บทที่ 5

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อการบัญญัติกฎหมายสุขภาพจิตในประเทศไทย ในด้านระบบการป้องกัน ส่งเสริม ฟื้นฟูบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้มีคุณภาพ และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสังคม ตลอดจนเพื่อหาขอบเขตเนื้อหากฎหมายที่ควรจะบัญญัติในกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศไทย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อการบัญญัติกฎหมายสุขภาพจิตมากที่สุด ได้แก่ ผู้พิพากษา จิตแพทย์ และตำรวจ ที่ปฏิบัติหน้าที่ในกรุงเทพมหานคร โดยคัดเลือกตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แล้วทำการสุ่มอย่างง่าย เพื่อใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่นำมาศึกษาทั้งสิ้น 384 ราย เนื่องจากประชากรในแต่ละกลุ่มอาชีพมีจำนวนไม่เท่ากัน จึงได้ทำการ Stratified Sampling ในแต่ละอาชีพให้ได้เป็นสัดส่วนกัน และได้กลุ่มตัวอย่างผู้พิพากษา 37 ราย จิตแพทย์ 92 ราย และตำรวจ 255 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง แบ่งเป็น 2 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการรู้จักกฎหมายสุขภาพจิตในต่างประเทศ กฎหมายอาญาและกฎหมายแพ่ง ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ส่วนที่ 2 แบบวัด ความคิดเห็นของนักวิชาชีพเกี่ยวกับขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิต ลักษณะของคำถาม 1. เป็นแบบสอบถามเปิดปลายปิด และแบบสอบถามชนิดปิดปลายเปิด 2. แบบสอบถามความคิดเห็นแบบปลายปิด กำหนดให้แต่ละข้อมีคำตอบ 3 คำตอบ คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์ SPSS/PC+ แจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละของ ข้อมูลส่วนตัว และข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับการรู้จักกฎหมายสุขภาพจิตในต่างประเทศ กฎหมายอาญาและกฎหมายแพ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะอาชีพ กับความคิดเห็นต่อการบัญญัติกฎหมายสุขภาพจิต โดยใช้ไคสแควร์(X^2) แบบ test of independence เป็นรายข้อ

สรุปการวิจัย

การวิจัยสรุปผลได้ดังนี้คือ

1. ลักษณะอาชีพ มีความคิดเห็นต่อความจำเป็นในการบัญญัติกฎหมายสุขภาพจิตในประเทศไทยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2. ลักษณะอาชีพ มีความคิดเห็นต่อการใช้กฎหมายอาญา และกฎหมายแพ่งเยียวยาในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ลักษณะอาชีพ มีความคิดเห็นในเรื่องความพร้อมที่จะบัญญัติกฎหมายสุขภาพจิตในประเทศไทยไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4. ลักษณะอาชีพ มีความคิดเห็นโดยรวมในด้านขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายละเอียดพบว่า นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นในด้านขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้

1. **ด้านคำนิยาม** เห็นด้วยกับคำนิยามของคำว่า จิตบกพร่อง โรคจิต และเห็นด้วยว่ายังไม่สามารถให้คำนิยามที่แน่นอนของคำว่า จิตฟั่นเฟือน

2. **ด้านความรับผิดทางอาญา**

2.1 เห็นด้วยกับการพิจารณาความรับผิดทางอาญาของบุคคลวิกลจริตทุกราย ควรใช้ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2.2 เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยว่าบุคคลที่กระทำผิดอาญาขณะมีอาการทางจิต ถือว่าไม่มีความผิด จึงไม่ต้องรับโทษทางกฎหมาย

2.3 เห็นด้วยว่าบุคคลที่มีพฤติกรรมต่อต้านสังคม หรือกระทำผิดอาญาซ้ำๆ ถือว่ามีความผิดปกติทางจิต แต่ต้องรับโทษตามปกติ

3. **ด้านการประเมินอาการ** เห็นด้วยว่า ญาติใกล้ชิด ศาล หรือพนักงานสอบสวนควรมีความสามารถประเมินความวิกลจริตขั้นต้น

4. **ด้านการบังคับรักษา** เห็นด้วยว่า ควรบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่อันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

5. **ด้านคุณภาพของสถานพยาบาล** เห็นด้วยว่า โรงพยาบาลควรมีหน้าที่ให้การตรวจรักษาอย่างมีมาตรฐาน และรัฐควรสนับสนุนงบประมาณดำเนินงาน

6. **ด้านคุณสมบัติของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง** เห็นด้วยว่าบุคลากรในกระบวนการยุติธรรมควรมีความรู้จิตเวชศาสตร์

7. **ด้านการเซ็นต์ยินยอม** เห็นด้วยว่า เมื่อผู้ป่วยไร้ความสามารถในการกระทำการ ญาติใกล้ชิด ควรมีหน้าที่ให้การเซ็นต์ยินยอมรักษา และแพทย์สามารถให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่อันตราย

8. **ด้านการดูแลรักษาในชุมชน** เห็นด้วยว่า ควรมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง หรือไม่สามารถดูแลตนเอง

9. **ด้านจุดประสงค์ของการบัญญัติกฎหมาย** เห็นด้วยว่าเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวช และสังคม

ส่วนความคิดเห็นในด้านขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิต แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 4 ด้าน , ที่ระดับ 0.01 2 ด้าน , ที่ระดับ 0.001 3 ด้าน ดังนี้

1. ลักษณะอาชีพมีความคิดเห็นต่อขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตด้านคำนิยามไม่ชัดเจน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยว่า ควรให้มีการให้คำจำกัดความ ตลอดจนขอบเขต ความหมายของคำว่า โรคจิต จิตบกพร่อง จิตฟั่นเฟือน ให้ชัดเจน ถึงร้อยละ 95.1 เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่า จิตแพทย์เห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ตำรวจ และผู้พิพากษา คิดเป็นร้อยละ 98.9 , 94.5 และ 89.2 ตามลำดับ

2. ลักษณะอาชีพมีความคิดเห็นต่อขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตด้านสิทธิการร้องขอเพื่อประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวชโดยญาติใกล้ชิด แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 กล่าวคือ นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าวนี้ ร้อยละ 87.5 เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่า จิตแพทย์เห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ตำรวจและผู้พิพากษา คิดเป็นร้อยละ 92.4 , 87.1 และ 78.4 ตามลำดับ

3. ลักษณะอาชีพมีความคิดเห็นต่อขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตด้านการประเมินอาการของแพทย์ภายในระยะเวลาที่กำหนด 4 สัปดาห์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าวนี้ร้อยละ 68 เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่าตำรวจเห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ผู้พิพากษาและจิตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 72.2 , 64.9 และ 57.6 ตามลำดับ

4. ลักษณะอาชีพมีความคิดเห็นต่อขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตด้านเกณฑ์การพิจารณาความสามารถในการต่อสู้คดีของบุคคลวิกลจริต แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กล่าวคือ นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าวนี้ ร้อยละ77.9 เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่า ผู้พิพากษาเห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ตำรวจ และจิตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 86.5 , 80.0 และ 68.5 ตามลำดับ

