

กฎหมายเพื่อแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง
ซึ่งมีแนวโน้มก่ออาชญากรรมหรือตกเป็นเหยื่ออาชญากรรม

ศิริชนก วิริยเกื้อกุล

นิติกรชำนาญการ

กลุ่มงานบริการวิชาการ 3 สำนักวิชาการ

ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง คือ บุคคลที่มีอาการผิดปกติทางสมองหรือทางจิตและใช้ชีวิตในที่สาธารณะหรือบนท้องถนนเป็นที่อยู่อาศัย สถานที่อยู่ของคนเรื้อรังจะอยู่กับสถานที่สาธารณะ เช่น สถานีรถโดยสาร ตลาด และแหล่งท่องเที่ยว สาเหตุที่เป็นคนเรื้อรัง พบว่ามาจากการตกงาน ปัญหาครอบครัว ความพิการไม่สามารถดูแลตนเองได้ เรื้อรังตามพ่อแม่ ชอบใช้ชีวิตอิสระหรือเป็นผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมที่พลัดหลงออกจากบ้านมาใช้ชีวิตในที่สาธารณะจนกลายเป็น “คนเรื้อรัง” ทั้งนี้ยังรวมถึง “คนเรื้อรังไร้บ้าน” (มูลนิธิอิสระชน, 2559) บุคคลลักษณะดังกล่าวอาจเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenias) ซึ่งเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นลักษณะสำคัญ โดยที่ผู้ป่วยมีความรู้สึกตัว (consciousness) และไม่ปรากฏโรคทางกาย ส่วนมากเกิดกับประชากรที่มีอายุระหว่าง 20-30 ปี และเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งมีอัตราการเกิดโรคประมาณร้อยละ 0.9 ของจำนวนประชากรทั้งหมด พบมากในครอบครัวที่มีฐานะยากจน อาการที่สำคัญของโรคจิตเภทคือ มีความผิดปกติทางความคิด มีความผิดปกติของประสาทการรับรู้ มีความผิดปกติของอารมณ์ มีความผิดปกติของพฤติกรรมการเคลื่อนไหว (วิจิตพาศน์ เจริญขวัญ, 2554)

จากการสำรวจจำนวนคนเรื้อรังที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สาธารณะ พ.ศ. 2557 พบว่ามีจำนวน 3,249 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุระหว่าง 30-60 ปี จำแนกเป็นผู้ป่วยจิตเวช ประมาณร้อยละ 10-20 ของจำนวนคนเรื้อรังทั้งหมด พื้นที่เขตต่าง ๆ ของกรุงเทพมหานคร ที่มีคนเรื้อรังอาศัยอยู่มากที่สุด อันดับที่ 1. เขตพระนคร มีจำนวน 559 คน จะอยู่รวมกันในบริเวณสนามหลวงเนื่องจากสนามหลวงมีความปลอดภัยเปิดไฟสว่างตลอดทั้งคืน และยังเป็นแหล่งรวมสถานที่สำคัญต่าง ๆ อันดับที่ 2. เขตบางซื่อ มีจำนวน 281 คน อันดับที่ 3. เขตจตุจักร 230 คน อันดับที่ 4. เขตปทุมวัน มีจำนวน 215 คน และอันดับที่ 5. เขตสัมพันธวงศ์ มีจำนวน 188 คน (“คนจรจัดเคลื่อนกรุง EP.1 เรื้อรัง VS ป่วยจิต เจาะมูลเหตุกำเนิดคนข้างถนน”, 2558)

สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต (“สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต”, 2559) มีสาเหตุสำคัญ ดังนี้

1. สาเหตุทางร่างกาย โรคจิตมีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้โดยโครโมโซม (Chromosome) เช่นเดียวกับโรคเบาหวาน มะเร็งตับ และความพิการของอวัยวะต่าง ๆ เช่น ในกลุ่มบิดา มารดา พี่น้องที่เคยเป็นโรคจิตมีโอกาสที่จะเป็นได้ร้อยละ 7-16 แต่ในคนทั่วไปจะเป็นโรคจิตเพียงร้อยละ 0.9 เท่านั้นหรือคู่แฝดของผู้ป่วยโรคจิตจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเป็นโรคจิตร้อยละ 70-90 นอกจากนี้ความเจ็บป่วยทางกาย ความพิการ มีโรคเรื้อรังที่ทำให้บุคคลมีอาการแปรปรวน เกิดความวิตกกังวล ท้อแท้ คิดมาก และมีผลกระทบต่อสุขภาพจิตได้ ดังนี้

1.1 โรคทางสมอง โรคทางสมองที่พบบ่อย ได้แก่

- ความเสื่อมของสมองตามวัย (Senile dementia)
- ความเสื่อมจากหลอดเลือดสมองตีบ (Arteriosclerosis dementia)
- การอักเสบของสมอง (Encephalitis)
- เนื้องอกของสมอง (Intracranial Neoplasm)
- สมองพิการจากซิฟิลิส (Syphilis Meningoencephalitis)

พยาธิสภาพดังกล่าว ทำให้เซลล์ของสมองถูกทำลาย และเกิดความเสื่อมของเซลล์สมอง อันเป็นสาเหตุทำให้เกิดความผิดปกติของจิต

1.2 สารจากต่อมไร้ท่อ สารจากต่อมต่าง ๆ ในร่างกายมีผลต่อร่างกาย เช่น ต่อมไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) มีอาการหงุดหงิดกระวนกระวาย มีความเครียด มีอาการซึมเศร้าและเฉื่อยชา ความจำเสื่อม เมื่อมีอาการทางจิตมากขึ้น อาจกลายเป็นโรคจิตหรือโรคจิตเภท สำหรับโรคขาดฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ความจำเสื่อม อารมณ์เฉยเมย ไม่อยากพูด ประสาทหลอน และมีอาการซึมเศร้า

1.3 อุบัติเหตุทางสมอง เมื่อสมองได้รับอุบัติเหตุ เช่น กะโหลกศีรษะได้รับอุบัติเหตุ กะโหลกศีรษะ พาดพื้นหรือของแข็ง และสมองได้รับความกระทบกระเทือนมากจนเกิดพยาธิสภาพของเซลล์สมอง หรืออาจมีเลือดออกภายในเนื้อสมองจนเลือดไปกดดันเนื้อเยื่อของสมองย่อมทำให้เซลล์ของสมองเสื่อมไปตาม ความรุนแรงของอุบัติเหตุ และพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นทำให้เกิดความผิดปกติ และความแปรปรวนของจิตได้

1.4 สารพิษต่าง ๆ ถ้าร่างกายได้รับสารพิษ เช่น ภัยพิบัติ มอร์ฟีน เฮโรอีน ผีน โคเคน ยานอนหลับ เมทแอมเฟตามีน (ยาบ้า) เมื่อใช้สารต่าง ๆ เหล่านี้จนติด หากไม่ได้กินหรือเสพจะทำให้เกิดการแปรปรวนของจิตได้ เช่น หงุดหงิด ทุรนทุราย หาวนอน ประสาทหลอน หมดความละเอียด ก้าวร้าว ชอบทะเลาะวิวาท คมสติไม่อยู่และมักทำร้ายร่างกายผู้อื่น

1.5 โรคพิษสุราเรื้อรัง สุราที่มีสารที่สำคัญคือแอลกอฮอล์ เมื่อแอลกอฮอล์อยู่ในกระแสเลือดสามารถทำลายเซลล์ของสมองให้เสื่อมลงตามลำดับ ถ้าดื่มสุรามากและดื่มทุกวัน สมองจะเสื่อมมากขึ้น จนเกิดความวิปริตทางจิต หรือเกิดโรคจิตได้หลายอย่าง เช่น มีอาการพลุ่งพล่าน อาละวาด ทุรกายจนถึงขั้นทำร้ายร่างกาย และทำลายชีวิตผู้อื่นได้

1.6 การทำงานหนักเกินกำลัง การทำงานหนักเกินกำลังของตนเองทุก ๆ วันจะก่อให้เกิดความเครียด ความกังวล ความหงุดหงิด คิดมาก นอนไม่หลับ อ่อนเพลียจนเกิดความสับสน และตัดสินใจผิดพลาด ทำให้เกิดปฏิกิริยาทางจิตใจและเป็นเหตุของโรคประสาทได้

2. สาเหตุทางจิตใจ

เนื่องจากมนุษย์มีความต้องการด้านจิตใจอยู่เสมอตราบใดที่ยังมีชีวิตอยู่ความต้องการดังกล่าวเรียกว่า ความต้องการพื้นฐานที่เป็นแบบแผนเดียวกันกับทฤษฎีของมาสโลว์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ชั้นดังนี้

ชั้นที่ 1 ต้องการทางด้านร่างกาย เช่น ต้องการอาหาร ที่อยู่อาศัย เครื่องนุ่งห่ม ยารักษาโรค

ชั้นที่ 2 ต้องการความปลอดภัย ไม่ต้องการให้ชีวิตได้รับอันตราย

ขั้นที่ 3 ต้องการความรัก เช่น ความรักจากพ่อแม่ เพื่อน เป็นต้น

ขั้นที่ 4 ต้องการมีชื่อเสียง เช่น อยากให้เป็นที่ยอมรับของสังคม

ขั้นที่ 5 ต้องการประสบความสำเร็จ เช่น ประสบความสำเร็จด้านการประกอบอาชีพ ด้านการเรียน

ในความต้องการพื้นฐานทั้ง 5 ขั้นดังกล่าว บางคนก็สมปรารถนาทุกขั้น บางคนก็ได้เพียง 2-3 ขั้น และกว่าจะได้ตามความต้องการก็จะพบกับอุปสรรคมากมาย แม้จะต่อสู้ก็ไม่สมกับที่หวังไว้และไม่อาจทำได้ หรือทำให้เกิดความผิดหวังรุนแรง เกิดความทุกข์ความไม่สบายใจเป็นเวลานาน จนอาจทำให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต หรือเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้จากสาเหตุต่าง ๆ ดังนี้

2.1 ความผิดหวังรุนแรง คนที่ไม่เคยผิดหวัง เมื่อมาผิดหวังย่อมทำให้เกิดอารมณ์เศร้าและเสียใจ ได้มาก เช่น สอบไล่ตก สอบเข้าทำงานไม่ได้หรือออกหัก บางครั้งต้องร้องไห้อยู่คนเดียว มีอาการนอนไม่หลับ อ่อนเพลีย กินข้าวไม่ได้ หงุดหงิด

2.2 การสูญเสียบุคคลที่รัก การสูญเสียบิดามารดาและบุคคลที่ตนรัก เป็นเหตุให้เกิดความ เสียใจอย่างรุนแรง จนมีอาการซึมเศร้า นอนไม่หลับ หดหู่ใจ หงุดหงิดโกรธง่ายกว่าธรรมดา รู้สึกท้อแท้และเบื่อชีวิต

2.3 การตัดสินใจผิด ทุกคนที่มีความคิด ต่างก็คิดว่าตนได้คิดดีและตัดสินใจดีที่สุดแล้ว แต่กลับ ได้รับความล้มเหลวและความเสียหายจากการตัดสินใจของตนเอง เช่นเดียวกับการสอบไล่ตก จึงทำให้เกิด อารมณ์เศร้า และหมดความสุข มีความเสียใจเศร้าอย่างรุนแรง

2.4 การสูญเสียทรัพย์สินเงินทอง การสูญเสียทรัพย์สินเงินทองมาก ๆ ของคนบางคนรุนแรงพอ ๆ กับการสูญเสียบุคคลที่ตนรัก เพราะจิตใจมุ่งมั่นอยู่แต่เรื่องทรัพย์สินของตน และส่วนมากมีแต่ทางได้เงินมากมาย ๆ เสมอ ครั้นมาสูญเสียครั้งเดียวและเป็นเงินจำนวนมาก ทำให้เสียใจมาก คิดมาก ทำให้เกิดการซึมเศร้า นอนไม่หลับ

กรณีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาผู้ป่วยทางจิตเวชเรื้อรังกับปัญหาอาชญากรรม

การก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังอาจพบไม่บ่อยนัก เนื่องจากขาดแรงจูงใจในการกระทำ ความผิดซึ่งจะแตกต่างกับกรณีคนปกติก่ออาชญากรรม เว้นแต่จะมีอาการทางจิตแบบ Paranoid ซึ่งมีอาการ ที่พบร่วมด้วยคือ อารมณ์โกรธ พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอันตราย ชอบการทะเลาะวิวาทและมีความรู้สึกหวาดกลัว ทั้งนี้ กรณีศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาผู้ป่วยทางจิตเวชเรื้อรังกับปัญหาอาชญากรรมแบ่งการศึกษา ได้เป็น 2 กรณี คือ

(1) กรณีผู้ป่วยทางจิตเวชเรื้อรังเป็นผู้ก่ออาชญากรรม

โดยส่วนใหญ่คนทั่วไปอาจเข้าใจว่า คนไร้บ้านหรือคนเรื้อรัง เป็นพวกอันตรายไม่มีงานทำ แต่ ความเป็นจริงแล้ว คนไร้บ้านจำนวนมากมีงานทำ โดยร้อยละ 45 มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 24 หาของเก่า ร้อยละ 14 ค้าขาย มีเพียงร้อยละ 17 ที่ไม่มีรายได้หรือไม่ประกอบอาชีพอะไรเลย ธรรมชาติของคนไร้บ้าน มักไม่ยอมทำตัวเองให้ลำบากมากกว่าที่เป็นอยู่ จึงหลีกเลี่ยงที่จะก่ออาชญากรรม ฉะนั้น คนกลุ่มนี้จะเกี่ยวข้องกับอาชญากรรมไม่มากนัก แต่ในบางกรณีก็อาจมีแนวโน้มในการก่ออาชญากรรมได้เช่นกัน (“รวบแล้ว โจรเรื้อรังก่อเหตุขโมยทรัพย์แล้ววางเพลิงเหยื่อ รายล่าสุดสำคัญควันดับ”, 2558) โดยมากเป็นเพียง

อาชญากรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ หรือทะเลาะในกลุ่มกันเองซึ่งในบางครั้งอาจมีการทำร้ายกันจนถึงชีวิตเนื่องจากแย่งพื้นที่อาศัย (“วิกฤติคนเร่ร่อน”, 2559) อย่างไรก็ตาม สถานการณ์ล่าสุด เมื่อวันที่ 4 ตุลาคม 2559 ได้มีคนเร่ร่อนเก็บของเก่าขาย อาศัยอยู่ใต้สะพานทางด่วน ถูกทำร้ายเสียชีวิต และในวันต่อมาก็พบศพอีกหลายศพ ซึ่งถูกฆาตกรรมในลักษณะเดียวกันคือถูกมัดมือทั้งสองข้างไว้ด้านหลังรูปแบบการกระทำดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้กระทำความผิดอาจเป็นคน ๆ เดียวกันอันมีลักษณะเป็นฆาตกรต่อเนื่องซึ่งมีรูปแบบการฆ่าที่เป็นสัญลักษณ์ (serial killer) ต่อมาพบบุคคลที่ตกเป็นผู้ต้องสงสัยซึ่งเป็นคนเร่ร่อนเช่นเดียวกัน (“จิมมีฆ่าเรียบ 4 ศพ ผล DNA โยง”, 2559) สาเหตุของการเป็นฆาตกรต่อเนื่องมาจากหลายสาเหตุ เช่น ภูมิหลังและความฝังใจของผู้กระทำความผิด มีความผิดปกติทางจิต หรืออาชญากรโดยกำเนิด (Born Criminal) เป็นต้น

(2) กรณีผู้ป่วยทางจิตเวชเร่ร่อนตกเป็นเหยื่อของอาชญากรรม

บุคคลที่มีแนวโน้มการตกเป็นเหยื่อของอาชญากรรม (กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2559) มีดังนี้

- เด็กและเยาวชน เนื่องจากขาดประสบการณ์และชักจูงง่าย
- ผู้หญิง เนื่องจากมีความอ่อนแอทางสรีระร่างกาย
- ผู้สูงอายุ เนื่องจากอ่อนแอทั้งทางร่างกาย จิตใจ และความรู้สึก
- ผู้ป่วยทางจิต เนื่องจากความรู้สึกนึกคิดไม่สมบูรณ์
- คนต่างด้าว คนเร่ร่อน หรือคนยากจน เนื่องจากขาดที่พึ่งและไม่มีทางเลือก

แนวคิดการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช

แนวคิดการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช (พิพัฒน์ ขำชะจิตร์, 2554) ได้แก่ ทฤษฎีการป้องกันสังคม (The Social Defense Theory) คือ การใช้มาตรการแยกตัวบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายออกจากสังคม โดยให้การรักษาและฟื้นฟูเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเข้าสังคมได้ ทฤษฎีนี้เป็นที่มาของบทบัญญัติแห่งกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่มีแนวโน้มเป็นภัยต่อสังคมและไม่ยอมหรือขาดความสามารถในการให้ความยินยอมให้แพทย์รักษา ทฤษฎีการป้องกันสังคม สรุปสาระสำคัญได้ 5 ประการ ดังนี้

- (1) มาตรการที่นำมาใช้ในการแก้ไขปัญหาอาชญากรรมควรใช้วิธีการป้องกันมากกว่าการลงโทษ
- (2) การป้องกันสังคมต้องพิจารณาถึงการแก้ไขที่ตัวผู้กระทำความผิด โดยการแยกผู้กระทำผิดออกมาจากสังคมเพื่อให้การเยียวยารักษาหรือให้การศึกษา
- (3) การป้องกันสังคมพิจารณาถึงพฤติกรรมของบุคคลแต่ละคนมากกว่าพฤติกรรมของกลุ่มบุคคล
- (4) มาตรการที่นำมาใช้ในการแก้ไขผู้กระทำความผิดต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของหลักมนุษยธรรมและตระหนักถึงสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของบุคคล
- (5) การประเมินหรือทำความเข้าใจบุคลิกภาพของบุคคลและปรากฏการณ์ทางอาชญากรรมต้องใช้วิธีการทางวิทยาศาสตร์เป็นเครื่องมือ เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่ามาตรการที่นำมาใช้มีความเหมาะสมเป็นธรรม

นอกจากทฤษฎีการป้องกันสังคมที่ได้กล่าวมาแล้วนั้น การบังคับใช้กฎหมายเพื่อจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคคลจะต้องอาศัยหลักการซึ่งนำหลักประโยชน์ระหว่างการป้องกันสังคมกับเสรีภาพส่วนบุคคลด้วย ซึ่งกฎหมายที่ใช้บังคับต้องมีวัตถุประสงค์ในการป้องกันอันตรายที่เป็นภัยต่อสังคมอันเป็นอำนาจของรัฐในการรักษาความสงบเรียบร้อยของรัฐ โดยบุคคลต้องยอมสละเสรีภาพส่วนตัวเพื่อประโยชน์ของส่วนรวม

กฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต: กรณีศึกษากฎหมายของประเทศญี่ปุ่น

ประเทศญี่ปุ่นมีการบังคับใช้กฎหมายเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิตเวช คือ Law Concern Mental Health and Welfare for the Mentally Disabled ซึ่งมีบทบัญญัติให้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยไม่สมัครใจได้ ซึ่งกรณีดังกล่าวได้กำหนดวิธีการรับตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้เป็นอำนาจของผู้ว่าราชการจังหวัดและหากผู้ป่วยทางจิตเวชมีแนวโน้มที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ตำรวจ พนักงานอัยการ ผู้อำนวยการสถานคุมประพฤติ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช เป็นต้น มีอำนาจร้องขอให้จิตแพทย์จำนวน 2 คน ประเมินผู้ป่วยเพื่อรับรักษาไว้ในโรงพยาบาล ในกรณีเร่งด่วนจิตแพทย์คนเดียวมีอำนาจรับผู้ป่วยไว้รักษาโดยไม่สมัครใจเป็นเวลา 72 ชั่วโมง มาตรการดังกล่าวมีลักษณะเป็นการจำกัดและลิดรอนสิทธิเสรีภาพของบุคคล ดังนั้น จึงมีข้อบังคับเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย โดยสถานพยาบาลทุกแห่งที่รับผู้ป่วยไว้ จะมีหมายเลขโทรศัพท์ของหน่วยงานที่รับคำร้องเรียนของผู้ป่วย หากเห็นว่าได้รับการรักษาไม่เหมาะสม โดยมีคณะกรรมการที่ชื่อว่า Psychiatric Review Board เป็นผู้ทำหน้าที่สอบสวนเพื่อให้ความเป็นธรรมแก่ทุกฝ่าย (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2542)

กฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีดังนี้

1. พระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2484 มาตรา 7 และประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง กำหนดกรมและสถานสงเคราะห์ตามความในพระราชบัญญัติควบคุมการขอทาน พ.ศ. 2484 ข้อ 4 ให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวผู้ทำการขอทานซึ่งวิกลจริตไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และไม่มีทางเลือกอื่น ทั้งไม่มีญาติอุปการะเลี้ยงดู ไปยังโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อบำบัดรักษา โดยไม่ต้องคำนึงว่าอาการป่วยมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 หรือไม่

2. พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยไว้ ดังนี้

2.1 บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา (มาตรา 22) โดยผู้ที่พบเห็นบุคคลที่มีลักษณะดังกล่าวให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยไม่ชักช้า (มาตรา 23)

2.2 เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจได้รับแจ้ง หรือพบบุคคลซึ่งมีภาวะผิดปกติทางจิตที่อาจเป็นอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ให้ดำเนินการนำบุคคลนั้นไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น (มาตรา 24) โดยให้แพทย์อย่างน้อยหนึ่งคนหรือพยาบาลอย่างน้อยหนึ่งคนที่ประจำสถานพยาบาล

ของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นบุคคลที่มีการนำส่งให้แล้วเสร็จโดยไม่ชักช้า ทั้งนี้ ต้องไม่เกินสี่สิบแปดชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา (มาตรา 27)

2.3 กรณีแพทย์ตรวจพบว่าบุคคลที่ถูกนำส่งมานั้น มีความผิดปกติทางจิตและต้องได้รับการรักษา ให้ส่งตัวบุคคลนั้นพร้อมกับรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด (มาตรา 28)

2.4 เมื่อสถานบำบัดรักษาได้รับบุคคลที่พนักงานเจ้าหน้าที่หรือแพทย์ได้ส่งตัวแล้ว ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการบุคคลนั้นโดยละเอียดภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับตัวบุคคลนั้นไว้ โดยหากพิจารณาแล้วเห็นว่ามีความผิดปกติทางจิตที่อาจเป็นอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ให้มีคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

(1) ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา

(2) ให้บุคคลนั้นต้องได้รับการบำบัดรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษาเมื่อบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย

คำสั่งรับผู้ป่วยไว้บำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษากำหนดวิธีการและระยะเวลาการบำบัดตามความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวันนับแต่วันมีคำสั่งและอาจขยายระยะเวลาได้ครั้งละไม่เกินเก้าสิบวัน (มาตรา 29)

2.5 เมื่อการรักษาเสร็จสิ้นให้แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล (มาตรา 31)

นอกจากนี้ ในประเทศไทยได้จัดบ้านพักสวัสดิการให้แก่คนเร่ร่อนเรียกว่า “บ้านมิตรไมตรี” เป็นสถานที่ซึ่งจัดสรรโดยงบประมาณของรัฐบาลและความร่วมมือระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อเป็นที่พักพิงของคนเร่ร่อนหรือผู้มีรายได้น้อย แต่ปัจจุบันพบว่า จำนวนคนเร่ร่อนตามสถานที่ต่าง ๆ ยังคงมีจำนวนมากเช่นเดิม และยังคงมีผู้ป่วยจิตเวชปะปนกับคนเร่ร่อนทั่วไป ซึ่งสถานการณ์ล่าสุดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดำเนินการสำรวจคนเร่ร่อน คนไร้ที่พึ่งในพื้นที่สาธารณะ ตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม ถึง 31 ตุลาคม 2559 พบ คนเร่ร่อน จำนวน 415 ราย แบ่งเป็น ชาย จำนวน 337 ราย และหญิง จำนวน 78 ราย เป็นผู้พักอาศัยในพื้นที่สาธารณะ จำนวน 246 ราย เป็นคนเร่ร่อน คนไร้ที่พึ่ง จำนวน 139 ราย และเป็นผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน จำนวน 30 ราย ซึ่งได้ดำเนินการช่วยเหลือและดูแล โดยส่งเข้าพักอาศัยในบ้านมิตรไมตรี กรุงเทพมหานคร เพื่อบำบัดฟื้นฟูและพัฒนาทักษะ และให้การช่วยเหลือตามสภาพปัญหา ได้แก่ ติดตามหาญาติ ส่งกลับภูมิลำเนา ส่งเข้าทำงาน ทำบัตรประชาชน และรักษาอาการป่วยทางจิตเวช เป็นต้น (รมว.พม. ลงพื้นที่สนามหลวง พร้อมบูรณาการทุกภาคส่วน ร่วมตั้งกองอำนวยการแก้ไขปัญหาคคนเร่ร่อน คนไร้ที่พึ่งในพื้นที่สนามหลวง, 2559)

บทสรุปและข้อเสนอแนะของผู้ศึกษา

จากการวิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังซึ่งมีแนวโน้มการก่ออาชญากรรมหรือตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมและกฎหมายที่เกี่ยวข้องแล้วนั้นพบว่า ประเทศไทยมีมาตรการที่สำคัญต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวค่อนข้างครบถ้วนครอบคลุมสภาพปัญหาเช่นเดียวกับนานาประเทศ อาทิ ประเทศญี่ปุ่น แต่การบังคับใช้กฎหมายเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดยังเกิดข้อจำกัดในทางปฏิบัติเนื่องจากมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งรับผิดชอบปัญหาดังกล่าวหลายหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม ร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ซึ่งได้ผ่านประชามติเมื่อวันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ.2559 มาตรา 28 กำหนดว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย การจับและคุมขังบุคคลจะกระทำมิได้ เว้นแต่มีคำสั่งหรือหมายของศาลหรือมีเหตุอย่างอื่นตามที่กฎหมายบัญญัติ” ประกอบมาตรา 38 ซึ่งกำหนดว่า “บุคคลย่อมมีเสรีภาพในการเดินทางและการเลือกถิ่นที่อยู่ การจำกัดสิทธิเสรีภาพดังกล่าวจะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามกฎหมายที่ตราขึ้นเพื่อความมั่นคงของรัฐ ความสงบเรียบร้อยหรือสวัสดิภาพของประชาชน” ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. เนื่องจากกฎหมายเกี่ยวกับการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชเรื้อรังซึ่งมีพฤติกรรมที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา เป็นกฎหมายที่จำกัดสิทธิเสรีภาพของประชาชน ดังนั้น จึงควรแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายให้ผู้ป่วยมีสิทธิในการยื่นคำร้องเรียนหากเห็นว่าได้รับการรักษาไม่เหมาะสม โดยมีคณะกรรมการหรือบุคคลทำหน้าที่เป็นผู้สอบสวนและวินิจฉัยปัญหาดังกล่าว

2. ตามกฎหมายซึ่งกำหนดว่า เมื่อการรักษาเสร็จสิ้นให้แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลนั้น เป็นวิธีที่ไม่สามารถบูรณาการให้เข้ากับสถานการณ์ที่แท้จริงเพื่อแก้ไขปัญหาได้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังที่มีอาการดีขึ้นก็จะถูกจำหน่ายตัวออกจากสถานพยาบาลและต้องกลับไปเป็นคนเรื้อรังเช่นเดิม ดังนั้น จึงควรกำหนดมาตรการต่อเนื่อง เช่น การส่งตัวผู้ป่วยจิตเวชซึ่งได้รับการรักษาเสร็จสิ้นแล้วเข้าบ้านพักสวัสดิการของรัฐและให้เป็นสิทธิของบุคคลดังกล่าวที่จะเลือกอาศัยอยู่หรือไม่ก็ได้ หากไม่เลือกที่จะอาศัยอยู่ในบ้านพักสวัสดิการก็จะต้องมีมาตรการติดตามตัวอย่างสม่ำเสมอ หรือการจัดทำทะเบียนประวัติของคนเรื้อรังและการเปิดโอกาสให้มีการฝึกอาชีพต่อไป

บรรณานุกรม

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). **เหยื่ออาชญากรรม**. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2559 จาก https://www.m-society.go.th/intro_myking.html
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2542, กรกฎาคม-กันยายน). การให้บริการสุขภาพจิตในประเทศญี่ปุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44(3), 273 -279. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.dmh.go.th/abstract/pdf/100424403285.pdf>
- คนจรจัดเก็ลลอนกรุง EP.1 เร่ร่อน VS ป่วยจิต เจาะมูลเหตุกำเนิดคนข้างถนน, (2558). สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.thairath.co.th/content/541696>
- จิมมีฆ่าเรียบ 4 ศพ ผล DNA โยง. (2559). สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.thaipost.net>
- พิพัฒน์ ขำชะจิตร. (2554). การบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก http://elib.coj.go.th/Ebook/data/judge_report/jrp2554_9_10.pdf
- มูลนิธิอิสรชน. (2559). **ผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ**. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://issarachon.org/vision-mission-definition-thai/>
- รวบแล้วโจรเร่ร่อนก่อเหตุขโมยทรัพย์สินแล้ววางเพลิงเหยื่อ รายล่าสุดสำคัญวันดับ. (2558). สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9580000129526>
- รมว.พม. ลงพื้นที่สนามหลวง พร้อมบูรณาการทุกภาคส่วน ร่วมตั้งกองอำนวยการแก้ไขปัญหาคนเร่ร่อน คนไร้ที่พึ่งในพื้นที่สนามหลวง. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2559 จาก <http://www.thaigov.go.th/index.php/news-ministry/2012-08-15-09-31-58/item/108626-id-108626/th/news-ministry/2012-08-15-09-31-58>
- วิจิตพาณี เจริญขวัญ. (2554). **จิตวิทยาคลินิกเบื้องต้น**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิกฤติคนเร่ร่อน. (2559). สืบค้นเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/722157>
- สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต. (2559). สืบค้นเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2559 จาก http://www.ilchonburi.org/substance/mental_health.html

บรรณานุกรม

- กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2559). *เหยื่ออาชญากรรม*. สืบค้นเมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน 2559 จาก https://www.m-society.go.th/intro_myking.html
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2542, กรกฎาคม-กันยายน). การให้บริการสุขภาพจิตในประเทศญี่ปุ่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 44(3), 273 -279. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.dmh.go.th/abstract/pdf/100424403285.pdf>
- คนจรจัดเถื่อนกรุง EP.1 เร่ร่อน VS ป่วยจิต เจาะมูลเหตุกำเนิดคนข้างถนน, (2558). สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.thairath.co.th/content/541696>
- จิมมีฆ่าเรียบ 4 ศพ ผล DNA โยง. (2559). สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.thaipost.net>
- พิพัฒน์ ขำชะจิตร์. (2554). การบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก http://elib.coj.go.th/Ebook/data/judge_report/jrp2554_9_10.pdf
- มูลนิธิอิสรชน. (2559). *ผู้ใช้ชีวิตในที่สาธารณะ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://issarachon.org/vision-mission-definition-thai/>
- รวบแล้วโจรเร่ร่อนก่อเหตุขโมยทรัพย์แล้ววางเพลิงเหยื่อ รายล่าสุดล่าถอยดับ. (2558). สืบค้นเมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.manager.co.th/Crime/ViewNews.aspx?NewsID=9580000129526>
- รมว.พม. ลงพื้นที่สนามหลวง พร้อมบูรณาการทุกภาคส่วน ร่วมตั้งกองอำนวยการแก้ไขปัญหาคนเร่ร่อน คนไร้ที่พึ่งในพื้นที่สนามหลวง. สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤศจิกายน 2559 จาก <http://www.thaigov.go.th/index.php/news-ministry/2012-08-15-09-31-58/item/108626-id-108626/th/news-ministry/2012-08-15-09-31-58>
- วิจิตพาณี เจริญขวัญ. (2554). *จิตวิทยาคลินิกเบื้องต้น*. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- วิกฤตคนเร่ร่อน. (2559). สืบค้นเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2559 จาก <http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/722157>
- สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิต. (2559). สืบค้นเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2559 จาก http://www.ilchonburi.org/substance/mental_health.html