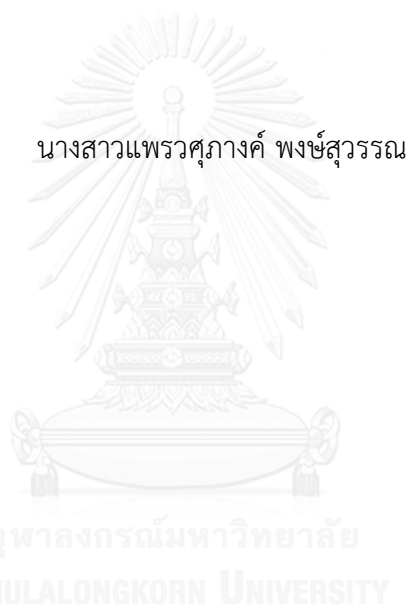


การคุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตผิดปกติ : ศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินคดีอาญาในศาล  
สุภาพจิตของสหรัฐอเมริกา



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต  
สาขาวิชานิติศาสตร์  
คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2559  
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COMPARATIVE STUDIES OF THE CRIMINAL PROCEEDINGS IN THAILAND AND IN MENTAL  
HEALTH COURTS IN THE UNITED STATES

Miss Praewsubhang Pongsuwanna



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Laws Program in Laws

Faculty of Law

Chulalongkorn University

Academic Year 2016

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การคุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตผิดปกติ :  
ศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินคดีอาญาในศาลสุภาพจิต  
ของสหรัฐอเมริกา

โดย

นางสาวแพรวศุภางค์ พงษ์สุวรรณ

สาขาวิชา

นิติศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาริณา ศรีวินิชย์

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะนิติศาสตร์

(ศาสตราจารย์ ดร.นันทวัฒน์ บรมานันท์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.คณพล จันทน์หอม)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปาริณา ศรีวินิชย์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ศาสตราจารย์ ดร.จิรนิติ หะวานนท์)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(แพทย์หญิง ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์)

แพรวศยามาศ พงษ์สุวรรณ : การคุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตผิดปกติ : ศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินคดีอาญาในศาลสุขภาพจิตของสหรัฐอเมริกา (COMPARATIVE STUDIES OF THE CRIMINAL PROCEEDINGS IN THAILAND AND IN MENTAL HEALTH COURTS IN THE UNITED STATES) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.ปาริณา ศรีวินิชย์, 163 หน้า.

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มุ่งที่จะศึกษาเปรียบเทียบระหว่างกระบวนการยุติธรรมทางอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติของประเทศไทยและกระบวนการดำเนินคดีในศาลสุขภาพจิตของสหรัฐอเมริกา โดยมีข้อสันนิษฐานว่า ประเทศไทยสามารถนำแนวคิดหรือกระบวนการบางอย่างของศาลสุขภาพจิตมาปรับใช้กับบทบัญญัติของไทยได้อย่างเหมาะสมเพื่อคุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติให้ครอบคลุมมากขึ้น ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาและวิเคราะห์ทั้งกระบวนการของการตรวจประเมิน การเฝ้าติดตามดูแลผลการบำบัดรักษา การสิ้นสุดการบำบัดรักษา และผลที่ได้รับจากกระบวนการ ทั้งของประเทศไทยและกระบวนการของศาลสุขภาพจิตในมลรัฐนิวยอร์ก มลรัฐวอชิงตัน และมลรัฐอลาสกา สหรัฐอเมริกา เพื่อวิเคราะห์ให้เข้าใจในความแตกต่าง ข้อดีข้อเสีย และประสิทธิผลของทั้งสองกระบวนการ

ผลการศึกษาวิจัยทำให้พบว่า มีกระบวนการบางอย่างของศาลสุขภาพจิตที่สามารถคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยได้ดีกว่ากระบวนการดำเนินคดีอาญาของไทยในปัจจุบัน ซึ่งประเทศไทยสามารถนำแนวทางของกระบวนการนั้นมาปรับใช้กับกระบวนการสอบสวนและการพิจารณาของศาล โดยแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน

สาขาวิชา นิติศาสตร์

ปีการศึกษา 2559

ลายมือชื่อนิติ .....  
 \_\_\_\_\_

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....  
 \_\_\_\_\_

# # 5786006034 : MAJOR LAWS

KEYWORDS:

PRAEWSUBHANG PONGSUWANNA: COMPARATIVE STUDIES OF THE CRIMINAL PROCEEDINGS IN THAILAND AND IN MENTAL HEALTH COURTS IN THE UNITED STATES. ADVISOR: ASST. PROF. PAREENA SRIVANIT, Ph.D., 163 pp.

This research aims to compare the differences between the criminal proceedings for criminals with mental disorders in Thailand and proceedings by the Mental Health Court in the United States, by hypothesizing that some procedures in the Mental Health Court can be suitably adapted to the cases in Thailand. The researcher has studied and analyzed the methods of identifying participants and the process of monitoring the progress and the post-treatment outcome in Thailand and the Mental Health Courts of New York, Washington and Alaska in the United States. The researcher then define the advantages, disadvantages and the effectiveness of the proceedings.

The result demonstrates that some of the methods and proceedings in Mental Health Court can be applied to the investigation and trial in the Thai legal system by amending the criminal procedure law or regulations in Thailand.

Field of Study: Laws

Academic Year: 2016

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

เส้นทางของการทำวิทยานิพนธ์สักฉบับหนึ่งก็คงไม่แตกต่างจากการเดินทางครั้งยิ่งใหญ่ที่เกิดขึ้นจากความฝัน มองเห็นจุดหมายปลายทาง แล้วเดินหน้าเข้าไปหาสิ่งนั้น ซึ่งในวันที่ข้าพเจ้าไม่รู้แม้แต่จะเริ่มตันอย่างไร นางสาวอัญชลี วานิชจะกุล ได้ให้คำแนะนำวิธีการในการหาหัวข้อวิทยานิพนธ์และหาคำตอบให้กับตัวเอง โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ปาริณา ศรีวินิชย์ อาจารย์ที่ปรึกษาของข้าพเจ้าเป็นเสมือนผู้เขียนแผนที่และเป็นผู้นำทางให้แก่ข้าพเจ้า มีศาสตราจารย์พิเศษ ดร. จิรนิติ หะวานนท์ และแพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ ที่ให้ความเมตตาทุกครั้งที่ข้าพเจ้าขอความช่วยเหลือและได้กรุณาสละเวลาอันมีค่ามาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ให้แก่ข้าพเจ้า และสุดท้ายยังมีรองศาสตราจารย์ ดร. คณพล จันทน์หอม ที่ได้ให้ความกรุณาเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ จัดระบบรูปเล่มและทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้เป็นฉบับที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ตลอดระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา ข้าพเจ้าได้พบเจอเรื่องราวมากมายผ่านเข้ามาในชีวิตให้ข้าพเจ้าได้เรียนรู้และเข้าใจในวิถีของความเป็นมนุษย์มากขึ้นและทำให้ข้าพเจ้าได้มองเห็นคนสำคัญรอบตัวที่พร้อมจะให้กำลังใจในการเดินทางครั้งนี้ คนนั้นคงปฏิเสธไปไม่ได้ว่า คือ..."แม่"... สัตวแพทย์หญิง ดร. เยาวภา พงษ์สุวรรณ ที่ทุ่มเทคอยผลักดันข้าพเจ้าให้ไปสู่เป้าหมายและจุดตั้งข้าพเจ้าให้เดินบนทางที่ดีและชอบ มี "พ่อ" นายสุรพล พงษ์สุวรรณ ที่เป็นเหมือนศาลาพักใจให้หนึ่งพักผ่อนคลายร้อนเป็นระยะ มี "พี่จุฑา" นายสุรารุท พรทิพย์ คนที่ข้าพเจ้าสนิท ผู้เป็นเหมือนคนคอยหาน้ำเย็น ๆ และเป็นกำลังใจให้อยู่ข้าง ๆ เสมอ มีพี่น้อง นางสาววารภา วาระศิริ หัวหน้าการทำงานของข้าพเจ้า ผู้สนับสนุนให้ลูกน้องสร้างความเจริญก้าวหน้าในชีวิตเสมอมา มีน้องไอซ์ พี่เตี้ย พี่เจี๊ยบ นุ่น ขวัญ อ้น ที่เคยให้ความช่วยเหลือในยามคับขันระหว่างทาง จนกระทั่งมาถึงช่วงโค้งสุดท้าย ในวันที่มีตมิดที่สุด ก็ยังมีแสงสว่างหนึ่งเดินเข้ามา ได้แก่ นางสาวสุพรรณิ แสงรักษา ผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือเรื่องข้อมูลจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์อย่างเข้าใจ มีนายนิภัทร์ วานิชคราม ผู้ยินดีช่วยเหลือเรื่องทางอิเล็กทรอนิกส์อย่างเต็มที่ และสุดท้ายคือ เพื่อน ๆ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือทางการศึกษาทุกเรื่องตั้งแต่วันแรกจนถึงวันนี้

ความสุขและความสำเร็จนี้คงจะไม่มีคุณค่าใด ๆ หากเราลืมที่จะนึกถึงและขอบคุณความปรารถนาดีของผู้ที่เราพบเจอตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณจากหัวใจอันแท้จริงของข้าพเจ้า และขอมอบความสุขความสำเร็จนี้ให้แก่บุคคลผู้ปรารถนาดีต่อข้าพเจ้าทุกท่านไม่ว่าจะได้กล่าวมาข้างต้นแล้วหรือไม่ ข้าพเจ้าจะขอยึดมั่นในการทำสิ่งที่ดีให้แก่สังคมและสร้างความเจริญให้แก่ประเทศนี้ให้สมกับเจตนารมณ์ของทุกท่านสืบไป

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1 .....	11
บทนำ .....	11
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย .....	16
1.3 สมมติฐานของการวิจัย .....	16
1.4 ขอบเขตของการวิจัย .....	16
1.5 วิธีในการดำเนินการวิจัย.....	16
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	17
บทที่ 2 .....	18
แนวคิด ทฤษฎี และหลักการดำเนินกระบวนการยุติธรรมทางอาญา .....	18
ต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ .....	18
2.1 แนวคิดและทฤษฎีในการคุ้มครองผู้ป่วยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ.....	18
2.1.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับจิตใจ .....	18
2.1.2 ลักษณะกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิต .....	19
2.1.3 การคุ้มครองผู้ป่วยทางจิต .....	23
2.2 แนวคิดและหลักการที่เกี่ยวข้องกับการลงโทษและฟื้นฟูผู้กระทำความผิดที่มีสภาพจิตไม่ ปกติ .....	25
2.2.1 แนวคิดและทฤษฎีเพื่อป้องกัน (Deterrence).....	25
2.2.2 แนวคิดและทฤษฎีลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู (Rehabilitation) .....	27
2.2.3 แนวคิดและหลักนิติศาสตร์เชิงบำบัด (Therapeutic Jurisprudence).....	28

2.2.4 แนวคิดและหลักกระบวนการยุติธรรมในเชิงสมานฉันท์ (Restorative Justice).....	30
2.3 สิทธิและการคุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ.....	32
2.3.1 สิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยในการต่อสู้คดี .....	32
2.3.2 สิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่จะไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเอง .....	36
2.3.3 หลักการการพิจารณาคดีอาญาโดยเปิดเผย .....	40
2.3.4 หลักการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขังที่มีสภาพจิตไม่ปกติ .....	42
2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ .....	45
2.4.1 ประมวลกฎหมายอาญา.....	45
2.4.2 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา .....	47
2.4.3 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551.....	49
2.4.4 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 .....	53
2.5 กระบวนการ บทบาทของหน่วยงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติของไทยในปัจจุบัน.....	54
2.5.1 กระบวนการในชั้นการสอบสวน.....	54
2.5.2 กระบวนการในชั้นการพิจารณาคดีของศาล .....	59
2.5.3 กระบวนการในชั้นการลงโทษและหลังจากได้รับการปล่อยตัว.....	64
บทที่ 3 .....	69
กฎหมายในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติและการจัดตั้งศาลสุขภาพจิต.....	69
ในมลรัฐนิวยอร์ก มลรัฐวอชิงตัน และมลรัฐอลาสก้า สหรัฐอเมริกา .....	69
3.1 กฎหมายเกี่ยวกับการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ .....	69
3.1.1 บทนิยาม .....	69
3.1.2 กระบวนการตรวจสอบความสามารถของจำเลย .....	70
3.2 ที่มาของการจัดตั้งและระบบการดำเนินคดีอาญาในภาพรวมของศาลสุขภาพจิต .....	74



3.3 บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของศาลสุภาพจิต .....	76
3.3.1 ผู้พิพากษา .....	76
3.3.2 พนักงานอัยการ .....	77
3.3.3 ทนายความ.....	80
3.3.4 ผู้จัดการคดี.....	82
3.3.5 บุคลากรเฉพาะอื่น ๆ ในแต่ละศาลสุภาพจิต.....	84
3.4 กระบวนการของศาลสุภาพจิต .....	87
3.4.1 กระบวนการเริ่มต้น .....	87
(1) การส่งตัวหรือโอนย้ายจำเลยมาเข้าสู่กระบวนการของศาลสุภาพจิต .....	87
(2) การคัดกรองคุณสมบัติของจำเลย.....	89
(3) การให้ความยินยอมของจำเลย .....	93
3.4.2 กระบวนการระหว่างการดำเนินการ.....	97
(1) การเฝ้าติดตามดูแลผล .....	97
(2) การลงโทษหรือให้รางวัล.....	102
3.4.3 กระบวนการสิ้นสุด .....	104
3.5 ผลที่ได้รับจากการจัดตั้งศาลสุภาพจิตต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญา .....	107
บทที่ 4 .....	116
วิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการดำเนินการของศาลสุภาพจิตในต่างประเทศและวางแนวทาง....	116
ที่เหมาะสมของประเทศไทยในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ .....	116
4.1 รูปแบบโครงสร้าง วัตถุประสงค์ ลักษณะกระบวนการ บทบาทบุคลากรและหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง และผลที่ได้รับจากกระบวนการ .....	116
4.2 กระบวนการของศาลสุภาพจิตในระหว่างควบคุมตัวและคัดกรองผู้ต้องหาหรือจำเลย ก่อนเข้าสู่กระบวนการของศาล .....	124

4.3 กระบวนการของศาลสุขภาพจิตในการคุ้มครองสิทธิของจำเลยในชั้นการพิจารณาคดีของศาล .....	126
4.3.1 สิทธิของจำเลยในการต่อสู้คดีอย่างเต็มที่.....	126
4.3.2 สิทธิของจำเลยที่จะไม่ให้การเป็นปฎิปักษ์ต่อตนเองและแนวทางการรับฟังคำรับสารภาพ กระบวนการของศาลสุขภาพจิต .....	132
4.3.3 สิทธิของจำเลยตามหลักการพิจารณาคดีโดยเปิดเผย .....	136
4.4 กระบวนการของศาลสุขภาพจิตในการบำบัดรักษา .....	138
4.4.1 หลักเกณฑ์วิธีการและระยะเวลาในการบำบัดรักษาจำเลย .....	138
4.4.2 การลงโทษจำเลยในชั้นการเฝ้าติดตามดูแลผลการบำบัดรักษา.....	141
4.4.3 หลักการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขัง.....	142
4.5 กระบวนการของศาลสุขภาพจิตภายหลังการบำบัดรักษาเสร็จสิ้น .....	143
รายการอ้างอิง .....	156
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	163

# บทที่ 1

## บทนำ

### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในขณะที่ประชากรโลกเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องแต่ทรัพยากรที่จำเป็นกลับมีอยู่อย่างจำกัด และแม้ว่าสภาพสังคม เศรษฐกิจ หรือเทคโนโลยี ในปัจจุบันจะทำให้ชีวิตของมนุษย์สะดวกสบายมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกัน ผู้คนก็ต้องใช้ชีวิตท่ามกลางความกดดันและความตึงเครียดไปพร้อมกันด้วยโดยไม่รู้ตัว ซึ่งจากผลสำรวจขององค์การอนามัยโลกทางด้านสุขภาพจิตของประชากรโลกทุกเพศทุกวัยพบว่า ปัจจุบันนี้มีประชากรของโลกประมาณ 350 ล้านคน ที่ประสบปัญหาเป็นโรคซึมเศร้า อันนำมาซึ่งจำนวนของคนฆ่าตัวตายโดยเฉลี่ยประมาณ 800,000 คนของทุกปี<sup>1</sup>

ในแต่ละประเทศก็มีจำนวนประชากรที่มีอาการป่วยทางจิตจำนวนมากไม่น้อย เช่น สหรัฐอเมริกา ซึ่งจากผลสำรวจประชากรที่มีอายุ 18 ขึ้นไปในปี พ.ศ. 2556 พบว่ามีผู้ป่วยทางจิตมากถึงจำนวน 43.6 ล้านคน โดยคิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรประเทศสหรัฐอเมริกา หรือจากผลสำรวจในประเทศอังกฤษ เมื่อปี พ.ศ. 2558 ของมูลนิธิสุขภาพจิต (Mental Health Foundation) พบว่า ประชากรที่มีความป่วยทางจิตมีจำนวนมากถึง 1 ใน 4 ของประชากรประเทศ<sup>2</sup> และสำหรับประเทศไทย จากผลสำรวจในปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยทางจิตเวชทั่วไปตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จำนวน 1,172 คน<sup>3</sup>

แม้ว่าสัดส่วนของประชากรไทยที่มีสภาพจิตไม่ปกติจะมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และอาจไม่ได้ส่งผลกระทบต่อขนาดเป็นปัญหาระดับประเทศ แต่จากปัญหาจุดเล็ก ๆ นี้ก็อาจขยายผลในวงกว้างต่อไปในอนาคตได้ทั้งทางตรงและทางอ้อม สำหรับผลกระทบในทางตรง เช่น อาจทำให้เกิดปัญหาในการทำงานหารายได้ การเล่าเรียนศึกษา หรือการใช้จ่ายงบประมาณในการดูแลรักษาบุคคลเหล่านี้ เช่น ในสหรัฐอเมริกา บางปีต้องสูญเสียรายได้ต่อปีจากความป่วยทางจิตของประชากรมากถึง

---

<sup>1</sup> World Health Organization, "Depression Fact Sheet" [Online], Accessed: 31 July 2016. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>

<sup>2</sup> "World Mental Health Day 2015: Mental Illness Facts and Figures," [Online]. Available from: <http://www.ibtimes.co.uk/world-mental-health-day-2015-mental-illness-facts-figures-1523324>

<sup>3</sup> สรุปผลการดำเนินการส่วนราชการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559

193.2 พันล้านเหรียญสหรัฐ<sup>4</sup> และสำหรับผลกระทบในทางอ้อม เช่น ผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตอาจลงมือกระทำความผิดทางอาญา ไม่ว่าจะกระทำไปโดยสามารถบังคับหรือควบคุมตนเองได้หรือไม่ก็ตาม ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดความไม่สงบเรียบร้อยขึ้นในสังคมต่อไปได้

ที่ผ่านมาในประเทศไทย มีผู้ที่มีอาการป่วยทางจิตเข้ามาสู่กระบวนการยุติธรรมทางอาญา หรือผู้ป่วยคดีตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 อย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยนิติจิตเวชหรือผู้ป่วยคดี จำนวน 465 คน<sup>5</sup> เป็นผู้ป่วยคดีในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งเป็นศูนย์กลางทางนโยบายและการบริการบำบัดรักษาด้านนิติจิตเวชของประเทศไทย จำนวน 581 คน<sup>6</sup> โดยจากการเก็บข้อมูลของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ที่ผ่านมาพบว่า ก็ยังมีจำนวนบุคคลที่มีสภาพจิตไม่ปกติกลับมากระทำความผิดซ้ำอีกอยู่บ้างแต่เป็นจำนวนน้อยมาก โดยพบว่าตั้งแต่ปี 2550 – 2559 มีผู้กระทำความผิดอาญาแล้วพ้นโทษเป็นจำนวน 40 – 111 คน แต่ในจำนวนดังกล่าวมีอัตราของการกระทำความผิดซ้ำเพียงปีละ 0-2 คน ซึ่งคิดแล้วเป็นจำนวนไม่เกินร้อยละ 3.73<sup>7</sup>

ในขณะที่ต่างประเทศ เช่น สหรัฐอเมริกา กลับมีแนวโน้มที่จะมีปัญหาเรื่องการกระทำความผิดซ้ำและนักโทษล้นคุก อันเกิดจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนนักโทษที่มีสภาพจิตไม่ปกติโดยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1974 – 2000 สหรัฐอเมริกามีจำนวนของนักโทษเพิ่มสูงขึ้นในเรือนจำของรัฐกลางประมาณ 5 เท่า คือ จากเดิมมีจำนวนผู้ต้องขัง 216,600 คน เพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 1,355,748 คน ส่วนเรือนจำท้องถิ่นของสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1985-2002 ก็มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นประมาณ 2 เท่า จากเดิมจำนวน 256,615 คน เป็นจำนวน 665,475 โดยจากผลสถิติของ The Justice Department's Bureau of Justice Statistics พบว่า มีจำนวนนักโทษที่มีสภาพจิตไม่ปกติโดยรวมประมาณร้อยละ 40-60 ของ

<sup>4</sup> National Institute of Mental Health, "Any Mental Illness (Ami) among U.S. Adults," [Online]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-mental-illness-ami-among-us-adults.shtml>

<sup>5</sup> สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ, "สรุปผลการดำเนินการส่วนเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559." (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

<sup>6</sup> ศูนย์นิติจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, "สรุปผลจำนวนผู้ป่วยนิติจิตเวช จำแนกตามประเภทการบริการปีงบประมาณ 2555-2559." (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

<sup>7</sup> สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, "สรุปผลการกระทำผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2550-2559). (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

นักโทษทั้งหมด โดยสรุปได้เป็นตารางสถิติของจำนวนนักโทษ/ผู้ต้องขังที่มีสภาพจิตไม่ปกติ จากการสัมภาษณ์ นักโทษรัฐกลางและมลรัฐในปี ค.ศ. 2004 และผู้ต้องขังท้องถิ่นในปี ค.ศ. 2002<sup>8</sup> ดังนี้

ประเภทของ นักโทษ/ผู้ต้องขัง	จำนวนร้อยละ ของนักโทษ/ ผู้ต้องขัง ที่มีสภาพจิต ไม่ปกติจาก ผู้ต้องขัง/นักโทษ ทั้งหมด	จำนวนร้อยละ ของนักโทษ/ ผู้ต้องขัง ที่มีอาการของ ความบ้าคลั่ง (symptoms of mania)	จำนวนร้อยละ ของนักโทษ/ ผู้ต้องขัง ที่มีอาการโรค ซึมเศร้า (depression)	จำนวนร้อยละ ของนักโทษ/ ผู้ต้องขัง ที่มีอาการโรคจิต (psychotic disorder)
นักโทษของ รัฐกลาง (federal prisoners)	45	35	16	10
นักโทษของมลรัฐ (state prisoners)	56	43	23	15
ผู้ต้องขังในท้องถิ่น (local jail inmates)	64	54	30	24

โดยยังพบเพิ่มเติมอีกว่า มีจำนวนนักโทษของมลรัฐ (state prisoners) ถึงร้อยละ 61 ของ และผู้ต้องขัง (jail inmates) ร้อยละ 44 ที่มีสภาพจิตไม่ปกติเคยกระทำความผิดรุนแรงมาก่อน โดยมีจำนวนนักโทษร้อยละ 25 ที่เคยได้รับคำตัดสินให้จำคุกมาก่อนอีกด้วย<sup>9</sup>

ทั้งนี้ ปัญหานักโทษล้นเรือนจำในสหรัฐอเมริกาส่วนหนึ่งเกิดจากการเพิ่มขึ้นของจำนวนนักโทษที่มีสภาพจิตไม่ปกติและการเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่ถูกคุมขังด้วยด้วย โดยจากเดิมค่าเฉลี่ย

<sup>8</sup> Bureau of Justice Statistics, "Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates 1 " [Online]. Available from: <http://www.bjs.gov/content/pub/press/mhppjipr.cfm>

<sup>9</sup> Honorable Ginger Lerner Wren, "Mental Health Courts: Serving Justice and Promoting Recovery", *Annals of Health Law*: pp. 580-581.

ระยะเวลาการจำคุกต่อนักโทษ 1 คน คือ ประมาณ 18 เดือน เพิ่มสูงขึ้นเป็นค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 5 ปี ต่อคน<sup>10</sup> อีกทั้งยังมีสาเหตุจากการที่นักโทษที่มีสภาพจิตไม่ปกติได้รับการปล่อยตัวแล้วลงมือกระทำความผิดซ้ำ และการถูกจำคุกซ้ำอีกเป็นจำนวนไม่น้อย โดยจากผลวิจัยในปี พ.ศ. 2555 ของผู้ช่วยศาสตราจารย์ Amy B. Wilson มหาวิทยาลัย Case Western Reserve University ซึ่งได้รับการตีพิมพ์ลงใน International Journal of Law and Psychiatry พบว่า ในมลรัฐฟิลาเดลเฟีย สหรัฐอเมริกามีผู้ป่วยทางจิตอย่างรุนแรง (Severe Mental Illness) ที่เป็นนักโทษจำนวน 20,112 คน ซึ่งเมื่อได้รับการปล่อยตัวมาแล้ว 4 ปี ได้กลับกระทำความผิดซ้ำและถูกจำคุกซ้ำอีกคิดเป็นจำนวนถึงร้อยละ 54 และปัญหานี้ทำให้รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินการและดูแลผู้ต้องขังเป็นจำนวนมาก โดยสหรัฐอเมริกาในมลรัฐ 34 แห่ง รัฐต้องเสียค่าใช้จ่ายให้การดูแลจัดการนักโทษปีละประมาณ 29,000 เหรียญสหรัฐ<sup>11</sup> เท่ากับว่าในบางครั้งเรือนจำต้องกลายเป็นสถานดูแลผู้ป่วยทางจิตมากกว่าโรงพยาบาลโรคจิต โดยพบว่าเป็นปี พ.ศ. 2547 - 2548 สหรัฐอเมริกามีประชากรที่ป่วยทางจิตอย่างรุนแรงอาศัยอยู่ในเรือนจำมากกว่าโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยถึง 3 เท่า<sup>12</sup> จนกระทั่งห้องขังหรือเรือนจำของสหรัฐอเมริกาได้รับการขนานนามว่าเป็นสถานสงเคราะห์คนป่วยทางจิต (America's new asylums) หรือ สถานที่ทิ้งผู้ป่วยทางจิต (the dumping ground for the mentally ill)<sup>13</sup> และนี่คือที่มาของปัญหาประตูหมุนวน (Revolving Door)<sup>14</sup> ที่สหรัฐอเมริกาต้องเผชิญ

ข้อเท็จจริงข้างต้นแสดงให้เห็นถึงผลกระทบวงกว้างที่อาจตามมาหากการจัดการต่อความป่วยทางจิตของผู้ป่วยทางจิตนั้นไม่ได้รับความใส่ใจมากเพียงพอ และทำให้เห็นว่า ปัญหาในการกระทำความผิดซ้ำของผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติก็อาจเกิดขึ้นได้ ซึ่งการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยวิธีการจำคุกผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติของสหรัฐอเมริกาอาจไม่ใช่วิธีการในการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ และอาจมีทางเลือกอื่นที่จะสามารถจัดการปัญหาดังกล่าวได้ดีกว่า ซึ่งในแต่ละประเทศก็มีกฎหมายกำหนดเกี่ยวกับการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติกันอยู่แล้วแตกต่างกันออกไป รวมทั้งสหรัฐอเมริกาก็มีบทบัญญัติ

<sup>10</sup> John E. Cummings, "The Cost of Crazy: How Therapeutic Jurisprudence and Mental Health Court Lower Incarceration Costs, Reduce Recidivism, and Improve Public Safety", *Loyola Law Review* (2010): 301.

<sup>11</sup> Solomon Moore, "Prison Spending Outpaces All but Medicaid," [Online]. Available from: [http://www.nytimes.com/2009/03/03/us/03prison.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2009/03/03/us/03prison.html?_r=0)

<sup>12</sup> Sheriff Aaron D. Kennard, E.Fuller Torrey, and et al, "More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States", (May 2010):

<sup>13</sup> Gregory L. Acquaviva, "Mental Health Court : No Longer Experimental":

<sup>14</sup> Andrea M. Odegaard, "Therapeutic Jurisprudence: The Impact of Mental Health Courts on the Criminal Justice System", *North Dakota Law Review* 83:225 (2007): 234.

ที่เป็นกระบวนการยุติธรรมทางอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติเป็นของตนเองเช่นกัน แต่ในขณะเดียวกันนั้น สหรัฐอเมริกาก็ได้มีแนวคิดใหม่ในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว โดยเปลี่ยนมุมมองจากเดิมที่มุ่งจะลงโทษ ผู้กระทำความผิดให้เป็นมุมมองใหม่ที่ว่าผู้กระทำความผิดนั้นเองคือสาเหตุของปัญหาที่ควรได้รับการฟื้นฟู แทนการลงโทษตามปกติ จึงเกิดลักษณะของศาลแบบใหม่ขึ้นมาคือ ศาลแก้ไขปัญหา (problem-solving court) โดยมีศาลยาเสพติด (Drug Court) ซึ่งก่อตั้งในปี ค.ศ. 1989 เป็นต้นแบบ<sup>15</sup> และกำเนิดขึ้นโดยอาศัยแนวคิด Therapeutic Jurisprudence Model<sup>16</sup> หรือหลักนิติศาสตร์เชิงบำบัด<sup>17</sup>

ด้วยความสำเร็จเป็นอย่างมากของศาลยาเสพติดทำให้ในปี พ.ศ. 2550 มีจำนวนศาลแก้ไขปัญหาในสหรัฐอเมริกามากกว่า 2000 แห่ง ทำให้เริ่มมีการขยายแนวคิดดังกล่าวออกไป ฟื้นฟูผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีลักษณะความบกพร่องเป็นอย่างอื่นด้วย เช่น ผู้ต้องหาที่มีความผิดปกติทางจิต จึงเกิดการจัดตั้งศาลสุขภาพจิต (Mental Health Court) ขึ้นแห่งแรกของโลกในมลรัฐฟลอริดา สหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1997 เพื่อผนวกกระบวนการยุติธรรมทางอาญาและกระบวนการบำบัดรักษา เข้าไว้ด้วยกัน จัดเตรียมการบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดที่ป่วยทางจิตเพื่อไม่ให้กลับมากระทำความผิดซ้ำอีก และเพื่อเป็นการเพิ่มอีกทางเลือกหนึ่งที่จะจัดการกับปัญหานักโทษที่มีสภาพจิตไม่ปกติที่ล้นเรือนจำ

แม้ว่าปัจจุบันประเทศไทยยังไม่ได้ประสบปัญหาในวงกว้างเกี่ยวกับผู้กระทำความผิด ที่มีสภาพจิตไม่ปกติได้เทียบเท่ากับสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีขนาดใหญ่ มีจำนวนประชากรมาก และได้รับผลกระทบเรื่องการกระทำความผิดซ้ำเป็นอย่างมาก แต่เพื่อเป็นประโยชน์ต่อวิชาการ ทางด้านนิติจิตเวชและกระบวนการยุติธรรมทางอาญา วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จึงต้องการศึกษาแนวคิด และแนวทางกระบวนการของศาลสุขภาพจิต รวมถึงศึกษาผลกระทบที่ได้รับจากการจัดตั้ง ศาลสุขภาพจิตต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของสหรัฐอเมริกาและวิเคราะห์เปรียบเทียบกับกระบวนการ ยุติธรรมทางอาญาตามปกติของประเทศไทย ซึ่งจะทำให้มองเห็นจุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการ ทั้งสองแบบ และสามารถนำกระบวนการบางอย่างของศาลสุขภาพจิตมาปรับใช้กับกระบวนการ ดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติที่มีอยู่ในปัจจุบันให้เหมาะสม

<sup>15</sup> Donald M. Linhorst, "Mental Health Courts: Development, Outcomes, and Future Challenges", *Judges's Journal* Spring 4 No.2 Judges' J. 22 (2015):

<sup>16</sup> Andrea M. Odegaard, "Therapeutic Jurisprudence: The Impact of Mental Health Courts on the Criminal Justice System," *North Dakota Law Review*:: pp. 229-231.

<sup>17</sup> ปิยาภรณ์ พิสิษฐพิทย์, "Therapeutic Jurisprudence," *ข่าวเนติบัณฑิตยสภา* 25 272 (มีนาคม 2555): 18.

## 1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาแนวความคิด หลักกฎหมาย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติ รวมถึงกระบวนการและผลกระทบของการจัดตั้งศาลสุขภาพจิตต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ในสหรัฐอเมริกา

1.2.2 เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางกระบวนการและผลกระทบของการจัดตั้งศาลสุขภาพจิตต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญาในสหรัฐอเมริกา รวมถึงวิเคราะห์เปรียบเทียบกระบวนการของศาลสุขภาพจิตกับกระบวนการดำเนินคดีทางอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติในประเทศไทย

1.2.3 เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบในทางอาญาจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิต ในสหรัฐอเมริกา

## 1.3 สมมติฐานของการวิจัย

กระบวนการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติของประเทศไทย สามารถนำกระบวนการบางอย่างของศาลสุขภาพจิตมาปรับใช้ในประเทศไทยเพื่อคุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติในการดำเนินคดีอาญาให้เหมาะสมมากขึ้นต่อไปได้

## 1.4 ขอบเขตของการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ มุ่งศึกษาการดำเนินคดีอาญา กระบวนการ และผลการวิจัยของศาลสุขภาพจิต ในสหรัฐอเมริกา รวมถึงแนวความคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูผู้ต้องหาที่หรือจำเลยมีสภาพจิตไม่ปกติ โดยศึกษาเปรียบเทียบแนวทางของ มลรัฐนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา มลรัฐอูชิงตัน สหรัฐอเมริกา และมลรัฐอลาสก้า สหรัฐอเมริกา

## 1.5 วิธีในการดำเนินการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ใช้วิธีการวิจัยทางเอกสาร (Documentary Research) โดยค้นคว้าจาก บทบัญญัติกฎหมาย หนังสือ สื่อสิ่งพิมพ์ รายงานการวิจัย บทความ อินเทอร์เน็ต และความเห็นทางกฎหมายเกี่ยวกับการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติในต่างประเทศ รวมถึงสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านนิติจิตเวชและใช้ข้อมูลสถิติที่ได้จากการขอข้อมูลหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชในประเทศไทย โดยไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างของบุคคลใด ๆ เพื่อเปรียบเทียบกับข้อมูลและกระบวนการศาลสุขภาพจิตในสหรัฐอเมริกา



## 1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1.6.1 ได้ทราบแนวความคิด หลักกฎหมาย และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติ รวมถึงกระบวนการและผลกระทบของการจัดตั้งศาลสุขภาพจิตต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ในสหรัฐอเมริกา

1.6.2 ได้องค์ความรู้ใหม่จากการเปรียบเทียบแนวทางกระบวนการและผลกระทบของการจัดตั้งศาลสุขภาพจิตต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญาในสหรัฐอเมริกา รวมถึงการเปรียบเทียบกระบวนการของศาลสุขภาพจิตกับกระบวนการดำเนินคดีทางอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติในประเทศไทย

1.6.3 ได้ทราบและเพิ่มองค์ความรู้จากการวิเคราะห์ปัญหาและผลกระทบในทางอาญาจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตในสหรัฐอเมริกา



## บทที่ 2

### แนวคิด ทฤษฎี และหลักการดำเนินกระบวนการยุติธรรมทางอาญา ต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ

#### 2.1 แนวคิดและทฤษฎีในการคุ้มครองผู้ป่วยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ

##### 2.1.1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับจิตใจ

มนุษย์ทุกคนย่อมประกอบด้วยร่างกายและจิตใจ โดยร่างกายของมนุษย์ก็มีหลักการและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องมากมาย จิตใจก็เช่นกัน หากเป็นความหมายในเชิงนามธรรมที่คนทั่วไปรู้จักคำว่าจิตใจ ก็คงจะมีความหมายว่า ส่วนที่เกี่ยวข้องกับความคิด อารมณ์ ความรู้สึก บุคลิกภาพ ความจำสติปัญญา การรับรู้ (perception) การรู้จักตน (insight) และการตัดสินใจ ฯลฯ แต่ถ้าเป็นส่วนความหมายในเชิงรูปธรรมที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์ จิตใจมีความเกี่ยวข้องกับสมองในส่วนต่าง ๆ ทางกายภาพ เช่น สมองส่วนขมับ หรือสมองส่วนกลาง รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับสภาพร่างกายหรือสิ่งเร้าจากสภาพแวดล้อมด้วย<sup>1</sup>

ในเรื่องของจิตใจมนุษย์ได้มีผู้ค้นพบทฤษฎีเกี่ยวกับจิตใจ ได้แก่ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) และยังได้ค้นพบโครงสร้างของบุคลิกภาพ และกลไกป้องกันของจิตใจด้วย (Defense mechanism of the ego) โดยอธิบายไว้ว่า จิตใจแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่ จิตสำนึก (Conscious) คือ ความคิดหรือความรู้สึกที่เรารู้ตัวในขณะนั้น จิตใก้สำนึก (Preconscious) คือ ความคิดหรือความรู้สึกที่ไม่ต่อเนื่องกันตลอดเวลา แต่สามารถดึงกลับมาให้รู้ตัวได้ และจิตไร้สำนึก (Unconscious) คือ ความคิดหรือความรู้สึกซึ่งเราไม่รู้และทำให้กลับมารู้สึกได้โดยต้องใช้วิธีพิเศษ ซึ่งฟรอยด์มีความเชื่อว่า จิตไร้สำนึกนี้คือส่วนสำคัญที่มีผลต่ออารมณ์และจิตใจ

นอกจากนี้ ซิกมันด์ ฟรอยด์ ยังมีแนวคิดเรื่องการแบ่งจิตใจของมนุษย์ออกเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนแรก คือ สัญชาตญาณ (Id) หรือ “Instinct” เป็นจิตที่อยู่ส่วนลึกข้างในและเป็นจิตไร้สำนึกของมนุษย์ที่มีแรงผลักดันของสัญชาตญาณที่ถูกเก็บไว้ เช่น สัญชาตญาณในการกิน ขับถ่าย สืบพันธุ์ การต่อสู้แข่งขันหรือการทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น ส่วนที่สอง คือ ตัวกลางที่เชื่อมต่อระหว่างสัญชาตญาณกับโมโนธรรม (Ego) และส่วนที่สาม คือ มโนธรรม (Super-ego) เป็นส่วนของจิตที่อยู่สูงสุด ซึ่งเป็น

---

<sup>1</sup> สุวัทนา อารีพรรค, ความผิดปกติทางจิต (โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์, 2524).

เรื่องของความรู้สึกผิดชอบชั่วดี โดยทั้งส่วนของ Ego และส่วนของ Super-ego มีอยู่ในทั้งจิตสำนึก และจิตไร้สำนึก

เมื่อเราได้ศึกษาเรียนรู้ลักษณะของจิตใฝ่มนุษย์จากแนวคิดหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องแล้ว เราก็อาจจะเข้าใจถึงอาการ สาเหตุของอาการ และปฏิกิริยาของจิตใจคนมากขึ้น ซึ่งทำให้ผู้ศึกษาอาการทางจิตของมนุษย์สามารถรวบรวมลักษณะกลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตและจัดได้อย่างเป็นหมวดหมู่ในเวลาต่อมา

## 2.1.2 ลักษณะกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิต

ในระบบสากลมีการจัดกลุ่มอาการความผิดปกติทางจิต โดยใช้เป็นมาตรฐานในการจำแนกกลุ่มอาการทางจิตโดยหลักแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

**2.1.2.1 The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10)** จัดทำโดยองค์การอนามัยโลก (World Health Organization-WHO) ซึ่งได้รับการตีพิมพ์เมื่อปี ค.ศ. 1992 และใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในทางยุโรป ได้แบ่งกลุ่มของโรคทางจิตเวชออกเป็น 10 กลุ่ม<sup>2</sup> ได้แก่

- (1) ความผิดปกติทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย (Organic including symptomatic mental disorders)
- (2) ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมอันเกิดจากการใช้สารที่มีผลต่อจิตประสาท (Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use)
- (3) โรคจิตเภทและความหลงผิด (Schizophrenia schizotypal and delusional disorders)
- (4) ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood (affective) disorders)
- (5) โรคของกลุ่มประสาทที่เกิดจากความเครียด (Neurotic, stress-related and with somatoform disorders)
- (6) อาการเกี่ยวกับพฤติกรรมเกี่ยวเนื่องกับความผิดปกติทางสรีระและปัจจัยทางกายภาพ (Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors)
- (7) ความผิดปกติในบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่ (Disorders of adult personality and behavior)

<sup>2</sup> ICD-10 Version 2016 [Online] Available from [apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/ex#/F00-F09](https://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/ex#/F00-F09)

(8) ปัญญาอ่อน (Mental Retardation)

(9) ความผิดปกติในพัฒนาการทางจิต (Disorders of psychological development)

(10) ความผิดปกติทางพฤติกรรมและอารมณ์เกิดขึ้นในเด็กและวัยรุ่น (Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence)

**2.1.2.2 The Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V)** ซึ่งจัดทำโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychiatric Association-APA) ได้รับการตีพิมพ์เมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2013 เป็นที่นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา และมักจะใช้ควบคู่กับ ICD-10 ซึ่ง DSM-V เป็นคู่มือทางจิตเวชที่จิตแพทย์มักจะใช้รักษาอาการของผู้ป่วยทางจิต โดยจัดกลุ่มการวินิจฉัยออกเป็น 5 กลุ่มหลัก Axis I - Axis V ซึ่งการจัดกลุ่มอาการทางจิตจะอยู่ที่แกนที่ 1 (Axis I) และแกนที่ 2 (Axis II) ซึ่งมีความแตกต่างกัน<sup>3</sup> โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### (1) แกนที่ 1 (Axis I)

แกนที่ 1 ของ DSM-V จะกำหนดอาการความผิดปกติหรือความป่วยทางจิต โดยจัดกลุ่มอาการออกเป็นหมวดหมู่ ซึ่งอาการในแกนที่ 1 มักจะเป็นที่รู้จักในวงกว้างและได้ถูกนำไปใช้วินิจฉัยทางการแพทย์ รวมถึงในการประเมินทางประกันภัยก็จะนำลักษณะอาการไปใช้วินิจฉัย โดยมี V-codes กำหนดความหมายไว้สำหรับในทางประกันภัยโดยเฉพาะ อาการที่ปรากฏในแกนที่ 1 ของ DSM-V เป็นกลุ่มอาการทางจิตที่เฉียบพลันหรือรุนแรง แต่ยังมีโอกาสที่จะรักษาให้หายได้และสมควรได้รับการบำบัดรักษา แบ่งได้ออกเป็น 14 กลุ่มหลัก โดยในแต่ละหลักยังแบ่งอาการทางจิตที่มีลักษณะเดียวกันได้ออกเป็นอีกหลายประการ ดังนี้

#### - กลุ่มความผิดปกติเกี่ยวกับการปรับตัว (Adjustment Disorders)

ผู้ป่วยกลุ่มนี้อาจปรากฏอาการหลายลักษณะ เช่น ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ภาวะอารมณ์เศร้าหดหู่ (Depressed Mood) ภาวะฝ่าฝืนกฎเกณฑ์ต่าง ๆ (Disturbance of Conduct) เป็นต้น

#### - กลุ่มโรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) เช่น โรคเครียดเฉียบพลัน

(Acute Stress Disorder) โรคประสาทแบบหวาดกลัว (Agoraphobia) โรคย้ำคิดย้ำทำ (Obsessive-Compulsive Disorders (OCD)) โรคกลัวการเข้าสังคม (Social Phobia) เป็นต้น

#### - กลุ่มโรคเกี่ยวกับการรับรู้ (Cognitive Disorders) เช่น อาการโรคสมองเสื่อม

ได้แก่ Amnestic, Delirium, Dementia เป็นต้น

---

<sup>3</sup> Emily A. Kuhl Darrel A. Regier, and David J. Kupfer, "The Dsm-5: Classification and Criteria Changes."

- **กลุ่มโรคหลายบุคลิก (Dissociative Disorders)** มีอาการทั้งรูปแบบสูญเสียความทรงจำที่เสียความทรงจำ (Dissociative Amnesia) หรือบุคลิกวิปลาส (Depersonalization Disorder) เป็นต้น
- **กลุ่มโรคการกินผิดปกติ (Eating Disorders)** เช่น อาการที่กินแล้วกลัวความอ้วนมากกว่าปกติ (Anorexia Nervosa) หรือล้วงคอให้อาเจียน (Bulimia Nervosa) เป็นต้น
- **กลุ่มโรคป่วยเทียม (Factitious Disorders)** เช่น อาการที่เกิดจากจิตมีความเชื่อว่าตัวเองป่วย และทำให้กายแสดงอาการออกมาเสมือนตนเองป่วยจริง ๆ (With Combined Psychological and Physical Signs and Symptoms) เป็นต้น
- **กลุ่มโรคขาดความยับยั้งชั่งใจ (Impulse-Control Disorders)** อาการคือ จะไม่สามารถห้ามตัวเองให้กระทำในสิ่งที่อยากทำได้ เช่น ผู้ป่วยบางคนเป็นโรคชอบจุดไฟ (Pyromania) คือจุดไฟอย่างซ้ำ ๆ จนอาจทำให้เกิดความเสียหายได้ เป็นต้น
- **กลุ่มโรคอารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorders)** เช่น โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar I Disorder หรือ Bipolar II Disorder) โรคซึมเศร้า (Depression) เป็นต้น
- **กลุ่มโรคจิตเภทหรืออาการโรคจิตอื่น ๆ (Schizophrenia and Other Psychotic Disorders)** ผู้ป่วยอาจมีอาการหลงผิด (Delusional Disorder) หรือประสาทหลอน (Hallucination) ถ้าเป็น Paranoid Type ก็จะหมกมุ่นอยู่กับความหลงผิดนั้น โดยผู้ป่วยอาจหลงผิดหรือประสาทหลอนด้วยการหูแว่ว การเห็นภาพที่ไม่มีจริง หรือคิดว่ามีคนอื่นกำลังจะทำร้ายตัวเอง หรือคิดว่าตัวเองมีอำนาจวิเศษกว่าคนอื่น เป็นต้น<sup>4</sup>
- **กลุ่มโรคสับสนทางเพศ (Sexual and Gender Identity Disorders)** อาการของผู้ป่วยมีหลายรูปแบบ เช่น กามวิตถาร (Fetishism) คือความพึงพอใจทางเพศต่อวัตถุสิ่งของที่ไม่ได้ใช้ทางเพศ หรือการแอบดูผู้อื่นเปลือยกายหรือร่วมเพศ (Voyeurism) หรือการแสดงของลับต่อผู้อื่น (Exhibitionism) เป็นต้น<sup>5</sup>

<sup>4</sup> จารุวรรณ ก้านศรี, "โรคจิตเภท (Schizophrenia)", (2556): 2.

<sup>5</sup> สเปญ อุ๋นองงค์, "ความผิดปกติทางเพศ," [Online]. Available from: [http://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%9C%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%81%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A8%20\(Sexual%20Disorders\).pdf](http://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/%E0%B8%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%9C%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%81%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A8%20(Sexual%20Disorders).pdf)

- **กลุ่มโรคบกพร่องทางเพศ (Sexual Dysfunction)** เช่น ความรังเกียจทางเพศ (Sexual Aversion Disorder) คือ รังเกียจการมีเพศสัมพันธ์จนร่างกายแสดงออกมา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ เป็นต้น

- **กลุ่มโรคเจ็บปวดทางเพศ (Sexual Pain Disorders)** เช่น ความเจ็บปวดในช่องคลอด (Vaginismus) เป็นต้น

- **กลุ่มโรคการนอนหลับผิดปกติ (Sleep Disorders)**<sup>6</sup> เช่น อาการนอนหลับไม่เพียงพออย่างต่อเนื่อง (Insomnia) หรือการลุกขึ้นละเมอเดินโดยไม่รู้ตัว (Sleep Walking Disorder) เป็นต้น

- **กลุ่มโรคความผิดปกติของร่างกายที่เกิดสืบเนื่องมาจากจิตใจ (Somatoform Disorders)** เช่น อาการฮิสทีเรีย หรืออาการชักเพราะแกล้งทำ อันเนื่องมาจากจิตใจสั่งให้ทำ<sup>7</sup>

- **กลุ่มโรคติดแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด (Substance-Related Disorders)** ซึ่งผู้ป่วยอาจจะติดได้หลายสาเหตุ เช่น เพราะความวิตกกังวล (Substance-Induced Anxiety Disorder) หรือเพราะอารมณ์ (Substance-Induced Mood Disorder) เป็นต้น

## (2) แกนที่ 2 (Axis II)

กลุ่มอาการของแกนที่ 2 มีความแตกต่างจากกลุ่มอาการของแกนที่ 1 กล่าวคือ อาการของแกนที่ 2 จะไม่ใช่อาการของโรคทางจิตตั้งเช่นอาการในแกนที่ 1 แต่เป็นเรื่องความผิดปกติของบุคลิกภาพและความรู้สามารถทางสติปัญญา (Personality Disorders and Intellectual Disabilities) ซึ่งมักจะเป็นอาการที่เป็นมาโดยกำเนิดหรือตั้งแต่อายุยังน้อย มักจะเป็นไปตลอดชีวิตและไม่อาจรักษาให้หายได้ ส่วนอาการของโรคในแกนที่ 1 จะมาเป็นในภายหลังเมื่อเจริญเติบโตแล้ว อีกทั้งยังมีโอกาสรักษาให้หายได้ แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีบางโรคของทั้งสองแกนที่มีความเกี่ยวเนื่องต่อกันได้ เช่น ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า (Depression) ซึ่งเป็นอาการของแกนที่ 1 อาจนำมาสู่อาการบุคลิกภาพผิดปกติ ซึ่งเป็นอาการของแกนที่ 2 ก็ได้เช่นกัน

ตัวอย่างของกลุ่มอาการในแกนที่ 2 เช่น บุคลิกภาพต่อต้านสังคม (Antisocial Personality Disorder) ปัญญาอ่อน (Mental Retardation) บุคลิกภาพที่ย้ำคิดย้ำทำอย่างผิดปกติ (Obsessive-Compulsive Personality Disorder) บุคลิกภาพคลั่งตัวเอง (Narcissistic Personality Disorder) เป็นต้น<sup>8</sup>

<sup>6</sup> มาโนช หล่อตระกูล, "ความผิดปกติด้านการนอน (Sleep Disorders)," [Online]. Available from: <http://rama4.mahidol.ac.th/ramamental/?q=generaldoctor/05022014-1136>

<sup>7</sup> สันต์ ใจยอดศิลป์, "บทความสุขภาพ," [Online]. Available from: <http://visitdrsant.blogspot.com/2013/05/adjustment-disorder.html>

<sup>8</sup> , [Online]. Available from: [http://www.psyweb.com/DSM\\_IV/jsp/Axis\\_II.jsp](http://www.psyweb.com/DSM_IV/jsp/Axis_II.jsp)

### 2.1.3 การคุ้มครองผู้ป่วยทางจิต

ผู้ป่วยทางจิตถือว่าเป็นผู้ที่มีความอ่อนแอทางจิตใจมากกว่าบุคคลทั่วไป และบางครั้งการเข้าบำบัดรักษาหรือปรึกษาจิตแพทย์ก็อาจส่งผลต่อชื่อเสียงของบุคคลดังกล่าวได้ในสังคม จึงต้องมีบทบัญญัติคุ้มครองเกี่ยวกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยและสงวนไว้ให้เป็นความลับ ซึ่งในประเทศไทยมีบทบัญญัติมาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 รับรองและคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาไว้เป็นความลับ เว้นแต่มีกฎหมายบัญญัติไว้ให้เปิดเผยได้ ได้รับการคุ้มครองจากการวิจัยตามมาตรา 20 และได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมและระบบอื่น ๆ ของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน อีกทั้งยังมีมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่เป็นบทบัญญัติจำกัดการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยบัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่น่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่ ในกรณีที่น่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย

สำหรับบทบาทของแพทย์ในการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยต่อศาล ต้องเป็นการให้การตามความเป็นจริงและตามหลักวิชา โดยเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ที่อาจเป็นประโยชน์แก่คดีที่แพทย์สามารถทำได้<sup>9</sup> ส่วนการเปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลอื่นจะต้องมีเหตุและความจำเป็นยิ่งกว่าการเปิดเผยต่อศาล โดยต้องรักษาความสมดุลในการรักษาความลับและความปลอดภัยของผู้อื่นให้เท่ากัน กล่าวคือ หากคำนึงถึงแต่การเก็บเรื่องการบำบัดรักษาทางจิตของผู้หนึ่งไว้เป็นความลับ แต่อาจเกิดอันตรายแก่บุคคลอื่นได้ก็ควรต้องเปิดเผยให้ผู้ที่น่าจะตกเป็นเหยื่อได้รับรู้ด้วย

ดังเช่นตัวอย่างคดีหนึ่งในสหรัฐอเมริกา คือ คดี Tarasoff v. The Regents of University of California ซึ่งเป็นคดีที่วางหลักให้จิตแพทย์มีหน้าที่ต้องเตือน (Duty to warn) โดยคดีดังกล่าวเกิดขึ้นเมื่อ Prosenjit Poddar นักศึกษาในมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนียแห่งเบิร์คเลย์ ผ่านักศึกษาสาวชื่อ Tatiana Tarasoff เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม ค.ศ. 1969 โดยปรากฏข้อเท็จจริงว่า เมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ. 1969 Poddar ได้เข้ารับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยนอก ใน Cowell Memorial Hospital ซึ่งเป็นโรงพยาบาลในมหาวิทยาลัย และได้รับการรักษาจาก Dr. Lawrence Moore เนื่องจาก Poddar ผิดหวังในความรัก

<sup>9</sup> แสวง บุญเฉลิมวิภาส, กฎหมายการแพทย์ (กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2546). หน้า 115.

กับผู้หญิงที่ชื่อ Tatiana Tarasoff และมีความคิดที่ต้องการจะฆ่าเธอหลังจากที่เธอกลับมาจากการเดินทางไปที่อื่นมาแล้ว<sup>10</sup>

Dr. Lawrence Moore เริ่มกังวลและได้ปรึกษากับจิตแพทย์สองราย จึงตกลงที่จะนำความดังกล่าวแจ้งแก่เจ้าพนักงานตำรวจให้จับกุมตัว Poddar เพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาและควบคุมตัว แต่เมื่อพนักงานตำรวจจับตัว Poddar มาก็คพบว่า มีอาการเป็นปกติดี สามารถสื่อสารและใช้เหตุผลกันได้อย่างเข้าใจ จึงได้ปล่อยตัว Poddar ออกไป หลังจากนั้นเมื่อหัวหน้าโรงพยาบาล Cowell Memorial Hospital ได้ทราบเรื่องดังกล่าว กลับให้โรงพยาบาลและตำรวจทำลายเอกสารหลักฐานดังกล่าวทิ้งไป โดยเห็นว่าเป็นการทำเกินกว่าเหตุในการปกปิดความลับของผู้ป่วย จนกระทั่งในวันที่เกิดเหตุ Poddar ได้ลงมือฆ่า Tatiana Tarasoff ด้วยปืนและมีด โดยไม่ปรากฏว่ามีผู้ใดจากคณะทำงานจิตแพทย์ได้ให้คำเตือน Tatiana Tarasoff และครอบครัวของเธอไว้ล่วงหน้าเลยทั้งที่คาดหมายได้<sup>11</sup>

ศาลได้วินิจฉัยให้เปลี่ยนแปลงว่า แม้ว่าจิตแพทย์มีหน้าที่จะต้องเก็บเรื่องข้อมูลอาการทางจิตให้เป็นความลับ แต่ให้เป็นที่หน้าที่ของจิตแพทย์ด้วยที่ต้องบอกแก่ผู้จะตกเป็นเหยื่อหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง หากเล็งเห็นได้ว่าบุคคลดังกล่าวกำลังตกอยู่ในภาวะอันตราย ซึ่งคดีดังกล่าวนี้ถือว่าการขยายขอบเขตเกี่ยวกับการเปิดเผยข้อมูลการบำบัดรักษาของจำเลยซึ่งถือว่าเป็นความลับ แต่ก็มีความเห็นบางฝ่ายโต้แย้งว่า อาจทำให้การบำบัดรักษาไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ควรเป็น กล่าวคือ ในการบำบัดรักษาเรื่องราวที่จำเลยเล่าควรเก็บไว้เป็นความลับ เพื่อให้จำเลยมั่นใจและยอมที่จะเล่าเหตุการณ์และความรู้สึกทุกอย่างได้ ซึ่งหากขยายขอบเขตที่จะเปิดเผยความลับมากเกินไป ก็อาจทำให้การบำบัดรักษา มีประสิทธิภาพลดลงได้<sup>12</sup>

สำหรับสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน การปกป้องความลับของจำเลยที่ป่วยทางจิต ให้ปฏิบัติตามแนวทางของกฎหมายแห่งรัฐกลางเกี่ยวกับ ได้แก่ the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA)<sup>13</sup> โดยมี HIPAA Privacy Rule ซึ่งถือว่าการจัดการต่อการรักษาความลับของผู้ป่วยทางจิตอย่างชัดเจนและเป็นทางการในสหรัฐอเมริกาเป็นครั้งแรก<sup>14</sup>

<sup>10</sup> Bernard A. Sherwyn, "Psychiatry-the Psychotherapist as a Double Agent Tarasoff V. The Regents of the University of California ", *Glendale Law Review* (1976): 181.

<sup>11</sup> Ibid., p. 182.

<sup>12</sup> Ibid., pp. 185-186.

<sup>13</sup> "Hippa Privacy Rule and Sharing Information Related to Mental Health ", [Online]. Available from: <http://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/mental-health/>

<sup>14</sup> "Advance Health Care Directives the Fundamentals: California Powers of Attorney and Health Care Directives", (2015): 7-56.



ซึ่งแต่ละมลรัฐก็จะนำหลักการของกฎหมายดังกล่าวไปออกเป็นกฎหมายแห่งมลรัฐในการรักษาความลับของผู้ป่วยอีกชั้นหนึ่ง เช่น มลรัฐแคลิฟอร์เนีย กำหนดให้มี Confidentiality of Medical Information Act (CMIA) เป็นต้น

นอกจากนี้ สหรัฐอเมริกาก็กำหนดให้มีหลักการเปิดเผยความลับของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีประวัติการบำบัดรักษาทางสุขภาพต่อบุคคลที่สามด้วย ซึ่งเป็นหลักที่ได้จากคำพิพากษาของศาลคดี Washburn v. Rite Aid Corp. เมื่อปี ค.ศ. 1997 โดยศาลวินิจฉัยว่า พยานที่ได้รับหมายเรียกเพื่อมาให้ข้อมูลอันเป็นความลับเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของผู้ใดผู้หนึ่งต่อกระบวนการในศาล จะต้องเปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลที่สามได้ต่อเมื่อได้รับมอบอำนาจจากศาลหรือผู้ที่เป็นเจ้าของข้อมูลการรักษาสุขภาพที่เป็นความลับนั้น<sup>15</sup>

ดังนั้น จึงเห็นได้ว่าไม่ว่าจะเป็นประเทศไทยหรือสหรัฐอเมริกาต่างก็มีกฎหมายที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยทางจิตที่มุ่งคุ้มครองชื่อเสียงและประวัติของบุคคลดังกล่าวเพื่อให้ยังใช้ชีวิตในสังคมต่อไปได้ดี ไม่ว่าจะหลังจากศาลวินิจฉัยแล้ว ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกตินั้นจะต้องได้รับโทษมากหรือน้อยหรือไม่ก็ตาม

## 2.2 แนวคิดและหลักการที่เกี่ยวข้องกับการลงโทษและฟื้นฟูผู้กระทำความผิดที่มีสภาพจิตไม่ปกติ

กฎหมายไม่ว่าจะของประเทศไทยหรือประเทศอื่นบางประเทศ ก็ยังถือว่าผู้กระทำความผิดที่มีสภาพจิตไม่ปกติจะต้องมีความรับผิดชอบในทางอาญาที่จะต้องรับโทษ ส่วนจะได้รับโทษมากหรือน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับบทบัญญัติของแต่ละประเทศ ทั้งนี้ การจะพิจารณาว่าสมควรลงโทษบุคคลดังกล่าวหรือไม่หรือเพียงใด อย่างน้อยก็ควรได้ศึกษาเจตนารมณ์ของการลงโทษผู้กระทำความผิดเสียก่อนจากแนวคิดทฤษฎีต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

### 2.2.1 แนวคิดและทฤษฎีเพื่อป้องกัน (Deterrence)

ทฤษฎีนี้ต้องการที่จะให้การลงโทษเป็นเครื่องมือในการป้องกันการเกิดอาชญากรรมในสังคม โดยมุ่งที่จะให้ผู้กระทำความผิดเข็ดหลาบในผลร้ายที่เกิดจากการกระทำความผิดและไม่กล้ากลับมากระทำความผิดซ้ำอีก รวมทั้งเพื่อแสดงให้บุคคลทั่วไปได้รับรู้ถึงผลร้ายที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำความผิดและไม่กล้ากระทำความผิด ซึ่งอาจทำได้หลายวิธีแตกต่างกันไปตามแต่ละสมัย หากเป็นในสมัยโบราณการลงโทษประหารชีวิตอาจกระทำประหารต่อหน้าสาธารณชนเพื่อให้คนทั่วไปได้เห็นและไม่กล้ากระทำเยี่ยงอย่าง แต่สำหรับในปัจจุบันไม่นิยมการประหารชีวิตต่อหน้าสาธารณชนเพราะมีการคุ้มครอง

<sup>15</sup> , Roger Williams University Law Review 3:387: 408.

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และสิทธิมนุษยชนมากขึ้นกว่าเดิม แต่อาจใช้วิธีการลงโทษอื่น เช่น การออกกฎหมาย โดยกำหนดอัตราโทษให้สูงเพื่อให้คนในสังคมกลัวโทษที่จะได้รับการจากการกระทำความผิด เป็นต้น

ไม่ว่าการลงโทษจะทำด้วยวิธีลักษณะใด หากต้องการที่จะป้องกันการเกิดอาชญากรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพจริง ประการแรก คือ ต้องมีปริมาณโทษที่สามารถทำให้คนกลัวได้ ซึ่งเป็นธรมได้เสนอหลักเกณฑ์ในการลงโทษไว้สรุปได้คือ จำนวนโทษต้องมีสัดส่วนที่มากกว่าผลที่เกิดจากการกระทำความผิด เพื่อให้ผู้กระทำความผิดกลัวการลงโทษมากกว่าเห็นแก่ประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำความผิด รวมทั้งให้เพิ่มโทษให้สูงขึ้นเพื่อชดเชยความไม่แน่นอนของการไม่ได้รับโทษ กรณีที่ผู้กระทำความผิดมีความไม่แน่นอนว่าจะต้องรับโทษจากความผิดสำเร็จหรือไม่ และให้เพิ่มโทษกรณีผู้กระทำความผิดรายเดิมกลับมากระทำความผิดซ้ำอีก

ประการที่สอง คือ การลงโทษต้องมีความแน่นอนและรวดเร็ว เพราะถ้าขาดความแน่นอนในการลงโทษหรือไม่สามารถจับกุมผู้กระทำความผิดได้ อาจทำให้ผู้กระทำความผิดหรือบุคคลทั่วไปไม่เชื่อถือน และเห็นว่าการกระทำความผิดไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิดอีกต่อไป คนก็จะกล้ากระทำความผิดมากยิ่งขึ้น เพราะความเสี่ยงที่จะถูกจับกุมหรือลงโทษมีน้อยกว่าความคุ้มค่าที่จะได้รับจากการกระทำความผิดนั้น รวมทั้งต้องมีความรวดเร็ว โดยเฉพาะคดีที่ประชาชนให้ความสนใจ ยิ่งควรบริหารจัดการกระบวนการยุติธรรมให้เร็วมากขึ้น เพื่อให้ประชาชนมีความศรัทธาในองค์กรที่รักษากฎหมายและใช้กฎหมายมากยิ่งขึ้น เพราะถ้าดำเนินการช้าประชาชนอาจรู้สึกไม่ดี ไม่เข้าใจและไม่เลื่อมใสในกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมจนกล้าฝ่าฝืนกฎหมายได้

หลักการของการลงโทษตามทฤษฎีนี้อยู่บนพื้นฐานของหลักอรรถประโยชน์นิยม กล่าวคือการพิจารณาว่าการลงโทษนั้นสมควรหรือไม่ ให้พิจารณาว่าจะก่อให้เกิดประโยชน์กับสังคมมากที่สุดหรือไม่ ดังที่มิลล์ (J.S.Mill) กล่าวว่า “หลักประโยชน์นิยม เป็นรากฐานของศีลธรรมที่ถือว่าความถูกต้องของการกระทำขึ้นอยู่กับแนวโน้มที่การกระทำนั้นจะก่อให้เกิดความสุขหรือความผิด การที่ประชาชนปฏิบัติตามกฎหมายจะเห็นได้ว่าสังคมนั้นมีความสุข เป็นความสุขของคนในสังคมที่ไม่มีกมลละเมิดกฎหมายขึ้น ดังนั้น ถ้าหากว่าการลงโทษสามารถป้องกันไม่ให้เกิดคนกระทำความผิดได้ การลงโทษนั้นก็ เป็นสิ่งที่ควรกระทำและกระทำเพื่อป้องกันสังคม”<sup>16</sup> ดังนั้น หากการลงโทษนั้นไม่เป็นประโยชน์แก่สังคม ผู้กระทำความผิดอาจไม่ต้องรับโทษ

<sup>16</sup> พเยาว์ ศรีแสงทอง, การลงโทษและการแก้ไขผู้กระทำความผิด (กรุงเทพมหานคร: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์, 2554). หน้า 61.