5. ลักษณะอาชีพมีความคิดเห็นต่อขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตด้านการบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 กล่าวคือ นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าวนี้ ร้อยละ 94 เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่า ผู้พิพากษาเห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ตำรวจและจิตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 97.3 , 96.1 และ 87.0 ตามลำดับ

6. ลักษณะอาชีพมีความคิดเห็นต่อขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตด้านความรับผิดทางอาญาของบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตน แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.01 กล่าวคือ นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่ ไม่เห็นด้วยว่าบุคคลดังกล่าวนี้รับผิดชอบการกระทำของตนไม่ได้ ร้อยละ 55.2 เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่า จิตแพทย์ไม่เห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้พิพากษา และตำรวจ คิดเป็นร้อยละ 66.3, 62.2 และ 50.2 ตามลำดับ

7. ลักษณะอาชีพมีความคิดเห็นต่อขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตด้านความหมายของคำว่า "ความผิดปกติทางจิตในทางกฎหมาย" แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กล่าวคือนักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับความหมายของคำดังกล่าวนี้ ร้อยละ 60.2 เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่า ตำรวจเห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้พิพากษา และจิตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 69.8 , 56.8 และ 34.8 ตามลำดับ

8. ลักษณะอาชีพมีความคิดเห็นต่อขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตด้านการรักษานักโทษที่ป่วยทางจิตเวชไปรักษาที่โรงพยาบาล แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.001 กล่าวคือ นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยกับประเด็นดังกล่าว ร้อยละ 89.3 เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่า ตำรวจ เห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ ผู้พิพากษา และจิตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 94.1, 89.2 และ 76.1 ตามลำดับ

9. ลักษณะอาชีพมีความคิดเห็นต่อขอบเขตเนื้อหากฎหมายสุขภาพจิตด้านสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชในการยินยอม หรือปฏิเสธการตรวจรักษาอย่างเสรี แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 กล่าวคือ นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 62.8 เมื่อพิจารณาความแตกต่างในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่า ผู้พิพากษาไม่เห็นด้วยมากที่สุด รองลงมาได้แก่ตำรวจและจิตแพทย์ คิดเป็นร้อยละ 83.8 , 67.1 และ 42.4 ตามลำดับ

อภิปรายผล

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 วิชาชีพ มีความแตกต่างกันในเรื่องภูมิหลังการศึกษา จะพบว่า ผู้พิพากษา มีความรู้ด้านกฎหมายร้อยละ 97.3 มีความรู้ด้านกฎหมาย และกระบวนการยุติธรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 2.7 โดยที่นักวิชาชีพกลุ่มนี้ไม่มีความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์แต่อย่างใด ส่วนจิตแพทย์มีความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์ ร้อยละ 93.5 แต่มีความรู้ด้านกฎหมายเพียงร้อยละ 6.5 ส่วนตำรวจมีความรู้ด้านกฎหมายเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.6 โดยที่มีความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์เพียงส่วนน้อย ร้อยละ 3.1 ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก หลักสูตรการศึกษาของแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพมีความแตกต่างกัน โดยที่ผู้พิพากษาไม่มีหลักสูตรเรื่องจิตเวชศาสตร์ ส่วนตำรวจแม้จะมีหลักสูตรจิตเวชศาสตร์ ก็ยังไม่สมบูรณ์ไม่ครอบคลุม ส่วนจิตแพทย์มีหลักสูตรส่วนใหญ่ในเรื่องจิตเวชศาสตร์ แต่ไม่มีหลักสูตรเกี่ยวกับกฎหมาย

2. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 3 วิชาชีพ มีความแตกต่างกันในเรื่องการรู้จักกฎหมายสุขภาพจิตในต่างประเทศ พบว่า ผู้พิพากษาเป็นจำนวนมากถึง ร้อยละ 62.2 ไม่เคยรู้จักกฎหมายสุขภาพจิตในต่างประเทศ ส่วนจิตแพทย์รู้จักเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตในต่างประเทศ 100 % - ส่วนตำรวจไม่เคยรู้จักกฎหมายสุขภาพจิตในต่างประเทศถึงร้อยละ 54.9 ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเนื่องจาก ผู้พิพากษาตำรวจ ถึงแม้ว่าจะเป็นนักวิชาชีพด้านกฎหมาย แต่ก็ไม่ได้ศึกษากฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพจิต และอีกประการหนึ่งประเทศไทยไม่มีกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพจิต ที่ต้องนำมาใช้ในทางปฏิบัติ ทั้งนี้เนื่องจากกรณีที่ผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำผิดอาญา ยังมีอยู่ในอัตราต่ำกว่าคดีอาญาอื่น ๆ นักกฎหมายจึงไม่สามารถจะทราบได้ว่าคดีที่ดูแลอยู่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างไรหรือไม่ ส่วนจิตแพทย์เป็นนักวิชาชีพเฉพาะทางสุขภาพจิต มีหลักสูตรการเรียนโดยเฉพาะ และโดยบทบาทจะต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช และผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตในบทบาทผู้เชี่ยวชาญที่จะให้ความเห็นต่อบุคลากรในกระบวนการยุติธรรม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องศึกษากฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพจิต ดังนั้นนักวิชาชีพกลุ่มนี้จึงน่าเชื่อว่ารู้จักกฎหมายสุขภาพจิตในต่างประเทศ

3. นักวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นที่ไม่แตกต่างกันในเรื่องกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพจิต มีความจำเป็นสำหรับสังคมไทยในปัจจุบัน คิดเป็นร้อยละ 92.4 ส่วนที่เห็นว่ากฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพจิตไม่มีความจำเป็นสำหรับสังคมไทยในปัจจุบัน มีเพียงส่วนน้อยเท่านั้น ร้อยละ 7.6

ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องมาจาก ประเทศไทยไม่มีกฎหมายเฉพาะเรื่องสุขภาพจิต มีเพียงแต่กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชแทรกอยู่ในประมวลกฎหมายอาญา ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ทำให้มีปัญหาในทางปฏิบัติ ทั้งในส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำผิดและไม่ได้กระทำผิด สำหรับเหตุผลที่จำเป็นต้องบัญญัติกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพจิต นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่มีความคิดเห็นในเรื่องความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีคุณภาพ และสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนการคุ้มครองผู้ป่วยจิตเวช และป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับสังคม ซึ่งตรงกับกรอบกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศทุกแง่มุม ในเรื่องต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. การบังคับรักษา และการมีผู้ดูแล
2. สิทธิของผู้ป่วยจิตเวช ที่จะได้รับการรักษา และปฏิเสธการรักษา
3. การยินยอมการรักษา
4. ความรับผิดทางอาญาของบุคคลวิกลจริต
5. บทบาทหน้าที่ของรัฐ และผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช
6. ความลับของผู้ป่วย
7. เวชปฏิบัติผิดหลักวิชา
8. การควบคุม กักขังผู้ป่วย

ประเด็นต่าง ๆ ที่กล่าวมานี้ นักวิชาชีพส่วนใหญ่มีความคิดเห็นครอบคลุมทุกแง่มุม ในกรอบกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ แต่บางเรื่องนักวิชาชีพไม่ได้ให้เหตุผลในรายละเอียดของประเด็นเหล่านี้ และไม่ได้ให้เหตุผลในประเด็นของคุณภาพผู้ให้บริการ

4. นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นในเรื่องการใช้กฎหมายอาญา กฎหมายแพ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช แตกต่างกัน กลุ่มผู้พิพากษามีความคิดเห็นว่ากฎหมายอาญาและ กฎหมายแพ่งเอื้ออำนวยในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชมากที่สุด ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากผู้พิพากษายึดบทบัญญัติของกฎหมายเป็นหลักว่ากฎหมายเปิดโอกาสแก่ผู้กระทำผิดที่มีความผิดปกติทางจิตใจ สามารถอ้างเป็นข้อต่อสู้คดีได้ และเมื่อสามารถพิสูจน์ได้ว่ามีความผิดปกติทางจิตใจขณะกระทำผิด ก็จะได้รับการยกเว้นโทษ หรือลดหย่อนโทษ และสามารถส่งผู้กระทำผิดไปรักษาในสถานพยาบาลได้ นอกจากนี้ถ้าจำเลยซึ่งต้องคำพิพากษาให้ประหารชีวิต เกิดวิกลจริตก่อนถูกประหารชีวิต ให้รอการประหารชีวิตไว้ก่อนจนกว่าผู้นั้นจะหาย ส่วนกฎหมายแพ่งถ้าบุคคลใดที่ศาลสั่งเป็นบุคคลไร้ความสามารถก็จะมีผู้อนุบาล เพื่อดูแลผลประโยชน์ทางแพ่ง อีกประการหนึ่งจากการค้นพบผลการวิจัย พบว่า กลุ่มผู้พิพากษาไม่เคยรู้จักกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ

เป็นจำนวนถึงร้อยละ 62.2 ก็น่าจะเป็นไปได้ว่า การไม่รู้จักกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศมีผลต่อความคิดเห็นว่ากฎหมายอาญา และกฎหมายแพ่ง เอื้ออำนวยต่อผู้ป่วยจิตเวชเพียงพอแล้ว

ส่วนกลุ่มจิตแพทย์และตำรวจ มีความคิดเห็นว่า กฎหมายอาญา และกฎหมายแพ่งไม่เอื้ออำนวยในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากทั้ง 2 กลุ่มนักวิชาชีพเห็นว่าเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ อันเนื่องมาจากกฎหมายอาญามีบทบัญญัติเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำผิดอาญา ส่วนผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่ไม่ได้กระทำผิด ไม่มีบทบัญญัติในการนำผู้ป่วยเหล่านั้นมารักษา หากผู้ป่วยไม่ยินยอม นอกจากนี้ยังคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่ควรจะได้รับการบำบัดรักษา แต่ก็ไม่มีบทบัญญัติให้อำนาจผู้ใดในการควบคุมผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปเข้ารับการรักษา

ผลการวิจัยสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ เช่นกฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษ ให้ความสำคัญต่อผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้กระทำผิดในด้านการรักษา การป้องกันการเจ็บป่วย เรื้อรัง และการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้อื่น เช่นการบังคับและยินยอมรักษา เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและคุ้มครองป้องกันผู้อื่น (The Mental Health Act, 1983)

5. นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าประเทศไทยมีความพร้อมที่จะบัญญัติกฎหมายเฉพาะเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยให้เหตุผลว่า ปัจจุบันสังคมให้ความสำคัญต่อปัญหาสุขภาพจิตเนื่องสภาวะแวดล้อมเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตทั้งทางตรง และทางอ้อม การศึกษาของประชาชนเพิ่มขึ้น มีนักวิชาการด้านกฎหมายและสุขภาพจิต มีหน่วยงานระดับสูงที่จะมารองรับ ตลอดจนเทคโนโลยี สื่อต่าง ๆ ทันสมัย สามารถที่จะประชาสัมพันธ์ เตรียมความพร้อมให้กับผู้ใช้กฎหมายและผู้ต้องปฏิบัติตามกฎหมายให้ทราบได้ ผลการวิจัยสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ เช่น กฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่น ที่มีบทบัญญัติในเรื่อง บทบาทหน้าที่ของรัฐบาลกลางและรัฐบาลท้องถิ่น บทบาทหน้าที่ของประชาชนต่อผู้ป่วยจิตเวช คณะกรรมการทบทวนเกี่ยวกับสุขภาพจิต การแต่งตั้งแพทย์ที่ทำงานด้านสุขภาพจิต การควบคุมตรวจสอบประสิทธิภาพของการให้บริการ การสร้างโรงพยาบาลจิตเวช การคัดเลือกสรรบุคคลที่จะมาดูแลผู้ป่วยจิตเวช (The Mental Health Law , 1988)

6. การค้นพบจากผลการวิจัย นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นเหมือนกันว่า คำจำกัดความในกฎหมาย คำศัพท์ 3 คำ ซึ่งได้แก่ จิตบกพร่อง โรคจิต จิตฟั่นเฟือน ไม่ชัดเจน แม้ในกลุ่มวิชาชีพเดียวกันยังมีความคิดเห็นที่ต่างกันมาก จากตารางที่ 5 พบว่า ความหมายของคำว่า จิตบกพร่อง ในกลุ่มผู้พิพากษายังมีความคิดเห็นที่ต่างกัน จำนวนที่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วย คิดเป็นร้อยละ 45.9 ส่วนคำศัพท์ที่นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นว่าคำนิยามไม่ชัดเจนมากที่สุด ได้แก่ คำว่า จิตฟั่นเฟือน รองลงมาได้แก่ คำว่า จิตบกพร่อง , คำว่า โรคจิต ตามลำดับ (ตาราง 5) ผลการวิจัยสอดคล้องกับคำกล่าวของแสวง บุญเฉลิมวิภาส (2534) ที่บรรยายไว้ในการสัมนามุมมองทางการแพทย์และกฎหมาย คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ในหัวข้อเรื่อง ผู้ป่วยจิตเวช:ความเข้าใจที่ต่างกันระหว่างนักกฎหมายและจิตแพทย์ ว่าการใช้คำและการให้ความหมายของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตใจยังต่างกัน ในขณะที่ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 มาตรา 246 และมาตรา 248 ใช้คำรวม ๆ ว่า วิกลจริต แต่ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 กลับจำแนกรายละเอียด โดยใช้คำว่า จิตบกพร่อง โรคจิต จิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ใช้คำให้ตรงกัน และความหมายของคำทั้ง 3 คำ ความเข้าใจระหว่างนักกฎหมายและจิตแพทย์ต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้พิพากษา ตำรวจ หลักสูตรการเรียน การอบรมในเรื่องจิตเวชศาสตร์ไม่สมบูรณ์ หรือไม่มีประสบการณ์ในเรื่องจิตเวชศาสตร์ ทำให้เข้าใจไม่ตรงกัน มีผลต่อความคิดเห็นที่ต่างกัน คำจำกัดความที่เกิดขึ้นจึงหลากหลาย แม้แต่คำพิพากษาฎีกา ศาลจะวินิจฉัยโดยใช้คำรวมกันทั้ง 3 คำว่า จำเลยมีจิตบกพร่อง โรคจิต จิตฟั่นเฟือน โดยไม่ใช้คำเฉพาะเจาะจง จึงน่าจะมีความสับสนในเรื่องความหมายของคำว่าเป็นโรคอะไร ซึ่งในทางการแพทย์การวินิจฉัยโรคขณะเวลาเดียวกันเป็นไปได้น้อยมากที่จะวินิจฉัย 3 โรคในบุคคลเดียวกัน เมื่อศึกษาแนวพิพากษาของศาลซึ่งเป็นแนวคิดของนักกฎหมาย ศาลจะให้ความสำคัญในประเด็นว่า จำเลยรู้ผิดชอบหรือไม่ หรือสามารถบังคับตนเองได้หรือไม่ มากกว่าที่จะมุ่งเน้นประเด็นว่าจำเลยมีความผิดปกติทางจิตเวชอย่างไร เช่นคำพิพากษาฎีกาที่ 2182/2522 พิพากษาว่าจำเลยมีโรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน เมื่อเป็นเช่นนี้จึงน่าจะก่อให้เกิดความสับสนในเรื่องความหมายของคำ และคำพิพากษาเช่นนี้ก็ยังปรากฏอยู่ตลอดมา

ส่วนคำว่า "จิตฟั่นเฟือน" นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม เห็นด้วยเหมือนกันว่า คำจำกัดความไม่ชัดเจน และยังสับสนในการให้ความหมาย ผลการศึกษาสอดคล้องกับคำกล่าวของวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2534) ที่บรรยายไว้ในการสัมมนามุมมองทางการแพทย์และกฎหมาย คณะแพทย์-ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ว่า คำว่า "จิตฟั่นเฟือน" เป็นคำที่ไม่มีความหมายแน่ชัดในทางการแพทย์ แต่เป็นคำที่ใช้ในกฎหมาย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชอย่างเด่นชัด จิตฟั่นเฟือน มีความหมายกว้างว่าวิกลจริต ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Mental disorder หรือ

Mental infirmity เนื่องจากไม่มีใช้ในจิตเวชศาสตร์ มีแต่ทางกฎหมายเท่านั้น ผู้แปลหรืออธิบายความหมาย ส่วนมากจึงแปลความหมายในเชิงภาษาตามความเห็นของแต่ละท่าน จึงมีความเห็นแตกต่างกันได้มาก ซึ่งกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ เช่น อังกฤษ ได้ให้ความหมาย หรือคำนิยาม คำว่า Mental disorder ไว้ 3 คำ ได้แก่ severe mental impairment, mental impairment, psychopathic disorder (The Mental Health Act,1983) กฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่นให้ความหมายคำว่า Mental disorder ไว้ 3 คำ (The Mental Health Law, 1988) ซึ่งในอเมริกาก็ใช้คำว่า Mental disease ถึงแม้ว่าจะไม่ได้ให้คำนิยามไว้ จะกล่าวไว้กว้าง ๆ ว่าบุคคลจะไม่ต้องรับโทษทางอาญาซึ่งเป็นผลเนื่องจาก Mental disease จะต้องมีลักษณะอย่างไร แต่ขณะร่างประมวลกฎหมายอาญาเดิมร่างคำว่า วิกลจริต ซึ่งแปลมาจาก Psychosis ถ้าคำว่า โรคจิต แปลมา จากคำว่า วิกลจริต ซึ่งเดิมใช้คำว่า Insanity ต่อมาใช้คำว่า Psychosis ซึ่งเป็นคำที่องค์การอนามัยโลกให้คำนิยามไว้ชัดเจน เพราะฉะนั้นจึงน่าเชื่อว่าขณะร่างประมวลกฎหมายอาญาแปลมาจากคำว่า Insanity แม้กฎหมายต่างประเทศยังใช้คำว่า Insanity (not guilty by the reason of insanity) (McNaughten Rules)

จิตบกพร่อง แปลมาจาก Mental defect ประเทศอังกฤษใช้คำว่า Mental impairment และให้คำนิยามว่าเป็นเรื่อง defect of intelligence ซึ่งก็หมายถึงปัญญาอ่อน และใช้คำนี้แต่ดั้งเดิม ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง ก็ชัดเจน เมื่อแปลเป็นภาษาไทยว่า จิตบกพร่อง ซึ่งในทางจิตเวชศาสตร์ไม่มีใช้ แต่ถ้าพูดว่าปัญญาอ่อนคนทั่วไปก็จะเข้าใจ การที่แปลมาจากกฎหมายต่างประเทศ ไม่ได้ให้คำอธิบายความหมายให้ชัดเจน จึงเข้าใจไม่ตรงกัน และระยะเวลาตั้งแต่ร่างประมวลกฎหมายอาญา จนถึงปัจจุบันก็ผ่านมาหลายปีแล้ว แต่อังกฤษก็มีคำนิยามไว้ชัดเจนว่าหมายถึงอะไร ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ (2534) ที่บรรยายไว้ในการสัมมนามุมมองทางการแพทย์และกฎหมาย คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ว่าคำว่าโรคจิตแปลมาจากภาษาอังกฤษว่า Mental disease จิตบกพร่องแปลมาจาก Mental defect ,ในการร่างประมวลกฎหมายอาญา คำศัพท์ที่ใช้แปลมาจากภาษาอังกฤษ แต่ก็ไม่ได้ให้คำอธิบายความหมายไว้ จึงทำให้เข้าใจไม่ตรงกัน

7. การค้นพบจากผลการวิจัย พบว่า นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มเห็นด้วยไม่แตกต่างกันในด้านการประเมินอาการว่า ผู้ป่วยควรได้รับการนำเข้ามาสู่การประเมินอาการ และการบำบัดรักษาทั้งผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำผิด และไม่กระทำผิด เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชและผู้เกี่ยวข้องตลอดจนเพื่อธำรงไว้ซึ่งความยุติธรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำผิด จากตาราง 6 แต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยอยู่ในเกณฑ์สูง แสดงให้เห็นว่านักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มให้ความสำคัญในเรื่องการประเมินอาการ ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้พิพากษา และตำรวจคำนึงถึง safety และ security ของสังคม ตลอดจนทำให้กระบวนการยุติธรรมสมบูรณ์ ส่วนจิตแพทย์ซึ่งเป็นนักวิชาชีพที่มีบทบาทด้านการบำบัดรักษา การประเมินอาการเป็นขั้นตอนหนึ่งของการบำบัดรักษา จึงให้ความสำคัญต่อการประเมินอาการ เพื่อที่จะนำไปสู่การบำบัดรักษา ผลการวิจัยสอดคล้องกับกฎหมายไทยและกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ ได้แก่ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 สามารถจะนำผู้ป่วยจิตเวชมาสู่การประเมินอาการ ซึ่งบัญญัติไว้เฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำผิด ถึงแม้จะมีบทบัญญัติของกฎหมายในการนำผู้ป่วยจิตเวชมาสู่การประเมินอาการแต่ก็ยังพบปัญหา เนื่องจากกฎหมายไม่สามารถครอบคลุมปัญหาได้ทั้งหมด เช่นในกลุ่มที่ไม่ได้กระทำผิดกฎหมายไม่มีบทบัญญัติในการให้อำนาจบุคคลใดที่จะนำผู้ป่วยจิตเวชมาประเมินอาการเพื่อที่จะได้รับการรักษา ดังนั้นถ้าผู้พิพากษา และตำรวจ มีความรู้พื้นฐานการประเมินที่ดี ก็สามารถดำเนินไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายด้วยดี แต่ถ้าไม่มีพื้นฐานการประเมิน และไม่มีความระมัดระวังเรื่องการประเมินอาการ การวินิจฉัยจะบกพร่องไป ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชไม่ได้รับการนำมาสู่ขบวนการประเมินอาการ แต่ที่สำคัญที่สุดกฎหมายสุขภาพจิตต่างประเทศให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ได้กระทำผิด เพื่อนำมาสู่การประเมิน บำบัดรักษา เพราะผู้ป่วยเหล่านี้มีผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม ถ้าไม่ได้รับการประเมินอาการและบำบัดรักษา กฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ เช่น กฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษ บัญญัติเรื่องการประเมินอาการสำหรับกลุ่มที่ไม่ได้กระทำผิดกล่าวไว้ในมาตราที่ 2 และ 4, 136 ส่วนกลุ่มที่กระทำผิด กล่าวไว้ในมาตราที่ 35 (The Mental Health Act , 1983) กฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่น มีบทบัญญัติในเรื่องการประเมินอาการสำหรับกลุ่มที่ไม่ได้กระทำผิดกล่าวไว้ในมาตราที่ 23 ส่วนผู้กระทำผิดบัญญัติไว้ในมาตราที่ 24,25,25-2 (The Mental Health Law,1988)กฎหมายสุขภาพจิตของอเมริกาบัญญัติเรื่องการประเมินอาการในมาตรา 208 (The Nation Mental Health Law,1903) ส่วนความคิดเห็นเรื่องระยะเวลาสำหรับการประเมินอาการนั้น นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าแพทย์ควรรายงานผลการตรวจวินิจฉัยต่อศาล หรือพนักงานสอบสวนภายใน 4 สัปดาห์ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษ มีบทบัญญัติในมาตราที่ 2 ว่าการประเมินอาการ

(admission for assessment) สามารถควบคุมผู้ป่วยได้มากที่สุด 28 วัน (The Mental Health Act,1983) เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่าแต่ละกลุ่มวิชาชีพ มีความคิดเห็นเรื่องระยะเวลาสำหรับการประเมินอาการแตกต่างกัน โดยจิตแพทย์เห็นด้วยน้อยที่สุด ร้อยละ 57.6 อาจเนื่องจากการประเมินอาการนอกจากการตรวจร่างกายและการตรวจสภาพจิตแล้ว ยังต้องพิจารณาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติผู้ป่วยพฤติกรรมคดี จากแหล่งต่าง ๆ เพื่อประกอบการตรวจวินิจฉัยโรค บางครั้งระยะเวลาเพียง 4 สัปดาห์ ก็ไม่สามารถทำให้กระบวนการวินิจฉัยโรคสมบูรณ์ ส่วนตำรวจและผู้พิพากษา ซึ่งเป็นนักวิชาชีพด้านกระบวนการยุติธรรมน่าเชื่อว่า คำนึงถึงอิสระภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก เนื่องจากในประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญามาตรา 14 ไม่ได้กำหนดระยะเวลาการประเมินอาการ ก็อาจจะเป็นการกีดกันอิสรภาพของผู้ป่วยเกินความจำเป็น ดังนั้นควรที่จะควบคุมผู้ป่วยในระยะเวลาที่สั้นที่สุดเท่าที่จำเป็น ตลอดจนเพื่อให้สอดคล้องกับกระบวนการพิจารณาทางอาญาของผู้กระทำผิดซึ่งกฎหมายกำหนดระยะเวลาไว้ว่า กรณีความผิดอาญาที่มีอัตราโทษจำคุกอย่างสูงเกินกว่า 6 เดือน แต่ไม่ถึง 14 ปี หรือปรับเกินกว่า 500 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ ศาลมีอำนาจสั่งขังหลาย ๆ ครั้งติด ๆ กันได้ แต่ครั้งหนึ่งต้องไม่เกิน 12 วัน แต่รวมกันทั้งหมดต้องไม่เกิน 48 วัน (ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา , 2477)

8. การค้นพบจากผลการวิจัยดังกล่าว พบว่านักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มมีความคิดเห็นที่เห็นด้วยในเรื่องการบังคับรักษาไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่านักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่มให้ความสำคัญต่อการบังคับรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรง และจะเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากผู้พิพากษา และตำรวจ คำนึงถึงความสงบสุข ความปลอดภัยของสังคม ส่วนจิตแพทย์ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการบำบัดรักษา ก็คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อื่นหากไม่ได้รับการบำบัดรักษา ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชมีความบกพร่องในเรื่องการรับรู้ โดยไม่รู้ว่าตนเองป่วยและไม่ตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษา จึงเห็นด้วยที่จะต้องบังคับรักษาในโรงพยาบาล แต่เป็นความคิดเห็นที่อยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่านักวิชาชีพกลุ่มอื่น ๆ น่าเชื่อว่าจิตแพทย์คำนึงถึงข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับโรคนั้น และการตอบสนองต่อการรักษาเป็นหลัก บุคคลที่อันตรายต่อตนเองและผู้อื่น บางครั้งไม่มีเหตุผลที่ต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล เช่น บุคคลที่เมาเหล้าอาละวาด หรือพวก Borderline หรือบุคคลอันธพาล การรักษาไม่ได้ผล ดังนั้นจึงไม่จำเป็นต้องเข้ารักษาในโรงพยาบาล ซึ่งอาจจะมีวิธีการอื่นที่จะป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้อื่น เช่น วิธีราชทัณฑ์ นอกจากนี้แพทย์คำนึงถึงผลการรักษา บุคคลที่อันตรายต่อผู้อื่น บางรายผลการรักษาไม่ดี ซึ่งกฎหมายอังกฤษบัญญัติว่า บุคคลอันธพาล ถ้าจะรักษา ต้องประเมินได้ว่าสามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ ถ้ารักษาไม่ได้ผลให้ใช้วิธีอื่น เพราะฉะนั้นบุคคลเหล่านี้ถึงแม้กระทำผิด ก็ไม่ควร

เข้ามาสู่ขบวนรักษาในทางการแพทย์ ซึ่งจะมีมาตราการอื่นในการควบคุมพฤติกรรมเช่นนี้ ดังนั้น กลุ่มจิตแพทย์ จึงเห็นด้วยในเกณฑ์ต่ำ และที่สำคัญที่สุดประเทศไทยไม่มีกฎหมายบังคับรักษาการที่จะนำผู้ป่วยมาประเมินอาการเพื่อการรักษานั้น จะเป็นการละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคล ซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องควรคำนึงถึง หลักเกณฑ์การบังคับรักษาก็ควรจะเป็นการแลกเปลี่ยนกับเสรีภาพของบุคคลนั้น (Kaplan and Sadock,1992) ผลการวิจัยสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพจิตในต่างประเทศ เช่น กฎหมายสุขภาพจิตอังกฤษ มาตราที่ 62 แพทย์สามารถให้การรักษาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เมื่อเป็นความจำเป็นอย่างเร่งด่วน เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการกระทำที่รุนแรงหรือเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น และมาตราที่ 5 ซึ่งแพทย์สามารถบังคับให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลต่อไป (The Mental Health Act,1983) กฎหมายสุขภาพจิตของอเมริกา เช่น Commitment Law ซึ่งเป็นกฎหมายบังคับตรวจรักษาผู้ป่วยซึ่งเป็นอันตรายและไม่ยินยอมรักษา กฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่นบัญญัติไว้ในมาตราที่ 29 และ 29-2 (The Mental Health Law , 1988)

9. การค้นพบจากผลการวิจัย นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นด้านความรับผิดทางอาญาของบุคคลวิกลจริตแตกต่างกัน มีทั้งกลุ่มที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย ผลการวิจัยที่ไม่เห็นด้วย สอดคล้องกับประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 วรรค 1 ตามกฎหมายไทยการกระทำผิดทางอาญาในขณะที่มีอาการทางจิต ยังถือว่าเป็นความผิด แต่กฎหมายยกเว้นโทษให้เพราะเหตุที่ผู้กระทำผิดเป็นคนวิกลจริต แต่แตกต่างจากกฎหมายต่างประเทศ เช่น อังกฤษ อเมริกา ซึ่งโครงสร้างความรับผิดทางอาญาจะต้องมีองค์ประกอบ 2 อย่าง คือ 1 มีการกระทำที่เป็นความผิด 2 มีจิตใจที่จะกระทำผิด บุคคลวิกลจริตไม่สามารถสร้างเจตนาที่กระทำผิดกฎหมายได้เพราะไม่มีจิตใจชั่วร้าย กระทำไปด้วยอาการทางจิต จึงถือว่าไม่ผิด ดังนั้นบุคคลจะไม่ต้องรับผิดทางอาญาถ้าขณะกระทำผิดตกอยู่ในภาวะการขาดซึ่งเหตุผลจากโรคของจิตใจ และไม่สามารถที่จะรู้สภาพและสาระของการกระทำ ถ้าเขารู้ในสาระการกระทำ เขาก็ไม่รู้ว่าการกระทำของตนเป็นสิ่งผิด (McNaughten Rules,1843) ส่วนความคิดเห็นที่เห็นด้วยในประเด็นที่ว่าบุคคลวิกลจริตที่กระทำผิดทางอาญาในขณะที่มีอาการทางจิต ในประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 (1) ถือว่ามีความผิดแต่ไม่ต้องรับโทษทางกฎหมาย สอดคล้องกับคดีที่นาย John W. Hinckley พยายามฆ่าประธานาธิบดี Ronald Reagan และฆ่าผู้ติดตามตาย เมื่อ พ.ศ.2524 ศาลพิพากษาว่าจำเลยมีความผิดแต่วิกลจริต ส่วนความรับผิดทางอาญาของบุคคลที่ไม่สามารถควบคุมแรงผลักดันของตน นักวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยในเรื่องไม่สามารถรับผิดชอบการกระทำของตน เนื่องจาก

ความเข้าใจของนักวิชาชีพในเรื่องสาเหตุของความผิดปกตินี้เกิดจากการเลี้ยงดูบุคคลนั้นจะไม่พยายามควบคุมตนเองหรือบังคับจิตใจตนเอง ดังนั้นจึงไม่สามารถนำเป็นข้ออ้างทางกฎหมายได้ ซึ่งจริง ๆ แล้วก็ยังมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ความผิดปกติเช่นนี้เกิดจากมีความผิดปกติทางสมอง ซึ่งกฎหมายต่างประเทศจะยกเว้นโทษให้สำหรับการกระทำต่าง ๆ อันเนื่องมาจากโรคของสมอง ซึ่งเป็นผลทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ จิตใจตนเองได้ จึงมีผลทำให้ควบคุมตนเองไม่ได้ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับคำกล่าวของแสวง บุญเฉลิมวิภาส (2534) ที่บรรยายไว้ในการสัมมนามุมมองทางการแพทย์และกฎหมาย คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ว่า ในแง่กฎหมาย กฎหมายจะไม่ลงโทษ หรือยกเว้นโทษให้ในความผิดปกติบางประเภทเท่านั้น โดยถือหลักว่า ความเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางจิตจะต้องถึงขนาดที่กระทำโดยไม่รู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เท่านั้น กฎหมายจึงจะยกเว้นโทษให้ หากพิจารณาถึงการจำแนกโรคทางจิตเวชไม่ว่าจะเป็นการจำแนกตาม DSM-III ของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา หรือ ICD-9 ของ WHO และนำมาเทียบกับคำอธิบายทางตำราทางกฎหมายเกี่ยวกับมาตรา 65 แล้ว จะพบว่าผู้กระทำผิดที่จะได้รับการยกเว้นโทษมี 3 ประเภท คือ พวกปัญญาอ่อน (mental retardation) และพวกที่เป็นโรคจิต (Psychosis) และพวกที่มีการเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะเกิดขึ้นทันที และเป็นเพียงชั่วคราว (Dissociative disorder) เพราะบุคคลเหล่านี้กระทำโดยขาดความรู้ผิดชอบ หรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ ซึ่งตรงกับเหตุผลที่กฎหมายจะยกเว้นโทษให้ ส่วนความผิดปกติในกรณีอื่นไม่ว่าจะเป็นโรคประสาท บุคลิกภาพผิดปกติ หรือบุคลิกภาพแปรปรวน ไม่อยู่ในข่ายที่กฎหมายจะยกเว้นโทษให้ เพราะบุคคลเหล่านี้ยังรู้ผิดชอบอยู่ หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือ บุคคลเหล่านี้ยังรู้ถึงความถูกผิดศีลธรรมนั่นเอง

10. การค้นพบจากผลการวิจัย พบว่า นักวิชาชีพ 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยกับการส่งจำเลย หรือนักโทษที่มีความผิดปกติทางจิตเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อพิจารณาในแต่ละกลุ่มนักวิชาชีพ พบว่า ตำรวจ และผู้พิพากษา เห็นด้วยมากที่สุด ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากตำรวจ และผู้พิพากษา ยึดกฎหมายเป็นหลักในการดำเนินคดีอาญานั้น ผู้ต้องหาหรือจำเลยจะต้องมีโอกาสใช้สิทธิในการต่อสู้คดีอย่างเต็มที่ตามกฎหมาย ในกรณีผู้ต้องหาหรือจำเลย มีความผิดปกติทางจิตขนาดไม่สามารถใช้สิทธิในการต่อสู้คดีตามที่กฎหมายกำหนดไว้ ผู้ต้องหาหรือจำเลยผู้นั้นจะต้องได้รับการบำบัดจนมีสภาพที่จะสามารถต่อสู้คดีได้ เพื่อที่กระบวนการในการดำเนินคดีอาญานั้นจะได้ดำเนินต่อไป(ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา,2477) ส่วนจิตแพทย์เห็นด้วยเป็นจำนวนน้อยกว่าตำรวจ และผู้พิพากษา อาจเนื่องมาจากยึดหลักเกณฑ์พิจารณาความจำเป็นที่ต้องรับ

เข้ารักษาในโรงพยาบาลตามระดับความรุนแรงของอาการ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 สอดคล้องกับ พ.ร.บ.ราชทัณฑ์ พ.ศ.2479 มาตรา 30 ให้อำนาจเรือนจำพิจารณาส่งตัวผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยไปรักษานอกเรือนจำ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ เช่นกฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษ มาตราที่ 35 การส่งไปโรงพยาบาลเพื่อขอรายงานแพทย์, มาตราที่ 36 การส่งผู้ถูกกล่าวหาไปโรงพยาบาลเพื่อการรักษา, มาตราที่ 47 การส่งจากเรือนจำไปโรงพยาบาลเฉพาะทาง (Special Hospital) (The Mental Health Act, 1983) กฎหมายสุขภาพจิตของอเมริกาบัญญัติไว้ในมาตราที่ 211, (admission of insane persons accused of crime) มาตราที่ 212 (Transfer of insane convicts) ส่งไปรักษาที่โรงพยาบาล Saint Elizabeths (The Nation Mental Health Law, 1975)

11. การค้นพบจากผลการวิจัย พบว่านักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม เห็นด้วยในเรื่องเกณฑ์การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีของจำเลยที่มีอาการวิกลจริต ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากนักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม ยึดหลักเกณฑ์ทางกฎหมายเป็นหลัก เพราะการพิจารณาในคดีอาญานั้น ศาลจำต้องพิจารณาคดีต่อหน้าจำเลย และจำเลยจะต้องรู้ผิดชอบ มีความสามารถที่จะรับฟังต่อสู้คดีได้ ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับหลักเกณฑ์พิจารณาความสามารถในการต่อสู้คดีของต่างประเทศ เช่น อเมริกา ศาลสูงสุดของอเมริกากำหนดว่า ในการพิสูจน์ความสามารถของจำเลยในการต่อสู้คดี จำเลยหรือผู้ต้องหาจะต้องอยู่ในสภาพเพียงพอที่จะต่อสู้คดีได้ ซึ่งมีดังนี้คือ

1. จำเลยมีความสามารถที่จะร่วมมือกับทนายในการปกป้องสิทธิ และผลประโยชน์ของตนเข้าใจขั้นหนัก เบาของโทษ และผลที่ได้รับหากสารภาพหรือปฏิเสธ

2. มีเหตุผลอย่างพอเพียงที่จะเข้าใจข้อเท็จจริงของขั้นตอนดำเนินคดีกับตนเองหรือไม่ (Kaplan and Sadock, 1992) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับเกณฑ์การพิจารณาความสามารถต่อสู้คดีของอังกฤษ (The Criminal Procedure Act, 1964)

12. การค้นพบจากผลการวิจัย พบว่า นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่เห็นด้วยในเรื่องการยินยอมรักษา ในกรณีที่ผู้ป่วยไร้ความสามารถในการกระทำ ญาติใกล้ชิดมีสิทธิ์เซ็นต์ยินยอมรักษาแทนผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยอันตราย ซึ่งจำเป็นต้องป้องกันความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วยและบุคคลอื่น แพทย์สามารถที่จะให้ยาเพื่อควบคุมอาการนั้นได้ แม้ผู้ป่วยจะไม่ยินยอม ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ เช่น กฎหมายสุขภาพจิตของอเมริกาว่า ถ้าผู้ป่วย

เป็นบุคคลไร้ความสามารถ (mentally incompetent) สิทธิการเซ็นต์ยินยอมจะผ่านไปยังญาติใกล้ชิด หรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งให้ตัดสินใจแทน (Kaplan and Sadock, 1992)

"If patient is mentally incompetent, the right of informed consent generally pass to the nearest available relative or to a designated substitute decission maker, such as a conservator"

แนวทางการให้ยาสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรักษา สามารถที่จะให้ยาแก่ผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจรักษา ในกรณีที่เป็นความจำเป็นที่จะป้องกันความรุนแรง และผู้ป่วยจะได้รับความทุกข์ทรมานจากความเสื่อม ถ้าไม่ได้ให้ยา (Kaplan and Sadock, 1992)

กฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษ บัญญัติไว้ในมาตราที่ 62 ยินยอมให้แพทย์ทำการรักษาได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เพื่อป้องกันผู้ป่วยจากการกระทำที่รุนแรง หรือเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น (The Mental Health Act, 1983)

ส่วนประเด็นเรื่องสิทธิของผู้ป่วยจิตเวช พึงมีสิทธิ์ยินยอมหรือปฏิเสธการตรวจรักษาอย่างเสรี นักวิชาชีพส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับสิทธิ์ดังกล่าวนี้ ซึ่งผลการวิจัยแตกต่างกับกฎหมายสุขภาพจิตของอเมริกา ซึ่งเน้นเรื่องสิทธิมนุษยชน กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาทุกชนิด แม้ว่าการปฏิเสธการรักษาเป็นที่ไม่เหมาะสม และขัดแย้งกับการแนะนำของแพทย์ นอกจากนี้ผลการวิจัยที่ไม่เห็นด้วยยังแตกต่างกับคำกล่าวของผู้พิพากษา Benjamin Cardozo กล่าวว่า มนุษย์ทุกคนเมื่อเป็นผู้ใหญ่ มีสิทธิ์ที่จะตัดสินใจต่อสิ่งใดที่จะกระทำกับร่างกายของเขา (Kaplan and Sadock, 1992)

นอกจากมีความแตกต่างกับกฎหมายสุขภาพจิตของอเมริกาแล้ว ก็ยังมีประเด็นที่สอดคล้องผลการวิจัยพบว่า นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม ส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยเรื่องสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชที่จะยินยอมหรือปฏิเสธการตรวจรักษาอย่างเสรี ซึ่งไปสอดคล้องกับการบังคับรักษาในโรงพยาบาลว่า การรักษาเป็นการแลกเปลี่ยนกับอิสระภาพ ถ้าไม่ได้ให้การรักษาจะกักขังไม่ได้ ถ้าจำเป็นก็ต้องบังคับรักษา แต่รักษาเท่าที่จำเป็น (Kaplan and Sadock, 1992) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับสามัญสำนึกของคนทั่วไปว่า เมื่อเจ็บป่วยก็ควรจะต้องบำบัดรักษา

13. การค้นพบจากผลการวิจัย พบว่า นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยในเรื่องควรมีการแต่งตั้งผู้ดูแลคุ้มครอง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเรื้อรัง หรือไม่สามารถดูแลตนเองที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม คำนึงถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อื่นเนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่ป่วยเรื้อรัง จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง หากไม่ได้รับการบำบัดรักษา อาการของโรคจะรุนแรง และมีความเสื่อมลงมากยิ่งขึ้น ศักยภาพในตนเองลดลงจะ

เป็นภาระให้ครอบครัวและสังคมมากยิ่งขึ้น และก่อให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อสังคม ผลการวิจัยสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ เช่น กฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษมีบทบัญญัติในเรื่องการมีผู้ดูแล หน้าที่ของผู้ดูแล และการแต่งตั้งผู้ดูแลแทนผู้ดูแลคนเดิมที่ไม่มีความสามารถ หรือถึงแก่กรรม กล่าวไว้ในมาตราที่ 7 8 9 10 (The Mental Health Act,1983) กฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่น มีบทบัญญัติไว้ในมาตราที่ 20 21 22 กล่าวถึง การเลือกสรรบุคคลที่จะมาเป็นผู้ดูแลผู้วิกลจริต หน้าที่ของผู้ดูแล (The Mental Health Law, 1988)

14. การค้นพบจากผลการวิจัย พบว่า นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยเรื่องบทบาท หน้าที่ของรัฐที่จะเอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตให้มีคุณภาพ และได้มาตราฐานตามสากล ไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากนักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม คำนึง ถึงบทบาทของรัฐควรจะสอดคล้องกับบทบัญญัติของกฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2534 ในหมวดที่ 5 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตราที่ 83 ซึ่งเป็นกฎหมายหลักของประเทศ นอกจากนี้ยังยึดถือตามบทบัญญัติของพระราชบัญญัติประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 ข้อบังคับแพทย์สภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 หมวดที่ 3 ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ เช่นกฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่นบัญญัติไว้ในมาตราที่ 2,4-12 มาตราที่ 13-17 มาตราที่ 18-19.5 (The Mental Health Law, 1988)

15. การค้นพบจากผลการวิจัย พบว่า นักวิชาชีพทั้ง 3 กลุ่ม มีความคิดเห็นที่เห็นด้วยเรื่องจุดประสงค์ของการบัญญัติกฎมายสุขภาพจิต ไม่แตกต่างกัน ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากนักวิชาชีพทั้ง3 กลุ่ม คำนึงถึง การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้กระทำผิดทางอาญาที่มีปัญหาจิตเวช ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู ตลอดจนได้รับความคุ้มครองจากกฎหมาย และการป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือผู้อื่นในด้านความจำเป็นที่จะนำผู้ป่วยมาสู่ขบวนการรักษา เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและความปลอดภัยของสังคม ซึ่งผลการวิจัยสอดคล้องกับจุดประสงค์ของกฎหมายสุขภาพจิตในต่างประเทศ เช่น กฎหมายสุขภาพจิตของอังกฤษ บัญญัติไว้ในมาตราที่ 1(The Mental Health Act,1983) กฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่น บัญญัติไว้ในมาตราที่ 1 (The Mental Health Law, 1988)

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านคำนิยาม จากการศึกษาพบว่าคำนิยามของคำศัพท์ที่ใช้ในกฎหมายมีความสับสนและมีความเข้าใจไม่ตรงกันระหว่างกลุ่มนักวิชาชีพ ดังนั้นควรมีบทนิยามศัพท์เพื่อให้ตรงกับความมุ่งหมายในทางการแพทย์และทางกฎหมาย ซึ่งควรให้ความหมายที่เฉพาะเจาะจง ครอบคลุม และไม่ให้ความหมายกว้าง ๆ โดยรวม เพื่อให้บทบัญญัติของกฎหมายมีความชัดเจน และแน่นอน ส่วนคำศัพท์ที่ใช้ในทางกฎหมาย เช่น คำว่าจิตฟั่นเฟือน ควรจะยกเลิก คำว่า โรคจิต ควรเปลี่ยนมาใช้คำว่า โรคทางจิตเวช (mental disease) แทน และมีคำนิยามศัพท์ว่าหมายถึงอะไร คำว่าจิตบกพร่องควรเปลี่ยนมาใช้คำว่าปัญญาอ่อนแทน

2. ด้านการประเมินอาการ

2.1 บุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรงต่อผู้ป่วยจิตเวชที่กระทำผิดอาญาจะต้องมีความรู้ ความสามารถขั้นพื้นฐานในการประเมินอาการ และให้คำวินิจฉัยเบื้องต้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องที่บุคลากรเหล่านี้ต้องปฏิบัติตามข้อกำหนดของกฎหมาย

2.2 ควรเผยแพร่ความรู้ในการประเมินอาการความวิกลจริตขั้นต้นแก่ประชาชนทั่วไปโดยผ่านการประชาสัมพันธ์

3. ด้านการรักษา

3.1 ควรมีกฎหมายบังคับตรวจรักษา (Commitment Law)

3.2 ควรพัฒนารูปแบบความยินยอมโดยแจ้งชัด (Informed consent)

3.3 ควรพัฒนารูปแบบการรักษาให้ได้มาตรฐานที่ดี

3.4 ควรพัฒนาสถานพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละประเภทให้ได้มาตรฐานสากล

4. ด้านความรับผิดทางอาญา

บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการยุติธรรมของผู้กระทำผิดอาญาที่มีปัญหาจิตเวชต้องมีความรู้ ความสามารถ ประสบการณ์โดยเฉพาะ

5. ด้านการฟื้นฟูบำบัด

ควรมีศูนย์ฟื้นฟูบำบัดกระจายในชุมชน และพัฒนาขีดความสามารถให้อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานสากล

6. ด้านการบัญญัติกฎหมาย

จากการศึกษาพบว่า นักวิชาชีพมีความคิดเห็นว่ากฎหมายสุขภาพจิต มีความจำเป็นสำหรับสังคมไทยปัจจุบัน เนื่องจากเห็นว่ากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีบัญญัติไว้ไม่ชัดเจนและไม่ครอบคลุม เกิดปัญหาในทางปฏิบัติ ดังนั้นจึงควรบัญญัติกฎหมายสุขภาพจิต เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยจิตเวชและสังคม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความคิดเห็นระหว่างนักวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับประชาชนทั่วไปว่ามีความคิดเห็นต่อการบัญญัติกฎหมายสุขภาพจิตแตกต่างกันหรือไม่

2. ควรมีการศึกษารูปแบบ Informed consent ในปัจจุบันว่าสอดคล้องกับกฎหมาย-รัฐธรรมนูญ ประมวลกฎหมายอาญา หรือกฎหมายอื่น ๆ หรือไม่

3. ควรมีการศึกษาขบวนการยุติธรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชนั้นได้รับความคุ้มครองตามมาตรฐานสากลหรือไม่

4. ควรมีการศึกษาว่าสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องการรักษาได้รับความคุ้มครองหรือไม่

5. ควรมีการศึกษาสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชในเรื่องการปฏิเสธการรักษาว่าได้รับความคุ้มครองหรือไม่

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย