ชื่อโครงการ: โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

Project name: The studies of mental health problems among Thai prisoners and psychiatric services in Thai prisons.

(ข้อตกลงเลขที่ 59-00-2361 รหัสโครงการ 59-01607)

โดย

แพทย์หญิงกมลชนก มนตะเสวี

แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์

แพทย์หญิงวิชชุดา จันทราษฎร์

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ได้รับทุนสนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เดือน เมษายน ปี 2561

ชื่อโครงการ: โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

(ข้อตกลงเลขที่ 59-00-2361 รหัสโครงการ 59-01607)

โดย

แพทย์หญิงกมลชนก มนตะเสวี

แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์

แพทย์หญิงวิชชุดา จันทราษฎร์

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ได้รับทุนสนับสนุนโดย สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

เดือน เมษายน ปี 2561

Project: The studies of mental health problems among Thai prisoners and psychiatric services in Thai prisons.

Contract No 59-00-2361 Project Code 59-01607

by

Kamonchanok Montasevee, MD., PhD.

Duangta Kraipasspong, MD.

Witchuda Chantarat, MD.

Galya Rajanagarindra Institute, Department of Mental Health

This project was supported by Thai Health Promotion Foundation (Thai Health)

April 20

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ

กมลชนก มนตะเสวี[1], ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์[1], วิชชุดา จันทราษฎร์[1]

[1]สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความชุกของสภาวะสุขภาพจิตและ โรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำและเพื่อศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ

วัสดุและวิธีการ ส่วนที่ 1 เป็นการสำรวจภาคตัดขวางเพื่อหาความชุกในประชากรผู้ต้องขังชายและหญิงใน 10 เรือนจำและทัณฑสถาน ในทุกภูมิภาคและทุกระดับความมั่นคงโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย และสัมภาษณ์โดยการใช้เครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)

ส่วนที่ 2 เป็นการสำรวจในกลุ่มบุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ โดยการส่งแบบสอบถามเกี่ยวกับรูปแบบการจัดระบบบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องไปทางไปรษณีย์

ผล ส่วนที่ 1 จากประชากร 600 คน แบ่งออกเป็นเพศชาย 520 คน และเพศหญิง 80 คน พบว่า 45.67% มีปัญหาสุขภาพจิต หรือโรคทางจิตเวช โดยพบความชุกในผู้ต้องขังชายมากกว่าผู้ต้องขังหญิง โรคที่พบมากที่สุดในผู้ต้องขังชาย 3 อันดับคือ โรคของสุราและสารเสพย์ติด (32.5%) โรคซึมเศร้า (17.3%) และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (15.9%) ส่วนโรคที่พบมากที่สุดในผู้ต้องขังหญิง 3 อันดับคือ ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (20.0%) โรคของสุราและสารเสพย์ติด (12.5%) และโรคจิตเภท (7.5%)

ส่วนที่ 2 พบปัญหาการจัดบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำในด้านต่างๆคือ ด้านอัตราการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก ด้านความขาดแคลนเจ้าหน้าที่/บุคลากร และ โปรแกรมการบำบัดรักษา /ฟื้นฟู ด้านสถานที่ ด้านสิทธิการรักษา และด้านการส่งต่อ/ติดต่อสื่อสาร

สรุป เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ต้องขังมีปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช โดยความชุกที่พบจะแตกต่างกันไปตามลักษณะของเรือนจำ/ทัณฑสถาน แต่พบว่ามีการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชต่ำมาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัญหาของการจัดระบบบริการในเรือนจำและทัณฑสถาน ซึ่งการแก้ปัญหาต้องอาศัยการแก้ไขเชิงระบบและนโยบาย และความร่วมมือระหว่างองค์กรอันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรม

คำสำคัญ: ผู้ต้องขัง ความชุก ระบาดวิทยา สุขภาพจิต จิตเวช

The studies of mental health problems among Thai prisoners and psychiatric services in Thai prisons.

Kamonchanok Montasevee[1], Duangta Kraipasspong[1], Witchuda Chantarat[1]

Galya Rajanagarindra Institute, Department of Menatl Health

Abstract

Objectives: To study the prevalence of mental health problems and mental disorders among Thai prisoners and to study the psychiatric service access, mental health service delivery and factors affecting service delivery in Thai prison settings.

Methods: Part 1: A cross-sectional study among Thai male and female prisoners within 10 prison settings in all regions of Thailand in all security levels of the prisons by using Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.). Part 2: A questionnaire, concerning the psychiatric service access, mental health service delivery and factors affecting service delivery, was posted to all mental health workers working in all prisons across the country.

Results: Part 1: The sample size was 600 prisoners (520 males and 80 females). Among this participants, 45.6% of them were found to have mental health problems and mental disorders. Males were more likely to have mental disorders than female. The most common mental health problems in male prisoners were Alcohol and Substance Abuse/dependence (32.5%), Depressive Disorder (17.3%) and Antisocial Personality Disorder (15.9%). Whereas the most common mental health problems in female prisoners were Suicidality (20.0%), Alcohol and Substance Abuse/dependence (12.5%) and Psychotic disorder (7.5%).

Part 2: Most common problems regarding mental health service delivery in prisons were extremely low rate of mental health service access, poor staff/prisoner ratios, lack of rehabilitation program, prison environment and problematic referral system.

Conclusion: Almost 50% of prisoners were facing mental health problems. The results varied, depending on characteristics of prisoners and prison settings. However, the extremely low rate of psychiatric service access was found which reflected a poor service delivery system. Therefore, in order to solve this issue, a strong collaboration between Ministry of Public Health and Ministry of Justice is recommended.

Keywords: prisoners, prevalence, mental health, psychiatric

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำนี้ จะสำเร็จลุล่วงไปไม่ได้เลย หากไม่ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดี จากบุคลากรจากฝ่ายต่างๆ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คุณวรวรรณ จุฑา กลุ่มงานระบาดวิทยาสุขภาพจิต สำนักสุขภาพจิตสังคม กรมสุขภาพจิต ที่ให้ความช่วยเหลือด้านกระบวนการทางสถิติ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างและการสุ่มประชากร ขอขอบพระคุณ พญ.พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และนพ.ปทานนท์ ขวัญสนิท ที่ได้กรุณาถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือ M.I.N.I. ให้แก่ทีมผู้วิจัยภาคสนาม ขอขอบพระคุณกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ที่ให้ความเอื้อเฟื้อด้านข้อมูลสถิติผู้ต้องขัง รวมไปถึงการอำนวยความสะดวกในการประสานงานเข้าเก็บข้อมูล ณ เรือนจำและทัณฑสถานต่างๆ ขอขอบพระคุณผู้บัญชาการเรือนจำและทัณฑสถานต่างๆ รวมถึงเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน ณ เรือนจำและทัณฑสถานต่างๆ ที่ให้การต้อนรับ พร้อมทั้งอำนวยความสะดวกตลอดระยะที่ลงเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบคุณทีมนักวิจัยภาคสนามจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และที่สำคัญอย่างยิ่ง คือขอขอบคุณผู้ต้องขังทุกท่านที่สละเวลาเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษานี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบบริการสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำได้

การศึกษาครั้งนี้ได้รับงบประมาณสนับสนุนทั้งหมดจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่าน (สสส.) ผ่านชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบความมั่นคงทางสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำไทย

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

คำนำ

โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของชุดโครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบความมั่นคงทางสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำไทย โดยได้รับความสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพผ่าน (สสส.) อันเนื่องมาจากได้มีการเล็งเห็นปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่มีมายาวนาน และอัตราการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ประกอบกับยังขาดข้อมูลที่เป็นปัจจุบันและครอบคลุมในประเด็นที่เป็นปัญหา ดังนั้น สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในนามกรมสุขภาพจิตจึงได้จัดทำการศึกษาชุดนี้ขึ้น โดยวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขังไทย รวมถึงศึกษาเรื่องการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในเรือนจำ รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในเรือนจำ ทั้งนี้ เพื่อการนำข้อมูลที่ได้มาเสนอแนวทางในทางแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบต่อไป

คณะผู้วิจัย

เมษายน 2561

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	ก
Abstract	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
คำนำ	ง
สารบัญตาราง	ฉ
บทที่ 1 : บทนำ	1
บทที่ 2 : เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	5
บทที่ 3 : วิธีดำเนินการศึกษา	33
บทที่ 4 : ผลการศึกษา	42
บทที่ 5 : อภิปรายผล ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ	55
บรรณานุกรม	67
ภาคผนวก	71
ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย	72
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือ M.I.N.I.	73
ภาคผนวก ค แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ณ เรือนจำและทัณฑสถานต่างๆทั่วประเทศ	74
ภาคผนวก ง รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ	78
ภาคผนวก จ ประวัติผู้วิจัย	79

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

สารบัญตาราง

ตาราง **หน้า**

ตารางที่ 2.1 ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขัง 12

ตารางที่ 2.2 แสดงปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ วิธีการจัดการระบบบริการทางจิตเวช และประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดระบบบริการ 25

ตารางที่ 2.3 แสดงผลของการสำรวจปัญหาการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ 28

ตารางที่ 3.1 แผนการดำเนินโครงการ 41

ตารางที่ 4.1 แสดงลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา 43

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของผู้ต้องที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ โรคทางจิตเวช 44

ตารางที่ 4.3 จำนวนโรคและความผิดปกติที่พบต่อจำนวนผู้ต้องขัง 1 คน 44

ตารางที่ 4.4 จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดที่พบความผิดปกติ จำแนกตามกลุ่มอาการ 45

ตารางที่ 4.5 ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 45

ตารางที่ 4.6 ความแตกต่างของสถิติผู้ต้องที่อยู่ในเรือนจำมาน้อยกว่า 1 ปีและมากกว่า 1 ปี 46

ตารางที่ 4.7 โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย แบ่งตามระดับความมั่นคงของเรือนจำและทัณฑสถาน 47

ตารางที่ 4.8 แสดงสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง 48

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของเรือนจำที่มีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในด้านต่างๆ 49

ตารางที่ 4.10 ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 51

ตารางที่ 4.11 อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช 52

ตารางที่ 4.12 ปัญหาในการทำงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ 53

ตารางที่ 4.13 อุปสรรคในการส่งผู้ต้องขังต่อไปยังสถานพยาบาลเครือข่าย/ชุมชน 54

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันตัวเลขของจำนวนต้องผู้ต้องขังทั่วประเทศไทย อยู่ที่ 286,945 คน (รายงานข้อมูลสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศของกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2561) ซึ่งมีจำนวนมากเป็นอันดับ 6 ของโลก และอันดับ 3 ของทวีปเอเชีย[1] โดยจากการรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ระบุว่าผู้ต้องขังทั่วภูมิภาคยุโรปมากกว่าร้อยละ 40 ต้องประสบปัญหาสุขภาพจิต โดยส่วนใหญ่มีปัญหาจากสารเสพติดขั้นรุนแรง และมีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 7 เท่า[2]

สำหรับประเทศไทยยังขาดแคลนฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ที่เป็นปัจจุบันและสมบูรณ์ โดยจากรายงานข้อมูลของกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ ในปีพ.ศ. 2550 ทำการสำรวจภาวะสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำประเทศไทย พบผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต ร้อยละ 23.6 ในจำนวนนี้เป็นผู้ต้องขังชาย ร้อยละ 30.09 และผู้ต้องขังหญิงร้อยละ 22.08 ของกลุ่มตัวอย่าง[3] และจากการรายงานโดยอธิบดีกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ในปีพ.ศ. 2559 พบว่า ผู้ต้องขังร้อยละ 23.6 มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิต จำแนกเป็นโรคจากสารเสพติด ร้อยละ 21.9 บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ร้อยละ 19.1 โรคอารมณ์สองขั้วหรือไบโพลาร์ ร้อยละ 9.1 โรคซึมเศร้า ร้อยละ 8.4 โรควิตกกังวล ร้อยละ 7.8 โรคจิต ร้อยละ 7.7 และความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 7.2 โดยในรายที่มีโรคทางจิตรุนแรงจะมีความเสี่ยงมากกว่าประชากรทั่วไปถึง 3 เท่า แต่กลับพบปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ต้องขังมาก ซึ่งอาจเป็นเหตุส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงทางจิตเวชดังกล่าวก่อคดีซ้ำ[4]

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาถึงจำนวนผู้ต้องขังที่กำลังเข้ารับการรักษาปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชตามจริงในปัจจุบัน จากรายงานของกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ พบว่ามีการรายงานว่ามีผู้ต้องขังป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่กำลังรับการรักษาทั้งสิ้น 3,036 คน แบ่งออกเป็นโรคจิตเภท 2,303 คน โรควิตกกังวล 438 คน

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

โรคอารมณ์แปรปรวน 183 คน และโรคทางจิตเวชอื่นๆอีก 113 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.13 ของจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดทั่วประเทศ (ข้อมูลจากกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ ประจำเดือนกรกฎาคม 2560) จากตัวเลขดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงอัตราส่วนของผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการจริงที่ต่ำมาก เมื่อเทียบกับความชุกของปัญหาที่เคยได้รับการสำรวจ รวมทั้งไม่ได้บ่งบอกถึงรายละเอียด สภาพปัญหาสุขภาพจิตและระบาดวิทยาของโรคทางจิตเวชต่างๆที่แท้จริง ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตในเรือนจำของผู้ต้องขัง ข้อมูลดังกล่าวนี้สอดคล้องกับการสำรวจของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในปี 2558 ที่พบสาเหตุของปัญหาการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำที่สำคัญหลายประการ ได้แก่ ความขาดแคลนทีมบุคลากรวิชาชีพ ตลอดจนเครื่องมือประเมินและเครื่องมือช่วยเหลือทางจิตเวช ปัญหาด้านกระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช และปัญหาด้านระบบการส่งต่อที่ซับซ้อนทำให้เกิดความล่าช้า[5] นำมาซึ่งประเด็นปัญหาที่ควรได้รับการศึกษาถึงเรื่องระบาดวิทยาที่แท้จริงของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังที่เป็นปัจจุบัน และปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ

<u>คำถามการวิจัย</u>

ระบาดวิทยาของโรคจิตเวชในผู้ต้องขังไทยเป็นอย่างไร และลักษณะการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังในเรือนจำเป็นอย่างไร

<u>วัตถุประสงค์</u>

1. เพื่อศึกษาความชุกของสภาวะสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ

2.เพื่อศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analysis) โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนแรก เพื่อศึกษาถึงความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยการสัมภาษณ์แบบต่อหน้าครั้งเดียว เก็บข้อมูลในประชากรผู้ต้องขังชายและหญิง ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป จากเรือนจำและทัณฑสถาน 10 แห่งทั่วประเทศ และการศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำในทุกเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ โดยการส่งแบบสอบถามไปยังเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังในแต่ละเรือนจำและทัณฑสถานทุกแห่งทั่วประเทศ

นิยามศัพท์

1. ระบาดวิทยา หมายถึง ขนาดและรูปแบบของปัญหาสุขภาพที่ต้องการศึกษาในกลุ่มประชากร
2. ประชากร หมายถึง ผู้ต้องขังชายและหญิงอายุ 18 ปีขึ้นไป ซึ่งอยู่ระหว่างพิจารณาคดี อุทธรณ์ ฎีกา ไต่สวนมูลฟ้อง และระหว่างสอบสวน และนักโทษเด็ดขาดในเรือนจำและทัณฑสถาน ในทุกภูมิภาค และทุกระดับความมั่นคง และ บุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังใน
3. ปัญหาสุขภาพจิต หมายถึงความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย (suicidality) และโรคบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (Antisocial personality disorder)
4. โรคทางจิตเวช หมายถึง โรคทางจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยตามเครื่องมือ Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ตาม module ที่คัดเลือกมาเข้าการศึกษานี้ ได้แก่ major depressive episode, dysthymia, (hypo)manic episode, panic disorder, agoraphobia, social phobia, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder, alcohol dependence-abuse, substance dependence-abuse, psychotic disorder และ generalized anxiety disorder

5. โรคซึมเศร้า หมายถึง major depressive episode และ dysthymia

6. โรคอารมณ์สองขั้ว หมายถึงโรคไบโพลาร์ (manic และ hypomanic episode)

7. กลุ่มอาการวิตกกังวล หมายถึง panic disorder, agoraphobia, social phobia, obsessive-compulsive disorder, post-traumatic stress disorder และ generalized anxiety disorder

8. โรคจิตเภท หมายถึง schizophrenia, psychotic disorders

9. กลุ่มโรคของสุราและสารเสพย์ติด หมายถึง alcohol dependence, alcohol abuse, substance dependence และ substance abuse

<u>ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา</u>

จากผลการวิจัยในครั้งนี้หวังว่าจะทำให้ทราบถึงข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในประเทศไทย เพื่อนำไปสู่การให้คำแนะนำในวงกว้างถึงหลักเกณฑ์ และมาตรฐานสำหรับการบริหารจัดการผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางจิต และเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข และพัฒนาเชิงนโยบายต่อไป

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรม

วัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการ

การทบทวนวรรณกรรมนี้มีจุดมุ่งหมายในการค้นหาเนื้อหาที่เกี่ยวข้องกับความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขัง รวมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ และงานบริการสุขภาพจิตในเรือนจำทั้งหมดที่เป็นปัจจุบันทั้งในและต่างประเทศ

แหล่งข้อมูล

1. ฐานข้อมูลทางวิชาการต่างประเทศ ได้แก่ MEDLINE (PubMed), ScienceDirect และ Google Scholar
2. ฐานข้อมูลทางวิชาการในประเทศ ได้แก่ เครือข่ายความร่วมมือพัฒนาห้องสมุดสถาบันอุดมศึกษาไทย (Thailis) และระบบฐานข้อมูลวารสารอิเล็กทรอนิกส์กลางของประเทศไทย (ThaiJO)
3. เอกสารอ้างอิงและบรรณานุกรม โดยนำเอกสารอ้างอิงที่ระบุไว้ด้านท้ายของงานวิจัยที่สืบค้นได้ข้างต้นมาพิจารณาหัวข้อที่เกี่ยวข้อง เพื่อสืบค้นหางานวิจัยต้นฉบับ
4. แหล่งข้อมูลของหน่วยงานหรือสถาบันที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
5. แหล่งการประชุมวิชาการ งานวิจัยที่ไม่ได้ตีพิมพ์หรือจัดเก็บในฐานข้อมูลแหล่งบทความทางวิชาการ

คำที่ใช้ในการค้นหา : psychiatric disorder, mental disorders, prevalence, prisoners, psychiatric service in prison, psychiatric service access in prison, psychiatric service access in correctional settings.

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

การคัดเลือกงานวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกจากเอกสารที่สืบค้นได้ โดยพิจารณาตาม inclusion และ exclusion criteria ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

1. เป็นรายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ บทความวิชาการ บทคัดย่อ วิทยานิพนธ์ เอกสารวิจัยตีพิมพ์ รายงาน หรือการประเมินผลโครงการที่มีระยะเวลาย้อนหลังนับจากวันที่ทบทวนไม่เกิน 10 ปี

2. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขัง หรือการเข้าถึงบริการจิตเวชของผู้ต้องขังอย่างมีระเบียบ และผลลัพธ์ที่ชัดเจนมีระยะเวลาย้อนหลังนับจากวันที่ทบทวนไม่เกิน 10 ปี

3. เป็นงานวิจัยที่ศึกษาในประเทศใดก็ได้ ทั้งที่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่และไม่ได้ตีพิมพ์เผยแพร่ ภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษมีระยะเวลาย้อนหลังนับจากวันที่ทบทวนไม่เกิน 10 ปี

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์เป็นภาษาอื่น นอกเหนือจากภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เกณฑ์การให้คะแนนวรรณกรรม

ผู้วิจัยประเมินคุณภาพงานวิจัย โดยใช้เกณฑ์การประเมินคุณภาพจากความถูกต้องเที่ยงตรงของข้อมูล ความสำคัญและน้ำหนักของข้อมูล รวมทั้งความสอดคล้องและการประยุกต์ใช้ได้ของข้อมูล โดยพิจารณาจำแนกตามชนิดของเอกสาร ดังนี้

1. กรณีรายงานการวิจัยเชิงปริมาณ ประเมินจากความเหมาะสมของรูปแบบการวิจัย การเลือกกลุ่ม ตัวอย่าง การควบคุมตัวแปรกวน การป้องกันอคติในการรายงานผลการศึกษา และการสรุปผลการวิจัยที่ตรงตามวัตถุประสงค์การวิจัย
2. กรณีรายงานประเมินโครงการ พิจารณาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง วิธีการประเมินโครงการ อคติในการเขียนรายงานผลโครงการ และผลการประเมินที่ตรงตามวัตถุประสงค์โครงการ

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

3. กรณีบทความวิชาการ พิจารณาจากความน่าเชื่อถือของวารสารที่บทความนั้นได้รับตีพิมพ์ และมีเลขประจำวารสาร

ผลการศึกษา

ผลจากการสืบค้นเอกสารและงานวิจัยด้วยคำสืบค้นต่างๆ ตามฐานข้อมูลที่กำหนด พบการศึกษาที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 2621 เรื่อง แต่ในจำนวนนี้มีการศึกษาเกี่ยวกับความชุกของโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขัง และการเข้าถึงบริการจิตเวชของผู้ต้องขัง จำนวน 71 ฉบับ และจากจำนวนนี้ มี 22 ฉบับ ที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าสู่การศึกษา โดยใช้ JBI Critical Appraisal Checklist for Prevalence Studies เพื่อประเมินคุณภาพของวิธีการศึกษา และกำหนดขอบเขตการศึกษา โดยได้นำเอกสารทั้งหมดที่ได้รับการคัดเลือกมาวิเคราะห์ และตรวจสอบอย่างเป็นระบบ ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์การคัดเลือกใน Protocol โดยคะแนนไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ซึ่งจะแยกนำเสนอตามประเด็นของการศึกษาดังนี้

ส่วนที่ 1: ความชุกของภาวะสุขภาพจิตและโรคจิตเวชในผู้ต้องขัง

จากผลการศึกษาความชุกของภาวะสุขภาพจิต และโรคจิตเวชในผู้ต้องขังทั้งหมดจำนวน 12 เรื่อง แสดงผลตามภาวะสุขภาพจิต และโรคจิตเวช ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพจิตในผู้ต้องขัง

1.1 ปัญหาสุขภาพจิตโดยรวม

พบการศึกษาในประเทศจำนวน 2 ฉบับ โดยการศึกษาของ ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์ (2550) เป็นการสรุปผลการศึกษาที่ไม่ได้ระบุค่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิต แต่เป็นการบรรยายลักษณะของปัญหา ในส่วนของการศึกษาของ วรสรรพ์ ปรัชญคุปต์, พิสมัย คุณาวัฒน์ และผอูนรัตน์ กลางมณี (2550) เป็นการศึกษาในมุมมองที่ต่างกัน คือศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง จำนวน 358 คน พบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 21.8

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศพบการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่เก็บข้อมูลในเรือนจำรัฐแมรี่แลนด์ 2 แห่ง และเรือนจำในรัฐนิวยอร์กอีก 3 แห่ง ใน 2 ช่วงเวลาที่แตกต่างกัน คือ ปี 2002 – 2003 และ ปี 2005 – 2006 ใน

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

กลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังชายและหญิงรวม 822 คน พบว่าจำนวนผู้ต้องขังหญิงที่ป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางจิตเวช (Serious Mental Illness) สูงกว่าผู้ต้องขังชายถึง 2 เท่า อย่างไรก็ตาม ในการศึกษานี้ ไม่ได้ระบุว่าโรคร้ายแรงทางจิตเวชนั้นประกอบไปด้วยโรคใดบ้าง แต่ได้มีการชี้ให้เห็นว่าผู้ต้องขังชายและหญิงควรได้รับการบริการทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่แตกต่างกัน[27]

1.2 ความพยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเอง (Suicidal Attempt and Suicidal Gesture)

พบการศึกษาจำนวน 4 ฉบับ โดย 1 ฉบับเป็นการสรุปผลที่ไม่ได้ระบุค่าความชุกของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย[8] ในส่วนผลการศึกษาทั้ง 3 ฉบับ พบค่าความชุกของการพยายามฆ่าตัวตายในประเทศไทยสอดคล้องกัน 2 ฉบับ ได้แก่ วรสรรพ์ ปรัชคุปต์ และคณะ (2550) พบค่าความชุกของผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายร้อยละ 7.5 โดยในจำนวนนี้ระบุว่ามีความพยายามในการฆ่าตัวตาย ร้อยละ 3.1 และ ไพลิน ปรัชญคุปต์, ธนิต โคตมะ, และพิสมัย คุณานุวัฒน์ (2551) ได้อธิบายปัจจัยเสี่ยงเพิ่มเติมว่าร้อยละ 14 ของผู้ต้องขังที่มีภาวะซึมเศร้า มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย ซึ่งค่าความชุกนี้แตกต่างจากการศึกษาในกลุ่มผู้ต้องขังในประเทศอิหร่านจำนวน 180 คน ที่พบว่า ผู้ต้องขังสูงถึงร้อยละ 44.6 มีแนวความคิดอยากฆ่าตัวตาย โดยในจำนวนนี้พบว่าผู้ต้องขังที่มีสถานภาพสมรสมีแนวความคิดอยากฆ่าตัวตายถึงร้อยละ 47.4 ซึ่งสูงกว่าในผู้ต้องขังที่มีสถานภาพโสด และพบว่าผู้ต้องขังที่มีระดับการศึกษาต่ำ (ระดับประถมศึกษา) มีแนวความคิดอยากฆ่าตัวตายร้อยละ 49.5 ซึ่งสูงกว่าในผู้ต้องขังที่มีระดับการศึกษาสูง โดยผู้วิจัยให้เหตุผลว่า สาเหตุที่แนวความคิดฆ่าตัวตายสูงมากนั้น เพราะว่าผู้ต้องขังมักจะแยกตัว และไม่ได้ส่งสัญญานขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และเจ้าหน้าที่เรือนจำก็ไม่ได้พบเห็นปัญหา จึงไม่ได้ถูกนำมาแก้ไข[10]

2. โรคจิตเวชในผู้ต้องขัง

2.1 โรคจิตเภท (Schizophrenia)

พบการศึกษาทั้งสิ้น 4 ฉบับ โดยส่วนใหญ่พบค่าความชุกในระดับใกล้เคียงกัน ถึงแม้เครื่องมือที่เลือกใช้ของแต่ละการศึกษาจะแตกต่างกัน และพบว่ามีความแตกต่างจากกับค่าความชุกในประชากรทั่วไปไม่มากนัก ได้แก่ การศึกษาผู้ต้องขังจำนวน 1,357 คน ในประเทศอียิปต์ พบค่าความชุกของภาวะโรคจิตเภทร้อยละ 1.3[11] การศึกษาใน

ผู้ต้องขังทั้งชายและหญิงของประเทศนอร์เวย์ จำนวน 854 คน พบค่าความชุกร้อยละ 3.3[12] และการศึกษาผู้ต้องขัง 118 คน ในประเทศอินเดีย พบค่าความชุกร้อยละ 6.7[13] ส่วนการศึกษา 1 ฉบับ ในผู้ต้องขังประเทศสเปน จำนวน 128 คน พบค่าความชุกสูงสุดแตกต่างจากการศึกษาอื่นถึงร้อยละ 25.78[14] โดยตัวเลขที่สูงนี้เกิดจากกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลเป็นกลุ่มผู้ต้องขังที่เป็นผู้ป่วยทางจิตเวชเท่านั้น ไม่ได้เก็บข้อมูลในกลุ่มผู้ต้องขังทั่วไป

2.2. โรคทางอารมณ์

พบว่ามีการศึกษาจำนวน 2 ฉบับที่กล่าวถึงโรคอารมณ์สองขั้ว ได้แก่ การศึกษาผู้ต้องขังในประเทศชิลี จำนวน 1,008 คน ด้วยแบบวัด Composite International Diagnostic Interview (CIDI) พบค่าความชุกของโรคอารมณ์สองขั้วร้อยละ 8.1[15] ในขณะที่การศึกษาผู้ต้องขังประเทศอียิปต์ จำนวน 1,357 คน ด้วยการสัมภาษณ์ทางคลินิกเวอร์ชันภาษาอาหรับ อิงตามเกณฑ์ DSM-IV พบความชุกของโรคเพียงร้อยละ 3.3 โดยร้อยละ 5.7 ระบุว่าเป็นโรคระเบิดอารมณ์ (Intermittent explosive disorders)[11]

ส่วนการศึกษาเรื่องโรคซึมเศร้า พบการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศจำนวน 8 ฉบับ โดยในจำนวนนี้ 1 ฉบับ เป็นการสรุปผลการศึกษาที่ไม่ระบุแยกโรคระหว่างโรคซึมเศร้ากับโรคจิต เนื่องจากเป็นการทบทวนวรรณกรรมที่มุ่งเน้นทบทวนปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังโดยรวมในช่วงเวลา 12 ปี[8] และอีก 2 ฉบับเป็นการศึกษาในประเทศไทยซึ่งศึกษาที่เรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นทั้งคู่ ซึ่งผลการศึกษาพบค่าความชุกของโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกันคือ ร้อยละ 36[9] และร้อยละ 15.4[7] นอกจากนี้พบเป็นผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบความชุกของโรคซึมเศร้าที่แตกต่างกันไปได้มากเป็นเท่าตัว ได้แก่ การศึกษาในประเทศชิลีพบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 6.9[15] การศึกษาในผู้ต้องขังอินเดียพบความชุกของโรคซึมเศร้าร้อยละ 16.1[13] การศึกษาในประเทศเกาหลีใต้ร้อยละ 17.3[16] การศึกษาในประเทศนอร์เวย์พบความชุกของโรคซึมเศร้าในผู้ต้องขังร้อยละ 21[12] และการศึกษาในเมือง Kasahan ประเทศอิหร่าน ร้อยละ 27.9[10]

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2.3. โรคในกลุ่มอาการวิตกกังวล

พบการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมด 4 ฉบับ ได้แก่ การศึกษาในประเทศชิลีพบค่าความชุก 8.3 เฉพาะในกลุ่มผู้ต้องขังหญิง[15] การศึกษาในประเทศอินเดีย จำนวน 118 คนพบค่าความชุกร้อยละ 8.5[13] และการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ จำนวน 857 คนพบค่าความชุกร้อยละ 42[12] ส่วนการศึกษาในประเทศอิหร่าน จากการสุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังชายจำนวน 180 คน พบความชุกของโรค Post-traumatic Stress Disorder ร้อยละ 17.4 ซึ่งความชุกของโรควิตกกังวลที่แตกต่างกันและสูงมากในบางประเทศนี้ สามารถเกิดได้จากหลายปัจจัย ได้แก่ การก่ออาชญากรรม ตกอยู่ในภาวะวิกฤต ถูกตัดสินลงโทษ อยู่ในช่วงรอรับโทษ และระยะเวลาในการถูกจำคุก ซึ่งภาวะความวิตกกังวลจากสาเหตุที่หลากหลายเหล่านี้สามารถนำไปสู่โรคต่างๆในกลุ่มอาการวิตกกังวลได้ในตัวผู้ต้องขังคนเดียวกัน[10]

2.4. โรคจากสารเสพติด (Substance –Related Disorders)

พบการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศทั้งหมด 5 ฉบับ โดยในจำนวนนี้ 1 ฉบับ ระบุปัญหาร่วมของการใช้ทั้งสุราและสารเสพติด ได้แก่ การศึกษาในประเทศชิลีพบความชุกของโรคพิษสุรา ร้อยละ 4.7 การใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders) ร้อยละ 12.2[15] ส่วนผลการศึกษาส่วนใหญ่จำนวน 4 ฉบับ พบความชุกของความผิดปกติเฉพาะการใช้สารเสพติด (Substance Use Disorders) โดยไม่ได้กล่าวถึงโรคจากการใช้สุรา ได้แก่ การศึกษาในประเทศสเปนพบความชุกความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมจากการใช้สารเสพติด (mental and behavior disorders due to use of psychotropic substances) ร้อยละ 16.4[14] การศึกษาในเมือง Kashan ประเทศอิหร่าน พบความชุกของการใช้สารเสพติด ร้อยละ 17.4[10] การศึกษาในประเทศนอร์เวย์ พบความชุกสูงถึงร้อยละ 51[12] และการศึกษาในประเทศอินเดียพบว่าผู้ต้องขังมีประวัติการใช้สารเสพติดร้อยละ 58.8 แต่ไม่ระบุจำนวนของผู้ต้องขังที่มีโรคร่วมจากการใช้สุราและสารเสพย์ติด[13]

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2.5ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ (Personality disorders)

พบการศึกษาในต่างประเทศทั้งหมดจำนวน 4 ฉบับ ซึ่งกล่าวถึงโรคบุคลิกภาพแปรปรวนโดยรวม ไม่ได้ระบุรายละเอียดว่าเป็นชนิดใดบ้าง ได้แก่ การศึกษาในประเทศอียิปต์ จำนวน 1,357 คน พบค่าความชุกร้อยละ 13.6[11] การศึกษา ในประเทศอิหร่าน จำนวน 180 คน พบค่าความชุกร้อยละ 28.3[10] การศึกษาในประเทศสเปน จำนวน 128 คนพบค่าความชุกร้อยละ 35.16[14] และการศึกษาในประเทศนอร์เวย์ จำนวน 857 คนพบค่าความชุกของโรคบุคลิกภาพผิดปกติมากถึงร้อยละ 73[12] โดยในจำนวนนี้ มีเพียง 1ฉบับที่ระบุความผิดปกติของบุคลิกภาพว่าเป็นชนิดต่อต้านสังคม ได้แก่ การศึกษาในประเทศอียิปต์ พบค่าความชุกร้อยละ 12.3[11]

2.6. โรคร่วมทางจิตเวช (Psychiatric comorbidity)

พบการศึกษาจำนวน 3 ฉบับ ในจำนวนนี้ 1 ฉบับเป็นโรคจิตเวชร่วมต่างกลุ่มวินิจฉัยโรค (heterotypic comorbidity) ได้แก่ โรคอารมณ์แปรปรวนและภาวะโรคจิต (mood disorders with psychotic) ในผู้ต้องขังประเทศนอร์เวย์ร้อยละ 5.6[12] ส่วนการศึกษาอีก 2 ฉบับไม่ได้ระบุแยกเป็นรายโรคจิตเวช โดยพบค่าความชุกที่แตกต่างกันของโรคจิตเวชร่วม ร้อยละ 36 และร้อยละ 75.1 ตามลำดับ[10,16]

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตารางที่ 2.1. ความชุกของปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขัง

กลุ่มผู้สำรวจ	ชื่อเรื่อง	สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	วิธีสุ่มตัวอย่าง	ผู้ทดสอบ	ความผิดปกติที่พบ (%)
ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์, 2550.	สุขภาพจิต กลไกทางจิตของผู้ต้องขังและนักโทษไทย	เรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ	5,327 คน	DSQ-40	แบบชั้นภูมิอย่างเป็นระบบ	ผู้วิจัย	กลุ่มตัวอย่างมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนปกติ
ไพลิน ปรัชญคุปต์, ธนิต โคตมะ, และพิสมัย คุณานุวัฒน์, 2551	ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น	เรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น	250 คน	1. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	ไม่พบฐานข้อมูลที่สมบูรณ์	ผู้วิจัย	โรคซึมเศร้า 36% มีภาวะซึมเศร้าที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 14%
วรสรรพ์ ปรัชคุปต์, พิสมัย คุณานุวัฒน์, และ ผอูนรัตน์ กลางมณี, 2550	การศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น	เรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น	358 คน	1. GHQ-28 2. แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า 3. แบบคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	Sample random sampling	ผู้วิจัยใช้วิธีการอ่านคำถามให้ผู้เข้าวิจัยตอบ และบันทึก	โรคซึมเศร้า 15.4% มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย 7.5% มีความพยายามในการฆ่าตัวตาย 3.1%
El-Gilany, et al., 2016.	Psychiatric Disorders among Prisoners: A National Study in Egypt	อียิปต์	ผู้ต้องขัง 1,357 คน อายุ 18-65 ปี ที่ใช้เวลาในคุก	สัมภาษณ์ทางคลินิกเวอร์ชันภาษาอาหรับ โดยใช้เกณฑ์ DSM-IV	Random sample	นักวิจัย และจิตแพทย์	โรคจิตเภท 1.3% โรคอารมณ์สองขั้ว 3.3% ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ 13.6% (12.3% ถูกระบุว่าเป็น Antisocial personality disorder)

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

			อย่างน้อย 1 ปี				
Kim, et al., 2017.	Prevalence of psychiatric disorders, comorbidity patterns, and repeat offending among male juvenile detainees in South Korea: a cross-sectional study	ศูนย์กักกันเยาวชนชายในเกาหลีใต้	ผู้ถูกคุมขังชาย 173 คน อายุ 15 – 19 ปี		ใช้ทุกคนที่ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก	ผู้วิจัยและจิตแพทย์	โรคซึมเศร้า 17.3% โรคร่วมทางจิตเวช 75.1%
Kumar และ Usha, 2013.	Psychiatric morbidity in prisoners	อินเดีย (Kota, Rajasthan)	118 คน	Indian Psychiatric Interview Schedule (IPIS)	สุ่มอย่างง่ายตามหมายเลขลงทะเบียนของเรือนจำ ตั้งแต่ 1-1148	ผู้วิจัย	โรคจิตเภท 6.7% โรคซึมเศร้า 16.1% โรควิตกกังวล 8.5% ประวัติการใช้สารเสพติดก่อนที่จะถูกจำคุก 58.8%
Mundt, et al., 2013.	Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons.	เรือนจำทั่วประเทศชิลี (Arica, Valparaíso, 2 in Santiago, Rancagua, Concepción and Temuco)	1008 คน	Composite International Diagnostic Interview (CIDI)	ใช้การสุ่มอย่างง่าย จาก 7 เรือนจำทั่วประเทศชิลี	ผู้วิจัย	โรคอารมณ์สองขั้ว 8.1% โรคซึมเศร้า 6.9% โรควิตกกังวล 8.3% (เฉพาะในกลุ่มผู้ต้องขังหญิง) โรค Alcohol use disorder 4.7% Substance Use Disorders 12.2%

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

Marín-Basallote และ Navarro-Repiso, 2012	Study of the prevalence of severe mental disorders in the penitentiaries Puerto I, II y III of Puerto de Santa Maria (Cadiz): new strategies of psychiatric care in prisons	สเปน (Puerto de Santa Maria)	128 คน	ICD-10	ไม่พบข้อมูลที่สมบูรณ์	จิตแพทย์	โรคจิตเภท 25.78% mental and behavior disorders due to use of psychotropic substances 16.4% ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ 35.6%
Fazel, Hayes, Bartellas, Clerici และ Trestman, 2016	Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes, and interventions				ทบทวนระบบเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้ต้องขังระหว่างปี 2003 - 2015		- ประมาณ 1 ใน 7 ผู้ต้องขังได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตหรือภาวะซึมเศร้า - บุคคลในเรือนจำที่มีปัญหาสุขภาพจิตเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การทำร้ายตนเอง การใช้ความรุนแรง และการตกเป็นเหยื่อเพิ่มขึ้น
Sepehrmanesh, Ahmadvand, Akasheh, และ Saei, 2014.	Prevalence of psychiatric disorders and related factors in male prisoners	Kashan ประเทศอิหร่าน	180 คน	1.SCL-90-R 2.DSM-IV	stratified random sampling	จิตแพทย์	โรคซึมเศร้า 27.9% มีความคิดฆ่าตัวตาย 44.6% โรควิตกกังวล 17.4%

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

							Substance Use Disorders 17.4% ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ 28.3% โรคร่วมทางจิตเวช 36%
Steadman,, Fred, Robbins, Case และ Samuels, (2009)	Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates.	2 เรือนจำในรัฐแมรี่แลนด์ และ 3 เรือนจำในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา	822 คน (รวมชาย และหญิง)	Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)	สุ่มอย่างเป็นระบบใน 2 ช่วงเวลาคือปี 2002-2003 และ 2005-2006	ผู้วิจัย	-ผู้ต้องขังชายป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางจิตเวช (serious mental illness) 14.5% -ผู้ต้องขังหญิงป่วยด้วยโรคร้ายแรงทางจิตเวช (serious mental illness) 31.0%
Cramer, 2014	**The prevalence of mental disorders among convicted inmates in Norwegian prisons**	นอร์เวย์	857 คน หญิง 755 คน ชาย 102 คน	1.M.I.N.I. 2.SIDP-IV 3.ASRS-V1.1 4. WURS	ผู้ต้องขังที่เข้ารับบริการด้านไอทีในราชทัณฑ์ และสุ่มตัวอย่าง 8 คน แยกต่างหากเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับการสำรวจ	ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ 12 คน	โรคจิตเภท 3.3% โรคซึมเศร้า 21% โรควิตกกังวล 42% Substance Use Disorders 51% ความผิดปกติทางบุคลิกภาพ 73% โรคร่วมทางจิตเวช 5.6% (mood disorders with psychotic)

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ส่วนที่ 2: การศึกษาการจัดระบบบริการและการเข้าถึงบริการจิตเวชในผู้ต้องขัง

ผลการศึกษาเรื่องการจัดระบบบริการและการเข้าถึงบริการจิตเวชในผู้ต้องขังแสดงดังตารางที่ 2.2 และ 2.3 แบ่งแสดงผลตามมิติของปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ วิธีการจัดการระบบบริการทางจิตเวช และประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดระบบบริการ ดังต่อไปนี้

1. ปัญหาของการเข้าถึงระบบบริการทางจิตเวช

พบการศึกษาในประเทศจำนวน 2 ฉบับ ซึ่งแสดงผลไปในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่าผู้ต้องขังจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการทางจิตเวช เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีความรู้จำกัดในเรื่องโรคทางจิตเวช เครื่องมือในการประเมิน และการช่วยเหลือ รวมถึงยังขาดระบบส่งต่อ และการรักษาผู้ป่วยจิตเวชคดี อีกทั้งยังมีจำนวนเจ้าที่ไม่เพียงพอ[5,17] ตลอดจนผู้ต้องขังมีการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพจิตของตนเองว่าเครียด อึดอัด ท้อแท้ เบื่อ กลุ้มใจ ห่อเหี่ยว อยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่ นอกจากนี้ยังรู้สึกหงุดหงิด กดดัน และเก็บกด โดยการรับรู้สาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต คือ สภาพแวดล้อม และบรรยากาศของเรือนจำ กฎระเบียบของเรือนจำ การฝึกอาชีพในเรือนจำ รักร่วมเพศ การติดต่อกับครอบครัวญาติพี่น้อง การปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ เพื่อนผู้ต้องขัง การถูกทำโทษ และการคาดการณ์การดำเนินชีวิตภายหลังพ้นโทษ โดยต้องการความช่วยเหลือในด้านการดูแลด้านจิตใจ ด้านการให้อภัยโทษ ด้านการยอมรับของครอบครัวและสังคม ด้านเงินทุน ด้านอาชีพ และด้านที่อยู่อาศัย ซึ่งคล้ายกับการศึกษาของต่างประเทศ

ในด้านของภาพรวมสถานการณ์การเข้าถึงบริการในเรือนจำและทัณฑสถานสหรัฐ การศึกษาของ Kaba และคณะ (2015) พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคทางจิตในรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกาประมาณ 12 ล้านคนที่เคยจำคุกหรือยังอยู่ในเรือนจำ และหมุนเวียนเข้า-ออกในเรือนจำ ประมาณ1 ใน 3 ของผู้ต้องขังเหล่านี้มีอาการป่วยทางจิตมาตั้งแต่ก่อน หรือระหว่างการถูกคุมขัง ซึ่งการวางแผนบำบัดรักษา และการจำหน่ายผู้ต้องขังกลุ่มนี้เป็นความท้าทายที่สำคัญ โดยในเรือนจำขนาดเล็กผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตคนหนึ่งอาจจะต้องทำงานหลายชั่วโมงใน 1 สัปดาห์ แต่ในเรือนจำขนาดใหญ่อาจมีบริการที่ครบถ้วนมากขึ้น

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

การศึกษาต่างประเทศจำนวน 4 ฉบับ พบปัญหาการเข้าถึงบริการที่บ่งชี้ไปในทิศทางเดียวกัน ดังนี้ ผู้ต้องขังที่เป็นชนกลุ่มน้อย (African-Caribbean prisoners) หรือผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจ โดยพบสถิติผู้ต้องขังชาวแอฟริกัน และแคริเบียนมีปัญหาสุขภาพจิตน้อยกว่าผู้ต้องขังผิวขาว อาจเกิดจากการขาดการรับรู้หรือใส่ใจของเจ้าหน้าที่ และความไม่เต็มใจในการขอความช่วยเหลือของผู้ต้องขังเอง รวมทั้งการตรวจคัดกรองในเรือนจำมักไม่ได้ผล และผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางด้านสุขภาพจิตไม่ได้รับการช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ต้องขังหญิงได้รับความช่วยเหลือดูแลปัญหาด้านอารมณ์มากกว่าผู้ต้องขังชายถึง 2 เท่า[19]

นอกจากนี้ การศึกษาของ Salize, Dreßing และ Kief (2007) ยังแสดงผลที่คล้ายคลึงกัน โดยพบว่าเจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญในการดูแลสุขภาพจิต และไม่มีมาตรฐานในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ โดยการอบรมเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอจึงทำให้ไม่พบความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องขัง อีกทั้งยังขาดโปรแกรมการรักษาผู้ที่กระทำผิดทางเพศ และการป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงสภาพเรือนจำที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเพิ่มปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขัง ตลอดจนการดูแลผู้ต้องขังหลังจากปล่อยตัวไม่เพียงพอ ทำให้มีโอกาสกระทำผิดซ้ำ และกลับมาป่วยอีก ซึ่งจากข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าหลักสูตรอบรมจิตเวชสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำมีความจำเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ปัญหาเหล่านี้ส่งผลกระทบในระยะยาวต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง และในชุมชนที่ผู้ต้องขังถูกปล่อยตัวกลับไป จึงเกิดองค์กร The National Service Framework (NSF) ในเดือน September 1999 (พ.ศ.2542) เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตที่ทันสมัยในเรือนจำ เป็นการร่วมมือระหว่างระบบดูแลสุขภาพแห่งชาติ (NHS) กับศูนย์บริการสุขภาพจิตในเรือนจำ เพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแลสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำ[19]

2. วิธีการจัดการระบบบริการทางจิตเวช

จากลักษณะของปัญหาการเข้าถึงบริการที่พบ จึงได้มีคำแนะนำในการจัดระบบบริการทางจิตเวชภายในเรือนจำ โดยพบการศึกษาในประเทศจำนวน 2 ฉบับ ได้แสดงให้เห็นถึงวิธีการจัดการระบบบริการทางจิตเวช โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2558) กล่าวว่า แนวทางการปรับปรุงบริการจะเน้นผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงสูงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิต การออกแบบกิจกรรมต้องอยู่บนพื้นฐานการคุ้มครองสิทธิ์ และกลุ่มเป้าหมายหลักเมื่อพ้นโทษไปแล้วจะ

ไม่ก่อคดีซ้ำ สามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัว และชุมชนได้ โดยได้มีการพัฒนาระบบบริการในหลายมิติ เช่น การเปิดคลินิกนิติจิตเวชจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) การพัฒนาระบบดูแลของเรือนจำโดยกำหนดให้ผู้ต้องขังทุกรายได้รับการคัดกรองสุขภาพจิต จัดกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา ให้คำปรึกษา ประเมินอาการ ตรวจรักษาทุก 3 เดือน มีระบบบริหารยาจิตเวช และการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว จัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชสำหรับบุคลากรในเรือนจำ การพัฒนาระบบส่งต่อผู้ต้องขังที่ปลดคดีสู่ชุมชนเพื่อการดูแลรักษาต่อเนื่อง 1-3 ปี เพื่อป้องกันการก่อคดีซ้ำ เพิ่มช่องทางการปรึกษา เช่น ทางโทรศัพท์ หรือผ่านทางอินเตอร์เน็ต เช่น VDO conference, application Line, E-mail พัฒนาเทคโนโลยี เครื่องมือปฏิบัติงาน เว็บไซต์ คลังความรู้ โดยการบวนการจัดการดังกล่าวยังคงรักษามาตรฐานตามสำนักงานบริหารการสาธารณสุขปี 2559 ที่ยังกำหนดให้มี บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งใน และนอกเวลาราชการ การตรวจรักษาโรคทั่วไป และเรื้อรัง และ ดูแลสุขภาพจิต ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การคัดกรอง การนำเข้าสู่การบำบัดรักษา

ซึ่งสอดคล้องกับผลการการศึกษาของต่างประเทศ จำนวน 6 ฉบับ โดย World Health Organization ซึ่งมุ่งเน้นให้

- มีการส่งผู้ต้องขังที่มีอาการทางจิตไปสู่ระบบบริการสุขภาพจิต ซึ่งผู้ที่กระทำผิดเล็กน้อย และมีความผิดปกติทางจิตใจจะถูกส่งไปยังศูนย์บริการสุขภาพจิตก่อนเข้าเรือนจำ เพื่อให้มั่นใจว่าจะได้รับการรักษา และลดจำนวนผู้ต้องขังลง

- จัดการการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตให้ผู้ต้องขังได้อย่างเหมาะสม โดยส่งต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตรวมทั้งติดสารเสพติดให้ได้รับการรักษา และจัดให้มีการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิตแก่เจ้าหน้าที่ในเรือนจำ การจัดตั้งกลุ่มวิชาชีพที่จะเข้าไปตรวจเยี่ยมในเรือนจำเป็นประจำ หรือทำให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตภายนอกเรือนจำได้ และจัดให้มีการเข้าถึงการดูแลสุขภาพจิตอย่างเร่งด่วนในหอผู้ป่วยจิตเวชในรพ.ทั่วไป เมื่อผู้ต้องขังต้องการการดูแลอย่างเร่งด่วนจำเป็นต้องถูกส่งต่อไปยังแผนกจิตเวชของรพ.ทั่วไป รวมถึงต้องมีการตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีการสนับสนุนด้านจิตสังคม และยาจิตเวชตามที่กำหนดไว้

- การจัดอบรมเจ้าหน้าที่ควรมุ่งเน้นในเรื่องความเข้าใจเรื่องความผิดปกติทางจิต และให้ตระหนักถึงสิทธิมนุษยชน ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพจิตให้แก่เจ้าหน้าที่ และผู้ต้องขัง รวมถึงป้องกันการฆ่าตัวตาย รวมถึงให้ข้อมูลหรือการศึกษาแก่ผู้ต้องขัง และครอบครัวเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพจิต เพื่อลดความรู้สึกเป็นมลทิน และป้องกันความผิดปกติทางจิต และส่งเสริมสุขภาพจิต

- ส่งเสริมมาตรฐานการควบคุมในเรือนจำให้สูงขึ้น ทั้งด้านอนามัย อาหาร อาชีพ และการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันการเลือกปฏิบัติ และใช้ความรุนแรง รวมทั้งส่งเสริมเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

- ตรวจสอบความต้องการของผู้ต้องขังว่ารวมอยู่ในนโยบาย และแผนด้านสุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อให้มีการพัฒนานโยบาย และแผนงานด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมการยอมรับกฎหมายด้านการป้องกันสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพจิต และส่งเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วน(2)

Knight และ Stephens (2009) กล่าวว่าผู้ต้องขังควรเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับตนเอง โดยได้มีการแนะนำทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพื่อช่วยเหลือผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตระดับรุนแรง เพื่อให้การดูแลรักษาเท่าเทียมกับสุขภาพจิตในชุมชน และยังมีความจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือจากสหวิชาชีพ เช่น พยาบาลจิตเวช นักอาชีวะบำบัด โดยมีเป้าหมายหลักคือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอนาคตของผู้ต้องขังและเพื่อแก้ปัญหาการกระทำผิดซ้ำ และค้นหาผู้ต้องขังที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ และมีความผิดปกติทางจิตใจที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตนเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรือนจำที่มีความวุ่นวาย และความรุนแรง

Steel และคณะ (2007) นำเสนอบทความสรุปการทำงานของคณะทำงานหลังจากทำงานค้นหา และเยียวยาโรคในผู้ต้องขังทั่วประเทศอังกฤษ และเวลส์ เป็นระยะเวลา 3 ปี โดยข้อเสนอแนะว่าคณะทำงานควรมีนโยบาย ดังนี้

- ปรับปรุงบริการด้านสุขภาพจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ต้องขังที่มีภาวะความผิดปกติทางจิตใจในระดับรุนแรง ให้การดูแลผู้ถูกขังทุกคนอย่างทั่วถึง มีการร่วมมือกับกองทุน สถานประกอบการ ที่มีแนวปฏิบัติคล้ายคลึงกัน เพื่อให้บรรลุถึงพันธกิจ และเป้าหมายในการดูแลสุขภาพจิตชุมชน

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

- แบบจำลองการรักษาแบบชุมชนบำบัดตามรูปแบบเฉพาะของกลุ่มผู้ต้องขัง พบว่ามีประสิทธิภาพการรักษาผู้ต้องขังที่เตรียมส่งต่อสุขภาพจิตชุมชน โดยมุ่งเน้นที่ความปลอดภัยเป็นหลัก

- เรือนจำควรมุ่งเน้นการให้การบำบัดสุรา และสารเสพย์ติด เพื่อป้องกันและลดปัญหาด้านอารมณ์ ความเสี่ยงในการทำร้ายตัวเองหรือฆ่าตัวตาย จนนำไปสู่ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตระดับรุนแรง

- บริการให้การรักษาการติดสารเสพติดและแอลกอฮอล์ในเรือนจำ โดยใช้เทคนิคการให้คำปรึกษา ประเมิน ส่งต่อ แนะนำ และบริการผู้ต้องขัง ให้ได้รับการบำบัดรักษาในระบบสมัครใจ หรือให้ไปรับการบำบัดรักษาตามคำสั่งของชุมชนก็ได้ โครงการที่รู้จักกันในนาม “CARAT” (Counseling, Assessment, Referral, Advice and Through care) ซึ่งได้ขยายการดำเนินงานไปยังเรือนจำทุกแห่งของอังกฤษและเวลส์ด้วยโดยมอบให้ระบบดูแลสุขภาพ NHS รับผิดชอบโดยตรงในการดูแลสุขภาพจิตในเรือนจำ เพื่อเพิ่มช่องทางในการดูแลใหม่

นอกจากนี้ Zoccali และคณะ (2008) พบว่าการตรวจวินิจฉัย และการรักษาผู้ที่ป่วยโรคทางจิตเป็นมาตรฐานหลักในการจัดบริการ และการจัดระบบเรือนจำให้ดีขึ้น ส่วนขั้นตอนการคัดกรองมีความจำเป็น เพื่อประเมินความผิดปกติทางจิต ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ในการดูแล และฟื้นฟูจิตใจผู้ต้องขัง

Brooker, Sirdifield และ Gojkovic (2007) ได้กล่าวถึงวิธีการจัดบริการทางจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถานว่าควรมี การตรวจคัดกรองเบื้องต้น การวินิจฉัยโรค และการเตรียมการพูดคุยเพื่อการบำบัด อาจเชื่อมโยงกับการวางแผนของ National Service Framework (NSF) โดยผู้ที่ทำงานด้านสุขภาพจิตโดยมีหลักในการให้บริการ คือการดูแลประสานงานจะดำเนินการต่อไปในกรณีที่ทำได้ และพยาบาลจิตเวชชุมชนจะเป็นส่วนหนึ่งของทีมจิตเวชชุมชนเพื่อให้บริการในด้านการคุมประพฤติ ส่วน Day Care Services เป็นบริการเพื่อจัดหาสภาพแวดล้อมในการบำบัดรักษาที่ไม่เป็นอันตรายโดยการเข้าถึงบริการพิเศษเพิ่มเติม นอกจากนี้การให้บริการผู้ป่วยในบางส่วนที่ต้องการการสนับสนุนตลอด 24 ชั่วโมง จะสามารถส่งต่อไปยังสถานบริการในระบบบริการสุขภาพแห่งชาติได้ โดยมีการประสานงานระหว่างศูนย์บริการในเรือนจำ

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

Brady (2008) ได้กล่าวว่าการจัดบริการสุขภาพจิตให้ผู้ต้องขัง ควรมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งสร้างระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเน้นใน 3 ด้าน คือ

- Service planning

กำหนดความรับผิดชอบในบริการสุขภาพจิตต่อผู้ต้องขังตามข้อตกลงร่วมกันของหน่วยงาน โดยมีการวางแผนเครื่องมือที่ใช้คัดกรองสุขภาพจิต เพื่อช่วยค้นหาผู้ต้องขังที่มีความต้องการบริการด้านสุขภาพจิต จัดระบบข้อมูลของกรมสุขภาพจิตให้สามารถรายงานเกี่ยวกับผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางจิต และระบบข้อมูลของกรมราชทัณฑ์ที่สามารถระบุแนวโน้มความต้องการด้านสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง มีการวางแผนบริการด้วยการจัดระบบรวบรวมและบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพจิตของผู้ต้องขัง นอกจากนี้ยังได้แนะนำให้มีการทบทวนระบบบริการทางนิติจิตเวชอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้แน่ใจว่าบริการที่วางแผนไว้จะตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตของผู้ต้องขังและสามารถปรับเปลี่ยนบริการตามแผนได้เพื่อตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงความต้องการในการให้บริการ

- Service delivery

กรมราชทัณฑ์สามารถตรวจสอบการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตที่เป็นรูปธรรม ประกอบด้วยการประเมินสุขภาพที่ครอบคลุม มีการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง ทั้งนี้หน่วยงานสุขภาพจิตมีบทบาทในการเตรียมพร้อมในรูปแบบโครงการพัฒนาสุขภาพจิต โดยจัดเครื่องมือประเมินสุขภาพจิตและจิตเวชที่มีประสิทธิภาพ พร้อมใช้งานกับผู้ต้องขังโดยเฉพาะ เพื่อประเมินโอกาสที่ผู้ต้องขังเกิดปัญหาสุขภาพจิต ความผิดปกติด้านจิตใจและระดับความรุนแรงเพื่อการส่งต่อและวางแผนให้การช่วยเหลือตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ปานกลางจนถึงระดับมาก อีกทั้งเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจิตในเรือนจำ ต้องทำการตรวจประเมินกลุ่มผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกราย และผู้ต้องขังที่สงสัยว่าอาจมีปัญหาสุขภาพจิตหรือพบภาวะอันตรายทั้งผู้ต้องขังทั่วไปและผู้ป่วยคดี นอกจากนี้หน่วยงานจะต้องมีการนำกิจกรรมเข้าสู่กระบวนการติดตาม และประเมินผลอย่างเป็นทางการเพื่อให้แน่ใจว่าบริการด้านสุขภาพจิตของผู้ต้องขังมีการกำหนดเป้าหมาย และตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการได้

กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

- Service monitoring and evaluation

กรมราชทัณฑ์ควรมีระบบตรวจสอบและประเมินผลบริการด้านการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง มีกำหนดการตรวจสอบประจำปีสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำระดับภูมิภาค มีการจัดทำแนวทางการดูแลสำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพของชุมชน ทำงานเชื่อมโยงกับศาลและตำรวจเพื่อให้มั่นใจว่าข้อมูลจากกระบวนการทั้งหมดถูกส่งมาพร้อมกับผู้ต้องขังเมื่อถึงเรือนจำ ตลอดจนมีการติดตามการใช้เครื่องมือในการคัดกรองสุขภาพจิต และการพัฒนานโยบายเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ มีความต้องการสูงและซับซ้อน รวมถึงการพัฒนาข้อตกลงในการจัดการผู้ป่วยทางนิติจิตเวชที่รอส่งต่อเพื่อการรักษาแบบผู้ป่วยใน และเพิ่มผู้เชี่ยวชาญ สำหรับการดูแลผู้ที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยใน เพื่อนำมาสู่การปฏิบัติ ป้องกัน และแก้ไขปัญหาในการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

3. ประโยชน์ที่ได้รับจากการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชภายในเรือนจำ

พบการศึกษาในประเทศจำนวน 2 ฉบับ โดยการศึกษาของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2558) พบว่าจากการติดตามผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากเรือนจำ ต้องกลับมารักษาซ้ำก่อนเวลานัด เนื่องจากขาดการรักษา และอาการทางจิตกำเริบไม่สามารถให้การต่อศาลเพื่อต่อสู้คดีได้ ทำให้ต้องคุมขังระหว่างรอพิจารณาคดีเป็นเวลานาน อยู่เรือนนอนรวมกับผู้ต้องขังอื่นๆทำให้ถูกรังเกียจ ถูกรังแก ทำร้ายร่างกาย ประกอบกับมีความเครียด ซึมเศร้า ก้าวร้าว ทำร้ายตนเองจนอาจถึงแก่ชีวิต ในขณะที่เรือนจำขาดบุคลากรวิชาชีพเฉพาะทางจิตเวช นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่เข้าไม่ถึงบริการจิตเวช เนื่องจากข้อจำกัดด้านความรู้ เครื่องมือประเมิน ระบบส่งต่อ ดังนั้นจึงเกิดการพัฒนารูปแบบการรักษาภายในเรือนจำโดยเสริมสร้างความรู้และทักษะที่จำเป็นแก่บุคลากรในเรือนจำ เปิดคลินิกนิติจิตเวชจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ตั้งแต่มีนาคม 2556 ผลที่ได้คือ ลดเวลาในการรอตรวจ เพิ่มการเข้าถึงให้ผู้ต้องขังทุกรายได้รับการคัดกรองสภาวะสุขภาพจิต จัดกิจกรรมให้สุขภาพจิตศึกษา เตรียมความพร้อมด้านจิตใจก่อนจำหน่ายออกจากเรือนจำ และส่งข้อมูลสำคัญให้หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ที่ผู้พ้นโทษจะกลับไปใช้ชีวิต อีกทั้งยังได้วางแผนและดำเนินการติดตาม รวมถึงเปิดช่องทางด่วนผ่านทางโทรศัพท์และช่องทางการสื่อสารผ่านอินเตอร์เน็ต เช่น

application Line และ E-mail เพื่อให้เข้าถึงการปรึกษา และความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ยังมีการถ่ายทอดความรู้ทักษะเกี่ยวกับผู้มีปัญหาสุขภาพจิตกับการกระทำผิดกฎหมายให้แก่ผู้พิพากษา อัยการ ตำรวจ เจ้าหน้าที่เรือนจำ และบริการข้อมูลการวิจัย เทคโนโลยี สื่อการสอนทางนิติจิตเวชให้เข้าถึงได้ง่ายขึ้น ทำให้เจ้าหน้าที่ในเรือนจำมีความรู้ ทักษะในเรื่องสุขภาพจิต และจิตเวชเพิ่มขึ้น สามารถนำไปสอนอาสาสมัครในเรือนจำได้ ตลอดจนผู้ต้องขังมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้น และสามารถเข้าถึงระบบบริการทางจิตเวชได้ง่ายขึ้น ลดภาระในการนำส่งผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงสูงออกนอกเรือนจำ นอกจากนี้ผู้ที่ถูกปล่อยตัวจะยังได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษา และลดความเสี่ยงของการหลบหนี และทำให้การก่อคดีซ้ำลดลง

ซึ่งผลดีที่เกิดขึ้นดังกล่าว สอดคล้องกับการศึกษาจากต่างประเทศจำนวน 6 ฉบับ โดย World Health Organization แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการจัดระบบบริการทางจิตเวชไว้ 3 ด้าน ดังนี้

- การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิต จะช่วยปรับปรุงสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังทั้งที่มีความผิดปกติทางจิต และผู้ต้องขังในเรือนจำทั้งหมด โดยส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นเกี่ยวกับปัญหาที่ผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางจิตต้องเผชิญ เพื่อลดปมด้อย และการถูกเลือกปฏิบัติ ตลอดจนการตอบสนองความต้องการของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นจะส่งผลให้ผู้ที่พ้นโทษออกไปสู่สังคมภายนอกสามารถปรับตัวให้เข้ากับชีวิตในชุมชนได้ดีขึ้น ซึ่งอาจจะลดการกลับเข้าไปอยู่ในเรือนจำซ้ำอีก

- การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมของเรือนจำ เพื่อให้เป็นสถานที่ทำงานที่ส่งเสริมขวัญกำลังใจ และมีผลต่อสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ จึงเป็นวัตถุประสงค์หลักที่ต้องมีระบบในการควบคุมที่ดี

- การตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพจิตของผู้ต้องขังสามารถลดอุบัติการณ์ของการกระทำผิดซ้ำ ช่วยให้คนที่มีอาการทางจิตได้รับการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถลดภาระค่าใช้จ่ายของราชทัณฑ์ในระยะยาวได้(2)

กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

นอกจากนี้การศึกษาของ Knight และ Stephens (2009) ยังเน้นให้เห็นถึงประโยชน์ของการสร้างชุมชนบำบัด (Therapeutic Communities) ช่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในอนาคตของผู้ต้องขัง และเพื่อแก้ปัญหาการกระทำผิดซ้ำ และค้นหาผู้ต้องขังที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ และมีความผิดปกติทางจิตใจที่จะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น และตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างความวุ่นวาย และการกระทำที่รุนแรงในเรือนจำ ผลที่ตามมาพบว่าผู้ต้องขังหญิงเข้าถึงการรักษามากขึ้น และได้รับความช่วยเหลือดูแลปัญหาด้านอารมณ์มากกว่าชายถึง 2 เท่า

ในการศึกษาของ Steel และคณะ (2007) แสดงให้เห็นว่าการมีทีมผู้ดูแลสุขภาพจิตในเรือนจำ ส่งผลให้มีผู้ต้องขังฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 18 จากปี 2004 - 2005 รวมถึงยังช่วยลดความเสี่ยงภายในเรือนจำ โดยมีการจัดทีมที่เข้าดูแลในช่วงวิกฤตและเข้มงวดขึ้นภายในเรือนจำ ดังนั้นการจัดให้มีการรักษาความปลอดภัยในโรงพยาบาล และการส่งต่อภายใต้ระบบพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1983 จะช่วยให้เกิดความปลอดภัย และมีจำนวนเตียงที่รองรับผู้ป่วยอย่างเพียงพอ ซึ่งการรายงานเรื่องการลดความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายนี้สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ Brooker และคณะ (2007)

นอกจากนี้ Brady (2008) ยังรายงานว่า service planning ช่วยค้นหาผู้ต้องขังที่มีความต้องการบริการด้านสุขภาพจิต ส่วน service delivery ช่วยผู้ต้องขังที่มีสุขภาพจิตระดับต่ำถึงปานกลางในการตอบสนองความต้องการในการเข้าถึงบริการได้ และ service monitoring and evaluation จะนำข้อมูลจากกระบวนการทั้งหมดส่งมาพร้อมกับผู้ต้องขังเมื่อถึงเรือนจำ รวมถึงจัดการผู้ต้องขังที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ และมีความต้องการสูงและซับซ้อน ตลอดจนสามารถจัดการผู้ป่วยทางนิติเวชที่กำลังรอการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตารางที่ 2.2 แสดงปัญหาการเข้าถึงระบบบริการ วิธีการจัดการระบบบริการทางจิตเวช และประโยชน์ที่ได้รับจากการจัดระบบบริการ

กลุ่มผู้สำรวจ	Subject	ปัญหา	วิธีการจัดการ	ประโยชน์
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2558)	การพัฒนาระบบการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ	ผู้ต้องขังจำนวนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการทางจิตเวช	- แนวทางการปรับปรุงบริการ - การปฏิบัติงานหลังปรับปรุงบริการ	เจ้าหน้าที่ในเรือนจำมีความรู้ ทักษะมากขึ้น ผู้ต้องขังมีสุขภาพจิตดีขึ้น และเข้าถึงบริการทางจิตเวชได้ง่ายขึ้น ผู้ที่จำหน่ายออก ได้รับยาต่อเนื่อง ช่วยลดภาระค่าใช้จ่าย ลดความเสี่ยงการหลบหนี และมีระบบการส่งต่อ
สำนักงานบริหารการสาธารณสุข (2559)	แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ	ผู้ต้องขังในเรือนจำทั้งประเทศทั้งชายและหญิง มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ	การจัดระบบการให้บริการ -บริการด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั้งในและนอกเวลาราชการ -ดูแลสุขภาพจิต ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การคัดกรอง การนำเข้าสู่การบำบัดรักษา	ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขัง
Brady, (2008)	Mental health services for prisoners	ไม่รายงาน	- มุ่งสร้างระบบบริการที่มีประสิทธิภาพ โดยเน้นใน 3 เรื่องคือ 1. service planning 2. service delivery 3. service monitoring and evaluation	ไม่รายงาน
Brooker, Sirdifield, และ Gojkovic (2007)	Mental Health Services and	- สภาพแวดล้อมที่ทำให้ขาดอิสรภาพในเรือนจำ	- ตรวจคัดกรองเบื้องต้น	-เพื่อป้องกันการฆ่าตัวตาย

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

	Prisoners: an updated review	- มีแนวโน้มที่จะละเลย หรือเพิกเฉยปัญหาเล็กๆน้อยๆที่ไม่ไปรบกวนการทำงานของกระบวนการยุติธรรม	- การวินิจฉัย และการรับรู้ความผิดปกติที่ซับซ้อน - การเตรียมการพูดคุย - Day Care Services - การให้บริการผู้ป่วยใน - ส่งต่อไปยังระบบบริการสุขภาพแห่งชาติ (NHS) - การประเมินระบบบริการสุขภาพจิต - พัฒนาระบบข้อมูลใหม่ - ฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ - Therapeutic Communities	-เพื่อค้นหาวรรณกรรมที่เกี่ยวกับการบริการสุขภาพจิตในเรือนจำ - การนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพดูแลสุขภาพจิตในเรือนจำ -เกิดระบบการประเมินสุขภาพจิต และการส่งต่อที่เหมาะสม
Kaba, et al., (2015)	Disparities in Mental Health Referral and Diagnosis in the New York City Jail Mental Health Service.	-มีจำนวนผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเข้า-ออกในเรือนจำแต่ละปี เป็นจำนวนมาก -เรือนจำขนาดเล็กมีเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอต่อรูปแบบการให้บริการ	- ศึกษาลักษณะเฉพาะของผู้ต้องขังกลุ่มที่เสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อการปรับแผนการประเมิน เฝ้าระวัง บำบัดรักษา และ ติดตาม -มุ่งเน้นการบำบัดรักษามากกว่าการลงโทษในกลุ่มผู้ต้องขังป่วยทางจิตเวช -ประสานความร่วมมือจากชุมชนในการดูแลต่อเนื่อง	-การนำไปสู่การปรับปรุงคุณภาพดูแลสุขภาพจิตในเรือนจำ -เกิดระบบการประเมินสุขภาพจิต และการส่งต่อที่เหมาะสม
Knight และ Stephens, (2009)	Mentally Disordered Offenders In	- รัฐบาล และศูนย์บริการในเรือนจำพยายามหาทางแก้ไขและขยายแผนกจิตเวชในเรือนจำ - สัดส่วนความชุกของผู้ต้องขังจิตเวช	- ทีมผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตช่วยเหลือผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตระดับรุนแรง - การสร้างชุมชนบำบัด (Therapeutic Communities)	การเกิดองค์กร The National Service Framework (NSF) ในเดือน September 1999 (พ.ศ.2542)

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

	Prison: A Tale Of Neglect?	1.ปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มเยาวชนในเรือนจำ ร้อยละ 95 และร้อยละ 80 ประสบปัญหาตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป และในร้อยละ 95 นี้ไม่ได้อยู่ในกลุ่มที่ได้รับการดูแล 2.วัยรุ่นในเรือนจำมีโอกาสฆ่าตัวตายมากกว่าในชุมชนทั่วไปถึง 18 เท่า และร้อยละ 53 ของการฆ่าตัวตายในผู้ต้องขังที่ไม่ได้มีอาการป่วยทางจิต **- ปัญหาของการเข้าถึงบริการ** เช่น การเป็นชนกลุ่มน้อย (African-Caribbean prisoners) หรือผู้ดูแลขาดการอบรม		
Steel, et al., (2007)	Prison mental health in reach services	ไม่พบ	- แบบจำลองการรักษา - บริการให้การรักษาการติดสารเสพติด และแอลกอฮอล์ในเรือนจำ - จัดเครื่องมือในการประเมิน และกลยุทธ์ด้านความปลอดภัย - มีทีมที่เข้าดูแลในช่วงวิกฤต และเข้มงวด - ให้ระบบดูแลสุขภาพ (NHS) รับผิดชอบ	- ผู้ต้องขังที่ฆ่าตัวตายลดลงร้อยละ 18 จากปี พ.ศ. 2547-2548 - เพิ่มช่องทางการดูแล - การรักษาผู้ต้องขังหญิง - เพื่อเร่งรัดการย้ายรพ.ภายใต้ข้อกำหนด Mental Health Act น้อยกว่า 1 สัปดาห์ ภายในปี 2551
Zoccali, et al., (2008)	Mental disorders and request for psychiatric	มาตรฐานการดูแลผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางจิตเวชในเรือนจำของประเทศอิตาลีไม่เท่ากับประเทศอื่นๆในระดับสากล	- มีการคัดกรองมีความจำเป็น เพื่อประเมินความผิดปกติทางจิต - จัดการตรวจวินิจฉัย และการรักษาที่เป็นมาตรฐาน	- กระบวนการป้องกัน ส่งเสริมและรักษามีมาตรฐานมากขึ้น

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

	intervention in an Italian local jail	- มีการดูแล และฟื้นฟูจิตใจผู้ต้องขัง	- ผู้ต้องขังมีความเข้าใจในการใช้บริการมากขึ้น และเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น

ตารางที่ 2.3 แสดงผลของการสำรวจปัญหาการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ

กลุ่มผู้สำรวจ	Subject	สถานที่	กลุ่มตัวอย่าง	เครื่องมือ	ปัญหา
Bowen, Rogers, และ Shaw, (2009)	Medication management and practices in prison for people with mental health problems: a qualitative study	ไม่พบ	ผู้ต้องขัง 39 คน และเจ้าหน้าที่ 71 คนในเรือนจำ 4 แห่ง	การออกแบบเชิงคุณภาพประกอบด้วยการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง	- ความต่อเนื่องของการดูแลสุขภาพจิต ถูกทำลายโดยการปล่อยตัว หรือเปลี่ยนการรักษาเดิมเมื่อเข้ามาอยู่ในเรือนจำ - การจัดการสุขภาพจิตในเรือนจำ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ดำเนินงานในชุมชนอย่างกว้างขวาง อาจขัดขวางการปรับปรุงมาตรฐานในการดูแลสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

Salize, Dreßing, และ Kief, (2007)	Mentally Disordered Persons in European Prison Systems - Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS)	เรือนจำยุโรป	24 ประเทศจากสหภาพยุโรปและ EFTA	แบบสอบถามประกอบด้วยมากกว่า 90 รายการที่เฉพาะเจาะจง	1.เจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญในการดูแลด้านสุขภาพจิต 2.ไม่มีมาตรฐานในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ 3.การอบรมเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอจึงทำให้ไม่พบความผิดปกติทางจิตของผู้ต้องขัง 4.สภาพเรือนจำที่ไม่เหมาะสม 5.การดูแลภายหลังจากปล่อยตัวผู้ต้องขังไม่เพียงพอ 6.ขาดโปรแกรมการรักษาผู้ที่กระทำผิดทางเพศ และป้องกันการฆ่าตัวตาย 7.ข้อมูลสุขภาพจิตในเรือนจำขั้นต้นในระดับประเทศมีไม่เพียงพอ

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

<u>วิเคราะห์ผลการศึกษา</u>

ส่วนที่ 1: ความชุกของภาวะสุขภาพจิตและโรคจิตเวชในผู้ต้องขัง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในแต่ละการศึกษามีปัจจัยที่แตกต่างกันในรายละเอียดค่อนข้างมาก ตั้งแต่การวางรูปแบบการศึกษา กระบวนการการสุ่มตัวอย่าง ระยะเวลา ไปจนถึงเครื่องมือที่ใช้ ผลที่ได้ และรูปแบบการนำเสนอผล นอกจากนี้ผลการศึกษาที่แตกต่างกัน ยังสามารถอธิบายได้ด้วยปัจจัยภายนอกที่แตกต่างกันในแต่ละการศึกษาอีกด้วย เช่น คุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง เรือนจำที่แออัด การขาดเสรีภาพ สภาพแวดล้อมในเรือนจำที่ก่อให้เกิดความเครียด มีภาวะกดดันสูง วัฒนธรรมความเชื่อและศาสนา ทัศนคติของผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ รูปแบบการให้บริการในเรือนจำแต่ละประเทศ

อย่างไรก็ตามแม้จะมีปัจจัยแตกต่างกันมาก เมื่อนำผลการศึกษาที่ได้มาเปรียบเทียบกลับพบข้อมูลที่น่าสนใจคือ ในทุกการศึกษาทั่วโลกสามารถพบความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในกลุ่มผู้ต้องขังได้สูงกว่าในประชากรทั่วไปค่อนข้างมาก ไม่ว่าจะคิดเป็นภาพรวม หรือแยกพิจารณาเป็นรายโรค นอกจากนี้ โรคทางจิตเวชที่พบได้บ่อยที่สุดคือโรคซึมเศร้า ซึ่งมักตามมาด้วยความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่สูงขึ้นเป็นเงาตามตัว และสูงกว่าในประชากรทั่วไปเป็นเท่าตัว และโรคที่พบรองลงมาคือโรคในกลุ่มอาการวิตกกังวล แต่หากแยกพิจารณาถึงปัญหาการใช้สุราและสารเสพย์ติดในระยะก่อนคุมขัง พบว่ามีผู้ต้องขังประมาณครึ่งหนึ่งมีการใช้สุราและสารเสพย์ติดมาก่อน ซึ่งมักพบร่วมกับโรคบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม และผู้ต้องขังส่วนใหญ่ที่มีคดีเกี่ยวกับยาเสพติด มักพบว่ามีโรคเกี่ยวข้องกับสารเสพติด หรือความบกพร่องทางสติปัญญา ดังนั้นการประเมินผู้ต้องขังแรกเข้า เพื่อติดตาม ลดความเสี่ยง รวมทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ส่วนโรคและปัญหาทางจิตเวชอื่นๆ พบมีอัตราส่วนที่แตกต่างกันไป เช่นโรคจิตเภท และโรคอารมณ์แปรปรวน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการศึกษาด้วย เช่นในบางศึกษามุ่งเน้นเรื่องกลุ่มโรคร้ายแรงทางจิตเวช หรือเน้นศึกษาเฉพาะกลุ่มบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม นอกจากนี้ ยังพบว่าความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง รวมไปถึงโอกาสในการพบโรคร่วมทางจิตเวชซึ่งพบได้บ่อย ดังนั้น ด้วยปัจจัยที่เหมือนและต่างกันดังที่กล่าวข้างต้น

การแก้ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถานจึงควรพิจารณาตามบริบทที่แตกต่างกันของผู้รับบริการในแต่ละที่มากกว่าจะใช้วิธีการเดียวกันหมด

นอกจากนี้ สิ่งสำคัญที่สะท้อนออกมาจากผลการทบทวนวรรณกรรมคือ ความตระหนักถึงปัญหาสุขภาพจิตของทั้งผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแล และปัญหาด้านการจัดสิ่งแวดล้อมของเรือนจำล้วนมีผลต่อสุขภาพจิตและการเข้าถึงบริการ ดังนั้น บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ทำหน้าที่ดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆควรมีความสามารถในการประเมินและคัดกรองภาวะความเจ็บป่วยได้ตั้งแต่ในระยะเริ่มต้น และมีการเพิ่มบทบาทของผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตในการตรวจและรักษาโรคจิตเวชในกลุ่มผู้ต้องขัง รวมถึงมีการจัดบริการทางจิตเวชและปรับสภาพแวดล้อมของเรือนจำให้เหมาะสม เพื่อเป็นการลดความเครียด และส่งเสริมสุขภาพจิตในเรือนจำต่อไป

ส่วนที่ 2: การศึกษาการจัดระบบบริการและการเข้าถึงบริการจิตเวชในผู้ต้องขัง

จากการศึกษาทั้งในประเทศ และต่างประเทศพบว่ามีลักษณะของปัญหาที่คล้ายคลึงกันในแง่ของ อัตราการเข้าถึงบริการต่ำ การขาดความรู้ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ในเรื่องโรคทางจิตเวช และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินมีอย่างจำกัด รวมถึงการช่วยเหลือผู้ป่วย ระบบการส่งต่อ และการรักษาผู้ป่วยคดีที่ยังมีไม่เพียงพอ อีกทั้งจำนวนของเจ้าหน้าที่มีน้อย และขาดการอบรม ส่งผลให้ขาดความชำนาญในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวช นอกจากนี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยหลังจากได้รับการปล่อยตัวมีไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบ และกลับมากระทำผิดซ้ำ ตลอดจนผู้ต้องขังส่วนหนึ่งไม่สามารถเข้าถึงบริการทางจิตเวชได้ รวมถึงการดูแลบางอย่างยังไม่ผ่านตามมาตรฐานทางจริยธรรมที่เหมาะสม อีกทั้งมีความเสี่ยงในด้านความปลอดภัย และขาดแคลนงบประมาณ ซึ่งจากการทบทวนงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

ดังนั้น เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำให้มีประสิทธิภาพ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการสนับสนุนเชิงนโยบายจากภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรผู้รับผิดชอบหลัก อันได้แก่กระทรวงยุติธรรม และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะนำมาสู่แนวทางการ

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกันตั้งแต่การประเมินเบื้องต้น การรักษา การจัดการความเสี่ยง และการส่งต่อทั้งสู่ชุมชน หรือเพื่อการรักษาต่อเนื่องที่ซับซ้อนมากขึ้น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน การปรับปรุงพัฒนาเชิงโครงสร้างและสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับการดูแลรักษาผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ซึ่งกระบวนการต่างๆเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการกำกับติดตาม ประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อแก้ปัญหาและพัฒนาอย่างยั่งยืน และก่อให้เกิดประโยชน์ในระยะยาวในแง่ของการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขัง ความต่อเนื่องในการรักษา ลดโอกาสของอาการทางจิตกำเริบและการก่อคดีซ้ำ และเพิ่มความปลอดภัยทั้งแก่ตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบของโครงการ (study design)

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analysis) ซึ่งแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วนคือ เพื่อศึกษาถึงความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ โดยเก็บข้อมูลในเรือนจำและทัณฑสถาน 10 แห่งทั่วประเทศ และการศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำในทุกเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ

ขั้นตอนการศึกษา

1. ระบุปัญหา ที่มาของปัญหาและความต้องการในการศึกษานี้
2. ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง
3. เขียนเสนอโครงร่างการวิจัย เพื่อเสนอขอรับทุนสนับสนุนการวิจัยโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)
4. คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา
5. กำหนดและออกแบบเครื่องที่ใช้ในการศึกษา
6. ปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อประเมินความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาส่วนที่ 2
7. เสนอโครงร่างการวิจัยเพื่อการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
8. ลงพื้นที่เพื่อทำการเก็บข้อมูลในการศึกษาส่วนที่ 1 และส่งแบบสอบถามไปยังเรือนจำและทัณฑสถานทุกแห่งทั่วประเทศเพื่อเก็บข้อมูลในการศึกษาส่วนที่ 2
9. รวบรวมข้อมูลที่ได้ทั้งจากการศึกษาส่วนที่ 1 และ 2 แล้วบันทึกข้อมูลดิบลงในคอมพิวเตอร์เพื่อการเตรียมการวิเคราะห์ทางสถิติ และสรุปผล
10. เขียนรายงานและสรุปผลเพื่อเตรียมจัดทำเป็นรูปเล่มและเพื่อการนำเสนอต่อไป

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เนื่องจากวัตถุประสงค์การศึกษาแยกออกเป็น 2 ประเด็นใหญ่ๆ ดังนั้นการอธิบายวิธีดำเนินการวิจัยต่อจากนี้จะแยกออกเป็น 2 ส่วน โดยส่วนแรกจะกล่าวถึงการศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ และส่วนที่สองจะกล่าวถึงการศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ ทั้งนี้การดำเนินการวิจัยทั้งสองส่วนได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล หมายเลข IPSR-IRB 2017-015

1. <u>การศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ</u>

1. ประชากรที่ศึกษา

1.1. แหล่งที่มาของประชากร

ผู้ต้องขังชายและหญิงซึ่งอยู่ระหว่างพิจารณาคดี อุทธรณ์ ฎีกา ไต่สวนมูลฟ้อง และระหว่างสอบสวน และนักโทษเด็ดขาดในเรือนจำและทัณฑสถาน ในทุกภูมิภาค และทุกระดับความมั่นคง

1.2. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง ได้มาจากการประมาณค่าความชุกของปัญหาโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขังตามการศึกษาก่อนหน้าที่ร้อยละ 21.8 ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% Confidential Interval หรือเท่ากับ 1.96 ทำให้ได้ จำนวนของกลุ่มประชากรที่ต้องการศึกษา 600 คน โดยแบ่งออกเป็นเพศชาย 520 คน และเพศหญิง 80 คน โดยอ้างอิงตามอัตราส่วนของผู้ต้องขังชายและหญิงจริงตามข้อมูลล่าสุดของกรมราชทัณฑ์ ณ เดือนกุมภาพันธ์ 2560 โดยจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว จะแบ่งการเก็บข้อมูลในเรือนจำและทัณฑสถาน 10 แห่งทั่วประเทศ เป็นเรือนจำชาย 8 แห่ง และเรือนจำหญิง 2 แห่งตามอัตราส่วนจำนวนประชากรผู้ต้องขังทั่วประเทศ มีการสุ่มเลือกเรือนจำที่จะเข้าทำการเข้าเก็บข้อมูล โดยแบ่งกระจายตามภูมิภาคและประเภทของระดับความมั่นคงในอัตราส่วนเท่าๆกัน โดยได้ความร่วมมือจากกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ในแง่ของข้อมูลการจัดระดับความมั่งคงของเรือนจำและทัณฑ

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

สถาน จากนั้นสุ่มเลือกเรือนจำและทัณฑสถานจากภูมิภาคและระดับความมั่นคงนั้นๆ โดยใช้วิธี simple random

จากกระบวนการดังกล่าว ทำให้ได้เรือนจำที่ทำการลงเก็บข้อมูลทั้งหมด 10 แห่ง ดังต่อไปนี้

- กลุ่มเรือนจำความมั่นคงสูงสุด ได้แก่ เรือนจำกลางระยอง และ เรือนจำกลางเขาบิน
- กลุ่มเรือนจำความมั่นคงสูง ได้แก่ เรือนจำกลางสมุทรปราการ และ เรือนจำกลางนครพนม
- กลุ่มเรือนจำความมั่นคงปานกลาง ได้แก่ เรือนจำอำเภอชัยบาดาล เรือนจำอำเภอนางรอง เรือนจำจังหวัดบึงกาฬ เรือนจำจังหวัดแม่ฮ่องสอน ทัณฑสถานหญิงพิษณุโลก และทัณฑสถานหญิงสงขลา

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

- ประชากรผู้ต้องขังชายและหญิงสัญชาติไทยและสามารถเข้าใจภาษาไทยได้ดี
- อยู่ระหว่างพิจารณาคดี อุทธรณ์ ฎีกา ไต่สวนมูลฟ้อง และระหว่างสอบสวน และนักโทษเด็ดขาด

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- ไม่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา

2. การเก็บข้อมูล

ผู้วิจัยได้รับความร่วมมือจากกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ในการติดต่อประสานเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำเรือนจำและทัณฑสถานทั้ง 10 แห่งที่จะลงเก็บข้อมูล โดยมีการแจ้งวันและเวลาที่จะเข้าเก็บล่วงหน้า มีการชี้แจงกระบวนการวิจัย เกณฑ์คัดเขาคัดออก กระบวนการสุ่มผู้ต้องขังจากทุกแดน และวิธีการเก็บข้อมูล โดยหลังจากที่กองบริการทางการแพทย์ได้ชี้แจงกระบวนการดังกล่าวแก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำเรือนจำและทัณฑสถาน เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำเรือนจำและทัณฑสถานจะมีการประชาสัมพันธ์แก่ผู้ต้องขังที่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาต่อไป และมีการขอความยินยอมจากผู้ต้องขัง รวมถึงการเคารพสิทธิในการตัดสินใจในการเข้า

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ร่วม / ไม่เข้าร่วมการวิจัยของผู้ต้องขัง เมื่อได้กลุ่มผู้สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาแล้ว จะมีการสุ่มอย่างง่าย (simple random) จากทุกแดนในเรือนจำและทัณฑสถานนั้นเท่าๆกัน เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ (จำนวนผู้ต้องขังชายที่ศึกษา 65 คนต่อ 1 เรือนจำ และผู้ต้องขังหญิง 40 คนต่อ 1 ทัณฑสถาน รวมจำนวนทั้งหมด 600 คน) โดยกระบวนการสุ่มเลือกจะทำโดยเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบประจำเรือนจำนั้นๆ ทั้งนี้ผู้ต้องขังที่เป็นอาสาสมัครในกลุ่มศึกษา จะได้รับค่าตอบแทนหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์รายละ 100 บาท

3. เครื่องมือที่ใช้

ในการสัมภาษณ์ผู้ต้องขัง 1 คนจะใช้เครื่องมือซึ่งเป็นแบบสอบถาม 1 ชุด ซึ่งภายแบบสอบถามใน 1 ชุดจะประกอบไปด้วย 2 ส่วนคือ ส่วนของข้อมูลทั่วไป (demographic information) (ภาคผนวก ก) และส่วนของปัญหาและโรคทางจิตเวช (ภาคผนวก ข) ใช้เวลาในการเก็บ 10 – 20 นาทีต่อคน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนอาการหรือความผิดปกติที่พบ

3.1. แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐาน (ภาคผนวก ก)

วัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมข้อมูลพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส คดีที่ต้องโทษ โทษที่ได้รับ และระยะตั้งแต่ผู้ต้องขังเข้ามาอยู่ในเรือนจำจนถึงวันที่ทำการเก็บข้อมูล โดยข้อมูลในส่วนนี้นักวิชาการสาธารณสุขจะเป็นทำการผู้สัมภาษณ์ และใช้เวลาประมาณ 1-2 นาทีต่อราย

3.2. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) Thai version 5.0.0-Revised 2007 (ภาคผนวก ข)

เครื่องมือ M.I.N.I. เป็นเครื่องมือสำหรับการสัมภาษณ์เชิงโครงสร้าง (structured interview) เพื่อการวินิจฉัยภาวะและโรคทางจิตเวช สร้างขึ้นโดยนายแพทย์ David V. Sheehan โดยอ้างอิงตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) และ International Statistical Classification of

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

Diseases and Related Health Problems (ICD) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและทดสอบความเที่ยงและความเชื่อถือได้โดยพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และคณะ[28]

การฝึกอบรมผู้ใช้เครื่องมือ M.I.N.I.

ผู้ทำหน้าที่สัมภาษณ์เก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือ M.I.N.I. เป็นกลุ่มบุคลากรสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต ประกอบไปด้วย แพทย์ 1 คน พยาบาล1 คน นักจิตวิทยา 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 2 คน และ นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน อบรม 1 รุ่น ระยะเวลา 2 วัน ในวันที่ 9 – 10 กุมภาพันธ์ 2560 กระบวนการอบรมเน้นฝึกทักษะการสัมภาษณ์ และการบันทึกข้อมูลทั้งกับกรณีสมมติและผู้ป่วยจริง เนื่องจากกระบวนการสัมภาษณ์ด้วยเครื่องมือ M.I.N.I. เป็นการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) จึงมีความจำเป็นที่ผู้สัมภาษณ์ต้องมีความคุ้นเคยและมีประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี

หลังเสร็จสิ้นกระบวนการฝึกอบรม และการฝึกใช้เครื่องมือจนชำนาญ คณะผู้วิจัยเข้าทำการเก็บข้อมูล ณ เรือนจำและทัณฑสถาน 10 แห่งทั่วประเทศตามที่ได้มีการประสานงานนัดหมายผ่านกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ไว้ก่อนหน้า โดยเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงาน ณ เรือนจำและทัณฑสถานนั้นๆจะทำการเตรียมพาผู้ต้องขังที่สมัครใจเข้าร่วมในการศึกษามาเพื่อทำการสัมภาษณ์ การดำเนินการสัมภาษณ์จะเป็นไปในลักษณะ 1 : 1 ณ สถานที่ที่ทางเรือนจำและทัณฑสถานจัดไว้ให้ ข้อมูลที่ได้จากสัมภาษณ์จะถูกเก็บเป็นความลับ มีการใส่รหัสชุดสัมภาษณ์เพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ชื่อจริงของผู้ต้องขัง ทั้งนี้ หลังจบการสัมภาษณ์ หากพบโรคทางจิตเวชหรือความผิดปกติใดๆกับผู้ต้องขัง จะมีการแจ้งผลกลับไปยังเรือนจำนั้นๆ เพื่อดำเนินการประเมินและให้การรักษาหรือพิจารณาส่งต่อเพื่อรักษาตามกระบวนการต่อไป ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะถูกเก็บบันทึกไว้เป็นความลับ โดยสามารถเข้าถึงได้เฉพาะคณะผู้วิจัยเท่านั้น ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาประมวลผ่านโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS และมีการใส่รหัสป้องกัน เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ต่อไป

กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

ศึกษาข้อมูลพื้นฐานทางประชากรศาสตร์ ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยการใช้สถิติเชิงพรรณนา คือค่าร้อยละ และค่าเฉลี่ยแล้วแยกศึกษาความแตกต่างของระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชที่แตกต่างระหว่างเพศ ระยะเวลาที่อยู่ในเรือนจำและทัณฑสถาน รวมถึงระดับความมั่นคงของเรือนจำและทัณฑสถาน โดยเปรียบเทียบกับรายงานยอดผู้ต้องขังที่เข้ารับการบำบัดรักษาโรคทางจิตเวชในเรือนจำที่มีอยู่จริง ณ ปัจจุบัน

2. <u>การศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ</u>

1. ประชากรที่ศึกษา

1.1. แหล่งที่มาของประชากร

เรือนจำและทัณฑสถานต่างๆ ทุกแห่งทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้น 142 แห่ง

1.2. การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ โดยมีการส่งเอกสารชี้แจงการศึกษาแนบไปกับแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ บุคลากรที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาจะลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตอบแบบสอบถาม แล้วส่งกลับมาที่คณะผู้วิจัยที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เกณฑ์การคัดเข้าของกลุ่มตัวอย่าง : บุคลากรผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ

เกณฑ์การคัดออก : ไม่มี

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2. การเก็บข้อมูล

คณะผู้วิจัยได้ประสานผ่านกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ เพื่อขออนุญาตทำการส่งแบบสอบถามไปยังเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังในทุกเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ โดยแบบสอบถามจะถูกส่งทางไปรษณีย์พร้อมกับเอกสารชี้แจงการวิจัย และเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และทำการรวบรวมข้อมูลที่เวลา 1 เดือนหลังจากเอกสารได้ถูกส่งออกไป

3. เครื่องมือที่ใช้ (ภาคผนวก ค)

วัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลด้านรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละเรือนจำและทัณฑสถาน รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งจะได้มาจากการตอบแบบสอบถามของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งถูกออกแบบมาเพื่อสำรวจลักษณะของรูปแบบการจัดระบบบริการ ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงบริการทางจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถานต่างๆ โดยแบบสอบถามดังกล่าว ได้รับถูกออกแบบโดยพิจารณาถึงปัจจัยส่งเสริม และปัญหาหรืออุปสรรคที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานพบ รวมไปถึงรูปแบบการจัดบริการโดยเปรียบเทียบกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระยะต่างๆในโรงพยาบาลจิตเวช โดยแบบสอบถามประกอบไปด้วยทั้งแบบตาราง และ คำถามปลายเปิด

แบบสอบถามได้ถูกพัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย โดยอ้างอิงจากมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระยะต่างๆในโรงพยาบาลจิตเวช หลังการออกแบบแบบสอบถามมีการส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 7 คน ในวิชาชีพต่างๆจากสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต และเรือนจำพิเศษ ธนบุรี กรมราชทัณฑ์ ให้ความเห็นเรื่องความสอดคล้องของแต่ละข้อคำถาม โดยใช้วิธี Delphi โดยได้ Index of Item-Objective Congruence (OIC) เท่ากับ 0.89 ซึ่งแบบสอบถามมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

- รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขัง

มีข้อคำถามเกี่ยวกับ การคัดกรอง การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ ระบบการส่งต่อ การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว การส่งตอข้อมูล และระบบยา โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ณ เรือนจำและทัณฑสถานนั้นประเมินว่า”มี” เมื่อได้มีการจัดบริการครบทุกรายละเอียดในหัวข้อดังกล่าว

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ

มีข้อคำถามเกี่ยวกับ ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช อุปสรรคต่อการเข้าถึงเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ปัญหาในการทำงานบริการที่พบบ่อย อุปสรรคในการส่งต่อผู้ต้องขังไปยังสถานพยาบาลเครือข่าย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ และความต้องการในการเพิ่มพูนความรู้ในการดูแลสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช

4. ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

หลังจากมีการส่งเอกสารชี้แจงการศึกษาแนบไปกับแบบสอบถามไปทางไปรษณีย์ไปยังบุคลากรผู้รับผิด ชอบงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ บุคลากรที่สมัครใจเข้าร่วมการศึกษาจะลงลายมือชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ตอบแบบสอบถาม แล้วส่งแบบสอบถามกลับมาทางไปรษณีย์มายังคณะผู้วิจัยที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยผู้ตอบแบบสอบถามจะได้รับค่าตอบแทนจำนวน 100 บาท

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลดิบที่ได้จากการตอบแบบสอบถาม จะถูกนำมาจัดกลุ่มคำตอบที่ใกล้เคียงกัน แยกพิจารณาตามจำนวนความถี่ของคำตอบ เพื่อจัดอันดับของปัญหาและนำมาวิเคราะห์หาวิธีการแก้ปัญหาและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

แผนการดำเนินงาน

ระยะเวลาในการดำเนินงานรวมทั้งสิ้น 18 เดือน นับตั้งแต่ พฤศจิกายน 2559 ถึง เมษายน 2561 โดยมีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ตารางที่ 3.1 แผนการดำเนินโครงการ

รายละเอียดของกิจกรรม	ช่วงเวลาที่ดำเนินการ
ประชุมคณะทำงานศึกษาการพัฒนาระบบสุขภาพจิตและจิตเวชผู้ต้องขังในเรือนจำ	พ.ย. 2559 – เม.ย. 2561
สืบค้นข้อมูล ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และเขียนโครงร่างการวิจัย	พ.ย. 2559 – ก.พ. 2560
ประชุมปรึกษากับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติการ	ม.ค. – ก.พ. 2560
อบรมการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 3 วัน	ก.พ. 2560
ลงพื้นที่รวบรวมข้อมูล	มี.ค. – ส.ค. 2560
วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้	ก.ย. – พ.ย. 2560
เขียนรายงานสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย	ธ.ค. 2560 – มี.ค. 2561
นำเสนอผลการศึกษา	มี.ค. – เม.ย. 2561

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

บทที่ 4 ผลการศึกษา

การศึกษาชิ้นนี้ จัดทำขึ้นเพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่แตกต่างกัน 2 ประเด็นคือ เพื่อศึกษาถึงความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำในปัจจุบัน และเพื่อการศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำในทุกเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ ดังนั้นการนำเสนอผลการวิจัยจะขอนำเสนอแยกเป็น 2 ประเด็นดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1: การศึกษาระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ

จากการเก็บข้อมูลส่วนแรกในกลุ่มผู้ต้องขังชาย-หญิงรวม 600 คน ในเรือนจำและทัณฑสถานที่มีระดับความมั่นคงแตกต่างกัน 10 แห่งทั่วประเทศ พบว่าข้อมูลด้านประชากรศาสตร์ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่ได้ มีความสอดคล้องกับลักษณะทางประชากรศาสตร์ของผู้ต้องขังในประเทศไทย ทั้งเรื่องของ อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส และคดีที่ต้องโทษ โดยพบว่าผู้ต้องขังที่เข้าร่วมในการศึกษามีอายุต่ำสุด 18 ปี และสูงที่สุด 76 ปี อายุเฉลี่ย ของกว่า 3 ใน 4 ของกลุ่มประชากรที่ศึกษาอยู่ในช่วงอายุวัยผู้ใหญ่คือตั้งแต่อายุ 18 ถึง 40 ปี และมากกว่าครึ่งของกลุ่มประชากรดังกล่าวจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ถึงระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในด้านสถานภาพการสมรส พบว่าเกินกว่าครึ่งของกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด เมื่อพิจารณาถึงคดีที่ต้องโทษของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าจำนวนมากถึงร้อยละ 86 เป็นความผิดคดีพรบ.ยาเสพย์ติดให้โทษ ซึ่งมีความสอดคล้องกับฐานข้อมูลจากกรมราชทัณฑ์ ดังแจกแจงรายละเอียดในตารางที่ 4.1

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตารางที่ 4.1 แสดงลักษณะทางประชากรศาสตร์ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ลักษณะทางประชากรศาสตร์	**รายละเอียด**	**จำนวนที่พบ(คน)**	**ร้อยละ**
ช่วงอายุ	18-25 ปี	139	22.8
	26-40 ปี	325	63.3
	41-60 ปี	125	13.5
	61 ปีขึ้นไป	11	0.5
ระดับการศึกษา	ไม่เคยได้รับการศึกษา	13	2.2
	ประถมศึกษา	226	37.6
	มัธยมศึกษาตอนต้น	175	29.2
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	138	23.0
	ปริญญาตรีขึ้นไป	16	3.3
	อื่นๆ	32	5.3
สถานภาพการสมรส	โสด	357	59.5
	คู่	201	33.5
	ม่าย	2	0.3
	หย่า/แยกกันอยู่	40	6.7
คดีความผิดที่ต้องโทษ	พรบ.ยาเสพย์ติดให้โทษ	516	86
	ความผิดต่อชีวิต	25	4.17
	พรากผู้เยาว์	23	3.83
	ลักทรัพย์	18	3
	ข่มขืนกระทำชำเรา	11	2
	บุกรุก	7	1.1

เมื่อพิจารณาถึงปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา พบว่าในกลุ่มเกือบครึ่งหนึ่งของประชากรกลุ่มดังกล่าว (ร้อยละ 45.67) ตรวจพบว่าปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิต ทั้งนี้พบความผิดปกติในกลุ่มผู้ต้องขังชายพบมากกว่าผู้ต้องขังหญิง ดังแสดงในตารางที่ 4.2 นอกจากนี้ยังพบว่าในผู้ที่ตรวจพบความผิดปกติ

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

จำนวนหลายคนไม่ได้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือโรคทางจิตเวชเพียงประเภทเดียว แต่อาจพบโรคร่วมทางจิตเวชได้ถึงมากกว่า 3 โรค ดังแสดงในตารางที่ 4.3

ตารางที่ 4.2 ร้อยละของผู้ต้องที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ โรคทางจิตเวช

	มีปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช	
	จำนวนผู้ต้องขัง(คน)	ร้อยละ
ผู้ต้องขังชาย	246	47.31
ผู้ต้องขังหญิง	28	35
รวม	274	45.67

ตารางที่ 4.3 จำนวนโรคและความผิดปกติที่พบต่อจำนวนผู้ต้องขัง 1 คน

	ไม่พบปัญหาสุขภาพจิตและโรคร่วมทางจิตเวช(คน)	**พบปัญหาสุขภาพจิตและโรคร่วมทางจิตเวช**			**รวม (คน)**
		พบ 1 โรค(คน)	พบ 2 โรค(คน)	พบ 3 โรคขึ้นไป(คน)	
ผู้ต้องขังชาย	274	117	63	66	520
ผู้ต้องขังหญิง	52	18	6	4	80
รวม	326	135	69	70	600

จากตัวเลขดังกล่าว เมื่อพิจารณาแยกเป็นรายกลุ่มอาการทางจิตเวชพบว่าโรคหรือความผิดปกติที่พบได้บ่อยที่สุด 3 อันดับในกลุ่มผู้ต้องขังที่ทำการศึกษา คือโรคของสุราและสารเสพย์ติด ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย และบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมตามลำดับ โดยเมื่อแยกพิจารณาตามเพศพบว่าในเพศชาย พบความชุกของโรคของสุราและสารเสพย์ติดมากเป็นอันดับ 1 โดยพบถึงประมาณ 1 ใน 3 ของประชากรผู้ต้องขังชาย ตามมาด้วยโรคซึมเศร้าและบุคลิกแบบต่อต้านสังคมในอัตราส่วนที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนในกลุ่มผู้ต้องขังหญิง พบปัญหามีความเสี่ยงในการ

ฆ่าตัวตายสูงที่สุด ตามมาด้วยโรคในกลุ่มสุราและสารเสพย์ติด และโรคจิตเภทตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.4

ตารางที่ 4.4 จำนวนผู้ต้องขังทั้งหมดที่พบความผิดปกติ จำแนกตามกลุ่มอาการ

โรคและกลุ่มอาการทางจิตเวช	ผู้ต้องขังชาย		ผู้ต้องขังหญิง		รวม	
	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ซึมเศร้า	90	17.3	5	6.25	95	12.69
อารมณ์สองขั้ว	66	12.69	3	3.75	69	11.5
กลุ่มอาการวิตกกังวล	69	13.27	3	3.75	72	12
ความเสี่ยงฆ่าตัวตาย	79	15.19	16	20	95	15.83
สุราและสารเสพย์ติด	169	32.5	10	12.5	179	29.83
กลุ่มจิตเภท	58	11.15	6	7.5	64	10.67
บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม	87	16.73	4	5	83	13.83

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดของกลุ่มผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายทั้งหมด พบว่าในผู้ต้องขังชายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่ำ พบมีความเสี่ยงปานกลางร้อยละ 1.15 และความเสี่ยงสูงร้อยละ 1.35 และในส่วนของกลุ่มผู้ต้องขังหญิง พบว่าทั้งหมดเป็นกลุ่มความเสี่ยงต่ำทั้งสิ้น ดังแสดงผลในตารางที่ 4.5

ตารางที่ 4.5 ผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย

	ระดับความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย						**รวม**
	ระดับต่ำ (คน)	ร้อยละ	ระดับปานกลาง (คน)	ร้อยละ	ระดับสูง (คน)	ร้อยละ	**(คน)**
ผู้ต้องขังชาย	66	12.69	6	1.15	7	1.35	79
ผู้ต้องขังหญิง	16	20	0	0	0	0	16
รวม	82	13.67	6	1	7	1.17	95

กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

หากแยกพิจารณาที่ระยะเวลาที่ผู้ต้องขังเข้ามาอยู่ในเรือนจำที่น้อยกว่า 1 ปี และมากกว่า 1 ปีขึ้นไปพบว่ามีความแตกต่างในความชุกของปัญหาและโรคที่พบอย่างชัดเจนทั้งในเพศชายและหญิง โดยความผิดปกติที่พบมากที่สุดเป็นสามอันดับแรกล้วนแล้วแต่อยู่ในกลุ่มโรคของสุราและสารเสพย์ติดทั้งสิ้น ทั้งในเพศชายและหญิง โดยพบว่ามากกว่า 1 ใน 3 ของผู้ต้องขังชายและหญิงที่รับใหม่ไม่เกิน 1 ปี มีปัญหาติดสารเสพย์ติด แต่ความชุกของปัญหาและโรคที่พบจะเริ่มพบว่ามีความแตกต่างกันไปในเพศชายและหญิงหลังจากที่ผู้ต้องขังอยู่ในเรือนจำมามากกว่า 1 ปีไปแล้ว ดังแสดงรายละเอียดในตารางที่ 4.6

ตารางที่ 4.6 ความแตกต่างของสถิติผู้ต้องที่อยู่ในเรือนจำมาน้อยกว่า 1 ปีและมากกว่า 1 ปี

	ผู้ต้องขังที่อยู่มาน้อยกว่า 1 ปี		**ผู้ต้องขังที่อยู่มามากกว่า 1 ปี**	
	โรคที่พบบ่อย	ร้อยละที่ตรวจพบ	โรคที่พบบ่อย	ร้อยละที่ตรวจพบ
ผู้ต้องขังชาย	ภาวะติดสารเสพย์ติด	34.39	บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม	18.0
	ภาวะติดสุรา	21.16	ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	15.0
	ใช้สุรา	16.40	โรคจิตเภท	3.0
ผู้ต้องขังหญิง	ภาวะติดสารเสพย์ติด	35	ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	22.0
	โรคในกลุ่มสุราและสารเสพย์ติด	15	บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม	5.0
			กลุ่มอาการวิตกกังวล	4.0

เมื่อแยกพิจารณาตามระดับของความมั่นคงของเรือนจำและทัณฑสถาน พบว่าในเรือนจำและทัณฑสถานแต่ละดับ มีความชุกของปัญหาและโรคทางจิตเวชแตกต่างกันออกไป โดยในเรือนจำที่มีระดับความมั่นคงสูงสุดพบว่าจำนวน 1 ใน 5 ของผู้ต้องขังพบมีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม ซึ่งความชุกของโรคนี้พบน้อยลงตามลำดับในเรือนจำและทัณฑสถานที่มีระดับความมั่นคงลดหลั่นกันลงมา ดังแสดงผลในตารางที่ 4.7

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตารางที่ 4.7 โรคทางจิตเวชที่พบบ่อย แบ่งตามระดับความมั่นคงของเรือนจำและทัณฑสถาน

ระดับความมั่นคง	โรคที่พบบ่อย	ร้อยละ
ระดับความมั่นคงสูงสุด	บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม	21.5
	ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	16.2
	โรคซึมเศร้า	10.0
ระดับความมั่นคงสูง	บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม	18.5
	ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	17.7
	ภาวะติดสารเสพย์ติด	16.9
ระดับความมั่นคงปานกลาง	ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตาย	15.3
	ภาวะติดสารเสพย์ติด	15.0
	บุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม	10.3

<u>ส่วนที่ 2: การศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ</u>

จากข้อมูลล่าสุดของกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ พบว่าตัวเลขของผู้ต้องขังในประเทศไทยที่กำลังอยู่ระหว่างรับการรักษาโรคทางจิตเวชทั้งหมดในปัจจุบันอยู่ที่ ราย 3,036 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 0.13 ของจำนวนผู้ต้องขังทั้งหมด (ข้อมูลประจำเดือนกรกฎาคม 2560) ซึ่งพบว่าตัวเลขนี้ต่ำมาก แม้เทียบกับความชุกในกลุ่มประชากรทั่วไป นอกจากนี้ เมื่อเปรียบเทียบกับผลการศึกษาที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง จะเห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมาก ซึ่งแสดงให้เห็นถึงอัตราการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่าที่ควรจะเป็น และจากการสำรวจปัญหาด้านสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง พบว่าผู้ต้องขังจำนวนถึงเกือบ 1 ใน 4 ไม่มีสิทธิการรักษา หรือมีปัญหาด้านสถานะและสิทธิการรักษา ดังแสดงในตารางที่ 4.8 ซึ่งปัญหานี้อาจเกิดขึ้นด้วยหลายสาเหตุ เช่น ผู้ต้องขังเป็นชาวต่างชาติ ชนชายขอบ หรือไม่สามารถระบุตัวตนของผู้ต้องขังได้ตั้งแต่แรกรับ ซึ่งส่งผลให้เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงการรักษาเมื่อเกิดอาการเจ็บป่วยไม่ว่าด้วยโรคทางกายหรือทางจิต

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตารางที่ 4.8 แสดงสิทธิการรักษาของผู้ต้องขัง (ข้อมูล ณ เดือนมีนาคม 2560 จากกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์)

ประเภท	จำนวน(คน)	ร้อยละ
สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า	166,542	73.57
สิทธิประกันสังคม	4,815	2.13
สิทธิข้าราชการ	1,203	0.53
สิทธิองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น	222	0.10
สิทธิอื่นๆ	264	0.12
มีปัญหาสถานะและสิทธิ	373	0.16
ไม่มีสิทธิการรักษา	52,960	23.39

จากจำนวนแบบสอบถามทั้งหมด 142 ชุด ที่ส่งออกไปยังทุกเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ มีเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ตอบแบบสอบถามกลับมาจำนวน 76 ชุด คิดเป็นร้อยละ 53.52 ของจำนวนเรือนจำและทัณฑสถานทั้งหมด โดยการตอบแบบสอบถามดังกล่าวจะเป็นการประเมินจากมุมมองของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำจะเป็นผู้ประเมินระบบบริการที่ตนปฏิบัติงานตามจริง

จากการสำรวจรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ในเรือนจำและทัณฑสถาน แบ่งออกเป็นหัวข้อต่างๆดังแสดงในตารางที่ 4.9 ซึ่งในแต่ละหัวข้อ เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจะสามารถตอบได้ว่ามีการปฏิบัติในหัวข้อนั้นๆก็ต่อเมื่อได้มีการจัดระบบบริการครบตามรายละเอียดที่แจกแจงไว้ในแต่ละข้อตามตารางเท่านั้น จากการสะท้อนปัญหาจากหน้างานพบว่ารูปแบบการจัดบริการส่วนที่พบเป็นปัญหาบ่อยที่สุดคือ ปัญหาการขาดการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ต้องหาที่เป็นผู้ป่วยจิตเวช โดยมีเรือนจำและทัณฑสถานที่สามารถจัดระบบบริการด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ต้องหาได้เพียง 1 ใน 4 (ร้อยละ 25) เท่านั้น ที่พบรองลงมาคือปัญหาด้านการบำบัดรักษา โดยมีเรือนจำและทัณฑสถานที่สามารถจัดระบบบริการได้เพียงร้อยละ 51.3 และปัญหาด้านการส่งต่อข้อมูลหลังจากที่ผู้ต้องขังถูก

ปล่อยตัวกลับสู่ชุมชน มีเรือนจำและทัณฑสถานที่สามารถจัดระบบดังกล่าวได้ ร้อยละ 68.4 ส่วนระบบบริการที่เรือนจำส่วนใหญ่สามารถทำได้ครบมากที่สุดคือการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตผู้ต้องขังรับใหม่ทุกราย (ร้อยละ 89.5) รายละเอียด ดังที่แสดงในตารางที่ 4.9

ตารางที่ 4.9 ร้อยละของเรือนจำที่มีความพร้อมในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำในด้านต่างๆ

รูปแบบการจัดระบบบริการ	ลักษณะของการบริการ	ร้อยละ
1. การคัดกรอง	ผู้ต้องขังรายใหม่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตทุกราย	89.5
2. การบำบัดรักษา	มีการจัดสถานที่ที่เหมาะสมกับการบำบัดรักษา มีการจัดระบบการบำบัดรักษาสำหรับผู้ต้องขังจิตเวชโดยเฉพาะ	51.3
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพ	มีโปรแกรมฟื้นฟูสภาพจิตสำหรับผู้ต้องขังจิตเวช	25
4. ระบบส่งต่อ	ในกรณีฉุกเฉินมีเครือข่ายสุขภาพจิตที่สามารถส่งต่อผู้ต้องขังได้ มีการดูแลรักษาเบื้องต้น เช่น การเตรียมข้อมูลผู้ป่วย การประสานหน่วยงานที่ส่งต่อที่เหมาะสมและรวดเร็ว	77.6
5. การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อย	มีการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัวในผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกราย	71.1
6. การส่งต่อข้อมูล	มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลและประวัติการรักษาไปยังชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	68.4
7. ระบบยา	ในกรณีฉุกเฉินทางจิตเวชมียาที่พร้อมใช้ มีสถานที่เก็บรักษาที่เหมาะสม กระบวนการเข้าถึงยาจิตเวชมีความปลอดภัยโดยอยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่ และอยู่ห่างจากมือของผู้ต้องขัง มีการติดตามผลข้างเคียงของยาที่ใช้	71.1

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ

แบบสอบถามในส่วนนี้จะเป็นคำถามปลายเปิด เพื่อพิจารณาถึงปัจจัยทั้งในแง่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการในเรือนจำและทัณฑสถานนั้นๆ คำตอบที่คล้ายคลึงกันจะถูกนำมาจัดกลุ่มหมวดหมู่เดียวกัน นำเสนอเรียงตามความถี่ของคำตอบ โดยแยกการพิจารณาออกเป็น 4 ประเด็นดังต่อไปนี้คือ

1. ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

คำตอบที่พบมากที่สุดจะเน้นไปในเรื่องของการคัดกรองผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกรายด้วยการใช้แบบประเมิน PMHQ โดยมีผู้ตอบในหัวข้อนี้ร้อยละ 38.89 เนื่องจากสามารถช่วยให้สามารถประเมินผู้ต้องขังได้อย่างรวดเร็ว และนำไปสู่การรักษาได้ง่ายขึ้น คำตอบที่พบรองลงมาคือ การช่องทางให้คำปรึกษาแก่ผู้ต้องขังที่จัดโดยเจ้าหน้าที่ภายในเรือนจำโดยอาจจัดเป็นคลินิกต่างๆ หรือตู้รับปัญหา โดยมีเรือนจำและทัณฑสถานที่สามารถให้บริการดังกล่าวได้ร้อยละ 25.42 รายละเอียดดังในตารางที่ 4.10

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตารางที่ 4.10 ปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

ปัจจัยส่งเสริม	**ร้อยละของคำตอบ**
มีการตรวจคัดกรองผู้ต้องขังเข้าใหม่ทุกรายโดยการใช้แบบประเมินภาวะสุขภาพจิตสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำไทย (PMHQ Thai)	38.89
สถานพยาบาลในเรือนจำมีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาและช่องทางขอรับคำปรึกษาแก่ผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น คลินิกคลายเครียด คลินิกจิตเวช ตู้รับปัญหาเพื่อพบเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเมื่อเกิดภาวะเครียด	25.42
มีทีมเพื่อนช่วยเพื่อน(อาสาสมัครเรือนนอน) เพื่อคอยสังเกตอาการ เฝ้าระวังพฤติกรรมและส่งตัวมาสถานพยาบาลเพื่อให้การบำบัดรักษา โดยจะต้องผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ช่วยเหลืองานด้านสาธารณสุขเรือนจำ(อสรจ.)	8.47
มีการจัดอบรมโครงการ กิจกรรมรณรงค์ในวันสุขภาพจิตเรือนจำ	5.08
มีจิตแพทย์ เข้าให้บริการตรวจรักษาผู้ต้องขังในเรือนจำ	3.38
ประเมินสุขภาพจิตก่อนปล่อย	3.38

2. อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

เมื่อพิจารณาถึงอุปสรรคหรือปัจจัยที่ให้ผู้ต้องไม่สามารถเข้าบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถานนั้นๆได้ คำตอบที่ได้กว่าครึ่งจะกล่าวถึงเรื่องของปัญหาขาดความเชี่ยวชาญของบุคลากรผู้ให้บริการ หรือการขาดแคลนบุคลากรเฉพาะทาง (ร้อยละ 52.17) ผลที่ตามมาคือขาดความสามารถการประเมินอาการของผู้ต้องขังป่วยอย่างรวดเร็ว ทำให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการได้ล่าช้า และไม่สามารถปรับการรักษาด้วยตนเองได้ ส่วนประเด็นอื่นๆนั้นมีการกล่าวถึงลดหลั่นกันลงมา ดังแสดงผลในตารางที่ 4.11

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตารางที่ 4.11 อุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

อุปสรรค	**ร้อยละของคำตอบ**
ปัญหาด้านความเชี่ยวชาญของบุคลากร และขาดบุคลากรที่เฉพาะทาง เช่น จิตแพทย์ นักจิตวิทยา	52.17
การส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยขาดความต่อเนื่อง	17.39
ปัญหาด้านสถานที่ พยาบาลอยู่คนละที่กับสถานที่ผู้ต้องขังจิตเวชพักอาศัยอยู่ ทำให้ดูแลไม่ทั่วถึง	8.68
กรณีเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยติดตามญาติไม่ได้ ชุมชนไม่ให้ความร่วมมือ	4.34
ผู้ต้องขังไม่มีเอกสารการตรวจสอบสิทธิ์ในการรักษาพยาบาล	4.34
ความเข้มงวดของการรักษาระเบียบวินัยทำให้ผู้ต้องขังไม่กล้าเปิดใจคุยปัญหาสุขภาพจิต	4.34
ขาดความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่อื่นๆที่ไม่ใช่ทีมสุขภาพจิต	4.34

3. ปัญหาในการทำงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ

เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานกล่าวถึงลักษณะปัญหาในการปฏิบัติงานใน 3 ประเด็นใหญ่ๆคือ ปัญหาด้านผู้ต้องขังและญาติ ปัญหาด้านสถานที่และอุปกรณ์ และปัญหาด้านเจ้าหน้าที่/บุคลากรภายในเรือนจำ โดยแต่ละประเด็นจะแบ่งออกเป็นรายปัญหาย่อยๆ ทั้งนี้พบว่าปัญหาที่พบมากที่สุดคือ ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ต้องขังขาดความต่อเนื่องตั้งแต่ก่อนที่ผู้ต้องขังจะถูกส่งตัวมายังเรือนจำและทัณฑสถานนั้นๆ โดยพบปัญหานี้ถึง 1 ใน 3 ของการตอบแบบสอบถาม และปัญหาเรื่องความขาดแคลนเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน รายละเอียดดังเสนอในตารางที่ 4.12

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตารางที่ 4.12 ปัญหาในการทำงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ

หัวข้อของปัญหา	รายละเอียด	ร้อยละ
1. ปัญหาของผู้ต้องขังและญาติ	ข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ต้องขังขาดความต่อเนื่อง	33.33
	สิทธิการรักษาของผู้ป่วยอยู่นอกพื้นที่ ทำให้เกิดความล่าช้าในการรักษา	8.33
	ผู้ต้องขังขาดยา หากไม่มีอาการฉุกเฉิน หรือรุนแรงจะไม่สามารถออกไปรับยานอกเรือนจำได้	2.08
2. ปัญหาของสถานที่/อุปกรณ์	ไม่มีสถานที่จัดให้บริการสุขภาพจิตที่เป็นสัดส่วนหรือแยกเป็นการเฉพาะ	6.25
	ขาดอุปกรณ์ที่จำเป็นในการจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยจิตเวชในช่วงที่ควบคุมพฤติกรรมตนเองไม่ได้ เช่นห้องแยกผู้ป่วย ผ้าสำหรับผูกยึด	2.08
	จำนวนผู้ต้องขังที่ป่วยมีมาก ส่งผลให้ไม่สามารถพาไปรับการรักษาโดยพบจิตแพทย์/พยาบาลเฉพาะทาง	2.08
3. ปัญหาของเจ้าหน้าที่/บุคลากรในเรือนจำ	บุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางด้านจิตเวชมีไม่เพียงพอ	18.75
	ขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องของจิตเวช ไม่ว่าจะเป็นเรื่องอาการ การวินิจฉัย การรักษา เรื่องยา ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการรักษาโรค เนื่องจากไม่สามารถจำแนกผู้ต้องขังตั้งแต่แรกรับได้ หรือในช่วงที่ผู้ต้องขังอยู่ในเรือนจำ	6.25
	ไม่ได้รับความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ในเรือนจำ เช่น การทานยาไม่ครบ	2.08
	ไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง	2.08
	ผู้ต้องขังจิตเวชค่อนข้างมากทำให้ไม่มีเวลาในการให้คำปรึกษาในกรณีรายบุคคล	2.08

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

4. อุปสรรคในการส่งผู้ต้องขังต่อไปยังสถานพยาบาลเครือข่าย/ชุมชน

ประเด็นที่สำคัญในการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชคือการดูแลต่อเนื่องอย่างมีประสิทธิภาพในระยะยาว ทั้งในระหว่างคุมขังและหลังจากปล่อยตัว ทั้งนี้ในแง่ของการส่งต่อผู้ขังเพื่อการรักษาต่อเนื่องพบว่าปัญหาที่ที่พบบ่อยที่สุดคือความล่าช้าของการส่งต่อข้อมูลต่อข้อมูลการรักษา โดยพบถึงร้อยละ 44.44 และปัญหาในเรื่องของการขาดแคลนอัตรากำลังคนอีกร้อยละ 33.33 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4.13

ตารางที่ 4.13 อุปสรรคในการส่งผู้ต้องขังต่อไปยังสถานพยาบาลเครือข่าย/ชุมชน

หัวข้อ	**ร้อยละ**
ความล่าช้าในการส่งต่อประวัติการรักษา	44.44
อัตรากำลังในการควบคุมผู้ต้องขังไม่เพียงพอ	33.33
ระยะทาง ความยากลำบากในการเดินทาง	11.11
ไม่ทราบที่อยู่หลังปล่อยตัวที่แน่นอนของผู้ต้องขังจิตเวช	11.11

ทั้งนี้ปัญหาและอุปสรรคดังที่ได้กล่าวมา เป็นสิ่งที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจริงได้สะท้อนจากบริบทการทำงานจริงตามเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

บทที่ 5 อภิปรายผล ข้อจำกัด และข้อเสนอแนะ

<u>การอภิปรายผลแยกตามวัตถุประสงค์การศึกษา</u>

ส่วนที่ 1: การศึกษาความชุกของสภาวะสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ

วิธีการและกระบวนการ

การสำรวจระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานในประเทศไทยในครั้งนี้ ถือเป็นการศึกษาที่มีการเก็บข้อมูลกระจายครอบคลุมถึงกลุ่มประชากรผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานที่อยู่ในภูมิภาคต่างๆทั่วประเทศ โดยยังแยกพิจารณาถึงผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำและทัณฑสถานที่มีระดับของความมั่นคงของที่แตกต่างกันเพื่อให้ได้ข้อมูลที่หลากหลายและมีความเฉพาะกับกลุ่มของปัญหามากขึ้น โดยการเลือกเรือนจำและทัณฑสถานมีการสุ่มเป็นลำดับขั้นลงไป ตั้งแต่ระดับภูมิภาค ระดับความมั่นคง ไปจนถึงการสุ่มเลือกผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานที่ทำการศึกษาเพื่อเข้าร่วมการศึกษา เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความน่าเชื่อปราศจากอคติ นอกจากนี้ ยังมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโยใช้การคำนวณทางสถิติ เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่สามารถนำมาใช้แทนกลุ่มผู้ต้องขังทั้งประเทศได้ และมีการกระจายตามอัตราส่วนของผู้ต้องขังเพศหญิงและชายตามจริง เพื่อให้ได้ความน่าเชื่อถือตามสัดส่วนผู้ต้องขังจริง

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล จำเป็นต้องเป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐาน ผ่านการทดสอบความเที่ยงและความน่าเชื่อถือ และเนื่องจากวัตถุประสงค์ในการศึกษาไม่ได้เป็นไปเพื่อการคัดกรอง แต่เป็นไปเพื่อหาความชุกของโรค ดังนั้น M.I.N.I. จึงเป็นเครื่องมือที่เหมาะกับการศึกษา เนื่องจากเป็นเครื่องมือชนิดมีโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัย (structured diagnostic interview instrument) โดยกลุ่มผู้สัมภาษณ์ต้องผ่านการอบรม มีทักษะและประสบการณ์ในการใช้เครื่องมือเป็นอย่างดี รวมถึงผู้สัมภาษณ์เก็บข้อมูลเหล่านี้ยังเป็นกลุ่มเดิมตลอดการเก็บข้อมูล ทำให้ข้อมูลที่ได้มีความเที่ยงตรงน่าเชื่อถือ

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

การเปรียบเทียบกับผลการสำรวจความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขังไทยในอดีต

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาในเรือนจำและทัณฑสถานของประเทศไทยที่เป็นปัจจุบันพบได้จำนวนไม่มาก และจะเน้นศึกษา ณ เรือนจำหรือทัณฑสถานแห่งเดียว โดยไม่ได้มีการศึกษาในเรือนจำและทัณฑสถานที่มีระดับความมั่นคงที่แตกต่างกัน(7,9) ส่วนการศึกษาที่เก็บเป็นวงกว้างที่มีจำนวนผู้ต้องขังที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวนมาก จะมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะของปัญหา คะแนนสุขภาพจิตและกลไกทางจิตเป็นหลัก ไม่ได้เน้นศึกษาลักษณะความชุกรายโรค(6) ทั้งนี้นอกจากความแตกต่างของการกระจายของกลุ่มประชากรที่ทำการศึกษาแล้วยังมีข้อแตกต่างที่พึงสังเกตคือ เครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ ผู้เก็บข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง รวมถึงระเบียบวิธีวิจัยที่ต่างกันดังแสดงในตารางที่ 2.1 ดังนั้น จึงสามารถกล่าวได้ว่า การศึกษาในครั้งนี้ นอกจากจะเป็นการศึกษาความชุกที่เป็นปัจจุบันแล้ว ยังมีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างตามหลักสถิติ กระจายไปทุกภูมิภาค และต่างระดับความมั่นคง ทำให้ได้ผลที่สามารถนำมาเป็นตัวแทนของประชากรผู้ต้องขังทั่วประเทศได้ ซึ่งจากผลการศึกษาทำให้พบว่า เมื่อแยกพิจารณาตามระดับความมั่นคงของเรือนจำและทัณฑสถานที่แตกต่างกัน จะพบความแตกต่างของความชุกของโรคและปัญหานั้นด้วย อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาที่เรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นในปี 2550 พบว่าความชุกของโรคซึมเศร้าที่พบใกล้เคียงกับผลการศึกษาในปัจจุบันที่ได้ (ร้อยละ 15.4)(7) แต่การศึกษาที่เรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่นในปี 2551 กลับพบความชุกของความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายที่ใกล้เคียงกันมากกว่า (ร้อยละ 14)(9)

การเปรียบเทียบเทียบกับผลการศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในผู้ต้องขังในต่างประเทศ

การศึกษาในต่างประเทศในช่วง 10 ปีที่ผ่านมามีจำนวนไม่มากนัก ซึ่งจากจำนวนที่ศึกษาพบว่าผลที่ได้มีความแตกต่างในผลการสำรวจค่อนข้างมากหากเปรียบเทียบตามประเทศหรือภูมิภาค แม้แต่การศึกษาเรือนจำในซีกโลกตะวันตกเองก็มีความแตกต่างกันมาก โดยเฉพาะโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้าที่พบความชุกต่างกันได้หลายเท่าจากแต่ละการศึกษา นอกจากนี้ยังมีบางการศึกษาที่รวบรวมข้อมูลของโรคบุคลิกภาพแปรปรวนเอาไว้ด้วย ซึ่งความชุกที่พบก็ยังมีอัตราส่วนที่แตกต่างกันหลายเท่าตัว ส่วนเรือนจำในซีกโลกตะวันออกพบว่าผลการศึกษาที่พบได้

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เด่นชัดคือความคล้ายคลึงของความชุกของโรคซึมเศร้าที่พบได้ถึงประมาณ 1 ใน 5[10,12,13,16] ซึ่งมีความใกล้เคียงกับผลของการศึกษานี้เช่นกัน ส่วนความชุกของการใช้สุราและสารเสพย์ติด รวมถึงโรคร่วมทางจิตเวชจะพบแตกต่างกันไปซึ่งก็ยังแตกต่างจากการศึกษานี้เช่นกัน ซึ่งสามารถอธิบายได้จากลักษณะของบริบทของเรือนจำที่แตกต่างกัน ความหนาแน่นของประชากร ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ลักษณะของเจ้าหน้าที่และนโยบายปฏิบัติที่แตกต่างกัน ความเชื่อและวัฒนธรรมเฉพาะพื้นที่ นอกจากนี้วิธีการสำรวจ การสุ่มตัวอย่าง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลที่แตกต่างกัน ก็ล้วนแต่มีผลที่ทำให้ได้ข้อมูลที่แตกต่างกัน

อย่างไรก็ตาม นอกจากการเปรียบเทียบกับการศึกษาในอดีตทั้งไทยและต่างประเทศ หากพิจารณาถึงจำนวนผู้ต้องขังที่เข้ารับบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำที่ปรากฏตามจริงตามรายงานจากกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ พบว่ายังมีจำนวนที่ต่ำกว่าประชากรทั่วไปและและต่ำกว่าผลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้เป็นอย่างมาก ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่าการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำยังต่ำกว่าที่ควรจะเป็นมาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่ได้รับบริการจะเป็นผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงให้เห็นชัดเจนเท่านั้น ดังนั้น ปัญหาที่พบอย่างชัดเจนจากการศึกษาในครั้งนี้คือ การเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศต่ำกว่าประชากรทั่วไป และต่ำกว่าผลที่ได้จากการสำรวจมากซึ่งสะท้อนปัญหาของการเข้าถึงบริการอย่างชัดเจน

ส่วนที่ 2: การศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ

วิธีการและกระบวนการ

วัตถุประสงค์การศึกษาในส่วนนี้ เป็นไปเพื่อรับทราบความคิดเห็น ปัจจัยส่งเสริม อุปสรรคและปัญหาจากการทำงานของผู้ปฏิบัติงานจริง ณ เรือนจำและทัณฑสถานต่างๆ ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาในประเทศไทยที่ผ่านมาใน

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

อดีตจะมุ่งเน้นไปในเรื่องของผู้ต้องขังที่เข้าไม่ถึงระบบการรักษา และปัญหาที่กระทบต่อผู้ต้องขังซึ่งเป็นผู้รับบริการ แต่ยังไม่เคยมีการสำรวจปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานที่ผู้ให้บริการได้รับอย่างจริงจัง รวมถึงเมื่อพิจารณาความแตกต่างของการทำงานในแต่ละเรือนจำ ในแต่ละระดับและแต่ละภูมิภาค พบว่าอาจมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบหรือปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ด้วยเหตุผลดังกล่าวการออกแบบการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ จึงมีวัตถุประสงค์ที่เน้นการใช้คำถามปลายเปิดเพื่อรวบรวมข้อมูลทั้งหมด โดยให้เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานบริการจิตเวชผู้ปฏิบัติงานจริงได้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระโดยไม่มีการระบุชื่อผู้ตอบ ทั้งนี้เพื่อนำข้อมูลที่ได้มารวบรวมและสรุปเพื่อร่วมจัดทำข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ปัญหาต่อไป

ผลที่ได้รับ

จากผลของการศึกษา สามารถนำข้อมูลมาจัดกลุ่มตามลักษณะของปัญหาที่คล้ายคลึงกัน และแบ่งออกตามมิติของปัญหาได้ตามประเด็นต่อไปนี้

1. ด้านบุคลากร

พบว่าปัญหาส่วนใหญ่คือ มีความขาดแคลนทั้งจำนวนผู้ปฏิบัติงาน และความเชี่ยวชาญในการประเมินเบื้องต้น การดูแลรักษาต่อเนื่อง รวมไปถึงความสามารถในการให้การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพในเรือนจำ ซึ่งถือเป็นปัญหาที่พบบ่อยที่สุด นอกจากนั้นยังพบว่าเจ้าหน้าที่ที่เคยได้รับการอบรมยังมีอัตราการย้ายออกหรือลาออกบ่อย ด้วยปัญหาภาระงานและปัจจัยอื่นๆ ทำให้ผู้ที่มาปฏิบัติงานแทนไม่มีความรู้ความเข้าใจในการประเมิน ดูแลและส่งต่อผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางจิตเวช

2. ด้านสถานที่และอุปกรณ์

พบว่ามีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่สำหรับให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่ยังมีอาการรุนแรง หรือต้องเฝ้าระวัง โดยไม่สามารถจัดพื้นที่แยกจากผู้ต้องขังอื่น เพื่อการสังเกตุอาการหรือเพื่อให้การรักษาเฉพาะหน้าก่อนส่งรักษาต่อภายนอก

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

ได้ รวมไปถึงความขาดแคลนเครื่องมือที่ใช้ในการจำกัดพฤติกรรมในกรณีที่มีผู้ต้องขังที่มีพฤติกรรมรุนแรง หรือเสี่ยงต่อชีวิตของตนเองหรือผู้อื่น

3. ด้านความต่อเนื่องของการส่งต่อข้อมูลและสิทธิการรักษา

ในที่นี้หมายถึงทั้งข้อมูลความเจ็บป่วยก่อนที่ผู้ต้องขังจะถูกรับตัวเข้าไว้ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ทั้งสาเหตุอันเนื่องมาจากการปกปิดข้อมูลของผู้ต้องขังและญาติ ความไม่ทราบ หรือความไม่ต่อเนื่องในการรักษาก่อนหน้าที่จะถูกคุมขัง นอกจากนี้ปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ต้องขังจำนวนไม่น้อยไม่มีสิทธิการรักษา เช่นไม่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก เป็นคนชายขอบ หรือเป็นชาวต่างด้าว ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา

4. ด้านการส่งต่อผู้ต้องขังเพื่อการรักษา หรือกลับสู่ชุมชน

จะพบว่าปัญหาด้านการส่งต่อเพื่อการรักษา หรือกลับสู่ชุมชนยังเป็นผลเนื่องมาจากปัญหาการขาดแคลนบุคลากรด้วย เนื่องจากในกระบวนการส่งต่อเพื่อการรักษา มีความจำเป็นต้องใช้บุคลากรด้านการพยาบาลของเรือนจำหรือทัณฑสถานเพื่อนำส่งผู้ต้องขังไปยังสถานพยาบาลคู่ข่าย นอกจากนี้ก่อนผู้ต้องขังจะถูกปล่อยตัวกลับสู่ชุมชน การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายเป็นสิ่งที่มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง แต่กลับพบว่าเรือนจำส่วนใหญ่ไม่สามารถทำได้ นอกจากนี้ยังพบปัญหาในด้านความต่อเนื่องในการส่งต่อข้อมูลหลังจากผู้ต้องขังได้รับการจำหน่าย ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องเมื่อกลับสู่ชุมชน และยังไม่สามารถติดตามผู้ต้องขังกลุ่มนี้หลังจำหน่ายได้ ซึ่งทำให้ผู้ต้องขังขาดการรักษา อาการกำเริบได้ และอาจนำมาสู่การก่อคดีซ้ำได้

การเปรียบเทียบกับการศึกษาในอดีตที่ผ่านมาทั้งในและต่างประเทศ

ประเทศไทยในช่วงที่ผ่านมา ได้มีความพยายามในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำมาโดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และสำนักบริหารการสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต ได้นำเสนอให้มุ่งเน้นให้มีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขัง และเพิ่มพูนทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแล โดยจัดให้มี

กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

กระบวนการฝึกอบรมหลักสูตรต่างๆ เช่นหลักสูตรสำหรับพยาบาลเรือนจำ สำหรับเจ้าหน้าที่เรือนจำ และสำหรับอาสาสมัครประจำเรือนนอน อย่างไรก็ตาม หลักสูตรอบรมต่างๆเหล่านี้ ยังเป็นเพียงโครงการนำร่อง ยังไม่ทั่วถึงในทุกเรือนจำและทัณฑสถาน ทำให้มีเจ้าหน้าที่บางส่วนยังเข้าไม่ถึงหลักสูตรเหล่านี้ นอกจากนี้ยังมีการจัดสถานพยาบาลคู่เครือข่ายในพื้นที่ เช่นโรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด สำหรับเป็นพี่เลี้ยงและส่งต่อกรณีมีผู้ต้องขังที่ป่วยชนิดยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งการจับคู่เครือข่ายเรือนจำและสถานพยาบาลเหล่านี้ ได้มีการดำเนินการไปแล้วทั่วประเทศ ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ พบว่าจุดเริ่มต้นของปัญหามีลักษณะที่คล้ายคลึงกับบริบทของเรือนจำและทัณฑสถานประเทศไทย เช่น ข้อจำกัดด้านจำนวนบุคลากร ด้านความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านในการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช การบำบัดฟื้นฟู หรือปัญหาด้านสถานที่ ดังนั้นการศึกษาที่พบในช่วง 10 ปีหลังจึงได้มุ่งเน้นถึงการปรับปรุงพัฒนาระบบการให้บริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ เพิ่มจำนวนและประสิทธิภาพของเจ้าหน้าที่ เพิ่มการมีส่วนร่วมของวิชาชีพต่างๆ ลดความเสี่ยงต่อตัวผู้ต้องขังและผู้ให้บริการ และเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษา ฟื้นฟู รวมไปถึงความต่อเนื่องในการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย และการให้บริการหลังจากผู้ต้องขังถูกจำหน่ายออกสู่ชุมชน ซึ่งพบว่าทำให้ได้ผลดีคือ เพิ่มการเข้าถึงบริการในเรือนจำและทัณฑสถาน ผู้ต้องขังที่ป่วยได้รับการประเมินและตรวจรักษาอย่างทันท่วงที และสามารถส่งต่อเข้าโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูเพื่อเพิ่มสมรรถภาพ และเตรียมชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว ทำให้สามารถป้องกันการขาดการรักษา การก่อคดีซ้ำ และความเสี่ยงอื่นๆได้ ซึ่งก่อให้เกิดความปลอดภัยต่อทั้งผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ผู้ดูแล และชุมชน จึงเป็นที่น่าสนใจที่จะหยิบยกเอาแนวทางการปฏิบัติดังกล่าวมาปรับเข้ากับบริบทของเรือนจำและทัณฑสถานในประเทศไทย

<u>ข้อจำกัดในการศึกษา</u>

กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

เครื่องมือ M.I.N.I. มีลักษณะเป็นเครื่องมือชนิดมีโครงสร้างเพื่อการวินิจฉัย (structured diagnostic interview instrument) ซึ่งในการนำไปใช้งานผู้สัมภาษณ์จะต้องอ่านตามคำที่เขียนระบุไว้ในเครื่องมือเท่านั้น แต่ในบางครั้งผู้

ถูกสัมภาษณ์ไม่แน่ใจ หรือไม่เข้าใจคำถาม มีการขอให้ผู้สัมภาษณ์อธิบายความหมายเพิ่มเติม ผู้สัมภาษณ์จะสามารถทำได้แค่อ่านทวนคำถามซ้ำ ไม่สามารถอธิบายความเพิ่มเติมนอกเหนือจากที่ระบุไว้ได้ และด้วยสาเหตุดังกล่าว จึงทำให้เกณฑ์การคัดออกของการศึกษานี้คือผู้ต้องขังซึ่งไม่สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ ซึ่งในบางเรือนจำหรือทัณฑสถาน กลุ่มผู้ต้องขังที่เข้าใจภาษาไทยได้น้อยกลับเป็นประชากรกลุ่มที่สำคัญ เช่น เรือนจำตามชายขอบ ทำให้มีประชากรส่วนหนึ่งที่ไม่สามารถเข้าร่วมการสำรวจได้ นอกจากนี้การศึกษายังไม่ครอบคลุมถึงสภาวะความเจ็บป่วยบางประการ เช่น ระดับความสามารถทางเชาว์ปัญญาซึ่งอาจมีผลต่อการก่อคดี หรือการใช้พฤติกรรมรุนแรง และประเด็นความผิดปกติทางเพศที่นำมาสู่การก่อให้คดี ซึ่งประเด็นเหล่านี้ อาจเป็นโอกาสในการพัฒนา หรือศึกษาต่อยอดได้ในอนาคต

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการศึกษาทั้งเรื่องของการเข้าถึงการบริการทางจิตเวช รวมไปถึงปัญหาและอุปสรรคในการจัดระบบบริการ และผลจากการทบทวนวรรณกรรมที่พบปัญหาและอุปสรรคที่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกันของประเทศไทยและต่างประเทศ พบว่าการแก้ปัญหาที่สำคัญควรเริ่มต้นตั้งแต่ภาพรวมเชิงนโยบาย เนื่องจากปัญหาที่พบได้บ่อยเป็นลักษณะของปัญหาที่คล้ายคลึงกันในทุกเรือนจำและทัณฑสถาน ทั้งในเรื่องของบุคลากร งบประมาณ และสถานที่ ซึ่งล้วนเป็นลักษณะของปัญหาที่มีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนเชิงระบบและนโยบาย เพื่อผลลัพธ์ที่ยั่งยืนและเป็นสิ่งที่แก้ไขได้ยากหากไม่มีการสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมจากรัฐ นอกจากนี้ ยังจำเป็นจะต้องได้รับความร่วมมือระหว่างหน่วยงานราชการอันได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงยุติธรรม เพื่อการสนับสนุนระบบบริการให้เป็นไปอย่างเป็นระบบและยั่งยืน ดังนั้นสามารถแบ่งออกได้เป็นรายประเด็นดังต่อไปนี้

1. ส่งเสริมให้มีการส่งผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเข้าสู่ระบบของการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าจะคุมขังไว้ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ World Health Organization[2] ทั้งนี้การจะนำให้เกิดกระบวนการดังกล่าวอย่างเป็นรูปธรรมและมาตรฐานเดียวกัน ต้อง

อาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานอันได้แก่ กระทรวงยุติธรรม และกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีความจำเป็นเป็นอย่างยิ่งที่ผู้พิพากษา อัยการและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการทางจิตเวช ดังนั้นกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขสามารถให้การสนับสนุนด้านองค์ความรู้แก่บุคลากรกลุ่มดังกล่าวได้ โดยอาจจัดเป็นการฝึกอบรม หรือหลักสูตรต่างๆสำหรับบุคลากรในกระทรวงยุติธรรม

2. เพิ่มอัตรากำลังของบุคลากรที่รับผิดชอบด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิต เนื่องจากปัญหาภาระงานที่หนัก บุคลากรขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงาน และเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในเรือนจำมักไม่ได้รับผิดชอบแค่งานจิตเวชงานเดียว แต่ยังต้องรับผิดชอบงานด้านสุขภาพกาย การคัดกรอง และการป้องกันโรคอื่นๆด้วย จึงเป็นภาระงานที่หนักมากสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีน้อยในแต่ละเรือนจำ ซึ่งเป็นลักษณะปัญหาที่พบได้บ่อยในต่างประเทศเช่นกัน การแก้ปัญหาระยะยาวควรเป็นการแก้โดยการเพิ่มจำนวนเจ้าหน้าที่พยาบาล รวมถึงนักจิตวิทยาประจำแต่ละเรือนจำและทัณฑสถาน เพื่อลดภาระงานและเพิ่มความทั่วถึงในการดูแลผู้ต้องขัง รวมถึงโอกาสในการเข้าถึงบริการของผู้ต้องขัง และลดโอกาสในการส่งผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางจิตเวชที่ไม่รุนแรงออกไปรักษานอกเรือนจำ เนื่องจากมีทีมผู้บำบัดรักษาที่พร้อมมากขึ้น และยังทำให้สามารถจัดบริการจิตเวชทั้งกลุ่มบำบัด และจิตบำบัดรายบุคคล การรักษาด้วยยา และการให้คำปรึกษาภายในเรือนจำและทัณฑสถานได้ โดยการเพิ่มอัตรากำลังดังกล่าว อาจเป็นลักษณะของการจัดจ้างคนภายนอก (outsource) เข้ามาปฏิบัติงานรายหน้าที่ได้ เช่นการบำบัดฟื้นฟู การฝึกอาชีพ เป็นต้น

การลดภาระงานโดยการเพิ่มการจำนวนบุคลากร ยังเป็นการเพิ่มความปลอดภัยในการทำงานจะมีส่วนช่วยทำให้เจ้าหน้าที่ที่มีประสบการณ์ในการทำงานอยู่ในระบบได้นานขึ้น เนื่องจากที่ผ่านมา มีเจ้าหน้าที่ลาออกหรือย้ายงานออกไปจำนวนมาก และมักเป็นเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชมาแล้ว และมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ส่วนเจ้าหน้าที่เข้ามาปฏิบัติหน้าที่ใหม่จะเป็นกลุ่มที่ยังไม่มีความรู้ความชำนาญมากพอ ต้องผ่านกระบวนการฝึกอบรมมาอบรมต่างๆ

ก่อน ในส่วนของแนวการแก้ปัญหาในปัจจุบัน จะเน้นการใช้อาสาสมัครที่พอมีความสามารถเข้ามาช่วยงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งถือเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้า อย่างไรก็ตามหากมุ่งแก้ปัญหาในระยะยาว ควรใช้เจ้าหน้าที่ที่เป็นวิชาชีพโดยตรง เพื่อรองรับการทำโปรแกรมบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต รวมถึงการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว

3. มีการประเมินปัญหาและสุขภาพจิตของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน เนื่องจากบริบทของการทำงาน และภาระที่มีอาจก่อให้เกิดปัญหาความเครียดสะสมจากการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ได้
4. ปรับปรุงโครงสร้างของเรือนจำและทัณฑสถาน เพื่อรองรับการดูแลผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางจิต ซึ่งสอดคล้องกับคำแนะนำของ World Health Organization[(2)] เนื่องจากโครงสร้างในปัจจุบัน ยังมีความแออัดมาก ผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางจิตเวชบางรายที่มีอาการรุนแรงอาจมีความจำเป็นต้องได้รับการแยกจากผู้ต้องขังส่วนอื่นเพื่อการประเมินติดตามใกล้ชิด และให้การรักษาในระยะเบื้องต้น ดังนั้นจึงจำเป็นจะต้องมีพื้นที่สำหรับผู้ต้องขังกลุ่มนี้ในแต่ละเรือนจำ นอกจากนี้การแก้ปัญหาโครงสร้างของเรือนจำยังช่วยลดความเครียดของผู้ต้องและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และรวมไปถึงเป็นการใช้สิ่งแวดล้อมบำบัด และลดความเครียดทั้งต่อบุคลากรผู้ปฏิบัติงานและผู้ต้องขัง
5. มีการประสานความร่วมมือระหว่างกรมราชทัณฑ์ และกรมสุขภาพจิตในระยะยาว เพื่อการติดตามประเมินทบทวนประสิทธิภาพของการปรับปรุงการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำอย่างต่อเนื่อง โดยอาจมีการติดตามประเมินเป็นรายปี เพื่อการพัฒนาที่ต่อเนื่อง

<u>โอกาสในการพัฒนาเพิ่มเติม</u>

นอกเหนือจากข้อเสนอแนะเชิงนโยบายซึ่งต้องอาศัยการแก้ปัญหาในภาพรวมเชิงระบบแล้ว ยังมีโอกาสในการพัฒนาอื่นๆที่สามารถทำได้ หรือสามารถนำไปศึกษาต่อยอดได้ ซึ่งอาจนำเสนอเป็นประเด็นดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

1. มิติด้านอัตราการเข้าถึงบริการที่ต่ำกว่าความเป็นจริงมาก

1.1. จัดเครื่องมือคัดกรองโรคที่มีประสิทธิภาพ โดยไม่ใช้ระยะเวลานานในการประเมิน เนื่องจากเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบมีภาระการคัดกรองผู้ต้องขังใหม่ที่มาก ทั้งจำนวนผู้ต้องขัง และโรคทางกาย-ทางจิตที่ต้องคัดกรอง ในขณะที่จำนวนเจ้าหน้าที่มีน้อย เครื่องมือที่ใช้จึงไม่ควรเพิ่มภาระงานให้มากนัก โดยเน้นโรคที่พบได้บ่อยตามการสำรวจ และความเสี่ยงที่แตกต่างกันในแต่ละระดับความมั่นคงของเรือนจำและทัณฑสถาน ซึ่งหมายความว่า เรือนจำจากแต่ละบริบทอาจมีความจำเป็นจะต้องใช้เครื่องมือคัดกรองที่แตกต่างกัน โดยในส่วนนี้ กรมสุขภาพจิตอาจสามารถช่วยจัดหาเครื่องมือคัดกรองที่ตรงตามบริบทของเรือนจำและทัณฑสถานได้

1.2. ผู้ต้องขังรับใหม่จากชุมชนทั้งชายและหญิง ควรได้รับการคัดกรองความเสี่ยงของโรคเกี่ยวกับสุราและสารเสพย์ติดทุกราย เนื่องจากผลการศึกษาแสดงให้เห็นชัดเจนว่า เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ต้องขังทั้งชายและหนึ่งในสามของผู้ต้องขังหญิงที่รับใหม่จากชุมชน (ไม่ใช่รับย้ายโอนจากเรือนจำหรือทัณฑสถานอื่นๆ) มีปัญหาเรื่องสุราและสารเสพย์ติดซึ่งจะนำมาสู่ภาวะถอนสุราและสารเสพย์ติดหลังรับไว้ในเรือนจำได้ ซึ่งภาวะถอนนี้อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ต้องขังและเป็นความยุ่งยากซับซ้อนในการดูแลของเจ้าหน้าที่ได้ การประเมินผู้ต้องขังใหม่ทุกราย จะสามารถลดความเสี่ยง และส่งต่อผู้ต้องขังเพื่อการรักษาได้ทันท่วงที ซึ่งกรมสุขภาพจิตสามารถให้ความช่วยเหลือสนับสนุนด้านการพัฒนาแนวทางการประเมินและแนวทางการปฏิบัติเมื่อพบผู้ต้องขังในภาวะดังกล่าว รวมถึงการจัดอบรมเพื่อการใช้งานได้

2. มิติด้านบุคลากรขาดความรู้ความเชี่ยวชาญในการประเมินและดูแลผู้ป่วย และ ปัญหาด้านความพร้อมในการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

2.1. เพิ่มทักษะในการประเมินความเจ็บป่วยทางจิตเวชเบื้องต้น แก่พยาบาล เจ้าหน้าที่ประจำเรือนจำและทัณฑสถาน รวมถึงผู้ต้องขังอาสาสมัครเรือนนอน เนื่องด้วยแต่ละเรือนจำและทัณฑสถานมีจำนวน

กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

พยาบาลที่ปฏิบัติงานน้อย การเพิ่มความสามารถในการประเมินโรคทางจิตเวชเบื้องต้นแก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านอื่น หรืออาสาสมัครเรือนนอน จะสามารถช่วยเพิ่มโอกาสในการพบปัญหาและการเข้าถึงบริการของผู้ต้องขังที่ประสบปัญหาได้ง่ายขึ้น โดยควรได้รับการสนับสนุนจากกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งที่ผ่านมาสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ได้จัดให้มีการอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เรือนจำและพยาบาลผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ต้องขังที่มีอาการป่วยทางจิตเวช รวมไปถึงโครงการพัฒนาอาสาสมัครเรือนนอนจำนวนหลายหลักสูตรเป็นระยะเวลาต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มพูนทักษะและความสามารถในการประเมินอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น แต่ก็ยังติดปัญหาเรื่องยังไม่สามารถจัดการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที พยาบาล และอาสาสมัครได้ครอบคลุมทั่วทุกเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ

2.2. มีโครงการพัฒนาคู่เครือข่ายเรือนจำ ระหว่างโรงพยาบาลจิตเวช/โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลทั่วไป และเรือนจำหรือทัณฑสถานในพื้นที่นั้นๆ เพื่อความสะดวกในการขอคำปรึกษา การส่งรักษาตัวเมื่อมีอาการรุนแรง และตรวจติดตามการรักษาตามระยะ

3. มิติด้านการส่งต่อข้อมูล เครือข่ายและสิทธิการรักษา

ควรมีการจัดทำฐานข้อมูลร่วมระหว่างกรมราชทัณฑ์ และกรมสุขภาพจิต/กระทรวงสาธารณสุขที่เที่ยงตรงและเป็นปัจจุบันเพื่อการดูแลต่อเนื่อง เนื่องจากผู้ต้องขังที่ป่วยด้วยโรคทางจิตเวชเป็นกลุ่มที่ต้องได้รับบริการต่อเนื่องจากทั้งสองหน่วยงาน ทั้งเพื่อการรักษาฟื้นฟูและการติดตามความเสี่ยง การมีฐานข้อมูลร่วมกัน จะช่วยลดปัญหาขณะมีการส่งต่อจากหน่วยงานสู่หน่วยงาน หรือสู่ชุมชนได้

4. มีกระบวนการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว การเตรียมชุมชน และติดตามผู้ต้องขังที่ป่วยทางจิตหลังปล่อยตัว เพื่อให้การรักษาเป็นไปได้อย่างต่อเนื่อง ลดโอกาสกำเริบของโรค และลดความเสี่ยงในการก่อคดีซ้ำ โดยในส่วนของการเตรียมชุมชนและการติดตามอาการและความเสี่ยงหลังปล่อยตัวควรเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างกรมราชทัณฑ์และกรมสุขภาพจิต

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

5. ในอนาคตอาจมีการศึกษาเชิงลึกเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ต้องขังที่มีโรคบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคมในเรือนจำระดับความมั่นคงสูง และความมั่นคงสูงสุด เนื่องจากพบความชุกของโรคได้มากถึงประมาณ 1 ใน 5 ของผู้ต้องขัง ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศ เพื่อการจัดให้มีการประเมินผู้ต้องขังที่มีภาวะรวมถึงประเมินระดับความรุนแรงและความเสี่ยง เพื่อเตรียมมาตรการรองรับที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อไป

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

บรรณานุกรม

(1) Highest to Lowest - Prison Population Total. (12 เมษายน 2560) *World Prison Brief.* สืบค้นจาก http://www.prisonstudies.org/highest-to-lowest/prison-population-total

(2) Fact Sheet Prison and Health. (12 เมษายน 2560). *WHO European Region.* สืบค้นจาก http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/250283/Fact-Sheet-Prison-and-Health-Eng.pdf

(3) การศึกษาภาวะสุขภาพจิตผู้ต้องขังในเรือนจำประเทศไทย. (12 เมษายน 2560). *กองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์.* สืบค้นจาก http://www.correct.go.th/jit/research_03.html

(4) ผู้ป่วยจิตล้นสถาบันกัลยาณ์ฯมากกว่าเตียงถึง 3 เท่า. (12 เมษายน 2560). *กรุงเทพธุรกิจ,* สืบค้นจาก http://www.bangkokbiznews.com/news/detail/705278

(5) สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2558). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ต้องขังจิตเวชในเรือนจำ. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต.)

(6) ดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์. (2550). สุขภาพจิตและกลไกทางจิตของผู้ต้องขังและนักโทษไทย. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 2(15), 79-92.

(7) วรสรรพ์ ปรัชคุปต์, พิสมัย คุณานุวัฒน์, และ ผอูนรัตน์ กลางมณี . (2550). การศึกษาความชุกของปัญหาสุขภาพจิตและปัจจัยที่สัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพจิตของผู้ต้องขังในเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย* 52(4): 429-438.

(8) Fazel, S., Hayes, A. J., Bartellas, K., Clerici, M. & Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*, 1-10.

(9) ไพลิน ปรัชญคุปต์, ธนิต โคตมะ และพิสมัย คุณานุวัฒน์. (2551). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ต้องขังเรือนจำกลางจังหวัดขอนแก่น. กรุงเทพฯ: *โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.*

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH

(10) Sepehrmanesh, Z., Ahmadvand, A., Akasheh, G. and Saei, R. (2014). Prevalence of Psychiatric Disorders and Related Factors in Male Prisoners. *Iran Red Cres Med Journal*, 16, 1-6.

(11) El-Gilany, A. H., Khater, M., Gomaa, Z., Hussein, E. & Hamdy, I. (2016). Psychiatric Disorders among Prisoners: A National Study in Egypt. *East Asina Arc Psychiatry*, 26 p30-38.

(12) Cramer, V. (2016). The prevalence of mental disorders among convicted inmates in Norwegian prisons. Project report, The South-Eastern Norway: *Oslo University Hospital*

(13) Kumar, V. & and Usha D. (2013). Psychiatric morbidity in prisoners. *Indian Journal of Psychiatry*, p366-370.

(14) Navarro-Repiso, N. & Marín-Basallote C. (2012) Study of the prevalence of severe mental disorders in the penitentiaries Puerto I, II y III of Puerto de Santa Maria (Cadiz): new strategies of psychiatric care in prisons. *Rev Esp Sanid Penit*, p80-85.

(15) Mundt, A.P., Alvarado, R., Fritsch, R., Poblete, C., Villagra, C., Kastner, S. & Priebe, S. (2013). Prevalence Rates of Mental Disorders in Chilean Prisons. *PLOS ONE,* 8, 7.

(16) Kim J. I., Kim, B. Kim, B. N., Hong, S. B., Lee, D. W., Chung, J. Y. Choi, J. Y., Choi, B. S., Oh, Y. R. & Youn, M. (2017). Prevalence of Psychiatric disorders, comorbidity patterns, and repeat offending among male juvenile detainees in Sounth Korea: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 6 p1-9.

(17) สำนักงานบริหารการสาธารณสุข. (2559). *แนวทางการพัฒนาระบบบริหารสุขภาพผู้ต้องขังในเรือนจำ.* กรุงเทพฯ: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

(18) Kaba, F., et al. (2015) Disparities in Mental Health Referral and Diagnosis in the New York City Jail Mental Health Service. *American Journal of Public Health*, p1911-1916.

(19) Knight, L. & Stephens, M. (2009). Mentally Disordered Offenders in Prison: A tale of neglect. *Internet Journal of Criminology*.

(20) Salize, H. J. , Dreßing, H. H. & Kief, C. (2007). Mentally Disordered Persons in European Prison Systems Needs, Programmes and Outcome (EUPRIS). *Research Project, Germany: Central Institute of Mental Health*.

(21) Steel, J., et al. (2007). Prisonmental health inreach services. *British Journal of psychiatry*, 90, p373-374.

(22) Brooker, C., Sirdifield, C. & Gojkovic D. (2007). *Mental health services and prisoners: An updated review*. Uk: Brayford Pool Lincoln, .

(23) Zoccali, R., et al. (2008) Mental disorders and request for psychiatric intervention in an Italian local jail. *Int J Law Psychiatry*, 31(5) p447-50.

(24) Brady, K B. (2008). *Mental health services for prisoners. Report of a performance audit*. Wellington: the Auditor-General.

(25) รายงานข้อมูลสถิติผู้ต้องราชทัณฑ์ทั่วประเทศของกรมราชทัณฑ์ ณ วันที่ 15 ธันวาคม 2559

(26) พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2551

(27) Steadman, H. J., Fred C. O., Robbins, P. C., Case, B. & Samuels, S. (2009) Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*, 60, p761–765

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

(28) พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์ และ มธุริน คำวงศ์ปิน. (2548). *ความตรงของเครื่องมือวินิจฉัยโรคทางจิตเวช Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) ฉบับภาษาไทย*. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 13(3).

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือ M.I.N.I.

ภาคผนวก ค แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ณ เรือนจำและทัณฑสถานต่างๆทั่วประเทศ

ภาคผนวก ง รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

ภาคผนวก จ ประวัติผู้วิจัย

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ภาคผนวก ก แบบบันทึกข้อมูลพื้นฐานของผู้เข้าร่วมวิจัย

Demographic data

1. อายุ...ปี
2. การศึกษาสูงสุด...
3. สถานภาพการสมรส..
4. คดี..
5. ต้องโทษ.................................ปี...................................เดือน
6. ถูกคุมขังมานาน..........................ปี...................................เดือน

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือ M.I.N.I.

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ภาคผนวก ค แบบสอบถามเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ณ เรือนจำและทัณฑสถานต่างๆทั่วประเทศ

<u>แบบสอบถาม เพื่อศึกษาอัตราการเข้าถึงบริการ รูปแบบการจัดระบบบริการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ</u>

1. **<u>ด้านรูปแบบการจัดระบบบริการ</u>**

ในเรือนจำ/ทัณฑสถานของท่าน มีการให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้ต้องขังในด้านต่างๆดังต่อไปนี้มาก-น้อยเพียงใด กรุณาเครื่องหมายถูก (✓) ในช่องที่ตรงกับการบริการของท่าน

	ทำครบในทุกกรณี	ทำเกือบครบ	ทำประมาณครึ่งหนึ่งของผู้รับบริการทั้งหมด	ได้ทำบางครั้ง	ไม่ได้ทำเลย
<u>การคัดกรอง</u> -ผู้ต้องขังรายใหม่ได้รับการคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตทุกราย					
<u>การบำบัดรักษา</u> -มีการจัดสถานที่ที่เหมาะสมกับการบำบัดรักษา -มีการจัดระบบการบำบัดรักษาสำหรับผู้ต้องขังจิตเวชโดยเฉพาะ					
<u>การฟื้นฟูสมรรถภาพ</u> -มีโปรแกรมฟื้นฟูสภาพจิตสำหรับผู้ต้องขังจิตเวช					
<u>ระบบส่งต่อ</u> -ในกรณีฉุกเฉินมีเครือข่ายสุขภาพจิตที่สามารถส่งต่อผู้ต้องขังได้					

กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

-มีการดูแลรักษาเบื้องต้น เช่น การเตรียมข้อมูลผู้ป่วย การประสานหน่วยงานที่ส่งต่อที่เหมาะสมและรวดเร็วก่อนการส่งต่อ					
<u>การเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัว</u> -มีการเตรียมความพร้อมก่อนปล่อยตัวในผู้ต้องขังที่มีปัญหาสุขภาพจิตทุกราย					
<u>การส่งต่อข้อมูล</u> -มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลและประวัติการรักษาไปยังชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง					
<u>ระบบยา</u> -ในกรณีฉุกเฉินทางจิตเวชมียาที่พร้อมใช้ -มีสถานที่เก็บรักษายาที่เหมาะสม -กระบวนการเข้าถึงยาจิตเวชมีความปลอดภัย โดยอยู่ในการดูแลของเจ้าหน้าที่และอยู่ห่างจากมือของผู้ต้องขัง -มีการติดตามผลข้างเคียงของยาที่ใช้					

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

<u>ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ</u>

1. ท่านคิดว่าในเรือนจำ / ทัณฑสถานของท่านมีปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผู้ต้องขังเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวช หรือไม่ (ถ้ามี โปรดระบุ)

❒ ไม่มี

❒ มี โปรดระบุ

....

....

2. ท่านคิดว่าในเรือนจำ / ทัณฑสถานของท่าน มีอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในความดูแลของท่านหรือไม่ (ถ้ามี โปรดระบุ)

❒ ไม่มี

❒ มี โปรดระบุ

....

....

3. ปัญหาในการทำงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในเรือนจำ/ทัณฑสถานที่ท่านพบบ่อยๆได้แก่อะไรบ้าง

❒ ไม่มี

❒ มี โปรดระบุ

....

....

4. เรือนจำ/ทัณฑสถานของท่านมีอุปสรรคในการส่งต่อผู้ต้องขังไปยังสถานพยาบาลเครือข่ายหรือไม่ (ถ้ามี โปรดระบุ)

❒ ไม่มี

❒ มี โปรดระบุ

....

....

5. ท่านคิดว่าท่านมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรวมถึงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑มากน้อยเพียงใด

❒ มาก

❒ ปานกลาง

❒ น้อย

กระทรวงสาธารณสุข MINISTRY OF PUBLIC HEALTH กรมสุขภาพจิต สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

6. ท่านคิดว่า ระดับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรวมถึงพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ของท่าน ส่งผลต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ต้องขังในเรือนจำ / ทัณฑสถานหรือไม่ อย่างไร

....

....

7. ท่านต้องการให้มีการจัดอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชในด้านใดบ้าง

....

....

....

กระทรวงสาธารณสุข
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ภาคผนวก ง รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ

1. แพทย์หญิงวิชชุดา จันทราษฎร์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
2. นายแพทย์อภิชาติ แสงสิน นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
3. ดร.อุทยา นาคเจริญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
4. นางสาวพัชรินทร์ อรุณเรือง นักจิตวิทยาชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
5. นางสาวอินทิรา อะตะมะ นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
6. นางลัดดา จีระกุล นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
7. นายวิวัฒน์ คอนแรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เรือนจำพิเศษธนบุรี กรมราชทัณฑ์

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ภาคผนวก จ ประวัติผู้วิจัย

ประวัติ

แพทย์หญิงกมลชนก มนตะเสวี

วุฒิการศึกษา

พ.ศ. 2560 PhD in Forensic Psychiatry, University of Birmingham, United Kingdom (Funded by the Royal Thai Government)

พ.ศ. 2554 Master of Science in Forensic Mental Health Studies, University of Birmingham, United Kingdom (Funded by the Royal Thai Government)

พ.ศ. 2548 แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติการทำงาน

พ.ศ. 2559 – 2560 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

พ.ศ. 2551 – 2552 สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

พ.ศ. 2549 – 2551 รพ.บางไทร จ.พระนครศรีอยุธยา

พ.ศ. 2548 – 2549 รพ.เสนา จ.พระนครศรีอยุธยา

ตำแหน่งปัจจุบัน

นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต

ผลงานวิชาการ

- โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ (โดยได้รับการสนับสนุนจากสสส.)
- โครงการวิจัยเพื่อศึกษาต้นทุนการฟื้นฟูบำบัดรักษาผู้ป่วยนิติจิตเวชเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ประวัติ

แพทย์หญิงดวงตา ไกรภัสสร์พงษ์

วุฒิการศึกษา

พ.ศ. 2547 อนุมัติบัตรวิชาชีพ สาขาเวชศาสตร์ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน

พ.ศ.2547 อนุมัติบัตรวิชาชีพ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

พ.ศ. 2542 Master of Primary Health Care Management, ASEAN Institute for Health Development, มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2534 วุฒิบัตรวิชาชีพ สาขาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2531 แพทยศาสตร์บัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

ประวัติการทำงาน

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ตำแหน่งปัจจุบัน

ที่ปรึกษาสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

ประวัติ

แพทย์หญิงวิชชุดา จันทราษฎร์

วุฒิการศึกษา

พ.ศ.2550 วุฒิบัตรผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชศาสตร์ สาขาจิตเวชทั่วไป มหาวิทยาลัยมหิดล(ศิริราช)

แพทยศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ประวัติการทำงาน

พ.ศ.2552 – ปัจจุบัน สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

พ.ศ.2550 - 2552 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ตำแหน่งปัจจุบัน

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

ผลงานวิชาการ/งานวิจัยที่พิมพ์เผยแพร่

- Delirium Psychiatric Consultation at Siriraj Hospital 2005

- วิจัยเรื่อง สาเหตุและผลกระทบจากการผิดนัดของผู้ป่วยจิตเวช

- วิจัยเรื่อง ผลกระทบของการบำบัดรักษาของแพทย์ต่อการผิดนัดของผู้ป่วยจิตเวช

- วิจัยกรณีศึกษาเรื่อง การบำบัดผู้ป่วยที่ติดสารอนุพันธ์ฝิ่นโดยใช้ความสัมพันธ์แม่สู่ลูก

MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
กรมสุขภาพจิต
สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์