



เอกสารวิชาการ (Concept Paper)

กิจกรรมถอดบทเรียน

เรื่อง การป้องกันการก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด
กรณีศึกษา คดีความผิดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกาย

จัดทำโดย กลุ่มจามจุรี

รายงานนี้เป็นส่วนหนึ่งของการฝึกอบรม
หลักสูตรการป้องกันอาชญากรรมกับการอำนวยความสะดวกยุติธรรมในสังคม
Crime Prevention รุ่นที่ 7
สถาบันพัฒนาบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม สำนักงานกิจการยุติธรรม
ประจำปี 2567

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ ผลกระทบ และมาตรการป้องกันการก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด กรณีศึกษา คดีความผิดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกาย อันจะนำไปสู่การแสวงหามาตรการการป้องกันด้วยการใช้นวัตกรรมอย่างสร้างสรรค์และเหมาะสม เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดไม่ให้เกิดความผิดซ้ำอนาคต จนก่อให้เกิดความอันตรายต่อตนเอง ครอบครัว และสังคม

จากการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักของการกระทำความผิดที่เกิดจากผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดที่ทางกลุ่มมุ่งศึกษา คือ ไม่ได้รับการรักษาตามกำหนด โดยมีเหตุปัจจัยภายในของตัวผู้ป่วยเองที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา และส่วนปัจจัยภายนอกเกิดจากครอบครัวของผู้ป่วยไม่ได้ให้ความสนใจกับการรักษาผู้ป่วยเท่าที่ควร รวมทั้งสังคมหรือชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัยที่เกิดการตีตราและการตั้งแง่รังเกียจผู้ป่วย ตลอดจนการละเลยของครอบครัวของผู้ป่วย เพื่อให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวมีประสิทธิภาพกลุ่มงานจึงได้เสนอให้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันการปิดกั้นแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด หรือ “CARE U PIN MAP” เพื่อเป็นช่องทางในการติดตามผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดที่มีประสิทธิภาพ ผ่านการบูรณาการร่วมกันของภาคส่วนที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับนโยบายและในระดับพื้นที่

แต่กระนั้น การแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น ก็เป็นการแก้ปัญหาที่ปลายทางเท่านั้น ซึ่งจะดีกว่าหรือไม่หากสามารถป้องกันปัญหาในเรื่องของยาเสพติดได้ตั้งแต่ต้นทาง เพราะถ้าหากไม่มีผู้ป่วยยาเสพติด ก็จะไม่เกิดภาวะป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด และก็ไม่เกิดปัญหาอาชญากรรมที่นำมาสู่โศกนาฏกรรมที่น่าเศร้าของสังคมไทยดังที่ปรากฏเป็นข่าวอยู่ทุกเมื่อเชื่อวัน

รายชื่อสมาชิก CP7

กลุ่มจามจุรี

1. นางสาวชนัญญา ลำเจียก
นักวิชาการยุติธรรมชำนาญการ
กองนโยบายและประสานแผนกระบวนการยุติธรรม
สำนักงานกิจการยุติธรรม
2. นายปรัชญา เม่งช่วย
เจ้าพนักงานปกครองชำนาญการ
สำนักการสอบสวนและนิติการ กรมการปกครอง
3. นางสาวพรรณวดี ชัยกิจ
นักการข่าวชำนาญการ
สำนักความร่วมมือระหว่างประเทศ สำนักข่าวกรองแห่งชาติ
4. นางสาวพิชญากร เขตคาม
นักสืบสวนสอบสวนชำนาญการ สำนักงาน ป.ป.ส. ภาค 3
สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
5. นางสาวเพียงฉัตร รุ่งเผ่าพันธุ์
พนักงานสอบสวนคดีพิเศษชำนาญการ
กองบริหารคดีพิเศษ กรมสอบสวนคดีพิเศษ
6. นายภัทรพล กิจประยูร
เจ้าพนักงานป้องกันการทุจริตชำนาญการพิเศษ
สำนักมาตรการเชิงรุกและนวัตกรรม
สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามการทุจริตแห่งชาติ
7. นางสาวภริญา สิงห์อ่อน
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ
เรือนจำจังหวัดสระบุรี กรมราชทัณฑ์
8. นางสาวมลิวลีย์ จริตงาม
นักวิชาการขนส่งชำนาญการ
สำนักงานเจ้าท่าภูมิภาคสาขากระบี่ กรมเจ้าท่า
9. นายยุทธภูมิ ผลพัฒน์
เจ้าพนักงานตำรวจศาลชำนาญการพิเศษ
ส่วนเจ้าพนักงานตำรวจศาล 4 ศูนย์รักษาความปลอดภัย
สำนักงานศาลยุติธรรม
10. นายเอกสิทธิ์ สุดแก้ว
ผู้ช่วยผู้อำนวยการ ฝ่ายรักษาความปลอดภัย
ธนาคารแห่งประเทศไทย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	2
รายชื่อสมาชิกกลุ่ม	3
สารบัญ	4
ส่วนที่ 1 บทนำ	
1.1 หลักการและเหตุผล	5
1.2 วัตถุประสงค์	7
1.3 ขอบเขตของเรื่อง	7
ส่วนที่ 2 เนื้อหาหลัก	
2.1 ข้อเท็จจริง/สถิติที่แสดงถึงปัญหาอาชญากรรม	8
2.2 หลักการแนวคิดวิชาการที่เกี่ยวข้อง	9
2.2.1 ทฤษฎีการป้องกัน	9
2.2.2 ทฤษฎีชุมชนสัมพันธ์	11
2.2.3 ทฤษฎีทางเลือกในการใช้เหตุผล	11
2.2.4 ทฤษฎีแผนที่อาชญากรรม	12
2.2.5 กฎหมายอาญาในผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี	13
ส่วนที่ 3 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	
3.1 บทวิเคราะห์	14
3.2 แนวทางการแก้ไขปัญหา	15
3.3 ข้อเสนอแนะ	17
ส่วนที่ 4 บรรณานุกรม	19

ส่วนที่ 1

บทนำ

1.1 หลักการและเหตุผล

สิ่งเสพติด หรือยาเสพติด ในความหมายขององค์การอนามัยโลก (WHO) หมายถึง สิ่งที่เสพเข้าไปแล้ว จะเกิดความต้องการทั้งทางร่างกาย และจิตใจต่อไป โดยไม่สามารถจะหยุดเสพได้ และจะต้องเพิ่มปริมาณขึ้นเรื่อย ๆ หลังจากนั้นก็จะทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บต่อร่างกาย และจิตใจตามมา การเสพยาเสพติดเข้าสู่ร่างกาย มีหลายวิธีทั้ง การกิน การฉีด การสูบ และการดม ซึ่งกระทำติดต่อกันช่วงระยะเวลาหนึ่งจนส่งผลต่อต่อร่างกายและจิตใจของผู้เสพ นอกจากนี้ ตามประมวลกฎหมายยาเสพติด ยังให้ความหมายของยาเสพติดให้โทษ หมายความว่า สารเคมี พืช หรือวัตถุชนิดใด ๆ ซึ่งเมื่อเสพแล้ว ทำให้เกิดผลต่อร่างกายและจิตใจในลักษณะสำคัญ เช่น ต้องเพิ่มขนาดการเสพ ขึ้นเป็นลำดับ มีอาการถอนยา เมื่อขาดยาจะมีความต้องการเสพทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างรุนแรงตลอดเวลา และสุขภาพโดยทั่วไปจะทรุดโทรมลง กับให้รวมถึงสารเคมีที่ใช้ในการผลิตยาเสพติดให้โทษด้วย แต่ไม่หมายความรวมถึงยาสามัญประจำบ้านบางตำรับที่มียาเสพติดให้โทษผสมอยู่ตามกฎหมายว่าด้วยยา

