# บทที่ 2

# แนวคิด หลักการ และทฤษฎี
# ทางกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในราชทัณฑ์

จากการศึกษา ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด หลักการ และทฤษฎีทางกฎหมายเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในราชทัณฑ์ ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชได้ กระทำความผิดทางอาญาหรือผู้กระทำความผิดทางอาญาเกิดป่วยเป็นโรคทางจิตนั้น การดำเนินคดีกับผู้ป่วยจะต้องมีมาตรการเพื่อให้ความคุ้มครองเป็นพิเศษแตกต่างจากการดำเนินคดีอาญากับบุคคลทั่วไป ปัจจุบันผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดส่วนมากยังคงถูก ดำเนินคดีอาญาโดยวิธีการเดียวกับผู้กระทำความผิดทางอาญาอื่นๆ ซึ่งนอกจากจะเป็นผลเสียต่อผู้ป่วยเองแล้ว ยังทำให้เกิดปัญหาความปลอดภัยของสังคมตามมาในภายหลัง

## 2.1 อาการของผู้ป่วยทางจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ที่มีอาการป่วยด้วยโรคทางจิต โรคทางจิตเป็นอาการป่วยที่เกิดกับจิตและประสาทซึ่งเป็นเรื่องละเอียดอ่อน การบำบัดรักษาและปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชจะต้องใช้ ความรู้ความเข้าใจและใช้วิธีการเฉพาะทางการแพทย์ โรคทางจิตยังส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการคิดตัดสินใจและควบคุมตนเองลดลง

### 2.1.1 ความหมายอาการของผู้ป่วยทางจิตเวช

โรคจิต (Psychosis) ตามคำจำกัดความขององค์การอนามัยโลก ได้กำหนดไว้ว่า “เป็นภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจถึงระดับที่ทำให้เสียความสามารถในการ หยั่งรู้ตนเองความสามารถที่จะสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีพหรือความรู้สึก นึกคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ในกรอบของความเป็นจริง”

โดยทั่วไปอาจสรุปลักษณะที่สำคัญของโรคจิต ได้ดังนี้

1) มีความผิดปกติของความคิดทำให้ไม่สามารถเข้าใจสภาวะต่าง ๆ ตามความเป็นจริง (out of reality) เพราะความคิดถูกรบกวนผู้ป่วยจึงมักจะไม่สนใจความเป็นจริงของสิ่งต่าง ๆ โดยอาจแสดงออกมาในรูปของความหลงผิด (Delusion)

2) มีความผิดปกติของประสาทการรับรู้เช่น หูแว่วและภาพหลอน (Hallucination)

3) มีความปกติของอารมณ์เช่นมีอารมณ์รื่นเริงสนุกสนานผิดธรรมดา (Euphoria) หรือแสดงอารมณ์เฉยเมย (Apathy)

4) มีความปกติของพฤติการณ์การเคลื่อนไหว เช่น ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ซึ่งผิดปกติเป็นเวลานาน ๆ (Catalepsy) หรือไม่มีการเคลื่อนไหวเลยรวมทั้งไม่มีปฏิกิริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อม

5) มีบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมอย่างมาก เช่น ผู้ป่วยซึ่งเป็นคนดีกลายเป็นคนหยาบกระด้าง หยาบคาย ดุร้าย

6) ขาดการรู้จักตนเอง กล่าวคือ ขาดความรู้ความเข้าใจในตนเองตามความเป็นจริง เช่น คิดว่าตนเองปกติทั้ง ๆ ที่ป่วย

จิตฟั่นเฟือน (Mental Infirmity) คำว่า “จิตฟั่นเฟือน” นี้มิใช่คำทางจิตเวชศาสตร์แต่เป็นคำที่ใช้ในประมวลกฎหมายอาญาฉบับภาษาอังกฤษ ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีความหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) และแปลผิด (illusion)

จิตบกพร่อง (Mental Retardation) คำว่า “จิตบกพร่อง” ตรงกับคำว่า “ปัญญาอ่อน” ในทางจิตเวชศาสตร์ หมายถึง การที่พัฒนาการของจิตใจหยุดชะงักหรือไม่เจริญเต็มที่ ผู้ที่มีอาการจิตบกพร่องจะมีสติปัญญาที่ต่ำกว่าปกติทำให้มีความสามารถจำกัดในด้านการเรียน การปรับตัวเข้ากับสังคมบุคคลวิกลจริตที่จะได้รับการยกเว้นโทษหรือลดโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 นั้นมีอยู่ 2 จำพวกกล่าวคือ จำพวกที่หนึ่ง ได้แก่ผู้ที่มีจิตบกพร่องหรือบุคคลปัญญาอ่อน และ จำพวกที่สอง ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิต หรือคนวิกลจริต ส่วนผู้ป่วยด้วยโรคที่เกี่ยวกับจิตใจประเภทอื่น เช่น โรคจิตคอร์ซาคอฟว์ซึ่งมีอาการจำเหตุการณ์ที่เพิ่งผ่านมาไม่ได้หรือพูดไม่เป็นความจริง[1] เป็นต้น ไม่อยู่ในขอบเขตของมาตรา 65 แต่อย่างใด ระดับของคนวิกลจริตและผลทางกฎหมายคนวิกลจริตที่ได้กระทำความผิดอาญาขึ้นนั้นจะได้รับการยกเว้นโทษหรือได้รับโทษน้อยลงอย่างหนึ่งอย่างใดย่อมขึ้นอยู่กับระดับของความกลจริตที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ในขณะกระทำความผิด และเมื่อพิจารณาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 อาจแบ่งระดับของคนวิกลจริตออกได้เป็น 3 ระดับ กล่าวคือ[2]

1) ผู้กระทำไม่รู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำ

2) ผู้กระทำรู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำ แต่ไม่รู้ผิดชอบ

3) ผู้กระทำรู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำและรู้ผิดชอบด้วยแต่ ไม่สามารถบังคับตนเองได้กล่าวคือ

---

[1] สุจริต สุวรรณชีพ. ***การจำแนกโรคทางจิตเวช.*** กรุงเทพฯ: ตำราจิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. หน้า 222.

[2] จิตติ ติงศภัทิย์. (2525). ***คำอธิบายประมวลกฎหมายอาญา ภาค 1***. กรุงเทพฯ: กรุงสยามการพิมพ์. หน้า 726.

(1) ผู้กระทำไม่รู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำ

ในกรณีซึ่งผู้กระทำความผิดได้กระทำความผิดในขณะที่เขาวิกลจริตถึงระดับที่เขาไม่รู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำนั้น (Nature and Quality of the act) หมายถึง การที่บุคคลได้กระทำโดยไม่รู้ว่าตนได้กระทำอะไรลงไป และไม่รู้ว่าการกระทำดังกล่าวนั้นไม่ถูกต้องตามศีลธรรมหรือผิดกฎหมาย เช่น A ฆ่า B โดย A เข้าใจว่าตนกำลังทำลายแจกันและกรณีคนวิกลจริตที่ใช้มีดปาดคอหญิง โดยเข้าใจว่าตนกำลังหั่นหรือเฉือนขนมปังเป็นต้น

(2) ผู้กระทำรู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำแต่ไม่รู้ผิดชอบ

หมายความถึง ผู้กระทำรู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำแต่ไม่สามารถรู้ผิดชอบในการที่ตนได้กระทำลงไปนั้นโดยเฉพาะ ไม่หมายความรวมถึงการกระทำอื่นโดยทั่วไป ไม่จำเป็นต้องรู้ด้วยว่าการกระทำนั้นเป็นการถูกหรือผิดกฎหมายเพียงแต่รู้ว่าการกระทำนั้นเป็นความผิดหรือชอบด้วยศีลธรรมหรือไม่ก็เพียงพอแล้ว การที่จะดูว่าผู้กระทำมีความผิดอย่างไรนั้นต้องพิจารณาจากตัวผู้กระทำนั้นเองว่าจะมีความผิดอย่างไรต่อการที่ได้กระทำไปนั้น ส่วนการที่จะดูว่าตามความคิดเช่นนั้นของผู้กระทำเป็นความผิดหรือชอบอย่างไร จะต้องถือตามระดับความคิดซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป ตัวอย่างเช่น ฆ่าคนตายโดยไม่รู้ว่าการกระทำเช่นนั้นเป็นสิ่งที่ผิดศีลธรรม แต่คิดว่าการกระทำเช่นนั้นถูกต้องเพราะผู้กระทำมีจิตฟั่นเฟือน ด้วยการได้ยินเสียงสั่งจากเบื้องบนว่าหากฆ่าบุคคลนั้นแล้ว จะทำให้บ้านเมืองพ้นจากความวิบัติอันบุคคลนั้นเป็นผู้นำเป็นต้น ดังนี้เป็นการกระทำที่ผู้กระทำไม่รู้ผิดชอบในการกระทำของตน คือ ไม่รู้หรือคิดว่าสิ่งที่ได้กระทำลงไปนั้นเป็นการผิดศีลธรรม แต่ในสายตาหรือความผิดของคนทั่วไปแล้วย่อมเป็นสิ่งที่ผิดทั้งศีลธรรมและกฎหมาย สำหรับความไม่สามารถบังคับตนเองได้นั้น คือ การที่บุคคลรู้อยู่แล้วว่ากระทำนั้น ๆ เป็นสิ่งที่ผิด หากแต่เขาไม่สามารถบังคับตนเองให้ยับยั้งไม่กระทำการซึ่งเป็นความผิดนั้นได้ปกติแล้วบุคคลที่มีความรู้สึกผิดชอบทุกคนย่อมสามารถที่จะบังคับตนเองได้แต่ก็อาจมีกรณีที่บุคคลซึ่งมีความรู้สึกผิดชอบอยู่บ้างไม่สามารถบังคับตนเองได้เช่นกัน ซึ่งจะได้กล่าวถึงในขนาดของความวิกลจริตระดับต่อไป

(3) ผู้กระทำรู้สภาพและสาระสำคัญของการกระทำ และรู้ผิดชอบด้วยแต่ไม่สามารถบังคับตนเอง ความไม่สามารถบังคับตนเองได้นี้จะต้องเกิดจากสาเหตุเพราะจิตบกพร่องโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนเท่านั้น จึงจะเข้ากรณีตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 หากเกิดจากสาเหตุอื่นที่มิใช่เพราะเหตุวิกลจริต เช่น ความโลภ โกรธ หรือความหลงซึ่งเป็นเหตุที่ทำให้บุคคลธรรมดากระทำความผิดเป็นปกติอยู่แล้ว หรือเป็นเรื่องของบุคคลผู้มีบุคลิกภาพแปรปรวนแบบอันธพาล (psychopath) หรือแบบต่อต้านสังคม (antisocial) ซึ่งมักจะกระทำสิ่งใดลง

ไปโดยเอาแต่ใจตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่บุคคลนั้นไม่พยายามบังคับจิตใจของตนเอง ย่อมไม่เข้าเกณฑ์ตามมาตรา 65

**2.1.2 สาเหตุของอาการป่วยทางจิตเวช**

อาการป่วยทางจิตเวชในแต่ละบุคคลจะมีสาเหตุที่แตกต่างกันไป เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากสาเหตุปัจจัยต่าง ๆ มาปฏิสัมพันธ์ (interaction) ต่อกันโดยแต่ละคนอาจได้รับผลจากปัจจัยเหล่านั้นมากน้อยไม่เท่ากัน ส่งผลให้การวินิจฉัยอาการทางจิตเวชต้องอาศัยกลุ่มอาการ (syndrome) เป็นหลักซึ่งแตกต่างจากการวินิจฉัยทางการแพทย์สาขาอื่น

กลุ่มปัจจัยที่ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าน่าจะเป็นสาเหตุของโรคจิตเวช ได้แก่

1) ปัจจัยด้านชีวภาพซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็นพันธุกรรม โรคทางจิตเวชที่พบว่าพันธุกรรมมีบทบาทในการเกิดโรคอย่างมาก คือ Mood disorders, Schizophrenia, Alcohol abuse และ Alzheimer ' s disease ซึ่งในปัจจุบันมีวิธีการศึกษาถึงสาเหตุของการเกิดโรคในระดับ DNA ได้โดยตรง แต่ยังคงไม่พบว่า DNA ที่ผิดปกตินั้นอยู่ที่ใด หรือมีวิธีการถ่ายทอดอย่างไร

2) ปัจจัยด้านสังคม จากการศึกษาที่เป็นระบบไม่อาจพิสูจน์ได้ว่าการอยู่ในระดับสังคมที่ต่ำหรือมีฐานะยากจนจะเป็นเหตุให้มีอาการป่วยทางจิตเวชมากกว่าคนที่อยู่ในระดับสังคมที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามปัจจัยทางสังคมมีผลอย่างมากในฐานะเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่แล้ว ซึ่งปัจจัยทางสังคมที่จิตแพทย์ให้ความสำคัญมากที่สุดก็คือครอบครัว

3) ปัจจัยด้านจิตใจ มีหลายทฤษฎีที่ตั้งขึ้น เพื่ออธิบายปรากฏการณ์ทางจิตใจ ทั้งในด้านความคิด อารมณ์หรือพฤติการณ์ถึงแม้จะไม่มีทฤษฎีใดที่ใช้อธิบายและพิสูจน์ได้กับทุกปรากฏการณ์ แต่ก็ทำให้สามารถเข้าใจและรักษาโรคทางจิตเวชได้ดียิ่งขึ้นทฤษฎีหลัก ๆ ได้แก่ Learning Theory (ทฤษฎีการเรียนรู้)ประกอบด้วย classical conditioning และ operant conditioning โดยอธิบายการเกิดและการรักษาโรคทางจิตเวชที่มีอาการทางพฤติกรรมเป็นหลัก Cognitive Theory (ทฤษฎีความคิด) อธิบายลักษณะความคิดของผู้ป่วย โรคซึมเศร้า ที่มักมองตนเองในแง่ลบซึ่งหากแก้ไขความคิดดังกล่าวได้ก็อาจทำให้อารมณ์ที่ซึมเศร้ากลับดีขึ้นได้ Psychoanalytic Theory (ทฤษฎีจิตวิเคราะห์)

**2.1.3 ลักษณะอาการของผู้ป่วยทางจิตเวช**

ความผิดปกติที่พบในโรคทางจิตเวช เป็นการเปลี่ยนแปลงภายในจิตใจซึ่งกระทบต่อพฤติกรรมการแสดงออก รวมถึงบุคลิกภาพและปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อบุคคลอื่นดังนั้นอาการทางจิตเวชจึงมีความหมายกว้าง ครอบคลุมถึงความผิดปกติทุกด้านของบุคลิกภาพ ซึ่งพบได้จากคำบอกเล่าของผู้ป่วย การตรวจอาการ และจากการสังเกตของผู้วินิจฉัย5 (มาโนช หล่อตระกูล, “อาการของความผิดปกติทางจิตเวช,” ใน จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพมหานคร: บริษัท บียอนด์

เอ็นเทอไพรซ์จำกัด. 2548), หน้า 55.6) โดยอาการที่พบในโรคทางจิตเวชส่วนใหญ่จะมีอาการแจ้ง (symptoms)6 (เป็นความรู้สึกของคนไข้ที่รู้สึกผิดปกติซึ่งอาจจะจริงหรือไม่จริงก็ได้เรียกว่า“ อาการบอกเล่า ”) และอาการแสดง (signs) ให้ตรวจพบได้มากกว่าหนึ่งอย่างขึ้นไป อาการที่ปรากฏเพียงอาการเดียวไม่อาจยืนยันได้ว่าผู้นั้นป่วยเป็นโรคทางจิตเวช การวินิจฉัยโรคจึงต้องอาศัยการพิจารณาในลักษณะของกลุ่มอาการร่วมกับการพิจารณาองค์ประกอบอื่นของเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ซึ่งจะต้องมีความรุนแรงของอาการถึงระดับหนึ่ง และอาการนั้นจะต้องคงอยู่ชั่วระยะเวลาหนึ่งประกอบกัน มิใช่เป็นอาการเพียงชั่ววูบ

อาการของโรคทางจิตเวชแบ่งออกเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ดังต่อไปนี้

1) ความผิดปกติของพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (disorders of motor activity) เช่น อาการกล้ามเนื้อกระตุกที่เกิดขึ้นเองโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก การย้ำทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซ้ำ ๆ หรือมีอาการเคลื่อนไหวมากแบบคลั่งที่เรียกว่า Catatonic Excitement

2) ความผิดปกติของความคิด ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภทคือ ความผิดปกติในเนื้อหาความคิด เช่น มีความคิดหลงผิดเชื่อในสิ่งที่ไม่มีหรือไม่เป็นความจริง หรือมีความรู้สึกว่าสิ่งแวดล้อมรอบตัวเปลี่ยนไป ทุกอย่างหยุดนิ่งไม่เคลื่อนไหว หรือสิ่งของในห้องไม่ตั้งตรงแต่เอียงไปหมด เป็นต้น และความผิดปกติของกระแสและรูปแบบความคิด (disorders of stream and form of thought) เช่น ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ได้ความคิดขาด ๆ หาย ๆ หรือพูดจาไม่ต่อเนื่องกัน เป็นต้น

3) ความผิดปกติของอารมณ์ (disorders of emotion) ซึ่งพิจารณาจากขอบเขตและความมากน้อย ความคงอยู่ และความหมายสมของอารมณ์ที่แสดงออก เช่น มีความรู้สึกกลัวหรือ วิตกกังวลโดยไม่มีสาเหตุ หรือมีความรู้สึกสบาย รื่นเริงสนุกสนานผิดธรรมดาบางรายมีสีหน้าเฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ใด ๆ หรือ มีอารมณ์ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ในขณะนั้น เป็นต้น

4) ความผิดปกติของการรับรู้ (disorders of perception) เช่น การแปลสิ่งที่พบเห็นผิดไปจากความเป็นจริงเห็นเชือกเป็นงูหรือมีอาการประสาทหลอน รับรู้โดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก มีอาการหูแว่วเห็นภาพหลอน เป็นต้น

5) ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (disturbance of consciousness) จะมีผลกระทบต่อความสามารถในการทำความเข้าใจ สมาธิการคิด การรับรู้ต่อสถานการณ์ เช่น มีอาการงุนงงสับสน การรับรู้ต่อความเป็นไปรอบ ๆ ตัวเสียไป มีอาการเพ้อหรือสติสัมปชัญญะเลือนรางไม่ชัดเจน เป็นต้น

6) ความผิดปกติของความจำ (disorders of memory) เช่น มีการสูญเสียความทรงจำโดยจำเหตุการณ์ต่าง ๆ ไม่ได้หรือมีการบิดเบือนในด้านความจำรู้สึกว่าเคยเห็นหรือรู้จักคุ้นเคยกับสิ่งหนึ่งมาก่อน ทั้ง ๆ ที่ไม่เคยพบเห็นมาก่อนเลย

7) ความผิดปกติของเชาวน์ปัญญา (disorders of intelligence) เช่น มีอาการปัญญาอ่อนหรือมีความจำและเชาวน์ปัญญาเสื่อมลงโดยที่สติสัมปชัญญะยังปกติอาการของโรคทางจิตเวช เป็นต้น

**2.1.4 การรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช**

เนื่องจากอาการป่วยทางจิตเป็นโรคที่ลุกลามเรื้อรัง ด้วยเหตุนี้ การรักษาจึงต้องใช้หลายเทคนิค การบำบัดทางกายภาพและการรักษาทางจิตจัดอยู่ในหมวดข้อมูลโดยแบ่งออกเป็นประเภทตามระยะและความรุนแรงของโรค (Greene, 1978) ผู้ป่วยควรสงบลงโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตลอดขั้นตอนของกระบวนการบำบัดนี้ โดยมุ่งความสนใจไปที่การใช้ยาและสร้างความสัมพันธ์เชิงบวก ดังนี้

1) การรักษาด้วยยา กลุ่มยาหลักคือยารักษาโรคจิต (antipsychotic) โดยไปยับยั้งสารสื่อประสาทโดพามีน (dopamine) ในสมอง ทำให้อาการของโรคลดลง โดยเฉพาะอาการที่เป็นบวกจะเห็นผลชัดเจนภายใน 2-3 สัปดาห์ เมื่อใช้ยาชนิดใดก็ตาม ควรใช้ชนิดใดชนิดหนึ่งต่อเนื่องกัน 4-6 สัปดาห์ ก่อนประเมินว่าการรักษาไม่ได้ผล เมื่อวิธีนี้ไม่ได้ผล ยารักษาโรคจิตอื่นๆ จะยังคงใช้ต่อไป หากผู้ป่วยปฏิเสธที่จะรับประทานยา แพทย์ควรใช้ยารักษาโรคจิตชนิดฉีดที่ออกฤทธิ์นาน ในระหว่างการรักษา อาจมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งโดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา หรือในรายที่มีอาการบ่งชี้ชัดเจน เช่น มีความเสี่ยงสูงที่จะฆ่าตัวตาย หรือมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวไม่คงที่ ซึม ไม่ยอมกินน้ำ การรักษาจะทำเป็นชุดๆ ละประมาณ 6-12 ครั้ง แบ่งเป็น 3-4 ครั้ง หนึ่งสัปดาห์อาจทำได้วันละครั้ง หรือวันเว้นวัน ผลข้างเคียง และภาวะแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น ปวดศีรษะ มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ และสับสน 1-2 ชั่วโมงหลังการรักษา 3-6 ชั่วโมง (Shergill et al., 2004)

2) การบำบัดด้วยสภาพแวดล้อม (สภาพแวดล้อมบำบัด) เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสภาพแวดล้อมที่ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและทำกิจวัตรประจำวันหรือในกรณีผู้ป่วยที่มีพฤติการณ์จะเป็นอันตรายแก่ตนเองและผู้อื่นก็อาจใช้การมัดจากแท่นพิมพ์ก็ได้ หรือพิจารณาฉีดยาระงับอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลอย่างใกล้ชิด การเยี่ยมผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้แล้ว จึงพิจารณายกเลิกการอนุญาตเป็นเพราะความกดดันทางพฤติกรรม (Buccheri et al., 1997)

## 2.2 สิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับทราบข้อมูลข่าวสาร

สิทธิที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจรักษา (The right to information) อันประกอบด้วยสิทธิที่จะรู้ (Right to know) และสิทธิในการตัดสินใจ (Right of self – determination) ในแง่มุมมองทางการแพทย์ถือว่าเป็น “อิสรภาพในการปกครองตนเอง” อันประกอบด้วยการเลือกซึ่งมีการแจ้งข้อมูลให้รู้เพื่อการตัดสินใจและการตัดสินใจโดยปราศจากการแทรกแซง โดยทั่วไปแล้วสิทธิที่จะรู้เป็นเงื่อนไขของเรื่องความยินยอมซึ่งคนไข้ต้องได้รับแจ้งข้อมูลให้รู้เพื่อการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษา และสิทธิที่จะปฏิเสธที่จะไม่รู้ซึ่งเป็นสิทธิที่ใช้กล่าวอ้างเพื่อจะปฏิเสธไม่รับรู้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตนเองเพราะการรู้ข้อมูลบางอย่างเกี่ยวกับตนเองอาจจะส่งผลกระทบต่อความรู้สึกและวิถีชีวิตของผู้นั้น

อิสรภาพในการปกครองตนเองยังรวมไปถึงสิทธิในการรักษาความลับ ซึ่งปรากฏในการรักษาผู้เยาว์ที่มีวุฒิภาวะแล้ว ซึ่งอิสรภาพในการปกครองตนเองของผู้เยาว์อาจถูกกระทบกระเทือนหากมีการแจ้งเรื่องราวของผู้เยาว์นั้นให้แก่ผู้ปกครองทราบ

การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้รับทราบข้อมูลหรือข่าวสารสาธารณะที่อยู่ในความครอบครองของหน่วยงานของรัฐ ส่งผลให้ประชาชนสามารถเข้าใจการปฏิบัติงานของภาครัฐและสามารถแสดงความคิดเห็นได้โดยถูกต้องตามความเป็นจริง ทั้งยังสามารถใช้สิทธิของตนในการขอตรวจดูข้อมูลข่าวสารราชการเพื่อใช้ในตรวจสอบการปฏิบัติงานของภาครัฐ และปกป้องสิทธิของตนเองจากการใช้อำนาจรัฐได้รวมตลอดถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะรับทราบข้อมูลข่าวสารจากแพทย์และโรงพยาบาลที่ทำการรักษาตนเองได้ด้วย โดยทั่วไปแล้วสิทธิที่จะรู้เป็นเงื่อนไขของเรื่องความยินยอมซึ่งผู้ป่วยต้องได้รับแจ้งข้อมูลให้รู้เพื่อการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษา โดยผู้ป่วยที่ขอรับบริการด้านสุขภาพมีสิทธิที่จะได้รับทราบข้อมูลอย่างเพียงพอและเข้าใจชัดเจนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่เป็นการช่วยเหลือรีบด่วนหรือจำเป็นซึ่งพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารราชการ พ. ศ. 2540 ได้กำหนดหลักการสำคัญให้หน่วยงานของรัฐต้องเปิดเผยข้อมูลข่าวสารราชการเป็นหลัก ปกปิดเป็นข้อยกเว้นประกอบกับได้กำหนดหลักการคุ้มครองข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความครอบครองของหน่วยงานของรัฐไว้ด้วย โดยได้กำหนดนิยามความหมายของ “ข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล” ไว้ว่าหมายถึง ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งเฉพาะตัวของบุคคล เช่น การศึกษา ฐานะการเงิน ประวัติสุขภาพ ประวัติอาชญากรรม หรือประวัติการทำงาน บรรดาที่มีชื่อของผู้นั้นหรือมีเลขหมาย รหัส หรือสิ่งบอกลักษณะอื่นที่ทำให้รู้ตัวผู้นั้นได้เช่น ลาย

พิมพ์นิ้วมือแผ่นบันทึกลักษณะเสียงของคนหรือรูปถ่ายและให้หมายความรวมถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งเฉพาะตัวของผู้ที่ถึงแก่กรรมแล้วด้วย

ดังนั้น ข้อมูลข่าวสารของราชการที่มีลักษณะเป็นรายงานการแพทย์เป็นข้อมูลข่าวสารที่ไม่ต้องเปิดเผยและเมื่อมีบุคคลมาขอใช้สิทธิตรวจดูหน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจมีคำสั่งมิให้เปิดเผยก็ได้โดยคำนึงถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายของหน่วยงานของรัฐ ประโยชน์สาธารณะ และประโยชน์ของเอกชนที่เกี่ยวข้องประกอบกัน อย่างไรก็ดีผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้มีข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลเกี่ยวกับตนซึ่งรวมอยู่กับข้อมูลข่าวสารของราชการที่มีลักษณะเป็นรายงานการแพทย์สามารถมาใช้สิทธิตรวจดูข้อมูลข่าวสารดังกล่าวได้โดยบุคคลนั้นย่อมมีสิทธิที่จะได้รู้ถึงข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวกับตน

ผู้ประกอบวิชาชีพแพทย์และพยาบาลซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในหน่วยงานของรัฐ จะต้องปฏิบัติตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 กล่าวคือต้องเปิดเผยข้อมูลข่าวสารของราชการตามที่กฎหมายกำหนดไว้แต่ถ้าเป็นกรณีที่ข้อมูลข่าวสารของราชการนั้น เป็นข้อมูลข่าวสารที่ไม่ต้องเปิดเผย อันมีลักษณะให้หน่วยงานของรัฐหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐอาจมีคำสั่งมิให้เปิดเผยก็ได้ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายของหน่วยงานของรัฐประโยชน์สาธารณะ และประโยชน์ของเอกชนที่เกี่ยวข้องประกอบกัน เช่น รายงานการแพทย์ หรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคล เป็นต้น ซึ่งการเปิดเผยจะเป็นการรุกล้ำสิทธิส่วนบุคคลโดยไม่สมควรกฎหมายกำหนดให้เป็นข้อมูลข่าวสารที่ไม่ต้องเปิดเผย ซึ่งแพทย์สามารถปฏิเสธไม่เปิดเผยข้อมูลก็ได้ตามพระราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารของราชการ พ.ศ. 2540 มาตรา 15 (5) โดยรายงานทางการแพทย์เป็นข้อมูลข่าวสารของราชการที่มีข้อมูลส่วนบุคคลรวมอยู่ด้วย ดังนั้น หน่วยงานของรัฐจะเปิดเผยข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลที่อยู่ในความควบคุมดูแลของตนต่อหน่วยงานของรัฐแห่งอื่นหรือผู้อื่นได้ก็ต่อเมื่อได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากเจ้าของข้อมูลที่ให้ไว้ล่วงหน้าหรือในขณะนั้น เว้นแต่เป็นการเปิดเผยจะเป็นการให้ซึ่งจำเป็นเพื่อการป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิตหรือสุขภาพของบุคคล ตามมาตรา 24 (7) แห่งราชบัญญัติข้อมูลข่าวสารราชการ พ.ศ.2540 การเปิดเผยความลับของผู้ป่วยจิตเวชในการประกอบวิชาชีพแพทย์ความไว้วางใจของผู้ป่วยที่มีต่อแพทย์นั้นเป็นเรื่องสำคัญ เพราะในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยนั้น ผู้ป่วยจำเป็นจะต้องรู้อาการเจ็บป่วยและอาการผิดปกติของตนให้แพทย์ทราบ เพื่อจะทำให้แพทย์สามารถวินิจฉัยโรคได้ง่ายขึ้น และสามารถทำการรักษาผู้ป่วยให้หายจากโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การที่ผู้ป่วยยินยอมเล่าอาการเจ็บป่วยและอาการผิดปกติของตนให้แพทย์ทราบผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นว่าแพทย์จะต้องเก็บรักษาอาการป่วยของตนไว้เป็นความลับด้วย เหตุนี้การรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญ แพทย์สภาได้ตระหนักถึงความสำคัญของหน้าที่ในการรักษาความลับของแพทย์จึงได้กำหนดข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่ง

วิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2526 หมวด 3 ข้อ 9 ความว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องไม่เปิดเผยความลับผู้ป่วยซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่ซึ่งการปฏิบัติตามกฎหมายก็เช่น การไปเป็นพยานให้การต่อศาลส่วนการปฏิบัติตามหน้าที่ ต้องเป็นหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยนั้น ได้แก่การประชุมหรือความขอความเห็นในการบำบัดรักษาผู้ป่วยรายนั้น การรายงานโรคติดต่อตามหน้าที่ที่รับผิดชอบ การรายงานความเห็นสภาพบาดแผลหรือความเจ็บป่วยอันเป็นผลจากการกระทำผิดกฎหมาย เป็นต้น ทั้งนี้ แพทย์ผู้ให้ข้อมูลของผู้ป่วยและผู้รับรู้ข้อมูลต่างมีหน้าที่ต้องรักษาความลับของผู้ป่วยไว้ การขาดความความระมัดระวังหรือจงใจให้ข้อมูลความลับของผู้ป่วยล่วงรู้ไปถึงบุคคลที่สามหรือสาธารณชนซึ่งไม่สมควรรับรู้อาจจะเป็นการกระทำความผิดข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งมีผลทำให้แพทย์ต้องถูกดำเนินการสอบสวนเพื่อพิจารณาโทษตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 31 และมาตรา 32

จากการศึกษา ผู้วิจัยเห็นว่าประมวลกฎหมายอาญายังได้บัญญัติความผิดฐานเปิดเผยความลับของแพทย์ไว้ใน มาตรา 323 โดยกฎหมายได้คุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยในการมีสิทธิที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยเคร่งครัด และกฎหมายได้มุ่งเอาผิดกับบุคคลผู้ที่ได้ล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นมาโดยหน้าที่หรือโดยการประกอบวิชาชีพ หรือ โดยเป็นผู้ช่วยในการประกอบอาชีพนั้น ๆ และมีเจตนาที่จะเปิดเผยความลับที่ตนได้ล่วงรู้ได้มา ซึ่งการเปิดเผยความลับนั้นแม้จะยังไม่มีความเสียหายหายเกิดขึ้น แต่ถ้าพิจารณาได้ว่าการเปิดเผยความลับนั้นน่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใดแล้วก็ถือว่าเป็นความผิดสำเร็จ

## 2.3 ความสำคัญของจิตเวชศาสตร์กับการดำเนินคดีอาญา

จิตเวชกับศาสตร์ทางด้านกฎหมายความรู้ในศาสตร์ทั้งสองจะทำให้เกิดความเข้าใจในการปฏิบัติต่อผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งเขาเหล่านั้นเป็นเพื่อนมนุษย์คนหนึ่งมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์แม้ว่าบุคคลเหล่านี้จะกลายเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยในกระบวนการยุติธรรมเขาก็ควรได้รับการรักษาพยาบาลจนมีความสามารถที่จะต่อสู้คดีได้

### 2.3.1 ความสำคัญของจิตเวชศาสตร์กับการสอบสวนฟ้องร้อง

ในการดำเนินคดีอาญากับบุคคลใด บุคคลนั้นจะต้องอยู่ในฐานะที่จะต่อสู้คดีได้ หากบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตขนาดไม่สามารถต่อสู้คดีได้พนักงานสอบสวนจะต้องส่งตัวผู้นั้นไปรับการรักษาก่อนในจุดนี้ศาสตร์ทางด้านจิตเวชมีความสำคัญเป็นอย่างมาก หากพนักงานสอบสวนขาดความรู้ในเรื่องเหล่านี้ก็จะทำให้การดำเนินคดีเป็นไปอย่างไม่ถูกต้อง หากได้นำความรู้

ทางนิติจิตเวชมาช่วยพิจารณาและทำงานร่วมกับจิตแพทย์ผู้ป่วยจิตเวชก็จะได้รับความคุ้มครองตั้งแต่ชั้นต้นของการดำเนินคดี

การพิจารณาคดีของศาลนั้น ศาลจะพิจารณาจากพยานหลักฐานที่คู่ความนำมาสืบโดยศาลจะวางตัวเป็นกลางฟังข้อเท็จจริงจากคู่ความทั้งสองฝ่ายในการพิจารณาคดีอาญา ซึ่งถือหลักการค้นหาความจริง หากมีข้อสงสัยในประเด็นนี้ศาลอาจสั่งให้นำสืบจิตแพทย์ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็น ศาสตร์ทางนิติเวชจะช่วยให้การค้นหาความจริงและการใช้ดุลพินิจในการลงโทษเป็นไปอย่างเหมาะสมกับผู้กระทำผิด

ดังนั้น ในชั้นราชทัณฑ์มีนักโทษที่มีปัญหาทางจิตเวชประปนอยู่ซึ่งอาการนั้น อาจเป็นมาก่อนหรือเป็นภายหลังที่ถูกพิพากษาจำคุกแล้ว การให้นักโทษที่มีปัญหาทางจิตเวชปะปนอยู่ในเรือนจำย่อมไม่เป็นผลดีทั้งแก่ตัวนักโทษและบุคคลในเรือนจำ การส่งตัวนักโทษไปรับการรักษาและปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมเป็นเรื่องที่ควรได้รับการปฏิบัติซึ่งถ้าหากบุคลากรในชั้นราชทัณฑ์มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องดังกล่าวก็จะช่วยให้การปฏิบัติต่อนักโทษที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชเป็นไปอย่างเหมาะสม

**2.3.2 หลักการการคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวชในการดำเนินคดีอาญา**

สาเหตุสำคัญที่ต้องมีมาตรการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวชในการดำเนินคดีอาญา มีเหตุผลสำคัญด้วยกัน 2 ประการคือ

1) สิทธิและความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ถูกกล่าวหา

หลักที่สำคัญประการหนึ่งว่า ผู้ที่ถูกฟ้องเป็นคดีอาญาจะได้รับการสันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้บริสุทธิ์จนกว่าจะมีคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเขามีความผิดโดยการพิจารณาอย่างเป็นธรรมที่ได้กระทำอย่างเปิดเผยและมีหลักประกันให้บุคคลดังกล่าวอย่างเท่าเทียมกันเพื่อให้เขาได้ต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่หรือที่เรียกว่า “Right to a Fair Trial” สิทธิในการต่อสู้คดีของผู้ถูกกล่าวหาแบ่งเป็น 2 ประการคือ

(1) สิทธิของผู้ร่วมคดีในทางการกระทำ (Aktivbeteitligter) ได้แกสิทธิที่จะอยู่ร่วมด้วยในการดำเนินคดีสิทธิที่จะมีทนายความช่วยเหลือ และสิทธิที่จะให้การแก้ข้อกล่าวหา

(2) สิทธิอย่างร่วมคดีในทางอยู่เฉย (Passivbeitegter) หมายถึงสิทธิในการตัดสินใจโดยอิสระว่าจะให้การหรือไม่ให้การอย่างไรก็ได้และถ้อยคำของผู้ถูกกล่าวหาที่จะใช้ยันผู้นั้นได้จะต้องเป็นถ้อยคำที่มิได้เกิดขึ้นจากหลอกลวง ข่มขู่ ให้สัญญา หรือจากการกระทำที่มิชอบ จึงต้องมีการตรากฎหมายขึ้นเป็นมาตรฐานให้เจ้าหน้าที่ของรัฐปฏิบัติเพื่อให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยได้รับความคุ้มครองตามสิทธิที่ตนมีและยังรวมถึงการมีความสามารถที่จะใช้สิทธิของตนที่มีในการต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่เมื่อการดำเนินคดีอาญาของไทยในปัจจุบันโน้มเอียงไปในระบบกล่าวหาเป็นหลัก แต่

ผู้ป่วยจิตเวชคือผู้มีอาการเกี่ยวกับจิตหรือประสาทที่ผิดปกติเมื่อต้องถูกดำเนินคดีอาญาที่มีกระบวนการสอบสวนโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีการดำเนินคดีในศาลที่เข้มงวดยิ่งกว่าในทางแพ่ง สภาวะดังกล่าวมักสร้างความกดกันและความเครียดอย่างมากให้กับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งไม่สามารถทนต่อสภาพกดดันและการกระตุ้นต่อสิ่งเร้าได้เท่ากับคนปกติธรรมดา นอกจากนี้ อาการทางจิตยังทำให้ความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจผิดปกติไปจากที่ควรจะเป็นทำให้ผู้ป่วยไม่อาจใช้สิทธิในการต่อสู้คดีได้ในระดับที่เท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ดังนั้นในการดำเนินคดีอาญาจึงต้องมีมาตรการที่ให้ความคุ้มครองเป็นพิเศษ

2) สิทธิที่จะได้รับการรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์

แม้ผู้ต้องหาหรือจำเลยจะเป็นผู้ที่กระทำความผิดทางอาญา แต่เมื่อเจ็บป่วยย่อมมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์สิทธิดังกล่าวได้รับการรับรองเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิมนุษยชนในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนซึ่งบัญญัติว่า “บุคคลมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพที่เพียงพอสำหรับสุขภาพและความอยู่ดีของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การรักษาพยาบาลและบริการสังคมที่จำเป็นและสิทธิในความมั่นคงในกรณีว่างงาน เจ็บป่วย ทุพพลภาพ เป็นหม้าย วัยชรา หรือการขาดปัจจัยในการเลี้ยงชีพอื่นใดในสถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือการควบคุมของตน สำหรับประเทศไทยยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายที่รับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชโดยตรง มีเพียงข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งออกตามความในพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 บัญญัติควบคุมไว้อย่างกว้าง ๆ และมีสิทธิของผู้ป่วย 10 ประการซึ่งบัญญัติรับรองเป็นหลักทั่วไปให้ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิที่จะได้รับบริการด้านสุขภาพตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ และมีสิทธิที่จะได้รับบริการจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากความแตกต่างด้าน ฐานะ เชื้อชาติสัญชาติศาสนา สังคม ลัทธิ การเมือง เพศ อายุและลักษณะของความเจ็บป่วย

ยกตัวอย่างการดำเนินคดีต่อผู้ป่วยจิตเวช

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 928/2499[3] “คดีปืนลั่นจากมือจำเลย” ในขณะที่จำเลยกำลังเป็นลมบ้าหมูไม่รู้สึกตัวไปถูกผู้เสียหายเข้า จำเลยไม่มีผิดฐานพยายามฆ่าคนหรือทำร้ายร่างกาย โจทก์ฟ้องว่าจำเลยยิงนายเทาโดยเจตนาฆ่าแต่นายเทาไม่ถึงตายขอให้ลงโทษตามกฎหมายอาญา มาตรา 249, 256, 60 จำเลยให้การปฏิเสธ

“ศาลชั้นต้นและศาลอุทธรณ์” พิพากษาต้องกันให้จำคุกจำเลยตามกฎหมายอาญา มาตรา 249, 60, 59 หกปีแปดเดือน

---

[3] คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 928/2499

"จำเลยฎีกา" ศาลฎีกาฟังข้อเท็จจริงว่าจำเลยเป็นลมบ้าหมูมีอาการวิกลจริตขึ้นในเวลาจำเลยชัด ถ้าไม่ชัดก็เป็นคนปกติ ยังสามารถต่อสู้คดีได้

จากการศึกษา ผู้วิจัยเห็นว่าในขณะเกิดเหตุจำเลยเป็นลมบ้าหมูจริง ไม่มีเหตุที่จะให้เห็นว่าจำเลยตั้งใจยิงนายเทา ปืนได้ลั่นในขณะที่จำเลยไม่มีความรู้สึก พิพากษากลับให้ยกฟ้อง ทั้งนี้กำหนดให้ศาลทำการพิจารณาต่อไปได้ แม้จะปรากฏในรายงานแพทย์ว่าจำเลยวิกลจริต แต่จำเลยยังต่อสู้คดีได้

ศาลอุทธรณ์สหรัฐอเมริกา[4]

"สำนักข่าวเอเอฟพี" เมื่อวันที่ 3 ธันวาคม ค.ศ. 2014 รายงานจากศาลอุทธรณ์สหรัฐฯ ซึ่งพิพากษาให้งดการบังคับคดีผู้ป่วยจิตเภทคนหนึ่ง เพียงไม่กี่ชั่วโมงก่อนที่เขาจะถูกประหารชีวิตด้วยการฉีดยา ในมลรัฐเทกซัส จาเลยซึ่งมีอาการป่วยทางจิตมานาน 3 ทศวรรษผู้นี้ มีกาหนดจะถูกประหารชีวิตฐานจ่อยิงพ่อตาแม่ยายในระยะประชิดเมื่อปี ค.ศ. 1992 หลังจากถูกภรรยาตีตัวออกห่าง จาเลยแสดงอาการป่วยทางจิตเภทมานานหลายปี ก่อนที่เขาจะกระทาความผิด ซึ่งเป็นสิ่งที่ส่งผลต่อสติสัมปชัญญะของเขา และทวีความเลวร้ายขึ้นเรื่อย ๆ ในช่วงไม่กี่ปี ศาลมีคาสั่งงดประหารตามรัฐบัญญัติฉบับหนึ่ง ซึ่งอนุญาตให้สงวนอานาจศาลในการบังคับคดี และห้ามไม่ให้มีการอุทธรณ์คาสั่งศาลต่อหน่วยงานอื่นใด

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 371/2527 ก่อนเกิดเหตุจำเลยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประสาทขณะเกิดเหตุอาการป่วยเป็นโรคจิตจากพิษสุรากำเริบขึ้นอีกมีอาการประสาทหลอนหวาดระแวงกลัวคนจะทำร้าย ผู้ตายซึ่งเป็นภริยาอยู่กินกันมาด้วยความเรียบร้อยไม่เคยมีเหตุทะเลาะวิวาทบาดหมางกัน จึงพาจำเลยไปรักษาที่บ้านบิดาจำเลย ขณะนั่งคุยกันอยู่ที่แคร่ไม้ข้างล่าง จำเลยใช้มีดเชือดคอและฟันทำร้ายผู้ตายมีคนพบจำเลยนั่งงุนงงอยู่ใกล้ ๆ ดังนั้น จำเลยได้กระทำผิดในขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบ ไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะโรคจิตจากพิษสุราจำเลยไม่ต้องรับโทษในความผิดตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 288 และมาตรา 65 วรรคแรก

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 6861/2555 แม้ขณะผู้ร้องยื่นฎีกา ผู้เยาว์อยู่ในความดูแลของสถานสงเคราะห์เนื่องจากศาลล่างมีคำสั่งคุ้มครองสวัสดิภาพ แต่ไม่ได้หมายความว่าผู้ถูกร้องซึ่งเป็นบิดาจะพ้นจากภาระหน้าที่และความรับผิดชอบต่อผู้เยาว์ ดังนั้นเมื่อศาลเห็นว่าพฤติการณ์ของผู้ถูกร้องอยู่ในภาวะที่สามารถแก้ไขได้ เพียงแต่ต้องใช้เวลาในการปรับตัวเองและได้รับการเตรียมความพร้อมให้มีทักษะในการเลี้ยงดูผู้เยาว์อย่างเหมาะสม การเข้ารับการตรวจประเมินกับแพทย์ทางจิตเวชถือเป็นการเข้ารับคำปรึกษา เพื่อให้ผู้ถูกร้องมีทัศนคติต่อตนเองและผู้เยาว์อย่างถูกต้อง ดังนั้น

---

[4] ธัชชัย ควรเดชะคุปต์. (2564). การคุ้มครองสิทธิในการดำเนินคดีของผู้ป่วยทางจิต: กรณีศึกษาด้านนิติเวชศาสตร์. ***วารสารเกษมบัณฑิต***, 22(1). หน้า 61-74.

ศาลล่างทั้งสองให้ผู้ถูกร้องไปรับการตรวจประเมินกับแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทักษะในการเลี้ยงดูบุตร โดยให้ผู้ถูกร้องอยู่ในกำกับดูแลของพนักงานเจ้าหน้าที่ตาม พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ.2546 จึงนับว่าเหมาะสมแก่รูปคดีแล้ว

คำพิพากษาศาลฎีกาที่ 10113/2554 จำเลยป่วยมีภาวะทางจิตบกพร่องด้วยโรคซึมเศร้าอย่างรุนแรงและมีอาการกำเริบ เนื่องจากทะเลาะมีปากเสียงกับผู้ตายจึงเกิดโทสะใช้อาวุธมีดแทงผู้ตายซ้ำหลายครั้งอันมีลักษณะลงมือแทงผู้ตายเพื่อให้ถึงแก่ความตายเท่านั้น โดยไม่ปรากฏข้อเท็จจริงอื่นที่แสดงให้เห็นว่าจำเลยมีเจตนาให้ผู้ตายได้รับความทุกข์ทรมานก่อนถึงแก่ความตาย การกระทำของจำเลยจึงไม่เป็นการฆ่าผู้อื่นโดยทรมานหรือโดยกระทำทารุณโหดร้าย ตาม ป.อ. มาตรา 289 (5) โจทก์ร่วมทั้งสองยื่นคำร้องขอให้บังคับจำเลยชดใช้ค่าสินไหมทดแทนตาม ป.วิ.อ. มาตรา 44/1 วรรคหนึ่ง โดยมิได้ขอให้ชำระดอกเบี้ยศาลชั้นต้นพิพากษาให้จำเลยชดใช้ค่าสินไหมทดแทนพร้อมดอกเบี้ยอัตราร้อยละ 7.5 ต่อปี นับถัดจากวันฟ้องแก่โจทก์ร่วมทั้งสองจึงเป็นการพิพากษาเกินคำขอ

## 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชนของประเทศไทย [5]

ในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันได้บัญญัติถึงสิทธิในการได้รับการปฏิบัติของผู้ป่วยเอาไว้ โดยคำนึงถึงหลักการสิทธิที่จะได้รับการบริการเพื่อสุขภาพ สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา ในขณะเดียวกัน ข้อเท็จจริงทางการแพทย์ก็มีส่วนสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการรักษาพยาบาล หากข้อมูลทั้งสองด้านไม่ได้ถูกเปิดเผยและนำไปปฏิบัติ จะมีผลทำให้คดีความทางการแพทย์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

### 2.4.1 ความหมายทางกฎหมาย

สิทธิมนุษยชน (Human Right) หมายถึง สิทธิที่มนุษย์ทุกคนมีความเท่าเทียมกัน มีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาคของบุคคลที่ได้รับการรับรอง ทั้งความคิดและการกระทำที่ไม่มีการล่วงละเมิดได้ โดยได้รับการคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย และสนธิสัญญาระหว่างประเทศ มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งได้การรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ไว้ และกำหนดให้รัฐบาล ส่วนราชการ หน่วยงานของรัฐดำเนินการปฏิบัติงานตามอำนาจหน้าที่ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของประชาชนทุกคน

---

[5] สิทธิพร ศรีนวลนัด. (2560). ***หลักสิทธิมนุษยชนกับการรักษาผู้ป่วย.*** เอกสารวิชาการส่วนบุคคลการอบรมหลักสูตรหลักนิติธรรมเพื่อประชาธิปไตย รุ่นที่ 5 วิทยาลัยศาลรัฐธรรมนูญ สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ. หน้า 1.

**2.4.2 หลักการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน**

สังคมไทยปัจจุบันเป็นสังคมที่ต่างเชื้อชาติ ศาสนา เผ่าพันธุ์ สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างสันติ จนกลมกลืนเป็นหนึ่งเดียวในความเป็นไทยโดยไม่มีการแตกแยก ยอมรับความหลากหลาย มีจิตใจเอื้อเฟื้อเกื้อกูลกัน จึงไม่มีการละเมิดสิทธิมนุษยชนในเรื่องการแบ่งชนชั้น หรือเผ่าพันธุ์ แต่การละเมิดสิทธิมนุษยชนก็ยังปรากฏอย่างต่อเนื่อง เช่น การละเมิดสิทธิเด็ก เช่น การละเมิดทางเพศ แรงงาน ยาเสพติด อบายมุข ความรุนแรงในการลงโทษ การละเมิดสิทธิสตรี ในสังคมไทยยังปรากฏการใช้ความรุนแรงต่อผู้หญิงในครองครัว ความรุนแรงทางเพศในที่สาธารณะ ที่บ้าน ที่ทำงาน สถานกักกัน การล่อลวงทางอินเตอร์เน็ต โรงภาพยนตร์ บนรถเมล์ ดังนั้น การเข้ามามีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน บุคคลควรมีส่วนร่วมในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนในสังคมไทย ดังต่อไปนี้

1) ศึกษาเรื่องสิทธิมนุษยชนในสังคมไทยที่พัฒนาความรู้ ทักษะ ค่านิยมในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

2) ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของตนเอง บุคลิกภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเต็มที่

3) มีส่วนร่วมในกิจกรรมของชาติบ้านเมืองอย่างมีอิสรเสรีภาพ

4) ใช้สิทธิทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมให้มีประสิทธิภาพ

5) ศึกษาหาความรู้เกี่ยวกับองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชนในประเทศไทย

องค์กรที่เกี่ยวข้องกับสิทธิมนุษยชน มีดังนี้

1) คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

2) ศาลต่าง ๆ ได้แก่ศาลรัฐธรรมนูญ ศาลยุติธรรรม ศาลปกครอง และศาลทหาร

3) มูลนิธิเพื่อพัฒนาเด็ก

4) มูลนิธิสงเคราะห์เด็กยากจน ซี.ซี. เอฟ

5) มูลนิธิศูนย์พิทักษ์สิทธิเด็ก

6) มูลนิธิปวีณาหงสกุลเพื่อเด็กและสตรี

ดังนั้น การปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน ได้แก่ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนและกฎหมายระหว่างประเทศด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบุคคลที่จะได้รับการรักษาพยาบาลเมื่อยามเจ็บป่วยโดยเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ไม่ว่าด้านเชื้อชาติ ภาษา สีผิว เพศ ศาสนา และการเมือง เป็นต้น

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ฉบับชั่วคราว พ.ศ. 2557 มาตรา 4 บัญญัติว่า “ภายใต้บังคับบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญนี้ ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ และความเสมอภาค

บรรดาที่ชนชาวไทยเคยได้รับการคุ้มครองตามประเพณีการปกครองประเทศไทยในระบอบประชาธิปไตย อันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข และตามพันธกรณีระหว่างประเทศที่ประเทศไทยมีอยู่แล้วย่อมได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญนี้" รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2550 ได้กำหนดสิทธิมนุษยชนด้านสาธารณสุขให้กับประชาชนไว้ในมาตรา 51 ไว้ว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่เหมาะสมและได้มาตรฐานและ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการบริการทางสาธารณสุขจากรัฐอย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐอย่างเหมาะสม โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและทันต่อเหตุการณ์" แต่เนื่องจากมาตรา 51 นี้ เป็นบทบัญญัติซึ่งอยู่ในหมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย ดังนั้น มาตรานี้จึงรับรองเฉพาะสิทธิของชนชาวไทยหรือผู้ที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น แต่อย่างไรก็ตามมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะมีสัญชาติหรือสถานะใด มีสิทธิที่จะเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขเช่นเดียวกันตามที่ ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน พ.ศ. 2491 และกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ระบุไว้

**2.4.3 สิทธิได้รับการปฏิบัติทางกฎหมายตามรัฐธรรมนูญ**

1) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับบริการเพื่อสุขภาพ (the rights to health care) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยควรได้รับการรักษาพยาบาลโดยมาตรฐานวิชาชีพของผู้ที่มีหน้าที่รักษา

2) สิทธิที่จะรับรู้ข้อมูลข่าวสารจากแพทย์ผู้รักษา (the rights to information) หมายถึงผู้ป่วยมีสิทธิที่จะรับรู้อาการเจ็บป่วย วิธีรักษา ผลดี ผลเสียที่อาจจะมีขึ้น โดยแพทย์มีหน้าที่ต้องอธิบายให้ผู้ป่วยทราบเมื่อผู้ป่วยรับรู้แล้วยอมรับการรักษาจากแพทย์ ความยินยอมของผู้ป่วยนั้นจึงจะมีผลตามกฎหมาย ซึ่งเรียกว่า "ความยินยอมภายหลังจากได้รับการบอกกล่าว (informed consent)" เพราะเมื่อแพทย์ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว แพทย์มีสิทธิกระทำต่อร่างกายของผู้ป่วยตามกรรมวิธีรักษาของแพทย์ประเภทนั้นได้

3) สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษา (the patient's right to refuse treatment) หากเกิดกรณีหมดทางรักษาจริง ๆ แล้วแพทย์สามารถงดใช้เครื่องมือต่าง ๆ ที่จะช่วยผู้ป่วยได้ เพียงแต่ดูแลให้ถึงแก่ความตายตามธรรมชาติ แพทย์จะกระทำได้ก็ต่อเมื่อเป็นเจตนาของผู้ป่วยและผู้ป่วยใช้สิทธิปฏิเสธการรักษา

4) สิทธิส่วนบุคคล (privacy right) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนไว้เป็นความลับ ตามมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ได้ให้ความหมายของคำด้านสุขภาพไว้ ดังนี้ (ราชกิจจานุเบกษา, 2550ข) "สุขภาพ" หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

**2.4.4 สิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย**

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากกระบวนการ และตระหนักถึงความสำคัญของการให้ความร่วมมือกับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ แพทยสภาสภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบาบัด สภาเทคนิคการแพทย์และคณะกรรมการการประกอบโรคศิลปะ จึงได้ร่วมกันออกประกาศรับรองสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย ไว้ดังต่อไปนี้

สิทธิของผู้ป่วย

1) ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ

2) ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสียจากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ ด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพปฏิบัติต่อตน เว้นแต่ในกรณีฉุกเฉิน อันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

3) ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตมีสิทธิได้รับการช่วยเหลือรีบด่วนจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยทันทีตามความจา เป็นแก่กรณีโดยไม่ต้องคานึงว่าผู้ป่วยจะร้องขอความช่วยเหลือหรือไม่

4) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบชื่อ สกุล และวิชาชีพของผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน

5) ผู้ป่วยมีสิทธิขอความเห็นจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอื่นที่มิได้เป็นผู้ให้การรักษาพยาบาลแก่ตน และมีสิทธิในการขอเปลี่ยนผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพหรือเปลี่ยนสถานพยาบาลได้ทั้งนี้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ของสิทธิการรักษาของผู้ป่วยที่มีอยู่

6) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย

7) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทาวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ

8) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเฉพาะของตนที่ปรากฏในเวชระเบียนเมื่อร้องขอตามขั้นตอนของสถานพยาบาลนั้น ทั้งนี้ข้อมูลดังกล่าวต้องไม่เป็นการละเมิดสิทธิหรือข้อมูลข่าวสารส่วนบุคคลของผู้อื่น

9) บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม อาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุยังไม่เกินสิบแปดปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย

1) สอบถามเพื่อทำความเข้าใจข้อมูลและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นก่อนลงนามให้ความยินยอม หรือไม่ยินยอมรับการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษาพยาบาล

2) ให้ข้อมูลด้านสุขภาพและข้อเท็จจริงต่างๆ ทางการแพทย์ที่เป็นจริงและครบถ้วนแก่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพในกระบวนการรักษาพยาบาล

3) ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตัวตามคาแนะนาของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเกี่ยวกับ การรักษาพยาบาล ในกรณีที่ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ให้แจ้งผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพทราบ

4) ให้ความร่วมมือและปฏิบัติตามระเบียบข้อบังคับของสถานพยาบาล

5) ปฏิบัติต่อผู้ประกอบวิชาชีพ ผู้ป่วยรายอื่น รวมทั้งผู้ที่มาเยี่ยมเยียน ด้วยความสุภาพให้เกียรติและไม่กระทำสิ่งที่รบกวนผู้อื่น

6) แจ้งสิทธิการรักษาพยาบาลพร้อมหลักฐานที่ตนมีให้เจ้าหน้าที่ของสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องทราบ

7) ผู้ป่วยพึงรับทราบข้อเท็จจริงทางการแพทย์ดังต่อไปนี้

7.1) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพที่ได้ปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรฐานและจริยธรรมย่อมได้รับความคุ้มครองตามที่กฎหมายกาหนดและมีสิทธิได้รับความคุ้มครองจากการถูกกล่าวหาโดยไม่เป็นธรรม

7.2) การแพทย์ในที่นี้ หมายถึง การแพทย์แผนปัจจุบันซึ่งได้รับการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์ โดยองค์ความรู้ในขณะนั้นว่ามีประโยชน์มากกว่าโทษสาหรับผู้ป่วย

7.3) การแพทย์ไม่สามารถให้การวินิจฉัย ป้องกัน หรือรักษาให้หายได้ทุกโรคหรือทุกสภาวะ

7.4) การรักษาพยาบาลทุกชนิดมีความเสี่ยงที่จะเกิดผลอันไม่พึงประสงค์ได้ นอกจากนี้ เหตุสุดวิสัยอาจเกิดขึ้นได้ แม้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพจะใช้ความระมัดระวังอย่างเพียงพอ ตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ในการรักษาพยาบาลนั้นๆ แล้ว

7.5) การตรวจเพื่อการคัดกรอง วินิจฉัย และติดตามการรักษาโรค อาจให้ผลที่คลาดเคลื่อนได้ด้วยข้อจากัดของเทคโนโลยีที่ใช้ และปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้ตามมาตรฐานการปฏิบัติงาน

7.6) ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพมีสิทธิใช้ดุลพินิจในการเลือกกระบวนการรักษาพยาบาลตามหลักวิชาการทางการแพทย์ ตามความสามารถและข้อจำกัดตามภาวะวิสัยและพฤติการณ์ที่มีอยู่ รวมทั้งการปรึกษาหรือส่งต่อโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์โดยรวมของผู้ป่วย

7.7) เพื่อประโยชน์ต่อตัวผู้ป่วย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพอาจให้คำแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามความเหมาะสม ทั้งนี้ ผู้ป่วยต้องไม่อยู่ในสภาวะฉุกเฉินอันจำเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

7.8) การปกปิดข้อมูลด้านสุขภาพ และข้อเท็จจริงต่างๆ ทางการแพทย์ของผู้ป่วยต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ อาจส่งผลเสียต่อกระบวนการรักษาพยาบาล

7.9) ห้องฉุกเฉินของสถานพยาบาล ใช้สาหรับผู้ป่วยฉุกเฉินอันจาเป็นเร่งด่วนและเป็นอันตรายต่อชีวิต

**2.4.5 สิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาล**

สิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา (The patient' right to refuse treatment) นี้ เป็นข้อวิพากษ์วิจารณ์กันมากทั้งในด้านการแพทย์และในด้านกฎหมายว่าผู้ป่วยมีสิทธิที่จะ ปฏิเสธการใช้เครื่องมือทางด้านการแพทย์หรือทางด้านวิทยาศาสตร์ที่มีส่วนช่วยในการยืดชีวิต จากการตายตามธรรมชาติ (ซึ่งหากไม่มีเครื่องมือเหล่านี้ แล้วผู้ป่วยจะต้องตายอย่างสงบภายในเวลาอันสั้น) ได้หรือไม่ หรือผู้ป่วยมีสิทธิที่จะขอตายอย่างสงบเมื่อถึงเวลาอันสมควรโดยไม่ ต้องการให้แพทย์ให้เครื่องมือเพื่อยืดการตายของผู้ป่วยออกไปได้หรือไม่

กรณีตัวอย่างใน ประเทศสหรัฐอเมริกาคือ นายแพทย์ Jack Kevorkian[6] คิดประดิษฐ์เครื่องมือฆ่าตัวตายให้ผู้ป่วย ให้ใช้ฆ่าตัวตัวเองให้พ้นทุกข์ทรมานโดยไม่เจ็บปวดจนนายแพทย์ผู้นี้ถูกดำเนินคดีหลายคดีได้รับ สมญานามว่า Dr. Dead ซึ่งเรื่องนี้เป็นความขัดแย้งระหว่างธรรมจรรยา (Ethic) 2 หลัก คือ

1) หลักให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ต่อไปเรื่อย ๆ จนตายไปเอง (Sanctity of human life) และ

2) หลักที่ผู้ป่วยมีสิทธิทำลายชีวิตตนเองได้ (The right of self-determination) ซึ่งสามารถพิจารณาได้ 2 ประเด็นดังนี้

กรณีที่ 1 หากเป็นกรณีที่หมดทางรักษาผู้ป่วยจริง ๆ แพทย์สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยถึง แก่ความตายโดยสงบ โดยไม่นำเครื่องมือต่าง ๆ มาช่วยยืดชีวิตออกไปซึ่งเรียกว่า “passive euthanasia” ยิ่งถ้าผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ด้วยแพทย์ก็สามารถทำได้เท่ากับว่าผู้ป่วยได้ใช้สิทธิ

---

[6] สรัณยา เปรื่องวงศ์. (2558). ***ปัญหาในการดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยจิตเวช.*** เอกสารวิชาการส่วนบุคคลการอบรมหลักสูตร ผู้พิพากษาผู้บริหารในศาลชั้นต้น รุ่นที่ 14 สถาบันพัฒนาข้าราชการฝ่ายตุลาการศาลยุติธรรม สำนักงานศาลยุติธรรม. หน้า 9.

ปฏิเสธการรักษา หน้าที่ของแพทย์ในการรักษาก็จะสิ้นสุดลง และดำเนินการไปตามเจตนารมณ์ ของผู้ป่วย ซึ่งในแง่มุมของกฎหมายแล้ว แพทย์คงจะไม่มีความผิดฐานใด

การปฏิเสธการรักษาโดยของดใช้เครื่องมือสมัยใหม่เพื่อช่วยชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจ การเจาะคอเพื่อใส่ท่อออกซิเจน แล้วมีผลให้ผู้ป่วยตามสภาวะของโรคก็ถือเป็นสิทธิที่จะตายของ ผู้ป่วย ซึ่งเรียกว่าการปล่อยให้ผู้ป่วยตายอย่างสงบ ซึ่งเกิดขึ้นทั่วไปในสังคมตะวันตกโดยไม่ผิดกฎหมาย ซึ่งบางรายถึงขนาดงดการให้อาหารและของเหลวอื่นที่ต้องให้โดยเทคนิคทาง การแพทย์ต่าง ๆ เพราะผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานได้เองดังตัวอย่างที่เกิดขึ้นในประเทศ อังกฤษว่า ผู้ป่วยชื่อโทนี่ แบลนด์ ได้รับบาดเจ็บถูกกระแทกศีรษะในการแข่งขันฟุตบอลแห่งหนึ่ง ในระยะแรกที่เขาได้รับการช่วยชีวิตโดยใช้เครื่องช่วยชีวิต อาการดีขึ้นเล็กน้อย ต่อมาแพทย์ วินิจฉัยว่าเขาอยู่ในภาวะอย่างพืช ไม่มีโอกาสฟื้นอีกได้แพทย์ที่รักษาแบลนด์จึงยื่นคำร้องต่อ

ศาลให้สั่งว่าการเลิกการรักษาทุกชนิดแล้วปล่อยให้เขาตายเป็นการกระทำที่ถูกกฎหมายหลายเดือนต่อมาประเด็นข้อกฎหมายดังกล่าวไปสู่การพิจารณาคดีของศาลสูงสุดในอังกฤษ และศาลวินิจฉัยว่า การรักษาโดยให้สารอาหารและน้ำเป็นการรบกวนผู้ป่วยเพราะเป็นวิธีการที่กระทำเข้าไปในร่างกายซึ่งการจะดำเนินการต่อไปดูจะไร้ประโยชน์ทางการแพทย์จึงให้งดเสียได้หลังจากหยุดการรักษาไม่นาน แบลนด์ก็ถึงแก่กรรมอย่างสงบเวลาต่อมา

กรณีที่ 2 กรณีนี้เป็นปัญหามากทั้งในด้านการแพทย์และในด้านกฎหมายกล่าวคือ หากปรากฏว่าเป็นกรณีที่ไม่มีทางรักษาผู้ป่วยได้เพียงแต่ยืดการตายของผู้ป่วยออกไปเท่านั้น ซึ่งกรณีดังกล่าวถ้าแพทย์ได้ใช้ยาหรือหยุดเครื่องช่วยหายใจ หรือใช้วิธีอื่นใดให้ผู้ป่วยถึงแก่ความ ตายโดยสงบ เพื่อให้พ้นจากสภาพที่ทุกข์ทรมานซึ่งเรียกว่า “active euthanasia”[7] แพทย์จะ สามารถทำได้หรือไม่นั้น ปัญหานี้ยังเป็นปัญหาที่โต้แย้งกันอยู่ โดยมุมมองของกฎหมายแล้วถือ ว่าการกระทำของแพทย์เป็นการเร่งการตายของบุคคลเข้าลักษณะเป็นการกระทำผิดในทางกฎหมายอาญาแพทย์อาจมีความผิดฐานฆ่า คนตายโดยเจตนาได้ซึ่งเห็นว่าแพทย์ไม่ควรกระทำ การหยุดการใช้เครื่องมือเพื่อช่วยยืดการตายของผู้ป่วยด้วยตนเอง แต่แพทย์ควรจะแนะนำให้ ญาติของผู้ป่วยรับรู้และยอมรับสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย เพื่อให้ยกเลิกการดำเนินการรักษา ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยถึงแก่ความตายอย่างสงบ พ้นจากสภาพความทุกข์ทรมาน หรือแนะนำ ให้ญาติของผู้ป่วยนำตัวผู้ป่วยกลับไปรักษาเองต่อที่บ้าน ซึ่งสามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลลงได้แต่ปัญหาอยู่ที่แพทย์จะสามารถแนะนำญาติของผู้ป่วยได้ดีหรือไม่เพียงใด นั้นขึ้นอยู่ที่ความสามารถของแพทย์แต่ละท่าน แต่อย่างไรก็ตาม หากญาติของผู้ป่วยยังคงยืนยันให้แพทย์ทำการรักษา และใช้เครื่อองมือช่วยยืดการ

[7] สรัณยา เปรื่องวงศ์. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 6. หน้า 58.

ตายของผู้ป่วยต่อไป แพทย์ก็คงจะต้อง ดำเนินการรักษาตามสภาพของผู้ป่วยต่อไปอยู่นั้นเอง มิฉะนั้นแล้วแพทย์ก็อาจจะต้องรับผิดในทางอาญาได้

ดังนี้ กรณีผู้ป่วยจิตเวชปฏิเสธการรักษาหรือขาดความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชไม่สมัครใจเข้ารับการรักษาหรือไม่รู้ว่าตนเองป่วย ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจิตเวชจึงมักจะปฏิเสธการรักษาหรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ในประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษแก้ปัญหานี้โดยการตั้งบุคคลอื่นที่มีความเหมาะสมเป็นผู้ตัดสินใจแทนผู้ป่วย (Decision making or a second opinion) โดยพิจารณาว่าวิธีการรักษาตามที่แพทย์ กำหนดจะทำให้อาการป่วยทางจิตของผู้ป่วยบรรเทาลงหรือป้องกันมิให้สภาพจิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ซึ่งหากผู้ป่วยมีสภาพจิตปกติแล้วจะต้องยินยอมให้แพทย์ใช้วิธีการรักษาตามที่กำหนดอย่าง แน่นอน สำหรับการรักษาในกรณีฉุกเฉินแพทย์สามารถรักษาได้ทุกวิธีโดยไม่ต้องได้รับความ ยินยอมจากผู้ป่วย

## 2.5 แนวคิดและทฤษฎีแนวจิตวิทยา

ทฤษฎีแนวจิตวิทยาสามารถนำไปใช้อธิบายสาเหตุอาชญากรรมในกระบวนทัศน์ด้านสภาพจิตใจของอาชญากร โดยให้เหตุผลว่า มนุษย์ประกอบอาชญากรรมเนื่องจากถูกกระตุ้น หรือเร่งเร้าจากสภาพแวดล้อม ทำให้ แสดงออกพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนหรือผิดกฎหมาย ซึ่งตนเองไม่สามารถควบคุมได้ อาชญากรรมที่สามารถอธิบายโดยทฤษฎีแนวจิตวิทยาที่พบเห็นบ่อยครั้ง[8]ได้แก่

1) การกระทำผิดเนื่องจากความผิดปกติทางจิตที่บุคคลไม่สามารถ ควบคุมตนเองได้ เช่น ผู้นำลัทธิ ความเชื่อบางอย่าง ฆาตกรรมต่อเนื่อง ฯลฯ

ในรอบหลายปีที่ผ่านมามีอาชญากรหลายคนที่กระทำผิดลงไป และศาลเชื่อว่ากระทำผิดในขณะไม่รู้สติสัมปชัญญะ หรือไม่รู้ตัวขณะกระทำผิด ตัวอย่าง ได้แก่กรณี จอห์น ฮิคเลย์ ที่ได้ลอบสังหารประธานาธิบดีโรแนล รีแกน เมื่อวันที่ 31 มีนาคม ค.ศ. 1981 เมื่อถูกจับกุมและดำเนินคดีได้ต่อสู้คดีว่ากระทำผิดใน ขณะวิกลจริต ซึ่งต่อมาศาลได้พิพากษายกฟ้อง ฮิคเลย์ เนื่องจากวิกลจริต

นอกจากนี้ทฤษฎีแนวนี้มักถูกนำไปอธิบายสาเหตุของการเป็นฆาตกร ต่อเนื่อง (Serial Killer) ว่าเป็นบุคคลที่กระทำผิดเนื่องจากกระทำตามจิตใต้สำนึก ของตนเอง เช่น แกรี่ ลิเวย์ ฆาตกรที่ได้ยอมรับว่าได้ฆ่าผู้หญิงจำนวนกว่า 48 คน เหตุเกิดในเมืองซีแอตเทิล สหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1981 จนกระทั่งถูกจับกุม และดำเนินคดีเมื่อปี ค.ศ. 2004 ลิเวย์ ขึ้นศาลในสภาพที่ไม่สะทก

---

[8] ปกรณ์ มณีปกรณ์. (2555). ***ทฤษฎีอาชญาวิทยา.*** กรุงเทพฯ: เวิลด์เทรด. หน้า 219-223.

สะท้านต่อความ ผิดที่ได้กระทำ และสารภาพว่าฆ่าเหยื่อผู้หญิงทั้ง โดยไม่มีความรู้สึกสงสารต่อเหยื่อ เนื่องจากตนเองเกลียดโสเภณี 48 คน ซึ่งส่วนมากเป็นโสเภณี

2) การกระทำผิดไม่ร้ายแรงแต่กระทำเป็นประจำ เช่น ลักทรัพย์ หรือ ทำลายทรัพย์สิน ยังมีบุคคลอีกจำนวนมากที่กระทำผิดอาญาที่ไม่ร้ายแรง แต่กระทำเป็น ประจำสม่ำเสมอ เมื่อถูกจับกุมดำเนินคดี แม้ว่าจะยอมรับสารภาพว่ากระทำผิด แต่ก็ไม่ทราบว่าตนเองกระทำผิดไปเนื่องจากเหตุผลใด นักจิตวิทยาได้อธิบายว่า เนื่องจากแรงกระตุ้นของจิตสำนึก ตัวอย่างความผิดเหล่านี้ได้แก่ การลักทรัพย์ใน ห้างสรรพสินค้า หรือการทำลายทรัพย์สินสาธารณะ ฯลฯ

3) การกระทำผิดทางเพศเนื่องจากความผิดปกติด้านจิตใจ สังคมปัจจุบันกำลังประสบปัญหาด้านพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ ซึ่งนับ วันจะมีแพร่หลาย ทั้งปริมาณและรูปแบบความเบี่ยงเบน เช่น การข่มขืน อนาจาร รักร่วมเพศ การมีเพศสัมพันธ์กับเด็กหญิงหรือชาย การโชว์อวัยวะเพศ การมีเพศ สัมพันธ์กับสัตว์ ฯลฯ พฤติกรรมเหล่านี้สามารถนำทฤษฎีแนวจิตวิทยามาอธิบาย ได้ว่าเกิดจากความต้องการของจิตใต้สำนึกที่บุคคลไม่สามารถป้องกัน หรือระงับ ความต้องการได้ จึงแสดงออกพฤติกรรมดังกล่าวออกไป

นอกจากพฤติกรรมอาชญากรรมข้างต้นแล้ว ทฤษฎีแนวจิตวิทยาสามารถ อธิบายอาชญากรรมที่เกิดจากความเคียดแค้นหรือความรัก ตลอดจนบุคคลที่มี บุคลิกภาพต่อต้านสังคมได้เช่นกัน ตัวอย่างเช่น กรณีนักศึกษาแพทย์ชายหลงรัก เพื่อนร่วมชั้นเรียนอย่างลุ่มหลงแต่ฝ่ายหญิงไม่สนใจเนื่องจากมีแฟนอยู่แล้ว ทำให้นักศึกษาแพทย์ชายได้ลงมือฆาตกรรมนักศึกษาแพทย์หญิงจนถึงแก่ความตาย อาชญากรรมลักษณะนี้กระทำไปด้วยความลุ่มหลง หรือที่เรียกว่า Crime of Obsession ซึ่งนักอาชญาวิทยาบางท่านได้ให้ความสนใจและยืนยันว่าอาชญากรรม ลักษณะนี้เกิดขึ้นเป็นจำนวนมาก จึงเป็นเรื่องที่ควรศึกษาและหาทางป้องกันไว้ก่อน

นโยบายสาธารณะที่ได้รับจากทฤษฎีแนวจิตวิทยา เชื่อว่าอาชญากร และผู้กระทำผิดไม่ควรถูกมองว่าเป็นผู้ชั่วร้าย ในทางตรงกันข้ามบุคคลเหล่านี้ เป็นคนป่วย ซึ่งไม่สมควรที่ต้องรับผิดชอบต่อการกระทำผิดของตนเอง เนื่องจาก พฤติกรรมอาชญากรรมเกิดจากจิตใต้สำนึกที่ไม่สามารถควบคุมได้หรือเกิดจากบุคลิกภาพที่ผิดปกติ ดังนั้นการลงโทษพวกเขาเหล่านี้นอกจากจะไม่ประสบผลสำเร็จในการปรับปรุงพฤติกรรมแล้ว ยังเป็นการกระตุ้นให้เกิดการต่อต้าน จากจิตใต้สำนึกอีก ส่งผลให้บุคคลเหล่านี้กลับไปกระทำผิดอีก แนวความคิดนี้จึงสนับสนุนให้บุคคลเหล่านี้เข้ารับการรักษาทางจิตวิเคราะห์ เพื่อช่วยให้ค้นพบสิ่งที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมอาชญากรรม ที่ซ่อนอยู่ภายในจิตใจของบุคคลเหล่านี้ ดังนั้น ทฤษฎีจิตวิทยาจึงเป็นรากฐานสำคัญในหลักการลงโทษแบบการฟื้นฟูผู้กระทำผิด กฎหมาย (Rehabilitation) ดังที่พบเห็นว่าบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตใจ จะ

ได้รับการดำเนินการจากกระบวนการยุติธรรมแตกต่างไปจากบุคคลธรรมดา นับตั้งแต่การจับกุม การพิจารณาคดี จนกระทั่งขั้นตอนในการลงโทษ

ทฤษฎีแนวจิตวิทยาได้มีส่วนผลักดันทำให้หลักกฎหมายสากลให้ความสำคัญกับความรู้สำนึกในการกระทำของบุคคล เนื่องจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทำให้เชื่อว่า มีบุคคลบางจำพวกไม่สามารถรู้สึกรับผิดชอบ หรือรู้สำนึกในการกระทำของตนเอง ในปัจจุบันกฎหมายของหลายประเทศได้มีการยกเว้นความผิด หรือกำหนดโทษให้น้อยลง สำหรับการกระทำของบุคคลวิกลจริต หรือจิตฟั่นเฟือน ประเทศไทยก็มีประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 บัญญัติยกเว้นโทษและลด โทษสำหรับบุคคลที่ประกอบอาชญากรรมเนื่องจากจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิต ฟันเฟือน ซึ่งเป็นการยอมรับหลักการของทฤษฎีแนวจิตวิทยา

ทฤษฎีแนวนี้ยังก่อให้เกิดการสร้างรูปแบบบุคลิกภาพของผู้กระทำผิด กฎหมายขึ้นมาเพื่อช่วยเจ้าหน้าที่ตำรวจในการสืบสวนสอบสวนหาตัวผู้กระทำ ผิดประเภทต่างๆ ซึ่งเจ้าหน้าที่หน่วยสอบสวนกลางของประเทศสหรัฐอเมริกา (Federal Bureau of Investigation) ได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้มาก โดยได้มีการ จัดทำคู่มือบุคลิกภาพของผู้กระทำผิดกฎหมายในประเภทต่างๆ ไว้ (Psychologica Profiling) ตัวอย่างเช่น ลักษณะรูปร่างของคนร้ายกระทำผิดประทุษร้ายทางเพศ คนร้ายวางเพลิง หรือผู้ก่อการร้ายระดับชาติ ซึ่งนับว่าจะได้รับความสนใจเป็น อย่างมากจากกรมตำรวจต่างๆ ทั่วโลก (Schmalleger, 1991)

หากกล่าวโดยสรุป ทฤษฎีอาชญาวิทยาแนวจิตวิทยานี้มีสมมุติฐานที่ว่าสาเหตุของพฤติกรรมอาชญากรรมเกิดมาจากปัจจัยภายในบุคคล โดยแนวความคิดจิตวิทยาเชื่อว่าสาเหตุเกิดจากความผิดปกติหรือการพัฒนาที่ไม่สมบูรณ์ของจิตใจของบุคคล ซึ่งงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแนวนี้ส่วนใหญ่จะมีระเบียบวิธีวิจัยคล้ายคลึงกับงานศึกษาวิจัยของทฤษฎีปฏิฐานนิยม และจะประสบกับปัญหา ในเรื่องการวัดแรงกระตุ้น หรือสัญชาตญาณที่อยู่ภายในจิตใจของมนุษย์ ทำให้ได้ผลการศึกษาที่ไม่สอดคล้องกัน

แต่ว่าอิทธิพลของทฤษฎีนี้ต่อกระบวนการยุติธรรมกลับไปคล้ายคลึงกับ อิทธิพลของทฤษฎีดั้งเดิมแนวใหม่ (Neo-Classical School of Crime) ในด้านการคำนึงถึงจิตใจของผู้กระทำผิดกฎหมายว่า ขณะที่ประกอบอาชญากรรมผู้กระทำ ผิดรู้สึกตัวหรือไม่ อีกทั้งยังส่งเสริมให้มีการฟื้นฟูจิตใจของผู้กระทำผิด มากกว่าที่ จะมุ่งลงโทษผู้กระทำผิดที่มีจิตใจปกติ ผลจากการที่ทฤษฎีทั้งสองแนวนี้มีต่อการ ฟื้นฟูผู้กระทำผิดกฎหมาย ทำให้กระบวนการยุติธรรมยังคงยอมรับหลักการนี้ ตลอดมาจนถึงปัจจุบัน

## 2.6 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับการให้ความคุ้มครองในการดำเนินคดีผู้ป่วยจิตเวช

การให้ความคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวชในการดำเนินคดีอาญาเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความคุ้มครอง จึงเป็นผลดีต่อทุกฝ่าย รวมถึงความ ปลอดภัยของประชาชนในสังคม ทั้งด้านร่างกาย และทรัพย์สิน

### 2.6.1 ความสามารถในการดำเนินคดีของผู้ป่วยจิตเวชในชั้นสอบสวน

การพิจารณาว่าอาการป่วยของผู้ต้องหาถึงขนาดทำให้ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ หรือไม่ กฎหมายไม่ได้กำหนดหลักเกณฑ์สำหรับประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีไว้ทำให้การพิจารณาขาดความชัดเจนแน่นอนและอาจเป็นสาเหตุให้กระทบสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยในคดีได้

ในปัจจุบันมีเพียงหลักเกณฑ์คร่าวๆ ที่ใช้ประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีอยู่ 5 ประการ คือ

1) มีอาการทางจิตสงบ สามารถควบคุมอารมณ์ทำความเข้าใจและโต้ตอบคำถามได้ดีพอสมควร

2) มีความสามารถในการเข้าใจเรื่องที่ถูกฟ้องว่าได้กระทำความผิด ความหนักเบาของโทษและผลที่จะได้รับหากสารภาพหรือปฏิเสธ

3) มีความสามารถเข้าใจขั้นตอนในการดำเนินคดีรวมถึงบทบาทหน้าที่ของบุคคลที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรม

4) มีความสามารถในการจดจำและเล่ารายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับคดีได้พอสมควร

5) มีความสามารถในการร่วมมือกับทนายความในการปกป้องสิทธิและ ประโยชน์ของตนเองได้รวมถึงมีความสามารถในการโต้ตอบเพื่อพิทักษ์สิทธิของตนกับฝ่ายตรงข้าม

หลักเกณฑ์ดังกล่าวไม่ใช่กฎหมายจึงอาจเกิดความไม่แน่นอนขึ้นในทางปฏิบัติ และไม่อาจนำไปใช้อ้างอิงในการดำเนินคดีได้จึงสมควรแก้ไขเรื่องดังกล่าวให้มีความชัดเจนเพื่อ ป้องกันข้อโต้แย้งที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต

จารุวรรณ อมรศิลสวัสดิ์ [9] ได้อธิบายว่าการมีกฎหมายหรือมาตรการดังกล่าว ถ้ามองในแง่ของการป้องกันย่อมเป็นเรื่องที่ดีแต่สิ่งที่ต้องคำนึงถึง และควบคู่กันคือสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย ดังนั้น การจะออกกฎหมายประเภทนี้จึงต้องระบุให้ ชัดเจนว่า กรณีเช่นไรที่จะถือว่า เป็นพฤติกรรมที่ เป็นอันตรายสมควรที่จะใช้มาตราการทางกฎหมายเข้าควบคุม เพื่อจำกัดเสรีภาพของ บุคคล

---

[9] จารุวรรณ อมรศิลสวัสดิ์. (2558). ผู้ป่วยจิตเวชกับปัญหาการดำเนินคดีอาญา. ***วารสารร่มพฤกษ์มหาวิทยาลัยเกริก***, 33(3). หน้า 32-50.

Kenneth[10] ได้กล่าวถึงลักษณะ ของการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาว่า บุคคลใดถือว่ามีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายอันสมควรที่จะถูกบังคับรักษาไว้ ซึ่งเป็นไปตามที่กฎหมายของประเทศสหรัฐอเมริกากำหนดไว้อาทิเช่น

1) ผู้ป่วยทางจิต (Mental illness patient)

2) ผู้ป่วยที่ขาดความสามารถในการ ตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาของตนเอง (lack the capacity to make an informed decision about hospitalization)

3) ผู้ที่มีพฤติกรรมที่จะก่ออันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น (is likely to cause harm to self or others)

4) ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างเร่งด่วนเพื่อป้องกันอันตราย (needs immediate hospitalization to prevent such harm)

ในทางการแพทย์ สุคนิชย์[11] ได้อธิบายไว้ว่า ผู้ป่วยจิตเวช มีแนวทางการเกิดโรคแตกต่างกันไป โดยมีแนวคิดสำคัญ ในยุคของ Hippocrates เชื่อว่าเป็นโรคที่เกิดในสตรีอันเป็นผลมาจากการเคลื่อนที่ของมดลูก หรือในบางวัฒนธรรมเชื่อว่าเป็นอาการจากเวทมนต์หรือวิญญาณต่างๆ ทฤษฎีหนึ่งที่มีอิทธิพลอย่างสูงต่อวงการจิตเวช คือ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (psychoanalysis) ของแพทย์ชาวออสเตรียชื่อซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Fraud) ในช่วงปลายคริสต์ศตวรรษที่ 19 ถึงต้นศตวรรษที่ 20 ที่ใช้อธิบายการเกิดโรคชนิด neurosis ว่ามาจากกลไกการป้องกันตนเอง ( defense mechanisms) ที่ไม่เหมาะสม อันเป็นผลมาจากประสบการณ์ในวัยเด็ก

Kendler[12] ได้ศึกษาพบว่าในปัจจุบันงานวิจัยทางประสาทวิทยาและพันธุศาสตร์มองเห็นถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างอิทธิพลของปัจจัยทางชีววิทยา จิตใจ และสังคมสิ่งแวดล้อม (biopsychosocial model) ได้แก่ชีวภาพตั้งแต่ปฏิสนธิ (constitutional factors), ลักษณะพื้นทางอารมณ์ ( temperament factors), การเจ็บป่วยที่มีผลต่อการทำงานของสมอง หรือโรคต่างๆ เรื้อรังตั้งแต่เด็ก (physical diseases and injury factors) และสภาพปัจจัยสังคมภายนอก (environmental factors) ซึ่งการเจ็บป่วยของโรคมีผลกระทบกับการใช้ชีวิตโดยตรงต่อผู้ป่วยและสังคมโดยรอบอาการเจ็บป่วยนี้ โดยมากไม่สามารถสังเกตได้จากภายนอกจำจะต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในการวินิจฉัย เช่น จิตแพทย์โดยเฉพาะการสืบสวนข้อเท็จจริงของผู้กระท าความผิดที่มีอาการทางจิตจึงต้องอาศัยหลักฐานอ้างอิงทางการแพทย์ เพื่อยืนยันและรับรองเชิงประจักษ์ในการเจ็บป่วยทางจิต อีกทั้งยังเป็นส่วน

---

[10] Kenneth, T. (1989). ***Concise guide to assessment and management of violent patients***. American Psychiatric Press Inc.

[11] Sukanich, P. (2558). ***Ramathibodi essentail psychiatry*** (4th ed.). Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital.

[12] Kendler, K. (2008). ***Explanatory model for psychiatric illness.*** Am J Psychiatry, 165(6), pp. 695-702.

หนึ่งที่เกี่ยวข้องโดยตรงอย่างมากกับกระบวนการยุติธรรม ด้วยเหตุนี้ เพื่อประโยชน์ในการอำนวยความยุติธรรมการพิจารณาคดีแก่ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งเป็นผู้กระทำความผิดในคดีความนั้น ต้องอาศัยศาสตร์ความรู้อย่างเชี่ยวชาญทั้งสองแขนงมาผสมผสานกันเรียกว่า “นิติจิตเวชศาสตร์”

คงสกนธ์[13] ได้อธิบายถึงคำว่า “นิติจิตเวชศาสตร์” หรือ Forensic Psychiatry นั้นมีความหมายเป็นการนำเอาวิชาการทางจิตเวชศาสตร์ไปประยุกต์ใช้ในกระบวนการพิจารณาตัดสินคดีความทางศาลในกระบวนการยุติธรรม ในกรณีที่ผู้ต้องหา หรือจำเลย เป็นผู้ป่วยทางจิตได้สันนิษฐานว่าเป็นผู้มีอาการทางจิต หรือว่าได้มีอาการผิดปกติทางจิตในขณะได้กระทำความผิดหรือในระหว่างถูกดำเนินคดี เพื่อเป็นการควบคุมและตีกรอบลักษณะการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางจิตอย่างเป็นระเบียบซึ่งเป็นเรื่องสำคัญดังเช่นที่ “เอนนิส” (Ennis) ซึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิตคนหนึ่งในมลรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กล่าวว่า หากไม่มีกฎหมายบัญญัติถึงการที่คนป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาท กระทำความผิดกฎหมายแล้ว ผู้พิพากษา นักกฎหมาย จิตแพทย์ก็จะกระทำต่อผู้ป่วยทางจิตอย่างไม่มีระบบและระเบียบ

พุ่มโพธิ์[14] ได้ศึกษาถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในชั้นจับกุมคือ เจ้าหน้าที่ตำรวจไม่ร้องขอผู้เชี่ยวชาญในการดำเนินการ ซึ่งควรเป็นหน้าที่ของนิติจิตเวชศาสตร์ ในทางปฏิบัติแท้จริงแล้วเริ่มเกิดขึ้นตั้งแต่ข้าราชการตำรวจที่เป็นผู้จับกุมจะมีการบีบบังคับ ขู่เข็ญ หรือกระทำการอย่างอื่นใดหรือให้ลงลายมือในคำรับสารภาพในชั้นจับกุม หรือคำรับสารภาพในบันทึกการจับกุมและเมื่อส่งตัวมายังพนักงานสอบสวนก็ทำให้เชื่อได้อย่างไม่มีข้อสงสัยว่าผู้ต้องหาได้กระทำความผิดมาจริง จึงเริ่มแสวงหาพยานหลักฐานตามคำรับสารภาพที่ได้มาจากชั้นการจับกุม โดยการสอบสวนนั้นอาจมีการขู่เข็ญ บีบบังคับ ให้คำมั่นสัญญา หลอกลวง หรือ มีข้อต่อรองอย่างอื่นที่จะให้ผู้ต้องหารับสารภาพ เพื่อประโยชน์แก่การสอบปากคำที่ง่ายและสะดวกของพนักงานสอบสวน ทั้งนี้จะเห็นได้ว่าการสอบปากคำผู้ต้องหาที่ถูกจับกุมหรือผู้ต้องหาตามหมายเรียกหากไม่มีทนายความหรือผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมฟังการสอบปากคำก็อาจจะทำให้ผู้ต้องหา ญาติหรือประชาชน เกรงกลัวพนักงานสอบสวน หรือขาดความเชื่อมั่นและขาดความมั่นใจได้

---

[13] Kongsakon, R. (2551). ***Forensic psychiatry*** (2nd ed.). Bangkokblog.

[14] Pumpo, P. (2558). ***Legal problems and obstacles to inquiring police officer's investigation for the accused person having no assigned lawyer or any trusted person participating in the oral statement examination*** [Unpublished master's thesis]. Sripatum University.

เจณณวาสิน[15] (2554) ได้อธิบายการดำเนินการในการส่งตัวผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำความผิดไปรับการบำบัดรักษา หากศาลเห็นว่าการปล่อยตัวไปจะไม่เป็นการปลอดภัยกับประชาชนศาลจะสั่งให้ควบคุมตัวไว้ในสถานพยาบาล ซึ่งสถานพยาบาลสำหรับผู้ป่วย คือ โรงพยาบาลจิตเวช เพราะการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันจะเน้นที่การสร้างความเป็นกันเองและให้อิสรภาพและเสรีภาพพอสมควร แต่ผู้ป่วยที่ลงมือกระทำความผิดจะต้องมีการดูแลที่กวดขันเข้มงวดกว่า จึงไม่เหมาะที่จะให้อยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปขณะอยู่ในสถานพยาบาลก็จะมีการทำจิตบำบัดและสังคมบำบัดแก่ผู้ป่วยด้วย การส่งตัวก็จะทำแบบผู้ป่วยทั่วไปไม่ได้ จะต้องมีเจ้าพนักงานตำรวจมาดำเนินการหรือญาติมารับตัว กรณีที่ศาลสั่งจำหน่ายคดีแล้วหรือพนักงานอัยการสั่งไม่ฟ้องเด็ดขาด จึงดำเนินการรับตัวผู้ป่วยมาสถานพยาบาล

กันติทัต ไฝนุ้ย (2563)[16] ได้นำเสนอข้อมูลปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเวชโดยกล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวช คือ ผู้ที่มีอาการทางจิตใจหรือพฤติกรรมที่ส่งผลทำให้บุคคลนั้นเกิดความทุกข์ทรมาณหรือเกิดความบกพร่องต่าง ๆ ซึ่งการแสดงออกของโรคอาจปรากฏหรือไม่ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจน ซึ่งอาการป่วยทางจิตเวชดังกล่าวจึงอาจถูกอ้างเพื่อใช้เป็นเหตุในการปฏิเสธความรับผิดทางกฎหมายในกรณีที่มีความเสียหายเกิดขึ้นจากผู้ป่วยจิตเวชได้ ทั้งนี้ ในทางกฎหมายเมื่อผู้ป่วยจิตเวชกระทำความผิดสามารถรับผิดตามกฎหมายทางอาญาและกฎหมายทางแพ่ง ได้แก่ 1) ปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดทางอาญาของผู้ป่วยจิตเวช โดยการรับโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำไปนั้น มีข้อพิจารณาตามอาการป่วยที่ส่งผลต่อการรู้สำนึกในการกระทำ ความสามารถรู้ผิดชอบ และความสามารถในการบังคับตนเองของผู้ป่วยจิตเวช และ 2) ปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดทางแพ่งของผู้ป่วยทางจิตเวช โดยการรับโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำไป

สรัณยา เปรื่องวงศ์ (2558)[17] ทำการศึกษาเรื่องปัญหาในการดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยจิตเวชโดยมีข้อค้นพบว่า อาการป่วยทางจิตและประสาทเป็นประเด็นที่มีความละเอียดอ่อน แม้ในประเทศมีกฎหมายที่ให้ความคุ้มครองในการดำเนินคดีอาญากับผู้ป่วยจิตเวชทั้งความคุ้มครองทางตรงและทางอ้อม แต่หลายปัญหาที่เกิดขึ้นมีผลทำให้การดำเนินการไม่สามารถบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ อาทิ 1) ปัญหาในการปรับใช้กฎหมายอันมาจากความสับสนที่เกิดขึ้นจากถ้อยคำที่ใช้เกี่ยวกับผู้มีความผิดปกติทางจิตที่มีความแตกต่างกัน และ 2) ปัญหาความไม่สอดคล้องกันของคำ

---

[15] Jennawasin, S. (2554). ***Forensic psychiatry.*** (Online). Available: https://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/Forensic%20psychiatry.pdf

[16] กันติทัต ไฝนุ้ย. (2563). ***ปัญหาเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเวช.*** (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก: http://www.lawgrad.ru.ac.th/Abstracts/1008

[17] สรัณยา เปรื่องวงศ์. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 6. หน้า 9.

นิยามอาการป่วยทางจิตเวชทางการแพทย์และทางกฎหมาย ทำให้เกิดความไม่เข้าใจกันระหว่างแพทย์และนักกฎหมาย ซึ่งผู้ป่วยทางจิตเวชจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมายก็ต่อเมื่อเป็นผู้ป่วยในความหมายของกฎหมายเท่านั้น 3) การแยกแยะผู้ป่วยจิตเวชในชั้นสอบสวน พบปัญหาด้านการสอบสวนที่ผู้ป่วยจิตเวชและสถานที่ควบคุมผู้ป่วยจิตเวชสามารถต่อสู้คดีได้ รวมทั้งการสอบสวนในชั้นพนักงานอัยการ ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ซึ่งมิได้ให้อำนาจพนักงานอัยการในการให้ความคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวช 4) การแยกแยะผู้ป่วยจิตเวชในชั้นศาล เกิดปัญหาในการพิจารณาความสามารถในการต่อสู้คดี ซึ่งจำเลยที่เป็นผู้ป่วยจิตเวชสามารถต่อสู้คดีได้ และ 5) ปัญหาระยะเวลาส่งตัวรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งทางกฎหมายมิได้ระยะเวลาสิ้นสุดในการส่งตัวไปรับการรักษาและการป้องกันการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช

พรพรรณ มีฤทธิ์ (2559)[18] ทำการศึกษาเรื่องเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย: กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า 1) เงื่อนไขในการรับผู้ป่วยจิตเวชที่มีคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวกลับบ้าน จำแนกเป็น (1) เงื่อนไขด้านภายในตัวบุคคลของญาติซึ่งญาติต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วย ครอบคลุมประวัติการเจ็บป่วย สาเหตุของคดีที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตเวช การรับรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตเวชที่สามารถเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น การรับรู้ถึงการสำนึกผิดของผู้ป่วย การเห็นคุณค่าของผู้ป่วยยังมีต่อครอบครัวหรือชุมชน รวมทั้งการรับรู้คุณลักษณะเดิมของผู้ป่วยและ (2) เงื่อนไขด้านการสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ได้แก่ การได้รับคำยืนยัน คำชี้แนะจากผู้เชี่ยวชาญที่ญาติเชื่อถือ ครอบครัวหรือชุมชนยินยอมและสนับสนุน รวมทั้งการได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆ แบบรวดเร็ว 2) กระบวนการดูแลผู้ป่วยและผลหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งญาติมีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่แบ่งได้เป็น 3 ช่วง คือ (1) ช่วงเตรียมตัว โดยญาติต้องมีการเตรียมตัวและปรับตัวในการดูแลผู้ป่วยทั้งการเริ่มต้นหาความรู้เรื่องโรคทางจิตเวชและวิธีการในการดูแลผู้ป่วย การทดลองดูแลผู้ป่วยในช่วงที่ผู้ป่วยได้รับการอนุญาตให้ทดลองเยี่ยมบ้าน และการทดลองดูแลผู้ป่วยโดยการไปรับและไปส่งผู้ป่วยตามที่แพทย์กำหนด (2) ช่วงเริ่มต้นโดยญาติให้ความสำคัญกับการสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของผู้ป่วย การดูแลเรื่องการรับประทานยาทางจิตเวช การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามที่นัดหมาย และการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ (3) ช่วงสนับสนุน โดยให้การสนับสนุนให้ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยสังเกตการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ผิดปกติของตนเอง การรับประทานยาทางจิตเวชด้วยตนเอง การ

---

[18] พรพรรณ มีฤทธิ์. (2559). ***เงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับผู้ป่วยกลับบ้าน และแบบแผนพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย: กรณีศึกษาญาติผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัว.*** ปริญญานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ บัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

ให้ความไว้วางใจให้ผู้ป่วยไปพบจิตแพทย์ด้วยตนเอง และการหาวิธีจัดการความเครียดด้วยตนเอง นอกจากนี้ ญาติต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในด้านการปกป้องผู้ป่วยจากผู้ที่ไม่ยอมรับและด้านการดำเนินชีวิตครอบคลุมการเงิน อาหาร และการเดินทางของผู้ป่วย ซึ่งภายหลังจากได้รับการดูแลโดยครอบครัว ผู้ป่วยจิตเวชมีพฤติกรรมเหมือนคนปกติทั่วไป สามารถสนทนา ควบคุมอารมณ์ รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมาย อยู่ร่วมกับคนในครอบครัวและชุมชนได้ ไม่ต้องเข้ารับการรักษาอาการทางจิตเวชแบบผู้ป่วยใน และยังไม่มีการก่อคดีความรุนแรงซ้ำอีก และ 3) แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดีฆ่าบุคคลในครอบครัวเมื่อกลับคืนสู่ครอบครัวอีกครั้ง จำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ แบบแผนการดูแลผู้ป่วยที่ญาติดูแลเป็นหลัก และแบบแผนการดูแลที่ญาติสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง

กมลชนก มนตะเสวี, ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์, และ วิชชุดา จันทรายฎร์ (2561)[19] ทำการศึกษาเรื่อง โครงการวิจัยเพื่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ ผลการศึกษาพบว่า 1) ความชุกของสภาวะสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ เรือนจำและทัณฑสถานแต่ละแห่งมีความชุกของปัญหาและโรคทางจิตเวชแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของเรือนจำ/ทัณฑสถานแต่ละแห่ง โดยในเรือนจำที่มีระดับความมั่นคงสูงสุดนั้น ผู้ต้องขังจำนวน 1 ใน 5 ของผู้ต้องขังพบ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ซึ่งความชุกของโรคนี้พบน้อยลงตามลำดับในเรือนจำและทัณฑสถานที่มีระดับความมั่นคงลดหลั่นกันลงมา และ 2) อัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยอัตราการเข้าถึงบริการอยู่ในระดับที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น อีกทั้ง ผู้ต้องขังจำนวนถึงเกือบ 1 ใน 4 ไม่มีสิทธิในการรักษาหรือประสบกับปัญหาด้านสถานะและสิทธิการรักษาด้วยหลากหลายเหตุผล เช่น ผู้ต้องขังเป็นชาวต่างชาติ ผู้ต้องขังจากชนชายขอบ และผู้ต้องขังไม่สามารถระบุตัวตนได้ตั้งแต่แรกรับเข้าเรือนจำ ทั้งนี้ ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชมากที่สุดเป็นอันดับแรก คือ การคัดกรองผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกรายด้วยการใช้แบบประเมิน PMHQ รองลงมาคือ การมีเจ้าหน้าที่ภายในเรือนจำให้คำปรึกษาและช่องทางขอรับคำปรึกษาแก่ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น คลินิกคลายเครียด คลินิกจิตเวช และตู้รับปัญหาในกรณีที่เกิดภาวะเครียด เป็นต้น และการจัดทีมเพื่อนช่วยเพื่อน (อาสาสมัครเรือนนอน) ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขเรือนจำ (อสรจ.) ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังมากที่สุดเป็นอันดับ

---

[19] กมลชนก มนตะเสวี, ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์, และ แพทหญิงวิชชุดา จันทรายฎร์. (2561). ***การพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ.*** รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

แรก คือ ปัญหาด้านความเชี่ยวชาญของบุคลากรและการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง และปัญหาความต่อเนื่องในการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วย ตามลำดับ ซึ่งปัญหาแบะอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นควรได้รับการแก้ไขเชิงระบบ นโยบายและความร่วมมือระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้อง

บุรัสกร ศิริรัตนบวร (2559)[20] ทำการศึกษาเรื่อง การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา พบว่า กฎหมายไทยให้ความคุ้มครองผู้ป่วยทางจิตเวชในประเด็นของการรับผิดในทางอาญาไว้ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 ที่ได้มีการยกเว้นโทษให้แก่บุคคลผู้กระทำความผิดในขณะไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เนื่องจากมีจิตบกพร่องหรือเป็นโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ทั้งนี้ ด้วยเหตุแห่งความเจ็บป่วยทางจิตที่ทำให้เกิดการกระทำความผิด ศาลจะลดโทษให้ในกรณีที่ผู้กระทำผิดสามารถรู้ผิดชอบได้บ้าง และถือว่าผู้กระทำผิดเป็นบุคคลที่ไม่มีความชั่วในจิตใจ สำหรับกฎหมายวิธีพิจารณาความของสหรัฐอเมริการได้ให้ความคุ้มครองสำหรับผู้ต้องหาและจำเลยที่วิกลจริตในทุกขั้นตอนของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาซึ่งมีลักษณะเน้นไปในรูปแบบของการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพเป็นสำคัญ ส่วนประเทศอังกฤษ ความคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชมีกฎหมายหลายฉบับโดยมีการกล่าวอ้างเรื่องความเจ็บป่วยทางจิตนั้นจำเลยอาจยกขึ้นกล่าวอ้างและพิสูจน์ได้

สิรศิษฏ์ ชูรอด, กิจบดี ก้องเบญจภุช, พศวัจณ์ กนกนาก, และ สุเมธ รอยกุลเจริญ (2563)[21] ทำการศึกษาเรื่อง มาตรการทางกฎหมายในการบังคับบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช ซึ่งพบว่า 1) ปัญหามาตรการทางกฎหมายในการบังคับบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช จำแนกเป็น (1) ปัญหาสำหรับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ได้แก่ ปัญหาคำนิยามคำว่า “ความผิดปกติทางจิต” ที่มีความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างองค์กรทางการแพทย์กับบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม ปัญหาจำนวนคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาและการขาดแคลนบุคลากรด้านสาธารณสุข ปัญหาเกี่ยวด้านการนำเสนอข้อมูลข่าวสารของสื่อมวลชนเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ปัญหาองค์กรกำกับดูแลในส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทางจิตเวช ปัญหาในการอุทธรณ์คำสั่งการบังคับบำบัดรักษาอาการป่วยทางจิตเวช และปัญหาเกี่ยวกับอำนาจของเจ้าพนักงานเจ้าหน้าที่ที่เข้าไปในเคหสถาน หรือสถานที่ใดๆ เพื่อนำตัวผู้ป่วยทางจิตไปบังคับรักษาอาการป่วย และ (2) ปัญหาสำหรับผู้ป่วยคดีที่ถูกควบคุมอยู่ในระหว่างการสอบสวนของพนักงานสอบสวน และระหว่างการไต่สวนมูลฟ้องของศาล ซึ่งยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับระยะเวลาที่ถูกควบคุมตัวมาหักกับโทษตามคำพิพากษา และการบังคับ

---

[20] บุรัสกร ศิริรัตนบวร. (2559). ***การคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตในกระบวนการยุติธรรมทางอาญา.*** วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบันฑิต สาขาวิชากฎหมายมหาชน, คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ.

[21] สิรศิษฏ์ ชูรอด, กิจบดี กิองเบญจภุช, พศวัจณ์ กนกนาก, และ สุเมธ รอยกุลเจริญ. (2563). มาตรการทางกฎหมายในการบังคับบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช. ***วารสารดุษฎีบัณฑิตทางสังคมศาสตร์,*** 10(1). หน้า 164-178.

โทษจำเลยวิกลจริตภายหลังต้องคำพิพากษาของศาลอันถึงที่สุด 2) มาตรการทางกฎหมายในการบังคับบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชตามหลักสากล พบว่า ประเทศไทยมีกฎหมายเฉพาะและที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช 4 ฉบับ ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 พระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2559 (เฉพาะมาตรา 15) ประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ส่วนในต่างประเทศนั้น ประเทศสหรัฐอเมริกามีกฎหมายสุขภาพจิตในแต่ละมลรัฐบังคับใช้ สหราชอาณาจักรมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1983 และฉบับแก้ไข ค.ศ. 2007 มีกฎหมายเฉพาะบังคับญี่ปุ่นมีกฎหมายเฉพาะบังคับใช้ ได้แก่ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต ค.ศ. 1988 และพระราชบัญญัติบำบัดทางการแพทย์และควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริตที่ก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรง ค.ศ. 2003 ในขณะที่สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนีไม่มีกฎหมายเฉพาะ แต่ปรากฏตามประมวลกฎหมายอาญาเยอรมัน ค.ศ. 1975 และ 3) แนวทางการแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตเวช ที่เหมาะสมในการนำมาปรับใช้กับประเทศไทยต่อไป ควรมีการปรับปรุงการบังคับใช้กฎหมายให้มีการรับรองคุ้มครองถึงสิทธิของผู้ป่วยทางจิตเวชทั่วไปและผู้ป่วยคดีรวมทั้งควรดำเนินการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

มานิดา สิงหัษฐิต, ธีราภา ธานี, สุพัตรา สุขาวห, และ พัชนี พิมพบุตร (2563)[22] ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ เขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งพบว่า ระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10 มีประโยชน์ในการดูแลรักษาผู้ต้องขังจิตเวช แต่ยังมีช่องว่างด้านความต่อเนื่องในการดูแลหลังผู้ต้องขังออกจากเรือนจำ รวมทั้งการเตรียมความพร้อมผู้ต้องขังจิตเวช ครอบครัว ชุมชน และการยอมรับผู้ป่วยจากครอบครัวและชุมชน ทั้งนี้ โปรแกรม “จากเรือนจำสู่ชุมชน” ซึ่งประกอบด้วย 7 กิจกรรมหลัก ได้แก่ 1) การสัมภาษณ์ประวัติและประเมินคัดกรอง 2) การจัดเตรียมสำหรับเรือนจำ 3) การตรวจรักษาผ่านการประชุมทางไกล 4) การเยี่ยมติดตามในเรือนจำ 5) การประสานเครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่ 6) การเตรียมความพร้อมชุมชน และ 7) การติดตามหลังจำหน่าย ซึ่งจากการทดลองใช้โปรแกรมฯ ดังกล่าวในผู้ต้องขังจิตเภทของเรือนจำนำร่องครบถ้วนทุกขั้นตอนแล้ว แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฯ ช่วยลดช่องว่างด้านความต่อเนื่องในการดูแลหลักการออกจากเรือนจำได้ โดยเฉพาะใน ผู้ต้องขังจิตเภทส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากเรือนจำ ครอบครัวและชุมชนได้รับการเตรียมความพร้อมให้ยอมรับผู้ป่วย มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่งผลให้อาการทางจิตอยู่ในระดับเล็กน้อย สามารถใช้ชีวิตในสังคมได้ ไม่มีอาการกลับเป็นซ้ำ และกระทำผิดซ้ำในระยะ 1 เดือนแรก อย่างไรก็ตาม ยังต้องศึกษาประสิทธิผลในระยะยาวอย่างต่อเนื่องและขยายกลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

---

[22] มานิดา สิงหัษฐิต, ธีราภา ธานี, สุพัตรา สุขาวห, และ พัชนี พิมพบุตร. (2563). การพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำเขตสุขภาพที่ 10. ***วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย,*** 28(2). หน้า 173-186.

ธัชชัย ควรเดชะคุปต์ (2564)[23] ทำการศึกษาเรื่อง การคุ้มครองสิทธิในการดำเนินคดีของผู้ป่วยทางจิต: กรณีศึกษาด้านนิติจิตเวชศาสตร์ ซึ่งพบว่า การดำเนินคดีแก่ผู้ป่วยทางจิตควรมุ่งเน้นถึงการคุ้มครองสิทธิเพื่อประโยชน์ทางการรักษามากกว่าการลงโทษในทางกฎหมาย ด้วยการดำเนินคดีทางกฎหมายแก่ผู้ป่วยทางจิต ยังไม่มีข้อกำหนดที่ชัดเจนในการพิจารณาถึงลักษณะอาการที่ปรากฏของผู้กระทำความผิด ผู้ต้องหาหรือจำเลยว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต เนื่องจากปัจจัยที่นำไปสู่การกระทำอันเป็นภยันตรายของผู้กระทำความผิด ผู้ต้องหา หรือจำเลยที่เป็นผู้ป่วยทางจิต อาจมาจากหลายสาเหตุ ดังนั้น การพิจารณาตรวจสอบลักษณะอาการทางจิตจึงต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะของแพทย์หรือผู้มีความชำนาญทางจิตเวชศาสตร์ ทั้งนี้ เมื่อในการดำเนินกระบวนการยุติธรรมไม่มีข้อกำหนดอย่างชัดเจนที่ให้ผู้มีความเชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์เข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินการ ตั้งแต่ขั้นตอนการจับกุมต่อเนื่องมาในชั้นสอบสวน ชั้นศาลจนถึงชั้นราชทัณฑ์ เพื่อทำการพิจารณาถึงลักษณะอาการที่ปรากฏของผู้กระทำความผิด ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่นำไปสู่การเป็นผู้ป่วยทางจิต และการแยกผู้กระทำความผิดผู้ต้องหาหรือจำเลยที่เป็นผู้ป่วยทางจิตออกได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งเข้าสู่กระบวนการดำเนินคดีทางกฎหมายและการได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างเหมาะสมและไม่ถูกเอาเปรียบทางคดีจากการที่ตนมีสภาวะความอ่อนแอแห่งจิต นอกจากนี้ หลักนิติจิตเวชศาสตร์ควรถูกนำมาใช้ประกอบในกระบวนการยุติธรรม เพื่อลดปัญหาการทำความเข้าใจและการตีความที่แตกต่างกันในรายละเอียดของลักษณะอาการที่ปรากฏของผู้ป่วยทางจิตระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม ส่งผลทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนและผลกระทบต่อการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตได้

สรวุฒิ เกษมสุข. (2560)[24] ทำการศึกษาเรื่อง ความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญา: ศึกษาเฉพาะคำศัพท์ นิยาม และการตีความทางกฎหมาย ซึ่งพบว่า แนวคิดเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย เป็นแนวคิดหนึ่งที่ได้รับอิทธิพลจากแนวคิดในทางสังคมและทางการแพทย์ โดยมีลักษณะเฉพาะบางประการที่แตกต่างจากแนวคิดทางสังคมและการแพทย์ ซึ่งมาจากวัตถุประสงค์และพัฒนาการที่แตกต่างไปจากทางการแพทย์และทางสังคม อย่างไรก็ตาม แนวคิดของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายยังคงมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงอยู่อย่างต่อเนื่องในปัจจุบัน ส่งผลให้การใช้คำศัพท์ในทางกฎหมาย การนิยามความหมาย และแนวทางในการตีความเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายอาญายังคงสามารถเปลี่ยนแปลงเพื่อจะนำไปสู่การแก้ไขปรับปรุง

---

[23] ธัชชัย ควรเดชะคุปต์. อ้างแล้วเชิงอรรถที่ 4. หน้า 61-74.

[24] สรวุฒิ เกษมสุข. (2560). ***ความผิดปกติทางจิตในกฎหมายอาญา: ศึกษาเฉพาะคำศัพท์นิยาม และการตีความทางกฎหมาย.*** วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกกฎหมายอาญาและกระบวรการยุติธรรมทางอาญา, สาขาวิชานิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

กฎหมายอาญาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นไปได้ สำหรับคำศัพท์ที่มีความหมายเกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตที่สำคัญในกฎหมายอาญาของไทย ได้แก่ "วิกลจริต" "จิตฟั่นเฟือน" "โรคจิต" และ "จิตบกพร่อง" โดยพบว่ามีการปรับปรุงแก้ไขถ้อยคำที่ใช้ในประมวลกฎหมายอาญาของไทย โดยการเปลี่ยนไปใช้คำว่า "จิตฟั่นเฟือน" "โรคจิต" และ "จิตบกพร่อง" แทนคำว่า "วิกลจริต" ที่ใช้มาก่อน ซึ่งจากพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการใช้คำศัพท์เดิมไปสู่การใช้คำว่า "ความผิดปกติทางจิต" เพียงคำเดียวในทางกฎหมาย โดยกำหนดนิยามไว้ว่าหมายถึง อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท เนื่องจากความผิดปกติทางจิตเป็นสิ่งที่ยังไม่สามารถกำหนดนิยามที่แน่นอนและเป็นที่ยอมรับตรงกันได้ ทำให้ปัจจุบันยังไม่สามารถกำหนดนิยามของความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมายที่เป็นที่ยอมรับและอ้างอิงร่วมกันเพียงนิยามเดียวได้ ทั้งนี้ ตัวบทกฎหมายและคำพิพากษาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติทางจิตของไทย ส่วนใหญ่ยังจำเป็นต้องมีการตีความในทางกฎหมายเพื่อปรับให้เข้ากับข้อเท็จจริงในคดีที่เกิดขึ้น เมื่อมีการกระทำผิดทางอาญาเกิดขึ้น ประเด็นทางกฎหมายอาญาต้องพิจารณาที่สำคัญมีอยู่สองประเด็นหลัก คือ การพิจารณาว่าผู้กระทำผิดทางอาญามีความผิดปกติทางจิตหรือไม่ และ ความผิดปกติทางจิตนั้นมีผลในทางกฎหมายอย่างไร ซึ่งต้องพิจารณาและตีความตามข้อเท็จจริงที่ปรากฏในเบื้องต้นเกี่ยวกับเหตุควรสงสัยเกี่ยวกับการมีความผิดปกติทางจิตของผู้กระทำผิด ซึ่งผู้กระทำผิดจะถูกนำเข้าสู่กระบวนการพิสูจน์และการคุ้มครองเป็นพิเศษตามกฎหมายเมื่อได้รับการพิจารณาจนเชื่อได้ว่ามีความผิดปกติทางจิต โดยความคุ้มครองอาจคงอยู่จนกว่าผู้กระทำผิดนั้นจะได้รับการพิสูจน์ว่าไม่ได้มีความผิดปกติทางจิต สำหรับการพิสูจน์ในทางกฎหมายจะมีการใช้หลักเหตุผลในทางกฎหมายมาประกอบกับพิจารณาพยานหลักฐานอื่น ๆ รวมกับผลการตรวจพิสูจน์และความเห็นของผู้เชี่ยวชาญหลังจากนั้น จึงดำเนินการพิจารณาผลในทางกฎหมายในเรื่องการรับผิดและการลงโทษ รวมถึงวิธีการเพื่อความปลอดภัยต่าง ๆ

พรทิพย์ วชิรชิดิลก และคณะ (2564)[25] ทำการศึกษาเรื่อง ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคุ้มคลั่งแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในประเทศไทย ซึ่งพบว่า จังหวัดนำร่องทั้งหมดได้ให้ความสำคัญกับการจัดระบบบริการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิต ซึ่งได้ระบุว่า สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อพัฒนาระบบ

---

[25] พรทิพย์ วชิรชิดิลก, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ธีระ ศิริสมุด, และ อัญชุลี เนื่องอุตม์. (2564). ***ระบบการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินจิตคุ้มคลั่งแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในประเทศไทย: การนำไปใช้และการติดตามผล.*** รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและพัฒนาวิชาการ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ.

สำหรับการดูแลช่วยเหลือรวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ต้นทุนศักยภาพของจังหวัดนำร่องมีทั้งความพร้อมในการดำเนินงาน เครือข่ายที่เกี่ยวข้องจากหน่วยงานด้านสุขภาพและเครือข่ายอื่น ๆ โดยแต่ละจังหวัด ได้ดำเนินการจัดตั้งคณะทำงานแกนหลักจังหวัด และเข้าร่วมประชุมเชิงปฏิบัติการ "ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตสุขภาพจิตแบบไร้รอยต่อและบูรณาการในพื้นที่" เพื่อปรับทัศนคติ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาระบบชุมชนจัดการตนเองสู่ระบบบริการสุขภาพ สำหรับการนำชุดองค์ความรู้ไปปรับใช้ในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ได้แก่ 1) ระบบบริการสุขภาพ และ 2) ระบบชุมชนจัดการตนเอง

กุลภา วจนสาระ (2561)[26] ทำการศึกษาเรื่อง ป่วยไข้ในเรือนจำ: ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการ ซึ่งพบว่า ปี พ.ศ. 2560 ผู้ต้องขังป่วยที่เข้าไปใช้บริการในสถานพยาบาลในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ส่วนใหญ่เป็นโรคหรืออาการติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน อาการปวดกล้ามเนื้อ เช่น ปวดคอ ปวดขา ปวดหลัง และปวดไหล่ ปัญหาเรื่องเหงือกและฟัน โรคทางผิวหนัง เช่น ผื่นคัน/ผื่นแพ้ กลากเกลื้อน และหิด โรคความดันโลหิตสูง กระเพาะอาหาร เอชไอวี/เอดส์ และโรคทางจิตเวช โดยแนวทางระบบสุขภาพแบบบูรณาการในเรือนจำสำหรับผู้ต้องขังชายและหญิง ทั้งในด้านการส่งเสริมสาธารณสุขมูลฐาน การดูแลสุขภาพปฐมภูมิ และการสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพผู้ต้องขังโดยใช้แนวคิดปัจจัยที่กำหนดสุขภาพผู้ต้องขังเป็นพื้นฐานในการทำงาน อาทิ การปรับกระบวนทัศน์ในการทำงานบริการสุขภาพผู้ต้องขัง การพัฒนาสถานะและศักยภาพสถานพยาบาลในเรือนจำ การพัฒนาระบบเครือข่ายด้านสุขภาพผู้ต้องขัง และการเพิ่มทางเลือกต่างๆ ในระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขัง

ธนัชพร วัฒนสุชาติ, ประกอบ ประพันธ์เนติวุฒิ, คมสัน สุขมาก (2562)[27] ทำการศึกษาเรื่อง ปัญหาในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังป่วยในเรือนจำตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 โดยตามหลักกฎหมายเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังป่วย มาตรา 21 มาตรา 54 และมาตรา 57 แห่งพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 พบว่า ปัญหาสำคัญมี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ปัญหาในการเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านโภชนาการของผู้ต้องขังที่มีอาการป่วย ปัญหาการใช้เครื่องพันธนาการต่อผู้ต้องขังที่มีอาการป่วย และปัญหามาตรฐานการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังป่วยในการรักษาพยาบาลด้านบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้ กฎหมายในส่วนที่เชื่อมโยงกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังป่วยในเรือนจำควรได้รับการพิจารณาปรับปรุงเพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายในส่วนนี้มีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น

---

[26] กุลภา วจนสาระ. (2561). ***ป่วยไข้ในเรือนจำ: ปัญหาสุขภาพและการเข้าถึงบริการ.*** รายงานการวิจัย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).

[27] ธนัชพร วัฒนสุชาติ, ประกอบ ประพันธ์เนติวุฒิ, คมสัน สุขมาก. (2562). ปัญหาในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังป่วยในเรือนจำตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560. ***วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม,*** 14(2). หน้า 222-232.

**2.6.2 ความสามารถในการต่อสู้คดีผู้ป่วยจิตเวช**

ผู้ที่ถูกฟ้องเป็นคดีอาญาจะได้รับการสันนิษฐานไว้ก่อนว่าเป็นผู้บริสุทธิ์จนกว่าจะมีคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเขามีความผิดโดยการพิจารณาอย่างเป็นธรรมที่ได้กระทำอย่างเปิดเผยและมีหลักประกันให้บุคคลดังกล่าวอย่างเท่าเทียมกันเพื่อให้เขาได้ ต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่ หรือที่เรียกว่า “Right to a Fair Trial” สิทธิในการต่อสู้คดีของผู้ถูก กล่าวหาแบ่งเป็น 2 ประการคือ

1) สิทธิของผู้ร่วมคดีในทางการกระทำ (Aktivbeteitligter) ได้แก่สิทธิที่จะอยู่ร่วมด้วยในการดำเนินคดีสิทธิที่จะมีทนายความช่วยเหลือ และสิทธิที่จะให้การแก้ข้อกล่าวหา

2) สิทธิอย่างร่วมคดีในทางอยู่เฉย (Passivbeitegter) สิทธิในการตัดสินใจโดยอิสระว่าจะให้การหรือไม่ให้การอย่างไรก็ได้และถ้อยคำของผู้ถูกกล่าวหาที่จะใช้ผู้นั้นได้จะต้องเป็นถ้อยคำที่มิได้เกิดขึ้นจากการหลอกลวงข่มขู่ ให้สัญญา หรือจากการกระทำที่มิชอบ จึงต้องมีการตรากฎหมายขึ้นเป็นมาตรฐานให้เจ้าหน้าที่ของรัฐปฏิบัติเพื่อให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยได้รับความคุ้มครองตามสิทธิที่ตนมีและยังรวมถึงการมีความสามารถที่จะใช้สิทธิของตน ที่มีในการต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่เมื่อการดำเนินคดีอาญาของไทยในปัจจุบันโน้มเอียงไปในระบบ กล่าวหาเป็นหลัก แต่ผู้ป่วยจิตเวชคือผู้มีอาการเกี่ยวกับจิตหรือประสาทที่ผิดปกติเมื่อต้องถูกดำเนินคดีอาญาที่มีกระบวนการสอบสวนโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ มีการดำเนินคดีในศาลที่ เข้มงวด ยิ่งกว่าในทางแพ่ง สภาวะดังกล่าวมักสร้างความกดกันและความเครียดอย่างมากให้กับผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งไม่สามารถทนต่อสภาพกดดันและการกระตุ้นต่อสิ่งเร้าได้เท่ากับคนปกติธรรมดา

นอกจากนี้ อาการทางจิตยังทำให้ความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจผิดปกติไปจากที่ควรจะ เป็นทำให้ผู้ป่วยไม่อาจใช้สิทธิในการต่อสู้คดีได้ในระดับที่เท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป ดังนั้นในการดำเนินคดีอาญาจึงต้องมีมาตรการที่ให้ความคุ้มครองเป็นพิเศษ

**2.6.3 การดำเนินคดีความอาญาผู้ป่วยจิตเวช**

มาตรา 14 นั้น กำหนดว่า ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเห็นว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริต หรือสามารถต่อสู้คดีได้ ดังนั้น สำหรับผู้วิกลจริตแต่ยังสามารถต่อสู้คดีได้จึงจำเป็นต้องดำเนินกระบวนพิจารณาคดีต่อไป

ผู้ป่วยจิตเวชหรือจำเลย ซึ่งเป็นผู้มีความอ่อนแอทางสภาพจิตใจ ความคิด อารมณ์ความรู้สึก บุคลิกภาพ ความจำ สติปัญญา การรับรู้ และการตัดสินใจ ดังนั้น ผู้วิกลจริต อาจไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ดี ไม่สามารถเข้าใจเรื่องราวต่าง ๆ จดจำและเล่ารายละเอียดที่เกี่ยวข้องหรือตอบคำถามได้ดีพอสมควร อาจทำให้คำให้การคลาดเคลื่อนไม่ตรงกับความจริง และขั้นตอนการดำเนินคดีอาญามีหลักเกณฑ์มากมาย ผู้ต้องหาหรือจำเลยซึ่งเป็นผู้วิกลจริตอาจไม่สามารถ

ดำเนินการได้ดี หากไม่มีผู้มีความรู้ในทางกฎหมายช่วยเหลือ อธิบายเนื้อหาหรือถ้อยคำทางกฎหมาย รวมทั้งปกป้องสิทธิของผู้ต้องหา หรือจำเลยที่กฎหมายกำหนดไว้ให้เช่นสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่จะไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเอง

ดังนั้น การที่กฎหมายกำหนดให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยผู้วิกลจริต ซึ่งมิใช่คดีที่ไม่ใช่โทษประหารชีวิตหรือเป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีในวันที่ถูกฟ้อง ทำการตัดสินใจเองว่าต้องการจะมีทนายความหรือไม่เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป ย่อมทำให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยผู้วิกลจริตไม่ได้รับความเป็นธรรม อีกทั้ง ผู้วิกลจริตต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ถูกกดดันและความเครียดในการถูกดำเนินคดีผู้สอบสวนหรือศาลซึ่งไม่มีความรู้ความเข้าใจในบุคคลที่มีอาการผิดปกติทางจิต อาจจะตั้งคำถาม หรือให้ตอบคำถามที่อาจกระทบกระเทือนกับสภาพจิตใจและส่งผลกระทบกับผู้ต้องหาหรือจำเลยทำให้การดำเนินคดีไม่สามารถทำได้เต็มที่เท่ากับคนปกติและอาจส่งผลให้อาการป่วยมีเพิ่มมากขึ้น

## 2.7 แนวคิดและหลักการให้ความคุ้มครองบุคคลวิกลจริต

คำว่า “บุคคลวิกลจริต”[28] นั้นเป็นคำเรียกกว้าง ๆ แสดงถึงบุคคลที่มีสภาพทางจิตผิดปกติไปจากบุคคลทั่วไป ซึ่งอาจเกิดจากจิตใจหรือเกิดจากร่างกายอันมีผลกระทบต่อจิตใจ ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่อาจคิดหรือตัดสินใจได้ซึ่งอาจจะเป็นอาการที่เป็นอยู่ตลอดเวลาหรืออาจจะเป็นเพียงครั้งคราวก็ได้

ในกรณีที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือคนวิกลจริตกระทำความผิดนั้น ในทางอาญามีหลักการที่สำคัญในการคุ้มครองผู้กระทำความผิดคือการดำเนินคดีจะทำได้เมื่อผู้ต้องหาหรือจำเลยมีความสามารถที่จะต่อสู้ป้องกันตนเองอย่างเต็มที่ต้องมีความเข้าใจในสภาพการดำเนินคดีของตนและสามารถที่จะกระทำการตามที่กฎหมายบัญญัติไว้เพื่อประโยชน์ตน

กล่าวคือถึงแม้ว่าการบังคับใช้กฎหมายและการบังคับโทษต้องเป็นไปโดยเสมอภาคใช้บังคับแก่ทุกคนเสมอภาคในการกระทำอย่างเดียวกัน แต่การรับผิดชอบหรือการลงโทษจะกระทำได้ต่อเมื่อมีเจตนาไม่ตกอยู่ภายใต้บังคับใดและมีความรับผิดทางกายคือต้องเป็นบุคคลปกติทั่วไปมิใช่เด็กอายุไม่เกิน 10 ปีหรือเด็กอายุเกิน 10 ปีแต่ยังไม่เกิน 15 ปีหรือบุคคลวิกลจริตโดยเฉพาะบุคคลวิกลจริตนั้นเป็นผู้ที่มีสภาพไม่สมประกอบทางด้านจิตใจและไม่ปกติดังเช่นบุคคลทั่วไป ดังนั้นความบกพร่องทางจิตสติปัญญาหรือสภาวะทางจิตที่ไม่สมประกอบของผู้กระทำความผิดจึงถือเป็น

---

[28] ศศิประภา อ่อนสระ. (2555). ***มาตรการทางกฎหมายในการให้ความคุ้มครองบุคคลวิกลจริต***. วิทยานิพนธ์นิติศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชานิติศาสตร์, คณะนิติศาสตร์ปรีดีพนมยงค์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิต. หน้า 9 – 38.

เหตุบกพร่องของการกระทำความผิดและไม่อาจนำเกณฑ์มาตรฐานการลงโทษสำหรับบุคคลปกติทั่วไปมาใช่บังคับแก่บุคคลวิกลจริตได้จึงได้มีแนวคิดลดโทษหรือยกเว้นความผิดแก่บุคคลวิกลจริตประกอบกับการลงโทษบุคคลวิกลจริตซึ่งไม่สามารถรู้สึกผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้นั้น ย่อมไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ในการลงโทษทางอาญาที่มีขึ้นเพื่อแก่แค้นทดแทน เพื่อข่มขวัญยับยั้ง เพื่อตัดโอกาสในการกระทำความผิด หรือเพื่อแก้ไขฟื้นฟูได้ เนื่องจากคนวิกลจริตไม่มีความรู้สึกผิดชอบหรือสำนึกในผลแห่งการกระทำนั้น

นอกจากนี้หลักในการดำเนินคดีอาญาที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือบุคคลที่เป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยจะต้องอยู่ในฐานะที่จะต่อสู้คดีได้คือ ผู้ถูกกล่าวหาจะต้องมีสภาพร่างกายและจิตใจอยู่ในวิสัยที่จะสามารถรู้กระบวนการพิจารณาได้อย่างสมบูรณ์หรือต้องมีความสามารถในการต่อสู้คดีได้ ซึ่งความผิดปกติทางจิตเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ความสามารถในการรับรู้และการตัดสินใจของผู้ต้องหาหรือจำเลยบิดเบือนไปจากที่ควรจะเป็น ดังนั้น จึงมีหลักการทั่วไปว่าทุกขั้นตอนของการดำเนินคดีอาญาถ้ามีเหตุสงสัยว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยไม่สามารถต่อสู้คดีได้เพราะมีความผิดปกติทางจิต การดำเนินคดีในขั้นตอนนั้นจะต้องหยุดลงหรือเลื่อนออกไป และจะต้องพิจารณาในปัญหาว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยมีความสามารถในการต่อสู้คดีเพราะความผิดปกติทางจิตหรือไม่ถ้าผลการประเมินของแพทย์ปรากฏว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยไม่สามารถต่อสู้คดีได้ เพราะความผิดปกติทางจิตก็จะต้องรอการดำเนินคดีไว้จนกว่าอาการป่วยทางจิตจะหายหรือทุเลาลงจนสามารถต่อสู้คดีได้จึงจะดำเนินคดีต่อไป