

นิพนธ์ต้นฉบับ

การพัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ของผู้ป่วยนิติจิตเวช

วันรับ : 15 สิงหาคม 2568

วันแก้ไข : 5 ตุลาคม 2568

วันตอบรับ : 30 ตุลาคม 2568

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์, พ.บ.

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กรุงเทพฯ

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อพัฒนาและทดลองใช้ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี

วิธีการ : การวิจัยและพัฒนา 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาระบบ 2) การกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาระบบ 3) การจัดทำต้นร่างระบบด้วยกระบวนการ appreciation-influence-control ร่วมกับทีมสหวิชาชีพด้านนิติจิตเวช 4) การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ และ 5) การทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจำนวน 3 ราย ประเมินผลจากความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน และความสอดคล้องของการประเมินระหว่างจิตแพทย์ 2 คน

ผล : ร่างระบบแผนการดูแลประกอบด้วยแนวทาง 4 ส่วน ได้แก่ 1) เกณฑ์การประเมินอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี รวม 16 อาการ 2) การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา ร่วมกับการกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพ 3) การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา และ 4) การประชุมติดตามความก้าวหน้า การทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างพบว่า มี 2 รายที่มีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วันหลังรับไว้รักษา ส่วนอีก 1 ราย ซึ่งมีความเจ็บป่วยเรื้อรังและความบกพร่องด้านการรู้คิด ยังไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 180 วัน การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของจิตแพทย์มีความสอดคล้องกัน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮนเท่ากับ 1.0

สรุป : ระบบที่พัฒนาขึ้นนี้ช่วยฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชภายใน 90 วัน และเป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับจิตแพทย์และสหวิชาชีพในการประเมินและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ทั้งนี้ ควรมีการทดลองใช้เพิ่มเติมในสถานบำบัดรักษาอื่น ๆ และในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เพื่อยืนยันถึงประสิทธิผลและความเหมาะสมของระบบในบริบทที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : ความสามารถในการต่อสู้คดี, นิติจิตเวช, ผู้ป่วยคดี, อาการทางจิตเวช

ติดต่อผู้นิพนธ์ : ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์; e-mail: sealnuttkri@hotmail.com

Original article

The development of the care plan system for the restoration of competency to stand trial in forensic psychiatric patients

Received : 8 August 2025

Revised : 5 October 2025

Accepted : 30 October 2025

Nuth Graipaspong, M.D.

Galya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health, Bangkok

Abstract

Objective: To develop and test the care plan system for the restoration of competency to stand trial in forensic psychiatric patients.

Methods: This research and development involved five steps: 1) need analysis for system development 2) conceptual framework development of the system 3) prototype development of the system using the Appreciation-Influence-Control process with a multidisciplinary forensic-psychiatric team 4) validity testing and 5) pilot testing in three psychiatric patients with legal cases. Outcomes included the restoration of competency to stand trial within 90 days and the inter-rater agreement between two psychiatrists.

Results: The draft of the care plan system consisted of four components: 1) criteria for assessing psychiatric symptoms aligned with the criteria for competency to stand trial, covering 16 symptoms, 2) stage-specific patient care within treatment facilities, 3) the problem-focused therapeutic interventions, and 4) regular progress-monitoring meetings. The pilot testing demonstrated that two patients achieved the competency to stand trial within 90 days, while the other with chronic illness and cognitive impairment did not regain competency within 180 days. Inter-rater agreement on the competency to stand trial between psychiatrists was perfect, with a Cohen's kappa coefficient of 1.0.

Conclusion: The system shows potential to enhance restoration of competency to stand trial in forensic psychiatric patients within 90 days and provides a standardized guidance for psychiatrists and multidisciplinary teams in competency assessment and rehabilitation. Further implementation in other treatment settings and more diverse populations is recommended to confirm the system's effectiveness and applicability across different contexts.

Keywords: competency to stand trial, criminal patients, forensic psychiatry, psychiatric symptoms

Corresponding author: Nuth Graipaspong; e-mail: sealnuttkri@hotmail.com

ความรู้เดิม : ผู้ป่วยนิติจิตเวชจะถูกส่งมาสถานบำบัดรักษาเพื่อรับการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี รวมถึงการลงความเห็นตามกฎหมาย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันการดูแลโดยสหวิชาชีพยังไม่เป็นระบบ อีกทั้งเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดียังขาดความชัดเจนทางคลินิก

ความรู้ใหม่ : ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีที่พัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายความสามารถในการต่อสู้คดี โดยอิงอาการทางจิตเวชร่วมกับเกณฑ์ทางกฎหมาย และการกำหนดแนวทางทางดูแลและบทบาทสหวิชาชีพตามระยะและประเด็นปัญหา ช่วยส่งเสริมการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วย และทำให้จิตแพทย์สามารถลงความเห็นในการประเมินได้อย่างสอดคล้อง

ประโยชน์ที่จะนำไปใช้ : เป็นแนวทางมาตรฐานสำหรับการดูแลและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชโดยสหวิชาชีพอย่างเป็นระบบ

บทนำ

กระบวนการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีในบริบทประเทศไทยได้ระบุไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 35 และมาตรา 36 กล่าวคือ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลส่งผู้ต้องหาหรือจำเลยซึ่งมีเหตุควรเชื่อว่าเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ไปรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีที่สถานบำบัดรักษา พร้อมรายละเอียดแห่งพฤติการณ์คดี โดยให้จิตแพทย์เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต และประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี อาจให้ความเห็นที่เกี่ยวข้องประกอบการรายงานผล ภายใน 45 วัน นับแต่วันที่ได้รับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ และอาจขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 45 วัน หากผู้ต้องหาหรือจำเลยยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ จิตแพทย์สามารถบำบัดรักษาผู้ต้องหา หรือจำเลยต่อไปในสถานบำบัดรักษา โดยให้รายงานผลการบำบัดรักษา และการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีภายในทุก 180 วัน^{1,2}

การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีมุ่งเน้นการตรวจประเมินสภาพจิตของผู้ป่วยคดีว่ามีความปกติมากเพียงพอหรือไม่ โดยระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี และผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดี การรายงานผลการบำบัดรักษา และการทำความเข้าใจ พ.ศ. 2564 ระบุเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามแบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (แบบ ผค.1) ดังนี้ 1) มีความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่าง ๆ รอบตัว 2) มีความเข้าใจ ตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา ความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่ถูกกล่าวหา และความสามารถในการพูดคุ้ย และตอบคำถามได้ตรงคำถาม 3) มีความสามารถในการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากคดี และ 4) มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง การลงความเห็นดังกล่าว จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาเป็นผู้ลงความเห็นและรายงานผลไปยังพนักงานสอบสวนหรือศาล โดยผู้ป่วยคดีต้องมีความสามารถครบทั้ง 4 ข้อ จึงถือว่ามีความสามารถในการต่อสู้คดี^{1,2} อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีเกณฑ์ทางคลินิกที่เชื่อมโยงกับเกณฑ์ทางกฎหมาย ทำให้การลงความเห็นเกี่ยวกับความสามารถในการต่อสู้คดียังเป็นอัตวิสัย และอาจเกิดความคลาดเคลื่อนในการลงความเห็น

การศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับปัจจัยทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการต่อสู้คดีพบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิต (psychotic disorders) ปัญหาระดับสติปัญญาบกพร่อง (intellectual disability) และภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive dysfunction) เป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการไม่สามารถต่อสู้คดีได้³⁻⁸ โดยเฉพาะเมื่อมีอาการโรคจิต ด้านกระบวนการคิดที่ผิดปกติ³ ขณะที่กระบวนการบำบัดรักษาทางจิตเวช ทั้งอาการด้านบวก (positive symptoms) อาการด้านลบ (negative symptoms) และอาการต่อต้านการรักษา (resistance) รวมถึงการใช้ยาอย่างต่อเนื่องและการให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินเป็นปัจจัยที่ช่วยลดความเสี่ยงและเพิ่มโอกาสในการกลับมาที่มีความสามารถต่อสู้คดีได้^{8,9} การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีจึงจำเป็นต้องพิจารณาลักษณะทางคลินิกเหล่านี้ควบคู่กับเกณฑ์ทางกฎหมาย และต้องมีกระบวนการบำบัดรักษา

ความผิดปกติทางจิตอย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการต่อสู้คดีได้ต่อไป

ในต่างประเทศมีระบบดูแลและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชแบบองค์รวม ซึ่งอ้างอิงตามระบบกฎหมายและระบบบริการสาธารณสุขของแต่ละประเทศ เช่น restoration competency model ของสหรัฐอเมริกา¹⁰ และ care program approach ของสหราชอาณาจักร¹¹ ขณะที่ประเทศไทยมีบริการตรวจวินิจฉัยบำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี แต่ยังขาดการบูรณาการบริการเหล่านี้อย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ยังไม่พบว่ามีการศึกษาทบทวนลักษณะและระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชเพื่อนำมาเทียบเคียงกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามกฎหมาย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งพัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีที่สอดคล้องกับบริบททางกฎหมายและระบบบริการนิติจิตเวชของประเทศไทย โดยผนวกแนวทางการประเมินอาการทางจิตเวชกับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีเพื่อให้เกิดระบบบริการนิติจิตเวชที่มีเกณฑ์ทางคลินิกสำหรับการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีร่วมกับเกณฑ์ทางกฎหมาย และสามารถเชื่อมโยงกับการบำบัดรักษาและติดตามผู้ป่วยโดยสหวิชาชีพตามระยะและประเด็นปัญหาอย่างเป็นระบบ

วิธีการ

การวิจัยและพัฒนา (research and development) ในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เลขที่ 1/2567 วันที่ 16 พฤศจิกายน 2566 ดำเนินการเดือนธันวาคม พ.ศ. 2566 ถึง พฤษภาคม พ.ศ. 2568 ตามแนวทางการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต ขั้นตอนที่ 1 - 5¹² ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาระบบ

ดำเนินการโดยทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยและการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยทางจิต ได้แก่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 35 และมาตรา 36 ตลอดจนอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง และประชุมสหวิชาชีพด้านนิติจิตเวช ประกอบด้วยจิตแพทย์ นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด วิชาชีพละ 2 คน รวมทั้งพยาบาลจิตเวช ผู้รับผิดชอบงานพยาบาลนิติจิตเวชผู้ป่วยนอก งานพยาบาลนิติจิตเวชผู้ป่วยในชาย งานพยาบาลนิติจิตเวชผู้ป่วยในหญิง และงานพยาบาลนิติจิตเวชชุมชน หน่วยงานละ 1 คน เพื่อวิเคราะห์เจตนารมณ์ของกฎหมาย ช่องว่างและอุปสรรคของกระบวนการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีที่พบในการปฏิบัติงาน รวมทั้งข้อเสนอแนะในการพัฒนากระบวนการจากการเยี่ยมชมสำรวจของสถาบันรับรองคุณภาพมาตรฐานสถานพยาบาล และรวบรวมข้อเสนอแนะของสหวิชาชีพเพื่อพัฒนากระบวนการให้เป็นระบบ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดกรอบแนวคิดการพัฒนาระบบ

ดำเนินการโดยใช้ผลจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับระบบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ระบบการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ระบบบริการนิติจิตเวชในต่างประเทศ และความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตเวชกับความสามารถในการต่อสู้คดี พร้อมทั้งทบทวนเอกสารในปีงบประมาณ 2563 - 2565 ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เกี่ยวกับสถิติผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี และสุ่มเจาะระเบียบผู้ป่วยที่จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาลงความเห็นครั้งแรกภายใน 90 วัน นับแต่รับไว้ว่าไม่สามารถต่อสู้คดีได้ จำนวน 10 ราย เพื่อระบุลักษณะของผู้ป่วยที่ไม่สามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ การวินิจฉัย การบำบัดรักษาที่ได้รับ และอาการทางจิตเวชที่ยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ตามแบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS)¹³ และแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท (positive and negative syndrome scale: PANSS)¹³

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบและจัดทำต้นร่างระบบ

ผู้วิจัยใช้กระบวนการ appreciation-influence-control (A-I-C)¹⁴ ร่วมกับจิตแพทย์ 8 คน แบ่งเป็นผู้มีประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านนิติจิตเวชตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป 4 คน และมีประสบการณ์ 5 - 10 ปี 4 คน โดยจัดประชุม 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 ชั่วโมง กระบวนการประกอบด้วย การกำหนด

เป้าหมายในการพัฒนาระบบจากผลในขั้นตอนที่ 1 และ 2 (appreciation) การกำหนดเนื้อหาการดำเนินงานภายใต้กรอบแนวคิดจากขั้นตอนที่ 2 ได้แก่ เกณฑ์การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่เชื่อมโยงกับความสามารถในการต่อสู้คดี การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา และการประชุมติดตามความก้าวหน้า (influence) และการยกร่างระบบตามกรอบแนวคิดและกำหนดบทบาทของจิตแพทย์ในกระบวนการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (control) จากนั้นนำเสนอข้อมูลจากกระบวนการ A-I-C ต่อสหวิชาชีพในที่ประชุมสหวิชาชีพด้านนิติจิตเวช (ชุดเดียวกับขั้นตอนที่ 1) เพื่อกำหนดบทบาทของสหวิชาชีพ และนำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงแก้ไขเป็นต้นร่างระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

ขั้นตอนที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

ผู้วิจัยนำต้นร่างจากขั้นตอนที่ 3 มาตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 7 คน ซึ่งมีประสบการณ์การทำงานด้านนิติจิตเวชตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย จิตแพทย์ 3 คน พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด วิชาชีพละ 1 คน โดยใช้วิธีเดลฟายประยุกต์ (modified Delphi method)¹⁵ แล้วนำเสนอแนะมาปรับปรุงระบบ ทั้งนี้ ผู้เชี่ยวชาญ 1 คนเป็นจิตแพทย์ที่ร่วมยกร่างในขั้นตอนที่ 3 ด้วย เนื่องจากเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามกฎหมายไทย จึงมีคุณสมบัติเหมาะสมกับการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ เพื่อให้การพัฒนาระบบเป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย และไม่คลาดเคลื่อนไปจากหลักการทางนิติจิตเวชคลินิก

ขั้นตอนที่ 5 การทดลองใช้ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

การดำเนินงานแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนย่อย ดังนี้

5.1 การทดลองใช้เฉพาะส่วนการดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยเริ่มจากการตรวจสอบความเข้าใจ (cognitive debriefing) ของระบบร่วมกับจิตแพทย์ผู้ประเมินอาการและเก็บข้อมูล 3 คน จากนั้นทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตจากการใช้สารเสพติดจำนวน 3 ราย เพื่อประเมินความสอดคล้องระหว่าง

นิยามและเกณฑ์เป้าหมายของอาการกับการดูแลรักษาในแต่ละระยะ ว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันหรือไม่ และดำเนินการปรับเป้าหมายของอาการในแต่ละระยะให้สอดคล้องกับนิยามและแนวทางการดูแลรักษา

5.2 การทดลองใช้ทั้งระบบ ดำเนินการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยที่พนักงานสอบสวนหรือศาลส่งมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี 3 รายแรก ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป เข้ารับการตรวจประเมินและบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน และสื่อสารภาษาไทยได้ และเกณฑ์การคัดออก ได้แก่ มีโรคร่วมทางระบบประสาท เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระสับกระสอย โรคพาร์กินสัน หรือภาวะสมองได้รับการกระทบกระเทือนจากอุบัติเหตุ โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการติดตามจนกว่าจะมีความสามารถในการต่อสู้คดี แต่ไม่เกิน 180 วันนับแต่วันที่ถูกส่งตัวเพื่อรับการตรวจประเมิน ดำเนินการทดลองใช้โดยจิตแพทย์ 3 คน ซึ่งเป็นจิตแพทย์ชุดเดียวกับในขั้นตอน 5.1

เครื่องมือที่ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและการบำบัดรักษา ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะคดี การวินิจฉัย ระยะเวลาที่มีอาการทางจิต ระยะเวลาและการบำบัดรักษาในแต่ละระยะ บันทึกข้อมูลตลอดระยะเวลาที่ศึกษาโดยจิตแพทย์

2. แบบบันทึกความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ ผลการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี จำนวนวันที่ใช้ในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี และแผนการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีกรณีที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ภายใน 180 วัน บันทึกข้อมูลเมื่อลงความเห็นการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีโดยจิตแพทย์ ทั้งนี้ การลงความเห็นความสามารถในการต่อสู้คดีในแบบบันทึกนี้ อิงเกณฑ์ตามกฎหมายร่วมกับเกณฑ์ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่ได้จากขั้นตอนที่ 1 ซึ่งเป็นอาการเป้าหมายที่สอดคล้องกับความสามารถในการต่อสู้คดีในทางกฎหมาย

3. แบบประเมินอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับความสามารถในการต่อสู้คดี ผู้วิจัยประยุกต์จากแบบประเมิน BPRS และ PANSS มี 16 ข้อ ได้แก่ อาการไม่รู้เวลา สถานที่และบุคคล อาการประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวง ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง เนื้อหา

ความคิดผิดปกติ ความคิดสับสน การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ความตึงเครียด ความรู้สึกไม่เป็นมิตร อาการตื่นเต้น กระวนกระวาย การไม่ร่วมมือ และความสามารถในการควบคุมแรงผลักดันไม่ดี แต่ละข้อแบ่งระดับความรุนแรงเป็น 7 ระดับ ตั้งแต่ 1 คือ ไม่มีอาการ ถึง 7 คือ มีอาการรุนแรงมาก¹³ ประเมินโดยจิตแพทย์ตั้งแต่แรกเริ่ม จากนั้นทุก 1 สัปดาห์ หรือเมื่อลงความเห็นการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี แบบประเมินทั้งฉบับผ่านการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการในขั้นตอนที่ 4 ในส่วนเกณฑ์การประเมินความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่เชื่อมโยงกับความสามารถในการต่อสู้คดี และผ่านการตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมิน (inter-rater agreement) จากสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa coefficient)¹⁶ ระหว่างจิตแพทย์ผู้เก็บข้อมูลจำนวน 3 คนกับจิตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติจิตเวช ได้ค่าสัมประสิทธิ์ 0.87 - 1.00

4. แบบบันทึก case formulation ได้แก่ ปัญหาที่พบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และการบริหารจัดการโดยสหวิชาชีพ บันทึกข้อมูลตลอดระยะเวลาที่ศึกษาโดยจิตแพทย์

การประเมินผลของระบบแผนเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

พิจารณาจากตัวชี้วัด 2 ประการ ได้แก่ 1) ความสำเร็จในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีและอาการทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่าง โดยวัดจากความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน และการลดลงของอาการทางจิตตามเป้าหมายในแต่ละระยะ ทั้งนี้ หากกลุ่มตัวอย่างยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ภายใน 90 วัน จะได้รับการติดตามจนถึง 180 วัน และ 2) ความเชื่อมั่นของแนวทางการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี โดยคำนวณความสอดคล้องจากสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน ระหว่างจิตแพทย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านนิติจิตเวชกับจิตแพทย์เจ้าของไข้แต่ละราย ซึ่งเป็นจิตแพทย์ผู้ทดลองใช้ระบบในขั้นตอนที่ 5

ผล

ความต้องการและความจำเป็นในการพัฒนาระบบ

การทบทวนและประชุมสหวิชาชีพพบว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการตรวจวินิจฉัยและการประเมินความสามารถ

ในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยทางจิตมีเจตนารมณ์เพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีอาญาที่มีอาการทางจิตและไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม ให้ได้รับการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีจนสามารถเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมต่อไป^{1,2} อย่างไรก็ตาม พบช่องว่างของกระบวนการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีในประเทศไทย ดังนี้ 1) ยังไม่มีระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชในสถานบำบัดรักษาอย่างครบวงจร ที่ครอบคลุมการดูแลตามระยะการรักษา การตรวจประเมินทางคลินิกที่สอดคล้องกับความสามารถในการต่อสู้คดี การดูแลตามประเด็นปัญหา และการติดตามความก้าวหน้า 2) ขาดการประเมินผลการดูแลรักษาตามกรอบระยะเวลาที่ต้องรายงานความสามารถในการต่อสู้คดี และ 3) ยังไม่มีเกณฑ์ทางคลินิกที่จิตแพทย์สามารถใช้ควบคู่กับเกณฑ์ทางกฎหมายในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วย ทำให้การลงความเห็นเป็นแบบอัตวิสัยและมีโอกาสคลาดเคลื่อนสูง สหวิชาชีพจึงมีข้อเสนอให้มีการพัฒนาระบบใหม่เพื่อปิดช่องว่างดังกล่าว โดยต้องสอดคล้องกับบริบทการดูแลรักษาของประเทศไทย และสามารถดำเนินการตามเจตนารมณ์ของกฎหมายได้อย่างเหมาะสม

กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบ

ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดในการพัฒนาโดยใช้แนวคิดการวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีสุขภาพจิต¹² ภายใต้ขอบเขตการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีโดยอาศัยอาการทางคลินิก ร่วมกับเกณฑ์ทางกฎหมาย และกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยในสถานบำบัดรักษา ดังแผนภาพที่ 1

การทบทวนสถิติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่า ผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีในปีงบประมาณ 2563 - 2565 มีวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia) ร้อยละ 86 รองลงมาคือความผิดปกติของการใช้แอมเฟตามีน (amphetamine use disorder) ร้อยละ 10 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 90, 91 และ 82 วันตามลำดับ¹⁷ ส่วนการทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่ยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ภายใน 90 วัน จำนวน 10 ราย พบว่า ผู้ป่วยทุกรายได้รับการวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิต พบอาการทางจิตเวชขณะยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ 16 กลุ่ม ได้แก่ อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล อาการ



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

ประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวง คิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง เนื้อหาความคิดผิดปกติ ความคิดสับสน การตัดสินใจและการหยั่งรู้ตนเองเสีย ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ความตึงเครียด ความรู้สึกไม่เป็นมิตร อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย การไม่ร่วมมือ และความสามารถในการควบคุมแรงผลักดันไม่ดี ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยการปรับเพิ่มขนาดยาการรักษาโรคจิต การใช้ยา clozapine หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้มีความสามารถในการต่อสู้คดี ทั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ภายใน 1 ปียังมีอาการความคิดสับสน อาการด้านลบ หรือปัญหาความจำบกพร่อง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่องในระยะยาว

ต้นร่างระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

จากการวิเคราะห์ผลการศึกษาในขั้นตอนที่ 1 และ 2 ด้วยกระบวนการ A-I-C ร่วมกับคณะจิตแพทย์ กำหนดเป้าหมายของระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่ ผู้ป่วยมีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน ซึ่งเป็นระยะเวลาที่มากที่สุดที่ต้องรายงานผลครั้งแรกตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และจิตแพทย์สามารถลงความเห็นการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีโดยใช้เกณฑ์การประเมินตามกฎหมายร่วมกับเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชได้อย่างสอดคล้องกัน

ต้นร่างระบบฯ ภายใต้กรอบแนวคิด อิงลักษณะอาการของโรคจิตเภทและโรคจิตจากการใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นการวินิจฉัยหลักที่พบมากที่สุด มีเนื้อหา ดังนี้

1. เกณฑ์การประเมินอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี โดยกำหนดให้ผู้ป่วยต้องมีระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชจากแบบประเมิน BPRS และ PANSS ทั้ง 16 อาการไม่เกินจุดตัดของแต่ละอาการ ร่วมกับมีความสามารถตามเกณฑ์ทางกฎหมาย จึงถือว่ามีความสามารถในการต่อสู้คดี ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

2. การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา กำหนดนิยามและเกณฑ์อาการเป้าหมายในระยะเร่งบำบัดระยะสงบอาการ และระยะคงที่ โดยจิตแพทย์ประเมินอาการผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับร่วมกับพยาบาลจิตเวช จากนั้นประเมินอย่างน้อยทุก 1 สัปดาห์ เพื่อระบุว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะใด และให้การบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับระดับความรุนแรงและความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละระยะ ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

3. การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา ดำเนินการผ่านการทำ case formulation โดยใช้แนวทาง 5P + 1D (presenting problems, predisposing factors, precipitating factors, perpetuating factors, protective factors และ drivers)¹⁸⁻²⁰ เพื่อระบุประเด็นปัญหาและการวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม

4. การประชุมติดตามความก้าวหน้า ประกอบด้วย แนวทางการหาข้อมูลเพิ่มเติม วางแผน และติดตามผล

ตารางที่ 1 ความสามารถในการต่อสู้คดี ตามเกณฑ์ทางกฎหมายและการประเมินอาการทางจิตเวช

เกณฑ์ทางกฎหมาย	เกณฑ์การประเมินอาการทางจิตเวช
เกณฑ์ข้อที่ 1 มีความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่าง ๆ รอบตัว	1) อาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล ≤ 1 คะแนน 2) อาการประสาทหลอน ≤ 3 คะแนน
เกณฑ์ข้อที่ 2 มีความเข้าใจ ตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา ความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่ถูกกล่าวหา และความสามารถในการพูดคุย และตอบคำถามได้ตรงคำถาม	1) ความรู้สึกหวาดระแวง ≤ 2 คะแนน 2) ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง ≤ 3 คะแนน 3) เนื้อหาความคิดผิดปกติ ≤ 3 คะแนน 4) ความคิดสับสน ≤ 2 คะแนน
เกณฑ์ข้อที่ 3 มีความสามารถในการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากคดี	1) การตัดสินใจและกรหยั่งรู้ตนเองเสีย ≤ 3 คะแนน
เกณฑ์ข้อที่ 4 มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง	1) ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ ≤ 3 คะแนน 2) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ ≤ 3 คะแนน 3) การแยกตัวทางอารมณ์ ≤ 4 คะแนน 4) การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ ≤ 3 คะแนน 5) ความตึงเครียด ≤ 3 คะแนน 6) ความรู้สึกไม่เป็นมิตร ≤ 1 คะแนน 7) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย ≤ 2 คะแนน 8) การไม่ร่วมมือ ≤ 1 คะแนน 9) ความสามารถควบคุมแรงผลักดันไม่ดี ≤ 2 คะแนน

การดูแลรักษา โดยกำหนดให้มีการประชุมครั้งแรกภายใน 30 วันนับแต่รับตัวผู้ป่วยไว้ และดำเนินการประชุมติดตามความก้าวหน้าทุก 1 เดือน โดยมีจิตแพทย์เป็นประธานการประชุม ทำหน้าที่สำรวจปัญหา ความต้องการ และความเสี่ยงของผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อจัดทำแนวทางการดูแลรักษาที่เหมาะสม และมีพยาบาลจิตเวชประจำหอผู้ป่วยเป็นเลขานุการการประชุม

ผลการตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการ

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาด้วยวิธีเดลฟาย ประยุกต์ ประเมินโดยสหวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญ 7 คน พบว่า ผู้ประเมินทุกคนให้คะแนนแต่ละหัวข้อในระดับ 3 ขึ้นไป (เห็นด้วยถึงเห็นด้วยอย่างมาก) ดังรายละเอียดในตารางที่ 3 ผู้ประเมินซึ่งเป็นจิตแพทย์มีความเห็นว่า การพิจารณาอาการทางจิตเวชควบคู่กับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีทางกฎหมายน่าจะช่วยให้อาการทางจิตเวชเห็นได้แม่นยำมากขึ้น ส่วน case formulation เป็นแนวคิดที่ปฏิบัติได้จริง ไม่ยุ่งยากเกินไป แต่จำเป็นต้องเชื่อมโยงไปสู่การวางแผนการดูแลรักษาที่สอดคล้องกับประเด็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งเสนอให้เพิ่มบทบาทจิตแพทย์ในการประเมินภาวะแกล้งป่วย (malingering) ในระยะเร่งบำบัดและระยะสงบอาการ นอกจากนี้ ผู้ประเมินซึ่งเป็นสหวิชาชีพอื่น ๆ ได้แก่

พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด เสนอให้เพิ่มบทบาทวิชาชีพของตนในการดูแลรักษาแต่ละระยะ โดยผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มบทบาทของจิตแพทย์และสหวิชาชีพอื่น ๆ ตามข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ผลการทดลองใช้ระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

การทำ cognitive debriefing พบว่า จิตแพทย์ผู้ประเมินอาการและผู้เก็บข้อมูลมีความเข้าใจนิยามเป้าหมาย และการดูแลตามระยะการรักษาเป็นอย่างดี จึงไม่มีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้เพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม การทดลองใช้เฉพาะส่วนการดูแลตามระยะการรักษา (ขั้นตอนที่ 5.1) กับกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 3 ราย พบว่า การกำหนดเกณฑ์เป้าหมายในระยะสงบอาการโดยใช้คะแนนรวมของทั้ง 16 อาการยังไม่สอดคล้องกับนิยามและแนวทางการดูแลรักษาโดยสหวิชาชีพ เนื่องจากแม้กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีคะแนนรวมบรรลุเป้าหมายของระยะสงบอาการแล้ว แต่ยังคงขาดความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริงและยังต้องได้รับการดูแลโดยสหวิชาชีพในลักษณะเดียวกับระยะสงบอาการต่อไป ผู้วิจัยจึงได้ปรับเป้าหมายของระยะสงบอาการ โดยกำหนดให้พิจารณาเฉพาะระดับความรุนแรงของกลุ่มอาการด้านบวก

ตารางที่ 2 นิยามและเกณฑ์อาการเป้าหมายการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี และบทบาทของทนายวิชาชีพ จำแนกตามระยะการดูแลรักษา

ระยะการรักษา	เป้าหมาย	เกณฑ์อาการเป้าหมาย		บทบาทของทนายวิชาชีพ
		เกณฑ์เดิม (ขั้นตอนที่ 3)	เกณฑ์ใหม่ (ขั้นตอนที่ 5.1)	
ระยะเร่งบำบัด	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง ต้องได้รับการเร่งบำบัดรักษาเพื่อสงบอาการและป้องกันภาวะอันตราย	ความรู้สึกละเลย ความรู้สึกไม่เป็นมิตร อาการตื่นตระหนก ภาวะวิตกกังวล ไม่เป็นมิตร อาการตื่นตระหนก ภาวะวิตกกังวล ไม่ร่วมมือ และความสามารถในการกลืน 14 วัน	อาการประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวง ความตื่นตระหนก ภาวะวิตกกังวล ไม่เป็นมิตร อาการตื่นตระหนก ภาวะวิตกกังวล ไม่ร่วมมือ และความสามารถในการกลืน 14 วัน	จิตแพทย์ ตรวจประเมินอาการทางจิตเวช ประเมินการรับรู้เหตุการณ์และ การเข้าใจกระบวนการยุติธรรม ประเมินความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง ภายในสัปดาห์แรกนับแต่รับตัวไว้ ให้การรักษาด้วยยา/การรักษาด้วยไฟฟ้า ติดตามผลการรักษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือประเมินอาการและ พฤติกรรมแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีผลข้างเคียงของยา พยาบาลจิตเวช ค้นหาปัญหาทางคลินิกและพฤติกรรมกฎหมาย ประเมินภาวะ แคล้งป่วยและภาวะวังเวงพฤติกรรมอันตราย นักจิตวิทยาคลินิก ทำจิตบำบัดกรณีภาวะวิกฤตทางจิตใจ นักสังคมสงเคราะห์ ทวนสอบวัตถุประสงค์การนำส่งและรวบรวมข้อมูลทางสังคม นักกิจกรรมบำบัด รวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจกรรม
	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตไม่ถึงขั้นรุนแรง ไม่มีภาวะอันตราย แต่ยังไม่สามารถรับรู้ ความเป็นจริง ยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อสงบอาการ และมีความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริง	คะแนนรวมอาการเป้าหมาย 16 อาการ ≤ 64 ภายใน 60 วัน	อาการประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวง ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง เนื้อหาความคิดติดปึกติ ความคิดสับสน ความตื่นตระหนก ความวิตกกังวล ไม่เป็นมิตร อาการตื่นตระหนก ภาวะวิตกกังวล ไม่ร่วมมือ และความสามารถในการกลืน 60 วัน	
ระยะสงบอาการ	ผู้ป่วยมีอาการทางจิตไม่ถึงขั้นรุนแรง ไม่มีภาวะอันตราย แต่ยังไม่สามารถรับรู้ ความเป็นจริง ยังจำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อสงบอาการ และมีความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริง	คะแนนรวมอาการเป้าหมาย 16 อาการ ≤ 64 ภายใน 60 วัน	อาการประสาทหลอน ความรู้สึกหวาดระแวง ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความเป็นจริง เนื้อหาความคิดติดปึกติ ความคิดสับสน ความตื่นตระหนก ความวิตกกังวล ไม่เป็นมิตร อาการตื่นตระหนก ภาวะวิตกกังวล ไม่ร่วมมือ และความสามารถในการกลืน 60 วัน	จิตแพทย์ ติดตามผลการรักษาอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือประเมินอาการ และพบทนายแผนการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีผลข้างเคียง ของยา ให้การรักษาด้วยยา/การรักษาด้วยไฟฟ้า วิเคราะห์ case formulation และวางแผนการจัดการปัญหาของผู้ป่วย ให้การบำบัดรักษาด้วยยา/จิตสังคม ตามประเด็นปัญหา (เช่น การสร้างแรงจูงใจในการเลิกเสพยาเสพติด การสร้างความตระหนักในความเจ็บป่วย การสร้างความตระหนักรู้ถึงผลที่เกิดจากคดี และการให้ความร่วมมือกับกระบวนการยุติธรรม) ประสานงานกับทนายวิชาชีพ เพื่อรวบรวมข้อมูล ประเด็นปัญหา และวางแผนการดูแลรักษาผู้เข้าร่วมกัน พยาบาลจิตเวช ให้การพยาบาลและดูแลความแข็งแรงของร่างกายตามประเด็น ปัญหา ประเมินภาวะแคล้งป่วยและความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง นักจิตวิทยาคลินิก ทำแบบทดสอบทางจิตวิทยาและประเมินภาวะแคล้งป่วย นักสังคมสงเคราะห์ รวบรวมข้อมูลทางสังคม และประเมินความพร้อมในการ ดูแลผู้ป่วยของครอบครัวและชุมชน นักกิจกรรมบำบัด ประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมและฟื้นฟู สมรรถภาพตามประเด็นปัญหา

ตารางที่ 2 นิยามและเกณฑ์อาการเป้าหมายการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี และบทบาทของทนายวิชาชีพ จำแนกตามระยะการดูแลรักษา (ต่อ)

ระยะการรักษา	เป้าหมาย	เกณฑ์อาการเป้าหมาย		บทบาทของทนายวิชาชีพ
		เกณฑ์เดิม (ขั้นตอนที่ 3)	เกณฑ์ใหม่ (ขั้นตอนที่ 5.1)	
ระยะคงที่	ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตทุเลา สามารถรับรู้ความเป็นจริงได้ตามเป้าหมายระยะสงบอาการ ยังจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีได้	คะแนนอาการเป้าหมาย 16 อาการ ตามเกณฑ์ทุกอาการ ร่วมกับมีความสามารถในการต่อสู้คดีติดตามเกณฑ์ทางกฎหมาย ภายใน 90 วัน	การคะแนนอาการเป้าหมาย 16 อาการ ตามเกณฑ์ทุกอาการ ร่วมกับมีความสามารถในการต่อสู้คดีติดตามเกณฑ์ทางกฎหมาย ภายใน 90 วัน	จิตแพทย์ ติดตามผลการรักษาย่อยน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือประเมินอาการและพบทนายแผนกการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือมีผลข้างเคียงของยา ให้การรักษาด้วยยา/การรักษาด้วยไฟฟ้า วิเคราะห์ case formulation และวางแผนการจัดการปัญหาของผู้ป่วย ให้การบำบัดรักษาตามจิตสังคมตามประเด็นปัญหา ประสานงานกับสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแลรักษา ติดตามผลการฟื้นฟูสมรรถภาพ เยียวยาเพื่อจากความรุนแรง ประเมินสภาพผู้ดูแลและเตรียมจำหน่ายผู้ป่วย พยาบาลจิตเวช ให้การพยาบาลและการบำบัดด้านจิตสังคมตามประเด็นปัญหา และเตรียมจำหน่าย นักจิตวิทยาคลินิก ทำจิตบำบัดตามประเด็นปัญหา นักสังคมสงเคราะห์ วางแผนการดูแลต่อเนื่องร่วมกับครอบครัวและชุมชน รวมทั้งหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม นักกิจกรรมบำบัด ฟื้นฟูสมรรถภาพตามประเด็นปัญหา

ตารางที่ 3 ความเห็นผู้เชี่ยวชาญต่อต้านร่างระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี

เนื้อหา	ลำดับที่ของผู้ประเมิน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. ระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี	4	4	4	4	4	4	4
2. การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา							
- นิยาม เป้าหมาย และการดูแลในระยะเร่งด่วน	4	4	4	4	4	4	4
- นิยาม เป้าหมาย และการดูแลในระยะสงบอาการ	4	3	4	4	4	4	4
- นิยาม เป้าหมาย และการดูแลในระยะคงที่	4	4	4	4	4	4	4
3. การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา							
- case formulation	4	4	4	4	4	4	4
- การวางแผนตามประเด็นปัญหา	4	4	3	4	4	3	4
4. การประชุมติดตามความก้าวหน้า							
- บทบาทหน้าที่ของสหวิชาชีพในการประชุม	4	3	4	4	4	4	4
- ขั้นตอนการประชุม	4	3	4	4	4	4	4

หมายเหตุ : 1 คือ ไม่เห็นด้วยอย่างมาก 2 คือ ไม่เห็นด้วย 3 คือ เห็นด้วย 4 คือ เห็นด้วยอย่างมาก

และด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมเป็นหลัก นอกจากนี้ยังพบว่า อาการด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมซึ่งสะท้อนความเสี่ยงของการก่อความรุนแรงนั้น มีความสอดคล้องกับนิยามของระยะเร่งด่วนบำบัดเช่นเดียวกัน จึงได้เพิ่มอาการกลุ่มดังกล่าวไว้ในเป้าหมายระยะดังกล่าวด้วย ดังรายละเอียดดังตารางที่ 2

การทดลองใช้ทั้งระบบ (ขั้นตอนที่ 5.2) กับกลุ่มตัวอย่าง 3 ราย พบผลดังนี้

รายที่ 1 เพศหญิง อายุ 37 ปี มีคดีฉ้อโกงประชาชน วินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติของการใช้แอมเฟตามีน ระยะเวลาลับป่วยทางจิต 11 ปี แกรับมีกลุ่มอาการด้านบวก และด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ได้รับการรักษาด้วยยา (รวม clozapine) การสร้างความตระหนักรู้ในความเจ็บป่วยและผลจากคดี การบำบัดภาวะเสพติด การสร้างแรงจูงใจในการบำบัดรักษาต่อเนื่อง และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยอยู่ในระยะเร่งด่วน 21 วัน ระยะสงบอาการ 28 วัน และระยะคงที่ 10 วัน รวมระยะเวลาฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี 59 วัน

รายที่ 2 เพศชาย อายุ 26 ปี มีคดีทำร้ายร่างกาย และพยายามฆ่า วินิจฉัยโรคจิตเภทร่วมกับความผิดปกติของการใช้แอมเฟตามีนและกัญชา (cannabis use disorder) ระยะเวลาลับป่วยทางจิต 12 ปี แกรับมีกลุ่มอาการด้านบวก

และด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ได้รับการรักษาด้วยยา (รวม clozapine) การรักษาด้วยไฟฟ้า การสร้างความตระหนักรู้ การบำบัดภาวะเสพติด การสร้างแรงจูงใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผู้ป่วยอยู่ในระยะเร่งด่วน 17 วัน ระยะสงบอาการ 25 วัน และระยะคงที่ 24 วัน รวมระยะเวลาฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี 66 วัน

รายที่ 3 เพศชาย อายุ 49 ปี มีคดีความผิดต่อชีวิต วินิจฉัยโรคจิตเภท ระยะเวลาลับป่วยทางจิต 26 ปี แกรับมีกลุ่มอาการด้านบวก ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม และด้านการรู้คิดบกพร่อง ได้รับการรักษาด้วยยา (รวม clozapine) การรักษาด้วยไฟฟ้า การกระตุ้นการรับรู้สิ่งแวดล้อมตามความเป็นจริง และการกระตุ้นกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยอยู่ในระยะเร่งด่วน 70 วัน และยังคงอยู่ในระยะสงบอาการจนครบระยะติดตาม 180 วัน โดยยังไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดี และยังคงมีระดับความรุนแรงของอาการไม่รู้เวลา สถานที่ และบุคคล และความคิดสับสนสูงกว่าเกณฑ์เป้าหมาย ในระยะนี้ผู้ป่วยได้รับแผนการฟื้นฟูเพิ่มเติม ได้แก่ การปรับยา การกระตุ้นการรู้คิดผ่านกิจกรรมบำบัด และการให้ญาติมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างจิตแพทย์เจ้าของไข้กับนิติจิตแพทย์ ในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี โดยใช้เกณฑ์ตามกฎหมายร่วมกับเกณฑ์ระดับความรุนแรงอาการเป้าหมาย พบว่า ผู้ประเมินสามารถ

ลงความเห็นตรงกันในทุกหัวข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แคปปาเท่ากับ 1.0 ดังรายละเอียดในตารางที่ 4

วิจารณ์

การศึกษานี้พัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี ซึ่งประกอบด้วย 1) เกณฑ์การประเมินอาการทางจิตเวชที่สอดคล้องกับเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ซึ่งกำหนดเป็นเป้าหมายของการดูแลรักษา 2) การดูแลผู้ป่วยตามระยะในสถานบำบัดรักษา ครอบคลุมการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี 3) การดูแลรักษาตามประเด็นปัญหา และ 4) การประชุมติดตามความก้าวหน้าโดยจิตแพทย์ มีบทบาทหลักในการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต ประเมินภาวะแกล้งป่วย บำบัดรักษาตามประเด็นปัญหา และประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ซึ่งในประเทศไทยยังไม่พบว่ามียุทธวิธีที่ผนวกการประเมินอาการทางจิตเวชกับการประเมินและการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีตามเกณฑ์ทางกฎหมายมาก่อน ระบบแผนที่พัฒนาขึ้นนี้สอดคล้องกับ restoration competency model ในสหรัฐอเมริกา ซึ่งดำเนินการตามระยะเช่นกัน ระยะแรกมีเป้าหมายเพื่อสงบอาการทางจิตของผู้ป่วยและให้เกิดการฟื้นคืนความสามารถในกระบวนการใช้ความคิด ส่วนระยะหลังมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมจนสามารถเข้าสู่กระบวนการต่อสู้คดีได้ โดยการดูแลรักษาผู้ป่วยครอบคลุมประเด็นความสามารถในการต่อสู้คดี ความเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดรักษาด้วยยา และการบำบัดรักษาด้านจิตสังคม¹⁰ และสอดคล้องกับ care program approach ในสหราชอาณาจักร ซึ่งเป็นระบบการบริการจัดการผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตรุนแรง มีการดูแลผู้ป่วย

องค์รวมโดยสหวิชาชีพ และมีการติดตามความก้าวหน้าอย่างเป็นระบบ¹¹

ผลการทดลองใช้ระบบในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยทางจิต 3 ราย พบว่า มี 2 รายที่มีความสามารถในการต่อสู้คดีภายใน 90 วัน กล่าวคือ 59 และ 66 วัน ซึ่งน้อยกว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยของผู้ป่วยคดีสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ก่อนหน้านี้ ซึ่งมีวันนอนเฉลี่ย 82 - 91 วัน¹⁷ และใกล้เคียงกับการศึกษา restoration competency model ซึ่งพบว่าผู้ป่วยจิตเภทใช้ระยะเวลาเฉลี่ย 64.1 วันในการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี¹⁰ อย่างไรก็ตาม ทั้ง 2 รายอยู่ในระยะเร่งบำบัดนานกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ เนื่องจากมีประวัติใช้สารเสพติดและขาดการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาลดลง²¹ ทั้งนี้ ไม่พบอุบัติการณ์พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงในระยะดังกล่าว ส่วนอีก 1 รายยังไม่มีความสามารถในการต่อสู้คดีหลังรับไว้ 180 วัน แม้ได้รับการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งได้รับยา clozapine และการรักษาด้วยไฟฟ้าแล้ว เนื่องจากมีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน ขาดการรักษาต่อเนื่อง มีความรุนแรงของอาการด้านบวกในระดับสูง และไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตตั้งแต่ระยะแรก ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงของการตอบสนองต่อการรักษาที่ไม่ดี²¹⁻²² นอกจากนี้ ยังมีอาการความคิดสับสนและการรู้คิดบกพร่อง ซึ่งพบว่ามีความสัมพันธ์กับการขาดความสามารถในการต่อสู้คดี^{5,6,8,9} อย่างไรก็ตาม พบว่ากลุ่มตัวอย่างรายนี้ยังมีการตอบสนองต่อการรักษาบางส่วน จึงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีต่อไป

การศึกษานี้ได้พัฒนาเกณฑ์การประเมินระดับความรุนแรงของอาการทางจิตเวช เพื่อให้จิตแพทย์ใช้ประกอบการประเมินทางคลินิก ร่วมกับเกณฑ์การประเมิน

ตารางที่ 4 การลงความเห็นในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของกลุ่มตัวอย่างโดยจิตแพทย์

เกณฑ์การประเมิน ความสามารถในการต่อสู้คดี	กลุ่มตัวอย่างรายที่ 1		กลุ่มตัวอย่างรายที่ 2		กลุ่มตัวอย่างรายที่ 3	
	จิตแพทย์ 1	นิติจิตแพทย์	จิตแพทย์ 2	นิติจิตแพทย์	จิตแพทย์ 3	นิติจิตแพทย์
ความสามารถและอาการตามเกณฑ์ข้อ 1	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
ความสามารถและอาการตามเกณฑ์ข้อ 2	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
ความสามารถและอาการตามเกณฑ์ข้อ 3	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
ความสามารถและอาการตามเกณฑ์ข้อ 4	มี	มี	มี	มี	มี	มี

ความสามารถในการต่อสู้คดีตามแบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (แบบ ผค.1) ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่ใช้ตามกฎหมายไทย ส่งผลให้การลงความเห็นมีความเป็นแบบภววิสัยมากขึ้น ผลการทดลองใช้ระบบพบว่า เกณฑ์ดังกล่าวมีความสอดคล้องระหว่างผู้ประเมินในระดับสูง จึงสามารถนำไปใช้ในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีในระบบบริการนิติจิตเวชไทย

การศึกษานี้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและพัฒนาอย่างเคร่งครัด โดยเฉพาะกระบวนการกลั่นกรองความเห็นของผู้เชี่ยวชาญและการทดลองใช้อย่างเป็นระบบ ผลการศึกษาช่วยปิดช่องว่างระบบบริการนิติจิตเวชไทย โดยปรับปรุงกระบวนการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีให้มีความชัดเจนและครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งปรับปรุงกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชให้เป็นองค์รวม ครอบคลุมทั้งการบำบัดรักษาทางคลินิกและการฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดี มีการกำหนดบทบาทของทีมสหวิชาชีพอย่างชัดเจน และมีแนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องแม้ผู้ป่วยยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ภายใน 180 วัน ช่วยให้สถานบำบัดรักษาสามารถให้บริการนิติจิตเวชได้อย่างเหมาะสมและเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้มีข้อจำกัดหลายประการ ได้แก่ 1) กลุ่มตัวอย่างในการทดลองใช้ระบบมีจำนวนน้อย เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกส่งมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีและตรงกับเกณฑ์การศึกษามีจำนวนน้อย 2) มีจิตแพทย์ 1 คนเป็นทั้งผู้ร่วมพัฒนาและผู้ประเมินคุณภาพของระบบ เนื่องจากในประเทศไทยมีผู้มีประสบการณ์ด้านนิติจิตเวชจำนวนจำกัด อีกทั้งยังไม่มีระบบนี้ในประเทศไทยมาก่อน จึงจำเป็นต้องอาศัยความเชี่ยวชาญจากจิตแพทย์ดังกล่าว อย่างไรก็ตาม ผู้เชี่ยวชาญอื่นที่ร่วมตรวจสอบคุณภาพทางวิชาการไม่ใช่ชุดเดียวกับผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมพัฒนาระบบในขั้นตอนก่อนหน้า จึงน่าจะช่วยลดอคติในการประเมินได้ 3) การพัฒนาระบบนี้ดำเนินการในสถานบำบัดรักษาระดับเหนือตติยภูมิที่มีความเป็นเลิศด้านนิติจิตเวชและมีสหวิชาชีพที่มีประสบการณ์ด้านนิติจิตเวช และทดลองใช้ระบบเฉพาะกับกลุ่มผู้ป่วยที่มีวินิจฉัยหลักเป็นโรคจิตเภท จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในสถานบำบัดรักษาและในกลุ่มตัวอย่างที่หลากหลาย โดยเฉพาะผู้ป่วยสติปัญญาบกพร่องและผู้ป่วยสมองเสื่อม ซึ่งมีการดำเนินโรคที่แตกต่างไป

เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการนำระบบไปใช้ หรือเป็นข้อมูลสำหรับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทและลักษณะของผู้ป่วย และ 4) การศึกษามุ่งเน้นเฉพาะการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี จึงควรมีการศึกษาในประเด็นอื่นเพิ่มเติม โดยเฉพาะการป้องกันการก่อคดีซ้ำ เพื่อให้เกิดกระบวนการดูแลผู้ป่วยนิติจิตเวชที่สอดคล้องกับเป้าหมายสูงสุดของกระบวนการยุติธรรม

สรุป

การศึกษานี้ได้พัฒนาระบบแผนการดูแลเพื่อการพัฒนาความสามารถในการต่อสู้คดี ซึ่งประกอบด้วยการปรับปรุงเกณฑ์เป้าหมายของความสามารถในการต่อสู้คดี โดยอิงกับลักษณะและความรุนแรงของอาการทางจิตเวช การกำหนดแนวทางและบทบาทการดูแลผู้ป่วยตามระยะและประเด็นปัญหาโดยทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งการติดตามความก้าวหน้าผ่านการประชุมทีมสหวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอ ระบบแผนดังกล่าวช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูความสามารถในการต่อสู้คดีได้ภายใน 90 วัน และช่วยให้การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีมีมาตรฐานและความสอดคล้องมากขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังหรือความบกพร่องด้านการรู้คิดอาจจำเป็นต้องใช้เวลาฟื้นฟูนานกว่าเป้าหมายที่กำหนด ทั้งนี้ ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบไปขยายผลเพิ่มเติมในสถานบำบัดรักษาอื่น ๆ และในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณแพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ และแพทย์หญิงอรรณพ ศิลปกิจ ที่ให้คำแนะนำในการวิจัย สมาชิกกลุ่มงานการแพทย์ และคณะทำงานบริการนิติจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบ หอผู้ป่วยนิติภัทร และหอผู้ป่วยหญิง สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Prukkanone B, editor. Including subordinate laws according to the Mental Health Act B.E. 2008 and its amendments (No. 2) B.E. 2019. Nonthaburi: Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission; 2022. (in Thai)
2. Prukkanone B, editor. Manual for operations according to the Mental Health Act B.E. 2008 and its amendments

- (No. 2) B.E. 2019. Nonthaburi: Office of the Secretariat to the National Mental Health Commission; 2023. (in Thai)
3. Frierson RL, Shea SJ, Shea ME. Competence-to-stand-trial evaluations of geriatric defendants. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2002;30(2):252-6.
4. Mikolajewski AJ, Manguno-Mire GM, Coffman KL, Deland SM, Thompson JW Jr. Patient characteristics and outcomes related to successful outpatient competency restoration. *Behav Sci Law*. 2017;35(3): 225-38. doi:10.1002/bsl.2287.
5. Morris DR, Parker GF. Effects of advanced age and dementia on restoration of competence to stand trial. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32(3):156-60. doi:10.1016/j.ijlp.2009.02.009.
6. Porter Staats ML, Kivisto AJ, Connell RE. The role of cognitive functioning in predicting restoration among criminal defendants committed for inpatient restoration of competence to stand trial. *Int J Law Psychiatry*. 2021;74:101654. doi:10.1016/j.ijlp.2020.101654.
7. Tartaro C, Duntley J, Medvetz S, Hafner N. Factors that predict murder defendants' competence to stand trial. *Int J Law Psychiatry*. 2018;59:31-7. doi:10.1016/j.ijlp.2018.05.009.
8. Kois L, Pearson J, Chauhan P, Goni M, Saraydarian L. Competency to stand trial among female inpatients. *Law Hum Behav*. 2013;37(4):231-40. doi:10.1037/lhb0000014.
9. Danzer GS, Wheeler EMA, Alexander AA, Wasser TD. Competency restoration for adult defendants in different treatment environments. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2019;47(1):68-81. doi:10.29158/JAAPL.003819-19.
10. Rice K, Jennings JL. The ROC program: accelerated restoration of competency in a jail setting. *J Correct Health Care*. 2014;20(1):59-69. doi:10.1177/1078345813505067.
11. Department of Health. Reviewing the care programme approach 2006 [Internet]. London: Department of Health; 2006 [cited 2025 May 10]. Available from: <https://www.bipsolutions.com/docstore/pdf/14895.pdf>
12. Office of Mental Health Development. Manual of research and development for mental health technology. Nonthaburi: Office of Mental Health Development, Department of Mental Health; 2012. (in Thai)
13. Department of Mental Health. Manual for the care system for psychiatric patients at high risk of committing violence for institutions/hospitals under the Department of Mental Health Ministry of Public Health. Nonthaburi: Department of Mental Health; 2020. (in Thai)
14. Cheamvarasart K, Khuandamrongtham P, Phimchaisai P, Moonrut J. The development of workshop plan based on the AIC processes for community health plan of village health volunteers. *Christian University of Thailand Journal*. 2013;19(1):198-210. (in Thai)
15. Dhatsiwat C. The Delphi technique of researching. *Thai Journal of Public Administration*. 2010;8(1): 185-223. (in Thai)
16. Viera AJ, Garrett JM. Understanding interobserver agreement: the kappa statistic. *Fam Med*. 2005;37(5): 360-3.
17. Galya Rajanagarindra Institute. Galya Rajanagarindra Institute annual report 2022. Bangkok: Galya Rajanagarindra Institute; 2023. (in Thai)
18. Delle-Vergini V, Day A. Case formulation in forensic practice: challenges and opportunities. *Journal of Forensic Practice*. 2016;18(3):240-50. doi:10.1108/JFP-01-2016-0005.
19. de Vries Robb  M, de Vogel V, de Spa E. Protective factors for violence risk in forensic psychiatric patients: a retrospective validation study of the SAPROF. *Int J Forensic Ment Health*. 2011;10(3):178-86. doi:10.1080/14999013.2011.600232.
20. Graipaspong D, Graipaspong N. Counseling core curriculum for counselors in psycho-social counseling clinic in the court system. Bangkok: Galya Rajanagarindra Institute; 2021. (in Thai)
21. Carbon M, Correll CU. Clinical predictors of therapeutic response to antipsychotics in schizophrenia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2014;16(4):505-24. doi:10.31887/DCNS.2014.16.4/mcarbon.
22. Sepp l  A, Pylv n inen J, Lehtiniemi H, Hirvonen N, Corripio I, Koponen H, et al. Predictors of response to pharmacological treatments in treatment-resistant schizophrenia - a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2021;236:123-34. doi:10.1016/j.schres.2021.08.005.