คำนิยามของยาเสพติด คือ สิ่งที่เสพเข้าไปแล้วทำให้เกิดปัญหาต่อสภาพร่างกายและสภาพจิตใจ ทำให้ผู้เสพมีสภาพร่างกายที่ทรุดโทรมลง จากการที่ยาเสพติดได้ทำลายสุขภาพร่างกาย และทำลายสมอง นอกจากนี้ ปัญหาของยาเสพติดอาจเป็นต้นเหตุในการก่ออาชญากรรมอื่น ๆ ตามมา ทั้งการลักเล็กขโมยน้อย การจี้ปล้น การทำร้ายร่างกาย อาชญากรรมทางเพศ หรืออาชญากรรมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากความต้องการทรัพย์สินเนื่องจากต้องการนำเงินไปซื้อยาเสพติดเพิ่มขึ้น อย่างไรก็ตาม ปัญหาสำคัญจากยาเสพติด คือ ยาเสพติดได้เข้าไปทำลายระบบประสาทและจิตใจอันทำให้ผู้เสพมีอาการประสาทหลอนรวมทั้งมีพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติ ซึ่งทำให้ผู้ที่ติดยาเสพติดอาจมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และในที่สุดได้นำไปสู่การก่ออาชญากรรมตามมา

จากสถิติปี 2564 ผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย มีจำนวน 622,172 คน (สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2565) ซึ่งมีอัตราสูงกว่าผู้ป่วยทางจิตประเภทอื่น ๆ อาการป่วยทางจิตเนื่องมาจากการใช้ยาเสพติด อาจนำไปสู่การก่ออาชญากรรมทั้ง อาชญากรรมพื้นฐาน (Basic Crime) หรืออาชญากรรมท้องถนน (Street Crime) ซึ่งไม่มีความซับซ้อนมากนัก เช่น การทำลายสิ่งของ การใช้กำลังทำร้ายร่างกาย จากสถิติการเกิดความรุนแรงจากผู้ป่วยทางจิตมีจำนวนไม่มากนัก แต่หากมีการแยกประเภทความผิดของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวกระทำความผิดในคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายมากที่สุด รองลงมาคือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน

การกระทำความผิดอาญาเนื่องมาจากการป่วยทางจิต ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 บัญญัติถึงผู้ที่กระทำความผิด ในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษ แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้เพียงใดก็ได้ ซึ่งจะทำให้ผู้ที่กระทำความผิด หากพิสูจน์ได้ว่าเป็นผู้ที่กระทำความผิด เนื่องจากอาการป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด เป็นผู้ที่ไม่ต้องรับโทษหรือรับโทษน้อยตามที่กฎหมายได้กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม หากผู้กระทำความผิด กระทำความผิดอันเนื่องมาจากเสพลิงเมา ซึ่งไม่ได้ถึงขนาดมีอาการจิตบกพร่อง ตามมาตรา 66 แห่งประมวลกฎหมายอาญาที่บัญญัติว่าผู้กระทำความผิดนั้นยังคงต้องรับโทษไม่สามารถยกเป็นข้อแก้ตัวได้

การก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด จึงถือได้ว่าเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการดูแลแก้ไข เนื่องจากหากผู้กระทำความผิดกลุ่มนี้ก่ออาชญากรรมและพิสูจน์ได้ว่าเป็นผู้ป่วยทางจิต ก็อาจจะทำให้ไม่ต้องรับโทษทางกฎหมายได้ ซึ่งหากเป็นเช่นนั้นจะก่อให้เกิดความหวาดกลัว และความปลอดภัยในสังคมเป็นวงกว้าง และด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติดในปัจจุบัน ที่ขยายเป็นวงกว้างไปในหลายพื้นที่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเยาวชนผู้ที่จะเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ ทั้งนี้ ปรากฏข้อมูลเมื่อปี 2563 ว่า บุคคลอายุระหว่าง 15-64 ปี ได้เข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับการยาเสพติดเพิ่มขึ้นกว่าปี 2553 ร้อยละ 26 ซึ่งผลจากการเสพยาเสพติดดังกล่าวส่งผลให้ผู้เสบบางส่วนกลายเป็นผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ทำให้ปัญหาการก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ควรได้รับการป้องกัน และแก้ไขอย่างเป็นระบบ

อัตราการเกิดการกระทำผิดที่รุนแรงจากผู้ป่วยทางจิตแม้มีจำนวนน้อยแต่ก่อให้เกิดความหวาดกลัวและหวาดระแวงถึงความไม่ปลอดภัยต่อสังคมอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับจากการกระทำความผิดจากบุคคลที่สภาพจิตปกติ ทั้งนี้ เมื่อแยกประเภทความผิดของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดในไทยพบว่าคดีเกี่ยวกับชีวิตและร่างกายมีจำนวนมากที่สุด รองลงมาเป็น คดีความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ คดีเกี่ยวกับเพศคดีความผิดบุกรุกคดีความผิดฐานวางเพลิง และคดีความผิดฐานหมิ่นประมาท ตามลำดับ

การแก้ไขปัญหานี้โดยตรงจุดต้องไม่ให้รัฐเป็นตัวแสดงหลักฝ่ายเดียว แต่จำเป็นต้องมีตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐเข้ามาเกี่ยวข้องเพื่อบูรณาการความร่วมมืออย่างรอบด้านทั้งในระดับปัจเจก ครอบครัว ชุมชน สังคม ภาคเอกชน ตลอดจนการนำเทคโนโลยีมาประยุกต์ใช้ในการติดตามผู้ป่วยสำหรับบำบัดรักษาฟื้นฟูมากกว่าการลงโทษ เพื่อป้องกันการก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดไม่ให้มีอัตราเพิ่มขึ้นหรือก่อเหตุซ้ำ ขณะเดียวกันให้สามารถกลับมาใช้ชีวิตกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุขต่อไป

ดังนั้น จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของยาเสพติด จำนวนผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด และสถิติการก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด จึงควรมีการศึกษาถึงแนวทางในการป้องกันการก่ออาชญากรรมที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะในคดีความผิดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกาย เพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันสังคมส่วนรวมให้ปลอดภัยจากอาชญากรรมที่อาจจะเกิดขึ้นในสังคม และเพื่อให้ผู้ที่ติดยาเสพติดได้รับการบำบัด รักษา ให้อยู่ห่างจากการติดยาเสพติด ตามแนวคิดที่ว่า ผู้เสพยา คือ ผู้ป่วย เพื่อเป็นการป้องกันและลดจำนวนผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดลงด้วย

1.2 วัตถุประสงค์

1.2.1 เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์และสถิติการก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดในคดีความผิดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกาย

1.2.2 เพื่อศึกษาถึงมาตรการการป้องกันอาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดที่ผ่านมา

1.2.3 เพื่อเสนอแนวทางการป้องกันอาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด

1.3 ขอบเขตของเรื่อง

งานชิ้นนี้มุ่งศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดในคดีความผิดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกาย

ส่วนที่ 2

เนื้อหาหลัก

2.1 ข้อเท็จจริง/สถิติการก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด กรณีศึกษา คดีความผิดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกาย

ในปัจจุบัน จะเห็นได้จากภาพข่าวปรากฏเหตุการณ์ของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด มีพฤติกรรมที่แสดงความรุนแรงออกมาทั้งต่อตนเองและผู้อื่น สำหรับการแสดงความรุนแรงต่อตนเองคือการทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย ขณะที่การทำร้ายผู้อื่นได้แก่การทำให้ผู้อื่นบาดเจ็บไปถึงเสียชีวิต โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นสามารถเกิดขึ้นได้ทั้งคนในครอบครัวและนอกครอบครัว ดังข่าวต่อไปนี้

ข่าววันที่ 11 พฤษภาคม 2566 แองเจล่า เอฟิล กล่าวขอโทษครอบครัวที่เสียชีวิต และยอมรับผิดต่อชั้นศาลถึงการก่อเหตุเมื่อปี 2563 ว่าการก่อเหตุฆาตกรรมของแองเจล่า มีสาเหตุมาจากแองเจล่าเสพยาเสพติดและอาการป่วยทางจิต (CBC NEWS, 2566)

ข่าววันที่ 21 มิ.ย. 2566 ลูกป่วยจิตเวชขาดยา 5 วัน ก่อเหตุฟันแม่ตายสยองคาบ้านพัก ก่อนขึ้นจักรยานยนต์ไปบอกพี่ชายถอดจิตไปฆ่าแม่แล้ว ผู้ก่อเหตุมีอาการป่วยทางจิตเวชและไปปรียามาทานเป็นประจำ แต่ก่อนเกิดเหตุยารักษาหมดไปประมาณ 5 วัน (มติชนออนไลน์ 21 มิถุนายน 2566)

ข่าววันที่ 22 พ.ย.2566 ชายคลั่งถือมีดตัดอ้อยบุกเข้าไปในโรงเรียน ครู-นักเรียน วิ่งหนีตายกันอลหม่าน จังหวัดชัยภูมิ เนื่องจากมีชายอาการคลุ้มคนเมา หรือหลอนจากการใช้ยาเสพติด เพราะจากตรวจค้นห้องพักพบยาบ้าและอุปกรณ์การเสพยาติต ลำสุดทางตำรวจ สภ.คอนสาร ได้นำตัวชายคนนี้ เข้ารับการบำบัดรักษา ด้วยอาการจิตประสาทหลอนจากการใช้ยาเสพติด ที่โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติอำเภอกุฉินารายณ์ (ข่าวสดออนไลน์ 22 พฤศจิกายน 2566)

ข่าววันที่ 22 ธ.ค.2566 หนุ่มคลั่งใช้มีดไล่ฟันเด็กเจ็บสาหัส 2 คน อ้างมีคนสั่งทำ ทั้งนี้ผู้ก่อเหตุมีอาการคลุ้มคนเมา เพราะดื่มน้ำกระท่อมผสมยาแก้ไอและเสพกัญชา ทำให้มีประสาทหลอน อ้างได้ยินเสียงที่ส่งจากข่าววันที่ 24 ธ.ค.2566 ชายคลั่งใช้มีดแทงตำรวจ สภ.ธาตุพนม เสียชีวิต ขณะเข้าระงับเหตุ ผู้ก่อเหตุมีประวัติติดยาบ้า จนมีอาการป่วยทางจิต และเคยติดคุกมาก่อน ที่ผ่านมามักจะคลุ้มคลั่ง เนื่องจากไม่กินยา แต่ไม่คิดว่าจะมาก่อเหตุร้ายแรง จากการสอบถามญาติผู้ก่อเหตุ พบว่าผู้ก่อเหตุอยู่บ้านคนเดียวลำพังเนื่องจากหย่าร้าง มีพฤติกรรมเสพยาบ้า ติดยาเสพติดมานาน ชอบคลุ้มคลั่งเนื่องจากไม่กินยารักษาตัว ไม่คิดว่าจะมาก่อเหตุซ้ำ ทั้งนี้ตำรวจผู้ตายเคยรู้จักกับคนก่อเหตุมาก่อน และเคยระงับเหตุได้ทุกครั้ง แต่ครั้งนี้ไม่คิดว่าจะถูกจูโจมโดยใช้มีดปลายแหลมจ้วงแทงรวมกว่า 7 แผลตามร่างกาย (ไทยรัฐออนไลน์ 24 ธ.ค.2566)



ข้อมูลผู้ก่อเหตุฆ่าผลกระทบบจากยาเสพติดค. - 31ธ.ค.2566

ภาพรวมทั้งหมด

ชาวทั้งหมด	162	คดี
เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	122	คดี
ไม่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด	24	คดี
ไม่สามารถพิสูจน์ได้	16	คดี

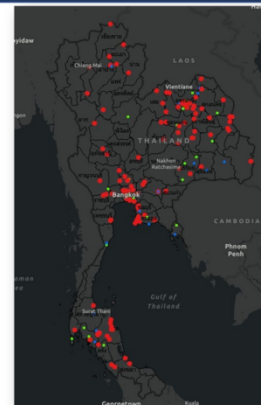
จำนวนจังหวัด	53	จังหวัด
จำนวนอำเภอ	114	อำเภอ

พื้นที่เป้าหมายผู้มีอาชญากรรมทางจิต กลุ่มเร่งด่วน

จำนวนจังหวัด	10	จังหวัด
จำนวนอำเภอ	18	อำเภอ

วิเคราะห์จาก คดีที่เกี่ยวข้องกับยาเสพติด122 คดี

ผู้ก่อเหตุทั้งหมด	168	คน
ผู้ก่อเหตุเกี่ยวข้องกับยาเสพติด	127	คน
ผู้ก่อเหตุที่มี13หลัก	161	คน
ผู้ก่อเหตุที่มี13หลักที่พบประวัติจับกุม	26	คน
ผู้ก่อเหตุที่มี13หลักที่พบประวัติจับกุม	135	คน
ผู้ก่อเหตุที่มี13หลักที่พบประวัติจับกุม	81	น
ผู้ก่อเหตุที่มี13หลักที่พบประวัติจับกุม	80	คน
ผู้ก่อเหตุที่มี13หลักที่พบประวัติจับกุมและบำบัด	4	คน
ผู้ก่อเหตุที่มี13หลักที่พบประวัติจับกุมและไม่พบบำบัด	111	คน
ผู้ก่อเหตุที่มี13หลักที่พบประวัติร้องเรียน	14	คน
ผู้ก่อเหตุที่มี13หลักที่พบประวัติร้องเรียนที่ถูกจับกุม	5	คน



พฤติกรรม (คน)							
ทำร้ายร่างกายตนเอง	ทำร้ายร่างกายผู้อื่น	ทำอันตราย/ข่มขืน/ล่วงละเมิดทางเพศ	ฆ่าตัวเอง	ฆ่าผู้อื่น	ลักทรัพย์/ชิงทรัพย์	ทำลายข้าวของ	วางเพลิง
5	66	9	7	26	25	38	11
รวม							
187							

* 1 คนอาจมีมากกว่าพฤติกรรม

อายุผู้ก่อเหตุ (คน)							
<= 18 ปี	19-30 ปี	31-40 ปี	41-50 ปี	51-60 ปี	> 60 ปี	ไม่ระบุอายุ	รวม
11	44	78	30	1	0	4	168

ที่มา จากระายงานผลการวิเคราะห์ทางสังคมจากการใช้ยาเสพติด สำนักงาน ป.ป.ส.

2.2 หลักการแนวคิดวิชาการที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาหัวข้อ "การป้องกันการก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด กรณีศึกษา คดีความผิดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกาย" มีแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องอันเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา โดยมุ่งศึกษาทำความเข้าใจผู้กระทำความผิดและการป้องกันการกระทำความผิด ซึ่งอาศัยทฤษฎีเกี่ยวกับการกระทำความผิดและทฤษฎีการป้องกันและปราบปรามอาชญากรรมที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายพฤติกรรมและแนวทางในการป้องกันการก่ออาชญากรรมของผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ดังนี้

2.2.1 ทฤษฎีการป้องกัน (Deterrence Theory)

อาชญากรรมเป็นปรากฏการณ์ที่มีอยู่ในทุกสังคมอันทำลายความสงบเรียบร้อยของสังคมและทำให้สมาชิกของสังคมไม่ปกติสุข ฉะนั้น หากต้องการป้องกันอาชญากรรมก็ต้องป้องกันสังคมด้วย ด้วยเหตุที่ปัญหาอาชญากรรมมีผลกระทบต่อสังคมส่วนรวม ดังนั้น การป้องกันอาชญากรรมจึงถือเป็นภาระหน้าที่ของสมาชิกในสังคม ซึ่งการป้องกันจะทำให้ได้ผลก็ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน มิใช่เพียงหน้าที่เฉพาะของกระบวนการยุติธรรมเท่านั้น ซึ่งนักอาชญาวิทยาได้สรุปขอบข่ายไว้เป็น 4 ขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

ขั้นที่ 1

การป้องกันอาชญากรรมต้องเริ่มต้นตั้งแต่การป้องกันมิให้มีการประกอบอาชญากรรมขึ้น ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 แนวทาง คือ

1) ป้องกันมิให้คนดีประกอบอาชญากรรม การป้องกันแนวทางนี้สามารถทำได้โดยใช้ขบวนการขัดเกลาทางสังคม ได้แก่ การศึกษา การอบรม โดยให้สมาชิกในสังคมมีระดับจิตใจที่มีความสำนึกในผิดชอบชั่วดี ยึดมั่นในศีลธรรมและจริยธรรม รวมทั้งให้ความเกรงกลัวต่อการถูกลงโทษ ไม่กล้าละเมิดกฎหมาย

2) ป้องกันมิให้บุคคลที่เคยกระทำผิดกลับมามีโอกาสทำผิดซ้ำ การป้องกันแนวทางนี้สามารถทำได้โดยใช้วิธีการแก้ไขอบรม พันฟูจิตใจให้กลับตัวเป็นคนดี อาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่ายในสังคมในการสนับสนุนและให้โอกาสแก่บุคคลที่เคยกระทำผิดให้มีโอกาสกลับตัวเป็นคนดี

3) ป้องกันมิให้ผู้คิดกระทำผิดได้มีโอกาสประกอบอาชญากรรม การป้องกันแนวทางนี้สามารถทำได้โดยให้ทุกคนทุกฝ่ายมีความระมัดระวังไม่เปิดช่องทางให้ผู้ร้ายสามารถลงมือกระทำความผิดได้ ในปัจจุบันความเจริญรุดหน้าไปมาก เพราะความเจริญทางเทคโนโลยีมีระบบรักษาความปลอดภัยที่มีประสิทธิภาพในด้านการป้องกันเกี่ยวกับทรัพย์สิน ทั้งนี้ Lipman นักอาชญาวิทยาชาวอเมริกัน กล่าวว่า “ถ้าเราเปิดช่องให้อาชญากรรมมีโอกาสประกอบอาชญากรรมได้ง่ายแล้ว เราไม่เพียงจะตกเป็นเหยื่ออาชญากรรมเท่านั้น แต่ยังกลายเป็นผู้สนับสนุนให้อาชญากรรมอีกด้วย”

ขั้นที่ 2

การป้องกันปราบปรามด้วยกระบวนการยุติธรรม ได้แก่ ตำรวจ อัยการ และศาล กล่าวคือเจ้าหน้าที่ตำรวจต้องตรวจตรา เมื่อมีอาชญากรรมเกิดขึ้นจะต้องดำเนินการปราบปรามจับกุมผู้กระทำผิดโดยเร็วอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรักษาความศักดิ์สิทธิ์ของกฎหมาย ขณะที่ฝ่ายอัยการและศาลจะต้องดำเนินการพิจารณาพิพากษาคดีให้รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สมาชิกของสังคมเห็นเป็นเยี่ยงอย่างว่า หากกระทำผิดก็ไม่อาจรอดพ้นเงื้อมมือกฎหมายและจะต้องถูกลงโทษอย่างรวดเร็ว นอกจากนี้การจับกุมผู้กระทำอย่างรวดเร็วจะเป็นการตัดโอกาสมิให้ผู้กระทำผิดไปประกอบอาชญากรรมได้อีก

ขั้นที่ 3

การป้องกันอาชญากรรมโดยการลงโทษภายหลังศาลพิพากษาลงโทษผู้กระทำผิด ฝ่ายราชทัณฑ์จะรับตัวผู้กระทำไปควบคุมจำคุกตามกำหนดโทษ ซึ่งขบวนการลงโทษจะเป็นการป้องกันอาชญากรรมแก่สังคมโดยตรง เนื่องจาก การควบคุมตัวผู้กระทำผิดไว้จะทำให้สังคมปลอดภัยชั่วระยะหนึ่ง

ขั้นที่ 4

การป้องกันอาชญากรรมโดยชุมชนถือเป็นวิธีที่ประชาชนกับหน่วยงานของรัฐร่วมมือระหว่างกันเพื่อป้องกันและปราบปรามอาชญากรรม พร้อมทั้งให้ประชาชนร่วมกันช่วยเหลือ/แก้ไขผู้กระทำผิดให้กลับตัวเป็นคนดีซึ่งเป็นแนวความคิดในการให้ชุมชนร่วมมือกันป้องกันตนเองให้พ้นจากการตกเป็นเหยื่อและช่วยกันป้องกันอาชญากรรมให้แก่สังคมส่วนรวม (I.A. Lipman, How to Protect Yourself from Crime (Contemporary Books, 1989)

ดังนั้น จะเห็นได้ว่า การป้องกันอาชญากรรมอย่างมีประสิทธิภาพไม่ใช่ให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ขับเคลื่อนฝ่ายเดียว หากแต่ต้องบูรณาการความร่วมมือในทุกมิติ ทั้งตัวผู้กระทำผิด ชุมชน เจ้าหน้าที่ และผู้บังคับใช้กฎหมาย ซึ่งในกรณีผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดก็เช่นกัน ไม่ควรเปิดช่องทางหรือโอกาสให้เขากระทำการ

คลุ้มคลั่งของเขาจะไม่เกิดขึ้นถ้าเขาไม่ยารักษา ครอบครัวจะต้องติดตามดูแลอย่างใกล้ชิดให้ผู้ป่วยได้รับยาตรงเวลา ขณะเดียวกันเมื่อพบผู้ป่วยทางจิตกระทำผิดเจ้าหน้าที่ก็จะต้องรีบเข้ามาดำเนินการจัดการอย่างทันทีเพื่อไม่ให้ผู้กระทำผิดเข้าใจว่าสามารถทำผิดได้โดยไม่ถูกลงโทษ ตลอดจนสังคมชุมชนโดยรวมต้องคอยเป็นหูเป็นตาและคอยดูพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการประเมินพฤติกรรมผู้ป่วยทางจิตต่อไป

2.2.2 ทฤษฎีชุมชนสัมพันธ์ (Community Relation Approach)

ทฤษฎีชุมชนสัมพันธ์ มีรากฐานมาจากแนวความคิด และผลการวิจัยของกลุ่มนักอาชญาวิทยา แห่งรัฐชิคาโก สหรัฐอเมริกา หรือ สำนักนิเวศวิทยาอาชญากรรม (The Ecological School of Criminology) ภายใต้การนำของ Robert E.Park สรุปได้ว่าทฤษฎีชุมชนสัมพันธ์เพื่อใช้ป้องกันอาชญากรรม คือ การจัดการสภาพทั่วไปด้วยในระดับเมือง ชุมชน หรือละแวกบ้านร่วมมุ่งสนับสนุนส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันชีวิต ร่างกาย ทรัพย์สินของตนเอง และให้บุคคลในชุมชนปลอดภัยจากอาชญากรรม โดยไม่ล่วงล้ำสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล หากประชาชนในชุมชนมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันเพื่อนบ้านช่วยสอดส่องดูแล การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ในทุกชุมชนเพื่อให้คนในชุมชนทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกันที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันอาชญากรรม หรือแม้กระทั่ง การมีอาสาสมัครในชุมชนช่วยกันตรวจตราบ้านเมืองในชุมชนก็จะทำให้ประชาชนชุมชนมีความสามารถปลอดภัยจากอาชญากรรมได้

ในกรณีการป้องกันอาชญากรรมจากผู้ป่วยทางจิตที่ใช้ยาเสพติดเช่นกันที่ชุมชนจะต้องเป็นรากฐานสำคัญในการเป็นหูเป็นตาคอยสอดส่องดูแล ไม่ติตรา และดึงผู้ป่วยให้กลับเข้ามาอยู่ในสังคมร่วมกันก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถทานยาสม่ำเสมอ ไม่คลุ้มคลั่ง ก็จะทำให้ชุมชนปลอดภัยร่วมกัน ขณะเดียวกันผู้ป่วยทางจิตก็จะหายป่วย และอาจกลายเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยทางจิตคนต่อไปได้เช่นกัน

2.2.3 ทฤษฎีทางเลือกในการใช้เหตุผล (Rational Choice)

ทฤษฎีคิดก่อนกระทำผิดหรือทฤษฎีทางเลือกในการใช้เหตุผลของแกรี่ เบคเกอร์ (Gary Becker) ได้แตกแขนงมาจากทฤษฎีเจตจำนงอิสระ โดยเบคเกอร์กล่าวถึงทฤษฎีนี้ว่าบุคคลปกติจะเป็นผู้มีอิสระในการเลือกที่จะกระทำการหรืออดเว้นกระทำการใดอันเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายได้ด้วยการตัดสินใจของตนเองอย่างมีเหตุผลและแนวทางในการที่จะเลือกที่จะมีพฤติกรรมที่ผิดกฎหมายของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับความคุ้มค่าจากการกระทำนั้นของแต่ละบุคคลอันหมายถึงความพึงพอใจหรือประโยชน์อันสูงสุดจากการกระทำนั้น ซึ่งความพึงพอใจหรือผลประโยชน์มิได้จำกัดเฉพาะในรูปของทรัพย์สินเท่านั้น หากแต่ยังรวมถึงผลประโยชน์หรือความพึงพอใจด้านจิตใจด้วย

สมมุติฐานตามหลักทฤษฎีคิดก่อนกระทำผิดของ เบคเกอร์ นั้นมีความคล้ายคลึงและสอดคล้องกับแนวคิดของนักอาชญาวิทยาในกลุ่มดั้งเดิมในเรื่องเจตจำนงอิสระที่มีความเชื่อว่า เจตจำนงอิสระเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ โดยแนวคิดตามแนวทฤษฎีของสำนักอาชญาวิทยาตั้งเดิมนั้น จะวิเคราะห์ถึงการที่มนุษย์คนหนึ่งเลือกที่จะก่ออาชญากรรมนั้น ขึ้นอยู่กับปัจจัยของตัวบุคคลนั่นเอง โดยเชื่อว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผลสามารถเลือกที่จะกระทำ หรือไม่กระทำได้ด้วยตัวเอง ซึ่งจากแนวคิดดังกล่าวก็นำมาสู่การกำหนดกฎหมายและกระบวนการยุติธรรมเพื่อที่จะหยุดยั้งพฤติกรรมอาชญากรรมของมนุษย์แต่ในทฤษฎีคิดก่อนกระทำผิดของเบคเกอร์ นอกจากจะกล่าวถึงความพึงพอใจและความทุกข์ทรมานแล้ว ยังกล่าวถึงการที่บุคคลได้คิดคำนวณถึงผลที่จะตามภายหลังล่วงหน้าก่อนที่จะตัดสินใจประกอบอาชญากรรมอีกด้วย โดยในด้านการประกอบอาชญากรรมนั้น

นอกเหนือจากผลประโยชน์ที่จะได้รับที่มนุษย์จะคิดคำนวณแล้วมนุษย์จะไตร่ตรองถึงความเป็นไปได้ที่ผู้อื่นจะรับทราบพฤติกรรมของตน รวมถึงความเป็นไปได้ที่จะถูกจับกุมอีกด้วย ซึ่งแนวคิดในด้านการคำนึงถึงความเป็นไปได้ที่จะถูกจับกุมที่ถูกนำมาพิจารณาไตร่ตรองก่อนที่จะตัดสินใจกระทำ ความผิดของมนุษย์นั้น นำมาซึ่งการเพิ่มการรักษาความปลอดภัย การตรวจตรา หรือ การเพิ่มกำลังการเฝ้าระวังให้มากยิ่งขึ้นเพื่อหยุดยั้งพฤติกรรมอาชญากรรมของมนุษย์ในปัจจุบัน

ทฤษฎีการเลือกอย่างมีเหตุผลถือเป็นทฤษฎีหนึ่งที่พัฒนาเพิ่มเติมขึ้นจากแนวความคิดสำนักอาชญาวิทยาดั้งเดิม กล่าวคือ หลักเจตจำนงเสรี (Freewill) ที่ตระหนักว่าการตัดสินใจในกระทำการหรือดเว้นไม่กระทำการใด ๆ ของนั้น มนุษย์จะพิจารณาทางเลือกต่าง ๆ อย่างมีเหตุผลว่า จะได้รับประโยชน์หรือผลเสียจากการตัดสินใจ ซึ่ง โรแนล คาร์ก และดีเร็ค คอร์นิส ผู้นำทฤษฎี Rational Choice เชื่อว่า ผู้กระทำจะคำนวณถึงต้นทุนในการกระทำผิดว่ามีน้อยกว่าผลเสียที่ได้รับ จึงเลือกลงมือกระทำ โดยได้เสนอว่า การพิจารณาการก่ออาชญากรรมจะต้องพิจารณาจากปัจจัยสำคัญ 2 ประการ กล่าวคือ

1) คุณสมบัติของการประกอบอาชญากรรม (Offense Specific) ที่ขึ้นอยู่กับทักษะความชำนาญ และผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการกระทำ

2) คุณสมบัติของตัวอาชญากร (Offender Specific) ที่ขึ้นอยู่กับโอกาสในการกระทำ ผลดี ผลเสีย รวมทั้งแรงกระตุ้นหรือมูลเหตุจูงใจในการตัดสินใจกระทำ ซึ่งผลประโยชน์ที่จะได้รับภายหลังจากเลือกกระทำการใด ๆ นั้น มิใช่เพียงเพื่อทรัพย์สินเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวข้องกับความพึงพอใจและความสุขทางจิตใจด้วย ซึ่งก่อนที่จะกระทำผิดกฎหมาย อาชญากรต้องคำนึงถึงสภาพแวดล้อมโดยทั่วไป อันได้แก่ โอกาสในการกระทำผิด ผลเสีย ผลประโยชน์ ตลอดจนความเสี่ยง รวมทั้งแรงกระตุ้นหรือมูลเหตุจูงใจในการกระทำผิดของอาชญากรผู้นั้นด้วย ซึ่งหลังจากที่บุคคลได้คำนวณถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชญากรรมแล้ว จึงจะตัดสินใจว่าจะประกอบอาชญากรรมหรือไม่ (Derek B. Cornish and Ronald V. Clarke, The Reasoning Criminal Rational Choice Perspectives on Offending, 2014)

ทั้งนี้ ทฤษฎีนี้สามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดได้เช่นกัน โดยการให้ผู้ป่วยทางจิตได้ชั่งน้ำหนักระหว่างการทานยารักษาที่จะทำให้หายป่วย สังคมเห็นคุณค่า กับอาการคลุ้มคลั่งจากไม่ทานยาและถูกนำเข้าพื้นที่เฉพาะเพื่อ ออกจากสังคม เมื่อผู้ป่วยพิจารณาถึงผลดีของการกินยาแล้วก็จะทำให้ผู้ป่วยร่วมมือโดยปริยาย

2.2.4 ทฤษฎีแผนที่อาชญากรรม

แผนที่อาชญากรรม คือ กระบวนการหรือระบบการใช้ข้อมูลสารสนเทศทางภูมิศาสตร์มาทำการวิเคราะห์เชิงพื้นที่สำหรับการแก้ไขปัญหาอาชญากรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัน โดยแผนที่อาชญากรรมแบ่งออกเป็น 5 ประเภท ดังนี้

1) แผนที่ใช้แบบสัญลักษณ์เพียงชนิดเดียว (Single-Symbol Mapping) เป็นแผนที่ซึ่งอาศัยสัญลักษณ์เพียงชนิดเดียวแทนลักษณะทางกายภาพเพียงหนึ่งชนิด โดยไม่มีการแสดงลักษณะทางกายภาพประเภทอื่น เช่น มีเพียงการใช้ประเภจุดการแสดงที่ตั้งของสถานีตำรวจโดยไม่มีการแสดงจุดเกิดเหตุของคดีอาชญากรรมหรือลักษณะทางกายภาพอื่น ๆ บนแผนที่นั้น

2) แผนที่ใช้วงแหวนรอบลักษณะทางกายภาพ การใช้วงแหวนล้อมรอบลักษณะทางกายภาพนั้นมีประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลที่แสดงบนแผนที่ วงแหวนที่ใช้ล้อมรอบสามารถกำหนดให้มีขนาดใหญ่หรือเล็กตามที่ผู้วิเคราะห์กำหนด เช่น อาจกำหนดให้โปรแกรมด้านภูมิศาสตร์สารสนเทศที่ใช้อยู่สร้างวงแหวนรอบล้อมสถานบริการที่จำหน่ายสุราทุกแห่งในเขตสถานีตำรวจ

3) แผนที่ใช้สีหรือสัญลักษณ์ที่มีขนาดแตกต่างกันแสดงจำนวน แผนที่ประเภทนี้สามารถนำเสนอข้อมูลที่แผนที่แบบที่ใช้สัญลักษณ์เพียงชนิดเดียวไม่สามารถนำเสนอให้ครบถ้วนได้ แผนที่ประเภทนี้สามารถนำเสนอข้อมูลที่มีลักษณะทางกายภาพซึ่งเกิดขึ้นซ้ำกันในบริเวณเดียวกันหรือบริเวณใกล้เคียงกันได้ โดยใช้สีหรือสัญลักษณ์ที่มีขนาดแตกต่างกันแสดงจำนวนของลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างกัน เช่น การใช้สัญลักษณ์ที่เป็นวงกลมที่มีขนาดเล็กแสดงการเกิดของเหตุลักทรัพย์จำนวน 1 ถึง 3 คดี ใช้วงกลมขนาดกลางแสดงเหตุลักทรัพย์จำนวน 4 ถึง 6 คดี และใช้วงกลมขนาดใหญ่แสดงเหตุลักทรัพย์จำนวน 7 คดีขึ้นไป

4) แผนที่ใช้แผนภูมินำมาใช้ในการแสดงค่าต่าง ๆ ของตัวแปรเดียวกันบนแผนที่เดียวกันได้ กล่าวคือ บางครั้งการแสดงผลบนแผนที่ที่มีความจำเป็นต้องแสดงค่าที่แตกต่างกันของตัวแปรอาชญากรรมประเภทต่าง ๆ บนแผนที่เดียวกัน เช่น การแสดงผลการเกิดขึ้นของคดีเกี่ยวกับยาเสพติด ทำร้ายร่างกาย

5) แผนที่แสดงความหนาแน่น เหมาะสำหรับการแสดงข้อมูลที่ไม่ว่างกักอยู่ในขอบเขตที่เด็ดขาด เช่น เขตตามหมู่บ้าน โดยทั่วไปแล้วแผนที่แสดงความหนาแน่นจะใช้วิธีระบายสีให้มีความหนาแน่นที่แตกต่างกันในบริเวณต่างๆของแผนที่ ทั้งนี้ความหนาแน่นของสีขึ้นอยู่กับจำนวนคดีอาชญากรรมที่เกิดขึ้น

2.2.5 กฎหมายอาญาในผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อคดี

ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 บัญญัติว่า ผู้ใดกระทำความผิดในขณะที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เพราะมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ผู้นั้นไม่ต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น เพียงใดก็ได้ แต่ถ้าผู้กระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้าง หรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ผู้นั้นต้องรับโทษสำหรับความผิดนั้น แต่ศาลจะลงโทษน้อยกว่าที่กฎหมายกำหนดไว้สำหรับความผิดนั้นเพียงใดก็ได้

ส่วนที่ 3

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

3.1 บทวิเคราะห์

เมื่อพิจารณาถึงสาเหตุที่ผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติดได้ก่ออาชญากรรม โดยเฉพาะในคดีความผิดที่เกี่ยวข้องกับชีวิตและร่างกาย คณะผู้ศึกษาวิเคราะห์แล้วพบว่า สาเหตุของปัญหาในเรื่องดังกล่าวมีด้วยกันอยู่หลายสาเหตุ แต่กระนั้น เมื่อค้นคว้าและศึกษาจากกรณีข่าวและข้อเท็จจริงที่ปรากฏ ทางคณะผู้ศึกษาจึงเลือกวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่เกิดจากการที่ผู้ป่วยทางจิตเหล่านั้นปฏิเสธการรักษา/บำบัด กล่าวคือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาที่ใช้ในการรักษาตามกำหนด เมื่อผู้ป่วยเกิดการ “ขาดยา” จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ และเกิดภาวะคลุ้มคลั่ง ขาดสติ และก่อเหตุอาชญากรรมต่าง ๆ

3.1.1 ปัจจัยที่ผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ปฏิเสธการรักษา/บำบัด

เมื่อพิจารณาถึงเหตุปัจจัยที่ผู้ป่วยทางจิตจากการใช้ยาเสพติด ปฏิเสธการรักษา/บำบัด โดยไม่รับประทานยาตามกำหนด จนเป็นเหตุให้ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ และเกิดภาวะคลุ้มคลั่ง ขาดสติ และก่อเหตุอาชญากรรมต่าง ๆ นั้น ทางคณะผู้ศึกษามองว่าอาจเกิดมาจากเหตุปัจจัยต่าง ๆ ดังนี้

1) ปัจจัยภายใน

ปัจจัยที่เกิดจากตัวผู้ป่วยเอง โดยเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งนี้ อาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยไม่เห็นความสำคัญหรือประโยชน์ของการรักษา/การบำบัด หรืออาจมีเหตุผลทางจิตใจของผู้ป่วยที่อ่อนไหวง่าย ไม่เห็นคุณค่าในตนเอง

2) ปัจจัยภายนอก

สามารถแบ่งออกได้เป็น 2 เหตุปัจจัยย่อย ประกอบด้วย

2.1) ปัจจัยจากครอบครัวของผู้ป่วย

เกิดจากการที่ครอบครัวของผู้ป่วย (ที่เกิดปัญหาก่อเหตุอาชญากรรม) ไม่ได้ให้ความสนใจกับการรักษาผู้ป่วยเท่าที่ควร ทั้งนี้ อาจเกิดจากการไม่ให้ความสำคัญ การละเลย มองว่าผู้ป่วยเป็นภาระ หรืออาจเกิดจากการที่ครอบครัวไม่ได้มีทุนทรัพย์สำหรับการดูแลผู้ป่วยมากนัก ซึ่งจากการศึกษาก็พบว่าครอบครัวผู้ป่วยไม่มีเงินที่จะเดินทางไปรับยาตามกำหนดเวลา จึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดการขาดยา นอกจากนี้ อาจเกิดจากการที่ครอบครัวผู้ป่วยไม่ทราบวิธีการที่จะรักษาหรือดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมเรียบร้อย

2.2) ปัจจัยจากสังคม/ชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย

เกิดจากการที่สังคมหรือชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย เกิดการตั้งแง่รังเกียจผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดดังกล่าว จนไม่ส่งสิ่ง/ใดแต่เดียวครอบครัวผู้ป่วยออกจากสังคม ซ้ำร้าย บางสังคมหรือชุมชนอาจไปสร้างพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากการใช้สารเสพติดดังกล่าว เช่น การด่าทอ การพูดหรือนินทาจนสร้างบาดแผลทางใจและแรงกดดันทางลบให้แก่ตัวผู้ป่วยหรือครอบครัวของผู้ป่วย

ดังนั้น ในการวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาย่อยอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเห็นควรป้องกันสาเหตุในแต่ละปัจจัยหรือองค์ประกอบในการเกิดอาชญากรรม กล่าวคือ ในเรื่องดังกล่าว ทางคณะผู้ศึกษาได้เลือกศึกษาถึงสาเหตุเกิดจากการที่ผู้ป่วยทางจิตจากการใช้สารเสพติด ไม่ยอมรับประทานยาที่ใช้ในการรักษาตามกำหนด เมื่อผู้ป่วยเกิดการ “ขาดยา” จึงทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ และเกิดภาวะคลุ้มคลั่งขาดสติ จนไปก่อเหตุอาชญากรรมต่าง ๆ

3.1.2 ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมาเข้ารับการรักษา/บำบัด

1) การแก้ปัญหาจากปัจจัยภายใน

เป็นการแก้ไขปัญหาย่อยจากภาวะจิตใจของตัวผู้ป่วยเอง คือ ต้องเสริมสร้างให้ผู้ป่วยตระหนักและเห็นความสำคัญของการรักษา/บำบัด เสริมสร้างคุณค่าในตัวเอง เพื่อให้มีกำลังใจที่จะหายจากอาการป่วยดังกล่าว

2) การแก้ปัญหาจากปัจจัยภายนอก

เป็นการแก้ไขปัญหาย่อยโดยมุ่งเสริมพลังให้ครอบครัวของผู้ป่วยได้มีความพร้อมที่จะดูแลผู้ป่วยทั้งในเรื่องของการลดทัศนคติเชิงลบของครอบครัวผู้ป่วยที่มีต่อตัวผู้ป่วย การส่งเสริมวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง หรือการช่วยเหลือทางทุนทรัพย์เพื่อให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีคุณภาพ เป็นต้น

ในส่วนของสังคม/ชุมชนที่ผู้ป่วยอยู่อาศัย ควรเสริมสร้างค่านิยมเชิงบวกให้สังคม/ชุมชนยอมรับได้ว่า ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ และสังคมหรือชุมชนก็สามารถมีส่วนร่วมในการเฝ้าระวังรักษาผู้ป่วยและคืนผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมได้

3.2 แนวทางการแก้ไขปัญหาย่อย

จากการวิเคราะห์เพื่อหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาย่อยอย่างมีประสิทธิภาพ จะเห็นว่า การแก้ไขต้องมาจากทั้งปัจจัยภายใน คือตัวของผู้ป่วยเอง และปัจจัยภายนอก คือครอบครัวของผู้ป่วย ชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ดังนั้น ในการแก้ไขปัญหาย่อยจึงควรเป็นกระบวนการจากปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอก ทั้งนี้ แนวทางการแก้ไขปัญหาย่อยจากเหตุปัจจัยภายในและภายนอกที่กล่าวในข้างต้น ดังนั้น ทางคณะผู้ศึกษาจึงขอเสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาย่อย ผ่านการเสนอให้มีการพัฒนาแอปพลิเคชันการปักหมุดแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด หรือ “CARE U PIN MAP” โดยมีหลักการและรายละเอียดสังเขป ดังนี้

ระบบการปกปิดแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด หรือ “CARE U PIN MAP” มีหลักการที่มุ่งเพิ่มประสิทธิภาพในการติดตามผู้ป่วย ผ่านการพัฒนาแอปพลิเคชันที่จะมีรูปแบบการทำงาน คือ

1. เป็นการปกปิดแหล่งที่อยู่ของผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติดไว้บนแผนที่ ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงปริมาณของผู้ป่วยในระดับพื้นที่ได้ และนอกจากข้อมูลเชิงปริมาณแล้ว ยังสามารถทำให้แต่ละหมุดที่แสดงที่ตั้งผู้ป่วยสะท้อนข้อมูลเชิงคุณภาพ ผ่านการกำหนดสีของหมุดตามความรุนแรงของผู้ป่วยรายนั้น ๆ เช่น กำหนดเป็น “หมุดสีเขียว” กรณีผู้ป่วยไม่มีความรุนแรง สามารถใช้การกำกับติดตามแบบห่าง ๆ เพียงแค่ให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามกำหนด และอาจมีการพบแพทย์ด้วยระบบการสื่อสารทางไกล ผ่านระบบ Telemedicine เป็นครั้งคราว เป็นต้น หรือ “หมุดสีเหลือง” กรณีผู้ป่วยมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ต้องใช้การติดตามมากขึ้นเป็นพิเศษ หรือ “หมุดสีแดง” กรณีผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูง จำเป็นต้องติดตามอย่างใกล้ชิด และเฝ้าระวังมากเป็นพิเศษ เป็นต้น

ทั้งนี้ การดำเนินการในเรื่องดังกล่าว จะเป็นประโยชน์ต่อการพิจารณาจัดสรรทรัพยากร และบุคลากรเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยและการแจกจ่ายยารักษาเป็นไปได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงต่อไป

2. ระบบดังกล่าวจะประกอบด้วยระบบในการติดตามในส่วนต่าง ๆ อาทิ

2.1 ระบบในการติดตามดูแลผู้ป่วยทางจิตที่เกิดจากการใช้ยาเสพติด

การติดตามผู้ป่วย ควรมีระบบการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เมื่อมีการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดฟื้นฟู และหลังจากผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการการบำบัดจนครบกำหนดตามที่กำหนด ควรมีระบบการติดตามตามระยะเวลาที่กำหนด ผ่านระบบการปกปิดแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด หรือ “CARE U PIN MAP” ตามรูปแบบที่ได้อธิบายไว้ในข้อ 1.

ทั้งนี้ เพื่อเสริมให้การดำเนินในข้างต้นเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น กระบวนการติดตาม อาจจะเป็นทุก 1 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล หากอาการดีขึ้น การติดตามอาจเพิ่มเป็น 3 เดือน โดยมีระยะเวลาทั้งสิ้น เป็นเวลา 1 ปี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาหรือได้รับการบำบัดอย่างต่อเนื่อง ลดการกลับมาป่วยซ้ำอีก โดยให้ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ติดตามและรายงานผลการติดตาม ให้โรงพยาบาลทราบ รวมทั้งนำส่งยารักษาโรคให้ผู้ป่วยตามระยะเวลาที่กำหนด

2.2 ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย

การติดตามผู้ป่วยโดยความร่วมมือกับครอบครัวเป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากภายหลังจากผู้ป่วยออกจากกระบวนการบำบัดยาเสพติด ผู้ป่วยต้องกลับเข้าสู่ครอบครัว ซึ่งครอบครัวคือผู้ที่ความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด อาจเรียกได้ว่าครอบครัวเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดลำดับที่หนึ่ง การให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา ให้ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องการดูแลผู้ป่วย การเข้าใจสภาวะจิตใจของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญ เพื่อให้ครอบครัวได้ดูแลผู้ป่วยตามแผนการรักษาที่เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องได้วางแผนไว้ ไม่มองผู้ป่วยเป็นภาระ เพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการที่ดีขึ้นในเร็ววัน

ระบบการปกปิดแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด หรือ “CARE U PIN MAP” นี้ จะมีช่องทางในการรับและส่งต่อเรื่องราวที่ครอบครัวผู้ป่วยมาขอรับคำปรึกษา ให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ เพื่อที่จะได้ลงไปช่วยเหลือแก้ไขปัญหา หรือให้คำปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วยได้อย่างทันท่วงที พร้อมทั้งร่วมกันวางแผนติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม และสอดคล้องกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามบริบทของผู้ป่วยแต่ละคนได้

2.3 ระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยร่วมกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

ระบบการปฎิบัติแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด หรือ “CARE U PIN MAP” นี้ จะเพิ่มช่องทางในการเชื่อมโยงกับชุมชน และหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง เช่น สถานีตำรวจ หรือสถานพยาบาล ฯลฯ โดยระบบจะแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการปฎิบัตินั้น อยู่ใกล้กับสถานีตำรวจ หรือสถานพยาบาลใด และเมื่อจะติดตามผู้ป่วย หรือเมื่อมีปัญหาหรือเหตุการณ์พิเศษเกิดขึ้น ก็ให้เป็นระบบแจ้งเตือนไปยังหน่วยงานดังกล่าว เหล่านั้น เพื่อลงพื้นที่ติดตามหรือปัญหาได้อย่างทันท่วงที

3.3 ข้อเสนอแนะ

เพื่อให้แนวทางการแก้ไขปัญหาดังที่คณะผู้ศึกษาได้นำเสนอ คือ การพัฒนาแอปพลิเคชันการปฎิบัติแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด หรือ “CARE U PIN MAP” บรรลุเป้าหมายได้อย่างเป็นรูปธรรม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทางคณะผู้ศึกษาจึงมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ดังนี้

1. เห็นควรให้เกิดการบูรณาการร่วมกันระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในระดับนโยบาย และระดับพื้นที่ กล่าวคือ ในระดับนโยบายเห็นควรให้มีการบูรณาการฐานข้อมูลร่วมกัน อาทิ ฐานข้อมูลทะเบียนราษฎร ฐานข้อมูลผู้ป่วยจิตเวช ฐานข้อมูลอาชญากรรม ฐานข้อมูลยาเสพติด ฯลฯ โดยมีหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด สำนักงานพัฒนารัฐบาลดิจิทัล (องค์การมหาชน) ฯลฯ และในระดับพื้นที่เห็นควรส่งเสริมให้มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างพื้นที่ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ฯลฯ โดยให้สำนักงานยุติธรรมจังหวัด ผ่านศูนย์ยุติธรรมชุมชน เป็นหน่วยงานกลางในการประสานงานดังกล่าว

2. เห็นควรให้หน่วยงานที่รับแนวทางการแก้ไขปัญหามาผ่านระบบการปฎิบัติแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด หรือ “CARE U PIN MAP” ไปดำเนินการ เป็นผู้กำหนดเกณฑ์เกณฑ์การกำหนดสีหมุดตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย

3. เห็นควรนำผ่านระบบการปฎิบัติแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้ยาเสพติด หรือ “CARE U PIN MAP” ไปเชื่อมโยงกับแผนที่อาชญากรรมในภาพรวม เพื่อให้หน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบสามารถบูรณาการการแก้ไขปัญหายาอาชญากรรมในระดับองค์กรรวมได้

4. เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดจากการใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สังคมอาจจะมี ความหวาดกลัว หรือมีความกังวล หากชุมชนได้รู้ว่าผู้ป่วยกลับมาเข้ามาอยู่ในชุมชน เนื่องจากคนในชุมชนคงกังวลว่า ผู้ป่วยจะมีอาการที่รุนแรงขึ้นเมื่อไหร่ก็ได้ ดังนั้น การให้วางแผนการติดตามผู้ป่วยหลังจากเข้ารับการรักษาจนเสร็จ และกลับมาสู่สังคม ควรได้รับการวางแผนร่วมกับคนในชุมชน หรืออย่างน้อยผู้นำชุมชนก็ควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการติดตามการรักษา โดยให้ชุมชนเป็นส่วนหนึ่งในการเฝ้าระวังผู้ป่วย ทั้งด้านพฤติกรรมที่ปรากฏในชุมชน การแสดงออกต่อคนในชุมชน หากมีสัญญาณที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ยาเสพติดอีก ชุมชนจะได้แจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันถ่วงที ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีชุมชนสัมพันธ์ (Community Relation Approach)

นอกจากการร่วมมือในการเฝ้าระวังแล้ว การให้ความรู้ ความเข้าใจกับคนในชุมชนก็เป็นส่วนสำคัญ การให้ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยควรดำเนินการไปพร้อมกับการเฝ้าระวังติดตาม เพราะหากคนในชุมชนไม่เข้าใจผู้ป่วย ตั้งข้อรังเกียจผู้ป่วย อาจจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและกลับไปใช้ยาเสพติดได้อีก เนื่องจากชุมชนเป็นส่วนหนึ่งที่ผู้ป่วยต้องเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง หากชุมชนเข้าใจผู้ป่วย ก็จะทำให้ผู้ป่วยไม่รู้สีกังวล และทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการบำบัดก็เป็นได้

เพื่อให้การดำเนินในข้างต้นเป็นรูปธรรม ในที่ประชุมของชุมชนในแต่ละครั้ง ให้มีการชี้แจงประชาสัมพันธ์ สร้างความเข้าใจกับสมาชิกในชุมชนในการสอดส่องดูแลพฤติกรรมของผู้ป่วย และแจ้งช่องทางการรายงานให้ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ติดตามทราบ

จากแนวทางการแก้ไขที่คณะผู้ศึกษาเสนอ เป็นแนวทางที่รอบด้าน โดยใช้ทั้งเทคโนโลยีในการการปกคลุมแผนที่ผู้ป่วยจิตเวชจากการใช้สารเสพติด การติดตามดูแลใกล้ชิดที่ไม่เพียงแต่ให้ผู้ป่วยดูแลรักษาตัวเองเท่านั้น ยังให้ครอบครัว สังคม และคนรอบข้าง เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยด้วย เพราะไม่สามารถมีใครที่จะอยู่เพียงลำพังในสังคมได้ ดังนั้นคนรอบข้างจึงเป็นปัจจัยที่สำคัญ

ส่วนที่ 4

บรรณานุกรม

กรมสุขภาพจิต. “ภาพรวมผู้ป่วยจิตเวช”. <https://dte.dmh.go.th/>

กรมสุขภาพจิต. “โครงการดูแลผู้ป่วย SMI V ด้านจิตเวชและยาเสพติด พื้นที่ต้นแบบปี 2566”.
<https://www.chiangmaihealth.go.th/document/230124167449424854.pdf>

กรมสุขภาพจิต. “แนวทางการติดตามดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเวชสุรา/ยา/สารเสพติด(ฉบับทดลองใช้)”.
<https://mhso.dmh.go.th/fileupload/202104191676268002.pdf>

กระทรวงสาธารณสุข. “แผนยุทธศาสตร์ด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติด พ.ศ.2566-2570”.
https://ncmc.moph.go.th/home/upload/web_download/1doxcsiqctdwos4w4g.pdf

ไทยรัฐออนไลน์. “แจ้งข้อหาอ่วม หลงลอนยาคว้ามืดดาบ พันหัวหลาน 5 ขวบสาหัส”.(11 ม.ค.67) .
<https://www.thairath.co.th/news/local/north/2754311>

พรชัย ชันดี จอมเดช ตรีเมฆ และกฤษณพงศ์ พุตระกูล. ทฤษฎีอาชญาวิทยา : หลักการ งานวิจัย และนโยบายประยุกต์.
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรังสิต, 2558.

พูนพัฒน์ กมลวุฒิพงศ์. “การกระทำผิดทางอาญาของผู้ป่วยจิตเวช”. วารสารวิชาการอาชญาวิทยาและ
นิติวิทยาศาสตร์ ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (ม.ค.-มิ.ย.2565)

สำนักงาน ปปส. และกรมสุขภาพจิต. “แนวทางการเฝ้าระวัง ค้นหา ส่งต่อ บำบัด และดูแลติดตามผู้ป่วยยาเสพติดที่มีอาการทางจิต”.<https://www.oncb.go.th/Home/Pages/Drug-knowledge/fileupload/%E0%B8%84%E0%B8%B9%E0%B9%88%E0%B8%A1%E0%B8%B7%E0%B8%AD%20%E0%B8%82%E0%B8%B1%E0%B9%89%E0%B8%99%E0%B8%95%E0%B8%AD%E0%B8%99%E0%B8%81%E0%B8%B2%E0%B8%A3%E0%B8%94%E0%B8%B3%E0%B9%80%E0%B8%99%E0%B8%B4%E0%B8%99%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%20%E0%B8%AF.pdf>

สุพัตรา จันทรสุวรรณ, วรางคณา จำปาเงิน, สุนทรี ชะชาตย์ และ ปวีดา โพธิ์ทอง. “ปัญหาและสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติดในชุมชน”. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี
ปีที่ 6 ฉบับที่ 2 (ก.ค.-ธ.ค.2565)

- สวพ.FM91. “ลูกทาสยาหลอน ใช้ขวานจามหัวแม่ดับสยอง ก่อนจบชีวิตตัวเอง”. 21 ม.ค.67).
https://www.fm91bkk.com/newsarticle/23719?fbclid=IwAR2A9ehrfl4fg1D0XJhellk_0g2sO0MiXwlrJByhWXik3nkpXPc2oPxi4oA_aem_AVp_BfpWm9FHduFSyQFmleUmq4mftZ2XbYYqZ31B61ajH3_TY0kppJZ93BIMWL0FOIA#google_vignette
- CH7. “หนุ่มคลั่งใช้มีดไล่ฟันเด็กเจ็บสาหัส 2 คน อ้างมีคนสั่งให้ทำ”. (29 ธ.ค.66) <https://news.ch7.com/detail/695306>
- Derek B. Cornish and Ronald V. Clarke, “The Reasoning Criminal Rational Choice Perspectives on Offending” (New Brunswick (U.S.A) and London (U.K.: Transaction Publishers, 2014).
- Hfocus. “กรมสุขภาพจิตเผย ดิทยาทำป่วยจิต เกือบ 4 พันรายต่อปี เน้นพารักษาให้เร็ว”. (16 มิ.ย.59)
<https://www.hfocus.org/content/2016/06/12285>
- Hfocus. “ภาวะสังคมไทยไตรมาส 3 ผู้ป่วยจิตเวช-ยาเสพติด พุ่งสูง” (27 ธ.ค.2565).
<https://www.hfocus.org/content/2022/12/26697>
- I.A. “Lipman, How to Protect Yourself from Crime”. (Contemporary Books, 1989)
- NBT digital. “สร. เผย ผู้ป่วยจิตเวชที่ก่อเหตุความรุนแรง 80% เชื่อมโยงยาเสพติด”. (23 ธ.ค.66).
<https://nbt2hd.prd.go.th/th/content/category/detail/id/2153/iid/243678>
- PPTVออนไลน์. “ชายคลั่งใช้มีดแทง ตำรวจสภ.ธาตุพนมเสียชีวิต ขณะเข้าระงับเหตุ”. (24 ธ.ค. 66).
<https://www.pptvhd36.com/news/%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%8A%E0%B8%8D%E0%B8%B2%E0%B8%81%E0%B8%A3%E0%B8%A3%E0%B8%A1/213208>
- Thaipbs. “ป่วยจิตเวชจากยาเสพติดก่อเหตุรุนแรง”.(14ม.ค. 67)<https://www.thaipbs.or.th/program/NewsHour/watch/IUKG77>