีที่ยืน ได้รับการยอมรับทั้งจากคนในครอบครัวและคนในชุมชน มีงานทำ สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ และไม่กลับไปก่อคดีซ้ำ

5. *ความต้องการได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจิตเวชและกรมสุขภาพจิต* มีการอบรมบุคลากรให้มีความรู้ความเข้าใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวิทยากรมาอบรมและให้คำแนะนำอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง สนับสนุนยาจิตเวชและฝึกทักษะการให้คำแนะนำเป็นรายบุคคล

1: *ปัจจัยนำเข้า (input)* บุคลากรในเรือนจำที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ต้องขังจิตเวช ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค นักจิตวิทยา โดยเรือนจำอุบลราชธานีมีพยาบาลวิชาชีพ 5 คน และพยาบาลเทคนิค 1 คน เรือนจำศรีสะเกษมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และนักจิตวิทยา 1 คน เรือนจำยโสธรมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เรือนจำอำนาจเจริญมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน เรือนจำมุกดาหารมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน และเรือนจำ

อำนาจกันทรลักษณ์มีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และพยาบาลเทคนิค 1 คน ในแต่ละวันมีเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์จัดเวรมาช่วยดูแลวันละ 1-2 คน ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนนอนด้านจิตเวช (อสรจ.) ซึ่งคัดเลือกจากนักโทษชั้นดี พฤติกรรมเหมาะสมและปฏิบัติตามกฎระเบียบ บุคลากรเรือนจำได้รับการสนับสนุนให้อบรมจากโรงพยาบาลจิตเวชปีละ 1 ครั้ง เรื่องการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การสังเกตอาการ การปฐมพยาบาลทางใจเบื้องต้น เทคนิคการให้คำปรึกษา ฝึกทักษะการรับฟังและสื่อสารให้กำลังใจ การดูแลผู้ที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว การดูแลผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย และการสังเกตอาการข้างเคียงของยา แต่ยังไม่ครอบคลุมบุคลากรทุกคน ในปีที่ผ่านมา กลุ่ม อสรจ. ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเบื้องต้นจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เรือนจำละ 30 คน รวม 180 คน โดยบุคลากรจากโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์มีบทบาทช่วยจัดระบบบริการผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำและนิเทศติดตามผ่านระบบพี่เลี้ยงของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

P: กระบวนการ (Process) การให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ ยึดตามแนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ปี 2558 ที่กรมสุขภาพจิตและกรมราชทัณฑ์พัฒนาขึ้น หลังรับผู้ต้องขังเข้าเรือนจำ พยาบาลเรือนจำจะสัมภาษณ์ประวัติและประเมินเบื้องต้น หากพบว่ามีประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือสงสัยว่ามีอาการทางจิต พยาบาลเรือนจำจะประสานกับพยาบาลจิตเวชจากหน่วยงานจิตเวชชุมชนของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อปรึกษาขอประวัติ ขอรับการตรวจรักษา และนัดหมายจิตแพทย์ผ่านการสื่อสารทางโทรศัพท์และระบบประชุมทางไกล จิตแพทย์ทำการตรวจวินิจฉัยและสั่งให้การรักษาเภสัชกรจัดเตรียมยาเพื่อให้เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์มารับยาจากโรงพยาบาลไปให้ผู้ป่วย หากพยาบาลเรือนจำประเมินว่าผู้ป่วยเป็นอันตรายและจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจะนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์โดยเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ จะมีช่วยในกระบวนการดูแลความปลอดภัย ประสานงานการทำกิจกรรมในเรือนจำ และระหว่างการประชุมทางไกล

ผู้ต้องขังจิตเวชส่วนใหญ่จะไม่ได้ร่วมกิจกรรมปกติ โดยหลังตื่นนอนตอนเช้าผู้ต้องขังจิตเวชจะมารวมกันที่แดนใกล้สถานพยาบาล บางเรือนจำจะไปอยู่ที่สถานพยาบาล เพื่อให้พยาบาลประจำเรือนจำดูแล ร่วมกับเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ 1-2 คน และ อสรจ.

การสนทนากลุ่มกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานในเรือนจำจังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ กันทรลักษณ์ แห่งละ 1 คน มุกดาหาร 2 คน รวมเป็น 7 คน และเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ที่ปฏิบัติงานในเรือนจำจังหวัดอุบลราชธานี ยโสธร อำนาจเจริญ แห่งละ 2 คน มุกดาหาร 3 คน รวมเป็น 9 คน ผลการสนทนากลุ่มส่วนใหญ่เห็นว่าการมีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในเรือนจำเป็นเรื่องปกติที่ต้องดูแล ทุกคนพอใจกับระบบประชุมทางไกลที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ เพราะสะดวกลดภาระบุคลากรที่ต้องดูแลระหว่างมารักษาที่โรงพยาบาล แต่มีข้อจำกัดที่สถานที่เรือนจำยังไม่มีห้องเฉพาะที่เก็บเสียงได้สำหรับการประชุมทางไกลทำให้การสื่อสารไม่ชัดเจนเป็นบางครั้งบุคลากรในเรือนจำยังขาดองค์ความรู้และความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เช่น ยาจิตเวช ผลข้างเคียงของยาจิตเวช การเจรจาต่อรอง การผูกมัดจำกัดพฤติกรรม และการจัดการกับพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น การแอบซ่อนยานอกจากนั้นสถานที่ยังไม่เอื้ออำนวยโดยไม่มีห้องแยกเฉพาะสำหรับผู้ต้องขังจิตเวชที่สำคัญคือยังไม่มีเตรียมครอบครัว และชุมชนก่อนออกจากเรือนจำ พยาบาลเรือนจำมีภาระงานมาก ไม่สามารถส่งต่อข้อมูลให้เครือข่ายติดตามต่อหลังจากออกจากเรือนจำ อีกทั้งข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเช่นมีการปล่อยตัว อกภัยโทษ พักโทษ ลดโทษ บุคลากรเรือนจำมีความต้องการรับการสนับสนุนจากโรงพยาบาลจิตเวชในด้านอบรมเตรียมความพร้อมผู้ป่วยจิตเวชก่อนพ้นโทษ การฝึกทักษะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การกินยา การประกอบอาชีพ รวมทั้งการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่และ อสรจ. เกี่ยวกับเทคนิคการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ ยาจิตเวชและ ผลข้างเคียง โดยต้องการให้มีการอบรมบุคลากรทุกคนอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง ต้องการให้มีแนวทางการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทที่มีอาการโรคจิตกำเริบให้เจ้าหน้าที่เรือนจำที่ปฏิบัติงานในกรณีที่พยาบาลเรือนจำไม่อยู่ เช่น แนวปฏิบัติ

ในการให้ยาเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดความรุนแรง ควรมีช่องทางด่วนให้เรือนจำในการติดต่อประสานงานและรับยาแทนผู้ป่วยจิตเวช ควรมีอุปกรณ์ที่ใช้ในการควบคุมเพื่อจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว เช่น ฝักผูกมัดการสนับสนุนสื่อความรู้สุขภาพจิต แผ่นพับ และให้มีระบบการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชหลังพ้นโทษอย่างต่อเนื่อง เช่น การเตรียมครอบครัวและชุมชน และการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง

ดังตัวอย่างคำกล่าว

“พยาบาลเราปกติก็มีภาระงานมากอยู่แล้วค่ะ ต้องดูคนไข้คนอื่นด้วยไม่ใช่เฉพาะจิตเวช เราเลย ไม่มีเวลาในการส่งข้อมูลให้เครือข่ายติดตามต่อหลังจากออกจากเรือนจำ และข้อมูลมีการเปลี่ยนแปลงบ่อยเช่นมีการปล่อยตัว อกภัยโทษ พักโทษ ลดโทษ ต้องตามรายคนมันเลยไม่ต่อเนื่อง” (พยาบาล ID01)

“อย่างการให้ทำเทเลคอนเฟอเรนซ์ในการตรวจรักษาผู้ป่วยจิตเวชช่วยได้ดีมาก ซึ่งปกติในเรือนจำจะไม่ให้นำมาใช้เพราะมีความลุ่มเสี่ยงในการลักลอบติดต่อกับคนข้างนอกได้ ผู้บัญชาการท่านไหนนโยบายมาเลย ที่อื่นไม่มีนะครับ เพราะเสี่ยงต่อการลักลอบใช้คลื่น แต่เอามาใช้ลดค่าใช้จ่าย ลดไม่ใช้ผู้คุมลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยไม่หลบหนีได้ด้วย” (เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ ID01)

“ก็ยังไม่ดีที่สุดอยากให้มือบรมต่อเนื่องใหม่ๆ ยาจิตเวช ผลข้างเคียง การเจรจาและผูกมัดผู้ป่วย ทั้งพยาบาล เจ้าหน้าที่และ อสรจ. ที่เขาช่วยได้มากเป็นเหมือนหูตาแขนขาที่ช่วยดูแลผู้ป่วย” (พยาบาล ID05)

“ต้องเตรียม 3 ส่วน คือ ผู้ป่วย ญาติ และคนในชุมชนที่ผู้ป่วยกลับอยู่เพราะสำคัญมาก เขาต้องเข้าใจผู้ป่วยให้โอกาสผู้ป่วยจิตเวชไม่ว่าเรื่อง อาชีพ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน” (เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ ID08)

P: ด้านผลลัพธ์ (product) การสนทนากลุ่มญาติ 37 คน เป็นบิดา 4 คน มารดา 18 คน ลูกสาว 2 คน พี่ชาย 4 คน น้องชาย 1 คน พี่สาว 6 คน และน้องชาย 2 คน มีความกังวลใจในการดูแลผู้ป่วยหลังจากออกจากเรือนจำไปอยู่กับครอบครัวในบ้านหลังเดียวกัน ทุกครอบครัวมีทั้งจิตที่พ้นโทษ

และเกิดความกังวลใจ ระวัง ไม่ค่อยไว้วางใจ กังวลว่าผู้ป่วยจะไม่รับประทานยา และจะมีอาการกำเริบ กลัวว่าจะการกระทำผิดซ้ำ กังวลว่าจะมีการตีมีสุราสุบหรือใช้สารเสพติด/ยาบ้าร่วมด้วย ญาติลำบากใจที่ผู้ป่วยมักขอเงินเพื่อไปซื้อสุรา/ยาเสพติดบ่อยครั้งและหากถูกขัดใจอาจทำร้ายคนในครอบครัว เช่น บิดามารดาที่สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาปทางสังคม ไม่อยากให้ผู้ป่วยไปสูงส่งกับใคร ไม่ได้คาดหวังให้ผู้ป่วยทำหน้าที่อะไรในครอบครัว เพียงอยากให้ผู้ป่วยอยู่บ้าน กินยารักษาไม่ใช้สุรา/สารเสพติด และไม่กระทำผิดซ้ำ ครอบครัวต้องการให้มีทีมโรงพยาบาลจิตเวชมาเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เทคนิคการให้ยาสำหรับญาติ รวมทั้งให้สอนผู้ป่วยไม่ใช้สุรา/ยาเสพติดซ้ำและให้รับการรักษาด้วยยาต่อเนื่อง

ดังตัวอย่างคำกล่าว

“เหนื่อยใจ ตอนแรกอาการทุเลาแล้วนะ กินยาต่อเนื่อง แม่ดูแลตลอด แนะนำอะไรก็ฟัง วันที่ 28 สิงหาคม 2562 แม่ไปทำนา ปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว มีเพื่อนมาหาที่บ้าน เอายามาให้ผู้ป่วยเสพ เลยทำให้ผู้ป่วยถูกตำรวจจับตรวจ ปัสสาวะ และได้กลับเข้าไปอยู่ในเรือนจำอีก” (ญาติ ID01)

“รู้สึกกังวลใจ หนักใจ เพราะบางวันพ่อแม่ไม่อยู่ก็ไปคบเพื่อนเสพยาบ้า สุบหรือตี มีวันหนึ่ง หงุดหงิด ทูบทำลายข้าวของเสียหายเป็นหลังกลับออกจากเรือนจำสองสัปดาห์ หนักใจบางวันไม่กินยา เสพยาบ้า กินลิโป้ ไปเซนต์เงินร้านค้าซื้อเหล้าดื่ม แม่เคยโดนทำร้าย อยากให้พาไปบำบัดยาเสพติดลำบากใจไปหาเพื่อนบ่อย อยากให้ผู้ป่วยมีงานทำ” (ญาติ ID05)

“รู้สึกดีใจ อาการดี ตอนที่ลูกชายออกจากเรือนจำไม่รู้เลยว่าจะมีวันไหน รู้แต่เดือนที่พินโทษ เห็นลูกชายมาถึงหน้าบ้าน ดีใจมากจนร้องไห้ ลูกก็มกราบเท้า แต่ก็กังวลกลัวอาการกำเริบอีก” (ญาติ ID03)

การสนทนากลุ่มแกนนำชุมชน โดยเลือกจากชุมชนที่ไปสัมภาษณ์ญาติและครอบครัวผู้ต้องขังจิตเวชเรือนจำละ 1 ชุมชน ชุมชนละ 10 คน รวมผู้ให้ข้อมูล 60 คน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และสมาชิกในชุมชน พบว่าคนในชุมชนมีความกลัว

ไม่อยากเข้าใกล้ และในชุมชนมีผู้ติดยาเสพติดหลายรายที่มีอาการแต่ยังไม่ได้รับการรักษา แม้ชุมชนจะแนะนำผู้ปกครองแล้วแต่ครอบครัวของผู้ป่วยไม่สนใจจึงไม่ได้เข้าไปยุ่งอีก ต้องการให้ผู้ต้องขังอยู่ในเรือนจำต่อไป นอกจากนี้ยังรู้สึกเห็นใจผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นมารดาที่สูงอายุที่ต้องรับภาระในการดูแลทั้งด้านการรับประทานยา การป้องกันไม่ให้ใช้ยาเสพติดและต้องระวังการถูกผู้ป่วยจิตเวชข่มขู่ทำร้าย อยากได้เงินไปซื้อยาเสพติด ผู้นำชุมชนที่มีส่วนช่วยเหลือ ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ ชุมชนต้องการให้โรงพยาบาลจิตเวชและโรงพยาบาลในพื้นที่ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาต่อเนื่อง ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย สอนวิธีการดูแลตัวเองไม่ให้ใช้สุรา/ยาเสพติดและกระทำผิดซ้ำ

ดังตัวอย่างคำกล่าว

“จะกลัวและโกรธด้วยนะถ้าพวกนี้มีอาการ แขนงนำมาดูและช่วยเหลือญาติเขา แต่ทำอะไรไม่ได้ เพราะเขาว่าตีผีบ้างตีคน แต่ผีบ้างตีคน ทั้งๆ ที่มันจะมาตีคนดี เราป้องกันตัวมันน่ากลัวมากนะคุณหมอ เวลามันขึ้นมา” (แกนนำชุมชน ID01)

“อยากให้ขังเอาไว้วันๆ ให้หาย เพราะกลับมาอยู่ใหม่ๆ อาการจะดี แต่พอสักระยะมีอาการอีก น่าจะมีที่อยู่สำหรับกลุ่มพวกนี้จะได้ดูแลต่อเนื่อง” (แกนนำชุมชน ID03)

“อยากให้สนับสนุนวิทยากรมาสอนการจับกุมที่ถูกต้องเพราะเคยมีตำรวจมาจับผู้ป่วยแล้ว แขนงหัก เลยอยากให้วิทยากรทางโรงพยาบาลพระศรีมาช่วยครับ” (แกนนำชุมชน ID04)

ผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 ในปี 2562 มีจำนวน 15,801 คน (เพิ่มขึ้นจาก 15,163 คนในปี 2561) โดยในจำนวนนี้มีผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช 269 คน คิดเป็นร้อยละ 1.7 ของผู้ต้องขังทั้งหมด มีผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจำนวน 167 คน คิดเป็นร้อยละ 62.1 ของผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด เรือนจำที่มีผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดได้แก่ เรือนจำอุบลราชธานี (57 คน) รองลงมาได้แก่ เรือนจำยโสธร (34 คน) เรือนจำศรีสะเกษ (25 คน) เรือนจำกันทรลักษ์ (20 คน)

เรือนจำอำนาจเจริญ (19 คน) และเรือนจำมุกดาหาร (12 คน) ตามลำดับผู้ต้องขังโรคจิตเภทที่ได้รับการประเมินในการศึกษาครั้งนี้ 162 คน เป็นเพศชายทั้งหมดอายุเฉลี่ย 36.7 ปี (19-54 ปี) ลักษณะคดีที่รับโทษ 3 ลำดับแรก ได้แก่ คดียาเสพติด รองลงมาคือคดีเกี่ยวกับทรัพย์สิน ปล้น ชิงทรัพย์และความผิดต่อชีวิต ตามลำดับ จำนวนปีที่ได้รับโทษระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำ พบว่าผู้ต้องขังจิตเภทได้รับโทษมากที่สุด 25 ปี 3 เดือน

น้อยที่สุด 8 เดือน ระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำจนถึงวันประเมิน PASS 8 มากที่สุด 7 ปี 4 เดือน น้อยที่สุด 17 วัน ดังแสดงในตารางที่ 1 อาการจิตเภทจากการประเมินด้วย PASS 8 ผู้ต้องขังโรคจิตเภทของเขตสุขภาพที่ 10 มีผู้ป่วยอาการจิตเภทตั้งแต่ระดับปกติ/น้อย ถึงระดับรุนแรง (8-34 คะแนน) แต่ภาพรวมเขต 10 ความรุนแรงอาการเฉลี่ยอยู่ในระดับปกติ/น้อย ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 จำนวนปีที่ได้รับโทษและระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำ

ระยะเวลา	เรือนจำ 1	เรือนจำ 2	เรือนจำ 3	เรือนจำ 4	เรือนจำ 5	เรือนจำ 6	ภาพรวมเขต 10
จำนวนปีที่ได้รับโทษ							
มากที่สุด	25 ปี 3 เดือน	12 ปี	25 ปี 3 เดือน	14 ปี 5 เดือน	7 ปี 9 เดือน	3 ปี 10 เดือน	25 ปี 3 เดือน
น้อยที่สุด	11 เดือน	9 เดือน	1 ปี 4 เดือน	1 ปี 9 เดือน	10 เดือน	8 เดือน	8 เดือน
เฉลี่ย	2 ปี 5 เดือน	3 ปี 4 เดือน	9 ปี 8 เดือน	5 ปี 5 เดือน	5 ปี 3 เดือน	1 ปี 9 เดือน	4 ปี 6 เดือน
ระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำจนถึงวันประเมิน PASS 8							
มากที่สุด	7 ปี 3 เดือน	3 ปี	7 ปี 4 เดือน	5 ปี	2 ปี 10 เดือน	2 ปี 7 เดือน	7 ปี 4 เดือน
น้อยที่สุด	3 เดือน	3 เดือน	9 เดือน	1 เดือน	17 วัน	7 เดือน	17 วัน
เฉลี่ย	1 ปี 8 เดือน	1 ปี 4 เดือน	3 ปี 6 เดือน	2 ปี 2 เดือน	1 ปี 8 เดือน	1 ปี 7 เดือน	1 ปี 9 เดือน

ตารางที่ 2 อาการทางจิตของผู้ต้องขังจิตเภทจากการประเมินด้วย PASS 8*

คะแนน PASS 8	เรือนจำ 1	เรือนจำ 2	เรือนจำ 3	เรือนจำ 4	เรือนจำ 5	เรือนจำ 6	ภาพรวมเขต 10
ค่าสูงสุด	22	18	34	21	16	21	22
ค่าต่ำสุด	8	8	8	8	8	8	8
เฉลี่ย	10.8	11.3	18	11	10.4	12.6	12.4

*การแปลผล: อาการระดับปกติ/น้อย (8-16 คะแนน) ระดับปานกลาง (17-30 คะแนน) และระดับรุนแรง (คะแนน 31 ขึ้นไป)

โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง

โปรแกรมต้นแบบ “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ประกอบด้วย 7 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสัมภาษณ์ประวัติและประเมินคัดกรองตามแนวทางการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชสำหรับบุคลากรในเรือนจำ โดยพยาบาลประจำเรือนจำ หากพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชพยาบาลประจำเรือนจำดำเนินการประสานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์เพื่อขอทราบประวัติการรักษาเดิมหรือขอรับการตรวจประเมินในรายที่ยังไม่เคยมีประวัติการรักษา 2) การจัดเตรียมสำหรับ

เรือนจำ เรือนจำแยกผู้ต้องขังจิตเภทให้มีเจ้าหน้าที่และจัด อสจร. ดูแลเรื่องการรับประทานยาและประเมินเฝ้าระวังความเสี่ยง 3) การตรวจรักษาผ่านการประชุมทางไกล โดยจิตแพทย์และพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ประเมินอาการตรวจรักษาติดตาม ผู้ต้องขังจิตเภทผ่านการประชุมทางไกล หลังจากนั้นเภสัชกรจัดเตรียมยาให้เจ้าหน้าที่เรือนจำมารับให้ผู้ต้องขัง 4) การเยี่ยมติดตามในเรือนจำ พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ นิเทศให้คำปรึกษา ฟื้นฟูความรู้ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแก่พยาบาลในเรือนจำและร่วมประเมินอาการทาง

จิตผู้ต้องขังในเรือนจำ เตรียมความพร้อมของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำก่อนกลับบ้านและให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันการกลับไปใช้สารเสพติดก่อนปล่อยตัวผู้ต้องขังจิตเภท 2 เดือน นักกิจกรรมบำบัดเข้าไปทำกิจกรรมกับผู้ป่วยในเรือนจำตามแนวทางกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ประกอบด้วย การฝึกทักษะการดูแลตัวเอง ขึ้นพื้นฐาน การดูแลตัวเองการทำงาน การพักผ่อนและการออกกำลังกาย เรือนจำประสานโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เพื่อเตรียมประสานพื้นที่ในชุมชน 5) การประสานเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ ทีมพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประสาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมวางแผนเตรียมการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน 6) การเตรียมความพร้อมชุมชน ทีมพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ลงพื้นที่ประชุมแกนนำชุมชน เพื่อเตรียมครอบครัวผู้ป่วย เตรียมการเรื่องการรับยาต่อเนื่อง เตรียมความพร้อมของคนในชุมชนและแหล่งสนับสนุนทางสังคม เมื่อเกิดปัญหาในการดูแล 7) การติดตามหลังจำหน่าย หลังจำหน่ายผู้ต้องขังจิตเภทออกจากเรือนจำ ภายใน 2 สัปดาห์ 1 เดือน และ 3 เดือน ทีมพยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ติดตามประเมินอาการทางจิต ความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง การดูแลตัวเองและการทำหน้าที่ในชีวิต

ประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งการกระทำผิดซ้ำ และร่วมวางแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน แกนนำชุมชน และครอบครัวในพื้นที่ รวมทั้งกำหนดช่องทางการประสานงานเพื่อดูแลผู้ป่วยทางโทรศัพท์ให้เครือข่ายในพื้นที่

การทดลองใช้โปรแกรมฯ ในผู้ต้องขังจิตเภทของเรือนจำนำร่อง

นำร่องที่เรือนจำจังหวัดอุบลราชธานี ช่วงเดือนมกราคม - มีนาคม พบมีผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำนำร่องที่กำหนดออกจากเรือนจำในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 6 คน อายุเฉลี่ย 41.5 ปี (28-58 ปี) ประเมินอาการจิตเภทด้วย PASS 8 พบคะแนนเฉลี่ยความรุนแรงในระดับปกติ/น้อย (10.7 คะแนน) ได้รับกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ครบทุกขั้นตอน ผู้ป่วย 3 ราย ได้ออกจากเรือนจำในวันที่ 24 มกราคม, 10 กุมภาพันธ์ และ 17 กุมภาพันธ์ 2563 ได้ติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินอาการทางจิตและประเมินครอบครัวและชุมชนหลังออกจากเรือนจำ 2 สัปดาห์ และ 1 เดือน ทุกรายพบอาการอยู่ในระดับปกติ/น้อย ไม่มีการกระทำผิดซ้ำ ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลเบื้องต้นการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทตามโปรแกรมจากเรือนจำสู่ชุมชน

คนที่	วินิจฉัยโรค	อายุ (ปี)	ความร่วมมือในการทำกลุ่ม	กำหนดพันธโทษ	PASS 8			การกระทำผิดซ้ำ
					ในเรือนจำ	2 สัปดาห์ หลังออกจากเรือนจำ	1 เดือน หลังออกจากเรือนจำ	
1	F10.5, F29	28	ร่วมมือปฏิบัติได้	24 ม.ค. 63	8	8	8	ไม่มี
2	F29	38	ร่วมมือปฏิบัติได้	24 พ.ค. 63	12			ยังไม่พ้นโทษ
3	F15.2, F29	42	ร่วมมือปฏิบัติได้	8 พ.ค. 63	8			ยังไม่พ้นโทษ
4	F20	58	ร่วมมือปฏิบัติได้	10 ก.พ. 63	14	16	16	ไม่มี
5	F20.9	42	ร่วมมือปฏิบัติได้	17 ก.พ. 63	13	13	12	ไม่มี
6	F29, F41.9	41	ร่วมมือปฏิบัติได้	17 ก.ย. 63	9			ยังไม่พ้นโทษ

ผู้ป่วยรายแรก อาศัยอยู่กับหลานที่เป็นบุตรของป้า ผู้ป่วยดูแลตัวเองได้ ไม่มีพฤติกรรมก้าวร้าว หลานมีความพร้อมที่จะดูแล แต่กังวลใจว่าผู้ป่วยจะไปใช้ยาเสพติดอีก เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทางจิตตั้งแต่อายุ 18 ปี จากการใช้ยาเสพติดเข้าออกเรือนจำแล้ว 3 ครั้ง จากการใช้ยาเสพติดและการบุกรุกบ้านคนอื่น ถ้ามีเงินมักจะไปซื้อยาเสพติดมาใช้เสมอ และบริเวณพื้นที่ที่ครอบครัวอาศัยอยู่เป็นพื้นที่สีแดงของยาเสพติด ในช่วงกลางวันหลานได้ให้ผู้ป่วยไปช่วยงานป้าที่มีกิจการร้านอาหารในชุมชนนั้น พยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในพื้นที่ยังได้ไปทำครอบครัวบำบัดและการบำบัดยาเสพติดที่บ้านผู้ป่วย ในช่วง 1 เดือน หลังออกจากเรือนจำอาการทางจิตจากการประเมิน PASS 8 ได้ 8 คะแนน

ผู้ป่วยรายที่สอง กลับไปอยู่กับครอบครัวบิดา มารดา พี่ชาย และน้องชาย มารดาเป็นคนดูแลการกินยา แต่จัดยาไม่ถูกต้อง จึงมีการแนะนำวิธีกินยาให้ใหม่ มารดาขอรับยาใกล้บ้าน ไม่สะดวกพาผู้ป่วยไปรับยาที่โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เนื่องจากไม่มีเงินค่ารถ ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้านจึงรับยาแทนตามแผนการรักษาและออกใบรับรองความพิการทางจิตเพื่อช่วยเหลือด้านสวัสดิการ ผู้ป่วยอาการทุเลา ควบคุมตัวเองได้ดี ปฏิเสธหิวแหว่ แต่ยังมีความคิดหลงผิดว่ามีบ้านอีกหลังสีทองลอยอยู่ข้างบนก้อนเมฆ ประเมิน PASS 8 ได้ 16 คะแนน ครอบครัวและคนในชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วย

ผู้ป่วยรายที่สาม อาศัยอยู่กับครอบครัวภรรยา (พ่อตาและแม่ยาย) และบุตร 2 คน (ชาย 1 คน และหญิง 1 คน) ภรรยาไปทำงานที่ต่างจังหวัด ผู้ป่วยอาการทุเลา ปฏิเสธหิวแหว่ ภาพหลอน ควบคุมตัวเอง ดูแลตัวเองได้ รับยาที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ประเมิน PASS 8 ได้ 12 คะแนน ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วย

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานตามโปรแกรม ได้แก่ นโยบายจากผู้บัญชาการเรือนจำ ความร่วมมือของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำ ผู้ต้องขังจิตเภทและทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้ป่วยในเรือนจำ ทั้งจิตแพทย์ พยาบาล และนักกิจกรรมบำบัด รวมทั้งความร่วมมือจากเครือข่ายสาธารณสุข หน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง ครอบครัวและชุมชนหลังการเตรียมความพร้อม ครอบครัวและชุมชนก่อนผู้ต้องขังจิตเวชออกจากเรือนจำ ปัจจัยอุปสรรค ได้แก่ ลักษณะกิจกรรมเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเวชโดยบุคลากรทีมสุขภาพจิตโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่ต้องทำที่เรือนจำต่อเนื่อง 6 วัน ซึ่งใช้เวลามาก หากมีจำนวนผู้ต้องขังจิตเภทมากขึ้นอาจไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุม และมีข้อจำกัดหากดำเนินการนอกจังหวัดอุบลราชธานีที่ต้องใช้เวลาในการเดินทางไกลออกไป อาจไม่สามารถทำได้ครบทุกราย อาจต้องพิจารณาเป็นรายกรณีที่มีอาการรุนแรงและมีความเสี่ยงในการก่อคดีซ้ำ

วิจารณ์

การศึกษานี้แสดงให้เห็นระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำในเขตสุขภาพที่ 10 มีประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ต้องขังจิตเวช โดยมีจุดเด่นคือได้รับการสนับสนุนด้านนโยบายจากผู้บัญชาการทุกเรือนจำ มีอัตราค่าจ้างที่ได้รับการพัฒนาให้ดำเนินงานได้ ผู้ต้องขังได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคและรักษาที่สะดวกผ่านระบบประชุมทางไกลทำให้ผู้ต้องขังจิตเวชมีอาการทางจิตอยู่ในระดับที่ควบคุมได้ แต่ยังมีช่องว่างด้านความต่อเนื่องในการดูแลหลังผู้ต้องขังออกจากเรือนจำ การเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเวช ครอบครัว และชุมชน ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการยอมรับผู้ป่วยจากครอบครัวและชุมชน โดยเฉพาะผู้ต้องขังจิตเภท ดังนั้นโปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ที่พัฒนาขึ้นได้ช่วยปิดช่องว่างดังกล่าว ส่งผลให้ผลลัพธ์การรักษาดีขึ้น ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้ ป้องกันการกระทำผิดซ้ำและการกลับมาป่วยซ้ำ ซึ่งมีรายงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงชัดเจนในช่วง 6 เดือน ก่อนการปล่อยตัวจะมีความเสี่ยงต่อการกระทำผิดซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อาการไม่รุนแรงและได้รับการรักษาต่อเนื่อง ดังนั้นการติดตามประเมินอาการทางจิตและรักษาผู้ต้องขังจิตเวชต่อเนื่องจึงมีความสำคัญมากต่อการป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขัง¹¹

จากขั้นตอนการประเมินวิเคราะห์สถานการณ์และต้นทุนที่มีอยู่ครอบคลุมผู้เกี่ยวข้องทุกส่วน ทำให้การพัฒนาปรับปรุงการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชเกิดจากความต้องการและสอดคล้องกับปัญหาของผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง ทั้งเจ้าหน้าที่

ผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำ ผู้ป่วย ครอบครัว และคนในชุมชน และสอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาลในการเตรียมพร้อมผู้ต้องขังก่อนปล่อยและโครงการราชทัณฑ์ปันสุข ทำดีเพื่อชาติ ศาสน์ กษัตริย์ จากการทดลองโปรแกรมฯ นำร่อง พบว่ามีความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติเป็นงานประจำ เช่น การเตรียมความพร้อมของผู้ต้องขังก่อนออกจากเรือนจำโดยนักกิจกรรมบำบัดและพยาบาลวิชาชีพ ขั้นตอนการทำกิจกรรมที่เรียงจากกิจกรรมที่ง่ายไปหา กิจกรรมที่ยากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศสิงคโปร์ที่มีการเตรียมความพร้อมของผู้ต้องขังจิตเวชก่อนออกจากเรือนจำ โดยการฝึกทักษะการทำกิจกรรมต่างๆ เป็นกลุ่มโดยนักกิจกรรมบำบัดอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์ผ่านโปรแกรม psychiatric housing unit (PHU) พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรม 1 ปี ผู้ต้องขังจิตเวชมีทักษะในการทำกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้นได้ดีขึ้น¹²

นอกจากนั้นยังมีความเป็นไปได้ในการออกพื้นที่เตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชนก่อนที่ผู้ต้องขังจิตเวชออกจากเรือนจำ เนื่องจากมีจำนวนในแต่ละเดือนไม่มากนัก ไม่เป็นภาระงานที่หนักมากขึ้น ผลการศึกษาด้านสถานการณ์ อุปสรรคในการปฏิบัติงานที่พบจากการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ที่พบว่ามีอุปสรรคในการดำเนินงานทั้งด้านบุคลากรที่ขาดความเชี่ยวชาญในการประเมินและการดูแลรักษา ด้านสถานที่ซึ่งมีข้อจำกัดในการให้การดูแลรักษา ผู้ป่วยที่ยังมีอาการรุนแรงและต้องการการเฝ้าระวังก่อนส่งรักษา ต่อการขาดความต่อเนื่องของการส่งต่อข้อมูลเพื่อการรักษาหรือกลับสู่ชุมชน กระบวนการส่งต่อที่ไม่สามารถเตรียมความพร้อมของชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ต้องขังจิตเวชออกจากเรือนจำได้ และยังไม่สามารถติดตามผู้ต้องขังกลุ่มนี้หลังจำหน่ายได้ ทำให้ผู้ต้องขังจิตเวชขาดการรักษา มีอาการกำเริบ และอาจนำมาสู่การก่อกวนได้ ดังที่พบในการศึกษานี้เช่นเดียวกัน ดังนั้นการปิดช่องว่างดังกล่าวจึงมีความสำคัญ ซึ่งจะทำให้หากมีการดำเนินงานร่วมกันอย่างเป็นระบบระหว่างเรือนจำและโรงพยาบาลจิตเวชแม่ข่าย

หากพิจารณาในด้านภาระงานอาจเพิ่มกระบวนการทำงานขึ้นในด้านการเตรียมความพร้อมของชุมชน และการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและประเมินสถานการณ์ในชุมชนหลังผู้ป่วย

ออกจากเรือนจำไปอยู่ชุมชน สอดคล้องกับในประเทศอังกฤษ ที่มีกระบวนการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขัง โดยให้บุคลากรใช้เครื่องมือประเมินเบื้องต้นค้นหาผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อคัดแยกและตรวจประเมินโดยทีมบุคลากรทางแพทยด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ให้การดูแลรักษาตามโรคและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ป่วย และวางแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนโดยการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามพบว่ายังไม่ครอบคลุมผู้ต้องขังจิตเวชทั้งหมด¹ การศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการหลังผู้ต้องขังที่ป่วยจิตเวชออกจากเรือนจำไปอยู่ในชุมชนในประเทศอังกฤษ ยังพบว่ามีผู้ต้องขังจิตเวชเพียงร้อยละ 25.0 เท่านั้นที่ได้รับการเฝ้าระวังอาการกำเริบและการกระทำผิดซ้ำอย่างต่อเนื่อง¹³ นอกจากนี้ผลการศึกษาพบว่าการป้องกันการใช้สารเสพติดโดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ มีความจำเป็นในกระบวนการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชจากเรือนจำสู่ชุมชน เนื่องจากญาติมีความกังวลว่าหากผู้ป่วยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และใช้สารเสพติด จะมีความเสี่ยงที่จะกระทำผิดซ้ำและอาการกำเริบมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ซึ่งพบว่า การช่วยป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ต้องขังจิตเวชที่ดีที่สุดคือการดูแลเรื่องการป้องกันไม่ให้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะเครื่องดื่มแอลกอฮอล์¹⁴

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ เนื่องจากเป็นเพียงรายงานเบื้องต้นเฉพาะเรือนจำนำร่องที่ยังมีระยะเวลาในการติดตามผลได้สั้น อีกทั้งยังมีกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการติดตามค่อนข้างน้อย อย่างไรก็ตามตลอดระยะเวลาที่ติดตามผลในรายที่ครบ 1 เดือนนี้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตระดับน้อย ครอบครัวและชุมชนให้การยอมรับผู้ป่วยและยังไม่มีผู้การก่อกวนซ้ำ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ด้านบริการ ควรมีการเพิ่มสมรรถนะบุคลากรในการดำเนินงานตามระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10 และสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมฯ ไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในพื้นที่อื่นๆ และควรศึกษาติดตามต่อเนื่องในระยะยาวกับกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น รวมทั้งศึกษาปัจจัยที่มีผลการกลับป่วยซ้ำ หรือกระทำผิดซ้ำและการกลับของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่นนอกเหนือจากผู้ป่วยจิตเวช

สรุป

ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 มีประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ต้องขังจิตเวช แต่ยังมีช่องว่างด้านความต่อเนื่องในการดูแลหลังผู้ต้องขังออกจากเรือนจำ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเวช ครอบครัว ชุมชน และการยอมรับผู้ป่วยจากครอบครัวและชุมชน โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ช่วยลดช่องว่างดังกล่าว โดยเฉพาะในผู้ต้องขังจิตเภท ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากเรือนจำ ครอบครัวและชุมชนได้รับการเตรียมความพร้อมให้ยอมรับผู้ป่วย มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้

อาการทางจิตอยู่ในระดับเล็กน้อย สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำและกระทำผิดซ้ำในระยะ 1 เดือนแรก อย่างไรก็ตามยังต้องศึกษาประสิทธิผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง และขยายกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณท่านผู้บัญชาการเรือนจำทั้ง 6 แห่ง ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในเรือนจำในการร่วมให้ข้อมูลวิจัยครั้งนี้

ความรู้เดิม: การบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำช่วยให้ผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม

ความรู้ใหม่: โปรแกรมจากเรือนจำสู่ชุมชน พบว่าช่วยปิดช่องว่างอุปสรรคการดูแลผู้ต้องขังจิตเภทต่อเนื่องในชุมชน การเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเภทและเตรียมความพร้อมของครอบครัวและชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องและอาการอยู่ในระดับน้อย และสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้: สามารถนำไปปรับใช้กับผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำอื่นในเขตสุขภาพในพื้นที่ได้

เอกสารอ้างอิง

- Forrester A, Till A, Simpson A, Shaw J. Mental illness and the provision of mental health services in prisons. *Br Med Bull.* 2018;127:101-9. doi:10.1093/bmb/ldy027.
- Fazel S, Hayes AJ, Bartellas K, Clerici M, Trestman R. Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions. *Lancet Psychiat.* 2016;3:871-81. doi:10.1016/S2215-0366(16)30142-0.
- Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. *Br J Psychiatry.* 2012;200:364-73. doi:10.1192/bjp.bp.111.096370.
- Coid J, Ullrich S. Prisoners with psychosis in England and Wales: diversion to psychiatric inpatient services?. *Int J Law Psychiatry.* 2011;34:99-108. doi:10.1016/j.ijlp.2011.02.003.
- Witt K, van Dorn R, Fazel S. Risk factors for violence in psychosis: systematic review and meta-regression analysis of 110 studies. *PLoS One.* 2013;8(2):e55942-e. doi:10.1371/journal.pone.0055942.
- Verma S, Poon LY, Subramaniam M, Chong S-A. Aggression in Asian patients with first-episode psychosis. *Int J Soc Psychiatry.* 2005;51:365-71. doi:10.1177/0020764005060852.
- O'Driscoll C, Larney S, Indig D, Basson J. The impact of personality disorders, substance use and other mental illness on re-offending. *J Forens Psychiatry Psychol.* 2012;23:382-91. doi:10.1080/14789949.2012.686623.
- Baillargeon J, Hoge SK, Penn JV. Addressing the challenge of community reentry among released inmates with serious mental illness. *Am J Community Psychol.* 2010;46:361-75. doi:10.1007/s10464-010-9345-6.

9. กมลชนก มนตะเสวี, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, วิชชุตา จันทรราชภูรี. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ [The studies of mental health problems among Thai prisoners and psychiatric services in Thai prisons]. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาธราชนครินทร์; 2561.
10. Kongsuk T, Wannasewok K, Thongtao J, Konkhamdee S, Kenbubpha K, Thanee T, et al. The development, validity and reliability of psychotic symptoms rating scale for patients with schizophrenia (Prasimahabhodi Assessment Schizophrenia Scale: PASS 8). *J Med Assoc Thai*. 2018;101:3126-34.
11. Igoumenou A, Kallis C, Coid J. Treatment of psychosis in prisons and violent recidivism. *BJPsych Open*. 2015;1:149-57. doi:10.1192/bjpo.bp.115.000257.
12. Leet B, Kumar RV, Davaraj P. Development of a new occupational therapy service in a Singapore prison. *Brit J Occup Ther*. 2015;78:525-9.
13. Senior J, Birmingham L, Harty MA, Hassan L, Hayes AJ, Kendall K, et al. Identification and management of prisoners with severe psychiatric illness by specialist mental health services. *Psychol Med*. 2013;43:1511-20. doi:10.1017/S0033291712002073.
14. Kim JI, Kim B, Kim BN, Hong SB, Lee DW, Chung JY, et al. Prevalence of psychiatric disorders, comorbidity patterns, and repeat offending among male juvenile detainees in South Korea: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11:6. doi:10.1186/s13034-017-0143-x.