



นิติจิตเวช : จากงานบริการเชิงรับสู่ การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุก

ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ พบ.*

บทคัดย่อ

งานนิติจิตเวชทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทยมีจุดเริ่มต้นจากงานบริการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดคดีอาญาที่มีความผิดปกติทางจิต จิตแพทย์ต้องรายงานความเห็นต่อกระบวนการยุติธรรมในประเด็นความสามารถในการต่อสู้คดีหรือความรับผิดชอบทางอาญาแล้วแต่กรณี จุดเริ่มต้นของงานบริการนิติจิตเวชในประเทศไทยเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2437 ได้เริ่มมีบริการโรงพยาบาลเฉพาะทางที่เป็นระบบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2514 มีการทบทวน ลำดับความเป็นมาและการพัฒนาระบบบริการนิติจิตเวชในประเทศไทยรวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เริ่มจากงานบริการรับส่งต่อมาจากกระบวนการยุติธรรมในคดีอาญาและคดีแพ่ง จนขยายขอบเขตไปสู่การพัฒนา ผลักดันและบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นกฎหมายสุขภาพจิตฉบับแรกของประเทศไทยที่มีจุดประสงค์เพื่อการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจิตเวชในระดับสังคมที่เกิดจากการทำงานอย่างมีส่วนร่วมระหว่างทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ได้นำเสนอบทบาทของจิตแพทย์ที่มีต่อการคุ้มครองสิทธิและเป็นปากเป็นเสียงให้แก่ผู้ป่วยในสังคม

คำสำคัญ นิติจิตเวช สิทธิผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเวช การคุ้มครองสิทธิ กฎหมายสุขภาพจิต

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(ฉบับผนวก 1): 115S-138S

* สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข



Forensic Psychiatry in Thailand : From passive services to active right protection for psychiatric patients

*Duangta Graipasong M.D.**

Abstract

The forensic psychiatry, both international and in Thailand, had been originated from providing clinical and legal diagnosis and treatment for the mentally-ill offenders. Forensic psychiatric reports were sent to criminal procedures in the issues of either competency to plead and stand trial or criminal responsibility. In Thailand, forensic psychiatric service was originated in 1894. The systematized forensic psychiatric service in specialized hospital has been operated since 1971. The development of forensic psychiatric services in Thailand, including of associated researches, which mostly focused in the criminal and civil cases sent by the criminal procedures was reviewed and narrated. The development, enactment and implement of Mental Health Act 2008, the first mental health legislation of Thailand, were introduced. One of the aims of the act is to protect the psychiatric patients' right in the social level. It was the product of the participation from multi-stakeholders. The role of psychiatrists toward patient's right protection and advocacy in Thai society was presented.

Keywords: forensic psychiatry, patients' right, psychiatric patients, right protection, mental health legislation

วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2552; 54(ฉบับผนวก 1): 115S-138S

* สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

จิตแพทย์และนักกฎหมายหลายท่านได้ให้ความหมายของนิติจิตเวชไว้หลากหลาย ซึ่งมีการสรุปว่า “นิติจิตเวช เป็นการนำเอาหลักวิชาการทางจิตเวชศาสตร์ไปประยุกต์ใช้เพื่อประโยชน์ต่อกระบวนการยุติธรรม”¹ นิติจิตแพทย์จึงจำเป็นต้องปฏิบัติหน้าที่เสมือนหนึ่งเป็นเครื่องมือของระบบกฎหมายเพื่อวัตถุประสงค์ของระบบกฎหมาย มิใช่เพื่อวัตถุประสงค์ทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว จิตแพทย์จึงมีส่วนที่จะช่วยให้กระบวนการยุติธรรมมีประสิทธิภาพและสร้างความเป็นธรรมให้สังคมมากขึ้น เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม² งานนิติจิตเวชเริ่มต้นจากการยกประเด็นความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชมาต่อสู้อาญา ในประเทศอังกฤษนั้น มีการบันทึกว่ามีการตัดสินคดีโดยพิจารณาเหตุผลของความวิกลจริตครั้งแรกในปี ค.ศ. 1505 ในปี ค.ศ. 1724 มีการต่อสู้คดีของ Edward Arnold ในคดีพยายามฆ่า Lord Onslow โดยมีชื่อว่า “right versus wrong test” หรือ “wild beast test” ซึ่งต้องพิสูจน์ว่าจำเลยสูญเสียความเข้าใจและความจำโดยสิ้นเชิง “ไม่รู้ตัวตนทำอะไร ไม่ต่างไปจากทารกหรือคนป่าหรือสัตว์ป่า จึงไม่สมควรที่จะถูกลงโทษ ถือเป็นกรณีที่เป็นบรรทัดฐานในการต่อสู้คดีว่าจำเลยไม่ผิด ถ้าพิสูจน์ได้ว่ามีภาวะวิกลจริตโดยสิ้นเชิงมาก่อนหน้าแล้ว” ในคดีนี้ไม่มีการเบิกแพทย์ไปเป็นพยาน⁴ ในปี ค.ศ. 1736 Lord Hale นักกฎหมายได้เสนอแนวคิดที่ว่า “ที่ใดที่คนขาดความเข้าใจโดยสิ้นเชิง ที่นั่นก็ขาดซึ่งเจตจำนงเสรี” ดังนั้นการพิสูจน์ว่าจำเลยขาดเจตจำนงเสรีอันเนื่องมาจากเขาวิกลจริตในขณะที่กระทำผิดหรือเนื่องจากความเป็นผู้เยาว์จนขาดความเข้าใจไม่สามารถแยกถูกผิด ดีชั่วทางบรรทัดฐานทางศีลธรรม³ จากนั้นเริ่มมีการเบิกแพทย์ “หมอบ้า” ไปเป็นพยานครั้งแรกในคดีของ Earl Ferrers ในปี ค.ศ. 1760 โดย Dr. John Monro แพทย์ของโรงพยาบาล Bethlem ไปเบิกความในฐานะลุงของจำเลยซึ่งเคยรักษาโรคจิตของ Ferrers มาก่อนก่อคดี แต่ไม่เคยได้ตรวจสภาพจิตของจำเลย

หลังจากก่อคดี ซึ่งก่อนปี ค.ศ. 1825 เกือบครึ่งหนึ่งของคดีที่แพทย์ไปเบิกความนั้นเป็นการเบิกความในฐานะของเพื่อนหรือแพทย์ที่เคยดูแลรักษาจำเลยมาก่อนเป็นการเบิกความในฐานะพยานทั่วไป ไม่ใช่ในฐานะพยานผู้เชี่ยวชาญ การเบิกความจิตแพทย์ในฐานะพยานผู้เชี่ยวชาญซึ่งได้ตรวจจำเลยหลังจากก่อคดีแล้วเป็นผลโดยตรงจากการพัฒนาสถานบำบัดรักษาทางจิต (asylum) ในต้นคริสต์ศตวรรษที่ 19 ทำให้จิตแพทย์มีประสบการณ์ทางคลินิกและเริ่มมีการยอมรับแนวความคิดของ “ภาวะวิกลจริตบางส่วน” เช่น มีความคิดหลงผิด คลุ้มคลั่ง มีความวิกลจริตในด้านคุณธรรม ซึ่งความเข้าใจและกระบวนการใช้ความคิดของผู้ป่วยอาจจะไม่เสียหาย คนทั่วไปจึงไม่สามารถวินิจฉัยได้ ต้องอาศัยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเท่านั้น คดีพยายามฆ่า George III ของ James Hadfield ในปี ค.ศ. 1800 นับเป็นคดีแรกที่แนวความคิดของ “ภาวะวิกลจริตบางส่วน” ขึ้นต่อผู้ในชั้นศาล โดย Thomas Erskine ที่ปรึกษาทนายของเขาได้ชี้ให้เห็นว่าความคิดหลงผิดของ Hadfield เกิดขึ้นหลังจากที่เขาได้รับอุบัติเหตุที่ศีรษะอย่างต่อเนื่องในระหว่างปฏิบัติหน้าที่เป็นทหาร เขาได้รับการตัดสินว่าไม่ผิดและถูกส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล Bethlem⁴ Isacc Ray แพทย์ที่ทำงานในกระบวนการยุติธรรม ชาวอเมริกันซึ่งกลายเป็นนิติจิตแพทย์ที่มีความสำคัญต่อวงการนิติจิตเวชในระดับสากลได้เขียนหนังสือ A Treatise on the Medical Jurisprudence of Insanity ตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 1838 งานเขียนของเขาถูกนำมาอ้างอิงอย่างกว้างขวางในการต่อสู้คดีของ M3Naghten ในปี ค.ศ. 1843 ที่เขาตั้งใจลอบยิง Sir Robert Peel นายกรัฐมนตรีอังกฤษด้วยความคิดหวาดระแวงว่าพรรครัฐบาลอังกฤษจะส่งคนตามฆ่า แต่เขายังผิดตัว กระสุนไปถูก Edward Drummond เลขาธิการนายกรัฐมนตรีอังกฤษจนถึงแก่ความตาย คณะลูกขุนได้ร่วมตัดสินว่า Daniel M’Naghten ป่วยเป็นโรคจิตจึงไม่ผิด คดีนี้ได้ก่อให้เกิด M’Naghten Rules ที่กำหนดมาตรฐาน

ทางกฎหมายของภาวะวิกฤตจิตว่าหมายถึงการขาดความสามารถในการแยกแยะผิด ต่อมาในช่วงครึ่งหลังของศตวรรษที่ 19 กระบวนการยุติธรรมและสังคมไม่ให้การยอมรับการต่อสู้คดีในประเด็นวิกฤตจิต สังคมไม่เห็นด้วยกับบทบาทของแพทย์ที่ทำให้จำเลยต้องถูกกักขังในสถานบำบัดรักษาทางจิตและยกเว้นความผิดให้กับอาชญากร จนกระทั่งหนึ่งศตวรรษต่อมาได้มีเหตุการณ์ที่ John Hinckley ลอบสังหารประธานาธิบดี Ronal Reagan ในปี ค.ศ. 1982 คดีนี้จำเลยได้รับการตัดสินว่าไม่มีความผิดเนื่องจากเป็นคนวิกฤตจิต และได้ถูกส่งตัวไปคุมตัวไว้ในโรงพยาบาล St.Elizabeths กรุงวอชิงตันดีซี จนถึงปัจจุบัน⁴

งานนิติจิตเวชของประเทศไทยในอดีต

งานนิติจิตเวชที่เป็นระบบนั้นเริ่มต้นในสมัยรัชกาลที่ 5 นับแต่พระองค์ทรงพระกรุณาโปรดเกล้าให้จัดตั้ง “โรงพยาบาลคนเสียจริต” ขึ้นครั้งแรกเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2432 สังกัดกรมพยาบาล กระทรวงธรรมการ ผู้ป่วยจิตเวชคดีที่รับไว้ในโรงพยาบาลยุคนั้นซึ่งมีลักษณะกึ่งโรงพยาบาล กึ่งสถานที่กักขัง เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อผู้อื่น หรือเป็นผู้ก่อคดีมีโทษ ถูกนำส่งคุมตัวโดยพลตระเวนหรือหัวเมืองหรือกระทรวงมหาดไทยซึ่งเทียบได้กับตำรวจ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยที่ถูกส่งมาจากกองมหันตโทษ กองลหุโทษและศาลนำมาฝาก ผู้ที่ก่อคดีต้องถูกขังหรืออยู่ในห้องขังเมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้วหน่วยงานที่นำส่งก็มารับตัวกลับไป แนวทางการรักษาในยุคนั้นเน้นความเมตตา สงสาร ดังคติไทยที่ว่า “อย่าถือคนบ้า อย่าว่าคนเมา”⁵ จากหลักฐานที่บันทึกในหอสมุดจดหมายเหตุแห่งชาติที่ร.5 ศธ. 8.7 ก/2 เรื่องส่งตัวอ้ายท้วมเสียจริตมายังกรมพยาบาล 28 มิถุนายน - 5 กรกฎาคม ร.ศ.113 (พ.ศ. 2437) และที่ร.5 ศธ. 8.7/9 เรื่องให้นายคล้อย แพทย์ชี้แจงวิธีตรวจคนเสียจริต 15-26 กันยายน ร.ศ.122 (พ.ศ. 2446) ทำให้ได้ทราบระบบงานนิติจิตเวชสมัยนั้น

ว่าศาลพระราชอาญามีคำสั่งให้หมอสเอส แพทย์ใหญ่ตรวจอาการอ้ายท้วมผู้ร้ายที่ถูกกล่าวหาว่าพินนายคล้อยตาย หมอสเอสได้ทำบันทึกรายงานศาลพระราชอาญาว่าอ้ายท้วมเป็นคนเสียจริตพูดจาเลอะเลือนไป ศาลฯ จึงมีคำสั่งให้ส่งตัวอ้ายท้วมไปให้แพทย์เจ้าพนักงานรักษาอ้ายท้วม เมื่อหายคลายจริตเมื่อใดก็ให้แพทย์เจ้าพนักงานส่งตัวอ้ายท้วมคืนกลับมาศาล เพื่อศาลพิพากษาความอ้ายท้วมต่อไป กฎหมายที่ใช้ในสมัยนั้นคือกฎหมายตราสามดวง โดยเฉพาะบทพระอัยการลักษณะวิวาทตาตี คดีอ้ายท้วมคนเสียจริตนี้ถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเวชคดีร้ายแรงของประเทศไทยซึ่งเทียบได้กับศาลสงจำเลยซึ่งเชื่อได้ว่าวิกฤตจิตไปรักษายังสถานพยาบาลจนกว่าจะต่อสู้คดี⁶ ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 ในปัจจุบัน⁶

ต่อมาในปี พ.ศ. 2455 มีการจัดสร้างโรงพยาบาลตามแบบตะวันตกขึ้นใหม่ เปลี่ยนชื่อโรงพยาบาลเป็น “โรงพยาบาลโรคจิตธนบุรี” เริ่มมีการตรวจวินิจฉัยจิตเวชด้วยวิชาการสมัยใหม่ พร้อมกับการมีผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิตคนแรกที่เป็นคนไทย คือ ศาสตราจารย์หลวงวิเชียรแพทยาคม และศาสตราจารย์นายแพทย์ฝนแสงสิงแก้ว ซึ่งได้รับการยกย่องว่าเป็น “บิดาจิตเวชศาสตร์ของไทย” ตามลำดับ “โรงพยาบาลโรคจิตธนบุรี” ได้รับการเปลี่ยนชื่อเป็น “โรงพยาบาลสมเด็จพระยา” สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2497 โดยเชื่อว่าการเปลี่ยนชื่อนี้จะทำให้ญาติและผู้ป่วยสบายใจ ประกอบกับทำให้ประชาชนทั่วไปรู้สึกมีทัศนคติที่ดีขึ้นกับโรงพยาบาลและผู้ป่วย⁷ ท่านอาจารย์ฝนแสงสิงแก้วได้อธิบายวิธีที่จะตรวจสอบภาวะแกล้งทำในผู้ต้องหาที่วิกฤตจิตหรือกล่าวหาว่าวิกฤตจิตเพื่อจะไม่ถูกดำเนินคดีว่ารู้ได้ไม่ยาก “แต่ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 15 วัน” “มีบางรายที่ผู้ต้องหาหรือคนไข้ผู้นั้นเคยมีประวัติฆ่าคนหรือชอบทำร้ายชีวิตผู้อื่น” “มีบางรายแกล้งทำเป็นบ้า ถึงกับลงทุนกินอุจจาระ นี้ก็จับเอาความจริงได้ไม่ยาก พอแผลอกนั้นก็กินอยู่เหมือนคนอื่น ๆ

กินอาหารที่ตัวเองชอบ เอาอุจจาระให้กินก็ไม่กิน เราใช้วิธีแอบดูหรือลอบสังเกต”⁹ นอกจากนี้ยังกล่าวถึงกระบวนการในชั้นศาลที่เกี่ยวข้องไว้ด้วยว่า “ศาลจะคอยติดตามฟังผล แม้ครบกำหนดเวลาแล้ว ศาลก็อาจขอให้ควบคุมตัวไว้ต่อไปก็ได้”⁹ ในช่วงเวลานั้นประเทศไทยได้ประกาศใช้กฎหมายลักษณะอาญา ร.ศ.127 (พ.ศ. 2441) ซึ่งมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับงานนิติจิตเวชหลายมาตรา⁹ ดังเช่น มาตรา 46 วรรคแรกที่มีสาระว่าไม่ให้เอาโทษแก่ผู้กระทำผิดในเวลาที่เกิดเหตุ อันเกิดจากสัญญาวิปลาส หรือเกิดจากพยาธิสภาพ เป็นเหตุให้ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือยับยั้งตนเองได้ในเวลาที่กระทำผิดสอดคล้องกับประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 วรรคหนึ่งในปัจจุบัน¹⁰ ส่วนสาระของมาตรา 46 วรรคสองมีสาระว่าให้สั่งผู้วิกลจริตผู้นั้นซึ่งอาจจะเกิดเหตุภัยอันตรายแก่ผู้อื่นไปกักขังรักษาในโรงพยาบาลสำหรับคนวิกลจริตหรือคุมขังรักษาในที่อื่นเพื่อป้องกันอันตรายแก่สาธารณชน สอดคล้องกับสาระของประมวลกฎหมายอาญามาตรการเพื่อความปลอดภัยแก่สังคมมาตรา 48¹¹ นอกจากนี้ในมาตรา 47 แห่งกฎหมายลักษณะอาญามีเนื้อหาสาระว่าผู้กระทำผิดในเวลาวิกลจริตที่เกิดจากสัญญาวิปลาสหรือจากพยาธิสภาพ ถ้าปรากฏว่าในเวลานั้นยังพอมีสติจะรู้ผิดชอบหรือยับยั้งได้ ก็ควรต้องโทษ แต่ศาลจะลดหย่อนอาชญาให้เบาบางลงกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นก็ได้ สอดคล้องกับสาระของประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 วรรคสองเช่นเดียวกัน⁹

แนวคิดที่จัดให้มีโรงพยาบาลจิตเวชคดีที่รับผิดชอบงานนิติจิตเวชเฉพาะเริ่มขึ้นปลายปี พ.ศ. 2496 เนื่องจากมีสถิติบุคคลที่แสดงอาการวิกลจริต หรือสติวิปลาสทางการเมืองค่อนข้างมาก รวมทั้งเจ้าหน้าที่ตำรวจจับชาวญวนที่กำลังปืนขึ้นไปบนเครื่องบินปี 17 ของอเมริกันได้หนึ่งคน กรมตำรวจจึงได้เสนอต่อกระทรวงมหาดไทยจัดสร้างโรงพยาบาลโรคจิตขึ้นต่างหากเพื่อสะดวกในการควบคุม ดูแลพฤติกรรมและ

ป้องกันการกระทำของผู้ต้องหาหรือบุคคลบางคนที่แสดงวิกลจริตออกทางการเมืองและทางกระทำผิดคดีอาญา ระหว่างที่ดำเนินการศึกษาหาสถานที่และงบประมาณนั้น ก็มีเหตุการณ์ว่ามีบุคคลวิกลจริตเข้าไปในท่าอากาศยานกรุงเทพหลายครั้ง โดยมีพฤติกรรมชุกชอนตัวอยู่ในเครื่องบินเพื่อเดินทางไปต่างประเทศ ก่อให้เกิดความเสียหายต่อเครื่องบินและผู้โดยสารในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2506 ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝนแสงสิงแก้ว อธิบดีกรมการแพทย์สมัยนั้นพิจารณาเห็นความจำเป็นของการจัดตั้งโรงพยาบาลโรคจิตคดีเพื่อรับผู้ป่วยโรคจิตที่มีความโน้มเอียงที่จะประกอบอาชญากรรม เป็นภัยต่อชีวิตและทรัพย์สินของประชาชน ให้เป็นสถานที่ที่มีผู้ควบคุมดูแลกักกันโดยกวดขัน เพื่อป้องกันมิให้หลบหนีไปก่อความไม่สงบสุขแก่ประชาชนและเป็นผลเสียหายต่อคดี กรมการแพทย์จึงได้จัดทำโครงการโรงพยาบาลโรคจิตคดีเสนอต่อพระบารมีราชนาครูปถัมภ์กระทรวงสาธารณสุข และได้มีการส่งเรื่องให้ศูนย์ป้องกันอาชญากรรม กรมตำรวจ กระทรวงมหาดไทย สำนักงานเลขาธิการของนายกรัฐมนตรี เพื่อนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีพิจารณา เนื่องจากผู้แทนกระทรวงสาธารณสุขโดยกองโรงพยาบาลโรคจิต กรมการแพทย์ได้ศึกษาผลงานของต่างประเทศ พบว่างานนิติจิตเวชทั่วโลกนั้นทางฝ่ายสาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ จึงได้เสนอโครงการนิติจิตเวชเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรีซึ่งมีมติรับหลักการโครงการจัดตั้งโรงพยาบาลนิติจิตเวช เมื่อวันที่ 15 สิงหาคม พ.ศ. 2510 โดยใช้ที่ดินที่ทางจังหวัดธนบุรีจัดหาให้ ณ บริเวณทุ่งเนินทราย ตำบลทวีวัฒนา อำเภอตลิ่งชัน และได้รับบริจาคที่ดินเพื่อทำถนนทางเข้าจากนางสงวน ไชยอนุวัติ การก่อสร้างแล้วเสร็จในปี พ.ศ. 2514 ภายใต้การบริหารของนายแพทย์ผู้อำนวยการท่านแรก คือ นายแพทย์ยรรยงไพฑารามิก โดยผู้ป่วยคดีรายแรกที่รับไว้เป็นผู้ต้องหาหญิงคดีพยายามฆ่า สถานีตำรวจภูธรอำเภอเมืองฉะเชิงเทราส่งตรวจสุขภาพจิต¹² ในปี พ.ศ. 2515

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิติจิตเวชคนถัดมา คือ นายแพทย์สุรินทร์ ปิ่นรัตน์ ท่านเป็นผู้บุกเบิกและวางรากฐานงานนิติจิตเวชที่เป็นระบบของประเทศไทย ท่านได้เป็นผู้วางภูมิทัศน์ของโรงพยาบาลนิติจิตเวชโดยให้ส่วนของหอผู้ป่วยและหน่วยฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ในวงในสุดแล้วล้อมรอบด้วยบ้านพักของเจ้าหน้าที่ โดยมีส่วนอำนวยการและบ้านพักผู้อำนวยการอยู่หน้าสุดของโรงพยาบาล การออกแบบเช่นนี้ทำให้เจ้าหน้าที่และครอบครัวทำหน้าที่เป็นรั้ว สอดส่องป้องกันมิให้ผู้ป่วยหลบหนี อีกทั้งยังให้แนวคิดในการออกแบบหอผู้ป่วยนิติจิตเวชแก่สถาปนิกเพื่อให้เกิดมั่นคงแข็งแรงยากต่อการหลบหนี ปลูกต้นไม้ ขุดสระ เลี้ยงปลา เลี้ยงวัว เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยในสมัยนั้นส่วนใหญ่มาจากภาคเกษตรกรรม ผลผลิตที่ได้ก็นำมาทำอาหารให้แก่ผู้ป่วย ท่านได้พัฒนาบุคลากรสาขาต่างๆ ให้มีความรู้และทักษะในกระบวนการนิติจิตเวช ส่งเสริมให้จิตแพทย์ได้ไปศึกษาดูงานด้านนิติจิตเวชที่ประเทศสหราชอาณาจักร ได้แก่ นายแพทย์ธำรง ทศนาญชลี และนายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ซึ่งทั้งสองท่านก็ได้เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิติจิตเวชในเวลาต่อมา อาจารย์นายแพทย์สุรินทร์ ปิ่นรัตน์ได้ถ่ายทอดประสบการณ์และองค์ความรู้วิชานิติจิตเวชให้แก่จิตแพทย์ที่ศึกษาในประเทศไทยอย่างเต็มที่ นายแพทย์ประทีป ลิขิตเลอสรวงเป็นนิติจิตแพทย์รุ่นสุดท้ายที่ได้มีโอกาสทำงานร่วมกับท่าน ท่านจัดให้มีการประชุมวิชาการสัญจรร่วมกับโรงพยาบาลจิตเวชในภูมิภาค ทำให้มีบริการนิติจิตเวชในภูมิภาคเกิดขึ้น นอกจากนี้มีการให้บริการบำบัดรักษาผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำและตรวจประเมินสภาพจิตของนักโทษประหารรวมทั้งได้เขียนตำราวิชานิติจิตเวชศาสตร์ที่ถอดจากประสบการณ์ตรงของท่านซึ่งสอดคล้องกับบริบทสังคมไทยในสมัยนั้น² ผู้เขียนจึงมีความเห็นด้วยอย่างยิ่งกับนายแพทย์ประทีป ลิขิตเลอสรวง อดีตจิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลนิติจิตเวชที่มีความเห็นว่า “สมควรที่พวกเราคนรุ่นหลัง

จะขอเชิดชูท่านอาจารย์สุรินทร์ ปิ่นรัตน์ คือ บิดาแห่งนิติจิตเวชไทย”¹³

ในส่วนของงานนิติจิตเวชเด็คนั้น จิตแพทย์ที่ได้ออกมาบุกเบิกในการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาและดูแลเยาวชนที่มีความผิดปกติทางจิตภายใต้หน่วยงานของศาลคดีเด็กและเยาวชน คือ นายแพทย์เชียร สิริยานนท์ ผู้อำนวยการกองแพทย์ ศาลคดีเด็กและเยาวชน กระทรวงยุติธรรมได้จัดตั้งศาลคดีเด็กและเยาวชนกลางกับสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนกลางเป็นครั้งแรกเมื่อวันที่ 28 มกราคม พ.ศ. 2495 หลังจากที่ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติจัดตั้งศาลคดีเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2494 และพระราชบัญญัติวิธีพิจารณาคดีเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2494 เพื่อให้แยกการปฏิบัติต่อเด็กและเยาวชนที่กระทำผิดออกจากการปฏิบัติสำหรับผู้ใหญ่ซึ่งกระทำผิดกฎหมาย โดยให้มีการสืบเสาะและพินิจข้อเท็จจริงเกี่ยวกับเด็กและเยาวชนโดยแพทย์และพนักงานคุมประพฤติไปพร้อมกับการสอบสวนข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการกระทำผิดซึ่งทำให้ศาลได้ทราบสาเหตุแห่งการกระทำผิดก่อนแล้วจึงใช้มาตรการแก้ไขเยาวชนเด็กหรือเยาวชนด้วยวิธีการที่เหมาะสมสำหรับแต่ละราย ต่อมาในปี พ.ศ. 2506 ได้มีการปรับแก้กฎหมายทั้งสองฉบับเพื่อให้การดำเนินคดีอาญาซึ่งอยู่ในอำนาจพิจารณาพิพากษาคดีเด็กและเยาวชนเป็นไปด้วยความรวดเร็ว

นิติจิตเวชของประเทศไทยในปัจจุบัน

เนื่องจากการปฏิรูประบบราชการและได้รับพระกรุณาโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมจากสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์ประทานนามโรงพยาบาลนิติจิตเวชใหม่ว่า “สถาบันกัลยาณิราชชนครินทร์” และทรงประกอบพิธีเปิดเมื่อวันอาทิตย์ที่ 16 มิถุนายน 2545¹⁴ จึงก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบและขอบข่ายงานนิติจิตเวชของโรงพยาบาลนิติจิตเวชซึ่งเดิมเน้นการให้บริการ

แก่กระบวนการยุติธรรม เป็นที่ศึกษาดูงานของวิชาชีพที่เกี่ยวข้องอันได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์และนักกิจกรรมบำบัดมาสู่การพัฒนา มาตรฐานบริการและวิชาการนิติจิตเวช การร่วมเป็น คณะกรรมการ อนุกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการใช้กฎหมาย ที่นอกเหนือจากคดีอาญาและคดีแพ่ง เช่น การเป็น คณะอนุกรรมการในชุดต่างๆ ของหน่วยงานของกระทรวง ยุติธรรม รวมทั้งขยายบทบาทไปสู่การผลักดันการป้องกัน การก่อคดีและการถูกละเมิดของผู้ป่วยจิตเวชด้วยการ ผลักดันการร่าง ผ่านและบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิต เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต^{15,16}

ในปี พ.ศ. 2547 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้จัดทำมาตรฐานบริการนิติจิตเวชเพื่อใช้เป็นมาตรฐาน บริการระดับประเทศสำหรับหน่วยงานทั้งในและนอก กรมสุขภาพจิตโดยได้ข้อสรุปจากการประชุมปฏิบัติการ ของทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานบริการนิติจิตเวชจาก 12 หน่วยงานทั้งในและนอกกรมสุขภาพจิตและผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 14 ท่าน¹⁷ การพัฒนา บริการและวิชาการนิติจิตเวชได้ใช้กลยุทธ์ของการศึกษา วิจัยเพื่อนำผลการศึกษามาพัฒนางานได้ดียิ่งขึ้น ได้แก่ ศึกษาอัตราความสามารถในการต่อสู้คดี สาเหตุของ การป่วยซ้ำระหว่างพิจารณาคดี และระยะเวลาเฉลี่ย ในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวชหลังจำหน่ายถึงวันที่ ศาลพิพากษา ผลการศึกษานี้พบว่ายังมีอัตราของอาการ กำเริบในระหว่างการพิจารณาคดีจนต้องกลับมารักษา ซ้ำร้อยละ 21 เนื่องจากขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง และขาดการประเมินอาการและปรับแผนการรักษา อันเนื่องจากการขาดบริการจิตเวชในเรือนจำ¹⁸ จาก ศึกษาผลการวินิจฉัยทางนิติจิตเวชด้านความรู้ผิดชอบ ความจำเป็นต้องบำบัดรักษาและภาวะอันตรายต่อการ ดำเนินคดีอาญาของผู้ป่วยนิติจิตเวช พบว่าผู้ต้องหา ที่ส่งตรวจประเมินอาการทางจิต 77 ราย คดีสิ้นสุด ในชั้นพนักงานสอบสวน 5 รายพนักงานสอบสวนได้ ส่งสำนวนให้พนักงานอัยการ 72 ราย พนักงานอัยการ

สั่งไม่ฟ้อง 22 ราย รวมผู้ต้องหาที่มีความผิดปกติ ทางจิตที่คดีสิ้นสุดก่อนถึงชั้นศาลร้อยละ 28.5 ส่วนผล คำพิพากษาของศาลรวมทั้งสิ้น 274 รายนั้น โดยรวม ศาลมีความเห็นตามที่แพทย์วินิจฉัยในประเด็นความ รับผิดชอบต่อคดีอาญาร้อยละ 49.3 ส่วนในประเด็น การบังคับรักษานั้น เพียงหนึ่งในสามของจำเลยที่แพทย์ มีความเห็นว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องแล้ว ศาลใช้มาตรการทางกฎหมายสั่งให้จำเลยไปรักษานอกจากนี้เพียงครึ่งหนึ่งของจำเลยที่แพทย์ระบุว่า มีภาวะอันตรายแล้วศาลมีคำสั่งบังคับรักษาตามมาตรการ เพื่อความปลอดภัย¹⁹ จากการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า พนักงานสอบสวนและอัยการยังรับฟังความคิดเห็น ตามรายงานการตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชในประเด็น ความรับผิดชอบในคดีอาญาเพื่อประกอบการพิจารณา สั่งไม่ฟ้องเนื่องจากสิทธิในคดีอาญามาฟ้องยอมระงับ ไปเมื่อมีกฎหมายยกเว้นโทษ ตามประมวลกฎหมายวิธี พิจารณาความอาญามาตรา 39²⁰ และประมวลกฎหมาย อาญามาตรา 65 วรรค 1¹¹ ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่าเมื่อมีการปรับมาตรฐานบริการนิติจิตเวช ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมาทำให้ศาลมีความเห็น ในประเด็นความรับผิดชอบต่อคดีอาญาเพิ่มขึ้นจาก การศึกษาเมื่อเกือบยี่สิบปีก่อนประมาณสิบเปอร์เซ็นต์ และศาลมีคำสั่งบังคับรักษาเพิ่มขึ้น²¹ จากการศึกษา ดังกล่าวพบว่ายังต้องพัฒนารูปแบบการรายงานวินิจฉัย ทางนิติจิตเวช วิธีการเบิกความเป็นพยานตลอดจน มีการถ่ายทอดความรู้ผ่านการอบรม ประชุม สัมมนา เพื่อให้ศาลมีความเข้าใจความผิดปกติของจำเลยที่มี ผลต่อการก่อคดีและความเห็นต่อการใช้มาตรการ ทางกฎหมายเพื่อป้องกันการก่อคดีซ้ำอันเนื่องมาจาก ความเจ็บป่วยทางจิต การศึกษาอัตราอาการทางจิต กำเริบ การกลับมารักษาซ้ำ การก่อคดีซ้ำและการเข้าถึง บริการบำบัดรักษาของผู้กระทำผิดคดีอาญาที่มีความ ผิดปกติทางจิตที่ศาลมีคำสั่งบังคับรักษาแบบผู้ป่วย ในเพื่อความปลอดภัยต่อสังคมตามประมวลกฎหมาย

อาญามาตรา 48 เป็นการศึกษาเปรียบเทียบผลของกระบวนการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยสู่ชุมชนก่อนและหลังการดำเนินการตามแนวคิด “ยา-จิต-กิจวัตร-ปรับ-เตือน” พบว่าอัตราการกักคดีย้ำ การกลับมารักษาซ้ำ การเข้าถึงบริการและการกำเริบของอาการทางจิตไม่แตกต่างกันสะท้อนถึงการวางระบบเตรียมจำหน่ายที่ถูกวางโดยนายแพทย์สุรินทร์ ปิ่นรัตน์เป็นที่ดีพอสมควร เนื่องจากอัตราการกักคดีย้ำมีเพียงร้อยละ 4.8 เท่านั้น อย่างไรก็ตามก็ยังคงต้องพัฒนาระบบการเตรียมจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่ายต่อไปเนื่องจากประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยที่จำหน่ายสู่ชุมชนมีอัตราการกลับมารักษาซ้ำและการกำเริบของอาการทางจิต และยังไม่สามารถเข้ารับบริการรักษาได้อย่างสม่ำเสมอถึงหนึ่งในสาม²² การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดครั้งแรกและการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวชพบว่าผู้ที่กระทำผิดครั้งแรกและกระทำผิดซ้ำส่วนใหญ่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การกระตุ้นอารมณ์จากบุคคลแวดล้อมขณะกระทำผิดและการเสพสารเสพติดก่อนกระทำผิดในผู้ป่วยที่กระทำผิดซ้ำมีมากกว่าผู้ป่วยที่กระทำผิดครั้งแรก²³ ในส่วนของการพัฒนานิติจิตเวชนั้นได้มีการศึกษาเรื่องการประกอบอาชญากรรมกับความรับผิดชอบของผู้กระทำผิดนิติจิตเวชจำนวน 34 คน โดยใช้แบบประเมิน Rogers Criminal Responsibility Assessment Scale (R-CRAS) พบว่ากลุ่มที่ไม่สามารถรับผิดชอบขณะประกอบอาชญากรรมมีการสูญเสียทั้งด้านการควบคุมการรู้การคิดและการควบคุมพฤติกรรม ส่วนกลุ่มที่สามารถรับผิดชอบบ้างไม่มีการสูญเสียด้านการควบคุมการรู้การคิดแต่สูญเสียการควบคุมพฤติกรรม การศึกษานี้จะเป็นพื้นฐานของการพัฒนาเครื่องมือประเมินความรู้ผิดชอบทางอาญาของผู้ป่วยนิติจิตเวชต่อไป²⁴ นอกจากนี้ยังได้ศึกษาคุณภาพของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง HCR-20 ฉบับภาษาไทย²⁵ แม้ว่าจะได้ค่าคะแนน cut-off point ในเบื้องต้นจากการศึกษาในผู้ป่วยในก็ตาม แต่ก็ยังคง

จำเป็นต้องพัฒนาและทดสอบเครื่องมือในกลุ่มตัวอย่างจำนวนมากขึ้น และมีการติดตามผลในชุมชนต่อไปซึ่งคาดหวังว่าจะได้เครื่องมือประเมินพฤติกรรมรุนแรงที่สามารถนำมาใช้ติดตามระดับความเสี่ยงของผู้ป่วยนิติจิตเวชที่ศาลส่งมาบังคับรักษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 ก่อนจำหน่ายสู่ชุมชน ในส่วนการศึกษาผู้ป่วยนิติจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่ส่งมาจากกระบวนการยุติธรรมนั้น ส่วนหนึ่งต้องการผลการวินิจฉัยเพื่อประกอบการพิจารณาของศาลซึ่งพบว่าความเจ็บป่วยทางจิตเวช มีผลต่อการประกอบคดีอีกส่วนหนึ่งส่งมาเพื่อการรักษาเยาวชนเกือบทั้งหมดมีปัญหาเสพสารเสพติดหลายชนิด²⁶ นอกจากนี้ยังได้มีการพัฒนาโปรแกรมกลุ่มเตรียมต่อสู้คดี²⁷ เพื่อใช้ในกระบวนการเตรียมผู้ป่วยนิติจิตเวชเพื่อไปต่อสู้คดีในรูปแบบกลุ่มบำบัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 กรมสุขภาพจิตได้มอบหมายให้สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์พัฒนาให้เป็นศูนย์แห่งความเป็นเลิศเฉพาะทางด้านนิติจิตเวชโดยต้องพัฒนาให้ได้ตามกรอบมาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่กรมสุขภาพจิตได้กำหนดเป็นแนวทางไว้ 17 ประเด็น²⁸ ซึ่งกำลังอยู่ระหว่างดำเนินการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์มีแผนการปรับปรุงมาตรฐานบริการนิติจิตเวชฉบับ พ.ศ. 2547 โดยจะถอดองค์ความรู้จากประสบการณ์ทำงานในช่วงห้าปีที่ผ่านมาและบูรณาการบทบัญญัติของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคดีไปสู่วิธีการปฏิบัติ นอกจากนี้ยังมีแผนการพัฒนาคู่มือการใช้แบบประเมิน HCR-20 ฉบับภาษาไทย รวมถึงมีการปรับปรุงโปรแกรมกลุ่มเตรียมต่อสู้คดีโดยถอดองค์ความรู้จากประสบการณ์การนำโปรแกรมกลุ่มเตรียมต่อสู้คดีฉบับเดิม²⁷ ไปใช้ทางคลินิก

ในการให้บริการนิติจิตเวชนั้น จิตแพทย์จำเป็นต้องทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การให้ความเห็นใดๆ ต่อกระบวนการยุติธรรมต้องอยู่บนพื้นฐานของการได้

ข้อมูล หลักฐานที่สามารถอธิบายลักษณะทางคลินิกได้เชื่อมโยงกับจุดประสงค์ตามประเด็นกฎหมายที่กระบวนการยุติธรรมต้องการ ดังนั้นจึงต้องมีระบบรายงานและวิธีการสื่อสารที่เปลี่ยนจากภาษาทางการแพทย์เป็นภาษาทางสังคมทั่วไป ต้องมีความเป็นกลางและมีความเที่ยงธรรม หากประเด็นใดที่ไม่สามารถยืนยันให้ความเห็นได้เนื่องจากข้อมูลไม่พอ จิตแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้อง “ฟันธง” ซึ่งเมื่อปรากฏหลักฐานทางคดีอื่นๆ ในภายหลังที่ขัดหรือแย้งกับความเห็นของจิตแพทย์ที่ได้ให้ไว้แล้วกับกระบวนการยุติธรรมก็จะทำให้กระบวนการยุติธรรมไม่เชื่อถือจิตแพทย์ได้ ประสบการณ์ของการเบิกความเป็นพยานผู้เชี่ยวชาญนั้นพบว่าจิตแพทย์สามารถตอบคำถามได้มากกว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” จิตแพทย์ต้องทำหน้าที่ให้ความรู้ ความกระจ่างต่อกระบวนการยุติธรรม ต้องอธิบายด้วยภาษาที่ง่ายต่อความเข้าใจ ควรเชื่อมโยงระหว่างข้อมูลและวินิจฉัยทางคลินิกกับพฤติกรรมแห่งคดีหรือจุดประสงค์ของการเป็นพยานในแต่ละคดีให้ได้ ที่สำคัญควรทำหน้าที่เสนอความเห็นต่อศาลในกรณีที่เกี่ยวข้องกับมาตรการการรักษาที่เหมาะสมเนื่องจากจิตแพทย์เป็นผู้ที่มีข้อมูลทางคลินิกและทางสังคมของผู้ป่วยมากกว่าศาล ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันการก่อกวนคดีในคดีอาญาและเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมและมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ หากมีข้อสงสัย ข้อโต้แย้งหรือมีหนังสือสอบถามกระบวนการตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชจากกระบวนการยุติธรรมโดยตรงก็ดีหรือสอบถามผ่านแพทยสภาก็ดี หน่วยงานให้บริการนิติจิตเวชควรหาสาเหตุแห่งข้อสงสัย ข้อโต้แย้งดังกล่าว วิธีการสื่อสารโดยตรงด้วยวาจาก่อนมีการโต้ตอบโดยหนังสือ นั้น นอกจากจะได้ทราบมุมมองที่แตกต่างกันเนื่องจากต่างฝ่ายต่างมีความเชี่ยวชาญเฉพาะงานของตนเองแล้วยังเป็นโอกาสที่จะได้แลกเปลี่ยนโลกทัศน์และความรู้ รวมทั้งเป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรและหน่วยงานต่างสังกัดที่มีความแตกต่างในการทำงานอีกด้วย

ข้อมูลที่แท้จริงดังกล่าวสามารถนำมาพัฒนาระบบงานนิติจิตเวชให้เชื่อมโยงกับระบบงานของกระบวนการยุติธรรมได้ดีขึ้นอันจะเป็นประโยชน์ต่อการเกิดความยุติธรรมต่อการพิจารณาคดีหรือข้อพิพาททางกฎหมาย เนื่องจากนิติจิตแพทย์และหน่วยงานที่ให้บริการนิติจิตเวชเฉพาะในประเทศไทยมีความจำกัดอย่างมาก ดังนั้นที่มีให้บริการนิติจิตเวชจึงต้องให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาทางกฎหมายไปพร้อมกันด้วยการให้บริการแบบองค์รวมต่อเนื่องเป็นหลักการในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการป้องกันมิให้ผู้ป่วยก่อคดีซ้ำ การทำให้ผู้ป่วยคดีสามารถกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนได้ โดยเป็นที่ยอมรับของชุมชน ไม่เป็นอันตรายต่อชุมชนและพึ่งตนเองได้ การเยียวยาจิตใจของเหยื่อที่เกิดจากการกระทำของผู้ป่วย การคุ้มครองผู้ป่วยที่ถูกเอารัดเอาเปรียบเนื่องด้วยมีความอ่อนแอเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิตเวชโดยการเป็นพยานศาลอาญาในฐานะพยานของผู้ป่วยที่เป็นเหยื่อและการเป็นพยานศาลแพ่งในกรณีที่มีการร้องขอให้ผู้ป่วยเป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ การพิสูจน์ความสามารถในการทำงาน เป็นต้น การทำงานดังกล่าวจำเป็นต้องมีความกระตือรือร้น ต้องมีการทำงานร่วมกันครบครันเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตลอดจนเครือข่ายทางสังคมโดยต้องประสานความลงตัวระหว่างประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับกับการรักษาความลับของผู้ป่วย ส่วนบริการนิติจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการให้ความเห็นเรื่องทुरुเวชปฏิบัติทางจิตเวชในประเทศไทยนั้นมีความแตกต่างจากบริบทของต่างประเทศ กล่าวคือ บทบาทในประเด็นนี้ของประเทศไทยเป็นของแพทยสภาและราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยไม่ใช่หน่วยบริการที่ให้บริการนิติจิตเวชทั่วไป ในด้านการให้เอกสารรับรองความเรียกร้องค่าเสียหายจากความเจ็บป่วยทางจิตจากการทำงานก็ดีหรือจากอุบัติเหตุก็ดีซึ่งจะต้องพิสูจน์ภาวะแกล้งทำร่วมด้วยนั้นก็พบว่ามีการดังกล่าวจำนวนน้อยมาก นี่ก็เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่มีความแตกต่างกับต่างประเทศ

ในงานบริการนิติจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับงานราชทัณฑ์ นั้น สถาบันกัลยาณราชนครินทร์ได้รับเชิญจากเรือนจำกลางบางขวางให้ตรวจสภาพจิตนักโทษประหาร หลังจากคดีถึงที่สุดแล้วโดยได้ดำเนินการมาตั้งแต่สมัย นายแพทย์สุรินทร์ ปิ่นรัตน์ เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิติจิตเวชซึ่งที่กล่าวข้างต้นมาจนถึงปัจจุบัน จิตแพทย์ จะต้องให้ความเห็นว่าจำเลยวิกลจริตหรือไม่ เนื่องจากประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 248 ซึ่งมีเนื้อหาสาระว่าถ้านักโทษประหารเกิดวิกลจริตก่อน ถูกประหารชีวิต ก็ให้รอการประหารชีวิตไว้ก่อนจนกว่า ผู้นั้นจะหาย และถ้าหากนักโทษผู้นั้นหายวิกลจริต หลังจากหนึ่งปีนับจากวันพิพากษาถึงที่สุด ก็ให้ลดโทษ ประหารชีวิตเหลือจำคุกตลอดชีวิต ดังนั้นการตรวจ สภาพจิตในกรณีนี้จึงต้องมีความละเอียด รอบคอบและ ต้องคำนึงถึงภาวะแก่งลังทำทุกราย อย่างไรก็ตามการตรวจสภาพจิตกรณีดังกล่าวยังไม่พบว่า มีนักโทษที่ แก่งลังวิกลจริตเพื่อให้เห็นได้ประโยชน์จากข้อกฎหมาย มาตรานี้ ในทางทฤษฎีแล้วยังมีประมวลกฎหมายวิธี พิจารณาความอาญามาตรา 246 (1) ที่ให้ศาลมีอำนาจ สั่งให้ทุเลาการบังคับให้จำคุกไว้ก่อนจนกว่าเหตุที่จำเลย วิกลจริตจะหมดไป แต่ในประสบการณ์ที่ทำงานจริงนั้น พบว่ามีเพียงสองรายเท่านั้นที่ศาลส่งตรวจตามมาตรานี้ ทั้งสองรายเป็นผู้ที่ต้องคดีครอบครองสารเสพติดและ ตรวจพบว่าไม่วิกลจริต ในด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังก่อนปล่อย นั้น กรมสุขภาพจิตโดยสถาบันกัลยาณราชนครินทร์ได้ รับงบประมาณเพื่อพัฒนาสุขภาพจิตผู้ต้องขังในปี พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 จึงได้มีการศึกษาความชุกของ ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขังพบว่ามีความชุก ของความผิดปกติทางจิตเวชของทุกกลุ่มโรคสูงกว่า ประชาชนไทยทั่วไปมาก ปัญหาติดสารเสพติดเป็น ปัญหาที่สำคัญซึ่งนำไปสู่การก่อคดีในอัตราสูงที่สุด และ ผู้ต้องขังเข้าถึงการบำบัดรักษาทางจิตเวชได้น้อยมาก²⁹ การอบรมเจ้าหน้าที่ของเรือนจำให้เป็นครู ก. เพื่อถ่ายทอด

ความรู้และให้บริการร่วมกับการอบรมอาสาสมัคร สุขภาพจิตผู้ต้องขังเป็นการนำแนวคิดของงานสาธารณสุข มูลฐานมาประยุกต์ใช้ในเรือนจำ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2544 จัดทำโครงการนำร่องการอบรมหลักสูตรการดูแล สุขภาพจิตผู้ต้องขังโดยมีกิจกรรมที่พัฒนาผู้รับการอบรม ทั้งด้านพุทธิพิสัย เจตพิสัยและทักษะพิสัย มีเนื้อหา ความรู้เรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช ทักษะการสื่อสารและ การประเมินทางจิตเวช การช่วยเหลือกรณีจิตเวชทั่วไป และกรณีจิตเวชฉุกเฉิน การรู้จักตนเองและการจัดการ กับความเครียด โรคทางจิตเวช การปรึกษาเบื้องต้นและ การช่วยเหลือทางจิตเวชพื้นฐาน ทำให้ผู้รับการอบรม มีเจตคติที่ดีต่อตนเองและต่อบทบาทของความเป็น ผู้ช่วยเหลือ มีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานเพิ่ม ขึ้น³⁰ ในปี พ.ศ. 2546 ได้ขยายการอบรมหลักสูตรการ ดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขังไปทั่วทุกภาคโดยวิทยากรของ โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตให้หลักสูตร ที่ได้พัฒนานำร่องนั้นเป็นคู่มือ ซึ่งได้รับการตอบรับจาก ผู้เข้าอบรมเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังได้มีการสำรวจ สภาวะสุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขังและ นักโทษไทยทั่วประเทศพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตรา สุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติมากกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ การศึกษาประเภทของกลไกทางจิตในผู้ต้องขังและ นักโทษที่มีคดีแตกต่างกันเป็นข้อมูลที่น่าจะสามารถนำไปสู่การพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพจิตใจของ ผู้ต้องขังและนักโทษตามประเภทความผิดได้³¹ เป็นที่ น่าเสียดายที่โครงการดังกล่าวขาดความต่อเนื่องแม้ว่า จะมีการเขียนโครงการเพื่อของบประมาณไปแล้วก็ตาม เดิมทีผู้เขียนมีความตั้งใจว่าถ้าหากสามารถทำโครงการ ได้ต่อเนื่องก็น่าจะนำไปสู่การพัฒนาเรือนจำต้นแบบที่ มีระบบการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังได้ ตั้งแต่ในระดับรากหญ้าของเรือนจำโดยมีรูปแบบของ ชุมชนช่วยกันดูแลตนเองเป็นฐานและกิจกรรมดังกล่าว จะเป็นการพัฒนาคน สร้างคุณค่าชีวิตให้แก่ผู้ต้องขัง และนักโทษได้ อย่างไรก็ตามก็ยังมีกิจกรรมที่พัฒนา

สุขภาพจิตผู้ต้องขังที่ทำอยู่ในงานประจำอยู่บ้าง เนื่องจากกรมสุขภาพจิตได้ลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือกับกรมราชทัณฑ์เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2546 ให้นักวิชาการสุขภาพจิต สังกัดกรมสุขภาพจิตสนับสนุนวิทยากรจัดกิจกรรมการเรียนรู้ในขอบเขตเนื้อหาการดูแลสุขภาพจิตให้กับนักโทษที่เข้าสู่กระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว⁴⁰⁻⁴² นอกจากนี้สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ยังมีกิจกรรมติดตามตรวจประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ต้องขังวิกลจริตที่ศาลได้ส่งตรวจและรายงานต่อศาลเป็นระยะ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยที่มีภาวะวิกลจริตเรื้อรังและไม่ตอบสนองต่อการรักษาเท่าที่ควรบางรายกลับเรือนจำเนื่องจากได้รับการจัดสรรงบประมาณจำกัดเทียบเท่าการบริการจิตเวชทั่วไปจึงจำเป็นต้องมีมาตรการดังกล่าว กรมราชทัณฑ์ได้กำหนดให้รวมผู้ต้องขังที่ศาลส่งตรวจให้สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 จากทุกเรือนจำไว้ที่เรือนจำพิเศษธนบุรี เมื่อผู้ต้องขังสามารถต่อสู้คดีได้แล้วก็มีหนังสือแจ้งให้ศาลเจ้าของคดีทราบเพื่อย้ายผู้ต้องขังกลับเรือนจำต้นสังกัดและดำเนินการตามขั้นตอนการพิจารณาคดีต่อไป ในกรณีที่ผู้ต้องขังที่มีคดีไม่ร้ายแรงมาก มีสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมและยังมีอาการของโรคจิตที่ส่งผลให้ต่อสู้คดีไม่ได้ สมควรจะได้รับ การดูแลอย่างใกล้ชิดจากญาติและเข้ารับบริการทางการแพทย์ที่พร้อมมากกว่า ทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ก็จะทำหน้าที่ประสานกับญาติเพื่อแจ้งให้ทราบ ทั้งประเมินเจตคติและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน รวมทั้งประสานแจ้งข้อมูลทั้งหมดให้ศาลได้ทราบทั้งที่เป็นลายลักษณ์อักษรและมีภาพประกอบเพื่อให้ศาลได้พิจารณาและสืบข้อเท็จจริงเพิ่มเติม บางรายศาลก็ใช้อำนาจทางกฎหมายสั่งให้ครอบครัวรับไปดูแล การดำเนินงานในลักษณะดังกล่าวเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชที่อ่อนด้อยได้รับการปฏิบัติอย่างมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์เนื่องจากผู้ป่วย

และครอบครัวไม่สามารถดำเนินการด้วยตนเอง อีกทั้งเจ้าหน้าที่ของเรือนจำก็คงไม่สามารถดำเนินการได้จากประสบการณ์ที่ทำงานกับจำเลยที่เป็นผู้ต้องขังซึ่งป่วยด้วยโรคจิตเวชและกระทำผิดจากผลของความเจ็บป่วยนั้นพบว่าพวกเขาเป็นผู้ที่ไม่สามารถคุ้มครองสิทธิในการต่อสู้คดีของตนเองได้เนื่องจากขาดความรู้ว่าตนเองป่วย ครอบครัวก็ไม่มีความรู้ด้านกฎหมายรวมทั้งมีข้อจำกัดทางเศรษฐกิจฐานะไม่สามารถประกันตัวผู้ป่วยได้ จึงยากที่จะหาทนายความว่าความให้ แม้ว่าจะมีประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 173 กำหนดให้ศาลถามจำเลยคดีที่มีอัตราโทษประหารชีวิตหรือในคดีที่จำเลยมีอายุไม่เกินสิบแปดปีในวันที่ถูกฟ้องต่อศาลว่าจำเลยมีทนายความหรือไม่ตั้งแต่ก่อนเริ่มพิจารณาคดี ถ้าหากจำเลยไม่มี ก็เป็นหน้าที่ของศาลที่ต้องตั้งทนายความให้ หรือในกรณีที่คดีมีอัตราโทษจำคุก ถ้าจำเลยไม่มีทนายความและต้องการทนายความก็ให้ศาลตั้งทนายความให้เช่นกัน³³ แต่จำเลยที่ยังมีอาการทางจิตโดยเฉพาะที่เหลือแต่อาการ negative symptom ซึ่งกระบวนการยุติธรรมมักจะไม่สามารถแยกแยะได้ว่าเป็นอาการของผู้ป่วย มักจะได้รับการประเมินว่าเป็นปกติรวมทั้งญาติของพวกเขาซึ่งขาดการศึกษาอาจจะไม่เข้าใจสิทธิดังกล่าวก็ได้ ดังนั้นการให้ความรู้แก่ญาติในการดำเนินการเพื่อต่อสู้คดีตามสิทธิทางกฎหมายดังกล่าวจึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งของทนายนิติจิตเวช จะเห็นได้ว่าบริบทของประเทศไทยมีความแตกต่างกับบริบทของต่างประเทศที่พัฒนาแล้ว จึงทำให้ไม่สามารถหาอ่านเนื้อหาดังกล่าวในตำรานิติจิตเวชที่ผลิตจากสำนักพิมพ์ของประเทศทางตะวันตกได้เลย

ในด้านระบบการบริการนิติจิตเวชเด็กและเยาวชนนั้นมีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับระบบของศาลเยาวชนและครอบครัว โดยได้มีจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวขึ้นแทนศาลคดีเด็กและเยาวชนตามพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดี

เยาเวชนและครอบครัว พ.ศ. 2534 ซึ่งศาลเยาเวชนและครอบครัวมีอำนาจพิจารณาพิพากษาคดีอาญาที่เด็กและเยาเวชนกระทำผิด และคดีเกี่ยวกับครอบครัวที่มีวิธีพิจารณาคดีเป็นพิเศษแตกต่างจากคดีธรรมดา³⁴ ในปี พ.ศ. 2537 พงษ นายประมาณ ชันชื่อประธานศาลฎีกาและศาสตราจารย์เรืองธรรม ลัดพลี อธิบดี ผู้พิพากษาศาลเยาเวชนและครอบครัวกลางสมัยนั้น ได้มีการร่วมกันกับคณะผู้พิพากษาสมทบของศาลคดีเยาเวชนและครอบครัวได้ช่วยกันจัดหางบประมาณเพื่อสร้างโรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติซึ่งเป็นหน่วยงานหนึ่งสังกัดสำนักงานศาลยุติธรรม เพื่อรองรับภารกิจของศาลเยาเวชนและครอบครัวเป็น โรงพยาบาลเฉพาะทางแห่งแรกในประเทศไทยที่ให้บริการแก่เด็กและเยาเวชนที่กระทำผิดและมีปัญหาตามคำสั่งศาล³⁵ ในส่วนของกฎหมายนั้นได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมพระราชบัญญัติจัดตั้งศาลเยาเวชนและครอบครัวและวิธีพิจารณาคดีเยาเวชนและครอบครัว (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2543 เพื่อให้เข้ากับสภาพสังคมที่เปลี่ยนไปในเวลาต่อมา³⁶

การพัฒนา ผลักดันและบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 : จากบริการเชิงรับสู่การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉติเวหเชิงรุก

ความเป็นมาและกระบวนการพัฒนา

กรมสุขภาพจิตได้กำหนดกลยุทธ์ในการผลักดันให้มีกฎหมายสุขภาพจิตบังคับใช้ในประเทศไทยไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544³⁶ ในปี พ.ศ. 2540 นายแพทย์อภิชัย มงคณผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิติจิตเวหได้จัดตั้งหน่วยงานภายในที่รับผิดชอบในการศึกษากฎหมายสุขภาพจิตของประเทศต่างๆ และจัดให้มีการสัมมนาในกลุ่มผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต ต่อมาในปี พ.ศ. 2541 นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิตผู้อำนวยการโรงพยาบาลนิติจิตเวหสมัยนั้นได้ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ปฏิบัติงานด้าน

กระบวนการยุติธรรมและผู้ปฏิบัติงานด้านฉติเวหและสุขภาพจิตพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นต่อประเด็นขอบเขตการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตสอดคล้องกัน คือ ควรกำหนดขอบเขตการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายหรือมีความก้าวร้าวรุนแรงและขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมในการรักษา³⁷ กรมสุขภาพจิตโดยโรงพยาบาลนิติจิตเวหเริ่มดำเนินการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตอย่างเป็นทางการครั้งแรกในปี พ.ศ. 2542-2544 โดยใช้ชื่อว่า “โครงการพิจารณาร่างกฎหมายสุขภาพจิต” มีการประชุมคณะกรรมการร่างกฎหมาย 3 ครั้ง ทำการประชาพิจารณ์และปรับแก้ ก่อนส่งให้กระทรวงสาธารณสุขเพื่อปรับแก้ไขก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรี³⁸ รวมทั้งได้มีการศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มยุติธรรมและการควบคุมและกลุ่มปกครองท้องถิ่นต่อประเด็นขอบเขตการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในช่วงเวลาดังกล่าวด้วย³⁹ เป็นที่น่าเสียดายที่ร่างกฎหมายฉบับนี้ไม่ได้มีการนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎร ในเวลาต่อมา คณะกรรมการประสานงานสภาผู้แทนราษฎร สำนักเลขาธิการรัฐมนตรีมีการขอข้อมูลเพิ่มเติมเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2547 และอนุกรรมการยุติธรรมและสิทธิมนุษยชน วุฒิสภาได้เชิญตัวแทนกรมสุขภาพจิตเข้าไปแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตเมื่อวันที่ 9 พฤศจิกายน พ.ศ. 2547 และได้ให้ความเห็นต่อการผลักดันให้มีกฎหมายสุขภาพจิตที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการคุ้มครองให้ผู้ที่มีความผิดปกติได้รับการรักษา เพื่อคุ้มครองประชาชนญาติและผู้ดูแลที่จะได้รับความเดือดร้อนจากภาวะอันตรายจากความผิดปกติทางจิต³⁸

เมื่อกรมสุขภาพจิตรับทราบนโยบายและแนวทางการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตจากองค์การอนามัยโลก จึงได้กำหนดนโยบายและแผนการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต พ.ศ. 2548-2550 โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้าง

ความเข้าใจและความตระหนักในการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต พัฒนาร่างกฎหมายสุขภาพจิตและผลักดันให้มีกฎหมายสุขภาพจิตที่สามารถบังคับใช้ได้ กรมสุขภาพจิต โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้ดำเนินการพัฒนาตามเจตนารมณ์และแนวทางขององค์การอนามัยโลก 3 ฉบับ⁴⁰⁻⁴² ในปี พ.ศ. 2548 มีการแต่งตั้งและประชุมผู้ทรงคุณวุฒิจากทุกภาคส่วนในสังคมที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้มีความผิดปกติทางจิตในการกำหนดกรอบประเด็นกฎหมายสุขภาพจิตและให้ความเห็นเพิ่มเติมหลังจากที่ได้รับรายงานการสรุปการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนภาคต่างๆ ที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับการดูแลและคุ้มครองผู้มีความผิดปกติทางจิตจากทั่วทุกภาคของประเทศ หลังจากมีการระดมความคิดเห็นอย่างหลากหลายจากนั้นได้เริ่มมีการร่างกฎหมายสุขภาพจิตโดยคณะกรรมการร่างซึ่งมีการประชุมครั้งแรกเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม พ.ศ. 2548 จนสามารถได้ร่างกฎหมายสุขภาพจิตเพื่อเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข หลังได้รับการแก้ไขเป็นร่างฉบับที่ 2 แล้วเสร็จเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2549 จากนั้นนำเข้าสู่กระบวนการทำประชาพิจารณ์ทั่วประเทศ 5 ครั้งระหว่างมกราคมถึงมีนาคม 2549¹⁵ รวมทั้งได้สำรวจความคิดเห็นของจิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัดของโรงพยาบาลและสถาบัน สังกัดกรมสุขภาพจิต รวมทั้งแพทย์และพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศต่อร่างกฎหมายสุขภาพจิตฉบับประชาพิจารณ์¹⁶ หลังจากนั้นได้นำความคิดเห็นและข้อเสนอแนะทั้งหมดเสนอต่อคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตเพื่อขอข้อเสนอนี้เพิ่มเติม จากนั้นคณะกรรมการร่างกฎหมายสุขภาพจิตได้นำข้อเสนอนี้ทั้งหมดไปปรับแก้ไขจนได้ร่างกฎหมายสุขภาพจิตฉบับสมบูรณ์เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2549¹⁵ พร้อมทั้งจะนำเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข คณะรัฐมนตรีและสภาผู้แทนราษฎรตามขั้นตอนต่อไป หากแต่กระแสสังคมที่จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนากฎหมาย

สุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ จนกระทั่งเกิดเหตุการณ์กรณีผู้ป่วยโรคจิตเภทกระทำความรุนแรงทางนักเรียนบาดเจ็บสาหัส 4 คนในโรงเรียนเอกชน ณ ใจกลางกรุงเทพมหานครเมื่อวันที่ 9 กันยายน 2549 ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อจิตใจของสังคมรวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเวชและญาติในทางลบแล้ว⁴³ สังคมยังมีความสนใจและตระหนักถึงความจำเป็นต้องป้องกันอันตรายจากการกระทำของผู้ป่วยโรคจิตอย่างมาก แต่เจตคติของสังคมเป็นลักษณะของความกลัว โกรธแค้นและรังเกียจเดียดฉันท์ กรมสุขภาพจิตจึงได้เสนอต่อสาธารณชนถึงความสำคัญของการมีกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของต่อสังคม การลดภาวะอันตรายของผู้ป่วยโดยให้มีกลไกที่นำผู้ป่วยสู่การบำบัดรักษา แต่เมื่อเหตุการณ์สงบ ผู้กระทำผิดได้ถูกควบคุมตัวในกระบวนการรักษาและการดำเนินการทางคดีอาญาแล้ว ฝ่ายการเมืองก็มองข้ามความสำคัญในการผลักดันกฎหมายสุขภาพจิต จนกระทั่งเกิดเหตุการณ์ที่กระตุ้นความสนใจของทั้งสังคมเมื่อมีข่าวว่ามีตำรวจจากสถานีตำรวจนครบาลบางซื่อได้ยื่นเรื่องต่อศาลอาญาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ฟ้องโรงพยาบาลศรีธัญญาว่าคุมตัวแพทย์ อาจารย์สอนและเจ้าของโรงเรียนกวดวิชาไว้โดยมิชอบด้วยกฎหมาย⁴⁴ และขอให้ศาลไต่สวนเพื่อปล่อยตัวบุคคลในคำร้องตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 90⁴⁵ ประเด็นนี้ได้ทำให้สังคมมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเปลี่ยนไปจากเดิม เริ่มตระหนักรู้ว่าความเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องใกล้ตัว อาจเกิดกับใครก็ได้ ไม่จำกัดการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม รวมทั้งระดับสติปัญญา ขณะเดียวกันก็เริ่มตระหนักถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา ผลกระทบที่เสียหายที่เกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นครั้งแรกที่โรงพยาบาลจิตเวชถูกฟ้องโดยพนักงานสอบสวนในกรณีที่รับผู้ป่วยไว้รักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เหตุการณ์นี้ได้รับความสนใจจากสังคมในระดับกว้างต่อเนื่องทั้งสองเรื่องข้างต้น

เป็นกรณีตัวอย่างที่สามารถทำให้บุคลากรที่ไม่ได้ทำงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตเข้าใจถึงความจำเป็นในการต้องมีกลไกทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและกำหนดกระบวนการเพื่อให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีภาวะอันตรายและมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาได้รับการบำบัดรักษาที่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและสังคมในการที่แจ้งทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนา ร่างและผ่านกฎหมายในเวลาต่อมา

เบื้องหน้าและเบื้องหลังของการพัฒนาการผ่านร่างและการบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551

กระบวนการพัฒนาร่างพ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ..... ได้รับความสนใจอีกครั้งจากฝ่ายการเมืองในรัฐบาลสมัยฯ พณฯ พลเอกสุรยุทธ์ จุลานนท์เป็นนายกรัฐมนตรี ประกอบกับการติดตามการดำเนินการอย่างใกล้ชิดของอธิบดีกรมสุขภาพจิตสมัยนั้น คือ นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธ์ อีกทั้งได้รับความสนับสนุนทั้งทางตรงและทางอ้อมจากปลัดกระทรวงสาธารณสุข นายแพทย์ปราชัญญ์ บุญยวงศรีวิจารณ์ รวมทั้งนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ ที่ได้ช่วยผลักดันให้มีการบรรจุร่างพ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ..... เข้าสู่การประชุมของสมานิติบัญญัติแห่งชาติวาระแรกเมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550^{46,47} อีกทั้งได้เร่งรัดการประชุมของคณะกรรมการวิสามัญพิจารณา ร่างพ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.... ซึ่งนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะเป็นเลขานุการคณะกรรมการวิสามัญชุดนี้ โดยมีนายแพทย์ปราชัญญ์ บุญยวงศรีวิจารณ์ นายแพทย์อภิชัย มงคล กรมสุขภาพจิต ศาสตราจารย์ นายแพทย์รณชัย คงสกนธ์ ได้เป็นคณะกรรมการในชุดดังกล่าวด้วย⁴⁵ นายแพทย์ศิริศักดิ์ ธิติพิสิฐกร ผู้อำนวยการสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้เขียนและพันตำรวจเอกศรีวิจารณ์ เตชะมีเกียรติชัย จิตแพทย์กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลตำรวจได้รับ

มอบหมายจากคณะรัฐมนตรีให้ชี้แจงแสดงความคิดเห็นต่อคณะกรรมการวิสามัญ ชุดดังกล่าว⁴⁸ หลังจากที่ได้มีการปรับแก้ไขร่างพ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.... ครั้งสุดท้ายแล้วจึงได้มีการนำเสนอต่อสมานิติบัญญัติแห่งชาติ และได้มีมติผ่านร่างพ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ.... ในวาระสองและวาระสามของการประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติครั้งที่ 73/2550 เมื่อวันที่พฤหัสบดีที่ 20 ธันวาคม พ.ศ. 2550⁴⁹ จากนั้นก็เข้าสู่ขั้นตอนการประกาศและบังคับใช้ต่อไป พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 และมีการประกาศในหนังสือราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 25 ตอนที่ 36 ก เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 ประกอบด้วย 5 หมวด 53 มาตรา มีผลบังคับใช้ตามกฎหมายตั้งแต่วันที่ 21 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551⁵⁰

ในการยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตโดยคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตที่ได้รับการแต่งตั้งตามคำสั่งของกรมสุขภาพจิตที่ 1086/2548 ลงวันที่ 28 ตุลาคม พ.ศ. 2548 และคำสั่งที่ 1027/2548 ลงวันที่ 6 ธันวาคม พ.ศ. 2548 (รายงานคณะกรรมการสามารถดูได้จากเว็บไซต์ www.thaimentalhealthlaw.com) นั้น ขั้นตอนที่ใช้เวลาอภิปรายกันนานที่สุด คือ การออกแบบกฎหมาย การออกแบบโครงสร้างของการบังคับใช้ จากการศึกษามาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตอย่างละเอียดลึกซึ้ง⁵¹ และการมีประสบการณ์จากการทำงานที่เกี่ยวกับการพัฒนากฎหมายหลายฉบับ รวมทั้งประสบการณ์ตรงจากการปฏิบัติงานในกระบวนการยุติธรรมและการสัมผัสกับรูปธรรมที่เป็นจริงในการปฏิบัติงานเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย จึงทำให้การออกแบบกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศไทยโดยเฉพาะในกระบวนการนำผู้ป่วยมาสู่การบังคับรักษา ยังคงให้อำนาจในการพิจารณาออกคำสั่งโดย

คณะกรรมการที่มีความรู้และประสบการณ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยจริง ไม่ต้องไปผ่านการส่งเรื่องไปให้ศาลหรือคณะกรรมการฝ่ายปกครองเป็นผู้พิจารณาและตัดสินเหมือนในบางประเทศ⁵⁰ ซึ่งไม่สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย เมื่อผู้ป่วยหรือผู้ดูแลมีความเห็นคัดค้านคำสั่งของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา กฎหมายก็ได้กำหนดกระบวนการคุ้มครองสิทธิโดยให้มีการอุทธรณ์ได้ ในฉบับร่างนั้นจะพบว่ามีการออกแบบให้อุทธรณ์ผ่านคณะกรรมการสุขภาพจิตประจำเขตซึ่งผู้แทนขององค์กรผู้ใช้บริการและผู้ดูแลเป็นคณะกรรมการด้วย¹⁵ แต่เมื่อร่างกฎหมายฉบับดังกล่าวผ่านขั้นตอนกลั่นกรองก่อนนำเข้าสู่การประชุมสมานิติบัญญัติแห่งชาติวาระแรกนั้นได้มีการเสนอจากนายบวรศักดิ์ อุวรรณโณ ซึ่งท่านเป็นคณะกรรมการกลั่นกรองในชุดนั้นได้พิจารณาว่าอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการสุขภาพจิตเขตที่สำคัญคือการอุทธรณ์ ส่วนอำนาจหน้าที่ในการติดตามกำกับ การปฏิบัติงานของสถานบำบัดรักษาให้เป็นไปตามมาตรฐานนั้นมีหน่วยงานด้านบริหารที่หน้าที่นี้ประจำ อยู่แล้ว เพื่อไม่ให้เกิดการรับเรื่องและพิจารณาอุทธรณ์เป็นหลายมาตรฐานและน่าจะจะมีจำนวนเรื่องอุทธรณ์ไม่มาก ท่านจึงได้เสนอให้ตัดส่วนนี้ออก แล้วให้มีคณะกรรมการอุทธรณ์เพียงชุดเดียว คณะกรรมการยกกว้างจึงได้นำความคิดเห็นในส่วนนี้และส่วนอื่นๆ ที่คณะกรรมการกลั่นกรองได้ให้ความเห็นไว้เพื่อให้คณะกรรมการยกกว้างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตไปปรับ โดยได้เสนอความคิดเห็นดังกล่าวในการประชุมของคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ....

คณะกรรมการยกกว้างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตยังให้ความสำคัญและใช้เวลาในการอภิปรายและยกกว้างหมวดที่ว่าด้วยสิทธิของผู้ป่วยอีกด้วยเพราะเหตุว่าหลักการของกฎหมายสุขภาพจิตเป็นการกำหนดมาตรการเพื่อคุ้มครองสังคมจากภัยอันตรายที่จะเกิดขึ้นจากผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและมีภาวะอันตรายในขณะเดียวกันก็เป็นการคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวชเองให้ได้รับการบำบัด

รักษา โดยถือว่าผู้ที่จะต้องถูกนำตัวมาบำบัดรักษานั้นเป็นผู้ป่วยมิใช่ผู้ต้องหาเพราะเขายังไม่ได้กระทำความผิด ดังนั้นกระบวนการบำบัดรักษาจึงต้องคำนึงถึงสิทธิผู้ป่วยและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นสำคัญ⁵² พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จึงมีโครงสร้างให้มีคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ มีรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน มีข้าราชการซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงสุดของหน่วยงานราชการจากหลายกระทรวงที่เกี่ยวข้องผู้ทรงคุณวุฒิจากสาขาวิชาที่พ ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้มีความผิดปกติทางจิตและองค์กรนิติบุคคลที่เป็นปากเสียงแทนผู้ป่วยซึ่งทำหน้าที่ในการกำหนด นโยบาย และมาตรการในการคุ้มครองสิทธิของผู้มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการทางด้านสุขภาพและการอยู่ร่วมกันในสังคม การวาง กฎระเบียบ แบบหนังสือเพื่อการดำเนินการ บังคับใช้กฎหมาย การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น นอกจากนี้มีการกำหนดหน้าที่ องค์กรประกอบ และแนวทางการดำเนินงานของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาซึ่งเป็นคณะกรรมการในระดับปฏิบัติการเพื่อให้ มาตรการบังคับรักษานุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาได้รับการตรวจ ประเมิน วินิจฉัยและมีคำสั่งการรักษาอย่างรอบคอบ องค์กรประกอบของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา จึงประกอบด้วยวิชาชีพทางการแพทย์ ได้แก่ จิตแพทย์ แพทย์พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ และวิชาชีพทางสังคม คือ นักกฎหมาย ได้เคยมีการเสนอความคิดเห็นให้เพิ่มองค์กรประกอบของคณะกรรมการ สถานบำบัดรักษาโดยเพิ่มผู้แทนของผู้ใช้บริการและผู้ดูแล และ/หรือตัวแทนขององค์กรปกครองท้องถิ่นด้วย แต่ตัวแทนของผู้ใช้บริการและผู้ดูแล (ผู้ป่วยและญาติ) ซึ่งเป็นคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตได้เสนอความคิดเห็นยืนยันที่จะขอให้คง องค์กรประกอบเดิมไว้ เนื่องจากเห็นว่าผู้ที่จะมาตัดสิน

และออกคำสั่งบังคับรักษาต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ มีความเชี่ยวชาญ มีประสบการณ์ในการรักษาและต้องการให้การพิจารณาไม่ขยายวงออกไป ต้องการให้คำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วย คณะกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพจิตให้ความเคารพและความสำคัญต่อความคิดเห็นจากตัวแทนของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียโดยตรง คือ ผู้ป่วยและญาติ จึงคงองค์ประกอบของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาไว้ตามร่างเดิม

มีการให้ความสำคัญต่อสิทธิของผู้ป่วยโดยกำหนดขึ้นมาเป็นหมวดเฉพาะทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับความคุ้มครองที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เพราะถือว่าเป็นผู้ที่อ่อนด้อยซึ่งต้องได้รับความคุ้มครองเป็นพิเศษ⁵⁰ ได้แก่ (1) สิทธิของความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว การบำบัดรักษาจะกระทำได้อต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ที่ให้ความยินยอมแทน ทั้งนี้ผู้ที่ให้ความยินยอมแทนนอกจากเป็นบุคคลที่มีบัญญัติในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์แล้วยังเป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยจริงๆ ในทางพฤตินัยซึ่งกำหนดจากประสบการณ์การดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชทางคลินิกและในชุมชน กฎหมายอนุญาตให้มีการบังคับรักษาโดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมโดยกำหนดข้อบ่งชี้ไว้ 2 ประการ คือ บุคคลนั้นมีภาวะอันตรายหรือบุคคลนั้นมีความจำเป็น ต้องได้รับการบำบัดรักษาและเขาเป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการรักษา (2) สิทธิของการได้รับการปกปิดข้อมูลความเจ็บป่วยไว้เป็นความลับ เนื่องจากนอกจากจะคุ้มครองไม่ให้สิทธิส่วนตัวของผู้ป่วยไม่ถูกละเมิดแล้วยังเป็นการป้องกันการเกิดความเสียหายและตราบาปที่จะเกิดกับผู้ป่วยและครอบครัวอีกด้วย ยกเว้นในกรณีที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น เพื่อความปลอดภัยต่อสาธารณชน และมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย เช่น เมื่อเป็นคำสั่งศาล (3) สิทธิที่จะได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์โดยได้รับการสนับสนุนจากรัฐ มีการกำหนดว่าการผูกมัดร่างกายหรือการแยกผู้ป่วย

จะต้องกระทำภายใต้มาตรฐานวิชาชีพ และให้ทำได้ในกรณีที่ป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่นเท่านั้น ส่วนการบำบัดรักษาพิเศษที่ต้องลวงล้าเข้าไปในร่างกายผู้ป่วยซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายหรืออาจเป็นผลทำให้ไม่สามารถแก้ไขให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำหมัน การผ่าตัดระบบประสาทและสมอง จะกระทำได้อก็ต่อเมื่อได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้แทนเท่านั้น โดยผู้ป่วยหรือผู้แทนจะต้องได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับวิธีการรักษา ประโยชน์ที่จะได้รับ ผลดีและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ยกเว้นกรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากมิได้รับการรักษาจะเกิดอันตราย การบำบัดรักษาดังกล่าวต้องได้รับความเห็นชอบอย่างเป็นทางการจากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเท่านั้น คณะผู้บำบัดรักษาต้องปรับเปลี่ยนจากเจตคติและแนวปฏิบัติเดิมที่อาจเคยให้จิตแพทย์เป็นผู้อำนาจตัดสินใจแทนกรณีผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจยินยอมได้หรือกรณีที่ไม่สามารถติดตามให้ผู้มีอำนาจตัดสินใจแทนให้ความยินยอมได้มาเป็นการปฏิบัติตามบทบัญญัติของกฎหมาย ผู้บำบัดรักษาเป็นผู้ที่มีความรู้ทางวิชาการจิตเวช มีความเชี่ยวชาญในการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ ทราบข้อบ่งชี้ ผลดี ผลเสียของการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ในแต่ละห้วงเวลา คำนึงถึงผลลัพธ์ของการรักษาเป็นสำคัญจึงอาจทำให้มองข้ามความสำคัญของการให้ความยินยอมในกรณีที่ทำหัตถการ ในขณะที่บุคคลต่างวิชาชีพและสังคมทั่วไปมีความรู้และความรับรู้ที่ไม่ตรงกันกับผู้บำบัดรักษาจึงให้ความสำคัญกับสิทธิของการได้รับการบอกกล่าว การให้ความยินยอมและการตัดสินใจที่ผ่านการพิจารณาอย่างรอบคอบของคณะบุคคลอย่างเป็นทางการ⁵¹ (4) สิทธิที่จะได้รับความคุ้มครองจากการวิจัยทางคลินิก ได้มีการกำหนดหลักเกณฑ์ว่าต้องการวิจัยที่ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ต้องได้รับการอธิบายและความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้แทนและสามารถออกจากวิสัยได้ การวิจัยที่กระทำกับผู้ป่วยจิตเวชจะต้องมีเหตุผลและมีจุดมุ่งหมายที่ชัดเจนเพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยและสังคม มิใช่เพียงเพื่อสร้างผลงานวิชาการเท่านั้น⁵¹

กระบวนการนำส่งผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีภาวะอันตรายและมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและบุคคลนั้นขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการรักษาเพื่อให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษานั้นได้คำนึงถึงบริบทที่เป็นจริงในสังคมไทยซึ่งมีระบบบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ หน่วยบริการปฐมภูมิเป็นหน่วยบริการพื้นฐานที่กระจายอยู่ทั่วประเทศ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการดังกล่าวมีความใกล้ชิดกับปัญหา มีความสัมพันธ์ที่แนบแน่นกับชุมชนและหน่วยงานอื่นๆ ในพื้นที่ เช่น ตำรวจ พนักงานฝ่ายปกครอง ดังนั้นเมื่อมีผู้พบว่าผู้ป่วยทางจิตซึ่งมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการรักษาดังกล่าวในชุมชนก็สามารถนำตัวเพื่อส่งประเมินในเบื้องต้นได้ เป็นการเพิ่มการเข้าถึงบริการให้แก่ผู้ป่วย นอกจากนี้การส่งต่อให้กับหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางจิตเวช (ในที่นี้คือสถานบำบัดรักษา) กรณีที่แพทย์และพยาบาลที่ประเมินอาการเบื้องต้นเห็นว่าจะต้องมีคำสั่งบังคับรักษานั้นก็ออกแบบให้สอดคล้องกับระบบส่งต่อที่มีการปฏิบัติเป็นประจำอยู่แล้ว ในพระราชบัญญัติฉบับนี้ยังได้ระบุกระบวนการนำส่งผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีข้อบ่งชี้ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาที่ถูกคุมตัวในสถานคุมตัวของรัฐหรือคุมความประพฤติตามคำสั่งศาลให้สามารถเข้าถึงบริการได้ซึ่งบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องนี้ก็ได้ออกมาจากการศึกษาวิจัย²⁹ และจากประสบการณ์ตรงในการทำงานของคณะกรรมการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตที่ได้สัมผัสถึงผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวที่มีความด้อยโอกาสมากกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมทั่วไป ในประเด็นของการพิจารณาบังคับรักษาก็ได้มีการกำหนดรูปแบบและเกณฑ์ให้บังคับรักษาในโรงพยาบาลและ

นอกโรงพยาบาล ให้มีการทบทวนคำสั่งบังคับรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นระยะโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเอง ซึ่งรูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ยืดหยุ่นและปฏิบัติได้ง่ายกว่าต้องผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตที่เป็นองค์กรภายนอก⁵⁰ รวมทั้งในการสั่งจำหน่ายผู้ป่วยตามคำสั่งบังคับรักษาออกจากโรงพยาบาลก็ได้ให้อำนาจแพทย์ผู้รักษาซึ่งเป็นวิธีการที่ปฏิบัติตามปกติอยู่แล้ว เพียงแต่เพิ่มการแจ้งให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ การคงให้แพทย์มีอำนาจสั่งจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแทนการกำหนดให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาพิจารณาและมีคำสั่งจำหน่ายตามร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.... ฉบับที่ผ่านมติดังกล่าวนี้ได้รับการแก้ไขในที่ประชุมคณะกรรมการกฤษฎีกาซึ่งให้ความสำคัญกับเสรีภาพของบุคคลที่จะอยู่ในสังคม จึงได้เปลี่ยนสาระของบทบัญญัติในฉบับร่างเพื่อลดขั้นตอนการดำเนินการปล่อยตัวของผู้ป่วยสู่สังคม⁴⁶ มีการกำหนดให้มีการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและติดตามผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษาแบบผู้ป่วยในหลังจำหน่ายไว้ในส่วนการฟื้นฟูสมรรถภาพซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานของโรงพยาบาลคุณภาพเรื่องการเตรียมจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในหมวดการดูแลรักษาผู้ป่วย⁵³

แม้ว่าจะมีบทบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ที่คุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่วิกลจริตให้ได้รับการตรวจและรักษาจากแพทย์จนกว่าจะต่อสู่อุบัติได้⁴⁶ และประมวลกฎหมายอาญาที่กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการพิจารณาคดีผู้ป่วยจิตเวชคดีเกี่ยวกับความรับผิดชอบทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65¹¹ และมาตรา 56⁵⁴ รวมทั้งการสั่งคุมตัวบังคับรักษาในสถานพยาบาลกรณีมีภาวะอันตรายตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48¹⁰ และสั่งรักษาตัวตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56(4)⁵⁵ แล้วก็ตามแต่ในทางปฏิบัติก็ยังมีปัญหาอยู่หลายประการ เพื่อให้การดำเนินคดีกับผู้ป่วยจิตเวชชัดเจนขึ้นจึงได้มี

การกำหนดหมวดผู้ป่วยคดีขึ้นในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551⁵¹ โดยกำหนดให้พนักงานสอบสวนหรือศาลส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยไปปรับการตรวจที่สถานบำบัดรักษาพร้อมทั้งรายละเอียดพฤติการณ์แห่งคดีเพื่อให้ได้ข้อมูลประกอบการประชุมวินิจฉัยทางนิติจิตเวชโดยเร็ว เนื่องจากประสบการณ์ตรงในการปฏิบัติงานนั้น พบว่าหน่วยงานในกระบวนการยุติธรรมไม่เข้าใจความจำเป็นที่คณะตรวจวินิจฉัยทางนิติจิตเวชต้องทราบเกี่ยวกับพฤติการณ์แห่งคดีเพื่อประกอบการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ความรับผิดชอบทางอาญาและภาวะอันตรายจึงทำให้พบว่ามี การส่งข้อมูลซ้ำหรือไม่ส่งให้หรือส่งให้ไม่ครบ ไม่เพียงพอต่อการพิจารณาวินิจฉัยที่ครอบคลุม ถูกต้องและรวดเร็ว นอกจากนี้เหตุผลดังกล่าวแล้วผู้เขียนยังได้แนวคิดที่ให้มีพนักงานสอบสวนหรือศาลส่งรายละเอียดพฤติการณ์แห่งคดีมาพร้อมกับการส่งผู้ต้องหาหรือจำเลยไปตรวจสุขภาพจิตตามที่กฎหมายกำหนดนั้นเมื่อครั้งได้เป็นหัวหน้าคณะศึกษาดูงานระบบบริการจิตเวช ณ เขตปกครองตนเองมองโกเลียใน ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนเมื่อปี พ.ศ. 2544 ซึ่งหน่วยบริการนิติจิตเวชสามารถดำเนินการได้รวดเร็วเนื่องจากมีกฎหมายกำหนดการกำหนดให้มีการประเมินและรายงานความสามารถในการต่อสู้คดีเป็นระยะในกรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้และการรายงานผลการบำบัดรักษาจำเลยที่ศาลส่งรักษาเพื่อเป็นการกำหนดตัวชี้วัดคุณภาพงานบริการนิติจิตเวช ทั้งนี้ในอดีตเมื่อไม่มีข้อกำหนดดังกล่าว พบว่าขาดการทบทวนกรณีผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยบางรายอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าที่กฎหมายกำหนด หรือบางรายอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินความจำเป็น นอกจากนี้การจัดทำรายงานต่อศาลอย่างสม่ำเสมอเป็นวิธีหนึ่งที่จะทำให้ศาลได้มีความรู้ความเข้าใจความเจ็บป่วยและกระบวนการบำบัดรักษาทางจิตเวชได้อย่างเป็นรูปธรรมอีกด้วย

เมื่อพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้

ส่วนเสียในทุกชั้นตอนที่ระบุตามแนวทางขององค์การอนามัยโลกแล้ว การบังคับใช้กฎหมายจะเกิดขึ้นได้ก็ต้องมีการดำเนินการเพื่อให้มีคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติโดยการกำหนดระเบียบเกี่ยวกับคุณสมบัติ การแต่งตั้งและการเลือกตั้งกรรมการที่มาจากส่วนที่เป็นผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนองค์กรเอกชนที่เป็นนิติบุคคลที่มีวัตถุประสงค์คุ้มครองดูแลผู้มีความผิดปกติทางจิตใน คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติและคณะกรรมการอุทธรณ์ไปพร้อมๆ กันให้แล้วเสร็จทันตามที่ระบุในบทเฉพาะกาล ผู้ทรงคุณวุฒิสมาชิกการแพทย์จิตเวชได้รับการเสนอชื่อจากคณะกรรมการอำนวยการสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยให้เป็นคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ คือ พล.ต.นพ.วีระ เชื้องศิริกุล และได้เสนอชื่อ รศ.นพ.ณรงค์ สุภัทรพันธุ์เป็นคณะกรรมการอุทธรณ์ ส่วนผู้เขียนได้รับการเลือกตั้งให้เป็นผู้แทนองค์กรภาคเอกชนฯ ในคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ในระหว่างนั้นยังจำเป็นต้องเร่งดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อยกร่างระเบียบและประกาศที่มีการระบุไว้ในพระราชบัญญัติฯ ซึ่งจะต้องกำหนดรายละเอียดที่เป็นรูปธรรมขึ้นคณะกรรมการชุดดังกล่าวส่วนหนึ่งมาจากคณะกรรมการยกย่องพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ได้มีการแต่งตั้งนักกฎหมายจากหน่วยงานที่ต้องกลั่นกรองกฎระเบียบตามกฎหมายของกระทรวงสาธารณสุขเข้าเป็นคณะทำงานเพิ่มเติมตามแนวคิดของการทำงานแบบมีส่วนร่วม หลังจากที่ต้องเร่งจัดทำให้แล้วเสร็จได้มีการนำร่างระเบียบและประกาศทั้งหลายนำเข้าสู่การพิจารณาเพื่อขอความเห็นปรับปรุงแก้ไขในที่ประชุมจากหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องรวมทั้งมีผู้แทนของผู้ป่วยและญาติเข้าร่วมประชุมซึ่งจัดเมื่อวันที่ 20 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 ณ โรงแรมริชมอนด์ ในครั้งนั้นมี รศ.นพ.ณรงค์ สุภัทรพันธุ์ ตัวแทนจากราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย และพ.อ.หญิงนพพร ทิรัญวิวัฒน์กุล ตัวแทนจากสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยเข้าร่วมประชุมด้วย ที่ประชุมได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและร่วมกันปรับถ้อยคำให้เหมาะสม โดยเฉพาะความเห็น

จากตัวแทนของสำนักงานอัยการสูงสุด สภานายความและสมาคมทนายความแห่งประเทศไทยที่ได้กรุณาปรับถ้อยคำเพื่อลดความเสี่ยงต่อการที่แพทย์จะถูกฟ้องร้องในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ รวมทั้งผู้แทนจากฝ่ายสังคมสงเคราะห์ที่ให้ข้อชี้แนะในการบริหารจัดการเพื่อให้การกำหนดหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการเป็นไปตามความเป็นจริงและมีการกำหนดอย่างมีส่วนร่วมจากผู้บริหารต่างหน่วยงาน คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติได้พิจารณาและลงมติเห็นชอบต่อร่างระเบียบและประกาศต่างๆ ในการประชุมครั้งแรกเมื่อพฤหัสบดีที่ 26 มิถุนายน พ.ศ. 2551 อย่างไรก็ตามขั้นตอนการประกาศใช้อย่างถูกต้องตามกฎหมายนั้น มีอุปสรรคจากผลกระทบของเหตุการณ์ทางการเมืองที่ไม่นิ่ง ทำให้การประกาศซึ่งต้องลงนามโดยฝ่ายการเมืองและต้องมีการประกาศในหนังสือราชกิจจานุเบกษา จึงต้องเลื่อนระยะเวลาออกไปจนสถานการณ์การเมืองนิ่งพอสมควรแล้วจึงมีการทยอยประกาศใช้ในเวลาต่อมา ในส่วนของการกำหนดสถานบำบัดรักษาตามกฎหมายฉบับนั้น นพ.ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิต ได้ให้นโยบายว่าขอให้เป็นความสมัครใจ ท่านปรารถนาที่จะเห็นการบังคับใช้กฎหมายเกิดจากความเข้าใจและความพร้อม โดยเน้นที่การให้สื่อสารเผยแพร่เจตนารมณ์และสาระของกฎหมายให้สถานพยาบาลต่างๆ ได้เข้าใจพร้อมกันนี้ได้มีการสอบถามความพร้อมและความสมัครใจไปยังโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิทุกแห่ง มีโรงพยาบาลที่สมัครเป็นสถานบำบัดรักษาในรอบแรกซึ่งอยู่นอกสังกัดกรมสุขภาพจิตถึง 23 แห่ง⁵⁵ มากกว่าที่ผู้เขียนได้ประมาณการไว้มาก แม้ว่าจะมีการเสนอชื่อขอถอนตัวในการสอบถามในรอบที่สองซึ่งมีหน่วยงานเสนอชื่อเข้ามาเพิ่มเติมจากรอบแรกเป็นสองเท่า ปัจจุบันอยู่ระหว่างรวบรวมเพื่อดำเนินการประกาศตามขั้นตอนต่อไป

การที่จะทำให้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 สามารถบังคับใช้สมดังเจตนารมณ์เพื่อให้ผู้มี

ความผิดปกติซึ่งอ่อนด้อยให้ได้รับการรักษาที่ต้องคำนึงถึงและให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิมากกว่าผู้ป่วยทั่วไปและเพื่อคุ้มครองสังคมจากอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชนั้นต้องอาศัยความเข้าใจร่วมกันในความจริงที่เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชและความร่วมมือของบุคลากรทางด้านสาธารณสุข บุคลากรในกระบวนการยุติธรรมรวมทั้งสื่อมวลชน อีกทั้งจะต้องมีการเตรียมอัตรากำลังและงบประมาณเพื่อการดำเนินงานบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพและสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยในสถานบำบัดรักษาและในชุมชนรวมถึงสนับสนุนองค์กรที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชด้วย^{52,56} การสื่อสารเพื่อเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจให้กับเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานตามกฎหมายอย่างถูกต้องและทั่วถึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำเป็น รวมทั้งสถานศึกษาที่ผลิตบุคลากรสาขาอาชีพต่างๆ ที่มีส่วนในการปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จะต้องมีการสอนและจัดกระบวนการเรียนรู้เจตนารมณ์และสาระของบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องในหลักสูตรต่อไป

บุคคลที่มีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาผลักดัน ผ่านและบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่สมควรได้รับการยกย่อง คือ ศาตราจารย์ นายแพทย์วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ อาจารย์นิติเวชที่มีความรู้และประสบการณ์ด้านกฎหมายที่ทำงานในการพัฒนากฎหมายทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศ ศาสตราจารย์แสวง บุญเฉลิมวิภาส อาจารย์คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ที่อุทิศตนให้กับการพัฒนากฎหมายทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข และมีความรู้และประสบการณ์อย่างสูงด้านนิติจิตเวช ท่านผู้พิพากษาชิงชัย ศรีประสิทธิ์ซึ่งทำงานด้วยการศึกษาอย่างจริงจังโดยไม่ประสงค์ออกนาม อาจารย์ประเวศ อรรถศุภผล สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์ในการร่าง ตรวจสอบกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์ สาธารณสุขและสังคม รวมทั้งเป็นคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนผู้แทนราษฎรหลายคณะ

นายแพทย์วิสัย พฤกษ์วัน อดีตผู้ตรวจราชการกระทรวงยุติธรรม ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการแพทย์ ราชทัณฑ์และด้านกฎหมาย อาจารย์อำนาจ นุปผามาศ ทนายความที่มีประสบการณ์ในการพิทักษ์สิทธิของผู้อ่อนด้อยทางสังคม รวมทั้งรองศาสตราจารย์บรรเจิด สิงคะเนติ ภาควิชากฎหมายมหาชน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ทุกท่านที่ได้เอ่ยนามมาแล้ว นั้นเป็นแบบอย่างของบุคลากรที่เสียสละเวลาส่วนตัว ทำงานพัฒนากฎหมายโดยใช้วันหยุดซึ่งควรเป็นวันพักผ่อนส่วนตัว ได้ช่วยเหลือในการทำความเข้าใจกับ คณะกรรมการชุดต่างๆ รวมทั้งได้ให้ข้อเสนอแนะ ให้กำลังใจต่อผู้ปฏิบัติงานโดยตลอด นอกจากนี้ยังมี วิธีชีวิตที่เรียบง่าย พอเพียง นับว่าเป็นประสบการณ์ ที่ดีมากที่ได้ทำงานกับเครือข่ายบุคคลากรนอวงวง การ จิตเวชที่มีจุดประสงค์และเป้าหมายในการทำงานร่วมกัน

การทำงานแบบพหุภาคีและมีส่วนร่วม การรับฟัง และเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การแสวงหาจุด ร่วมบนความเห็นที่แตกต่าง การวิเคราะห์และหาข้อสรุป ทางสายกลางระหว่างความคิดที่หลากหลายและ สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ความยืดหยุ่น ความกล้าแสดงความคิดเห็นแบบตรงไปตรงมาบนทำที่ ที่อ่อนน้อมเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการได้มา ซึ่งกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศไทย การที่จะบังคับ ใช้กฎหมายเพื่อคุ้มครองศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วย จิตเวชโดยผู้ปฏิบัติมีความสมัครใจและมีความสุขจาก การทำงานยังคงเป็นสิ่งที่ทำหายและมีคุณค่าควรที่ จิตแพทย์ทั้งหลายจะได้ร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งที่แบ่งปัน ความสุขให้กับผู้ป่วย ครอบครัวและสังคม

บทบาทของจิตแพทย์ในด้านนิติจิตเวชทางสังคม

มีจิตแพทย์หลายท่านที่มีบทบาทด้านนิติจิตเวช ทางสังคม (social legal psychiatry) ได้แก่ การมีส่วนร่วม ผลักดันกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิต เวชที่เกี่ยวข้อง เช่น ศาสตราจารย์นายแพทย์รณชัย

คงสภณที่มีส่วนผลักดันพระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อื่นๆ อีกหลายฉบับ พ.ญ.เบญจพร ปัญญาขงที่มีส่วน ร่วมผลักดันพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกระทำความ รุนแรงในครอบครัว พ.ศ. 2550 จิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น อื่นหลายท่านที่มีส่วนในการอบรมนักจิตวิทยาและ นักสังคมสงเคราะห์ตามพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติม วิธีพิจารณาความอาญา ฉบับที่ 20 พ.ศ. 2542 (วิธีสืบ พยานเด็ก)⁵⁷ นอกจากนี้ยังมีจิตแพทย์ที่มีบทบาทคุ้มครอง สิทธิของผู้ป่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กร เอกชนนิติบุคคลที่มีจุดประสงค์คุ้มครองสิทธิและการ ดูแลผู้ป่วยทางจิต เช่น แพทย์หญิงสมรัก ชูวานิชวงศ์ นอกจากเป็นนายกสมาคมสายใยครอบครัวแล้วยังเป็น บรรณาธิการนิตยสารเพื่ออนุรักษ์สุขภาพจิตซึ่งตีพิมพ์ มาแล้วกว่าแปดปี

บทสรุปจากอดีตถึงปัจจุบัน...แลไปข้างหน้า

งานนิติจิตเวชมีความขยายตัวจากการบริการ ให้ความเห็นทางการแพทย์กรณีที่มีการฟ้องร้องโดยมี จุดเริ่มต้นจากคดีอาญา ลักษณะของคดีหรือข้อพิพาท ทางกฎหมายประเภทต่างๆ เปลี่ยนแปลงพัฒนาไปตาม ลักษณะของสังคมที่เปลี่ยนไป ต้องรู้จักประยุกต์ใช้ ตำราจากต่างประเทศให้สอดคล้องกับบริบทของสังคม ไทยเนื่องจากมีบริบทที่แตกต่างกันมาก การยึดแต่ทฤษฎี โดยไม่เข้าใจสังคมที่เป็นจริงจะทำให้นิติจิตแพทย์ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ที่เที่ยงธรรมได้ เนื่องจากสังคม มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา นิติจิตแพทย์ก็ต้องศึกษา และรู้เท่าทันการเปลี่ยนแปลงนั้นๆ เช่นเดียวกัน ดังนั้น นอกจากจะติดตามความก้าวหน้าทางการแพทย์แล้ว ยังต้องติดตามความก้าวหน้าของกฎหมายที่มีการปรับปรุง แก้ไข รวมทั้งกฎหมายที่พัฒนาใหม่ ดังนั้นงานนิติจิตเวช ณ ปัจจุบันนั้นมีขอบข่ายขยายไปสู่นิติจิตเวชเพื่อสังคม แล้ว

ความคาดหวังของสังคมที่มีต่อจิตแพทย์มีได้จำกัด อยู่แค่บทบาทการรักษาทางคลินิก หรือเป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการบริการนิติจิตเวชเท่านั้น แต่สังคมยังคาดหวังให้ จิตแพทย์ได้มีบทบาททางสังคมในการพิทักษ์สิทธิของ ผู้ป่วย ในการปฏิบัติหน้าที่ตามที่กฎหมายที่มีลักษณะ คัดกรองผู้อ่อนด้อยหรือผู้อ่อนแอกลุ่มต่างๆ ในสังคม โดยเฉพาะกฎหมายมหาชนที่ออกใหม่ ดังนั้นจิตแพทย์ จึงไม่ควรตกอยู่ในกรอบแคบๆ ของงานคลินิกเท่านั้น ควรจะเปิดใจและเปิดตัวที่จะทำงานร่วมกับบุคคลหลากหลายสถานะทางสังคม สถาบันการศึกษาควรต้องปรับ หลักสูตรและจัดกระบวนการเรียนรู้นักศึกษาแพทย์ และแพทย์ประจำบ้านในมิติที่มีความกว้างและสัมพันธ์ กับสังคมเพิ่มขึ้นเพื่อให้จิตแพทย์รุ่นใหม่เป็นที่พึ่งของ ประชาชนได้อย่างแท้จริง

เอกสารอ้างอิง

1. รณชัย คงสกนธ์. ความหมายและความสำคัญของนิติจิตเวชศาสตร์. ใน: รณชัย คงสกนธ์. นิติจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: หจก.บางกอกบลิ๊ก; 2549. หน้า 24-26.
2. สุรินทร์ ปิ่นรัตน์. นิติจิตเวชศาสตร์ 1. ใน: เกษม ดันติผลาชีวะ. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536. หน้า 1068-9.
3. Hawkins-Leon CG. "Literature as law": the history of the insanity plea and a fiction application within the law & literature canon. Temple Law Review 1999; 72(2): 381-449.
4. Gold LH. Rediscovering forensic psychiatry. In: Simon RI, Gold LH. Textbook of forensic psychiatry. 1st ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2004. page 3-36.
5. ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, สาลิกา ใคว์บุญงาม. หนังสือที่ระลึกครบ 20 ปี โรงพยาบาลนิติจิตเวช. กรุงเทพมหานคร:โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมสุขภาพจิต; 2534.
6. สหัส สิงหวิริยะ. คำอธิบายประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ; 2548. หน้า 75.
7. ชัยฤทธิ์ กฤษณะ. วิชาฉันทนาการโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช. ใน: โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช 112 ปี. กรุงเทพมหานคร:อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิคชิ่ง; 2545. หน้า 43.
8. สุรพล เย็นอุรา. บันทึกเมื่อปี 2520. ใน:หนังสืออนุสรณ์เนื่องในงานพระราชทานเพลิงศพ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว 25 มกราคม 2524.
9. ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง. 100 ปี นิติจิตเวช. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2534; 36(1): 30.
10. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับอ้างอิง. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด; 2551. หน้า 156-9.
11. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. ประมวลกฎหมายอาญา ฉบับอ้างอิง. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด; 2551. หน้า 95.
12. นงลักษณ์ ศาสตรา และคณะ. ประวัติความเป็นมาโรงพยาบาลนิติจิตเวช. ใน: ระลึก 30 ปี นิติจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมสุขภาพจิต; 2544.
13. ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง. อาจารย์สุรินทร์ ปิ่นรัตน์ "บิดาแห่งนิติจิตเวชไทย". ใน: ระลึก 30 ปี นิติจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลนิติจิตเวช; 2544.
14. ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์และคณะ. นิติจิตเวชศาสตร์สู่สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันกัลยาณิราชนครินทร์; 2545.

15. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. สรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549. กรุงเทพมหานคร: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2549.
16. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. สรุปรายงานความคิดเห็นต่อร่างกฎหมายสุขภาพจิตของบุคลากรสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2549.
17. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต. มาตรฐานบริการนิติจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2547.
18. สุพรรณณี แสงรักษา, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. ความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550; 15(2): 93-100.
19. วันทนา ถมคำพาณิชย์, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. ความเห็นของจิตแพทย์ต่อการดำเนินคดีอาญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2552; 17(2): 118-28.
20. สหส สิงหวิริยะ. คำอธิบายประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ; 2548. หน้า 143-4.
21. สุปรีชา วงศ์พุกธา, ราณี ฉายินทุ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการพิพากษาของศาลกับผลการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ในผู้กระทำผิดทางอาญาที่มีปัญหาทางจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลนิติจิตเวช; 2538.
22. ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. การบังคับรักษาผู้กระทำความผิดอาญาที่มีความผิดปกติทางจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2551; 16(2): 108-18.
23. ราณี ฉายินทุ, นงลักษณ์ สาดรา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดครั้งแรกและการกระทำผิดซ้ำของผู้ป่วยนิติจิตเวช. วารสารสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 2547; 1(3): 93-100.
24. ณัฐวุฒิ อรินทร, อัศวิน วัฒนวิบูลย์, สุณีเย์ กัลป์ยะจิตร, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. การประกอบอาชญากรรมกับความสามารถรู้ผิดชอบของผู้กระทำผิดนิติจิตเวช. วารสารสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 2550; 3(1): 50-61.
25. วลัย ธรรมโกสิทธิ์. ความตรงของแบบประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง: HCR-20. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550; 15(2): 101-9.
26. รัชนีกร เขี่ยมผ่อง. วารสารสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ 2551; 4(1): 50-61. 132-42.
27. อุทยา นาคเจริญ และคณะ. รายงานการวิจัยผลของโปรแกรมกลุ่มเตรียมความพร้อมในการต่อสู้คดีความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2548.
28. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. ร่างมาตรฐานระบบบริการที่มีความเป็นเลิศเฉพาะทางนิติจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2551.
29. ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. ความผิดปกติทางจิตเวชของผู้ต้องขัง: การศึกษาในเรือนจำเขตกรุงเทพมหานครและเรือนจำกลางบางขวาง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10(2): 77-88.
30. ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. การประเมินโครงการนำร่องการอบรมหลักสูตรการดูแลสุขภาพจิตผู้ต้องขัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10(2): 113-22.
31. ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. สุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขังและนักโทษไทย. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550; 15(2): 79-92.
32. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. รายงานการสัมมนาการเตรียมสุขภาพจิตผู้ต้องขังก่อนปล่อย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2546.

33. สหัทธ สิงหวิริยะ. คำอธิบายประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ; 2548. หน้า 393-5.
34. ประวัติศาลเยาวชน. ศาลเยาวชนและครอบครัวกลาง. เข้าถึงได้ที่ : http://www.jvnc.coj.go.th/info.php?info=sub_menu&cid=1. [30 สิงหาคม 2552].
35. ประวัติโรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ. โรงพยาบาลตุลาการเฉลิมพระเกียรติ. เข้าถึงได้ที่ : <http://www.th.coj.go.th/hospital.html>. [30 สิงหาคม 2552].
36. กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2540.
37. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต, ประภาศ อุครานันท์. การศึกษาแนวคิดและกระบวนการเกี่ยวกับการบังคับรักษาผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลนิติจิตเวช กรมสุขภาพจิต; 2541.
38. สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. โปสเตอร์เผยแพร่ พ.ร.บ.สุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2549. เข้าถึงได้ที่: http://www.thaimentalhealthlaw.com/pdf_files/kwam_pen_ma.pdf [3 กุมภาพันธ์ 2549].
39. นางลักษณี่ สาตรา, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. ความคิดเห็นของบุคลากรของรัฐต่อการบังคับรักษาผู้มีความผิดปกติทางจิต.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2544; 9(2): 63-71.
40. World Health Organization. Draft WHO resource book on mental health, human rights and egislation. Geneva: WHO; 2004.
41. World Health Organization. WHO checklist on mental health legislation In: WHO resource book on mental health legislation. Geneva: WHO; 2005. page 119-54.
42. World Health Organization. Guidance instrument for developing, adopting and implementing mental health legislation. Geneva: WHO; 2003.
43. กอบโชค จวงษ์, มล.สมชาย จักรพันธ์. ผลกระทบข่าวความรุนแรงในโรงเรียนเอกชน กรุงเทพมหานคร ต่อผู้ป่วยโรคจิตเวชและญาติ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549; 14(1): 1-13.
44. พิธีจับแพทย์ชื่อดังสงครีธัญญาเจ้าตัวล้นไม่ได้บำ. หนังสือพิมพ์เดลินิวส์ 27 กุมภาพันธ์ 2550.
45. สหัทธ สิงหวิริยะ. คำอธิบายประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณการ; 2548. หน้า 234-9.
46. สำนักกรรมการประชุมและชวเลข สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. บันทึกการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 64/2550 เป็นพิเศษ; 14 พฤศจิกายน 2550; ณ ตึกรัฐสภา. กรุงเทพมหานคร: รัฐสภา; 2550, หน้า 8-9.
47. สำนักกฎหมาย สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. เอกสารประกอบการพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตพ.ศ....(คณะรัฐมนตรีเป็นผู้เสนอ) บรรจุระเบียบวาระการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 62/2550; 7 พฤศจิกายน 2550; ณ ตึกรัฐสภา. กรุงเทพมหานคร: รัฐสภา; 2550.
48. สำนักกรรมการ 3 สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. รายงานของคณะกรรมการวิสามัญพิจารณาร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ....สภานิติบัญญัติแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: รัฐสภา; 2550.

49. สำนักรายงานการประชุมและชวเลข สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภาปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ. บันทึกการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ 73/2550; 20 ธันวาคม 2550; ณ ตึกรัฐสภา. กรุงเทพมหานคร: รัฐสภา; 2550, หน้า 2, 7.
50. สำนักนายกรัฐมนตรี. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนที่ 36 ก. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2551, หน้า 37-54.
51. ชิงชัย ศรีประสิทธิ์. มาตรการทางกฎหมายในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิต(วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต). กรุงเทพมหานคร: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2540.
52. แสง บุญเฉลิมวิภาส. กฎหมายสุขภาพจิต มาตรการบังคับรักษาผู้มีความผิดปกติทางจิต. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2549; 14(3): 207-12.
53. สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล. มาตรฐาน HA และเกณฑ์พิจารณา:บูรณาการภาพรวมระดับโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2543, หน้า 107-8.
54. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. ประมวลกฎหมายอาญาฉบับอ้างอิง. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพมหานคร: บริษัทสำนักพิมพ์วิญญูชน จำกัด; 2551. หน้า 100-11.
55. สำนักนายกรัฐมนตรี. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 126 ตอนพิเศษ 62 ง. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายชื่อสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักนายกรัฐมนตรี; 2552, หน้า 44-6.
56. แสง บุญเฉลิมวิภาส. ผู้ป่วยจิตเวชกับปัญหาในกระบวนการยุติธรรม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2550; 15(2): 67-78.
57. สหัฐ สิงหวิริยะ. คำอธิบายประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์นิติบรรณาการ; 2548. หน้า 304-7.