## 2.2.2 แนวคิดและทฤษฎีลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู (Rehabilitation)

ทฤษฎีนี้มีแนวคิดอยู่บนความเชื่อว่า มนุษย์ไม่สามารถกำหนดการกระทำได้อย่างเสรี แต่แท้จริงแล้วการกระทำของมนุษย์เกิดจากการหล่อหลอมจากสิ่งแวดล้อมรอบข้าง จนทำให้เกิดพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปสู่การกระทำผิด ซึ่งเป็นการได้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดของสำนักอาชญาวิทยาปฏิฐานนิยม (Positive School) ที่มีความเชื่อเรื่องเจตจำนงกำหนด (Determinism) ดังนั้น หากจะแก้ไขปัญหา จึงควรแก้ไขที่ต้นเหตุแห่งการกระทำผิดนั้นคือผู้กระทำความผิดเอง โดยผู้กระทำความผิดควรได้รับการรักษาแทนการลงโทษ เพราะการลงโทษไม่อาจยับยั้งการกระทำผิดได้ ในทางกลับกัน อาจทำให้ผู้กระทำความผิดเสียความรู้สึกมากยิ่งขึ้นไปอีก และอาจทำให้กลับไปกระทำความผิดซ้ำได้

รูปแบบของการแก้ไขฟื้นฟูที่ตัวผู้กระทำความผิดมีรูปแบบหนึ่งเรียกว่า Medical Model เป็นการแก้ไขฟื้นฟูด้วยการเยียวยา แนวคิดนี้จะมองว่าผู้กระทำความผิดเป็นผู้ป่วยที่ต้องได้รับการเยียวยารักษาและสามารถรักษาให้กลับมาเป็นคนดีมีคุณภาพของสังคมได้หากได้รับการวินิจฉัยสาเหตุที่ถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการเยียวยานั้นกระทำได้ด้วยการสร้างความเข้าใจที่ดีให้ผู้กระทำความผิด โดยการให้ความรู้ ฝึกวิชาชีพ ให้คำปรึกษา ให้การศึกษา หรือการปฏิบัติโดยใช้ชุมชน (Community Base Treatment) ซึ่งอาจทำได้ภายหลังผู้กระทำความผิดจนกระทั่งศาลพิพากษาในจำคุกแล้วจึงเยียวยารักษาในทัณฑสถานต่อไป

ในการรักษาเยียวยาผู้ต้องขัง Charles W. Thomas ได้กำหนดรูปแบบของการตรวจและวิเคราะห์ประวัติของผู้ต้องขัง เพื่อพิจารณาสาเหตุของการกระทำผิดและสามารถวางแผนการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังเพื่อแก้ไขที่ต้นเหตุต่อไปได้ เช่น การวิเคราะห์ลักษณะ ข้อบกพร่อง ปัญหา และสภาพแวดล้อมทั่วไป เพื่อจำแนกลักษณะของผู้ต้องขังในเบื้องต้น เป็นต้น รวมทั้งยังมีมาตรการอื่น ๆ ที่ปฏิบัติต่อผู้ต้องขังโดยไม่ใช้เรือนจำ (Non-Institutional Treatment of Prisoners) แต่มุ่งที่จะแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังให้กลับมามีการกระทำที่ดี เช่น การใช้ชุมชนเป็นฐานในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (Community-based Corrections) โดยการขอความร่วมมือจากประชาชนและสถาบันสังคมให้ช่วยกันฟื้นฟูผู้ต้องขังให้กลับมาเป็นพลเมืองที่ดีปกติของสังคมได้รวดเร็วขึ้น

วิธีปฏิบัติในการฟื้นฟูสามารถทำได้หลายทาง แต่วิธีส่วนหนึ่งมีที่มาจาก การบำบัดรักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลซึ่งเป็นที่นิยมในช่วงปี ค.ศ.1960-1970 และได้พัฒนามาเป็นโปรแกรมในการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขัง เช่น การบำบัดทางจิต (Psychotherapy) โดยการใช้อจิตแพทย์และนักสังคมสงเคราะห์มาช่วยบำบัดจิตผู้ต้องขังในเรือนจำ เพราะผู้กระทำความผิดเหมือนผู้ป่วยที่ขาดความอบอุ่นและความรัก ทำให้มีปัญหาและกระทำความผิดลงไป หรือการบำบัดทางจิตเป็นกลุ่ม (Group Psychotherapy) คือ จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาจะเป็นผู้ควบคุมกระบวนการ เพื่อพัฒนาการหยั่งรู้และเข้าใจปัญหา รวมทั้งปรับโครงสร้างบุคลิกภาพของคนในกลุ่มใหม่ด้วย

จากข้อมูลข้างต้นนี้จึงเห็นได้ว่า ได้มีการนำทฤษฎีลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูมาพัฒนา โดยการนำผลวิจัย พิจารณาผลของการวิจัย และนำออกมาใช้เป็นมาตรการรูปแบบใหม่ ๆ เพื่อฟื้นฟูผู้กระทำความผิด หรือผู้ต้องหาอย่างต่อเนื่อง โดยมองว่าผู้กระทำความผิดที่จริงแล้วไม่ได้มีเจตจำนงอิสระที่จะเลือกกระทำความผิดได้ด้วยตนเอง แต่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ดีทำให้คนเหล่านั้นมีความกดดันทางจิตใจ บางประการ จนต้องแสดงออกมาในรูปแบบของอาชญากรรม หากทำความเข้าใจที่ดีแก่บุคคลเหล่านั้น ตลอดจนสร้างอาชีพและความรู้ที่ดีแก่เขา แทนที่จะลงโทษไปโดยไม่จำเป็นกลับจะได้คนดีคืนสู่สังคมเพิ่มขึ้นอีกด้วย

### 2.2.3 แนวคิดและหลักนิติศาสตร์เชิงบำบัด (Therapeutic Jurisprudence)

หลักนิติศาสตร์เชิงบำบัดเกิดขึ้นในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980<sup>17</sup> โดยผู้คิดค้นสองคนคือ เดวิด เวกซ์เลอร์ และบรูส วินิค (David Wexler and Bruce Winick)<sup>18</sup> ความเป็นมาจากหลายปัจจัย ประการแรก เช่น การขยายตัวของสิทธิพลเมืองในเรื่องการตัดสินใจในแต่ละคดีที่ทำให้มีแรงขับเคลื่อนในการให้ความสำคัญต่อผู้ที่สภาพจิตไม่ปกติมากยิ่งขึ้น หรือความเปลี่ยนแปลงทางการเมืองและสังคม ต้องการเยียวยาความเป็นอยู่ของผู้ป่วยทางจิตมากขึ้น จึงได้เริ่มมีพัฒนาการของการค้นคว้าวิจัย เพื่อศึกษาพฤติกรรมและค้นหาสาเหตุการกระทำของบุคคลผู้ป่วยทางจิตเหล่านั้น เพื่อให้เข้าใจเหตุผลของการกระทำที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ ประกอบกับเริ่มมีพัฒนาการและการประยุกต์ใช้หลักวิชานิติศาสตร์ให้เข้ากับศาสตร์แขนงอื่นมากยิ่งขึ้นซึ่งทำให้เกิดการบูรณาการทางกฎหมาย เช่น กฎหมายกับวิชาเศรษฐศาสตร์ หรือ กฎหมายสิทธิสตรี เป็นต้น<sup>19</sup> จึงทำให้เกิดแนวคิดและมุมมองใหม่ในทางกฎหมายขึ้น และหลักนิติศาสตร์ในเชิงบำบัดก็เป็นหนึ่งในนั้น

หลักทางนิติศาสตร์เชิงบำบัด เรียกกันในภาษาอังกฤษ คือ “Therapeutic Jurisprudence” โดยมีคำนิยามปรากฏตาม Black’s Law Dictionary ว่า “The Study of the effects of law and the legal system on the behavior, emotions, and mental health of people: esp, a multidisciplinary examination of how law and mental health interact ซึ่งสามารถแปลเป็นภาษาไทยได้ว่า “การศึกษาผลกระทบของตัวบทกฎหมายและระบบกฎหมายที่มีต่อพฤติกรรม

<sup>17</sup> Bruce J. Winick, "Therapeutic Jurisprudence and Problem Solving Courts": 1062.

<sup>18</sup> Michael L. Perlin, "What Is Therapeutic Jurisprudence? ", New York Law School Journal of Human Rights X Symposium (1993): 623-624.

<sup>19</sup> Ibid., pp. 624-625.

และสุขภาพจิตของมนุษย์ โดยเฉพาะการตรวจสอบในหลากหลายสาขาวิชาถึงการที่กฎหมายและสุขภาพจิตนั้นมีผลต่อกันอย่างไร”<sup>20</sup>

หลักนิติศาสตร์ในเชิงบำบัดมุ่งผลานบทบาทของนักกฎหมาย กฎหมายสารบัญญัติ และวิธีบัญญัติเข้าด้วยกัน โดยใช้ศาสตร์หลายแขนงเข้ามาใช้ร่วมกันอย่างบูรณาการ ซึ่งได้เริ่มนำมาใช้กับกฎหมายทางสุขภาพจิตก่อน<sup>21</sup> แล้วจึงขยายขอบเขตการใช้ไปยังกฎหมายด้านอื่นในภายหลัง<sup>22</sup> มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อศึกษาบทบาทของกฎหมายและทำให้เกิดผลในเชิงบำบัด โดยให้ความสำคัญต่อผลกระทบทางอารมณ์ความรู้สึกและสภาพจิตใจของผู้ที่เกี่ยวข้องในคดีมากขึ้น<sup>23</sup> มุ่งแก้ไขปัญหาที่รากฐานคือตัวผู้กระทำความผิดเองมากกว่าการแก้ไขหรือตีความแต่เพียงกฎหมายและการลงโทษ โดยพยายามทำให้กฎหมายเป็นเครื่องมือที่จะเพิ่มผลในเชิงการบำบัดมากขึ้น และอยู่บนพื้นฐานของความเชื่อว่าการกระบวนยุติธรรมในเชิงฟื้นฟูจะทำให้เกิดประโยชน์แก่ทุกฝ่ายมากกว่าการดำเนินกระบวนยุติธรรมที่มุ่งการลงโทษ

ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการปรับใช้หลักนิติศาสตร์เชิงบำบัดมีหลายฝ่าย เช่น ลูกความทั้งสองฝ่าย ครอบครัวและเพื่อนฝูงของลูกความ ทนายความ ศาล และชุมชน เป็นต้น และนำมาปรับใช้อย่างเป็นรูปธรรมได้อย่างหลายรูปแบบ ไม่ว่าจะเป็นนำมาใช้ผ่านกระบวนการระงับข้อพิพาททางเลือก (Alternative Dispute Resolution) ได้แก่ การเจรจาต่อรอง (Negotiation) การไกล่เกลี่ย (Mediation) การประนีประนอมข้อพิพาท (Conciliation) หรือการอนุญาโตตุลาการ (Arbitration)<sup>24</sup> นำมาใช้ผ่านการร่างกฎหมายในเชิงป้องกัน (Preventive Law) อันเป็นการแทรกแซงทางกฎหมายก่อนที่จะมีข้อพิพาทเกิดขึ้น โดยมุ่งให้นักกฎหมายป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหา รวมทั้งมีนักกฎหมายที่นำหลักการดังกล่าวมาใช้ในการดูแลและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคู่ความของตนกับผู้อื่น (Creative problem solving) ด้วย<sup>25</sup> อีกทั้งยังปรากฏในรูปแบบการจัดตั้งศาลแก้ไขฟื้นฟูปัญหา (Problem solving courts) เช่น ศาลยาเสพติด (Drug Court) หรือ ศาลสุขภาพจิต (Mental Health Court) ซึ่งเป็นศาลที่มุ่งแก้ไขฟื้นฟูเฉพาะทางมากกว่าการนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษ

<sup>20</sup> ปิยาภรณ์ พิสิธพิทย์, "Therapeutic Jurisprudence," ข่าวเนติบัณฑิตยสภา: 18.

<sup>21</sup> Bruce J. Winick, "Therapeutic Jurisprudence and Problem Solving Courts," p. 1062.

<sup>22</sup> Ibid., p. 1063.

<sup>23</sup> Thomas M., "Therapeutic Jurisprudence : An Overview", Cooley Law Review (2000):

<sup>24</sup> ปิยาภรณ์ พิสิธพิทย์, "Therapeutic Jurisprudence," ข่าวเนติบัณฑิตยสภา: 18.

<sup>25</sup> Linda D. Elrod, "Child Custody Practice and Procedure Chapter 1 Historical Perspective", Therapeutic Jurisprudence 1:16 (June 2015):

ผลที่ได้นอกเหนือจากการบำบัดผู้ที่มีปัญหาแล้ว ยังทำให้นักกฎหมายและผู้คนรอบข้างใส่ใจ และเข้าใจต่อความต้องการของผู้อื่นมากขึ้น ให้ความสำคัญต่อการสื่อสารระหว่างบุคคลโดยคำนึงถึงสภาพจิตใจ ในขณะเดียวกันยังเป็นการส่งเสริมให้ประกอบวิชาชีพบนพื้นฐานของการใช้หลักจริยธรรมและความต้องการช่วยเหลือผู้อื่นยิ่งขึ้น<sup>26</sup> บทบาทของผู้พิพากษาในศาลสุขภาพจิตก็จะต้องได้รับการอบรมให้เข้าใจว่าบทบาทของตนคือผู้ที่จะกระทำให้เกิดผลในเชิงบำบัดโดยต้องจัดการดูแลและเฝ้าติดตามความก้าวหน้าในการบำบัดของจำเลย ซึ่งแตกต่างจากบทบาทของผู้พิพากษาในศาลยุติธรรมทั่วไป

#### 2.2.4 แนวคิดและหลักกระบวนการยุติธรรมในเชิงสมานฉันท์ (Restorative Justice)

การระงับข้อพิพาทสามารถกระทำได้หลายวิธี เช่น การดำเนินคดีโดยให้ศาลวินิจฉัยคดี ซึ่งเป็นลักษณะของกระบวนการยุติธรรมเชิงแก้แค้นทดแทน (Retributive Justice) โดยผลอาจเป็นการลงโทษผู้กระทำความผิด หรืออาจเป็นกรณีระงับข้อพิพาทโดยวิธีสันติ เช่น การไกล่เกลี่ย (mediation) การเยียวยาและความปรองดอง (reparation and reconciliation)<sup>27</sup> หรือกรณีระงับข้อพิพาทแบบมุ่งเน้นให้กลับคืนสู่สภาพที่ดีดังเดิม แก้ไขที่ต้นเหตุของปัญหา และใช้มาตรการในเชิงป้องกันผลในอนาคต เช่น การใช้มาตรการบังคับในพื้นที่ฟูและการประกันจำเลย (compulsory measures of rehabilitation and security) และกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (Restorative Justice) เป็นต้น<sup>28</sup>

คำว่า “กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (Restorative Justice)” มีผู้กำหนดความหมายไว้หลายแนวทาง ไม่ว่าจะเป็นนายโทนี มาร์แชล (Tony Marshall) ซึ่งกำหนดว่ากระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ คือ กระบวนการที่ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายจากการกระทำ ความผิดที่เกิดขึ้น เข้าร่วมตัวกันเพื่อแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นภายหลังจากการกระทำความผิดและสิ่งที่จะคาดหวังได้ในอนาคต<sup>29</sup> หรือจากการประชุมผู้เชี่ยวชาญสหประชาชาติเพื่อปรับปรุงหลักการพื้นฐานเรื่อง Restorative Justice (US Expert Meeting on Basic Principle of Restorative Justice) เมื่อเดือนตุลาคม พ.ศ. 2544 ที่ประเทศแคนาดา โดยให้แปลเป็นภาษาไทยที่ใกล้เคียงกับคำว่า

<sup>26</sup> Ibid.

<sup>27</sup> เพลินตา ตันรังสรรค์, "กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์กับการกระทำความผิดอาญาของเด็กหรือเยาวชน", *จลนนิติ* (2553):

<sup>28</sup> Bernd-Dieter Meier Mier, "Restorative Justice- a New Paradigm in Criminal Law", *European Journal of Crime, Criminal Law and Criminal Justice* 6, 2: 138.

<sup>29</sup> Ibid., p. 126.

“social harmony”<sup>30</sup> เพื่อให้มีความหมายตรงกันกับความหมายที่แท้จริงของคำว่า Restorative โดยมีความหมายตามผลการสรุปประชุมดังกล่าวหมายถึง กระบวนการใด ๆ ที่ผู้เสียหายและผู้กระทำความผิด รวมถึงบุคคลหรือสมาชิกในชุมชน ซึ่งได้รับผลกระทบจากอาชญากรรมเข้ามาร่วมกันแก้ไข ปัญหาที่เกิดจากอาชญากรรมอย่างจริงจัง โดยอาจได้รับความช่วยเหลือจากผู้ประสานงาน (facilitator) ซึ่งกระบวนการเชิงสมานฉันท์ดังกล่าวอาจทำได้โดยการไกล่เกลี่ย (mediation) การประนอมข้อพิพาท (concilitation) การประชุมกลุ่ม (conferencing) และการตั้งวงประชุม (sentencing circles)<sup>31</sup>

แนวคิดเรื่องกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์เกิดขึ้นในช่วงเริ่มต้นของทศวรรษที่ 18 เริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและการเคลื่อนไหวสิทธิมนุษยชนมากขึ้นในประเทศแถบทวีปยุโรป มีแนวคิดที่ว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นย่อมมีสาเหตุและที่มาของการกระทำความผิด โดยมีนายอดอล์ฟ เก็ตเล็ด (Adolph Quetelet) ผู้ได้รับขนานนามว่าเป็นบิดาแห่งวิชาอาชญาวิทยา ศึกษาและวิเคราะห์จาก กระทำความผิดทางอาชญากรรมต่าง ๆ พร้อมทั้งจัดทำสถิติการกระทำของมนุษย์ทำให้ทราบได้ว่า พฤติกรรมของมนุษย์นั้นเกิดจากการกระทำด้วยความสม่ำเสมอ จึงนำมาซึ่งแนวคิดที่จะป้องกันการกระทำความผิดโดยแก้ไขที่ตัวบุคคล และทำให้เกิดแนวคิดการบำบัด (treatment ideology)<sup>32</sup> แล้วต่อมาจึงได้นำมาต่อยอดและพัฒนาแนวคิดไปสู่ลักษณะการเยียวยาและฟื้นฟูความเสียหาย ทั้งต่อผู้เสียหายและผู้กระทำความผิด โดยเปิดโอกาสให้บุคคลและชุมชนเข้าแก้ไขปัญหากันเองและ ลดบทบาทของรัฐของการเข้าไปแทรกแซงให้น้อยลง ซึ่งนั่นคือแนวคิดของกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ (Restorative Justice)

แนวคิดเรื่องกระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์จึงเป็นกระบวนการที่ให้ความสำคัญกับการเยียวยาความเสียหายต่อผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่ายสำหรับความเสียหายทั้งหลายที่เกิดขึ้นจากการกระทำความผิดนั้น โดยกำหนดให้ผู้เสียหายเป็นศูนย์กลางของกระบวนการยุติธรรม<sup>33</sup> คำนึงถึงผลความเสียหายที่ผู้เสียหายได้รับจากอาชญากรรม พร้อมทั้งความพยายามที่จะเยียวยาซ่อมแซมความเสียหายของผู้เสียหายนั้นและป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายอีกในอนาคต ซึ่งจะต้องอาศัยความรับผิดชอบและ

<sup>30</sup> เพลินตา ตันรังสรรค์, "กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์กับการกระทำความผิดอาญาของเด็กหรือเยาวชน," จลนนิติ:

<sup>31</sup> Ecosoc Resolution 2002/12 Basic Principles on the Use of Restorative Justice Programmes in Criminal Matters 37th, United Nations.

<sup>32</sup> Jozsef Vign, "Restorative Criminal Justice and Society", Annales Universitatis Scientiarum Budapestinensis de Rolando Eotvos Nominatae 43 (2002): 73-74.

<sup>33</sup> Ibid., p. 73.

ความสำนึกผิดต่อการกระทำของผู้กระทำความผิดเอง รวมถึงต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนและผู้เกี่ยวข้องมากกว่ากระบวนการยุติธรรมลักษณะอื่นที่รัฐเป็นผู้ดำเนินการเป็นหลัก

สำหรับการฟื้นฟูผู้กระทำความผิดอาจกระทำได้โดยผ่านการบำบัดที่ดี โดยจะมีการจัดตั้งกระบวนการให้ทุกฝ่ายได้ค้นหาความจริง เพื่อที่จะทราบความเสียหายที่เกิดขึ้นและสามารถพิจารณาแนวทางการป้องกันในอนาคตได้ รวมทั้งจัดตั้งให้รัฐและชุมชนร่วมกันประเมินกระบวนการดังกล่าว โดยให้พิจารณาว่ากระบวนการที่ใช้อยู่ยังสามารถใช้การได้ดีหรือไม่ หรือต้องเปลี่ยนรูปแบบกระบวนการเพื่อที่จะป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหายต่อไปได้อีกในอนาคต ซึ่งโดยหลักแล้ว การป้องกันดังกล่าว นอกจากจะสามารถกระทำต่อผู้กระทำความผิดโดยตรงแล้ว ยังสามารถจัดนโยบายหรือกระบวนการให้ชุมชนเข้าร่วม เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนและรัฐ และเพื่อให้คนชุมชนมีส่วนร่วมกำหนดกรอบการกระทำเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำความผิดเช่นนั้นต่อไปได้อีก

อย่างไรก็ตาม กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ก็มีขอบเขตการใช้ที่จำกัด กล่าวคือสามารถนำมาใช้กับคดีที่มีกระทำความผิดอาญาเพียงเล็กน้อยหรือคดีที่เยาวชนเป็นผู้กระทำความผิดอาญา<sup>34</sup> ไม่สามารถนำมาใช้ได้กับทุกคดี เพราะถ้าเป็นกรณีที่เป็นการกระทำความผิดอย่างร้ายแรง ผู้กระทำความผิดก็ควรได้รับการลงโทษ เพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนประพฤติดังนั้นและจะเป็นที่ยอมรับแก่สาธารณชนทั่วไปได้มากกว่าการใช้กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่า กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์ไม่อาจใช้ได้ตามลำพังในทุกคดี หากแต่ต้องใช้ควบคู่กันกับกระบวนการยุติธรรมเชิงแก้แค้นทดแทน และปรับใช้ไปตามความแตกต่างและความเหมาะสมของคดี

## 2.3 สิทธิและการคุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ

### 2.3.1 สิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยในการต่อสู้คดี

ผู้ต้องหาหรือจำเลยถือว่าเป็นผู้มีความสำคัญที่ต้องได้รับการประกันสิทธิให้ได้ต่อสู้คดีอย่างเต็มที่ในกระบวนการยุติธรรมระบบกล่าวหา (Accusatorial system) เพราะเป็นประธานของคดี (procedural subject)<sup>35</sup> โดยต้องพิจารณาทั้งในความรู้ ความเข้าใจ และสามารถของจำเลยเอง รวมทั้งการให้โอกาสจำเลยได้มีผู้ให้คำแนะนำปรึกษาในการต่อสู้คดีได้<sup>36</sup> ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

<sup>34</sup> Ibid., p. 139.

<sup>35</sup> คณิต ณ นคร, กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา, พิมพ์ครั้งที่ 8 (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2555), หน้า 62.

<sup>36</sup> ณรงค์ ใจหาญ, หลักกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เล่ม 2, พิมพ์ครั้งที่ 5 (กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2556), หน้า 78-98.



**2.3.1.1 ผู้ต้องหาหรือจำเลยต้องมีสภาพจิตใจที่สามารถต่อสู้คดีได้** หมายความว่า จำเลยจะต้องมีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์เพียงพอที่จะต่อสู้คดีได้ และในกรณีที่จำเลยเป็นคนวิกลจริต ก็ให้ปฏิบัติตามกฎหมายภายในของแต่ละประเทศเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติต่อจำเลยที่มีสภาพจิตใจไม่ปกติ เช่น ในประเทศไทยกำหนดไว้ในมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ให้ศาลสั่งงดการพิจารณาและจำหน่ายคดีเสียชั่วคราวจนกว่าจำเลยจะหายจากอาการวิกลจริต และส่งจำเลยไปรักษาที่โรงพยาบาลโรคจิต เป็นต้น<sup>37</sup>

สภาพจิตใจของผู้ต้องหาหรือจำเลยควรต้องรับการคุ้มครองเพื่อให้สามารถต่อสู้คดีได้และต้องไม่ทำให้การให้ปากคำนั้นคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง สำหรับผู้ที่มีความอ่อนแอทางจิต เช่น เด็กหรือเยาวชน เป็นต้น ในประเทศไทยก็ได้มีบทบัญญัติคุ้มครองสภาพจิตใจผู้เสียหายหรือพยานที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ในมาตรา 133 ทวิ ที่กำหนดให้ในคดีบางประเภทที่กฎหมายกำหนด เช่น ความผิดเกี่ยวกับเพศ ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายอันมิใช่ความผิดที่เกิดจากการข่มขืนต่อผู้เสียหายเกี่ยวกับเสรีภาพ ความผิดฐานกรรโชก ชิงทรัพย์และปล้นทรัพย์ ตามประมวลกฎหมายอาญา หรือในคดีความผิดอื่นที่มีอัตราโทษจำคุก เป็นต้น ซึ่งผู้เสียหายหรือพยานเป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ร้องขอต้องแยกกระทำเป็นส่วนสัดส่วนในสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และให้มีนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ บุคคลที่เด็กร้องขอและพนักงานอัยการร่วมอยู่ด้วยในการถามปากคำเด็กนั้น และในกรณีที่นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์เห็นว่าการถามปากคำเด็กคนใดหรือคำถามใด อาจจะมีผลกระทบต่อจิตใจเด็กอย่างรุนแรง ให้พนักงานสอบสวนถามผ่านนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์เป็นการเฉพาะตามประเด็นคำถามของพนักงานสอบสวน โดยมีให้เด็กได้ยินคำถามของพนักงานสอบสวนและห้ามมิให้ถามเด็กซ้ำซ้อนหลายครั้งโดยไม่มีเหตุอันควร<sup>38</sup> ซึ่งบทบัญญัตินี้ให้มีผลบังคับใช้ไปถึงการสอบสวนผู้ต้องหาที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ตามมาตรา 134/2 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา<sup>39</sup> รวมทั้งใช้กับการไต่สวนมูลฟ้องผู้ต้องหาที่เป็นเด็กด้วย โดยมาตรา 171 วรรคหนึ่งให้นำบทบัญญัติในเรื่องการสอบสวนมาใช้บังคับโดยอนุโลมกับการไต่สวนมูลฟ้อง<sup>40</sup>

ทั้งนี้ มาตรา 133 ทวิ ได้รับการแก้ไขเพิ่มเติมตามมาตรา 5 ของพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 20) พ.ศ. 2542 เนื่องจากการถามปากคำเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ในฐานะผู้เสียหายหรือพยานในชั้นสอบสวน ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กำหนดวิธีปฏิบัติไว้เช่นเดียวกับกรณีของผู้ใหญ่ โดยในชั้นสอบสวน พนักงานสอบสวนยังมีความชำนาญ

<sup>37</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 78.

<sup>38</sup> มาตรา 133 ทวิ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>39</sup> มาตรา 134/2 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>40</sup> มาตรา 171 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ในด้านจิตวิทยาเด็กไม่เพียงพอ อันเป็นเหตุให้การถามปากคำเด็กส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็ก และส่งผลให้การสอบสวนคลาดเคลื่อน และการที่เด็กต้องเผชิญหน้ากับจำเลยหรือตอบคำถามซ้ำๆ อาจเป็นคำถามที่ตอกย้ำจิตใจของเด็กให้บอบช้ำเลวร้ายยิ่งขึ้น<sup>41</sup> ดังนั้น จึงเท่ากับว่า กฎหมายนี้ บัญญัติขึ้นมาเพื่อคุ้มครองสภาพจิตใจของเด็กในการให้ปากคำเพื่อให้สามารถต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่ และเป็นหลักประกันว่าคำให้การนั้นจะไม่คลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง

### 2.3.1.2 ผู้ต้องหาหรือจำเลยต้องเข้าใจในภาษาหรือสามารถสื่อสารได้ในการพิจารณาคดี

ในกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ได้กำหนดรับรองสิทธิของผู้ต้องหาที่จะได้รับความช่วยเหลือจากล่ามไว้ในข้อ 14 ว่า “3. ในการพิจารณาคดีอาญา บุคคลทุกคนซึ่งต้องหาว่ากระทำความผิดย่อมมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกันขั้นต่ำดังต่อไปนี้โดยเสมอภาค ... (f) สิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากล่าม โดยไม่คิดมูลค่า หากไม่สามารถเข้าใจหรือพูดภาษาที่ใช้ในศาลได้” ซึ่งในประเทศไทยมีบทบัญญัติรับรองสิทธินี้ไว้ในมาตรา 13 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาที่ซึ่งกำหนดไว้ให้กรณีที่ผู้ต้องหา จำเลย หรือพยานไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทย หรือมีความจำเป็นต้องแปลภาษาไทยท้องถิ่นหรือภาษาต่างประเทศในชั้นการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาคดีให้ใช้ล่ามแปล<sup>42</sup> หรือกรณีที่ผู้ต้องหา จำเลย หรือพยานที่ไม่สามารถพูดหรือได้ยิน หรือสื่อความหมายได้ และไม่มีล่ามภาษามือ ก็ให้พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ หรือศาลจัดหาล่ามภาษามือให้ หรือจัดให้ถามตอบ หรือสื่อความหมายด้วยวิธีการอื่นที่เห็นสมควร<sup>43</sup> โดยมีหลักประกันความถูกต้องของล่ามด้วยว่า จะต้องสาบานหรือปฏิญาณตนว่าจะทำหน้าที่โดยสุจริตและไม่เพิ่มเติมหรือตัดทอนสิ่งที่แปล<sup>44</sup> และหากแปลข้อความหรือความหมายใดผิดไปในข้อสำคัญก็จะต้องมีความผิดและต้องรับโทษในคดีอาญาด้วยตามมาตรา 178 แห่งประมวลกฎหมายอาญา<sup>45</sup> ทั้งนี้ เพื่อให้จำเลยได้มีโอกาสรับรู้และต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่<sup>46</sup>

<sup>41</sup> หลักการและเหตุผลท้ายพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 20) พ.ศ. 2542

<sup>42</sup> มาตรา 13 วรรคหนึ่งและมาตรา 14 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>43</sup> มาตรา 13 วรรคสาม ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>44</sup> มาตรา 13 วรรคสี่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>45</sup> มาตรา 178 ประมวลกฎหมายอาญา

<sup>46</sup> ณรงค์ ใจหาญ, หลักกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เล่ม 2, หน้า 78.

### 2.3.1.3 จำเลยมีสิทธิรับทราบว่าเป็นผู้กระทำความผิดอย่างไร

จำเลยย่อมมีสิทธิที่ได้ทราบว่าเป็นผู้กระทำความผิดด้วยการกระทำหรือพฤติการณ์อย่างไร และพยานที่โจทก์นำเสนอขึ้นได้แสดงหรือกล่าวข้อเท็จจริงอันแสดงให้เห็นว่าจำเลยเป็นผู้กระทำความผิดอย่างไร<sup>47</sup> ดังนั้น โจทก์จะต้องบรรยายฟ้องเกี่ยวกับการกระทำที่อ้างว่าจำเลยกระทำความผิด ข้อเท็จจริงและรายละเอียดเกี่ยวกับเวลาและสถานที่ ซึ่งเกิดการกระทำนั้น ๆ พอสมควรที่จะทำให้จำเลยเข้าใจข้อหาได้ดี<sup>48</sup> ทั้งนี้ ในประเทศไทยหลักการดังกล่าวกำหนดไว้ในมาตรา 158 (5) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา และยังมีมาตรา 172 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ซึ่งศาลจะต้องอ่านและอธิบายฟ้องให้จำเลยฟัง และถามว่าได้กระทำความผิดจริงหรือไม่ จะให้การต่อสู้ข้อหาอย่างไรบ้าง<sup>49</sup>

### 2.3.1.4 จำเลยมีสิทธิที่จะมีทนายความช่วยเหลือในการดำเนินคดี

จำเลยมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือจากทนายความทั้งในการดำเนินคดีชั้นการสอบสวนและชั้นการพิจารณาของศาล<sup>50</sup> โดยสิทธินี้ได้รับการรับรองกติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง ได้กำหนดรับรองสิทธิของผู้ต้องหาที่จะได้รับความช่วยเหลือจากทนายในข้อ 14 ด้วยว่า

“3. ในการพิจารณาคดีอาญา บุคคลทุกคนซึ่งต้องหาว่ากระทำความผิดย่อมมีสิทธิที่จะได้รับหลักประกันขั้นต่ำดังต่อไปนี้ โดยเสมอภาค ... (d) สิทธิที่จะได้รับการพิจารณาต่อหน้าบุคคลนั้น และสิทธิที่จะต่อสู้คดีด้วยตนเอง หรือโดยผ่านผู้ช่วยเหลือทางกฎหมายที่ตนเลือก สิทธิที่บุคคลได้รับแจ้งให้ทราบถึงสิทธิในการมีผู้ช่วยเหลือทางกฎหมาย หากบุคคลนั้นไม่มีผู้ช่วยเหลือทางกฎหมาย ในกรณีใด ๆ เพื่อประโยชน์แห่งความยุติธรรม บุคคลนั้นมีสิทธิที่จะมีผู้ช่วยเหลือทางกฎหมาย ซึ่งมีการแต่งตั้งให้โดยปราศจากค่าตอบแทน ในกรณีที่บุคคลนั้นไม่สามารถรับภาระในการจ่ายค่าตอบแทน”

สำหรับกฎหมายของประเทศไทยก็มีบทบัญญัติที่คุ้มครองสิทธิที่จะมีทนายความช่วยเหลือในคดีด้วยเช่นกัน เช่น

ก. ในชั้นการจับกุมหรือควบคุม มีมาตรา 7/1 (1) ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาที่กำหนดให้ผู้ถูกจับกุมหรือผู้ต้องหาซึ่งถูกควบคุมหรือขังมีสิทธิพบและปรึกษาผู้ซึ่งจะเป็นทนายความเป็นการเฉพาะตัว<sup>51</sup>

<sup>47</sup> เรื่องเดียวกัน, 79.

<sup>48</sup> มาตรา 158 (5) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>49</sup> มาตรา 172 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>50</sup> คณิต ณ นคร, กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา, หน้า 136.

<sup>51</sup> มาตรา 7/1 (1) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ข. ในชั้นการสอบสวน คือมาตรา 134/1 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาที่กำหนดให้คดีที่มีอัตราโทษประหารชีวิตหรือในคดีที่ผู้ต้องหาไม่เกินสิบแปดปีในวันที่พนักงานสอบสวนแจ้งข้อหา ก่อนเริ่มถามคำให้การให้พนักงานสอบสวนถามผู้ต้องหาว่ามีทนายความหรือไม่ ถ้าไม่มีให้รัฐจัดหาทนายความให้<sup>52</sup> และในคดีที่มีอัตราโทษจำคุก ก่อนเริ่มถามคำให้การให้พนักงานสอบสวนถามผู้ต้องหาว่ามีทนายความหรือไม่ ถ้าไม่มีและผู้ต้องหาต้องการทนายความ ให้รัฐจัดหาทนายความให้<sup>53</sup>

ค. ในชั้นการพิจารณา คือ มาตรา 173 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาที่กำหนดให้ในคดีที่มีอัตราโทษประหารชีวิต หรือในคดีที่จำเลยมีอายุไม่เกินสิบแปดปีในวันที่ถูกฟ้องต่อศาล ก่อนเริ่มพิจารณาให้ศาลถามจำเลยว่ามีทนายความหรือไม่ ถ้าไม่มีก็ให้ศาลตั้งทนายความให้<sup>54</sup> และในคดีที่มีอัตราโทษจำคุก ก่อนเริ่มพิจารณาให้ศาลถามจำเลยว่ามีทนายความหรือไม่ ถ้าไม่มีและจำเลยต้องการทนายความ ก็ให้ศาลตั้งทนายความให้<sup>55</sup>

### 2.3.2 สิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่จะไม่ให้การเป็นปฎิปักษ์ต่อตนเอง

ในประเทศไทย มีบทบัญญัติรับรองเรื่องสิทธิของผู้ต้องหาที่จะไม่ให้การใด ๆ (Right to remain silence) หรือ สิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฎิปักษ์ต่อตนเอง (Privilege against self-incrimination)<sup>56</sup> ไว้ในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กรณีผู้ต้องหาจะอยู่ในมาตรา 134/4 (1) ที่บัญญัติว่า “ในการถามคำให้การผู้ต้องหา ให้พนักงานสอบสวนแจ้งให้ผู้ต้องหาทราบก่อนว่า (1) ผู้ต้องหา มีสิทธิที่จะให้การหรือไม่ก็ได้ ถ้าผู้ต้องหาให้การ ถ้อยคำที่ผู้ต้องหาให้การนั้นอาจใช้เป็นพยานหลักฐานในการพิจารณาคดีได้”<sup>57</sup> และกรณีผู้ให้การเป็นพยาน มาตรา 234 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาได้บัญญัติไว้ว่า “พยานไม่ต้องตอบคำถาม ซึ่งโดยตรงหรือโดยอ้อม อาจจะทำให้เขาถูกฟ้องคดีอาญาเมื่อมีคำถามเช่นนั้น ให้ศาลเตือนพยาน”<sup>58</sup>

หลักการเรื่องสิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฎิปักษ์ต่อตนเองมีที่มาจากการบัญญัติรับรองสิทธิในรัฐธรรมนูญ ข้อที่ 5 ของสหรัฐอเมริกา (The Fifth Amendment to the United States

<sup>52</sup> มาตรา 134/1 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>53</sup> มาตรา 134/1 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>54</sup> มาตรา 173 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>55</sup> มาตรา 173 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>56</sup> เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์, หลักกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาว่าด้วยการดำเนินคดีในชั้นตอนก่อนการพิจารณา (พลสยาม พรินติ้ง (ประเทศไทย) 2553). หน้า 10-12.

<sup>57</sup> มาตรา 134/4 (1) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>58</sup> มาตรา 234 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

Constitution) ซึ่งบัญญัติว่า “No person... shall be compelled in any criminal case to be a witness against himself”<sup>59</sup> หรือ “ไม่มีผู้ใดต้องถูกบังคับที่จะให้การเป็นพยานปฏิบัติต่อตนเองในการดำเนินคดีอาญา” ดังนั้น บุคคลใด ๆ ย่อมมีสิทธิที่จะไม่ให้การใด ๆ ก็ได้ ซึ่งนั่นหมายความว่าผู้ต้องหาที่ไม่มีความจำเป็นที่ต้องให้การรับสารภาพ อันเป็นการยอมรับการกระทำความผิดของตนเองด้วยเช่นกัน

ในสหรัฐอเมริกา มีหลักเกี่ยวกับเรื่องการให้การรับสารภาพที่ได้จากคำวินิจฉัยของศาลว่า “หากปรากฏว่าผู้ต้องหาให้การรับสารภาพ จะถือว่าเป็นการตัดสิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฏิบัติต่อตนเองของผู้ต้องหาที่มีอยู่ไปจนตลอดคดี” ได้แก่ คดี Amanda Mitchell v. United States of America Docket No. 97-7541 เมื่อวันที่ 9 ธันวาคม ค.ศ. 1998 ว่า ซึ่งมีข้อเท็จจริงโดยสรุปได้ ดังนี้

Amanda Mitchell และพวกอีก 22 คน ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดฐานจำหน่ายโคเคนเป็นจำนวนกว่า 5 กิโลกรัมแต่ไม่เกิน 15 กิโลกรัม ซึ่งเป็นการกระทำความผิดตาม 21 U.S.C. §886 มีโทษจำคุก 10 ปี<sup>60</sup> โดยสารภาพว่าตนได้กระทำความผิดฐานจำหน่ายโคเคนจริง แต่ขอสงวนสิทธิที่จะกล่าวถึงจำนวนโคเคนที่ตนจำหน่าย ซึ่งศาลได้แจ้งช่วงอัตราของโทษที่ Amanda Mitchell จะต้องได้รับแล้ว และได้แจ้งแล้วว่า การให้การรับสารภาพของ Amanda Mitchell จะเป็นการยกเว้นสิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฏิบัติต่อตนเอง แต่หลังจากนั้น ศาลก็ได้รับฟังพยานหลักฐานแล้วพบว่า Amanda Mitchell จำหน่ายโคเคนเป็นจำนวนมากกว่า 5 กิโลกรัม โดยไม่มีพยานหลักฐานอื่นมาพิสูจน์ได้ว่าข้อความนั้นไม่เป็นความจริง ดังนั้น ศาลจึงตัดสินว่า Amanda Mitchell จำหน่ายโคเคน 13 กิโลกรัม ให้จำคุก 120 เดือน ถูกคุมประพฤติภายหลังการปล่อยตัวอีก 6 ปี และชำระ special assessment อีก 120 ดอลลาร์สหรัฐ<sup>61</sup>

อย่างไรก็ดี Amanda Mitchell ยังคงโต้แย้งในประเด็นเรื่องสิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฏิบัติต่อตนเองว่าตนยังคงมีอยู่และศาลดำเนินการไม่ถูกต้อง พร้อมโต้แย้งว่าพยานหลักฐานไม่เพียงพอที่จะพิสูจน์ว่าตนจำหน่ายโคเคนจำนวน 13 กิโลกรัม ซึ่งศาล The United States, Court of Appeal , The Third Circuit รวมถึง The U.S. Supreme Court ได้วินิจฉัยเป็นไปในทางเดียวกันว่าเมื่อ Amanda Mitchell ให้การรับสารภาพแล้วเท่ากับสิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฏิบัติต่อตนเองนั้น

<sup>59</sup> Robert F. Chochran, "How Do You Plead, Guilty or Not Guilty? Does the Plea Inquiry Violate the Defendant's Right to Silence?", *Cardozo Law Review* 26:4 : 1415.

<sup>60</sup> Lenny Mandell, "I Plead Guilty: Can I Still Exercise My Fifth Amendment Right to Remain Silent?, *Preview of United States Supreme Court Cases*", (1998): 133-134.

<sup>61</sup> *Ibid.*, p. 135.

ไม่มีอยู่อีกต่อไป<sup>62</sup> จึงสรุปจากคำวินิจฉัยดังกล่าวได้ว่าสิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองสามารถได้รับการยกเว้นได้ด้วยการให้การรับสารภาพ

กฎหมายเปิดช่องให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยมีสิทธิที่จะให้การรับสารภาพได้ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้กระทำความผิดจริงได้สำนึกผิดในการกระทำของตน แต่ศาลจะรับฟังคำรับสารภาพของบุคคลนั้นหรือไม่เพียงใดเป็นอีกเรื่องหนึ่ง ทั้งนี้ คำรับสารภาพที่ศาลอาจรับฟังได้ จะต้องอยู่บนพื้นฐานความสมัครใจของผู้ให้การรับสารภาพด้วย กล่าวคือ เป็นคำพูดใด ๆ ที่ผู้ต้องหากล่าวออกมาด้วยความเป็นอิสระภายใต้การตัดสินใจของผู้ต้องหาเอง โดยปราศจากการล่อลวง ชูเชิญ จูงใจ หรือทำด้วยประการใด ๆ เพื่อให้การออกมา<sup>63</sup> แต่มีข้อน่าสังเกตว่า หากปรากฏว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นมีสภาพจิตไม่ปกติ ไม่ว่าจะเพราะเหตุความป่วยทางจิตหรือปัญญาอ่อน คำรับสารภาพนั้นจะน่าเชื่อถือเพียงใด และศาลมีหลักเกณฑ์มาตรฐานอย่างไรในการรับฟังคำสารภาพที่เกิดจากผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติดังกล่าวบ้าง กระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทยก็ไม่ปรากฏบทบัญญัติที่กำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าห้ามมิให้ศาลรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยที่ป่วยทางจิต เพียงแต่กำหนดให้ศาลวินิจฉัยชี้ว่าหนักพยานหลักฐานที่มีข้อบกพร่องประการอื่นอันอาจกระทบถึงความน่าเชื่อถือของพยานหลักฐานนั้นด้วยความระมัดระวัง และไม่ควรเชื่อพยานหลักฐานนั้นโดยลำพังเพื่อลงโทษจำเลย<sup>64</sup> รวมถึงอย่าลงโทษจนกว่าจะแน่ใจว่ามีกระทำความผิดจริงและจำเลยเป็นผู้กระทำความผิดนั้น<sup>65</sup> อีกทั้งยังมีบทคุ้มครองกรณีจำเลยให้การรับสารภาพตามฟ้องในชั้นพิจารณาด้วยว่า ถ้าเป็นข้อหาความผิดกฎหมายกำหนดโทษอย่างต่ำไว้ให้จำคุก ตั้งแต่ห้าปีขึ้นไป ศาลต้องฟังพยานโจทก์จนกว่าจะพอใจว่าจำเลยได้กระทำความผิดจริง<sup>66</sup>

ในขณะที่สหรัฐอเมริกาหลักการพิจารณาคำรับสารภาพ ซึ่งผู้พิพากษา Hufstadler ได้วินิจฉัยไว้ในคดี Schoeller v. Dunbar เมื่อปี ค.ศ. 1970 ด้วยว่า “จำเลยจะให้การรับสารภาพไม่ได้ หากปรากฏว่าจำเลยนั้นมีอาการป่วยทางจิต และอาการป่วยทางจิตนั้นมีผลในสาระสำคัญต่อความสามารถในการใช้เหตุผลในการเลือกและความเข้าใจในผลที่ตามมาจากคำรับสารภาพนั้น” อันเป็นการใช้ดุลพินิจพิจารณาเรื่องความสามารถในการให้การรับสารภาพ อีกทั้งยังมีคำพิพากษาของศาล The Ninth Circuit Court of Appeal ในคดี Sieling v. Eyman เกี่ยวกับการรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยที่ป่วยทางจิต โดยวินิจฉัยว่า “ห้ามมิให้ศาลรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยที่มีความสามารถในการต่อสู้คดี

<sup>62</sup> Ibid.

<sup>63</sup> คณิต ณ นคร, กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา, หน้า 207.

<sup>64</sup> มาตรา 227/1 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>65</sup> มาตรา 227 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>66</sup> มาตรา 176 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

(Competent to stand trial) เว้นแต่จะพบว่าจำเลยนั้นมีความสามารถเพียงพอ ที่จะขอยกเว้นสิทธิที่จะไม่ให้การรับสารภาพที่ตนมีอยู่ในรัฐธรรมนูญด้วย<sup>67</sup>” ซึ่งคดีดังกล่าวมีข้อเท็จจริงสรุปได้ ดังนี้

Gielbert Sieling เป็นจำเลยในคดีที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดฐานข่มขืนกระทำชำเรา และประสงค์ที่จะฆ่าผู้อื่นด้วยอาวุธร้ายแรง ภายหลังจากที่ Gielbert Sieling ได้ให้การว่าตนไม่มีความผิด (plead of not guilty) ทนายความของ Gielbert Sieling ได้ยื่นคำขอให้ศาลวินิจฉัยเรื่องความสามารถของจำเลยในการต่อสู้คดี ภายใต้กฎข้อที่ 250 ของ the Arizona Rules of Criminal Procedures โดยศาลได้แต่งตั้งจิตแพทย์ 2 คน เพื่อตรวจอาการของจำเลย ได้ลงความเห็นขัดแย้งกัน แต่เมื่อได้แต่งตั้งจิตแพทย์คนที่ 3 ปรากฏผลออกมา 2 ใน 3 คนว่า จำเลยได้กระทำความผิดในขณะที่ตนวิกลจริต (insane) ถึงกระนั้นก็ดี ศาลก็ยังเห็นว่าจำเลยยังคงมีความสามารถที่จะเข้าสู่คดีในชั้นศาลได้<sup>68</sup>

หลังจากวันที่ตรวจอาการได้ประมาณ 1 เดือน ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาก่อนที่ศาลจะนัดพิจารณาครั้งต่อไป Gielbert Sieling ขอเปลี่ยนแปลงคำให้การของตน โดยขอให้การรับสารภาพและเมื่อศาลได้เห็นแล้วว่า จำเลยเข้าใจในข้อหาของตนได้ดี ศาลจึงยอมรับคำรับสารภาพของจำเลยในข้อหาข่มขืนกระทำชำเราโดยมีอาวุธร้ายแรง และให้เพิกถอนข้อกล่าวหาอื่น ๆ แต่ในที่สุดศาล The United States Court of Appeal, the Ninth Circuit court ในชั้นอุทธรณ์ได้อ้างอิงคำพิพากษาของคดี Westbrook v. Arizona ที่ให้แยกพิจารณาความสามารถของจำเลยในการต่อสู้คดีชั้นศาลกับความสามารถของการยกเว้นสิทธิในการมีทนายความว่าเป็นเรื่องต่างหากจากกัน ดังนั้น ศาลที่พิจารณาคดีนี้ จึงได้นำมาเทียบเคียงทำให้ได้ผลว่า การพิจารณาความสามารถของจำเลยในการให้การรับสารภาพ ก็จะต้องแยกพิจารณาจากความสามารถในการต่อสู้คดีในชั้นศาลเช่นเดียวกัน<sup>69</sup> และแม้ว่าจำเลยจะมีความสามารถในการต่อสู้คดี แต่อาจไม่มีความสามารถในการให้การรับสารภาพก็ได้

นอกจากนี้ยังปรากฏว่า ในสหรัฐอเมริกามีการแยกประเภทของผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติ โดยแยกผู้ต้องหาหรือจำเลยที่เป็นผู้ป่วยทางจิต (mentally ill) ออกจากผู้ต้องหาหรือจำเลยปัญญาอ่อนหรือมีความบกพร่องทางสมอง (mentally retarded) ด้วย โดยมีการกำหนดบทนิยามหลักเกณฑ์พิจารณาการกระทำความผิด ความสามารถในการต่อสู้คดี รวมถึงความสามารถการใช้สิทธิ และการยกเว้นสิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองไว้ต่างหากจากกัน เช่น การกำหนดค่านิยมของ The American Association on Mentally Deficiency (AAMD) ก็ได้แยกของผู้ป่วยทางจิตและ

<sup>67</sup> "Competence to Plead Guilty : A New Standard ", Duke Law Journal 1974 (March 1974): 149.

<sup>68</sup> Ibid., p. 150.

<sup>69</sup> "Competence to Plead Guilty : A New Standard ", Duke Law Journal: 150-151.

ผู้ปัญญาอ่อนนอกจากกัน เป็นต้น<sup>70</sup> หรือแม้กระทั่งการพิจารณาว่าการกระทำของจำเลยที่ปัญญาอ่อนจะเป็นความผิดหรือไม่ กฎหมายของมลรัฐแอริโซนา สหรัฐอเมริกา (M'Naghten Rule) ได้กำหนดให้พิจารณาว่า จำเลยมีความบกพร่องในการใช้เหตุผลและรู้กระทำของตนเองหรือไม่และหากจำเลยรู้การกระทำของตนเอง ก็พิจารณาว่าจำเลยรู้ความผิดชอบชั่วดีด้วยหรือไม่<sup>71</sup> แต่สำหรับการพิจารณาความสามารถของจำเลยว่าสามารถต่อสู้คดีและให้การรับสารภาพได้หรือไม่ จะพิจารณาโดยใช้หลักคำพิพากษาของศาลในคดี Dusky v. United States เมื่อปี ค.ศ. 1960 ที่กำหนดให้ต้องพิจารณาว่าจำเลยมีความสามารถเพียงพอที่จะปรึกษาทนายความของจำเลยได้ด้วยความเข้าใจอย่างมีเหตุผลและมีความเข้าใจในกระบวนการดำเนินคดีต่อจำเลยนั้น<sup>72</sup>

ด้วยหลักข้างต้นนี้ทำให้เห็นว่า พื้นฐานของกฎหมายได้รับรองให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยมีสิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองอยู่แล้ว โดยมีความหมายรวมถึงมีสิทธิที่จะไม่ให้การรับสารภาพว่าตนกระทำความผิดด้วยเช่นกัน ส่วนศาลจะรับฟังคำรับสารภาพนั้นมากน้อยเพียงใดเป็นดุลพินิจที่ศาลจะต้องพิจารณาต่อไป อย่างไรก็ตาม หากผู้ต้องหาหรือจำเลยมีสภาพจิตไม่ปกติ ไม่ว่าจะเพราะเหตุป่วยทางจิตหรือเป็นคนปัญญาอ่อน เท่ากับว่า ความสมัครใจของจำเลยที่จะให้การอย่างมีอิสรภาพย่อมได้รับการกระทบกระเทือนจากปัญหาทางสมองหรือจิตใจ จึงทำให้มีข้อสังเกตว่า ต้องมีหลักเกณฑ์ในการพิจารณาคำรับสารภาพของบุคคลเหล่านี้เป็นการเฉพาะเจาะจงขึ้นมาอีกชั้นหนึ่งหรือไม่ เพราะบุคคลเหล่านี้ไม่อาจมีสภาพจิตใจที่เป็นปกติเพียงพอที่จะรับรู้ความผิดชอบชั่วดีได้อย่างเช่นผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตปกติ

### 2.3.3 หลักการการพิจารณาคดีอาญาโดยเปิดเผย

หลักการพิจารณาคดีโดยเปิดเผยเป็นหลักที่รู้จักกันโดยทั่วไปในรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกา ข้อ 6 (The Sixth Amendment U.S. Constitution) ซึ่งกำหนดไว้ว่า “ในการฟ้องคดีอาญาทั้งปวง ผู้ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดมีสิทธิที่จะได้รับการดำเนินคดีโดยเร็วและเปิดเผยโดยคณะลูกขุนที่มีความเป็นธรรมของมลรัฐหรือเขต แล้วแต่กรณีที่มีการกระทำความผิดเกิดขึ้น และต้องได้รับการแจ้งเหตุแห่งการกล่าวหา สามารถเผชิญหน้ากับพยานที่เป็นปฏิปักษ์กับตนเอง มีกระบวนการที่จะใช้พยานตามที่ตนต้องการ และมีสิทธิที่จะได้รับคำปรึกษาจากทนายความ”<sup>73</sup> เป็นหลัก

<sup>70</sup> Justice Jack D. Hays and Susan A. Ehrlich, "The Ability of Mentally Retarded to Plead Guilty", *Arizona State Law Journal* 1975, 4 (1975): 663-664.

<sup>71</sup> Ibid., p. 665.

<sup>72</sup> Ibid., p. 666.

<sup>73</sup> "The Sixth Amendment", *The Golden Gate University Law Review* 2 (1972): 1.



ที่สืบเนื่องมาจากหลักนิติรัฐ อันแสดงให้เห็นถึงความเป็นประชาธิปไตย และเป็นคุณลักษณะของวิธีพิจารณาความอาญาที่ดีประการหนึ่ง<sup>74</sup> เนื่องจากการเปิดโอกาสให้ประชาชนทั่วไปที่สนใจสามารถเข้ารับฟังการพิจารณาคดี เพื่อตรวจสอบกระบวนการการทำงานและการใช้ดุลพินิจของศาลว่า มีความบริสุทธิ์ยุติธรรมจริง และเพื่อให้กระบวนการพิจารณาเป็นไปด้วยความโปร่งใส<sup>75</sup> ดังนั้น การพิจารณาคดีอาญาจึงต้องเป็นไปโดยเปิดเผยและต้องกระทำในสถานที่ที่ประชาชนสามารถเข้าฟังการพิจารณาคดีได้<sup>76</sup> ซึ่งหมายถึงเข้ามารับฟังในห้องพิจารณาคดี แต่ในทางปฏิบัติบางกรณี หากห้องพิจารณาคดีมีขนาดไม่เพียงพอที่จะรองรับจำนวนผู้ที่สนใจเข้ารับฟังคำพิพากษาจำนวนมาก ก็อาจมีการถ่ายทอดสดทั้งภาพและเสียงผ่านกล้องวงจรปิด เพื่อให้บุคคลภายนอกห้องพิจารณาคดีที่ไม่สามารถเข้ามารับฟังคำพิพากษาได้รับชมกันได้ด้วย<sup>77</sup>

หลักการพิจารณาคดีโดยเปิดเผยอาจส่งผลกระทบต่อทั้งในผลดีและผลเสีย ดังนั้น การปรับใช้จึงต้องมีขอบเขต โดยข้อยกเว้นได้กำหนดไว้ในข้อ 14 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR))<sup>78</sup> สำหรับบางเรื่องที่ไม่ต้องมีการพิจารณาคดีโดยเปิดเผย ดังเช่น “บุคคลทั้งปวงย่อมเสมอภาคในการพิจารณาของศาลและคณะตุลาการ ในการพิจารณาคดีอาญาซึ่งตนต้องหาว่ากระทำความผิด หรือการพิจารณาคดีเกี่ยวกับสิทธิและหน้าที่ของตน บุคคลทุกคนย่อมมีสิทธิได้รับการพิจารณาอย่างเปิดเผยและเป็นธรรม... สื่อมวลชนและสาธารณชนอาจถูกห้ามเข้าฟังการพิจารณาคดีทั้งหมดหรือแต่บางส่วนได้ด้วยเหตุผลทางศีลธรรม ความสงบเรียบร้อยของประชาชน หรือความมั่นคงของชาติในสังคมประชาธิปไตยหรือเพื่อความจำเป็นเกี่ยวกับส่วนได้เสียในเรื่องชีวิตส่วนตัวของคู่กรณี หรือในสภาพการณ์พิเศษซึ่งศาลเห็นว่าจำเป็นอย่างยิ่ง หรือเมื่อการพิจารณาโดยเปิดเผยนั้นอาจเป็นการเสื่อมเสียต่อประโยชน์แห่งความยุติธรรม”<sup>79</sup>

สำหรับประเทศไทยมีบทบัญญัติกำหนดบทยกเว้นหลักการพิจารณาคดีโดยเปิดเผยไว้ โดยให้อำนาจศาลกำหนดให้พิจารณาเป็นการลับตามมาตรา 177 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กำหนดว่า “ศาลมีอำนาจสั่งให้พิจารณาเป็นการลับ เมื่อเห็นสมควรโดยผลการหรือโดยคำร้องขอ

<sup>74</sup> คณิต ณ นคร, กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา, หน้า 73-74.

<sup>75</sup> ณรงค์ ใจหาญ, หลักกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เล่ม 2, หน้า 75.

<sup>76</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 74.

<sup>77</sup> ณรงค์ ใจหาญ, รายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาวิจัย เรื่อง สิทธิของผู้ต้องหา จำเลยและผู้ต้องโทษในคดีอาญา (2540). หน้า 279.

<sup>78</sup> International Covenant on Civil and Political Rights, Article 14

<sup>79</sup> International Covenant on Civil and Political Rights, Article 14

ของคู่ความฝ่ายใด แต่ต้องเพื่อประโยชน์แห่งความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน หรือเพื่อป้องกันความลับอันเกี่ยวกับความปลอดภัยของประเทศมิให้ล่วงรู้ถึงประชาชน”<sup>80</sup> โดยมาตรา 178 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กำหนดให้บุคคลที่มีสิทธิอยู่ในห้องพิจารณาได้ คือ โจทก์และทนาย จำเลยและทนาย ผู้ควบคุมตัวจำเลย พยานและผู้ชำนาญการพิเศษ ล่าม บุคคลผู้มีประโยชน์เกี่ยวข้องและได้รับอนุญาตจากศาล พนักงานศาลและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยแก่ศาล แล้วแต่จะเห็นสมควร<sup>81</sup>

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า เรื่องที่ประชาชนไม่มีสิทธิเข้าฟังการพิจารณาคดีได้ คือ เรื่องที่เกี่ยวกับความสงบเรียบร้อยหรือศีลธรรมอันดีของประชาชน ความมั่นคงและความปลอดภัยของประเทศ หรือเรื่องเกี่ยวกับชีวิตส่วนตัวของคู่กรณี ซึ่งเป็นการคุ้มครองสิทธิของจำเลยที่จะไม่ต้องถูกประจานต่อสาธารณชนในเรื่องที่อับอาย อันอาจทำให้จำเลยเสียชื่อเสียง ถูกดูหมิ่น หรือถูกเกลียดชังได้<sup>82</sup> เช่น คดีเกี่ยวกับความผิดทางเพศ ศาลสามารถสั่งให้สืบพยานผู้เสียหายซึ่งเป็นหญิงเป็นการลับได้ เป็นต้น<sup>83</sup>

### 2.3.4 หลักการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขังที่มีสภาพจิตไม่ปกติ

หลักการสากลที่คุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขัง ได้แก่ United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (Nelson Mandela Rules) 2015 โดยแบ่งออกเป็นหลายหมวดหมู่ เช่น การให้ที่พักอาศัย การให้การศึกษา การให้ทำงานสร้างอาชีพ การให้พบกับบุคคลภายนอก เป็นต้น รวมทั้งยังมีหลักการเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังที่วิกลจริต หรือมีความผิดปกติทางจิตด้วย ใน Part II Rules Applicable to Special Categories B. Insane and Mentally abnormal prisoners โดยบัญญัติไว้ว่า<sup>84</sup>

“109. (1) บุคคลที่พบว่าไม่มีความรับผิดชอบอาญา หรือผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยในภายหลังว่า ไม่มีความสามารถทางจิตอย่างรุนแรง และ/หรือ เกี่ยวกับสุขภาพจิต และการที่อยู่ในคุกต่อไปจะทำให้

<sup>80</sup> มาตรา 177 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>81</sup> มาตรา 178 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>82</sup> ณรงค์ ใจหาญ, หลักกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เล่ม 2, หน้า 75.

<sup>83</sup> เรื่องเดียวกัน, หน้า 77.

<sup>84</sup> United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, (The Nelson Mandela Rules) , Rule 109-110

อาการทรุดลงเป็นคนวิกลจริตไม่อาจถูกกักขังต่อไปได้และต้องจัดการให้ส่งตัวผู้นั้นไปยังหน่วยงานทางด้านจิตเวชโดยเร็วที่สุด<sup>85</sup>

(2) หากมีความจำเป็น ผู้ต้องขังที่ไม่มีความสามารถทางจิตอย่างรุนแรง และ/หรือเกี่ยวกับสุขภาพจิต อาจได้รับการตรวจและบำบัดรักษาในสถานบริการทางด้านจิตเวชภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการรับรองในการดูแลสุขภาพ<sup>86</sup>

(3) หน่วยบริการดูแลสุขภาพจะต้องจัดหาการบำบัดรักษาให้แก่ผู้ต้องขังรายอื่นที่ต้องการการบำบัดรักษานั้น<sup>87</sup>

110. การจัดการควรเป็นไปอย่างเป็นขั้นเป็นตอนโดยหน่วยงานที่มีความเหมาะสม และหากมีความจำเป็นเพื่อให้มีความแน่นอน อาจให้มีการบำบัดรักษาทางจิตอย่างต่อเนื่องภายหลังจากการปล่อยตัวแล้ว และอาจมีการกำหนดเงื่อนไขในด้านการดูแลสุขภาพจิตหลังจากนั้นได้ด้วย”<sup>88</sup>

นอกจากนี้ ยังมีหลักการและแนวปฏิบัติสำหรับการคุ้มครองและดูแลสุขภาพจิตและการรักษาพยาบาลผู้ป่วยทางจิต<sup>89</sup> (The Principles for the Protection of Persons with Mental Illness) ซึ่งปรากฏในผลการประชุมสามัญขององค์การสหประชาชาติ ครั้งที่ 75 เมื่อวันที่ 17 ธันวาคม พ.ศ. 2534 มีทั้งหมด 25 ประการ โดยได้กำหนดหลักการคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยทางจิต (Mental Illness) ไว้ด้วย เช่น การกำหนดสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่สำคัญของผู้ป่วยทางจิต (Fundamental Freedom and Basic Rights) การกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้ป่วย (Standards of Care)

<sup>85</sup> 1. Persons who are found to be not criminally responsible, or who are later diagnosed with severe mental disabilities and/or health conditions, for whom staying in prison would mean an exacerbation of their condition, shall not be detained in prisons, and arrangements shall be made to transfer them to mental health facilities as soon as possible.

<sup>86</sup> 2. If necessary, other prisoners with mental disabilities and/or health conditions can be observed and treated in specialized facilities under the supervision of qualified health-care professionals.

<sup>87</sup> 3. The health-care services shall provide for the psychiatric treatment of all other prisoners who are in need of such treatment.

<sup>88</sup> It is desirable that steps should be taken, by arrangement with the appropriate agencies, to ensure if necessary to continuation of psychiatric treatment after release and the provision of social-psychiatric aftercare

<sup>89</sup> ศูนย์สารสนเทศสิทธิมนุษยชน สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, "Human Rights Dictionary: ศัพท์สิทธิมนุษยชน," [Online]. Available from: [http://library.nhrc.or.th/Dictionary/search\\_dic.php?Search=P](http://library.nhrc.or.th/Dictionary/search_dic.php?Search=P)

การรักษาผู้ป่วย (Medication) การบำบัดผู้ป่วย (Treatment) โดยได้กำหนดหลักการคุ้มครองสิทธิในการดำเนินกระบวนการทางยุติธรรมของผู้ป่วยทางจิตไว้ ดังนี้

(1) หลักการข้อ 1 การกำหนดสิทธิเสรีภาพที่สำคัญของผู้ป่วยทางจิต (Principle 1: Fundamental Freedom and Basic Rights) ในข้อที่ 7 กำหนดว่า “เมื่อศาลพบว่าบุคคลหนึ่งซึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิต ไม่สามารถจัดการการงานของเขาหรือเธอได้ ต้องนำมาตรการมาใช้เพียงเท่าที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับสภาวะของบุคคลนั้น เพื่อรับรองว่าได้ปกป้องประโยชน์ของเขาหรือเธอนั้นแล้ว” <sup>90</sup>

(2) หลักการข้อ 20 จำเลยในคดีอาญา (Principle 20: Criminal Offenders) ได้กำหนดหลักไว้ 4 ประการ ดังนี้

(2.1) หลักการนี้ใช้กับผู้ที่ได้รับการตัดสินให้จำคุกจากการเป็นจำเลยในคดีอาญา หรือผู้ที่ถูกกักขังในระหว่างการดำเนินคดีอาญาหรือการสืบสวน รวมทั้งผู้ที่ถูกลงความเห็นว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต หรือผู้ที่ถูกเชื่อว่ามีอาการป่วยทางจิต<sup>91</sup>

(2.2) บุคคลที่ป่วยทางจิตต้องสามารถเข้าใช้ประโยชน์จากการดูแลสุขภาพจิตอย่างดีที่สุดตามหลักการในข้อ 1 ข้างต้น หลักการนี้ต้องนำไปใช้กับบุคคลดังกล่าวให้เป็นอย่างเต็มที่มากที่สุด โดยจะมีการแก้ไขเพิ่มเติมและข้อยกเว้นได้อย่างจำกัดเพียงเท่าที่จำเป็นสำหรับกรณีนั้น การแก้ไขเพิ่มเติมและข้อยกเว้นจะต้องไม่เลือกปฏิบัติต่อสิทธิของบุคคลดังกล่าว <sup>92</sup>

<sup>90</sup> 7. Where a court or other competent tribunal finds that a person with mental illness is unable to manage his or her own affairs, measures shall be taken, so far as is necessary and appropriate to that person's condition, to ensure the protection of his or her interests.

<sup>91</sup> 1. The present Principle applies to persons serving sentences of imprisonment for criminal offences, or who are otherwise detained in the course of criminal proceedings or investigations against them, and who are determined to have a mental illness or who it is believed may have such an illness.

<sup>92</sup> 2. All such persons should receive the best available mental health care as provided in principle 1 above. The present Principles shall apply to them to the fullest extent possible, with only such limited modifications and exceptions as are necessary in the circumstances. No such modifications and exceptions shall prejudice the persons' rights under the instruments noted in

(2.3) กฎหมายภายในประเทศอาจอนุญาตให้มีศาลหรือองค์กรของรัฐที่มีความสามารถดำเนินการบนพื้นฐานของการให้คำปรึกษาทางการแพทย์อย่างมีศักยภาพและเป็นอิสระ เพื่อสั่งการให้บุคคลนั้นได้เข้ารับการอำนวยความสะดวกทางสุขภาพจิต<sup>93</sup>

(2.4) การบำบัดผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตในทุกกรณีต้องสอดคล้องกับหลักการข้อที่ 11 ข้างต้น<sup>94</sup>

(3) หลักการข้อที่ 22 การตรวจสอบและเยียวยาความเสียหาย (Principle 22: Monitoring and Remedies) กำหนดว่า “รัฐต้องรับรองว่าได้มีการบังคับใช้กลไกที่เหมาะสมเพื่อปฏิบัติตามหลักการนี้ สำหรับการตรวจสอบการอำนวยความสะดวกในทางสุขภาพจิต สำหรับการยื่นคำฟ้อง การตรวจและผลของคำฟ้อง และสำหรับหน่วยงานที่ปฏิบัติเกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมไม่ให้มีการประพฤติดื้อต่อวิชาชีพหรือละเมิดสิทธิของผู้ป่วย”<sup>95</sup>

(4) หลักการข้อที่ 23 การนำหลักการไปปฏิบัติ (Principle 23: Implementation) ข้อ 1 กำหนดว่า “รัฐสมควรนำหลักการนี้ไปปฏิบัติอย่างเหมาะสมในทางกฎหมาย กระบวนการยุติธรรม บริหาร การศึกษา และมาตรการอื่น ๆ ซึ่งต้องได้รับการทบทวนเป็นระยะ ๆ”<sup>96</sup>

## 2.4 กฎหมายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ

### 2.4.1 ประมวลกฎหมายอาญา

บทบัญญัติเกี่ยวกับการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติที่ปรากฏในประมวลกฎหมายอาญาแบ่งออกเป็น 2 ช่วงระยะเวลา ได้แก่ ช่วงระหว่างการพิจารณาคดีของศาล และช่วงภายหลังจากศาลมีคำพิพากษาแล้ว กล่าวคือ ในช่วงระหว่างการพิจารณาคดีของศาล

<sup>93</sup> 3. Domestic law may authorize a court or other competent authority, acting on the basis of competent and independent medical advice, to order that such persons be admitted to a mental health facility.

<sup>94</sup> 4. Treatment of persons determined to have a mental illness shall in all circumstances be consistent with principle 11 above.

<sup>95</sup> States shall ensure that appropriate mechanisms are in force to promote compliance with the present Principles, for the inspection of mental health facilities, for the submission, investigation and resolution of complaints and for the institution of appropriate disciplinary or judicial proceedings for professional misconduct or violation of the rights of a patient.

<sup>96</sup> States should implement the present Principles through appropriate legislative, judicial, administrative, educational and other measures, which they shall review periodically.

ศาลมีอำนาจหน้าที่จะต้องกำหนดความผิดและโทษแก่ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ โดยมีมาตรา 65 บัญญัติเป็นหลักในการวินิจฉัยไว้ว่า

“ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น

แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้น เพียงใดก็ได้”

สำหรับช่วงภายหลังจากที่ศาลมีคำพิพากษาแล้ว ศาลมีอำนาจใช้ดุลพินิจส่งให้ผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ให้ไปคุมตัวไว้ที่สถานพยาบาลได้ เพื่อเป็นการรับรองความปลอดภัย และสวัสดิภาพของประชาชนอีกชั้นหนึ่งที่จะไม่ปล่อยตัวผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติออกสู่สังคมโดยไม่ปลอดภัย โดยมีมาตรา 48 ของประมวลกฎหมายอาญาบัญญัติไว้ว่า

“ถ้าศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”

หากศาลมีคำพิพากษาแล้วแต่รอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษตามประมวลกฎหมายอาญา ศาลก็มีอำนาจที่จะกำหนดเงื่อนไขในการควบคุมความประพฤติของผู้กระทำความผิดได้ตาม มาตรา 56 บัญญัติว่า

“ผู้ใดกระทำความผิดซึ่งมีโทษจำคุก และในคดีนั้นศาลจะลงโทษจำคุกไม่เกินห้าปี ไม่ว่าจะลงโทษปรับด้วยหรือไม่ก็ตามหรือลงโทษปรับ ถ้าปรากฏว่าผู้นั้น

(๑) ไม่เคยรับโทษจำคุกมาก่อน หรือ

(๒) เคยรับโทษจำคุกมาก่อนแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ หรือเป็นโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือ

(๓) เคยรับโทษจำคุกมาก่อนแต่พ้นโทษจำคุกมาแล้วเกินกว่าห้าปี แล้วมากระทำความผิดอีก โดยความผิดในครั้งหลังเป็นความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

และเมื่อศาลได้คำนึงถึงอายุ ประวัติ ความประพฤติ สติปัญญา การศึกษาอบรม สุขภาพ ภาวะแห่งจิต นิสัย อาชีพ และสิ่งแวดล้อมของผู้นั้น หรือสภาพความผิด หรือการรู้สึกความผิด และพยายามบรรเทาผลร้ายที่เกิดขึ้น หรือเหตุอื่นอันควรปรานีแล้ว ศาลจะพิพากษาว่าผู้นั้นมีความผิดแต่รอการกำหนดโทษหรือกำหนดโทษแต่รอการลงโทษไว้ ไม่ว่าจะรับโทษจำคุกหรือปรับอย่างหนึ่งอย่างใด หรือทั้งสองอย่าง เพื่อให้โอกาสกลับตัวภายในระยะเวลาที่ศาลจะได้กำหนดแต่ต้องไม่เกินห้าปีนับแต่วันที่ศาลพิพากษา โดยจะกำหนดเงื่อนไขเพื่อควบคุมความประพฤติของผู้นั้นด้วยหรือไม่ก็ได้

เงื่อนไขเพื่อคุ้มครองความประพฤติของผู้กระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง ศาลอาจกำหนดข้อเดียวหรือหลายข้อตามควรแก่กรณีได้ ดังต่อไปนี้

...

(4) ให้ปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ความบกพร่องทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือความเจ็บป่วยอย่างอื่น ณ สถานที่ และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด

...

(10) เงื่อนไขอื่น ๆ ตามที่ศาลเห็นสมควรกำหนด เพื่อแก้ไข พื้นฟู หรือป้องกันมิให้ผู้กระทำความผิดกระทำหรือมีโอกากระทำความผิดขึ้นอีก หรือเงื่อนไขในการเยียวยาผู้เสียหาย ตามที่เห็นสมควร

เงื่อนไขตามที่ศาลได้กำหนดตามความในวรรคสองนั้น ถ้าภายหลังความปรากฏแก่ศาล ตามคำขอของผู้กระทำความผิด ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้นั้น ผู้อนุบาลของผู้นั้น พนักงานอัยการ หรือเจ้าพนักงานว่าพฤติการณ์ที่เกี่ยวกับการควบคุมความประพฤติของผู้กระทำความผิดได้เปลี่ยนแปลงไป เมื่อศาลเห็นสมควรศาลอาจแก้ไขเพิ่มเติมหรือเพิกถอนข้อหนึ่งข้อใดเสียก็ได้ หรือจะกำหนดเงื่อนไขข้อใด ตามที่กล่าวในวรรคสองที่ศาลยังมีได้กำหนดไว้เพิ่มเติมขึ้นอีกก็ได้ หรือถ้ามีการกระทำผิดทัณฑ์บน ให้นำบทบัญญัติมาตรา ๔๗ มาใช้บังคับโดยอนุโลม”

#### 2.4.2 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาบัญญัติเกี่ยวกับวิธีปฏิบัติต่อผู้ต้องหาหรือจำเลย ที่มีสภาพจิตไม่ปกติ โดยแบ่งออกเป็น 2 ช่วงระยะเวลา คือ ก่อนศาลพิพากษาคดีและภายหลังจากศาลพิพากษาคดีแล้ว ซึ่งช่วงก่อนที่ศาลพิพากษาคดีจะเริ่มต้นคุ้มครองผู้ต้องหาตั้งแต่ในชั้นสอบสวนถึงชั้นไต่สวนมูลฟ้อง และจำเลยในชั้นการพิจารณา โดยมีมาตรา 14 บัญญัติไว้ว่า

“ในระหว่างทำการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่า ผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาล แล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้น เสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่า ตรวจได้ผลประการใด

ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเห็นว่า ผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริตหรือสามารถจะต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรือมอบให้แก่ผู้อนุบาล ข้าหลวงประจำจังหวัด หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาก็ได้ ตามแต่จะเห็นสมควร”

สำหรับช่วงภายหลังจากที่ศาลมีคำพิพากษาแล้ว หากเป็นจำเลยที่วิกลจริตและถูกศาลพิพากษาให้จำคุก ก็มีบทบัญญัติคุ้มครองเพื่อขอให้ทุเลาการบังคับให้จำคุกไว้ก่อนได้ในมาตรา 246 ซึ่งบัญญัติว่า

“เมื่อจำเลย สามี ภริยา ญาติของจำเลย พนักงานอัยการ ผู้บัญชาการเรือนจำ หรือเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่จัดการตามหมายจำคุก ร้องขอ หรือเมื่อศาลเห็นสมควร ศาลมีอำนาจสั่งให้ทุเลาการบังคับให้จำคุกไว้ก่อน จนกว่าเหตุอันควรทุเลาจะหมดไป ในกรณีดังต่อไปนี้

(1) เมื่อจำเลยวิกลจริต ...

ในระหว่างทุเลาการบังคับอยู่นั้น ศาลจะมีคำสั่งให้บุคคลดังกล่าวอยู่ในความควบคุมในสถานที่อันควร นอกจากเรือนจำ หรือสถานที่ที่กำหนดไว้ในหมายจำคุกก็ได้ และให้ศาลกำหนดให้เจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่จัดการตามหมายนั้น เป็นผู้ที่มีหน้าที่และรับผิดชอบในการดำเนินการตามคำสั่ง

ลักษณะของสถานที่อันควรตามวรรคสองให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งต้องกำหนดวิธีการควบคุม และบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพจำเลย และมาตรการเพื่อป้องกันการหลบหนี หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นด้วย

เมื่อศาลมีคำสั่งตามวรรคหนึ่งแล้ว หากภายหลังจำเลยไม่ปฏิบัติตามวิธีการ หรือมาตรการตามวรรคสาม หรือพฤติการณ์ได้เปลี่ยนแปลงไป ให้ศาลมีอำนาจเปลี่ยนแปลงคำสั่ง หรือให้ดำเนินการตามหมายจำคุกได้”

นอกจากนี้ ยังมีบทบัญญัติคุ้มครองบุคคลที่ต้องคำพิพากษาให้ประหารชีวิตและเกิดวิกลจริตก่อนถูกประหารชีวิตด้วย โดยศาลมีอำนาจสั่งให้ควบคุมตัวผู้นั้นตามประมวลกฎหมายอาญาได้ในระหว่างการทุเลาประหารชีวิต หรือแม้แต่บทบัญญัติลดโทษหากวิกลจริตเกิน 1 ปี นับแต่ศาลมีคำพิพากษาถึงที่สุดซึ่งมีมาตรา 248 บัญญัติไว้ว่า

“ถ้าบุคคลซึ่งต้องคำพิพากษาให้ประหารชีวิตเกิดวิกลจริตก่อนถูกประหารชีวิตให้การประหารชีวิตไว้ก่อน จนกว่าผู้นั้นจะหาย ขณะทุเลาการประหารชีวิตอยู่นั้น ศาลมีอำนาจยกมาตรา 46 วรรค (2) แห่งกฎหมายลักษณะอาญามาบังคับ

ถ้าผู้วิกลจริตนั้นหายภายหลังปีหนึ่งนับแต่วันคำพิพากษาถึงที่สุด ให้ลดโทษประหารชีวิตลงเหลือจำคุกตลอดชีวิต”



### 2.4.3 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ถือว่าเป็นบทบัญญัติหลักที่กำหนดวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยทางจิต ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยทางจิตทั่วไปหรือผู้ป่วยคดีที่ได้รับการส่งตัวมาตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาในระหว่างการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณา หรือตามคำสั่งศาลในคดีอาญาอื่น ๆ ตามประมวลกฎหมายอาญาหรือประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้บัญญัติเรื่องคำนิยามของความผิดปกติทางจิตไว้ อย่างชัดเจนว่าบุคคลดังกล่าวต้องมีอาการอย่างไรบ้างจึงจะได้รับความคุ้มครองตามมาตรา 3 วรรคหนึ่งว่า “ความผิดปกติทางจิต หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกมาทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท” ในขณะที่ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 วรรคหนึ่ง กลับไม่มีบทบัญญัตินิยามความหมายที่ชัดเจนของคำว่า จิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนไว้ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาในการตีความการใช้คำดังกล่าวในภายหลัง ดังนั้น จึงทำให้เห็นว่าพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 คุ้มครองบุคคลทั่วไปที่มีอาการผิดปกติของจิต โดยยังไม่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตหรือโรคประสาทก่อนแต่อย่างใด อีกทั้งยังขยายการคุ้มครองให้กว้างขึ้นไปถึงบุคคลจิตผิดปกติที่เกิดจากการดื่มสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทด้วย

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติฉบับนี้ยังได้แยกประเภทของผู้ป่วยทั่วไปกับผู้ป่วยคดีออกจากกัน อย่างชัดเจนโดยมีบทนิยามของผู้ป่วยทางจิตทั่วไปบัญญัติไว้ในมาตรา 3 วรรคห้าว่า “ผู้ป่วย หมายความว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา” สำหรับบทนิยามของผู้ป่วยนิติจิตเวชหรือผู้ป่วยคดีบัญญัติไว้ในมาตรา 3 วรรคหก ซึ่งบัญญัติว่า “ผู้ป่วยคดี หมายความว่า ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาในคดีอาญา ซึ่งพนักงานสอบสวนหรือศาลสั่งให้ได้รับการตรวจหรือบำบัดรักษารวมทั้งผู้ป่วยที่ศาลมีคำสั่งให้ได้รับการบำบัดรักษาภายหลัง มีคำพิพากษาในคดีอาญาด้วย”

ผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าบำบัดรักษาอาการทางจิตด้วยตนเองจะต้องให้ความยินยอมเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อเป็นสำคัญ หรือกรณีเป็นบุคคลตามที่กฎหมายกำหนดในมาตรา 21 ก็ต้องได้รับความยินยอมจากบุคคลดังกล่าวด้วย โดยในมาตรา 21 บัญญัติไว้ว่า

“การบำบัดรักษาจะกระทำต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่เป็นผู้ป่วยตามมาตรา 22

ถ้าต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาความยินยอมตามวรรคหนึ่ง ต้องทำเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมตามวรรคสองแทน”

บทบัญญัติเกี่ยวกับการให้ความยินยอมจากผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรถือว่าเป็น บทบัญญัติคุ้มครองสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยไม่ให้ถูกกระทำละเมิดต่อร่างกายและชื่อเสียง เพราะการเข้ารับบำบัดรักษาทางจิตเท่ากับเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้อื่นรับรู้เรื่องราวชีวิตส่วนตัวของผู้ป่วยและทำให้แพทย์ได้ทราบเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงสาเหตุ อีกทั้งยังอาจกระทบต่อสิทธิในร่างกายของผู้ป่วยด้วยหากต้องใช้เครื่องมืออื่นใดเพื่อทำการบำบัดรักษา เช่น การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองหรือระบบประสาท ที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมเป็นการถาวร ซึ่งมีบทบัญญัติมาตรา 18 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดให้ต้องได้รับความยินยอมผู้ป่วยเป็นลายลักษณ์อักษรไว้อีกด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม ยังมีกรณีของผู้ป่วยที่ไม่ได้สมัครใจเข้ารับการรักษา ได้แก่บุคคลตามมาตรา 22 ที่บัญญัติไว้ว่า

“บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตในกรณีใดกรณีหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นบุคคลที่ต้องได้รับการบำบัดรักษา

- (1) มีภาวะอันตราย
- (2) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา”

ทั้งนี้ ในมาตรา 23 ได้บัญญัติไว้ว่า หากมีผู้ใดพบบุคคลตามมาตรา 22 ต้องรีบแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า<sup>97</sup> และเมื่อได้รับแจ้งแล้วหรือเป็นบุคคลที่มีลักษณะตามมาตรา 22 ให้ดำเนินการนำตัวผู้นั้นไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา 27 โดยจะมีผู้รับดูแลบุคคลดังกล่าวไปด้วยหรือไม่ก็ได้<sup>98</sup> อย่างไรก็ตาม การนำตัวบุคคลดังกล่าวไปยังสถานบำบัดรักษาโดยผูกมัดร่างกายบุคคลดังกล่าวจะกระทำมิได้ เว้นแต่เป็นความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อบุคคลนั้นเอง บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น<sup>99</sup> ตามมาตรา 24 ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แต่หากเป็นกรณีฉุกเฉิน มีมาตรา 26 ได้กำหนดกรณีให้พนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจที่ได้รับแจ้งตามมาตรา 23 หรือพบบุคคลที่มีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งมีภาวะอันตรายและเป็นอันตราย

<sup>97</sup> มาตรา 23 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>98</sup> มาตรา 24 วรรคหนึ่ง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>99</sup> มาตรา 24 วรรคสอง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ที่ใกล้จะถึง มีอำนาจที่จะนำตัวบุคคลนั้นหรือเข้าไปในสถานที่ใด ๆ เพื่อนำตัวบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้าเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา 27<sup>100</sup>

นอกจากนี้ ยังมีมาตรา 25 ที่ให้อำนาจผู้รับผิดชอบดูแลสถานที่คุมขังหรือสถานสงเคราะห์หรือพนักงานคุมประพฤติ หากบุคคลที่อยู่ในความรับผิดชอบตามอำนาจหน้าที่ มีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นมีลักษณะตามมาตรา 22 ให้ดำเนินการส่งตัวบุคคลนั้นไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น<sup>101</sup>

สำหรับการส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยมาในระหว่างการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้องหรือการพิจารณา เพื่อให้ตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา แบ่งวิธีปฏิบัติออกเป็น 2 กรณี ได้แก่

(1) กรณีผู้ป่วยคดีที่ได้รับการส่งตัวมาตามมาตรา 14 วรรคหนึ่ง ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาบัญญัติทางปฏิบัติไว้ในมาตรา 35 ว่า

“ภายใต้บังคับมาตรา 14 วรรคหนึ่ง แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลส่งผู้ต้องหาหรือจำเลยไปรับการตรวจที่สถานบำบัดรักษาพร้อมทั้งรายละเอียดพฤติการณ์แห่งคดี

เมื่อสถานบำบัดรักษารับตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้แล้ว ให้จิตแพทย์ตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและทำความเข้าใจเพื่อประกอบการพิจารณาของพนักงานสอบสวนหรือศาลว่าผู้ต้องหาหรือจำเลย สามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ แล้วรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีให้พนักงานสอบสวนหรือศาลทราบภายในสี่สิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ และอาจขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกินสี่สิบห้าวัน

เพื่อประโยชน์ในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ให้สถานบำบัดรักษามีอำนาจเรียกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องหาหรือจำเลยจากสถานพยาบาลอื่นได้

ให้นำความในมาตรา 27 วรรคสอง มาใช้บังคับกับการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตตามวรรคสองโดยอนุโลม

ในกรณีที่ผู้ต้องหาหรือจำเลยถูกคุมขัง และมีความจำเป็นต้องรับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ในสถานบำบัดรักษาอาจขอให้พนักงานสอบสวนหรือศาลกำหนดวิธีการ เพื่อป้องกันการหลบหนีหรือเพื่อป้องกันอันตรายก็ได้

<sup>100</sup> มาตรา 26 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>101</sup> มาตรา 25 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

หลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามวรรคสอง ให้เป็นไปตามระเบียบ”

(2) กรณีผู้ป่วยคดีที่ได้รับการส่งตัวมาตามมาตรา 14 วรรคสอง ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาบัญญัติทางปฏิบัติไว้ใน มาตรา 36 ว่า

“ภายใต้บังคับมาตรา 14 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ให้สถานบำบัดรักษาผู้ป่วยต้องหาหรือจำเลยไว้ควบคุมและบำบัดรักษาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ต้องหาหรือจำเลย จนกว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยจะหายหรือทุเลาและสามารถต่อสู้คดีได้ เว้นแต่พนักงานสอบสวนหรือศาลจะมีคำสั่งหรือมีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น

ให้จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาทำรายงานผลการบำบัดรักษาส่งให้พนักงานสอบสวนหรือศาลภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ในกรณีที่จิตแพทย์เห็นว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้รายงานผลการบำบัดรักษาทุกหนึ่งร้อยแปดสิบวัน เว้นแต่พนักงานสอบสวนหรือศาลจะมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น

ในระหว่างการบำบัดรักษา เมื่อจิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาจนความผิดปกติทางจิตหายหรือทุเลาและสามารถต่อสู้คดีได้แล้ว ให้รายงานผลการบำบัดรักษาต่อพนักงานสอบสวนหรือศาลทราบโดยไม่ชักช้า

หลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการบำบัดรักษาตามวรรคสองและวรรคสาม ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด”

นอกจากจะมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการส่งตัวจำเลยมาตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาแล้ว ยังมีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้องเนื่องกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยคดีที่ส่งตัวมาคุมขังตามบทบัญญัติอื่นด้วย ได้แก่ กรณีศาลมีคำสั่งให้คุมตัวหรือรักษาไว้ในสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญา หรือกรณีการคุมตัวเพราะการทุเลาโทษจำคุกตามมาตรา 246 (1) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาด้วย โดยมีมาตรา 37 บัญญัติไว้ว่า

“ในกรณีที่ศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีไปคุมตัวหรือรักษาไว้ในสถานพยาบาลตามมาตรา 48 และมาตรา 49 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายอาญา หรือตามมาตรา 246 (1) แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ให้ศาลส่งสำเนาคำสั่งไปพร้อมกับผู้ป่วยคดีและให้สถานบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีไว้ควบคุมและบำบัดรักษาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยคดี

ให้จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาทำรายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่รับผู้ป่วยคดีไว้ในกรณีที่จิตแพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีต่อไป ให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลทุกหนึ่งร้อยแปดสิบวัน เว้นแต่ศาลจะมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น

ในการควบคุมและบำบัดรักษา สถานบำบัดรักษาอาจขอให้ศาล กำหนดวิธีการเพื่อป้องกันการหลบหนีหรือเพื่อป้องกันอันตรายก็ได้

หลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการบำบัดรักษาและการทำความเห็นตามวรรคสองให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด”

ทั้งนี้ หากจิตแพทย์ผู้บำบัดเห็นว่าผู้ป่วยคดีตามมาตรา 37 ดังกล่าว ได้รับการบำบัดรักษาจนความผิดปกติทางจิตหายหรือทุเลาและไม่มีภาวะอันตรายแล้ว ให้จิตแพทย์รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นเพื่อจำหน่ายผู้ป่วยคดีดังกล่าวออกจากสถานพยาบาลต่อศาลโดยไม่ชักช้า และรายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นดังกล่าวให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ<sup>102</sup>

นอกจากนี้ยังมีบทบัญญัติกำหนดวิธีปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่ศาลกำหนดเงื่อนไขเพื่อคุ้มครองประพฤติดังกล่าวตามประมวลกฎหมายอาญาไว้ในมาตรา 39 โดยบัญญัติว่า

“ในกรณีที่ศาลกำหนดเงื่อนไขตามมาตรา 56 วรรคสอง (4) แห่งประมวลกฎหมายอาญา ให้ศาลส่งผู้ป่วยคดีพร้อมกับสำเนาคำพิพากษาไปยังสถานบำบัดรักษา

ให้จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษา รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลภายในเก้าสิบวัน นับแต่วันที่ได้รับผู้ป่วยคดีไว้ ในกรณีที่จิตแพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีต่อไป ให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลทุกเก้าสิบวัน เว้นแต่ศาลจะมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น

ให้นำความในมาตรา 37 วรรคสามและวรรคสี่ และมาตรา 38 มาใช้โดยอนุโลม”

#### 2.4.4 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560

บทบัญญัติในพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 จะใช้บังคับกับผู้ต้องขังที่พ้นสภาพจากความเป็นจำเลยและต้องคำพิพากษาให้จำคุกจนกลายเป็นผู้ต้องขัง ซึ่งหมายความรวมถึงนักโทษเด็ดขาด คนต้องขัง และคนฝาก<sup>103</sup> ซึ่งแต่เดิมก่อนที่จะมีการออกพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 มีเพียงมาตรา 29 และมาตรา 30 ของพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479 ใช้บังคับ โดยได้กำหนดเพียงสิทธิในการรักษาพยาบาลทั้งในและนอกเรือนเพียงเบื้องต้นเท่านั้น

ต่อมาได้มีการออกพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 ซึ่งประกาศลงในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 134 ตอนที่ 21 ก เมื่อวันที่ 18 กุมภาพันธ์ 2560 โดยให้มีผลใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนด 90 วันนับแต่วันประกาศลงในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป<sup>104</sup> ปรากฏว่ามีบทบัญญัติคุ้มครองผู้ต้องขังที่วิกลจริตเพิ่มเติมกว่าเดิมมากขึ้น กำหนดไว้ในมาตรา 54 มาตรา 55 และมาตรา 56 ดังนี้

- มาตรา 54 บัญญัติว่า “ให้เรือนจำทุกแห่งจัดให้มีสถานพยาบาล เพื่อเป็นที่ทำการรักษาพยาบาลผู้ต้องขังที่ป่วย จัดให้มีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าพนักงานเรือนจำที่ผ่านการอบรม

<sup>102</sup> มาตรา 38 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>103</sup> มาตรา 4 วรรคสอง พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560

<sup>104</sup> มาตรา 2 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560

ด้านการพยาบาลซึ่งอยู่ปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำที่สถานพยาบาลนั้นด้วย อย่างน้อยหนึ่งคน และให้ดำเนินการอื่นใดเกี่ยวกับการตรวจร่างกายตามมาตรา 37 การดูแลสุขอนามัย การสุขาภิบาล และการตรวจสุขภาพ ตามความจำเป็น รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ต้องขังได้รับในการออกกำลังกายตามสมควร และจัดให้ผู้ต้องขังได้รับอุปกรณ์ช่วยเกี่ยวกับสายตาและการได้ยิน การบริการทันตกรรม รวมถึงอุปกรณ์สำหรับผู้มีกายพิการตามความจำเป็นและเหมาะสม ทั้งนี้ ให้เป็นไปตามระเบียบกรมราชทัณฑ์”

- มาตรา 55 บัญญัติว่า “ในกรณีที่ผู้ต้องขังป่วย มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพจิต หรือเป็นโรคติดต่อ ให้ผู้บัญชาการเรือนจำดำเนินการให้ผู้ต้องขังได้รับการตรวจจากแพทย์โดยเร็ว

หากผู้ต้องขังนั้นต้องได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะด้านหรือถ้าคงรักษาพยาบาลอยู่ในเรือนจำจะไม่ทุเลาดีขึ้น ให้ส่งตัวผู้ต้องขังดังกล่าวไปยังสถานบำบัดรักษาสำหรับโรคชนิดนั้นโดยเฉพาะโรงพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต นอกเรือนจำต่อไป ทั้งนี้ หลักเกณฑ์และวิธีการส่งตัวผู้ต้องขังไปรักษาตัวนอกเรือนจำ ระยะเวลาการรักษาตัว รวมทั้งผู้มีอำนาจอนุญาต ให้เป็นไปตามกฎกระทรวงโดยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการ

ในกรณีที่ส่งตัวผู้ต้องขังไปรักษาตัวนอกเรือนจำตามวรรคสอง มิให้ถือว่าผู้ต้องขังนั้นพ้นจากการคุมขัง และถ้าผู้ต้องขังไปเสียจากสถานที่ที่รับผู้ต้องขังไว้รักษาตัว ให้ถือว่ามีความผิดฐานหลบหนีที่คุมขังตามประมวลกฎหมายอาญา”

- มาตรา 56 บัญญัติว่า “ในกรณีที่ผู้ต้องขังตาย ป่วยหนัก บาดเจ็บสาหัส วิกฤตจิต หรือจิตไม่ปกติ ให้ผู้บัญชาการเรือนจำแจ้งเรื่องดังกล่าวให้คู่สมรสของผู้ต้องขังนั้น ญาติ หรือบุคคลที่ผู้ต้องขังระบุไว้ทราบโดยไม่ชักช้า”

## จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### 2.5 กระบวนการ บทบาทของหน่วยงาน และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติของไทยในปัจจุบัน

#### 2.5.1 กระบวนการในชั้นการสอบสวน

พนักงานสอบสวนมีอำนาจตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 14 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาว่าจะต้องดำเนินการต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติไว้อย่างไรบ้าง โดยหากพนักงานสอบสวนเห็นอาการของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่นั่นว่าจะวิกฤตจิตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ซึ่งอาจสังเกตได้จากการให้คำให้การของผู้ต้องหาหรือจำเลยด้วยตนเองว่าสนทนากันไม่รู้เรื่อง หรือด้วยคำร้องขอของทนายความผู้ต้องหาหรือจำเลย หรือของญาติผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ได้ยื่นให้พนักงานสอบสวนทราบอาการหรือประวัติการบำบัดรักษาทางจิตของผู้ต้องหาหรือจำเลย ก็ให้พนักงานสอบสวนส่งตัวผู้ต้องหาไปยังโรงพยาบาลโรคจิตหรือมอบให้แก่ผู้อนุบาล ข้าหลวงประจำจังหวัด หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาตามแต่จะเห็นสมควรตามมาตรา 14 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

การส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยไปยังโรงพยาบาลโรคจิตตั้งนั้น ก็อาจส่งตัวไปยังสถาบัน ศูนย์กลางทางนโยบายและการบริหารจัดการด้านผู้ป่วยนิติจิตเวชของไทยในปัจจุบัน คือ “สถาบัน กัลยาณ์ราชนครินทร์” ซึ่งมีวิวัฒนาการมาจากโรงพยาบาลทางจิตเวชแห่งแรกในประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลคนเสียจริต จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2514<sup>105</sup> หรือหากเป็นในต่างจังหวัดหรือท้องถิ่นต่าง ๆ พนักงานสอบสวนอาจประสานงานหรือส่งตัวผู้ต้องหาไปยังสถานบริการบำบัดทางจิตในท้องถิ่นนั้น ๆ ซึ่งเป็นเครือข่ายของกรมสุขภาพจิตทั่วประเทศได้ เช่น โรงพยาบาลจิตเวชนครพนม หรือ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นต้น โดยไม่ว่าจะเป็นในระดับศูนย์กลางหรือในระดับเครือข่าย ก็จะใช้แนวทางการบริการนิติจิตเวชสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตเป็นมาตรฐานการควบคุมดูแล และบำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นไปในแนวทางเดียวกัน

เมื่อผู้ต้องหาได้ถูกส่งตัวมาแล้ว จะเริ่มดำเนินการกระบวนการในการบำบัดรักษา โดยอาศัย ตามที่บัญญัติไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และระเบียบที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก ซึ่งสามารถสรุปออกมาเป็นกระบวนการได้ ดังต่อไปนี้

### 2.5.1.1 การรับส่งผู้ป่วยคดี

เมื่อผู้ต้องหาถูกส่งตัวมายังสถาบันหรือโรงพยาบาลโรคจิตจะทำให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นจะกลายเป็นผู้ป่วยคดี<sup>106</sup> โดยสถานบำบัดรักษาที่รับตัวผู้ป่วยคดีในประเทศไทยได้แบ่งระดับของโรงพยาบาลทางจิตเวชออกเป็น 3 ระดับ ตามนโยบายและศักยภาพ ซึ่งโรงพยาบาลทางจิตเวชระดับ 3 จะเป็นโรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยซับซ้อนได้อยู่ในระดับสูงที่สุด (3S-Supra Specialist Service) และศักยภาพก็เรียงลงมาตามลำดับจนถึงโรงพยาบาลทางจิตเวชระดับ 1<sup>107</sup> ซึ่งในการรับตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา สามารถรับตัวมาได้จากหลายแหล่งและด้วยหลายสาเหตุของการกระทำความผิด<sup>108</sup> โดยสถานีตำรวจก็เป็นแหล่งสำคัญแห่งหนึ่งที่ส่งตัวผู้ต้องหาไปยังโรงพยาบาลโรคจิต โดยในปี พ.ศ. 2559 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้รับตัวผู้ป่วยคดีจากสถานีตำรวจประมาณเกือบ 30 คน<sup>109</sup>

<sup>105</sup> แสวง บุญเฉลิมวิภาส, *กฎหมายการแพทย์*, พิมพ์ครั้งที่ 2, (กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2546), หน้า 115.

<sup>106</sup> มาตรา 3 วรรคหก พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>107</sup> ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ และคณะผู้จัดทำ, "แนวทางการบริการนิติจิตเวชสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต": หน้า 5.

<sup>108</sup> ฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, "สรุปผลผู้ป่วยนิติจิตเวชรับไว้ในโรงพยาบาล จำแนกตามแหล่งนำส่ง ประจำปี 2555-2559." (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

<sup>109</sup> เรื่องเดียวกัน

อย่างไรก็ตาม การรับส่งตัวผู้ต้องหาที่กระทำความผิดทางอาญามาเป็นผู้ป่วยคดี ไม่จำเป็นต้องอาศัยความยินยอมของผู้ป่วย จนกว่าบุคคลดังกล่าวจะหายหรือทุเลาและสามารถต่อสู้คดีได้ เว้นแต่พนักงานสอบสวนหรือศาลจะมีคำสั่งหรือมีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น<sup>110</sup> ซึ่งจะแตกต่างจากการรับผู้ป่วยทางจิตกรณีทั่วไปที่ไม่ได้กระทำความผิดทางอาญาที่ต้องอาศัยความยินยอมของผู้ป่วยในทุกกรณี โดยความยินยอมนั้นจะต้องทำเป็นหนังสือและลงลายมือชื่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ<sup>111</sup> หรือ ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจยินยอมเข้าบำบัดรักษา ก็ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น ให้ความยินยอมแทนได้<sup>112</sup>

### 2.5.1.2 การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของผู้ป่วยคดี

ในการตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยคดี ต้องมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน และพยาบาลอย่างน้อย 1 คน ที่ประจำสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา จิตแพทย์จะตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นบุคคลที่นำส่งมา โดยต้องไม่เกิน 48 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้น มาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา<sup>113</sup> และแพทย์มีอำนาจเพียงเท่าที่จำเป็นตามความรุนแรงของอาการเพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของบุคคลนั้น<sup>114</sup> หากผลการตรวจปรากฏว่า บุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียดจากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวบุคคลนั้นพร้อมกับรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น เพื่อเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียดตามมาตรา 29<sup>115</sup>

ในการนี้ แพทย์จะต้องประเมินปัญหาและความต้องการรอบด้านของผู้ป่วย ทั้งสภาวะทางกาย จิต สังคม ครอบครัว รวมถึงวิเคราะห์ร่วมกับประเด็นทางกฎหมาย โดยจะมี บุคลากรสหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และ นักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีวะบำบัด ฝ้าติดตามดูแลและบันทึกอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง<sup>116</sup> โดยหากเป็นกรณีการตรวจของพนักงานแพทย์ตามมาตรา 14 วรรคหนึ่ง ของประมวลกฎหมาย

<sup>110</sup> มาตรา 36 วรรคหนึ่ง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551

<sup>111</sup> มาตรา 21 วรรคสอง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>112</sup> มาตรา 21 วรรคสาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>113</sup> มาตรา 27 วรรคหนึ่ง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>114</sup> มาตรา 27 วรรคสอง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>115</sup> มาตรา 27 วรรคสาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>116</sup> ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ และคณะผู้จัดทำ, "แนวทางการบริการนิติจิตเวชสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต," หน้า 4.



วิธีพิจารณาความอาญา แพทย์จะต้องทำความเข้าใจเพื่อประกอบการพิจารณาของพนักงานสอบสวนว่า ผู้ป่วยคดีสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ และรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถ ในการต่อสู้คดีให้พนักงานสอบสวนทราบภายใน 45 วันนับแต่วันที่ได้รับผู้ป่วยคดีไว้ และอาจขยาย ระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 45 วัน โดยในการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ให้สถานบำบัดรักษามีอำนาจ เรียกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยคดีจากสถานพยาบาลอื่นได้ <sup>117</sup>

ผู้วิจัยได้เข้าขอรับการสัมภาษณ์จากแพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ นายแพทย์ ทรงคุณวุฒิของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เกี่ยวกับหลักที่ใช้ในตรวจวินิจฉัย การประเมิน และการบำบัดรักษา โดยได้รับข้อมูลว่า เมื่อสถานบำบัดรักษารับตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ตรวจอาการแล้ว จิตแพทย์จะตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตโดยใช้หลัก ICD-10 ซึ่งเป็นหลักการจำแนกกลุ่มอาการ ของความผิดปกติทางจิตขององค์การอนามัยโลก เป็นหลักในการตรวจอาการของจำเลยส่วนใหญ่ ในประเทศไทย สำหรับหลัก DSM-V ซึ่งเป็นมาตรฐานของจิตแพทย์ที่นิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา จะมีคลินิก บางแห่งที่ใช้ แต่ประเทศไทยไม่ได้ใช้มาตรฐานดังกล่าวเป็นหลักทั่วไป <sup>118</sup>

เมื่อจิตแพทย์ประเมินอาการของผู้ป่วยนิติจิตเวชแล้วจะวิเคราะห์ความร้ายแรง และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ประกอบกับการพิจารณาว่าเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีประกันหรือไม่ หากเป็นผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีประกันและได้รับการปล่อยตัวและอาการไม่ได้ร้ายแรงมาก จิตแพทย์ อาจสั่งให้เป็นผู้ป่วยนอก โดยการให้ญาติหรือผู้รับดูแลรับไปดูแลได้ตามมาตรา 14 วรรคสอง ของ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา แต่หากเป็นจำเลยที่ไม่มีประกันและไม่ได้รับการปล่อยตัว ประกอบกับจำเลยมีอาการที่จะต้องเฝ้าระวังดูอาการ จิตแพทย์ก็อาจจำแนกให้เป็นผู้ป่วยใน ซึ่งจะได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด <sup>119</sup> ซึ่งที่ผ่านมาในปี พ.ศ. 2559 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ มีจำนวนผู้ป่วยนอกจำนวน 51,124 คน และผู้ป่วยในจำนวน 54,135 คน <sup>120</sup>

### 2.5.1.3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยคดี

เมื่อได้มีการส่งตัวผู้ต้องหาไปยังโรงพยาบาลโรคจิตตามมาตรา 14 วรรคสอง ของ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาแล้ว จิตแพทย์จะประเมินอาการของจำเลยเป็นระยะ ๆ และทำงานร่วมกับคณะบุคลากรสหวิชาชีพ อันประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช

<sup>117</sup> มาตรา 35 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>118</sup> สัมภาษณ์ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ, 17 เมษายน 2560.

<sup>119</sup> สัมภาษณ์ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ, 17 เมษายน 2560.

<sup>120</sup> สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, "สรุปผลจำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2557-2559": (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด/เจ้าพนักงานอาชีพบำบัด<sup>121</sup> โดยหากเป็นผู้ป่วยนอกก็จะให้ผู้ดูแลที่สมควรรับไปดูแลและต้องมารายงานตัวต่อสถานบริการบำบัดนั้นภายในกำหนด แต่ถ้าเป็นผู้ป่วยในก็จะได้รับการดูแลอยู่ในสถานบริการบำบัดนั้น โดยจากการขอเข้ารับการรักษาทางการแพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ ข้างต้นได้อธิบายว่า เพื่อให้การบำบัดรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องมีมาตรการในการจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยคดีปฏิบัติตามคำสั่งหรือคำแนะนำแพทย์ โดยการให้รางวัล เช่น หากปฏิบัติตามก็จะได้รับรางวัลเป็นคำชมเชย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ มอบให้ เป็นต้น แต่ก็มีมาตรการลงโทษสำหรับผู้ป่วยคดีที่ไม่ปฏิบัติตามเช่นกัน โดยลักษณะการลงโทษจะมีความแตกต่างกันออกไปตามความร้ายแรงของการฝ่าฝืนระเบียบ ซึ่งโทษในระดับต่ำ เช่น การจำกัดบริเวณ เป็นต้น แต่ถ้าฝ่าฝืนระเบียบถึงขั้นกระทำความผิดทางอาญาร้ายแรง เช่น ความผิดต่อชีวิตหรือร่างกาย เป็นต้น ก็เคยมีกรณีที่ต้องนำส่งผู้ป่วยคดีนั้นกลับคืนสู่เรือนจำด้วยเช่นกัน<sup>122</sup>

จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาจะต้องทำรายงานผลการบำบัดรักษาส่งให้พนักงานสอบสวนหรือศาล ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่ได้รับผู้ป่วยคดีไว้<sup>123</sup> โดยรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ซึ่งต้องพิจารณาในประเด็นแหล่งที่มาขอข้อมูล ประวัติความเจ็บป่วย การตรวจสภาพจิตและการดำเนินโรค ผลการทดสอบทางจิตวิทยาเท่าที่จำเป็นและเห็นสมควร และการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต<sup>124</sup> ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการบำบัดรักษาที่กำหนดไว้ในระเบียบของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551<sup>125</sup> และหากจิตแพทย์ผู้บำบัดรักษาเห็นว่าความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยคดีนั้นหายหรือทุเลาและสามารถต่อสู้คดีได้แล้ว ก็จะต้องรายงานผลการบำบัดรักษาต่อพนักงานสอบสวนหรือศาลหรือโดยไม่ชักช้า<sup>126</sup> แต่ในกรณีที่จิตแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยคดียังไม่สามารถต่อสู้คดีได้ กล่าวคือ ไม่ปรากฏว่าผู้ป่วยคดีเข้าใจบทบาทของตนเองในการต่อสู้คดี รับรู้ขั้นตอนการพิจารณาของศาลหรือขั้นตอนในการดำเนินคดี เข้าใจความสำคัญในการเปิดเผยข้อเท็จจริงกับทนายความในการต่อสู้คดี เข้าใจข้อเสนอแนะและวิธีการต่อสู้คดี อีกทั้งยังไม่มีสภาพจิตที่สงบมากพอที่จะเผชิญหรือทนต่อสภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระหว่าง

<sup>121</sup> ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ และคณะผู้จัดทำ, "แนวทางการบริการนิติจิตเวชสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต," หน้า 4.

<sup>122</sup> สัมภาษณ์ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ, 17 เมษายน 2560.

<sup>123</sup> มาตรา 36 วรรคสอง พระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2551

<sup>124</sup> ข้อ 3 ของระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีและผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยคดี การรายงานผลการบำบัดรักษาและการทำความเข้าใจ พ.ศ. 2551

<sup>125</sup> มาตรา 36 วรรคสี่ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551

<sup>126</sup> มาตรา 36 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

พิจารณาคดี โดยไม่ปรากฏว่าจะไม่มีอาการกำเริบรุนแรงมากขึ้น<sup>127</sup> ก็ให้บำบัดรักษาต่อไปจนกว่าจะหายหรือสามารถต่อสู้คดีได้

ในประเทศไทยที่ผ่านมาไม่มีกฎหมายหรือแนวทางปฏิบัติที่กำหนดระยะเวลาชัดเจนว่า ผู้ป่วยคดีจะมีสิทธิบำบัดรักษาอยู่กับสถานบริการบำบัดได้นานเพียงใด มีแต่เพียงกฎหมายกำหนดในมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาว่า ใ้ห่งการสอบสวน ใ้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาไ้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริตหรือสามารถต่อสู้คดีได้ ซึ่งจากการสัมภาษณ์ดังกล่าว พบว่า ในบางครั้งก็อาจมีปัญหาในเรื่องการใช้งบประมาณอย่างเกินขอบจำกัดต่อคดีหนึ่ง โดยเคยมีกรณีหนึ่งที่ได้รับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยในนานที่สุด คือ 13-14 ปี แต่ก็ไม่ค่อยปรากฏกรณีเช่นนั้นบ่อยครั้งจนรัฐได้รับผลกระทบเกินไปแต่อย่างใด

## 2.5.2 กระบวนการในชั้นการพิจารณาคดีของศาล

ในชั้นการพิจารณาคดีของศาลยังอยู่ภายใต้บทบัญญัติมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กล่าวคือ ในการไต่สวนมูลฟ้องหรือการพิจารณาคดี หากจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้ศาลสั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้น เสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำหรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด<sup>128</sup> และในกรณีที่ศาลเห็นว่า จำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ใ้ห่งการไ้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาไ้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริตหรือสามารถจะต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรือมอบให้แก่ผู้อนุบาลข้าหลวงประจำจังหวัด หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาก็ได้ ตามแต่จะเห็นสมควร<sup>129</sup> ซึ่งกระบวนการเกี่ยวกับการรับส่งตัวผู้ป่วยคดี การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของผู้ป่วยคดี และการบำบัดรักษาเป็นกระบวนการเดียวกันกับกรณีชั้นการสอบสวน โดยเปลี่ยนบทบาทหน้าที่จากเดิมเป็นอำนาจของพนักงานสอบสวนให้เป็นอำนาจของศาล ซึ่งอำนาจหน้าที่นั้นอาศัยบทบัญญัติเดียวกันกับกรณีดังกล่าวตามที่ได้กล่าวมาในข้อ 2.5.1

สถานบำบัดรักษาสามารถรับการส่งตัวจำเลยมาได้จากหลายแหล่ง เช่น ศาล สถานีตำรวจ ญาติ สถานพินิจคุ้มครองเด็ก เรือนจำ หรือศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน เป็นต้น โดยจากสถิติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2559 ศาลถือว่าเป็นแหล่งนำส่งตัวจำเลยมาเป็น

<sup>127</sup> สุพรรณณี แสงรักษา และ ดวงดา ไกรภัสสรพงษ์, "ความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยจิตเวช", วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (2550): หน้า 95.

<sup>128</sup> มาตรา 14 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>129</sup> มาตรา 14 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ผู้ป่วยคดีมากที่สุด คือ จำนวนประมาณ 30-60 คน ต่อปี<sup>130</sup> ซึ่งฐานการกระทำความผิดทางอาญาที่ถูกส่งตัวมาเป็นผู้ป่วยคดี มักจะเป็นความผิดต่อทรัพย์ ความผิดต่อชีวิต ความผิดตามพระราชบัญญัติฟื้นฟูเสถียรภาพหรือความผิดต่อร่างกาย โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557-2559 มีจำนวนผู้ป่วยคดีที่กระทำความผิดประเภทความผิดต่อชีวิตมากที่สุด คือ 36 ราย (ในปี พ.ศ. 2559)<sup>131</sup> โดยที่ผ่านมามาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555-2559 มีผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยคดีที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์จำนวนสูงสุด 140 คน (ในปี พ.ศ. 2556) โดยผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช (ผู้ที่ได้รับการส่งตัวมาตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา) มีจำนวนวันนอนตั้งแต่ 57-75 วัน<sup>132</sup> ซึ่งพบว่าปี พ.ศ. 2555 คือ ปีที่มีผู้ป่วยในที่เป็นผู้ป่วยนิติจิตเวช มีจำนวนวันนอนสูงสุด คือ 75 วัน

กระบวนการพิจารณาของศาลต่อจำเลยที่เป็นผู้วิกลจริตจะใช้มาตรฐานเดียวกันกับการพิจารณาจำเลยที่มีสภาพจิตปกติ โดยศาลจะพิจารณาในประเด็นที่คู่ความโต้แย้งกัน ประกอบกับพยานหลักฐาน เพื่อให้ได้ความว่า บุคคลดังกล่าวเป็นผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน และได้กระทำไปในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้จริงหรือไม่ มากน้อยเพียงใด เพราะจะเป็นสาระสำคัญในการวินิจฉัยโทษตามบทบัญญัติมาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญา กล่าวคือเมื่อศาลพิจารณาคดีแล้วได้ความปรากฏว่า จำเลยกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น<sup>133</sup> ก็จะได้รับยกเว้นโทษ หรือถ้ายังพอมืออยู่บ้างก็จะได้รับการลดโทษ และเนื่องจากไม่มีบทบัญญัติกำหนดคำนิยามของผู้กระทำความผิดที่จิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนไว้อย่างชัดเจน ศาลจึงต้องมีหลักในการใช้ดุลพินิจพิจารณาตีความลักษณะของความเป็นผู้ที่มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ตามมาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญานั้นด้วย ไม่ว่าจะด้วยหลักทางคำพิพากษาฎีกาหรือหลักการตีความทางวิชาการ

สำหรับหลักที่ได้จากคำพิพากษาฎีกาเกี่ยวกับผู้วิกลจริตอยู่หลายคำพิพากษา เช่น คำพิพากษาฎีกาที่ 65/2542<sup>134</sup> จำเลยไม่สามารถต่อสู้คดีได้ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 จะต้องปรากฏว่าเป็นผู้วิกลจริต หรือมีสติวิปลาสในทำนองเป็นคนบ้า โรคจิตพวกจิตเภท

<sup>130</sup> ฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปี, "สรุปผลผู้ป่วยนิติจิตเวชรับไว้ในโรงพยาบาลจำแนกตามแหล่งนำส่ง ประจำปี 2555-2559".(เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

<sup>131</sup> เรื่องเดียวกัน

<sup>132</sup> ฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, "สรุปผลจำนวนวันนอนผู้ป่วยในปี 2555-2559".(เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

<sup>133</sup> มาตรา 65 วรรคหนึ่ง แห่งประมวลกฎหมายอาญา

<sup>134</sup> ศาลฎีกา, "ระบบสืบค้นคำพิพากษา คำร้องและคำวินิจฉัยศาลฎีกา," [Online]. Available from: <http://deka.supremecourt.or.th/>

อันเป็นที่รู้กันทั่วไปว่าเป็นแต่เพียงโรคทางจิตชนิดหนึ่งที่ทำให้ความคิดและบุคลิกภาพผิดปกติไปเท่านั้น ซึ่งเป็นคนละอย่างกับคนวิกลจริต หรือโรคทางจิต ชนิดที่มีความผิดปกติของความรู้สึกหรือพฤติกรรมอย่างแรงถึงขนาดคุมสติไม่อยู่ เป็นต้น

สำหรับหลักวิชาการทางกฎหมาย ก็ยังมีอีกหลายตำราที่ให้คำนิยามของทั้ง 3 คำ ดังกล่าวแตกต่างกันออกไป เช่น

(1) ความเห็นของศาสตราจารย์ ดร.หยุด แสงอุทัย ได้ให้คำนิยามไว้ว่า คำว่า “จิตบกพร่อง” หมายความว่า คุณสมบัติของมันสมองบกพร่อง จึงทำให้ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ คำว่า “โรคจิต” หมายถึงมันสมองเป็นโรค และคำว่า “จิตฟั่นเฟือน” หมายถึงความมีจิตพิการที่เรียกกันว่า บ้าๆ บอๆ ซึ่งไม่ใช่เป็นเพราะโรคจิต<sup>135</sup>

(2) ความเห็นของรองศาสตราจารย์ ดร. ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ ได้อธิบายไว้ว่า “จิตบกพร่อง” ได้แก่ ผู้ที่สมองไม่เจริญเติบโตตามวัย หรือบกพร่องมาแต่กำเนิด (idiot) หรือเสื่อมลงเพราะความชรา ทำให้มีความสามารถจำกัดในด้านการเรียนรู้ และการปรับตัวเข้ากับสังคม เกิดจากการที่สมองไม่เจริญเติบโต การพัฒนาของสมองหยุดชะงัก ทำให้มีอาการหลงลืมเกิดการผิดพลาดในการตัดสินใจ คือพวกปัญญาอ่อนนั่นเอง หรือพวกที่บาดเจ็บจนต้องตัดเนื้อสมองบางส่วนทิ้ง ทำให้สมองส่วนนี้บกพร่องไปก็ได้ ส่วนคำว่า “โรคจิต” เป็นความบกพร่องทางสมองที่เกิดจากโรค เช่น คลอดบุตรแล้วมีอาการโรคบ้าเลือด คุ้มคุ้มร้าย มีเนื้องอกในสมอง พยาธิในสมองหรือพิษสุราขึ้นสมอง รวมทั้งผู้มีอาการคลุ้มคลั่ง จิตทรมาน (schizophrenia) โดยผู้เป็นโรคจิตจะสร้างจินตนาการไปตามความรู้สึกและความสามารถที่จะสนองความต้องการที่จำเป็นในการดำรงชีพหรือความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่อยู่ในความจริง อารมณ์ผิดปกติ วิดกกังวล ลึนหวัง ซึ่งคนไข้จะมีแนวโน้มในการประกอบอาชญากรรมสูง โดยคิดว่าเป็นการกระทำที่ถูกต้อง สำหรับคำว่า “จิตฟั่นเฟือน” ได้แก่ ผู้มีความหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) และแปลผิด (illusion) เรียกว่ามีจิตผั่นผวนปรวนแปร<sup>136</sup>

(3) ความเห็นของศาสตราจารย์ ดร. คณิต ฌ นคร มีความเห็นเกี่ยวข้องกับการลงโทษ ผู้กระทำความผิดที่วิกลจริตไว้ว่า การลงโทษผู้กระทำความผิดหรือไม่จะต้องพิจารณาความชั่วของผู้กระทำ เป็นไปตามหลัก “ความชั่วของผู้กระทำผิดเป็นพื้นฐานของการลงโทษ” (nulla poena, sine culpa) โดยความหมายของคำว่า “ความชั่ว” ได้อธิบายไว้ว่า “ไม่ได้หมายถึงความชั่วในความหมายทั่วไป กล่าวคือ ไม่ได้หมายถึงสภาพความไม่ดีอันเกิดจากการฝ่าฝืนศีลธรรมหรือขนบธรรมเนียมประเพณีของสังคม แต่ความชั่วในทางกฎหมายอาญาหมายถึงการตำหนิได้ของการกำหนดเจตจำนง (Schuld ist Vorwurf

<sup>135</sup> หยุด แสงอุทัย, กฎหมายอาญาภาค 1 (กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554), หน้า 175.

<sup>136</sup> ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ, คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคทั่วไป (กรุงเทพฯ: วิญญูชน), หน้า 190.

barkeit der Willenbildung)”<sup>137</sup> และถ้าผู้ฉ้อโกงกระทำโดยปราศจากความชั่วหรือมีความชั่วอย่างจำกัด ก็สมควรได้รับการยกเว้นโทษหรือลดโทษแล้วแต่กรณี ดังนั้น ในกรณีการกระทำความผิดของคนจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนถือเป็นกรณีที่ผู้กระทำความผิดขาดความชั่ว อันเป็นพื้นฐานของการลงโทษ

ที่ผ่านมามีพบว่า การตีความและใช้ดุลพินิจของศาลมักไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันกับการตีความหรือการให้ความหมายในทางการแพทย์ ซึ่งจะจำแนกโรคทางจิตเวชกว้างและครอบคลุมมากกว่าในทางกฎหมาย โดยจะถือว่าผู้ที่มีอาการความผิดปกติทางจิตทั้งหมดเป็นผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นอาการเล็กน้อยหรือมาก เช่น ปัญญาอ่อน โรคประสาท ความผิดปกติทางเพศ รวมถึงผู้ติดยาเสพติด ที่ควรได้รับการรักษา ล้วนเป็นผู้ป่วยทางจิต ไม่ได้จำกัดมุมมองเหมือนในทางด้านกฎหมายที่แคบกว่า โดยพิจารณาเพียงสภาวะของบุคคลดังกล่าวว่า ไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับหรือควบคุมตนเองได้ เป็นสำคัญ<sup>138</sup> อีกทั้งไม่ปรากฏว่ามีบทบัญญัติของไทยที่ห้ามไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการรับฟัง คำรับสารภาพของจำเลยที่มีอาการป่วยทางจิต เพียงแต่กำหนดให้ศาลวินิจฉัยชี้แจงชี้หนักพยานหลักฐาน ที่มีข้อบกพร่องประการอื่นอันอาจกระทบถึงความน่าเชื่อถือของพยานหลักฐานนั้นด้วยความระมัดระวัง และไม่ควรเชื่อพยานหลักฐานนั้นโดยลำพังเพื่อลงโทษจำเลย<sup>139</sup> และอย่าลงโทษจนกว่าจะแน่ใจว่ามีกระทำความผิดจริงและจำเลยเป็นผู้กระทำความผิดนั้น<sup>140</sup>

นอกจากนี้ หากศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้ที่มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้<sup>141</sup> แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้<sup>142</sup>

กรณีศาลมีคำพิพากษาให้จำคุกจำเลยนั้น ศาลอาจพิจารณารอการกำหนดโทษ หรือรอการลงโทษไว้ได้ หากปรากฏว่าในคดีนั้นศาลจะลงโทษจำคุกไม่เกินห้าปี ถ้าไม่ปรากฏว่าผู้ฉ้อโกงนั้นได้รับโทษจำคุกมาก่อน หรือปรากฏว่าได้รับโทษจำคุกมาก่อน แต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ หรือโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือเคยรับโทษจำคุกมาก่อนแต่พ้นโทษจำคุกมาแล้วเกินกว่าห้าปี แล้วมากระทำความผิดอีก โดยความผิดในครั้งหลังเป็นความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท

<sup>137</sup> แสง บุญเฉลิมวิภาส, "หลักกฎหมายอาญา", (2551): หน้า 85.

<sup>138</sup> แสง บุญเฉลิมวิภาส, กฎหมายการแพทย์. หน้า 115.

<sup>139</sup> มาตรา 227/1 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>140</sup> มาตรา 227 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>141</sup> มาตรา 48 ประมวลกฎหมายอาญา

<sup>142</sup> มาตรา 65 วรรคสอง ประมวลกฎหมายอาญา

หรือความผิดพลาดโทษ ซึ่งเมื่อศาลได้คำนึงถึงอายุ ประวัติ ความประพฤติ สติปัญญา การศึกษาอบรม สุขภาพ ภาวะแห่งจิต นิสัย อาชีพ และสิ่งแวดล้อมของผู้นั้น หรือสภาพความผิด หรือการรู้สึกความผิด และพยายามบรรเทาผลร้ายที่เกิดขึ้น หรือเหตุอันอันควรปรานีแล้ว ศาลจะพิพากษาว่าผู้นั้นมีความผิด แต่รอการกำหนดโทษไว้ หรือกำหนดโทษแต่รอการลงโทษไว้ ไม่ว่าจะ เป็นโทษจำคุกหรือปรับ อย่างหนึ่ง อย่างใดหรือทั้งสองอย่าง เพื่อให้โอกาสผู้นั้นกลับตัวภายในระยะเวลาที่ศาลจะได้กำหนดแต่ต้องไม่เกิน ห้าปีนับแต่วันที่ศาลพิพากษา<sup>143</sup> ซึ่งศาลจะกำหนดเงื่อนไขเพื่อคุ้มครองประพฤติดังกล่าวของผู้นั้นด้วยหรือไม่ก็ได้ โดยสามารถกำหนดเงื่อนไขให้ไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ความบกพร่องทางร่างกาย หรือจิตใจ หรือความเจ็บป่วยอย่างอื่น ณ สถานที่ และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด<sup>144</sup> และ/หรือ กำหนดเงื่อนไขอื่น ๆ ตามที่ศาลเห็นสมควรกำหนดเพื่อแก้ไข ฟื้นฟูหรือป้องกันมิให้ผู้กระทำความผิด กระทำ หรือมีโอกาสมุ่งกระทำความผิดขึ้นอีก หรือเงื่อนไขในการเยียวยาผู้เสียหายตามที่เห็นสมควร<sup>145</sup> ซึ่งในกรณีเช่นนี้ จำเลยอาจถูกส่งตัวไปบำบัดรักษาที่สถานบริการบำบัดทางจิตต่อไป เช่น สถาน กัลยาณราชชนครินทร์ หรือโรงพยาบาลโรคจิตในเครือข่ายของกรมสุขภาพจิต โดยให้ไปเป็นผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกต่อไป แล้วแต่กรณี

หากศาลพิพากษาให้จำเลยต้องโทษจำคุก จำเลย สามมี ภริยา ญาติของจำเลย พนักงานอัยการ ผู้บัญชาการเรือนจำ หรือเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่จัดการตามหมายจำคุกอาจร้องขอ หรือศาลเห็นสมควร ศาลมีอำนาจสั่งให้ทุเลาการบังคับให้จำคุกไว้ก่อน จนกว่าเหตุอันควรทุเลาจะหมดไป หากปรากฏว่า จำเลยวิกลจริต<sup>146</sup> โดยในระหว่างทุเลาการบังคับผู้นั้น ศาลจะมีคำสั่งให้บุคคลดังกล่าวอยู่ในความควบคุม ในสถานที่อันควร นอกจากเรือนจำหรือสถานที่ที่กำหนดไว้ในหมายจำคุกก็ได้ โดยสถานที่อันควร ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งต้องกำหนดวิธีการควบคุม และบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพจำเลย และมาตรการเพื่อป้องกันการหลบหนี หรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นด้วย<sup>147</sup> และให้ศาลกำหนดให้ เจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่จัดการตามหมายนั้น เป็นผู้ที่มีหน้าที่และรับผิดชอบในการดำเนินการตามคำสั่ง<sup>148</sup> และหากภายหลังจำเลยไม่ปฏิบัติตามวิธีการ หรือมาตรการตามวรรคสาม หรือพฤติการณ์ได้เปลี่ยนแปลงไป ให้ศาลมีอำนาจเปลี่ยนแปลงคำสั่ง หรือให้ดำเนินการตามหมายจำคุกได้<sup>149</sup>

<sup>143</sup> มาตรา 56 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายอาญา

<sup>144</sup> มาตรา 56 วรรคสอง (4) ประมวลกฎหมายอาญา

<sup>145</sup> มาตรา 56 วรรคสอง (10) ประมวลกฎหมายอาญา

<sup>146</sup> มาตรา 246 วรรคหนึ่ง (1) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>147</sup> มาตรา 246 วรรคสาม ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>148</sup> มาตรา 246 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>149</sup> มาตรา 246 วรรคสี่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ถ้าปรากฏว่าศาลพิพากษาให้ประหารชีวิตจำเลย แล้วปรากฏว่าผู้ต้องคำพิพากษาเกิดวิกลจริตก่อนถูกประหารชีวิต ให้รอการประหารชีวิตไว้ก่อนจนกว่าผู้นั้นจะหาย และในขณะที่ทุเลาการประหารชีวิตอยู่นั้น ศาลมีอำนาจยกมาตรา 46 วรรค (2) แห่งกฎหมายลักษณะอาญา มาบังคับ<sup>150</sup> แต่ถ้าผู้วิกลจริตนั้นหายภายหลังปีหนึ่งนับแต่วันคำพิพากษาถึงที่สุด ให้ลดโทษประหารชีวิตลงเหลือจำคุกตลอดชีวิต<sup>151</sup>

### 2.5.3 กระบวนการในชั้นการลงโทษและหลังจากได้รับการปล่อยตัว

หากจำเลยต้องโทษตามคำพิพากษาให้จำคุก จะมีพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 เป็นกฎหมายรองรับสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลสุขภาพอนามัยภายใต้การดูแลของแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าพนักงานเรือนจำที่ผ่านการอบรมด้านการพยาบาล ซึ่งอยู่ปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำที่สถานพยาบาลนั้นด้วย อย่างน้อย 1 คน<sup>152</sup> ได้รับการตรวจอาการจากแพทย์กรณีผู้ต้องขังวิกลจริต<sup>153</sup> ได้รับการบำบัดรักษาเฉพาะด้าน เช่น โรงพยาบาลโรคจิตหรือสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตภายนอกเรือนจำหากการรักษาพยาบาลอยู่ในเรือนจำไม่ทุเลาดีขึ้น<sup>154</sup> โดยไม่ถือว่าผู้ต้องขังนั้นพ้นจากการคุมขัง<sup>155</sup> หรือสิทธิของญาติที่จะได้รับแจ้งเรื่องความวิกลจริตของผู้ต้องขัง<sup>156</sup>

นอกจากสิทธิที่จะได้รับในฐานะเป็นผู้ต้องขังแล้ว หากภายหลังที่จำเลยหรือผู้ต้องขังได้รับการปล่อยตัว หรือแม้แต่การได้รับการปล่อยตัวโดยที่ไม่ต้องรับโทษ ตามมาตรา 48 ของประมวลกฎหมายอาญา ไม่ว่าจะกรณีใดกรณีหนึ่ง หากศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ โดยคำสั่งนี้จะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้<sup>157</sup> ดังนั้น จึงหมายความว่า ผู้ต้องหาหรือจำเลยยังมีสิทธิบำบัดรักษาอาการทางจิตต่อไปได้ แม้ได้รับการปล่อยตัวแล้วไม่ว่าในกรณีใด

ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ทางปฏิบัติจากแพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ให้คำชี้แจงว่า ผู้ต้องขังหรือผู้ที่ได้รับการปล่อยตัวตามมาตรา 48 แห่งประมวลกฎหมายอาญาเหล่านี้

<sup>150</sup> มาตรา 248 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>151</sup> มาตรา 248 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>152</sup> มาตรา 54 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560

<sup>153</sup> มาตรา 55 วรรคหนึ่ง พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560

<sup>154</sup> มาตรา 55 วรรคสอง พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560

<sup>155</sup> มาตรา 55 วรรคสาม พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560

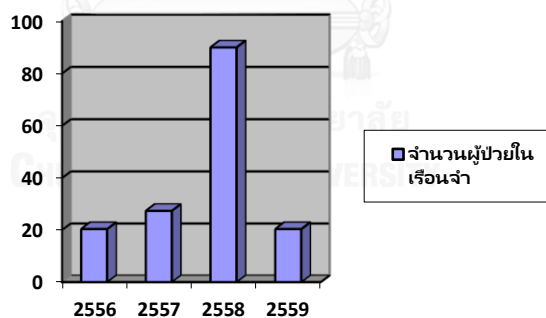
<sup>156</sup> มาตรา 56 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560

<sup>157</sup> มาตรา 48 แห่งประมวลกฎหมายอาญา



อาจเคยได้รับการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาจากสถาบันหรือโรงพยาบาลโรคจิตมาก่อนตามมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา และถูกส่งตัวกลับไปต่อสู้อีกเพราะเห็นว่ามีความสามารถเพียงพอที่จะต่อสู้คดีได้แล้ว ซึ่งหลังจากผ่านกระบวนการพิจารณาในศาลและต้องโทษจำคุก อาการทางจิตของผู้ต้องขังนั้นอาจยังไม่หายเป็นปกติดี จึงยังต้องทำการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไปแม้อยู่ในเรือนจำหรือสถานพินิจ แต่บุคลากรและเครื่องมือทางการบำบัดรักษาทางจิตเวชเรือนจำดังกล่าวมีค่อนข้างจำกัด ซึ่งหากกรณีใดมีความจำเป็นที่จะต้องออกมาทำการบำบัดรักษาก็จะถูกส่งตัวมายังสถาบันหรือโรงพยาบาลเพื่อบำบัดทางจิตต่อไป<sup>158</sup>

ทั้งนี้ จากผลสถิติในปี พ.ศ. 2556-2557 ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ก็สอดคล้องกับคำสัมภาษณ์ดังกล่าวและแสดงให้เห็นว่าในบางปีก็มีจำนวนของผู้ป่วยที่อยู่ในเรือนจำและได้รับการรักษาอยู่จำนวนไม่น้อย โดยในปี พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้ป่วยในเรือนจำที่ได้รับการบริการจากเจ้าหน้าที่ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ จำนวน 175 คน แบ่งออกเป็นผู้ป่วยใหม่ 98 คน และผู้ป่วยเก่าจำนวน 77 คน โดยในกลุ่มนั้นมีนักโทษประหาร จำนวน 96 คน แต่ในปี พ.ศ. 2557 มีจำนวนค่อนข้างสูง โดยมีผู้ป่วยทั้งหมดจำนวน 344 คน เป็นผู้ป่วยใหม่ 234 คน และผู้ป่วยเก่า 110 คน โดยมีผู้ป่วยที่เป็นนักโทษประหารจำนวน 192 คน ต่อมาจำนวนสถิติดังกล่าวได้ลดลงในปี พ.ศ. 2558 เหลือผู้ป่วยทั้งหมด 181 คน และลดลงอีกมากในปี พ.ศ. 2559 เหลือผู้ป่วยในเรือนจำเพียง 59 คน<sup>159</sup> โดยปรากฏเป็นแผนภูมิดังนี้



นอกจากนี้ ยังมีกรณีผู้ป่วยในที่ถูกส่งตัวตามมาตรา 48 ของประมวลกฎหมายอาญาที่มีอยู่จำนวนไม่น้อยทีเดียว โดยมีจำนวนวันนอนสูงสุด คือ 177 วัน ในปี พ.ศ. 2557<sup>160</sup> ซึ่งมีจำนวนวันนอนเฉลี่ย

<sup>158</sup> สัมภาษณ์ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ, 17 เมษายน 2560.

<sup>159</sup> ศูนย์นิติจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, "สรุปผลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการบริการในเรือนจำ ปีงบประมาณ 2555-2559": (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

<sup>160</sup> ฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, "สรุปผลจำนวนวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วย ในปี 2555-2559." (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

ที่มากกว่าผู้ป่วยในนิติจิตเวชถึงร้อยละ 33 – ร้อยละ 53 จากผลสถิตินี้อาจเป็นตัวบ่งชี้บางประการได้ว่า แม้ผู้ต้องหาหรือจำเลยบางส่วนจะได้ผ่านกระบวนการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาจนสามารถต่อสู้คดีได้ตามมาตรา 14 วรรคสอง ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา จนผ่านกระบวนการพิจารณาพิพากษาและกลายเป็นผู้ต้องโทษหรือบุคคลตามมาตรา 48 ของประมวลกฎหมายอาญาแล้ว แต่วิธีการตามมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ก็อาจมิใช่การบำบัดรักษาที่ทำให้หายขาดถาวร เพราะก็ยังมีจำนวนผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยเก่าและมีบุคคลตามมาตรา 48 ของประมวลกฎหมายอาญาอยู่จำนวนไม่น้อย อีกทั้งยังสามารถตั้งข้อสังเกตว่า ในเมื่อผู้ต้องหาหรือจำเลยยังไม่หายเป็นปกติดีเท่าที่ควรจากการผ่านกระบวนการตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา การต่อสู้คดีในชั้นการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง หรือชั้นการพิจารณานั้นจะน่าเชื่อถือได้เพียงใด

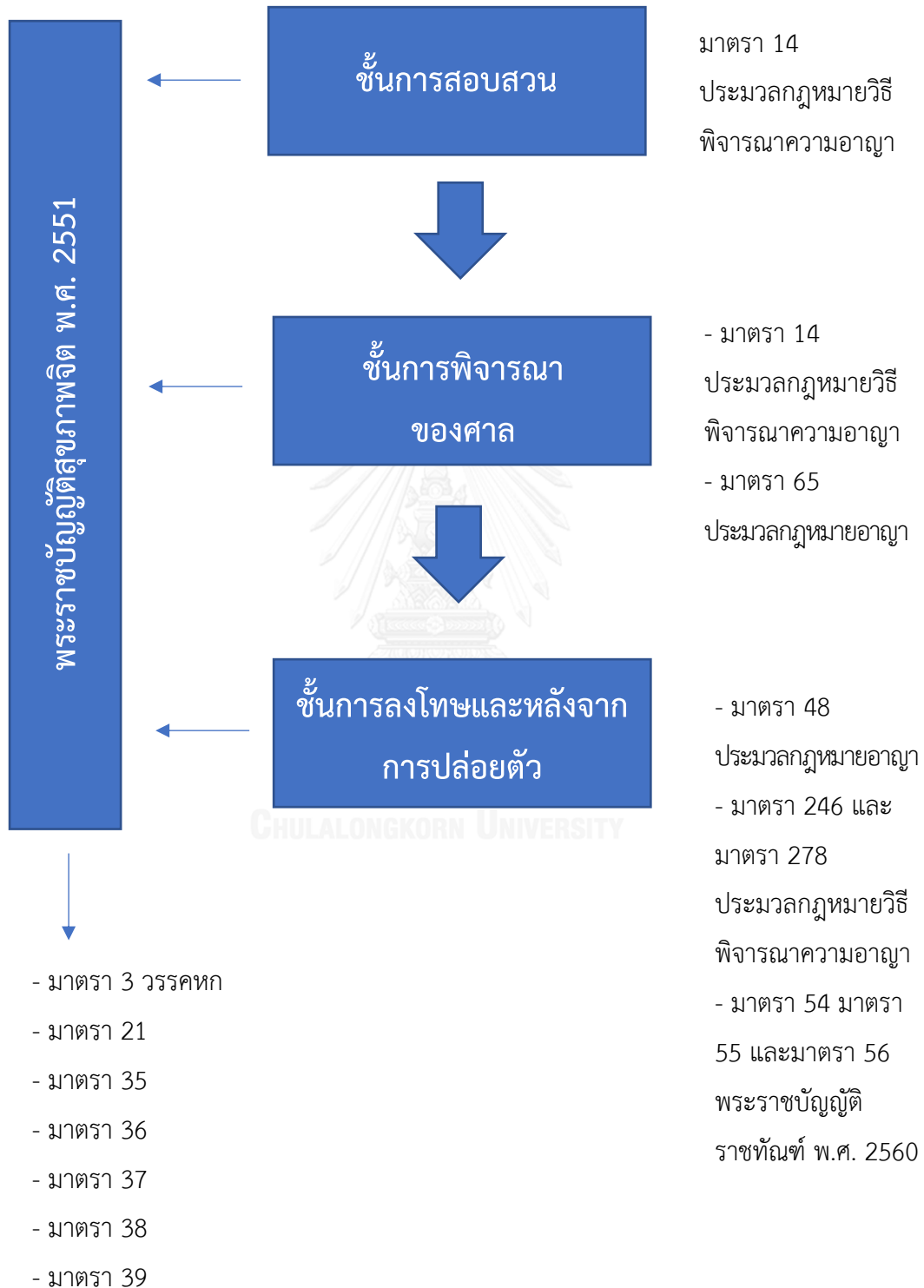
แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ ยังได้ให้สัมภาษณ์ว่า หากปรากฏว่าผู้ต้องขังยังคงมีอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งพ้นโทษและได้รับการปล่อยตัวเรือนจำแล้ว ในช่วงหลังมานี้ กรมสุขภาพจิตได้มีนโยบายให้ประเมินและติดตามผล (follow up) อาการทางจิตและการกระทำ ความผิดซ้ำของผู้ต้องขังที่ได้รับการปล่อยตัวออกมาด้วย ซึ่งผู้ป่วยดังกล่าวจะได้รับการบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยนอกของสถาบันหรือโรงพยาบาลที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง<sup>161</sup> อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมาจากกรณีเก็บตัวอย่างของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์พบว่า ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึง พ.ศ. 2559 มีผู้ต้องขังที่พ้นโทษ และกระทำความผิดซ้ำเพียงปีละ 1 คน โดยส่วนมากจะเป็นคดีเกี่ยวกับความผิดต่อชีวิต เช่น ฆ่าบิดามารดา หรือความผิดเกี่ยวกับเพศ หรือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ และมีโอกาสก่อความผิดซ้ำประมาณ 4 เดือน ถึง 3 ปี ภายหลังจากพ้นโทษ<sup>162</sup>

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

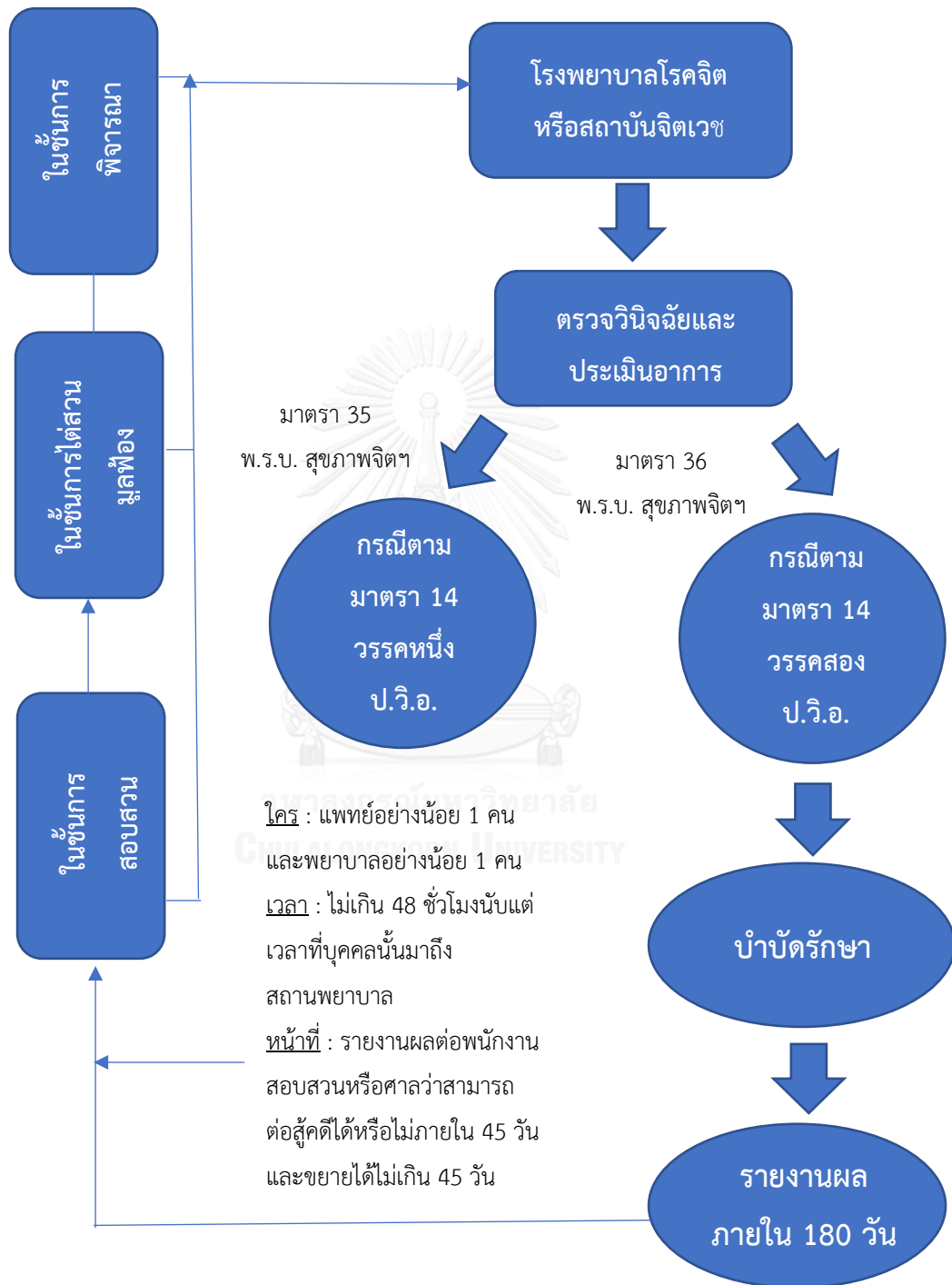
<sup>161</sup> สัมภาษณ์ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ, 17 เมษายน 2560.

<sup>162</sup> สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, "สรุปผลการกระทำความผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช": (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติในประเทศไทย



กระบวนการตรวจวินิจฉัยประเมินและบำบัดรักษาจำเลยตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา  
และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551



### บทที่ 3

## กฎหมายในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติและการจัดตั้งศาลสุขภาพจิต ในมลรัฐนิวยอร์ก มลรัฐวอชิงตัน และมลรัฐอลาสก้า สหรัฐอเมริกา

### 3.1 กฎหมายเกี่ยวกับการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ

#### 3.1.1 บทนิยาม

ในมลรัฐนิวยอร์ก มลรัฐวอชิงตัน และมลรัฐอลาสก้า สหรัฐอเมริกา ต่างก็มีบทบัญญัติ นิยามของคำว่า ความป่วยทางจิต หรือ ความผิดปกติทางจิต หรือผู้ป่วยทางจิต กำหนดไว้อย่างชัดเจน เช่น

- มลรัฐนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา มีบทบัญญัติไว้ว่า “ความป่วยทางจิต (mental illness) หมายความว่า ความป่วยจากโรคทางจิตหรือความป่วยทางสภาพจิต ซึ่งปรากฏออกมาให้เห็นเป็น พฤติกรรมที่มีความผิดปกติหรือเป็นการก่อกวน ความรู้สึก ความคิด หรือ การตัดสินใจ ที่ทำให้เห็นว่า บุคคลดังกล่าวควรได้รับการดูแล บำบัดรักษา และฟื้นฟู”<sup>1</sup> ส่วน “ผู้ป่วยทางจิต” มีความหมายถึง จำเลยที่มีอาการความผิดปกติทางจิต ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาเพื่อสวัสดิภาพของจำเลย โดยได้รับการดูแลในฐานะเป็นผู้ป่วยใน อยู่ในศูนย์ให้บริการทางจิตเวชที่อยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของรัฐ มีความบกพร่องในการตัดสินใจถึงขนาดไม่เข้าใจว่าตนเองจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา และให้มีความหมายรวมถึงผู้ปัญญาอ่อน (mental retarded) ซึ่งต้องได้รับการบำบัดรักษาในศูนย์ให้บริการ ทางจิตเวชต่อผู้ปัญญาอ่อนหรือผู้ขาดความสามารถด้านพัฒนาการ (Development disabilities)”<sup>2</sup>

- มลรัฐวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา บัญญัติไว้ว่า “ความผิดปกติทางจิต” (mental disorder) ไว้ด้วยว่า ความบกพร่องทางอวัยวะ ทางจิต หรือทางอารมณ์ใด ๆ ที่มีผลกระทบเป็นผลร้ายในสาระสำคัญ ต่อระบบการรับรู้หรือความตั้งใจ<sup>3</sup>

- มลรัฐอลาสก้า สหรัฐอเมริกา บัญญัติไว้ว่า “ความผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิต” (mental disease or defect) หมายถึง ความผิดปกติของความคิดหรืออารมณ์ที่ทำให้เกิดความบกพร่อง อย่างมีนัยสำคัญต่อการตัดสินใจ พฤติกรรม ความสามารถที่จะรับรู้ความเป็นจริง หรือความสามารถ ที่จะจัดการกับความต้องการพื้นฐานของชีวิต โดยให้มีความหมายรวมถึงผู้ที่บกพร่องทางสติปัญญาและ พัฒนาการ (intellectual and developmental disabilities) ที่มีระบบการทำงานของสมองต่ำกว่า

<sup>1</sup> New York Mental Hygiene Law § 1.03 Definitions, Section 20

<sup>2</sup> New York Criminal Procedure Law § 330.20 Procedure Following Verdict or Plea of Not Responsible by Reason of Mental Disease or Defect (D)

<sup>3</sup> Revised Washington Code (RCW) Title 71 Mental Illness, 71.05.020 Definitions (29)

มาตรฐานค่าเฉลี่ย อันมีผลกระทบเป็นนัยสำคัญต่อความสามารถในการปรับตัวและจัดการกับความ ต้องการพื้นฐานของชีวิต<sup>4</sup>

นอกจากนี้ ยังมีการแยกบทนิยามลักษณะกระบวนการของผู้ที่ขาดความสามารถ ในการดำเนินคดีด้วยเหตุอื่น ๆ ออกไปต่างหากจากผู้มีความผิดปกติทางจิตด้วย เช่น ในมลรัฐวอชิงตัน ได้แยกกระบวนการของจำเลยที่ขาดความสามารถในการดำเนินคดี (incompetent หรือ incompetency to proceed) และจำเลยที่มีความป่วยหรือความบกพร่องทางจิต (mental disease or defect) ออกจากกัน โดยมองว่าผู้ที่ขาดความสามารถในการดำเนินคดีอาจเป็นเพราะสูงอายุหรือมีปัญหาทางกายภาพ ที่ไม่สามารถเข้าใจการดำเนินคดีได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ป่วยทางจิตเท่านั้น<sup>5</sup> หรือในมลรัฐวอชิงตันก็ได้ แยกบทนิยามของผู้ขาดความสามารถทางพัฒนาการ (Development Disabilities) ออกไปต่างหากจาก ผู้มีความผิดปกติทางจิต โดยให้คำนิยามว่า “ผู้ขาดความสามารถทางพัฒนาการ” หมายถึง ผู้ที่ไม่มี ความสามารถอันเนื่องมาจากการขาดความสามารถทางสมอง (Intellectual Disabilities) สมองพิการ (cerebral palsy) โรคลมบ้าหมู (epilepsy) ออทิสซึม (autism) หรือสภาพอื่นทางด้านประสาทวิทยา ของบุคคลหนึ่งซึ่งค้นพบโดยผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดของบุคคลนั้น หรือที่ต้องการการบำบัดรักษาตั้งเช่น ผู้ขาดความสามารถทางสมอง ซึ่งการขาดความสามารถดังกล่าวนี้เกิดขึ้นก่อนอายุ 18 ปี และจะเป็น หรืออาจเป็นต่อไปอย่างไม่มีกำหนดหายขาด<sup>6</sup> อีกทั้งยังแยกกระบวนการออกต่างหากจากกระบวนการ ดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่ป่วยทางจิตที่กำหนดไว้ใน Title 71 Mental Illness ไปอยู่ในกฎหมายอีกฉบับหนึ่ง คือ Title 71A Development Disabilities ด้วย

### 3.1.2 กระบวนการตรวจสอบความสามารถของจำเลย

กฎหมายของแต่ละมลรัฐมีความแตกต่างเกี่ยวกับการกำหนดบทบาทของผู้เกี่ยวข้อง ในการตรวจสอบความสามารถของจำเลยและระยะเวลาการตรวจสอบหรือกักขังจำเลย ซึ่งกำหนดไว้ อย่างชัดเจนด้วย เช่น ถ้าเป็นในมลรัฐนิวยอร์ก ศาลจะเป็นผู้มีอำนาจสั่งให้มีการตรวจสอบสภาพจิต ของจำเลยทันทีเมื่อมีการพิจารณาของลูกขุนแล้ว โดยศาลจะแต่งตั้งผู้ตรวจทางด้านจิตวิทยา (psychiatric examiner) 2 คน มากำกับการตรวจสอบจำเลย โดยให้ใช้วิธีการใดก็ตามที่ผู้เชี่ยวชาญ

<sup>4</sup> Alaska Statutes ,Title 12, Chapter 47 Insanity and Competency to Stand Trial, Code of Criminal Procedure, 12.47.130 (5)

<sup>5</sup> Alaska Statutes ,Title 12, Chapter 47 Insanity and Competency to Stand Trial, Code of Criminal Procedure, 12.47.130 (4)

<sup>6</sup> Revised Washington Code (RCW) Title 71A Development Disabilities, 71A.10.020 Definitions (5)

ได้รับรองในการตรวจผู้ถูกกล่าวหาว่ามีสภาพจิตผิดปกติ ไม่ว่าจะมีความป่วยทางจิตอย่างธรรมดา ป่วยทางจิตอย่างอันตราย หรือปัญญาอ่อน โดยศาลต้องส่งสำเนาคำสั่งไปให้สถานบริการด้านกฎหมาย สุขภาพจิต (mental hygiene legal service) <sup>7</sup>

ในขณะเดียวกัน กฎหมายของมลรัฐวอชิงตันก็กำหนดให้เป็นหน้าที่ของศาล ถ้าเห็นว่า จำเลยน่าจะมีความป่วยทางจิต ก็ให้ส่งตัวจำเลยไปยังผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตที่ศาลแต่งตั้ง เพื่อทำการตรวจสอบจำเลยนั้น โดยผู้เชี่ยวชาญต้องตรวจสอบจำเลยในเบื้องต้นให้เสร็จภายใน 48 ชั่วโมง นับแต่รับตัวจำเลยมา แล้วจึงทำความเห็นต่อศาลว่าควรที่จะส่งตัวจำเลยไปถูกควบคุมตัวในสถานบริการบำบัด และทำการประเมินที่สถานที่แห่งนั้น หรือควรจำกัดบริเวณ 90 วันหรือไม่ แล้วยื่นต่อศาลเพื่อให้พิจารณา ทบทวนความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ศาลต้องพิจารณาความเห็นของผู้เชี่ยวชาญในวันถัดไป โดยจำเลย จะถูกควบคุมตัวเพื่อทำการตรวจประเมินได้อีกไม่เกิน 72 ชั่วโมง ศาลจะต้องพิจารณาว่าควรมีคำสั่ง ให้ส่งตัวจำเลยไปยังสถานสถานบริการบำบัดหรือไม่ หากศาลเห็นว่าสมควรก็ให้ส่งตัวจำเลยไปยัง สถานบริการบำบัดดังกล่าวต่อไป <sup>8</sup> แต่ถ้าก่อนที่จะครบ 72 ชั่วโมง หากผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าสมควร ปลดปล่อยตัวจำเลยดังกล่าว ต้องยื่นข้อเสนอแนะ (recommendation) ไปยังศาลในกรณีนี้ที่ข้อหาอันถูกฟ้อง และศาลต้องทบทวนข้อเสนอแนะนั้นภายใน 48 ชั่วโมง ไม่นับรวมวันหยุดราชการและวันหยุดนักขัตฤกษ์ หากศาลเห็นด้วยก็ให้ปล่อยตัวจำเลยนั้นโดยอาจกำหนดเงื่อนไขใด ๆ ก็ได้ โดยศาลอาจสั่งให้กักขัง จำเลยต่อไปในสถานบริการบำบัดนั้นต่อไปได้อีกไม่เกิน 72 ชั่วโมง ก่อนที่จะนำตัวมาศาล <sup>9</sup> ซึ่งกระบวนการข้างต้นแสดงให้เห็นว่าในสหรัฐอเมริกาที่มีบทบัญญัติที่กำหนดระยะเวลาของกระบวนการ ดำเนินคดีอาญาต่อจำเลยที่ผิดปกติทางจิตไว้อย่างชัดเจน

ส่วนกฎหมายของมลรัฐอลาสก้ากำหนดไว้ให้เป็นอำนาจหน้าที่ของพนักงานอัยการ ภายหลังจากที่คณะลูกขุนได้วินิจฉัยให้จำเลยไม่มีความผิดแล้ว หากพนักงานอัยการมีเหตุอันสมควรเชื่อว่า จำเลยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความป่วยทางจิต และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ต่อไปได้ พนักงานอัยการจะต้องยื่นคำร้องต่อศาลภายใน 24 ชั่วโมง เพื่อให้มีการตรวจสอบว่าจำเลย สมควรได้รับการบำบัดรักษาด้วย <sup>10</sup>

<sup>7</sup> New York Criminal Procedure Law § 330.20 Procedure following verdict or plea of not responsible by reason of mental disease or defect Section 2

<sup>8</sup> Revised Washington Code (RCW) Title 71 Mental Illness, 71.05.235 Examination, evaluation of criminal defendant-hearing (1)

<sup>9</sup> Revised Washington Code (RCW) Title 71 Mental Illness, 71.05.235 Examination, evaluation of criminal defendant-hearing (2)

<sup>10</sup> Alaska Statutes ,Title 12, Chapter 47 Insanity and Competency to Stand Trial, Code of Criminal Procedure, 12.47.080

ในกระบวนการระหว่างการตรวจสอบสภาพจิตของจำเลย กฎหมายของมลรัฐนิวยอร์ก กำหนดให้ศาลต้องจัดให้จำเลยอยู่ในสถานที่ปลอดภัย หรือถ้าจำเลยอยู่ระหว่างได้รับการปล่อยชั่วคราว ศาลอาจใช้ดุลพินิจให้ตรวจสอบสภาพจิตจำเลยในฐานะเป็นผู้ป่วยนอกได้ โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐ (Commissioner) เป็นผู้กำกับดูแล แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ของรัฐเห็นสมควรว่าต้องกักขังจำเลยในระหว่างการตรวจอาการก็อาจขอให้ศาลสั่งได้ให้กักขังจำเลยตามความจำเป็นจนกว่าจะตรวจสอบอย่างเสร็จสมบูรณ์ 11 โดยกักขังได้ไม่เกิน 30 วันนับแต่มีคำสั่งและอาจใช้ดุลพินิจขยายระยะเวลาการตรวจออกไปอีกได้ไม่เกิน 30 วัน และในระหว่างนี้ก็ให้เป็นดุลพินิจของแพทย์ที่จะเลือกใช้วิธีการตรวจและบำบัดตามที่เห็นสมควร<sup>12</sup> โดยเมื่อตรวจสอบจำเลยเสร็จแล้ว ผู้ตรวจสอบต้องรายงานผลการตรวจและประเมินสภาพจิตจำเลยทันที และส่งให้แก่เจ้าหน้าที่ของรัฐ (Commissioner) ถ้าผู้ตรวจสอบมีความเห็นไม่ตรงกัน เจ้าหน้าที่ของรัฐสามารถแต่งตั้งผู้ตรวจสอบขึ้นมาอีก 1 คน เพื่อตรวจสอบได้ หากศาลไม่เห็นด้วยกับผลที่ตรวจสอบมา ศาลอาจแต่งตั้งผู้ตรวจสอบได้อีก 1 คน หรือมากกว่า 1 คน เข้าตรวจสอบจำเลยได้ โดยศาลต้องทำสำเนารายงานไปยังอัยการเขต ทนายความของจำเลย และสถานบริการด้านกฎหมายสุขภาพจิตต่อไป 13

หลังจากศาลได้รับรายงานการตรวจแล้ว กฎหมายมลรัฐนิวยอร์กกำหนดระยะเวลาชัดเจน เพื่อคุ้มครองสิทธิของจำเลย โดยศาลต้องนัดพิจารณาคดีครั้งแรกภายใน 10 วัน เพื่อพิจารณาเกี่ยวกับสภาพจิตของจำเลย ซึ่งพนักงานอัยการจะต้องพิสูจน์ให้ศาลเข้าใจได้ว่า จำเลยมีความผิดปกติทางจิตอย่างเป็นอันตราย หรือมีความป่วยทางจิต หากศาลเห็นเช่นนั้น ศาลจะต้องออกคำสั่งกักขังจำเลยทันที<sup>14</sup> แต่หากจำเลยไม่ได้ป่วยทางจิตอย่างเป็นอันตราย ศาลต้องออกคำสั่งให้จำเลยเข้ารับการบำบัดรักษาและกักขังไว้อยู่ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่ของรัฐ และให้ดำเนินการเรื่องการออกคำสั่งกักขัง การปล่อยตัว และการเพิกถอนข้อกล่าวหาไปตาม Mental Hygiene Law ต่อไป แต่ถ้าศาลเห็นว่าจำเลยไม่มี

---

<sup>11</sup> New York Criminal Procedure Law § 330.20 Procedure following verdict or plea of not responsible by reason of mental disease or defect Section 3

<sup>12</sup> New York Criminal Procedure Law § 330.20 Procedure following verdict or plea of not responsible by reason of mental disease or defect Section 4

<sup>13</sup> New York Criminal Procedure Law § 330.20 Procedure following verdict or plea of not responsible by reason of mental disease or defect Section 5

<sup>14</sup> New York Criminal Procedure Law § 330.20 Procedure following verdict or plea of not responsible by reason of mental disease or defect Section 6



ความป่วยทางจิต ศาลต้องเพิกถอนข้อกล่าวหาหรือยกฟ้องเกี่ยวกับความป่วยทางจิต โดยอาจกำหนดเงื่อนไขหรือคำสั่งใด ๆ ก็ได้ให้ปฏิบัติตามมาตรา 9 หรือ มาตรา 15 ของ Mental Hygiene Law<sup>15</sup>

หากศาลเห็นว่าจำเลยควรได้รับการปล่อยตัว การเพิกถอนข้อกล่าวหาหรือยกฟ้องเกี่ยวกับความวิกลจริตแล้ว ในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์กำหนดว่าหากเจ้าหน้าที่ของรัฐเห็นว่าจำเลยมีความปลอดภัยต่อสังคมและชุมชนแล้ว และสภาพอาการของจำเลยเป็นที่รับรองว่าปล่อยตัวได้ เจ้าหน้าที่ของรัฐก็อาจยื่นคำร้องขอต่อศาล ต้องการให้ศาลออกสั่งให้จำเลยพักจากการบำบัดรักษาชั่วคราว (Furlough order) ซึ่งศาลอาจยอมรับคำขอและออกคำสั่งกำหนดเงื่อนไขใด ๆ ตามความเหมาะสมหรือความจำเป็นได้ แต่ถ้าจำเลยไม่สามารถกลับมาบำบัดรักษายังสถานที่เดิมได้ภายในกำหนดเวลาของศาล ก็ให้สันนิษฐานว่าจำเลยนั้นหลบหนี<sup>16</sup> แต่ถ้าเป็นมลรัฐวอชิงตัน หากศาลเห็นชอบตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ศาลอาจมีคำสั่งให้ปล่อยตัวจำเลยดังกล่าวแล้วให้มาปรากฏตัวต่อศาลอีกครั้งภายใน 11 วันก็ได้ โดยหากปรากฏว่าจำเลยไม่มาศาลตามกำหนด ศาลต้องมีคำสั่งให้ผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตที่ได้รับการแต่งตั้งหรือเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยนำตัวบุคคลนั้นมากักขังไว้ในสถานบริการบำบัดและประเมินเพื่อนำตัวมาศาลในวันพิจารณาครั้งต่อไปได้<sup>17</sup>

นอกจากนี้ กฎหมายของมลรัฐวอชิงตันได้เปิดโอกาสให้พนักงานอัยการอาจยื่นคำร้องขอให้จำเลยเข้าบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก 90 วัน แทนก็ได้ในกรณีที่ศาลมีคำสั่งให้ปล่อยตัวจำเลย โดยศาลต้องนัดฟังคำร้องภายใน 5 วันทำการนับแต่วันยื่นคำร้องหรือภายในระยะเวลาที่ได้รับการขยายได้อีกไม่เกิน 5 วันทำการ ซึ่งศาลอาจสั่งบุคคลที่มีชื่อในคำร้องนั้นอยู่ในสถานบริการและประเมินหรือสั่งให้เป็นผู้ป่วยนอกก็ได้ อีกทั้งบุคคลดังกล่าวอาจยื่นคำร้องให้มีการพิจารณาของคณะลูกขุน (jury trial) ด้วยก็ได้ โดยต้องมีการพิจารณาภายใน 10 วันทำการนับแต่วันยื่นคำร้อง และภาระการพิสูจน์ตกอยู่กับผู้ร้อง<sup>18</sup>

ด้วยบทบัญญัติที่รองรับการดำเนินคดีอาญาต่อจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติในบทบัญญัติในมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ มลรัฐวอชิงตัน และมลรัฐอลาสก้า ของสหรัฐอเมริกาข้างต้น แสดงให้เห็นว่า

<sup>15</sup> New York Criminal Procedure Law § 330.20 Procedure following verdict or plea of not responsible by reason of mental disease or defect Section 7

<sup>16</sup> New York Criminal Procedure Law § 330.20 Procedure following verdict or plea of not responsible by reason of mental disease or defect Section 8-10

<sup>17</sup> Revised Washington Code (RCW) Title 71 Mental Illness, 71.05.235 Examination, evaluation of criminal defendant-hearing (2)

<sup>18</sup> Revised Washington Code (RCW) Title 71 Mental Illness, 71.05.235 Examination, evaluation of criminal defendant-hearing (2)

ในสหรัฐอเมริกาที่มีบทบาทผู้คุมครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติอยู่แล้ว โดยอยู่ในรูปแบบของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ ที่มีจุดประสงค์ในการนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษตามความผิด

### 3.2 ที่มาของการจัดตั้งและระบบการดำเนินคดีอาญาในภาพรวมของศาลสุขภาพจิต

ศาลสุขภาพจิต (Mental Health Court) ได้รับการจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในปี ค.ศ. 1997 ในเขตการปกครองบราวเวิร์ด (Broward county) มลรัฐฟลอริดา สหรัฐอเมริกา โดยอาศัยรูปแบบ (model) ของศาลแก้ไขปัญหา (problem solving court) ซึ่งมีศาลต้นแบบคือศาลยาเสพติด (Drug Court) ที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นครั้งแรกในมลรัฐไมอามี สหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 1989<sup>19</sup> และประสบความสำเร็จจนมีหลายมลรัฐของสหรัฐอเมริกานำแนวคิดดังกล่าวไปใช้กันอย่างแพร่หลาย ซึ่งศาลแก้ปัญหานี้มีที่มาจากแนวความคิดเรื่องหลักนิติศาสตร์เชิงบำบัด (Therapeutic Jurisprudence) ที่เห็นว่าต้นเหตุของปัญหา คือ ตัวผู้กระทำความผิดเอง ดังนั้น จึงควรแก้ไขฟื้นฟูที่สภาพจิตของผู้กระทำความผิดมากกว่าการนำตัวผู้กระทำความผิดมาลงโทษที่เชื่อว่าเป็นการแก้ไขปัญหาที่ปลายเหตุ ศาลสุขภาพจิตซึ่งเป็นหนึ่งในศาลแก้ไขปัญหาก็ได้รับการจัดตั้งขึ้นเพื่อแก้ปัญหาเรื่องการกระทำความผิดซ้ำ และปัญหานักโทษล้นคุกที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในสหรัฐอเมริกา จนเกิดเป็นปัญหาวงจรที่ไม่จบสิ้น หรือที่เรียกกันว่า วงจรประตูหมุนวน (The Revolving Door)

ด้วยเหตุนี้ ศาลสุขภาพจิตจึงไม่ใช่กระบวนการทางศาลที่จะตัดสินความผิดและกำหนดโทษสำหรับจำเลยดังเช่นกระบวนการของศาลอาญาทั่วไป แต่เป็นการรับตัวจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติที่อยู่ในระหว่างการดำเนินกระบวนการทางศาลอาญาตามปกติ เข้าสู่กระบวนการควบคุมดูแลของศาลสุขภาพจิต เพื่อให้จำเลยได้เข้าบำบัดรักษาอาการทางจิตตามเงื่อนไขและหลักเกณฑ์ที่ศาลสุขภาพจิตกำหนด โดยมีข้อแลกเปลี่ยนว่า หากจำเลยให้การรับสารภาพการกระทำความผิดและผ่านกระบวนการบำบัดรักษาของศาลสุขภาพจิตจนสำเร็จแล้ว ศาลอาจลดโทษให้หรือเพิกถอนข้อกล่าวหาหรือยกฟ้องไม่เอาผิดกับจำเลยอีกต่อไปก็ได้ ดังนั้น ศาลสุขภาพจิตจึงถือว่าเป็นตัวกลางที่ประสานกระบวนการยุติธรรมทางอาญาและการบำบัดรักษาสุขภาพจิตของจำเลยเข้าไว้ด้วยกันได้ในคราวเดียวกัน<sup>20</sup>

ภายหลังการจัดตั้งศาลสุขภาพจิตแห่งแรกก็ได้รับความนิยมและแพร่หลายไปสู่มลรัฐอื่น ๆ ในสหรัฐอเมริกา โดยผู้วิจัยเลือกที่จะศึกษาวิจัยเกี่ยวกับศาลสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์ก ในเขตการปกครองบรองซ์ (Bronx county) ได้แก่ ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ (Bronx Mental Health Court)

<sup>19</sup> Bureau of Justice Assistance, "A Guide to Mental Health Court Design and Implementation": p. 4.

<sup>20</sup> Lauren Almquist and Elizabeth Dodd, "Mental Health Courts: A Guide to Research-Informed Policy and Practice 2009": p. 5.

ซึ่งได้รับการจัดตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 2001<sup>21</sup> เป็นหลัก โดยอาจจะมีการศึกษากระบวนการบางอย่างของ ศาลสุขภาพจิตในมลรัฐนิวยอร์กอีกแห่งเข้ามาด้วย เช่น ศาลสุขภาพจิตบรูคลิน (Brooklyn Mental Health Court) รวมทั้งศึกษาศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล (Seattle Mental Health Court) แห่งซีแอเทิล มิวนิซิเพิล (Seattle Municipal) มลรัฐวอชิงตัน และศาลสุขภาพจิตจิตต์ปาล์มเมอร์ (Palmer Mental Health Court) แห่งมลรัฐโอลาสก้า

กระบวนการในภาพรวมของศาลสุขภาพจิตทั้ง 3 แห่ง มีส่วนที่เหมือนกัน คือ สามารถแบ่ง กระบวนการออกได้เป็น 3 ส่วน คือ

### 1. กระบวนการเริ่มต้นในการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิต

ในกระบวนการนี้จะต้องพิจารณาทั้งในด้านของศาลสุขภาพจิตและด้านของจำเลย กล่าวคือ ในด้านของศาลสุขภาพจิต ศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งจะมีการกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อคัดกรอง คุณสมบัติของจำเลยที่จะสามารถเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตแห่งนั้นได้แตกต่างกันออกไป โดยแบ่งหลักเกณฑ์ออกเป็น 2 ประการ คือ หลักเกณฑ์ทางการแพทย์ (clinical criteria) และ หลักเกณฑ์ทางกฎหมาย (legal criteria) ซึ่งจะต้องปรากฏว่าจำเลยนั้นมีคุณสมบัติไม่ต้องทำตามที่ ศาลสุขภาพจิตแห่งนั้นกำหนดไว้ อีกประการหนึ่งคือต้องพิจารณาด้านของจำเลย คือ จำเลยต้องให้ความยินยอมในการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตโดยการให้การรับสารภาพข้อกล่าวหา

### 2. กระบวนการระหว่างการดำเนินการของศาลสุขภาพจิต

หากปรากฏว่า จำเลยผ่านการคัดกรองคุณสมบัติของศาลสุขภาพจิตและให้ความยินยอม ข้างต้นแล้ว ก็จะได้รับคำสั่งเข้ามาดำเนินกระบวนการของศาลสุขภาพจิต โดยต้องตกอยู่ภายใต้ แผนการบำบัดรักษา ซึ่งจัดทำโดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เช่น หนายความ ผู้จัดการคดี พนักงานอัยการ เป็นต้น แล้วแต่กรณีว่าเป็นศาลสุขภาพจิตแห่งใด และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของผู้พิพากษา ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการรับเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษาและความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาจำเลย โดยมีบุคลากรประจำศาลสุขภาพจิตเป็นผู้ประสานงานคดี

ในระหว่างการบำบัดรักษานี้จำเลยจะถูกส่งตัวไปยังสถานบริการบำบัดรักษาที่เหมาะสม กับสภาพอาการของจำเลยผู้นั้น โดยศาลจะมีเครื่องมือในการบังคับให้จำเลยปฏิบัติตามแผน การบำบัดรักษา ได้แก่ การให้รางวัลเมื่อจำเลยปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด และการลงโทษเมื่อจำเลย ผ่าฝืนคำสั่งหรือเงื่อนไขที่ศาลกำหนด ซึ่งการให้รางวัลและบทลงโทษนี้ก็แตกต่างกันออกไปตามที่ ศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งจะกำหนด

<sup>21</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York (2012). p. 32.

### 3. กระบวนการสิ้นสุดจากศาลสุขภาพจิต

ศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งจะมีเหตุแห่งการสิ้นสุดกระบวนการของศาลสุขภาพจิตแตกต่างกัน ไม่ว่าจำเลยจะได้รับการบำบัดรักษาอย่างประสบความสำเร็จหรือไม่ เช่น ความตายของจำเลย หรือ จำเลยได้รับการบำบัดรักษาจนประสบความสำเร็จ หรือไม่ประสบความสำเร็จเพราะเหตุอื่นใด เป็นต้น แต่เหตุของการสิ้นสุดจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตประการหนึ่งที่แตกต่างจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ คือ จำเลยของศาลสุขภาพจิตสามารถถอนความสมัครใจที่จะอยู่ในกระบวนการต่อไปได้ทุกเมื่อ ซึ่งจะทำให้จำเลยนั้นถูกส่งตัวกลับไปยังกระบวนการของศาลตามปกติ และได้รับการพิพากษาลงโทษไปตามบทบัญญัติตามปกติ แต่ถ้าจำเลยที่บำบัดรักษาประสบความสำเร็จแล้ว ศาลสุขภาพจิตส่วนมากจะกำหนดให้ยกฟ้องจำเลย หรือ เพิกถอนข้อกล่าวหา แต่ก็ยังมีศาลสุขภาพจิตบางแห่งที่อาจกำหนดให้กักขังจำเลยต่อไปได้

### 3.3 บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องของศาลสุขภาพจิต

#### 3.3.1 ผู้พิพากษา

ผู้พิพากษาของศาลสุขภาพจิตจะมีอำนาจหน้าที่และบทบาทแตกต่างจากผู้พิพากษาในศาลอาญาในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ กล่าวคือ ผู้พิพากษาในศาลในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติจะมีบทบาทในการดำเนินคดี โดยวางตัวอย่างเป็นผู้มีอำนาจและน่าเกรงขาม เพื่อให้การดำเนินคดีเป็นไปอย่างทางการ มีอำนาจหน้าที่เป็นคนกลาง ชั่งน้ำหนักพยานหลักฐาน และวินิจฉัยชี้ขาดผลแพ้ชนะคดี โดยจะพิจารณาจำเลยจากการกระทำและพฤติกรรมที่ผ่านมาแล้ว แต่สำหรับผู้พิพากษาในศาลสุขภาพจิต จะวางบทบาทอย่างเป็นกันเองกับจำเลย สามารถสอบถามและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรงกับจำเลยได้ เพื่อให้กระบวนการทางศาลดำเนินไปอย่างไม่เป็นทางการ และให้จำเลยกล้าที่จะพูดคุ้ยได้ในกระบวนการของศาล

นอกจากนี้ ผู้พิพากษาในศาลสุขภาพจิตมีบทบาทเป็นผู้นำของคณะทำงานในการดำเนินการตามแผนเพื่อบำบัดรักษาผู้เข้าร่วมศาลสุขภาพจิต โดยผู้พิพากษาจะเป็นผู้กำหนดและชี้นำบทบาทของคณะทำงานว่าให้ทำหน้าที่ส่วนใดบ้าง พิจารณาโดยคำนึงถึงปัจจุบันและอนาคตมากกว่าพิจารณาเพียงข้อเท็จจริงในอดีต และมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหาที่ตัวบุคคล โดยการให้ความสำคัญกับความรู้สึกของบุคคลมากกว่าการดำเนินคดีเพียงให้เสร็จสิ้นไป

หน้าที่ของผู้พิพากษาของศาลสุขภาพจิตเริ่มต้นจากการคัดกรองจำเลยว่ามีคุณสมบัติที่สามารถเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตได้หรือไม่ เป็นผู้ให้ความเห็นขอการจัดทำแผนบำบัดรักษาที่คณะทำงานของศาลสุขภาพจิตจัดทำขึ้น เป็นผู้กำหนดระยะเวลาและหน้าที่ของผู้ที่เข้าบำบัดรักษาให้มารายงานตัว และชี้แจงความก้าวหน้าต่อศาล รวมทั้งเป็นผู้พิจารณาว่า บุคคลที่เข้ารับการบำบัดรักษามีความก้าวหน้า

ในการบำบัดรักษาเพียงพอและสมควรได้รับการปล่อยตัวออกสู่ชุมชนแล้วหรือไม่ โดยต้องพิจารณาว่าบุคคลนั้นจะไม่ก่ออันตรายแก่สังคมเพราะอาการทางจิตของตนเองต่อไปอีก

เนื่องจากผู้พิพากษามีฐานะเป็นผู้นำของคณะทำงานจึงต้องรับมือกับผู้ป่วยทางจิตได้ในทุกรูปแบบ ผู้พิพากษาจะต้องมีความรู้พื้นฐานด้านจิตวิทยาและทักษะในการสนทนากับจำเลย ผู้ป่วยทางจิตได้อย่างดีด้วย เพื่อที่จะสามารถเข้าใจในตัวของผู้ป่วยทางจิตสภาพครอบครัว และพื้นฐานชีวิตของบุคคลดังกล่าวเป็นอย่างดี อันจะสร้างความน่าเชื่อถือและความไว้วางใจให้แก่ผู้ป่วยทางจิตที่กระทำความผิดและทำให้การดำเนินงานตามแผนการบำบัดรักษาเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ<sup>22</sup>

ความรู้และทักษะพื้นฐานเหล่านี้ถือว่าเป็นสิ่งจำเป็นและอาจมีผลต่อผลการบำบัดรักษาได้ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเชื่อถือและไว้วางใจศาล ผู้ป่วยมักจะเชื่อฟังศาลจนเต็มใจเข้ารับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง มารายงานตัวกับศาลตามกำหนดเวลา จนกระทั่งเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคคลนั้นในที่สุด ตัวอย่างเช่น ผู้พิพากษาใน Los Angeles County ได้ชี้แจงจากประสบการณ์ที่ผ่านมาว่า การที่ผู้พิพากษาและผู้กระทำความผิดสามารถสนทนาและมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันได้โดยตรง ทำให้บุคคลดังกล่าวกล้าที่จะบอกได้ว่า ตนเองต้องการได้รับการรักษาอย่างไร การบำบัดรักษาที่ผ่านมามีผลข้างเคียงหรือไม่อย่างไร และเมื่อได้สนทนากันโดยตรงก็จะทำให้เห็นความก้าวหน้าของผู้เข้ารับการบำบัดรักษาได้อย่างชัดเจน<sup>23</sup>

ปัญหาที่ผู้พิพากษาในศาลสุขภาพจิตอาจต้องพบ คือ เรื่องระยะเวลาและทรัพยากรที่จำกัด อันเนื่องมาจากในช่วงหลังมานี้ ศาลแก้ไขปัญหารวมทั้งศาลสุขภาพจิตมักประสบปัญหาเรื่องเงินทุนงบประมาณ ในขณะที่เดียวกันที่การบำบัดรักษาต้องอาศัยความต่อเนื่องซึ่งต้องใช้งบประมาณอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน นอกจากนี้ ผู้พิพากษาต้องปรับตัวกับบทบาทของจำเลยของแต่ละคดีที่มักไม่คุ้นเคยกับรูปแบบของศาลสุขภาพจิต และต้องสร้างความเข้าใจให้ตรงกันเพื่อที่จะทำงานร่วมกันได้<sup>24</sup>

### 3.3.2 พนักงานอัยการ

บทบาทและอำนาจหน้าที่ของพนักงานอัยการในศาลสุขภาพจิตก็มีความแตกต่างจากพนักงานอัยการที่ดำเนินคดีในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาทั่วไป กล่าวคือ ในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ หน้าที่หลักของพนักงานอัยการคือ การพิสูจน์ให้ศาลเห็นว่าจำเลยได้กระทำความผิด

<sup>22</sup> Michael L. Perlin, "The Judge, He Cast His Robe Aside, Mental Health Courts, Dignity and Due Process", *Mental Health Law and Policy Journal* 3, 1 (2012): 12.

<sup>23</sup> Andrea M. Odegaard, "Therapeutic Jurisprudence: The Impact of Mental Health Courts on the Criminal Justice System," *North Dakota Law Review*: 244.

<sup>24</sup> Ibid., p. 243.

ตามคำฟ้องและให้ศาลมีคำวินิจฉัยหรือคำพิพากษาเท่านั้น<sup>25</sup> โดยพิจารณาจากประวัติการก่ออาชญากรรมของจำเลย ความเป็นอันตรายต่อสังคม ธรรมชาติของการกระทำความผิด โดยมุ่งที่ผลแห่งคดีมากกว่าการให้ความสำคัญต่อจำเลย<sup>26</sup>

ในขณะที่บทบาทหน้าที่ของพนักงานอัยการในศาลสุขภาพจิตจะคำนึงถึงประโยชน์ต่อจำเลยมากกว่าการดำเนินคดีในศาลยุติธรรมทั่วไป โดยจะต้องทำความเข้าใจในตัวจำเลยให้เป็นอย่างดี จึงต้องมีทักษะและความรู้ทางจิตวิทยาเพียงพอที่จะสนทนาและสร้างความไว้วางใจให้แก่ผู้กระทำความผิดที่ป่วยทางจิตนั้นได้ โดยต้องสนทนาด้วยความอ่อนโยนและเป็นกันเอง แต่ในบางครั้งอาจต้องพบกับข้อจำกัดบางอย่าง เช่น ศาลสุขภาพจิตบางแห่งกำหนดไม่ให้นักงงานอัยการสนทนาโดยตรงกับผู้กระทำความผิดเว้นแต่จะได้รับการอนุญาตจากทนายความของผู้นั้นแล้ว เป็นต้น<sup>27</sup>

พนักงานอัยการในศาลสุขภาพจิตมีหน้าที่ต้องพิจารณาพื้นฐานและประวัติการรักษาในเบื้องต้นของจำเลยด้วยว่า ผู้กระทำความผิดที่ป่วยทางจิตนั้นได้รับการบำบัดรักษาทางจิตในชุมชนของตนอยู่ก่อนแล้วหรือไม่ รวมทั้งพิจารณาความเกี่ยวเนื่องระหว่างอาการของจำเลยกับลักษณะของการกระทำความผิดว่ามีความสอดคล้องกันหรือไม่ อย่างไร พร้อมทั้งมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการบำบัดรักษาผู้กระทำความผิดดังกล่าว มีหน้าที่คอยตรวจสอบความก้าวหน้าและผลการบำบัดรักษาและกระตุ้นให้บุคคลนั้นทำตามแผนการบำบัดรักษาจนสำเร็จด้วย<sup>28</sup>

แม้ว่าพนักงานอัยการในศาลสุขภาพจิตจะมีบทบาทที่ใกล้เคียงกันแต่ก็ยังมีรายละเอียดที่แตกต่างกันในศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่ง กรณีของศาลสุขภาพจิตบรองซ์ มลรัฐนิวยอร์ก จะไม่มีพนักงานอัยการประจำของศาลเอง แต่พนักงานอัยการทั้งหมดจะมาจากสำนักยาเสพติด สำนักงานอัยการเขตแห่งบรองซ์ (the Narcotics Bureau of the Bronx District Attorney) มีพนักงานอัยการประมาณ 10 คน หมุนเวียนรับงานแต่ละคดี โดยมีหัวหน้าสำนักยาเสพติดเป็นผู้บังคับบัญชาพนักงานอัยการนั้น และมีอำนาจในการตัดสินใจในแต่ละคดี ในขณะที่พนักงานอัยการของศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลจะมีบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างจากพนักงานอัยการของศาลสุขภาพจิตบรองซ์ กล่าวคือ ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล

<sup>25</sup> Karen A. Kugler, "A Prosecutor's Comment on Mental Health Courts – Realizing the Goal of Long-Term Public Safety", *Mitchell Hamline Law Review* 42, 2 (2006): 525.

<sup>26</sup> *Ibid.*, p. 525.

<sup>27</sup> *Ibid.*, p. 533.

<sup>28</sup> Andrea M. Odegaard, "Therapeutic Jurisprudence: The Impact of Mental Health Courts on the Criminal Justice System," *North Dakota Law Review*: 242.

จะมีทั้งหัวหน้าของพนักงานอัยการ (Prosecuting Attorney Supervisor) และพนักงานอัยการที่จะปฏิบัติงานให้แก่ศาลสุขภาพจิตเป็นการเฉพาะและเป็นงานประจำ<sup>29</sup> ไม่ได้ต้องนำมาจากหน่วยงานอื่น ส่วนการเข้ามามีบทบาทหน้าที่ พนักงานอัยการของศาลสุขภาพจิตบรองซ์จะมีบทบาทมากในช่วงการคัดกรองคุณสมบัติของจำเลย โดยจะต้องมีการสัมภาษณ์จำเลยเพื่อให้ทราบขีดความสามารถของจำเลยในการเข้ากระบวนการของศาลสุขภาพจิต ซึ่งจำเลยจะต้องผ่านคุณสมบัติ 7 ประการตามหลักเกณฑ์ที่ได้กำหนดไว้ และเมื่อได้รับการโอนย้ายจำเลยมาจากกระบวนการของศาลยุติธรรมทางอาญาปกติเข้าสู่ศาลสุขภาพจิต โดยได้ผ่านการคัดกรองคุณสมบัติและผ่านเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตแล้ว พนักงานอัยการจากสำนักยาเสพติดจะยังต้องทำงานร่วมกับพนักงานอัยการจากคดีเดิมที่ยังคงมีอำนาจดำเนินคดีอยู่ แต่พนักงานอัยการคดีเดิมจะทำหน้าที่เพียงกำกับดูแลคดี โดยไม่ได้มาปรากฏตัวต่อศาลบ่อยครั้ง อีกทั้งยังต้องทำหน้าที่เฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตามคำสั่งศาลแผนการบำบัดรักษาจำเลย โดยจะต้องเข้าพบหน่วยงาน Treatment Accountability for Safer Communities (TASC) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อทราบผลการบำบัดรักษาของจำเลย ว่าจำเลยปฏิบัติตามหรือไม่อย่างไร พร้อมทั้งมีหน้าที่ชี้แนะการกำหนดรางวัลหรือโทษ กรณีจำเลยปฏิบัติตามหรือไม่ปฏิบัติตาม แล้วแต่กรณี<sup>30</sup>

ในขณะที่พนักงานอัยการของศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลจะมีบทบาทสำคัญในช่วงก่อนที่จำเลยจะตัดสินใจเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตหรือที่เรียกขั้นตอนนี้ว่า “opt-in” โดยจะเป็นผู้ร่างเงื่อนไขการพิพากษา (Conditions of Sentence (COS)) ให้แก่จำเลยแต่ละคนซึ่งจะต้องยอมรับไว้ก่อนเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต ซึ่งเงื่อนไขการพิพากษาดังกล่าวจะมีความแตกต่างกันในจำเลยแต่ละคนแล้วแต่ความร้ายแรงของการกระทำความผิดครั้งนั้น ประวัติการกระทำความผิดและผลกระทบที่มีต่อผู้เสียหายและชุมชน ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ส่วนมากพนักงานอัยการมักจะกำหนดเงื่อนไขไว้ค่อนข้างหนักสำหรับการกระทำความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน<sup>31</sup> ส่วนรายละเอียดเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ของพนักงานอัยการในศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ไม่ปรากฏข้อมูลว่ามีกำหนดไว้อย่างไร

<sup>29</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ", (2013): 11.

<sup>30</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 34.

<sup>31</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 13.

### 3.3.3 ทัศนคติ

ทัศนคติของจำเลยที่เป็นผู้ป่วยทางจิต ถือว่าเป็นผู้ที่มิชอบพบบทสำคัญมากต่อกระบวนการของศาลสุขภาพจิตในแต่ละคดี เนื่องจากเป็นผู้ที่ใกล้ชิดกับจำเลยมากที่สุด ดังนั้น ในเบื้องต้น ทัศนคติที่ดำเนินคดีกับลูกความที่มีปัญหาทางสภาพจิต จะต้องทำความเข้าใจในประวัติของตัวลูกความอย่างรอบด้าน ทั้งพื้นฐานครอบครัว หน้าที่การงาน สภาพจิตใจ ฯลฯ โดยอาจต้องมีความรู้ทางจิตเวช พื้นฐานพอสมควรที่จะทำความเข้าใจในตัวลูกความของตนได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ทัศนคติต้องสามารถวิเคราะห์ระดับความสามารถในการดำเนินคดีของจำเลยได้ว่า อยู่ในระดับใด จำเลยสามารถเข้าใจการกระทำ กฎหมาย และกระบวนการ จนสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่ ซึ่งการวิเคราะห์ดังกล่าวถือว่าเป็นเรื่องสำคัญมาก เพราะจะสามารถยืนยันได้ว่า จำเลยควรได้รับการบำบัดรักษาหรือไม่ และมากน้อยเพียงใด รวมทั้งสามารถรู้ขอบเขตรายละเอียดเรื่องระยะเวลา เงื่อนไขและข้อจำกัดการบำบัดรักษาได้ และรู้ล่วงหน้าได้ว่าผลจะเป็นอย่างไรหากจำเลยไม่ปฏิบัติตามแผน เพื่อที่จะหาวิธีป้องกันหรือแก้ไขปัญหาได้ล่วงหน้า โดยหากทนายความไม่รู้จักและเข้าใจจำเลยอย่างเพียงพอ ทัศนคติอาจวิเคราะห์ความสามารถของจำเลยคลาดเคลื่อน จนอาจทำให้ไม่สามารถร่วมกันออกแบบแผนการบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับจำเลยกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ ได้ หรืออาจทำให้จำเลยต้องเข้ารับการบำบัดฟื้นฟูโดยไม่สมควรใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้อง<sup>32</sup>

ทัศนคติยังมีบทบาทและหน้าที่สำคัญในกระบวนการขั้นตอนต่าง ๆ ในการดำเนินการของศาลสุขภาพจิต ทั้งเป็นผู้ให้คำปรึกษาจำเลย ไม่ว่าจะกรณีการให้การรับสารภาพเพื่อเข้าสู่ศาลสุขภาพจิต ฝ่าฝืนตามผลความก้าวหน้าการบำบัดรักษาจำเลย เป็นตัวแทนของจำเลยเพื่อเรียกร้องรางวัลเมื่อจำเลยปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษา หรือโต้แย้งเมื่อศาลสั่งให้ลงโทษจำเลยกรณีไม่ปฏิบัติตามแผนดังกล่าว จนกระทั่งถึงกระบวนการสุดท้ายในการปล่อยตัวจำเลย ทัศนคติล้วนมีบทบาทเกี่ยวข้องกับกระบวนการดังกล่าวทั้งสิ้น

ด้วยเหตุที่ทัศนคติมีบทบาทสำคัญต่อทุกกระบวนการของศาลสุขภาพจิต ดังนั้น ความคิด คำปรึกษา ทักษะ และวิธีการปฏิบัติตนของทัศนคติย่อมเป็นสิ่งสำคัญมากเช่นกัน เพราะอาจมีผลกระทบต่อวงจรและกระบวนการของการบำบัดรักษาจำเลยในศาลสุขภาพจิตทั้งระบบ ดังนั้น ทัศนคติต้องเข้าใจจุดประสงค์หลักของการดำเนินคดี คือ ต้องให้ความสำคัญต่อสวัสดิภาพและสุขภาพจิตของจำเลยเป็นที่ตั้งมากกว่าการมุ่งต่อสู้คดีและหวังผลเพียงแพ้หรือชนะคดีดังเช่น ทัศนคติในการดำเนินกระบวนการในศาลยุติธรรมทั่วไป และต้องทำความเข้าใจหน้าที่และบทบาทของตนให้รอบด้าน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในกระบวนการของศาลสุขภาพจิต

<sup>32</sup> Christin E. Keele, "Criminalization of the Mentally Ill: The Challenging Role of the Defense Attorney in the Mental Health Court System", *UMKC Law Review* 71 (2002): 207.



บทบาทหนึ่งที่สำคัญของทนายความคือ การมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดรักษาจำเลย ซึ่งต้องทำงานร่วมกันกับผู้เชี่ยวชาญในสาขาอื่น ๆ เช่น นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักบำบัดรักษา หรือ จิตแพทย์ เป็นต้น ดังนั้น ทนายความจำเลยจึงต้องอาศัยทักษะของการทำงานเป็นกลุ่ม ยอมรับฟังผู้เชี่ยวชาญในด้านสาขาอื่น ๆ และมีทักษะในการติดต่อสื่อสารได้อย่างดี<sup>33</sup> นอกจากนี้ ในระหว่างการดำเนินการตามแผนการบำบัดรักษาจำเลย อาจมีข้อเท็จจริงที่เปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา อีกทั้งแผนการบำบัดรักษาจำเลยแต่ละคนย่อมมีความแตกต่างกันไปตามความต้องการบำบัดรักษา เป้าหมาย และผลการวินิจฉัย ดังนั้น ทนายความจึงต้องเปิดใจให้กว้างและมีความยืดหยุ่น พร้อมทั้งจะปรับเปลี่ยนโครงสร้างตามแผนการที่ได้กำหนดไว้ตั้งแต่ต้นได้เสมอ ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์แก่ตัวจำเลยเอง

แม้ว่าบทบาทและหน้าที่ของทนายความในศาลสุขภาพจิตจะแตกต่างจากกระบวนการพิจารณาคดีทั่วไปบางประการ แต่ทนายความก็ยังคงต้องยึดถือแนวทางปฏิบัติของทนายความไว้ด้วยเสมอ ในสหรัฐอเมริกา มีแนวทางปฏิบัติที่กำหนดไว้ใน Model Rules of Professional Conduct ซึ่งกำหนดให้ทนายความต้องปฏิบัติตามในการทำหน้าที่ทั่วไป ส่วนทนายความที่ต้องดำเนินการในศาลสุขภาพจิตก็ต้องปฏิบัติตาม Rule 1.14 ซึ่งกำหนดให้ทนายความปฏิบัติต่อลูกความที่ความสามารถบกพร่อง (diminished capacity) โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีและให้ความเคารพในเกียรติของเขาด้วย และไม่ว่าจะมีความสามารถบกพร่องเพราะความเป็นผู้เยาว์ (minority) ผู้บกพร่องทางสติปัญญา (mental impairment) หรือเหตุอื่นใด ทนายความยังต้องคงความสัมพันธ์ของความเป็นทนายความและลูกความไว้ตามเหตุผลอันสมควร<sup>34</sup>

สิ่งสำคัญที่ทนายความต้องตระหนัก คือ ความสมัครใจของลูกความถือว่าเป็นสิ่งสำคัญ โดยตั้งแต่การเริ่มต้นเข้ากระบวนการของศาลสุขภาพจิตตลอดจนกระบวนการบำบัดรักษาก็ต้องเป็นไปโดยความสมัครใจของลูกความ และลูกความมีสิทธิปฏิเสธการบำบัดรักษาได้เสมอ<sup>35</sup> ดังนั้น ทนายความก็ต้องให้ความเคารพในการตัดสินใจของลูกความด้วย และต้องรักษาผลประโยชน์ของลูกความตนเองไว้ให้ดีที่สุด โดยคำนึงถึงตัวลูกความเป็นหลัก ไม่ใช่ความต้องการของสมาชิกในครอบครัวลูกความ และในขณะเดียวกันก็ต้องใช้วิจารณญาณควบคู่ไปด้วย หรือที่เรียกว่า

<sup>33</sup> Ibid., p. 206.

<sup>34</sup> Model Rules of Professional Conduct Rule 1.14 Client with Diminished Capacity

<sup>35</sup> Christin E. Keele, "Criminalization of the Mentally Ill: The Challenging Role of the Defense Attorney in the Mental Health Court System", *UMKC Law Review* 71 (2002): 207.

“keep a watchful eye and a critical eye”<sup>36</sup> โดยความสมดุลระหว่างการรักษาผลประโยชน์ของลูกความและความปลอดภัยของสังคมด้วย<sup>37</sup>

ส่วนมากบทบาทของทนายความในศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งจะคล้ายกัน ซึ่งศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลและศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ไม่ได้จำกัดขอบเขตของบทบาทหน้าที่ทนายความไว้ แต่สำหรับทนายความในศาลสุขภาพจิตบรองซ์ส่วนมากจะเป็นทนายความอาสาที่มาจากหน่วยงานทนายความที่ให้ความช่วยเหลือผู้ขาดแคลนทุนทรัพย์ เช่น the Legal Aid and Bronx Defenders โดยทำหน้าที่หลักคือ ส่งตัวจำเลยไปยังศาลสุขภาพจิต อธิบายนโยบายของศาลสุขภาพจิตและกระบวนการทางเล็อกอื่น ๆ และให้คำปรึกษาจำเลยตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา แต่ทนายความในศาลสุขภาพจิตบรองซ์ไม่ถูกผูกมัดที่จะต้องมาปรากฏตัวต่อศาลสุขภาพจิตทุกครั้งดังเช่นจำเลย ดังนั้น ทนายความจะมาปรากฏตัวต่อศาลนาน ๆ ครั้งก็ได้เมื่อมีสำคัญเหตุบางประการ เช่น จำเลยจะให้การรับสารภาพ จำเลยมีปัญหาทางพฤติกรรม การเจรจาต่อรองกับพนักงานอัยการ การจบกระบวนการบำบัดรักษา หรือเมื่อศาลมีคำวินิจฉัย เป็นต้น หรือในบางขั้นตอนทนายความไม่ต้องมาปรากฏตัวต่อศาลก็ได้ เช่น ขั้นตอนการคัดกรองคุณสมบัติของจำเลยเพื่อเข้าสู่ศาลสุขภาพจิต เป็นต้น โดยให้ปล่อยเป็นหน้าที่ของผู้พิพากษาดำเนินการ แต่ทนายความก็ยังสามารถเข้าพุดต่อเรื่องคุณสมบัติของจำเลยกับพนักงานอัยการในสำนักงานอัยการเขต (District Attorney’s Office) ได้ในบางกรณี<sup>38</sup>

### 3.3.4 ผู้จัดการคดี

ผู้จัดการคดี (case manager) ถือว่าเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญมากในการดำเนินงานของศาลสุขภาพจิต เพราะเป็นผู้ทำให้กระบวนการของศาลมีประสิทธิภาพล่องเพราะผู้จัดการคดีจะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานระหว่างศาล หน่วยงาน หรือบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในศาลสุขภาพจิตด้วย เช่น กรณีของศาลสุขภาพจิตบรองซ์ ผู้จัดการคดีคือผู้ประสานระหว่างศาล หน่วยงาน TASC และสถานบริการบำบัด (treatment provider) โดยศาลสุขภาพจิตบรองซ์แบ่งประเภทของผู้จัดการคดีออกเป็น 2 ประเภท ตามช่วงระยะเวลาของการปฏิบัติหน้าที่ ประเภทแรก คือ ผู้จัดการคดีที่ทำหน้าที่ประสานกับสถานบริการบำบัด ภายหลังที่จำเลยเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตแล้วและก่อนที่จะมีการส่งตัว

<sup>36</sup> Judy H. Kluger, "The Impact of Problem Solving on the Lawyer’s Role and Ethics", *Fordham Urban Law Journal* 29, 5 (2002): 1896.

<sup>37</sup> Christin E. Keele, "Criminalization of the Mentally Ill: The Challenging Role of the Defense Attorney in the Mental Health Court System," *UMKC Law Review*: 209.

<sup>38</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, *Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn*, New York. p. 34.

จำเลยไปบำบัด หรือที่เรียกว่า pre-placement case manager โดยมีหน้าที่คือการประเมินคุณสมบัติของจำเลยและนำพาจำเลยไปสู่การบริการบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพอาการของจำเลย ซึ่งจากการศึกษาในปี ค.ศ. 2009 พบว่า ผู้จัดการคดีแบบ pre-placement รับผิดชอบจำเลยประมาณ 15-25 คน<sup>39</sup> อีกประเภท คือ ผู้จัดการคดีที่ทำหน้าที่ประสานภายหลังที่จำเลยเข้าสู่สถานบริการบำบัดแล้ว มีหน้าที่เฝ้าติดตามและรายงานผลความคืบหน้าของการบำบัดรักษาจำเลยต่อหน่วยงาน TASC และศาลสุขภาพจิต โดยในเบื้องต้นต้องประสานกับผู้จัดการคดีในขั้นตอน pre-placement เพื่อให้ได้รับข้อมูลและประวัติของจำเลย และในระหว่างการเฝ้าติดตามอาการของจำเลย ส่วนมากผู้จัดการคดีจะนัดจำเลยมาพบประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือน้อยที่สุดประมาณเดือนละ 1 ครั้ง แล้วแต่ความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาของจำเลย นอกจากนี้ ผู้จัดการคดีแบบ post-placement จะต้องไปหาจำเลยที่ได้รับการบำบัดรักษาประมาณ 1-2 ครั้งต่อเดือน โดยใช้ระยะเวลาเข้าพบประมาณ 15-40 นาที แล้วแต่ความรุนแรงของอาการแต่ละกรณี

ในกรณีนี้ผู้จัดการคดีทั้งกรณี pre-placement และ post-placement จะต้องเข้าปรึกษาหารือกันอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับจำเลยในคดีนั้น หรือชี้แจงเกี่ยวกับการปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดและความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา เพื่อที่จะประเมินว่าการบำบัดรักษาที่กำลังดำเนินการอยู่นั้นเหมาะสมแล้วหรือไม่ ซึ่งการแยกประเภทของผู้จัดการคดีออกเป็น 2 ส่วนนี้มีข้อดีคือทำให้ระบบการทำงานเป็นไปง่ายขึ้น เพราะผู้จัดการคดีคนหนึ่งไม่สามารถรับผิดชอบตั้งแต่เริ่มต้นคดีจนการบำบัดสิ้นสุดลงได้<sup>40</sup>

ผู้จัดการคดีของศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลก็ทำหน้าที่เดียวกัน แต่มีบทบาทเพิ่มขึ้นคือเป็นผู้ประสานงานและให้ความช่วยเหลือผู้ให้คำปรึกษาในระหว่างถูกคุมประพฤติ<sup>41</sup> ซึ่งเป็นบุคลากรเฉพาะที่มีอยู่ในศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล และยังให้ผู้จัดการคดีเป็นผู้ใกล้ชิดกับจำเลยคนหนึ่งพอที่จะทราบอาการและความเป็นไปของจำเลยได้ถึงขนาดว่า หากจำเลยไม่ปรากฏตัวต่อศาลตามที่ได้กำหนดไว้ นอกจากศาลจะสามารถสอบถามสมาชิกครอบครัวของจำเลยถึงเหตุผลที่จำเลยไม่มาปรากฏตัวต่อศาลได้แล้ว ยังสามารถสอบถามผู้จัดการคดีให้รายงานต่อศาลได้โดยตรงอีกด้วย<sup>42</sup>

ในขณะที่ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ก็มีผู้จัดการคดีเหมือนกันแต่เรียกอีกชื่อหนึ่งว่าเป็นผู้ประสานงานคดี (Case Coordinator) ของศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่กรมราชทัณฑ์

<sup>39</sup> Ibid., p. 35.

<sup>40</sup> Ibid., p. 36.

<sup>41</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report", (2001): 23.

<sup>42</sup> Ibid., p. 25.

ของอาสาสมัคร ทำหน้าที่ในการช่วยเหลือศาลในการพิจารณาคุณสมบัติของจำเลยในการเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต จัดทำและพัฒนาแผนบำบัดรักษาเฉพาะตัวของจำเลยแต่ละคนที่สนใจ จะเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต รวมถึงเป็นผู้จัดหาติดต่อกับสถานบริการบำบัดรักษาในชุมชน และเฝ้าติดตามผลการปฏิบัติตามแผนบำบัดรักษาของจำเลยแต่ละคนด้วย โดยจากที่ผ่านมาผู้ประสานงานคดี คือผู้ที่ต้องรับผิดชอบคดีเป็นจำนวนมากถึง 40 คน ทั้งกรณีที่จำเลยเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต และออกจากกระบวนการ<sup>43</sup>

### 3.3.5 บุคลากรเฉพาะอื่น ๆ ในแต่ละศาลสุขภาพจิต

ศาลสุขภาพจิตบรองซ์จะมีคณะประสานงานการบำบัดรักษา (Clinical Team) เป็นหน่วยงานชื่อ Treatment Accountability for Safer Communities (TASC) ซึ่งทำหน้าที่เป็นคณะทำงาน ในการบำบัดรักษาจำเลย มีวัตถุประสงค์หลักคือ เพื่อวินิจฉัยอาการจำเลยและควบคุมดูแลจำเลยให้ได้รับการบำบัดรักษาให้อาการทางจิตบรรเทาลงหรือหายไป ซึ่งหน่วยงาน TASC มีระบบการทำงานเป็นกลาง และไม่ขึ้นตรงต่อศาล โดยจากการศึกษา ในปี ค.ศ. 2009 พบว่า ในการจัดการคดีหนึ่งของคณะทำงาน ในการรักษาจะมีทั้งหมด 16 คน ประกอบด้วย นักจิตวิทยา 1 คน จิตแพทย์นอกเวลา 2 คน หัวหน้า ผู้จัดการคดี 1 คน และผู้จัดการคดีอีก 12 คน ซึ่งคณะทำงานนี้อยู่ภายใต้การกำกับดูแลของหัวหน้า คณะทำงาน TASC

หัวหน้าของคณะทำงาน TASC เป็นนักจิตวิทยาผู้มีอำนาจตรวจสอบ ควบคุมดูแล ประเมินอาการทางจิต และตัดสินความสามารถของจำเลย พร้อมทั้งเป็นผู้ให้คำปรึกษาและ ให้ความช่วยเหลือแก่จิตแพทย์ในการประเมินจำเลย โดยการสัมภาษณ์จำเลยจะให้จำเลยทำข้อสอบ วัดระดับสติปัญญา ประเมินความเสี่ยงในการก่ออันตรายของจำเลย รวมถึงตรวจสอบข้อมูลและ ประวัติเกี่ยวกับตัวจำเลย เช่น ประวัติการรักษาในเรือนจำ เป็นต้น ซึ่งใช้ระยะเวลาในการทดสอบและ ประเมินจำเลยดังกล่าวประมาณ 1 ชั่วโมง<sup>44</sup>

เมื่อได้รับผลการประเมินจำเลยแล้ว หัวหน้าคณะทำงาน TASC จะจัดทำรายงานต่อศาล เกี่ยวกับสภาพของจำเลยในทุกด้าน ได้แก่ ประวัติการเข้าสังคมของจำเลย ประวัติการบำบัดรักษา ทั้งทางกายและทางจิตใจ อาการทางจิตที่ปรากฏในปัจจุบันพร้อมคำวินิจฉัยอาการ การประเมิน

<sup>43</sup> Palmer Mental Health Court, Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project (2008 ). p. 10.

<sup>44</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. pp. 34 -35.

ความเสี่ยงและความอันตรายที่จำเลยอาจก่อให้เกิดขึ้นแก่สังคม รวมถึงคำแนะนำต่อศาลว่าสามารถทำการรักษาอย่างไรได้บ้าง และเสนอกระบวนการทางเลือก รวมทั้งให้มีคำวินิจฉัยของหัวหน้าคณะทำงาน TASC ว่าจำเลยเป็นผู้มีคุณสมบัติที่สมควรเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตและจะได้รับประโยชน์ที่จากการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตด้วย

ในขณะที่ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลจะมีผู้ติดตามผลของศาล (Court Monitor) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตสังกัด United Behavioral Health (UBH) (องค์กรจัดการสาธารณสุขประโยชน์ต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติแห่งหนึ่งใน King County)<sup>45</sup> มีบทบาทหน้าที่ตั้งแต่ช่วงเริ่มต้นคดีประสานกับจำเลยโดยตรงเพื่อที่จะประเมินจำเลยว่าสมควรได้รับการส่งตัวมายังศาลสุขภาพจิตหรือไม่ รวบรวมข้อมูลในการวินิจฉัยจำเลย ติดต่อกับครอบครัวของจำเลยเพื่อซักถามประวัติและข้อเท็จจริงแวดล้อม เป็นผู้ติดต่อกับสถานบริการบำบัดที่เหมาะสมกับจำเลยหลังจากที่จำเลยเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตแล้ว รวมทั้งประสานงานกับเจ้าหน้าที่ทางจิตเวชและสุขภาพจิตในเรือนจำและในโรงพยาบาลของรัฐเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลต่าง ๆ โดยผู้ติดตามผลของศาลจะต้องรวบรวมข้อมูลที่ได้พร้อมกับคำแนะนำเสนอต่อศาลพิจารณาต่อไป ซึ่งในส่วนนี้มีข้อสังเกตได้ว่า ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลก็มีผู้จัดการคดีเหมือนกัน แต่ลักษณะงานของผู้จัดการคดีในศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลจะปฏิบัติงานในเชิงธุรการมากกว่างานที่อาศัยความชำนาญด้านสุขภาพจิต โดยหากเปรียบเทียบกับผู้จัดการคดีในศาลสุขภาพจิตบรองซ์ ถือว่าใช้ผู้จัดการคดีของศาลสุขภาพจิตบรองซ์ต้องอาศัยความรู้ความชำนาญทางด้านสุขภาพจิตมากกว่าและรวมบทบาทหน้าที่ในทางธุรการไปด้วยในตำแหน่งเดียว

นอกจากนี้ ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลยังมีผู้ให้คำปรึกษาในระหว่างถูกคุมประพฤติ (Probation Counselors) ซึ่งทำหน้าที่ควบคุมดูแลในวงกว้างกว่าผู้ติดตามผลของศาลและเป็นผู้ให้คำแนะนำในการกำหนดทิศทางการบำบัดรักษาให้แก่จำเลย ดังนั้น ผู้ให้คำปรึกษาจึงต้องมีความเชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิตเพียงพอที่จะเรียนรู้ทำความเข้าใจจำเลย และสามารถกำกับ การดำเนินการบำบัดรักษาให้เป็นไปตามแบบแผนหรือคำสั่งที่ศาลวางไว้ได้ บทบาทหน้าที่ของผู้ให้คำปรึกษามีลักษณะในเชิงรุก เพื่อเข้าไปควบคุมดูแลการบำบัดรักษาได้อย่างใกล้ชิด โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อให้จำเลยประสบความสำเร็จจากการบำบัดรักษาในระยะยาว<sup>46</sup>

ผู้ให้คำปรึกษาดังกล่าวของศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลจะสามารถทำความคุ้นเคยกับจำเลยได้ตั้งแต่การพิจารณาคณะสมบัติในการรับตัวจำเลยเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตตั้งแต่เริ่มแรก โดยสามารถเรียนรู้อาการ

<sup>45</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report," : 11.

<sup>46</sup> Ibid., p. 24.

ของจำเลย ประวัติการกระทำความผิด ประวัติการบำบัดรักษา ที่อยู่อาศัย ประวัติการใช้สารเสพติด<sup>47</sup> ทั้งนี้ จำเลยมีหน้าที่ที่จะต้องมารายงานตัวต่อผู้ให้คำปรึกษาเป็นประจำด้วย โดยอาจกำหนดเป็นรายสัปดาห์ หรือรายวันแล้วแต่กรณี รวมทั้งจะเป็นผู้ควบคุมดูแลการเข้าร่วมบำบัดรักษาของจำเลย ความเหมาะสมของสถานที่บำบัดรักษา และสุ่มตรวจปัสสาวะหรือลมหายใจเพื่อตรวจว่าจำเลยใช้ยาเสพติดหรือแอลกอฮอล์ อันเป็นการฝ่าฝืนข้อกำหนดของศาลด้วย<sup>48</sup>

นอกจากทำหน้าที่เป็นผู้ควบคุมดูแลในการบำบัดรักษาที่เข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตแล้ว ผู้ให้คำปรึกษาในระหว่างถูกคุมประพฤติยังต้องดูแลจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติในศาลที่ดำเนินกระบวนการพิจารณาอาญาตามปกติ คือ ศาลซีแอเทิลมิวนิซิเพิลอีกด้วย ซึ่งจะเรียกจำเลยเหล่านี้ว่าเป็น Mental Health Diagnosis & Treatment status (MHDT) defendants แต่ระดับของการควบคุมดูแลจากผู้ให้คำปรึกษาในระหว่างถูกคุมประพฤติต่อจำเลยแบบ MHDT ก็ถือว่ายังไม่มากเท่ากับการควบคุมดูแลจำเลยที่อยู่ในกระบวนการของศาลสุขภาพจิตที่จะต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดมากกว่า<sup>49</sup>

ส่วนศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์มีผู้จัดการแผนงาน (Project Manager) ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ตำแหน่งประจำศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ โดยไม่ต้องใช้เจ้าหน้าที่จากสถานที่อื่นดังเช่นผู้พิพากษาและผู้ประสานงานคดี โดยผู้จัดการแผนงานจะเป็นผู้วางแผนและตรวจสอบภาพรวมการทำงานของศาลสุขภาพจิตและผู้ประสานงานคดี เพื่อให้ระบบการทำงานของศาลสุขภาพจิตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ หน้าที่หลักของผู้จัดการแผนงาน คือ การเป็นผู้บริหารแผนงานการบำบัดรักษาจำเลยแต่ละคน ให้ความช่วยเหลือในการจัดทำแผนและทำให้เกิดพัฒนาการของระบบสุขภาพจิตในชุมชน ตรวจสอบกิจกรรมการประเมินโครงการ ควบคุมดูแล และเป็นผู้ช่วยด้านเทคนิค การฝึกอบรม การให้การศึกษาและการติดต่อกับบุคคลภายนอก<sup>50</sup> โดยจะเข้ามามีบทบาทตั้งแต่กระบวนการคัดกรองคุณสมบัติของจำเลย การดำเนินการรับส่งตัวจำเลยเข้าสู่ศาลสุขภาพจิต จัดทำตารางนัดหมายในการนั่งพิจารณาของศาล อำนวยความสะดวกทางกฎหมายในการดำเนินคดี และให้ความช่วยเหลือทั่วไปแก่ผู้พิพากษาของคดี ทั้งสองคน อีกทั้งยังต้องวางแผนและจัดการฝึกอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกของคณะทำงานศาลและ

<sup>47</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report," : 23.

<sup>48</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 14.

<sup>49</sup> Ibid., p. 14.

<sup>50</sup> Palmer Mental Health Court, Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project. p. 10.

กลุ่มผู้มีส่วนได้เสียที่เกี่ยวข้อง และตอบข้อซักถามและให้ความรู้ด้านเทคนิคจากบุคคลภายนอก เกี่ยวกับการเริ่มต้นจัดตั้งศาลสุขภาพจิตและประสบการณ์การดำเนินการของศาลสุขภาพจิต<sup>51</sup>

### 3.4 กระบวนการของศาลสุขภาพจิต

#### 3.4.1 กระบวนการเริ่มต้น

##### (1) การส่งตัวหรือโอนย้ายจำเลยมาเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต

การรับตัวจำเลยมาเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตสามารถรับได้มาจากหลายแหล่ง ซึ่งในแต่ละศาลสุขภาพจิตก็มีรายละเอียดแหล่งนำส่งจำเลยต่างกันออกไป ถ้าเป็นศาลสุขภาพจิตบรองซ์ สามารถรับจำเลยที่ถูกส่งตัวมาได้ทั้งจากพนักงานอัยการ หน่วยงาน ผู้พิพากษา สมาชิกครอบครัวของจำเลย ผู้บริการบำบัดในชุมชน เจ้าหน้าที่เรือนจำ หรือเจ้าหน้าที่คุมประพฤติ เป็นต้น และในบางครั้ง อาจได้รับการโอนย้ายมาจากศาลยาเสพติด (Drug court) หากพบว่าจำเลยมีอาการทางจิตร่วมด้วยก็ได้ โดยจากผลการศึกษาแล้วพบว่า แหล่งที่มาของการโอนย้ายจำเลยมากที่สุด คือ สำนักงานอัยการเขต มีจำนวนร้อยละ 45.7 โดยมีจำนวนจำเลยมากถึงร้อยละ 58.8 ที่อยู่ในระหว่างการถูกคุมขังอยู่ขณะที่ถูกส่งตัวมาศาลสุขภาพจิต<sup>52</sup> สำหรับศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล ผู้มีอำนาจส่งตัวจำเลยมาอยู่หลายแหล่ง เช่น เจ้าพนักงานของเรือนจำ หน่วยงาน ผู้ให้คำปรึกษาในระหว่างถูกคุมประพฤติ หรือสมาชิกครอบครัวของจำเลย เป็นต้น ซึ่งผู้ที่ยื่นคำร้องให้ส่งตัวจำเลยมาศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลมากที่สุด คือ หน่วยงานของจำเลย<sup>53</sup> นอกจากนี้ โนมลรัฐวอชิงตัน หากเจ้าหน้าที่ตำรวจที่จับกุมเห็นว่าผู้ต้องหาที่มีความเป็นไปได้ที่จะป่วยทางจิต ก็สามารถทำความเห็นผ่านเจ้าหน้าที่ เพื่อส่งต่อความเห็นดังกล่าวไปยังศาลสุขภาพจิตผ่านระบบคอมพิวเตอร์ให้เตรียมไว้สำหรับการนัดพิจารณาในศาลสุขภาพจิตต่อไป<sup>54</sup>

สำหรับศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ค่อนข้างเปิดกว้างที่จะรับการส่งตัวจำเลยมาจากหลายแหล่ง แต่ส่วนมากทนายความของจำเลยจะเป็นผู้ยื่นคำร้องส่งตัวจำเลยมายังศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ โดยคิดเป็นจำนวนร้อยละ 29 รองลงมาคือ ผู้พิพากษาและเจ้าหน้าที่ของศาลกระบวนการยุติธรรมทางปกติเอง คิดเป็นร้อยละ 19 และผู้บริการบำบัดรักษาสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 16

<sup>51</sup> Ibid.

<sup>52</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 43.

<sup>53</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation": 12.

<sup>54</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report," : 20.

พนักงานอัยการ คิดเป็นร้อยละ 9 และยังมีการส่งตัวจำเลยมาจากแหล่งอื่น เช่น เพื่อนของจำเลย สมาชิกในครอบครัวของจำเลย หรือแหล่งอื่น ๆ คิดรวมกันเป็นร้อยละ 37 ซึ่งจำนวนเฉลี่ยในแต่ละเดือน ศาลสุขภาพจิตพาล์มเมอร์มีการส่งตัวจำเลยมาประมาณ 8 คน<sup>55</sup> แต่สำหรับศาลสุขภาพจิตพาล์มเมอร์ ก็มีจำเลยจำนวนไม่น้อยที่ไม่ผ่านการคัดกรองคุณสมบัติ โดยจากผลการศึกษาพบว่า ในจำนวนบุคคลที่ถูกส่งตัวมากกว่า 1 ใน 3 มีคุณสมบัติไม่ผ่านหลักเกณฑ์ของศาลสุขภาพจิตพาล์มเมอร์ โดยจำนวนสาเหตุมากที่สุดคือ ขาดคุณสมบัติทางด้านกฎหมาย คิดเป็นร้อยละ 38.3 รองลงมาคือปฏิเสธที่จะเข้ากระบวนการศาลสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 35.1 ได้รับการเพิกถอนข้อกล่าวหา คิดเป็นร้อยละ 12.8 ขาดคุณสมบัติทางด้านสุขภาพจิต คิดเป็นร้อยละ 7.4 และเหตุอื่น ๆ คิดเป็นร้อยละ 6.4<sup>56</sup>

ในระหว่างที่มีการส่งตัวจำเลยจากแหล่งอื่นมายังกระบวนการของศาลสุขภาพจิต ย่อมต้องใช้ระยะเวลาซึ่งทำให้จำเลยปราศจากเสรีภาพตั้งแต่ขั้นการถูกจับกุมจนได้รับการบำบัดรักษาไปไม่น้อย โดยในศาลสุขภาพจิตบรองซ์มีค่าเฉลี่ยจำนวนวันนับตั้งแต่วันที่ถูกจับกุมจนถึงวันที่ TASC คัดกรองคุณสมบัติจำเลย คือ 189.4 วัน และค่าเฉลี่ยจำนวนวันนับตั้งแต่วันที่ถูกจับกุมจนถึงวันที่เริ่มเข้ารับการบำบัดรักษาตามโปรแกรมของศาลสุขภาพจิต คือ 189 วัน ซึ่งเท่ากับว่าจำเลยต้องถูกทำให้ปราศจากเสรีภาพในร่างกายโดยไม่จำเป็นก่อนได้รับการบำบัดรักษาเป็นเวลาโดยเฉลี่ยประมาณครึ่งปี<sup>57</sup>

สำหรับศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล ก่อนเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตจะมีกระบวนการเป็นการเฉพาะในการตรวจสอบความสามารถของจำเลยด้วย แต่ผู้เชี่ยวชาญที่ตรวจสอบค่อนข้างจะถูกจำกัดการเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับพื้นฐานการบำบัดรักษาทางจิตเดิมที่จำเลยเคยได้รับการรักษาจาก Washington State Department of Social and Health Services นอกจากนี้ ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลยังไม่ได้มีหน้าที่เพียงแต่ดูแลจำเลยที่ถูกส่งตัวมายังศาลสุขภาพจิตเท่านั้น แต่ยังต้องทำหน้าที่ตรวจสอบความสามารถและบำบัดรักษาจำเลยที่ผิดปกติทางจิตในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของศาลซีแอเทิล มิวนิซิเพิลด้วย<sup>58</sup>

<sup>55</sup> Palmer Mental Health Court, Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project. p. 14.

<sup>56</sup> Ibid., p. 15.

<sup>57</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 43.

<sup>58</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 10.



## (2) การคัดกรองคุณสมบัติของจำเลย

ศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งจะมีหลักเกณฑ์ในการคัดกรองคุณสมบัติจำเลยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ หลักเกณฑ์ทางการแพทย์ (clinical criteria) และหลักเกณฑ์ทางกฎหมาย (legal criteria) โดยหลักเกณฑ์ทางการแพทย์จะพิจารณาว่าจำเลยนั้นมีอาการอยู่ในกลุ่มอาการความผิดปกติทางจิตที่ศาลกำหนดไว้หรือไม่ ซึ่งส่วนมากศาลจะใช้ DSM-V เป็นมาตรฐานในการจำแนกอาการทางจิตของจำเลย และหลักเกณฑ์ทางกฎหมายมักจะใช้อัตราโทษหรือลักษณะความผิดบางอย่างที่ต้องห้ามมิให้เข้าสู่ศาลสุขภาพจิตมาเป็นมาตรฐานในการคัดกรองจำเลย

### ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ มลรัฐนิวยอร์ก

1. หลักเกณฑ์ทางการแพทย์ คือ ต้องปรากฏว่าจำเลยเป็นผู้มีปัญหาทางจิตจนถึงขนาดที่ไม่มีความสามารถเพียงพอที่จะดำเนินการในศาลอาญาตามปกติได้ และจำเลยนั้นต้องมีอาการทางจิตเป็นไปตามแกนที่ 1 (Axis I) ของ DSM-V นอกจากนี้ ศาลสุขภาพจิตของบรองซ์ยังยอมรับจำเลยที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ (personality disorders) ซึ่งเป็นอาการที่อยู่ในแกนที่ 2 (Axis II) ด้วย หากมีความเชื่อได้ว่า จำเลยคนนั้นสามารถได้รับการบำบัดรักษาผ่านกระบวนการได้จริง ซึ่งถือว่าเป็นศาลสุขภาพจิตที่เปิดรับค่อนข้างกว้าง เพราะส่วนมากศาลสุขภาพจิตมักจะไม่รับผู้ที่มีอาการตามแกนที่ 2<sup>59</sup> โดยคณะกรรมการของ TASC จะวิเคราะห์อาการของจำเลยเป็นรายกรณีด้วย แต่ศาลสุขภาพจิตบรองซ์จะไม่ยอมรับจำเลยที่มีความแปรปรวนและมีอาการหนักมากถึงขนาดต้องเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล เพราะ TASC อาจไม่สามารถควบคุมและดูแลความปลอดภัยได้อย่างเพียงพอ หากปรากฏว่าจำเลยมีอาการที่ต้องได้รับการรักษา ก็จะถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาล ซึ่งถ้าจำเลยเป็นผู้ชายจะถูกส่งไปโรงพยาบาล Bellevue แต่ถ้าจำเลยเป็นผู้หญิงจะถูกส่งไปโรงพยาบาล Elmhurst

2. หลักเกณฑ์ทางกฎหมาย คือ จะยอมรับจำเลยที่กระทำความผิดทั้งความผิดที่มีอัตราโทษสูง (felony) และความผิดที่มีอัตราโทษต่ำ (misdemeanor charges) โดยไม่ยอมรับจำเลยที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิดฐานฆ่าผู้อื่น กระทำความผิดทางเพศ และกระทำความผิดฐานวางเพลิง ปัจจุบันนี้ ศาลสุขภาพจิตของบรองซ์ได้แยกออกเป็น 2 ศาล ตามความรุนแรงของอัตราโทษแล้ว คือ ศาลสุขภาพจิตบรองซ์สำหรับความผิดที่มีโทษอัตราสูง (Bronx felony mental health court) และศาลสุขภาพจิตบรองซ์สำหรับความผิดที่มีโทษอัตราต่ำ (Bronx misdemeanor mental health court)<sup>60</sup>

<sup>59</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn. New York. p. 42.

<sup>60</sup> Linda I. Gibbs Michael F. Hogan, "New York State/New York City Mental Health Criminal Justice Panel Report and Recommendations " [Online]. Available from: [http://www.omh.ny.gov/omhweb/justice\\_panel\\_report/#insufficient](http://www.omh.ny.gov/omhweb/justice_panel_report/#insufficient)

ทั้งนี้ ศาลสุขภาพจิตบรองซ์จะไม่ได้พิจารณาด้วยว่า การกระทำความผิดนั้นเป็นผลมาจากความผิดปกติทางจิตของจำเลยหรือไม่ เพราะศาลสุขภาพจิตบรองซ์เชื่อว่าเป็นเรื่องที่พิสูจน์ได้ยาก ซึ่งความคิดนี้แตกต่างจากศาลสุขภาพจิตแห่งอื่นในมลรัฐนิวยอร์กดังเช่น ศาลสุขภาพจิตเขตการปกครองบรูคลิน (Brooklyn mental health court) ที่พิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างการกระทำและผลด้วย และเมื่อศาลสุขภาพจิตบรองซ์ได้อ่านรายงานความเห็นจากการตรวจสอบของคณะทำงาน TASC พนักงานอัยการและทนายความจำเลย ผู้พิพากษาจะเป็นผู้ตัดสินว่าจำเลยมีคุณสมบัติที่สามารถเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตต่อไปได้หรือไม่ โดยในการพิจารณาของศาลนี้ไม่มีลูกขุน<sup>61</sup>

#### ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล มลรัฐวอชิงตัน

1. หลักเกณฑ์คุณสมบัติทางการแพทย์ คือ จะต้องปรากฏว่าจำเลยมีอาการในเกณฑ์ 1 ของ DSM-V เช่น โรคซึมเศร้า (Depression) โรคอารมณ์สองขั้ว (Bipolar Disorder) หรือ โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นต้น โดยจะต้องปรากฏว่า อาการทางจิตของจำเลยนั้นมีความสัมพันธ์กับการกระทำความผิดของจำเลย นอกจากนี้ ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลยังยอมรับจำเลยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) ออทิสติก หรือความบกพร่องในการพัฒนาศักยภาพอีกด้วย

ในขั้นการคัดกรองคุณสมบัติของศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล เมื่อจำเลยถูกส่งตัวมาศาลสุขภาพจิตและอยู่ในห้องขังแล้ว ผู้ติดตามดูแลของศาล (Court Monitor) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตจะต้องค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับจำเลยนั้น เช่น ตรวจสอบว่าจำเลยต้องการล่ามหรือไม่ ประวัติของจำเลยในระบบการรักษาสุขภาพจิต ที่อยู่อาศัยและครอบครัวเป็นอย่างไร เป็นต้น หากปรากฏว่าขณะนั้นจำเลยอยู่ในระบบการรักษาสุขภาพจิตอยู่แล้ว ก็ให้ผู้ติดตามดูแลของศาลรายงานต่อศาลให้ทราบเป็นข้อมูลในการพิจารณาครั้งแรก แต่ถ้าขณะนั้นจำเลยไม่ได้อยู่ในระบบการรักษาสุขภาพจิต ให้ผู้จัดการคดีจัดหาข้อมูลเกี่ยวกับสถานบำบัดรักษา เพื่อที่จะนำไปใช้จัดทำแผนการบำบัดรักษาให้ผู้ติดตามดูแลของศาลและเพื่อนำเสนอต่อศาลในการพิจารณาครั้งแรก ซึ่งจะมีขึ้นภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากจำเลยถูกนำมาขังตัวไว้<sup>62</sup> และในการนั่งพิจารณาครั้งแรก ทนายความของจำเลยและเจ้าหน้าที่ของศาล (Court Liaisons) จะชี้แจงกับจำเลยเกี่ยวกับโครงสร้างการดำเนินการและผลประโยชน์ที่จำเลยจะได้จากศาลสุขภาพจิต รวมทั้งสอบถามเกี่ยวกับประวัติการวินิจฉัยอาการของจำเลยและประวัติทางกฎหมายอื่น ๆ หากผลปรากฏว่าจำเลยมีคุณสมบัติเหมาะสมและแสดงความสมัคร

<sup>61</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 33.

<sup>62</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report," : 21.

ใจที่จะเข้ากระบวนการของศาลสุขภาพจิต ก็ให้เจ้าหน้าที่ของศาลผู้รับผิดชอบเริ่มจัดทำแผนการบำบัดรักษาจำเลย โดยในแผนดังกล่าวต้องระบุที่อยู่อาศัย ระยะเวลาและลักษณะการบำบัดรักษาให้ชัดเจน<sup>63</sup> และเมื่อศาลได้ไปพิจารณาประกอบความเห็นของเจ้าหน้าที่ของศาล พนักงานอัยการ หน่วยงาน รวมถึงจำเลยว่ามีคุณสมบัติพร้อมที่จะเข้าสู่ศาลสุขภาพจิต ก็สามารถตกลงกันจัดทำตารางการนัดหมายจำเลยให้มาปรากฏตัวต่อศาลได้ทันที

2. หลักเกณฑ์ทางกฎหมาย คือ จะยอมรับเพียงจำเลยที่กระทำความผิดอัตราโทษต่ำ (misdemeanors) เท่านั้น<sup>64</sup>

#### ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์

ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์มีการกำหนดเงื่อนไขว่าจะรับเฉพาะผู้ป่วยทางจิตที่อาศัยอยู่ใน Matanuska-Susitna Borough ซึ่งสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบริการบำบัดของบริเวณนั้นได้ รวมถึงผู้ป่วยทางจิตที่ยินยอมจะบำบัดรักษาใน Matanuska-Susitna Borough ตลอดระยะเวลาการบำบัดรักษา

1. หลักเกณฑ์การพิจารณาในทางการแพทย์ ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์จะใช้หลักเกณฑ์ตามอาการความผิดปกติทางจิตใน The Fifth Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) และอาการตามที่กำหนดไว้ของ Alaska Mental Health Trust Authority (AMHTA) เป็นหลักในการคัดกรองจำเลย โดยจำเลยจะต้องเป็นผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการตามเกณฑ์ 1 ของ DSM-V เช่น โรคซึมเศร้า (depression) โรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) หรือ โรคจิตเภท (schizophrenia) เป็นต้น แต่ในคู่มือกำหนดนโยบายและกระบวนการของศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ กำหนดไว้ว่าจำเลยที่มีอาการทางจิตตามเกณฑ์ 2 ของ DSM-V ซึ่งเป็นผู้มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมของศาลสุขภาพจิตได้ เนื่องจากต้องใช้การบำบัดรักษาที่เข้มงวดมาก ซึ่งเกินความสามารถของศาล<sup>65</sup>

สำหรับอาการความผิดปกติทางจิตของ Alaska Mental Health Trust Authority (AMHTA) ข้างต้นจะต้องปรากฏว่า จำเลยมีอาการความผิดปกติทางจิต หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการเสพสารเสพติดในระดับต่ำหรือไม่มีส่วนเกี่ยวข้องเลย และหากจำเลยนั้นมีส่วนเกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดประกอบกับมีความผิดปกติทางจิตด้วย ก็ต้องมีการตรวจสอบและพิจารณาว่า สัดส่วน

<sup>63</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 12.

<sup>64</sup> Ibid., p. 10.

<sup>65</sup> Palmer Mental Health Court, Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project. p. 11.

ของความผิดปกติทางจิตหรือผลจากการใช้สารเสพติดส่วนใดที่มากกว่ากัน หากพบว่าส่วนของความผิดปกติทางจิตน้อยกว่าผลการจากใช้สารเสพติด จำเลยดังกล่าวจะต้องถูกส่งตัวไป Wellness Court หรือ ศาลยาเสพติด (Drug Court) ต่อไป แต่ถ้าพบว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตมากกว่า ก็ให้มีโอกาสเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตได้<sup>66</sup> ดังนั้น นี่จึงใช้เป็นวิธีแยกประเภทของจำเลยที่ใช้สารเสพติดจนมีความผิดปกติทางจิตว่า ต้องไปศาลยาเสพติดหรือศาลสุขภาพจิต

2. หลักเกณฑ์การพิจารณาในทางกฎหมาย คือ จะยอมรับจำเลยที่กระทำความผิดที่มีอัตราโทษต่ำเท่านั้น เว้นแต่จำเลยที่กระทำความผิดที่มีอัตราโทษสูงและได้รับการลดโทษจากรัฐ ออกเป็นข้อกล่าวหาที่มีอัตราโทษต่ำหลายข้อหาก่อนที่จะเข้ามาศาลสุขภาพจิต ก็จะสามารถเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตได้<sup>67</sup> แต่ในกรณีที่จำเลยกระทำความผิดหลายข้อหา ทั้งข้อหาที่มีอัตราโทษต่ำด้วยและสูงด้วย หรือกรณีที่แม้จำเลยจะกระทำความผิดครั้งใหม่เป็นฐานความผิดที่มีโทษอัตราต่ำ แต่อยู่ระหว่างการถูกคุมขังในฐานความผิดที่มีอัตราโทษสูง จำเลยทั้งสองกรณีนี้ก็จะไม่อาจเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตได้<sup>68</sup>

ศาลสุขภาพจิต	หลักเกณฑ์ทางการแพทย์	หลักเกณฑ์ทางกฎหมาย
บรองซ์	แกนที่ 1 และ แกนที่ 2 (DSM-V)	อัตราโทษต่ำและสูง
ซีแอเทิล	แกนที่ 1 (DSM-V) PTSD และ ออทิสติก	อัตราโทษต่ำ
ปาล์มเมอร์	แกนที่ 1	อัตราโทษต่ำ เว้นแต่กระทำความผิดที่มีอัตราโทษสูงแต่ได้รับการลดโทษเป็นอัตราโทษต่ำหลายข้อหา

<sup>66</sup> Palmer Mental Health Court. Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project, (2008) p. 11.

<sup>67</sup> Ibid., p. 10.

<sup>68</sup> Ibid., p. 11.

### (3) การให้ความยินยอมของจำเลย

ความสมัครใจ (Voluntariness) ของจำเลยถือว่าเป็นเงื่อนไขประการสำคัญในการเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต โดยในเบื้องต้นทนายความมีหน้าที่ต้องอธิบายให้จำเลยทราบสิทธิของตนก่อนว่า ตนมีสิทธิเลือกที่จะเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตเพื่อการบำบัดรักษาตนเอง หรือเลือกที่จะต่อสู้ดำเนินคดีในศาลอาญาตามปกติก็ได้ ซึ่งเมื่อจำเลยได้ทราบข้อมูลอย่างแน่ชัดและให้ความตกลงแล้ว จึงจะทำให้เป็นการแสดงความสมัครใจอย่างแท้จริง<sup>69</sup> มิฉะนั้นจะทำให้จำเลยรู้สึกว่าคุณบังคับให้เข้าสู่ศาลสุขภาพจิต<sup>70</sup> ซึ่งไม่ส่งผลดีแก่ตัวจำเลยเพราะจากผลการศึกษาพบว่า หากจำเลยไม่รู้สึกถูกบีบบังคับในการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิต มักจะส่งผลให้การบำบัดรักษาจำเลยเป็นไปได้ด้วยดี รวมทั้งกระบวนการในศาลสุขภาพจิตก็จะมีแนวโน้มที่จะประสบผลสำเร็จมากกว่าจำเลยที่ไม่ทราบสิทธิดังกล่าวของตนเองมาก่อน<sup>71</sup>

การพิจารณาว่าจำเลยสมัครใจเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตอย่างแท้จริงหรือไม่ ต้องพิจารณาให้เห็นได้ว่า จำเลยเข้าใจในเงื่อนไขของการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตและกระบวนการต่าง ๆ ในศาลสุขภาพจิต เช่น เงื่อนไขเกี่ยวกับการให้คำรับสารภาพ การนัดหมายให้จำเลยมาปรากฏตัวต่อศาล การให้ความยินยอมผู้กมัตตนเองเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษา หรือการให้ความยินยอมต่อศาลให้เปิดเผยบันทึกที่เป็นความลับ เป็นต้น รวมทั้งสามารถใช้เหตุผลในการไตร่ตรองและชั่งน้ำหนักผลข้อดีและข้อเสียของการเข้าหรือไม่เข้าสู่ศาลสุขภาพจิตได้ และสามารถประเมินผลความแตกต่างระหว่างกรณีผลของการปฏิเสธเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตและการไม่เข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตได้<sup>72</sup>

ในการให้การรับสารภาพชั้นศาลสุขภาพจิต จำเลยจะได้รับการนัดหมายให้เข้ามาพบศาลครั้งแรกที่ศาลสุขภาพจิตและสามารถแสดงความจำนงต่อศาลได้โดยตรง โดยมีผู้พิพากษาเป็นผู้ดำเนินการหลัก ซึ่งจำเลยจะต้องยืนยันความเข้าใจและความสมัครใจของจำเลยที่จะเข้าสู่กระบวนการ

<sup>69</sup> Jessica Burns, "A Restorative Justice Model for Mental Health Courts", Southern California Review of Law and Social Justice 23, 3 (2014): 439.

<sup>70</sup> John Petrila Norman G. Poythress, Annette McGaha and Roger Boothroyd, "Perceived Coercion and Procedural Justice in the Broward County Mental Health Court", International Journal of Law and Psychiatry 25 (2002): 526.

<sup>71</sup> Allison D. Redlich, "Voluntary, but Knowing and Intelligent? Comprehension in Mental Health Courts ": 610.

<sup>72</sup> Ibid., p. 612.

ของศาลสุขภาพจิตด้วย และเมื่อจำเลยได้แสดงความสมัครใจดังกล่าวแล้ว ข้อกล่าวหาของจำเลยทั้งหมดหรือแต่บางส่วนจะถูกระงับไว้ชั่วคราวหรือถูกยกข้อกล่าวหาไป เมื่อสิ้นสุดกระบวนการต่อไป<sup>73</sup>

#### ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ มลรัฐนิวยอร์ก

จำเลยให้การรับสารภาพในคดีที่มีอัตราโทษสูงเป็นจำนวนมากที่สุด คือ รั้อยละ 90.91 ซึ่งเป็นความผิดที่มีอัตราโทษจำคุกตั้งแต่ 1 ปี ขึ้นไปร้อยละ 55.41 โดยความผิดฐานค้ายาเสพติดเป็นฐานที่จำเลยให้การรับสารภาพมากที่สุดถึงร้อยละ 72.36<sup>74</sup> แต่ก็มีจำเลยบางส่วนไม่ประสงค์ที่จะให้การรับสารภาพและเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต เพราะไม่ต้องการให้มีประวัติติดตัวว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตหรือยังต้องการต่อสู้คดีในชั้นศาลตามปกติต่อไปมากกว่าการถูกคุมขังจากการบำบัดรักษาและต้องมารายงานตัวตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดอีกด้วย

#### ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล มลรัฐวอชิงตัน

จำเลยจะต้องยอมรับเงื่อนไข 2 ประการ คือ เงื่อนไขของการปล่อยตัว (Condition of Release) และเงื่อนไขของคำพิพากษา (Condition of Sentence)

เงื่อนไขของการปล่อยตัว (Condition of Release) จะเกิดเมื่อจำเลยมีคุณสมบัติผ่านหลักเกณฑ์และอยู่ในระหว่างเจ้าหน้าที่ของศาลจัดทำแผนการบำบัดรักษาจำเลย จำเลยจะได้ทดลองการอยู่ภายใต้การควบคุมความประพฤติของศาลสุขภาพจิตก่อนระยะหนึ่ง โดยจะมีคณะทำงานของศาลที่เข้าจัดการดูแลจำเลย ซึ่งจะต้องตรวจดูอาการจำเลยด้วยว่า ในระหว่างนั้นจำเลยมีอาการแทรกซ้อนอย่างไร หรือต้องได้รับการรักษาเป็นพิเศษ หรือต้องเป็นผู้ป่วยในหรือไม่<sup>75</sup> ซึ่งระยะเวลาของการทดลองในเงื่อนไขของการปล่อยตัวอาจมีความแตกต่างกันในจำเลยแต่ละคน ตั้งแต่เป็นสัปดาห์จนถึงเดือน แต่กระบวนการในส่วนนี้ส่วนมากไม่ได้บันทึกไว้เป็นลายลักษณ์อักษร หากผลปรากฏว่าจำเลยต้องใช้ความพยายามอย่างมากในการปฏิบัติตามเงื่อนไขในระหว่างนี้ ก็อาจสันนิษฐานได้ว่า จำเลยมีแนวโน้มที่จะดำเนินการในศาลสุขภาพจิตโดยไม่ประสบความสำเร็จได้ แต่หากปรากฏว่าจำเลยดำเนินการไปด้วยดีและมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามเงื่อนไขของศาลสุขภาพจิตได้ พนักงานอัยการอาจร่างเงื่อนไขของคำพิพากษา (Condition of Sentence) ไว้ให้เป็นประโยชน์กับจำเลยมากขึ้น<sup>76</sup>

<sup>73</sup> Ibid., p. 440.

<sup>74</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 46.

<sup>75</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 12.

<sup>76</sup> Ibid., pp. 12-13.

สำหรับเงื่อนไขของการพิพากษา (Condition of Sentence) คือ เงื่อนไขที่พนักงานอัยการกำหนดไว้เมื่อจำเลยได้ผ่านกระบวนการและยอมรับในเงื่อนไขของการปล่อยตัวมาแล้ว พนักงานอัยการจะใช้ดุลพินิจ โดยวิเคราะห์จากประวัติการกระทำความผิดและสุขภาพจิตของจำเลย ประกอบกับผลของระยะการทดลองดังกล่าว และจะสรุปออกมาเป็นข้อให้จำเลยยอมรับ ซึ่งเงื่อนไขโดยทั่วไปที่พนักงานอัยการกำหนด คือ จำเลยต้องให้การรับสารภาพเพื่อจะเข้าสู่ศาลสุขภาพจิต แต่คำรับสารภาพดังกล่าวจะปรากฏอยู่ในประวัติของจำเลยหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่า จำเลยบำบัดรักษาได้ประสบความสำเร็จหรือไม่ หากจำเลยประสบความสำเร็จก็จะมีสิทธิได้รับการเพิกถอนข้อกล่าวหาโดยไม่ปรากฏในประวัติการกระทำความผิด แต่หากว่าไม่ประสบความสำเร็จ คำสารภาพของจำเลยดังกล่าวจะยังคงอยู่ในประวัติการกระทำความผิดของจำเลย เป็นต้น<sup>77</sup> ทั้งนี้ เงื่อนไขของการพิพากษาดังกล่าว พนักงานอัยการจะต้องหารือกับนายความและผู้ให้คำปรึกษาในระหว่างถูกคุมประพฤติ เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับตัวจำเลยด้วย

นอกจากนี้ ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลยังกำหนดเงื่อนไขอีกประการหนึ่งคือจำเลยจะต้องยินยอมที่จะงดเว้นจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และไม่รับยาอย่างอื่นนอกจากที่แพทย์สั่งอีกเป็นระยะเวลา 2 ปี ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาของการบำบัดรักษาในศาลสุขภาพจิตอีกด้วย<sup>78</sup>

#### ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ มลรัฐอูลาสกา

กระบวนการขั้นตอนก่อนที่จำเลยจะเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ แบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ช่วงแรก คือ การรับตัวจำเลยที่ถูกส่งตัวมา (Referrals) ซึ่งรับมาจากแหล่งต่าง ๆ ที่นำส่งจำเลยมา ช่วงที่สอง คือ การเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ในเบื้องต้น (Initially Opt-in) จะได้มีการจัดตารางนัดหมายเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติของจำเลย โดยในช่วงนี้จะให้โอกาสจำเลยในการปรึกษาทนายความ รวมถึงทราบและเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับการทำงานของโปรแกรมบำบัดรักษา<sup>79</sup> พร้อมกันนั้น ผู้ประสานงานคดี (case coordinator) จะเริ่มจัดทำแผนการบำบัดรักษา รวมทั้งค้นหาและติดต่อสถานบริการบำบัดที่เหมาะสมกับอาการของจำเลยดังกล่าวด้วย<sup>80</sup> และช่วงที่สาม คือ การเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์อย่างเป็นทางการ (Formally Opt-in) ซึ่งต้องอาศัยความสมัครใจของจำเลยในทุกขั้นตอน โดยขึ้นอยู่กับเหตุผลของจำเลยแต่ละคน

<sup>77</sup> Ibid., p. 13.

<sup>78</sup> Ibid.

<sup>79</sup> Palmer Mental Health Court, Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project. p. 14.

<sup>80</sup> Ibid., p. 16.

จากผลการศึกษาพบว่า ในช่วงการรับตัวจำเลยที่ถูกส่งตัวมา (Referrals) จำเลยก็มีสิทธิปฏิเสธที่จะไม่มาในวันส่งตัวด้วยก็ได้ ซึ่งจากจำนวนจำเลย 223 คน ที่ถูกส่งตัวมาศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ พบว่า มีจำนวน 92 คน ที่ไม่ยอมมาปรากฏตัวต่อศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์และต้องการกลับไปดำเนินการตามกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ โดยหากเป็นเช่นนั้น ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ก็จะส่งเรื่องกลับไปยังศาลอาญาตามปกติต่อไป<sup>81</sup> ซึ่งข้อมูลนี้เป็นตัวชี้วัดได้ว่า ในศาลสุขภาพจิตมลรัฐออกลาสก้า ยังมีผู้ที่ไม่ไว้วางใจที่จะเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตเป็นจำนวนถึงร้อยละ 41.26 ส่วนในช่วงการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ในเบื้องต้น (Initially Opt-in)<sup>82</sup> พบว่า จากจำนวนจำเลย 223 คน มีผู้ที่เข้ามาในช่วงของการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ในเบื้องต้น (Initially Opt-in) จำนวน 131 คน โดยมีจำเลยที่เลือกจะออกไปในช่วงนี้ 40 คน คิดเป็นร้อยละ 31 ของจำนวนผู้ที่สมัครใจเข้ามา

เมื่อจำเลยให้การรับสารภาพในช่วงของการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ในเบื้องต้น (Initially Opt-in) และศาลพิจารณาคดีครองแล้วเห็นว่า จำเลยมีคุณสมบัติที่จะเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตได้อย่างเต็มรูปแบบ ในการนัดพิจารณาจะต้องมีการเสนอแผนการบำบัดรักษาให้ศาลทราบ เมื่อศาลพิจารณาแผนประกอบกับผลทางกฎหมายแล้ว และหากจำเลย ทัศนคติของจำเลย และพนักงานอัยการ (ที่อาจเข้ารับฟังการพิจารณาคดีได้) เห็นพ้องต้องกันกับแผนดังกล่าว ก็จะถือว่าจำเลยได้เข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์อย่างเป็นทางการ (Formally Opt-in) อันเป็นการเข้าสู่ช่วงที่สามของกระบวนการนำตัวจำเลยเข้าศาลสุขภาพจิต และให้มีการจัดทำตารางนัดพิจารณาครั้งต่อไปของจำเลย<sup>83</sup>

ที่ผ่านมาศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ใช้ระยะเวลาประมาณ 49 วัน ในกระบวนการตั้งแต่ช่วงการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ในเบื้องต้น (Initially Opt-in) จนถึงช่วงการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์อย่างเป็นทางการ (Formally Opt-in) โดยไม่ได้มีกฎหมายกำหนดข้อจำกัดระยะเวลาในช่วงนี้ไว้ว่าควรไม่เกินเท่าใด<sup>84</sup> ซึ่งระยะเวลาในช่วงนี้ควรมีมาตรการจำกัดระยะเวลาไว้ให้ชัดเจน เพราะเท่ากับว่าหากใช้ระยะเวลานานเกินไป จะเป็นการจำกัดเสรีภาพของจำเลยก่อนที่จะได้รับการบำบัดรักษาอย่างแท้จริงไปโดยเปล่าประโยชน์

<sup>81</sup> Ibid.

<sup>82</sup> Ibid., p. 14.

<sup>83</sup> Ibid., p. 16.

<sup>84</sup> Ibid., p. 17.



### 3.4.2 กระบวนการระหว่างการค้าเนินการ

#### (1) การเฝ้าติดตามดูแลผล

การติดตามผลการบำบัดรักษาจำเลยโดยทั่วไป จะใช้แผนการบำบัดรักษาที่บุคลากรทางกฎหมายและทางการแพทย์เข้าร่วมกันจัดทำให้เหมาะสมไปตามอาการของจำเลยแต่ละคน โดยจะมีผู้ทำหน้าที่ติดตามผลจากสถานบริการบำบัดโดยตรงแล้วรายงานต่อศาลเป็นระยะ ๆ ได้แก่ พนักงานคุมประพฤติ (probation officers) หรือ ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต (mental health professionals) ซึ่งมีศาลสุขภาพจิตร้อยละ 70 ใช้พนักงานคุมประพฤติ และจำนวนถึงร้อยละ 79 ใช้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเป็นผู้ติดตามผลมากกว่า<sup>85</sup> แต่ส่วนมากมักใช้ทั้งคู่ปฏิบัติหน้าที่ร่วมกัน (dual-monitoring by both parole officers and mental health professionals) ทั้งนี้ ศาลจะต้องเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและจัดการประชุมหารือของผู้ที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาจำเลย ไม่ว่าจะ เป็นพนักงานอัยการ ทนายความจำเลย ผู้บริการจัดการการบำบัดรักษา ตัวแทนศาลในการจัดการคดี และผู้พิพากษาผู้รับผิดชอบคดีนั่นเอง เข้ามาหารือและให้ข้อมูลต่อศาลทั้งส่วนที่จำเลยปฏิบัติตามและฝ่าฝืนคำสั่งหรือข้อกำหนดของศาล<sup>86</sup>

#### ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ มลรัฐนิวยอร์ก

ในระหว่างการบำบัดรักษานั้น ศาลสุขภาพจิตบรองซ์มักจะได้รับการรักษาให้ยาทางจิตเวช (psychotropic medication) และจำเลยมีหน้าที่ที่จะต้องมารายงานตัวต่อศาลเพื่อให้ศาลได้พิจารณาความคืบหน้าในการบำบัดรักษาของจำเลย ประกอบกับรายงานความคืบหน้าอาการของจำเลยที่ศาลได้รับจาก TASC โดยศาลจะกำหนดระยะเวลาหรือวันเวลาที่แน่นอนให้จำเลยมารายงานตัว ซึ่งช่วงระยะเวลาดังกล่าว ศาลสามารถปรับเปลี่ยนได้ในภายหลัง หากมีข้อเท็จจริงเปลี่ยนแปลงไป ในระหว่างนี้จะเป็นหน้าที่ของผู้จัดการคดีประเภท post-placement ในการติดตามผลการบำบัดรักษาจำเลยและแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ของจำเลยหรือสถานบริการบำบัด และจะเป็นผู้ติดต่อและนัดรายงานความคืบหน้าให้แก่คณะทำงาน TASC เป็นรายสัปดาห์ โดยต่อมาอาจลดลงเป็นสองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ก็ได้ หากคณะทำงานเห็นว่าจำเลยมีพัฒนาการในการบำบัดรักษา

ในแต่ละครั้งที่จำเลยมาปรากฏตัวต่อศาล ห้องพิจารณาคดีของศาลสุขภาพจิตบรองซ์ จะประกอบไปด้วย ผู้พิพากษา ผู้จดยางาน เสมียนหรืออัครการศาล ซึ่งนั่งอยู่ด้านหน้าของห้องพิจารณาคดี

<sup>85</sup> Jessica Burns, "A Restorative Justice Model for Mental Health Courts," Southern California Review of Law and Social Justice: 442.

<sup>86</sup> Fred Osher and Denise Tomasini-joshi Michael Thompson, "Improving Responses to People with Mental Illness the Essential Elements of a Mental Health Court": 9.

มีพนักงานอัยการและผู้จัดการคดีนั่งอยู่โต๊ะหนึ่ง ส่วนทนายความและจำเลยจะนั่งที่โต๊ะอีกตัวหนึ่ง<sup>87</sup> และอาจต้องมีล่ามในกรณีที่เป็นบุคคลที่ใช้ภาษาที่สามอยู่ในห้องพิจารณาด้วย อย่างไรก็ตาม ผู้ที่สามารถเข้ารับฟังการพิจารณา (status-hearing) ในศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งนั้นก็มีความแตกต่างกันออกไป โดยพบว่า ศาลสุขภาพจิตบรูคลิน (Brooklyn Mental Health Court) ซึ่งเป็นศาลสุขภาพจิตแห่งหนึ่งในนครรัฐนิวยอร์กเหมือนกับศาลสุขภาพจิตบรองซ์ เปิดโอกาสให้บุคลากรทางด้านการแพทย์ (Clinical Team) รวมถึงบุคคลในครอบครัวของจำเลยนั้นสามารถเข้าร่วมการพิจารณาโดยอยู่ร่วมกับจำเลยได้ด้วย<sup>88</sup> แต่ในระหว่างการพิจารณานั้นบุคลากรทางด้านการแพทย์จะไม่สามารถให้การใดได้นอกจากศาลจะเรียกถามในประเด็นเฉพาะเท่านั้น<sup>89</sup>

นอกจากนี้ ในห้องพิจารณาผู้พิพากษาของศาลสุขภาพจิตบรองซ์จะเป็นผู้ที่ทำให้บรรยากาศในห้องพิจารณาเป็นไปอย่างทางการ โดยศาลจะเริ่มต้นจากการเรียกให้ผู้จัดการคดียื่นรายงานที่ผู้จัดการคดีสรุปมาเกี่ยวกับสถานะและความก้าวหน้าการบำบัดรักษาของจำเลย ซึ่งศาลสามารถสอบถามจำเลยได้โดยตรง แต่คำถามที่ถามจำเลยส่วนมากมักจะเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งจะเปิดโอกาสให้จำเลยตอบคำถามเพียงคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”<sup>90</sup> และในระหว่างการพิจารณา ผู้จัดการคดียังสามารถให้การต่อศาลด้วยวาจาได้โดยตรงเกี่ยวกับการปฏิบัติตนของจำเลยตามเงื่อนไขที่ศาลกำหนดด้วย

ผู้ที่มีบทบาทมากที่สุดในห้องพิจารณา นอกจากจะมีผู้พิพากษาที่เป็นผู้นำคดี และมีทนายความหรือจำเลยเป็นหลักแล้ว ยังมีผู้จัดการคดีทำหน้าที่หลักในการประสานและรายงานต่อศาลด้วย<sup>91</sup> อีกทั้งยังรับผิดชอบในการกำหนดระยะเวลานัดให้จำเลยมารายงานตัวต่อศาล จัดทำรายงานเกี่ยวกับตัวจำเลย รายงานการพิจารณา และเวียนรายงานดังกล่าวไปให้ผู้พิพากษา พนักงานอัยการ และทนายความจำเลย ส่วนผู้ที่มีบทบาทน้อยที่สุด คือ พนักงานอัยการ ซึ่งมักจะไม่ปรากฏตัวต่อศาลบ่อยครั้ง แต่จะมาปรากฏตัวต่อศาลต่อเมื่อมีสาเหตุบางประการ เช่น เมื่อพบว่าจำเลยไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่ศาลกำหนด นอกจากนี้ในห้องพิจารณาพนักงานอัยการยังเป็นผู้ให้ถ้อยคำ

---

<sup>87</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 47.

<sup>88</sup> Kelly O' Keefe, "The Brooklyn Mental Health Court Evaluation ", (September 2006): pp. 35-36.

<sup>89</sup> Ibid., p. 35.

<sup>90</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 49.

<sup>91</sup> Ibid., p. 48.

น้อยที่สุดในบรรดาผู้เกี่ยวข้องทั้งหมด โดยจากการศึกษาพบว่า พนักงานอัยการมีบทบาทในการให้ถ้อยคำ เมื่อมีการปรากฏตัวต่อศาลเพียงร้อยละ 15 ซึ่งเป็นจำนวนน้อยที่สุดในบรรดาบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด<sup>92</sup>

#### ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล มลรัฐวอชิงตัน

เมื่อจำเลยให้ความยินยอมที่จะเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตแล้ว หรือที่เรียกว่า “opt-in” การดำเนินกระบวนการพิจารณาต่าง ๆ ที่จะเป็นไปในศาลซีแอเทิลในการดำเนินคดีอาญาตามปกติ ก็จะถูกส่งมายังศาลสุขภาพจิตทั้งหมดและให้เป็นความรับผิดชอบของศาลสุขภาพจิตเพื่อจัดการเกี่ยวกับตัวจำเลยก่อนนับแต่นั้น เพื่อไม่ให้จำเลยต้องมีพันธผูกพันกับคดีอื่น ๆ อีกในระหว่างที่ได้รับ การบำบัดรักษา<sup>93</sup> ซึ่งจะรบกวนการบำบัดรักษาไม่ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่ของศาล (Court Liaisons) จะเริ่มจัดหาสถานบริการบำบัดรักษา ซึ่งสถานบริการบำบัดทางจิตในเมืองซีแอเทิลที่พอจะรองรับบุคคลดังกล่าวได้นั้นมีหลายแห่ง โดยอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของ Mental Health, Chemical Abuse and Dependency Services Division (MHCADS) เช่น โรงพยาบาลทางจิต ได้แก่ Harborview Medical Center, West Seattle Psychiatric Hospital และ Fairfax Hospital<sup>94</sup> หรือจะเป็นสถานบริการบำบัดชุมชน เช่น Pioneer Center North (PCN) เป็นต้น<sup>95</sup> นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ของศาลจะจัดทำตารางกำหนดการนัดหมายจำเลยในการมาปรากฏตัวต่อศาล เพื่อให้ศาลได้ทราบและเห็นความก้าวหน้าในการบำบัดรักษา และสามารถกำหนดบทลงโทษหรือให้รางวัลได้แล้วแต่กรณี

ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลไม่มีกระบวนการหรือลำดับขั้นตอนที่ชัดเจนในการจัดการดูแลจำเลยแต่ละคน แต่จะใช้แผนในการการบำบัดรักษาซึ่งมีความแตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมของภาวะ พฤติการณ์ และของจำเลยแต่ละคน แต่ในระหว่างการเฝ้าติดตามผลนั้นจะมีศาลเป็นตัวกลางในการกำกับกระบวนการ โดยจำเลยจะได้รับการควบคุมดูแลจากผู้ให้คำปรึกษาในระหว่างถูกคุมประพฤติ (Probation Counselors) ซึ่งมีอำนาจกำหนดวันนัดพบทวนการพิจารณาบ่อยครั้งเพียงใดก็ได้ตามความจำเป็นเพื่อควบคุมให้จำเลยอยู่ในแนวทางที่กำหนดไว้ และจะเป็นผู้จัดทำรายงานสรุปผลการดำเนินการของสถานบริการบำบัดที่ปฏิบัติต่อจำเลยแล้วนำมาวิเคราะห์สาเหตุของความล้มเหลวหรือ

<sup>92</sup> Ibid., p. 49.

<sup>93</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report,": 21.

<sup>94</sup> Ibid., p. 11.

<sup>95</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report,": 12.

ความสำเร็จในการบำบัดรักษา<sup>96</sup> เพื่อนำไปรายงานต่อศาลต่อไป โดยคณะทำงานในแต่ละคดีจะมีการเข้าร่วมประชุมกันทุกวันตอนบ่ายเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลเกี่ยวกับตัวจำเลยในทุกด้านด้วย<sup>97</sup>

ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลมีกำหนดระยะเวลาจำกัดการบำบัดรักษาไว้ด้วย โดยจะให้จำเลยผูกมัดที่อยู่กับศาลสุขภาพจิตเป็นระยะเวลา 2 ปี นับแต่วันที่สมัครใจเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต<sup>98</sup> ซึ่งจากผลการศึกษานับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ถึง ค.ศ. 2009 พบว่า ในช่วงแรกของการจัดตั้งศาลสุขภาพจิต จำเลยมักใช้ระยะเวลาเกิน 2 ปี ในกระบวนการของศาลสุขภาพจิต แต่เมื่อเวลาผ่านไประยะเวลาที่ใช้ก็ค่อย ๆ ลดลงมา จนกระทั่งมีจำนวนระยะเวลาเฉลี่ยที่ประมาณ 23 เดือน หรือ 1.9 ปี ซึ่งจำเลยที่บำบัดประสบความสำเร็จมักจะใช้ระยะเวลาโดยเฉลี่ยประมาณ 22 เดือน<sup>99</sup>

นอกจากนี้ ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลได้ให้ความสำคัญในการรักษาความลับของข้อมูลการบำบัดรักษาด้วย โดยศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลกำหนดให้กระบวนการตั้งแต่การตรวจวินิจฉัยจนกระทั่งถึงการบำบัดรักษาจำเลยที่มีอาการป่วยทางจิตจะต้องปกปิดข้อมูลทางสุขภาพและทางกฎหมายไว้เป็นความลับ ไม่เปิดเผยข้อมูลให้สาธารณชนทั่วไปได้ทราบ โดยหากจะเปิดเผยข้อมูลก็จะต้องคำนึงถึงสิทธิของจำเลยตามรัฐธรรมนูญ จึงทำให้ไม่มีกรณีตัวอย่างของการดำเนินกระบวนการบำบัดรักษาจำเลยมาเป็นกรณีศึกษาตัวอย่าง อีกทั้งข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้รับระหว่างการทำโปรแกรมบำบัดรักษาตามคำสั่งศาลสุขภาพจิตจะต้องได้รับการปกป้องเมื่อจำเลยถูกส่งตัวกลับไปยังกระบวนการของศาลอาญาตามปกติด้วย<sup>100</sup>

อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาประเมินในปี ค.ศ. 2013 พบว่า ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลยังมีปัญหาเรื่องระบบการจัดเก็บข้อมูลเกี่ยวกับเข้าพักอาศัยของจำเลยที่เข้าสู่ศาลสุขภาพจิต ตั้งแต่กระบวนการเงื่อนไขของการปล่อยตัว (Condition of Release) และเงื่อนไขของคำพิพากษา (Condition of Sentence) จนกระทั่งจำเลยได้รับการปล่อยตัวออกจากศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล รวมถึงการบำบัดรักษาของจำเลยภายหลังจากที่จำเลยได้รับการปล่อยตัวแล้ว โดยข้อมูลการบำบัดรักษาทั้งหมดจะได้รับการจัดเก็บเป็นข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ไว้ใน King County Mental Health Services แต่ระบบดังกล่าวมีปัญหาคือข้อมูลไม่ทันสมัยมากนักและไม่เก็บรายละเอียด

<sup>96</sup> Ibid., pp. 23-24.

<sup>97</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 26.

<sup>98</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report," : 22.

<sup>99</sup> Ibid., p. 31.

<sup>100</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 23.

เกี่ยวกับสถานะการบำบัดรักษาและการเข้าพักอาศัยเป็นระยะ ๆ อีกทั้งยังไม่เก็บข้อมูลผู้ป่วยทางจิตที่ถูกส่งตัวไปบำบัดรักษายังสถานบริการที่ไม่อยู่ในรายชื่อของทางการด้วย จึงทำให้ระบบข้อมูลดังกล่าวไม่น่าเชื่อถือเพียงพอ<sup>101</sup>

#### ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ มลรัฐอลาสก้า

ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์จะใช้วิธีการติดตามผลโดยการให้จำเลยเข้ามารายงานตัวต่อศาลตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดไว้ โดยก่อนที่ศาลจะออกนั่งพิจารณา จะมีการประชุมกลุ่มก่อนการพิจารณา (pre-court meeting) ซึ่งจะมีสมาชิกที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ ได้แก่ ผู้พิพากษา พนักงานอัยการ ทนายความของจำเลย ผู้จัดการแผนงาน ผู้ประสานงานคดี และผู้แทนจากสถานบริการบำบัดเข้าหาหรือชี้แจงกันเกี่ยวกับอาการและความก้าวหน้าในการปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษาจำเลย โดยการประชุมดังกล่าวจะใช้ระยะเวลาประมาณ 1 ชั่วโมง<sup>102</sup>

เมื่อประชุมหารือกันเสร็จแล้ว ผู้พิพากษาก็จะออกนั่งพิจารณา (Status Hearing) ซึ่งศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์มีกำหนดการให้ศาลออกนั่งพิจารณาคดีทุกวันพุธช่วงบ่าย สำหรับประเด็นที่จะหารือกัน ทั้งในการประชุมหารือกันและการนั่งพิจารณาคดีจะมีทั้งหมด 64 หัวข้อ โดยสามารถจัดกลุ่มได้ออกเป็น 10 กลุ่ม คือ เรื่องกระบวนการ สุขภาพจิต สถานที่อยู่อาศัย ผลประโยชน์ที่ได้รับ พฤติกรรมของจำเลย การให้ทำงานหรือการให้การศึกษา สัมพันธภาพ การทดสอบ การกำหนดรางวัลหรือการลงโทษ และหัวข้ออื่น ๆ โดยการนั่งพิจารณาจะใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง

ในการออกนั่งพิจารณา ศาลจะเรียงลำดับเรื่องในการพิจารณาด้วย โดยเริ่มต้นจากการพิจารณาจำเลยที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างสำเร็จก่อน (graduations) เพราะใช้เวลาไม่นานตามด้วยกรณีของจำเลยที่ถูกคุมขังในการบำบัดรักษา (in-custody) และจำเลยที่ไม่ถูกคุมขังในการบำบัดรักษา (out - of custody) เพื่อที่จะติดตามอาการ โดยจำเลยกลุ่มนี้จะใช้ระยะเวลานานกว่าซึ่งส่งผลให้จำเลยที่อยู่ในระหว่างการบำบัดรักษาอาจไม่มีเวลาเพียงพอที่จะพูดคุยกับผู้พิพากษาหรือผู้ที่เกี่ยวข้องในห้องพิจารณาภายในระยะเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด<sup>103</sup> เพราะจากการศึกษาแล้วพบว่า ระยะเวลาในการออกนั่งพิจารณาของผู้พิพากษา ร้อยละ 46 จะใช้กับการติดตามอาการของจำเลยที่อยู่ระหว่างการบำบัดรักษา ซึ่งเป็นการใช้ระยะเวลาที่มากที่สุด<sup>104</sup> โดยในส่วนนี้ก็ได้มีการแสดงความเห็นจากผู้ที่เกี่ยวข้องว่าศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ว่า ควรจัดลำดับเรื่องในการพิจารณาใหม่

<sup>101</sup> Ibid., p. 24.

<sup>102</sup> Palmer Mental Health Court, Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project. p. 17.

<sup>103</sup> Ibid.

<sup>104</sup> Ibid., p. 19.

โดยให้ความสำคัญกับจำเลยที่ยังคงอยู่ระหว่างการบำบัดรักษามากกว่านี้ หรืออาจแยกห้องพิจารณา ออกเป็น 2 ห้อง และจัดให้ห้องหนึ่งดำเนินกระบวนการพิจารณาที่ใช้ระยะเวลาสั้น ส่วนอีกห้องหนึ่งดำเนิน กระบวนการพิจารณาที่ใช้ระยะเวลายาวกว่า ซึ่งการแบ่งห้องพิจารณาออกเป็น 2 ห้อง สามารถทำได้ภายใน เวลาเดียวกัน อีกทั้งจะเป็นการประหยัดเวลามากกว่า แต่อาจต้องใช้งบประมาณและผู้ที่เกี่ยวข้อง ในห้องพิจารณาเพิ่มเติม<sup>105</sup> ซึ่งกรณีนี้เป็น การแสดงให้เห็นว่า ประชาชนผู้เข้าใช้บริการของศาลสุขภาพจิต สามารถมีเสียงตอบรับต่อการให้บริการของศาล เพื่อที่จะนำไปปรับปรุงการให้บริการได้ด้วย

## (2) การลงโทษหรือให้รางวัล

เมื่อศาลรับฟังการเฝ้าติดตามผลบำบัดรักษาของจำเลยแล้ว และหากศาลเห็นว่าจำเลย ปฏิบัติตามข้อกำหนดและเงื่อนไขในการบำบัดรักษา ศาลอาจให้รางวัลแก่จำเลย โดยศาลสุขภาพจิตทั่วไป จะมีวิธีในการให้รางวัลแก่จำเลยที่แตกต่างกัน บางศาลให้เป็นรางวัลเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น คำชมเชย ตั๋วรางวัลชมภาพยนตร์ อภินันทนาการต่าง ๆ ประกาศนียบัตร หรือการร่นระยะเวลาในการบำบัดรักษา ให้น้อยลงเพื่อให้จำเลยได้เป็นอิสระเร็วขึ้นก็ได้ แต่หากผลปรากฏว่าจำเลยไม่ตั้งใจปฏิบัติตามและ ไม่มีความก้าวหน้า ในเบื้องต้นศาลและผู้ที่เกี่ยวข้องอาจลองปรับเปลี่ยน แผนการบำบัดก่อนเพื่อให้เหมาะสม กับสภาพปัจจุบันและเฝ้าติดตามผลอีกครั้ง แต่หากปรับแผนแล้วไม่เกิดประโยชน์ ศาลก็อาจกำหนด บทลงโทษแก่จำเลย<sup>106</sup>

ศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งมีการลงโทษ (sanctions) หลากรูปแบบแตกต่างกันออกไป เริ่มต้นตั้งแต่การลงโทษเล็กน้อย เช่น การพุดตักเตือน การตำหนิ การเพิ่มจำนวนครั้งของการมา รายงานตัวต่อศาล การบริการสังคม และจนกระทั่งมากที่สุดคือ การส่งตัวไปจำคุก ซึ่งจากการศึกษา ผลสำรวจแล้วพบว่า มีศาลสุขภาพจิตจำนวนเพียงร้อยละ 8 ที่ไม่เคยใช้โทษจำคุกเพื่อลงโทษจำเลย กรณีไม่ปฏิบัติตามคำสั่งศาลเลย ส่วนศาลสุขภาพจิตที่ใช้การจำคุกเป็นโทษแบบนาน ๆ ครั้ง มีจำนวน ร้อยละ 33 ศาลสุขภาพจิตที่ใช้การจำคุกเป็นโทษเป็นบางโอกาสมีจำนวนร้อยละ 39 ศาลสุขภาพจิต ที่ใช้การจำคุกเป็นโทษบางครั้งบางคราวมีจำนวนร้อยละ 18 และมีศาลสุขภาพจิตเพียงร้อยละ 2 ที่ใช้การจำคุกเป็นโทษถึงมากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนคดีทั้งหมด<sup>107</sup>

<sup>105</sup> Ibid., p. 18.

<sup>106</sup> Fred Osher and Denise Tomasini-joshi Michael Thompson, "Improving Responses to People with Mental Illness the Essential Elements of a Mental Health Court," p. 9.

<sup>107</sup> Kelly Frailing, "Issues Affecting Outcomes for Mental Health Court Participants", *Cambridge Student Law Review* 5, 1 (2009): 155.

### ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ มลรัฐนิวยอร์ก

ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ จะพิจารณาบทลงโทษเป็นรายกรณี แต่จะใช้วิธีการส่งตัวไปขังให้น้อยที่สุด ซึ่งโดยส่วนมากศาลสุขภาพจิตบรองซ์จะให้โอกาสจำเลยแก้ตัวอีกครั้งหนึ่งก่อนที่จะลงโทษและบทลงโทษที่ใช้อย่างน้อยที่สุดคือ การกำหนดระยะเวลาให้จำเลยมารายงานตัวศาลบ่อยครั้งขึ้นกว่าเดิม<sup>108</sup>

### ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล มลรัฐวอชิงตัน

ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล มีบทลงโทษให้จำเลยต้องทำงานบริการสังคมด้วย<sup>109</sup> หรือหากเป็นกรณีที่จำเลยไม่มาปรากฏตัวต่อศาลตามกำหนดนัด ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลยังมีอำนาจออกหมายจับจำเลยได้ โดยกระบวนการจะแยกออกมาจากกระบวนการของศาลซีแอเทิลตามปกติ<sup>110</sup> หลังจากนั้นจะเป็นอำนาจของเจ้าหน้าที่ตำรวจของสำนักงานออกหมายจับของกรมตำรวจแห่งซีแอเทิล (Seattle Police Department, SPD Warrants Office) และคณะทำงานแทรกแซงวิกฤติการณ์ของกรมตำรวจแห่งซีแอเทิล (SPD Crisis Intervention Team) ที่จะเข้าร่วมจัดการให้เป็นไปตามหมายจับต่อไป โดยมีเจ้าหน้าที่ของศาลสุขภาพจิตเป็นผู้ให้การสนับสนุนในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับตัวจำเลยเท่าที่จำเป็นในการดำเนินการตามหมายจับด้วย<sup>111</sup>

อย่างไรก็ตาม สำหรับรางวัลของศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลไม่มีหลักเกณฑ์กำหนดการให้รางวัลไว้มากมาย หากแต่จำเลยจะได้รับคำชื่นชมจากผู้ที่เกี่ยวข้องเท่านั้น<sup>112</sup> จึงทำให้เกิดความเห็นจากผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานของศาลสุขภาพจิตจำนวน 40 คน ในปี ค.ศ. 2011-2012 ว่าศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลควรปรับปรุงเรื่องการให้รางวัลในความสำเร็จของการบำบัดรักษาจำเลยให้มีระบบมากกว่าการให้คำชื่นชมแก่จำเลย เพื่อจูงใจให้จำเลยปฏิบัติตามมากขึ้น อีกทั้งยังต้องการให้ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลให้ความสำคัญกับการประกาศความสำเร็จของการบำบัดรักษาจำเลยแต่ละคนให้สาธารณชนได้รับทราบมากกว่านี้อีกด้วย<sup>113</sup>

<sup>108</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York, p. 50.

<sup>109</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 14.

<sup>110</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report," : 25.

<sup>111</sup> Ibid., p. 25.

<sup>112</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 26.

<sup>113</sup> Ibid.

### ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ มลรัฐโอลาสก้า

ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์กำหนดการให้รางวัลไว้ไม่มาก โดยมีเพียงการปรบมือให้เกียรติ คำชื่นชม การให้เกียรติบัตร และการลดจำนวนความถี่ที่ต้องมาปรากฏตัวต่อศาล ส่วนการลงโทษของศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ ส่วนมากศาลจะไม่มีค่าเตือนก่อน แต่จะให้ลงโทษไปในทันที โดยอาจเป็นการกำหนดตารางให้มาปรากฏตัวต่อศาลบ่อยครั้งขึ้น การกำหนดให้มีข้อจำกัดใหม่ในการประกันตัว หรือการปล่อยตัว เช่น อาจแก้ไขกำหนดระยะเวลา (curfew amendment) หรือคำสั่งไม่ให้ติดต่อกับผู้อื่นช่วงระยะเวลาที่กำหนด เป็นต้น และในกรณีที่มีการฝ่าฝืนข้อกำหนดอย่างรุนแรงหรือบ่อยครั้งเกินไป ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ก็จะเลือกใช้วิธีการขังเป็นระยะสั้น<sup>114</sup>

### 3.4.3 กระบวนการสิ้นสุด

กระบวนการการของศาลสุขภาพจิตสามารถยุติได้ด้วยหลายสาเหตุ ไม่ว่าจะจำเลยนั้น จะได้รับการบำบัดรักษาอย่างประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม โดยทั่วไปแล้วหากเป็นกรณีที่จำเลย ได้รับการบำบัดรักษาอย่างประสบความสำเร็จตามแผนการบำบัดรักษา ศาลก็จะวินิจฉัยให้เพิกถอน ข้อกล่าวหาหรือยกฟ้องจำเลยแล้วแต่กรณี แต่ก็มีบางกรณีที่ศาลจะสั่งขังจำเลยต่อไปหรือส่งไปให้ กระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติก็ได้ แล้วแต่หลักเกณฑ์ของศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่ง

### ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ มลรัฐนิวยอร์ก

ในการวินิจฉัยว่าจำเลยได้รับการบำบัดรักษาประสบความสำเร็จหรือไม่ ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ ไม่ได้ถือตามลำดับหรือขั้นตอนในการบำบัดรักษาเป็นมาตรฐานในการวัดความสำเร็จของจำเลย แต่จะพิจารณาอาการของจำเลยเป็นรายกรณีว่ามีอาการที่ดีขึ้นมากน้อยเพียงใด และเมื่อจำเลย บำบัดรักษาประสบความสำเร็จแล้ว ศาลสุขภาพจิตบรองซ์จะพิจารณาลดอัตราโทษให้จำเลยที่กระทำ ความผิดที่มีอัตราโทษสูงหรือกำหนดให้มีข้อกล่าวหาที่มีอัตราโทษขั้นต่ำให้แทน แต่ถ้าจำเลยกระทำ ความผิดที่มีอัตราโทษต่ำ ศาลสุขภาพจิตบรองซ์สามารถเพิกถอนข้อกล่าวหาหรือยกฟ้อง ให้แก่จำเลยได้ แต่พบได้ไม่บ่อย เพราะส่วนมากศาลสุขภาพจิตบรองซ์จะพิพากษาให้คุมขังจำเลยต่อไปถึงร้อยละ 79.06<sup>115</sup>

<sup>114</sup> Palmer Mental Health Court, Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project. p. 20.

<sup>115</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. (Table Evaluation of Criminal Justice Interventions with Mentally Ill Offenders Bronx and Brooklyn Mental Health Court Program Matrix At-A-Glance)



ในบางครั้งแม้จำเลยจะประสบความสำเร็จในการบำบัดออกไปแล้ว แต่ศาลก็มีอำนาจสั่งให้จำเลยมารายงานตัวต่อศาลภายหลังจากความสำเร็จในการยุติการบำบัดรักษาแล้วภายในระยะเวลาที่กำหนดด้วยก็ได้

สาเหตุแห่งการยุติกระบวนการของศาลสุขภาพจิตมีทั้งกรณีที่ทำให้จำเลยบำบัดรักษาจนกระทั่งประสบความสำเร็จ คือ เมื่อผู้พิพากษา พนักงานอัยการ คณะทำงาน TASC และทนายความมีความเห็นร่วมกันว่า จำเลยได้ปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษาจนสำเร็จลุล่วงตามที่ได้ตั้งเอาไว้แล้ว จำเลยมีอาการทางจิตค่อนข้างคงที่ และไม่ได้ถูกจับกุมอีกครั้งหนึ่ง ศาลจะให้สั่งจำเลยยุติการบำบัดรักษา และจะมีคำสั่งเกี่ยวกับอัตราโทษหรือข้อกล่าวหาของจำเลย และยังมีกรณีที่กระบวนการยุติลงโดยการบำบัดรักษาไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งบางกรณีเป็นไปโดยจำเลยไม่สมัครใจด้วย เช่น จำเลยถูกศาลพิพากษาให้จำคุกจากอีกคดีหนึ่งก่อนการบำบัดรักษา หรือในระหว่างการบำบัดรักษา จำเลยถูกจับกุมใหม่อีกครั้ง หรือถูกหมายจับ หรือฝ่าฝืนข้อกำหนด ความตายของจำเลย หรือความเจ็บป่วยทางกายของจำเลย หรือคำสั่งคัดค้านจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ เป็นต้น โดยจากการศึกษาผู้เข้าร่วมศาลสุขภาพจิตในปี ค.ศ. 2002-2006 สาเหตุที่พบบ่อยที่สุด คือ จำเลยถูกจับกุมใหม่อีกครั้ง ถูกหมายจับ หรือฝ่าฝืนเงื่อนไข มีจำนวนร้อยละ 8 สาเหตุรองลงมา คือ ค้นพบในภายหลังว่าจำเลยไม่ได้มีอาการทางจิตอย่างแท้จริง ซึ่งมีจำนวนร้อยละ 5 และอันดับที่ 3 คือจำเลยถูกศาลพิพากษาให้จำคุกก่อนที่จะได้รับการบำบัดรักษาเป็นจำนวนร้อยละ 3

นอกจากนี้ ยังมีกรณีที่จำเลยสมัครใจที่จะขอออกจากกระบวนการศาลสุขภาพจิตเองได้ ซึ่งมีอยู่จำนวนไม่น้อยถึงร้อยละ 18 โดยจำนวนร้อยละของการยุติกระบวนการทั้งหมดสามารถทำเป็นตารางสรุปได้ ดังนี้

สาเหตุของการยุติกระบวนการ	จำนวนร้อยละ
๑. การบำบัดรักษาประสบความสำเร็จ	52
๒. การบำบัดรักษาไม่ประสบความสำเร็จ	
๒.๑ สาเหตุเกิดขึ้นก่อนจำเลยบำบัดรักษา	5
๒.๒ สาเหตุเกิดขึ้นหลังจำเลยบำบัดรักษา	26
๓. การบำบัดต้องยุติระหว่างการดำเนินการ	17

โดยส่วนมากผู้เข้าร่วมศาลสุขภาพจิตบรองซึ่งจะใช้ระยะเวลาในการบำบัดรักษาโดยเฉลี่ยประมาณ 6-12 เดือน สำหรับการกระทำคามผิดที่มีอัตราโทษต่ำ และประมาณ 18-24 เดือน สำหรับการกระทำคามผิดที่มีอัตราโทษสูง<sup>116</sup> ซึ่งจำเลยที่ยุติการบำบัดรักษาในระหว่างการดำเนินการโดยไม่สามารถทำให้สำเร็จ

<sup>116</sup> Ibid., p. 55.

ลู่วงได้จะต้องถูกส่งตัวไปจำคุกตามข้อตกลงในคำรับสารภาพของจำเลยตั้งแต่เริ่มเข้ากระบวนการของศาลสุขภาพจิต แต่ไม่ว่าจะบำบัดรักษาได้ประสบความสำเร็จหรือไม่ก็ตาม หากได้ผ่านการบำบัดรักษาของศาลสุขภาพจิตออกไปแล้ว จำเลยจะไม่สามารถกลับเข้าสู่การบำบัดรักษาในศาลสุขภาพจิตบรองซ์ได้อีกต่อไปในอนาคต

#### ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล มลรัฐวอชิงตัน

จากผลการการศึกษาและวิเคราะห์จำเลยผู้ให้ความสมัครใจเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลตลอดระยะเวลาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1999 ถึง ค.ศ. 2011 พบว่า ในแต่ละปีมีจำนวนผู้เข้าร่วมศาลสุขภาพจิตโดยเฉลี่ยประมาณ 83 คน<sup>117</sup> โดยมีจำนวนจำเลยที่ออกจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตด้วยสาเหตุและจำนวนสรุปเป็นตารางได้ ดังนี้<sup>118</sup>

เหตุผลของการออก จากกระบวนการ	จำนวนผู้เข้าร่วม	จำนวนร้อยละโดยประมาณ
1. บำบัดรักษาเสร็จสมบูรณ์	313	37 (36.99)
2. บำบัดรักษาเสร็จสมบูรณ์ ในส่วนที่เป็นสาระสำคัญ	95	11 (11.22)
3. บำบัดรักษาเสร็จสมบูรณ์ ในส่วนที่เป็นสาระสำคัญ โดยมี การกระทำความผิดใหม่	34	4 (4.01)
4. บำบัดรักษาโดยได้รับการ เพิกถอนเพราะเหตุ ทางเทคนิค	232	27 (27.42)
5. บำบัดรักษาโดยได้รับการ เพิกถอนเพราะเหตุทางเทคนิค และมีการกระทำความผิดใหม่	78	9 (9.2)

<sup>117</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 29.

<sup>118</sup> Ibid., p. 30.

เหตุผลของการออก จากกระบวนการ	จำนวนผู้เข้าร่วม	จำนวนร้อยละ
6. บำบัดรักษาโดยได้รับการ เพิกถอนเพราะเหตุมีกระทำ ความผิดใหม่	42	5 (4.96)
7. บำบัดรักษาแล้วมีอาการ เจ็บป่วยไม่สามารถดำเนินการ ต่อไปได้	52	6 (6.14)
จำนวนรวม	846	100

### ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ มลรัฐโอลาสก้า

สำหรับศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ไม่มีการศึกษารายละเอียดเรื่องกระบวนการสิ้นสุดของการบำบัดรักษาจำเลยไว้ว่า จำเลยจะออกจากการบำบัดรักษาได้ด้วยสาเหตุหรือวิธีใดบ้าง เพียงแต่มีคำแนะนำจากผู้ที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาของศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ว่า ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ควรพัฒนาระบบการสิ้นสุดโปรแกรมการบำบัดรักษาจำเลย โดยปรับให้เหมาะสมให้เข้ากับ ความก้าวหน้าของจำเลยในแต่ละคน ซึ่งคำแนะนำดังกล่าวสามารถอนุมานได้ว่า กระบวนการสิ้นสุดของศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์อาจกำหนดเป็นขั้นตอนในการบำบัดรักษาไว้ตรงตัวแน่นอนมากเกินไป จนไม่ได้ปรับให้เหมาะสมกับสภาพอาการของจำเลยแต่ละคน ซึ่งแตกต่างจากศาลสุขภาพจิตบางแห่งที่จะไม่กำหนดขั้นตอนหรือรูปแบบไว้อย่างชัดเจน แต่การบำบัดรักษาจะสำเร็จหรือไม่จะวัดที่ความก้าวหน้าของการบำบัดรักษาจำเลยแต่ละคนเป็นประมาณ เช่น ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ เป็นต้น

### 3.5 ผลที่ได้รับจากการจัดตั้งศาลสุขภาพจิตต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญา

จากการศึกษาวิจัยของทั้งศาลสุขภาพจิตบรองซ์ ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล และศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ได้รับผลเป็นไปในแนวทางเดียวกันว่า การจัดตั้งศาลสุขภาพจิตต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญาสามารถลดปัญหาการกระทำผิดซ้ำของผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติ ลดความรุนแรงของการกระทำผิด ลดอัตราการจับกุมใหม่ ซึ่งนับว่าบรรลุเป้าหมายของการจัดตั้งศาลสุขภาพจิตแล้ว ที่ต้องการจะลดปัญหาวงจรประตูหมุนวน (Revolving Door) โดยมีรายละเอียดของผลที่ได้รับต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญาจากศาลสุขภาพจิตทั้ง 3 แห่ง ดังต่อไปนี้

### ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ มลรัฐนิวยอร์ก

สำหรับศาลสุขภาพจิตบรองซ์ก็ได้จัดทำการศึกษาประเมินโดยอาศัยช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ค.ศ. 2002 จนถึงวันที่ 31 ธันวาคม ค.ศ. 2006 เพื่อให้ทราบว่ามีการกระทำความผิดซ้ำน้อยลงจริงหรือไม่ โดยแยกกลุ่มบุคคลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มจำเลยที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตออกไปแล้ว และกลุ่มจำเลยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีสภาพจิตไม่ปกติ ซึ่งถูกจำคุกตามกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ และเฝ้าติดตามผลภายใน 30 เดือน ซึ่งกลุ่มบุคคลเหล่านี้ได้รับการส่งตัวมาจาก The New York City (NYC) Department of Health and Mental Hygiene (DOHMH) พร้อมทั้งระบุประวัติอย่างเป็นทางการของจำเลยแต่ละคนด้วย เช่น ประวัติการกระทำความผิดอาญา ประวัติการรักษาสุขภาพจิตหรือใช้ยาเสพติด คุณสมบัติหรือลักษณะทางกายภาพ เป็นต้น<sup>119</sup>

วิธีการในการค้นหาจำนวนของการกระทำความผิดซ้ำจะใช้การวัดจากจำนวนของผู้กระทำความผิดที่เคยผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตหรือที่ถูกจำคุกตามกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ ตามแต่กรณี ซึ่งถูกจับกุมจากการกระทำความผิดครั้งใหม่ (re-arrest) รวมถึงจำนวนของบุคคลดังกล่าวที่ถูกพิพากษาคดีว่าได้กระทำความผิดครั้งใหม่ (re-conviction) โดยได้ศึกษาคุณลักษณะเบื้องต้นของผู้ถูกจับกุม เช่น สีผิว เพศ อายุ เป็นต้น สภาพทางจิตซึ่งได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ ลักษณะของการกระทำความผิด ประวัติการกระทำความผิด<sup>120</sup> และนำผลมาเปรียบเทียบกับการกระทำความผิดซ้ำในศาลสุขภาพจิต

ผลที่ออกมาจากการเปรียบเทียบผู้ที่เข้าศาลสุขภาพจิตและผู้ถูกจำคุกจำนวน 564 คน ปรากฏในเบื้องต้นว่า ผู้กระทำความผิดส่วนมากเป็นผู้ชาย เป็นคนผิวสีหรือละตินอเมริกัน อายุโดยเฉลี่ยที่ถูกจับกุมใหม่คือประมาณ 36 ปี ซึ่งอายุโดยเฉลี่ยที่ถูกจับกุมเป็นครั้งแรกคือประมาณ 24 ปี โดยฐานความผิดที่พบว่ามีมากที่สุดคือ ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด อันดับที่ 2 คือ ความผิดต่อความสงบเรียบร้อยต่อประชาชน และอันดับที่ 3 คือ ความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน<sup>121</sup>

สำหรับวิธีการวัดอัตราของการกระทำความผิดซ้ำจะใช้วิธีวัดจากจำเลยคนเดิมว่าถูกจับกุมใหม่ และมีจำนวนการพิพากษาคดีใหม่อีกกี่ครั้ง โดยเปรียบเทียบระหว่างจำเลยที่ถูกจำคุกตามกระบวนการยุติธรรมปกติกับจำเลยที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิต ซึ่งผลปรากฏว่า ทั้งสองกลุ่มตัวอย่างมีการกระทำความผิดซ้ำเกี่ยวกับยาเสพติดมากที่สุด<sup>122</sup> โดยจำเลยที่ถูกจำคุกถูกจับกุมในการกระทำ

<sup>119</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 98.

<sup>120</sup> Ibid., p. 100.

<sup>121</sup> Ibid., pp. 101-103.

<sup>122</sup> Ibid., p. 107.

ความผิดครั้งใหม่ มีจำนวนถึงร้อยละ 75 ของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง แต่จำเลยที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตแล้วถูกจับกุมในการกระทำความผิดครั้งใหม่ มีจำนวนร้อยละ 69 แตกต่างกันร้อยละ 7<sup>123</sup> ซึ่งอาจสันนิษฐานได้ว่า การจัดตั้งศาลสุขภาพจิตมีส่วนทำให้การกระทำความผิดซ้ำลดลงจากการดำเนินกระบวนการพิจารณาอาญาตามปกติได้ถึงร้อยละ 7 อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาจำนวนการพิพากษาในการกระทำความผิดครั้งใหม่ (re-conviction) พบว่า ระหว่างกลุ่มจำเลยที่ผ่านกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติกับจำเลยที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิต ไม่มีความแตกต่างกัน โดยมีจำนวนการพิพากษาในการกระทำความผิดครั้งใหม่เท่ากัน คือ จำนวนร้อยละ 62 ของกลุ่มตัวอย่าง

นอกจากนี้ ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ยังพบอีกว่า อายุของผู้กระทำความผิดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อแนวโน้มในการกระทำความผิดได้ กล่าวคือ ยิ่งผู้กระทำความผิดอายุน้อยลง ยิ่งมีแนวโน้มกระทำความผิดซ้ำเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังพบว่า ผู้ที่กระทำความผิดซ้ำซึ่งถูกจับกุมจากการกระทำความผิดครั้งใหม่ส่วนมากมักเคยกระทำความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินมาก่อนด้วย<sup>124</sup>

#### ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล มลรัฐวอชิงตัน

ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลได้ทำผลสำรวจจากจำนวนของการแจ้งความ จำนวนครั้งที่ถูกจับกุมใหม่ จำนวนครั้งที่จำเลยถูกฟ้องคดีใหม่ จำนวนครั้งที่ถูกจำคุกใหม่ และจำนวนวันที่ถูกจำคุก ของกลุ่มบุคคลที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตโดยประสบความสำเร็จ (completers) กับบุคคลที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตแต่ไม่ประสบความสำเร็จ (non-completers) รวมจำนวน 53 คน<sup>125</sup> พบว่าภายในระยะเวลา 2 ปี นับแต่วันที่บุคคลดังกล่าวออกจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตไปแล้ว บุคคลที่ประสบความสำเร็จออกจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่จะกระทำความผิดซ้ำน้อยกว่าผู้ที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตแต่ไม่ประสบความสำเร็จ<sup>126</sup> และพบว่า ผู้ที่ประสบความสำเร็จจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าผู้ที่ผ่านกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติในเรื่องดังกล่าว โดยมีผลลัพธ์ที่จำแนกในรายละเอียดได้ ดังต่อไปนี้

#### (1) จำนวนครั้งของการแจ้งความและการจับกุม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่ประสบความสำเร็จจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิต (completers) ก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต มีจำนวนการแจ้งความและการจับกุม

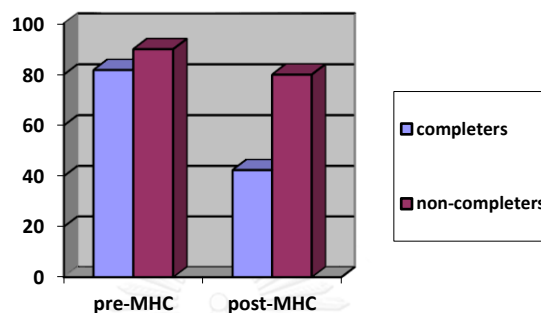
<sup>123</sup> Ibid., p. 106.

<sup>124</sup> Ibid.

<sup>125</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 34.

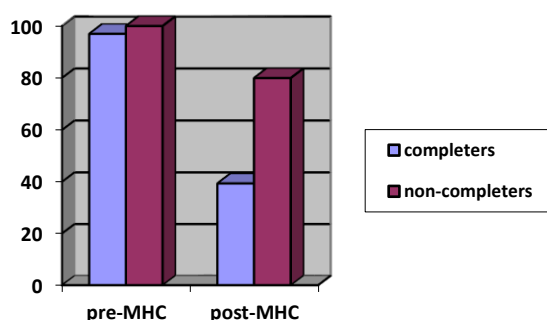
<sup>126</sup> Ibid., p. 54.

ประมาณร้อยละ 81.8 แต่ภายหลังการบำบัดรักษา บุคคลดังกล่าวถูกแจ้งความหรือจับกุมเพียงร้อยละ 42.4 ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จจากกระบวนการของศาลสุภาพจิต (non-completers) ซึ่งก่อนที่จะได้รับการบำบัดรักษาในศาลสุภาพจิต มีจำนวนการแจ้งความและถูกจับกุมร้อยละ 90 แต่ภายหลังผ่านกระบวนการของศาลสุภาพจิตอย่างไม่สำเร็จ ก็ถูกแจ้งความหรือจับกุมใหม่อีกถึงร้อยละ 80 ซึ่งมีส่วนต่างระหว่างบุคคลทั้งสองกลุ่มถึงร้อยละ 37.6<sup>127</sup> สรุปเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้



## (2) จำนวนครั้งของการฟ้องคดี

ผู้ที่ประสบความสำเร็จจากการบำบัดรักษาของศาลสุภาพจิต (completers) มีแนวโน้มน้อยกว่าผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จ (non-completers) ที่จะถูกฟ้องเป็นข้อหาใหม่ภายในระยะเวลา 2 ปี นับแต่ออกจากศาลสุภาพจิต โดยก่อนที่จะผ่านกระบวนการของศาลสุภาพจิต มีจำเลยที่ถูกฟ้องเป็นคดีจำนวนร้อยละ 97 แต่หลังจากประสบความสำเร็จแล้วจำเลยดังกล่าวถูกฟ้องเป็นคดีใหม่เพียงจำนวนร้อยละ 39.4 ลดลงถึงร้อยละ 59.4 ในขณะที่ผู้ที่ไม่ประสบความสำเร็จ แต่เดิมถูกฟ้องจำนวนร้อยละ 100 และกลับมาถูกฟ้องใหม่อีกถึงร้อยละ 80 ซึ่งมีส่วนต่างลดลงเพียงร้อยละ 20<sup>128</sup> สรุปเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้

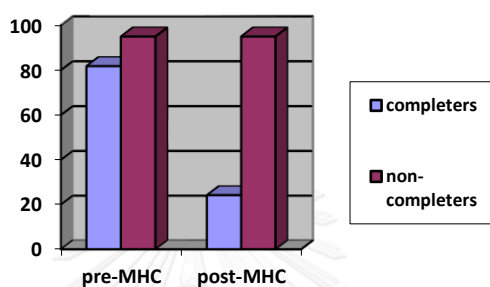


<sup>127</sup> Ibid., p. 53.

<sup>128</sup> Ibid., p. 55.

## (3) จำนวนครั้งของการถูกจำคุก

ก่อนที่จะประสบความสำเร็จจากการบำบัดรักษาในศาลสุขภาพจิต บุคคลดังกล่าวเคยถูกจำคุกจำนวนร้อยละ 81.8 แต่เมื่อประสบความสำเร็จแล้ว บุคคลกลุ่มนี้ถูกจำคุกใหม่เพียงร้อยละ 24.2 ตรงข้ามกับกลุ่มที่ไม่ประสบความสำเร็จจากการบำบัดรักษาในศาลสุขภาพจิต ซึ่งเคยถูกจำคุกจำนวนร้อยละ 95 แต่การผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตกลับไม่ช่วยให้ผลลัพธ์ดีขึ้น เพราะหลังจากผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตอย่างไม่ประสบความสำเร็จแล้ว ยังถูกจำคุกอีกเท่าเดิมคือ ร้อยละ 95<sup>129</sup> สรุปเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้



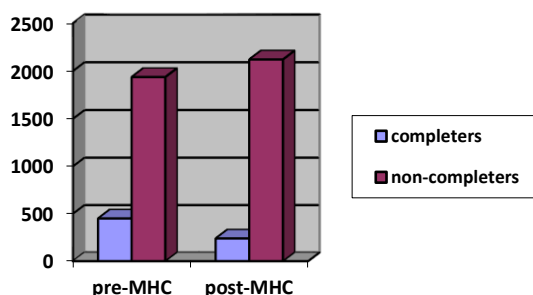
## (4) จำนวนวันของการถูกจำคุก

กลุ่มบุคคลที่ประสบความสำเร็จจากการบำบัดรักษาในศาลสุขภาพจิต (completers) ก่อนเคยถูกจำคุกโดยเฉลี่ยประมาณ 450 วัน แต่เมื่อถูกจำคุกใหม่ก็มีจำนวนวันถูกจำคุกโดยเฉลี่ยน้อยลงมาเป็นจำนวน 239 วัน ซึ่งต่างกันถึง 211 วัน หรือคิดเป็นร้อยละ 47 ในขณะที่กลุ่มบุคคลที่ไม่ประสบความสำเร็จ (non-completers) ก่อนเคยถูกจำคุกโดยเฉลี่ยประมาณ 1937 วัน กลับถูกจำคุกครั้งใหม่ภายหลังจากผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตแต่ไม่ประสบความสำเร็จเพิ่มขึ้นเป็น 2121 วัน ซึ่งเพิ่มขึ้นจำนวน 184 วัน หรือคิดเป็นร้อยละ 9<sup>130</sup> ทั้งนี้ การลดจำนวนวันของการจำคุกเท่ากับเป็นการลดค่าใช้จ่ายของรัฐได้ด้วย โดยค่าใช้จ่ายดังกล่าวคิดเป็นวันละ 106 ดอลลาร์สหรัฐ ต่อวัน<sup>131</sup> สรุปเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้

<sup>129</sup> Ibid., p. 48.

<sup>130</sup> Ibid., p. 51.

<sup>131</sup> King County Department of Community and Human Services, "Client Care Coordination Supportive Housing Outcomes", (October 2011):



### ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ มลรัฐโอลาสก้า

ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อพิจารณาผลเกี่ยวกับการกระทำ ความผิดซ้ำว่า ภายใน 1 ปี หลังจากที่ถูกคนนั้น ๆ ได้ออกจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตไปแล้ว ไม่ว่าจะสำเร็จตามกระบวนการหรือไม่ก็ตาม ได้กลับมากระทำความผิดซ้ำหรือไม่ และได้กระทำความผิดที่มีโทษอัตราสูงด้วยหรือไม่ เพียงใด โดยจำแนกได้ออกเป็น 2 กลุ่ม

### กลุ่มที่ 1 : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างของผู้ที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิต มาแล้วจำนวน 35 คน

จากบุคคลกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว มีผู้ที่สำเร็จผลจากกระบวนการศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ (Graduated) จำนวน 20 คน และผู้ที่ออกจากกระบวนการศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์จำนวน 15 คน โดยสรุปได้ว่า ผู้ที่สำเร็จผลจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่จะกลับมากระทำความผิดซ้ำ น้อยกว่าผู้ที่ไม่สำเร็จผลจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตแต่ต้องออกไประหว่างอยู่ในกระบวนการ (Opt-out) มีรายละเอียดตามตาราง ดังต่อไปนี้<sup>132</sup>

	จำนวนร้อยละของผู้ที่สำเร็จ (Graduates) (จำนวนรวม 20 คน)	จำนวนร้อยละของผู้ที่ไม่สำเร็จ (Opt-out) (จำนวนรวม 15 คน)
ผู้ที่กลับมากระทำความผิดซ้ำ	5.3 (จำนวน 1 คน)	33.3 (จำนวน 5 คน)
ผู้ที่ไม่กลับมากระทำความผิดซ้ำ	94.7 (จำนวน 19 คน)	66.7 (จำนวน 10 คน)

<sup>132</sup> Palmer Mental Health Court, *Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the Palmer Coordinated Resources Project*. p. 24.



จากตารางดังกล่าว ทำให้เห็นว่า ผู้ที่สำเร็จจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตจำนวน 20 คน ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่สำเร็จออกจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิต มีจำนวนเพียงร้อยละ 5.3 ที่กลับมากระทำความผิดซ้ำ ในขณะที่ผู้ที่ต้องออกจากศาลสุขภาพจิตในระหว่างกระบวนการ โดยไม่สำเร็จ จำนวน 15 คน มีจำนวนมากถึงร้อยละ 33.3 ที่กลับมากระทำความผิดซ้ำอีกภายใน 1 ปี นับแต่วันที่ออกจากศาลสุขภาพจิต ในขณะเดียวกัน ผู้ที่สำเร็จจากศาลสุขภาพจิตมากถึงร้อยละ 94.7 ที่ไม่กลับมากระทำความผิดซ้ำอีก แต่ผู้ที่ไม่สำเร็จจากศาลสุขภาพจิตไม่กลับมากระทำความผิดซ้ำอีกเพียงร้อยละ 66.7

นอกจากนี้ หากพิจารณาในแง่การกลับมากระทำความผิดซ้ำในความผิดที่มีอัตราโทษสูงจะพบว่า ผู้ที่ไม่สำเร็จจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตมีแนวโน้มที่จะกลับมากระทำความผิดซ้ำที่มีอัตราโทษสูง มากกว่าผู้ที่สำเร็จจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิต โดยมีรายละเอียดตามตาราง ดังต่อไปนี้

	จำนวนร้อยละของผู้ที่สำเร็จ (Graduates) (จำนวนรวม 20 คน)	จำนวนร้อยละของผู้ที่ไม่สำเร็จ (Opt-out) (จำนวนรวม 15 คน)
ผู้ที่กระทำความผิดซ้ำ ในโทษอัตราสูง	0 (จำนวน 0 คน)	7.1 (จำนวน 1 คน)
ผู้ที่ไม่กระทำความผิดซ้ำ ในโทษอัตราสูง	100 (จำนวน 20 คน)	92.9 (จำนวน 14 คน)

จากตัวเลขดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า กระบวนการบำบัดรักษาของศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ มีประสิทธิภาพพอสมควรที่ทำให้ผู้ที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตโดยสำเร็จจะไม่กลับมากระทำความผิดซ้ำอีกภายในระยะเวลาที่กำหนดไว้ในกรณีศึกษา และแม้จะกลับมากระทำความผิดซ้ำอีก ก็ไม่มีจำเลยที่กระทำความผิดในอัตราโทษสูงอีกเช่นกัน ในขณะที่ผู้ที่ไม่สำเร็จจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตข้างต้น ซึ่งต้องได้รับการส่งตัวกลับไปยังกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ กลับมีแนวโน้มในการกระทำความผิดซ้ำและเป็นความผิดที่มีโทษอัตราสูงอีกด้วย

**กลุ่มที่ 2 : การเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างของผู้ที่ผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิตมาแล้วจำนวน 35 คน และผู้ที่เข้ากระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติจำนวน 35 คน**

ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ได้จัดทำการศึกษา โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ที่ผ่านกระบวนการศาลสุขภาพจิตแล้วจำนวน 35 คน ข้างต้น กับผู้ที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติซึ่งไม่ผ่าน

ศาลสุภาพจิตอีก 35 คน พบว่า ผู้ที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการของศาลสุภาพจิตนั้นมีแนวโน้มที่จะกระทำ ความผิดซ้ำในอัตราที่สูงกว่าผู้ที่ผ่านกระบวนการของศาลสุภาพจิต โดยมีรายละเอียดตามตาราง ดังต่อไปนี้<sup>133</sup>

	ผู้ที่ผ่านกระบวนการ คิดเป็นร้อยละ (จำนวนรวม 35 คน)	ผู้ที่ไม่ผ่านกระบวนการ คิดเป็นร้อยละ (จำนวนรวม 35 คน)
1. กระทำความผิดซ้ำ	17.1 (6 คน)	40 (14 คน)
2. ไม่กระทำความผิดซ้ำ	82.9 (29 คน)	60 (21 คน)

จากตารางดังกล่าวเห็นได้ว่า ผู้ที่ผ่านกระบวนการของศาลสุภาพจิตจะไม่กระทำความผิดซ้ำถึง จำนวนร้อยละ 82.9 และกระทำความผิดซ้ำร้อยละ 17.1 แต่ผู้ที่ไม่ได้ผ่านกระบวนการของศาลสุภาพจิต กระทำความผิดซ้ำอีกถึงร้อยละ 40 เมื่อเทียบกับผู้ที่ผ่านกระบวนการของศาลสุภาพจิต มีส่วนต่างถึง ร้อยละ 22.9

จากผลการศึกษาดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ศาลสุภาพจิตปาล์มเมอร์ได้ดำเนินการ อย่างมีประสิทธิภาพที่จะทำให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการจะลดจำนวนการกระทำความผิดซ้ำได้ แม้กระนั้นก็ตาม ผลการศึกษาวิจัยของศาลสุภาพจิตปาล์มเมอร์มีเพียงผลงานวิจัยเดียว คือ การศึกษาประเมินในปี ค.ศ. 2008 ซึ่งเป็นฉบับที่นำมาใช้ศึกษาในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ โดยปัจจุบัน อาจมีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการหรือองค์ประกอบอื่น ๆ ไปบ้าง นอกจากนี้ ข้อมูลที่สามารถเข้าถึง เกี่ยวกับการดำเนินการของศาลสุภาพจิตมีจำนวนไม่มากและค่อนข้างจำกัด ดังนั้น หากจะต้องการศึกษา แนวโน้มการดำเนินการของศาลสุภาพจิตว่าเป็นไปในทิศทางใดต่อไปในวันข้างหน้า ก็อาจต้องใช้ ระยะเวลาเพื่อศึกษาเพิ่มเติมกันต่อไป

<sup>133</sup> Ibid., p. 24.

**ตารางเปรียบเทียบศาลสุขภาพจิตบรองซ์ ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล และ  
ศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ในสหรัฐอเมริกา**

มลรัฐของ สหรัฐอเมริกา	หลักเกณฑ์ ทางกฎหมาย	หลักเกณฑ์ ทางการแพทย์	บุคลากรที่เกี่ยวข้อง		ผลการ ดำเนินการ
มลรัฐนิวยอร์ก ศาลสุขภาพจิต บรองซ์	อัตราโทษต่ำ และอัตราโทษสูง	แกนที่ 1 และ แกนที่ 2 ของ DSM-V	- ผู้พิพากษา - พนักงาน อัยการ	- คณะทำงาน TASC - ผู้จัดการคดี	ลดอัตรา การกระทำ ความผิด ซ้ำหรือ ความ ร้ายแรง ของการ กระทำ
มลรัฐวอชิงตัน ศาลสุขภาพจิต ซีแอเทิล	อัตราโทษต่ำ	แกนที่ 1 ของ DSM-V / โรค PTSD หรือ ออทิสติก	- หน่วยงาน จำเลย - ผู้ให้บริการ บำบัด	- ผู้ติดตามผล ของศาล - ผู้ให้ คำปรึกษา ระหว่างถูก คุมประพฤติ - ผู้จัดการคดี	ความผิด ซ้ำหรือ ความ ร้ายแรง ของการ กระทำ
มลรัฐอลาสก้า ศาลสุขภาพจิต ปาล์มเมอร์	อัตราโทษต่ำ	แกนที่ 1 ของ DSM-V		- ผู้ประสาน งานคดี - ผู้จัดการ แผนงาน	ความผิด

## บทที่ 4

### วิเคราะห์เปรียบเทียบแนวทางการดำเนินการของศาลสุขภาพจิตในต่างประเทศและวางแนวทางที่เหมาะสมของประเทศไทยในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ

#### 4.1 รูปแบบโครงสร้าง วัตถุประสงค์ ลักษณะกระบวนการ บทบาทบุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผลที่ได้รับจากกระบวนการ

##### รูปแบบโครงสร้าง

กระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทยมีรูปแบบโครงสร้างที่แบ่งอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติออกเป็นหลายกลุ่มและหลายหน่วยงาน ได้แก่ องค์กรตำรวจ องค์กรศาล สถาบันหรือโรงพยาบาลที่รักษาอาการทางจิต โดยแต่ละหน่วยงานมีหน้าที่ส่งต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติให้เป็นไปตามบทบัญญัติของกฎหมาย รวมถึงอำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานก็เป็นไปตามที่กฎหมายกำหนด รูปแบบโครงสร้างแบบนี้มีข้อดี คือ อำนาจหน้าที่และภารกิจของเจ้าหน้าที่มีความชัดเจนตามบทบัญญัติกฎหมาย ทำให้เจ้าหน้าที่มีขอบเขตในการใช้อำนาจ อีกทั้งยังโปร่งใส และสามารถตรวจสอบการดำเนินงานของภาครัฐได้

ในอีกมุมหนึ่ง รูปแบบโครงสร้างเช่นนี้ส่งผลให้เกิดความไม่ได้ร่วมมือร่วมใจกันเป็นคณะทำงานในระหว่างองค์กรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อมุ่งที่จะบำบัดรักษาจำเลยให้หายขาดจากอาการผิดปกติทางจิต อีกทั้งการมีรูปแบบโครงสร้างที่ความรับผิดชอบกระจัดกระจายออกเป็นหลายองค์กร อาจทำให้กระบวนการเกิดความล่าช้า เพราะมีผู้ที่มีอำนาจตัดสินใจหลายคน หรือบางองค์กรอาจไม่มีความกระตือรือร้นในการจัดการให้เป็นไปตามบทบัญญัติกฎหมายอย่างเคร่งครัด เพราะเห็นว่าเป็นงานประจำที่เป็นภาระและไม่ว่าจะปฏิบัติตามหรือไม่ผลก็เท่าเดิม นอกจากนี้ ยังอาจทำให้ความลับเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพจิตและการบำบัดรักษาจำเลยต้องรั่วไหลออกไปในระหว่างการส่งต่อตัวจำเลยระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องด้วยก็ได้ และยังเป็นสาเหตุของความขัดแย้งหรือความคลาดเคลื่อนทางความเห็นระหว่างบุคลากรทางกฎหมายและบุคลากรทางการแพทย์ด้วย

ในขณะเดียวกัน รูปแบบและโครงสร้างของศาลสุขภาพจิตมีความเบ็ดเสร็จในตัวเอง กล่าวคือ มีผู้พิพากษาหรือบุคลากรด้านจิตเวชอื่น ๆ เป็นของตัวเอง และเกิดความร่วมมือกันระหว่างบุคลากรทางกฎหมายและบุคลากรทางการแพทย์ที่จะทำให้จำเลยหายจากอาการผิดปกติทางจิต โดยบุคลากรทุกฝ่ายต่างถือว่าเป็นความรับผิดชอบของตัวเอง ซึ่งย่อมทำให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวของการทำงานมากกว่าการกระจายอำนาจหน้าที่ออกไปหลายองค์กร อันจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการทำงาน

ทำให้กระบวนการไม่ล่าช้า ช่วยรักษาความลับการบำบัดรักษาของจำเลย และลดความคลาดเคลื่อนทางความเห็นระหว่างบุคลากรทางกฎหมายและบุคลากรด้านจิตเวชได้ด้วย

อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยเห็นว่าโดยสภาพของโครงสร้างการจัดตั้งองค์กรทางยุติธรรมของประเทศไทยไม่ได้เอื้อต่อการที่จะรวมบุคลากรทางกฎหมายและบุคลากรทางการแพทย์ไว้ในศาลเดียวกันได้ อย่างเช่นศาลสุขภาพจิต จึงอาจจะยังนำวิธีการเรื่องรูปแบบและโครงสร้างของศาลสุขภาพจิตมาปรับใช้กับรูปแบบและโครงสร้างของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยไม่ได้โดยตรงตัว แต่ยังสามารถนำรูปแบบของกระบวนการหรือแนวคิดอย่างอื่นมาปรับใช้ได้อย่างเหมาะสม

### วัตถุประสงค์

การดำเนินคดีอาญาในกระบวนการตามปกติต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ มีวัตถุประสงค์เพียงต้องการที่จะชำระคดีความพิพาททางอาญากันให้เสร็จสิ้น โดยดำเนินกระบวนการพิจารณาไปอย่างชัดเจนและแน่นอนตามบทบัญญัติที่ให้อำนาจไว้ ผู้พิพากษาหรือศาลมีบทบาทเป็นผู้มีอำนาจชี้ขาดและมุ่งสู่คำพิพากษาว่าจำเลยสมควรได้รับโทษทางอาญาหรือไม่ เพียงใด โดยการตรวจวินิจฉัยและการบำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยตามมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เป็นเพียงขั้นตอนหนึ่งที่ผ่านเข้ามาในกระบวนการยุติธรรมเพื่อให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยสามารถต่อสู้คดีได้เท่านั้น โดยไม่ได้ถือเป็นเป้าประสงค์ว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นจะหายขาดจากอาการความผิดปกติทางจิตหรือไม่ ในขณะที่ศาลสุขภาพจิตไม่ได้มีผลลัพธ์คือคำพิพากษาชี้ขาดความผิดและกำหนดโทษของจำเลย หากแต่มุ่งที่จะบำบัดรักษาจำเลยให้หาย โดยผู้พิพากษาหรือศาลทำหน้าที่เป็นตัวกลางในการกำหนดและกำกับดูแลให้การดำเนินคดีเป็นไปตามแผนการบำบัดรักษาจำเลยแต่ละคนที่วางไว้ ซึ่งจะปรับให้แตกต่างกันออกไปตามความเหมาะสมของอาการจำเลยแต่ละคน

ผู้วิจัยมองว่า การที่กระบวนการของไทยมีวัตถุประสงค์เพียงให้มีคำพิพากษา โดยทำการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาจำเลยไปเพียงเพื่อให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยกลับมามีความสามารถต่อสู้คดีได้เท่านั้น อาจไม่สามารถรักษาอาการความผิดปกติของจำเลยให้หายขาดในระยะยาวได้ และทำให้จำเลยนั้นยังคงต้องเผชิญกับปัญหาจากอาการทางจิตของตนต่อไปเมื่อได้รับโทษในเรือนจำอย่างไม่สิ้นสุด แต่ก็ไม่มีวัตถุประสงค์แบบใดที่ถูกหรือผิด เพียงแต่ใช้แนวคิดและหลักทฤษฎีที่แตกต่างกัน กล่าวคือในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยอาจถือตามแนวคิดทฤษฎีการลงโทษ โดยมุ่งลงโทษเพื่อไม่ให้เกิดการกระทำความผิดซ้ำและกระทำการฟื้นฟูผู้กระทำความผิดไปพร้อม ๆ กัน อันเป็นไปตามทฤษฎีเพื่อป้องกันหรือทฤษฎีแก้ไขฟื้นฟู แต่ศาลสุขภาพจิตใช้หลักนิติศาสตร์เชิงบำบัด (Therapeutic Jurisprudence) โดยมองว่าสาเหตุของการกระทำความผิดก็คือตัวผู้กระทำความผิดเอง และมุ่งที่จะบำบัดผู้กระทำความผิดให้กลับคืนดีโดยไม่ลงโทษ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่า ในแง่ของวัตถุประสงค์การดำเนินคดีอาญาของไทย ก็ไม่ได้มีความจำเป็นที่จะต้องแก้ไขให้เหมือนกับวัตถุประสงค์ของ

ศาลสุขภาพจิต เพราะในสังคมไทยยังไม่พร้อมที่จะเห็นผู้กระทำความผิดไม่ได้รับการลงโทษและยังมีค่านิยมว่าไม่ต้องการให้คนชั่วลอยนวล

### ลักษณะกระบวนการ

ในเรื่องกระบวนการภาพรวมของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทยเป็นกระบวนการชั้นเดียว ซึ่งจะถือเอากระบวนการดำเนินคดีตามกฎหมายเป็นส่วนหลัก โดยการบำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นเพียงส่วนหนึ่งหรือเป็นทางผ่านของกระบวนการดำเนินคดีอาญาทั้งหมด<sup>1</sup> เช่น กรณีตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กรณีการกำหนดเงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติตามมาตรา 56 ของประมวลกฎหมายอาญา หรือการคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลถ้าศาลเห็นว่าการปล่อยตัวบุคคลตามมาตรา 65 ของประมวลกฎหมายอาญาจะไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ตามมาตรา 48 ประมวลกฎหมายอาญา อีกทั้งกระบวนการยังมีลักษณะเป็นกระบวนการภาคบังคับที่พนักงานสอบสวนหรือศาลจะต้องทำตามบทบัญญัติของกฎหมาย

ในทางตรงกันข้ามกับลักษณะกระบวนการดำเนินคดีอาญาของต่างประเทศเป็นกระบวนการหลายชั้น โดยถือว่าศาลสุขภาพจิตเป็นเพียงกระบวนการทางเลือกหนึ่งบนการตัดสินใจของผู้ต้องหาหรือจำเลยว่าจะประสงค์จะดำเนินคดีอาญาตามปกติหรือผ่านกระบวนการของศาลสุขภาพจิต โดยถือว่าการบำบัดรักษาจำเลยเป็นส่วนหลักและการดำเนินคดีทั้งหมดของศาลสุขภาพจิต การที่จะดำเนินคดีต่อไปหรือศาลจะยกฟ้องหรือไม่ ไม่ได้ขึ้นอยู่กับลักษณะการกระทำความผิดหรือสถานะของผู้นั้นในขณะกระทำความผิดอีกต่อไป แต่ขึ้นอยู่กับ การประพฤติตนตามเงื่อนไขของจำเลยที่ศาลสุขภาพจิตกำหนดเท่านั้น ซึ่งหากสำเร็จเสร็จสิ้นแล้วก็ไม่จำเป็นต้องเข้าสู่กระบวนการพิจารณาของศาลยุติธรรมตามปกติอีกต่อไป แต่อาจได้รับการยกฟ้องหรือเพิกถอนข้อกล่าวหาและปล่อยตัวออกไปหรืออย่างมากที่สุดก็เพียงแต่ถูกคุมขังตัวต่อไป แล้วแต่ดุลพินิจของศาลสุขภาพจิตจะเห็นสมควร อีกทั้งกระบวนการของศาลสุขภาพจิตไม่มีบทบัญญัติกำหนดไว้แน่ชัดว่าต้องดำเนินการต่อจำเลยแต่ละคนอย่างไรบ้าง แต่จะใช้มาตรฐานแตกต่างกันซึ่งผันแปรไปตามสภาพและพฤติการณ์ที่เปลี่ยนไปในจำเลยแต่ละคน

ข้อดีของกระบวนการศาลสุขภาพจิต คือ ทำให้เกิดความยืดหยุ่นและเหมาะสมต่ออาการของจำเลยแต่ละคน แต่ก็มีข้อเสีย คือ ทำให้หลักการดำเนินการและตีความโดยเคร่งครัดในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาต้องด้อยลงไป เพราะขาดความชัดเจนในการดำเนินคดีและความชัดเจนในสาเหตุแห่งการลงโทษจำเลย เช่น กรณีที่จำเลยไม่ปฏิบัติตามคำสั่งหรือเงื่อนไขที่ศาลกำหนดไว้

<sup>1</sup> สุพรรณิ แสงรักษา และ ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, "ความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยจิตเวช," วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย: หน้า 95.

ศาลสุขภาพจิตกลับมีอำนาจที่จะลงโทษจำเลยถึงขั้นนำจำเลยไปจำคุก อันเป็นการทำให้ปราศจากเสรีภาพในร่างกาย โดยไม่ปรากฏว่าจำเลยได้กระทำความผิดอาญาฐานใด อย่างไรก็ตาม ซึ่งอาจขัดต่อหลักของการลงโทษจำเลยในคดีอาญา เป็นต้น

#### บุคลากรและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทย แต่ละคนจะแยกกันทำงานไปตามหน้าที่ในส่วนของตนเป็นหลัก เมื่อทำหน้าที่ของตนเสร็จสิ้นตามที่กฎหมายกำหนดไว้แล้วก็จะส่งต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยไปให้องค์กรอื่นต่อไป โดยไม่ปรากฏว่ามีบทบัญญัติกฎหมายกำหนดว่าให้มีการระดมความคิดหรือระดมพลเพื่อร่วมกันจัดการกับการรักษาอาการทางจิตของจำเลยให้หายขาด นอกจากนี้ ผู้พิพากษาหรือศาลในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทย มีบทบาทเป็นฝ่ายรับ (passive) คือ รับฟังจากพยานหลักฐานหรือเอกสารที่ได้ยื่นต่อศาลเป็นหลัก ไม่ว่าจะเป็กรณีญาติหรือทนายความยื่นคำร้องต่อศาล โดยอ้างอาการหรือประวัติการรักษาทางจิตของจำเลย หรือการรับฟังผลรายงานการตรวจวินิจฉัยผู้ต้องหาหรือจำเลยหรือผลการบำบัดรักษาจากสถานบำบัดรักษา เพื่อใช้พิจารณาว่า ผู้นั้นกระทำความผิดโดยไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้ เข้าองค์ประกอบของกฎหมายตามมาตรา 65 แห่งประมวลกฎหมายอาญาหรือไม่ เป็นต้น ซึ่งในจุดนี้ทำให้พนักงานสอบสวน ตำรวจ หรือพนักงานอัยการ หรือศาล ย่อมไม่อาจเห็นข้อเท็จจริงตามที่ปรากฏในความเป็นจริงเกี่ยวกับรายละเอียดอาการและประวัติของจำเลยดังเช่นข้อเท็จจริงที่จิตแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ทางจิตเวชได้พบเห็น ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อความรู้ความเข้าใจและการวินิจฉัยคดีของศาล ตามองค์ประกอบของมาตรา 65 ของประมวลกฎหมายอาญาต่อไปได้

ในขณะที่บุคลากรที่เกี่ยวข้องศาลสุขภาพจิตจะทำงานร่วมกันเป็นคณะทำงาน เช่น ศาลสุขภาพจิตบรองซ์จะมีคณะทำงานผู้รับผิดชอบต่อคดีหนึ่งเป็นจำนวน 16 คน ประกอบด้วย นักจิตวิทยา 1 คน จิตแพทย์นอกเวลา 2 คน หัวหน้าผู้จัดการคดี 1 คน และผู้จัดการคดีอีก 12 คน<sup>2</sup> โดยมีจุดประสงค์ร่วมกัน คือ การจัดทำแผนและควบคุมดูแลหรือบำบัดรักษาจำเลยให้เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ ศาลเป็นฝ่ายรุกหาข้อมูล (active) เพื่อติดตามและสอบถามความคืบหน้าเป็นระยะ ๆ โดยใช้บุคลากรทางจิตเวช เป็นเครื่องมือที่ศาลจะใช้ในการติดตามดูแลผลของจำเลย เช่น คณะทำงาน TASC ในศาลสุขภาพจิตบรองซ์ เป็นต้น อีกทั้งศาลจะเป็นผู้จัดการประชุมหรือของผู้ที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาจำเลย เช่น พนักงานอัยการ ทนายความจำเลย ผู้บริการจัดการการบำบัดรักษา ตัวแทนศาลในการจัดการคดี รวมถึงผู้พิพากษาผู้รับผิดชอบคดี เพื่อเข้ามามีหรือร่วมกันก่อนและให้ข้อมูลในเบื้องต้นต่อศาล

---

<sup>2</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossmann, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. pp. 34-35.

ทั้งส่วนการปฏิบัติตามและการฝ่าฝืนข้อกำหนดของจำเลย<sup>3</sup> และยังมีอำนาจที่จะสอบถามจำเลยได้โดยตรงอีกด้วย

ลักษณะการทำงานร่วมกันของบุคลากรเช่นนี้ถือว่าเป็นข้อดีของความเป็นศาลสุขภาพจิต เพราะจะทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีความกระตือรือร้นในการทำงานมากขึ้น โดยแต่ละคนจะมองว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของเป็นความสำเร็จในผลงานนั้น ซึ่งอาจทำให้กระบวนการเสร็จเร็วขึ้นและ อีกทั้งเจ้าหน้าที่แต่ละคน อาจจะทำให้ความสำคัญต่อการบำบัดรักษาอาการทางจิตของจำเลยในระยะยาวมากกว่าการบำบัดรักษา โดยหวังผลเพียงต่อผู้คดีได้ในระยะสั้น ๆ และยังทำให้ลดปัญหาความเหลื่อมล้ำในการตีความของกฎหมายของบุคลากรทางกฎหมายและบุคลากรทางการแพทย์ได้ด้วย

ถึงกระนั้นก็ตาม แม้ว่าในทางปฏิบัติของการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติของไทย จะไม่สามารถนำบุคลากรทางกฎหมายและบุคลากรทางการแพทย์เข้ามารวมตัวกันอยู่ในองค์กรเดียวกันได้ ดังเช่นศาลสุขภาพจิต แต่สามารถหยิบยกแนวคิดเรื่องการทำงานร่วมกันของบุคลากรดังกล่าวได้ เพื่อลดปัญหาการตีความกฎหมายระหว่างบุคลากรทั้งสองวงการนั้น ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า หากมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงบทบัญญัติเกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ โดยการจัดให้มีเป็นคณะทำงานหนึ่งชุดขึ้นมาในแต่ละคดี โดยมีเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ได้แก่ เจ้าหน้าที่ตำรวจ บุคลากรสหวิชาชีพ พนักงานอัยการ ทนายความ หรือศาล เข้าร่วมหารือกัน ภายใต้ความรับผิดชอบของหน่วยงานเจ้าของเรื่อง ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ หรือสำนักงานอัยการสูงสุด กรณีอยู่ระหว่างการสอบสวน หรือสำนักงานศาลยุติธรรม กรณีอยู่ระหว่างการไต่สวนมูลฟ้องหรือการพิจารณา ซึ่งเจ้าหน้าที่หนึ่งคนอาจรับผิดชอบมากกว่า 1 คดีก็ได้ โดยบุคลากรทางกฎหมาย เช่น พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ หรือศาล จะต้องมีความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเกี่ยวกับการศึกษาอาการทางจิตและวิธีการปฏิบัติต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติ ดังเช่นบุคลากรทางกฎหมายของศาลสุขภาพจิตด้วย

การที่มีเจ้าหน้าที่หลายฝ่ายเข้ามาร่วมหารือกันในแต่ละคดี จะทำให้ทุกฝ่ายได้เห็นพัฒนาการตั้งแต่การเริ่มต้น ระหว่างการบำบัดรักษา และการสิ้นสุดคดีไปอย่างพร้อม ๆ กัน อันจะทำให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทั้งหมดสามารถเข้าใจอาการของผู้ต้องหาหรือจำเลยและมองเห็นภาพอย่างเป็นรูปธรรมมากกว่าการอ่านรายงานจากผู้บำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ได้ใกล้ชิดที่สุด แต่ฝ่ายเดียวเท่านั้น รวมถึงจะมีประโยชน์ต่อการทำรูปคดีของพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ และการพิจารณาของศาลมากยิ่งขึ้น เพราะเจ้าหน้าที่ทุกฝ่ายจะถือว่าเป็นความรับผิดชอบของตนเองที่จะต้องดูแลผู้ปวยนิติจิตเวชคนหนึ่งให้สำเร็จลุล่วง อีกทั้งยังเป็นการอุดช่องว่างการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่

<sup>3</sup> Fred Osher and Denise Tomasini-joshi Michael Thompson, "Improving Responses to People with Mental Illness the Essential Elements of a Mental Health Court," p. 9.



ในขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งมิให้ละเลยการปฏิบัติตามมาตรา 14 วรรคสอง แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาด้วย เพราะจากบทบัญญัติที่ใช้อยู่ในปัจจุบันนี้ บางกรณีก็อาจทำให้เกิดช่องว่างในชั้นของพนักงานสอบสวนที่อาจละเลยการปฏิบัติตามบทบัญญัติดังกล่าวเพียงเพื่อจะได้ทำรูปคดีเสร็จไปโดยเร็วก็ได้ ดังนั้น เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงเสนอให้แก้ไขในมาตรา 14 วรรคสอง และเพิ่มเติมมาตรา 14 วรรคสี่ และมาตรา 14 วรรคห้า ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ดังนี้

“ในระหว่างทำการสอบสวน ไล่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้น เสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด

ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเห็นว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ใ้แจ้งการสอบสวน ไล่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริต หรือสามารถต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิตหรือมอบให้แก่ผู้อนุบาลข้าหลวงประจำจังหวัด หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาก็ได้ตามแต่จะเห็นสมควร **โดยหากพนักงานสอบสวนไม่ปฏิบัติตามวรรคนี้ ให้ถือว่าการสอบสวนนั้นเป็นอันไม่ชอบด้วยกฎหมาย**

กรณีที่ศาลงดไล่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาดังบัญญัติไว้ในวรรคก่อน ศาลจะสั่งจำหน่ายคดีเสียชั่วคราวก็ได้

**ในระหว่างการบำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยที่โรงพยาบาลโรคจิต ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้**

**(1) ในการสอบสวน ให้พนักงานสอบสวนและพนักงานอัยการ ร่วมกันติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ต้องหาเป็นระยะ โดยออกไปพบผู้ต้องหาที่โรงพยาบาลโรคจิตหรือสั่งให้ผู้ต้องหารายงานตัวต่อพนักงานสอบสวนและพนักงานอัยการตามระยะเวลาที่กำหนด แล้วแต่กรณี โดยให้มีนายความ จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา บุคคลที่ผู้นั้นไว้วางใจ และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมอยู่ด้วยในการออกไปพบหรือการรายงานตัวนั้น และให้พนักงานสอบสวนเป็นผู้จัดประชุมร่วมกันหารือระหว่างพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ นายความ และหรือจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ผู้รับผิดชอบ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ต้องหาก่อนการสอบสวนหรือสั่งฟ้องคดีต่อไป**

**(2) ในการไล่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณา ให้พนักงานอัยการและศาล ออกไปพบจำเลยหรือสั่งให้จำเลยมารายงานตัวต่อศาลเป็นระยะ โดยให้มีนายความ จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา บุคคลที่ผู้นั้นไว้วางใจ และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมอยู่ด้วยในการออกไปพบหรือรายงานตัวนั้น และให้ศาลเป็นผู้จัดประชุมร่วมกันหารือระหว่างศาล พนักงานอัยการ และจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา ผู้รับผิดชอบ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับสภาพอาการของจำเลยก่อนไล่สวนหรือพิจารณาคดีต่อไป**

**การดำเนินการตามวรรคสี่ จะกระทำโดยการประชุมผ่านโทรศัพท์วงจรปิด สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่นใด ตามที่กำหนดไว้ในประกาศ ข้อบังคับ หรือระเบียบของประธานศาลฎีกา สำนักงาน อัยการสูงสุด หรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ก็ได้แล้วแต่กรณี”**

เหตุผลของผู้วิจัยของการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติข้างต้น มีดังต่อไปนี้

1. การแก้ไขเพิ่มเติมมาตรา 14 วรรคสอง คือ จะเป็นการกำกับดูแลการทำงานของ พนักงานสอบสวนและพนักงานอัยการมิให้ละเลยต่อการปฏิบัติตามมาตรา 14 โดยกำหนดสภาพบังคับว่า หากไม่ปฏิบัติตามจะทำให้การสอบสวนไม่ชอบด้วยกฎหมายและส่งผลต่ออำนาจฟ้องของพนักงานอัยการได้

2. การเพิ่มเติมมาตรา 14 วรรคสี่ (1) (2) จะทำให้บุคลากรทางกฎหมายเห็นอาการของผู้ต้องหาหรือจำเลยด้วยตนเองเพื่อประกอบการใช้ดุลพินิจในการตีความว่าข้อบังคับประกอบตามมาตรา 65 ของประมวลกฎหมายอาญาหรือไม่ ไม่ได้ฟังเพียงแต่ผลสรุปจากจิตแพทย์แต่ฝ่ายเดียว นอกจากนี้ การจัดให้มีการประชุมหารือกันเพื่อให้ได้ข้อสรุประหว่างจิตแพทย์กับบุคลากรทางการแพทย์ก่อนดำเนินคดี จะช่วยแก้ไขปัญหาในเรื่องความเหลื่อมล้ำในการตีความสภาพอาการทางจิตของผู้ต้องหาหรือจำเลย ระหว่างจิตแพทย์กับศาลหรือพนักงานอัยการหรือพนักงานสอบสวนที่ผ่านมาได้ และยังเป็นโอกาสให้บุคลากรหลายฝ่ายได้ตรวจสอบการทำงานของกันและกันเพื่อไม่ให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ละเว้นการปฏิบัติกระบวนการณ์ไป อีกทั้งจะทำให้มีบทบัญญัติกำหนดให้ชัดเจนในการเพิ่มบทบาทของ ทนายความให้เข้ามาช่วยเหลือผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติอย่างใกล้ชิดมากขึ้นเพื่อประโยชน์ แก่ผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นด้วย และแม้ภายหลังจากที่มีการประชุมและอยู่ในระหว่างดำเนินคดีแล้ว มีการเปลี่ยนหรือโอนย้ายของพนักงานสอบสวนหรือผู้พิพากษาที่อาจทำให้สร้างความไม่ต่อเนื่อง ในการสังเกตอาการของผู้ต้องหาหรือจำเลยคนนั้น แต่อย่างน้อยที่สุด ก็ยังมีการจดรายงานของ พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ หรือผู้พิพากษาก่อนไว้ ที่ผ่านการกลั่นกรองและการทำความเข้าใจ ในฐานะเป็นผู้รู้กฎหมายมาพอสมควรแล้ว ซึ่งนับว่าดีกว่าไม่มีมาตรการใด ๆ บังคับไว้เลยและทำให้ ตีความกันไปคนละอย่างระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรทางกฎหมายอย่างที่ผ่านมา

3. การเพิ่มเติมมาตรา 14 วรรคห้า เพื่อเป็นการเพิ่มทางเลือกและสร้างความสะดวกแก่ เจ้าพนักงานตามกฎหมายในการปฏิบัติตามมาตรา 14 วรรคสี่ มากขึ้น โดยใช้เทคโนโลยีที่มีในปัจจุบัน มารองรับการดำเนินการ ทำให้เจ้าพนักงานตามกฎหมายไม่ต้องเดินทางไปยังสถานที่นั้น ๆ ซึ่งอาจ เป็นต่างจังหวัดและทำให้เสียเวลาในการทำงานตามปกติด้วย อีกทั้งยังได้วางฐานอำนาจไว้ให้ หน่วยงานผู้รับผิดชอบตามบทบัญญัติดังกล่าวไปบัญญัติกฎหมายลำดับรองเพื่อกำหนดรายละเอียด ที่ออกโดยอาศัยร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว เช่น เรื่องระยะเวลาที่กำหนดให้ออกไปพบหรือสั่งให้ ผู้ต้องหาหรือจำเลยมารายงานตัวต่อพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ หรือศาล แล้วแต่กรณี โดยสามารถ ออกเป็น ประกาศ ระเบียบ คำสั่ง เช่น ออกเป็นระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ระเบียบสำนักงาน

อัยการสูงสุด หรือระเบียบคณะกรรมการบริหารศาลยุติธรรม เป็นต้น เพื่อสามารถใช้ในทางปฏิบัติภายในองค์กรต่อไปได้ เพราะผู้วิจัยเห็นว่าไม่ควรกำหนดระยะเวลาที่แน่ชัดในมาตรา 14 วรรคสี่ ของร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาดังกล่าว หากมีพฤติการณ์ใดที่เปลี่ยนแปลงการกำหนดไว้ในกฎหมายลำดับรองจะสามารถแก้ไขเพิ่มเติมในภายหลังได้ไม่ยากเท่าการกำหนดไว้ในพระราชบัญญัติ อีกทั้งเพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการปรับใช้ในแต่ละคดี เพราะผู้ต้องหาหรือจำเลยแต่ละคนย่อมมีความร้ายแรงของอาการและจำนวนวันที่ได้รับการรักษาก็แตกต่างกันออกไป

#### ผลที่ได้รับจากกระบวนการ

ด้านประสิทธิภาพและประสิทธิผลของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติสามารถใช้ตัวชี้วัดได้หลายวิธี แต่หากจะใช้อัตราการกระทำความผิดซ้ำเป็นตัวชี้วัด ก็เรียกได้ว่ากระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยที่ใช้อยู่ในปัจจุบันมีประสิทธิภาพอยู่ไม่น้อย เพราะเมื่อเทียบกับอัตราการกระทำความผิดซ้ำของผู้ที่ผ่านกระบวนการศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งในต่างประเทศ ไม่ว่าจะศาลสุขภาพจิตบรองซ์ ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล หรือศาลสุขภาพจิตปาล์มเมอร์ตามที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น แม้จะมีผลลัพธ์ที่ดีคือมีอัตราการกระทำความผิดซ้ำลดลง แต่กระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยตามที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ติดตามตัวอย่างตลอดปี พ.ศ. 2555-2559 ก็ไม่พบว่ามีอัตราการกระทำความผิดซ้ำสูง และไม่ได้อัตราการขึ้นลงอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากในแต่ละปีมีผู้กระทำความผิดเพียง 0-2 ราย เท่านั้น<sup>4</sup>

แม้ข้อมูลเกี่ยวกับการกระทำความผิดซ้ำในประเทศไทยที่ได้มาจะไม่พบอัตราการกระทำความผิดซ้ำของผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติมาก แต่ก็สามารถตั้งข้อสังเกตได้ว่า ข้อมูลที่ได้มานี้เป็นเพียงข้อมูลจากสถานบริการบำบัดแห่งใหญ่แห่งเดียว คือ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ซึ่งไม่ใช่ภาพรวมของประเทศไทย โดยจากการสอบถามสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเกี่ยวกับการรวบรวมข้อมูลอัตราการกระทำความผิดซ้ำระดับประเทศไว้พบว่า ในเบื้องต้นไม่มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอัตราการกระทำความผิดซ้ำของทั่วประเทศ โดยส่วนมากสถานบริการบำบัดทั่วประเทศที่ส่งข้อมูลมามักจะไม่ได้ระบุข้อมูลในส่วนนี้มาด้วย ทำให้ยากแก่การรวบรวมข้อมูลดังกล่าว

ในอีกแง่มุมหนึ่ง สำหรับข้อมูลอัตราการกระทำความผิดซ้ำของศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งที่ลดลงก็สามารถตั้งข้อสังเกตเกี่ยวกับข้อมูลได้ว่า เนื่องจากข้อมูลดังกล่าว ส่วนมากเป็นข้อมูลที่ปรากฏอยู่ในรายงานประจำปีของศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่ง ซึ่งมีวัตถุประสงค์สำคัญคือไว้แสดงต่อรัฐในการยื่นของบประมาณ ดังนั้น ข้อมูลดังกล่าวจึงต้องปรากฏออกมาในทางที่ดีและมีประสิทธิภาพ

<sup>4</sup> สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, "สรุปผลการกระทำความผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์". (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

ซึ่งในความเป็นจริงนั้น มีส่วนที่รั่วไหลออกไปเล็กน้อยเพียงใดก็ไม่อาจเป็นที่ทราบแก่บุคคลทั่วไปได้ ในกรณีนี้ ผู้วิจัยจึงยังไม่อาจนำมาสู่ข้อสรุปได้อย่างแน่ชัดว่า ประสิทธิภาพของกระบวนการตามปกติหรือ ประสิทธิภาพกระบวนการของศาลสุขภาพจิต ฝ่ายใดจะถือว่ามากกว่ากัน

#### 4.2 กระบวนการของศาลสุขภาพจิตในระหว่างควบคุมตัวและคัดกรองผู้ต้องหาหรือจำเลย ก่อนเข้าสู่กระบวนการของศาล

##### การควบคุมตัวผู้ต้องหาหรือจำเลย

กระบวนการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติของไทยไม่ปรากฏว่ามีการส่งตัวจำเลย ระหว่างศาลหรือเปิดโอกาสให้จำเลยเลือกได้ว่าจะเข้าสู่กระบวนการของศาลใด ดังนั้น การควบคุมตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยจะปรากฏเพียงในชั้นการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาตาม บทบัญญัติมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ซึ่งอาจนำไปควบคุมตัวในโรงพยาบาล โรครจิต หรืออยู่ในความดูแลของผู้อนุบาล หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาตามที่เห็นสมควร และเมื่ออาการหายวิกลจริตหรือสามารถจะต่อสู้คดีได้แล้วก็จะกลับเข้าสู่กระบวนการดำเนินคดีอาญา ตามปกติต่อไป จึงถือว่าเป็นเรื่องดีเพราะเท่ากับว่าจำเลยมีโอกาสดังกล่าวที่จะได้รับการคุ้มครองทางจิตโดยสามารถ เข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษาและได้รับประโยชน์ได้เร็ว ไม่ต้องผ่านกระบวนการหลายขั้นตอน

ก่อนที่จะเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตจะต้องมีการควบคุมตัวจำเลยจากกระบวนการ ยุติธรรมทางอาญาตามปกติโดยผ่านการพิจารณาของพนักงานสอบสวนหรือชั้นศาลมาก่อนแล้ว จึงนำส่งจำเลยไปยังศาลสุขภาพจิต แล้วต่อมายังจะต้องมาผ่านการคัดกรองคุณสมบัติของศาลสุขภาพจิตอีก กว่าจะได้รับเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตและได้รับการบำบัดรักษาจริงก็ใช้ระยะเวลา นาน และหากเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตแล้วจำเลยก็จะถูกควบคุมตัวในศาลสุขภาพจิตต่อไป โดยไม่ได้กลับไปยังกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติอีก เว้นแต่จะกระทำผิดเงื่อนไขของ ศาลการควบคุมตัวในศาลสุขภาพจิต

ดังนั้น ในช่วงก่อนเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตจึงต้องผ่านหลายขั้นตอนและใช้เวลา ในการจำกัดเสรีภาพของจำเลยมากกว่ากระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทย ซึ่งกว่าจะเข้าถึง กระบวนการบำบัดรักษาของศาลสุขภาพจิตก็อาจใช้ระยะเวลานานเกินไปโดยไม่เกิดประโยชน์ เช่น จากผลวิจัยของศาลสุขภาพจิตบรองซ์ปรากฏว่าใช้ระยะเวลาระหว่างที่ผู้ต้องหาถูกจับกุมมาจนถึง วันที่ TASC คัดกรองคุณสมบัติจำเลยมีค่าเฉลี่ยมากถึง 189.4 วัน และจนถึงวันที่จำเลยเข้ารับ การบำบัดรักษาในศาลสุขภาพจิตครั้งแรกโดยเฉลี่ยคือ 189 วัน หรือเป็นระยะเวลาประมาณ

6 เดือนกว่า<sup>5</sup> โดยในระยะเวลาที่จำเลยยังไม่ได้เริ่มการบำบัดรักษาในศาลสุขภาพจิตแต่อย่างใด ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นว่า หากพิจารณาในแง่ของการคุ้มครองสิทธิผู้ต้องหาหรือจำเลยในกระบวนการควบคุมตัวและส่งต่อจำเลยเพื่อเข้ารับการบำบัดรักษาของประเทศไทยถือว่าไม่มีความซับซ้อนเท่ากับกระบวนการในการเข้าสู่ศาลสุขภาพจิตและกระบวนการของไทยในส่วนนี้สามารถคุ้มครองสิทธิของจำเลยได้คืออยู่แล้ว

#### การตรวจคัดกรองคุณสมบัติของจำเลย

กระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยไม่ได้มีหลักเกณฑ์ที่กำหนดอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมในการจำกัดประเภทของจำเลยไว้ว่าต้องมีอาการอย่างไรหรือกระทำความผิดฐานใดจึงจะสามารถเข้ารับการบำบัดรักษาตามผลของมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาได้ แต่จะอาศัยการประเมินสภาวะอาการของผู้เห็นว่า เป็นผู้ที่มีจิตบกพร่อง โรครจิต หรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองหรือไม่<sup>6</sup> อันเป็นการเปิดกว้างให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีอาการมีสภาพจิตไม่ปกติโดยทั่วไปสามารถเข้ารับการตรวจวินิจฉัยหรือบำบัดรักษาจากรัฐได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่ได้ปิดกั้นลักษณะของจำเลยด้วยการเพ่งเล็งเพียงขีดความสามารถของรัฐว่าจะรองรับได้หรือไม่เท่านั้นดังเช่นศาลสุขภาพจิต

ศาลสุขภาพจิตกลับตรงกันข้ามกับกระบวนการของไทย กล่าวคือ ก่อนที่จำเลยจะเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตจะต้องมีการคัดกรองคุณสมบัติว่าจำเลยนั้นผ่านหลักเกณฑ์ที่กำหนดไว้เสียก่อน โดยศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งมีหลักเกณฑ์แตกต่างกันออกไป ซึ่งข้อดีของการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดกรองคุณสมบัติของผู้ต้องหาหรือจำเลยในศาลสุขภาพจิต คือ ศาลสุขภาพจิตจะสามารถควบคุมดูแลผู้ป่วยได้ตามกำลังของตนที่มี ซึ่งจะทำให้การบำบัดรักษาอาจดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพและดูแลผู้ป่วยได้อย่างทั่วถึง หากเทียบกับการเปิดรับผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีอาการป่วยทางจิตอย่างกว้างขวางดังเช่นในประเทศไทย ในบางครั้งศักยภาพหรือจำนวนของบุคลากร หรืองบประมาณ อาจไม่สามารถรองรับการบำบัดรักษาอาการจำเลยอย่างเปิดกว้างได้มากและทำให้เป็นภาระแก่รัฐ แต่การจำกัดอาการของจำเลยก็มีข้อเสีย คือ จะทำให้ผู้ป่วยทางจิตบางรายไม่ได้รับโอกาสในการบำบัดรักษาหรือเข้าสู่กระบวนการทางยุติธรรมทางอาญาได้อย่างเท่าเทียมกัน

ผู้วิจัยมองว่า กรณีกระบวนการของประเทศไทยไม่จำเป็นต้องมีการคัดกรองคุณสมบัติอาการของผู้ต้องหาหรือจำเลยดังเช่นในกระบวนการของศาลสุขภาพจิต เพราะโดยลักษณะกระบวนการของไทยเป็นการบังคับให้ต้องส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยเข้ารับการบำบัดรักษา หากรัฐเห็นว่าไม่จำเป็นต้องรับไว้

<sup>5</sup> Kelly Frailing, "Issues Affecting Outcomes for Mental Health Court Participants," *Cambridge Student Law Review*: 155.

<sup>6</sup> มาตรา 65 ประมวลกฎหมายอาญา

เป็นผู้ป่วยในก็อาจพิจารณาจัดให้เป็นผู้ป่วยนอกได้ตามความเหมาะสม แตกต่างจากระบวนการของศาลสุขภาพจิตที่เป็นกระบวนการทางเลือก ซึ่งหากศาลสุขภาพจิตเปิดรับจำเลยอย่างไม่มีข้อจำกัดเรื่องคุณสมบัติ ก็คงจะมีแต่จำเลยสนใจที่จะเข้ากระบวนการของศาลสุขภาพจิตเท่านั้น โดยไม่ยอมเข้ากระบวนการของศาลตามปกติ กระบวนการคัดกรองของศาลสุขภาพจิตจึงน่าจะมีไว้เพื่อคัดกรองลักษณะของจำเลยตามขีดความสามารถที่ตนสามารถรองรับได้และตามลักษณะฐานความผิดที่ยังพอได้รับการฟื้นฟูได้มากกว่า ดังนั้น เมื่อลักษณะกระบวนการของไทยและศาลสุขภาพจิตในส่วนนี้แตกต่างกัน จึงไม่จำเป็นต้องนำเรื่องกระบวนการคัดกรองคุณสมบัติของศาลสุขภาพจิตมาปรับใช้ในกระบวนการของประเทศไทย

#### 4.3 กระบวนการของศาลสุขภาพจิตในการคุ้มครองสิทธิของจำเลยในชั้นการพิจารณาคดีของศาล

##### 4.3.1 สิทธิของจำเลยในการต่อสู้คดีอย่างเต็มที่

###### ความพร้อมของสภาพจิตใจจำเลยในการต่อสู้คดี

บทบัญญัติกฎหมายในการดำเนินคดีอาญาของไทยได้รองรับให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยจะต้องมีสภาพจิตที่ปกติพอที่จะต่อสู้คดีได้ตามมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณา ในขณะที่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตไม่ถือว่าความพร้อมของสภาพจิตใจเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต แต่ตรงกันข้าม ศาลสุขภาพจิตกลับต้องการจำเลยที่ขาดความพร้อมทางสภาพจิตใจเท่านั้น เท่ากับว่าการที่จำเลยยอมเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต คือ จำเลยยอมสละหลักประสิทธิของตนในการต่อสู้คดีบางประการไป อีกทั้งเท่ากับจำเลยต้องยอมรับว่า โอกาสในการต่อสู้คดีของตนนั้นน้อยกว่าการดำเนินคดีตามปกติด้วย กรณีนี้จึงไม่มีประเด็นให้ต้องพิจารณาว่า กระบวนการของไทยหรือของศาลสุขภาพจิตดีกว่ากัน แต่เป็นเรื่องของระบบที่แตกต่างกัน ระหว่างการดำเนินคดีอาญาของไทยและกระบวนการของศาลสุขภาพจิต ซึ่งตราบใดที่การดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติของไทยยังคงไม่เปลี่ยนแนวคิดไปเป็นในเชิงหลักนิติศาสตร์บำบัด (Therapeutic Jurisprudence) อย่างสิ้นเชิงดังเช่นแนวคิดของศาลสุขภาพจิต ก็ยังไม่มีควมจำเป็นที่ต้องนำแนวทางของศาลสุขภาพจิตในส่วนนี้มาปรับใช้ในประเทศไทย

###### การเปิดโอกาสในการให้ถ้อยคำของผู้ต้องหาหรือจำเลย

กระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยไม่ได้จำกัดการให้ถ้อยคำของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ จำเลยยังมีโอกาสได้ให้ถ้อยคำอื่นเพื่อโต้แย้งว่าตนไม่มีความผิดและไม่มีแนวทางว่าต้องห้ามรับฟังคำรับสารภาพของผู้ต้องหาหรือจำเลยประเภทดังกล่าวด้วย เพียงแต่กำหนดให้เป็น

หน้าที่ของศาลที่ต้องรับฟังพยานหลักฐานด้วยความระมัดระวังและยังไม่ถือว่าจำเลยมีความผิดจนกว่าจะได้พิสูจน์ความผิดจำเลยจนปราศจากความสงสัย

ในขณะที่ศาลสุขภาพจิตบางแห่งดังเช่นศาลสุขภาพจิตบรองซ์ กลับปิดกั้นโอกาสให้จำเลยได้อธิบายหรือให้การข้อเท็จจริงอื่นต่อศาล เช่น การที่ผู้พิพากษาของศาลสุขภาพจิตบรองซ์สามารถสอบถามจำเลยได้โดยตรง โดยคำถามที่ถามจำเลยส่วนมากมักจะเป็นคำถามปลายปิด ซึ่งจะเปิดโอกาสให้จำเลยตอบคำถามเพียงคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”<sup>7</sup> เป็นต้น อีกทั้งกระบวนการของศาลสุขภาพจิตส่วนมากจะมีลักษณะเป็นการไต่สวนและรับฟังข้อเท็จจริงจากพยานหลักฐานทางเอกสารและบุคคลที่เกี่ยวข้องมากกว่าการรับฟังคำให้การจากจำเลย จำเลยมีหน้าที่เป็นฝ่ายรับการไต่สวนและเป็นฝ่ายถูกกระทำมากกว่า จึงเท่ากับว่า ศาลสุขภาพจิตเป็นศาลหนึ่งที่ไม่เปิดโอกาสให้จำเลยให้การโต้แย้งกระบวนการของศาลสุขภาพจิต ทำให้จำเลยไม่อาจต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่เท่าที่ควร

ในส่วนี้อาจนำไปสู่ปัญหาว่า จำเลยอาจได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมจากบุคคลรอบข้าง โดยไม่มีโอกาสโต้แย้ง ซึ่งรัฐไม่อาจทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นได้เนื่องจากผู้ให้บริการบำบัดรักษา (Treatment Provider) ที่ศาลสุขภาพจิตจะส่งจำเลยไปบำบัดรักษามีทั้งของภาครัฐและเอกชน ซึ่งอาจไม่ได้รับการตรวจสอบมาตรฐานจากภาครัฐได้อย่างทั่วถึง ดังนั้น หากผู้ให้บริการบำบัดรักษานั้นใช้วิธีการที่ทารุณโหดร้ายหรือไม่เหมาะสมต่อจำเลยมากนักหรือไม่เพียงไร ศาลสุขภาพจิตก็จะไม่มีโอกาสได้ทราบและตรวจสอบได้จากคำให้การของจำเลยหรือทนายความได้ และการจำกัดโอกาสการให้การของจำเลยเช่นนี้ ทำให้ศาลไม่มีโอกาสที่จะได้ล่วงรู้ความทั้งสองฝ่าย ซึ่งย่อมจะขัดต่อหลักความยุติธรรม ดังนั้นจึงถือว่ากระบวนการของศาลสุขภาพจิตยังมีความบกพร่องในหลักประสิทธิ ภาพของจำเลยในการต่อสู้คดีได้อย่างเต็มพอสสมควร และถือว่าในเรื่องของการเปิดโอกาสในการให้ถ้อยคำของจำเลย กระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยยังเปิดกว้างและให้สิทธิแก่จำเลยมากกว่ากระบวนการของศาลสุขภาพจิต

#### การคุ้มครองสถานะทางจิตใจผู้ต้องหาหรือจำเลย

บทบัญญัติของไทยไม่ว่าจะในชั้นการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ ไม่มีบทบัญญัติคุ้มครองเด็ดขาดที่บังคับให้ต้องมีบุคคลอื่น เช่น ทนายความ บุคลากรสหวิชาชีพ หรือพนักงานอัยการ เข้าร่วมฟังการสอบสวนหรือเข้าร่วมฟังการพิจารณา แต่กลับใช้กระบวนการในการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาเป็นมาตรฐานเดียวกันระหว่างผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตปกติกับผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ไม่ปกติ ซึ่งหากจะเปรียบเทียบ

<sup>7</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, *Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn*, New York, p. 49.

กับกระบวนการของศาลสุขภาพจิตในต่างประเทศ จะพบว่า กระบวนการของศาลสุขภาพจิตให้ความสำคัญต่อการคุ้มครองสิทธิในการต่อสู้คดีเกี่ยวกับสภาวะทางจิตใจของจำเลยในศาลสุขภาพจิตมากกว่าการให้ความสำคัญคุ้มครองผู้ต้องหาที่มีสภาพจิตไม่ปกติในชั้นสอบสวนของประเทศไทย กล่าวคือ ศาลสุขภาพจิตบางแห่ง เช่น ศาลสุขภาพจิตบรูคลิน ซึ่งเป็นศาลสุขภาพจิตอีกแห่งในมลรัฐนิวยอร์กที่ผู้วิจัยได้ยกตัวอย่างเปรียบเทียบกับศาลสุขภาพจิตบรองซ์ประเด็นเรื่องบุคคลที่สามารถเข้ารับฟังการพิจารณาคดีได้นั้น จะเห็นได้ว่าศาลสุขภาพจิตดังกล่าวเปิดโอกาสให้บุคคลในครอบครัวของจำเลยและบุคลากรทางการแพทย์สามารถเข้าร่วมการพิจารณากับจำเลยได้ด้วย แม้ว่าจะให้การอย่างไรไม่ได้ เว้นแต่ศาลจะถามเป็นการเฉพาะ<sup>8</sup>

บทบัญญัติของไทยเป็นที่น่าสังเกตว่า มีบทบัญญัติคุ้มครองการให้ถ้อยคำของผู้ต้องหาเด็กที่จะต้องมีการคุ้มครองที่เด็กไว้วางใจ พนักงานอัยการ นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในระหว่างการสอบสวนหรือการไต่สวนมูลฟ้องด้วยตามมาตรา 134/2 หรือ มาตรา 171 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา แล้วแต่กรณี โดยการแก้ไขกฎหมายดังกล่าวในพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 20) พ.ศ. 2542 ก็มีความมุ่งหมายที่จะคุ้มครองสภาพจิตใจของเด็กและเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการคลาดเคลื่อน เพราะแต่เดิมยังใช้วิธีปฏิบัติเช่นเดียวกับกรณีของผู้ใหญ่ ซึ่งพนักงานสอบสวนอาจมีความไม่ชำนาญเพียงพอในด้านจิตวิทยาและการใช้ภาษาที่ไม่เหมาะสมกับเด็ก ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็กได้<sup>9</sup> แต่กรณีของผู้ต้องหาที่มีสภาพจิตไม่ปกติ ซึ่งเป็นผู้มีความอ่อนด้อยทางสติปัญญา ขาดความรู้ผิดชอบ อ่อนแอและขาดความพร้อมของสภาพจิตใจในการต่อสู้คดีไม่น้อยไปกว่าเด็กทั่วไป กลับไม่มีบทบัญญัติคุ้มครองสภาพจิตใจในการต่อสู้คดีเหมือนเช่นกรณีของเด็ก ทั้งในชั้นสอบสวน หรือชั้นไต่สวนมูลฟ้อง หรือแม้แต่ในชั้นพิจารณาของศาล เท่ากับว่า การคุ้มครองสภาพจิตใจผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติเพื่อให้ต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่ในกระบวนการดำเนินคดีอาญาของไทยยังไม่ครอบคลุมเพียงพอเท่ากับกระบวนการของศาลสุขภาพจิต

ดังนั้น เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติซึ่งมีความบกพร่องทางความเข้าใจ สติปัญญา อ่อนแอทางสภาพจิตใจ และมีความพร้อมที่ต่อสู้คดีได้น้อยกว่าบุคคลทั่วไป เช่นเดียวกับกับเด็กที่อายุไม่เกิน 18 ปี อีกทั้งยังทำให้พนักงานอัยการสามารถมองเห็นภาพและเข้าใจอย่างเป็นรูปธรรมและนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการทำสำนวนและความเห็นเพื่อสั่งฟ้องหรือไม่ฟ้องต่อไป เพราะการอ่านแต่เพียงรายงานของผู้บำบัดรักษาหรือเพียงแค่สอบถามผู้บำบัดรักษา จะต้องผ่าน

<sup>8</sup> Kelly O' Keefe, "The Brooklyn Mental Health Court Evaluation ": 35-36.

<sup>9</sup> หลักการและเหตุผลท้ายพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 20) พ.ศ. 2542



การวิเคราะห์และตีความลักษณะอาการออกมาแล้วขั้นหนึ่งก่อนว่าเข้าองค์ประกอบของกฎหมายหรือไม่ โดยผู้นั้นอาจไม่มีความรู้ทางกฎหมายเพียงพอ ด้วยความเคารพ ผู้วิจัยจึงเห็นควรเสนอให้มีการแก้ไข บทบัญญัติเกี่ยวกับวิธีพิจารณาความอาญาต่อผู้วิกลจริตหรือผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติ โดยให้มีบุคลากร สหวิชาชีพตามมาตรา 133 ทวิ ได้แก่ นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ บุคคลที่คนวิกลจริตร้องขอ และพนักงานอัยการ เข้าร่วมอยู่ด้วยในการสอบสวนหรือไต่สวนมูลฟ้อง โดยผู้วิจัยเห็นควรเสนอให้มีการแก้ไขมาตรา 134/2 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ดังนี้

“ให้นำบทบัญญัติในมาตรา 133 ทวิ มาใช้บังคับโดยอนุโลมแก่การสอบสวนผู้ต้องหาที่เป็น เด็กอายุไม่เกินสิบแปดปี และผู้ต้องหาที่เป็นผู้วิกลจริตตามมาตรา 14

โดยผลของการนำมาตรา 133 ทวิ มาใช้บังคับกับการสอบสวนผู้ต้องหาที่มีสภาพจิตไม่ปกติ จะทำให้มีบุคลากรสหวิชาชีพได้เข้าร่วมอยู่ด้วยในการสอบสวนผู้ต้องหาดังกล่าว เพื่อเป็นการป้องกันการให้ถ้อยคำบางประการที่คลาดเคลื่อนจากความจริงหรือการให้คำให้การรับสารภาพในชั้นสอบสวน ที่ไม่ได้เกิดขึ้นด้วยความไม่สมัครใจที่แท้จริง หรือเป็นการป้องกันไม่ให้มีคำถามใดที่ทำให้กระทบกระเทือน จิตใจผู้ต้องหาให้อาการทางจิตกำเริบขึ้นมาภายหลัง และเมื่อมีการแก้ไขมาตรา 133 ทวิ แล้ว ก็จะส่งผลมายังกระบวนการไต่สวนมูลฟ้องตามมาตรา 171 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ด้วยการนำมาตรา 133 ทวิ ซึ่งเป็นบทบัญญัติในเรื่องการสอบสวนมาใช้โดยอนุโลมด้วย

นอกจากนี้ มีข้อสังเกตเพิ่มเติมว่า ในชั้นการพิจารณาของประเทศไทยไม่ปรากฏว่ามีบทบัญญัติในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาที่คุ้มครองจำเลยที่เป็นเด็กหรือจำเลยที่วิกลจริต ในการให้การต่อศาลดังเช่นการสืบพยานที่เป็นเด็กในบทบัญญัติคุ้มครองพยานเด็กตามมาตรา 172 ตรี ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ดังนั้น หากปรากฏว่าในวันข้างหน้าจะมีการแก้ไข บทบัญญัติเกี่ยวกับการให้มีบุคลากรสหวิชาชีพดังเช่นในมาตรา 133 ทวิ เข้าร่วมรับฟังในการพิจารณาของศาลด้วยเพื่อคุ้มครองจำเลยที่เป็นเด็ก ผู้วิจัยเห็นว่าควรคำนึงถึงจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติ โดยควรกำหนดบทบัญญัติที่จะแก้ไขนั้นให้คุ้มครองไปถึงจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติด้วย เพื่อเป็นหลักประกันว่าคำให้การของบุคคลดังกล่าวจะออกมาด้วยความสมัครใจอย่างแท้จริงและไม่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง อันเป็นการคุ้มครองสิทธิการต่อสู้คดีของจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติให้เพิ่มขึ้น ในชั้นการพิจารณาคดีของศาล

#### ความเข้าใจในภาษาหรือการสื่อสารของผู้ต้องหาหรือจำเลย

ในการพิจารณาคดีของศาลสุภาพจิตบางแห่ง เช่น ศาลสุภาพจิตบรองซ์ก็ได้กำหนดไว้ว่าให้มีล่ามและสามารถที่จะให้ล่ามเข้ามาในห้องพิจารณาคดีได้ด้วย ซึ่งหลักประกันสิทธินี้ ประเทศไทย ก็มีบทบัญญัติคุ้มครองสิทธิดังกล่าวไว้ว่า ในมาตรา 13 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ที่กำหนดไว้ว่า กรณีผู้ต้องหา จำเลย หรือพยานไม่สามารถพูดหรือเข้าใจภาษาไทย หรือมีความจำเป็นต้องแปลภาษาไทยท้องถิ่นหรือภาษาต่างประเทศในชั้นการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณาก็ให้ใช้ล่ามแปล<sup>10</sup> หรือกรณีที่ผู้ต้องหา จำเลย หรือพยานที่ไม่สามารถพูดหรือได้ยิน หรือสื่อความหมายได้ และไม่มีล่ามภาษามือ ก็ให้พนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ หรือศาลจัดหาล่ามภาษามือให้ หรือจัดให้ถามตอบ หรือสื่อความหมายด้วยวิธีการอื่นที่เห็นสมควร<sup>11</sup> โดยมีหลักประกันความถูกต้องของล่ามด้วยว่าจะต้องสาบานหรือปฏิญาณตนว่าจะทำหน้าที่โดยสุจริตและไม่เพิ่มเติมหรือตัดทอนสิ่งที่แปล<sup>12</sup> และหากแปลข้อความหรือความหมายใดผิดไปในข้อสำคัญก็จะมี ความผิดและต้องรับโทษในคดีอาญาด้วยตามมาตรา 178 แห่งประมวลกฎหมายอาญา<sup>13</sup> ดังนั้น หลักประกันสิทธิส่วนนี้กระบวนกรยุติธรรมทางอาญาของไทยจึงมีบทบัญญัติรองรับไว้แล้ว ไม่แตกต่างจากกระบวนกรของศาลสุภาพจิต

#### สิทธิของจำเลยที่จะได้รับทราบข้อกล่าวหา

สำหรับหลักประกันสิทธิของจำเลยที่จะได้ทราบว่าโจทก์กล่าวหาว่าจำเลยกระทำความผิดด้วยการกระทำหรือพฤติการณ์อย่างไร และพยานที่โจทก์นำเสนอขึ้นได้แสดงหรือกล่าวข้อเท็จจริงอันแสดงให้เห็นว่าจำเลยเป็นผู้กระทำความผิดอย่างไร<sup>14</sup> ในกระบวนกรพิจารณาคดีของประเทศไทยมีบทบัญญัติคุ้มครองอยู่ในมาตรา 158 (5) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา คือ โจทก์จะต้องบรรยายฟ้องเกี่ยวกับการกระทำทั้งหลายที่อ้างว่าจำเลยกระทำความผิด ข้อเท็จจริงและรายละเอียดที่เกี่ยวกับเวลาและสถานที่ซึ่งเกิดการกระทำนั้น ๆ อีกทั้งบุคคลหรือสิ่งของที่เกี่ยวข้องด้วยพอสมควรที่จะให้จำเลยเข้าใจข้อหาได้ดี<sup>15</sup> รวมถึงมาตรา 172 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ซึ่งศาลจะต้องอ่านและอธิบายฟ้องให้จำเลยฟัง และถามว่าได้กระทำความผิดจริงหรือไม่ จะให้การต่อสู้อย่างไรบ้าง<sup>16</sup>

ในขณะที่กรณีของศาลสุภาพจิต จำเลยย่อมได้รับทราบข้อหาในเบื้องต้นแล้วจากศาลอาญาที่ดำเนินกระบวนกรพิจารณาตามปกติมาแต่เดิม หรือกรณีในศาลสุภาพจิตซีแอเทิลที่เมื่อพนักงานสอบสวนเห็นในชั้นจับกุมว่าผู้ต้องหานั้นมีความเป็นไปได้ที่จะป่วยทางจิตก็จะส่งตัวมายังศาลสุภาพจิตซีแอเทิล<sup>17</sup>

<sup>10</sup> มาตรา 13 วรรคหนึ่ง และ มาตรา 14 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>11</sup> มาตรา 13 วรรคสาม ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>12</sup> มาตรา 13 วรรคสี่ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>13</sup> มาตรา 178 ประมวลกฎหมายอาญา

<sup>14</sup> ณรงค์ ใจหาญ, หลักกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เล่ม 2, หน้า 79.

<sup>15</sup> มาตรา 158 (5) ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>16</sup> มาตรา 172 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>17</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court

จำเลยย่อมต้องมีโอกาสที่จะได้ทราบข้อกล่าวหาในเบื้องต้นจากพนักงานสอบสวนแล้วเช่นกัน หรือแม้แต่ก่อนที่จำเลยจะให้การรับสารภาพเพื่อเข้าสู่ศาลสุภาพจิต ศาลสุภาพจิตย่อมต้องประเมินจำเลยว่ากระทำความผิดข้อหาใดเพื่อพิจารณาว่าเข้าหลักเกณฑ์ทางกฎหมายที่ศาลกำหนดอยู่แล้ว ดังนั้นโดยพฤติการณ์ก่อนที่จำเลยจะให้การรับสารภาพ จำเลยย่อมต้องล่วงรู้ข้อกล่าวหาจากศาลสุภาพจิตมาก่อนแล้ว

ดังนั้น ประเทศไทยจึงมีบทบัญญัติคุ้มครองในส่วนนี้ชัดเจนแล้ว ซึ่งถือว่าดีกว่ากระบวนการของศาลสุภาพจิตที่เป็นเพียงแนวทางปฏิบัติโดยไม่มีบทบัญญัติกำหนดไว้ให้แน่ชัด จึงไม่มีความจำเป็นที่จะต้องนำกระบวนการของศาลสุภาพจิตในส่วนนี้มาปรับใช้กับกระบวนการของไทย

### สิทธิของจำเลยที่จะมีทนายความให้ความช่วยเหลือ

แม้ว่าในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทยจะมีบทบัญญัติให้สิทธิแก่ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่จะมีทนายความตั้งแต่ขั้นการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง และขั้นการพิจารณาความอาญา เป็นต้น แต่ก็ยังเป็นเพียงการให้สิทธิ มิได้เป็นบทบัญญัติในเชิงบังคับดังเช่นผู้ต้องหาที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ที่มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากทนายความได้โดยเด็ดขาดตามผลของกฎหมายดังที่บัญญัติไว้ในมาตรา 134/1 วรรคหนึ่ง และมาตรา 173 วรรคหนึ่ง ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญานอกจากนี้ยังมีช่องว่างของบทบัญญัติ คือ ในช่วงที่จำเลยเข้ารับการบำบัดรักษาตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ก่อนที่จะออกมาต่อสู้อัยการ ไม่ปรากฏว่ามีบทบัญญัติที่ชัดเจนกำหนดให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติจะต้องมีทนายความ หรือกำหนดให้ทนายความหรือพนักงานอัยการเข้าไปมีบทบาทที่สำคัญในช่วงระหว่างนั้นอย่างไร

ในขณะที่ศาลสุภาพจิตได้ให้ความสำคัญมากต่อการให้สิทธิแก่จำเลยที่จะมีทนายความช่วยเหลือในการดำเนินคดี โดยเป็นบุคคลสำคัญที่ถือว่าเป็นตัวแทนของจำเลย<sup>18</sup> อีกทั้งศาลสุภาพจิตได้กำหนดให้จำเลยจะต้องมีทนายความมาให้คำแนะนำปรึกษา มีความเข้าใจเกี่ยวกับประวัติและอาการทั่วไปของจำเลย และต้องทำให้จำเลยทราบสิทธิของตนเกี่ยวกับการให้ความสมัครใจในการเข้าสู่ศาลสุภาพจิตด้วย เช่น ศาลสุภาพจิตซีแอเทิล ได้กำหนดให้ทนายความของจำเลยมีหน้าที่ต้องทำให้จำเลยเข้าใจในสิทธิของตนเองในการดำเนินคดีในศาลสุภาพจิตและรู้ว่าตนมีสิทธิเรียกร้องอย่างไรบ้าง และทนายความนั้นต้องพอทราบความสามารถ รวมถึงประวัติเบื้องต้นของจำเลยอย่างเพียงพอเพื่อที่จะวิเคราะห์ความเป็นไปได้ว่าจำเลยจะสามารถปฏิบัติตามคำสั่งศาลได้อย่างสำเร็จลุล่วง

<sup>18</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, *Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn*, New York, p. 34.

ต่อไปหรือไม่<sup>19</sup> เป็นต้น จึงเท่ากับว่า ในศาลสุขภาพจิต หนายความได้อยู่ใกล้ชิดกับจำเลยมากที่สุด เกือบจะทุกกระบวนการขั้นตอนตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการของศาลสุขภาพจิต และทำหน้าที่ สำคัญสำคัญแทนผู้ต้องหาหรือจำเลยหรือเป็นกระบอกเสียงในการต่อสู้คดีแทนผู้ต้องหาหรือจำเลยด้วย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรเสนอให้มีการแก้ไขบทบัญญัติเพื่อเพิ่มหลักประกันสิทธิเด็ดขาดของ ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติในการมีหนายความต่อไป ดังต่อไปนี้

(1) แก้ไขมาตรา 134/1 วรรคหนึ่ง ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ดังนี้

“ในคดีที่มีอัตราโทษประหารชีวิต หรือในคดีที่ผู้ต้องหาไม่อายุไม่เกินสิบแปดปี **หรือในคดี ที่ผู้ต้องหาวิกลจริตตามมาตรา 14** ในวันที่พนักงานสอบสวนแจ้งข้อหา ก่อนเริ่มถามคำให้การ ให้พนักงานสอบสวนถามผู้ต้องหาว่ามีหนายความหรือไม่ ถ้าไม่มีให้รัฐจัดหาหนายความให้ ...”

(2) แก้ไขมาตรา 173 วรรคหนึ่ง ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ดังนี้

“ในคดีที่มีอัตราโทษประหารชีวิต หรือในคดีที่จำเลยมีอายุไม่เกินสิบแปดปี **หรือในคดี ที่จำเลยเป็นผู้วิกลจริตตามมาตรา 14** ก่อนเริ่มพิจารณาให้ศาลถามจำเลยว่ามีหนายความหรือไม่ ถ้าไม่มีก็ให้ศาลตั้งหนายความให้ ...”

#### 4.3.2 สิทธิของจำเลยที่จะไม่ให้การเป็นปฎิบัติต่อตนเองและแนวทางการรับฟังคำรับสารภาพ กระบวนการของศาลสุขภาพจิต

การให้การรับสารภาพก่อนเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษา

กระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของประเทศไทยได้มีบทบัญญัติกำหนดให้ผู้ป่วยคดี ซึ่งได้รับการส่งตัวมาตามมาตรา 14 แห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หรือมาตรา 48 แห่งประมวลกฎหมายอาญา จะต้องให้การรับสารภาพหรือให้ความยินยอมก่อนเข้าสู่กระบวนการแต่อย่างใด แม้จะมีกรณีที่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป<sup>20 21</sup> แต่สำหรับผู้ป่วยคดีในมาตรา 36 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ก็ได้บัญญัติยืนยันไว้แล้วว่า การบำบัดรักษา บุคคลดังกล่าวไม่จำเป็นต้องอาศัยความยินยอมของผู้ป่วยคดี จนกว่าบุคคลดังกล่าวจะหายหรือทุเลา และสามารถต่อสู้คดีได้ เว้นแต่พนักงานสอบสวนหรือศาลจะมีคำสั่งหรือมีกฎหมายบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น<sup>22</sup>

<sup>19</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report," : 18.

<sup>20</sup> มาตรา 21 วรรคสอง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>21</sup> มาตรา 21 วรรคสาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

<sup>22</sup> มาตรา 36 วรรคหนึ่ง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ในขณะที่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต ความยินยอมของผู้กระทำความผิดโดยการให้การรับสารภาพ ถือว่าเป็นสาระสำคัญมาก ซึ่งมีข้อน่าพิจารณาว่า การกำหนดให้จำเลยต้องให้การรับสารภาพ จะถือว่าขัดกับหลักการคุ้มครองสิทธิผู้ต้องหาที่จะไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองซึ่งบัญญัติรับรองสิทธิดังกล่าวในรัฐธรรมนูญ ข้อที่ 5 ของสหรัฐอเมริกา (The Fifth Amendment to the United States Constitution) ว่า “No person... shall be compelled in any criminal case to be a witness against himself”<sup>23</sup> หรือ “ไม่มีผู้ใดต้องถูกบังคับที่จะให้การเป็นพยานปฏิปักษ์ต่อตนเองในการดำเนินคดีอาญา” หรือไม่ เพียงใด และเมื่อจำเลยให้การรับสารภาพแล้วจะถือว่าจำเลยยังได้รับความคุ้มครองสิทธิในการไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองนั้นอยู่อีกหรือไม่ ซึ่งเมื่อได้พิจารณาจากหลักคำวินิจฉัยของศาลในสหรัฐอเมริกา คดี Amanda Mitchell v. United States of America ที่วินิจฉัยว่า เมื่อ Amanda Mitchell ให้การรับสารภาพแล้ว เท่ากับสิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองนั้นไม่มีอยู่อีกต่อไป<sup>24</sup> ดังนั้น จึงอาจตีความจากคำวินิจฉัยของศาลดังกล่าวได้ว่า สิทธิที่จะไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองนั้นสามารถได้รับการยกเว้นได้ด้วยการให้การรับสารภาพ ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้คำรับสารภาพของจำเลยในชั้นก่อนเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต ไม่ขัดกับหลักการคุ้มครองสิทธิผู้ต้องหาหรือจำเลยที่จะไม่ให้การเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองได้เช่นกัน เพราะเท่ากับผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นยอมรับที่จะยกเว้นสิทธิดังกล่าวของตนเองนับแต่ให้การรับสารภาพ

ทั้งนี้ ผู้วิจัยมองว่า สำหรับกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยไม่มีความจำเป็นที่จะต้องให้จำเลยให้การรับสารภาพก่อนเข้ารับการรักษาดังเช่นในศาลสุขภาพจิต เพราะกระบวนการของไทยมีรูปแบบและวัตถุประสงค์แตกต่างจากศาลสุขภาพจิต คือ เรายังมุ่งที่จะลงโทษผู้กระทำความผิดและเป็นการบังคับให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นเข้ารับการรักษาเพื่อให้กลับมาต่อสู้คดีได้เท่านั้น ในขณะที่ศาลสุขภาพจิตมิได้มุ่งลงโทษจำเลยและมีใช้กระบวนการบังคับ แต่เป็นกระบวนการทางเลือกที่ต้องอาศัยความสมัครใจของจำเลยเป็นสำคัญในการเข้าสู่กระบวนการ

นอกจากนี้ หากพิจารณาในแง่ทางปฏิบัติตามความเป็นจริงก็อาจถือว่า กระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทยมีความเป็นไปได้ที่จะปฏิบัติได้จริงมากกว่า เพราะโดยสภาพของผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติทั่วไป ย่อมมีสภาพจิตที่บกพร่องและบางคนไม่อยู่ในสภาวะที่จะให้ความยินยอมได้ ดังนั้น หากจะต้องรอดแต่ความยินยอมของบุคคลดังกล่าว กระบวนการทุกอย่างก็จะล่าช้าออกไป อีกทั้งยังอาจสร้างช่องทางให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ได้รับกล่าวอ้างว่าเป็นผู้ป่วยคดีสามารถใช้เป็นเหตุ

<sup>23</sup> Robert F. Chochran, "How Do You Plead, Guilty or Not Guilty? Does the Plea Inquiry Violate the Defendant's Right to Silence?," *Cardozo Law Review*: 1415.

<sup>24</sup> Lenny Mandell, "I Plead Guilty: Can I Still Exercise My Fifth Amendment Right to Remain Silent?, Preview of United States Supreme Court Cases,": 135.

ในการประวิงคดีได้อีกด้วย แต่หากพิจารณาในแง่ของการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนก็เรียกได้ว่าจำเลยในกระบวนการของศาลสุขภาพจิตที่ย่อมได้รับความคุ้มครองสิทธิมากกว่าพอสมควร เพราะการบำบัดรักษาจำเลยไม่ว่าจะเป็นกระบวนการของศาลสุขภาพจิตหรือกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทย หากเป็นผู้ป่วยในก็เป็นการจำกัดเสรีภาพของจำเลยอย่างหนึ่ง ดังนั้นหากจะทำให้ผู้ใดสูญเสียซึ่งเสรีภาพในร่างกาย โดยหลักสิทธิมนุษยชนก็ควรได้รับความยินยอมจากผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นก่อน

ดังนั้น การให้การรับสารภาพในกระบวนการของไทยจึงไม่ได้ถือว่าเป็นเงื่อนไขสำคัญเท่ากับกระบวนการของศาลสุขภาพจิต และกระบวนการของไทยคุ้มครองสิทธิที่จะไม่ให้เกิดการเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองที่อยู่แล้ว โดยไม่มีประเด็นให้ต้องพิจารณาว่าขัดต่อหลักเรื่องสิทธิที่จะไม่ให้เกิดการเป็นปฏิปักษ์ต่อตนเองหรือไม่ดังเช่นกรณีของศาลสุขภาพจิต

#### แนวทางการรับฟังคำรับสารภาพ

บทบัญญัติของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทยไม่ปรากฏว่ามีกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าห้ามมิให้ศาลรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยที่ป่วยทางจิต เพียงแต่กำหนดให้ศาลวินิจฉัยซึ่งน้ำหนักพยานหลักฐานที่มีข้อบกพร่องประการอื่นอันอาจกระทบถึงความน่าเชื่อถือของพยานหลักฐานนั้นด้วยความระมัดระวัง และไม่ควรเชื่อพยานหลักฐานนั้นโดยลำพังเพื่อลงโทษจำเลย<sup>25</sup> และอย่าลงโทษจนกว่าจะแน่ใจว่ามีกระทำความผิดจริงและจำเลยเป็นผู้กระทำความผิดนั้น<sup>26</sup> อีกทั้งยังมีบทคุ้มครองกรณีจำเลยให้การรับสารภาพตามฟ้องในชั้นพิจารณาด้วยว่า ถ้าเป็นข้อหาความผิดกฎหมายกำหนดโทษอย่างต่ำไว้ให้จำคุกตั้งแต่ห้าปีขึ้นไป ศาลต้องฟังพยานโจทก์จนกว่าจะพอใจว่าจำเลยได้กระทำความผิดจริง<sup>27</sup> ซึ่งข้อดีของการบัญญัติกฎหมายไว้อย่างกว้างแบบบทบัญญัติของประเทศไทยย่อมทำให้เกิดความยืดหยุ่นในการใช้ดุลพินิจของศาลในการรับฟังถ้อยคำหรือพยานหลักฐานต่าง ๆ ประกอบกัน และยังสามารถเลือกที่จะรับฟังได้ อีกทั้งสามารถเป็นหลักประกันได้ว่า คำรับสารภาพของจำเลยที่อาจเกิดจากไม่เข้าใจกระบวนการอย่างแท้จริงเพราะสภาพจิตที่ไม่ปกติของตน จะไม่มีผลอย่างไรต่อรูปคดีและไม่ทำให้บุคคลนั้นต้องปรักปรำตนเองไปโดยไม่รู้ตัว

ในขณะที่แนวทางคำวินิจฉัยของศาลในประเทศสหรัฐอเมริกากลับวินิจฉัยข้อจำกัดในการรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยที่วิกลจริต ดังเช่นคำวินิจฉัยของศาลในสหรัฐอเมริกาที่ผู้พิพากษา Hufstadler ได้วางหลักการไว้ในคดี Schoeller v. Dunbar เมื่อปี ค.ศ. 1970 ว่า “จำเลยจะให้การรับสารภาพไม่ได้หากปรากฏว่าจำเลยนั้นมีอาการป่วยทางจิต และอาการป่วยทางจิตนั้นมีผลในสาระสำคัญต่อความสามารถ

<sup>25</sup> มาตรา 227/1 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>26</sup> มาตรา 227 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

<sup>27</sup> มาตรา 176 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

ในการใช้เหตุผลในการเลือกและความเข้าใจในผลที่ตามมาจากรับสารภาพนั้น” รวมถึงคำพิพากษาของศาล The Ninth Circuit Court of Appeal ในคดี Sieling v. Eyman เกี่ยวกับการรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยที่ป่วยทางจิต ซึ่งวินิจฉัยว่า “ห้ามมิให้ศาลรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยที่มีความสามารถในการต่อสู้คดี (Competent to stand trial) เว้นแต่จะพบว่าจำเลยนั้นมีความสามารถเพียงพอที่จะขอยกเว้นสิทธิที่จะไม่ให้การรับสารภาพที่ตนมีอยู่ในรัฐธรรมนูญด้วย<sup>28</sup>”

ในทางตรงกันข้าม ศาลสุขภาพจิตกลับรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยที่วิกลจริตโดยถือว่าเป็นเงื่อนไขสำคัญในการเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต คล้ายกับแนวทางของกระบวนการของไทยที่ไม่มีบทบัญญัติใดห้ามศาลมิให้รับฟังไว้ ซึ่งก็ถือว่าเป็นแนวทางที่ยืดหยุ่นและเหมาะสมที่จะเป็นการสร้างทางเลือกแก่จำเลยทั่วไปได้ว่า จะมีหนทางบำบัดรักษาอาการทางจิตของตนได้โดยไม่ต้องได้รับการลงโทษ แต่ก็มีข้อเสีย คือ เท่ากับว่าจำเลยจะต้องยอมสละสิทธิของตนเองในการต่อสู้คดีทั้งหมดเพื่อการเข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต และในส่วนนี้ก็นำมาตั้งข้อสังเกตได้ว่า การรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยในกระบวนการของศาลสุขภาพจิตที่ผ่านมา นั้น ได้ปฏิบัติตามคำวินิจฉัยของศาลสหรัฐอเมริกาที่ห้ามรับฟังคำรับสารภาพของจำเลยที่ป่วยทางจิตด้วยหรือไม่และมากน้อยเพียงใด

ทั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า บทบัญญัติกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของประเทศไทยเกี่ยวกับการรับฟังถ้อยคำของจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติมีความเหมาะสมแล้วที่เปิดโอกาสให้ศาลเป็นผู้รับฟังถ้อยคำและใช้ดุลพินิจของศาลเองว่าสมควรรับฟังมากน้อยเพียงใด โดยแทนที่จะกำหนดบทบัญญัติจำกัดการรับฟังคำรับสารภาพของจำเลย กลับควรมีบทบัญญัติกำหนดเพิ่มบทบาทและหน้าที่ของศาลให้ออกไปพบหรือเรียกให้จำเลยมารายงานตัวต่อศาลในระหว่างการบำบัดรักษา หรือการหารือร่วมกันระหว่างศาล พนักงานอัยการ และจิตแพทย์ผู้รับผิดชอบเพื่อที่ศาลจะได้เข้าใจสภาพอาการและสามารถใช้ดุลพินิจโดยเห็นความเป็นจริงมากขึ้น ไม่ได้รออ่านรายงานจากผู้บำบัดรักษา ซึ่งเป็นเพียงเอกสารที่ผ่านการประเมินและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เท่านั้น อีกทั้งยังเป็นการลดหรือป้องกันปัญหาความเหลื่อมล้ำในการตีความระหว่างนักกฎหมายและจิตแพทย์ที่มักไม่เป็นไปในแนวทางเดียวกันเกี่ยวกับอาการของจำเลยว่าเข้าองค์ประกอบของความเป็นผู้มีจิตบกพร่อง ไร้อัตตาหรือจิตฟั่นเฟือนตามมาตรา 65 ของประมวลกฎหมายอาญาที่มีตลอดมาด้วย<sup>29</sup>

<sup>28</sup> "Competence to Plead Guilty : A New Standard ", Duke Law Journal: 149.

<sup>29</sup> แสง บุญเฉลิมวิภาส, กฎหมายการแพทย์. หน้า 115.

### 4.3.3 สิทธิของจำเลยตามหลักการพิจารณาคดีโดยเปิดเผย

ในประเทศไทย การบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตมีมาตรา 15 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 รับรองสิทธิของผู้ป่วยให้ได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาไว้ เป็นความลับ เว้นแต่มีกฎหมายบัญญัติไว้ให้เปิดเผยได้ อีกทั้งยังมีมาตรา 16 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551 ที่เป็นบทบัญญัติจำกัดการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยโดยบัญญัติห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่น่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่ ในกรณี ที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน หรือมีกฎหมายเฉพาะ บัญญัติให้ต้องเปิดเผย นอกจากนี้ หน่วยงานที่บำบัดรักษาผู้ป่วยคดีบางแห่งยังมีคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เพื่อทำหน้าที่กลั่นกรองการขอรับข้อมูลใด ๆ หรือการเข้าไปเก็บตัวอย่าง หรือการเข้าไปศึกษาตุกรกระบวนการของการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีอีกชั้นหนึ่งด้วย จึงถือได้ว่า การคุ้มครอง ความลับของผู้ป่วยคดีในชั้นการบำบัดรักษาของประเทศไทยมีหลักประกันที่ให้การรับรองและ คุ้มครองอย่างดีในระดับหนึ่ง

ในขณะเดียวกัน สหรัฐอเมริกาก็มี the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPPA)<sup>30</sup> และ HIPPA Privacy Rule เข้ามาจัดการต่อการรักษาความลับของผู้ป่วยทางจิต อย่างชัดเจนและเป็นทางการ<sup>31</sup> รวมทั้งมีหลักที่ได้จากคำพิพากษาของศาลคดี Washburn v. Rite Aid Corp. เมื่อปี ค.ศ. 1997 ซึ่งศาลได้วางหลักเกี่ยวกับการเปิดเผยความลับของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีประวัติ การบำบัดรักษาทางสุขภาพต่อบุคคลที่สาม โดยศาลวินิจฉัยว่า พยานที่ได้รับหมายเรียกเพื่อมาให้ข้อมูล อันเป็นความลับเกี่ยวกับการรักษาสุขภาพของผู้ใดผู้หนึ่งต่อกระบวนการในศาล จะต้องเปิดเผย ข้อมูลต่อบุคคลที่สามได้ต่อเมื่อได้รับมอบอำนาจจากศาลหรือผู้ที่เป็นเจ้าของข้อมูลการรักษาสุขภาพ ที่เป็นความลับนั้น<sup>32</sup> ดังนั้น การดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอาญาในสหรัฐอเมริกา จึงมีหลักที่จำกัด การเปิดเผยของข้อมูลของจำเลยโดยตรง ซึ่งกระบวนการของศาลสุขภาพจิตในสหรัฐอเมริกาก็ย่อมถือ ตามหลักดังกล่าวด้วยเช่นกัน โดยการจำกัดให้จำเลยและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะต้องเปิดเผยข้อมูล เกี่ยวกับสภาพจิต ลักษณะการบำบัดรักษา และจำนวนครั้งในการบำบัดรักษาไปในการพิจารณาชั้นศาล พร้อม ๆ กันกับการพิจารณาสถานะจำเลยของศาล (status hearing) ด้วย

<sup>30</sup> "Hippa Privacy Rule and Sharing Information Related to Mental Health ", "Hippa Privacy Rule and Sharing Information Related to Mental Health "

<sup>31</sup> "Advance Health Care Directives the Fundamentals: California Powers of Attorney and Health Care Directives," pp. 7-56.

<sup>32</sup> , Roger Williams University Law Review: 408.



ดังนั้น จึงเท่ากับว่า กระบวนการทั้งของประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาในการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติต่างเป็นข้อยกเว้นเกี่ยวกับหลักการพิจารณาโดยเปิดเผยโดยหลักสากลที่ปรากฏในข้อ 14 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR))<sup>33</sup> จึงไม่ต้องเปิดเผยกระบวนการบำบัดรักษาจำเลยนั้นให้สาธารณชนได้รับรู้ตามหลักการพิจารณาคดีโดยเปิดเผยทั่วไป

แม้กระนั้นก็ตาม สิ่งสำคัญประการหนึ่งที่ต้องคำนึง คือ การปกปิดข้อมูลในการบำบัดรักษาของจำเลยและการเปิดเผยการพิจารณาคดีจะต้องมีความสมดุลกันด้วย กล่าวคือ แม้จะต้องจำกัดการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทางจิต แต่หากคำนึงถึงแต่การปกปิดข้อมูลเพื่อคุ้มครองสิทธิของจำเลยมากเกินไปก็อาจทำให้การดำเนินการของศาลและเจ้าหน้าที่ของรัฐไม่ได้รับการตรวจสอบ ดังนั้น จึงต้องรักษาความสมดุลของทั้งสองอย่างไว้ให้ดี ไม่ว่าจะเป็กระบวนการของไทยหรือกระบวนการของศาลสุขภาพจิต และยั้งต้องป้องกันความรั่วไหลของข้อมูลเกี่ยวกับความวิกลจริตหรือการบำบัดรักษาด้วย

อย่างไรก็ดี หากพิจารณาในแง่ของรูปแบบองค์กร เรียกได้ว่า รูปแบบของศาลสุขภาพจิตยังมีความเสี่ยงต่อความรั่วไหลของข้อมูลการบำบัดรักษาน้อยกว่ากระบวนการของไทย แม้ว่ากระบวนการของศาลสุขภาพจิตอาจจะยังมีจุดที่ต้องระวังเรื่องความรั่วไหลของข้อมูล เช่น ในกรณีที่จำเลยถูกส่งตัวกลับไปยังกระบวนการยุติธรรมทางอาญาในศาลตามปกติแล้วมีการตีพิมพ์คำพิพากษา อาจมีรายละเอียดเกี่ยวกับอาการทางจิตและการบำบัดรักษาจำเลยซึ่งควรเก็บไว้เป็นความลับถูกเผยแพร่ไปยังสาธารณชนได้ก็ตาม แต่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตได้ผนวกกระบวนการทางศาลและการบำบัดรักษาเข้าไว้ด้วยกันอย่างเบ็ดเสร็จเป็นหน่วยเดียว ดังนั้น ข้อมูลทุกอย่างจึงถูกเก็บไว้ในศาลสุขภาพจิตแห่งนั้นแห่งเดียว เพราะไม่ต้องมีการส่งตัวจำเลยที่ผู้ป่วยทางจิตนั้นต่อไปที่หน่วยงานใดอีก ซึ่งหากพิจารณาเปรียบเทียบกับกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติของไทย ผู้ต้องหาหรือจำเลยจะถูกโอนย้ายให้ไปอยู่ในความรับผิดชอบของหลายหน่วยงาน ไม่ว่าจะเป็นองค์กรตำรวจ องค์กรศาล องค์กรทางสุขภาพจิต หรือองค์กรเกี่ยวกับราชทัณฑ์ ซึ่งทุกหน่วยงานที่ประสานงานกันจะต้องรับรู้ถึงอาการป่วยทางจิตจำเลยทั้งสิ้น และแม้ว่าในชั้นการบำบัดรักษาจำเลยจะเก็บไว้เป็นความลับอย่างดีเพียงใด แต่เมื่อผู้ต้องหาหรือจำเลยถูกส่งตัวกลับไปยังกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติจนกระทั่งศาลพิพากษา ความลับเกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิตของจำเลยย่อมได้รับการเผยแพร่ออกไปอย่างกว้างขวาง ดังนั้น หากพิจารณาในแง่ของการปกปิดความลับได้อย่างมิดชิด โดยลักษณะองค์กรและกระบวนการของศาลสุขภาพจิตย่อมถือได้ว่าค่อนข้างสร้างความรัดกุมได้มากกว่ากระบวนการของไทย

ในการนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า หากมีการแก้ไขเปลี่ยนแปลงบทบัญญัติเกี่ยวกับกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยตามที่ผู้วิจัยได้เสนอไว้ในข้อ 4.1 ในการจัดตั้งคณะทำงานและให้มีการหารือกัน

<sup>33</sup> International Covenant on Civil and Political Rights, Article 14

ก่อนที่จะสอบสวนหรือไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาคดี ก็อาจจะช่วยในเรื่องความรวดเร็วไหลของข้อมูลในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยได้ในส่วนหนึ่งเช่นกัน

#### 4.4 กระบวนการของศาลสุขภาพจิตในการบำบัดรักษา

##### 4.4.1 หลักเกณฑ์วิธีการและระยะเวลาในการบำบัดรักษาจำเลย

###### บทบัญญัติที่กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการและกรอบระยะเวลาดำเนินการ

กระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติทั้งของประเทศไทยและสหรัฐอเมริกาต่างก็มีบทบัญญัติกำหนดกรอบระยะเวลาดำเนินการ (Timeframe) และหลักเกณฑ์วิธีการในการบำบัดรักษาจำเลยที่วิกลจริตไว้ค่อนข้างอย่างชัดเจน เช่น ในกฎหมายของมลรัฐนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา<sup>34</sup> หรือมลรัฐวอชิงตัน สหรัฐอเมริกา<sup>35</sup> เป็นต้น สำหรับประเทศไทยก็มีบทบัญญัติกำหนดเรื่องดังกล่าวไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เช่น ระยะเวลาที่จิตแพทย์จะต้องรายงานผลต่อพนักงานสอบสวนหรือศาลตามมาตรา 35 วรรคสอง และมาตรา 35 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551<sup>36</sup> เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นข้อดีตรงที่มีการประกันเสรีภาพของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่จะได้รับการคุมตัวหรือได้รับการสันนิษฐานว่าเป็นผู้กระทำความผิดภายในระยะเวลาจำกัดและจำเลยทุกคนจะได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกันภายใต้บทบัญญัติของกฎหมาย

ในส่วนนี้จะตรงกันข้ามกับกรณีของศาลสุขภาพจิตที่ไม่มีบทบัญญัติกำหนดกรอบระยะเวลาดำเนินการ หรือหลักเกณฑ์วิธีการไว้อย่างชัดเจน เพราะศาลสุขภาพจิตจะถือเอาแผนการบำบัดรักษาเป็นตัวกำหนดทิศทางของการบำบัดรักษาจำเลย โดยมักจะผันแปรและแตกต่างกันออกไปตามสภาพอาการของจำเลยแต่ละคน ซึ่งอย่างน้อยก็ยังมีข้อดีคือ เป็นการสร้างความยืดหยุ่นในการบำบัดรักษาจำเลยของผู้ปฏิบัติงานและศาลให้สามารถปรับเปลี่ยนการจัดการไปตามสภาวะที่เหมาะสมในแต่ละช่วงเวลาและลักษณะของจำเลยแต่ละคนได้อย่างไม่มีข้อจำกัด แต่ข้อเสียก็มีอยู่หลายประการเช่นกัน กล่าวคือ อาจทำให้ยากแก่การตรวจสอบการทำงานของศาลและผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องว่ามีมาตรฐานและใช้ดุลพินิจได้อย่างเหมาะสมหรือไม่ เพียงใด หรือศาลได้ลงโทษจำเลยไปบ้างหรือไม่ อย่่างไรก็ไม่อาจทราบได้ อีกทั้งอาจทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติขึ้นได้หากไม่มีหลักเกณฑ์การบำบัดรักษาที่เป็นมาตรฐานอย่างชัดเจน และยังไม่ปรากฏว่ามีกฎหมายให้อำนาจศาลอื่นหรือหน่วยงานอื่นใดที่จะทดแทน

<sup>34</sup> New York Criminal Procedure Law § 330.20 Procedure following verdict or plea of not responsible by reason of mental disease or defect Section 4

<sup>35</sup> Revised Washington Code (RCW) Title 71 Mental Illness, 71.05.235 Examination, evaluation of criminal defendant-hearing (1)

<sup>36</sup> มาตรา 35 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

หรือคัดค้านการใช้อำนาจของศาลสุขภาพจิตได้ด้วย จึงอาจเท่ากับว่า เป็นการปล่อยจำเลยเข้าไป ในกระบวนการอย่างหนึ่งอย่างใดที่ไม่มีผู้คนอื่นใดล่วงรู้ได้เลยว่า ศาลแห่งนั้นกำลังปฏิบัติอย่างไร ต่อจำเลยบ้าง เพียงแต่สามารถรับรู้ได้จากผลที่ได้รับซึ่งศาลสุขภาพจิตแห่งนั้นจัดทำขึ้นเองหรือ จากบทความต่าง ๆ ที่ได้รับการเผยแพร่ออกมาเท่านั้น

ดังนั้น ในเรื่องของข้อกำหนดกรอบระยะเวลาการดำเนินการ หลักเกณฑ์และวิธีการ ผู้วิจัยมองว่ากระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยดีอยู่แล้ว เพราะมีบทบัญญัติรองรับการทำงาน อย่างเป็นกิจจะลักษณะ มีความแน่นอนและชัดเจน และคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของผู้ต้องหาหรือจำเลย ไปพร้อมกับรักษาความสงบเรียบร้อยในสังคมได้

#### บทบัญญัติกำหนดระยะเวลาในการบำบัดรักษาจำเลย

กระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยไม่มีบทบัญญัติจำกัดขอบเขตระยะเวลา ในการบำบัดรักษาจำเลยอย่างแน่นอนชัดเจนว่าจะต้องรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยให้หายขาด ภายในเมื่อใด เพียงแต่กำหนดให้บำบัดรักษาจนกว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นหายหรือสามารถต่อสู้คดีได้ ตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เช่นเดียวกับกับศาลสุขภาพจิตบางแห่ง ที่ไม่มีกำหนดกรอบระยะเวลาไว้เช่นกัน เช่น ศาลสุขภาพจิตบรองซ์ เป็นต้น<sup>37</sup> แต่ในขณะเดียวกันก็ยังมี ศาลสุขภาพจิตบางแห่งกำหนดกรอบระยะเวลาในการบำบัดรักษาจำเลยไว้ เช่น ศาลสุขภาพจิตซีแอเทิล ที่กำหนดให้จำเลยได้รับการบำบัดรักษาได้ไม่เกิน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่สมัครใจเข้าสู่กระบวนการ ของศาลสุขภาพจิต<sup>38</sup> ดังนั้น เรื่องระยะเวลาที่ใช้ในการบำบัดรักษาจำเลยต่างก็ไม่มีแน่นอน ชัดเจนเสียทีเดียวทั้งกรณีของศาลสุขภาพจิตและกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทย

อย่างไรก็ดี ข้อดีของการไม่กำหนดกรอบระยะเวลาการบำบัดรักษาไว้ดังเช่นกระบวนการของ ประเทศไทย คือ มีความยืดหยุ่นและได้พิจารณาสภาพอาการของจำเลยตามความเป็นจริงมากกว่า นอกจากนี้ กระบวนการที่ไม่ได้กำหนดเวลาจะดำเนินอย่างค่อยเป็นค่อยไปหรือดูแลกันอย่างญาติพี่น้อง ซึ่งอาจทำให้เกิดความกดดันต่อผู้ป่วยน้อยลงและอาจส่งผลกระทบต่ออาการของผู้ป่วยได้น้อยลงไปด้วย ตามลำดับ แต่ข้อเสียที่ชัดเจน คือ การใช้งบประมาณจะบานปลาย จำนวนเตียงคนไข้หรือสถานที่ บริการบำบัด หรือเจ้าหน้าที่บุคลากรของรัฐอาจไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยทั้งหมดได้ เพราะ นอกจากสถานบริการบำบัดจะต้องดูแลผู้ป่วยคดี เช่น เมื่อปี พ.ศ. 2559 ทั่วประเทศไทยมีจำนวน 465 คนแล้ว

<sup>37</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 55.

<sup>38</sup> Henry Richards Eric Trupin, et al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report," 22.

ยังจะต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปทั่วประเทศไทยที่มีจำนวน 1,172 คน อีกด้วย<sup>39</sup> ซึ่งขีดความสามารถที่รัฐจะรองรับได้อาจมีอยู่อย่างจำกัด

ในทางตรงกันข้าม การที่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตบางแห่งกำหนดกรอบระยะเวลาในการบำบัดรักษาในศาลสุขภาพจิตก็มีข้อดี คือ รัฐจะสามารถบริหารจัดการงบประมาณในการบำบัดรักษาได้ง่ายขึ้นและไม่เป็นปัญหาเรื้อรัง อีกทั้งจะได้ใช้ยา อุปกรณ์และเครื่องมือในการบำบัดรักษาได้อย่างเต็มที่ แต่ข้อเสีย คือ บางครั้งอาจมีความเสี่ยงว่าบุคคลนั้นอาจจะยังไม่หายขาดจากอาการทางจิตดี แต่ก็ต้องถูกปล่อยตัวออกไป ซึ่งมีความเสี่ยงว่าอาจกลับมากระทำความผิดซ้ำต่อไปได้

ในกรณีนี้ ผู้วิจัยเห็นว่า เนื่องจากไม่ปรากฏว่าประเทศไทยประสบปัญหาเรื่องจำนวนผู้ป่วยทางจิตหรือปัญหาเรื่องการกระทำความผิดซ้ำของผู้ป่วยทางจิตมากเกินไปจนกระบวนการบำบัดรักษาไม่สามารถรองรับจำนวนผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอ ดังนั้น การไม่จำกัดระยะเวลาการบำบัดรักษา ดังเช่นที่กำหนดไว้แล้วในประเทศไทยก็ถือว่าเป็นทางเลือกที่ดีอยู่แล้ว และถือว่าเป็นสิ่งที่ดีสำหรับตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยที่จะไม่ถูกจำกัดด้วยขอบระยะเวลา ซึ่งจะทำให้ได้รับการบำบัดรักษาได้อย่างเต็มที่โดยไม่ต้องกักขัง แต่หากในอนาคตปรากฏปัญหาขึ้นมาว่า มีจำนวนผู้ป่วยทางจิตหรือผู้กระทำความผิดซ้ำที่เป็นผู้ป่วยทางจิตมากขึ้นจนรัฐไม่สามารถรองรับได้ ก็อาจนำแนวคิดนี้ของศาลสุขภาพจิตมาปรับใช้โดยการกำหนดกฎหมายหรือระเบียบที่จำกัดขอบระยะเวลาการบำบัดรักษาต่อไปได้

อนึ่ง หากมองในมุมกลับกัน คือ ศาลสุขภาพจิตของต่างประเทศก็อาจจะมีหลักเกณฑ์หรือมาตรฐานในการปฏิบัติงานระหว่างเจ้าหน้าที่ด้วยกันอยู่แล้ว เพียงแต่บุคคลภายนอกไม่สามารถที่จะเข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้โดยง่าย จึงไม่ควรนำส่วนที่เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติของศาลสุขภาพจิตมาเปรียบเทียบกับแนวทางปฏิบัติในกระบวนการของไทยที่บุคคลที่อยู่ในประเทศไทยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้โดยง่ายทั้งหมดเสียทีเดียว ทั้งนี้ ก็ขึ้นอยู่กับวันข้างหน้าด้วยว่า หากศาลสุขภาพจิตพิจารณาแล้วเห็นว่า การเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับทางปฏิบัติภายในองค์กรในวงกว้างจะทำให้เกิดศาลสุขภาพจิตใหม่ ๆ หรือต้องการให้เป็นความรู้ในวงกว้างมากขึ้น ก็สามารถที่จะค้นคว้าและศึกษาเพิ่มเติมในส่วนนี้ต่อไปได้ เพียงแต่ผู้วิจัยมองในเบื้องต้นว่า หลักเกณฑ์วิธีการหรือระยะเวลาการบำบัดรักษา ถือเป็นเป็นเรื่องภายในเฉพาะของแต่ละประเทศที่ยากแก่การที่จะเรียนรู้และศึกษาได้จากหลักฐานทางเอกสารเท่านั้น และเป็นเรื่องยากที่จะนำของต่างประเทศมาปรับใช้กับตนเองไปทั้งหมด เพราะหลักเกณฑ์เหล่านี้ย่อมต้องออกโดยอาศัยกฎหมายแม่บทของแต่ละประเทศที่มีเนื้อความของบทบัญญัติและเจตนารมณ์ที่แตกต่างกัน

<sup>39</sup> สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ, "สรุปผลการดำเนินการส่วนเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559." (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)

#### 4.4.2 การลงโทษจำเลยในชั้นการเฝ้าติดตามดูแลผลการบำบัดรักษา

ในกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีของประเทศไทย ไม่ถือว่าการฝ่าฝืนคำสั่งแพทย์ จะเป็นเหตุแห่งการลงโทษจำคุกแต่อย่างใด หากผู้ป่วยคดีไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ อย่างมาก ก็อาจมีเพียงการจำกัดบริเวณ ไม่ให้ลงมาเดินเล่นด้านล่าง แต่ถ้าจะมีกรณีที่ต้องโทษจำคุกก็เป็น กรณีที่บุคคลนั้นกระทำความผิดทางอาญาขึ้นมาใหม่เท่านั้น<sup>40</sup> จึงไม่มีเหตุอันควรสงสัยต่อมาตรการที่ใช้ ลงโทษผู้ต้องหาหรือจำเลยในระหว่างการกระบวนการบำบัดรักษาของประเทศไทยว่าจะขัดกับเรื่อง โครงสร้างความรับผิดชอบทางอาญาหรือไม่ เพราะไม่ปรากฏว่าการฝ่าฝืนคำสั่งของแพทย์ในระหว่าง การบำบัดรักษาจะทำให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยต้องรับโทษทางอาญาทั้งที่ไม่มีบทบัญญัติกำหนดไว้ให้เป็น ความผิดทางอาญา

ในทางตรงกันข้าม หากเป็นกระบวนการของศาลสุขภาพจิต เมื่อจำเลยไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง ของศาลก็จะมีกรลงโทษสูงสุดถึงขั้นจำคุก เช่น กรณีศาลสุขภาพจิตบรองซ์ เป็นต้น ซึ่งมีศาลสุขภาพจิต จำนวนเพียงร้อยละ 8 ที่ไม่เคยใช้โทษจำคุกเพื่อลงโทษจำเลยกรณีไม่ปฏิบัติตามคำสั่งศาลเลย<sup>41</sup> เท่ากับว่ายังมีร้อยละ 92 ของศาลสุขภาพจิตที่เคยใช้โทษจำคุกต่อจำเลยในระหว่างการบำบัดรักษา อีกทั้งยังมีกรณีศาลสุขภาพจิตซีแอเทิลมีอำนาจในการออกหมายจับจำเลยกรณีที่ไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง ศาลสุขภาพจิต<sup>42</sup> ภายใต้ความรับผิดชอบของกรมตำรวจแห่งซีแอเทิล (Seattle Police Department, SPD Warrants Office) และคณะทำงานแทรกแซงวิกฤติการณ์ของกรมตำรวจแห่งซีแอเทิล (SPD Crisis Intervention Team) อันแสดงให้เห็นว่ากระบวนการศาลสุขภาพจิตถือว่าการฝ่าฝืนคำสั่งศาลเป็น ความผิดทางอาญาไปด้วย

กรณีนี้ทำให้มีประเด็นพิจารณาว่า การที่ศาลสุขภาพจิตใช้วิธีการจำคุกซึ่งถือว่าเป็นโทษ ในทางอาญาอย่างหนึ่งต่อจำเลยในชั้นการบำบัดรักษา ศาลสุขภาพจิตอาศัยความผิดทางอาญาใด เป็นเหตุแห่งการลงโทษ ซึ่งหากศาลถือว่าเป็นความผิดแล้ว ได้ผ่านกระบวนการไต่สวนหรือพิจารณา ในความผิดของผู้นั้นก่อนที่จะมีการลงโทษดังกล่าวแล้วหรือไม่ อีกทั้งการกระทำความผิดย่อมต้องปรากฏว่า ผู้นั้นต้องมีความชั่วตามหลักทางนิติศาสตร์ที่กำหนดว่า “ความชั่วของผู้กระทำผิดเป็นพื้นฐานของ การลงโทษ” (nulla poena, sine culpa) แต่ในระหว่างนั้นย่อมเป็นที่ทราบกันดีว่า จำเลยอยู่ในระหว่างการ บำบัดรักษาสุขภาพทางจิต ซึ่งหากจำเลยได้กระทำลงไปในช่วงที่จำเลยยังรักษาอาการทางจิต

<sup>40</sup> สัมภาษณ์ แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ, 17 เมษายน 2560.

<sup>41</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. p. 50.

<sup>42</sup> Henry Richards Eric Trupin, et.al, "City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report," 25.

ไม่หายนั้น จะถือว่าเป็นการกระทำโดยมีความชั่วหรือไม่ และสมควรได้รับการลงโทษหรือไม่เพียงไร ดังนั้น จุดนี้อาจถือว่าเป็นที่น่าตั้งข้อสังเกตของมาตรการในการบังคับการบำบัดรักษาของศาลสุขภาพจิต เพราะเท่ากับว่า การลงโทษจำเลยโดยที่ไม่มีความผิดทางอาญาในระหว่างการบำบัดรักษาของศาลสุขภาพจิตอาจเป็นการกระทำที่ขัดกับโครงสร้างความรับผิดชอบทางอาญาก็ได้

ด้วยความเคลือบแคลงของกระบวนการศาลสุขภาพจิตในส่วนี้ ผู้วิจัยจึงเห็นว่า กระบวนการของไทยที่ไม่ได้ลงโทษผู้ฝ่าฝืนคำสั่งของแพทย์ถึงขั้นจำคุกถือว่าเป็นเรื่องที่ดีแล้ว เพราะไม่มีความจำเป็นที่จะต้องส่งผู้ป่วยดังกล่าวเข้าไปในเรือนจำให้เป็นประวัติติดตัว ซึ่งหากเป็นเหตุที่ไม่สามารถควบคุมผู้นั้นได้จริงก็เพียงแต่ขังไว้ชั่วคราวในสถานที่เหมาะสมก็น่าจะเพียงพอ

#### 4.4.3 หลักการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขัง

แม้ว่าในประเทศไทยจะมีพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 มาตรา 54 มาตรา 55 และ มาตรา 56 ที่คุ้มครองผู้ต้องขังที่วิกลจริตให้ได้รับการรักษาพยาบาล การตรวจจากแพทย์ และสิทธิของญาติผู้ต้องขังวิกลจริตที่จะได้รับแจ้งจากผู้บัญชาการเรือนจำ ซึ่งเป็นกฎหมายที่แก้ไขเพิ่มเติมเมื่อปี พ.ศ. 2560 แต่ในบทบัญญัติดังกล่าวไม่ได้กล่าวถึงการจัดพื้นที่รักษาพยาบาลของผู้วิกลจริตในเรือนจำให้เหมาะสม ซึ่งมีความเสี่ยงว่า ผู้ต้องขังที่วิกลจริตซึ่งมีความอ่อนแอทางจิตอาจถูกทำร้ายจากผู้ต้องขังคนอื่นได้ และในขณะเดียวกัน หากผู้ต้องขังวิกลจริตอาการทางจิตกำเริบก็อาจกระทำการประทุษร้ายต่อผู้ต้องขังรายอื่นได้ หากไม่ได้มีบทบัญญัติกำหนดไว้อย่างชัดเจนเกี่ยวกับการแยกส่วนคัดการขัง

ในขณะที่ศาลสุขภาพจิตมีการบำบัดรักษาโดยแยกจำเลยของศาลสุขภาพจิตไปอยู่ในสถานบริการบำบัดซึ่งเป็นสถานที่โดยเฉพาะ ผู้ให้บริการบำบัดรักษา (Treatment Provider) ย่อมมีวิธีการจัดสถานที่ในการบำบัดรักษาตามสมควรแก่วิชาชีพอยู่แล้ว ซึ่งการจัดสถานที่ที่เหมาะสมในการบำบัดรักษาจำเลยถือว่าเป็นเรื่องสำคัญเรื่องหนึ่งที่มีผลในการบำบัดรักษา เพราะจะทำให้จำเลยรู้สึกปลอดภัย อีกทั้งยังได้รับความดูแลจากแพทย์หรือบุคลากรทางจิตเวชอย่างใกล้ชิดอย่างต่อเนื่อง และแม้ว่าจำเลยที่เข้าสู่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตจะไม่ได้ถือว่าเป็นผู้ต้องขังที่ควรได้รับความคุ้มครองตามหลักสากล เช่น United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (Nelson Mandela Rules) 2015 เพราะจำเลยของศาลสุขภาพจิตยังไม่ได้ผ่านการวินิจฉัยในประเด็นแห่งความผิดว่าเป็นผู้มีความผิด แต่ก็เรียกได้ว่าได้รับความคุ้มครองทางสวัสดิภาพ การบำบัดรักษาอย่างเพียงพอ และความปลอดภัยที่ดีกว่าผู้ต้องขังที่แท้จริงกระบวนการของไทยเสียอีก

ด้วยเหตุนี้ เพื่อเพิ่มความปลอดภัยให้แก่ผู้ต้องขังที่วิกลจริตในประเทศไทย นอกจากจะมีแพทย์ พยาบาล หรือเจ้าพนักงานเรือนจำที่ผ่านการอบรมด้านการพยาบาลมาประจำที่สถานพยาบาล

ของเรือนจำแล้ว<sup>43</sup> ผู้วิจัยจึงเสนอว่า ควรจัดให้มีสถานที่ที่เหมาะสมในเรือนจำโดยแยกผู้ต้องขังที่วิกลจริตออกมาต่างหากจากผู้ต้องขังทั่วไป โดยให้เป็นนอกเหนือจากแดนพยาบาลหรือสถานพยาบาล เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ต้องขังอื่นทำร้ายผู้ต้องขังวิกลจริตซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจที่ไม่ปกติอยู่แล้วให้มีอาการหนักขึ้นกว่าเดิม และในทางกลับกันก็ป้องกันผู้ต้องขังอื่นที่อาจถูกทำร้ายโดยผู้ต้องขังวิกลจริตหากมีอาการทางจิตกำเริบด้วย โดยควรให้กรมราชทัณฑ์เป็นผู้รับผิดชอบภายใต้การบังคับบัญชาของกระทรวงยุติธรรม

ทั้งนี้ แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยในเรือนจำตามที่ได้กล่าวมาในบทที่ 2 อาจมีจำนวนไม่มากมาย แต่ก็ยังเป็นเพียงจำนวนผู้ป่วยที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ให้การบำบัดรักษาเท่านั้น ยังไม่รวมโรงพยาบาลหรือสถาบันอื่น ๆ ทั้งในกรุงเทพฯ และต่างจังหวัด ซึ่งในแต่ละปีอาจมีจำนวนผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตมากกว่านี้ ดังนั้น หากพิจารณาในเชิงความคุ้มค่าในบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตที่เป็นผู้ต้องขังจะมีมากน้อยเพียงใด ก็อาจตอบได้ว่า การจัดเพียงพื้นที่เล็ก ๆ ที่เหมาะสมในเรือนจำหรือสถานพินิจประจำในแต่ละจังหวัดอย่างเหมาะสม เมื่อเทียบกับว่าหากผู้ต้องขังในเรือนจำจะได้รับความปลอดภัยกันอย่างทั่วถึงและมีความสุขในการอยู่ร่วมกันมากขึ้น ก็น่าจะถือได้ว่าคุ้มค่าเพียงพอ

#### 4.5 กระบวนการของศาลสุขภาพจิตภายหลังการบำบัดรักษาเสร็จสิ้น

กระบวนการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติในประเทศไทยมีเหตุแห่งการสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยโดยกำหนดไว้เป็นบทบัญญัติอย่างชัดเจน คือ กรณีผู้ต้องหาหรือจำเลยหายจากวิกลจริตหรือสามารถต่อสู้คดีได้ ตามมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หรือเพราะศาลแก้ไขเพิ่มเติมหรือเพิกถอนตามคำขอของบุคคลที่กฎหมายกำหนดกรณีเงื่อนไขเพื่อคุ้มครองความประพฤตินั้นมาตรา 56 ของประมวลกฎหมายอาญา<sup>44</sup> หรือกรณีตามมาตรา 48 ของประมวลกฎหมายอาญา<sup>45</sup> โดยผลของการสิ้นสุดก็คือ เพียงแต่ส่งตัวจำเลยกลับไปยังกระบวนการยุติธรรมทางอาญาเพื่อดำเนินคดีอาญานั้นต่อไปเท่านั้น โดยไม่มีกระบวนการยุติธรรมอีกชั้นหนึ่งรองรับและไม่ว่าจะบำบัดรักษาสำเร็จหรือไม่ เพียงแต่สามารถต่อสู้คดีได้ก็จะได้รับการส่งตัวกลับไปแล้ว

ส่วนเหตุแห่งการสิ้นสุดการบำบัดรักษาของศาลสุขภาพจิตกลับไม่มีบทบัญญัติกำหนดไว้อย่างชัดเจนเนื่องจากศาลสุขภาพจิตใช้แผนการบำบัดรักษาศาลสุขภาพจิตเป็นที่ตั้งของเหตุแห่งการสิ้นสุดจากกระบวนการ ซึ่งจะสิ้นสุดหรือไม่ขึ้นอยู่กับพฤติการณ์ของจำเลยตามแผนเป็นหลัก โดยศาลสุขภาพจิต

<sup>43</sup> มาตรา 54 พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560

<sup>44</sup> มาตรา 56 วรรคสี่ ประมวลกฎหมายอาญา

<sup>45</sup> มาตรา 48 ประมวลกฎหมายอาญา

พิจารณาจากเอกสารหลักฐานว่าจำเลยปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษาหรือไม่เท่านั้นแล้วก็ขึ้นอยู่กับ การใช้ดุลพินิจของศาลต่อไป โดยไม่จำเป็นต้องมีคำขอจากบุคคลตามที่กฎหมายกำหนดดังเช่น กระบวนการของประเทศไทย และหากจำเลยปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษาจนประสบความสำเร็จ กระบวนการก็จะสิ้นสุดลง โดยศาลก็จะเพิกถอนข้อกล่าวหาหรือยกฟ้อง หรือสั่งขังจำเลยต่อไปได้ แล้วแต่กรณี หรือกรณีที่จำเลยไม่ปฏิบัติตามแผนการบำบัดรักษาหรือมีเหตุอื่นใด กระบวนการ ก็จะสิ้นสุดลงเช่นกันแต่จำเลยจะต้องถูกส่งตัวกลับไปยังกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติ เพื่อดำเนินคดีอาญาต่อไป จึงเรียกได้ว่า กรณีที่มีศาลสุขภาพจิตเท่ากับมีกระบวนการสองชั้นที่รองรับ หลังจากออกจากกระบวนการของศาลสุขภาพจิตอีกชั้นหนึ่งซึ่งแตกต่างจากของประเทศไทยที่เป็น กระบวนการชั้นเดียว

นอกจากนี้ ยังมีสาเหตุที่สำคัญของการออกจากกระบวนการบำบัดรักษาของศาลสุขภาพจิต อีกประการหนึ่ง ซึ่งแตกต่างจากสาเหตุของการออกจากกระบวนการของไทย คือ ศาลสุขภาพจิต เปิดโอกาสให้จำเลยออกจากกระบวนการได้ทุกเมื่อหากไม่สมัครใจยินยอมที่จะบำบัดรักษาต่อไป โดยผลก็คือต้องกลับไปยังกระบวนการดำเนินคดีอาญาตามปกติ ในขณะที่กระบวนการของไทย ไม่เปิดโอกาสที่จะให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่เป็นผู้ป่วยคดีให้ความยินยอมได้ทั้งในชั้นเข้าสู่การบำบัดรักษา และชั้นออกจากการบำบัดรักษา อีกทั้งยังมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 36 วรรคหนึ่ง ที่บัญญัติยืนยันไว้อีกด้วยว่า ให้อำนาจสถานบำบัดรักษาและผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ควบคุมและ บำบัดรักษาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ต้องหาหรือจำเลย<sup>46</sup>

อย่างไรก็ตาม ลักษณะกระบวนการของประเทศไทยที่เป็นกระบวนการในเชิงบังคับตามกฎหมาย ไม่ได้เอื้อต่อการให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยสามารถถอนตัวจากการบำบัดรักษาเพื่อกลับเข้าสู่กระบวนการ ยุติธรรมทางอาญาตามปกติดังเช่นกระบวนการของศาลสุขภาพจิตซึ่งเป็นกระบวนการทางเลือก ดังนั้น ในทางปฏิบัติของกระบวนการดำเนินคดีอาญาของไทย ผู้ต้องหาหรือจำเลยยอมไม่อาจขอถอนตัว จากการบำบัดรักษาได้อีกเพราะไม่ได้มีกระบวนการยุติธรรมอีกชั้นหนึ่งที่รองรับดังเช่นกระบวนการ ศาลสุขภาพจิตในสหรัฐอเมริกา ผู้วิจัยจึงเห็นว่ายังไม่อาจนำเรื่องเหตุแห่งการสิ้นสุดกระบวนการ ด้วยความยินยอมของจำเลยในศาลสุขภาพจิตมาปรับใช้กับกระบวนการของไทยได้

นอกจากนี้ หากพิจารณาสภาพสังคมและค่านิยมของคนไทยในปัจจุบัน กระบวนการสิ้นสุด การบำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของประเทศไทย ที่ใช้อยู่ในปัจจุบันก็มีความเหมาะสมแล้ว เพราะอย่างน้อยเมื่อสิ้นสุดกระบวนการจากการบำบัดรักษาแล้ว ก็ยังมีกระบวนการตามปกติรองรับเพื่อวินิจฉัยความผิดและโทษแห่งการกระทำความผิดของ บุคคลดังกล่าวไว้อีกชั้นหนึ่ง ในขณะที่กระบวนการของศาลสุขภาพจิต เมื่อสำเร็จออกจากกระบวนการ

<sup>46</sup> มาตรา 36 วรรคหนึ่ง พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551



บำบัดรักษาของศาลสุขภาพจิตแล้ว หากศาลสุขภาพจิตไม่ได้สั่งให้ขังจำเลยต่อไปดังเช่นที่ ศาลสุขภาพจิตบรองซ์<sup>47</sup> กลับไม่มีกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติรองรับไว้อีกชั้นหนึ่ง ซึ่งถ้ากระบวนการของไทยนำลักษณะเหตุและผลของการสิ้นสุดกระบวนการของศาลสุขภาพจิตมาใช้ และปล่อยตัวผู้กระทำความผิดออกไป อาจทำให้เกิดการวิพากษ์วิจารณ์ได้ว่า “แค่บ้ำก็ไม่ผิด” อันอาจทำให้สังคมขาดความเชื่อถือต่อกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทย และผู้กระทำความผิดในวันข้างหน้า ก็อาจอ้างความวิกลจริตเป็นเหตุในการประวิงคดีหรือบิดเบือนลักษณะคดีได้



---

<sup>47</sup> Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al, Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. Table Evaluation of Criminal Justice Interventions with Mentally Ill Offenders Bronx and Brooklyn Mental Health Court Program Matrix At-A-Glance

## บทที่ 5 บทสรุปและข้อเสนอแนะ

กระบวนการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติของประเทศไทยกับกระบวนการของศาลสุขภาพจิตในสหรัฐอเมริกาต่างก็มีวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยด้วยกันทั้งนั้น แต่ก็มี ความแตกต่างกันในรายละเอียด ซึ่งสามารถพิจารณาได้ตามประเด็นสรุปได้ ดังต่อไปนี้

### 1. ลักษณะของกระบวนการ

กระบวนการของไทยถือว่าเป็นกระบวนการชั้นเดียว กล่าวคือ มีกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติเป็นหลัก แต่กระบวนการบำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นเพียงกระบวนการหนึ่งในกระบวนการดำเนินคดีอาญาทั้งหมด การบำบัดรักษาเป็นกระบวนการในเชิงบังคับที่ไม่ต้องอาศัยความยินยอมของผู้ต้องหาหรือจำเลย ในขณะที่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตถือว่าเป็นกระบวนการสองชั้น โดยศาลสุขภาพจิตเป็นเพียงทางเลือกหนึ่งในการดำเนินคดีอาญา หากจำเลยบำบัดรักษาในศาลสุขภาพจิตไม่ประสบความสำเร็จ ก็สามารถส่งกลับมายังกระบวนการดำเนินคดีอาญาตามปกติได้ อีกทั้งการบำบัดรักษาถือว่าเป็นกระบวนการทั้งหมดของศาลสุขภาพจิต ไม่ใช่เป็นเพียงส่วนหนึ่งของกระบวนการทั้งหมดดังเช่นกระบวนการของประเทศไทย และอาศัยความยินยอมของจำเลยโดยการให้การรับสารภาพเป็นหลัก

### 2. หลักที่ใช้ในการดำเนินการ

กระบวนการดำเนินคดีอาญาของไทยมีบทบัญญัติกฎหมายรองรับไว้อย่างแน่ชัดที่ให้อำนาจพนักงานเจ้าหน้าที่และกำหนดระยะเวลาการดำเนินการอย่างมีขอบจำกัด แต่ในศาลสุขภาพจิตไม่มีบทบัญญัติรองรับกระบวนการไว้อย่างชัดเจน แต่จะดำเนินการไปตามแผนการบำบัดรักษาจำเลยของศาลสุขภาพจิต ซึ่งแตกต่างกันออกไปในจำเลยแต่ละคน และไม่มีระยะเวลากำหนดไว้อย่างชัดเจนสำหรับการดำเนินการแต่ละขั้นตอน

### 3. รูปแบบโครงสร้างและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

ในกระบวนการดำเนินคดีอาญาของไทย เจ้าหน้าที่ของรัฐที่เกี่ยวข้องจะกระจายอำนาจหน้าที่ไปตามองค์กรต่าง ๆ เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานอัยการสูงสุด หรือสำนักงานศาลยุติธรรม แล้วแต่กรณี ความรับผิดชอบต่องานคดีขึ้นหนึ่งจะมีการส่งต่อไประหว่างองค์กรดังกล่าว และทำหน้าที่ความรับผิดชอบในส่วนของตนให้เสร็จสิ้นไป ไม่ปรากฏว่ามีการจัดตั้งคณะทำงานเป็นชุดเพื่อรับผิดชอบงานคดีแต่ละคดี ในขณะที่ศาลสุขภาพจิตมีรูปแบบองค์กรและบุคลากรที่เบ็ดเสร็จในตัวเอง

แม้จะต้องใช้บุคลากรจากหน่วยงานอื่นมาบ้าง แต่ก็มีพนักงานประจำศาลอยู่แล้ว<sup>1</sup> อีกทั้งบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะทำหน้าที่ร่วมกันในหนึ่งคดี มีการประชุมปรึกษาหารือกันระหว่างบุคลากรทางกฎหมาย และบุคลากรทางการแพทย์ก่อนที่จะมีการนั่งพิจารณา มีผู้ประสานงานคดีแทนศาลที่มีบทบาทสำคัญ เช่น ผู้จัดการคดีหรือผู้ประสานงานคดี เป็นต้น

#### 4. การคัดกรองผู้ต้องหาหรือจำเลยเข้าสู่การบำบัดรักษา

สำหรับกระบวนการดำเนินคดีอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติของไทยมีเพียงกรณี ที่กฎหมายกำหนดในมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 56 ประมวลกฎหมายอาญา หรือมาตรา 48 ประมวลกฎหมายอาญา หรือตามพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 ที่เป็นเหตุให้ส่งจำเลยเข้ารับการบำบัดรักษา แต่กระบวนการของศาลสุขภาพจิตจะมีหลักเกณฑ์ที่ใช้ในการคัดกรองคุณสมบัติของจำเลยก่อนเข้ารับการบำบัดรักษาด้วย โดยต้องผ่านหลักเกณฑ์ทางกฎหมาย และหลักเกณฑ์ทางการแพทย์ที่ศาลสุขภาพจิตแต่ละแห่งกำหนดไว้แล้วแต่กรณี ดังนั้น กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีในประเทศไทยจึงเปิดกว้างที่จะรับบำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยโดยไม่มีข้อจำกัดเรื่องลักษณะอาการและฐานความผิดของจำเลยดังเช่นในศาลสุขภาพจิต

#### 5. การคุ้มครองความพร้อมของจิตใจของผู้ต้องหาหรือจำเลยในการต่อสู้คดี

ในการสอบสวนหรือการไต่สวนมูลฟ้องของไทย ไม่เปิดโอกาสให้ผู้ต้องหาที่มีสภาพจิตไม่ปกติ มีสิทธิเด็ดขาดที่จะมีบุคลากรสหวิชาชีพ พนักงานอัยการ หรือบุคคลที่ผู้นั้นไว้วางใจอยู่ร่วมด้วยในการสอบสวน ดังเช่นที่เด็กอายุไม่เกิน 18 ปีได้รับความคุ้มครองตามมาตรา 133 ทวิ หรือมาตรา 134/2 ทั้งที่ผู้ต้องหาที่มีสภาพจิตไม่ปกติก็มีความอ่อนแอทางจิตใจและความไม่พร้อมในการต่อสู้คดีไม่ต่างจากเด็ก แต่กลับไม่มีบทบัญญัติขยายความให้ไปถึง ในขณะที่ศาลสุขภาพจิตบรูคลินเปิดโอกาสให้บุคลากรทางการแพทย์หรือบุคคลในครอบครัวของจำเลยเข้าร่วมรับฟังการพิจารณาได้ด้วย อันถือว่าเป็นการคุ้มครองสภาพจิตใจของจำเลยในศาลสุขภาพจิตได้ดีกว่าการคุ้มครองสภาพจิตใจของผู้ต้องหาหรือจำเลยในกระบวนการของไทยในการต่อสู้คดี

#### 6. การคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยในการมีทนายความ

แม้ว่าบทบัญญัติของไทยจะกำหนดให้สิทธิผู้ต้องหาหรือจำเลยที่จะมีทนายความเข้าร่วมรับฟังการสอบปากคำของตนในชั้นสอบสวนตามมาตรา 7/1 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา แล้วก็ตาม แต่ก็ยังเป็นเพียงการให้สิทธิที่จะมีทนายความเท่านั้น กฎหมายไม่ได้บังคับเด็ดขาดว่าจะต้องมี

<sup>1</sup> Law and Policy Associates (LPA) Team, "Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation ": 11.

ทนายความดั่งเช่นที่กำหนดไว้สำหรับผู้ต้องหาหรือจำเลยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ตามมาตรา 134/1 วรรคหนึ่ง หรือมาตรา 173 วรรคหนึ่ง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ทั้งที่บุคคลทั้งสองประเภทต่างก็มีความอ่อนแอทางจิตใจที่ต้องได้รับความคุ้มครองดูแลจากทนายความอย่างใกล้ชิด แต่ในกระบวนการของศาลสุขภาพจิตกลับให้ความสำคัญกับบทบาทของทนายความมาก โดยกำหนดไว้ในกระบวนการสำคัญจะต้องมีทนายความมาปรากฏ ทั้งนี้ เพื่อมีบทบาทหน้าที่ในการเป็นกระบอกเสียงให้แก่จำเลยในศาลสุขภาพจิตซึ่งมีความอ่อนแอในการต่อสู้คดี

#### 7. ความปลอดภัยในการการควบคุมตัวจำเลยหรือผู้ต้องขัง

ในกระบวนการของศาลสุขภาพจิตเห็นได้อย่างชัดเจนอยู่แล้วว่า จำเลยของศาลสุขภาพจิตจะถูกควบคุมตัวไว้ต่างหากจากผู้ต้องขังโดยทั่วไป และแม้ว่าจำเลยดังกล่าวจะไม่ถือว่าเป็นผู้ต้องขัง เพราะยังไม่ผ่านการวินิจฉัยในประเด็นแห่งความผิดมาก่อน แต่ก็ได้รับความคุ้มครองทางสวัสดิภาพและความปลอดภัยได้ดีกว่าผู้ต้องขังของไทยตรงที่มีสถานที่ที่เหมาะสมในการควบคุมตัว แต่ในบทบัญญัติกฎหมายไทย แม้จะมีการออกพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 ซึ่งกำหนดคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขังที่วิกลจริตเพิ่มขึ้นมาจากเดิมในพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479 แต่ยังไม่ปรากฏเรื่องการกำหนดสถานที่ที่เหมาะสมในการขังผู้ต้องขังที่มีสภาพจิตไม่ปกติ โดยบุคคลดังกล่าวควรได้รับการควบคุมอยู่ในสถานที่ต่างหากจากผู้ต้องขังรายอื่น เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ต้องขังที่มีสภาพจิตไม่ปกติเข้าทำร้ายผู้อื่นจากอาการทางจิตของตน และในทางกลับกันก็เป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ต้องขังอื่นทำร้ายผู้ต้องขังที่มีสภาพจิตไม่ปกติเพราะเห็นว่าอ่อนแอทางจิตด้วย

#### 8. เหตุของการสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษา

เหตุสิ้นสุดกระบวนการดำเนินคดีอาญาของไทยต่อผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติเกิดจากบทบัญญัติของกฎหมาย ไม่ว่าจะเพราะเหตุที่ผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นหายหรือสามารถต่อสู้คดีได้แล้ว ตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หรือกรณีศาลให้เพิกถอนตามมาตรา 48 หรือกรณีตาม 56 ประมวลกฎหมายอาญา เป็นต้น ส่วนของศาลสุขภาพจิต กระบวนการบำบัดรักษาสามารถสิ้นสุดได้ไม่ว่าจะบำบัดรักษาแล้วประสบความสำเร็จหรือไม่ แต่เหตุสำคัญที่แตกต่างกันประการหนึ่งคือ จำเลยของศาลสุขภาพจิตสามารถขอลอนตัวออกจากกระบวนการบำบัดรักษาได้ทุกเมื่อ แต่กระบวนการของไทยเป็นกระบวนการเชิงบังคับที่ผู้ต้องหาหรือจำเลยไม่อาจขอลอนตัวออกได้

#### 9. ผลของการสิ้นสุดกระบวนการบำบัดรักษา

ถ้าเป็นกระบวนการของไทย หากสิ้นสุดการบำบัดรักษาแล้วก็มีผลหลายกรณี เช่น ตามมาตรา 14 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ผู้ต้องหาหรือจำเลย เมื่อสิ้นสุดการบำบัดรักษาแล้ว

ก็กลับคืนสู่กระบวนการยุติธรรมตามปกติ เป็นต้น แต่สำหรับกระบวนการของศาลสุขภาพจิต หากบำบัดรักษาประสบความสำเร็จ ก็จะได้รับการเพิกถอนข้อกล่าวหาหรือยกฟ้อง แล้วแต่กรณี แต่ก็ยังมีบางกรณีที่ศาลให้ขังจำเลยต่อไปในระยะเวลาที่กำหนด หรือหากบำบัดรักษาไม่ประสบความสำเร็จ หรือสมัครใจออกระหว่างกระบวนการ ผลก็จะเหมือนกับกระบวนการของไทยคือให้จำเลยกลับไปยังกระบวนการยุติธรรมทางอาญาตามปกติเพื่อวินิจฉัยความผิดและโทษต่อไป

จากการเปรียบเทียบประเด็นดังกล่าวระหว่างกระบวนการของไทยกับกระบวนการของศาลสุขภาพจิตย่อมทำให้เห็นความแตกต่างและจุดแข็งจุดอ่อนของแต่ละแห่งได้ชัดเจนมากยิ่งขึ้น และแม้ว่าผู้วิจัยจะเห็นว่า ปัจจุบันยังไม่จำเป็นต้องจัดตั้งศาลสุขภาพจิตขึ้นในประเทศไทย เพราะยังไม่มีจำนวนผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติมากพอที่จะคุ้มค่าแก่การลงทุนในการจัดตั้งศาล อันจะต้องใช้งบประมาณของรัฐเป็นจำนวนมาก อีกทั้งประเทศไทยไม่ได้ประสบปัญหาการกระทำความผิดซ้ำหรือปัญหา นักโทษที่มีสภาพจิตไม่ปกติสิ้นเรื้อนจำถึงขนาดว่าจะส่งผลกระทบต่อสังคมเป็นอย่างมากดังเช่นในสหรัฐอเมริกา ประกอบกับค่านิยมของคนไทยยังไม่พร้อมที่จะยอมรับหลักการที่ไม่ลงโทษผู้กระทำความผิด แต่ผู้วิจัยมองเห็นว่าเราสามารถนำแนวคิดหรือกระบวนการบางอย่างของศาลสุขภาพจิตมาปรับใช้กับบทบัญญัติ หรือแนวทางการดำเนินการต่อผู้ต้องหา จำเลย หรือผู้ต้องขังที่มีอยู่ปัจจุบันในประเทศไทยได้อย่างเหมาะสม โดยผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

#### 1. การติดตามผลการบำบัดรักษาและการจัดประชุมบุคลากรก่อนวินิจฉัย

จากการศึกษากระบวนการของศาลสุขภาพจิตแล้วพบข้อดีของกระบวนการ คือ บุคลากรจะทำงานร่วมกันอย่างเป็นคณะทำงาน จำเลยจะได้รับการกำกับดูแลอย่างใกล้ชิดจากศาล และบุคลากรเกี่ยวกับการบำบัดรักษา โดยศาลจะเรียกให้จำเลยมารายงานตัวเพื่อทราบความคืบหน้า และพัฒนาการของจำเลยในการบำบัดรักษา อีกทั้งยังจัดให้มีการประชุมหารือกันระหว่างศาล และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการบำบัดรักษาจำเลยเพื่อให้เข้าใจอาการของจำเลยตรงกันจนได้ข้อสรุปเสียก่อนแล้วศาลจึงออกนั่งพิจารณา ทำให้ความเห็นของศาลและจิตแพทย์เป็นไปในทิศทางเดียวกัน เพราะได้มองเห็นภาพความเป็นจริงร่วมกัน อีกทั้งศาลได้มีโอกาสสัมผัสกับอาการของจำเลยอย่างแท้จริง ซึ่งจะทำให้ศาลเข้าใจสภาวะของจำเลยตามความเป็นจริงได้มากขึ้นและยอมเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยถึงสถานะของจำเลย

เนื่องจากที่ผ่านมากกระบวนการของประเทศไทยประสบปัญหาการตีความสภาพจิตของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ไม่ตรงกันระหว่างจิตแพทย์และนักกฎหมาย<sup>2</sup> โดยจิตแพทย์จะประเมินและ

<sup>2</sup> แสง บุญเฉลิมวิภาส, กฎหมายการแพทย์. หน้า 115.

วินิจฉัยลักษณะอาการค่อนข้างกว้าง เช่น บางครั้งบุคคลนั้นก็มีสภาพจิตไม่ปกติในทางการแพทย์ก็จริง แต่อาจไม่ได้มีสภาวะที่นักกฎหมายจะถือว่าเป็นผู้มีจิตบกพร่อง ไร้จิต หรือ จิตฟั่นเฟือน ที่ไม่รู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถควบคุมตนเองได้ในขณะกระทำความผิด เนื่องจากการตีความของกฎหมายไปไกลไม่ถึงการประเมินอาการของจิตแพทย์ เป็นต้น ซึ่งการวินิจฉัยดังกล่าวถือว่าเป็นสาระสำคัญต่อการกำหนด บทลงโทษของศาลมากกว่า จำเลยสมควรจะไม่ต้องรับการลงโทษหรือได้รับการลดโทษหรือไม่เพียงใด ตามมาตรา 65 วรรคสอง ของประมวลกฎหมายอาญา

นอกจากนี้ยังพบว่า พนักงานอัยการหรือศาลได้รับทราบแต่เพียงผลการบำบัดรักษาจากการตรวจสอบเอกสารหลักฐานที่ส่งมามากกว่าการได้ลงไปสัมผัสอาการของผู้ต้องหาหรือจำเลยอย่างแท้จริง ซึ่งเอกสารหลักฐานเหล่านั้นย่อมต้องผ่านการประเมิน วิเคราะห์ และตีความของจิตแพทย์มาขั้นหนึ่งแล้ว ทำให้เป็นประเด็นว่า ผู้ไม่เชี่ยวชาญกฎหมายต้องเป็นผู้ตีความกฎหมายว่าอาการของจำเลยนั้น เข้าองค์ประกอบตามกฎหมายหรือไม่ แต่ผู้เชี่ยวชาญทางกฎหมายกลับไม่เห็นข้อเท็จจริงเองว่าเป็นอย่างไร อีกทั้งยังมีบางกรณีที่พนักงานสอบสวนบางคนอาจต้องการเพียงทำสำนวนให้เสร็จไปโดยเร็ว จึงละเลยที่จะปฏิบัติตามมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา อันทำให้สิทธิของผู้ต้องหาในการต่อสู้คดีย่อมไม่ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย ดังนั้น เพื่อให้เกิดสภาพบังคับไม่ให้พนักงานสอบสวนละเลยที่จะปฏิบัติตามกระบวนการในมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา รวมถึงเหตุผลทั้งหมดที่กล่าวมาข้างต้นนี้ ด้วยความเคารพ ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรแก้ไข มาตรา 14 วรรคสอง รวมทั้งเพิ่มเติมมาตรา 14 วรรคสี่ และมาตรา 14 วรรคห้า ดังนี้

“ในระหว่างทำการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้น เสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด

ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเห็นว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริต หรือสามารถต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิตหรือมอบให้แก่ผู้อนุบาลข้าหลวงประจำจังหวัด หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาก็ได้ตามแต่จะเห็นสมควร **โดยหากพนักงานสอบสวนไม่ปฏิบัติตามวรรคนี้ ให้ถือว่า การสอบสวนนั้นเป็นอันไม่ชอบด้วยกฎหมาย**

กรณีที่ศาลงดไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาดังบัญญัติไว้ในวรรคก่อน ศาลจะสั่งจำหน่ายคดีเสียชั่วคราวก็ได้”

**ในระหว่างการบำบัดรักษาผู้ต้องหาหรือจำเลยที่โรงพยาบาลโรคจิต ให้ดำเนินการดังต่อไปนี้**

(1) ในการสอบสวน ให้พนักงานสอบสวนและพนักงานอัยการ ร่วมกันติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ต้องหาเป็นระยะ โดยออกไปพบผู้ต้องหาที่โรงพยาบาลโรคจิตหรือสั่งให้ผู้ต้องหามารายงานตัวต่อพนักงานสอบสวนและพนักงานอัยการตามระยะเวลาที่กำหนดแล้วแต่กรณี โดยให้มีทนายความ จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา บุคคลที่ผู้ต้องหาไว้วางใจ และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมอยู่ด้วยในการออกไปพบหรือการรายงานตัวนั้น และให้พนักงานสอบสวนเป็นผู้จัดประชุมร่วมกันหารือระหว่างพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ ทนายความ และจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาผู้รับผิดชอบ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับสภาพอาการของผู้ต้องหาก่อนการสอบสวนหรือสั่งฟ้องคดีต่อไป

(2) ในการไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณา ให้พนักงานอัยการและศาล ออกไปพบจำเลยหรือสั่งให้จำเลยมารายงานตัวต่อศาลเป็นระยะ โดยให้มีทนายความ จิตแพทย์หรือนักจิตวิทยา บุคคลที่ผู้ต้องหาไว้วางใจ และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมอยู่ด้วยในการออกไปพบหรือรายงานตัวนั้น และให้ศาลเป็นผู้จัดประชุมร่วมกันหารือระหว่าง ศาล พนักงานอัยการ และจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาผู้รับผิดชอบ เพื่อให้ได้ข้อสรุปเกี่ยวกับสภาพอาการของจำเลยก่อนไต่สวนหรือพิจารณาคดีต่อไป

การดำเนินการตามวรรคสี่ จะกระทำโดยการประชุมผ่านโทรศัพท์สนทนาหรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือวิธีอื่นใด ตามที่กำหนดไว้ในประกาศ ข้อบังคับ หรือระเบียบของประธานศาลฎีกา สำนักงานอัยการสูงสุด หรือสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ก็ได้แล้วแต่กรณี”

ทั้งนี้ รายละเอียดที่ออกโดยอาศัยร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว ไม่ว่าจะเป็นเรื่องระยะเวลาที่กำหนดให้ออกไปพบหรือสั่งให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยมารายงานตัวต่อพนักงานสอบสวน พนักงานอัยการ หรือศาล แล้วแต่กรณี สามารถออกเป็นกฎหมายลำดับรอง ได้แก่ ประกาศ ระเบียบ หรือคำสั่งได้ โดยหน่วยงานที่จะเป็นผู้รับผิดชอบ ได้แก่ สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานอัยการสูงสุด และสำนักงานศาลยุติธรรม ซึ่งจะเป็นผู้ออกกฎหมายลำดับรอง เช่น ระเบียบสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ระเบียบสำนักงานอัยการสูงสุด หรือระเบียบคณะกรรมการบริหารศาลยุติธรรม เป็นต้น แล้วแต่กรณี เพื่อใช้เป็นทางปฏิบัติขององค์กรต่อไป

อนึ่ง การที่ผู้วิจัยไม่ได้กำหนดระยะเวลาที่แน่ชัดในมาตรา 14 วรรคสี่ ของร่างพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาดังกล่าว ก็เพื่อให้เกิดความยืดหยุ่นในการปรับใช้ในแต่ละคดี เพราะผู้ต้องหาหรือจำเลยแต่ละคนย่อมมีความร้ายแรงและจำนวนวันที่ได้รับการรักษาที่แตกต่างกันออกไป อีกทั้งการกำหนดไว้ในกฎหมายลำดับรองก็สามารถแก้ไขเพิ่มเติมได้ไม่ยากเท่ากำหนดไว้พระราชบัญญัติหรือประมวลกฎหมาย

## 2. การเพิ่มหลักประกันสิทธิของผู้ต้องหาในการต่อสู้คดี

เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่า กระบวนการของศาลสุขภาพจิตบางแห่ง เมื่อจำเลยมารายงานตัวต่อศาล ผู้บำบัดรักษาจำเลยหรือบุคลากรทางการแพทย์ หรือบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของจำเลย สามารถเข้ารับฟังการพิจารณาได้ แม้ว่าบุคลากรทางการแพทย์จะมีอาชีพให้การใด ๆ ได้เว้นแต่ศาล จะเรียกให้บุคคลนั้นให้การเป็นการเฉพาะเรื่องเท่านั้น<sup>3</sup> ซึ่งเมื่อนำมาพิจารณาเปรียบเทียบกับ กระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทยแล้วปรากฏว่า ปัจจุบันมีบทบัญญัติที่คุ้มครองการให้ถ้อยคำของผู้ต้องหาเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ที่จะต้องมีบุคคลที่เด็กไว้วางใจ พนักงานอัยการ นักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์อยู่ในระหว่างการสอบสวนหรือการไต่สวนมูลฟ้องตามมาตรา 134/2 หรือ มาตรา 171 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา แล้วแต่กรณี โดยมาตรา 133 ทวิ ก็บัญญัติ มาเพื่อคุ้มครองสภาพจิตที่อ่อนแอของเด็ก ไม่ให้ได้รับความกระทบกระเทือนหรือตอกย้ำจากการทำงาน ของพนักงานสอบสวนที่ยังมีความชำนาญไม่เพียงพอหรือจากการตอบคำถามซ้ำ<sup>4</sup> แต่ผู้ต้องหาที่มี สภาพจิตไม่ปกติ ซึ่งเป็นผู้มีความอ่อนด้อยทางสติปัญญา ขาดความรู้ผิดชอบ อ่อนแอและขาดความพร้อม ของสภาพจิตใจในการต่อสู้คดีไม่น้อยไปกว่าเด็กทั่วไป กลับไม่มีบทบัญญัติคุ้มครองสภาพจิตใจ ในการต่อสู้คดีเหมือนเช่นกรณีของเด็ก จึงเท่ากับว่า สิทธิของจำเลยในการต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่ ส่วนนี้ของศาลสุขภาพจิตยังได้รับการคุ้มครองมากกว่ากระบวนการของไทย

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความเห็นว่า แม้แต่เด็กที่มีสภาพจิตใจอ่อนแอและขาดความรู้ผิดชอบกว่า ผู้ใหญ่ทั่วไปยังมีวิธีปฏิบัติที่ได้รับความคุ้มครองจากบทบัญญัติดังกล่าวแตกต่างจากผู้ใหญ่เพื่อเป็น หลักประกันสิทธิของเด็กในการต่อสู้คดีได้อย่างเต็มที่ ผู้ต้องหาที่มีสภาพจิตไม่ปกติ ซึ่งขาดความรู้ผิดชอบ หรือมีสภาพจิตใจอ่อนแอไม่น้อยไปกว่าเด็ก กลับไม่มีบทบัญญัติคุ้มครองและหลักประกันสิทธิ เช่นเดียวกันกับที่เด็กได้รับ ในกรณีนี้ ด้วยความเคารพ ผู้วิจัยจึงเห็นสมควรเสนอให้มีการแก้ไขมาตรา 134/2 ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ดังนี้

“ให้นำบทบัญญัติในมาตรา 133 ทวิ มาใช้บังคับโดยอนุโลมแก่การสอบสวนผู้ต้องหาที่เป็น เด็กอายุไม่เกินสิบแปดปี และผู้ต้องหาที่เป็นผู้วิกลจริตตามมาตรา 14

ทั้งนี้ ผลจากการแก้ไขเพียงมาตรา 134/2 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา จะส่งผลไปถึงขั้นการไต่สวนมูลฟ้องด้วยโดยอาศัยมาตรา 171 วรรคหนึ่งของประมวลกฎหมาย วิธีพิจารณาความอาญาที่ให้นำเรื่องการสอบสวนมาใช้โดยอนุโลมด้วย และการแก้ไขเพิ่มเติมนี้

<sup>3</sup> Kelly O' Keefe, "The Brooklyn Mental Health Court Evaluation ": pp. 35-36

<sup>4</sup> หลักการและเหตุผลท้ายพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 20)



ทำให้การสอบสวนผู้ต้องหาที่เป็นผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติได้รับความคุ้มครองสภาพจิตใจเมื่อต้องให้การต่อพนักงานสอบสวน และเป็นหลักประกันได้ว่าคำถามของพนักงานสอบสวนจะไม่กระทบกระเทือนต่อสภาพจิตใจของบุคคลนั้นจนเกินไป อันอาจส่งผลให้อาการทางจิตของบุคคลนั้นกำเริบขึ้นมาได้ในภายหลัง อีกทั้งเพื่อเป็นการถ่วงดุลการให้การของผู้ต้องหานั้นว่าออกมาด้วยความสมัครใจอย่างแท้จริงหรือไม่อีกชั้นหนึ่งด้วย โดยการแก้ไขกฎหมายดังกล่าวไม่น่าจะก่อให้เกิดภาระแก่รัฐเพิ่มเติมมากขึ้นเกินสมควร เพราะยังสามารถใช้บุคลากรที่รัฐมีอยู่เดิมในการสอบสวนหรือไต่สวนมูลฟ้องผู้ต้องหาเด็กได้ เพียงแต่ให้เพิ่มเติมกรณีของผู้ต้องหาที่เป็นผู้วิกลจริตเข้าไปด้วยเท่านั้น และไม่น่าจะขัดหรือแย้งกับบทบัญญัติใด เพราะไม่ปรากฏว่ามีบทบัญญัติแม่บทใดที่เกี่ยวข้องในทางอาญาที่จะให้สิทธิแก่ผู้ต้องหาที่มีสภาพจิตไม่ปกติเหมือนในกรณีเช่นนี้

นอกจากนี้ เหตุที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ว่าให้เป็นผู้วิกลจริตตามมาตรา 14 เพื่อเป็นการอ้างอิงเชื่อมโยงบทบัญญัติกันเองและเพื่อเป็นการยืนยันว่าต้องเป็นผู้วิกลจริตที่ได้ปฏิบัติตามมาตรา 14 มาแล้ว จึงจะสามารถสอบสวนได้ ทั้งนี้ เพื่อเป็นการควบคุมการทำงานของพนักงานสอบสวนอีกชั้นหนึ่งขึ้นมาด้วย

### 3. การเพิ่มหลักประกันสิทธิในการมีทนายความ

เนื่องจากผู้วิจัยเห็นว่า ศาลสุขภาพจิตจะมีทนายความเข้ามาเกี่ยวข้องตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ โดยทนายความจะมีบทบาทดูแลจำเลยในศาลสุขภาพจิตอย่างใกล้ชิด แม้จะไม่ได้อยู่ร่วมกับจำเลยในการพิจารณาสถานะ (status-hearing) ทุกนัด แต่ก็ถือว่าเป็นผู้มีบทบาทสำคัญมากต่อการบำบัดรักษาจำเลย เพราะเป็นเหมือนกระบอกเสียงของจำเลยในการต่อสู้คดี และเป็นผู้ร่วมจัดทำแผนการบำบัดรักษาจำเลยนั้นด้วย ในขณะที่กระบวนการบำบัดรักษาของไทยในระหว่างการส่งตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยไปบำบัดรักษาตามมาตรา 14 ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หรือในชั้นการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้อง หรือการพิจารณา ไม่ปรากฏว่ามีบทบัญญัติใดที่มีสภาพบังคับให้ผู้ต้องหาหรือจำเลยนั้นจะต้องมีทนายความอย่างเด็ดขาด ทั้งที่ก็เป็นผู้มีความอ่อนด้อยทางสภาพจิตใจไม่ต่างจากเด็ก แต่ยังมีบทบัญญัติคุ้มครองเด็กอายุไม่เกิน 18 ปี ให้มีสิทธิเด็ดขาดที่จะมีทนายความในคดีที่มีโทษประหารชีวิต ตามมาตรา 134/1 วรรคหนึ่ง และมาตรา 173 วรรคหนึ่ง ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา ดังนั้น ด้วยความเคารพ ผู้วิจัยจึงเสนอให้แก้ไขบทบัญญัติ ดังต่อไปนี้

(1) แก้ไขมาตรา 134/1 วรรคหนึ่ง ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เป็น

“ในคดีที่มีอัตราโทษประหารชีวิต หรือในคดีที่ผู้ต้องหาไม่อายุไม่เกินสิบแปดปี **หรือในคดีที่ผู้ต้องหาวิกลจริตตามมาตรา 14** ในวันที่พนักงานสอบสวนแจ้งข้อหา ก่อนเริ่มถามคำถามให้การ ให้พนักงานสอบสวนถามผู้ต้องหาว่ามีทนายความหรือไม่ ถ้าไม่มีให้รัฐจัดหาทนายความให้ ...”

(2) แกไขมาตรา 173 วรรคหนึ่ง ของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เป็น

“ในคดีที่มีอัตราโทษประหารชีวิต หรือในคดีที่จำเลยมีอายุไม่เกินสิบแปดปี **หรือในคดีที่จำเลยเป็นผู้วิกลจริตตามมาตรา 14** ก่อนเริ่มพิจารณาให้ศาลถามจำเลยว่ามีทนายความหรือไม่ ถ้าไม่มีก็ให้ศาลตั้งทนายความให้ ...”

การตั้งทนายความให้แก่ผู้ต้องหาหรือจำเลยอย่างเด็ดขาดในบทบัญญัติดังกล่าวน่าจะเป็นการเพิ่มการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติให้ได้รับการดูแลและมีโอกาสในการต่อสู้คดีได้ที่ดีขึ้นจากความช่วยเหลือของทนายความ ซึ่งก็เป็นอีกแนวคิดหนึ่งที่ได้รับจากแนวทางปฏิบัติในกระบวนการของศาลสุขภาพจิตที่สามารถนำมาปรับใช้กับกฎหมายและกระบวนการที่มีอยู่แล้วในประเทศไทยได้

#### 4. การคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขังที่มีสภาพจิตไม่ปกติ

หากพิจารณาในแง่การคุ้มครองสิทธิของผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติในฐานะเป็นจำเลยที่ได้รับการบำบัดรักษาในกระบวนการของศาลสุขภาพจิตกับในฐานะผู้ต้องขังของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของไทย จะเห็นได้ว่าลักษณะกระบวนการและรูปแบบขององค์กรของศาลสุขภาพจิตเอื้อต่อการบำบัดรักษาหรือฟื้นฟูอาการทางจิตของจำเลยได้อย่างใกล้ชิดกว่าและมีการแยกสัดส่วนการบำบัดรักษาออกไปอย่างชัดเจน ทำให้เป็นการคุ้มครองความปลอดภัยทั้งตัวจำเลยและสภาพแวดล้อมได้ดี ในขณะที่ประเทศไทยผู้ต้องขังที่มีสภาพจิตปกติและไม่ปกติเข้าไว้ด้วยกัน ซึ่งอาจทำให้เกิดการทำร้ายกันได้ และพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2560 ที่มีผลใช้บังคับในปัจจุบันก็ไม่ได้กล่าวถึงการแยกพื้นที่การขังที่เหมาะสมเอาไว้ ดังนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะว่า กรมราชทัณฑ์ภายใต้การบังคับบัญชาของกระทรวงยุติธรรม น่าที่จะมีมาตรการในการคุ้มครองความปลอดภัยและการบำบัดรักษาแก่ผู้ต้องขังที่วิกลจริตให้มากกว่าเดิม จัดให้มีพื้นที่การขังผู้ต้องขังที่มีความป่วยทางจิตเวชโดยเฉพาะในสถานที่ที่เหมาะสมภายในบริเวณของกรมราชทัณฑ์ เพื่อความปลอดภัยทั้งของผู้ต้องขังที่มีสภาพจิตไม่ปกติและปกติให้อยู่กันได้อย่างสงบสุข ซึ่งกรณีนี้สามารถทำข้อเสนอแนะไปยังกระทรวงยุติธรรม โดยเรียนรัฐมนตรีว่าการกระทรวงยุติธรรม เพื่อมีบัญชาให้กรมราชทัณฑ์นำข้อสังเกตนี้ไปพิจารณา ซึ่งหากมีกรณีเช่นนั้นจริง ผู้เสนออาจนำเสนอกรณีที่เคยเกิดขึ้นจริงในเรือนจำประกอบการพิจารณาด้วยก็ได้

สุดท้ายนี้ แม้ว่าปัญหาของผู้กระทำความผิดที่มีสภาพจิตไม่ปกติอาจยังไม่ใช่ปัญหาสำคัญระดับต้นของประเทศไทย แต่ก็ประเด็นเล็กน้อยที่ไม่ควรมองข้ามเสียทีเดียว อย่างน้อยที่สุดบุคคลเหล่านี้ก็ควรได้รับการคำนึงถึงและการคุ้มครองสิทธิให้ดี เพื่อไม่ให้ถูกเอารัดเอาเปรียบจากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติ และหากเรายังคงมองข้ามปัญหาในจุดเล็ก ๆ ในวันนี้ข้างหน้าปัญหาเล็กน้อยนั้นอาจลุกลามและกลายเป็นปัญหาสำคัญขึ้นมาได้

โดยการศึกษากระบวนการของศาลสุขภาพจิตในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ถือว่าเป็นการศึกษาแนวทางใหม่  
ของต่างประเทศที่มุ่งแก้ไขปัญหาและบำบัดรักษาจำเลยที่มีสภาพจิตไม่ปกติให้หาย เพื่อแก้ไขปัญหา  
ที่ต้นเหตุมากกว่าการลงโทษแต่เพียงอย่างเดียว อีกทั้งกระบวนการของศาลสุขภาพจิตก็นับว่าเป็น  
ทางเลือกใหม่ที่สามารถนำไปศึกษาแนวคิด วิเคราะห์ และต่อยอดทางความคิด เพื่อที่จะนำกระบวนการ  
ในส่วนที่ดีมาปรับใช้ในกระบวนการยุติธรรมทางอาญาต่อผู้ที่มีสภาพจิตไม่ปกติในประเทศไทยต่อไป  
หรือยังสามารถไปวิเคราะห์จุดด้อยของศาลสุขภาพจิตเพื่อนำมาเปรียบเทียบกับกระบวนการ  
ดำเนินคดีอาญาของไทยให้ทราบปัญหาที่อาจเกิดขึ้นไว้ก่อนล่วงหน้าและหาทางป้องกันไม่ให้เกิด  
ปัญหานั้นในประเทศไทยต่อไปได้ในอนาคต



## รายการอ้างอิง

- . [Online]. Available from: [http://www.psyweb.com/DSM\\_IV/jsp/Axis\\_II.jsp](http://www.psyweb.com/DSM_IV/jsp/Axis_II.jsp)
- . Roger Williams University Law Review 3:387: 408.
- Gregory L. Acquaviva. Mental Health Court : No Longer Experimental.  
Advance Health Care Directives the Fundamentals: California Powers of Attorney and  
Health Care Directives. (2015).
- Bureau of Justice Assistance. A Guide to Mental Health Court Design and  
Implementation.
- Jessica Burns. A Restorative Justice Model for Mental Health Courts. Southern  
California Review of Law and Social Justice 23, 3 (2014).
- Robert F. Chochran. How Do You Plead, Guilty or Not Guilty? Does the Plea Inquiry  
Violate the Defendant's Right to Silence?". Cardozo Law Review 26:4 1415.
- Competence to Plead Guilty : A New Standard Duke Law Journal 1974 (March 1974).
- Competence to Plead Guilty : A New Standard Duke Law Journal 1974 (March 1974):  
149.
- Palmer Mental Health Court. Outcomes from the Last Frontier: An Evaluation of the  
Palmer Coordinated Resources Project. 2008
- John E. Cummings. The Cost of Crazy: How Therapeutic Jurisprudence and Mental  
Health Court Lower Incarceration Costs, Reduce Recidivism, and Improve  
Public Safety. Loyola Law Review (2010): 301.
- Emily A. Kuhl Darrel A. Regier, and David J. Kupfer. "The Dsm-5: Classification and  
Criteria Changes."
- Lauren Almquist and Elizabeth Dodd. Mental Health Courts: A Guide to Research-  
Informed Policy and Practice 2009.
- "Ecosoc Resolution 2002/12 Basic Principles on the Use of Restorative Justice  
Programmes in Criminal Matters 37th." United Nations, 24 July 2002
- Justice Jack D. H. Hays and Susan A. Ehrlich. The Ability of Mentally Retarded to  
Plead Guilty. Arizona State Law Journal 1975, 4 (1975).

- Linda D. Elrod. Child Custody Practice and Procedure Chapter 1 Historical Perspective. Therapeutic Jurisprudence 1:16 (June 2015).
- Henry Richards Eric Trupin, et.al. City of Seattle Seattle Municipal Court, Mental Health Court Evaluation Report. (2001).
- Kelly Frailing. Issues Affecting Outcomes for Mental Health Court Participants. Cambridge Student Law Review 5, 1 (2009).
- National Institute of Mental Health. Any Mental Illness (Ami) among U.S. Adults [Online]. Available from: <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/any-mental-illness-ami-among-us-adults.shtml>
- Hippa Privacy Rule and Sharing Information Related to Mental Health [Online]. Available from: <http://www.hhs.gov/hipaa/for-professionals/special-topics/mental-health/>
- Kelly O' Keefe. The Brooklyn Mental Health Court Evaluation (September 2006).
- Christin E. Keele. Criminalization of the Mentally Ill: The Challenging Role of the Defense Attorney in the Mental Health Court System. UMKC Law Review 71 (2002).
- . Criminalization of the Mentally Ill: The Challenging Role of the Defense Attorney in the Mental Health Court System. UMKC Law Review 71 (2002).
- Sheriff Aaron D. Kennard, E.Fuller Torrey, and et al. More Mentally Ill Persons Are in Jails and Prisons Than Hospitals: A Survey of the States. (May 2010).
- Judy H. Kluger. The Impact of Problem Solving on the Lawyer's Role and Ethics. Fordham Urban Law Journal 29, 5 (2002).
- Karen A. Kugler. A Prosecutor's Comment on Mental Health Courts – Realizing the Goal of Long-Term Public Safety. Mitchell Hamline Law Review 42, 2 (2006).
- Donald M. Linhorst. Mental Health Courts: Development, Outcomes, and Future Challenges. Judges's Journal Spring 4 No.2 Judges'J. 22 (2015).
- Thomas M. Therapeutic Jurisprudence : An Overview. Cooley Law Review (2000).
- Lenny Mandell. I Plead Guilty: Can I Still Exercise My Fifth Amendment Right to Remain Silent?, Preview of United States Supreme Court Cases. (1998): 133-134.

- Linda I. Gibbs Michael F. Hogan. New York State/New York City Mental Health Criminal Justice Panel Report and Recommendations [Online]. 2008.  
Available from:  
[http://www.omh.ny.gov/omhweb/justice\\_panel\\_report/#insufficient](http://www.omh.ny.gov/omhweb/justice_panel_report/#insufficient)
- Fred Osher and Denise Tomasini-joshi Michael Thompson. Improving Responses to People with Mental Illness the Essential Elements of a Mental Health Court.
- Bernd-Dieter Meier Mier. Restorative Justice- a New Paradigm in Criminal Law. European Journal of Crime,Criminal Law and Criminal Justice 6, 2: 138.
- Solomon Moore. Prison Spending Outpaces All but Medicaid [Online]. Available from: [http://www.nytimes.com/2009/03/03/us/03prison.html?\\_r=0](http://www.nytimes.com/2009/03/03/us/03prison.html?_r=0)
- John Petril Norman G. Poythress, Annette McGaha and Roger Boothroyd. Perceived Coercion and Procedural Justice in the Broward County Mental Health Court. International Journal of Law and Psychiatry 25 (2002).
- Andrea M. Odegaard. Therapeutic Jurisprudence: The Impact of Mental Health Courts on the Criminal Justice System. North Dakota Law Review 83:225 (2007).
- World Health Organization. Depression Fact Sheet [Online]. 2017. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/> [31 July 2016.
- Michael L. Perlin. The Judge, He Cast His Robe Aside, Mental Health Courts, Dignity and Due Process. Mental Health Law and Policy Journal 3, 1 (2012).
- . What Is Therapeutic Jurisprudence? . New York Law School Journal of Human Rights X Symposium (1993): 623-624.
- Allison D. Redlich. Voluntary, but Knowing and Intelligent? Comprehension in Mental Health Courts
- King County Department of Community and Human Services. Client Care Coordination Supportive Housing Outcomes. (October 2011 ).
- Janeen Buck Willison Shelli B. Rossman, et.al. Criminal Justice Interventions for Offenders with Mental Illness: Evaluation of Mental Health Courts in Bronx and Brooklyn, New York. 2012.
- Bernard A. Sherwyn. Psychiatry-the Psychotherapist as a Double Agent Tarasoff V. The Regents of the University of California Glendale Law Review (1976): 181.

- The Sixth Amendment. The Golden Gate University Law Review 2 (1972): 1.
- Bureau of Justice Statistics. Mental Health Problems of Prison and Jail Inmates 1 [Online]. 2006. Available from:  
<http://www.bjs.gov/content/pub/press/mhppijpr.cfm>
- Law and Policy Associates (LPA) Team. Seattle Municipal Mental Health Court Evaluation (2013).
- Jozsef Vign. Restorative Criminal Justice and Society. Annales Universitatis Scientiarum Budapestinensis de Rolando Eotvos Nominatae 43 (2002).
- Bruce J. Winick. Therapeutic Jurisprudence and Problem Solving Courts. 1062.
- World Mental Health Day 2015: Mental Illness Facts and Figures. [Online]. Available from: <http://www.ibtimes.co.uk/world-mental-health-day-2015-mental-illness-facts-figures-1523324>
- Honorable Ginger Lerner Wren. Mental Health Courts: Serving Justice and Promoting Recovery. Annals of Health Law: 580-581.
- จารุวรรณ ก้านศรี. โรคจิตเภท (Schizophrenia). (2556): 2.
- สุพรรณิ แสงรักษา และ ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. ความสามารถในการต่อสู้คดีของผู้ป่วยนิติจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย (2550).
- สันต์ ใจยอดศิลป์. บทความสุขภาพ [Online]. 2556. Available from:  
<http://visitdrsant.blogspot.com/2013/05/adjustment-disorder.html>
- ณรงค์ ใจหาญ. รายงานการศึกษาวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการศึกษาวิจัย เรื่อง สิทธิของผู้ต้องหา จำเลย และผู้ต้องหาโทษในคดีอาญา 2540.
- . หลักกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2556.
- เพลินตา ต้นรังสรรค์. กระบวนการยุติธรรมเชิงสมานฉันท์กับการกระทำความผิดอาญาของเด็กหรือเยาวชน. จุลนิตี (2553).
- คณิต ณ นคร. กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2555.
- แสวง บุญเฉลิมวิภาส. กฎหมายการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: วิญญูชน, 2546.
- . หลักกฎหมายอาญา. (2551): 85.
- ฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ประจำปี. สรุปผลผู้ป่วยนิติจิตเวชรับไว้ในโรงพยาบาลจำแนกตามแหล่งนำส่ง ประจำปี 2555-2559
- ปิยาภรณ์ พิสิทธิ์. Therapeutic Jurisprudence. ข่าวเนติบัณฑิตยสภา 25 272 (มีนาคม 2555): 18.

- ทวีเกียรติ มีนะกนิษฐ. คำอธิบายกฎหมายอาญา ภาคทั่วไป กรุงเทพฯ: วิญญูชน.
- ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ และคณะผู้จัดทำ. แนวทางการบริการนิติจิตเวชสำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล  
สังกัดกรมสุขภาพจิต. 4.
- เกียรติขจร วัจนะสวัสดิ์. หลักกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาว่าด้วยการดำเนินคดีในชั้นตอนก่อน  
การพิจารณา. พลสยาม พรินต์ติ้ง (ประเทศไทย) 2553.
- เพยาว์ ศรีแสงทอง. การลงโทษและการแก้ไขผู้กระทำความผิด. กรุงเทพมหานคร: จรัสสนิทวงศ์การพิมพ์,  
2554.
- ศาลฎีกา. ระบบสืบค้นคำพิพากษา คำร้องและคำวินิจฉัยศาลฎีกา [Online]. Available from:  
<http://deka.supremecourt.or.th/>
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. สรุปผลการกระทำความผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช  
———. "สรุปผลการกระทำความผิดซ้ำในผู้ป่วยนิติจิตเวช ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ", 2550-  
2559.
- . สรุปผลจำนวนผู้ป่วย ปีงบประมาณ 2557-2559
- ฝ่ายยุทธศาสตร์และแผนงาน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. "สรุปผลจำนวนวันนอนเฉลี่ยผู้ป่วยในปี  
2555-2559."
- . "สรุปผลจำนวนวันนอนผู้ป่วยในปี 2555-2559 "
- . "สรุปผลผู้ป่วยนิติจิตเวชรับไว้ในโรงพยาบาลจำแนกตามแหล่งนำส่ง ประจำปี 2555-2559."
- ศูนย์นิติจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. สรุปผลจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับบริการในเรือนจำ  
ปีงบประมาณ 2555-2559.
- . "สรุปผลจำนวนผู้ป่วยนิติจิตเวช จำแนกตามประเภทการบริการปีงบประมาณ 2555-2559."
- ศูนย์สารสนเทศสิทธิมนุษยชน สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ. Human Rights  
Dictionary: ศัพท์สิทธิมนุษยชน [Online]. Available from:  
[http://library.nhrc.or.th/Dictionary/search\\_dic.php?Search=P](http://library.nhrc.or.th/Dictionary/search_dic.php?Search=P)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. "สรุปผลการดำเนินการส่วนเลขาธิการคณะกรรมการ  
สุขภาพจิตแห่งชาติ ประจำปีงบประมาณ 2559."
- หยุด แสงอุทัย. กฎหมายอาญาภาค 1. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554.
- มาโนช หล่อตระกูล. ความผิดปกติด้านการนอน (Sleep Disorders) [Online]. Available from:  
<http://rama4.mahidol.ac.th/ramamental/?q=generaldoctor/05022014-1136>
- สุวิทนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์, 2524.
- สเปญ อุ๋นองงค์. ความผิดปกติทางเพศ [Online]. Available from:  
<http://med.mahidol.ac.th/ramamental/sites/default/files/public/pdf/%E0%B8>



[%84%E0%B8%A7%E0%B8%B2%E0%B8%A1%E0%B8%9C%E0%B8%B4%E0%B8%94%E0%B8%9B%E0%B8%81%E0%B8%95%E0%B8%B4%E0%B8%97%E0%B8%B2%E0%B8%87%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A8%20\(Sexual%20Disorders\).pdf](#)





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ผู้เขียนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ คือ นางสาวแพรวศุภางค์ พงษ์สุวรรณ เกิดเมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2531 ไม่มีพี่น้องร่วมบิดามารดา เป็นบุตรของสัตวแพทย์หญิง ดร. เขาวภา พงษ์สุวรรณ และนายสุรพล พงษ์สุวรรณ สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนสาธิตแห่งมหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ (โครงการการศึกษานานาชาติ) สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีนิติศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับสอง) มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ รัฐศาสตรบัณฑิต (สาขาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช และสำเร็จการศึกษาเนติบัณฑิตไทย จากเนติบัณฑิตยสภา สมัยที่ 66 โดยได้รับการบรรจุเป็นข้าราชการ ตำแหน่งนิติกร ระดับปฏิบัติการ เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน 2554 ที่สำนักกฎหมาย สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม

