



Academic Focus

กุมภาพันธ์ 2560

สารบัญ

บทนำ	1
ความรุนแรงกับผู้มีปัญหาทาง สุขภาพจิต	2
นโยบายและมาตรการสำหรับ ผู้กระทำผิดที่มีปัญหาด้าน สุขภาพจิตในต่างประเทศ	3
นโยบายและมาตรการสำหรับ ผู้กระทำความผิดที่มีปัญหาด้าน สุขภาพจิตในประเทศไทย	7
นโยบายและมาตรการสำหรับ นักโทษที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต	8
ระบบศาลสุขภาพจิต	10
บทสรุปและข้อเสนอแนะของ ผู้ศึกษา	14
บรรณานุกรม	18

เอกสารวิชาการอิเล็กทรอนิกส์

สำนักวิชาการ

สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร

<http://www.parliament.go.th/library>

ระบบศาลสุขภาพจิต : แนวทางการบริหารจัดการผู้กระทำผิด
กฎหมายที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

บทนำ

ปัญหาด้านสุขภาพจิต ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของผู้คนในสังคมเป็นอย่างมาก ในสังคมไทย มีบุคคลจำนวนมากไม่น้อยที่มีสุขภาพจิตไม่ปกติ ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ก่อปัญหาทางสังคมหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระทำผิดทางกฎหมาย อาทิ การฆ่า ช่มชู้ การทำร้ายผู้อื่น หรือการทำลายทรัพย์สิน เป็นต้น แม้ว่าในปัจจุบัน จะมีมาตรการเพื่อดำเนินการควบคุม ดูแลผู้กระทำผิดที่จิตไม่ปกติอยู่หลายประการ แต่มาตรการเหล่านี้ มีเพียงการคุ้มครองสิทธิในการต่อสู้คดี การคุ้มครองด้านการรับผิดทางอาญาของผู้กระทำผิดที่จิตไม่ปกติ และการป้องกันสังคมจากการก่อเหตุร้ายโดยผู้กระทำผิดที่จิตไม่ปกติด้วยการควบคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลเพียงเท่านั้น ซึ่งไม่ได้เป็นการแก้ไขที่ต้นตอหรือสาเหตุของปัญหา รวมถึงไม่สามารถรับประกันได้ว่าผู้กระทำผิดจะไม่ก่อคดีซ้ำอีก ที่ผ่านมา รัฐบาลจึงพยายามปรับปรุงกฎหมายให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบันมากยิ่งขึ้น โดยการแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2551 ซึ่งแรกเริ่ม มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการบรรเทาความผิดปกติทางจิต ด้วยการบังคับรักษา เพื่อคุ้มครองสังคมจากอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเอง โดยกฎหมายฉบับใหม่ ได้มีการกำหนดนโยบายและมาตรการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต โดยเฉพาะสิทธิในการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาไว้เป็นความลับ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยนั้นไม่ได้มีเพียงการรักษาเท่านั้น

แต่เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว ต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลปกติทั่วไป (ยกเครื่อง...กฎหมายสุขภาพจิต คุ่มครอง “คนบ้า” รักษา...คนดี, 2558) ทั้งนี้ นโยบายและมาตรการที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหายาอาชญากรรมที่เกิดจากผู้ป่วยทางจิตเวชมากน้อยเพียงใด สามารถวิเคราะห์และศึกษาเปรียบเทียบได้จากบทเรียนของต่างประเทศ ซึ่งมีสถานการณ์ที่ตึงเครียดกว่าในประเทศไทยเป็นอย่างมาก

ความรุนแรงกับผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

Virginia Aldige Hiday นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับ “ความรุนแรงและอาการป่วยทางจิต (A critique of research on violence and mental illness)” พบว่า ความรุนแรงไม่ได้เป็นผลพวงมาจากความเจ็บป่วยทางจิตเสมอไป ซึ่งเป็นเพียงปัจจัยทางประสาทชีวภาพเท่านั้น (Neurobiological factor) แต่เป็นความรุนแรงที่ก่อตัวจากปัจจัยภายนอกทางสังคม (Social context) ซึ่งประกอบด้วย ความผิดปกติทางบุคลิกภาพด้านการเข้าสังคม (Antisocial personality disorder) การตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง (Violence victimization) การอาศัยอยู่ในชุมชนที่ไม่ค่อยสงบสุข (Community disorganization) และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในทางที่ผิด (Substance misuse) เมื่อถูกหล่อหลอมรวมกัน จึงกลายเป็นชนวนของความรุนแรงในตัวบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต รวมถึงบุคคลธรรมดาทั่วไปด้วย ในกรณีของผู้ป่วยทางจิตเมื่อมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในสังคม จะเกิดอาการหลงคิดว่าถูกกลั่นแกล้งหรือปองร้ายและมีอาการประสาทหลอน ซึ่งเป็นผลมาจากประสบการณ์ในการตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง ทำให้ไม่มีความสามารถในการควบคุมตนเอง ก่อให้เกิดภาวะถูกครอบงำโดยภัยคุกคาม (Threat/Control override symptoms) และนำไปสู่การก่อความรุนแรงในที่สุด

การแก้ไขปัญหาคความรุนแรงของผู้ป่วยทางจิต จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยทั้งภายในและภายนอก ดังนี้

1. การรักษาอาการป่วยทางจิตโดยใช้ยา ซึ่งผู้ป่วยต้องยินยอมทำตามคำแนะนำของแพทย์และรับยาอย่างสม่ำเสมอ
2. การรักษาอาการป่วยทางจิตควบคู่ไปกับการบำบัดการใช้สารเสพติด (Substance abuse Treatment) ด้วยการช่วยเหลือผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายอย่างจริงจัง โดยการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยว่าตอบสนองต่อการรักษาและยอมทำตามคำแนะนำของแพทย์มากน้อยเพียงใด การจัดหาที่อยู่อาศัยในสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและห่างไกลสารเสพติด และการจัดหางานที่เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม
3. การอบรมทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ควบคู่ไปกับการอบรมทักษะในการหลีกเลี่ยงความขัดแย้งสำหรับสมาชิกในครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถในการวินิจฉัยสถานการณ์ โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงการเผชิญหน้าโดยใช้ความรุนแรง
4. การสร้างชุมชนที่น่าอยู่ โดยการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี การส่งเสริมด้านสวัสดิการ การสนับสนุนการมีงานทำและคุ้มครองคนหางาน และการอบรมการควบคุมอารมณ์ให้แก่สมาชิกในชุมชน เพื่อเรียนรู้การระงับข้อพิพาทโดยปราศจากความรุนแรง (Virginia Aldige Hiday, 2004, p. 4-9)

Bruce G Link และคณะ ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ “ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิตกับความรุนแรง ด้วยการวิเคราะห์ผ่านทฤษฎีเชิงสังคมวิทยา (A sociological approach to understanding the association between psychotic symptoms and violence)” พบว่า ผู้ป่วยทางจิตมีแนวโน้มก่อความรุนแรงมากกว่าบุคคลธรรมดา เนื่องจากความเข้าใจสถานการณ์ (Definition of situations) แตกต่างจากคนทั่วไป ซึ่งการตีความหมายในที่นี้ ไม่ได้จำกัดอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงเพียงอย่างเดียว แต่รวมถึงความเข้าใจผิดด้วย (Delusion) โดยในแต่ละครั้งที่มีการปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน การตอบสนองที่เหมาะสมของแต่ละคน จะไม่เหมือนกัน เพราะบุคคลทั่วไปมองว่าสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นเหตุการณ์ปกติ ในขณะที่ ผู้ป่วยทางจิตอาจมองตรงกันข้ามว่าเป็นภัยคุกคาม และจำเป็นต้องตอบสนองด้วยความรุนแรง ซึ่งทั้งสองมุมมองถือว่ามีความเป็นจริงในตัวของมันเอง ขึ้นอยู่กับความเข้าใจที่แตกต่างกันไป ด้วยเหตุนี้ จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยทางจิตจะก่อความรุนแรงก็ต่อเมื่ออาการเหล่านั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่าตนเองถูกคุกคามในสถานการณ์ที่เป็นปกติ และทำให้เสื่อมเสียความสามารถในการควบคุมตนเอง เช่น เมื่อผู้ป่วยทางจิตคิดว่าตนเองตกอยู่ในสถานการณ์ที่ถูกคุกคาม จึงตอบสนองด้วยความรุนแรง บนพื้นฐานของความเชื่อว่าสิ่งศักดิ์สิทธิ์ยินยอมให้จัดการกับผู้นั้นได้ เป็นต้น (Bruce G. Link และคณะ, 1999, p. 317–330)

นโยบายและมาตรการสำหรับผู้กระทำผิดที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในต่างประเทศ

Nancy Wolff ศึกษาเกี่ยวกับ “ความเสี่ยงและการตอบสนองต่อสังคมในการวางแผนนโยบายด้านสุขภาพจิตของสหราชอาณาจักร (Risk, Response and Mental Health Policy : Learning from the experience of the United Kingdom)” พบว่า การวางแผนนโยบายด้านสุขภาพจิตมีความสลับซับซ้อนค่อนข้างมาก สำหรับประเทศที่มีการปกครองในระบอบประชาธิปไตย เนื่องจากรัฐบาลจำเป็นต้องตอบสนองต่อความพึงพอใจของประชาชน บริหารความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการดำเนินนโยบาย และประเมินความคิดเห็นระหว่างความคิดเห็นของประชาชนทั้งหมดกับความคิดเห็นของนักวิชาการ ในสหราชอาณาจักร รัฐบาลคำนึงถึงความต้องการของประชาชนเป็นหลัก เพื่อรักษารฐานเสียงและคะแนนนิยมในการเลือกตั้ง การวางแผนนโยบายต่าง ๆ รวมถึงนโยบายด้านสุขภาพจิต จึงตอบสนองต่อความเห็นของคนหมู่มาก โดยไม่คำนึงถึงความเป็นจริงและข้อเสนอแนะทางวิชาการ ทำให้เกิดช่องว่างมากมายในการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเห็นได้ชัดว่า แม้จะมีการบรรจุข้อเสนอแนะทางวิชาการ รวมถึงการมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวนโยบายของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต แต่ข้อมูลสำคัญของรายงานที่ภายหลังได้รับการแก้ไขปรับปรุง ด้วยการนำความคิดเห็นของมวลชนมารวมด้วย กลับไม่ใส่ใจต่อการแก้ปัญหาทางสุขภาพ แต่ให้ความสำคัญกับการยับยั้งความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นจากผู้ป่วยทางจิตแทน ที่ตรงกับความต้องการของประชาชนส่วนใหญ่ โดยกำหนดว่า หากมีการปฏิรูปนโยบายด้านสุขภาพจิต รัฐบาลจะสามารถจัดปัญหาความรุนแรงในสังคม แต่ไม่ได้ระบุชัดเจนว่าความรุนแรงต่าง ๆ จะหมดสิ้นไปหรือลดลงเพียงอย่างเดียว ทำให้เกิดช่องว่างในการดำเนินนโยบาย เนื่องจากในความเป็นจริง ยังคงมีความรุนแรงในสังคม ไม่ว่าจะมาจากความรุนแรงโดยผู้ป่วยทางจิต หรือประชากรทั่วไป แต่สิ่งที่รัฐบาลสามารถแก้ไขได้คือการลดอัตราความรุนแรงของผู้ป่วยลง ซึ่งยังห่างไกลจากความคาดหวังของประชาชน ที่ต้องการความเป็นเลิศในการตอบสนองต่อปัญหา การที่รัฐบาลไม่ระบุเป้าหมายของนโยบาย

ที่ชัดเจน จึงส่งผลให้การใช้งบประมาณรวมถึงการบริหารจัดการด้านบริการทางสาธารณสุขต้องประสบปัญหาอย่างยิ่งเพราะทุก ๆ ครั้งที่เกิดความหวาดกลัวขึ้นในสังคม รัฐบาลต้องแก้ไขปัญหาเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสาธารณชน โดยการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงสูงในการก่อเหตุความรุนแรง ทำให้งบประมาณสำหรับดูแลผู้ป่วยทางจิตทั่วไปนั้นไม่เพียงพอ เป็นการใช้งบประมาณอย่างไร้ประสิทธิภาพ เพราะไม่สามารถบรรลุตามผลลัพธ์ที่คาดหวังได้

นอกจากนี้ เพื่อป้องกันผลกระทบเชิงลบที่อาจเกิดขึ้นจากความผิดพลาดในการดำเนินนโยบาย รัฐบาลจึงผลักดันความรับผิดชอบต่าง ๆ ไปยังผู้บริหารระดับท้องถิ่น และกระจายความเสี่ยงไปยังหน่วยบริการต่าง ๆ ในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานภาครัฐหรือหน่วยงานภาคเอกชน โดยที่ผ่านมาได้มีการตั้งคณะกรรมการเพื่อหาสาเหตุและปัจจัยในการก่ออาชญากรรมของผู้มีปัญหาทางจิต ซึ่งผลการศึกษาพบว่าต้นเหตุของปัญหาสืบเนื่องมาจากความไร้ประสิทธิภาพในการรักษาพยาบาลของผู้ให้บริการ ด้วยแนวทางการรักษาที่ไม่ถูกต้อง การจำหน่ายผู้ป่วยที่ยังไม่ได้รับการฟื้นฟูอย่างเต็มที่ หรือการมองข้ามปัจจัยภายนอกที่เป็นสาเหตุให้เกิดความรุนแรงในผู้ป่วยทางจิต ด้วยเหตุนี้ ผู้ให้บริการในระดับต่าง ๆ จึงต้องรับผิดชอบ ในกรณีที่คนไข้ในสถานพยาบาลของตนไปก่อเหตุรุนแรงในสังคม ดังนั้น เพื่อลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น สถานพยาบาลต่าง ๆ จึงเปลี่ยนมาให้บริการทางการแพทย์เชิงป้องกันมากขึ้น ด้วยการหลีกเลี่ยงผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนและมีความยากลำบากในการรักษา พร้อมกับให้เหตุผลว่าผู้ขอเข้ารับบริการขาดคุณสมบัติตามข้อกำหนด มีความอันตรายเกินไป หรือมีอาการป่วยทางจิตที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการแก้ปัญหาทางสาธารณสุข และการป้องกันชุมชนจากภัยคุกคามต่าง ๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงถูกปล่อยปละละเลยให้อยู่ในสังคมโดยไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม

นอกจากหน่วยบริการในระดับชุมชน ผู้บริหารระดับสูงของรัฐบาลต้องเผชิญกับความเสี่ยงในการบริหารจัดการนโยบายเช่นกัน เช่น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงกิจการภายใน (Secretary of State for the Home department) เป็นผู้มีอำนาจในการลงนามคำสั่ง โยกย้ายและจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวช ในสถานพยาบาลต่าง ๆ หากเกิดความผิดพลาดด้านการตัดสินใจ ในกรณีที่ผู้ป่วยที่คาดว่าจะได้รับการรักษาหายแล้ว และอนุญาตให้กลับไปใช้ชีวิตปกติในชุมชน แต่ก่อความไม่สงบขึ้นอีก ความรับผิดชอบต่าง ๆ ก็จะไปตกอยู่กับ กระทรวงกิจการภายใน เพื่อจัดการกับความเสียดังกล่าว รัฐบาลจึงมักชะลอการลงนามโยกย้ายหรือการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ภาระหน้าที่ในการลงนามเป็นของคณะตุลาการตรวจสอบสุขภาพจิต (Mental Health Review Tribunal) ที่มีอำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1983 ในการตัดสินใจปล่อยตัวผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการกักขังหน่วงเหนี่ยวในสถานพยาบาล ทั้งหมดนี้ก่อให้เกิดผลเสียในการบริหารจัดการด้านสาธารณสุขเป็นอย่างมาก เนื่องจาก การกักตัวผู้ป่วยทางจิตเวชไว้ในสถานพยาบาลนานเกินกว่าความจำเป็น ทำให้เกิดการใช้จ่ายเงินเกินงบประมาณ ไม่ว่าจะเป็นด้านการรักษาความปลอดภัยหรือการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ ส่งผลให้ผู้ป่วยทางจิตเวชรายอื่นที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้

ในทางตรงกันข้าม การดำเนินนโยบายด้านสุขภาพจิตของสหราชอาณาจักรมีโอกาสประสบความสำเร็จมากขึ้น หากรัฐบาลสามารถบริหารความเสี่ยงอย่างถูกวิธีและวางเป้าหมายให้ชัดเจน ตามแนวทางดังต่อไปนี้

1. การวางเป้าหมายที่ชัดเจน ด้วยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่สาธารณชน ว่าความรุนแรงในผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตไม่สามารถจัดไปได้ แต่สามารถทำให้ทุเลาจนอยู่ในระดับเดียวกับคนปกติทั่วไปได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลในการบริหารงบประมาณ เพื่อปรับปรุงประสิทธิภาพของหน่วยบริการทางจิตเวช ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของการรักษาพยาบาล
2. การแก้ปัญหาด้านสุขภาพควรได้รับความสำคัญมากกว่าการแก้ไขปัญหาความรุนแรง การวางเป้าหมายเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิต เป็นแนวทางที่สร้างสรรค์และให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่ามากกว่า นโยบายที่มุ่งเป้าเพื่อลดความรุนแรงเพียงอย่างเดียว
3. การยกเลิกวัฒนธรรมแห่งการตำหนิ (Blame culture) เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการบริหารด้วยการกระจายความเสี่ยง และการรณรงค์ให้องค์กรต่าง ๆ ทุกระดับที่มีส่วนในการบริหารนโยบายด้านสุขภาพจิต หันมาร่วมมือกันให้มากขึ้น ด้วยการยอมรับความเสี่ยงและหาแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศร่วมกัน (Best practice)
4. การยกเลิกการวางนโยบายโดยยึดหลักประชานิยม เนื่องจาก การปกครองโดยระบอบประชาธิปไตยไม่จำเป็นต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชากรหมู่มากเสมอไป แต่สิ่งที่รัฐบาลควรทำ คือการวางนโยบายที่ให้ประโยชน์แก่สังคมและประชาชนมากที่สุด (Nancy Wolff, 2002, p. 802 - 825)

Nicole J. Schaefer และ Ana Stefancic วิจัยเกี่ยวกับ “ทางเลือกต่าง ๆ สำหรับผู้กระทำความผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ที่นอกเหนือจากการถูกคุมขังในเรือนจำ (Alternative to Prison : Programs for the Mentally Ill Offender)” พบว่า มลรัฐต่าง ๆ ของสหรัฐอเมริกาล้วนประสบปัญหาที่คล้ายคลึงกับประเทศไทยในด้านความขัดแย้งของการบังคับใช้กฎหมาย โดยในระบบศาลของรัฐต่าง ๆ คำตัดสินของคณะลูกขุน (Verdict) จะตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า ผู้ต้องหามีความผิดแต่มีความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิต (Guilty But Mentally Ill – GBMI) ซึ่งหน้าที่น่าสับสนข้อเท็จจริงจะอยู่กับฝ่ายทนายของจำเลย ที่ต้องพิสูจน์ว่าผู้กระทำความผิดมีภาวะจิตบกพร่องขณะลงมือก่ออาชญากรรมหรือไม่ และฝ่ายพนักงานอัยการที่ต้องพิสูจน์ว่า จำเลยไม่ได้วิกลจริตในขณะก่อเหตุ เมื่อคณะลูกขุนตัดสินว่าจำเลยมีความผิดตามหลัก GBMI จำเลยผู้นั้นจะถูกนำตัวส่งโรงพยาบาลจิตเวช เมื่ออาการดีขึ้นหรือหายแล้วจะถูกส่งต่อไปยังเรือนจำ เพื่อรับโทษให้ครบกำหนดตามคำพิพากษา ทั้งหมดนี้ ส่งผลให้เกิดปัญหาอยู่สามประการ

1. ประการแรกคือจำเลยที่ถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลจิตเวช ไม่ได้รับการดูแลรักษาเท่าที่ควร
2. ประการที่สอง คดีส่วนใหญ่ที่ได้รับการตัดสินว่ามีความผิดตามหลัก GBMI นั้นมีน้อยมาก จำเลยส่วนใหญ่ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต จึงต้องโดนคุมขังในเรือนจำ ในขณะที่จำเลยที่ไม่มีปัญหาทางสุขภาพจิตกลับพยายามนำ GBMI มาต่อสู้คดีในศาล เพื่อให้ตนเองรอดพ้นจากการถูกจองจำ

3. ประการที่สาม GBMI มักนิยมนำมาต่อสู้นักโทษในคุกโดยเฉพาอย่างยิ่งคดีฆาตกรรม ดังนั้น จำเลยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ก่อคดีอาญาประเภทไม่ร้ายแรง จึงลงเอยด้วยการถูกคุมขังในเรือนจำ ทั้งนี้ การดูแลรักษานักโทษที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตในเรือนจำ นอกจากไม่ได้รับการส่งเสริมเท่าที่ควร นักโทษส่วนใหญ่ยังถูกจำกัดพื้นที่ให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว เพื่อป้องกันไม่ให้ไปทำร้ายร่างกายนักโทษอื่น ๆ ส่งผลให้อาการแย่ลง เมื่อได้รับการปล่อยตัวออกจากคุก จึงมักกลับไปทำความผิดซ้ำซากและถูกจองจำอีกครั้ง สังเกตได้จากจำนวนนักโทษที่จิตไม่สมประกอบและได้รับโทษจำคุกเกินกว่าสามครั้ง ซึ่งมีอยู่ร้อยละ 52 ในเรือนจำระดับมลรัฐ ร้อยละ 54 ในเรือนจำระดับท้องถิ่น และร้อยละ 49 ในเรือนจำของรัฐบาลกลาง ดังนั้นกระบวนการยุติธรรมของสหรัฐอเมริกา จึงต้องนำทางเลือกอื่น ๆ มาใช้ เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะนี้ ประกอบด้วย

1. หน่วยเฉพาะกิจสำหรับผู้ถูกคุมขังที่มีอาการป่วยทางจิต (Task Force of the Incarcerated Mentally Ill) เป็นหน่วยที่ก่อตั้งขึ้นใน นครลอสแอนเจลิส มลรัฐแคลิฟอร์เนีย ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ทางจิตเวชและตำรวจ เพื่อทำหน้าที่คัดกรองสภาวะทางจิตของผู้กระทำผิดในขณะที่ถูกจับกุม นอกจากการลาดตระเวนด้วยรถสายตรวจ หน่วยเฉพาะกิจนี้ ยังทำหน้าที่อบรมจิตเวชเบื้องต้นให้แก่เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์อีกด้วย

2. โครงการของเมืองบัลติมอร์ เริ่มขึ้นในปี ค.ศ. 1995 เพื่อปฏิรูปการบริหารจัดการผู้กระทำผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ทำความผิดทางอาญากรณีไม่ร้ายแรง ประกอบด้วยนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความรู้ด้านจิตเวชทำการคัดกรองผู้กระทำผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตก่อนที่ผู้นั้นจะถูกนำตัวเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม หากมีการพิสูจน์ว่าผู้กระทำผิดเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช ต่อจากนั้น นักสังคมสงเคราะห์จะทำการวางแผนการรักษาพยาบาลและการอบรมวิชาชีพร่วมกับผู้ป่วย นอกจากนี้ นักสังคมสงเคราะห์ต้องคัดกรองผู้ต้องขังเพื่อแยกผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตออกมาและให้คำปรึกษา รวมถึงวางแผนการรักษาพยาบาลเมื่อได้รับการปล่อยตัวออกจากเรือนจำแล้ว

3. โครงการของนครบอสตัน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ทางจิตเวช ทำการคัดกรองผู้กระทำผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตก่อนที่ผู้นั้นจะถูกนำตัวเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม ต่อจากนั้น เจ้าหน้าที่ทางจิตเวชวางแผนขั้นตอนการรักษาพยาบาลตั้งแต่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรม จนถึงการรับโทษในเรือนจำ

4. เทศบาลคิงส์ มลรัฐวอชิงตัน ได้จัดทำ “โครงการเปลี่ยนเส้นทาง การดำเนินคดีก่อนมีการร้องทุกข์ (Pre-Booking Diversion Program)” ซึ่งเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถส่งตัวผู้กระทำผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตไปยังศูนย์วิกฤต (Crisis center) แทนการนำตัวไปจองจำไว้ในคุก ภายใต้เงื่อนไขการทำความผิดประเภทไม่ร้ายแรงเท่านั้น โดยจิตแพทย์ในศูนย์วิกฤตจะเป็นผู้ประเมินอาการโดยรวมและกำหนดแนวทางการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย หากว่าผู้ป่วยรายใด มีเครือข่ายผู้ให้บริการดูแลทางสุขภาพที่เข้มแข็ง ก็จะได้รับบริการปล่อยตัวให้กลับไปใช้ชีวิตปกติ ถึงอย่างไรก็ตาม จากเหตุการณ์อาละวาดไล่แทงแฟนทีมเบสบอลมารีเนอร์ ที่นครซีแอตเทิล มลรัฐวอชิงตัน จนถึงแก่ความตาย เมื่อปี ค.ศ. 1997 โดยผู้กระทำผิดเป็นผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิตที่ได้รับการปล่อยตัวจากคุก โครงการนี้จึงไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ภายหลัง เทศบาลคิงส์ ได้ทำการจัดตั้งศาลสุขภาพจิตขึ้น โดยมีเงื่อนไขและกฎเกณฑ์ที่คล้ายคลึงกับศาลสุขภาพจิตของเทศบาล

โบรวาร์ด ยกเว้นการเปิดรับจำเลยที่ก่อคดีอาญาประเภทรุนแรง รวมถึงคดีที่เกี่ยวข้องกับการขับขี่ในขณะมีเมเมาด้วย

4.1 เทศบาลโบรวาร์ด มลรัฐฟลอริดา ได้นำระบบศาลสุขภาพจิตมาใช้ (Mental Health Court) โดยจิตแพทย์ ที่ปรึกษาทางกฎหมาย อัยการ ตำรวจ สมาชิกในครอบครัว หรือเจ้าหน้าที่ควบคุมความประพฤติสามารถส่งตัวจำเลยในคดีอาญาประเภทไม่ร้ายแรงไปยังศาลสุขภาพจิต ซึ่งจำเลยต้องสละสิทธิในการต่อสู้คดีในศาลยุติธรรมและยอมรับเงื่อนไขต่าง ๆ ของศาลสุขภาพจิต ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ประสานงานระหว่างศาลกับเครือข่ายผู้ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิต จะทำหน้าที่วางแผนการรักษาพยาบาล รวมถึงการจัดหาผู้ให้บริการที่เหมาะสม ในชุมชนที่จำเลยอาศัยอยู่ หากว่า จำเลยเข้ารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอตามแผนการรักษาที่ร่างไว้ และได้รับการประเมินว่ามีสุขภาพจิตดีขึ้นในระดับที่ศาลพึงพอใจ จำเลยผู้นั้นอาจได้รับการลดโทษหรือศาลอาจยกฟ้องไปเลยก็ได้

4.2 ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2001 นครนิวยอร์ก ได้นำ “โครงการปลดปล่อยนักโทษ (Project Release) มาใช้” โดยนักโทษที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตจะได้รับการปล่อยตัวออกจากคุก ตามกฎหมายที่กำหนดไว้โดยกระบวนการยุติธรรม และนำนักโทษมาพักอาศัยในห้องชุดที่ได้รับการจัดหาและสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งนักโทษเหล่านี้จะได้รับการบำบัดรักษาโดยทีมงานนักสังคมสงเคราะห์ตลอด 24 ชั่วโมง (Nicole J. Schaefer และ Ana Stefancic, 2003, p. 42-49)

นโยบายและมาตรการสำหรับผู้กระทำความผิดที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตในประเทศ

สำหรับประเทศไทย ในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ระบุว่า ผู้ใดกระทำความผิด ในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้ ทำให้มีปัญหาข้อขัดแย้งในการบังคับใช้กฎหมายอยู่หลายประการ โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจของผู้ที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรม ในเรื่องการวินิจฉัยสภาพจิตของผู้กระทำผิดที่มีความแตกต่างและไม่มีมาตรฐาน ทั้งนี้ การที่บุคคลในกระบวนการยุติธรรมมีความรู้ความเข้าใจไม่ตรงกันและไม่มีมาตรฐานกลางในการกำหนดเกณฑ์วินิจฉัย เช่น อาการอย่างใดคือ “จิตบกพร่อง” “จิตฟั่นเฟือน” หรือ “วิกลจริต” อาจมีการวินิจฉัยผิดพลาดและส่งผลกระทบต่อหลายประการ โดยผู้กระทำผิดซึ่งควรได้รับการลดหย่อนผ่อนโทษ อาจไม่ได้รับการคุ้มครองตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย หรือผู้กระทำผิดบางคนที่มีสภาพจิตยังไม่เข้าลักษณะตามที่กฎหมายกำหนด แต่ได้รับการลดหย่อนผ่อนโทษเพราะเกณฑ์วินิจฉัยยังไม่มาตรฐาน ทำให้ผู้กระทำผิดรอดพ้นจากการลงโทษ (กุลพล พลวัน)

นโยบายและมาตรการสำหรับนักโทษที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต

ศูนย์ศึกษาเรือนจำนานาชาติ (International Centre for Prison Studies – ICPS) จัดทำสถิติผู้ต้องขังใน พ.ศ. 2558 พบว่า ประเทศไทยมีผู้ต้องขังทั้งสิ้น 330,923 คน ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งของอาเซียน และมีความแออัดค่อนข้างสูง เนื่องจากสามารถรองรับผู้ต้องขัง ได้เพียง 190,000 คน เท่านั้น โดยในแต่ละปี จะมีผู้ต้องขังที่แพทย์วินิจฉัยว่ามีอาการป่วยทางจิต ประมาณปีละ 3,000 คน แต่ในความเป็นจริง พบว่าผู้ต้องขังเกือบทุกคนล้วนมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิตทั้งสิ้น ซึ่งเป็นปัญหาในเชิงสาธารณสุขอย่างมาก เนื่องจากมีนักจิตวิทยาที่ปฏิบัติงานในกรมราชทัณฑ์เพียง 29 คน หมายถึงนักจิตวิทยา 1 คน ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ต้องขังถึง 7,288 คนด้วยกัน ทำให้การแก้ปัญหาสุขภาพจิตของบุคคลในเรือนจำเป็นไปได้ยาก สภากรรมการเช่นนี้ทำให้เป้าหมายในเรื่องการเยียวยาและฟื้นฟูผู้กระทำผิดกลับคืนสู่สังคมกลายเป็นสิ่งที่เป็นไปได้ (รวิวรรณ รักถิ่นกำเนิด, 2558)

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เห็นความสำคัญเกี่ยวกับปัญหาการขาดกลุ่มบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวชและเจ้าหน้าที่เรือนจำที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิต จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำขึ้น ประกอบด้วย การดูแลก่อน ระหว่าง และหลังพ้นโทษ เพื่อให้ผู้ต้องขังจิตเวชจะได้ไม่ก่อคดีซ้ำอีกเมื่อพ้นโทษแล้ว และสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน และมีคุณภาพชีวิตตามอัตภาพ ทั้งนี้ โครงการได้เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2556 โดยเรือนจำทุกแห่งในเขต 5 ร่วมมือกันพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางจิต ดังนี้

1. เสริมสร้างทักษะที่จำเป็นในการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชแก่บุคลากรในเรือนจำ
2. การเปิดคลินิกจิตเวชแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) สำหรับผู้ต้องขังที่ไปรับบริการจิตเวชในโรงพยาบาล เป็นช่องทางพิเศษที่แยกจากผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ทำให้ผู้ต้องขังไม่ต้องใช้เวลานานในการพบแพทย์ ลดความเครียดจากการพบปะผู้คน และลดขั้นตอนการทำงานของเรือนจำ
3. การออกแบบระบบบริการจิตเวชในเรือนจำ ทำให้ผู้ต้องขังทุกรายได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพจิต
4. การจัดทำคู่มือ “แนวทางการดูแลผู้ต้องขังจิตเวช สำหรับบุคลากรในเรือนจำ” เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้และความเข้าใจในกระบวนการดูแลผู้ต้องขังไปในทางเดียวกัน
5. การพัฒนาระบบการส่งต่อนักโทษที่ได้รับการปล่อยตัวสู่ชุมชน เป็นการออกแบบกระบวนการดูแลรักษา และส่งต่อผู้ต้องขังจิตเวชหลังได้รับการปล่อยตัว ให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการส่งข้อมูลสำคัญและเตรียมความพร้อมให้หน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนที่ผู้พ้นโทษอาศัยอยู่ รวมถึงติดตามดูแลรักษาต่อเนื่อง 1-3 ปี เพื่อช่วยป้องกันผู้พ้นโทษไม่ให้เกิดคดีซ้ำอีก (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต, 2558)

Wendy M. Vogel และคณะ ศึกษาเกี่ยวกับ “การเตรียมความพร้อมของชุมชนในการรับผู้กระทำผิดที่มีความผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตกลับเข้าสู่สังคม (Preparing Communities for Re-Entry of Offenders with Mental Illness)” พบว่า การสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดในเรือนจำ (Prison-based therapeutic Communities) ควบคู่ไปกับการดูแลระดับประคองเมื่อผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชน (Community-

based Aftercare) มีความสำคัญอย่างมาก ในการลดระดับการกลับเข้ารับโทษในเรือนจำ (Re-incarceration) ของผู้ถูกคุมขังที่มีความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตอย่างรุนแรง รวมถึงนักโทษที่มีอาการแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติดด้วย ถึงอย่างไรก็ตาม การวางแผนการเปลี่ยนผ่าน (Transition planning) กลับไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ทั้งที่มีความสำคัญอย่างมากในการเชื่อมต่อระหว่างการบำบัดในเรือนจำและการบำบัดเมื่อกลับเข้าสู่สังคม ดังนั้น การออกแบบระบบสำหรับรองรับการเปลี่ยนผ่านทั้งสองระยะ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง วิธีหนึ่งที่สามารถทำได้คือ การนำหลักสูตรการฝึกอบรมข้ามองค์กรมาใช้ เพื่อส่งเสริมการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบดูแลผู้กระทำความผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วยองค์กรในกระบวนการยุติธรรม หน่วยงานทางสังคมสงเคราะห์ สถานพยาบาลด้านสุขภาพจิต และสถานบำบัดรักษาผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด ให้ตระหนักถึงความสัมพันธ์ในการทำงานที่ต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน รวมถึงเข้าใจรูปแบบการทำงานและติดต่อสื่อสารระหว่างกันมากยิ่งขึ้น ส่งผลให้เกิดการทำงานร่วมกันข้ามระบบ (Cross-system collaboration) และการบูรณาการที่ทั่วถึงและครบวงจร ซึ่งภายหลังจากที่มีการนำหลักสูตรการฝึกอบรมข้ามองค์กรมาใช้เป็นเวลา 10 เดือน เทศบาล 6 แห่ง ในมลรัฐต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการ ได้จัดสรรงบประมาณ เพื่อว่าจ้างบุคลากรมาทำหน้าที่บูรณาการข้ามแดน (Boundary Spanners) ด้วยการประสานงานระหว่างเรือนจำกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้บริการในระดับชุมชน เพื่อสนับสนุนการวางแผนการเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยทางจิตที่ถูกจองจำในคุก โดยแต่ละเทศบาลมีรูปแบบการบูรณาการข้ามแดนที่แตกต่างกัน ดังนี้

1. เรือนจำว่าจ้างนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อมาวางแผนเปลี่ยนผ่านและเตรียมความพร้อมสำหรับนักโทษที่จะได้รับการปล่อยตัว
2. การกำหนดตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านการแทรกแซง (Intervention specialists) เพื่อช่วยเหลือในการเชื่อมโยงนักโทษเข้าสู่บริการต่าง ๆ ในชุมชน
3. การจัดตั้งทีมงานที่รวบรวมบุคลากรจากสายงานต่าง ๆ เพื่อบริหารจัดการกระบวนการเปลี่ยนผ่านทั้งหมด
4. การแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างแผนกจิตเวชในเรือนจำกับสถานพยาบาลทางสุขภาพจิตในชุมชน

ทั้งนี้ ได้มีการจัดทำรายการตรวจสอบเพื่อการกลับเข้าสู่สังคม (Re-entry checklist) เพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้วางแผนเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วยบัญชีรายการต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการกลับเข้าสู่สังคมอย่างสัมฤทธิ์ผลของผู้พ้นโทษ อาทิ บริการทางสุขภาพจิต ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ที่פקอาศัย บริการดูแลรักษาผู้ใช้สารเสพติด บริการและสวัสดิการทางสุขภาพทั่วไป อาหารและเครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น ซึ่งการนำรายการตรวจสอบมาใช้ ทำให้เทศบาลต่าง ๆ สามารถแก้ไขข้อบกพร่องที่ถูกละเลย เช่น การขาดความต่อเนื่องในการส่งยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทสำหรับนักโทษที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โดยมักขาดตอนเมื่อได้รับการปล่อยตัวกลับสู่สังคม จึงมีการจัดสรรเวลาสามชั่วโมงต่อหนึ่งสัปดาห์ เพื่อให้มีทีมจิตแพทย์ในเรือนจำดำเนินการติดตามผลการใช้ยารักษาโรคของผู้พ้นโทษที่กลับไปใช้ชีวิตตามปกติในสังคม และส่งยาเพิ่มเติมในกรณีที่ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเพื่อให้หายขาดจากความผิดปกติทางจิต (Wendy M. Vogel และคณะ, 2007, p. 169-189)

ระบบศาลสุขภาพจิต

Mary Ann Campbell และคณะ ศึกษาเกี่ยวกับ “การนำหลักความเสี่ยง ความจำเป็น และการตอบสนองมาใช้ในศาลสุขภาพจิต (Mental Health Court adherence to the Risk-Need-Responsivity Model)” พบว่า การนำหลักความเสี่ยง ความจำเป็น และการตอบสนอง หรือ RNR มาบูรณาการร่วมกับการทำงานของศาลสุขภาพจิต ทำให้สามารถแก้ปัญหาสุขภาพจิตควบคู่ไปกับการแก้ปัญหาที่ปัจจัยของการก่ออาชญากรรมในเวลาเดียวกัน (Criminogenic needs) ทั้งนี้ ศาลสุขภาพจิตเป็นศาลเฉพาะทางสำหรับผู้กระทำความผิดที่มีอาการทางสุขภาพจิต และมุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้วยการบำบัดและการควบคุม (Problem solving-oriented court) มากกว่าการพิพากษาและการลงโทษ โดยมีจุดประสงค์เพื่อลดจำนวนการกระทำความผิดซ้ำซาก (Recidivism) และรักษาอาการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของผู้ที่ถูกนำตัวเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม เป็นการสร้างความสมดุลระหว่างความรับผิดชอบทางกฎหมายในการคุ้มครองสาธารณชนจากภัยคุกคาม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทางจิต ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาเพื่อใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสันติสุข ดังนั้น ระบบการทำงานของศาล จึงเน้นการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม หน่วยงานด้านสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยมีบทบาทกำหนดโทษผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและไม่ยินยอมปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่ด้วยการจำหน่ายบุคคลผู้นั้นกลับเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทั่วไป หรือส่งตัวกลับคืนสู่เรือนจำ ถึงอย่างไรก็ตาม การเข้าร่วมโครงการของศาลสุขภาพจิต ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของจำเลย ซึ่งต้องมีการยอมรับว่าได้กระทำความผิด จึงจะสามารถส่งตัวไปดำเนินคดีต่อในศาลสุขภาพจิตได้ เมื่อมีการบำบัดรักษากจนครบกำหนดแล้ว และเจ้าหน้าที่ประเมินอาการของผู้ป่วยว่าได้รับการรักษาในระดับที่พึงพอใจ ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการลดหย่อนวันต้องโทษจำคุก หรือได้รับการยกฟ้องข้อกล่าวหาในคดีอาญาไปเสียก็ได้ โดยขึ้นอยู่กับดุลพินิจของศาล

ถึงแม้ศาลสุขภาพจิตจะมีประสิทธิภาพในการฟื้นฟูสุขภาพจิต แต่ไม่สามารถรับประกันได้ว่า เมื่อพ้นโทษไปแล้ว ผู้กระทำความผิดจะไม่ก่ออาชญากรรมซ้ำอีก โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อปัจจัยสำคัญ ที่เป็นตัวกระตุ้นความรุนแรงในผู้ที่มีอาการทางจิต นั้นคือปัจจัยภายนอกทาง ยังไม่ได้ให้ความสำคัญเท่าที่ควร จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ควรบรรจุ RNR เพิ่มเข้าไปในขั้นตอนการทำงานด้านต่าง ๆ ของศาล เพื่อจัดการกับปัจจัยในการก่ออาชญากรรม ควบคู่ไปการบำบัดทางจิต ทั้งนี้ RNR ประกอบด้วยสามหลักการ คือ ความเสี่ยง (Risk) ความจำเป็น (Need) และการตอบสนอง (Responsivity) โดยความเสี่ยงตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่า การจัดการดูแลและการให้บริการช่วยเหลือในระดับที่เข้มงวด ควรสำรองไว้สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำความผิด (High risk offenders) ในขณะที่ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการกระทำความผิด (Low risk offenders) ควรได้รับการดูแลในระดับที่เบาบางลงในด้านความจำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงในการทำผิดซ้ำซาก การบำบัดรักษาควรมุ่งไปที่การแก้ปัญหาตรงปัจจัยของการก่ออาชญากรรม ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial behavior) ทักษะคติในทางบวกต่ออาชญากรรม (Procriminal attitudes) กลุ่มเพื่อนฝูงที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial peers) บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality) การไม่มีส่วน

ร่วมในกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจของสังคม (Lack of prosocial leisure activities) ขาดการศึกษาและไม่มีงานทำ (Lack of education/employment) ปัญหาครอบครัวและชีวิตแต่งงาน (Family/marital problems) และการใช้สารเสพติด (Substance abuse) ส่วนการตอบสนองคือ การบำบัดฟื้นฟูด้วยวิธีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Cognitive social learning method) ซึ่งเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการลดพฤติกรรมอาชญากร โดยการให้บริการช่วยเหลือควรปรับให้เข้ากับรูปแบบและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้กระทำความผิดแต่ละคน ดังนั้น เมื่อนำ RNR มาประยุกต์ใช้กับศาลสุขภาพจิต การจัดการดูแลและการให้บริการช่วยเหลือจะสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่บุคคลจะก่อความผิดซ้ำอีกครั้ง โดยให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาที่ปัจจัยของการก่ออาชญากรรม ซึ่งผูกมัดพฤติกรรมของอาชญากร พร้อมกับการรักษาบำบัดอาการทางจิตในเวลาเดียวกัน รวมถึงการนำวิธีการอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ (Evidence-based method) เพื่อวางแผนการแทรกแซง ที่สามารถเข้าถึงผู้รับบริการมากที่สุด (Mary Ann Campbell และคณะ, 2015, p. 489–491)

Nancy Wolff และคณะ ศึกษาเกี่ยวกับ “กระบวนการคัดสรรผู้กระทำความผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตเพื่อเข้าร่วมโครงการบำบัดของศาลสุขภาพจิต (Mental Health Courts and their selection process)” พบว่า ขั้นตอนการคัดสรรผู้กระทำความผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อเข้ารับการบำบัด มีความซับซ้อนและมีกระบวนการตัดสินใจที่ค่อนข้างหลากหลาย เนื่องจาก ผู้มีอำนาจในการตัดสินใจมีมากกว่าหนึ่งคน และเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มาจากต่างสาขาวิชาชีพ อาทิ ผู้พิพากษา อัยการ ทนาย จิตแพทย์ รวมถึง ตัวจำเลยเองด้วย จึงไม่ควรตีความเพียงว่าการเป็นผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางสุขภาพจิตก็สามารถเข้าร่วมศาลสุขภาพจิตได้แล้ว นอกจากนี้ การตั้งเกณฑ์มาตรฐานของผู้มีสิทธิได้รับการคัดเลือก (Eligibility criteria) เพื่อเข้าร่วมศาลสุขภาพจิต โดยอาศัยการเสนอแนะ (Suggestive) มากกว่าการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจน (Deterministic) ทำให้เกิดความเอนเอียงในการกระบวนการคัดกรอง ซึ่งทำให้ผู้รับบริการไม่สามารถได้รับการรักษาที่ตรงเป้าได้ เช่น ผู้คัดเลือกอาจเอนเอียงไปทางผู้กระทำความผิดที่มีอาการทางจิตในระดับที่มีความเสี่ยงต่ำ หรือในระดับที่มีความเสี่ยงสูง ในขณะที่ผู้มีอาการทางจิตที่มีความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลางกลับถูกละเลย ทั้งนี้ แผนการรักษาของศาล มีเป้าหมายเพื่อรักษาอาการทางจิตของประชากรในกลุ่มนี้มากกว่าสองกลุ่มแรก เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการกำหนดรูปแบบที่ชัดเจนด้วยการศึกษากระบวนการคัดเลือกในศาลสุขภาพจิตต่าง ๆ ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และกลั่นกรอง เป็นกฎเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้กระบวนการทำงานต่าง ๆ ของศาล มีความชัดเจนและเหมาะสม เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึงสามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง

ในการศึกษาภาพรวมของศาลสุขภาพจิตในสหรัฐอเมริกา สามารถกลั่นกรองและสรุปแนวทางการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ โดยจำแนกออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ การคัดเลือกขั้นต้น (Initial screening) การคัดเลือกเพื่อประเมินผลทั่วไป (Assessment screening) และการคัดเลือกเพื่อประเมินผลเป็นรายบุคคล (Evaluation screening) โดยมีรายละเอียดต่าง ๆ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การคัดเลือกขั้นต้น

การคัดเลือกขั้นต้น คือการคัดกรองจำเลยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต เพื่อยืนยันความเหมาะสมที่จะเข้ารับการรักษาบำบัดโดยศาลสุขภาพจิต ซึ่งอัยการและคณะทำงานของศาล จะเป็นผู้ตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นที่ถูกส่งมาจากอัยการ ตำรวจ ทนาย เจ้าหน้าที่ควบคุมความประพฤติ เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ สมาชิกในครอบครัวของจำเลย และองค์กรภาคประชาสังคม เพื่อตรวจสอบข้อกล่าวหาและประวัติการก่ออาชญากรรม รวมถึงหลักฐานต่าง ๆ ที่บ่งบอกว่าจำเลยมีอาการป่วยทางจิต ตรงตามเกณฑ์ที่ระบุไว้ โดยอัยการจะทำหน้าที่ปรึกษาหารือกับเจ้าทุกข์และทนายความของจำเลย เพื่อขอความยินยอมในการโอนคดีไปยังศาลสุขภาพจิต เมื่อได้รับความยินยอมแล้ว อัยการจะทำการปรึกษาหารือกับคณะทำงานของศาล เพื่อคัดกรองและตรวจสอบข้อกล่าวหาและประวัติอาชญากรรมของจำเลย

ขั้นตอนที่ 2 : การคัดเลือกเพื่อประเมินผลทั่วไป

การคัดเลือกขั้นที่สอง เป็นการคัดกรองผู้มีคุณสมบัติ ด้วยการพิจารณาทบทวนเป็นรายกรณี โดยการนำปัจจัยต่าง ๆ มาเป็นตัวกำหนดในการเลือกสรรบุคคลเข้ารับการรักษาบำบัดในศาลสุขภาพจิต ซึ่งศาลส่วนใหญ่กำหนดให้ผู้เข้าร่วมโครงการ ต้องเป็นผู้มีอาการป่วยทางจิตในระดับแกนหนึ่ง (Axis I) คือ โรคจิตเสื่อม (Dementia) มีความเสียหายของสมอง หรือ ความผิดปกติทางด้านพัฒนาการ (Organic brain damage or developmental disabilities) และโรคพิษสุราเรื้อรังที่มีผลต่อจิต (Chronic alcoholism with psychosis) ในขณะที่บางแห่ง ใช้เกณฑ์ที่แคบลง ซึ่งครอบคลุมเฉพาะ โรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคจิตอารมณ์ (Schizoaffective disorder) และโรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar disorder) นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมโครงการต้องเป็นผู้ที่สามารถรักษาได้ (Treat-ability) โดยประเมินจากประวัติส่วนตัว ว่ามีภาวะต่อต้านการรักษาและไม่ยินยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือไม่ เมื่อการพิจารณารายบุคคลลุล่วงไปแล้ว คณะทำงานของศาล จะทำการพิจารณา เกี่ยวกับการรับตัวเข้ารับรักษาในศาลสุขภาพจิต โดยกระบวนการตัดสินใจของคณะทำงานในศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่ง สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การตัดสินใจตามสายงาน (Assembly line) เป็นการตัดสินใจด้วยการลงนามของสมาชิกคณะทำงานลำดับต่าง ๆ โดยสมาชิกแต่ละคน ไม่ว่าจะใช้อัยการ ทนายความ หรือผู้พิพากษา สามารถตั้งคำถามและอุทธรณ์ต่อการตัดสินใจของอัยการและผู้คัดกรองอื่น ๆ ได้ โดยเฉพาะการตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับการปฏิเสธผู้เข้าร่วมโครงการ ถึงอย่างไรก็ตาม สมาชิกแต่ละคนต่างมีความไว้วางใจต่อการตัดสินใจของกันและกัน จึงไม่ค่อยมีความขัดแย้งเกิดขึ้นในระหว่างการลงนาม

2. การตัดสินใจร่วมกันของคณะทำงาน (Team approach) เป็นการตัดสินใจร่วมกัน ด้วยการปรึกษาหารือผ่านการประชุมและช่องทางอื่น ๆ โดยอาศัยมติที่ประชุมเป็นตัวตั้ง

3. การตัดสินใจโดยผู้บริหารของศาล (Proxy decision maker) เป็นการตัดสินใจโดยการชี้ขาดของผู้มีอำนาจในการบริหารแต่เพียงผู้เดียว ซึ่งศาลส่วนใหญ่ที่ใช้ระบบนี้ จะให้อำนาจแก่ผู้พิพากษาในการทำหน้าที่ดังกล่าว โดยไม่ว่าจะยอมรับหรือไม่ยอมรับตามข้อเสนอแนะของคณะทำงาน การตัดสินใจนั้นถือว่าเป็นที่สุด

ทั้งนี้ ผู้มีคุณสมบัติที่ผ่านการคัดกรองในขั้นตอนแรก อาจถูกปฏิเสธในขั้นตอนที่สอง บนพื้นฐานต่าง ๆ ดังนี้

1. พื้นฐานของเกณฑ์ในการวินิจฉัยโรค (Diagnostic grounds) คือ ไม่มีอาการป่วยทางจิตในระดับเกณฑ์หนึ่ง หรือมีอาการป่วย แต่ไม่จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างเอาใจใส่
2. พื้นฐานของความพร้อมในการให้บริการ (Service availability grounds) คือ การรักษาพยาบาลโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ ยังไม่มีให้บริการโดยศาลสุขภาพจิต หรือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าไม่เหมาะสมเนื่องจากคุณสมบัติไม่ตรงตามที่ผู้ให้บริการกำหนดไว้
3. พื้นฐานของปัจจัยในการบรรเทาอาการต่าง ๆ (Mitigating factor grounds) คือ มีความสัมพันธ์เพียงเล็กน้อยระหว่างอาการป่วยทางจิตกับพฤติกรรมอาชญากรรม ไม่สามารถรักษาได้เพราะมีแนวโน้มในการก่อความรุนแรงสูง และไม่เหมาะสม เนื่องจากพฤติกรรมไม่สามารถเข้ากับวัฒนธรรมของศาลสุขภาพจิตได้

ขั้นตอนที่ 3 : การคัดเลือกเพื่อประเมินผลเป็นรายบุคคล

การคัดเลือกขั้นตอนสุดท้าย เป็นการตัดสินใจของผู้มีคุณสมบัติที่ผ่านการคัดกรองและผู้พิพากษา ซึ่ง ผู้ได้รับการคัดเลือกสามารถปฏิเสธและถอนตัวจากโครงการได้ หากไม่สามารถยอมรับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ศาลสุขภาพจิตเสนอให้ ในขณะที่ผู้พิพากษาก็สามารถใช้อำนาจยับยั้งการเข้าร่วมโครงการได้เช่นกัน หากเห็นว่าผู้ได้รับการคัดเลือกมีคุณสมบัติไม่เพียงพอ โดยไม่ต้องคำนึงถึงผลการตัดสินใจใด ๆ ก่อนหน้านี้ ทั้งนี้ผู้ได้รับการคัดเลือกส่วนใหญ่ จะได้รับแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ โดยข้อเสนอที่มีผลทางกฎหมาย อาทิ การลดโทษจำคุก การยกฟ้องคดี เป็นต้น (Nancy Wolff และคณะ, 2011, p. 412-408)

Ursula Castellano ศึกษาเกี่ยวกับ “บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแลผู้ป่วยของศาลสุขภาพจิต (The role of Case Managers in Mental Health Court)” พบว่า ผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case managers) มีอำนาจหน้าที่และบทบาทสำคัญอย่างมาก ในการขับเคลื่อนการทำงานของศาล เนื่องจาก เป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง และยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของจิตแพทย์ รวมถึง เป็นตัวกลางในการประสานงานระหว่างผู้รับการบำบัดรักษากับผู้พิพากษา โดยทำหน้าที่เป็นผู้รวบรวมข้อมูลพร้อมกับข้อเสนอแนะต่าง ๆ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว การเยี่ยมเยียนที่พักอาศัย และการพูดคุยในชั่วโมงของการบำบัด (Counseling sessions) เพื่อนำมารายงานต่อศาล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ มีผลกระทบต่อความคืบหน้าในการรักษาและการตัดสินใจต่าง ๆ ของผู้พิพากษา โดยอาจมีการหารือแบบไม่เปิดเผยข้อมูล ระหว่างผู้พิพากษากับผู้จัดการดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมรับมือและหาทางออกที่เหมาะสม ในกรณีที่ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดรักษา หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของศาล เช่น การดักเตือน และการให้โอกาสปรับปรุงตัว เป็นต้น นอกจากนี้ การระมัดระวังไม่ให้ข้อมูลที่ส่งผลกระทบต่อด้านลบเข้าสู่ศาล ยังสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยที่พลาดพลั้งเพียงเล็กน้อยได้อีกด้วย ทั้งนี้ การให้โอกาสผู้ป่วยได้แก้ตัว ต้องไม่ทำให้เกิดความล้มเหลวในการบำบัดรักษาโดยรวม จึงสรุปได้ว่า ผู้จัดการดูแลผู้ป่วย มีหน้าที่ดังต่อไปนี้ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างสม่ำเสมอ การจัดทำฐานข้อมูลของผู้ป่วยและควบคุมการไหลเวียนของข้อมูล รวมถึง การปรึกษาหารือร่วมกับผู้พิพากษาและคณะทำงานของศาลเพื่อวางแผนการโต้ตอบผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

บทสรุปและข้อเสนอแนะของผู้ศึกษา

ปัญหาด้านสุขภาพจิต ถือว่าเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความปลอดภัยของ
ผู้คนในสังคม เนื่องจาก มีบุคคลจำนวนไม่น้อยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ ซึ่งประชากรกลุ่มนี้ก่อปัญหาทางสังคม
หลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระทำผิดทางกฎหมาย ถึงอย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วย ไม่ได้มีเพียงแค่
การรักษาเท่านั้น แต่เมื่ออาการดีขึ้นแล้ว ต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไป
ทำงานใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้เช่นเดียวกับบุคคลปกติทั่วไป จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาของ
ต่างประเทศ มีข้อเสนอแนะต่าง ๆ ดังนี้

1. ความรุนแรงไม่ได้เป็นผลพวงมาจากความเจ็บป่วยทางจิตเสมอไป แต่เป็นสิ่งที่ก่อตัวจากปัจจัย
ภายนอกทางสังคม (Social context) ซึ่งประกอบด้วย ความผิดปกติทางบุคลิกภาพด้านการเข้าสังคม
(Antisocial personality disorder) การตกเป็นเหยื่อของความรุนแรง (Violence victimization) การอาศัย
อยู่ในชุมชนที่มีความระส่ำระสาย (Community disorganization) และ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด
ในทางที่ผิด (Substance misuse) ดังนั้น การแก้ไขปัญหาความรุนแรงของผู้ป่วยทางจิต จึงต้องมีการรักษา
โดยการใช้ยาควบคู่ไปกับการบำบัดการใช้สารเสพติด และการอบรมทักษะในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึง
การสร้างชุมชนที่น้อยอยู่ โดยการพัฒนาทางเศรษฐกิจ การสร้างสภาพแวดล้อมที่ดี การส่งเสริมด้านสวัสดิการ
การสนับสนุนการมีงานทำและคุ้มครองคนหางาน และการอบรมการควบคุมอารมณ์ให้แก่สมาชิกในชุมชน
เพื่อเรียนรู้การระงับข้อพิพาทโดยปราศจากความรุนแรง

2. รัฐบาลต้องให้ข้อมูลที่ต้องการแก่สาธารณชน ว่าความรุนแรงในผู้มีปัญหาทางสุขภาพจิต ไม่สามารถ
ขจัดไปได้ แต่สามารถทำให้ทุเลาจนอยู่ในระดับเดียวกับคนปกติทั่วไปได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลใน
การบริหารงบประมาณ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของหน่วยบริการทางจิตเวช ทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของ
การรักษาพยาบาล

3. การแก้ปัญหาด้านสุขภาพควรได้รับความสำคัญมากกว่าการแก้ไขปัญหาความรุนแรง การ
วางเป้าหมายเพื่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิต ควรเป็นแนวทางที่สร้างสรรค์เพื่อให้ผลลัพธ์ที่คุ้มค่ากว่า
นโยบายที่มุ่งเป้าเพื่อลดความรุนแรงเพียงอย่างเดียว

4. การยกเลิกพฤติกรรมตำหนิ (Blame culture) เพื่อลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการ
บริหารด้วยการกระจายความเสี่ยง และการรณรงค์ให้องค์กรต่าง ๆ ทุกระดับที่มีส่วนในการบริหารนโยบาย
ด้านสุขภาพจิต หันมาร่วมมือกันให้มากขึ้น ด้วยการยอมรับความเสี่ยงและหาแนวทางการปฏิบัติที่เป็นเลิศ
ร่วมกัน (Best practice)

5. การยกเลิกการวางนโยบายโดยยึดหลักประชานิยม ทั้งนี้ ควรตระหนักว่า การปกครองโดยระบอบ
ประชาธิปไตย ไม่จำเป็นต้องตอบสนองต่อความต้องการของประชากรหมู่มากเสมอไป แต่สิ่งที่รัฐบาลควรทำ
คือการวางนโยบายที่ให้ประโยชน์แก่สังคมและประชาชนมากที่สุด

6. ก่อตั้งหน่วยเฉพาะกิจสำหรับผู้ถูกคุมขังที่มีอาการป่วยทางจิต (Task Force of the Incarcerated
Mentally Ill) ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ทางจิตเวชและตำรวจ เพื่อทำหน้าที่คัดกรองสภาวะทางจิตของผู้กระทำ
ผิดในขณะที่ถูกจับกุม โดยทำหน้าที่อบรมจิตเวชเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ด้วย

7. การจัดทีมงานนักสังคมสงเคราะห์ที่มีความรู้ด้านจิตเวช เพื่อทำการคัดกรองผู้กระทำความผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต ก่อนที่ผู้นั้นจะถูกนำตัวเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม หากมีการพิสูจน์ว่าผู้กระทำความผิดเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช ต้องมีการวางแผนการรักษาพยาบาลและการอบรมวิชาชีพให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ ต้องทำหน้าที่คัดกรองผู้ต้องขัง เพื่อแยกตัวผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตออกมาและให้คำปรึกษา รวมถึงวางแผนการรักษาพยาบาล เมื่อได้รับการปล่อยตัวออกจากเรือนจำแล้วด้วย

8. การเปลี่ยนเส้นทางการดำเนินคดีก่อนมีการร้องทุกข์ (Pre-Booking Diversion Program) โดยเจ้าหน้าที่ตำรวจสามารถส่งตัวผู้กระทำความผิดที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตไปยังศูนย์วิกฤต (Crisis center) แทนการนำตัวไปจองจำไว้ในคุก ภายใต้เงื่อนไขการกระทำความผิดประเภทไม่ร้ายแรงเท่านั้น โดยจิตแพทย์ในศูนย์วิกฤตจะเป็นผู้ประเมินอาการโดยรวมและกำหนดแนวทางการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย หากว่าผู้ป่วยรายใดมีเครือข่ายผู้ให้บริการดูแลทางสุขภาพที่เข้มแข็ง ก็จะได้รับบริการปล่อยตัวให้กลับไปใช้ชีวิตตามปกติ

9. การนำระบบศาลสุขภาพจิตมาใช้ (Mental Health Court) ซึ่งเป็นศาลเฉพาะทางสำหรับผู้กระทำความผิดที่มีอาการทางสุขภาพจิต และมุ่งเน้นการแก้ปัญหาด้วยการบำบัดและการควบคุม (Problem solving-oriented court) มากกว่าการพิพากษาและการลงโทษ โดยมีจุดประสงค์ เพื่อลดจำนวนการกระทำความผิดซ้ำซาก (Recidivism) และรักษาอาการเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตของผู้ที่ถูกนำตัวเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม เป็นการสร้างความสมดุลระหว่างความรับผิดชอบทางกฎหมายในการคุ้มครองสาธารณชนจากภัยคุกคาม และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยทางจิต ที่จำเป็นต้องได้รับการรักษา เพื่อใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสันติสุข ดังนั้น ระบบการทำงานของศาล จึงเน้นการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรม หน่วยงานด้านสุขภาพจิต และเจ้าหน้าที่ตำรวจ โดยมีการลงโทษผู้ที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาและไม่ยินยอมปฏิบัติตามคำสั่งของเจ้าหน้าที่ ด้วยการจำหน่ายบุคคลผู้นั้น กลับเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทั่วไป หรือส่งตัวกลับคืนสู่เรือนจำ ถึงอย่างไรก็ตาม การเข้าร่วมโครงการของศาลสุขภาพจิต ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของจำเลย ซึ่งต้องมีการยอมรับว่าได้กระทำความผิด จึงสามารถส่งตัวไปดำเนินคดีต่อในศาลสุขภาพจิตได้ เมื่อมีการบำบัดรักษาจนครบกำหนดแล้ว และเจ้าหน้าที่ประเมินอาการของผู้ป่วยว่าได้รับการรักษาในระดับที่พึงพอใจ ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับการลดหย่อนวันต้องโทษจำคุก หรือได้รับการยกฟ้องข้อกล่าวหาในคดีอาญาไปเลยก็ได้ โดยขึ้นอยู่กับดุลพินิจของศาล

10. การปลดปล่อยนักโทษ (Project Release) ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตออกจากคุก ตามกฎหมายที่กำหนดไว้โดยกระบวนการยุติธรรม และนำมาพักอาศัยในห้องชุดที่ได้รับการจัดหาและสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลท้องถิ่น ซึ่งนักโทษเหล่านี้ จะได้รับการบำบัดรักษาโดยทีมงานนักสังคมสงเคราะห์ตลอด 24 ชั่วโมง

11. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในเรือนจำ (Prison-based therapeutic Communities) ควบคู่ไปกับการดูแลระดับประคองเมื่อผู้ถูกคุมขังกลับเข้าสู่ชุมชน (Community-based Aftercare) เพื่อลดระดับการกลับเข้ารับโทษในเรือนจำ (Re-incarceration) ของผู้ถูกคุมขัง ที่มีความเจ็บป่วยทางสุขภาพจิตอย่างรุนแรง รวมถึงนักโทษที่มีอาการแทรกซ้อนจากการใช้สารเสพติดด้วย

12. การวางแผนการเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้ป่วยทางจิตที่ถูกจองจำในคุก โดยการโดยให้นักสังคมสงเคราะห์วางแผนเปลี่ยนผ่านและเตรียมความพร้อมสำหรับนักโทษที่จะได้รับการปล่อยตัว การกำหนดตำแหน่งผู้เชี่ยวชาญด้านการแทรกแซง (Intervention specialists) เพื่อช่วยเหลือในการจัดให้นักโทษเข้าสู่บริการต่าง ๆ ในชุมชน การจัดตั้งทีมงานที่รวบรวมบุคลากรจากสายงานต่าง ๆ เพื่อบริหารจัดการกระบวนการเปลี่ยนผ่านทั้งหมด และการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างแผนกจิตเวชในเรือนจำกับสถานพยาบาลทางสุขภาพจิตในชุมชน

13. การจัดทำรายการตรวจสอบเพื่อการกลับเข้าสู่สังคม (Re-entry checklist) เพื่อสนับสนุนการทำงานของผู้อวางแผนเปลี่ยนผ่าน ประกอบด้วยบัญชีรายการต่าง ๆ ที่เป็นปัจจัยสำคัญในการกลับเข้าสู่สังคมอย่างสัมฤทธิ์ผลของผู้พ้นโทษ อาทิ บริการทางสุขภาพจิต ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ที่พักอาศัย บริการดูแลรักษาผู้ใช้สารเสพติด บริการและสวัสดิการทางสุขภาพทั่วไป อาหารและเครื่องนุ่งห่ม เป็นต้น

14. ควรบรรจุ RNR เพิ่มเข้าไปในขั้นตอนการทำงานด้านต่าง ๆ ของศาลสุขภาพจิต เพื่อจัดการกับปัจจัยในการก่ออาชญากรรม ควบคู่ไปการบำบัดทางจิต ทั้งนี้ RNR ประกอบด้วยสามหลักการ คือ ความเสี่ยง (Risk) ความจำเป็น (Need) และการตอบสนอง (Responsivity) โดยความเสี่ยงตั้งอยู่บนพื้นฐานที่ว่าจัดการดูแลและการให้บริการช่วยเหลือในระดับที่เข้มงวด ควรสำรองไว้สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการกระทำความผิด (High risk offenders) ในขณะที่ ผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำต่อการกระทำความผิด (Low risk offenders) ควรได้รับการดูแลในระดับที่เบาบางลง ในด้านความจำเป็น เพื่อลดความเสี่ยงในการทำผิดซ้ำจากการบำบัดรักษา ควรมุ่งไปที่การแก้ปัญหาตรงปัจจัยของการก่ออาชญากรรม ซึ่งประกอบด้วย พฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial behavior) ทศนคติในทางบวกต่ออาชญากรรม (Procriminal attitudes) กลุ่มเพื่อนฝูงที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial peers) บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial personality) การไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจของสังคม (Lack of prosocial leisure activities) ขาดการศึกษาและไม่มียานทำงาน (Lack of education/employment) ปัญหาครอบครัวและชีวิตแต่งงาน (Family/marital problems) และการใช้สารเสพติด (Substance abuse) ส่วนการตอบสนองคือ การบำบัดฟื้นฟูด้วยวิธีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคม (Cognitive social learning method) ซึ่งเป็นแนวทางที่ดีที่สุดในการลดพฤติกรรมอาชญากร โดยการให้บริการช่วยเหลือ ควรปรับให้เข้ากับรูปแบบและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้กระทำผิดแต่ละคน ดังนั้น เมื่อนำ RNR มาประยุกต์ใช้กับศาลสุขภาพจิต การจัดการดูแลและการให้บริการช่วยเหลือจะสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของความเสี่ยงที่บุคคลจะก่อความผิดซ้ำอีกครั้ง โดยให้ความสำคัญกับการแก้ปัญหาที่ปัจจัยของการก่ออาชญากรรม ซึ่งสัมพันธ์กับพฤติกรรมของอาชญากรพร้อมกับการรักษาบำบัดอาการทางจิตในเวลาเดียวกัน รวมถึง การนำวิธีการอ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ (Evidence-based method) เพื่อวางแผนการแทรกแซง ที่สามารถเข้าถึงผู้รับบริการมากที่สุด

15. ควรมีการศึกษากระบวนการคัดเลือกของศาลสุขภาพจิต ที่มีอยู่ในปัจจุบัน และกลั่นกรองออกมาเป็นกฎเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อให้กระบวนการทำงานต่าง ๆ ของศาล มีความชัดเจนและเหมาะสม เป็นไปในทิศทางเดียวกัน รวมถึง สามารถบังคับใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพและทั่วถึง โดยภาพรวมของศาลสุขภาพจิตในสหรัฐอเมริกา มีแนวทางการคัดเลือกผู้เข้าร่วมโครงการ 3 ขั้นตอน คือ การคัดเลือกขั้นต้น (Initial screening)

การคัดเลือกเพื่อประเมินผลทั่วไป (Assessment screening) และการคัดเลือกเพื่อประเมินผลเป็นรายบุคคล (Evaluation screening)

16. ควรให้ความสำคัญกับบทบาทหน้าที่ของผู้จัดการดูแลผู้ป่วย (Case managers) เนื่องจากมีความสำคัญอย่างมาก ในการขับเคลื่อนการทำงานของศาลสุขภาพจิต โดยเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้ารับ การบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง และยอมปฏิบัติตามคำแนะนำของจิตแพทย์ รวมถึง เป็นตัวกลางในการ ประสานงานระหว่างผู้รับการบำบัดรักษากับผู้พิพากษา โดยทำหน้าที่เป็นผู้รวบรวมข้อมูล พร้อมกับ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ซึ่งได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย การพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว การเยี่ยมเยียนที่พักอาศัย และการพูดคุยในชั่วโมงของการบำบัด (Counseling sessions) เพื่อนำมารายงานต่อศาล ซึ่งข้อมูลเหล่านี้ มีผลกระทบต่อความคืบหน้าในการรักษาและการตัดสินใจต่าง ๆ ของผู้พิพากษา โดยอาจมีการหารือ แบบปกปิดข้อมูล ระหว่างผู้พิพากษากับผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อเตรียมรับมือและหาทางออกที่เหมาะสม ในกรณีที่ ผู้ป่วยปฏิเสธการบำบัดรักษา หรือไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขของศาล

จัดทำโดย

นายรณชัย โตสมภาค

กลุ่มงานบริการวิชาการ 3 สำนักวิชาการ

โทร 0 2244 2070

โทรสาร 0 2244 2058

Email : sapagroup3@gmail.com

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กุลพล พลวัน. (มปป.). การปรับปรุงกฎหมายที่เกี่ยวกับผู้กระทำความผิดจิตไม่ปกติ.

สืบค้น 27 ธันวาคม 2559 จาก <http://www.stat.go.th/%E088%206.htm>
ยกเครื่อง...กฎหมายสุขภาพจิต คุ่มครอง "คนบ้า" รักษา...คนดี. (15 สิงหาคม 2558).

สืบค้น 27 ธันวาคม 2559 จาก <http://www.thairath.co.th/content/518211>
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. (2558). รางวัลการพัฒนาการบริการที่เป็นเลิศ “ระบบการดูแล
ผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ.” สืบค้น 27 ธันวาคม 2559 จาก

http://www.opdc.go.th/content.php?menu_id=46&content_id=3412
รวิวรรณ รักถิ่นกำเนิด. (17 มิถุนายน 2558) สองไฟหลังลูกกรง-สภาพจิตผู้ต้องขังไทย ฆ่าตัวตายปีละ20ปว
ทางจิตกว่า3พันคน. สืบค้น 27 ธันวาคม 2559 จาก
<http://www.tcijthai.com/news/2015/17/scoop/5623>

ภาษาต่างประเทศ

Bruce G. Link, John Monahan, Ann Stueve, and Francis T. Cullen. (April 1999). Real in Their
consequences : A sociological approach to understanding the association
between psychotic symptoms and violence. *American Sociological Review*, 64(2),
316–332

Mary Ann Campbell, Donaldo D. Canales, Ran Wie, Angela E. Totten, W. Alex C. Macaulay,
and Julie L. Wershler. (2015). Multidimensional Evaluation of a Mental Health Court
: Adherence to the Risk-Need-Responsivity Model. *Law and Human Behavior*, 39(5),
489–502

Nancy Wolff. (October 2002). Risk, Response, and Mental Health Policy : Learning from
the Experience of the United Kingdom. *Journal of Health Politics, Policy and Law*,
27(5), 801–832

Nancy Wolff, Nicole Fabrikant, and Steven Belenko. (2011). Mental Health Courts and their
selection processes : Modeling Variation for Consistency. *Law and Human Behavior*,
35, 402–412

Nicole J. Schaefer and Ana Stefancic. (2003). “Alternative to Prison” Programs for the
Mentally Ill Offender. *Journal of Offender Rehabilitation*, 38(2), 41–55

- Ursula Castellano. *Courting Compliance : The Role of Case Managers in Mental Health Courts*. สืบค้น 27 ธันวาคม 2559 จาก http://citation.allacademic.com//meta/p_mla_apa_research_citation/3/0/8/2/4/pages308246/p308246-1.php
- Virginia Aldige Hiday. (August 2004). *A Critique of Research on Violence and Mental Illness: Implications for Mental Health Care and the Criminal Justice System*. Paper presented at the American Sociological Association, San Francisco.
- Wendy M. Vogel, Chan D. Noether, and Henry J. Steadman. (2007). *Preparing Communities for Re-Entry of Offenders with Mental Illness : The ACTION Approach*. In Daniel W. Phillips III (Eds.), *Mental Health Issues in the Criminal Justice System* (pp. 167–188). United States of America : The Haworth Press.