



(ร่าง)รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

โครงการวิจัย

การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวช
ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

**Enhancement of Justice System Interventions for
High-Risk Violent Psychiatric Patients**

โดย

ผศ.ดร.อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์

ผศ.ดร.นวัทร ณรงค์ศักดิ์

สนับสนุนโดย

สถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต

2567

คำนำ

รายงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง” ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิต โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

คณะผู้วิจัยต้องขอพระคุณสถาบันวิจัย มหาวิทยาลัยรังสิตที่ได้เห็นความสำคัญของการศึกษาแนวทางการพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และได้ให้ทุนแก่คณะผู้วิจัยในการศึกษาวิจัย รวมทั้งกราบขอพระคุณท่านผู้พิพากษา จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลซึ่งเป็นประโยชน์ต่อรายงานวิจัยฉบับนี้

สุดท้ายนี้ คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่ารายงานวิจัยฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ และหากรายงานวิจัยฉบับนี้มีความผิดพลาดประการใด คณะผู้วิจัยขอน้อมรับแต่เพียงผู้เดียว

คณะผู้วิจัย

ผศ.ดร.อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์

ผศ.ดร.นวกัทร ณรงค์ศักดิ์

4 มีนาคม 2568

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่อง “การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ จากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) จากเจ้าหน้าที่ตำรวจที่เคยเข้าระงับเหตุหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีความรุนแรง ผู้พิพากษา จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 18 ราย และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) จากเจ้าหน้าที่ตำรวจที่เคยเข้าระงับเหตุหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีความรุนแรง จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา จำนวน 6 ราย

ผลการศึกษาพบว่า สภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีดังนี้ (1) ปัญหาด้านกำลังคน (Man) ได้แก่ จำนวนเจ้าหน้าที่ของราชทัณฑ์และเจ้าหน้าที่ตำรวจมีไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จำนวนบุคลากรทางด้านการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมีไม่เพียงพอ ภาระงานที่มากเกินไปของบุคลากรทางการแพทย์ ข้อจำกัดเรื่องการอบรมของบุคลากรทางการแพทย์ ญาติและคนในสังคมมีความรู้ความเข้าใจค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับคนไข้จิตเวช และความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม (2) ปัญหาด้านเงิน (Money) ได้แก่ งบประมาณขาดแคลน (3) ปัญหาด้านวัสดุ (Material) ได้แก่ อัตราการครองเตียงผู้ป่วยในไม่เพียงพอต่อความต้องการของคนไข้ โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีจำนวนน้อย รถพยาบาล/ วัสดุอุปกรณ์มีจำนวนจำกัด และขาดแคลนยานพาหนะ หรือขาดแคลนอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ (4) ปัญหาการบริหารจัดการ (Management) ได้แก่ หลาย ๆ ขั้นตอนในการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรักษาค่อนข้างยาวนาน การบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีข้อจำกัดอยู่ เรื่องระบบการส่งต่อและการติดตามคนไข้จิตเวชมีปัญหา การไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ กฎหมายที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ไม่มีการเชื่อมโยงด้านข้อมูล และไม่มีแพลตฟอร์มเดียวกันที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช

สำหรับการพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ มีดังนี้ 1.เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลนิติจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรในกระบวนการยุติธรรม 2.สร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนไข้จิตเวชให้คนในสังคม ชุมชน และญาติ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช 3.ส่งเสริมการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่ต้องดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรเหล่านี้ให้มีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น 4.บูรณาการการทำงานหรือสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับกับ

หน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน 5.จัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบโดยเฉพาะ เพื่อให้
การดำเนินการบำบัดรักษาหรือการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
6.ลดขั้นตอนหรือกระบวนการในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช 7.จัดสรรเตียงจิตเวชให้เพียงพอต่อความต้องการ
8.จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเวช จิตเวช ความรุนแรง กระบวนการยุติธรรม



Abstract

This research aims to investigate problems in the operation in the Thai justice system for psychiatric patients at high risk of committing violence and develop appropriate and efficient operational approaches. The research was conducted through document analysis and in-depth interviews with eighteen key informants including police officials experienced in intervening in violent incidents or pressing charges against psychiatric patients committing violent incidents, judges, psychiatrists, psychologists, nurses, and social workers. To collect more data, a focus group discussion was conducted with six participants who were experienced police officials, psychiatrists, psychologists, and nurses.

The research identified several issues within the Thai justice system, categorized into four key areas: 1) Workforce (Man): insufficient number of correctional officers and police officers, a shortage of medical professionals with specialized knowledge and expertise, overburdened medical personnel, relatives and society's lack of knowledge and understanding of psychiatric patients, and justice system personnel's lack of proper and accurate knowledge regarding psychiatric patients; 2) Insufficient budget (Money); 3) Materials: Insufficient inpatient bed capacity due to the limited number of psychiatric hospitals in Thailand, along with a shortage of vehicles, ambulances, and essential operational equipment; and 4) Management: prolonged justice system procedures and treatment duration, limited inter-agency collaboration, inefficiencies in referral and follow-up systems, absence of a dedicated responsible agency, legal constraints hindering law enforcement operations, and lack of data integration and a unified patient information platform.

To enhance the effectiveness of Thai justice system operations, the research recommended: 1) expanding medical and justice system personnel, including psychiatrists, psychiatric nurses, forensic psychiatric nurses, psychologists, social workers, and related professionals; 2) promoting accurate knowledge of psychiatric patient care among society, communities, and families; 3) promoting accurate knowledge of psychiatric patient care among related personnel; 4) promoting inter-agency collaboration or a collaborative network involving

external government and private agencies; 5) establishing an organization specifically responsible for psychiatric patient care to enhance the effectiveness of treatment and the judicial process; 6) streamlining procedures for handling psychiatric patients; 7) improving the sufficiency of bed capacity for psychiatric patients; and 8) increasing budget allocation for relevant agencies.

Keywords : psychiatric patients, psychiatric ,violence,justice system



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	5
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	7
บทที่ 1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	9
วัตถุประสงค์	14
คำถามการวิจัย	14
ขอบเขตการวิจัย	15
นิยามศัพท์	15
ประโยชน์ที่จะได้รับ	16
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
ทฤษฎีอาชญากรรมแนวจิตวิทยา	17
แนวคิดและทฤษฎีอาชญาวิทยา	22
แนวคิดการบริหารและร่วมมือกับเครือข่ายสังคม	24
กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	33
สรุปการทบทวนวรรณกรรม	36
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
รูปแบบการวิจัย	38
ผู้ให้ข้อมูล และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล	39
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	40

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

การเก็บรวบรวมข้อมูล	41
การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล	42
การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล	42
จริยธรรมการวิจัยในคน	43
บทที่ 4 ผลการศึกษาและการอภิปรายผล	
ส่วนที่ 1 การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	
1.1 สภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	45
1.2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง	70
ส่วนที่ 2 อภิปรายผลการศึกษา	79
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	87
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	
อนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน	96
แบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล	97

บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในอดีตจนถึงปัจจุบันจะเห็นได้ว่าการปรากฏของผู้มีปัญหาด้านสุขภาพจิตอย่างมากมาย โดยเฉพาะเรื่องปัญหาด้านพฤติกรรมที่แสดงอารมณ์รุนแรงออกมาทั้งต่อตนเอง และผู้อื่น กรณีแสดงอารมณ์รุนแรงต่อตนเอง คือ การทำร้ายตนเอง หรือการฆ่าตัวตาย ขณะที่การทำร้ายผู้อื่นได้แก่ การทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บจนถึงการเสียชีวิต ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ทั้งกับคนในครอบครัว และคนนอกครอบครัว แสดงให้เห็นว่าปัญหาสุขภาพจิตถือเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต และความปลอดภัยของบุคคลในสังคมเป็นอย่างมาก (รณชัย โตสมภาค, 2560) ในสังคมไทยมีบุคคลจำนวนไม่น้อยที่มีสภาพจิตไม่ปกติและเป็นผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งโรคทางจิตเวช 5 อันดับแรก ดังนี้ (1) โรคซึมเศร้า (Depression) (2) โรคจิตเภท (Schizophrenia) (3) โรควิตกกังวล (Anxiety) (4) โรคจิตเวชเนื่องมาจากสารเสพติด (Substance Induced Mental Illness) และ (5) โรคอารมณ์แปรปรวนสองขั้ว (Bipolar Disorder) (สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน, 2563)

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental. Illness with High Risk To Violence: SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงมีผลรบกวนการใช้ชีวิตปกติจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวัง และดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน ซึ่งมีลักษณะพฤติกรรมความรุนแรงเข้าข่ายที่ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สามารถแบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้ (1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง และหรือก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิต (3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย และ (4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน และวางเพลิง) (Rocket Media Lab, 2023)

ในปีงบประมาณ 2566 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental. Illness with High Risk To Violence: SMI-V) จำนวน 22,712 คน เพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2565 จำนวน 7,500 คน โดยแยกเป็น (1) ผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต จำนวน 4,549 คน คิดเป็นร้อยละ 60.65 (2) ผู้ป่วยที่มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง และหรือก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัสหรือเสียชีวิตในชุมชน จำนวน 1,813 คน คิดเป็นร้อยละ 24.17 (3) ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดมีความคิดทำร้ายผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิต หรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย จำนวน 743 คน คิดเป็นร้อยละ 9.91 และ (4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน และวางเพลิง) จำนวน 395 คน คิดเป็นร้อยละ 5.27 นอกจากนี้ หากแยกจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงในแต่ละภาคพบว่าภาคใต้มีเปอร์เซ็นต์ที่ผู้ป่วย

ได้รับการติดตามมากที่สุดจากผู้ป่วยจำนวน 1,224 คน ได้รับการติดตาม จำนวน 901 คน คิดเป็นร้อยละ 73.61 ขณะที่ภาคตะวันตกมีจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงน้อยที่สุด จำนวน 112 คน แต่พบว่าไม่มีการติดตามผู้ป่วย (Rocket Media Lab,2566)

จากกรณีดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าประชากรกลุ่มนี้ก่อปัญหาทางสังคมหลายประการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการกระทำผิดกฎหมาย เช่น การฆ่า การข่มขืน การทำร้ายผู้อื่น หรือการทำลายทรัพย์สิน เป็นต้น แม้ว่าปัจจุบันจะมีมาตรการดำเนินการควบคุม ดูแลผู้กระทำความผิดที่จิตไม่ปกติอยู่หลายประการ แต่มาตรการดังกล่าวมีเพียงการคุ้มครองสิทธิในการต่อสู้คดี การคุ้มครองด้านการรับผิดทางอาญา และการป้องกันสังคมจากการก่อเหตุร้าย ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ด้วยการควบคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลแต่ไม่ได้เป็นการแก้ไข ปัญหาที่สาเหตุพร้อมทั้งไม่สามารถรับประกันได้ว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจะไม่ก่อคดีซ้ำ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาหนึ่งของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ไม่ได้รับการรักษาอาการป่วยทางจิตของตน เนื่องจากทัศนคติของคนในสังคมยังมีความเข้าใจว่าอาการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องน่าอายทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีความกังวลว่าจะไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม และมีความรู้สึกด้อยค่าตัวเอง ด้วยเหตุนี้เองทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงกระทำความผิดดังนี้

คนร้ายฆ่าเด็กอายุ 14 ปี

เหตุคนร้ายขับมอเตอร์ไซด์ติดตามน้องคิตตี้ วัย 14 ปี ระหว่างเดินทางไปโรงเรียน แล้วฉวยโอกาสระหว่างรถจอด เข้าไปทำร้ายน้องบริเวณหน้าโรงเรียนจนเสียชีวิต เพราะคนร้ายมีสภาพป่วยทางจิต เนื่องจากมีประวัติเคยใช้ยาเสพติด แม้เคยถูกจำคุกมาแล้ว แต่เมื่อออกมากลับไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง จึงกลับมาก่อเหตุเศร้าสลดซ้ำขึ้น ที่ผ่านมามีประวัติใช้ยาเสพติด และขาดการทานยาระงับโรค (ไทยรัฐออนไลน์,6 ม.ค.2566)

ลูกสาวฆ่าแม่

ลูกสาวป่วยจิตเวช ทะเลาะกับแม่วัย 71 ปี เกิดคลุ้มคลั่งปีบคอและใช้ไม้ท่อนที่กลึงสำหรับทำเก้าอี้ นั่งทุบหัวแม่จนตายจมกองเลือดหน้าบ้าน ที่เกิดพบศพ นางประทุม สุขเกษม อายุ 71 ปี นอนคว่ำหน้าจมกองเลือดเสียชีวิตอยู่ที่บริเวณหน้าบ้าน โดย ร.ต.อ.เวียงชัย เทภิกัน รอง สว.(สอบสวน) เผยว่า เบื้องต้นจากการสืบสวนทราบว่า ผู้ก่อเหตุคือบุตรสาวของเสียชีวิต ได้เดินออกไปที่ถนนหน้าบ้าน ต่อมาตำรวจจับกุมตัวได้ ทราบชื่อ น.ส. สุวิศิษฐ์ อายุ 46 ปี (เป็นผู้ป่วยจิตเวช) จึงควบคุมตัวมาสอบถาม น.ส.สุวิศิษฐ์ รับว่า เป็นผู้ก่อเหตุจริง โดยก่อนเกิดเหตุ ได้ทะเลาะกับมารดา และใช้มือปีบคอมารดาแล้วลากมารดาลงจากเตียงไปที่บริเวณหน้าบ้าน จากนั้นใช้ไม้ท่อนที่กลึงไว้ทำเก้าอี้ นั่ง มาทุบมารดาไป 3 ครั้ง จนเสียชีวิต และวางไม้ท่อนไว้ข้างศพ (ไทยรัฐออนไลน์16 ก.ย.,2566)

ตำราจคฺล้งใช้อาวุธมิดไล่แทงชาวบ้าน

จากกรณีตำราจคฺล้ง ส.ต.อ.ชวณิล จินตามณีนาศ ผบ.หมู่ (ป.) สภ.ชะอวด ภ.จว.นครศรีธรรมราช มีอาการคลุ้มคลั่ง ใช้อาวุธมิดไล่แทงชาวบ้าน 2 ราย คือ น.ส.ประภา แยมเย็น อายุ 69 ปี มีบาดแผลถูกแทงตามใบหน้า และแขนทั้ง 2 ข้าง เป็นแผลฉกรรจ์หลายแห่ง อาการสาหัส และ น.ส.วิจิตตรา รักขนาม อายุ 51 ปี มีบาดแผลถูกแทงตรงโหนกแก้มทั้ง 2 ข้าง แขนทั้ง 2 ข้าง และแผ่นหลังเกือบ 10 แผล เสียชีวิต ก่อนเกิดเหตุผู้ตายและผู้บาดเจ็บได้เดินทางมาจากหาดใหญ่ มาร่วมทำบุญแห่ผ้าขึ้นธาตุที่วัดพระมหาธาตุวรมหาวิหาร อ.เมือง จ.นครศรีธรรมราช หลังจากนั้นได้เดินทางมาเยี่ยมญาติพี่น้องที่ชะอวด หลังจากนั้นได้ขับขี่รถจักรยานยนต์จากบ้านเพื่อไปเยี่ยมญาติอีกจุดหนึ่ง โดยกล้องวงจรปิดจับภาพได้ก่อน ตรงจุดก่อนที่จะถึงที่เกิดเหตุ เมื่อผ่านหน้าแฟลตตำรวจ ถูกหมู่อาرم หรือ ส.ต.อ.ชวณิล จินตามณีนาศ ถีบรถจักรยานยนต์จนล้มคว่ำแล้วเข้าชาร์จกระหน่ำแทง ท่ามกลางชาวบ้านที่เห็นเหตุการณ์จำนวนมาก หลังเกิดเหตุ บรรดาญาติของผู้บาดเจ็บและเสียชีวิต ได้โทรศัพท์พร้อมโทรทางแชตเฟซบุ๊กและส่งข้อความให้สื่อมวลชนใกล้เคียงทราบข่าว เนื่องจากเกรงคดีจะไม่ได้รับความเป็นธรรม เพราะผู้ก่อเหตุเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ (ไทยรัฐออนไลน์, 25 ก.พ.2567)

ตำรวจถูกผู้ป่วยจิตเวชแทงตาย

เหตุเกิดเมื่อเวลาประมาณ 12.31 น. วันที่ 24 ธ.ค. ได้รับแจ้งเหตุว่า มีผู้ป่วยจิตเวชอาละวาด และมีอาวุธมิด ที่ ม.9 บ้านโชคอำนวย ต.อุ่มเหมา อ.ธาตุพนม จ.นครพนม เจ้าหน้าที่ตำรวจสายตรวจตำบลอุ่มเหมา ร.ต.ท.อิสราวุฒิ โกพลรัตน์ รอง สวป.สภ.ธาตุพนม จึงได้ออกไปปฏิบัติหน้าที่ระงับเหตุ (มติชนออนไลน์, 24 ธ.ค.2566)

จากเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงข้างต้น ประกอบกับตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 ซึ่งมุ่งเน้นให้ประชาชน และบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ได้รับการคุ้มครองสิทธิ ได้กำหนดมาตรการเกี่ยวกับการคุ้มครองประชาชนให้ได้รับการเสริมสร้างสุขภาพจิต การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมทุกภาคส่วน (กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) พร้อมทั้งระบุว่า การจะลงโทษอาญาผู้ใดนั้นต้องครบองค์ประกอบความผิด 2 ประการ คือ มีการกระทำความผิดกฎหมาย และมีเจตนาชั่วร้าย หากมีแค่การกระทำความผิดกฎหมายเพียงอย่างเดียว แต่ขาดเจตนาชั่วร้ายกระบวนการยุติธรรมอาญาไม่เอาผิดผู้นั้น เช่น ทำให้ผู้อื่นตายโดยไม่เจตนาหรือประมาท อาชญากรที่เป็นเหตุจากวัตถุ ดังนั้น ความหมายของ “บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต” นั้น พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 3 ได้บัญญัตินิยามไว้ว่า “ความผิดปกติทางจิต” หมายความว่า “อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” (พระราชบัญญัติ

สุขภาพจิต พ.ศ.2551,2557) สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยทางจิตที่มีแนวโน้มในการก่ออาชญากรรมส่วนมากจะมีความผิดปกติด้านจิตใจ หรือมีบุคลิกภาพที่ต่อต้านสังคมไม่สามารถเข้ากับบุคคลอื่นได้ ซึ่งมีลักษณะประสาทหลอน หวาดระแวง กลัวคนอื่นจะมาฆ่า การชอบเป็นศัตรูกับผู้อื่น การมองโลกในแง่ร้าย หรือการไม่ยอมรับในกฎเกณฑ์ของสังคม (ไพจิตร ถาวร,ณรงค์ กุลนิเทศ,2563)

อย่างไรก็ดี ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ระบุว่า “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตัวเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้” เหตุผลที่กฎหมายอาญายกเว้นโทษหรือลดโทษให้เนื่องจากการกระทำความผิดกฎหมายอาญาตามมาตรา 65 นั้น เพราะว่าบุคคลผู้กระทำความผิดที่อาการป่วยทางจิตในขณะที่กระทำความผิดไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถที่จะบังคับการกระทำของตนเองได้ ทำให้บุคคลที่อยู่ในอาการหรือสภาวะเช่นนั้น กฎหมายถือว่าเป็นการกระทำความผิดที่ปราศจาก “ความชั่ว” จึงสมควรที่ผู้กระทำความผิดจะได้รับการยกเว้นโทษหรือได้รับการลดโทษแล้วแต่กรณี” (ชนกนันท์ นันตะวัน ,ไทพิศรีนิวัต ภักดีกุล,2560) นั้นหมายความว่า ตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 จะมีแค่ผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้นที่ได้รับการยกเว้นโทษ เช่น ผู้ป่วยโรคจิต ปัญญาอ่อน โรคสมองเสื่อม เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถรู้ผิดชอบ และไม่สามารถบังคับตนเองได้ขณะทำความผิด ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในกลุ่มโรคประสาท กลุ่มผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ กลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ และกลุ่มผู้ที่ติดยาเสพติด จะไม่เข้าข่ายที่จะได้รับการยกเว้นโทษ เว้นแต่ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตปนอยู่ด้วย ซึ่งเหตุผลที่กฎหมายไม่ยกเว้นโทษให้บุคคลเหล่านี้ เพราะอย่างยิ่งมีความรู้ผิดชอบ และสามารถบังคับตนเองได้โดยศาลอาจลดโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด (ปณัฏกร วรศิลป์มนตรี,2024)

นอกจากนี้ ยังพบว่าในประมวลกฎหมายอาญา มิได้มีการให้นิยามของ “ผู้ป่วยจิตเวช” ไว้อย่างชัดเจน ความรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิด จึงต้องปรับตามถ้อยคำที่บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 59 และ 65 คือ ถ้อยคำ “การรู้สำนึกในการกระทำ” ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้” และ “สามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง” ซึ่งมีได้ระบุชัดเจนและมีลักษณะเป็นการให้ดุลยพินิจแก่ผู้พิพากษามากเกินไป รวมทั้งการพิจารณาคดีอาญาไม่มีบุคคลเป็นสื่อกลางระหว่างศาลกับตัวจำเลยซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเวช อาจส่งผลให้ข้อเท็จจริงที่ปรากฏในการพิจารณาไม่ครบถ้วน หรือถูกบิดเบือนไปเพราะอาการป่วย และสถานที่ในการสืบพยานของผู้ป่วยจิตเวชก็ใช้ห้องพิจารณาคดีปกติ ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและอาการของโรคจิตเวชกำเริบ (กันติทัต ใฝ่น้อย,2563) ประกอบกับการใช้ถ้อยคำเกี่ยวกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตยังคงมีความแตกต่างกันตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 มาตรา 246 และมาตรา 248 ใช้คำรวมๆ ว่า “วิกลจริต” แต่ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ใช้คำว่า “จิตบกพร่อง” “โรคจิต” และ “จิตฟั่นเฟือน” ส่วนพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479 มาตรา 29 และ 30 ใช้ความหมายกว้างๆ ว่า “ผู้ป่วยเจ็บ” และ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ใช้คำว่า “ผู้ป่วยจิต” ซึ่งหมายถึงผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตทุกประเภท ซึ่งการใช้คำที่แตกต่างกันเช่นนี้อาจทำให้เกิดปัญหาในการปรับใช้กฎหมาย (บุรัสกร ศิริรัตนบวร,2559,หน้า 192)

จากการนิยามความหมายดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าปัญหาถ้อยคำในตัวบทกฎหมายยังขาดความชัดเจน คำบางคำกฎหมายไม่ได้ให้ความหมายเอาไว้โดยเฉพาะ จึงต้องอาศัยการตีความที่แตกต่างกันรวมทั้งนิยามอาการป่วยทางจิตในทางการแพทย์กับนิยามตามกฎหมายก็ไม่สอดคล้องกัน ทำให้เกิดความสับสนหรือเกิดปัญหาความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างแพทย์กับนักกฎหมาย รวมทั้งสื่อมวลชนเกี่ยวกับอาการทางจิตเวชของผู้ป่วยในแต่ละกรณี ที่ผ่านมามีพบว่ากรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงกระทำความผิด ทั้งแพทย์ และบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมมีความเห็นที่แตกต่างกัน ซึ่งแพทย์มีความเห็นตรงกันว่าผู้กระทำความผิด หรือผู้ที่กำลังจะกระทำความผิดมีอาการของโรคจิตเพราะมีอาการหลงผิด หวาดระแวง สมควรได้รับการบำบัดรักษาโดยด่วน แต่บุคลากรในกระบวนการยุติธรรม และสื่อมวลชนกลับให้ความเห็นว่ามันน่าจะเป็นโรคจิต เพราะบุคคลนั้นยังสามารถทำงานได้ตามปกติและยังวางแผนกระทำความผิดได้ เหมือนเข้าใจว่าคนที่เป็นโรคจิตหรือคนบ้ามันจะต้องบกพร่องด้านสติปัญญาไปด้วย เรื่องเหล่านี้หากยังไม่เข้าใจตรงกันจะส่งผลเสียโดยตรงต่อมาตรการทางกฎหมายทั้งในประมวลกฎหมายอาญา และในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (บุรัสกร ศิริรัตนบวร,2559,หน้า 193)

หากพิจารณาในกระบวนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจพบว่า ถ้าเป็นผู้ร้ายจะง่ายต่อการปฏิบัติหน้าที่ แต่ถ้าเป็นกรณีผู้ป่วยจิตเวชต้องใช้ความระมัดระวังเป็นพิเศษ เพราะไม่ทราบว่าผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกตัวหรือไม่ในการก่อความรุนแรง ดังนั้น จึงควรมาร่วมมือกันในการคิดกระบวนการหรือขั้นตอนในการจัดการผู้ป่วยจิตเวชและควรจะเป็นที่ให้เป็นหลักฐาน เพื่อให้สังคมไม่เข้าใจผิดในการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ เช่น การใส่กุญแจมือผู้ป่วยจิตเวช นอกจากนี้ ยังพบว่าปัจจุบันรถยนต์ของเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่มีเครื่องมือ อุปกรณ์ในการจับหรือดูแลผู้ป่วยจิตเวช หากผู้ป่วยจิตเวชมีอาการคลุ้มคลั่ง ทำร้ายร่างกายเจ้าหน้าที่ตำรวจทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจที่เสียสละได้รับบาดเจ็บในการนำส่งผู้ป่วยจิตเวช ฉะนั้นต้องร่วมกันคิดกระบวนการ ขั้นตอนการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชในอนาคตข้างหน้า เพื่อเตรียมความพร้อม และเป็นไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 กำหนด อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าเมื่อตำรวจได้รับแจ้งพบผู้มีความผิดปกติทางจิตและรับนำส่งไปยังสถานพยาบาลของรัฐแต่พบว่าโรงพยาบาลบางแห่งไม่รับ เนื่องจากไม่มีแพทย์วินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น ประกอบกับมีบุคลากรไม่เพียงพอโดยเฉพาะเวลากลางคืน ทำให้ตำรวจต้องเฝ้าผู้ป่วยซึ่งมีผลกระทบกับการสูญเสียอัตรากำลังของตำรวจ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต,2560) สะท้อนให้เห็นว่า แนวทางการปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเวชของเจ้าหน้าที่ตำรวจและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมีแนวทางการดำเนินการอย่างไร เพื่อให้ปลอดภัยทั้งผู้ป่วยจิตเวชและเจ้าหน้าที่ ซึ่งปกติผู้ป่วยจิตเวชจะมีพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง กระบวนการรักษาค่อนข้างลำบาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ตำรวจ เนื่องจากมีอาวุธ เครื่องมือ และบางครั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจจะเข้าไปควบคุมพื้นที่ให้เรียบร้อยก่อนเพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขปฏิบัติหน้าที่ได้ และนำส่งไปยังสถานบำบัดรักษา แต่มีปัญหาเรื่องงบประมาณการนำส่งไม่เพียงพอ

จากการดำเนินการดังกล่าวข้างต้น นับเป็นปัญหาการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง รวมทั้งการประสานงานระหว่างโรงพยาบาลทางจิตและทางกาย มีขั้นตอนการปฏิบัติงานหลายขั้นตอน อาทิ การตรวจทางห้องปฏิบัติการควรตรวจเพียงครั้งเดียว เพื่อนำส่งผู้ป่วยจากโรงพยาบาลทางกายไปโรงพยาบาลทางจิตได้รวดเร็วขึ้นเพราะอาจมีผู้ป่วยบางรายมีอาการทางจิตกำเริบ ซึ่งโรงพยาบาลทางกายไม่สามารถรักษาอาการทางจิตได้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต, 2560) ทั้งนี้จากการสำรวจบุคลากรที่ทำงานด้านสุขภาพจิตในระบบบริการของรัฐทุกสังกัดทั่วประเทศ พบว่าประเทศไทย มีจำนวนจิตแพทย์ทั่วไป 409 คน จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นจำนวน 112 คน คิดเป็นอัตราส่วนจิตแพทย์ทั่วไป 0.7 คนต่อประชากรแสนคน สัดส่วนจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น 0.81 คน ต่อประชากรแสนคน ขณะที่มาตรฐาน WHO กำหนดให้มีจิตแพทย์ 10 คน ต่อประชากรแสนคน เมื่อเปรียบเทียบสัดส่วนจิตแพทย์ใน 6 ประเทศภูมิภาคอาเซียนพบว่าประเทศสิงคโปร์มีสัดส่วนจิตแพทย์ต่อประชากรมากที่สุดคือ 4.19 คน ต่อประชากรแสนคน (กรมสุขภาพจิต , 2565) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้มีสถาบันที่มีศักยภาพเปิดเป็นสถาบันฝึกอบรมใหม่ พร้อมทั้งปรับศักยภาพของสถาบันฝึกอบรมเดิมที่มีแผนงานการฝึกอบรมอยู่แล้วให้สามารถเปิดรับตำแหน่งในการฝึกอบรมเพิ่มขึ้นโดยคำนึงถึงศักยภาพ ทรัพยากร และความพร้อมของสถาบัน

ด้วยเหตุนี้เอง สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจำเป็นต้องได้รับแก้ไข ปรับปรุง และพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

2. วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
- 2.2 เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

3 คำถามการวิจัย

- 3.1 สภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมีอะไรบ้าง
- 3.2 แนวทางการพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพควรเป็นอย่างไร

4 ขอบเขตงานวิจัย

4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

ศึกษาปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (ศึกษาเฉพาะหน่วยงานตำรวจ ศาล กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งศึกษาสภาพปัญหา ดังนี้ (1) ปัญหาด้านกำลังคน (Man) (2) ปัญหาด้านเงิน (Money) (3) ปัญหาด้านวัสดุ (Material) และ (4) ปัญหาการบริหารจัดการ (Management) เพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

4.2 ขอบเขตด้านผู้ให้ข้อมูล

1. เจ้าหน้าที่ตำรวจที่เคยเข้าระงับเหตุหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีความรุนแรง จำนวน 3 ราย
2. ผู้พิพากษา จำนวน 2 ราย
3. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 13 ราย
 - 3.1 จิตแพทย์ จำนวน 3 ราย
 - 3.2 พยาบาล จำนวน 4 ราย
 - 3.3 นักจิตวิทยา จำนวน 4 ราย
 - 3.4 นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 2 ราย

รวมจำนวน 18 ราย

4.3 ขอบเขตด้านพื้นที่

การศึกษานี้จะศึกษาครอบคลุมภาพรวมทั้งประเทศไทย

4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

12 เดือน

5 นิยามศัพท์

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental. Illness with High Risk To Violence:SMI-V) หมายถึง ผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม ความเจ็บป่วยทางจิตเวชส่งผลต่อความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรง หรือทำให้เกิดความทุกข์ทรมานรุนแรงมีผลรบกวนต่อการใช้ชีวิตปกติจำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวัง และดูแลเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่วินิจฉัยด้วยโรคเดียวกัน

ปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง หมายถึง ปัญหาที่เกิดจากการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย (1) ปัญหาด้านกำลังคน (Man) (2) ปัญหาด้านเงิน (Money) (3) ปัญหาด้านวัสดุ (Material) และ (4) ปัญหาการบริหารจัดการ (Management)

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง แบ่งตามเกณฑ์ ดังนี้ (1) มีประวัติทำร้ายตัวเองด้วยวิธีรุนแรงมุ่งหวังให้เสียชีวิต (2) มีประวัติทำร้ายผู้อื่นด้วยวิธีรุนแรง และหรือก่อเหตุรุนแรงทำให้บาดเจ็บสาหัสหรือพิการ (3) มีอาการหลงผิด มีความคิดทำร้ายตนเอง หรือผู้อื่นให้ถึงแก่ชีวิตหรือมุ่งร้ายผู้อื่นแบบเฉพาะเจาะจง เช่น ระบุชื่อบุคคลที่จะมุ่งทำร้าย และ (4) เคยมีประวัติก่อคดีอาญารุนแรง (ฆ่า พยายามฆ่า ข่มขืน และวางเพลิง) หากมีพฤติกรรมความรุนแรงเข้าเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

6 ประโยชน์ที่จะได้รับ

- 6.1 ทราบถึงสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม ต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
- 6.2 ทราบถึงแนวทางการพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม ต่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงอย่างมีประสิทธิภาพ

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สำหรับการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง” ดังนี้

2.1 ทฤษฎีอาชญากรรมแนวจิตวิทยา

2.1.1 โรคจิตเภท

2.1.2 ทฤษฎีโครงสร้างทางจิต

2.1.3 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

2.2 แนวคิดและทฤษฎีอาชญาวิทยา

2.2.1 สำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม

2.2.2 แนวคิดการลงโทษ

2.3 แนวคิดการบริหารและร่วมมือกับเครือข่ายสังคม

2.3.1 แนวคิดการบริหารงาน

2.3.2 ความหมายเครือข่าย

2.3.3 องค์ประกอบของเครือข่าย

2.3.4 คุณลักษณะของเครือข่ายการทำงานในนิติการบริหารงานภาครัฐ

2.3.5 ปัจจัยความสำเร็จของเครือข่าย

2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2562

2.4.2 กฎหมายอาญาในผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

2.1 ทฤษฎีอาชญากรรมแนวจิตวิทยา

2.1.1 โรคจิตเภท

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโสกรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสี่ยงล้ำ และ วีร์ เมฆวิสัย, 2560, น.3)

โรคจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเรื้อรังจึงก่อให้เกิดภาระโรค จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต และอันดับที่ 3 ของโรคจิตและโรคระบบประสาท นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยสำคัญคือ ขาดการรักษาต่อเนื่อง ดังนั้น หากผู้รักษาสสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลเบื้องต้นด้วยยา และการดูแลทางจิตสังคม ร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยา จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ หรือใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม

อาการของโรคจิตเภท ประกอบด้วย (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโรกร, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชูริภรณ์ เสียงล้ำ และวีร์ เมฆวิสัย, 2560, น.4)

1. อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่
 - 1.1 อาการหลงผิด (delusion) คือ การมีความคิด หรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะทำร้าย การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น
 - 1.2 อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) คือ การกำหนดรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น โดยความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย
 - 1.3 การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) คือ การพูดในลักษณะที่ห้วนข้อ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนเรื่องที่พูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เป็นต้น
 - 1.4 พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) คือ พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า การเล่นอุจจาระ เป็นต้น
 - 1.5 พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ (catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไปน้อยเกินไป หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่
2. อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่
 - 2.1 อารมณ์ทื่อ (blunted affect) และเฉยเมย
 - 2.2 ความคิดอ่านและการพูดลดลง
 - 2.3 ขาดความสนใจในการเข้าสังคม และกิจกรรมที่เคยสนใจ
 - 2.4 ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

3. อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms)

- 3.1 ความสามารถในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง
- 3.2 ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง
- 3.3 ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่อง คือ ความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

จากลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทข้างต้น จึงก่อให้เกิดภาวะโรคและที่ผ่านมามีปัญหาการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง มีดังนี้ (1) ผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่น้อยที่ขาดการเข้าถึงบริการ หรือเข้าถึงบริการได้ช้า จึงส่งผลให้เกิดอาการกำเริบรุนแรง (2) ธรรมชาติการกำเริบซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และมีการกำเริบซ้ำบ่อย โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเรื้อรัง รุนแรง หากมีการกำเริบซ้ำทำให้เกิดทุพพลภาพมากขึ้น ปัจจัยสำคัญคือ การหยุดหรือรักษาไม่สม่ำเสมอ (3) ผู้ป่วยจิตเวชมีปัญหาขาดการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ไม่มารักษตามนัด หรือบางรายขาดจากระบบการรักษา และ (4) ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สุรา สารเสพติด จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้มีอาการกำเริบ หรือเกิดพฤติกรรมรุนแรงทั้งต่อตนเองหรือผู้อื่น (ชิดชนก โอภาสวัฒนา, 2563, น.2)

2.1.2 ทฤษฎีโครงสร้างทางจิต

แนวความคิดโครงสร้างของจิตมุ่งศึกษาเกี่ยวกับโครงสร้าง หรือองค์ประกอบของจิตนั้นได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดทฤษฎีที่กล่าวว่าสสารทุกชนิดจะประกอบขึ้นจากส่วนย่อยๆ ตั้งแต่ส่วนที่เล็กที่สุดจนถึงส่วนที่ใหญ่ที่สุด เช่น โต๊ะตัวหนึ่งมีโครงสร้างหรือส่วนประกอบย่อยๆ ได้แก่ ไม้ พลาสติก ยาง กระดาษ เหล็ก เป็นต้น ดังนั้น เมื่อทุกสิ่งทุกอย่างสามารถแยกส่วนประกอบได้ จิตของคนเราก็จะแยกเป็นส่วนประกอบย่อยๆ ได้เช่นกัน ผลจากการทดลองพบว่าจิตของคนเรามีส่วนประกอบย่อยๆ เรียกว่า จิตธาตุ (mental elements) และจิตธาตุยังสามารถแยกเป็นส่วนประกอบย่อยได้อีก 3 ส่วน ได้แก่ จิตธาตุสัมผัส (sensation) จิตธาตุรู้สึก (feeling) ต่อมาภายหลังทิกเนอร์ได้เพิ่มธาตุตัวที่ 3 ได้แก่ จินตนาการ (imagination) เมื่อใดก็ตามที่จิตธาตุทั้งสามทำงานร่วมกันในสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมจะเรียกว่า จิตผสม ซึ่งจะก่อให้เกิด ความคิด (thinking) อารมณ์ (emotion) ความจำ (memory) การหาเหตุผล (reasoning) ฯลฯ ซึ่งทั้งหมดก็คือ จิตหรือพฤติกรรมภายใน (covert behavior) นั่นเอง (เต็มศักดิ์ คทวณิช, 2565, น.20-21)

การเกิดพฤติกรรมของมนุษย์จะเกิดจากการสัมผัสโดยผ่านอวัยวะรับสัมผัสทั้งห้า ได้แก่ หู ตา จมูก ลิ้น และผิวหนัง โดยการตอบสนองต่อสิ่งเร้านั้นๆ เมื่อมีการตอบสนองก็จะทำให้เกิดอารมณ์ ความรู้สึก และเกิดความคิด วิเคราะห์จากประสบการณ์ซึ่งหมายถึงสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ เติบโตมาจากสภาพแวดล้อมอย่างไรที่บุคคลนั้นๆ เคยพบ เมื่อทั้งสามส่วนประกอบเข้าด้วยกันก็จะทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรมทั้งที่เหมาะสม และหรือไม่เหมาะสมออกมา

แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการกระทำความรุนแรง จะมีอาการผิดปกติทางสมอง ส่งผลให้การแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก ตลอดจนการคิดวิเคราะห์บกพร่อง ประกอบกับหากที่ผ่านมามีประสบการณ์ ซึ่งหมายถึงสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ว่าเติบโตมาจากสภาพแวดล้อมอย่างไรที่บุคคลนั้นๆ เคยพบ หากเติบโตมาจากสภาพแวดล้อมที่ดีก็จะส่งผลแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่หากเติบโตมาจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ดี ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการกระทำความรุนแรง แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมออกมา

2.1.3 ทฤษฎีจิตวิเคราะห์

ผู้ก่อตั้งกลุ่มนี้ได้แก่ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud; 1856-1936) จิตแพทย์ชาวยิว ฟรอยด์ เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านประสาทวิทยา ทฤษฎีของฟรอยด์ส่วนใหญ่จะได้อาจประสบการณ์จากการรักษาผู้ป่วยในคลินิกของเขา ซึ่งฟรอยด์ตั้งข้อสังเกตว่ามีคนป่วยบางประเภทที่ไม่สามารถค้นหาสาเหตุทางกายได้ ด้วยเหตุนี้จึงเป็นแนวทางให้เขาสนใจในการที่จะบำบัดรักษาผู้ป่วยเหล่านี้โดยการใช้วิเคราะห์ทางจิต (เดิมศักดิ์ คพวนิช, 2565, น.24-27)

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ของฟรอยด์ ได้วิเคราะห์จิตของมนุษย์ออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. จิตสำนึก (Conscious) เป็นจิตระดับที่แสดงออกโดยสามารถรู้ตัว มีสติตลอดเวลาว่าเป็นใคร ต้องการอะไร กำลังทำอะไร อยู่ที่ไหน รู้สึกอย่างไร เวลาแสดงพฤติกรรมก็จะแสดงไปอย่างรู้ตัวตามเหตุผล และอยู่ในโลกแห่งความเป็นจริงที่สังคมยอมรับ สรุปว่าจิตสำนึกคือจิตระดับที่รู้ตัวและแสดงออกมาได้โดยตรงตามที่ตนเองรับรู้ในขณะนั้น
2. จิตกึ่งสำนึก (Pre-conscious) เป็นจิตในระดับที่ยังรู้ตัวอยู่เช่นกัน เพียงแต่ควบคุมไม่ให้แสดงพฤติกรรมออกมา เมื่อใดก็ตามที่ต้องการจะแสดงออกก็สามารถจะเปิดเผยได้โดยทันที เช่น เดชามีความอาฆาตแค้นบุกเบิก แต่ไม่ต้องการให้คนอื่นรู้จึงควบคุมพฤติกรรมให้เป็นปกติ จะเห็นว่าเดชาจะรับรู้จิตส่วนนี้ได้อยู่ตลอดเวลาว่ามีความรู้สึกอย่างไรต่อบุกเบิก เมื่อใดก็ตามที่เขาต้องการจะแสดงความรู้สึกที่แท้จริงก็สามารถเปิดเผยได้ทันที สรุปว่าจิตกึ่งสำนึกคือจิตระดับที่รู้ตัวแต่ไม่แสดงออกมา
3. จิตใต้สำนึก (Unconscious) ฟรอยด์เชื่อว่า จิตระดับนี้เป็นระดับที่เก็บสะสมสิ่งต่างๆ ไว้มากมาย เช่น สัญชาตญาณของมนุษย์ เช่น ความต้องการทางเพศ ความก้าวร้าว ความกลัว ความเห็นแก่ตัว แม้กระทั่งประสบการณ์ต่างๆ ทั้งหลายที่บุคคลได้รับมาตั้งแต่แรกเกิด โดยเฉพาะประสบการณ์ที่เป็นเรื่องปวดร้าว ขมขื่น หรือเป็นทุกข์ในวัยเด็กที่ต้องการจะลืมไปจากความทรงจำ เช่น อิจฉาพี่น้องเกลียดพ่อแม่ เป็นต้น ความรู้สึกเหล่านี้จะเกิดเป็นกระบวนการเก็บกดลงสู่จิตใต้สำนึก แต่เนื่องจากจิตระดับนี้จะอยู่นอกเหนือการควบคุมของบุคคล จึงทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถรับรู้ถึงความรู้สึกดังกล่าว ด้วยเหตุนี้ จึงเหมือนกับได้ลืมเหตุการณ์และความรู้สึกเหล่านั้นไปแล้ว ซึ่งตามความเป็นจริง

ประสบการณ์และความรู้สึกทั้งหลายนั้นยังคงอยู่ ดังจะเห็นได้จากบางครั้งสิ่งที่สะสมอยู่ภายใต้จิตสำนึกจะแสดงออกมาในรูปของความฝัน การละเมอ หรือเฟลอปูดออกมาโดยไม่ตั้งใจ เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ในบรรดาจิตทั้ง 3 ระดับ ฟรอยด์จึงให้ความสำคัญกับจิตใต้สำนึกเป็นอย่างมาก เนื่องจากฟรอยด์เชื่อว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติหลายๆ อย่างที่บุคคลแสดงออกมานั้นเกิดจากประสบการณ์เดิมบางอย่างที่สะสมไว้ในจิตใต้สำนึกของบุคคล ซึ่งเจ้าตัวไม่สามารถค้นหาสาเหตุคำตอบด้วยตัวของตัวเองได้เลย

ตามหลักทฤษฎีของฟรอยด์ เชื่อว่าพฤติกรรมต่างๆ ของบุคคลที่แสดงออกมานั้นสืบเนื่องมาจากการทำงานของพลังงานทางจิต 3 ส่วนที่อยู่ภายในจิตทั้ง 3 ระดับ เขาอธิบายว่า ถ้าพลังงานทางจิต 3 ส่วนนั้นสามารถทำงานประสานกลมกลืนหรือประนีประนอมกันได้อย่างราบรื่นพฤติกรรมของบุคคลนั้นจะแสดงออกมาเป็นปกติและเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี แต่ถ้าเกิดความขัดแย้งต่อสู้กันอย่างรุนแรงเมื่อใดจะมีผลต่อพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์หรือก่อให้เกิดปัญหาทางจิตกับบุคคลนั้นขึ้นได้ พลังงานทางจิตทั้ง 3 ส่วน ดังนี้

1. อิด (Id) คือส่วนของความอยาก ความต้องการ กิเลส ตัณหา รวมไปถึงสัญชาตญาณทั้งหลายที่ติดตัวมนุษย์มาแต่กำเนิด พลังงานทางจิตส่วนนี้เมื่อเกิดขึ้นจะพยายามผลักดันให้เกิดการตอบสนองโดยไม่ใช้เหตุผลใดๆ ทั้งสิ้น เช่น เมื่อหิวก็จะรับประทานโดยไม่สนใจว่าเป็นของใคร หรือรับประทานได้หรือไม่ ดังนั้นจึงพบว่าอิดจะอยู่ภายใต้จิตสำนึกของแต่ละบุคคล

2. อีโก้ (Ego) เป็นพลังงานทางจิตส่วนที่จะแสดงออกเป็นรูปพฤติกรรมตามพลังของฝ่ายอิดหรือซูเปอร์อีโก้ โดยอีโก้จะพยายามประนีประนอมพลังความต้องการของอิด และซูเปอร์อีโก้ให้สมดุลกัน เพื่อให้แสดงออกมาตามสภาพความเป็นจริงที่สังคมยอมรับ หรือเหมาะสมกับสถานการณ์นั้นๆ ดังนั้น เท่ากับว่าอีโก้คือ ตัวบริหารจิตให้เกิดความสมดุล จะเห็นว่าอีโก้จึงอยู่ในส่วนของจิตสำนึกที่รู้ตัวอยู่ตลอดเวลา

3. ซูเปอร์อีโก้ (Super Ego) เป็นพลังงานทางจิตที่ก่อตัวขึ้นจากการเรียนรู้ระเบียบ กติกา กฎเกณฑ์ กฎหมาย ศีลธรรมของสังคม เป็นส่วนที่จะเตือนบุคคลให้รู้ว่าสิ่งใดถูก สิ่งใดผิด ดีหรือเลว อาจกล่าวสั้นๆ ว่าซูเปอร์อีโก้ คือ ส่วนของคุณธรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งแต่ละคนจะมีพลังงานแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการอบรมเลี้ยงดูและการขัดเกลาจากสังคมระดับต่างๆ ที่บุคคลนั้นเติบโตขึ้นมา ดังนั้น ซูเปอร์อีโก้จึงอยู่ในจิตทั้งสามระดับ

จากกรณีดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวช นั้นเป็นบุคคลที่ไม่สามารถจะควบคุมจิตของตนเองได้ทั้งในส่วนของอิด อีโก้ และซูเปอร์อีโก้ นั้นหมายความว่า แต่ละสถานการณ์ก่อนที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมใดๆ ออกมานั้น พลังงานทางจิตทั้งสามจะเกิดความขัดแย้งกันอยู่เสมอ โดยอิดพยายามจะผลักดันให้อีโก้ตอบสนองความต้องการของตน ส่วนซูเปอร์อีโก้จะคอยเตือนให้อีโก้รับรู้ว่าจะกระทำนั้นถูกหรือผิด อีกทั้งพยายามจะดึงไม่ให้อีโก้ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลของอิดทุกเรื่อง โดยการใช้เหตุผลต่างๆ เมื่อใดก็ตามที่พลังงานฝ่ายอิดมีมากกว่า ประกอบกับอีโก้และซูเปอร์อีโก้ไม่แข็งแกร่งพอจะควบคุมพลังงานฝ่ายอิดไว้ได้ อีโก้จะแสดงพฤติกรรมคล้อยตาม

อิด แต่ถ้าบุคคลใดที่อึดไ้และซูเปอร์อึดไ้มีพลังเหนือกว่าอิด เมื่อนั้นบุคคลก็จะสามารถควบคุมความอยากและความต้องการเอาไ้ได้ แต่กรณีของผู้ป่วยจิตเวชไม่สามารถควบคุมจิตของตนเองได้จึงส่งผลไ้ไปกระทำความผิด

2.2 แนวคิดและทฤษฎีอาชญาวิทยา

2.2.1 สำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม

นักอาชญาวิทยากล่าวกันว่า ในคริสต์ศตวรรษที่ 18 เป็นยุคทองของทฤษฎีสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิม ส่วนในคริสต์ศตวรรษที่ 19 เป็นยุคผลัดเปลี่ยนแนวความคิดอันเป็นที่มาของแนวคิดใหม่ที่น่าหลักวิทยาศาสตร์มาประยุกต์เพื่ออธิบายสาเหตุของการเกิดอาชญากรรม อันเป็นที่มาของสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม (Positive School of Criminology :PSC) (อุทัย อาทิวะ,2558,น.109)

ซีซาร์ ลอมโบรโซ บิดาแห่งสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม ศึกษาสาเหตุแห่งการเกิดอาชญากรรม โดยเน้นการศึกษาสาเหตุของความบกพร่องแห่งตัวผู้กระทำความผิดอันเป็นสาเหตุที่มากการประกอบอาชญากรรม โดยมีสมมติฐานว่าความบกพร่องแห่งร่างกายและจิตใจของบุคคลเป็นสาเหตุประการสำคัญที่ผลักดันบุคคลให้ตัดสินใจประกอบอาชญากรรมขึ้น นอกจากนี้ ทฤษฎีอาชญาวิทยาของสำนักปฏิฐานนิยมมีความเชื่อว่า มนุษย์ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้อย่างเด็ดขาด โดยเฉพาะพฤติกรรมอาชญากรรม ดังนั้น อาชญากรรมจึงเกิดจากความผิดปกติหรือความบกพร่องด้านร่างกายหรือจิตใจของมนุษย์

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง เมื่อไปกระทำความผิด จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาสาเหตุการกระทำความผิดว่าเกิดจากความบกพร่องของร่างกาย และหรือจิตใจที่ส่งผลไ้ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ จึงทำให้ตัดสินใจประกอบอาชญากรรม

2.2.2 แนวคิดการลงโทษ

ประมวลกฎหมายอาญา พุทธศักราช 2499 มาตรา 18 ได้กำหนดบทลงโทษผู้กระทำความผิดกฎหมายอาญาไว้ 5 ประเภท ดังนี้ (1) ประหารชีวิต (2) จำคุก (3) กักขัง (4) ปรับ และ (5) ริบทรัพย์ (สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา,2499) อย่างไรก็ตาม โทษหลักทั้งสามอย่าง คือ ประหารชีวิต จำคุกและปรับนั้น หากพิจารณาตามตัวบทกฎหมายที่มีโทษทางอาญาจะเห็นว่าโทษประหารชีวิตใช้น้อยที่สุด โทษจำคุกเป็นโทษที่ใช้โดยทั่วไปกับความผิดส่วนใหญ่ และโทษที่มีใช้มากที่สุดก็คือโทษปรับ ซึ่งมักจะใช้ควบคู่ไปกับโทษจำคุกในความผิดเกือบทุกอย่างที่มีโทษจำคุก และใช้เป็นโทษหลักโดยเฉพาะสำหรับความผิดเล็กๆ น้อยๆ (ปกรณ์ มณีปกรณ์,2553,น.274)

แม้ว่าจะมีการบัญญัติของกฎหมายในการกำหนดบทลงโทษผู้กระทำความผิดกฎหมาย แต่เมื่อมีการกระทำความผิดเกิดขึ้นในสังคม สังคมจะต้องหาวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่งในการจัดการกับคนที่ทำผิด ละเมิดกฎเกณฑ์ของสังคม เพราะหากสังคมไม่จัดการกับคนที่ทำผิดเท่ากับสังคมยอมรับการกระทำความผิดดังกล่าว ซึ่งวัตถุประสงค์ในการปฏิบัติหรือลงโทษผู้กระทำความผิด สรุปได้ดังนี้ (ปกรณ์ มณีปกรณ์,2553,น.255-261)

1. การลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน (Retribution)

การลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน เป็นการลงโทษที่มีมาตั้งแต่สมัยที่มนุษย์ยังเป็นสังคมป่าเถื่อน รูปแบบการลงโทษจะมีลักษณะรุนแรงป่าเถื่อน เช่น การตัดอวัยวะ การเฆี่ยนตี ทรมาน ฯลฯ ซึ่งการลงโทษลักษณะนี้เป็นการลงโทษที่ประชาชนทั่วไปต้องการเห็นคนที่ทำร้ายผู้อื่นได้รับผลร้ายเช่นกันเป็นการลงโทษที่ชดเชยและให้สาสมกับความผิดเพื่อให้เกิดความยุติธรรมตามหลัก “ตาต่อตา ฟันต่อฟัน”

2. การลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้ง (Deterrence)

วัตถุประสงค์การลงโทษแบบนี้เป็นผลมาจากความคิดของสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิม (Classical School) เชื่อว่าการกระทำผิดเกิดขึ้นจากคนไม่เกรงกลัวกฎหมาย หรือการบังคับใช้กฎหมายอ่อนแอ เพราะมนุษย์มีเหตุผล มีเจตจำนงอิสระ (Free Will) ที่จะเลือกหรือไม่เลือกทำอะไรก็ได้ โดยเลือกทำอะไรที่ทำให้ตนเองได้ประโยชน์และพอใจ แต่ไม่เลือกทำอะไรที่ทำให้ตนเองเกิดความทุกข์และความเจ็บปวด มนุษย์จึงต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนเอง ทั้งนี้ ผลของการลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้ง มี 2 ลักษณะ ดังนี้

2.1 การข่มขู่ยับยั้งโดยทั่วไป เป็นการลงโทษผู้กระทำความผิดเพื่อข่มขู่ หรือป้องกันไม่ให้คนอื่นในสังคมกระทำความผิดแบบเดียวกัน เพราะเกรงกลัวต่อการลงโทษ

2.2 การข่มขู่ยับยั้งเฉพาะราย เป็นการลงโทษผู้กระทำความผิด เพื่อให้ผู้กระทำความผิดนั้นเข็ดหลาบต่อการลงโทษ และไม่กลับมากระทำความผิดซ้ำ

3. การลงโทษเพื่อตัดโอกาสกระทำความผิด (Incapacitation)

การป้องกันสังคม หรือการตัดโอกาสกระทำความผิดนี้มีหลักการว่าอาชญากรรมย่อมไม่เกิดขึ้นถ้าไม่มีอาชญากร หรืออาชญากรไม่มีโอกาสกระทำความผิด สำหรับวิธีการลงโทษที่สนองต่อวัตถุประสงค์นี้ และใช้กันแพร่หลายในปัจจุบันก็คือ การจำคุกโดยการกักขังผู้กระทำความผิดออกไปจากสังคมให้สังคมปลอดภัย แต่การจำคุกเป็นการแยกผู้กระทำความผิดออกจากสังคมเป็นการชั่วคราว เพราะการลงโทษจำคุกเพื่อสนองต่อวัตถุประสงค์นี้ไม่ได้เป็นวิธีที่ดีที่สุด เนื่องจากผู้กระทำความผิดยังต้องกลับมาอยู่ในสังคมในท้ายที่สุด

4. การลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด (Rehabilitation)

แนวความคิดเกี่ยวกับการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด เป็นแนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม (Positive School) ซึ่งเชื่อในเรื่องเจตจำนงกำหนด กล่าวคือ การกระทำของมนุษย์ถูกกำหนดจากปัจจัยต่างๆ มนุษย์ไม่สามารถเลือกกระทำได้อย่างอิสระ ใช้เหตุผลในการเลือก แต่มนุษย์ถูกกดดันหล่อหลอมจากสิ่งแวดล้อมและปัจจัยต่างๆ จนมีบุคลิกภาพที่บกพร่องและไปกระทำความผิด

ด้วยเหตุนี้เอง การลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด จึงเน้นที่ตัวผู้กระทำความผิดมากกว่าการกระทำความผิด เน้นการศึกษาผู้กระทำความผิดเป็นรายบุคคลหรือจำแนกสาเหตุการกระทำความผิดและแนวทางการแก้ไขผู้กระทำความผิด แสดงให้เห็นว่า เป็นแนวคิดที่ให้โอกาสผู้กระทำความผิดได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไม่ไปกระทำความผิดซ้ำ

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น แสดงให้เห็นว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงในการกระทำความรุนแรงไปกระทำความผิด จำเป็นต้องค้นหาสาเหตุการกระทำความผิด ประกอบกับพิจารณาว่าขณะกระทำความผิดผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกตัว และหรือมีประวัติการรักษาผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของจิตแพทย์ หากการดำเนินกระบวนการยุติธรรมไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยจิตเวชรายนั้นๆ ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง แม้ว่าจะมีการลงโทษตามกระบวนการของกฎหมายก็ไม่สามารถแก้ไข และหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชรายนั้นๆ ได้ เมื่อกลับเข้ามาอยู่ในสังคมก็มีแนวโน้ม และหรือความเสี่ยงที่จะไปกระทำความผิดซ้ำอีก

2.3 แนวคิดการบริหารและร่วมมือกับเครือข่ายสังคม

2.3.1 แนวคิดการบริหาร

แนวทางการบริหารงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด และมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ 4 ด้าน หรือเรียกเป็นคำย่อว่า “4M’s” ดังนี้

- (1) กำลังคน (Man) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการพัฒนางาน นั้นหมายความว่า บุคลากรในองค์กรต้องเป็นคนที่มีความรู้ ความสามารถ พร้อมเรียนรู้ในงาน มีใจรักการบริการ ตลอดจนปฏิบัติหน้าที่ด้วยความซื่อสัตย์ สุจริต มีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง ตลอดจนต้องมีการจัดสรรบุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน
- (2) เงิน (Money) เป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน ควรจัดสรรเงินเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในกิจกรรมและรายการต่าง ๆ ให้ได้สัดส่วนผลตอบแทนสูงสุด และการควบคุมรายจ่ายให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด
- (3) วัสดุ (Materials) มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานในองค์กร ปัจจุบันเทคโนโลยีมีบทบาทมากขึ้น ทำให้บุคลากรในองค์กรต้องเรียนรู้ และนำระบบเทคโนโลยีมาใช้ เพื่อให้เกิดความคล่องตัวรวดเร็ว ประหยัดเวลา ในการปฏิบัติงาน
- (4) การบริหารจัดการ (Management) เป็นกระบวนการ หรือกิจกรรมที่กลุ่มบุคคลในองค์กรทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหารร่วมกันดำเนินการ โดยกำหนดแนวทางการใช้ทรัพยากรด้านการบริหาร เช่น บุคลากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า การบริหารองค์กรที่จะบรรลุเป้าหมายตามที่องค์กรกำหนดนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องใช้หลักการบริหารแบบ “4M’s” ที่ต้องดำเนินการโดยใช้กำลังคน เงิน วัสดุ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.2 ความหมายเครือข่าย

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน (2560) กล่าวว่า เครือข่าย คือ กลุ่มคนหรือองค์กรที่สมัครใจแลกเปลี่ยนข่าวสารข้อมูลระหว่างกัน หรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยความสัมพันธ์ของสมาชิกในเครือข่ายต้องเป็นไปโดยสมัครใจ กิจกรรมที่ทำในเครือข่ายต้องมีลักษณะเท่าเทียม หรือแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน และการเป็นสมาชิกเครือข่ายไม่มีผลกระทบต่อความเป็นอิสระหรือความเป็นตัวเองของคนหรือองค์กรนั้นๆ

McGuire (2006.p.118) กล่าวว่า การทำงานแบบเครือข่าย หมายถึง การจัดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน ที่ประกอบด้วยหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่มีความหลากหลาย โดยอาศัยความสามารถของบุคลากรในองค์กรนั้นๆ ที่เป็นสมาชิกในเครือข่าย มาร่วมกันแก้ไขปัญหาพร้อมทั้งจัดระบบการบริหารจัดการเครือข่าย เพื่อให้เครือข่ายสามารถดำเนินงานเป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543,น.25) กล่าวว่า เครือข่าย คือ การที่บุคคล องค์กร หน่วยงาน หรือสถาบันใดๆ ได้ตกลงที่จะประสาน ร่วมมือกัน ภายใต้วัตถุประสงค์หรือข้อตกลงอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกันอย่างเป็นระบบ โดยมีการลงมือทำกิจกรรมร่วมกันในลักษณะการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ร่วมกัน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามที่กำหนด

สรุปว่า เครือข่าย หมายถึง การจัดรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่ประกอบด้วยหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่มีความหลากหลายมาแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยอาศัยความสามารถของบุคลากรในองค์กรนั้นๆ ที่เป็นสมาชิกของเครือข่าย พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหา และหรือสร้างระบบบริหารจัดการเครือข่าย เพื่อให้การทำงานบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายที่กำหนด

2.3.3 องค์ประกอบของเครือข่าย

เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่าย มีองค์ประกอบที่สำคัญ 7 ประการ คือ

1. การรับรู้มองร่วมกัน (Common Perception) หมายถึง สมาชิกที่เข้ามาอยู่ในเครือข่ายต้องมีความรู้สึกนึกคิด และการรับรู้ร่วมกันของการเข้าร่วมเป็นเครือข่าย อาทิ ความเข้าใจปัญหา พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาาร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้สมาชิกเครือข่ายเกิดความรู้สึกผูกพันในการดำเนินกิจกรรมบางอย่างเพื่อแก้ปัญหาคือความร่วมกัน
2. การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (Common vision) หมายถึง สมาชิกของเครือข่ายมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน รับรู้และเข้าใจเป้าหมายร่วมกัน พร้อมทั้งจะดำเนินงานไปในทิศทางเดียวกัน ด้วยเหตุนี้เองจะทำให้ลดปัญหาความขัดแย้งที่เกิดจากความคิดที่หลากหลาย
3. การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (Mutual interest/Benefits) หมายถึง สมาชิกของเครือข่ายร่วมกันเพื่อประสานความต้องการ และผลประโยชน์ร่วมกัน นั้น

หมายความว่า เมื่อสมาชิกรวมกันบนฐานของผลประโยชน์ร่วมกันที่มากเพียงพอจะทำให้สมาชิกรวมตัวกันเป็นเครือข่ายที่มีคุณภาพ

4. การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (All stakeholders participation) การมีส่วนร่วมของสมาชิกมีความสำคัญต่อการพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย เพราะกระบวนการมีส่วนร่วมเป็นเงื่อนไขที่ทำให้เกิดการรับรู้ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมมือกันอย่างแข็งขัน ดังนั้น สมาชิกเครือข่ายจึงควรเสริมสร้างความสัมพันธ์ในลักษณะของความเท่าเทียมและในฐานะหุ้นส่วนของเครือข่าย
5. กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (Complementary relationship) หมายถึง สมาชิกของเครือข่ายต้องมาเสริมกระบวนการทำงานของกันและกัน โดยใช้จุดแข็งของฝ่ายหนึ่งมาเติมเต็มจุดอ่อนของอีกฝ่ายหนึ่ง เพื่อให้เกิดการประสานผลประโยชน์ร่วมกัน
6. การพึ่งพิงร่วมกัน (Interdependence) คือ สมาชิกเครือข่ายมีความจำเป็นต้องพึ่งพาอาศัยกันและกัน เนื่องจากทุกฝ่ายมีข้อจำกัดในกระบวนการการทำงาน ตลอดจนประสบการณ์ที่แตกต่างกัน
7. การมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (Interaction) สมาชิกเครือข่ายมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเครือข่าย

แสดงให้เห็นว่า แนวทางการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่มีความหลากหลายมาแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยต้องมียุทธศาสตร์ประกอบการสร้างเครือข่ายทั้ง 7 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การรับมุมมองร่วมกัน (2) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (3) การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (4) การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง (5) กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (6) การพึ่งพิงร่วมกัน และ (7)การมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน ซึ่งควรมีครบทั้ง 7 องค์ประกอบ เพื่อให้การปฏิบัติงานในรูปแบบเครือข่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.4 คุณลักษณะของเครือข่ายการทำงานในมิติการบริหารงานภาครัฐ

การจัดการภาครัฐแนวใหม่ คือ การเปลี่ยนระบบราชการที่เน้นระเบียบ และขั้นตอนไปสู่การบริหารแบบใหม่ซึ่งเน้นผลสำเร็จ ความรับผิดชอบ รวมทั้งใช้เทคนิคและวิธีการของเอกชนมาปรับปรุงการทำงาน ที่เรียกว่า “การจัดการภาครัฐแนวใหม่” มีหลักสำคัญ 7 ประการ คือ (1) จัดการโดยนักวิชาชีพที่ชำนาญการ (Hands-on professional management) หมายถึง ให้ผู้จัดการมืออาชีพได้จัดการด้วยตัวเอง ด้วยความชำนาญ โปร่งใส และมีความสามารถในการใช้ดุลพินิจ เหตุผลก็เพราะเมื่อผิดชอบต่อหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายแล้วก็จะเกิดความรับผิดชอบต่อตรวจสอบจากภายนอก (2) มีมาตรฐานและการวัดผลงานที่ชัดเจน (Explicit standards and

measures of performance) ภาครัฐจึงต้องมีจุดมุ่งหมายและเป้าหมายของผลงาน การตรวจสอบจะมีได้ก็ต้องมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจน (3) เน้นการควบคุมผลผลิตที่มากขึ้น (Greater emphasis on output controls) การใช้ทรัพยากรต้องเป็นไปตามผลงานที่วัดได้ เพราะเน้นผลสำเร็จมากกว่าระเบียบวิธี (4) แยกหน่วยงานภาครัฐออกเป็นหน่วยย่อย ๆ (Shift to disaggregation of units in the public sector) การแยกหน่วยงานใหญ่ออกเป็นหน่วยงานย่อย ๆ ตามลักษณะสินค้า และบริการที่ผลิต ให้เงินสนับสนุนแยกกันและติดต่อกันอย่างเป็นอิสระ (5) เปลี่ยนภาครัฐให้แข่งขันกันมากขึ้น (Shift to greater competition in the public sector) เป็นการเปลี่ยนวิธีทำงานไปเป็นการจ้างเหมาและประมูล เหตุผลก็เพื่อให้ฝ่ายที่เป็นปรปักษ์กัน (Rivalry) เป็นกุญแจสำคัญที่จะทำให้งานดีขึ้นและมาตรฐานสูงขึ้น (6) เน้นการจัดการตามแบบภาคเอกชน (Stress on private sector styles of management practice) เปลี่ยนวิธีการแบบข้าราชการไปเป็นการยืดหยุ่นในการจ้างและให้รางวัล และ (7) เน้นการใช้ทรัพยากรอย่างมีวินัยและประหยัด (Stress on greater discipline and parsimony in resource use) วิธีนี้อาจทำได้ เช่น การตัดค่าใช้จ่าย เพิ่มวินัยการทำงาน หยุดยิ่ง การเรียกร้องของสหภาพแรงงาน จำกัดต้นทุนการปฏิบัติ เหตุผลก็เพราะต้องการตรวจสอบความต้องการใช้ทรัพยากรของภาครัฐ และทำงานมากขึ้นโดยใช้ทรัพยากรน้อยลง (do more with less) (ผู้เข้ารับการอบรม นบส.2 รุ่น 12,2563)

ด้วยเหตุนี้เอง การบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่ (New public management) จึงเป็นแนวคิดพื้นฐานของการบริหารจัดการภาครัฐ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงระบบต่าง ๆ ของภาครัฐ และยุทธศาสตร์ด้านต่าง ๆ ที่เป็นรูปธรรม โดยมีแนวทางในการบริหารจัดการดังนี้ (1) การให้บริการที่มีคุณภาพแก่ประชาชน (2) ลดการควบคุมจากส่วนกลางและเพิ่มอิสระในการบริหารให้แก่หน่วยงาน และ (3) การกำหนดการวัด และการให้รางวัลแก่ผลการดำเนินงานทั้งในระดับองค์กร และระดับบุคคล (4) การสร้างระบบสนับสนุนทั้งในด้านบุคลากร (เช่น การฝึกอบรม ระบบ ค่าตอบแทนและระบบคุณธรรม) เทคโนโลยี เพื่อช่วยให้หน่วยงานสามารถทำงานได้อย่างบรรลุวัตถุประสงค์ (5) การเปิดกว้างต่อแนวคิดในเรื่องของการแข่งขันทั้งการแข่งขันระหว่างหน่วยงานของรัฐด้วยกัน และระหว่างหน่วยงานของรัฐกับหน่วยงานของภาคเอกชน ในขณะที่เดียวกันภาครัฐก็หันมาทบทวนตัวเองว่าสิ่งใดควรทำเองและสิ่งใดควรปล่อยให้เอกชนทำ (ผู้เข้ารับการอบรม นบส.2 รุ่น 12,2563)

สอดคล้องกับ Ring and De Ven (อ้างถึงใน รัชนิกร อินทเชื้อ, 2563, น.25-26) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการความร่วมมือ ดังนี้

1. การเจรจา (Negotiation) การที่องค์กรต่างๆ จะมาร่วมมือกันได้ต้องมีการเจรจา หรือมีการต่อรองทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการ และไม่เป็นทางการ รวมถึงการสร้างความเข้าใจและการรับรู้ให้ตรงกันอย่างไม่เป็นทางการ ซึ่งถือเป็นจุดเริ่มที่จะก่อให้เกิดการยอมรับร่วมกัน หากการเจรจาร่วมกันเกิดผลประโยชน์ต่างตอบแทนด้วยกันทุกฝ่าย องค์กรต่างๆ ที่เข้าร่วมจะดำเนินการและนำไปสู่การตกลงยอมรับซึ่งกันและกัน

2. การตกลงยอมรับ (Commitment) เป็นการสร้างการตกลงยอมรับร่วมกัน เพื่อดำเนินการในอนาคต ผ่านปฏิสัมพันธ์ต่างๆ ทั้งการจัดทำสัญญาที่เป็นทางการ สัญญาที่ไม่เป็นทางการ และความสามารถในการจัดการกับปัญหากรณีที่ต้องใคร่ไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการ
3. การนำไปปฏิบัติ (Implementation) เป็นการปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นที่กำหนดไว้ร่วมกัน ผ่านบทบาทและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มหรือองค์กร ซึ่งควรเป็นการดำเนินการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่ายที่ร่วมมือกัน
4. การประเมิน (Assessment) เป็นการประเมินบนพื้นฐานของกระบวนการทั้ง 3 ขั้นตอนข้างต้น ว่าตั้งอยู่บนฐานของการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ต่อกันหรือไม่ หากประเมินแล้วพบว่าข้อตกลงที่ยอมรับร่วมกันไม่ได้ถูกนำมาปฏิบัติอย่างมีผลประโยชน์ต่างตอบแทนต่อกัน ผู้ที่ให้ความร่วมมือก็จะเริ่มดำเนินการเจรจาใหม่ หรือสร้างข้อตกลงร่วมกันใหม่

แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการบริหารราชการแบบบูรณาการเป็นระบบบริหารจัดการในแนวราบ (Horizontal Management) ที่ใช้การบูรณาการการทำงานของทุกภาคส่วนในพื้นที่ในลักษณะ “พื้นที่-พันธกิจ-การมีส่วนร่วม” (Area-Functional – Participation: A-F-P) ตลอดจนการประเมินผลในทุกขั้นตอนของการทำงาน เพื่อสร้างความเป็นหุ้นส่วนต่อการพัฒนา (Partnership) ตลอดจนเพื่อสร้างการทำงานในลักษณะเครือข่าย (Networking) ซึ่งเป็นระบบบริหารจัดการที่มีเป้าหมายที่การตอบสนองความต้องการของประชาชน ผู้ใช้บริการ (Customer Driven) ด้วยระบบงานที่มุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ของงาน (Result-based) ด้วยมาตรฐานผลงานขั้นสูง (High Performance Output) (ผู้เข้ารับการอบรม นบส.2 รุ่น 12,2563) ด้วยเหตุนี้เอง การดำเนินกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรกำหนดแนวทางกระบวนการความร่วมมือให้มีความชัดเจนทั้งด้านการเจรจา การสร้างการตกลงยอมรับร่วมกัน การปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นที่กำหนดไว้ร่วมกัน และการประเมินผลการปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามข้อตกลงที่ยอมรับร่วมกันหรือไม่ เพื่อให้แนวทางการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.3.5 ปัจจัยความสำเร็จของเครือข่าย

รัชนิกร อินทเชื้อ (2563) กล่าวถึง ความสำเร็จของเครือข่าย สรุปเป็นประเด็นสำคัญ 2 ประเด็น ดังนี้

1. การบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ ซึ่งเป็นผลจากการติดต่อกับบุคคล กลุ่มหรือองค์กรอื่น มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ตลอดจนวิธีการแก้ปัญหา และแนวทางการทำงานกับเครือข่าย
2. สัมพันธภาพระหว่างเครือข่าย การติดต่อสื่อสาร การประสานงานระหว่างเครือข่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ มีความไว้วางใจกันและส่งเสริมความเจริญก้าวหน้าของกันและกันอย่างจริงใจ การเสริมสร้างความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กลุ่มหรือองค์กรจะสร้างความ

เชื่อถือและสนับสนุนให้องค์กรเครือข่ายช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด

Paivi Husman & Kaj Husman (2002) กล่าวว่า ความสำเร็จของเครือข่าย มีองค์ประกอบดังนี้ (1) การตกลงร่วมกันระหว่างบุคคล การทำงานเป็นทีม การสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีการสื่อสารสองทาง กำหนดเป้าหมายร่วมกันบนพื้นฐานของต้นทุน ผลประโยชน์ที่แต่ละฝ่ายจะได้รับ ตลอดจนการบริการที่มีคุณภาพ

สรุปได้ว่า การสร้างเครือข่ายเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธ์ภาพ โดยการติดต่อแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ ข้อคิดเห็น ประสบการณ์กับผู้อื่นในเครือข่าย ทำให้บุคคลในเครือข่ายมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน มีเกิดการทำงานเป็นทีมช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ตลอดจนเกิดการสร้างความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งเหล่านี้เมื่อปฏิบัติเป็นประจำอย่างต่อเนื่องประกอบกับทุกฝ่ายได้รับผลประโยชน์ร่วมกัน จึงทำให้เครือข่ายประสบความสำเร็จ ปฏิบัติงานบรรลุผลตามเป้าหมายที่กำหนด

2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

2.4.1 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 ประกาศใช้เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2562 มุ่งเน้นให้ประชาชน และบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับการคุ้มครองสิทธิและเข้าสู่กระบวนการดูแล 5 มิติสุขภาพ ดังนี้ (1) ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต (2) การป้องกันเพื่อควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต (3) ด้านการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ (4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ และ (5) ด้านการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข โดยคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมทุกภาคส่วน

อย่างไรก็ดี ด้านการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผู้ป่วย และส่วนที่ 2 ผู้ป่วยคดี ซึ่ง

ส่วนที่ 1 ลักษณะผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 22 แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 ประเภท ดังนี้

1. ผู้ที่มีภาวะอันตราย มีลักษณะ ดังนี้
 - 1.1 พฤติกรรมที่แสดงออกโดยความผิดปกติทางจิต
 - 1.2 น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง
 - 1.3 ต่อตนเอง ต่อผู้อื่น หรือต่อทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น
2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา
 - 2.1 ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา
 - 2.2 ไม่เข้าลักษณะความเจ็บป่วยของตัวเอง ซึ่งต้องได้รับการรักษา
 - 2.3 ไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ตนตัดสินใจรับ หรือไม่ได้รับการรักษาของแพทย์

ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยคดี

กระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งอยู่ระหว่างการไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาคดี หรือภายหลังที่ศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญาเป็นกระบวนการที่เพิ่มเข้าจากที่มีกำหนดไว้แล้ว ในบทบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมและมีความสมบูรณ์ (กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,ม.ป.ป.)

นอกจากนี้ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 23 ได้บัญญัติว่า หากผู้ใดพบเห็นบุคคลซึ่งมี พฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 กล่าวคือ ผู้ที่มีภาวะอันตราย และผู้ที่มีความจำเป็นต้อง ได้รับการบำบัดรักษาให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยไม่ชักช้า เนื่องจากที่ ผ่านมาพบว่า คนทั่วไปเข้าใจกันเกี่ยวกับการก่อเหตุความรุนแรงโดยผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ว่าจะมีความเสียหายหรือไม่ ความเสียหาย ไม่ว่ามีผู้เสียชีวิตหรือไม่ผู้เสียชีวิตก็ตาม ประชาชนมักเข้าใจและเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นไม่มีความผิด ตำรวจ หรือศาลจับไปก็ต้องปล่อยตัว ด้วยเหตุนี้เอง ทำให้ประชาชนบางส่วนแม้จะเห็นผู้ป่วยเริ่มมีอาการ และหรือไม่ได้ และมีแนวโน้มก่อความรุนแรง แต่ก็เลือกที่จะละเลยหรือไม่ใส่ใจ เพราะคิดว่าตนเองนั้นไม่สามารถที่จะทำอะไรได้ จนเมื่ออาการของผู้ป่วยรุนแรงขึ้นจึงก่อให้เกิดเหตุความรุนแรงและไม่สามารถควบคุมได้ (กฤตภาส ไทยวงษ์, 2564, หน้า 32)

อย่างไรก็ดี พระราชบัญญัติสุขภาพจิตนี้มีการระบุข้อความว่า “การบำบัดรักษาบุคคลที่มีความ ผิดปกติทางจิตอันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม กระบวนการดังกล่าว ได้แก่ กระบวนการสั่งให้เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล กรณีที่พบว่าบุคคลมีความผิดปกติทางจิตตกอยู่ในภาวะ อันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับตนเองหรือสังคม และเป็นกระบวนการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยที่มีลักษณะเป็นสิทธิ มนุษยชน” นั้นหมายความว่า ต่อให้ผู้ป่วยยังไม่ทำร้ายใคร แต่หากมีภาวะอันตรายก็สามารถเข้าบังคับการรักษาได้ โดยไม่ต้องให้เกิดเหตุที่รุนแรงหรืออันตรายต่อทั้งทางสังคมและผู้ป่วยเอง (กฤตภาส ไทยวงษ์, 2564, หน้า 32)

สรุปได้ว่า พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 นั้นมุ่งเน้น การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์โดยแบ่งเป็น ผู้ป่วย กับผู้ป่วยคดี ซึ่ง ผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีภาวะอันตรายจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา และผู้ป่วยคดีนั้นหมายความว่า หากผู้ใดพบ เห็นบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะเป็นผู้ที่มีภาวะอันตราย และมีความจำเป็นต้องได้รับการ บำบัดรักษาให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ เพื่อสั่งให้เข้ารับการรักษาใน สถานพยาบาล โดยไม่ต้องให้เกิดเหตุที่รุนแรงหรืออันตรายต่อทั้งทางสังคมและผู้ป่วยเอง

2.4.2 กฎหมายอาญาในผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี

ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 “ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้ สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้”

เหตุผลที่กฎหมายอาญายกเว้นโทษหรือลดโทษให้เนื่องจากการกระทำความผิดกฎหมายอาญามาตรา 65 นั้น เพราะว่าบุคคลผู้กระทำความผิดที่อาการป่วยทางจิตในขณะที่กระทำความผิดไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถที่จะบังคับการกระทำของตนเองได้ ทำให้บุคคลที่อยู่ในอาการหรือสภาวะเช่นนั้น กฎหมายถือว่าเป็นการกระทำความผิดที่ปราศจาก “ความชั่ว” จึงสมควรที่ผู้กระทำความผิดจะได้รับการยกเว้นโทษหรือได้รับการลดโทษแล้วแต่กรณี” แสดงให้เห็นว่าหลักกฎหมายซึ่งเป็นสาระสำคัญในการยกเว้นโทษ หรือลดโทษให้กับผู้กระทำความผิดที่มีอาการป่วยทางจิต ว่าการกระทำความผิดกฎหมายอาญาในขณะที่ผู้กระทำความผิดไม่สามารถรู้ผิดชอบนั้น หมายถึง การกระทำความผิดที่ผู้กระทำความผิดไม่รู้ว่าการกระทำนั้นชอบหรือไม่ชอบตามศีลธรรมอันดี

อย่างไรก็ดี ความสามารถรู้ผิดชอบนี้ไม่ได้หมายความว่า การกระทำนั้นเป็นการกระทำที่ถูกหรือผิดกฎหมาย แต่เป็นการรู้ผิดชอบตามศีลธรรมเท่านั้น ส่วนการกระทำความผิดกฎหมายอาญาในขณะที่ผู้กระทำความผิดไม่สามารถที่จะบังคับการกระทำของตนเองได้นั้น หมายถึง การกระทำความผิดที่ในขณะที่ผู้กระทำความผิดไม่รู้ตัวว่าตนเองกำลังกระทำความผิดอยู่ แต่ผู้กระทำความผิดไม่สามารถที่จะควบคุมหรือบังคับร่างกายของตนในขณะที่กระทำความผิดนั้น ให้หยุดหรือยังยั้งการกระทำความผิดนั้นได้ และการที่ไม่สามารถควบคุมหรือบังคับการกระทำของตนเองได้นั้น มีสาเหตุอันเนื่องมาจากอาการป่วยทางจิต (ชนกันนท์ นันตะวัน,ไทพีศรีนิวต ภัคติกุล,2560)

นอกจากนี้ บุคคลผู้กระทำความผิดกฎหมายอาญาที่มีอาการ “จิตบกพร่อง” หรือ “โรคจิต” หรือ “จิตฟั่นเฟือน” ในขณะที่กระทำความผิดนั้น เป็นบุคคลที่กฎหมายอาญายกเว้นโทษหรือลดโทษให้แล้วแต่กรณี เพราะเหตุที่กฎหมายอาญาถือว่าบุคคลเหล่านี้ได้กระทำความผิดไปโดยไม่รู้ถึงสภาพของการกระทำของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลนั้น หรืออาจเกิดจากการกระทำความผิดในขณะที่ไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ หรืออาจเกิดจากความงมงายของบุคคลผู้กระทำความผิดอันทำให้ไม่สามารถรู้สภาพของการกระทำของตนเองหรือไม่รู้ว่าการกระทำของตนเองนั้นเป็นการกระทำที่ดีหรือชั่ว ถูกหรือผิด และไม่รู้ถึงผลร้ายที่จะได้รับจากการกระทำความผิดนั้น ซึ่งเป็นการกระทำความผิดที่ไม่อาจดำเนินและกฎหมายยกเว้นโทษให้ (ชนกันนท์ นันตะวัน,ไทพีศรีนิวต ภัคติกุล,2560)

อย่างไรก็ตาม บุคคลที่มีอาการป่วยทางจิตหรือผู้ป่วยจิตเวช ตามหลักการพื้นฐานแล้วบุคคลเหล่านี้ควรได้รับการบำบัดรักษาอาการป่วยตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่กฎหมายกำหนด หรือแม้แต่ในกระบวนการยุติธรรมบุคคลเหล่านี้ควรได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นโดยจิตแพทย์ว่ามีความสามารถสมบูรณ์ที่จะต่อสู้ในคดีอาญา เพื่อแก้ต่างข้อ

กล่าวหาในการกระทำความผิดของตน ทั้งหมดนี้คือ สิทธิขั้นพื้นฐานของการบำบัดรักษา และสิทธิขั้นพื้นฐานในกระบวนการยุติธรรม (ชนกนันท์ นันตะวัน,ไทพีศรีนิวัต ภักดีกุล,2560)

หากดูตามมาตรา 65 จะมีแค่ผู้ป่วยบางกลุ่มเท่านั้นที่ได้รับการยกเว้นโทษ เช่น ผู้ป่วยโรคจิต ปัญญาอ่อน โรคสมองเสื่อม เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถรู้ผิดชอบ และไม่สามารถบังคับตนเองได้ขณะทำความผิด ส่วนผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในกลุ่มโรคประสาท กลุ่มผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ กลุ่มผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ และกลุ่มผู้ที่ติดยาเสพติด จะไม่เข้าข่ายที่จะได้รับการยกเว้นโทษ เว้นแต่ผู้ป่วยจะมีการขอโรคจิตอยู่ด้วย ซึ่งเหตุผลที่กฎหมายไม่ยกเว้นโทษให้บุคคลเหล่านี้ เพราะว่ายังมีความรู้ผิดชอบ และสามารถบังคับตนเองได้ โดยศาลอาจลดโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนด กรณีนี้จะอ้างว่าเป็นโรคทางจิตเวชเพื่อให้พ้นผิดได้ ประเด็นนี้ถ้าดูข้อกฎหมายดีๆ จะเห็นว่าการพ้นผิดตามกฎหมายต้องมาจากอาการป่วยจริงๆ บางคนป่วยแล้วรักษาจนดีขึ้นแต่ต่อมาไปกระทำความผิดจะเห็นว่าตรงนี้ไม่ได้มาจากอาการป่วย เพราะดีขึ้นจนรู้ผิดชอบได้บ้าง ดังนั้น จึงไม่เข้าข่ายได้รับการยกเว้นโทษ แต่ยังคงถือเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต และอาจได้ลดโทษตามที่มาตรา 65 กำหนดไว้ (ปณัยกร วรศิลป์มนตรี,2024)

การที่ผู้กระทำความผิดกฎหมายอาญา และมีอาการป่วยทางจิตไม่ว่าจะในขณะกระทำความผิดก่อน หรือหลังกระทำความผิดก็ตาม การเข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานต่างๆ ที่กฎหมายกำหนดตั้งแต่แรกเริ่มกระบวนการยุติธรรมทางอาญา มีผลโดยตรงต่อสำนวนการสอบสวนและสั่งฟ้องคดีหรือสั่งไม่ฟ้องคดีที่อาจเป็นผลร้ายต่อตัวผู้กระทำความผิดเอง ที่อาจไม่ได้รับความยุติธรรมจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญา แต่เป็นผลดีต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญาอย่างยิ่งถ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาขั้นต้น ได้แก่ เจ้าพนักงานตำรวจ หรือพนักงานสอบสวนผู้เป็นเจ้าของคดีเล็งเห็นปัญหานี้ และอำนวยความสะดวกต่อทุกฝ่ายให้เข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมายกำหนด ก็อาจเป็นการลดปัญหาในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่ผู้กระทำความผิดกฎหมายอาญามีปัญหาถึงการเข้าไม่ถึงสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมายอีกทางหนึ่ง เช่น การจับกุมโดยที่ผู้กระทำความผิดไม่ได้พบญาติและไม่แจ้งให้ญาติทราบ หรือการไม่ได้ปรึกษาทนายความ การประกันตัว การส่งฟ้องของเจ้าพนักงาน การส่งฟ้องของพนักงานอัยการ ไปจนถึงขั้นตอนของการพิจารณาคดีของศาล เป็นต้น โดยเฉพาะเมื่อถึงขั้นการพิจารณาคดีของศาลแล้ว การแก้ต่างให้กับตนเองหรือการอ้างว่าในขณะกระทำความผิด ผู้กระทำความผิดหรือจำเลยมีอาการป่วยทางจิตก็อาจจะเป็นเรื่องที่ยากลำบาก ที่จะพิสูจน์ในข้ออ้างนั้นและอาจไม่เป็นประโยชน์ต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่จะอำนวยความสะดวกให้กับสังคมได้ (ชนกนันท์ นันตะวัน,ไทพีศรีนิวัต ภักดีกุล ,2560)

ทั้งนี้ ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 66” ได้บัญญัติว่า ความมีนเมาเพราะเสพสุราหรือสิ่งเมาอย่างอื่น จะยกขึ้นเป็นข้อแก้ตัวตามมาตรา 65 ไม่ได้ เว้นแต่ความมีเมานั้นจะเกิดโดยผู้เสพไม่รู้ว่าสิ่งนั้นจะทำให้มีนเมา หรือได้เสพโดยถูกขโมยใจให้เสพ และได้กระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ผู้กระทำความผิดจึงจะได้รับยกเว้นโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ถ้าผู้นั้นยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ศาลจะลดโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้” นั้นหมายความว่า ความ

มีเงินมาเพราะเสพสุราหรือสิ่งมาอย่างอื่นจะนำมาเป็นข้อแก้ตัวเพื่อให้ตนเองพ้นผิดไม่ได้ เว้นแต่ความมีเงินเท่านั้นจะเกิดโดยผู้เสพไม่รู้ว่สิ่งนั้นจะทำให้มีเงินมา หรือได้เสพโดยถูกขืนใจให้เสพ และได้กระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ผู้กระทำความผิดจึงจะได้รับยกเว้นโทษสำหรับความผิดนั้น แสดงให้เห็นว่าผู้เสพจะรับผิดชอบเมื่อต้องรู้ผิดชอบอยู่บ้าง และหรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นๆ

2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

บุรสร ศิริรัตนาวร (2559) ศึกษาวิจัยเรื่อง การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตในการดำเนินคดีทางอาญา โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อป้องกันสมาชิกในสังคมจากภัยอันตรายที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชมากกว่าที่จะส่งเสริมสิทธิของบุคคลซึ่งมีความผิดปกติทางจิตในฐานะมนุษย์และพลเมืองคนหนึ่งในสังคม ผลการวิจัยพบว่า เพื่อให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตในการดำเนินคดีอาญา ควรแก้ไขเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทนิยาม และคำจำกัดความผู้ป่วยทางจิต แก้ไขเพิ่มเติมประมวลวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 ในการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาที่ป่วยทางจิตในการต่อสู้คดี และแก้ไขปัญหากับการคุ้มครองสิทธิในเรื่องวิธีการปล่อยภัย

ชนกนันท์ นันตะวัน และไทพิศรีนิวัต ภักดีกุล (2560) ศึกษาวิจัยเรื่อง ปัญหาการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาของการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมายในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยพบว่า กระบวนการยุติธรรมทางอาญาของผู้ป่วยจิตเวชคดียังคงมีปัญหาการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมาย ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยจิตเวชนั้นไม่ได้รับการคุ้มครองตามสิทธิขั้นพื้นฐานตามกฎหมาย และอาจไม่ได้รับความยุติธรรมในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือ ในทุกชั้นกระบวนการยุติธรรมทางอาญาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในชั้นจับกุมของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ควรปฏิบัติหน้าที่โดยยึดหลักกฎหมายเป็นสำคัญ ทั้งนี้ เพื่อจะเป็นต้นทางของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาให้ผู้ป่วยจิตเวชหรือแม้แต่ประชาชนทั่วไปได้รับความยุติธรรมในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาอย่างแท้จริง

ไพจิตรดา ถาวร และณรงค์ กุลนิเทศ (2560) ศึกษาวิจัยเรื่อง การดำเนินคดีอาญา และการอยู่ร่วมกันในสังคมกับผู้ป่วยทางจิต โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัญหาในการดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยทางจิต และการอยู่ร่วมกันได้สังคม ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนมองว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่ควรอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เนื่องจากความไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยทางจิตจะกระทำความผิดโดยไม่รู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับโทษตามกฎหมายหรือได้รับการบำบัดแล้ว แต่ก็ไม่ได้ทำให้ประชาชนวางใจได้ว่าตนเองและครอบครัวจะปลอดภัย

ปณัฏฐกร วรศิลป์มนตรี (2561) บทความเรื่อง เข้าใจกฎหมายจิตเวช แบบไหนบ้างจริงหรือแกล้ง กล่าวว่า ความเชื่อ คนบ้าทำอะไรไม่ได้ ไม่ใช่ความจริง เพียงแต่ศาลจะดูว่าการกระทำความผิดนั้น ผู้กระทำรู้ผิดชอบหรือสามารถบังคับตนเองได้หรือเปล่า อีกอย่างคือการแกล้งป่วย ไม่ใช่จะทำได้ง่ายๆ เพราะคนส่วนใหญ่ไม่ได้มีความเข้าใจในโรคทางจิตเวชต่อให้แสดงให้เนียนแค่ไหนก็ไม่มีทางตบตาจิตแพทย์ได้ นอกจากนี้ “อย่าถือคนบ้า อย่าว่าคนมา” ยังคงเป็นประโยคเตือนสติให้เราละมดระวังตัวเองจากคนวิกลจริตได้เสมอ แต่ไม่ได้หมายความว่า เราจะตัดสินพวกเขาจนกีดกันให้ออกจากสังคม เพราะสิ่งสำคัญที่ทุกคนควรตระหนักคือ เรื่องของการยอมรับผู้ป่วยทางจิต ว่าพวกเขาก็เป็นส่วนหนึ่งของสังคม นั้นจะทำให้ผู้ป่วยกล้ายอมรับตัวเอง กล้าเข้ารับการรักษา และกล้าที่จะเปิดเผยตัวตนว่า “ฉันก็เป็นผู้ป่วยจิตเวชคนหนึ่ง”

จิรัชศักดิ์ เจ็กนอก (2563) ศึกษาวิจัย เรื่อง ปัญหาการดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยจิตเวชในชั้นก่อนฟ้อง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) เพื่อศึกษาแนวคิด ทฤษฎี วิวัฒนาการ แนวทางการการดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยจิตเวชและหลักการให้ความคุ้มครองสิทธิ (2) เพื่อศึกษาแนวทางในการดำเนินคดีอาญาและการให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ต้องหาที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชตามหลักสากล (3) เพื่อศึกษาเปรียบเทียบ วิเคราะห์ปัญหา แนวทางการดำเนินคดีอาญาและการให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจิตเวชตามหลักกฎหมายไทย และกฎหมายต่างประเทศ และ (4) เพื่อศึกษาปัญหาและเสนอแนะแนวทางการแก้ไขกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิในการดำเนินคดีอาญาผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย ผลการศึกษา พบว่า การดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยจิตเวชและการให้ความคุ้มครองสิทธิ ผู้ต้องหาต้องมีความสามารถเพียงพอ และความเท่าเทียมกันในการต่อสู้คดี หากไม่มีความสามารถเพียงพอในการต่อสู้คดีให้งดการดำเนินคดี โดยส่งเข้ารับการรักษาจนกว่าจะต่อสู้คดีได้ กรณีการดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยจิตเวชในต่างประเทศนั้น ผู้ป่วยจิตเวชต้องมีความสามารถเพียงพอต่อสู้คดีได้ หรือต้องมีผู้แทนคดีและต้องมีการตรวจพิสูจน์ถึงความเป็นผู้ป่วยจิตเวชและความสามารถในการต่อสู้คดี นอกจากนี้ ปัญหาที่พบในการดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย พบว่า หากผู้ต้องหาเมื่อการป่วยจิตเวชกฎหมายมิได้ให้อำนาจพนักงานอัยการในการสั่งให้แพทย์ตรวจ และเสนอความเห็นในการต่อสู้คดีได้ จึงต้องส่งสำนวนกลับไปยังพนักงานสอบสวนเป็นผู้สั่งให้แพทย์ตรวจพิสูจน์ ทำให้กระบวนการดำเนินคดีเกิดความล่าช้า ซึ่งกระทบกับสิทธิผู้ต้องหาที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช พร้อมทั้งมีข้อเสนอแนะให้ปรับแก้บทบัญญัติของกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 โดยเพิ่มอำนาจส่งตรวจพิสูจน์ความเป็นผู้ป่วยจิตเวชของพนักงานอัยการ และควรเพิ่มเติมบทบัญญัติของกฎหมายให้ผู้เกี่ยวข้องเพื่อประโยชน์ของผู้ต้องหาสามารถยื่นแสดงหลักฐานถึงความเป็นผู้มีอาการป่วยจิตเวชและแสดงถึงความสามารถในการต่อสู้คดี เพื่อเป็นการถ่วงดุลอำนาจของพนักงานสอบสวนในการใช้ดุลพินิจเรื่องความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ต้องหาที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชฝ่ายเดียว

กฤตภาส ไทยวงษ์ (2564) ศึกษาวิจัย เรื่อง การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัญหาของการกระทำผิดซ้ำที่เกิดขึ้นโดยผู้ป่วยนิติจิตเวช อันได้แก่ สาเหตุและปัจจัยที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมกรรมการกระทำผิดซ้ำ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคของการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชกลับมากระทำผิดซ้ำ ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาของการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชมีสาเหตุหลักมาจาก (1) ความเครียด ความกดดัน และความคับข้องใจที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (2) การขาดยา เพราะขาดคนช่วยดูแล ตลอดจนคนรอบข้างอย่างครอบครัวหรือชุมชนขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช (3) การตีตราของผู้คนในชุมชน ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดที่พึ่งและถูกกีดกันออกจากสังคม ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช ดังนี้ (1) ปัญหายาเสพติด เนื่องจากปัญหาการแพร่ระบาดของยาเสพติดที่มีราคาถูกลงและหาง่าย (2) ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตของประชาชน และ (3) ปัญหาเชิงระบบและโครงสร้าง เพราะขาดกำลังคนและรอยต่อของระบบการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลกับเรือนจำ สำหรับข้อเสนอแนะ ได้แก่ (1) การพัฒนาสถานพยาบาลที่มีความเฉพาะด้าน เพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษาและครอบคลุมไปถึงการลงโทษตามแนวทางทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู ตลอดจนเป็นการลดรอยต่อของระบบการส่งต่อผู้ป่วยนิติจิตเวชสถานพยาบาลกับเรือนจำ (2) การพัฒนากำลังคนเพื่อช่วยลดภาระงานบางส่วน โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยหรือผู้เคยต้องขังที่เคยกระทำความผิดต้องกลับสู่ชุมชน ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะด้านนี้ให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง

ญาดา เดชชัย เจริญประสิทธิ์ (2566) ศึกษาวิจัยเรื่อง การปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทย : กรณีมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 โดยมีมุ่งนำเสนอการแก้ไขมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยให้มีความหลากหลาย และยืดหยุ่นในการเลือกบังคับใช้ที่มากขึ้น โดยศึกษาเปรียบเทียบและวิเคราะห์มาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยและสหราชอาณาจักร (อังกฤษและเวลส์และสกอตแลนด์) เพื่อจัดทำข้อเสนอในการแก้ไขกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับมาตรการในการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทยต่อไป ซึ่งผลการวิจัยพบว่า มาตรการการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 (ข้อต่อสู้เรื่องการกระทำความผิดในขณะวิกลจริต) ของประเทศไทยนั้นบัญญัติไว้ในมาตรา 48 ซึ่งประกอบด้วยสองมาตรา ได้แก่ การคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลและการปล่อยตัว โดยมาตรการดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งของวิธีการเพื่อความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายอาญา และจะกระทำโดยคำสั่งศาลเท่านั้น จากกรณีสองมาตราดังกล่าวข้างต้นทำให้ศาลมีข้อจำกัดในการเลือกใช้มาตรการ เพราะมีให้เลือกแค่หากปล่อยไปน่าจะเป็นอันตรายก็ให้คุมตัวไว้รักษาพยาบาล หรือหากเห็นว่าไม่เป็นอันตรายก็ให้ปล่อยตัวไป ดังนั้น หากกรณีที่น่าจะไม่ได้เป็นอันตรายถึงขนาด แต่ก็ควรได้รับการรักษาพยาบาลก็ทำให้ศาลต้องเลือกคุมตัวหรือปล่อยไปเท่านั้น ไม่สามารถสั่งบำบัดรักษาในรูปแบบอื่นได้ ทำให้อาจไม่ได้เป็นการบังคับใช้มาตรการที่เหมาะสมที่สุดในการจัดการ

ผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้กระทำความผิดไม่ได้รับการบำบัดรักษาและมีความเสี่ยงที่จะก่ออันตรายต่อสังคมหรือกระทำความผิดซ้ำต่อไป

Daff & Thomas (2014) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง Bipolar disorder and criminal offending: A data linkage study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology กล่าวว่า ปัจจุบันบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาควรให้ความสำคัญ และศึกษาบุคคลที่ปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกระทำความผิดบางครั้งจะนำพยานหลักฐานมาหักล้างกันไม่ได้ จะไม่เหมือนกับบุคคลทั่วไป

Meagan Cline (2016) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง Psychopathology and Crime Causation: Insanity or Excuse? กล่าวว่า จิตพยาธิวิทยา เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งพฤติกรรมนั้นก่อให้เกิดความเดือดร้อนต่อครอบครัวและสังคม ดังนั้น บุคลากรในกระบวนการยุติธรรมจำเป็นต้องศึกษาว่าสาเหตุการเกิดพฤติกรรม พร้อมทั้งต้องศึกษาว่าขณะที่กระทำความผิดนั้นมีความผิดปกติอย่างแท้จริง และไม่อาจสามารถควบคุมความคิดและพฤติกรรมของตนได้ อาการหลงผิด ความหวาดระแวง ความวิตกกังวล และมีปัจจัยอื่นๆ อีกมากมายที่ถือว่าเป็นโรคจิต หรือจิตสังคม ด้วยเหตุนี้เอง กระบวนการยุติธรรมทางอาญาจำเป็นต้องศึกษาถึงกระบวนการ และหรือแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวช โดยเสนอวิธีการรักษา และการลงโทษที่จะส่งผลต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม

2.6 สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรม แสดงให้เห็นว่า การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง นั้น เมื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงในการกระทำความรุนแรงไปกระทำความผิด จำเป็นต้องค้นหาสาเหตุการกระทำความผิด ความบกพร่องแห่งตัวผู้กระทำความผิดอันเป็นสาเหตุที่มากการประกอบอาชญากรรม โดยมีสมมติฐานว่าความบกพร่องแห่งร่างกายและจิตใจของบุคคลเป็นสาเหตุประการสำคัญที่ผลักดันบุคคลให้ตัดสินใจประกอบอาชญากรรมขึ้น เพราะผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการกระทำความรุนแรง จะมีอาการผิดปกติทางสมอง ส่งผลให้การแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก ตลอดจนการคิดวิเคราะห์บกพร่องส่งผลให้แสดงพฤติกรรมไปกระทำความผิด ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีปฏิฐานนิยม ประกอบกับต้องพิจารณาว่าขณะกระทำความผิดผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกตัว และหรือมีประวัติการรักษาผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของจิตแพทย์ หากการดำเนินกระบวนการยุติธรรมไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนทำให้ผู้ป่วยจิตเวชรายนั้นๆ ขาดแนวทางการปฏิบัติที่ถูกต้อง แม้ว่าจะมีการลงโทษตามกระบวนการของกฎหมายก็ไม่สามารถแก้ไข และหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชรายนั้นๆ ได้ เมื่อกลับเข้ามาอยู่ในสังคมก็มีแนวโน้ม และหรือความเสี่ยงที่จะไปกระทำความผิดซ้ำอีก

นอกจากนี้ หากผู้ใดพบเห็นบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะเป็นผู้ที่มีภาวะอันตราย และมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาให้เร่งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ เพื่อส่งให้เข้ารับการรักษาสถานพยาบาล โดยไม่ต้องให้เกิดเหตุที่รุนแรงหรืออันตรายต่อทั้งทางสังคมและผู้ป่วยเอง ทั้งนี้ บุคคลผู้กระทำความผิดกฎหมายอาญาที่มีอาการ “จิตบกพร่อง” หรือ “โรคจิต” หรือ “จิตฟั่นเฟือน” ในขณะกระทำความผิดนั้น เป็นบุคคลที่กฎหมายอาญายกเว้นโทษหรือลดโทษให้แล้วแต่กรณี เพราะเหตุที่กฎหมายอาญาถือว่าบุคคลเหล่านี้ได้กระทำความผิดไปโดยไม่รู้ถึงสภาพของการกระทำของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากความเจ็บป่วยทางจิตของบุคคลนั้น หรืออาจเกิดจากการกระทำความผิดในขณะที่ไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ หรืออาจเกิดจากความโง่เขลาเบาปัญญาของผู้กระทำความผิดอันทำให้ไม่สามารถรู้สภาพของการกระทำของตนเองหรือไม่รู้ว่าการกระทำของตนเองเป็นการกระทำที่ดีหรือชั่ว ถูกหรือผิด และไม่รู้ถึงผลร้ายที่จะได้รับการกระทำความผิดนั้น ซึ่งเป็นการกระทำความผิดที่ไม่อาจตำหนิและกฎหมายยกเว้นโทษให้

ทั้งนี้ ความมีเมตตาเพราะเหตุผลหรือสิ่งมาอย่างอื่นจะนำมาเป็นข้อแก้ตัวเพื่อให้ตนเองพ้นผิดไม่ได้ เว้นแต่ความมีเมตตาจะเกิดโดยผู้เสพไม่รู้ว่าสิ่งนั้นจะทำให้มีเมตตา หรือได้เสพโดยถูกขึ้นใจให้เสพ และได้กระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ ผู้กระทำความผิดจึงจะได้รับยกเว้นโทษสำหรับความผิดนั้น แสดงให้เห็นว่า ผู้เสพจะรับผิดชอบเมื่อต้องรู้ผิดชอบอยู่บ้าง และหรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นๆ

จากกรณีดังกล่าวข้างต้น เมื่อผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงในการกระทำความรุนแรงไปกระทำความผิด ดังนั้นหน่วยงานต่างๆ จึงต้องบูรณาการการทำงานร่วมกันเพราะการดำเนินงานไม่สามารถปฏิบัติงานได้เพียงหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง นั้นหมายความว่า แต่ละหน่วยงานต้องสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานที่ประกอบด้วยหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่มีความหลากหลายมาแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสาร และหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยต้องมียุทธศาสตร์ประกอบการสร้างเครือข่ายทั้ง 7 องค์กรประกอบ ดังนี้ การรับมุมมองร่วมกัน การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่ายอย่างกว้างขวาง กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน การพึ่งพิงร่วมกัน และการมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน ซึ่งควรมีครบทั้ง 7 องค์กรประกอบ เพื่อให้การปฏิบัติงานในรูปแบบเครือข่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และบรรลุเป้าหมายตามที่กำหนด

บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง” เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยมีวิธีการศึกษาและการเก็บข้อมูลดังต่อไปนี้

- 3.1 รูปแบบการวิจัย
- 3.2 ผู้ให้ข้อมูล และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล
- 3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
- 3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.5 การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล
- 3.6 การตรวจสอบข้อมูล
- 3.7 จริยธรรมการวิจัยในคน

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ได้แก่ การค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) และการศึกษาภาคสนาม (Field Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) ภายใต้กรอบวัตถุประสงค์ โดยคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์แบบเฉพาะเจาะจง แบ่งได้ดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง จากการค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Research) จากเอกสารทั้งขั้นต้นและขั้นรองที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เอกสารขั้นต้นได้จากการสัมภาษณ์และการประชุมกลุ่มย่อยเกี่ยวกับปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม และการพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ ยังศึกษาผ่านเอกสารชั้นรองที่เป็นรูปแบบเอกสารงานวิชาการ ข่าว หนังสือพิมพ์ วารสารต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

2. ศึกษาค้นคว้าภาคสนาม ได้แก่

- 2.1 การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) แบ่งเป็นการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้พิพากษา เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ โดยมีลักษณะการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (In-depth interview semi structure) กำหนดคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ที่สอดคล้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์งานวิจัย

เช่น ปัญหาการดำเนินกระบวนการยุติธรรม และการพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

2.2 การประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) เป็นการเก็บข้อมูลจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาแนวทางการดำเนินกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ซึ่งเป็นบุคคลคนละกลุ่มกับสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีลักษณะเป็นการสนทนากลุ่มย่อย กำหนดประเด็น เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

3.2 ผู้ให้ข้อมูล และการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) สัมภาษณ์เชิงลึก

1. เจ้าหน้าที่ตำรวจที่เคยเข้าระงับเหตุหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีความรุนแรง

จำนวน 3 ราย

2. ผู้พิพากษา จำนวน 2 ราย

3. เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานกับมีผู้ป่วยจิตเวช ไม่น้อยกว่า

3 ปี จำนวน 13 ราย

- 3.1 จิตแพทย์ จำนวน 3 ราย

- 3.2 พยาบาล จำนวน 4 ราย

- 3.3 นักจิตวิทยา จำนวน 4 ราย

- 3.4 นักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 2 ราย

รวม จำนวน 18 ราย

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) สนทนากลุ่มย่อย

1. ตำรวจที่เคยเข้าระงับเหตุ หรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีความรุนแรง
จำนวน 1 ราย

2. จิตแพทย์ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 1 ราย

3. พยาบาล ที่มีประสบการณ์การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 2 ราย

4. นักจิตวิทยา มีประสบการณ์การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชไม่น้อยกว่า 3 ปี
จำนวน 2 ราย

รวม จำนวน 6 ราย

วิธีการคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

การคัดเลือกกลุ่มผู้ให้ข้อมูลกรณีสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มย่อย คณะผู้วิจัยใช้เกณฑ์การคัดเลือกวิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคัดเลือกจากผู้ที่มีประสบการณ์กับผู้ป่วยจิตเวช และเคยเข้าระบบเหตุหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีความรุนแรง ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลกรณีสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มย่อยจะเป็นบุคคลคนละคน

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ แบบสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยข้อคำถามที่จะใช้สัมภาษณ์และใช้ในการประชุมกลุ่มย่อยกับผู้ให้ข้อมูลนั้น ข้อคำถามเหล่านี้คณะผู้วิจัยได้ปรึกษาร่วมกัน และหารือกับผู้เชี่ยวชาญ และหรือผู้ทรงคุณวุฒิด้านกระบวนการยุติธรรม โดยคำถามต่างๆ ได้ผ่านการพิจารณาพร้อมกันแล้ว

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ออกแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง มีประเด็น ดังนี้
แบบการสัมภาษณ์ โดยมีลักษณะการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (In-depth interview semi structure) กำหนดคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยประกอบด้วยประเด็นต่างๆ ที่สอดคล้องและครอบคลุมวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้

1. ท่านคิดว่าสาเหตุการเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีอะไรบ้าง
2. ผลกระทบจากการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในสังคมมีอะไรบ้าง
3. กรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงกระทำความผิดท่านมีวิธีสังเกตและหรือพิสูจน์อย่างไรว่าบุคคลนั้นๆ เป็นผู้ป่วยจิตเวช
4. ท่านมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดอย่างไร ขณะที่อยู่ระหว่างการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา และหรือการดำเนินคดี และพบปัญหาอะไรบ้าง
5. ในมุมมองของท่านในฐานะผู้ปฏิบัติงาน ท่านมีความเห็นอย่างไรเรื่องการประสานงาน และหรือการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกัน

มีประเด็นแลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) แยกเป็นข้อคำถาม ดังนี้

1. ในมุมมองของท่านในฐานะผู้ปฏิบัติงานท่านมีแนวทางการพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพอย่างไรบ้าง

ทั้งนี้ ในการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) เพื่อสกัดเอาความรู้โดยใช้กระบวนการ “การจัดการความรู้” โดยการรวบรวมองค์ความรู้ที่มีอยู่ในองค์กรและกระจายอยู่ในตัวบุคคลและเอกสารมาพัฒนาให้เป็นระบบเพื่อให้ทุกคนในองค์กรสามารถเข้าถึงความรู้และพัฒนาตนเองให้เป็นผู้รู้ รวมทั้งปฏิบัติงานได้อย่างมี

ประสิทธิภาพอันจะส่งผลให้เกิดการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังผู้ให้ข้อมูล หากผู้ให้ข้อมูลท่านใดมีผู้บังคับบัญชาก็จะทำหนังสือขออนุญาตผู้บังคับบัญชาของผู้ให้ข้อมูลบุคคลดังกล่าวเป็นรายๆ ไป
 2. ก่อนการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะโทรศัพท์ประสานกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละท่านล่วงหน้า 7 วัน เพื่อนัดสัมภาษณ์ ในการสัมภาษณ์ทุกครั้งผู้วิจัยจะอธิบายวัตถุประสงค์ และชี้แจงประเด็นต่างๆ ให้ผู้ให้ข้อมูลทราบ โดยในการเก็บข้อมูลจะใช้วิธีการจดบันทึก และบันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ให้ครอบคลุมประเด็นในการสัมภาษณ์ภายในระยะเวลา 1-2 ชั่วโมง และทำการสัมภาษณ์ซ้ำประมาณ 2 ครั้ง เมื่อพบว่าข้อมูลบางส่วนไม่สอดคล้องกับเอกสาร ขณะที่ดำเนินการสัมภาษณ์หากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลลื้อมีข้อสงสัยหรือไม่สบายใจกับบางคำถาม รู้สึกกังวล อาย หรือเสียเวลา กลุ่มผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล
 3. เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์เสร็จหรือได้ข้อมูลครอบคลุมครบประเด็นตามแบบสัมภาษณ์แล้วผู้วิจัยจะมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นการตอบแทนในการให้ข้อมูลในครั้งนั้นๆ
 4. ส่งประเด็นประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เป็นการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) เพื่อสกัดความรู้ โดยทำแจ้งผู้ให้ข้อมูลที่เข้าร่วมประชุมกลุ่มย่อยเกิดความเข้าใจ และเล็งเห็นถึงประโยชน์ในครั้งนี้ โดยก่อนประชุมจะประชุมแจ้งกลุ่มผู้ให้ข้อมูลทราบว่าจะมีการบันทึกเสียงร่วมด้วย โดยจะใช้เวลาประมาณ 1-3 ชั่วโมง
 5. เมื่อได้ข้อมูลที่ครอบคลุมทุกประเด็นตามที่ตั้งไว้แล้ว ผู้วิจัยจะมอบของที่ระลึกแก่กลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อเป็นการตอบแทนในการให้ข้อมูลในครั้งนั้นๆ
- ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ โดยจะไม่เปิดเผยข้อมูลที่สามารถระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลต่อสาธารณะ

ขั้นตอนในการดำเนินงานวิจัย

1. การศึกษาข้อมูลจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการดำเนินกระบวนการยุติธรรม และแนวทางการพัฒนาการดำเนินกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ
2. สัมภาษณ์เชิงลึกจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้พิพากษา เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวนรวม 12 ราย เพื่อทราบปัญหาการดำเนินกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง

3. จัดประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) จากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา จำนวนรวม 6 ราย เพื่อทราบแนวทางการพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

3.5 การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มย่อย ผู้วิจัยได้ทำการประมวลผลและ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยใช้เทคนิควิเคราะห์ข้อมูลแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาจำแนกประเภทของข้อมูล แล้ววิเคราะห์ข้อมูลโดยจับใจความสำคัญ จากบทสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มย่อย นำข้อมูลที่สัมพันธ์กันมาจัดกลุ่มให้เป็นข้อมูลชุดเดียวกัน แล้วสร้าง ข้อสรุปจากข้อมูลที่จำแนกแล้ว จากนั้นดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

โดยมีผลลัพธ์สุดท้ายของการวิจัย ดังต่อไปนี้ ทราบปัญหาการดำเนินการกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ซึ่งประกอบด้วย (1) ปัญหาด้านคน (Man) (2) ปัญหาด้านเงิน (Money) (3) ปัญหาด้านทรัพยากร (Material) และ (4) ปัญหาการบริหารจัดการ (Management) และสร้างความรู้ ความเข้าใจถึงแนวทางการพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง การบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

3.6 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยมีวิธีการตรวจสอบ ดังนี้

1. ตรวจสอบด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี (Methodology trianlation) โดยวิธีการเก็บ ข้อมูลหลายวิธี ได้แก่

- 1.1 การสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual Interview) โดยสัมภาษณ์เชิงลึก จากกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
- 1.2 การเก็บข้อมูลจากเอกสาร
- 1.3 การเก็บข้อมูลจากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group)

2. การตรวจสอบข้อมูลที่ได้ (Data Triangulation) ผู้วิจัยได้ดำเนินการ ดังนี้

- 2.1 มีการสัมภาษณ์กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง จากผู้ให้ข้อมูลคนเดียวกันจำนวนหลายครั้ง เพื่อตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้รับจากการบอกเล่าว่าข้อมูลที่ให้ทุกครั้ง ตรงกัน

2.2 มีการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลแหล่งอื่นๆ ซึ่งยินดีให้ความร่วมมือกับผู้วิจัย ซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูลจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ โดยการพูดคุยโดยตรงกับผู้วิจัย ซึ่งทำให้ทราบข้อมูลที่สอบถามนั้นเกี่ยวข้องกับประเด็นสำคัญที่ผู้วิจัยใช้สอบถามโดยตรง

2.3 การตรวจสอบข้อมูลโดยใช้นักวิจัยหลายคน (Investigation Triangulation)
ผู้วิจัยจะทำการทบทวน เพื่อตรวจสอบข้อมูลในหลายๆ ครั้ง จากนักวิจัยหลายคนซึ่งเป็นสมาชิกทีมวิจัยในครั้งนี้

3. การตรวจสอบเชิงทฤษฎี (Theory Triangulation)

ในการศึกษา การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิด ทฤษฎีอาชญากรรมแนวจิตวิทยา ประกอบด้วย โรคมจิตเภท ทฤษฎีโครงสร้างทางจิต และทฤษฎีจิตวิเคราะห์ รวมทั้งแนวคิดและทฤษฎีอาชญาวิทยา สำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม แนวคิดการลงโทษ เพื่อทราบสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และนำแนวคิดการบริหารและร่วมมือกับเครือข่ายสังคม มาพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ทั้งนี้ ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบข้อมูลสามเส้าอีกครั้ง และบูรณาการข้อมูลที่รวบรวมได้ทั้งหมดเข้าด้วยกัน หากข้อมูลใดที่ตรวจสอบสามเส้าแล้วผลออกมาไม่ตรงกันหรือไม่น่าเชื่อถือจะตัดออก

3.7 จริยธรรมการวิจัยในคน

การศึกษาวิจัยได้ให้ความสำคัญกับจริยธรรมการวิจัยในคน ดังนี้

1. การเก็บข้อมูลจะต้องได้รับความยินยอมจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูล
2. การเผยแพร่ข้อมูลจะไม่ระบุชื่อ นามสกุลที่แท้จริงของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

โดยคณะผู้วิจัยได้ยื่นขอจริยธรรมการวิจัยในคนกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต โดยมีเอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่

บทที่ 4

ผลการศึกษาและการอภิปรายผล

ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาภาคสนาม (Field Study) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 18 ราย ซึ่งทำให้ได้ข้อมูลเพียงพอสำหรับการศึกษานี้ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) เจ้าหน้าที่ตำรวจที่เคยเข้าระงับเหตุหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีความรุนแรง จำนวน 3 ราย (2) ผู้พิพากษา จำนวน 2 ราย (3) เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช ไม่น้อยกว่า 3 ปี จำนวน 13 ราย ได้แก่ จิตแพทย์ จำนวน 3 ราย พยาบาล จำนวน 4 ราย นักจิตวิทยา จำนวน 4 ราย และนักสังคมสงเคราะห์ จำนวน 2 ราย และการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจที่เคยเข้าระงับเหตุหรือดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีความรุนแรง จิตแพทย์ พยาบาล และนักจิตวิทยา จำนวน 6 ราย ทั้งนี้ ยังมีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร เช่น บทความ งานวิจัย หนังสือ ตำรา ฯลฯ

สำหรับผลการศึกษาประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

- 1.1 สภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
- 1.2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลการศึกษา

โดยมีผลการศึกษาปรากฏ ดังนี้

ส่วนที่ 1 การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรม กับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

1.1 สภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นบุคลากรทางการแพทย์ ให้ข้อมูลไว้ 4 ปัญหาหลัก ดังนี้

1. **ปัญหาด้านกำลังคน** สำหรับปัญหาด้านกำลังคนจากการเก็บข้อมูล พบว่า มีปัญหาเรื่องของจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีองค์ความรู้เฉพาะทางด้านจิตเวชยังมีจำนวนที่ไม่เพียงพอเมื่อเทียบกับจำนวนคนไข้จิตเวชที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ภาระงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนั้นเพิ่มมากยิ่งขึ้นด้วย ยิ่งไปกว่านั้น ปัญหาด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านนิติจิตเวชในปัจจุบัน พบว่า ยิ่งขาดแคลน ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีหรือก่อความรุนแรงมีจำนวนเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ ด้วยปัจจัยในเรื่องของบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้บุคลากรไม่สามารถแบ่งเวลาไปอบรมเพิ่มพูนความรู้เฉพาะได้อย่างทั่วถึงทุกคน ในที่นี้ ยังรวมถึงปัญหาญาติและคนในสังคมมีความรู้ค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับคนไข้จิตเวช เนื่องจากว่าเป็นเรื่องใหม่ที่คนในสังคมยังไม่คุ้นเคยนัก

1.1 **จำนวนเจ้าหน้าที่ของราชทัณฑ์และเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่เพียงพอที่จะมานอนเฝ้าใช้** ในเรื่องของจำนวนบุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัด จากการศึกษาวิจัยไม่ใช่เพียงแค่จำนวนบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้นที่ไม่เพียงพอ แต่ยังรวมไปถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องในภาคส่วนอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานราชทัณฑ์ ฯลฯ ด้วยเช่นกันที่มีปัญหาในเรื่องของจำนวนบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติงานที่มีอยู่อย่างจำกัด ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติงานได้ตามระเบียบที่กำหนดไว้ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของนักจิตวิทยาที่ได้กล่าวไว้ ดังนี้

ตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ศาลจะถามว่า ผู้กระทำความผิด (จิตเวช) มีความสามารถที่จะสู้คดีไหม ก็จะทำให้โรงพยาบาลประเมินสุขภาพ โดยดูว่า ณ ขณะที่ก่อเหตุผู้กระทำความผิด เป็นผู้มีปัญหาทางจิตหรือไม่ ถ้าพบว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตจริง ผู้กระทำความผิดต้องได้รับการบำบัดรักษา ศาลก็จะส่งตัวคนไข้มารักษาแอดมิทเป็นคนไข้ใน พอบำบัดแล้วดีขึ้น ก็นำตัวไปดำเนินคดีต่อ ที่นี้แหละกำลังเจ้าหน้าที่ของราชทัณฑ์และเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่เพียงพอที่จะมานอนเฝ้าใช้ แต่จริง ๆ แล้วทางโรงพยาบาลมีการดูแลที่เข้มงวดอยู่แล้วครับ ถ้ามองตามระเบียบ

ก็จะต้องมีเจ้าหน้าที่ของราชทัณฑ์และเจ้าหน้าที่ตำรวจมานอนเฝ้าไข้. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

1.2 จำนวนบุคลากรทางด้านการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมีไม่เพียงพอ ในปัจจุบัน พบว่า จำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลรักษาและบำบัดคนไข้จิตเวชมีจำนวนที่ขาดแคลนไม่เพียงพอต่อความต้องการ อาทิ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ อย่างไรก็ตาม จากการเก็บข้อมูล ผู้ให้ข้อมูลสำคัญยังได้กล่าวอีกว่า กระทรวงสาธารณสุขได้พยายามเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการพยายามผลิตจิตแพทย์ให้มีจำนวนที่มากยิ่งขึ้น ยิ่งไปกว่านั้น ในปัจจุบันจะเห็นว่ามีผู้กระทำความผิด หรือผู้ที่ก่อความรุนแรงที่เป็นจิตเวชเพิ่มมากขึ้นในทุก ๆ ปี ทำให้ในกระบวนการดำเนินการกับคนไข้เหล่านี้ต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านอย่างเช่น พยาบาลนิติจิตเวช เข้ามาช่วยดูแลคนไข้ที่มีคดีโดยเฉพาะ จากข้อมูล พบว่า พยาบาลนิติจิตเวชมีจำนวนที่น้อยมาก โดยในโรงพยาบาลจิตเวชจะมีพยาบาลนิติจิตเวชเพียงแค่ 2-3 คนเท่านั้น หรือบางโรงพยาบาลก็ไม่มีพยาบาลนิติจิตเวชเลย ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นบุคลากรทางด้านการแพทย์และสหวิชาชีพที่ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

“นักจิตวิทยาค่อนข้างขาดแคลน” (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“นักจิตเองก็ไม่เพียงพอ ตอนนี้ทั้งโรงพยาบาลมีนักจิตอยู่ 8 คน การจัดสรรบุคลากรไม่เพียงพอ แต่ต้องดูแลคนไข้ทั้งโรงพยาบาล ด้วยอัตรากำลังที่น้อยมาก” (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

นักสังคมฯ ก็ไม่เพียงพอ ตอนนี้เรามีบุคลากร 13 คน การดูแลคนไข้ก็จะไม่เพียงพอ จำนวนคนไข้จิตเวชก็เข้ามาสูงมากเลยคะ นักสังคมฯ ดูแลไม่ทั่วถึง ตอนนี้หัวหน้าดูวอร์ด 3 ตึกเลย นักสังคมก็ 2 คนช่วยกันดูทั้งวอร์ด นอกจากนี้ต้องดู OPD ด้วย นักสังคมดูเคส 30 เคสได้ นักสังคมฯ 1 คนดูเคสมากกว่า 30 คน

โรงพยาบาลในพื้นที่ก็ต้องเข้ามาดูเรื่องของอาการกีนยา ก็จะมี อสม. ที่จะเข้าไปดูคนไข้เมื่อกลับบ้าน แต่ก็จะมีปัญหาอีก เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข ไม่มีพยาบาลจิตเวชในทุกหน่วย ทำให้ในบางพื้นที่ก็ไม่มีองค์ความรู้ อสม. บางคนกลัวคนไข้ ก็ไม่อยากจะยุ่ง. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“คนไข้ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายต้องใช้เจ้าหน้าที่ดูแล 1 ต่อ 1 เลย กลุ่มนี้ไม่ได้ใช้คนเยอะ แต่ต้องมีคนเฝ้าตลอด” (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับพยาบาลจิตเวชที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้แสดงความคิดเห็นไว้ ดังนี้

จำนวนบุคลากรพยาบาลก็ไม่เพียงพอต่อการให้บริการของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด เช่น พยาบาลด้านนิติจิตเวชมีจำนวนคนรู้น้อย กลุ่มงานนี้มีคนทำงานเพียง 2-3 คน ไม่เยอะเลย พยาบาลจิตเวชทั่วไปก็จะพึ่งพา 2-3 ท่านนี้ คิดว่าพยาบาลทั่วไป ต้องมีความรู้เรื่องพยาบาลนิติจิตเวชด้วย. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

บุคลากรทางการแพทย์ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการทางกฎหมายทุกคน จะมีเพียงพยาบาลนิติจิตเวช 3 คนเท่านั้นที่ผ่านการอบรมและมีความรู้เกี่ยวกับกระบวนการทางกฎหมาย ดังนั้น ภาระงานทั้งหมดของคนไข้คดีจะตกมาอยู่แค่ที่จิตแพทย์หรือพยาบาลนิติจิตเวชผู้ที่มีความรู้ด้านกฎหมาย Workload ก็จะตกมาอยู่ที่กลุ่มคนเหล่านี้ที่มีอยู่ในจำนวนน้อย ทั้งโรงพยาบาลจะมีแค่ 3 คนนี้ที่ลงลึกได้เฉลี่ยพยาบาลนิติจิตเวชคนหนึ่งในระยะเวลา 1 ปี จะมีเคสที่ต้องดูแลอยู่ประมาณ 30 เคสต่อคน ซึ่ง 30 เคสนี้ยังไม่นับเคสอื่นที่เป็นภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบอีก ก็จะมีคนไข้ที่ไม่ใช่เคสดูแลที่ต้องดูแลอีก. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ขาดบุคลากรที่พร้อมในการทำงาน พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์จะคุ้มค่ามากในการช่วยคนไข้ พยาบาลนิติจิตเวชก็น้อย คนก็ไม่ค่อยอยากทำงานหนัก ต้องเป็นคนที่มีใจอยากช่วยจริง ๆ” (นักจิตวิทยา หมายเลข 3, 26 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

บุคลากรที่ทำงานด้านจิตเวชเฉพาะไม่เพียงพอ ทั้งจิตแพทย์ ในภาพรวมก็ยังขาดแคลนในระดับหนึ่ง แต่พยาบาลจิตเวชจะขาดแคลนกว่าในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ตอนนี้เราทำงานแบบตั้งรับอยู่ ก็พบปัญหาบุคลากรไม่เพียงพออยู่แล้ว ถ้าเราจะต้อง

เอาบุคลากรเหล่านี้ออกไปรับผู้ป่วยที่บ้าน ก็ยิ่งขาดแคลนไปใหญ่. (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

1.3 ภาระงานที่มากล้นของบุคลากรทางการแพทย์ การที่บุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะทางด้านจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนไม่เพียงพอในการปฏิบัติหน้าที่ ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการดำเนินงานในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน อาทิ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ ฯลฯ ดังจะเห็นได้จากคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลาย ๆ ท่านที่ได้กล่าวไว้ ดังนี้

“ภาระงานของนักจิตวิทยาก็ล้นมาก ๆ เลยครับ” (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“บุคลากรน้อย คิวยาว ภาระงานล้น อยากให้เพิ่มนักจิตด้วยก็ดี ก็จะเป็นประโยชน์ต่อคนไข้ด้วยค่ะ” (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

การทำงานในโรงพยาบาลกับสหวิชาชีพ ก็จะมีปัญหาในเรื่อง workload คือ ทุกคนทุกสหวิชาชีพ ทุกคน workload หมด เพราะขาดแคลนบุคลากรที่เชี่ยวชาญ มีคนทำงานน้อยมาก พองานมันล้นมาก ๆ มันก็ทำไม่ทัน แล้วก็จะแบบมีหน่วยงานไหนทำซ้ำรีปาว. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลจิตเวชที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้แสดงความคิดเห็นว่าภาระงานของนักสังคมสงเคราะห์มีเป็นจำนวนมาก เมื่อเทียบกับจำนวนนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานอยู่ เพราะเมื่อกระบวนการรักษาเสร็จสิ้นแล้ว นักสังคมสงเคราะห์จะต้องหาที่อยู่อาศัยให้แก่คนไข้จิตเวชที่ไม่มีญาติมารับกลับไปดูแล โดยทั้งสองท่านได้กล่าวไปในทิศทางเดียวกัน ไว้ดังนี้

ขอความร่วมมือเรื่องการหาที่อยู่อาศัยให้คนไข้จิตเวช เวลาที่ส่งออกคนไข้ไม่ได้ ภาระงานก็เพิ่ม ก็ให้เอกชน รัฐบาลมาให้ความช่วยเหลือในเรื่องนี้ การหาที่อยู่อาศัย การหางานให้ทำ เพื่อไม่ให้ไปกระทำผิดซ้ำ เพราะภาระงานของนักสังคมฯ ล้นมาก

ทั้งคนไข้ที่อยู่ก็ใช้เวลาาน พอลำหน่ยออกไม่ได้ คนไข้ใหม่ก็เข้ามา งานยังล้นเลย ค่ะ. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

การจำหน่ายคนไข้หลังจากที่กระบวนการรักษาเสร็จสิ้น ถ้าเป็นเคสที่มีประวัติคดี เคสก่อความรุนแรง สถานสงเคราะห์ก็จะไม่รับเคสเหล่านี้ ก็จะเป็นปัญหาของนักสังคมสงเคราะห์ต้องหาที่อยู่อาศัยให้ ภาระงานก็ล้น เพราะไม่สามารถจำหน่ายคนไข้ ออกไปได้. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

1.4 ข้อจำกัดเรื่องการอบรมของบุคลากรทางการแพทย์ จากการเก็บข้อมูล พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ให้ข้อมูลว่าการไปอบรม เพื่อเพิ่มพูนความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์เป็นไปได้ยากมาก เนื่องจากว่าแต่ละท่านมีภาระงานที่เยอะ ทำให้ไม่สามารถจัดสรรเวลา เพื่อไปเข้าอบรมพัฒนาองค์ความรู้ได้ เห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลายท่านให้ไว้ ดังนี้

การบำบัดเทรนโลกมันเปลี่ยนเรื่อย ๆ เรื่องการอบรมก็จัดสรรเวลาไปพัฒนาตนเอง ไปเข้าอบรมได้ยากมาก เพราะเราต้องดูคนไข้ 1 วันก็หมดไปแล้วครับ ทำให้เรามีเวลาไปพัฒนาตนเองน้อยหน่อย และการอบรมก็จะมีโควตา แบ่งกันไปอบรมตามคิว. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

การอบรมต่าง ๆ ยากมากเลย จัดสรรเวลาไม่ได้ เพราะคนไข้เยอะมาก มีหลายการอบรมที่เราอยากไป ก็ไปไม่ได้ เพราะเราไม่มีเวลาเลย คนที่จะไปอบรมนิติจิตเวชจริง ๆ ก็ไม่ได้ไปอบรม มีเพียงไม่กี่คนเท่านั้น ก็จะต้องมีการสื่อสารกันมากขึ้น เพราะไม่ใช่ทุกคนที่จะได้ออกไปอบรม หรือบางท่านงานเยอะภาระงานมาก ไปอบรมก็ Burn out ทำให้ไม่ค่อยมีอารมณ์มาถ่ายทอดเท่าไร ตอนอบรมก็เหนื่อย ทำงานก็เหนื่อย ทำให้ประสิทธิภาพในการอบรมก็ลดลง หรือการถ่ายทอดความรู้ที่ได้จากการอบรม ก็มีความเหนื่อยล้าเพิ่มขึ้น. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“นักสังคมฯ มีอบรมเหมือนกัน แต่ต้องหมุนเวียนกันไป เนื่องจากภาระงานที่ล้นด้วย ทำให้ไปอบรมพัฒนาตนเองไม่ได้” (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

1.5 ญาติและคนในสังคมมีความรู้ความเข้าใจค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับคนไข้จิตเวช ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในสังคมไทยมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องนั้น ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับคนป่วยจิตเวชกลับยังไม่มากนัก ไม่ใช่ทุกคนในสังคมที่จะเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช แม้กระทั่งในครอบครัวของผู้ป่วยเอง ทำให้เกิดความหวาดกลัวต่อคนป่วยจิตเวช ไม่กล้าเข้ามาช่วยเหลือ ให้โอกาส ดูแล ทำให้นำไปสู่เหตุการณ์อาชญากรรมที่รุนแรงโดยที่ไม่ทันได้ยับยั้งก่อน หรือแม้กระทั่งบุคคลที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับคนป่วยจิตเวชที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ บางครั้งก็มีการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจิตเวชที่ผิดพลาด ทำให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อชีวิตในขณะที่ปฏิบัติงาน โดยจะเห็นได้จากข้อคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลาย ๆ ท่าน ดังต่อไปนี้

ญาติมีทัศนคติที่ไม่ดี ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ญาติจะคิดว่าเปลืองเงินไม่พาไปหาหมอ ญาติก็ไม่ได้ตระหนักถึงความสำคัญและความจำเป็นตรงนี้ ก็เลยไม่สามารถระงับหรือยับยั้งได้ทันท่วงที. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“คนอื่นมองว่าไม่ปกติ ดีตรา ถ้าในที่ทำงานก็จะกลัว ๆ ว่าจะมีอาการคลุ้มคลั่งตอนไหน จะโดนลูกหลงไหม” (นักจิตวิทยาหมายเลข 3, 26 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ทัศนคติของคนในชุมชนก็จะดีตราเลยว่า คือ คนบ้า ก็จะไม่ให้โอกาส ถึงแม้จะมีหน่วยงานต่าง ๆ เข้าไปอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน แต่สังคมก็ยังดีตราหวาดระแวง กลัวอันตรายจากบุคคลที่ป่วยเป็นจิตเวช หรือแม้กระทั่งครอบครัวเองก็ไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ทัศนคติของครอบครัวก็เป็นลบ ครอบครัวไม่เอาอีก. (คุณประพฤติ, 8 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับข้อมูลที่จิตแพทย์ท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความไม่ปลอดภัยที่เกิดขึ้นได้ จากการประเมินสถานการณ์เกี่ยวกับอาการของคนไข้จิตเวชผิดพลาด เนื่องจากไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการอาการของคนไข้จิตเวช โดยมีข้อคิดเห็น ดังนี้

ช่วงก่อนมาถึงโรงพยาบาล ในแง่ของกฎหมายที่รองรับผู้ปฏิบัติ ตาม พรบ. สุขภาพจิต และ ป.วิอาญา ให้การพิทักษ์สิทธิได้เป็นอย่างดี แต่ในแง่ปฏิบัติค่อนข้างมีปัญหาเวลานำส่งคนไข้ คนไข้พวกนี้จะเป็นเคสฉุกเฉิน ก็จะมีหน่วยงานนำส่ง เช่น ศูนย์เฮอร์วาร์ด ศูนย์นเรนทร ฯลฯ โดยส่วนใหญ่แล้วถ้าแจ้งไปทางศูนย์ พวกนี้ก็จะปฏิเสธไม่นำส่ง ทำให้คนไข้ไม่ได้รับการรักษา เหตุน่าจะเพราะความไม่พร้อมในการนำส่งคนไข้จิตเวช มันจะไม่เหมือนกับคนไข้ทางกาย อาจจะเป็นเรื่องการไม่มีองค์ความรู้ในการดูแล ประเมินสถานการณ์หรือความเสี่ยงต่าง ๆ เพราะเป็นเรื่องใหม่ ไม่ได้คุ้นเคยกัน จึงไม่กล้าเสี่ยงที่จะรับมาส่งโรงพยาบาล หรือบางครั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจเองประเมินสถานการณ์ไม่ถูกต้อง เพราะคนไข้เหล่านี้อาการขึ้น ๆ ลง ๆ คิดว่าเอาอยู่แล้ว สงบแล้ว นำมาส่งโรงพยาบาลไม่ได้ใส่เครื่องพันธนาการ นั่งซ้อนท้ายมาคนไข้ลื้อคอคอก็มี หรือถ้านั่งหน้ากระชากพวกมลายี่ก็มี ส่งผลต่อเรื่องความปลอดภัยของเจ้าหน้าที่ในขณะปฏิบัติงานด้วย. (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

1.6 ในกรุงเทพมหานครจะไม่ค่อยมีชุมชนเป็นผู้นำส่งข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากปัญหาเรื่ององค์ความรู้เกี่ยวกับคนป่วยจิตเวชค่อนข้างน้อยดังที่กล่าวไปในหัวข้อก่อนหน้านี้แล้ว ด้วยลักษณะคนชุมชนหรือคนสังคมในเขตกรุงเทพมหานครที่ค่อนข้างเป็นปัจเจกนั้น ทำให้หลายเหตุการณ์ความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากคนป่วยจิตเวชไม่สามารถระงับได้ทันเวลาที่ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

ถ้าเป็นต่างจังหวัดที่ผมเคยทำงานอยู่ ผู้ใหญ่บ้านจะเป็นคนนำส่ง ต่างจังหวัดจะสอดส่องและใกล้ชิดกว่าในกรุงเทพฯ ในกรุงเทพฯ จะไม่ค่อยมีชุมชนโทรแจ้งเลย ทำให้บางครั้งไม่สามารถระงับเหตุได้ทันที การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับช่องทางในการแจ้งข้อมูลมีอยู่นะครับ แต่เหมือนบางทีโทรหาตำรวจ ก็ไม่ได้ช่วยระงับเหตุได้ทันที ตำรวจมีอาวุธ แต่คนที่จับคนไข้กลุ่มนี้ได้ (ผู้ป่วยจิตเวช) จะต้องเป็นเจ้าพนักงานสถานบำบัด เพื่อความปลอดภัยในการทำงานควรลงพื้นที่จับด้วยกันทั้งตำรวจ และผู้ที่มีบัตรเจ้าพนักงาน พอตำรวจไม่ไป ก็ไม่มีใครไป. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

เจ้าหน้าที่ตำรวจถ้าไม่เกิดเหตุรุนแรงมากก็จะไม่มา ไม่เข้าชาร์จเลย เพราะต้องรอให้เกิดเหตุก่อน ไม่ได้เข้าป้องกันให้ทันทั่วทั้งที่ แล้วส่งโรงพยาบาล อันนี้เกิดเหตุแล้วค่อยเข้าชาร์จ แล้วส่งโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยก็ถูกตีตราแล้ว ก็จะรักษาไม่เต็มที่ หรือถ้าพบเห็นคนใช้จิตเวชที่เสี่ยงกระทำผิดสูง หากโทรแจ้งมามูลนิธิให้มารับตัวคนไข้ไปรักษา ก็จะต้องมีค่าใช้จ่ายด้วย. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

2. ปัญหาด้านเงิน

2.1 งบประมาณขาดแคลน สำหรับปัญหาเรื่องงบประมาณที่ไม่เพียงพอจากข้อมูลพบว่า มีปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนในการให้บุคลากรไปอบรมกับคำปรึกษาพยาบาลหรือค่าใช้จ่ายในการดูแลคนไข้จิตเวชที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานมากกว่า 1 เดือน โดยส่วนใหญ่เป็นคนไข้จิตเวชที่มีคดี ดังจะเห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

เรื่องการอบรม ถ้าอันไหนที่การอบรมมีค่าใช้จ่ายที่แพง ๆ อาจจะได้ไม่ไป เช่น การอบรมที่มีค่าใช้จ่ายสูง ๆ ภายนอก ถ้าจะไปก็จ่ายเงินเอง แล้วก็ลาไปเรียนได้ หรือของสถาบันกัลยาฯ ที่มีความเชี่ยวชาญ เขามีการจัดอบรม แต่เราก็จะไม่ค่อยได้เข้าไปร่วม (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ทุนและงบประมาณในการเรียนยังไม่มี เช่น ถ้าบุคลากรของกรมจะไปเรียนนิติศาสตร์ อาชญวิทยา ก็จะไม่มีการสนับสนุนให้ไปเรียน แต่จะมีหลักสูตรที่กรมสุขภาพจิตเปิดอบรมให้พยาบาลไปอบรม คือ หลักสูตร “พยาบาลนิติจิตเวช” แต่จะเปิดแค่ปีละ 1 ครั้ง แล้วให้โควตาที่ละ 1 คน คือ ให้โรงพยาบาลละ 1 คน ก็คือแต่ละโรงพยาบาลจะมีผู้ที่เรียนจบหลักสูตรนี้แค่ปีละ 1 คน ที่ให้โควตาอบรมน้อยเกี่ยวกับเรื่องงบประมาณที่ไม่เพียงพอ จึงไม่สามารถที่จะจัดอบรมให้แก่คนได้เลย. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“กรมสุขภาพจิตเองอาจจะไม่มีงบประมาณมากในการพัฒนาบุคลากร อาจจะต้องพิจารณาถึงความจำเป็นเฉพาะรายเคส บางทีผลก็เลือกจัดการด้วยตนเอง จ่ายเงินไปอบรมเอง เพราะเร็วกว่าด้วย” (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญท่านอื่น ๆ ได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับงบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาที่ไม่เพียงพอ โดยมีข้อคิดเห็น ดังนี้

ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย ถ้าคนไข้ป่วยมันค่อนข้างใช้เวลายาวนานในการฟื้นฟูให้กลับมาปกติ เพราะสมองเขาฝ่อลง การทำให้ฟูเต็มที่ ค่าใช้จ่ายในการดูแลระยะยาวค่อนข้างเยอะมาก ๆ เลย คนไข้พวกนี้ไม่รู้เรื่องการเจ็บป่วย ก็จะไม่กินยา ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา พอเขาไม่รู้ตัว ไม่เห็นว่าเป็นปัญหา มันมีโอกาสพัฒนาไปเป็นอย่างอื่น. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“เรื่องงบประมาณ กลุ่มคนไข้พวกนี้นอน รพ. นานเกิน 1 เดือน มันก็จะเกินจำนวนที่เบิกได้ตามสิทธิการรักษา (สิทธิบัตรทอง 30 บาท ประกันสังคม ฯลฯ)” (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ในด้านการรักษาและติดตาม ถ้ากลับไปอยู่ในชุมชนก็ต้องมีการติดตาม ต้องใช้งบประมาณ ก็ทำให้เปลืองงบประมาณ และการรักษาที่ยาวนาน แล้วในกรณีที่เป็นคนไข้ยาเสพติดที่อยู่ในกลุ่มสิทธิประกันสังคม ประกันสังคมจะไม่ครอบคลุมดูแลค่ารักษา แม้ศาลจะส่งมาก็ตาม คือ สิทธิประกันสังคมไม่จ่ายเลย ภาระจึงตกไปอยู่ที่คนไข้และญาติ ถ้าจ่ายไม่ได้ ทำเรื่องขอความอนุเคราะห์ขออนุมัติรักษาฟรี โรงพยาบาลก็ต้องดูแล ก็ส่งผลต้องใช้งบประมาณเยอะ โรงพยาบาลยิ่งเสียงบประมาณเป็นจำนวนมาก. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

เรื่องงบประมาณก็จะมีปัญหา เพราะทาง สปสช. เองก็อยากให้โรงพยาบาลให้บริการเต็มที่ แต่ตัดงบประมาณของโรงพยาบาล ทำให้โรงพยาบาลประสบปัญหาเรื่องงบประมาณที่ต้องรับไว้ เพราะเป็นเคสที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง และใช้ระยะเวลายาวนาน. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

3. ปัญหาด้านวัสดุ

3.1 อัตราการครองเตียงผู้ป่วยในไม่เพียงพอต่อความต้องการของคนไข้ ปัจจุบันในประเทศไทยมีคนไข้จิตเวชเพิ่มมากขึ้น ส่งผลกระทบโดยตรงต่อปัญหาเตียงคนไข้ในของโรงพยาบาลจิตเวชขาดแคลนหรือไม่เพียงพอต่อความต้องการของคนไข้ อัตราการครองเตียงของคนไข้เกินจำนวนเตียงที่มีอยู่ ทำให้โรงพยาบาลต้องหาวิธีการโดยการเพิ่มจำนวนเตียงเท่าที่จะสามารถเพิ่มได้ แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า จำนวนเตียงที่สามารถรองรับคนไข้จิตเวชได้นั้น ยังคงขาดแคลน ดังจะเห็นได้จากข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไว้ ดังนี้

โรงพยาบาลเราสามารถรับผู้ป่วยในได้เพียง 500 เตียงเท่านั้น แต่ตอนนี้เกินไป 700 เตียงแล้วครับ คนไข้เพิ่มเยอะขึ้นมากจริง ๆ จำเป็นต้องเพิ่มเตียงชั่วคราว ปูเตียงแทรก บางเคสก็ให้ญาติมารับไปดูแล แล้วเปลี่ยนเป็นเคส OPD ให้มาติดตามอาการเอา ประมาณว่าแอมบิเด เพื่อให้อาการทุเลาลง แล้วก็จำหน่ายคนไข้ไปอยู่ชุมชน. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับพยาบาลจิตเวชหลายท่านที่ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

เคสที่ศาลตัดสินแล้ว ก็จะกลับบ้านไม่ได้ เคสพวกนี้อยู่ยาว ๆ อยู่โรงพยาบาลจนกว่าจะปลอดภัย หลายเคสที่ก่อความรุนแรงมา ญาติไม่ค่อยอยากรับ โรงพยาบาลก็ไม่สามารถจำหน่ายคนไข้ออกไปได้ อัตราการครองเตียงก็ล้น เกินอัตราการรับได้ของโรงพยาบาล เพราะไม่สามารถจำหน่ายคนไข้ออกได้ คนไข้ใหม่ก็เข้ามาเยอะ. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ที่ รพ. จิตเวชจำนวนรับคนไข้แอดมิทมากกว่าจำนวนรับได้ที่ระบุไว้ในระบบจำนวนการครองเตียง คือ พอมีเคสคดีมา ยิ่งไงเราก็ต้องรับ ก็เกิดความแออัด รวมไปถึงระยะเวลาการนอนในโรงพยาบาลของคนไข้เคสคดี จะมีจำนวนวันนอนที่มากกว่าเคสจิตเวชทั่วไป คือ คนไข้ทั่วไปประมาณ 1 เดือน แต่เคสคดีจะมีระยะเวลาในการนอนที่โรงพยาบาลมากกว่า 45 วัน บางเคสเป็นคนไข้ระดับพันธุกรรม ทำให้กลุ่มนี้ต้องอยู่โรงพยาบาลตลอด ไม่สามารถสู้คดีได้หรอก ทางโรงพยาบาลขอให้ตำรวจมารับ ตำรวจก็ไม่รู้จะมารับได้ไง ไปไหน ก็อยู่โรงพยาบาล 2 ปี ไม่ไปไหน คือ ตำรวจส่งสำนวนได้ ทางโรงพยาบาลก็ต้องเลี้ยงไว้ สะท้อนมาที่เรื่องการเบิกจ่ายค่า

รักษาพยาบาล ยิ่งอยู่นาน โรงพยาบาลยิ่งเสียงบประมาณเป็นจำนวนมาก.
(พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

เคสที่เามาเฉย ๆ ถ้าหายเมาก็ไม่ได้คลุ้มคลั่ง อันนี้เทียบปรับในชั้นสอบสวนได้ ก็ไม่ต้องส่งมาโรงพยาบาลก็ได้ แต่ตำรวจก็ส่งมาแถมติด ทำให้มีภาวะคนไข้ล้นเตียงเลย อัตราการครองเตียงยิ่งขาดแคลน บางเคสก็เขียนมาให้ดูรุนแรง เพราะกลัวโรงพยาบาลจะไม่รับ คือ เขียนมาให้เป็นเคสนิติจิตเวชเลย แล้วพอเป็นนิติจิตเวชมันจะต้องมีสหวิชาชีพมาร่วมด้วยยิ่งใหญ่อเลย ตามป.วิ อาญา 14 พอเรารักษาเสร็จ คุณตำรวจเอาไปปล่อยเลย ไม่ใช่จะเอาหลักฐานจากเราไปดำเนินคดี กลายเป็น workload เลย. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ใน กทม. มีผู้ป่วยมาจากต่างจังหวัดเยอะ เราก็จะดูภูมิลำเนาของเขา เช่น ถ้าอยู่อุบลราชธานี ก็จะดูโรงพยาบาลในเครือกรมสุขภาพจิต ก็ refer คนไข้ไป มีการไปเตรียมชุมชน เตรียมญาติ เพราะโรงพยาบาลใน กทม. เต็มก็ไม่พอ. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับข้อมูลที่จิตแพทย์ท่านหนึ่งได้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนเตียงที่ขาดแคลนเป็นอย่างมาก ดังนี้

จำนวนเตียงไม่เพียงพอ เพราะคนไข้จิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรง หรือคนไข้จิตเวชที่มีคดียังไงก็ต้องให้อยู่โรงพยาบาลอยู่แล้ว เราจะปล่อยกลับบ้านก็ไม่ได้ ไม่งั้นก็ไปก่อเหตุ ในภาพรวมของประเทศเตียงจิตเวชก็ยิ่งขาดแคลน แต่จะขาดมากในกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร เท่าที่ผมทราบ ปัจจุบันไม่มีเตียงจิตเวชเลย ก็จะมีในโรงเรียนแพทย์ศิริราช รามา ก็จะมีเตียงจิตเวชแห่งละไม่เกิน 20-30 เตียง แล้วก็มักจะเต็มตลอด เพราะแอดมิตครั้งนึงก็ต้องอยู่รพ. เป็นเดือน เพราะฉะนั้นโรงพยาบาลที่รับส่วนใหญ่ก็เป็นโรงพยาบาลในกรมสุขภาพจิต อย่าง รพ.ของผมมีเตียงประมาณ 400 กว่าเตียง ก็เต็ม ตอนนี้อัตราการครองครองเตียงมากกว่า 100% ตลอด ยิ่งเป็นเคสคดี ก็ครองเตียงนานมาก ก็จะมีปัญหาเรื่องความแออัด ความกดดัน การขาดความสะดวกสบาย ยิ่งตอนช่วงการ

แพร่ระบาดโควิด ก็หนัก ผมมองว่าเรื่องจำนวนเตียงจิตเวช เรายังขาดอีกเยอะ.
(จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

3.2 โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีจำนวนน้อย จากการเก็บข้อมูล พบว่า โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีจำนวนน้อยมาก โดยทั่วประเทศมีเพียง 13 แห่งเท่านั้น ในเขตกรุงเทพมหานคร มีเพียง 3 โรงพยาบาลที่สามารถรองรับผู้ป่วยจิตเวชได้ ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสมเด็จพระยา และสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ทำให้จำนวนคนไข้เยอะเกินความสามารถที่โรงพยาบาลจะรับรักษาได้ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีน้อยมาก มี 13 แห่งทั่วประเทศ แล้วบางโรงพยาบาลก็สามารถรับแอดมิทได้ บางโรงพยาบาลก็ไม่รับแอดมิท อย่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยาคนไข้ก็ล้นวอร์ด ผู้ก่อเหตุ re-admit เติงก็ไม่มีเพียงพอ แล้วหน่วยงานที่รับดูแลได้ก็น้อย เอาที่ กทม. ประชากรแฝงเยอะ มีโรงพยาบาลสมเด็จพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันกัลยาฯ ที่รองรับเต็ม ๆ ก็คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวนคนไข้ก็ล้นเกินรับได้ workload ต่าง ๆ ก็เยอะมาก สถานสงเคราะห์ก็น้อย จำนวนคนรอคิวเยอะ ทำให้สถานสงเคราะห์ไม่เพียงพอ ทำให้เคสเหล่านี้ก็ต้องอยู่ในโรงพยาบาล. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

3.3 รถพยาบาล/ วัสดุอุปกรณ์มีจำนวนจำกัด ปัจจุบัน พบว่า รถพยาบาลที่ใช้รับ-ส่งผู้ป่วยจิตเวชจะเป็นรถเดียวกันกับที่ใช้รับ-ส่งคนไข้ฝ่ายร่างกาย แต่ในกรณี ที่เป็นการรับ-ส่งคนไข้จิตเวชบ่อยครั้งที่คนไข้จิตเวชมักจะทำลายข้าวของหรืออุปกรณ์เมื่อมีอาการทางจิต ทำให้เกิดความเสียหายต่อทรัพย์สินและบางครั้งอันตรายถึงชีวิตของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ดังจะเห็นได้จากข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังต่อไปนี้

เรื่องวัสดุอุปกรณ์ เรื่องรถพยาบาลสำหรับกู้ชีพเนี่ยเค้าก็ไม่มีอุปกรณ์อะไรเยอะมากนัก ถ้ารับคนไข้จิตเวชไป คนไข้จิตเวชจะไม่เหมือนคนไข้ทางกาย เวลาคนไข้จิตเวชโวยวายหรืออาละวาดก็จะทำลายอุปกรณ์เหล่านั้นเสียหายหมด อุปกรณ์เล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ใช้ในการจำกัดพฤติกรรม เช่น โรงพยาบาลเราก็จะใช้เป็นผ้าที่ไม่ทำให้เกิดบาดแผล ทำให้แน่นหนา. (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4. ปัญหาด้านการบริหารจัดการ

4.1 หลาย ๆ ขั้นตอนในการดำเนินงานในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไข้ที่มีความเสี่ยงสูงที่จะก่อความรุนแรง หรือคนไข้ที่มีคดี ต้องใช้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการร่วมปฏิบัติงานที่หลากหลาย โดยเฉพาะศาลสั่งหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการป่วยจิตเวชของผู้กระทำผิด ดังนั้น ในแต่ละขั้นตอนในกระบวนการพิสูจน์ค้นหาข้อเท็จจริงจำเป็นต้องใช้เวลาและความพร้อมของคนไข้ คนไข้เหล่านี้ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาที่ยาวนานมากกว่า 45 วัน หรือบางรายก็ต้องอยู่เป็นปี ๆ นอกจากนี้ พบว่า เคสคนไข้จิตเวชกระทำความผิดเพิ่มเยอะขึ้น ทำให้การบำบัดรักษามีคิวยาว แต่ละกระบวนการก็ต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานมาก เห็นได้จากข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญไว้ ดังนี้

การพิจารณาคดีใหญ่ เช่น เหตุกราดยิง เคสที่ไม่ได้มีความเจ็บป่วยที่ชัดเจน ต้องพิสูจน์ย้อนหลัง ใช้ระยะเวลานานมาก เพราะต้องใช้เวลาในการค้นหาข้อเท็จจริง ต้องมีสหวิชาชีพมาให้ข้อมูลทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็นจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ บางกรณีต้องใช้นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัดมาช่วยให้ออกกำลังกาย

กระบวนการวินิจฉัยของนักจิต เป็นระบบ Manual ที่ต้องทำด้วยดินสอ ปากกา กระบวนการนี้ใช้เวลานานมาก ต้องอาศัยความร่วมมือและความพร้อมของคนไข้ด้วย (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

คนไข้คดี คิวยาวมาก เคสดีจะต้องมีการประชุมหลายวิชาชีพ ต้องมีการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพอื่น กว่าว่างตรงกัน กว่าจะนัดญาติได้ รอสำนวนจากตำรวจ ก็ยังอยู่โรงพยาบาลนาน ค่าใช้จ่ายก็เยอะ เพราะคนไข้คดีจะใช้ระยะเวลานาน

ระยะเวลายาวนานของแต่ละกระบวนการ จริง ๆ มาตรการเยอะก็ดี แต่ในขณะเดียวกันเคสมันเยอะขึ้นเรื่อย ๆ กระบวนการศาลก็ค่อนข้างยาวนาน บางเคสศาลบังคับรักษาเป็นปี ใน กทม. เวียนยาก บุคลากรน้อย. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับข้อมูลที่นักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลจิตเวชที่ได้ให้ข้อมูลในแต่ละขั้นตอนหรือแต่ละกระบวนการในการปฏิบัติงานกับคนไข้จิตเวชไว้ ดังนี้

เมื่อญาติหรือคนในสังคมกลัว ไม่รับคนไข้กลับไปดูแล เราไม่สามารถบังคับครอบครัวได้ นักสังคมก็ต้องหาที่อยู่ให้ต่อไป เรื่องสถานที่ดูแล แหล่ง Support ที่ต้องหาให้ผู้ป่วย การหาสถานสงเคราะห์ก็จะใช้ระยะเวลาที่ยาวนานเลย การส่งออกก็ค่อนข้างช้า การส่งต่อค่อนข้างยากมากเลย เพราะสถานสงเคราะห์ไม่เพียงพอต่อการนำส่งคนไข้ สถานเหล่านี้ไม่มีแพทย์ พยาบาล สถานสงเคราะห์ก็กลัว ไม่กล้ารับคนไข้เราไปดูแลต่อ นักสังคมฯ หาที่อยู่อาศัยให้ ก็ค่อนข้างยาก มีคิวยาวอีก นักสังคมฯ เป็นคนจัดคิวโดยแยกเกณฑ์พิจารณาว่าจะส่งออกคนไข้แต่ละคนไปที่สถานสงเคราะห์ไหน เช่น สถานสงเคราะห์นันทบุรี เขาจะให้คิวเดือนละ 3 คิว คนไข้ที่รอจำหน่ายออกก็จะเยอะมาก รออยู่ในเวิร์ด เพื่อส่งออกตามคิว ก็จะใช้เวลาในการรอคิวที่ยาวนาน. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

คนไข้กลุ่มนิติจิตเวชหรือคนไข้คดีมาด้วย พรบ. สุขภาพจิต บางครั้งตำรวจพามายังไม่รู้ว่า จะเอาคดีใหม่ ยังไม่ได้เอาเรื่อง กว่าจจะรู้ กว่าจจะเจรจากับผู้เสียหาย ก็ใช้เวลานานเลย แล้วช่วงที่ต้องจำหน่ายคนไข้ออกก็มักจะมีปัญหา เช่น ตำรวจจะมารับไปศาล ก็ต้องมีการคุยกันว่ารับไปเมื่อไหร่ กว่าจจะประสานกันเสร็จก็เกือบเที่ยงแล้ว ถ้ามารับคนไข้แล้ว แต่ไม่ทันไปขึ้นศาล ตำรวจก็จะเอาคนไข้มาคืนเรา ก็จะมีความล่าช้าพอสมควร กว่าจจะนัดวันได้ กว่าจจะเตรียมเอกสาร กว่าจจะพร้อมกันหมด ใช้เวลาเตรียมการจำหน่ายคนไข้แต่ละเคสประมาณ 2 อาทิตย์ได้ (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ถ้าเคลียร์เรื่องภาวะทางกายเสร็จแล้ว รพ. จิตเวชสามารถรับผู้ป่วยได้ แต่หนังสือที่ตำรวจนำส่งมาก็จะไม่ค่อยชัดเจนว่าจุดประสงค์ คือ ต้องการอะไร เช่น บังคับรักษา รักษาเฉยๆ หรือประเมินความสามารถในการสู้คดี คือ ไม่ชัดเจน เอกสารไม่ชัดเจนเลย ทางโรงพยาบาลก็ต้องถามย้อนกลับไปอีก ใช้เวลานานอีก. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4.2 ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรักษาค่อนข้างยาวนาน ในขั้นตอนการบำบัดรักษานักจิตวิทยาคลินิกจะต้องทำการบำบัดคนไข้จิตเวช ในขั้นตอนนี้จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาที่ยาวนานมาก เพราะต้องรอให้คนไข้พร้อมเข้ารับการบำบัด การพูดคุยกับคนไข้ต้องใช้เวลามากกว่า 1 ชั่วโมงขึ้นไปแล้วแต่กรณี โดยเฉพาะอย่างยิ่งคนไข้

เคสคดีจะใช้ระยะเวลามากกว่าคนไข้จิตเวชที่เป็นเคสทั่วไปประมาณ 2-3 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่นักจิตวิทยาคลินิกที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

การคุยกับนักจิตถ้าคนไข้ยังไม่สงบ ยังมีความคิดวุ่น มีความเศร้า การบำบัดจากการพูดคุยอาจจะไม่เป็นผล ต้องรอก่อน แต่ก็มีบางเคสที่เป็นคนไข้เคสคดี ต้องใช้ระยะเวลาที่เร่ง แต่คนไข้ไม่พร้อม มันเลยเหมือนคุยกับคนเมา

การคุยกับคนไข้ใช้เวลานานประมาณ 1 ชม. ได้ครับ ในกระบวนการจะใช้เวลาที่ค่อนข้างยาวนาน คนรอบข้างอาจจะไม่เข้าใจ ก็จะเร่งว่าทำไมใช้เวลานานมาก

นักจิตทำแบบทดสอบหาข้อเท็จจริงเคสคดี เคสที่ต้องตรวจเก็บพยานหลักฐาน (ในกรณีเคสที่ต้องประเมิน) ใช้ระยะเวลาถึง 6 ชม. หมายความว่าวันหนึ่งทำเคสได้ 1 คน เคสทั่วไป 3 ชม. กรณีบำบัดใช้เวลา 1 ชม. ก็จะเร็วหน่อย. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ระยะเวลาที่ยาวนานในการบำบัดรักษา มี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัย บางครั้งคุณหมอก็จะส่งมาให้ นักจิตช่วยประเมิน บางเคสก็คุยกับคนไข้จนเลย 6 ชม. ก็มี พอเป็นเคสคดีต้องมีการซักประวัติด้วย ต้องซักละเอียดขึ้น ก็ต้องใช้เวลาเยอะขึ้น เคสคดีใช้เวลามากกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า แต่ไม่ทำก็ได้ เพราะต้องช่วยคนไข้ให้ปกติที่สุด เพราะถึงส่งไปเรือนจำ ก็ไม่รู้จะอยู่ดี เพราะมีปัญหาทางจิต กับอีกขั้นตอน คือ จิตบำบัด นักจิตพูดคุยใช้เวลานานประมาณ 45-60 นาที ก็ค่อนข้างใช้เวลานานอยู่ดี บางทีแบบทดสอบเราก็ต้องใช้ความคิดเยอะ คนไข้ก็เครียด เริ่มหงุดหงิด. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4.3 การบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีข้อจำกัดอยู่ เรื่องระบบการส่งต่อ และการติดตามคนไข้จิตเวชมีปัญหา ในเรื่องระบบการนำส่ง ส่งต่อ และติดตามคนไข้จิตเวช ที่ต้องมีการบูรณาการหรือการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่หลากหลายนั้น พบว่า ยังคงมีปัญหาอยู่ตั้งแต่ขั้นตอนแรก คือ การนำส่งมายังโรงพยาบาล ในส่วนของขั้นตอนการส่งต่อเมื่อคนไข้ได้ผ่านการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลเรียบร้อยแล้ว ขั้นตอนที่จะต้องดำเนินการต่อ คือ ส่งออกคนไข้ จากการเก็บข้อมูล พบว่า โดยส่วนใหญ่จะพบปัญหาเกี่ยวกับเคสคนไข้ที่ไม่มีญาติ ทำให้โรงพยาบาลไม่สามารถส่งออกคนไข้ได้ จำเป็นต้องหาที่พักให้คนไข้ เพื่อให้ไปอยู่อาศัยหลังจากบำบัดเสร็จ แต่การหาที่อยู่เป็นไปด้วยข้อจำกัด เพราะบ้านพักต่าง ๆ โดยทั่วไปจะไม่มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลคนไข้จิตเวช จึงทำให้สถานต่าง ๆ ไม่กล้าที่จะรับคนไข้เหล่านี้ไปดูแลต่อ ทำให้คนไข้ต้องรอคิวส่งต่ออีกเป็นจำนวน

มาก นอกจากนี้ ขั้นตอนการติดตามหลังจากที่กลับไปอยู่ที่บ้านก็พบปัญหาในเรื่องการติดต่อประสานงานเช่นกัน ทำให้หลายเคสเกิดปัญหาสูญหาย ไม่สามารถติดตามได้ และไม่มาติดตามอาการตามนัดหมาย ส่งผลให้คนไข้มีอาการทางจิตที่กำเริบ นำไปสู่ความเสี่ยงในการก่อความรุนแรงในสังคมอีกต่อไป จากที่กล่าวไปแล้วเบื้องต้นนี้ พบว่า การทำงานของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในทุกกระบวนการจะเป็นลักษณะต่างฝ่ายต่างทำงาน ไม่มีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน ดังจะเห็นได้จากข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

การบูรณาการการทำงาน เท่าที่รู้มาตัวโรงพยาบาลแม่ข่ายหรือโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาต้องไปดูแล บางครั้งเคสเยอะ ก็ lost ทำให้ไม่สามารถติดตามได้ตามนัดหมาย นักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้รับผิดชอบในการหาสถานที่ให้อยู่หลังจากบำบัดเสร็จ ถ้าญาติไม่สามารถรับไปดูแลต่อได้ นักสังคมฯ ก็ต้องที่ให้อยู่ ที่นี้ก็มีปัญหาเรื่องของคิวที่ยาวมาก อีก

การทำงานและการประสานงานภายในเองก็มีปัญหาบ้าง ในแง่ของความไม่เข้าใจ เช่น บางเคสจิตแพทย์ก็จะถามย้อนกลับมาว่านักจิตวิทยาตรวจจริงไหมเนี่ย ทำไมคุยกับหมออีกอย่าง คุยกับนักจิตเป็นอีกแบบ. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

เรื่องต้องติดต่อประสานงานกับคนใหม่ ๆ พอตำรวจเปลี่ยนบ่อย ก็จะใช้ระยะเวลาที่ยืดยาว เพราะติดต่อผ่านหนังสือ ไม่ได้ยกโทรศัพท์หาได้โดยตรง จะมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร หรือการไม่เข้าใจระบบอยู่เรื่อย ๆ. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ในแง่ของการทำงาน การประสานงานกับหน่วยงานภายนอกก็ค่อนข้างลำบาก ฟันฟูและส่งออกข้างนอก เช่น พยาบาลที่โรงพยาบาลท้องถิ่น ก็ไม่มีพยาบาลจิตเวช ทำให้ก็ lost follow up

เรื่องการประสานงานกับตำรวจ ตำรวจมาแจ้งแค่บำบัดเสร็จกลับบ้านแล้ว บางทีเราก็หาที่พักที่ชัดเจนไม่ได้ ทำให้ไม่สามารถติดตามได้เลย พอ lost follow up ก็กลับไปกระทำผิดซ้ำ (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“บางที่ค่อนข้างยากในการประสานขอความช่วยเหลือ หรือขอความร่วมมือกับท้องถิ่น บางที่ผู้นำชุมชนเกี่ยวข้องกับยาเสพติดเอง หรือตำรวจเอง” (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 2, 22 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

กลุ่มที่ไม่มีที่อยู่ที่ชัดเจนแน่นอน ก็จะขาดการติดตามเลย พอคนไข้ออกไปแล้ว ก็หายไปเลย หาตัวไม่เจอ คนไข้หายออกไปจากระบบการรักษาเลย ก็อาจจะไปก่อเรื่องอีก คนไข้ถูกจำหน่ายไปเรือนจำหลายปี ทางเรือนจำก็แจ้งมาว่า คนไข้จะออกจากเรือนจำแล้ว ให้สาธารณสุขช่วยติดตามดูแลต่อ แต่ก็ติดตามไม่ค่อยได้ เพราะที่อยู่ไม่ตรงกับที่แจ้ง ข้อมูลผิด ไม่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง คนไข้ก็หลุดออกจากระบบรักษา เป็นปัญหาที่ไม่รู้จะแก้ไขอย่างไร คือ เรือนจำจะทำหนังสือแจ้งมาว่ามีคนไข้จิตเวชกลับบ้าน ให้ติดตาม คนไข้หลังจากออกจากเรือนจำ ความเสี่ยงที่จะเกิด คือ หลังจากออกไปจากเรือนจำแล้ว จะตามไม่ได้ พอติดตามไม่ได้ ติดต่อก็ไม่ได้ แจ้งเรือนจำก็ช่วยไม่ได้ เพราะออกจากเรือนจำไปแล้ว อาจจะติดตามจาก รพสต. ญาติ สุดท้ายหาเจอก็มี หาไม่เจอก็มี แต่ใน กทม. เป็นบ้านเช่า ไม่ใช่บ้านจริง ก็จะยาก ขาดหายไป ไม่มีการบันทึกต่อ ถ้าหาไม่เจอคนไข้ก็อาจจะก่อความรุนแรงต่อได้ คือ ปัญหาการบูรณาการกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเลย. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างข้างต้นนั้น จะเห็นว่าผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันในเรื่องของความยากลำบากในการติดตามคนไข้หลังจากที่เสร็จสิ้นกระบวนการรักษาที่โรงพยาบาล คนไข้หลายเคสติดต่อก็ไม่ได้หลังจากกลับไปอยู่อาศัยตามภูมิลำเนาของแต่ละคน ทำให้ไม่มาพบแพทย์ตามนัดหมาย (Lost Follow Up) สำหรับเรื่องการติดต่อประสานงานระหว่างโรงพยาบาลกับเจ้าหน้าที่ตำรวจก็ยังคงพบว่ามีปัญหาอยู่มากและเป็นปัญหาที่ยังไม่สามารถแก้ไขได้ ดังข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ไว้ ดังนี้

ในเรื่องการนำส่งคนไข้ การทำงานกับศาลค่อนข้างชัดเจนมากกว่าตำรวจ ตำรวจจะไม่ชัดเจน คือ วัตถุประสงค์ของการนำส่งคนไข้ไม่ชัดเจน โรงพยาบาลต้องถามย้อนกลับไปที่ตำรวจอีก เพราะว่าวัตถุประสงค์ของการนำส่งโรงพยาบาลมีผลต่อการดำเนินงานของโรงพยาบาล ถ้าของศาลจะค่อนข้างชัดเจนกว่า ถ้าขึ้นสอบสวนของตำรวจจะมีปัญหา เพราะต้องถามย้อนกลับไปที่ตำรวจอีก แล้วการติดต่อคุณตำรวจก็ยากมาก ไม่รับสายผมเลย ต้องโทรเข้าสถานีวารบวนให้ติดต่อกลับ คือ ติดต่อยากมาก แล้วเราต้องถามย้อนกลับต้องติดต่อคุณตำรวจ

ในการนำส่งคนไข้มาสถานพยาบาล คุณตำรวจคิดว่ามีหน้าที่นำมา รพ.จิตเวชเฉย ๆ ด้วยที่เราเป็นโรงพยาบาลจิตเวช เราไม่ได้รับเรื่องทางกาย พอคุณตำรวจมาส่งก็ต้องมีการคัดกรองทางกายก่อนมาอาจจะมึนเมา มีภาวะร่างกายบางอย่าง ทำให้ รพ.จิตเวชรับแอดมิทไม่ได้ ตำรวจจะคิดว่าเอามาส่งโรงพยาบาลแล้ว ทำไมต้องมาเสียเวลาที่โรงพยาบาล 2-3 ชั่วโมง คือ ถ้ามีมึนเมา เราจะทำให้คุณตำรวจพาไปตรวจร่างกายที่โรงพยาบาลก่อน ตำรวจก็จะคิดว่าอันนี้ คือ หน้าที่ตำรวจหรือ ทำไมโรงพยาบาลจิตเวชไม่ทำเลย ต้องพาไปโรงพยาบาลทางการแห่งอื่น ตรวจร่างกายมาก่อน ตำรวจก็จะงง ๆ ตรงนี้ก็จะเสียเวลาสักพักใหญ่เลย เป็นปัญหาที่คุยไม่จบ

ในการนำส่งคนไข้ ต้องดูเขตที่กระทำผิด แล้วส่งคนไข้ไปตามโรงพยาบาลที่ระบบได้กำหนดไว้ เช่น ใน กทม. มี 3 โรงพยาบาล ต้องดูว่าระบบบริการขึ้นกับโรงพยาบาลไหน แต่คุณตำรวจก็จะสะดวกไปโรงพยาบาลศรีธัญญา แต่ปรากฏว่าทางโรงพยาบาลศรีธัญญาไม่รับ เพราะตามระบบต้องส่งโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

ในขั้นตอนส่งคนไข้กลับ ระบบของโรงพยาบาลจะระบุว่าเคสคดี ต้องมีการติดตามต่อเนื่อง แต่เราก็มักจะติดตามคนไข้กลุ่มนี้ไม่ได้ คือ ติดตามลงพื้นที่ไปแล้วไม่เจอ โทรไม่ติด หรือให้ที่อยู่มาผิด

การติดตามเคสหลังเสร็จสิ้นกระบวนการบำบัด ทุกวันนี้เป็นลักษณะต่างคนต่างทำมากกว่า ลักษณะงานใครงานมัน ไม่ได้มาร่วมกันดูแลเคส. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“บูรณาการจริง ๆ ทำได้ยาก แต่ละคนก็จะหวงข้อมูล มกมีเงื่อนไข 1 2 3 4 คือ ในทางปฏิบัติให้บูรณาการกันทำได้ยากมาก เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ” (คุมประพฤติ, 8 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

การนำตัวคนไข้มาส่งที่ รพ.ทางจิต เช่น สมเด็จพระยา ศรีธัญญา หรือสถาบันกัลยา ถ้าคนไข้มีปัญหาทางการมาด้วยจะมีปัญหา การที่ผู้นำส่งมีองค์ความรู้ประเมินเบื้องต้นพบว่าคนไข้มีปัญหาทางกาย ก็จะนำไปส่ง รพ.ฝ่ายกายก่อน เพราะการมาที่ รพ.จิตเวชจะไม่รับดูแลคนไข้ทางกาย ตำรวจที่นำมาส่งก็ต้องพาคนไข้ไปรักษาที่โรงพยาบาลฝ่ายกายก่อน แล้วถึงกลับมารักษาโรคทางจิตที่ รพ.จิตเวช เป็นลักษณะย้อนไปย้อนมา เช่น นำไปส่งโรงพยาบาลเลิศจิน เพื่อรักษาทางกายก่อน คนนำส่งก็คอมเพลนมาว่า ในเมื่อมา

ส่งที่ รพ. ทางจิตแล้ว ทางโรงพยาบาลน่าจะส่งกันเอง. (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4.4 การไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ การดำเนินการกับคนไข้จิตเวชในปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานกลางที่จัดตั้งขึ้นมาเฉพาะเพื่อดูแลรับผิดชอบ ทำให้หลายครั้งไม่สามารถยับยั้งความรุนแรงหรือปัญหาอาชญากรรมที่เกิดจากคนไข้จิตเวชได้ทันทั่วทั้งที่ โดยที่ปัจจุบัน พบว่า คนไข้จิตเวชมีคดีมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่ยังไม่มีความชัดเจนเฉพาะที่มารับผิดชอบดูแลโดยตรง เห็นได้จากข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ไว้ ดังนี้

“ไม่มีหน่วยงานกลางในการประสานงาน แจ้ง พม. พม. ก็ไม่ช่วยอะไร ไม่มีประโยชน์ คือไม่มีคนช่วยที่แท้จริง แจ้งตำรวจ บางที่ตำรวจก็ไม่มา ไม่ทันยับยั้งเหตุ” (นักจิตวิทยา หมายเลข 3, 26 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“เจ้าภาพที่รับผิดชอบอย่างชัดเจน ผมว่ายังไม่ชัดเจนนะครับ ไม่เหมือนโรคทางกาย พวกโรคหัวใจ ที่เวลาเกิดเหตุ ชาวบ้านโทรไปติดต่อที่เบอร์ไหนก็เบอร์นั้น” (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ได้สัมภาษณ์เชิงลึก ให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคไว้ 4 ปัญหาหลัก ดังนี้

1. ปัญหาด้านกำลังคน

1.1 บุคลากรน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จากการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ตำรวจ พบว่า ในองค์กรตำรวจเองก็ประสบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการปฏิบัติหน้าที่ เนื่องด้วยจำนวนเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานที่น้อย ทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องทำงานภายใต้ข้อจำกัด ในบางภารกิจไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ เห็นได้จากข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ไว้ ดังนี้

เราพยายามทำทุกวิธี เพื่อจะช่วยเหลือครอบครัว หรือผู้ป่วยจิตเวช บางเคสก็ใช้มอเตอร์ไซด์มาเลย ไปส่งที่โรงพยาบาลจิตเวช แก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ก็นั่งมอเตอร์ไซด์ไปด้วยกันก็ถือว่าอันตรายในระดับหนึ่ง. (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 1, 3 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ถ้าเป็นคนป่วยจิตเวชประเภทที่เป็นคนเร่ร่อน พอจับเสร็จ ตำรวจก็นำไปส่งโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลก็จะไม่ค่อยรับ เพราะคนบ้าทุกวันนี้ก็เยอะ สถานที่รองรับก็ไม่เพียงพอ ตำรวจ 3 คนยังงัดเอาไม่อยู่ ต้องใช้กำลังเจ้าหน้าที่เยอะ เวลาที่เข้าระงับเหตุ จะใช้ความรุนแรงมากเกินไปก็ไม่ได้. (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

1.2 ภาระงานเยอะมาก สำหรับเจ้าหน้าที่ตำรวจเองที่มีภารกิจหลักในเรื่องการป้องกันและปราบปรามปัญหาอาชญากรรม ดูแลความปลอดภัยและรักษาความปลอดภัยให้สังคมปลอดภัยนอกจากนั้นตำรวจยังต้องเข้ามาจับกุม ควบคุมสถานการณ์ผู้ก่อเหตุที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช การจับกุมผู้ป่วยจิตเวชจะแตกต่างจากการจับกุมผู้กระทำความผิดทั่วไป เพราะเจ้าหน้าที่ตำรวจต้องพาผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดไปส่งโรงพยาบาลทางจิต เพื่อรักษาให้อาการสงบลง ในระหว่างที่อยู่ในขั้นตอนการบำบัดรักษา เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องสลับเวรกันไปเฝ้าที่โรงพยาบาล ถือว่าเป็นภาระงานที่เพิ่มจากภาระงานปกติของเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีเป็นจำนวนมากอยู่แล้ว เห็นได้จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ ดังนี้

ขั้นตอนหลังการจับกุมหรือควบคุมตัว ผู้ก่อเหตุที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการป่วย เขาจะกลายเป็นผู้ต้องหา ก่อนที่จะได้รับการยืนยันจากทางแพทย์ว่าป่วยจิตจริง ตอนที่เขาแอดมิทอยู่โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องจัดกำลังไปเฝ้าตลอด 24 ชม. จนกว่าจะออกจากโรงพยาบาล กำลังพลก็น้อย ภาระงานก็เยอะมาก แต่มันคาบเกี่ยวกันไม่ว่าครั้งหนึ่งเป็นผู้ต้องหา อีกครั้งเป็นผู้ป่วยจิต เพราะเขาต้องได้รับการรักษา ซึ่งระยะเวลาของการรักษาก็ขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลอีก เป็นงานที่เพิ่มจากภาระงานปกติ ถ้าต้องแอดมิท 3 เดือน ก็ต้องไปเฝ้า 3 เดือนเลยตลอด 24 ชม. ก็น่าเห็นใจผู้ปฏิบัติตั้งแต่การเผชิญเหตุ การนำส่งโรงพยาบาล หรือในกระบวนการรักษาที่โรงพยาบาล (เดือนนึงเจอเคสแบบนี้ไม่เกิน 10 คน แต่มีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ). (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 1, 3 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ภาระงานที่เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องรับผิดชอบมีเยอะมาก คือ ทำยังงี้ก็ได้ให้ออกไปก่อนจะควบคุมตัวเกิน 48 ชั่วโมงไม่ได้” (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

2. ปัญหาด้านเงิน

2.1 ข้อจำกัดเรื่องงบประมาณ ปัญหาเรื่องงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่เป็นอีกหนึ่งปัญหาสำคัญที่ทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องรีบดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชเหมือนกับผู้กระทำความผิดทั่วไปที่ไม่ได้มีปัญหาสุขภาพจิต โดยไม่ได้นำผู้ป่วยจิตเวชไปรักษาที่โรงพยาบาลทางจิตก่อน สอดคล้องกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ตำรวจท่านหนึ่งให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

ตำรวจทำงานบนความขาดแคลนต่าง ๆ ในการที่จะนำคนป่วยจิตเวชไปส่งโรงพยาบาล มันมีค่าใช้จ่ายด้วย เช่น แคว้งในเขตท้องที่ น้ำมันรถก็ต้องเติม 100-200 บาทแล้ว เพราะฉะนั้นการจะนำตัวผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อความรุนแรงหรือกระทำผิดไปส่งโรงพยาบาลจิตเวช ส่วนใหญ่ก็จะไม่ค่อยได้นำส่ง แต่เป็นการดำเนินคดีเลย. (เจ้าหน้าที่ตำรวจหมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

3. ปัญหาด้านวัสดุ

3.1 ขาดแคลนยานพาหนะ หรือขาดแคลนอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่ จากการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ปฏิบัติงานกับผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ประสพปัญหาการขาดแคลนยานพาหนะและอุปกรณ์เฉพาะที่ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่เช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่ทางด้านการแพทย์ที่ได้กล่าวไปแล้วในข้างต้น เห็นได้จากข้อมูล ดังต่อไปนี้

ยานพาหนะไม่เพียงพอ ในกรณีที่เร่งด่วนจริง ๆ เช่น จะมีดแล้ว โรงพยาบาลจะปิดแล้ว ก็เลยต้องนำส่งโดยมอเตอร์ไซด์เลย ในกรณีที่จำเป็นใช้วิธีเกลี้ยกล่อมให้ขึ้นรถไป แต่ก็ไม่ควรไกลเกิน 5-10 กิโลเมตร เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจด้วย

อาวุธที่ตำรวจใช้ก็มีอย่างจำกัด ตำรวจจะมีแค่อาวุธที่ใช้กับบุคคลทั่วไป แต่ผู้ป่วยจิตเวชมันคนละแบบ ถ้าทำเกินกว่าเหตุจะกลายเป็นว่าเขาคือผู้ป่วยนะ อาวุธหรืออุปกรณ์มีแค่นั้นจริง ๆ เช่น บางเคสใช้เลเซอร์หรืออุปกรณ์ช็อตไฟฟ้า ความสูญเสียก็จะไม่เกิดขึ้น แต่เจ้าหน้าที่ตำรวจก็มีอุปกรณ์ที่จำกัด เกรงว่าจะกลายเป็นเกินกว่าเหตุ. (เจ้าหน้าที่ตำรวจหมายเลข 1, 3 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4. ปัญหาการบริหารจัดการ

4.1 กฎหมายที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ในการดำเนินการกับผู้ต้องหาที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเป็นเรื่องที่มีความเฉพาะที่ต้องมีกฎหมายพิเศษกำกับ ทำให้ในบางครั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจปฏิบัติหน้าที่ที่เสี่ยงต่อชีวิต เพราะไม่ใช่เจ้าหน้าที่ตำรวจทุกคนจะรู้กฎหมายอย่างชัดเจน ในบางครั้งที่ประเมินสถานการณ์ผิดพลาด ไม่ได้ใส่เครื่องพันธนาการผู้ป่วยจิตเวชในขณะที่น่าส่งโรงพยาบาลทางจิต อาจเกิดอุบัติเหตุที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชได้ จากการเก็บข้อมูล พบว่า ส่วนใหญ่เจ้าหน้าที่ตำรวจจะดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดที่เป็นจิตเวชเลย เนื่องจากกฎหมายที่ไม่เอื้อต่อการทำงาน กล่าวคือ ถ้ามีเคสคนจิตเวชกระทำความผิดหรือก่อความรุนแรง ยังไงก็ต้องฝากขังและดำเนินคดีเหมือนเคสทั่วไป จะไม่ได้นำส่งคนป่วยจิตเวชไปพิสูจน์ความเป็นจิตเวชที่โรงพยาบาล เพราะมีกฎหมายเรื่องการควบคุมตัวได้แค่ 48 ชม. ทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องเร่งดำเนินคดี แล้วจากนั้นญาติค่อยไปสู้คดีในชั้นศาล เห็นได้จากข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ตำรวจให้ไว้ ดังนี้

เจ้าหน้าที่ตำรวจก็กลัวบุคคลเหล่านี้ เพราะมีกฎหมายพิเศษที่ใช้กับผู้ป่วยจิตเวช คือ บางครั้งเราไม่รู้ด้วยว่าอันไหนทำได้ อันไหนทำไม่ได้ แบบไหนต้องใช้เครื่องพันธนาการ เพราะเท่าที่ตำรวจรู้ คือ เวลาที่ผู้ป่วยจิตเวชกระทำความผิด กฎหมายเขียนว่าผู้ป่วยพวกนี้ไม่มีความผิดนะ แต่จริง ๆ แล้วมีความผิด แค่ไม่ต้องรับโทษ คือ ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ตำรวจทุกคนที่จะรู้กฎหมายแบบชัดเจน มันเหมือนเป็นสิ่งที่ถ่ายทอดกันมาว่าในการควบคุม เราจะควบคุมไม่นาน นำผู้ป่วยจิตเวชไปส่งโรงพยาบาลจิตเวชก็จบ. (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 1, 3 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ตำรวจทำงานบนความขาดแคลนต่าง ๆ ด้วยกฎหมายก็ไม่เอื้อต่อการทำงานของตำรวจ คือ ถ้ามีเคสคนจิตเวชกระทำความผิดหรือก่อความรุนแรง ยังไงก็ต้องฝากขังก่อน รีบยึดไปก่อน เพราะเราเป็นระบบกล่าวหา จะไม่ได้ส่งไปพิสูจน์ความเป็นจิตเวชที่โรงพยาบาล เพราะมันมีเรื่องการควบคุมตัวได้แค่ 48 ชม. และเรื่องค่าใช้จ่ายด้วย แล้วค่อยไปสู้คดีเอาในศาล ถ้าญาติมีประวัติรักษาจิตเวชก็เอามาสู้กันในศาล. (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4.2 ไม่มีหน่วยงานที่มารับผิดชอบดูแลโดยเฉพาะ กล่าวคือ เวลาที่คนจิตเวชก่อเหตุจริง ๆ ไม่มีหน่วยงานที่เป็นหน่วยงานหลักเข้ามารับผิดชอบโดยเฉพาะเลย ทำให้เกิดความยุ่งยากในการดำเนินการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ไม่เหมือนคดียาเสพติด หรือการค้ามนุษย์ ที่มีหน่วยงานดูแลโดยเฉพาะ ทำให้หลายครั้งที่ไม่สามารถยับยั้งความรุนแรงที่เกิดขึ้นจากคนไข้จิตเวชได้ เห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

“ผมมองว่าไม่มีเจ้าภาพนะ ผม. เองก็มีข้อจำกัด คือ เวลาเหตุมันเกิด มันเกิดได้ตลอด 24 ชม. แต่เหตุเกิดนอกเวลาราชการ ถ้าจะให้ ผม. ที่มีหน้าที่รับผิดชอบมาดูแลต่อ ก็ไม่มีคนมารับไปดูแล” (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4.3 ไม่มีการเชื่อมโยงด้านข้อมูล ไม่มีแพลตฟอร์มเดียวกันที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช
กล่าวคือ ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีก่อคดีอาชญากรรมหรือมีแนวโน้มสูงที่จะก่อความรุนแรง จะมีหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ต้องทำงานร่วมกัน แต่ทั้งนี้ พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ นั้น ยังคงทำงานในลักษณะต่างคนต่างทำงาน และวางแผนข้อมูลขององค์กรตนเอง ไม่มีการแชร์ข้อมูลในระบบฐานข้อมูลกลางระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยจะเห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังต่อไปนี้

การเชื่อมโยงข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชไม่มี ถ้ามีการเชื่อมโยงข้อมูลกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะดีมาก ปัญหาพวกนี้จะหมดไปเลย ตำรวจเองก็จะรู้ว่ามีบุคคลนี้เป็นคนวิกลจริตนะ หรืออาจจะเอาเทคโนโลยีมาช่วย เช่น AI จับหน้า แล้วรู้ข้อมูลเลยว่าเป็นคนป่วยจิตเวชนะ. (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4.4 ขั้นตอนที่ยุ่งยากในการนำตัวผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ปัญหาเรื่องขั้นตอนที่ยุ่งยากในการนำส่งคนไข้จิตเวชสอดคล้องกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์หลายท่านได้ให้ข้อมูลไว้ก่อนหน้านี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งขั้นตอนการนำคนไข้จิตเวชที่มีปัญหาด้านสุขภาพทางร่างกาย เนื่องจากว่าตำรวจจะนำคนไข้เหล่านี้ไปส่งโรงพยาบาลทางจิตเลย แต่เมื่อไปถึงโรงพยาบาลทางจิต ก็ไม่สามารถรับเข้าดูแลรักษาได้เนื่องจากคนไข้มีบาดแผล หรือมีปัญหาด้านสุขภาพกาย เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องนำผู้ป่วยจิตเวชกลับไปส่งที่โรงพยาบาลการทางกาย เพื่อรักษาโรคทางกายก่อน จากนั้นจึงจะสามารถนำมาส่งที่โรงพยาบาลทางจิตได้ ทำให้เกิดข้อปัญหาที่ยุ่งยากในการนำคนไข้จิตเวชไปส่งย้อนไปย้อนมา หรือการนำส่งคนไข้จิตเวชในยามวิกาลก็ไม่สามารถทำได้ เพราะทางโรงพยาบาลจะรับคนไข้เข้ารับรักษาแค่ในเวลากลางวันเท่านั้น เห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

ช่วงที่โควิดระบาด เมื่อผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุ ทางเจ้าหน้าที่ตำรวจพูดคุยกับญาติ ญาติมีความประสงค์จะส่งตัวรักษา แต่พอมาส่งที่โรงพยาบาลจิตเวช ทางโรงพยาบาลแจ้งว่าต้องนำไปตรวจโควิดก่อน คือ กว่าเราจะเกลี้ยกล่อมให้นั่งรถไปโรงพยาบาลจิตเวชกับเรา

ก็ยากมากแล้ว พอไปถึงโรงพยาบาลกลับแจ้งให้นำผู้ป่วยไปตรวจโควิดที่อื่นก่อนอีก เจ้าหน้าที่ตำรวจก็ต้องมานั่งกล่อมผู้ป่วยให้ขึ้นรถไปตรวจโควิดที่โรงพยาบาลทางกายทั่วไป ผมก็ตั้งข้อสังเกตว่าเอ๊ะทำไมตรวจที่โรงพยาบาลจิตเวชไม่ได้ เพิ่มขึ้นตอนให้ยุ่งยากไปอีกมาก ๆ เป็นการเพิ่มภาระงานให้แก่ตำรวจ เป็นการเพิ่มขั้นตอน หรือเวลาไปส่งที่โรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลก็จะถามหาญาติ ถ้าไม่มีญาติมาด้วย ทางโรงพยาบาลจิตเวชก็จะไม่รับ ซึ่งจริง ๆ แล้วตามกฎหมายเขียนไว้ว่า อาจจะมีผู้ดูแลหรือญาติมาด้วย (พรบ.สุขภาพจิต ม.24) นั่นหมายความว่ามีความรู้ญาติหรือไม่มีญาติมาด้วยก็ได้ แต่เจ้าหน้าที่ตำรวจก็ชี้แจงอธิบาย ก็ต้องตามญาติให้มาโรงพยาบาลอีก. (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 1, 3 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ตำรวจทำหนังสือส่งผู้ป่วยจิตเวชไปให้โรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลศรีธัญญา ถ้าผู้ป่วยจิตเวชไปโดยละม่อม ถ้าไม่ละม่อมก็ต้องใช้กำลังโดยไม่งาม พาขึ้นรถไป เมื่อไปถึงโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลก็จะถามหาญาติก่อน ให้หาญาติมาหน่อย บางครั้งต่อให้มีหนังสือส่งตัวไป แต่ไม่มีญาติ โรงพยาบาลก็ไม่ค่อยรับ ไม่มีหน่วยงานไหนรับ ทางโรงพยาบาลยิ่งไปช่วงเวลากลางคืน ก็จะไม่รับเลย ต้องไปกลางวันอย่างเดียว. (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่เกี่ยวกับสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่เป็นทนายพิพากษา ให้ข้อมูลไว้ 2 ปัญหาหลัก ดังนี้

1. ปัญหาด้านกำลังคน

1.1 ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม จากผลการศึกษาที่เก็บข้อมูลจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม พบว่า ปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดำเนินการกับคนไข้จิตเวชของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมยังคงเป็นปัญหาที่พบร่วมกันทั้งสามกลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ จะเห็นว่าบุคลากรที่มีองค์ความรู้เฉพาะด้านนิติจิตเวชที่ต้องทำงานหลักกับคนไข้จิตเวชที่มีคดี ยังคงมีผู้ที่มีความรู้ในจำนวนที่น้อย สำหรับเจ้าหน้าที่ตำรวจเอง จากการเก็บข้อมูล พบว่า เจ้าหน้าที่ตำรวจเองโดยส่วนใหญ่ก็จะดำเนินคดีกับผู้กระทำความผิดเลย โดยที่ไม่ได้ส่งไปพิสูจน์ก่อนว่าผู้กระทำความผิดมีความผิดปกติทางสุขภาพจิตหรือไม่ และบุคลากรศาลเองก็มีปัญหาเรื่อง

นี้เช่นเดียวกัน เนื่องจากว่าในกระบวนการศาลบางครั้งผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดก็จะถูกส่งไปดำเนินคดีแบบคนทั่วไปเลย เห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

“คือเราดูออกไหมว่าผู้กระทำความผิดสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ ถ้าดูไม่ออก ผู้กระทำความผิดก็จะถูกส่งไปดำเนินคดีแบบคนทั่วไปเลย ถ้าเป็นคนรวยก็ดีหน่อย เพราะมีประวัติการรักษาทางด้านสุขภาพจิต แต่ถ้าคนจนก็ยากหน่อย” (ผู้พิพากษาหมายเลข 1, 8 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ที่ผ่านมาศาลเองก็ไม่ทราบหรือกว่าผู้กระทำความผิดเป็นผู้ป่วยจิตเวชหรือไม่ จะมาทราบตอนที่เข้าสู่กระบวนการในชั้นศาล เพราะหากศาลซักถาม และหรือพุดคุยผู้กระทำความผิดแสดงอาการที่น่าสงสัย ศาลอาจจะให้ตำรวจส่งไปตรวจสุขภาพจิต” (ผู้พิพากษาหมายเลข 2, 10 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

2. ปัญหาด้านการบริหารจัดการ

2.1 เกณฑ์การพิจารณาเรื่องจิตบกพร่อง พันเพื่อนของศาลยังไม่ชัดเจน ปัญหาอีกหนึ่งปัญหาที่พบเจอในกระบวนการศาล คือ การตีความจากเกณฑ์การพิจารณาที่ยังไม่ชัดเจนในเรื่องจิตบกพร่อง พันเพื่อนเบื้องต้นศาลจะส่งตัวผู้กระทำผิดไปพิสูจน์ความสามารถในการสู้คดี โดยการพิจารณาของจิตแพทย์ จากนั้นศาลจึงจะดูพฤติกรรมของผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชว่าแตกต่างไปจากผู้กระทำความผิดปกติไหม โดยเห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

เกณฑ์เรื่องจิตบกพร่อง พันเพื่อน เบื้องต้นก็ต้องฟังจากแพทย์ ดูพฤติกรรมโดยทั่วไปว่าแตกต่างจากปกติมากไหม คือ ถ้ายังพอรู้ผิดชอบอยู่บ้าง ก็เป็นเหตุให้ลดโทษ คือความเห็นของแพทย์ ก็ไม่แน่ใจว่าแพทย์จะเช็คได้อย่างไรว่าในขณะที่บุคคลกระทำความผิด มีปัญหาด้านสุขภาพจิตไหม คือต้องไปดูในฟอร์มของหมอว่ามีระบุไหมตรงนี้. (ผู้พิพากษาหมายเลข 1, 8 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับคำกล่าวของผู้พิพากษาอีกท่านกล่าวว่า

การพิจารณาว่าบุคคลนี้เป็นจิตบกพร่อง พันเพื่อนหรือไม่ โดยปกติหากเจ้าหน้าที่ไม่ระบุมาในสำนวน และหรือผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยไม่แจ้งศาลจะไม่ทราบ แต่หากผู้ป่วยมาศาล

และศาลคุยแล้วมีเหตุต้องสงสัยศาลจะสั่งให้ส่งผู้ป่วยให้จิตแพทย์ตรวจสอบ กรณีเกณฑ์เรื่องจิตบกพร่อง พี่นเพื่อน ศาลต้องรอฟังคำตอบจากจิตแพทย์ และดูพฤติกรรมว่าแตกต่างจากพฤติกรรมปกติหรือไม่ หากมีพฤติกรรมที่รู้ผิดชอบอยู่บ้างก็เป็นเหตุให้ลดโทษ แต่กรณีขณะกระทำความผิดไม่ทราบว่าจิตแพทย์จะประเมินอย่างไร (ผู้พิพากษาหมายเลข 2, 10 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

2.2 ปัญหาเรื่องการประสานงานกับโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่รับผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยใน
เนื่องจากจำนวนเตียงไม่เพียงพอ สำหรับปัญหาเรื่องการประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ศาลเองก็มีปัญหาเช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่ตำรวจ เนื่องด้วยข้อจำกัดในเรื่องอัตราการครองเตียงที่มากเกินไปจนเกินความสามารถที่ทางโรงพยาบาลจะรับได้ ทำให้ทางโรงพยาบาลไม่สามารถรับเป็นผู้ป่วยในได้ ต้องเปลี่ยนมาเป็นรักษาติดตามอาการแบบผู้ป่วยนอก ในกรณีที่ต้องเป็นผู้ป่วยนอก จะต้องมีการเจ้าหน้าที่จากเรือนจำพาไปพบแพทย์ ปัญหานี้มีสาเหตุมาจากจำนวนบุคลากรหรือเจ้าหน้าที่เรือนจำมีจำนวนน้อย จึงกระทบกันเป็นลูกโซ่ เห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

บางที่ศาลส่งไปโรงพยาบาล คือ ให้นำส่งโรงพยาบาล ทางโรงพยาบาลก็ไม่รับเป็นผู้ป่วยใน เพราะเตียงไม่พอ ต้องไปตรวจแบบผู้ป่วยนอก แล้วให้เจ้าหน้าที่เรือนจำไปเฝ้า แต่เจ้าหน้าที่เรือนจำก็น้อยไม่เพียงพอ ก็เป็นปัญหาอีก. (ผู้พิพากษาหมายเลข 1, 8 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับคำกล่าวของผู้พิพากษาอีกท่านหนึ่งกล่าวว่า

ปกติที่ศาลสั่งให้ส่งผู้ป่วยไปโรงพยาบาลเนื่องจากพิจารณาแล้วว่าผู้ป่วยมีอาการไม่เหมือนคนปกติ แต่ก็จะได้รับคำตอบจากตำรวจ ว่าที่ผ่านมาทางโรงพยาบาลไม่รับเป็นผู้ป่วยใน เพราะเตียงไม่พอ ต้องไปตรวจแบบผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นปัญหาที่พบ (ผู้พิพากษาหมายเลข 2, 10 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

1.2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

จากปัญหาที่เกี่ยวกับการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้นนั้น ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่มได้ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการ

อภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพไว้ ดังนี้

1. **เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์** จากปัญหาที่พบในเรื่องจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ขาดแคลนไม่ว่าจะเป็นจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ฯลฯ ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพโดยการเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดี จะเห็นว่ามีควมจำเป็นในการจัดสรรบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ เห็นได้จากข้อคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ให้ไว้ ดังนี้

“ผมคิดว่าควรเพิ่มจำนวนคนทำงานและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องให้มากขึ้นครับ”
(นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ต้องเพิ่มพยาบาลด้านนิติจิตเวชให้เยอะขึ้นด้วยค่ะ” (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

แนวโน้มคนไข้จิตเภทจะเพิ่มขึ้นมาก ๆ ต้องพยายามผลิตจิตแพทย์เพิ่มขึ้น จำนวนพยาบาลจิตเวชก็น่ากังวลมากกว่าจำนวนจิตแพทย์ เพราะพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่ดูแลคนไข้จิตเวชโดยตรงมีจำนวนน้อยมาก ๆ ต้องเร่งผลิตพยาบาลจิตเวชให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เพื่อดูแลคนไข้จิตเวชโดยเฉพาะ. (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับข้อมูลที่นักสังคมสงเคราะห์ได้ให้ไว้เกี่ยวกับความจำเป็นในการเพิ่มจำนวนบุคลากรที่มีหน้าดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั้งในขั้นตอนที่อยู่ระหว่างการรักษา และหลังจากการบำบัดรักษาเสร็จสิ้น ดังนี้

“ต้องเพิ่มจำนวนบุคลากรที่เข้ามาทำงาน เพราะคนไข้จิตเวชก็เข้ามาเยอะ ความรุนแรงของโรคก็ซับซ้อน” (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

2. สร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนไข้จิตเวชให้คนในสังคม ชุมชน และญาติ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้นั้น ไม่เพียงแต่ความช่วยเหลือจากทางการแพทย์เท่านั้น คนในสังคม รวมไปถึงญาติมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมเช่นกัน แต่จากการเก็บข้อมูลหนึ่งในปัญหาสำคัญที่พบ คือ คนในสังคมและญาติยังมีองค์ความรู้ที่น้อยในเรื่องการดูแลและการทำความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวช ทำให้เมื่อผู้ป่วยบำบัดรักษาเสร็จสิ้นแล้ว กลับไปอยู่ในสังคม ขาดการดูแลเอาใจใส่จากคนใกล้ชิดอย่างเข้าใจ ผู้ป่วยเหล่านี้กลับมามีอาการจิตเวชที่รุนแรงอีกครั้ง การสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องให้แก่ประชาชนทั่วไปและคนในครอบครัวจะเป็นการช่วยยับยั้งไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้นได้อย่างทัน่วงที่เห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลายท่านให้ไว้ ดังนี้

“คนในชุมชนถ้ามีองค์ความรู้มากขึ้นเกี่ยวกับการเฝ้าระวังผู้ป่วยจิตเวช ก็จะช่วยเหลือถ้าแจ้งมาก่อนที่จะไปกระทำความผิด ก็อาจจะช่วยยับยั้งไว้ได้บ้าง” (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ส่งเสริมป้องกัน ถ้าทุกคนมีความรู้ว่าจะต้องทำอะไรกับคนไข้เหล่านี้ ก็จะช่วยลดความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้ ถ้าสังคมมีความรู้ก็จะแจ้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ เจ้าหน้าที่ก็จะเข้ามาดูแลได้รวดเร็ว ก็จะลดความเสี่ยงที่เขาจะไปทำร้ายคนอื่น หรือก่อความรุนแรงได้ด้วย. (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“บุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ด้านนิติจิตเวชควรรวมกลุ่มกันถ่ายทอดองค์ความรู้ให้ผู้อื่น” (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 2, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ให้ความสำคัญกับผู้ดูแลคนไข้กลุ่มนี้มากขึ้น ญาติยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับคนไข้จิตเวชน้อย ถ้ากลุ่มนี้ได้รับการ Support ด้วย กลุ่มนี้จะเป็น Key man สำคัญในการดูแลคนไข้จิตเวช. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ต้องสร้างความรู้ความเข้าใจสื่อต่าง ๆ ให้มากขึ้น ผ่านการ PR ต่าง ๆ ให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ตั้งแต่เริ่มต้นเลย ส่งต่อให้ข้อมูล เพื่อให้มีการดูแลที่ถูกต้อง” (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 2, 22 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ต้องทำยังไงก็ได้ให้คนในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และดูแลคนพวกนี้ที่ป่วยจิตเวชได้” (คุมประพฤติ, 8 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ควรมีการปลูกฝังทัศนคติที่ดีให้กับประชาชนทั่วไปและญาติของผู้ป่วย เพราะการไม่มีองค์ความรู้ก็จะทำให้คนรอบข้างเกิดความกลัวคนไข้เหล่านี้ ทำให้ไม่ได้เข้าไปช่วยเหลือมันยิ่งทำให้โรคยิ่งแย่ ก็นำไปสู่การก่อความรุนแรง ต้องช่วยกันตรงนี้ ให้โอกาสเขาได้มีงานทำ มีเงินไปหาหมอได้ ก็จะเป็นการช่วยที่ดีมากเลย

นอกจากนี้ต้องรณรงค์เรื่องการต่อต้านการใช้ยาเสพติด เช่น สุรา ถ้าเป็นคนไข้จิตเวชจะไม่แนะนำเลย ก็ยุงกัดก็อาจจะถูกกฎหมาย แต่ก็ไม่แนะนำให้คนไข้จิตเวชใช้ ถ้าทุกคนช่วยกันดูแลมันก็จะลดปัญหา ลดความรุนแรงไปได้บ้าง. (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

3. ส่งเสริมการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่ต้องดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง
จากปัญหาเรื่องบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านนิติจิตเวช พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา หรือแม้กระทั่งจิตแพทย์ที่ขาดแคลนนั่น ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีปริมาณที่เยอะมาก จึงมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มจำนวนบุคลากรเหล่านี้เพิ่มขึ้น โดยการส่งเสริมให้ความรู้เฉพาะด้านแก่บุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง โดยการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงเปิดโอกาสให้บุคลากรได้เข้าอบรม เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ เพื่อนำความรู้เฉพาะด้านมาใช้ในการดูแลและการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เห็นได้จากข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังต่อไปนี้

“ควรเพิ่มเรื่องการอบรมพยาบาลนิติจิตเวช จะได้มีบุคลากรมาช่วยทำงานเพิ่ม เพราะกรมจัดการอบรม ให้ปีละ 1 ครั้ง โดยให้โควตาโรงพยาบาลละ 1 คนเอง คนทำงานไม่เพียงพอ” (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

อยากให้กรมสุขภาพจิตพัฒนาบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาให้มากขึ้น เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมฯ นักจิตฯ เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ นักสังคมผลิตมาเป็นร้อย แต่ทางด้านจิตเวชมีแค่ 20 คน แต่หลัง ๆ ก็มีการให้อบรมมากขึ้น เพื่อเพิ่มบุคลากรจิตเวชมากขึ้น คนที่มีความรู้ทางด้านจิตเวช. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 2, 22 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ต้องพัฒนาองค์ความรู้เพิ่มเติม เพิ่มพูนองค์ความรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องที่มีใช้บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ในการนำส่งคนไข้จิตเวช องค์ความรู้เรื่องความเจ็บป่วยทางกาย การประเมินสุขภาพจิตเบื้องต้น เรื่องความปลอดภัยในการนำส่ง เพราะเรื่องการดูแลคนไข้จิตเวชเป็นเรื่องใหม่ที่หลายคนยังไม่คุ้นเคย บางครั้งประเมินสถานการณ์ไม่ดี ไม่มีความเข้าใจในตัวโรคจิตเภท ก็ทำให้มีความเสี่ยงต่อชีวิตของผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ เจ้าหน้าที่ศูนย์หรือมูลนิธิ. (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

4. บูรณาการการทำงานหรือสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน จากการเก็บข้อมูล พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานยังขาดการบูรณาการกันอย่างชัดเจน เช่น โรงพยาบาลจิตเวชกับฝ่ายปกครอง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ในการดำเนินการกับผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อกลับไปพักที่บ้าน คนในพื้นที่หรือฝ่ายปกครองยังไม่ได้ร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ ทำให้เกิดการสูญหายหรือไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ได้หลายเคส จึงควรมีการร่วมมือกันทำงานในส่วนของการติดตามประเมินผลหลังจากที่บำบัดรักษาเสร็จสิ้น นอกจากนี้ ยังมีการเสนอให้หน่วยงานเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยหางาน ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชที่บำบัดรักษาเสร็จแล้วสามารถประกอบอาชีพ และหาเลี้ยงตนเองได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังมีการเสนอให้มีการแบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลเดียวกัน เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เห็นได้จากข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญหลาย ๆ ท่านให้ไว้ ดังนี้

เรามี Job Coach อยู่เพียงแค่ 4-5 หน่วยงาน เช่น มูลนิธิกระจกเงา, J&T, ธนาครออสสิน, โรงพยาบาลสมเด็จพระยาจำเอง, CP, ร้านกาแฟมวณชนก็รับไปทำงาน คืออย่างน้อยให้คนกลุ่มนี้มางานทำ กลับไปอยู่กับครอบครัวได้ อยากให้หน่วยงานเอกชนและรัฐบาลมาช่วยในเรื่องการหาที่อยู่อาศัย การหางานให้ทำ บางสถานสงเคราะห์ก็มีข้อจำกัดในเรื่องการรับเคส อยากจะให้สถานสงเคราะห์ช่วยลดเงื่อนไขลงบ้าง เพื่อที่ว่าจะได้จำหน่ายคนไข้ออกไป และลดภาระงานที่ล้นของนักสังคมฯ. (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

การป้องกันการก่อความรุนแรงซ้ำและการก่อคดีซ้ำ ต้องมีการติดตามโดยไร้รอยต่อของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมคนในพื้นที่ด้วย จะได้เป็นภาพการทำงานร่วมมือกันทำเป็นเครือข่าย เพราะทุกวันนี้เป็นลักษณะของต่างคนต่างทำมากกว่า ถ้าเกิดว่าพื้นที่ปลายทาง

มีการรับรู้รับทราบมันจะได้ช่วยกัน. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“เรื่องการหาที่อยู่ให้หลังเสร็จสิ้นการรักษา อยากให้หน่วยงานเอกชนเข้ามาช่วยเหลือเพิ่มด้วยจะดีมาก ที่มีการส่งเสริมด้านอาชีพ พอเขามีอาชีพ ก็จะได้อยู่ด้วยตัวเองได้” (นักสังคมสงเคราะห์ หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ในพื้นที่ต้องมีการบูรณาการ Data ร่วมกัน ตอนนี้ยัง Data ใคร Data คนนั้น ยังไม่มีการบูรณาการ งานนี้เป็นของฉันทันคนเดียว ถ้าจะช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้จริง ๆ ต้องบูรณาการ Data กัน คือให้ข้อมูลให้แก่พื้นที่ได้รับรู้ ไม่ว่าจะเป็นขั้นตอนการบำบัดฟื้นฟู หรือติดตาม (After care) ก็ควรจะมีการบูรณาการการทำงานร่วมกัน. (คุมประพฤติ, 8 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

สอดคล้องกับข้อมูลที่จิตแพทย์ให้ไว้ ดังต่อไปนี้

ควรมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น พอมีปัญหาเกี่ยวกับคนจิตเวชก่อความรุนแรงหรือกระทำความผิด ตรงนี้ก็จะมีการตรวจ มีฝ่ายปกครองเข้ามาเสริม ก็อาจจะมีการใช้วิธีการควบคุมได้อย่างเหมาะสมตามยุทธวิธีการควบคุม แต่เรื่องของความเจ็บป่วย ตำรวจหรือฝ่ายปกครองจะไม่สามารถทำได้ดี เช่น แขนหัก เจ็บท้องมา ก็ควรเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างตำรวจที่มีความสามารถในการควบคุมผู้กระทำความผิดกับมูลนิธิ หรือศูนย์เฝ้าระวังที่มีองค์ความรู้ด้านการปฐมพยาบาลเบื้องต้น พัฒนาองค์ความรู้ต่าง ๆ ร่วมกัน เสริมเรื่องของตำรวจและฝ่ายปกครองมาทำงานร่วมกัน. (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

5. จัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบโดยเฉพาะ ในปัจจุบัน พบว่า ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช ยังไม่มีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อรับผิดชอบดูแลโดยเฉพาะ ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการบำบัดรักษาหรือการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดขั้นตอนในการทำงาน และเพื่อให้การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ควรมีหน่วยงานที่มารับผิดชอบโดยเฉพาะ โดยเห็นได้จากข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ดังต่อไปนี้

จะเป็นการดีมาก ถ้ามีหน่วยงานที่รับผิดชอบที่ชัดเจน คือ ตอนนี้ตาม พรบ.สุขภาพจิต เรื่องแนวทางที่แพทย์ปฏิบัติหน้าที่ฉุกเฉิน ตาม พรบ.ก็เขียนเลยว่าให้เจ้าหน้าที่ตำรวจ ร่วมด้วยทุกครั้ง มันน่าจะมีชุดพิเศษที่ดำเนินการดูแลบุคคลจิตเวชโดยตรงเลย คือให้มี หน่วยงานเฉพาะมาดูแลควบคุมเลย. (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 1, 3 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“อยากให้มีแบบ 1669 เลยในเคสพวกนี้ เพื่อลดขั้นตอนในการทำงาน ทั้งญาติและคนไข้ ควรจะได้รับการคุ้มครอง” (นักจิตวิทยาหมายเลข 3, 26 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ตำรวจพร้อมเข้าไปนะ เวลาเข้าไประงับเหตุ เรื่องลำดับการใช้ความรุนแรง ลำดับการใช้ กำลังตำรวจทำได้ แต่อยากให้มีหน่วยงานเฉพาะมารับหน่วย การรับก็ขอให้รับภายใน 24 ชม. ไม่ใช่ให้รอตอนเช้า ในเวลาราชการเท่านั้น เวลาตำรวจทำหนังสือส่งตัวคนป่วย จิตเวชไป ก็อยากให้โรงพยาบาลรับหน่วย. (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ควรมีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพที่รับผิดชอบเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างชัดเจน เพราะทุกวันนี้ความชัดเจนยังไม่มี” (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

6. ลดขั้นตอนหรือกระบวนการในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช จะเห็นว่าในปัจจุบันการดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีขั้นตอนที่หลากหลายมาก มีการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน และมีระยะเวลาในการดำเนินงานที่ยาวนาน มากกว่าการดำเนินงานกับคนไข้ทั่วไป ทำให้คนไข้จิตเวชหลายคนมีระยะเวลาของการรอคอยเพื่อเข้าบำบัดรักษาที่ยาวนาน ทั้งนี้ จากการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่า ควรมีการลดขั้นตอนหรือกระบวนการในการ ดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน โดยมีข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล สำคัญให้ไว้ ดังต่อไปนี้

ในการนำส่งคนไข้จิตเวชควรนำเข้ระบบเดียวกัน ต้องพัฒนาองค์ความรู้เพิ่มเติมให้แก่ ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องที่มีใช้บุคลากรทางการแพทย์ ไม่ว่าจะเป็นความรู้ในการนำส่ง คนไข้จิตเวช องค์ความรู้เรื่องความเจ็บป่วยทางกาย เพื่อลดปัญหาการทำงานย้อนไปย้อน

มา เมื่อผู้นำส่งมีองค์ความรู้เห็นว่าคนไข้มีอาการเจ็บป่วยทางกายด้วย ก็ไปส่งโรงพยาบาลทางกาย เพื่อทำการรักษาก่อน เมื่อรักษาทางกายเสร็จ ก็ค่อยนำมาส่งที่โรงพยาบาลจิตเวช ก็จะช่วยลดการทำงานย้อนไปย้อนมา ลดระยะเวลาในการทำงานด้วย. (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“เวลาตำรวจทำหนังสือส่งตัวคนป่วยจิตเวชไป ก็อยากให้โรงพยาบาลรับหน่อย การรับก็ขอให้รับภายใน 24 ชม. ไม่ใช่ให้รอตอนเช้า” (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

7. จัดสรรเตียงจิตเวชให้เพียงพอต่อความต้องการ จากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มีปัญหาเรื่องจำนวนเตียงที่ขาดแคลนไม่เพียงพอต่อคนไข้จิตเวชในการเข้าบำบัดรักษาในการเป็นผู้ป่วยใน ทำให้ต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการนัดหมายให้มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกแทน แต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยบางรายจำเป็นที่จะต้องเข้าบำบัดรักษาอาการของโรคแบบผู้ป่วยใน ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ควรที่จะมีการจัดสรรหรือเพิ่มเติมเตียงให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญให้ไว้ ดังนี้

“จำเป็นต้องเพิ่มเติมเตียงคนไข้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้แอดมิทเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน” (นักจิตวิทยาคลินิก หมายเลข 1, 9 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ควรเพิ่มจำนวนเตียงให้มีจำนวนที่เพิ่มมากยิ่งขึ้น เพราะคนไข้จิตเวชก็มีจำนวนที่เยอะขึ้นทุกวัน” (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

มองว่าควรเพิ่มเติมเตียงคนไข้ในให้มากเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช ทุกวันนี้มีปัญหามาก ทางโรงพยาบาลก็พยายามเพิ่มเติมเตียงเสริม แต่ก็ยังไม่เพียงพอ ควรจะเพิ่มให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ทุกคนได้เข้ารับการบำบัดรักษา. (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 2, 12 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ต่อไปแนวโน้มคนไข้จิตเวชจะเยอะขึ้นมาก ๆ ดังนั้น ควรสำรวจและประเมินความเพียงพอว่าเราต้องการมีเตียงจิตเวชสำหรับเคสเหล่านี้กี่เท่าไหร่” (จิตแพทย์ หมายเลข 1, 29 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

8. จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ในการดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชในกระบวนการยุติธรรมยังคงพบปัญหาการขาดแคลนงบประมาณที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน เช่น งบประมาณที่จำกัดส่งผลให้การส่งบุคลากรไปอบรมพัฒนาความรู้เฉพาะด้านเป็นไปอย่างจำกัดเช่นกัน ส่งผลให้จำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ฯลฯ ดังนั้น เพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเพิ่มงบประมาณให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยเห็นได้จากข้อคิดเห็นที่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ไว้ ดังนี้

“ควรจะต้องเพิ่มงบประมาณ เพื่อที่จะได้ผลิตบุคลากรที่มีองค์ความรู้เฉพาะด้านมาทำงานให้มากยิ่งขึ้นครับ เพราะงบประมาณที่มีอยู่ปัจจุบันไม่เพียงพอ ส่งผลให้บุคลากรไปเข้าอบรมได้ปีละ 1-2 คน” (พยาบาลจิตเวช หมายเลข 1, 11 กันยายน 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ค่าน้ำมันเราก็ต้องจ่ายเอง เพราะหน่วยงานไม่มีงบ บางทีเราก็ไม่สามารถนำคนป่วยจิตเวชไปส่งโรงพยาบาลได้ เพราะเราก็ต้องใช้รถในการทำภารกิจหลักอื่น ๆ” (เจ้าหน้าที่ตำรวจ หมายเลข 2, 21 ตุลาคม 2567, สัมภาษณ์เชิงลึก)



ส่วนที่ 2 การอภิปรายผลการศึกษา

2.1 สภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง

จากการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรงจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ และศาล พบว่า ทั้ง 3 กลุ่มมีปัญหาที่คล้ายคลึงกันในเรื่องของการบริหารจัดการ มีดังต่อไปนี้

2.1.1 ปัญหาด้านกำลังคน จากการศึกษา พบว่า ในประเด็นปัญหาด้านกำลังคนสามารถแบ่งย่อยได้ 5 ปัญหา ได้แก่ ปัญหาเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรไม่เพียงพอ ปัญหาภาระงานที่มากเกินไป ปัญหาความรู้ความเชี่ยวชาญของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องยังมีอยู่จำกัด ปัญหาเรื่องข้อจำกัดของการไปอบรมหาความรู้เฉพาะด้านเพิ่มเติม และปัญหาเรื่องความรู้ความเข้าใจต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชของคนในครอบครัวหรือสังคมที่มีอยู่น้อย

กล่าวคือ ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลนิติจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และเจ้าหน้าที่ตำรวจต่างให้ข้อมูลที่สอดคล้องกันว่าสำหรับการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชกำลังประสบปัญหาเรื่องกำลังพลไม่เพียงพอต่อการทำงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เมื่อต้องทำงานกับคนไข้จิตเวชที่มีคดีจำเป็นต้องอาศัยบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะอย่างเช่นนักจิตวิทยา พยาบาลนิติจิตเวช ฯลฯ ด้วยกำลังพลที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมีอย่างจำกัด ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชมีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้ภาระงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องมีเพิ่มมากยิ่งขึ้นด้วยเช่นกัน ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีนั้นนอกจากจิตแพทย์ นักจิตวิทยาที่หน้าที่บำบัดรักษาผู้ป่วยโดยตรงแล้ว พยาบาลนิติจิตเวชก็มีความสำคัญในการดำเนินการด้วยเช่นกัน ในโรงพยาบาลที่ผู้วิจัยได้เข้าไปเก็บข้อมูล พบว่า มีพยาบาลนิติจิตเวชหรือพยาบาลที่มีองค์ความรู้ด้านกฎหมายเพียงแค่ 2 ท่านเท่านั้น นั่นหมายความว่าพยาบาลนิติจิตเวชต้องดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีทั้งหมดทั้งโรงพยาบาล หากต้องการจะเพิ่มจำนวนพยาบาลนิติจิตเวช จำเป็นต้องส่งบุคลากรไปอบรม แต่ด้วยข้อจำกัดทางด้านงบประมาณค่าใช้จ่ายในการส่งบุคลากรออกไปอบรมและเรื่องภาระงานที่มีมากเป็นเหตุให้ทั้งนักจิตวิทยาเอง หรือพยาบาลไม่สามารถไปอบรมศึกษาหาความรู้เฉพาะด้านเพิ่มเติมได้ จะเห็นว่าปัญหาทั้งเรื่องกำลังพลที่ไม่เพียงพอ บุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมีจำนวนน้อย การจะส่งบุคลากรไปอบรมศึกษาหาความรู้เฉพาะด้านมีข้อจำกัด ส่งผลให้บุคลากรทั้งทางการแพทย์และเจ้าหน้าที่ตำรวจมีภาระงานที่มากเกินไป

จากที่กล่าวไปแล้วนั้นปัญหาทุกปัญหาที่พบล้วนเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกันทำให้การดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปอย่างยากลำบาก สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการบริหารงานที่จำเป็นต้องนึกถึงองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน หรือ (4M's) ที่กล่าวว่ากำลังคนเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินงานหรือการพัฒนางาน หมายความว่าในการบริหารจัดการที่ดีนั้นบุคลากรในองค์กรต้องมีความรู้ความสามารถ รวมทั้งต้องมีการจัดสรร

บุคลากรให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน แต่อย่างไรก็ตามจากปัญหาที่กล่าวไปข้างต้นนั้น ด้วยปัจจัยด้านบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถเฉพาะด้านที่ไม่เพียงพอ ส่งผลให้การจัดสรรบุคลากรไม่สอดคล้องกับภาระงาน เป็นเหตุให้การบริหารจัดการเป็นไปด้วยความยากลำบาก และยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกฤตภาส ไทยวงษ์ (2564) เรื่องการพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีการกล่าวถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวชว่ามีปัญหาเชิงระบบและโครงสร้างเพราะขาดกำลังคนและรอยต่อของระบบการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลกับเรือนจำ เห็นได้ชัดว่าในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องใช้ความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางนั้นยังคงมีปัญหาเรื่องบุคลากรที่เกี่ยวข้องไม่เพียงพอ ถือว่าเป็นปัญหาที่ภาครัฐควรเร่งแก้ไขปัญหาดังกล่าว เพื่อสอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

นอกจากปัญหาเรื่องจำนวนบุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชจะมีไม่เพียงพอ ส่งผลให้บุคลากรเหล่านี้ได้รับการจัดสรรภาระงานที่มากเกินไป จนไม่มีเวลาไปเข้าร่วมอบรมหรือศึกษาหาความรู้เพิ่มเติม ยังมีปัญหาเรื่ององค์ความรู้ของคนในครอบครัวหรือสังคมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชที่ยังมีอยู่น้อย ยังคงเป็นปัญหาทำให้ผู้ป่วยจิตเวชถูกตีตราและไม่ได้รับโอกาสในสังคมเหมือนเช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป ถือว่าเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดการเครียด อาการของโรคกำเริบ และบางรายไปกระทำความผิดหรือก่อความรุนแรง สอดคล้องกับงานวิจัยของ ไพจิตร ถาวร และณรงค์ กุลนิเทศ (2560) เรื่องการดำเนินคดีอาญา และการอยู่ร่วมกันในสังคมกับผู้ป่วยทางจิต ที่ได้กล่าวไว้ว่า ประชาชนมองว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่ควรอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม เนื่องจากความไม่มั่นใจว่าผู้ป่วยทางจิตจะกระทำความผิดโดยไม่รู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับโทษตามกฎหมายหรือได้รับการบำบัดแล้ว แต่ก็ไม่ได้ทำให้ประชาชนวางใจได้ว่าตนเองและครอบครัวจะปลอดภัย ทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของกฤตภาส ไทยวงษ์ (2564) เรื่องการพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีการกล่าวว่าในการดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชยังคงมีปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพจิตของประชาชนแสดงให้เห็นว่าในปัจจุบัน ทั้งบุคคลในครอบครัวเอง และคนในสังคมยังคงขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิตและคนไข้จิตเวช

2.1.2 ปัญหาด้านการเงิน จากการศึกษา พบว่า ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชทั้งบุคลากรทางการแพทย์ หรือสถานพยาบาลและเจ้าหน้าที่ตำรวจเองนั้น ต่างประสบปัญหาเรื่องงบประมาณขาดแคลนเช่นเดียวกัน เป็นเหตุให้การปฏิบัติงานไม่บรรลุตามเป้าหมายหรือตามหลักเกณฑ์ที่ควรจะเป็น

สืบเนื่องจากการดำเนินงานหรือการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ป่วยจิตเวชต้องใช้บุคลากรที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะ ในเรื่องของกำลังคนที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านก็ยังขาดแคลนอยู่ เมื่อเทียบกับสัดส่วนของคนไข้ที่มีเป็นจำนวนมากดังที่ได้กล่าวไปแล้วข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามหน่วยงานประสบปัญหาทางด้านงบประมาณ ทำให้ไม่มีงบประมาณมากพอที่จะใช้ในการสนับสนุนเรื่องการพัฒนาบุคลากร

โดยในแต่ละปีหน่วยงานสามารถส่งบุคลากรเข้าอบรมได้ในจำนวนที่จำกัด อีกทั้งงบประมาณบางส่วนต้องถูกแบ่งไปใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะมีค่าใช้จ่ายสูงและต้องใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาที่ยาวนานมากกว่า 1 เดือน นั้นหมายความว่า ระยะเวลาที่รักษาเกินจำนวนที่เบิกได้ตามสิทธิการรักษา (สิทธิบัตรทอง 30 บาท ประกันสังคม ฯลฯ) อีกทั้งผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ได้มีเงินมากเพียงพอที่จะใช้ในการบำบัดรักษาตนเอง เป็นเหตุให้โรงพยาบาลต้องรับผิดชอบในเรื่องค่าใช้จ่ายในส่วนนี้ด้วยเช่นกัน

2.1.3 ปัญหาด้านวัสดุ จากการศึกษา ประเด็นปัญหาเรื่องวัสดุไม่เพียงพอต่อการใช้งาน โดยวัสดุอุปกรณ์จัดว่าเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการปฏิบัติงานนั้น พบว่า ทั้งบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลจิตเวชและเจ้าหน้าที่ตำรวจที่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชต่างประสบปัญหาการขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช เช่น โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีจำนวนน้อย อัตราการครองเตียงขาดแคลนไม่สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลไม่เพียงพอ รถยนต์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจก็ไม่เพียงพอเช่นเดียวกัน ทั้งนี้ หากนำหลักการบริหารงาน 4M's พบว่า วัสดุอุปกรณ์มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานในองค์กร เพื่อให้เกิดความคล่องตัว รวดเร็ว ประหยัดเวลา ในการปฏิบัติงาน ดังนั้น องค์กรควรจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานให้แก่ผู้ปฏิบัติ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับปัญหาเรื่องการขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์นั้น พบว่าเป็นปัญหาที่สืบเนื่องมาจากปัญหางบประมาณที่ขาดแคลน เมื่อไม่มีงบประมาณที่จะนำมาบริหารจัดการในส่วนนี้ จึงทำให้องค์กรไม่สามารถจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานได้อย่างเพียงพอ จะเห็นว่าโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีจำนวนที่น้อยมาก และในโรงพยาบาลจิตเวชที่มีอยู่จำนวนน้อยนั้น ยังประสบปัญหาจำนวนเตียงไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหลายคนขาดโอกาสในการบำบัดรักษา มีระยะเวลาที่รอคอยรักษาที่ยาวนาน บางรายต้องบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่ต้องมาตามที่แพทย์นัดหมาย ไม่สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในได้

2.1.4 ปัญหาด้านการบริหารจัดการ สำหรับปัญหาเรื่องการบริหารจัดการ จากการเก็บข้อมูลทั้งจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ศาล และจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ พบว่า มีปัญหาเรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรักษาที่ยาวนาน มีขั้นตอนที่ยุกงายหลายขั้นตอน ขาดหน่วยงานกลางที่มารับผิดชอบดูแล ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และขาดระบบฐานข้อมูลที่เชื่อมโยงกันหรือใช้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากปัญหาที่กล่าวไปนั้น เป็นเหตุผลให้การดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงที่จะกระทำผิดเป็นไปด้วยความยากลำบาก แต่อย่างไรก็ตามการที่จะบริหารจัดการกิจการใดให้มีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการบริหารจัดการที่ดี สอดคล้องกับหลักการบริหาร

4M's ที่ต้องมีการกำหนดกระบวนการและแนวทางการใช้ทรัพยากร หรือมีการดำเนินการโดยใช้กำลังคน เงิน วัสดุ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

2.2.1 เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับการพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาการขาดแคลนกำลังพลในการปฏิบัติงานด้านการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช ควรจะเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องปฏิบัติงานในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีจะเห็นว่ามีคามจำเป็นในการจัดสรรบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เพื่อมาดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตภาส ไทวงษ์ (2564) เรื่องการพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้นำเสนอข้อเสนอแนะเพื่อลดปัญหาและอุปสรรคของการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยนิติจิตเวชกลับมากระทำผิดซ้ำ ดังนี้ ควรจะต้องพัฒนากำลังคนเพื่อช่วยลดภาระงานบางส่วน และควรที่จะพัฒนาสถานพยาบาลที่มีความเฉพาะด้านเพื่อให้เอื้ออำนวยต่อการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช

2.2.2 สร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนไข้จิตเวชให้คนในสังคม ชุมชน และญาติ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้นั้น ไม่เพียงแต่ความช่วยเหลือจากทางการแพทย์เท่านั้น คนในสังคม รวมไปถึงญาติมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมเช่นกัน หากมีการสร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชหรือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้แก่ประชาชนทั่วไปในสังคมและครอบครัว จะเป็นการช่วยยับยั้งไม่ให้เกิดความรุนแรงขึ้นได้อย่างทันท่วงที สอดคล้องกับงานวิจัยของ กฤตภาส ไทวงษ์ (2564) เรื่องการพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้นำเสนอข้อเสนอแนะ ดังนี้ ควรมีการส่งเสริมและพัฒนาองค์ความรู้เฉพาะด้านนี้ให้กับบุคคลที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยหรือผู้เคยต้องขังที่เคยกระทำความผิดต้องกลับสู่ชุมชน หากคนในสังคมหรือครอบครัวขาดความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ขาดการเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชหวนกลับมาก่อความรุนแรงหรือกระทำความผิดซ้ำได้ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ Daff & Thomas (2014) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง Bipolar disorder and criminal offending: A data linkage study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology กล่าวว่า ปัจจุบันบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาควรให้ความสำคัญ และศึกษาบุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความเข้าใจ และปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้อง สืบเนื่องจากว่าในปัจจุบันเจ้าหน้าที่ในหลายหน่วยงานที่มีหน้าที่ดำเนินการหรือปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช

ไม่ได้ปฏิบัติงานที่เน้นในเรื่องของการให้ความช่วยเหลือ แต่ส่งตัวผู้ป่วยไปดำเนินคดีเลย แทนที่จะส่งตัวผู้ป่วยจิตเวชไปบำบัดรักษาก่อน เพราะไม่มีความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช

2.2.3 ส่งเสริมการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่ต้องดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง จากปัญหาเรื่องบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านนิติจิตเวช พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา หรือแม้กระทั่งจิตแพทย์ที่ขาดแคลนนั่น ส่งผลให้ภาระงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีปริมาณที่เยอะมาก จึงมีข้อเสนอแนะให้เพิ่มจำนวนบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้น โดยการส่งเสริมให้ความรู้เฉพาะด้านแก่บุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง โดยการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงเปิดโอกาสให้บุคลากรได้เข้าอบรม เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ เพื่อนำความรู้เฉพาะด้านมาใช้ในการดูแลและการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ หากมีบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะด้านในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น จะสามารถช่วยลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะด้าน และลดปัญหาภาระงานที่มากเกินไปของบุคลากรลงได้

2.2.4 บูรณาการการทำงานหรือสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน จากการเก็บข้อมูล พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องหลายหน่วยงานยังขาดการบูรณาการกันอย่างชัดเจน เช่น โรงพยาบาลจิตเวชกับฝ่ายปกครอง เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ในการดำเนินการกับผู้ป่วยหลังการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อกลับไปพักที่บ้าน คนในพื้นที่หรือฝ่ายปกครองยังไม่ได้ร่วมมือกันในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้ ทำให้เกิดการสูญหายหรือไม่สามารถติดตามผู้ป่วยเหล่านี้ได้หลายเคส จึงควรมีการร่วมมือกันทำงานในส่วนของการติดตามประเมินผลหลังจากที่บำบัดรักษาเสร็จสิ้น นอกจากนี้ ยังมีการเสนอให้หน่วยงานเอกชนเข้ามาร่วมมือในการช่วยทำงาน ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชที่บำบัดรักษาเสร็จแล้วสามารถประกอบอาชีพ และหาเลี้ยงตนเองได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังมีการเสนอให้มีการแบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลเดียวกัน เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

โดยการดำเนินการร่วมกันของหน่วยงานที่หลากหลายจะมีประสิทธิภาพ ต้องมีการสร้างเครือข่ายความร่วมมือในการปฏิบัติงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ร่วมกัน และหนึ่งในองค์ประกอบที่สำคัญตามแนวคิดของเครือข่ายที่ **เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์ (2543)** ได้กล่าวไว้ คือ การมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน (Interaction) สมาชิกเครือข่ายมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารร่วมกัน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภายในเครือข่าย แสดงให้เห็นว่า แนวทางการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพนั้น จำเป็นต้องสร้างความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่มีความหลากหลายมาแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และหรือทำกิจกรรมร่วมกัน โดยต้องมีองค์ประกอบการสร้างเครือข่ายทั้ง 7 องค์ประกอบ ดังนี้ (1) การรับมุมมองร่วมกัน (2) การมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน (3) การมีผลประโยชน์และความสนใจร่วมกัน (4) การมีส่วนร่วมของสมาชิกเครือข่าย

อย่างกว้างขวาง (5) กระบวนการเสริมสร้างซึ่งกันและกัน (6) การพึ่งพิงร่วมกัน และ (7) การมีปฏิสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยน ซึ่งควรมีครบทั้ง 7 องค์ประกอบ เพื่อให้การปฏิบัติงานในรูปแบบเครือข่ายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตาม จากปัญหาการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชนั้น พบว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานยังขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันและยังขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน ส่งผลให้การดำเนินการร่วมกันยังไม่เต็มประสิทธิภาพเท่าที่ควรจะเป็น

นอกจากนี้ยัง **สอดคล้องกับ Ring and De Ven** (อ้างถึงใน รัชนิกร อินทเชื้อ, 2563, น. 25-26) ได้นำเสนอกรอบแนวคิดเกี่ยวกับกระบวนการความร่วมมือ เพื่อลดขั้นตอนที่ยุ่งยากหลายขั้นตอนในการบริหารจัดการ สร้างการทำงานในลักษณะเครือข่าย ซึ่งเป็นระบบบริหารจัดการที่มีเป้าหมายที่การตอบสนองความต้องการของประชาชนผู้ให้บริการ ดังนี้ (1) การเจรจา เพื่อสร้างความเข้าใจและการรับรู้ให้ตรงกัน (2) การตกลงยอมรับ (3) การนำไปปฏิบัติ เป็นการดำเนินการที่จะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่ายที่ร่วมมือกัน และ (4) การประเมิน เป็นการประเมินบนพื้นฐานของกระบวนการทั้ง 3 ขั้นตอนข้างต้น ว่าตั้งอยู่บนฐานของการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ต่อกันหรือไม่ หากประเมินแล้วพบว่าข้อตกลงที่ยอมรับร่วมกันไม่ได้ถูกนำมาปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ผลประโยชน์ต่างตอบแทนต่อกัน ผู้ที่ให้ความร่วมมือก็จะเริ่มดำเนินการเจรจาใหม่ หรือสร้างข้อตกลงร่วมกันใหม่ด้วยเหตุนี้เอง การดำเนินกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรกำหนดแนวทางกระบวนการความร่วมมือให้มีความชัดเจนทั้งด้านการเจรจา การสร้างการตกลงยอมรับร่วมกัน การปฏิบัติตามข้อตกลงเบื้องต้นที่กำหนดไว้ร่วมกัน และการประเมินผล การปฏิบัติงานว่าเป็นไปตามข้อตกลงที่ยอมรับร่วมกันหรือไม่ เพื่อให้แนวทางการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

2.2.5 จัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบโดยเฉพาะ ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชยังไม่มีหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งที่จัดตั้งขึ้นมาเพื่อรับผิดชอบดูแลโดยเฉพาะ ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยจิตเวชมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินการบำบัดรักษาหรือการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดปัญหาขั้นตอนที่ยุ่งยากในการปฏิบัติงาน และเพื่อให้การปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวชมีความปลอดภัยแก่ทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ควรมีหน่วยงานที่มีความรู้เฉพาะด้านเข้ามารับผิดชอบโดยเฉพาะ

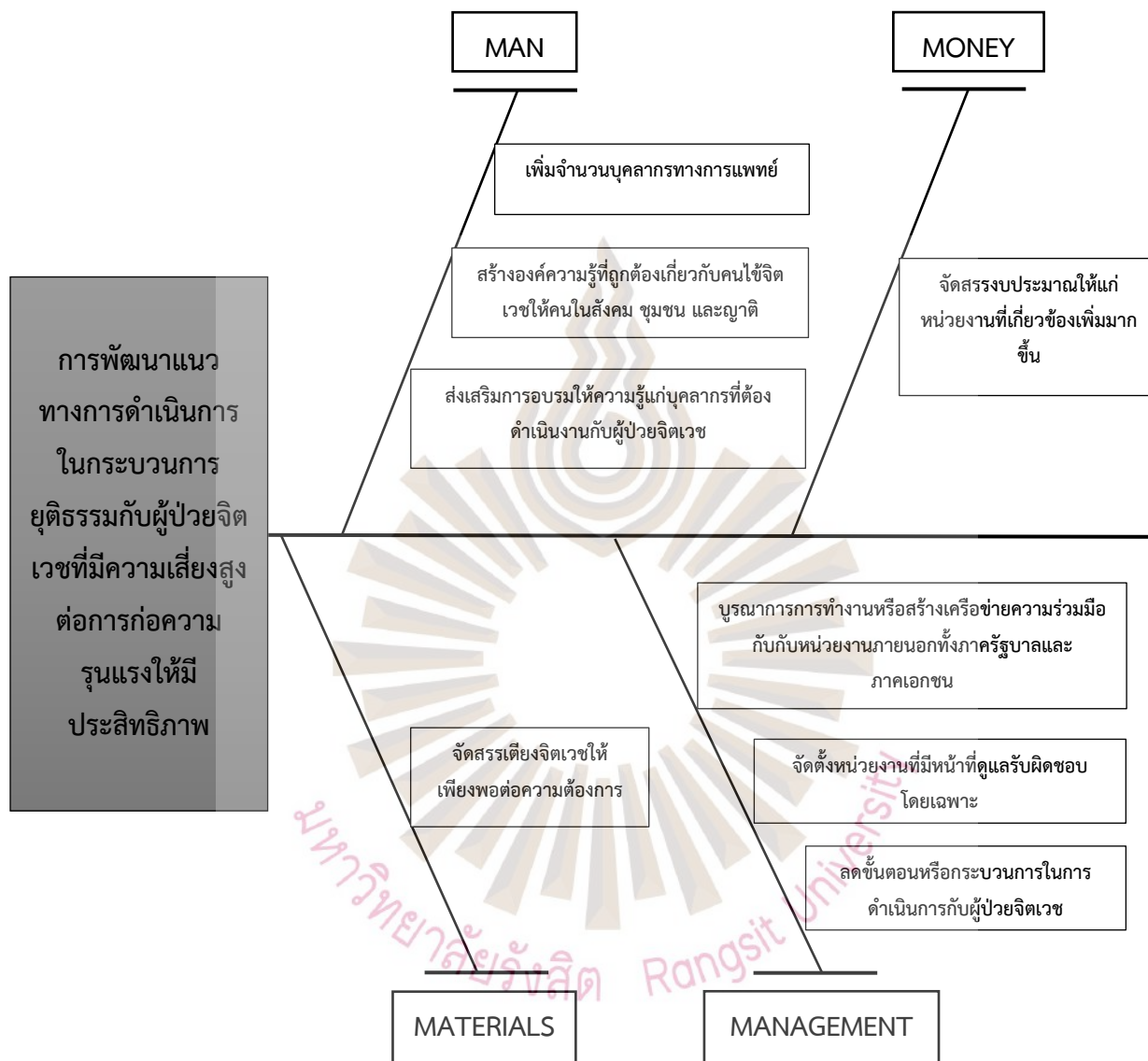
2.2.6 ลดขั้นตอนหรือกระบวนการในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช จะเห็นว่าในปัจจุบันการดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชนั้นมีขั้นตอนที่ยุ่งยากและหลากหลายมาก มีการทำงานที่ซ้ำซ้อนกัน และมีระยะเวลาในการดำเนินงานที่ยาวนานมากกว่าการดำเนินงานกับคนไข้ทั่วไป ทำให้คนไข้จิตเวชหลายคนมีระยะเวลาของการรอคอย เพื่อที่จะเข้าบำบัดรักษาที่ยาวนาน การปฏิบัติงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังคงมี

ปัญหาการขาดความเข้าใจในการปฏิบัติงาน เช่น ปัญหาที่พบในขั้นตอนการนำส่งผู้ป่วยจิตเวชให้แก่โรงพยาบาลจิตเวชดำเนินการบำบัดรักษาของเจ้าหน้าที่ตำรวจที่มีหน้าที่ส่งตัวผู้ป่วย พบว่า หลายกรณีเจ้าหน้าที่ตำรวจนำตัวผู้ป่วยจิตเวชไปส่งโรงพยาบาลจิตเวชแล้ว ไม่สามารถส่งผู้ป่วยให้แก่ทางโรงพยาบาลจิตเวชได้ เนื่องจากว่าผู้ป่วยจิตเวชมีการบาดเจ็บหรือมีอาการป่วยทางร่างกาย ทำให้เจ้าหน้าที่ตำรวจต้องนำผู้ป่วยกลับไปส่งที่โรงพยาบาลทางกาย เพื่อให้โรงพยาบาลทางกายดำเนินการรักษาก่อน จากนั้นค่อยนำกลับมาส่งที่โรงพยาบาลจิตเวชใหม่อีกครั้ง เป็นต้น ทั้งนี้ จากการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ พบว่า ควรมีการลดขั้นตอนหรือกระบวนการในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับหลักการบริหาร 4M's ที่ต้องมีการดำเนินการโดยใช้กำลังคน เงิน วัสดุให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อลดระยะเวลาหรือขั้นตอนในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช นำไปสู่แนวทางการบริหารจัดการที่ดีและมีประสิทธิภาพ

2.2.7 จัดสรรเตียงจิตเวชให้เพียงพอต่อความต้องการ จากการศึกษาปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวช พบว่า มีปัญหาเรื่องจำนวนเตียงที่ขาดแคลนไม่เพียงพอต่อคนไข้จิตเวชในการเข้าบำบัดรักษาในการเป็นผู้ป่วยใน ทำให้ต้องแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยการนัดหมายให้มาพบแพทย์แบบผู้ป่วยนอกแทน แต่อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ป่วยบางรายจำเป็นต้องเข้าบำบัดรักษาอาการของโรคแบบผู้ป่วยใน ดังนั้น เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวนี้ ควรที่จะมีการจัดสรรหรือเพิ่มเตียงให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โดยยึดหลักการบริหาร 4M's กล่าวคือ ในการดำเนินการในองค์กร ควรจะต้องมีการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงานให้เพียงพอ เพื่อให้การปฏิบัติงานเกิดความคล่องตัว รวดเร็ว และประหยัดเวลา ทั้งนี้ เพื่อสนับสนุนการทำงานของบุคลากรในองค์กรและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่มีความต้องการเข้ารับการบำบัดรักษา

2.2.8 จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ ในการดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชในกระบวนการยุติธรรมยังคงพบปัญหาการขาดแคลนงบประมาณที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน และเป็นเหตุให้การปฏิบัติงานไม่บรรลุตามเป้าหมายหรือตามหลักเกณฑ์ที่ควรจะเป็น เช่น งบประมาณที่จำกัดส่งผลให้การส่งบุคลากรไปอบรมพัฒนาความรู้เฉพาะด้านเป็นไปอย่างจำกัดเช่นกัน ส่งผลให้จำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ตำรวจ ฯลฯ ดังนั้น เพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ควรมีการเพิ่มงบประมาณให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง **สอดคล้องกับแนวคิดเรื่องการบริหารงานที่จำเป็นต้องนึกถึงองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน หรือ (4M's) ที่กล่าวถึงเรื่อง เงินหรืองบประมาณ** ไว้ว่าเงินถือว่าเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินงาน ควรมีการจัดสรรและควบคุมรายจ่ายให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

รูปแบบการพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับ
ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ



บทที่ 5

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษาวิจัย เรื่อง “การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง” จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาวิจัยสามารถสรุปผลการศึกษาโดยแบ่งออกเป็น

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.2 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัย

งานวิจัย เรื่อง “การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง” มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง และเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

5.1 สรุปผลการศึกษา

5.1.1 สภาพปัญหาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง

จากการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ และศาล พบว่า มีปัญหาที่เกี่ยวกับการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหลัก ๆ ที่คล้ายกันอยู่ 4 ประเด็นปัญหา ดังนี้

(1) ปัญหาด้านกำลังคน (Man) ได้แก่ จำนวนเจ้าหน้าที่ของราชทัณฑ์และเจ้าหน้าที่ตำรวจไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน จำนวนบุคลากรทางด้านกฎหมายที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านมีไม่เพียงพอ ภาระงานที่มากเกินไปของบุคลากรทางการแพทย์ ขาดจำกัดเรื่องการอบรมของบุคลากรทางการแพทย์ ญาติและคนในสังคมมีความรู้ความเข้าใจค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับคนไข้จิตเวช และความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม

(2) ปัญหาด้านเงิน (Money) ได้แก่ งบประมาณขาดแคลน

(3) ปัญหาด้านวัสดุ (Material) ได้แก่ อัตราการครองเตียงผู้ป่วยไม่เพียงพอต่อความต้องการของคนไข้ โรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทยมีจำนวนน้อย โรงพยาบาล/ วัสดุอุปกรณ์มีจำนวนจำกัด และขาดแคลนยานพาหนะ หรือขาดแคลนอุปกรณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติหน้าที่

(4) ปัญหาการบริหารจัดการ (Management) ได้แก่ หลาย ๆ ขั้นตอนในการดำเนินงานในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชใช้ระยะเวลาที่ยาวนาน ระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรักษาค่อนข้างยาวนาน การบูรณาการการทำงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังมีข้อจำกัดอยู่ เรื่องระบบการส่งต่อและการติดตามคนไข้จิตเวชมีปัญหา การไม่มีหน่วยงานที่รับผิดชอบโดยเฉพาะ กฎหมายที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ไม่มีการเชื่อมโยงด้านข้อมูล ไม่มีแพลตฟอร์มเดียวกันที่ใช้ในการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช กล่าวคือ ขาดการบูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ขั้นตอนที่ยุ่งยากในการนำตัวผู้ป่วยจิตเวชก่อเหตุไปเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เกณฑ์การพิจารณาเรื่องจิตบกพร่อง ฟ้นเพื่อนของศาลยังไม่ชัดเจน และปัญหาเรื่องการประสานงานกับโรงพยาบาล โรงพยาบาลไม่รับผู้ป่วยจิตเวชเป็นผู้ป่วยใน เนื่องจากจำนวนเตียงไม่เพียงพอ

5.1.2 การพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ

จากการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญทั้ง 3 กลุ่ม คือ บุคลากรทางการแพทย์ เจ้าหน้าที่ตำรวจ และศาล จากปัญหาที่เกี่ยวกับการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงหลัก ๆ ที่คล้ายกันอยู่ 4 ประเด็นปัญหา ดังที่กล่าวไปข้างต้นแล้วนั้น พบว่า ผู้ให้ข้อมูลสำคัญได้ให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาแนวทางการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้

1. เพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลนิติจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ บุคลากรในกระบวนการยุติธรรม เป็นต้น เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนของผู้ป่วยจิตเวชที่มีเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง
2. สร้างองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับคนไข้จิตเวชให้คนในสังคม ชุมชน และญาติ ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้นั้น ไม่เพียงแต่ความช่วยเหลือจากทางการแพทย์เท่านั้น คนในสังคม รวมไปถึงญาติมีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในสังคมเช่นกัน ถ้าหากคนในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชจะสามารถช่วยยับยั้งความรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้นได้อย่างทันที่
3. ส่งเสริมการอบรมให้ความรู้แก่บุคลากรที่ต้องดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง ควรเพิ่มจำนวนบุคลากรเหล่านี้ให้มีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น โดยการส่งเสริมให้ความรู้เฉพาะด้านแก่บุคลากรในการปฏิบัติงานอย่างทั่วถึง โดยการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากยิ่งขึ้น รวมไปถึงเปิดโอกาสให้บุคลากรได้เข้าอบรม เพื่อเสริมสร้างองค์ความรู้ เพื่อนำความรู้เฉพาะด้านมาใช้ในการดูแลและการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มจะเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง

4. บูรณาการการทำงานหรือสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานภายนอกทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชน ควรมีการร่วมมือกันทำงานในส่วนของการติดตามประเมินผลหลังจากที่บำบัดรักษาเสร็จสิ้น นอกจากนี้ ยังมีการเสนอให้หน่วยงานเอกชนเข้ามาร่วมมือในการช่วยหางาน ส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชที่บำบัดรักษาเสร็จแล้วสามารถประกอบอาชีพ และหาเลี้ยงตนเองได้อย่างยั่งยืน นอกจากนี้ยังมีการเสนอให้มีการแบ่งปันข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยใช้ข้อมูลเดียวกัน เพื่อให้การทำงานมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

5. จัดตั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบโดยเฉพาะ เพื่อให้การดำเนินการบำบัดรักษาหรือการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อลดขั้นตอนในการทำงาน และเพื่อให้การทำงานกับผู้ป่วยจิตเวชมีความปลอดภัยมากยิ่งขึ้น ควรมีหน่วยงานที่มารับผิดชอบโดยเฉพาะ

6. ลดขั้นตอนหรือกระบวนการในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช ควรมีการลดขั้นตอนหรือกระบวนการในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงาน

7. จัดสรรเตียงจิตเวชให้เพียงพอต่อความต้องการ ควรที่จะมีการจัดสรรหรือเพิ่มเตียงให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับจำนวนของผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นทุกปี

8. จัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในทุกภาคส่วน ควรมีการเพิ่มงบประมาณให้แก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การปฏิบัติงานบรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้

5.2 ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัย

5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. รัฐบาลควรมีนโยบายให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งเป็นหน่วยงานหลัก และหรือมอบหมายบทบาทหน้าที่หน่วยงานเฉพาะสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ขั้นตอนการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา การติดตามและประเมินผล ตลอดจนการประสานงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในการดำเนินการ เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงในการก่อความรุนแรง
2. ปรับแก้เพิ่มเติมบทนิยามและคำจำกัดความผู้ป่วยทางจิต ที่แตกต่างกันในกฎหมายหลายๆ ฉบับ ในประมวลกฎหมายอาญา กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ.2479 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 คำนิยามทางการแพทย์ที่แตกต่างกับคำนิยามทางกฎหมาย

5.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. เสริมสร้างองค์ความรู้เรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชให้แก่ประชาชนทั่วไป เพื่อที่จะให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เมื่อประชาชนมีองค์ความรู้ที่มากขึ้น ประชาชนทั่วไปจะช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช จะช่วยยับยั้งเหตุการณ์ที่อาจเกิดความรุนแรงจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างทันท่วงที
2. จัดอบรมองค์ความรู้ที่เกี่ยวกับการดูแลและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชให้แก่เจ้าหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงานกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดภัยอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างปฏิบัติงานจากการกระทำของผู้ป่วยจิตเวช
3. ลดขั้นตอนการปฏิบัติงานหรือการดำเนินงานกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อลดระยะเวลาในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเวช
4. ส่งเสริมการบูรณาการการทำงานหรือการร่วมมือกับปฏิบัติงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ฝ่ายปกครอง ฯลฯ เพื่อให้การดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชมีประสิทธิภาพสูงสุด
5. กระทรวงสาธารณสุขควรเพิ่มจำนวนเตียงคนไข้ให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช
6. กระทรวงสาธารณสุขควรจัดสรรงบประมาณให้แก่โรงพยาบาลจิตเวชในจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทั้งยัง เพื่อแก้ไขปัญหางบประมาณที่ขาดแคลน รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ที่ขาดแคลน
7. กระทรวงสาธารณสุขควรเพิ่มจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้ความเชี่ยวชาญด้านจิตเวชให้มีจำนวนที่เพิ่มมากขึ้น ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช พยาบาลนิติจิตเวช นักจิตวิทยา เป็นต้น
8. รัฐบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนการเพิ่มจำนวนโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศไทย เนื่องจากว่าในปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชมีจำนวนที่น้อยมาก ไม่เพียงพอต่อจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง
9. รัฐบาลควรจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะที่เป็นหน่วยงานกลางที่มีหน้าที่ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง เพื่อความสะดวก รวดเร็ว และประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน
10. ส่งเสริมการนำเทคโนโลยีสารสนเทศมาใช้ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชในกระบวนการยุติธรรม กล่าวคือ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานที่ต้องดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชควรมีการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยจิตเวชให้เป็นปัจจุบันและแบ่งปันข้อมูลระหว่างกันในระบบออนไลน์

11. หน่วยงานภาคเอกชนควรเข้ามามีส่วนร่วมในการรับผู้ป่วยจิตเวชเข้าทำงานภายหลังจากที่บุคคลเหล่านี้ได้รับการบำบัดรักษาจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข เพื่อยับยั้งการกระทำผิดซ้ำหรือการก่อความรุนแรงของผู้ป่วยจิตเวช เมื่อได้รับโอกาสในการทำงาน

5.2.3 ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยในประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคของการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์ในการดำเนินการกับผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดก่อความรุนแรง
2. ควรมีการศึกษาติดตามประเมินผลภายหลังจากที่ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการบำบัดและกลับไปอยู่อาศัยในภูมิลำเนาของตน



บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กฤตภาส ไทยวงษ์. (2564). การพัฒนาแนวทางการป้องกันกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยจิตเวช. (วิทยานิพนธ์ หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาอาชีววิทยาและงานยุติธรรม). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กันติหัต ใฝ่น้อย. (2563). ปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเวช. <http://www.lawgrad.ru.ac.th/Abstracts/1008>
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต. (2560). แนวทางในการประเมินอาการและนำส่งตัวผู้มีความผิดปกติทางจิตสำหรับตำรวจและบุคลากรด้านการแพทย์ฉุกเฉิน. ในการประชุมเชิงปฏิบัติการอบรมให้ความรู้ วันที่ 25-26 ธันวาคม 2560. โรงแรมริชมอนด์ สโตร์ลิส คอนเวนชัน. นนทบุรี.
- กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. สารสำคัญพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2562 (แผ่นพับ). <https://necam.go.th/wp-content/uploads/2020/11/05>
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. (2543). การจัดการเครือข่ายกลยุทธ์สำคัญสู่ความสำเร็จของการปฏิรูปการศึกษา. กรุงเทพฯ: ซีเค็ส มีเดีย.
- คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับ. (2563). สถาบันกรมสุขภาพจิต (พิมพ์ครั้งที่ 1). บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.
- จิรศักดิ์ เจ๊กนอก. (2563). ปัญหาการดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยจิตเวชในชั้นก่อนฟ้อง. (การศึกษาค้นคว้าอิสระ หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขานิติศาสตร์). มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ญาดา เดชชัย เจริญประสิทธิ์. (2566). การปฏิรูปกฎหมายเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาของผู้กระทำความผิดที่มีความผิดปกติทางจิตของประเทศไทย : กรณีมาตรการในการจัดการผู้กระทำผิดที่เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65. วารสารนิติศาสตร์, 52(1), 17-18.
- ชนกนันท์ นันตะวัน, ไทพีศรีนิวัต ภักดีกุล. (2560). ปัญหาการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของผู้ป่วยจิตเวช. ในการสัมมนาเครือข่ายนักศึกษาระดับบัณฑิตศึกษา สาขาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา วันที่ 29-30 มิถุนายน 2560.
- ไทยพีบีเอส จัปตาอนาคตประเทศไทย. (2567, 3 เมษายน). เร่งผลิตจิตแพทย์ รับมือสถานการณ์โรคจิตเวช <https://policywatch.thaipbs.or.th/article/life-27>
- ธงชัย สมบูรณ์. (2549). การบริหารและจัดการมนุษย์ในองค์กร. ปราชญ์สยาม.

บุรุษกร ศิริรัตนบวร. (2559). การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตในการดำเนินคดีทางอาญา. ในการประชุมวิชาการระดับชาติด้านการบริหารกิจการสาธารณะ ครั้งที่ 3 “การเปลี่ยนผ่าน และการปฏิรูปการบริหารสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืน วันที่ 19 สิงหาคม 2559. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น.

บ้าแล้วไง?: กฎหมายเกี่ยวกับการจัดการผู้กระทำความผิดที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช. เข้าถึง
ที่ <https://www.law.tu.ac.th/seminar-summary-criminal-procedure-in-case-of-unsound-mind-person>.

ปณัยกร วรศิลป์มนตรี. (2561, 25 พฤศจิกายน). เข้าใจกฎหมายจิตเวช แบบไหนบ้างจริงหรือแกล้ง.
<https://urbancreature.co/psychotic-disorders-law/>

ปกรณ์ มณีปกรณ์. (2553). อาชญาวิทยาและทัณฑวิทยา (พิมพ์ครั้งที่ 2). ห้างหุ้นส่วนจำกัด เว็ด์เทรด ประเทศไทย. ปักหมุด. (2566, 10 มกราคม). ผู้ป่วยจิตเวช หลอนก่อเหตุร้ายรายวัน แรงกระตุ้นทำผิดซ้ำซาก. ไทยรัฐออนไลน์,
<https://www.thairath.co.th/scoop/theissue/2598968>

เต็มศักดิ์ คทวนิช. (2565). จิตวิทยาทั่วไป. สำนักพิมพ์ บริษัท ส.เอเชียเพรส (1989) จำกัด.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. (2557, กันยายน). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอน 36 ก. หน้า 10.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม(ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. <https://www.dmh-elibrary.org/items/show/705>

ผู้เข้ารับการอบรม นบส.2 รุ่น 12. (2563). ข้อเสนอแนะทางการบริหารจัดการภาครัฐในยุค New Normal.
https://www2.ocsc.go.th/sites/default/files/attachment/page/rwmelm_nbs.2_run_12.pdf

ไพจิตร ถาวร, ณรงค์ กุลนิตเสศ. (2563). การดำเนินคดีอาญา และการอยู่ร่วมกันในสังคมกับผู้ป่วยทางจิต. ในการประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา.

รณชัย โตสมภาค. (2560). ระบบศาลสุขภาพจิต: แนวทางการบริหารและการดำเนินการผู้กระทำความผิดกฎหมายที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต. สำนักวิชาการการสำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร
<http://www.parliament.go.th/library>

สถาบันพัฒนาองค์กรชุมชน. (2560). พระราชบัญญัติสภาองค์กรชุมชน พ.ศ. 2551
<http://www.codior.th/index.php>

สถาบันการแพทย์ฉุกเฉิน. (2563). รายงานการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชและการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน
https://www.niems.go.th/1/UploadAttachFile/2022/EBook/414762_20220208160703.pdf

สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. (2499). พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499
<https://www.senate.go.th/assets/portals/28/fileups/146/files/%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%8D%E0%B8%B2.pdf>

เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, อนงค์นุช ศาโตรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสียงล้ำ และวีร์ เมฆ
 วิลัย. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/
 นักวิชาการสาธารณสุข) (พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.
 อุทัย อาทิวะ. (2558). ทฤษฎีอาชญาวิทยากับกระบวนการยุติธรรมทางอาญา (พิมพ์ครั้งที่ 2). ห้างหุ้นส่วนจำกัด
 วี.เจ.พรินติ้ง.
 Rocket Media Lab. (2023, 10 October). สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง
 ปีงบประมาณ 2566. <https://rocketmedialab.co/database-mental-health-2023/>

ภาษาอังกฤษ

Daff, E., & Thomas, S. (2014). *Bipolar disorder and criminal offending: A data linkage study*. Social
 Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 49(12), p.1985-1991.
 Meagan Cline (2016). Psychopathology and Crime Causation: Insanity or Excuse?. Fidei et
 Veritatis: The Liberty University Journal of Graduate Research, 1(4). 1-10.
https://digitalcommons.liberty.edu/fidei_et_veritatis/vol1/iss1/4?utm_source=digitalcommons.liberty.edu%2Ffidei_et_veritatis%2Fvol1%2Fiss1%2F4&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages
 McGuire, M. (2006). *Collaborative public management: Assessing what we know and how we
 know it*. Public Administration Review, 66(6), 33-43.
 Paivi Husman & Kaj Husman. (2002). *Networking Between Occupational Health Services, Client
 Enterprise And Other Experts; Difficulties, Supporting Factors And Benefits*. 15(2). p.139-145.

ภาคผนวก



อนุมัติจริยธรรมการวิจัยในคน

COA. No. RSUERB2024-114			
			
เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)			
โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต			
เอกสารรับรองเลขที่ :	COA. No. RSUERB2024-114		
ชื่อโครงการวิจัย :	การพัฒนาการดำเนินการในกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง Development of Process in Justice with Serious Mental Illness with High Risk to Violence		
ชื่อหัวหน้าโครงการวิจัย :	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อารณีย์ วิวัฒนากรณ์		
ชื่อนักวิจัยร่วม :	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นวกิพร ณรงค์ศักดิ์		
ชื่อหน่วยงานที่สังกัด :	คณะอาชีวศึกษาและการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต		
วิธีทบทวน :	พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเร่งด่วน (Expedited Review)		
เอกสารที่รับรอง :	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์		
วันที่รับรอง :	10 กรกฎาคม 2567	วันที่หมดอายุ :	10 กรกฎาคม 2569
		วันที่ต่ออายุ :	ไม่เกิน 10 มิถุนายน 2569
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและอนุมัติรับรองเอกสาร ดังที่ระบุไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization In Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP			
ลงนาม 			
(รองศาสตราจารย์ ดร. ปานนท์ ภาณุจันทน์)			
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต			
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ห้อง 504, ชั้น 5, อาคารราชภัฏ อุไรรัตน์ (ตึก 1), มหาวิทยาลัยรังสิต โทร. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th			

แบบสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

คำถามในการสัมภาษณ์

1. ท่านคิดว่าสาเหตุการเป็นผู้ป่วยจิตเวช มีอะไรบ้าง
2. ผลกระทบจากการใช้ชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในสังคมมีอะไรบ้าง
3. กรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงกระทำผิดท่านมีวิธีสังเกตและหรือพิสูจน์อย่างไรว่าบุคคลนั้นๆ เป็นผู้ป่วยจิตเวช
4. ท่านมีแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำผิดอย่างไร ขณะที่อยู่ระหว่างการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษา และหรือการดำเนินคดี และพบปัญหาอะไรบ้าง
5. ในมุมมองของท่านในฐานะผู้ปฏิบัติงานท่านมีความเห็นอย่างไรเรื่องการประสานงาน และหรือการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกัน
6. แนวทางการพัฒนาการดำเนินกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพท่านคิดว่าควรเป็นอย่างไร

คำถามในการ Focus Group

มีประเด็นแลกเปลี่ยนการเรียนรู้จากการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) ดังนี้

“ในมุมมองของท่านในฐานะผู้ปฏิบัติงานท่านมีแนวทางพัฒนาการดำเนินกระบวนการยุติธรรมกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงให้มีประสิทธิภาพอย่างไรบ้าง”