

บทที่ 3

สิทธิผู้ต้องขังและการรักษาพยาบาลผู้ต้องขังตามกฎหมายต่างประเทศ

ในบทนี้จะกล่าวถึงการรักษาพยาบาลผู้ต้องขัง ซึ่งเป็นสิทธิขั้นมูลฐานที่ผู้ต้องขังพึงได้รับการปฏิบัติในฐานะของการเป็นมนุษย์ตามกฎหมายและข้อตกลงระหว่างประเทศ ประเทศที่ใช้กฎหมายลายลักษณ์อักษร และประเทศที่ไม่ใช้กฎหมายลายลักษณ์อักษร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

3.1 ญี่ปุ่น

ญี่ปุ่นเป็นประเทศที่ใช้กฎหมายลายลักษณ์อักษร มีการใช้กฎหมายบังคับโทษจำคุก สิทธิผู้ป่วย และการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังป่วย ดังนี้

3.1.1 กฎหมายบังคับโทษจำคุก

การบริหารงานราชทัณฑ์ของญี่ปุ่น อยู่ในความรับผิดชอบของกรมราชทัณฑ์ (Correction Bureau) สังกัดกระทรวงยุติธรรม (Ministry of Justice) ซึ่งได้แบ่งส่วนราชการออกเป็นบริหารงาน ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค¹

- 1) บริหารงานส่วนกลาง แบ่งออกเป็น 6 ส่วน คือ
 - (1) กองบริหารงานทั่วไป (General Affairs Division)
 - (2) กองควบคุม (Security Division)
 - (3) กองอุตสาหกรรมในเรือนจำ (Industry Division)
 - (4) กองบริหารทางการแพทย์และจำแนกลักษณะ (Medical and Classification Division)
 - (5) กองการศึกษา (Education Division)
 - (6) ที่ปรึกษา (Counselor)
- 2) ราชการบริหารส่วนภูมิภาค แบ่งการบริหารออกเป็น 7 ส่วน คือ
 - (1) สำนักงานราชทัณฑ์ส่วนภูมิภาค (Regional Correction Headquarter)
 - (2) เรือนจำ (Prisons)

¹ จาก สารานุกรมงานราชทัณฑ์นานาชาติ. (น. 1-5), โดยกรมราชทัณฑ์, 2541, กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.

- (3) สถานคุมขัง (Detention House)
- (4) ทัณฑสถานวัยหนุ่ม (Juvenile Prisons)
- (5) สถานฝึกอบรมเยาวชน (Juvenile Training School)
- (6) สถานจำแนกลักษณะเยาวชน (Juvenile Classification Home)
- (7) สถานแนะแนวสตรี (Women's Guidance Home)

การจัดองค์กรในการบริหารงานราชทัณฑ์ของประเทศไทย มีหน่วยงานที่รับผิดชอบในการควบคุมแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิดที่เป็นผู้ใหญ่และเยาวชน คือ กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม และมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติหน้าที่มากกว่า 20,000 คน

ในแต่ละภาคจะต้องจัดให้มี “ศูนย์จำแนกลักษณะผู้ต้องขัง” (Classification Center) เพื่อหาข้อมูลตามหลักการทางวิทยาศาสตร์ การแนะแนว และบริการบำบัดลักษณะอื่นๆ แก่ผู้ต้องขังอย่างเหมาะสม ซึ่งมีทั้งหมด 8 ศูนย์ที่จะเป็นบ้านแห่งแรกสำหรับผู้ต้องขังทุกคนในการแก้ไขฟื้นฟูให้บรรลุผลสำเร็จ วิธีดำเนินการจำแนกลักษณะผู้ต้องขังมี 2 ขั้นตอน ขั้นตอนแรก คือ การจัดกลุ่มแยกประเภทผู้ต้องขังออกเป็นชั้นต่างๆ โดยวิธีการตามหลักทางวิทยาศาสตร์ ขั้นตอนที่สอง คือ การให้การปฏิบัติแก้ไขฟื้นฟูในแต่ละชั้นตามความเหมาะสม วิธีดำเนินการด้านจำแนกลักษณะผู้ต้องขังจะมีการทดสอบทางจิตวิทยา ทำให้สามารถเข้าใจบุคลิกภาพส่วนบุคคลของผู้ต้องขังแต่ละคนได้เป็นอย่างดี รวมไปถึงข้อมูลส่วนบุคคล เทคนิคการวางแผน แบบทดสอบทัศนคติและสติปัญญาการทดสอบขั้นพื้นฐานจะประกอบไปด้วย 3 ลักษณะ คือ²

1. การทดสอบความพร้อม
2. การทดสอบบุคลิกภาพ
3. การทดสอบสติปัญญา

ซึ่งในระหว่างการจำแนกลักษณะของผู้ต้องขังจะดำเนินการทดสอบในเรื่องดังกล่าวกับผู้ต้องขังใหม่ทุกคน หรืออาจจะทดสอบในเรื่องอื่นเพิ่มเติมอีกก็ได้ (ถ้าจำเป็น)

ปัญหาการขาดองค์ความรู้ว่าด้วยการบังคับโทษ เคยเป็นปัญหาสำคัญที่ประเทศไทยเคยเผชิญมา เมื่อครั้งหลังสงครามโลกครั้งที่สอง สถานการณ์งานราชทัณฑ์ของญี่ปุ่นในช่วงนั้นไม่ต่างอะไรมากนักกับปัญหาของประเทศไทยในขณะนี้ นักกฎหมายและนักวิชาการของญี่ปุ่นสามารถแก้ปัญหานี้ได้เป็นอย่างดี จนกระทั่งปัจจุบันกฎหมายและแนวทางปฏิบัติของญี่ปุ่นพัฒนาการในการบังคับโทษและแก้ไขปัญหาผู้ต้องขังล้นเรือนจำได้ทันสมัยมาก

² แหล่งเดิม. น. 9.

การบริหารจัดการของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาของประเทศญี่ปุ่นในการเลี้ยงโทษจำคุกมีประสิทธิภาพมาก และยังใช้มาตรการพักโทษ-ลดโทษ ให้ความสำคัญกับการคืนคนดีสู่สังคม

จากบริบทของสังคมของญี่ปุ่นที่ค่อนข้างเข้มแข็งมากในการช่วยเหลือผู้ต้องขัง และกระบวนการยุติธรรมถูกออกแบบมาอย่างมีประสิทธิภาพในการกรองคนเข้าสู่เรือนจำ ทำให้ไม่มีปัญหาผู้ต้องขังสั้นเรือนจำ ซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้เป็นอุปสรรคต่อการติดตามประเมินผู้ต้องขังรายบุคคล ในทางปฏิบัติจึงบริหารจัดการได้ตามวัตถุประสงค์ของการบังคับโทษอย่างมีประสิทธิภาพ และการดำเนินการตามหลักการบังคับโทษเป็นรายบุคคลตามหลัก Individualization of Punishment ตามมาตรฐานขั้นต่ำในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังข้อ 59 และข้อ 60

กล่าวโดยสรุป ประเทศญี่ปุ่นมีการจำแนกลักษณะผู้ต้องขัง เป็นระบบและชัดเจน มีศูนย์จำแนกลักษณะผู้ต้องขังประจำภาคต่างๆ แนวทางหลักคือ การแยกประเภทผู้ต้องขังออกเป็นชั้น ซึ่งผู้ต้องขังแต่ละคนจะถูกกำหนดประเภทตามลักษณะต่างๆ เช่น เพศ อายุ สัญชาติ กำหนดโทษประเภทคดี ความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ เป็นต้น เพื่อให้การปฏิบัติต่อผู้ต้องขังเป็นไปอย่างเหมาะสม

3.1.2 สิทธิผู้ป่วยของประเทศญี่ปุ่น

รัฐธรรมนูญญี่ปุ่นได้รับรองสิทธิและเสรีภาพในการรักษาพยาบาลไว้ในหมวดว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพทางสวัสดิการสังคมและความคุ้มครองจากรัฐ โดยมีสาระสำคัญคือ สวัสดิการสวัสดิการขั้นพื้นฐานที่ประชาชนชาวญี่ปุ่นพึงมีตามกฎหมายรัฐธรรมนูญอย่างน้อยใน 3 ประการคือ สิทธิเสรีภาพในการดำรงชีวิตในระดับมาตรฐานขั้นต่ำสุด สิทธิและเสรีภาพทางการศึกษา และสิทธิและเสรีภาพในการทำงาน สิทธิและเสรีภาพในการดำรงชีวิตในระดับมาตรฐานขั้นต่ำสุด มาตรา 25 กำหนดให้เป็นหน้าที่ของรัฐที่จะต้องพยายามส่งเสริมและปรับปรุงสวัสดิการสังคม การประกันสังคมและการสาธารณสุข ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตทุกๆ ด้าน³

ประเทศญี่ปุ่นมีการนำสิทธิผู้ป่วยของแพทยสมาคมโลกมาใช้ ดังนี้

1. สิทธิในการได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพดี
- ก. บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมโดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ
- ข. ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ ซึ่งต้องมีอิสระในการตัดสินใจทางคลินิกและทางจริยธรรมโดยปราศจากการแทรกแซงใด ๆ

³ จาก "สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญญี่ปุ่น", โดยดำรง วงศ์สัตยพันธ์, 2549, วารสารกฎหมายปกครอง, 24(1), น. 72.

ค. ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาพยาบาลที่เป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง การรักษาพยาบาลดังกล่าวจะต้องเป็นไปตามหลักวิชาทางการแพทย์ซึ่งเป็นที่รับรองกันทั่วไป

ง. การรับรองคุณภาพควรถือเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะแพทย์ควรจะต้องรับผิดชอบต่อการรักษาคุณภาพของบริการทางการแพทย์

จ. ในกรณีจะต้องเลือกใช้วิธีการรักษาบางอย่างที่มีอยู่อย่างจำกัดแก่ผู้ป่วยบางราย ผู้ป่วยเหล่านั้นจะต้องได้รับการคัดเลือกอย่างเป็นธรรมในการได้รับวิธีการรักษานั้น และการคัดเลือกต้องทำโดยพื้นฐานข้อชี้แจงทางการแพทย์เท่านั้นและต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติ

ฉ. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แพทย์มีหน้าที่จัดการให้มีการประสานงานทางการแพทย์กับผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่น แพทย์ไม่อาจยุติการรักษาผู้ป่วยลงได้ ตราบเท่าที่มีข้อชี้แจงทางการแพทย์ว่าจำเป็นต้องให้การรักษาต่อไป เว้นแต่จะมีการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยอย่างเหมาะสมและให้โอกาสอย่างเพียงพอในการดูแลรักษาด้วยวิธีอื่น

2. สิทธิในการเลือกอย่างเสรี

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะเลือกและเปลี่ยนแพทย์ โรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลโดยอิสระ โดยไม่คำนึงว่าจะอยู่ในสังกัดของรัฐหรือเอกชน

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิสอบถามความเห็นจากแพทย์อื่นเมื่อใดก็ได้

3. สิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองโดยอิสระ โดยที่แพทย์จะต้องแจ้งให้ผู้ป่วยทราบถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการตัดสินใจนั้น

ข. ผู้ป่วยที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์มีสิทธิที่จะให้หรือไม่ให้ความยินยอมแก่แพทย์ในการตรวจวินิจฉัยโรคหรือบำบัดรักษาโรคของตน ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจของตนเอง ผู้ป่วยจะต้องเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการตรวจทดสอบหรือการบำบัดรักษา ผลที่จะได้รับ รวมถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ไม่ให้ความยินยอม

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิปฏิเสธที่จะเข้าร่วมในงานวิจัยหรือการเรียนการสอนทางการแพทย์

4. ผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัว

ก. กรณีผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถแสดงเจตจำนงของตนเองได้ แพทย์จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมายที่ได้รับการอธิบายข้อมูลแล้ว

ข. กรณีที่ไม่อาจมีผู้แทนที่มีอำนาจตามกฎหมาย เมื่อมีความจำเป็นรีบด่วนที่จะต้องให้การรักษาทางการแพทย์ ให้สันนิษฐานว่าผู้ป่วยให้ความยินยอมแล้ว เว้นแต่เป็นที่ชัดเจนและปราศจากข้อสงสัยว่าจะขัดต่อการแสดงเจตนาหรือความคิดเห็น แต่เดิมของผู้ป่วย ซึ่งประสงค์จะไม่ให้ความยินยอมในสภาพการณ์เช่นนั้น

ค. อย่างไรก็ตาม แพทย์ควรจะพยายามช่วยชีวิตของผู้ป่วยที่ไม่รู้สึกตัวในทุกกรณีที่ผู้ป่วยพยายาม จะฆ่าตัวตาย

5. ผู้ป่วยที่เป็นผู้ไร้ความสามารถ

ก. กรณีผู้ป่วยเป็นผู้เยาว์หรือผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมาย ในบางประเทศให้ใช้ความยินยอม ของผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายแทน กระนั้นก็ดี ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างเต็มที่เท่าที่ความสามารถของผู้ป่วยจะเอื้ออำนวยให้กระทำได้

ข. ถ้าผู้ที่ไม่สามารถใช้สิทธิตามกฎหมาย ยังสามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลได้อยู่ แพทย์จะต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าว และผู้ป่วยมีสิทธิที่จะห้ามการเปิดเผยข้อมูลนี้แก่ผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมาย

ค. กรณีผู้แทนที่ได้รับแต่งตั้งตามกฎหมายของผู้ป่วย หรือบุคคลที่ได้รับมอบอำนาจจากผู้ป่วย ห้ามการดำเนินการบำบัดรักษาต่อไป ซึ่งตามความเห็นของแพทย์แล้วเห็นว่าการรักษานั้นจะเป็นประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยเอง แพทย์ก็จะไม่ปฏิบัติตามคำสั่งนั้น ทั้งนี้ จะต้องไม่ขัดต่อกฎหมายหรือกฎเกณฑ์อื่น สำหรับกรณีฉุกเฉินแพทย์จะต้องดำเนินการเพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วย

6. วิธีการตรวจรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วย

กระบวนการตรวจวินิจฉัยโรคหรือการบำบัดรักษาที่ขัดต่อเจตจำนงของผู้ป่วย สามารถทำได้เฉพาะในกรณีฉุกเฉินเท่านั้น กล่าวคือ จะต้องมิใช่กฎหมายอนุญาตเป็นการเฉพาะ และเป็นไปตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์

7. สิทธิที่จะได้รับข้อมูล

ก. ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับตนเองในเวชระเบียน และได้รับการแจ้งข้อมูลทางสุขภาพของผู้ป่วยทุกประการ รวมถึงข้อมูลการเจ็บป่วยทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่เป็นความลับของบุคคลอื่นที่ปรากฏในเวชระเบียนไม่ควรเปิดเผยให้ ผู้ป่วยทราบ หากไม่ได้รับความยินยอมจากบุคคลที่เป็นเจ้าของข้อมูลนั้น

ข. ข้อยกเว้นที่จะไม่เปิดเผยข้อมูลแก่ผู้ป่วยคือ เมื่อมีเหตุผลอันดีที่เชื่อได้ว่า ข้อมูลนั้นจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิตหรือสุขภาพของผู้ป่วย

ค. การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัฒนธรรมของผู้ป่วย และเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้โดยง่าย

ง. ผู้ป่วยมีสิทธิร้องขอมิให้เปิดเผยข้อมูลแก่บุคคลอื่น ยกเว้นกรณีจำเป็นเพื่อปกป้องชีวิตของบุคคลอื่น

จ. ผู้ป่วยมีสิทธิจะเลือกบุคคลใดบุคคลหนึ่งที่จะได้รับแจ้งข้อมูลแทนตน

8. สิทธิที่จะได้รับการรักษาความลับ

ก. ข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย, อาการเจ็บป่วย, การวินิจฉัยโรค, การฟื้นฟู และ การบำบัดรักษา รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่นๆ จะต้องถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ แม้กระทั่งหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตลง แต่ทายาทมีสิทธิที่จะขอข้อมูลซึ่งจะบ่งบอกถึงความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพของเขา

ข. ข้อมูลที่เป็นความลับจะเปิดเผยได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง หรือโดยอำนาจแห่งบทบัญญัติกฎหมาย ข้อมูลดังกล่าวจะเปิดเผยแก่ผู้ให้บริการด้านสุขภาพอื่นได้ก็ต่อเมื่อเป็นความจำเป็น ที่จะต้องรู้เท่านั้น เว้นแต่ผู้ป่วยได้ให้ความยินยอมโดยชัดแจ้งแล้ว

ค. ข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยทุกประเภทจะได้รับความคุ้มครอง การคุ้มครองข้อมูลส่วนตัวจะต้องจัดเก็บไว้อย่างเหมาะสม ชิ้นส่วนเนื้อเยื่อของมนุษย์ที่สามารถอ้างอิงข้อมูลส่วนตัวได้ จะได้รับความคุ้มครองเช่นกัน

9. สิทธิได้รับสุศึกษา

บุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับสุศึกษาที่มีส่วน ช่วยตนเองในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติตน เพื่อสุขภาพและการรับบริการด้านสุขภาพ การศึกษาดังกล่าวให้รวมถึงข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ วิธีการป้องกันและรู้จักสังเกตอาการของโรคในระยะเริ่มแรก ควรมีการเน้นให้คนทุกคนต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเองในเบื้องต้น โดยแพทย์ต้องกระตือรือร้นที่จะต้องถือเป็นหน้าที่ในการมีส่วนร่วมที่จะให้การศึกษาด้วย

10. สิทธิในศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

ก. ศักดิ์ศรีของผู้ป่วยและสิทธิในความเป็นส่วนตัวจะต้องได้รับการเคารพตลอดเวลาที่มีการรักษาพยาบาลและการเรียนการสอน โดยคำนึงถึงคุณค่าและวัฒนธรรมที่ผู้ป่วยยึดถือ

ข. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบรรเทาความทุกข์ทรมานของตนตามวิทยาการความรู้ในปัจจุบัน

ค. ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายอย่างมีมนุษยธรรม และมีสิทธิที่จะได้รับความช่วยเหลือทุกอย่าง เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี โดยสงบเท่าที่จะทำได้

11. สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางศาสนา

ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับหรือปฏิเสธการเยียวยาทางจิตวิญญาณและศีลธรรม รวมถึงการช่วยเหลือของนักบวชในศาสนาที่ตนนับถือ

3.1.3 การรักษาพยาบาลผู้ต้องขังป่วย

การนำตัวบุคคลเข้ารับโทษจำคุกในเรือนจำต้องมีการตรวจสอบและยืนยันเอกสารจากศาลตลอดทั้งข้อกำหนดต่างๆ ให้ดำเนินการ รวมทั้งเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เมื่อเจ้าพนักงานเรือนจำเห็นว่าตรวจสอบถูกต้องแล้วจึงนำบุคคลดังกล่าวเข้าคุมขังในเรือนจำ ผู้ต้องขังต้องผ่านการตรวจ

ร่างกายและการเจ็บป่วย ถ้าพบว่าผู้ต้องขังคนใดมีโรคติดต่อ จะถูกส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลภายในเรือนจำ เพื่อทำการบำบัดรักษา ก่อน ส่วนผู้ต้องขังหญิงที่มีบุตรติดมาด้วยอาจได้รับอนุญาตให้เลี้ยงดูบุตรภายในเรือนจำได้ จนกระทั่งเด็กมีอายุครบ 1 ปี และให้หมายถึงเด็กที่ติดครรภ์มารดาที่มาเกิดในเรือนจำด้วย

เรือนจำแต่ละแห่งของญี่ปุ่นจะมีแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ประจำอยู่ในฝ่ายหรืองานการแพทย์ของเรือนจำทุกแห่ง อาทิ Chiba Prison มีแพทย์ประจำเรือนจำ 4 คน ทำหน้าที่ผู้อำนวยการ 1 คน และ หัวหน้าฝ่ายสุขภาพ 1 คน ส่วนที่เหลืออีก 2 คน ทำหน้าที่บำบัดรักษาผู้ต้องขังป่วยและปฏิบัติการควบคุมการระบาดของโรคภายในเรือนจำ นอกจากนี้ยังมีการตรวจสุขภาพให้กับผู้ต้องขังเกินกว่า 2 ครั้ง/ปี ตามคำร้องขอของผู้ต้องขังอีกด้วย⁴ นอกจากนี้ยังมีเรือนจำสำหรับผู้ต้องขังป่วย (Medical Prison) จำนวน 5 แห่ง รับดูแลผู้ต้องขังป่วยที่ต้องการรักษาพยาบาลและผู้ต้องขังที่เจ็บป่วยที่มีความจำเป็นอย่างยิ่ง อาจจะถูกส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลนอกเรือนจำก็ได้⁵

การตรวจสุขภาพ ความถี่ของการดำเนินการในเรือนจำนั้นก็เช่นเดียวกันกับสังคมภายนอก ผู้ต้องขังมีการดำเนินการขั้นพื้นฐานทั่วไปที่ดีสำหรับการได้รับโอกาสรับการรักษา การส่งต่อผู้ป่วย แม้กระทั่งในเวลาที่ยังดำเนินการอยู่ในวินัยของการลงโทษถ้าหากจำเป็น นอกจากนี้สิ่งที่เกี่ยวข้องกับการตรวจสุขภาพ หรือการได้รับการตรวจอย่างอื่นเป็นพิเศษ เช่น โรคของผู้ใหญ่ มะเร็งเต้านม มะเร็งปากมดลูก ก็มีการตรวจด้วยเช่นกัน แพทย์และผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์ได้รับการมอบหมายงานสำหรับผู้คุมขังในทุกๆ กรมราชทัณฑ์ทั่วไป และมีสถานพยาบาลพิเศษจำนวน 4 แห่ง ที่จะทำหน้าที่สำหรับนักโทษที่ป่วย และจัดการดูแลทางการแพทย์อย่างละเอียด ในบางสถานพยาบาลนั้นได้รับการรับรองว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามกฎหมายของการให้บริการทางการแพทย์

อัตราส่วนของแพทย์ต่อผู้คุมขังประมาณ 1 ต่อ 160 แต่ในญี่ปุ่นนั้นซึ่งมีขนาดของประชากรที่มากมาย ทำให้อัตราส่วนนั้นคือ 1 ต่อ 500 และระบบงบประมาณการรักษาทางการแพทย์ของกรมราชทัณฑ์ก็จะถูกนำมาใช้ในการรับบุคลากรด้านแพทย์อย่างเพียงพอ สำหรับการฝึกผู้ช่วยพยาบาลนั้นทางเรือนจำก็จะมีสอนสำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสมจะเป็น ผู้ช่วยเหลือือพยาบาล⁶

ในเรื่องสุขภาพนั้น ไม่มีการจำกัดในเรื่องของทรงผมของนักโทษที่ยังไม่ได้รับการตัดลิ้นโทษ แต่อย่างไรก็ตามสำหรับนักโทษชายที่ได้รับการตัดลิ้นโทษแล้วนั้น ผู้ต้องขังจะสามารถ

⁴ From *Correction Bureau*. (p. 5), by Ministry of Justice, The Outline of Chiba Prison 2002.

⁵ From *Correction Bureau*. (p. 26), by Ministry of Justice, Correctional Institution in Japan 1990.

⁶ From *Prison Administration in Japan*. (p. 21), by Correction Bureau Ministry of Justice 2002.

เลือกทรงผมได้เพียง 2 รูปแบบจากในหลายๆ แบบ เพราะในเรื่องของสุขอนามัยและความปลอดภัย สำหรับนักโทษหญิงที่ถูกตัดสินโทษแล้วจะต้องเลือกทรงผมที่ไม่ก่อให้เกิดอุปสรรค หรือเป็นที่ขัดต่อการรักษาสุขอนามัย กฎของเรือนจำ และความปลอดภัย ผู้ถูกคุมขังสามารถอาบน้ำสัปดาห์ละ 2 ครั้ง (สามครั้งในหน้าร้อน) ระยะเวลาของการอาบน้ำแต่ละครั้งจะดีกว่า กฎขั้นต่ำของมาตรฐานในการดูแลนักโทษ ซึ่งในแต่ละรัฐจะกำหนดว่าควรอาบน้ำอย่างน้อยอาทิตย์ละครั้ง ครั้งละ 15 นาที โดยเฉลี่ย (20 นาที โดยเฉลี่ยสำหรับผู้หญิง) ในขณะที่อยู่ในหน้าร้อนนั้นเกือบทุกๆ แห่ง จะจัดเวลาในการเช็ดตัวให้แห้งหลังจากเสร็จงานประจำ การออกกำลังกายก็เป็นสิ่งที่ไม่ได้สำหรับการจะทำให้มีสุขภาพที่ดี ด้วยเหตุนี้เราจึงให้ความสำคัญกับเวลาที่จะมีสำหรับการออกกำลังกายหากว่าสภาพอากาศดี การออกกำลังกายนั้นก็จะทำในบริเวณที่เปิดโล่ง การออกกำลังกายในร่มก็จะทำในวันที่ฝนตก หรือวันที่มีงานประจำทำ ตั้งแต่จำนวนประชากรที่อ่อนแอ เช่น คนแก่ หรือ ผู้ใช้สารเสพติดเพิ่มมากขึ้น ก็จะหาการออกกำลังกายอย่างง่ายให้พวกเขา เช่น การยืดกล้ามเนื้อ เป็นต้น⁷

การดูแลสุขภาพทางการแพทย์สำหรับผู้คุมขังนั้น โดยปกติแล้วจะมีการบริการหรือการจัดการโดยแพทย์ภายใน แต่อย่างไรก็ตามหากมีความเห็นว่าผู้ป่วยนั้นจะต้องออกไปพบแพทย์ภายนอก หรือจะต้องโอนย้ายไปที่อื่นภายนอกเรือนจำ ค่ารักษาพยาบาลส่วนใหญ่ก็จะถูกดูแลโดยรัฐบาลญี่ปุ่น⁸ ในกรณีที่ผู้ต้องขังป่วย รวมถึงผู้ต้องขังหญิงตั้งครรภ์ ผู้ต้องขังที่คลอดบุตรหรือผู้ต้องขังเยาวชนหรือไร้ความสามารถ อาจได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับผู้ต้องขังป่วย จึงควรได้รับการรักษาพยาบาลจากแพทย์ และถ้าจำเป็นให้ส่งไปรักษายังสถานพยาบาลเรือนจำในเรือนจำอื่นได้ เมื่อผู้ถูกคุมขังหญิงนั้นจะต้องมีการคลอดลูก จะถูกส่งตัวไปยังโรงพยาบาลที่ใกล้ๆ หรือในบริเวณนั้น และจะมีการออกคำสั่งในการป้องกันการระบุแหล่งเกิดที่อาจจะไม่พึงประสงค์สำหรับเด็ก

หากผู้ต้องขังป่วยด้วยโรคจิต หรือ โรคติดต่อ หรือโรคอื่นๆ และไม่สมควรได้รับการรักษาในเรือนจำ ผู้ต้องขังอาจถูกส่งไปรักษาในโรงพยาบาลนอกเรือนจำและผู้ต้องขังป่วยอาจได้รับอนุญาตให้รับการรักษาจากแพทย์ที่ตนเสนอได้โดยเสียค่าใช้จ่ายส่วนตัว

การป้องกันโรคติดต่อ ให้ผู้ต้องขังได้รับการฉีดวัคซีนหรือวิธีอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับการป้องกันโรคติดต่อ ผู้ต้องขังที่เป็นโรคติดต่อควรได้รับการแยกตัวออกและไม่ควรติดต่อกับผู้ต้องขังที่มีสุขภาพดีหรือผู้ต้องขังป่วยอื่น

ประเทศญี่ปุ่นให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัยและการเจ็บป่วยของผู้ต้องขัง เรือนจำมีระบบการให้ทุนการศึกษาทางการแพทย์ เพื่อกิจการราชทัณฑ์ (Correctional Medical Scholarship) มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1961 เพื่อจัดหาแพทย์เข้าทำงานในเรือนจำและให้บริการแก่ผู้ต้องขัง

⁷ From *Prison Administration in Japan*. (pp. 21-22), by Correction Bureau Ministry of Justice 2002.

⁸ From *Prison Administration in Japan*. (p. 22), by Correction Bureau Ministry of Justice 2002.

มีการฝึกสอนการแพทย์ในสถานฝึกอบรมการพยาบาลที่เรือนจำฮาชิโอจิ (Hachioji Medical Prison) ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1966 เพื่อแก้ปัญหาขาดแคลนพยาบาลในเรือนจำ⁹

3.2 สหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกา เป็นประเทศที่ไม่ใช้กฎหมายลายลักษณ์อักษร แต่ก็ได้มีการใช้กฎหมายบังคับโทษจำคุก มีสิทธิผู้ป่วย รวมถึงหลักในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังป่วย ดังนี้

3.2.1 กฎหมายบังคับโทษจำคุก

การปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดในสถานที่ควบคุมในสหรัฐอเมริกาอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ คือ (1) ระดับท้องถิ่น (2) ระดับมลรัฐ และ (3) ระดับรัฐบาลกลาง¹⁰

(1) ระดับท้องถิ่น การปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดในสถานที่ควบคุม ได้แก่ การปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิดในเรือนจำหรือตาราง (Jails) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรือนจำหรือตารางท้องถิ่น (local jails) ซึ่งมีมากกว่า 3,000 แห่งทั่วประเทศและมีเพียง 11 แห่งที่เป็นของรัฐบาลกลาง ประมาณ 47 เปอร์เซ็นต์ ของเรือนจำท้องถิ่นผู้ต้องขังน้อยกว่า 50 คน และน้อยกว่า 3 เปอร์เซ็นต์ ผู้ต้องขังมากกว่า 1,000 คน เช่น เรือนจำท้องถิ่นที่เมืองลอสแอนเจลิส มลรัฐแคลิฟอร์เนีย และที่เมืองมาริโคปา มลรัฐเนวาดา มีผู้ต้องขังมากกว่า 7,000 คน

(1.1) หน้าที่ของเรือนจำท้องถิ่น เรือนจำท้องถิ่นเป็นสถานที่ควบคุมที่มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

ควบคุมผู้ต้องหาที่อยู่ระหว่างการสอบสวนและการพิจารณาคดี ตลอดถึงรอศาลมีคำพิพากษาหรือคำสั่ง

ควบคุมผู้ถูกคุมประพฤติหรือผู้ถูกพักโทษ ผู้หนีประกัน หรือหลบหนีคดี

ควบคุมเด็กหรือเยาวชนไว้ชั่วคราวระหว่างรอการส่งตัวไปให้เจ้าหน้าที่เด็กและเยาวชน

ควบคุมตัวคนวิกลจริตระหว่างรอการส่งตัวไปยังหน่วยงานสาธารณสุขที่เหมาะสม

ควบคุมตัวบุคคลไว้เพื่ออัยการทหาร เพื่อคุ้มครอง หรือดำเนินการฐานละเมิดอำนาจศาล และเพื่อเป็นพยานศาล

ปล่อยตัวผู้ต้องโทษ เมื่อรับโทษครบถ้วน

ส่งตัวผู้ต้องขังไปให้เจ้าหน้าที่รัฐบาลกลาง มลรัฐ หรืออื่นๆ

⁹ กรมราชทัณฑ์ในญี่ปุ่น. สืบค้น 2 พฤษภาคม 2557. จาก [www. http://www.202.129.0.133/ creat.web/0000/00000-715.htm](http://www.202.129.0.133/creat.web/0000/00000-715.htm).

¹⁰ จาก เอกสารการสอนชุดวิชากระบวนการยุติธรรมทางอาญาของประเทศสหรัฐอเมริกา หน่วยที่ 9. (น. 78), มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2555, นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

ควบคุมผู้ต้องขังเพื่อรัฐบาลกลาง หรือมลรัฐ หรืออื่นๆ เนื่องจากสถานที่ควบคุมของหน่วยงานเหล่านั้นมีผู้ต้องขังล้นเรือนจำ

บางครั้งทำหน้าที่เป็นทางเลือกแทนการจำคุก

ควบคุมผู้ต้องโทษจำคุกระยะสั้น (น้อยกว่า 1 ปี)

(1.2) จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำท้องถิ่นและแนวโน้มนั้น จำนวนผู้ต้องขังในเรือนจำท้องถิ่นเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และใน ค.ศ. 2007 มีผู้ต้องขัง 780,582 คน คิดเป็นอัตราส่วน 259 คนต่อประชากร 100,000 คน เรือนจำท้องถิ่นจำนวนมากกำลังควบคุมผู้ต้องขังเต็ม หรือเกือบเต็มความจุของเรือนจำ ถ้าคิดเป็นอัตราระดับชาติ ก็คือเท่ากับ 96 เปอร์เซ็นต์ ของความจุ 9 ใน 10 ของผู้ต้องขังเป็นชาย เป็นคนผิวขาวมากกว่า 40 เปอร์เซ็นต์ และที่เหลือเป็นชนกลุ่มน้อย ส่วนจำนวนเด็กและเยาวชน ที่ถูกควบคุมตัวในเรือนจำท้องถิ่นมีแนวโน้มลดลงตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ซึ่งน่าจะเนื่องมาจากความพยายามของรัฐบาลที่จะเคลื่อนย้ายเด็กและเยาวชนจากเรือนจำท้องถิ่นไปยังสถานที่ควบคุมเด็กและเยาวชน โดยเฉพาะ ถึงกระนั้นก็ยังคงมีเด็กและเยาวชนประมาณ 7,500 คน ถูกควบคุมในเรือนจำท้องถิ่นในแต่ละวัน ผู้ต้องขังเป็นชาย เป็นคนยากจน เป็นคนกลุ่มน้อย ซึ่งเกินอัตราของประชากร ซึ่งอาจเนื่องมาจากปัจจัยต่างๆ เช่น การไม่สามารถขอประกันตัว มีทุนความที่ไม่มีความรู้และการเลือกปฏิบัติเนื่องมาจากปัญหาผิวและเชื้อชาติ

(1.3) สภาพของเรือนจำท้องถิ่น เรือนจำท้องถิ่นได้รับการเอาใจใส่เล็กน้อย ส่วนใหญ่จึงมีสภาพชำรุดทรุดโทรม และใช้เป็นที่ควบคุมคนที่อันตรายและมีปัญหา จำนวนมากของคนเหล่านี้มีปัญหาทางอารมณ์ที่ยังไม่ได้รับการแก้ไข ผู้ต้องขังส่วนมากเป็นเหยื่อของการถูกทำร้ายหรือล่วงละเมิดทางเพศ ซึ่งเป็นชายมากกว่า 10 เปอร์เซ็นต์ และเป็นหญิงมากกว่า 50 เปอร์เซ็นต์ ประมาณ 2 ใน 3 ของผู้ต้องขัง มีปัญหาด้านสุขภาพจิต ซึ่งรวมถึงประมาณ 15 เปอร์เซ็นต์ แสดงอาการโรคจิตอย่างชัดเจน นั้นหมายความว่า ผู้ต้องขังในแต่ละวันมากกว่า 100,000 คนเป็นโรคจิตที่รุนแรงและมากกว่า 400,000 คน เป็นผู้มีความบกพร่องทางจิต ผู้ต้องขังฆ่าตัวตายในอัตราที่สูงมาก และอัตราสูงกว่าการฆ่าตัวตายในประชากรทั่วไป เรือนจำท้องถิ่นส่วนใหญ่บริหารจัดการโดยสำนักงานนายอำเภอ และอีกบางส่วนบริหารจัดการโดยสำนักงานการเรือนจำของมลรัฐ

(1.4) เรือนจำท้องถิ่นยุคใหม่ เรือนจำตามแบบเดิมเป็นรูปสี่เหลี่ยม ซึ่งเน้นการควบคุมเป็นหลัก ซึ่งมีระเบียบต่อไปยังห้องขังเดี่ยวและห้องขังรวม ซึ่งเป็นมุมตรงกับระเบียบ ซึ่งยากต่อการตรวจสอบ เพื่อดูภายในห้องขังและเมื่ออยู่ในตำแหน่งที่จะเห็นห้องขังหนึ่งก็จะไม่เห็นห้องขังอื่น ซึ่งเท่ากับไม่มีการควบคุมเลย แต่ในเรือนจำซึ่งออกแบบเพื่อประสิทธิภาพ สามารถตรวจสอบผู้ต้องขังได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งมีทั้งที่สอดส่องได้โดยตรงและสอดส่องได้โดยอ้อม

(2) ระดับมลรัฐ สถานแก้ไขผู้กระทำความผิดของรัฐบาลมลรัฐเป็นสถานที่ควบคุมแบบปิด เรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า prisons, penitentiaries หรือ reformatories เรือนจำของมลรัฐทั้งที่เป็นของรัฐและเอกชนมีประมาณ 1,300 แห่ง คุมขังผู้ต้องขังผู้ใหญ่มากกว่า 1.4 ล้านคน ตามปกติ เรือนจำเหล่านี้แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ตามมาตรฐานการรักษาความปลอดภัย

เรือนจำระดับความมั่นคงต่ำ (minimum security prisons) เป็นเรือนจำที่ไม่มีเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัยที่พกพาอาวุธ และไม่มีกำแพงล้อมรอบใช้เป็นสถานที่ควบคุมนักโทษที่ไว้วางใจได้ และเป็นนักโทษที่ไม่มีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ต้องขังมีสิทธิมากมาย แทนที่จะควบคุมให้เข้าแถวเดินไปทำกิจกรรมต่างๆ ผู้ต้องขังในเรือนจำนี้จะถูกเรียกโดยเสียงระฆังหรือการประกาศทางเครื่องกระจายเสียง ผู้ต้องขังจะได้รับโอกาสออกไปทำงาน (work release) และออกไปศึกษานอกเรือนจำ (educational release) และการฝึกวิชาชีพถึงขั้นสูงสุด ผู้ต้องขังไม่ต้องสวมเครื่องแบบนักโทษ และอาจไว้หนวดไว้เคราได้ เรือนจำแบบนี้มีเรือนนอนหรือห้องนอนส่วนตัว ผู้ต้องขังมีสิทธิครอบครองทรัพย์สินส่วนตัว เช่น เครื่องรับวิทยุ

เรือนจำระดับความมั่นคงปานกลาง (medium security prisons) เป็นเรือนจำ มีรูปแบบคล้ายกับเรือนจำระดับความมั่นคงสูง มีกำแพงล้อมรอบ แต่มีหอคอยรักษาความปลอดภัยน้อยกว่า และอนุญาตให้มีการเยี่ยมผู้ต้องขังได้ ใช้เป็นที่ควบคุมผู้ต้องขังที่ไม่ใช้ความรุนแรง ถึงแม้ผู้ต้องขังส่วนมากจะถูกขังในห้องขัง แต่เรือนจำก็จัดให้มีห้องพิเศษสำหรับเป็นรางวัลแก่ผู้ต้องขัง ที่มีความประพฤติดีและมีความวิริยะอุตสาหะในการทำงาน เรือนจำแบบนี้ส่งเสริมการแก้ไขฟื้นฟูผู้ต้องขังมากกว่าในเรือนจำระดับความมั่นคงสูง เจ้าหน้าที่ควบคุมและบุคลากรอื่นๆ สามารถเดินไปมาในเรือนจำได้

เรือนจำระดับความมั่นคงสูง (maximum security prisons) เรือนจำระดับความมั่นคงสูงนี้ใช้เป็นที่ควบคุมนักโทษร้ายแรงและเป็นอันตราย เช่น เรือนจำชิงชิง โอลิเอ็ท แอดดิกา และวัลโพล เรือนจำแบบนี้มีลักษณะเหมือนป้อมปราการห้อมล้อมไปด้วยกำแพงหินและมีป้อมยามรักษาการณ์ในจุดต่อแหลมต่างๆ กำแพงสูงประมาณ 25 ฟุต บางแห่งเป็นกำแพง 2 ชั้น มีสนามอยู่ระหว่างกลาง กำแพงยังมีรั้วลวดหนามไฟฟ้าเพื่อป้องกันการหลบหนี นอกจากนี้ ยังมีมาตรการรักษาความปลอดภัยสูงมาก มียามรักษาการณ์ติดอาวุธปืน ผู้ต้องขังอยู่ในห้องขังชั้นใน ซึ่งมีเหล็กกล้าเป็นฝาผนังห้อง แต่ละห้องจะมีเครื่องสุขภัณฑ์ ห้องขังเหล่านี้เปิด-ปิด โดยกุญแจหรือเครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ ห้องขังจัดเป็นบล็อก และในเรือนจำขนาดใหญ่หลายบล็อกจะเป็นปีกหนึ่งในเวลากลางวันนักโทษจะถูกตรวจตราอย่างใกล้ชิดระหว่างทำกิจกรรมต่าง ๆ

เรือนจำระดับความมั่นคงสูงยิ่ง (Super maximum security prisons) มากกว่า 25 มลรัฐได้สร้างเรือนจำแบบนี้ เพื่อคุมขังนักโทษที่เป็นอันตรายที่สุดประมาณ 20,000 คน เรือนจำแบบนี้

อาจเป็นเรือนจำอิสระ หรือเป็นปีกหนึ่งของเรือนจำแบบ maximum security ที่กั้นไว้ต่างหาก เรือนจำแบบนี้ใช้เป็นที่ขังนักโทษไว้วันละ 22 ถึง 24 ชั่วโมง นักโทษจะไม่ออกไปจากห้องขัง นอกจากถูกตีตราไว้ การสร้างเรือนจำแบบนี้ตั้งอยู่บนข้อสมมติฐานที่ว่า ความวุ่นวายในเรือนจำเป็นผลโดยตรงของผู้ต้องขังไม่กี่คนที่มีความประพฤติเสียหายและรุนแรง และผู้ต้องขังถูกควบคุมอย่างเข้มงวด ระดับความรุนแรงในเรือนจำจะลดลง เรือนจำนี้มีหอคอยรักษาการณ์ 6 จุดลดหลั่นกันไป เพื่อป้องกันการโจมตีทางอากาศ การที่ผู้ต้องขังจะออกไปจากเรือนจำได้ ต้องผ่านประตูเหล็กกล้าหนา 3 นิ้ว หลายประตู แต่ละประตูไม่อาจเปิดได้ ถ้าอีกประตูหนึ่งยังไม่ปิด ถ้าหอคอยยามรักษาความปลอดภัยถูกยึด การควบคุมเรือนจำจะถูกโอนไปยังสถานีถัดไป และถ้าเรือนจำทั้งหมดถูกยึดก็สามารถควบคุมจากภายนอกเรือนจำได้ กลุ่มเฝ้ามองสิทธิพลเมือง (civil rights watchdog) ตั้งข้อหาว่า เรือนจำแบบระดับความมั่นคงสูงยิ่งนี้ฝ่าฝืนมาตรฐานการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังของสหประชาชาติ

(3) ระดับรัฐบาลกลาง เรือนจำแห่งแรกที่รัฐบาลกลางสร้างขึ้น คือ เรือนจำลิเวนเวิร์ธ มลรัฐแคนซัส ใน ค.ศ. 1986 ก่อนหน้านั้นรัฐบาลกลางได้ฝากขังนักโทษของรัฐบาลกลางในเรือนจำของมลรัฐ โดยจ่ายตอบแทนให้เป็นรายคน ส่วนเรือนจำของรัฐบาลที่ดำเนินการโดยรัฐมี 84 แห่ง และดำเนินการโดยเอกชน 26 แห่ง คุมขังผู้ต้องขังประมาณ 145,000 คน เรือนจำรัฐบาลกลางจัดเป็น 4 ระดับ ความปลอดภัยเช่นเดียวกับเรือนจำมลรัฐ คือ เรือนจำระดับความมั่นคงต่ำ เรือนจำระดับความมั่นคงปานกลาง เรือนจำระดับความมั่นคงสูง และเรือนจำระดับความมั่นคงสูงยิ่ง เรือนจำแบบนี้ของรัฐบาลกลางแห่งแรกสร้างขึ้นที่เมืองแมเรียน (Marion) มลรัฐอินดีแอนา และอีกแห่งหนึ่งที่เมืองฟลอเรนซ์ มลรัฐโคโลราโด เรือนจำที่ฟลอเรนซ์นี้เป็นเรือนจำที่มีเครื่องไม้เครื่องมือที่ซับซ้อนและทันสมัยที่สุดในสหรัฐอเมริกา จุนักโทษได้ 484 คน เป็นเรือนจำที่มีกล้องถ่ายวิดีโอ 168 กล้อง และประตูที่ควบคุมโดยอิเล็กทรอนิกส์ 1,400 ประตู ภายในห้องขังมีเฟอร์นิเจอร์ที่เคลื่อนย้ายไม่ได้ เช่น โต๊ะเขียนหนังสือ เตียงนอน และที่ตั้งโทรทัศน์ซึ่งทำด้วยคอนกรีต สิ่งที่สามารถใช้เป็นอาวุธได้เช่น กลองสนับ ฝาปิดชักโครก และที่รองนั่ง ถูกเอาออกหมด กำแพงคอนกรีตทนต่อแรงกระแทกถึง 5,000 ปอนด์ และใช้ท่อนเหล็กกล้าประสานกันเป็นฝาผนังทุก 8 ตารางนิ้ว ห้องขังจะตั้งเป็นมุมที่ผู้ต้องขังไม่อาจมองเห็นกันและกันได้ และมองไม่เห็นทีวีที่นอกห้องขังด้วย การออกแบบห้องขังแบบนี้ตัดการติดต่อระหว่างผู้ต้องขังและผู้ต้องขังเองก็ไม่ว่าคุณอยู่ ณ แห่งใดในเรือนจำ เพื่อเป็นการป้องกันการหลบหนี เรือนจำระดับความมั่นคงต่ำและปานกลางจะเน้นการแก้ไขฟื้นฟูส่วนเรือนจำระดับความมั่นคงสูงและสูงยิ่งจะเน้นการควบคุม

3.2.2 สิทธิผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกา

สิทธิผู้ป่วยถูกยกกร่างขึ้น เป็นครั้งแรกใน ปี ค.ศ.1959 โดยสันนิบาตการพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The National League of Nursing : NLN) แต่มิได้ตีพิมพ์เผยแพร่ออกนอกสมาคม (Ellis & Nowlis, 1985) ต่อมาในปี ค.ศ.1973 สมาคมโรงพยาบาลแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Hospital Association : AHA) ได้ประกาศสิทธิของผู้ป่วยอย่างเป็นทางการโดยใช้ชื่อว่า AHA's Patient's Bill of Rights มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ดีและสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ใช้บริการ ทั้งนี้โดย คำนึงถึงสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ใช้บริการและผู้ประกอบวิชาชีพที่ให้บริการ ซึ่งเป็นที่ยอมรับของ โรงพยาบาลประมาณ 7,000 แห่ง และได้มีการปรับปรุงครั้งล่าสุดในปี ค.ศ.1992 ซึ่งมีสาระสำคัญ พอสรุปดังต่อไปนี้¹¹

- 1) ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการดูแลด้วยความเอาใจใส่ และเคารพในความเป็นบุคคล
- 2) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการสนับสนุนจากแพทย์และผู้ที่มีหน้าที่ให้การดูแลโดยตรง มีความเข้าใจข้อมูลในเรื่องการวินิจฉัยโรค การรักษา การพยากรณ์โรค ยกเว้นในกรณีฉุกเฉินที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองและต้องการการรักษาจำเป็นเร่งด่วน และมีสิทธิที่จะทราบชื่อแพทย์ พยาบาล ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแล รวมทั้งนักศึกษา แพทย์ฝึกหัด หรือผู้ฝึกหัดอื่นๆ นอกจากนี้มีสิทธิที่จะรู้ค่ารักษาพยาบาลในทางเลือกของการรักษาที่ตนเองต้องการ
- 3) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการวางแผนก่อน และระหว่างการรักษา มีสิทธิที่จะปฏิเสธคำแนะนำในการรักษาหรือแผนการดูแลต่างๆ โดยไม่ขัดต่อกฎระเบียบ และนโยบายของโรงพยาบาล มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลของผลการรักษาในกรณีที่ปฏิเสธการรักษานั้น มีสิทธิที่จะปฏิเสธการบริการของโรงพยาบาล และมีสิทธิขอย้ายไปสถานบริการอื่นโดยทาง โรงพยาบาลต้องแจ้งนโยบายหรือกฎระเบียบของทางโรงพยาบาลที่อาจมีผลกระทบต่อทางเลือกของ ผู้ป่วยให้ทราบ
- 4) ผู้ป่วยมีสิทธิในการดำเนินการสั่งการไว้ล่วงหน้า (เช่น พินัยกรรมชีวิต การมอบอำนาจให้ผู้ทำหน้าที่แทนในการดูแลสุขภาพของตนเอง) ในการรักษา หรือการระบุวิธีการ รักษาของตนเอง และทางโรงพยาบาลต้องเคารพในการตัดสินใจนั้น โดยต้องสอบถามในเรื่องการดำเนินการสั่งการรักษาไว้ล่วงหน้า และบันทึกข้อมูลนั้นลงในแบบบันทึกของผู้ป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยมีสิทธิในการฟ้องร้องนโยบายของโรงพยาบาลที่จำกัดสิทธิของผู้ป่วยที่จะดำเนินการในการสั่งการรักษาของตนเองไว้ล่วงหน้า
- 5) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการให้ความสำคัญในความเป็นส่วนตัว ทั้งการอธิบาย การปรึกษา การตรวจวินิจฉัย และการปฏิบัติ เพื่อเป็นการปกป้องสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย

¹¹ From *Patients' bill of rights : legislative cure-all or prescription for disaster.* (p. 96), by Binette MJ, 2003.

6) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะคาดหวังว่าข้อมูลและบันทึกการดูแลรักษาพยาบาล ของตนจะถูกทางโรงพยาบาลเก็บรักษาไว้เป็นความลับ ยกเว้นในกรณีที่มีการกระทำผิดและเป็นอันตรายต่อสาธารณชน แต่ทั้งนี้ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือเป็นการปฏิบัติตามบท กฎหมาย และมีสิทธิในการที่จะคาดหวังว่าโรงพยาบาลจะให้ความสำคัญในการเก็บข้อมูลเหล่านั้น ไว้เป็นความลับ หากมีการเผยแพร่ข้อมูลเหล่านั้น ผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตรวจสอบข้อมูลการบันทึกนั้นก่อน

7) ผู้ป่วยมีสิทธิในการตรวจสอบข้อมูลจากการบันทึกที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษา และได้รับคำอธิบายหรือคำชี้แจงที่จำเป็นเกี่ยวกับข้อมูลนั้น

8) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะคาดหวังถึงสิ่งที่อยู่ภายในขอบเขตความสามารถ และนโยบายของโรงพยาบาลที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมทาง โรงพยาบาลต้องมีการประเมินผลของการบริการ หรือระบบการส่งต่อในรายที่ต้องการการรักษา อย่างเร่งด่วน การสนับสนุนการรักษาจะต้องได้รับความยินยอมตามกฎหมาย หรือหากผู้ป่วยต้องการเปลี่ยนสถานบริการต้องช่วยอำนวยความสะดวก โดยที่สถานที่ที่ผู้ป่วยต้องการย้ายไปนั้นต้องยอมรับผู้ป่วยด้วยความเต็มใจ และผู้ป่วยต้องได้รับข้อมูลที่ครบถ้วนอย่างเพียงพอ รวมทั้งเหตุผลของ ความเสี่ยง ประโยชน์ที่ได้รับจากการเลือกการรักษาเมื่อมีการส่งต่อ

9) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะถามและได้รับการชี้แจงตามความเป็นจริงในเรื่องเกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล การดูแลสุขภาพอื่นๆ หรือสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวกับคำรักษาพยาบาล ซึ่งอาจมีผลต่อการรักษาและการดูแลผู้ป่วย

10) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับการบอกกล่าว หรือปฏิเสธในการเข้าร่วมศึกษา วิจัย หรือการทดลองในมนุษย์ ที่มีผลกระทบต่อ การดูแลและการรักษา หรือประสงค์เข้าร่วม การทดลอง หรือการวิจัยนั้น และมีสิทธิในการได้รับการอธิบายอย่างครบถ้วน ก่อนการตัดสินใจ ยินยอม โดยผู้ป่วยที่ตัดสินใจเข้าร่วมการทดลองหรือการวิจัยนั้น ทางโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบใน การให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพเท่าที่ทางโรงพยาบาลจัดให้ได้

11) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับคำอธิบายเกี่ยวกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมี สิทธิเลือกผู้ดูแลที่สามารถให้การดูแลได้จริง เมื่อทางโรงพยาบาลไม่สามารถดูแลต่อ เนื่องระยะยาวได้

12) ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะได้รับทราบนโยบายของโรงพยาบาล การปฏิบัติที่มีผลต่อการดูแล การรักษา และการตอบสนองความต้องการ และมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลที่เป็นแหล่งที่มา หรือข้อสรุปของการโต้แย้ง และความขัดแย้งต่างๆ จากคณะกรรมการจริยธรรม หรือกลุ่มตัวแทน ผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงค่าบริการ และวิธีการคิดค่าบริการของโรงพยาบาล

3.2.3 การรักษาพยาบาลผู้ต้องขังป่วย

เดิมสิทธิของผู้ต้องขังที่จะได้รับการรักษาพยาบาลถูกจำกัดตามหลัก “Exceptional circumstances doctrine” เมื่อศาลใช้หลักนี้ในการพิจารณาสิทธิผู้ต้องขัง ศาลจึงพิจารณาคดีเฉพาะกรณีที่เกิดเหตุการณ์ที่เรื้อรังไม่ให้ความสนใจต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์โดยการปฏิเสธการรักษาพยาบาลแก่ผู้ต้องขัง ในขณะที่ศาลปฏิเสธการพิจารณาคดีในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิเพียงเล็กน้อย¹²

การให้บริการด้านการรักษาพยาบาลในเรือนจำจึงเป็นบริการหนึ่งที่ได้รับการตรวจสอบจากสาธารณะเพียงเล็กน้อย ต่อมาในช่วงปี 1970 มีการปรับปรุงให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ต้องขังด้วยการยอมรับว่าบุคคลทุกคนมีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม ดังนั้นศาลจึงเริ่มที่จะเข้าไปแทรกแซงการบริหารงานเรือนจำและจัดตั้งสิทธิผู้ต้องขังที่จะได้รับการดูแลสุขภาพ ดังที่ศาลสูงของสหรัฐมีคำพิพากษาในคดี Estelle V.Gamble (1976) ยืนยันหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญของรัฐบาลในการจัดให้ผู้ต้องขังได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสม และรัฐจะปฏิเสธว่าไม่สามารถจัดการรักษาพยาบาลตามความต้องการและจำเป็นให้แก่ผู้ต้องขังเพียงเพราะมีงบประมาณไม่เพียงพอไม่ได้¹³

หากกล่าวถึงระบบบริการด้านสุขภาพของเรือนจำหรือทัณฑสถานทีละสามยี่ จึงจำเป็นต้องศึกษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการไปพบแพทย์ (sick call¹⁴) ยังเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาในด้านการจัดการบริหารงานให้มีประสิทธิภาพอีกมาก ถ้าเรือนจำขนาดเล็กมีนักโทษอยู่เพียง 100 คน อาจมี 10 คนที่อยู่ในความดูแลของแพทย์ในระหว่างเวลาเพียงครึ่งชั่วโมงที่จะฟังอาการผู้ป่วยเหล่านั้น ถ้าเรือนจำขนาดที่มีนักโทษ 1,000 คน มี 100 คนชุดแรก ย่อมอาจเข้าแถวถูกกั้นกรงเพื่อเข้าพบแพทย์ (sick call) ตั้งแต่วันก่อนหน้านี้มาแล้ว ส่วน 100 ชุดที่สอง ต้องเข้าคิวเรียกวันนี้ และ 100 ชุดถัดๆ จนครบต้องรอวันถัดไป ยิ่งไปกว่านั้นไม่มีการบริการในวันเสาร์ อาทิตย์ ทำให้วัน

¹² From *Essentials of Criminal Justice, third edition.* (p. 454), by Joseph J. Senna and Larry J. Siegel, 2001, อ้างถึงใน ญัฐยา จรรยาชัยเลิศ. (2548). *หลักประกันสิทธิผู้ต้องขัง : สิทธิในการดำรงชีวิต* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์.

¹³ Ira J.Silverman, *supra* note 76, p. 412.

¹⁴ การไปพบแพทย์เป็นภาษาพูดที่ใช้ในกองทัพสหรัฐอเมริกาเมื่อมีการป่วยก็ไปรายงานตัวต่อเจ้าหน้าที่แพทย์เองว่าป่วย ตามตารางเวลาที่กำหนด เมื่อมีการเรียกตัวผู้ป่วยก็ให้มาเข้าคิวเพื่อได้รับการตรวจและถ้าจำเป็นก็ได้รับการรักษาในระหว่างฝึกอาจได้ขึ้นแถวหน้าเวลารวมแถวและรับประทานอาหารก่อนเป็นต้น ระบบนี้ใช้กับนักโทษที่ป่วยในเรือนจำบางประการอาจคล้ายคลึงกัน และจะมีการตรวจสอบก่อนว่าป่วยหรือไม่และถูกจัดลำดับอย่างเป็นระบบในการเข้าพบแพทย์.

จันทร์ต้องมีผู้ป่วยสะสมจำนวนมากจนบางครั้งผู้ป่วยนอนไม่ไหว ด้วยข้อเท็จจริงดังกล่าวจึงไม่มีทางเป็นไปได้ที่ในการวินิจฉัยโรคของแพทย์จะถูกต้องเสมอไป และอธิบายเกี่ยวกับผลกระทบในจากการรักษามีเวลาเพียงแค่วันที่นอนักโทษแต่ละคน¹⁵

ที่ทัณฑสถานแห่งหนึ่งไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีนักโทษใช้เวลาน้อยกว่าหนึ่งนาทีก่อนในการพบแพทย์ ยิ่งในการพบแพทย์และมึนนักโทษจำนวนมากได้รับการเพียงไม่กี่วินาทีเท่านั้น

นักโทษส่วนใหญ่พบแพทย์ (sick call) ซึ่งเริ่มตั้งแต่ 8.00 นาฬิกาหรือ 8.30 นาฬิกา และทำการเป็นเวลา 2 ชั่วโมงถึง 2 ชั่วโมงครึ่ง จันทร์ถึงศุกร์ มีผู้เข้ามาใช้บริการประมาณ 100-125 คนต่อวัน จึงทำให้ไม่เพียงพอต่อการได้รับการรักษา โตะที่ให้บริการถูกล้อมและมุงด้วยตาข่ายจนถึงเพดานห้อง เพื่อกั้นระหว่างแพทย์กับนักโทษ เมื่อมีการเรียกแถวให้เข้าพบแพทย์ แพทย์จะสอบถามลักษณะอาการเจ็บป่วยของนักโทษและส่งกลับไปยังที่ๆ ต้องทำงานหรือห้องขัง หลีกเลี่ยงจากจ่ายยาตามที่แพทย์เห็นเหมาะสม เฉพาะกรณีอาการป่วยที่ยากในการวินิจฉัย จะส่งตัวนักโทษผู้นั้นไปยังห้องตรวจสอบเฉพาะ ทำโดยวิธีการที่รวดเร็ว โดยตรง และเป็นแบบอำนาจเบ็ดเสร็จหรือเผด็จการ โดยผู้คุม โดยปกติจะใช้เวลาเพียงไม่ถึงนาที ช่วงเวลาในการให้คำอธิบายคำปรึกษาและสอบถามอาการเพื่อวินิจฉัยโรคที่แน่นอนจึงขาดหายไป การจับคู่ระหว่างแพทย์กับคนไข้ถูกกำหนดขึ้นไม่สามารถเลือกได้ ระบบจึงขาดความเชื่อถือและขาดความไว้วางใจ¹⁶

นักโทษใช้วิธีนี้พบแพทย์เพื่อหลีกเลี่ยงงานที่น่าเบื่อ และเพื่อพบเพื่อนตลอดจนใช้บริการรักษาโรค แต่จำนวนของผู้ที่โกหกไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด แพทย์อ้างว่านักโทษส่วนใหญ่ที่เข้ามามักป่วยไม่จริง โดยเพียงสังเกตแค่วันที่ผ่านแหวตาและวิเคราะห์ประกอบกับอาการของโรคที่แจ้งมาจนเห็นความแตกต่าง และแพทย์ยังให้ความเห็นว่านักโทษมีความต้องการอย่างมากเพื่อให้ได้รับการรักษาทางการแพทย์มากกว่าอยากออกไปข้างนอกเสียอีก อย่างไรก็ตาม แพทย์มักจะไม่เชื่อว่านักโทษเหล่านั้นป่วยจริงและจึงจ่ายยาเป็นประจำเพียงไม่กี่ชนิด เช่น แอสไพริน แทบทุกโรค¹⁷

ในการเข้าพบแพทย์ แพทย์จะใช้เวลาไม่นานต่อนักโทษแต่ละคน เพราะเวลาถูกใช้ไปคัดแยกผู้ที่ไม่ได้ป่วยจริงออกจาก ผู้ป่วยที่ต้องการยาฆ่าหรือรักษาฆ่า ส่วนผู้ป่วยที่จะมีลักษณะอาการคลุมเครือที่ดูไม่ออกซึ่งแม้ว่าป่วยจริงแต่ไม่สามารถพบร่องรอยความผิดปกติทางกายภาพและแรงกดดันภายใต้ซึ่งผู้ต้องขังอาศัยอยู่ ก่อให้เกิดความความผิดปกติตามอารมณ์ ซึ่งอาการเล็กๆ น้อยๆ จะได้รับการรักษาที่ไม่มีอะไรมา เว้นแต่การรักษาแบบประคับประคองจะต้องเข้าสู่ระบบ sick call¹⁸

¹⁵ From *Correctional Institution*. (pp. 367-368), by Edward M. Brecher and Richard D, 1985.

¹⁶ Ibid. p. 367.

¹⁷ Ibid. p. 367.

¹⁸ Ibid. p. 367.

นักโทษราว 300 – 350 คนต้องรักษาด้วยยาที่หลากหลายเป็นประจำ เช่น ยากล่อมประสาท ในระหว่างการพบแพทย์ ผู้ที่ไม่มีเพิ่มเวชระเบียนประวัติการรักษา จะได้รับการรักษาไปตามอาการโดยความเห็นของแพทย์ และเวลาในการวินิจฉัยโรคเป็นไปตามลักษณะของอาการภายในเวลาเล็กน้อยเท่านั้น และการจ่ายยาก็จ่ายไปตามลักษณะอาการที่พบเห็นเท่านั้น เว้นแต่ยาพิเศษเฉพาะจะจัดให้แก่ผู้ป่วยที่มีลักษณะเฉพาะ¹⁹

ไม่ใช่ทุกนักโทษทุกคนที่จะเข้าสู่กระบวนการพบแพทย์แบบนี้ได้ ถึงแม้จะป่วยจริง แต่บางคนใช้เป็นข้ออ้างเพื่อหลีกเลี่ยงงานที่น่าเบื่อและไม่มีอะไรที่จะทำ บางคนเป็นเพียงอาการที่วิตกกังวลจนเกินไป ระบบ sick call จึงไม่ใช่ระบบที่จะเข้ารับการรักษาได้ทันทีและบ่อยครั้งต้องมีปากเสียงกันเนื่องจากความแออัดและความเครียด²⁰

เนื่องจากความแออัดของพื้นที่ให้บริการรักษาทางการแพทย์ ประกอบกับมีนักโทษเข้ามาใช้บริการเป็นจำนวนมากไม่ว่าจะยืนเป็นแถวยาวหรือยืนจนล้นประตูห้อง ทำให้แพทย์ต้องใช้เวลาตรวจสอบวินิจฉัยโรคน้อยลงเพื่อให้บริการได้ครบถ้วน เช่นนี้ความเครียดและการควบคุมอารมณ์โกรธจึงมีน้อยลง เมื่อเกิดเหตุเจ้าหน้าที่พัศดีจะเข้ามาควบคุมเหตุการณ์ ยิ่งไปกว่านั้นเจ้าหน้าที่เรือนจำจะเข้ามาขัดจังหวะสอบถามระหว่างนักโทษกับแพทย์ว่ามีปัญหาหรือป่วยอะไร ทำให้แพทย์แทบไม่ได้ถามประวัติการรักษาและแนะนำการรักษาหรืออาการ และการพบกันระหว่างหมอกับนักโทษจะอยู่ในสายตาได้ชัดเจนของผู้คุมเรือนจำ ความเร่งด่วนในการทำงานนี้นำมาซึ่งคำว่า “กินยาแอสไพรินนะ” เพราะไม่รู้ว่าเป็นโรคที่แท้จริงเป็นอะไร เป็นคำพูดติดปากของแพทย์เป็นประจำเพื่อเพียงบรรเทารักษาแบบประคับประคองไป

ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว นักโทษคิดว่าตนไม่ได้รับการเยียวยารักษาอย่างเหมาะสมและมองเห็นว่าระบบดังกล่าวเป็นเพียงเครื่องมือที่ใช้กดขี่นักโทษเท่านั้น และบ่อยครั้งทำให้เกิดการทะเลาะวิวาทกันเกิดขึ้นทั้งผู้คุมและนักโทษ²¹

จากผลกระทบของระบบการให้บริการต่างๆ ดังกล่าว ทำให้แพทย์ดูเหมือนผู้โชคร้ายต่อให้มีแพทย์ที่มุ่งมั่นตั้งใจจะทำงานเพื่อรักษาคนไข้เพื่อให้ได้มาตรฐานเทียบเท่าภายนอกเรือนจำ แต่ก็ต้องควบคุมอารมณ์ไว้ไม่อยู่หมดความสนใจเมื่อเห็นนักโทษทั้งหลายแห่เข้ามาเป็นช่วงๆ ตะคอกหรือใช้น้ำเสียงไม่สุภาพ วาจาไม่ให้เกียรติเจ้าหน้าที่ หน้าบึ้งตึง ท่าทางไม่เป็นมิตร หรือแม้กระทั่งข่มขู่²²

¹⁹ Ibid. p. 367.

²⁰ Ibid. pp. 367-368.

²¹ Ibid. pp. 367-368.

²² Ibid. p. 368.

ขั้นตอนสำคัญในการพัฒนาระบบของการดูแลสุขภาพในเรือนจำ สมควรพัฒนาระบบที่มีความสามารถในการรองรับในการดูแลที่มีคุณภาพ โดยการสร้างขั้นตอนการประเมินผลทางการแพทย์ของนักโทษแต่ละคน และไม่เหมาะสมที่จะนำไปใช้ภายใต้สถานการณ์ที่เร่งรีบ ควรให้เจ้าหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพที่มีความรู้และความเข้าใจในสภาพของนักโทษได้ถนัดก่อนที่จะส่งไปพบแพทย์ การประเมินผลทางการแพทย์จึงมีองค์ประกอบขั้นตอนสำคัญ 4 ประการที่จำเป็นต้องจัดทำก่อนส่งตัวนักโทษไปพบแพทย์ คือ²³

- 1) การตรวจคัดกรองเบื้องต้น
- 2) ประวัติเคยรับการรักษา
- 3) การตรวจร่างกาย
- 4) การศึกษาเพิ่มเติมการวินิจฉัยแบบพื้นฐาน

ระบบเดิมที่ไม่มีเพิ่มเวชระเบียนทำให้ระบบนี้ถูกมองว่าเป็นระบบที่แย่มาก รักษาโรคด้วยวิธีแค่แจกยาแอสไพริน ต่อมาเมื่อมีการประเมินผลสุขภาพมาแล้วในเรือนจำ เมื่อภายหลังนักโทษป่วยและไปพบแพทย์ แม้ว่าแพทย์มีเพียงไม่กี่นาที่สำหรับผู้ป่วยแต่ละคน แต่แพทย์มีเพิ่มเวชระเบียนและข้อมูลที่น่ามาประกอบการวินิจฉัยโรคได้ง่าย และใช้เวลานั้นในการสอบถามอาการ ได้ถูกต้องลดข้อบกพร่อง ทำให้ลดปัญหาการแจกยาแอสไพรินโดยไม่มีเหตุผลลงไปได้มาก และในเวลาที่จะสอบถามภาวะทุกข์สุขของนักโทษเพียงเท่านี้ สามารถทำให้นักโทษมองแพทย์ในแง่บวกทัศนคติที่เป็นลบมีน้อยลงนักโทษรู้สึกได้รับการเอาใจใส่ ลดทาทที่เป็นศัตรูลง

การพบแพทย์ในเรือนจำนั้นมีข้อจำกัดด้านสิทธิหลายประการ เพราะต้องมีการคัดกรองนักโทษทุกรายเพื่อให้ได้พบแพทย์ ทางเรือนจำอาจจะให้นักโทษบางรายเท่านั้นได้พบและปฏิเสธคำขอสำหรับนักโทษบางคน และกาปฏิเสธเช่นนี้นักโทษบางคนอาจได้รับความเสียหาย และฟ้องเรือนจำเป็นคดีเพราะเป็นหลักฐานที่แสดงให้เห็นเบื้องต้นของการปฏิเสธการดูแลสุขภาพ

ทางเรือนจำควรจัดหาบุคลากรอื่นที่ไม่ใช่แพทย์เช่น พยาบาล หรือผู้มีความรู้สมบัตินอื่น ๆ เข้ามาตรวจสุขภาพเยี่ยมชมผู้ต้องขังเป็นประจำเพื่อเป็นทางเลือกให้นักโทษ โดยพยาบาลทำความเข้าใจว่านักโทษผู้ใดสมควรที่จะต้องพบแพทย์เพื่อทำให้เห็นว่าอย่างน้อยผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงสิทธิขั้นพื้นฐานด้านสุขภาพ

แพทย์ไม่จำเป็นต้องพบผู้ต้องขังทั้งหมดทุกรายในเรือนจำ แพทย์ผู้ช่วย พยาบาล หรือผู้ทรงคุณวุฒิทางการแพทย์อื่น ๆ แต่ต้องไม่เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ อาจจะเป็นผู้ปฐมพยาบาลหรือดูแลผู้ต้องขังเบื้องต้นก็ได้ ถ้าอาการไม่รุนแรง และรายงานแพทย์เฉพาะผู้ต้องขังที่ต้องการแพทย์จริงๆ เท่านั้น หากมีข้อสงสัยให้ตามแพทย์ เพื่อให้เป็นไปตามหลักการสากล

²³ Ibid. p. 368.

ความเป็นส่วนตัวเป็นสิ่งสำคัญพื้นฐานของผู้ป่วยนักโทษ ดังนั้น ห้องพักนั่งรอต้องเหมาะสมไม่แออัด พร้อมแยกห้องสัมภาษณ์โดยแพทย์ ต่างหากออกจากคัดกรอง การจัดพื้นที่ไม่ใช่เรื่องการงบประมาณการเงินแต่อย่างใด แต่มีความสำคัญเพียงว่า พื้นที่ที่ปฏิบัติทางการแพทย์ต้องมีความสะอาด สม่่าเสมอ ติดตั้งอุปกรณ์อย่างเหมาะสม ความกว้างเพียงพอ และพอเพียงกับการงานของแพทย์เท่านั้นเอง

ผู้ทำการตรวจโรคนักโทษต้องมีแฟ้มเวชระเบียนของนักโทษอยู่ในมือเสมอ ควรมีการตรวจสอบว่าตรงกับบุคคลดังกล่าวและ บันทึกย่อทุกครั้งเมื่อมีการกระทำใดๆ ลงไป ถ้าอะไรที่วินิจฉัยไม่ได้หรือรอการวินิจฉัยส่งตรวจก็ควรบันทึก หรือนัดหมายอะไรก็ควรบันทึก ควรจ่ายยาหลังจากมีการตรวจวินิจฉัยโรค สร้างความประทับใจกับนักโทษเพื่อให้เห็นว่าวัตถุประสงค์ของการมาพบแพทย์คือการให้การดูแลสุขภาพมากกว่าเพียงจ่ายยา

แม้ว่ากระบวนการประเมินผลสุขภาพผู้ป่วยและวิธีการดังที่กล่าวมาอาจจะทำให้มีจำนวนผู้ป่วยในคุกมากขึ้นจนไม่พอที่จะบริการได้ทันใจ และบางครั้งอาจกลายเป็นการทำให้เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เสียเวลาโดยเปล่าประโยชน์ หรือสิ้นเปลืองทรัพยากร ก็อาจจะจำกัดการเข้าไปพบแพทย์ (sick call) ได้ แต่วิธีการนี้ไม่เป็นที่ยอมรับ การรอนสิทธินักโทษไม่ให้พบแพทย์เพียงเพราะทำให้เสียเวลานั้นบางครั้งเป็นการกีดกันนักโทษที่ต้องการรักษาโดยเร่งด่วน แต่นักโทษบางคนก็มีอาการหลงผิดคิดตนป่วย (hypochondriacs) ก็อาจต้องการดูแลรักษาในบางโอกาส ดังนั้นควรเปิดโอกาสมากกว่ากีดกันนักโทษ มีหลายวิธีที่ช่วยลดจำนวนลงได้แก่²⁴

1. อันดับแรกและสำคัญที่สุดคือ ภาพลักษณ์ของหน่วยบริการด้านสุขภาพในเรือนจำมีความสำคัญอย่างมาก และปฏิบัติงานโดยให้ความสนใจแก่นักโทษแม้ว่าเขาอาจจะไม่ได้ป่วยอะไรมาก แต่ก็ช่วยลดภาระของนักโทษได้

2. สักส่วนของผู้ป่วยนักโทษที่ต้องการเพียงแค่กินยารักษาโรคมียากกว่าผู้ที่ต้องการรักษาทางการแพทย์แบบอื่น จำนวนนักโทษที่อยากได้เพียงแค่นี้ทำให้เกินจำนวนที่ต้องบริการต่อวันและ ทำให้ผู้ป่วยอื่นไม่ได้พบแพทย์ ดังนั้นควรจำกัดการเข้าถึงและกั้นกรองคัดแยกผู้ป่วยนักโทษที่ต้องการเพียงยารักษาจะช่วยลดปริมาณผู้มาพบแพทย์ลง

3. ผู้ที่ต้องการกินยาและรับยาเป็นประจำ และต้องการมาเบิกยาเท่านั้นควรแยกแถวออกจากผู้ป่วยอื่น เพื่อลดความแออัดและเกินจำนวน

4. ยาสามัญประจำบ้านสามารถเบิกได้ทันที เช่น ยาแก้ปวด โลชั่นทาผิวหนังแตก ยาลดกรดในกระเพาะ ไม่ควรต้องผ่านกระบวนการไปพบแพทย์

5. การพบแพทย์ตามนัดอาจทำการนัดหมายนอกเวลาทำการก็ได้

²⁴ Ibid. pp. 373-375.

6. นักโทษต้องการพบแพทย์เพราะเป็นกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ อยากได้ความรู้และคำแนะนำ ดังนั้นทางเรือนจำควรจัดหาช่องทางอื่นเพื่อให้ผู้ป่วยนักโทษหาความรู้และเข้าถึงที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมิใช่การไปเข้าคิวรอพบแพทย์

7. นักโทษบางคนมาพบแพทย์เพียงเพราะไม่มีอะไรจะทำ หรือเบื่อกิจวัตรที่ทำอยู่ ทางเรือนจำต้องจัดหากิจกรรมอื่นๆ มาให้นักโทษมาเข้าร่วมเพื่อผ่อนคลายแก้เบื่อ

8. เนื่องจากเวลาของการมาพบแพทย์อาจทับซ้อนกับเวลาที่นักโทษต้องทำงาน นักโทษอาจเบื่อหน่ายงานที่ทำจึงหนีมานั่งรอคิวพบแพทย์เป็นจำนวนมากเพื่อฆ่าเวลาทำงาน ทางเรือนจำต้องพัฒนางานที่น่าทำหรืองานที่เป็นที่นิยมเพื่อลดจำนวนนักโทษหนึ่งงาน แต่ไม่ใช่เพื่อล่อใจนักโทษจนนักโทษที่ป่วยจริงๆ เลี่ยงไม่ไปพบแพทย์แต่อยากไปร่วมกิจกรรมอื่นแทน

9. ให้มีการจำกัดจำนวนนักโทษในการลาป่วยได้หนึ่งวันจากวันทำงาน โดยที่นักโทษไม่ต้องอ้างว่าป่วย โดยนำระบบแบบการทำงานในโรงงานมาใช้

เนื่องจากระบบการพบแพทย์ในเรือนจำมีขั้นตอนยุ่งยาก ทั้งมีนักโทษจำนวนมากทำให้ต้องทำงานอย่างรวดเร็วและไม่เป็นที่พอใจของนักโทษและแพทย์ นำมาซึ่งการทะเลาะวิวาทกันในบางครั้ง เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียดอาจนัดหมายนักโทษที่ป่วยบางคนเพื่อกำหนดเวลา นัดหมายพบแพทย์นอกเวลา จะทำให้ความสัมพันธ์ดีขึ้นระหว่างแพทย์และนักโทษ ทั้งการวินิจฉัยโรคมีประสิทธิภาพสูงขึ้น

การปรับปรุงระบบการพบแพทย์แบบ Sick call จากระบบโบราณม้าสามล้อ (horse-and-buggy) มาปรับปรุงเป็นระบบการประเมินสุขภาพและการบริการที่ทันสมัย และพัฒนาการบริหารงาน อาจประสบความสำเร็จเพียงเพราะระบบการบันทึกข้อมูล จัดเก็บข้อมูลลงแฟ้มระเบียบไม่ดีพอ เพราะในยุคปัจจุบันเน้นการบันทึกข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียนอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในธนาคารหรือบริษัทประกันภัย คณะกรรมการร่วมในการรับรองของโรงพยาบาล (the Joint Commission on Accreditation of Hospitals) จึงมีเหตุผลในการที่ต้องทำเวชระเบียนและวัตถุประสงค์ในการทำอยู่ 6 ประการ²⁵

1. เพื่อเป็นพื้นฐาน สำหรับการวางแผน และการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
2. เพื่อให้วิธีการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้เชี่ยวชาญด้านการสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย
3. เพื่อเป็นหลักฐานของแสดงถึงประวัติการรักษา ความเจ็บป่วยของผู้ป่วย
4. เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการตรวจทาน สังเกต และประเมินสุขภาพผู้ป่วย
5. เพื่อช่วยในการปกป้องผลประโยชน์ทางกฎหมายของผู้ป่วย โรงพยาบาล (ในกรณีนี้คือ ทัณฑสถานและเรือนจำ) และแพทย์

²⁵ Ibid. p. 375.

6. เพื่อให้ข้อมูลสำหรับใช้ในการวิจัยและการศึกษา

ผู้ป่วยควรร่วมมือและเวชระเบียนควรบันทึกมีรายละเอียดข้อมูลอย่างเพียงพอที่จะช่วยให้

1. แพทย์ดูแลอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้ป่วย ช่วยให้กำหนดวันนัดได้ในภายหลัง
2. ช่วยให้ผู้ป่วยให้คำปรึกษาให้คำแนะนำได้ถูกต้อง และ
3. ช่วยให้แพทย์คนอื่นๆ เข้ามาดูแลต่อได้โดยสะดวก

แม้ว่าคณะกรรมการร่วมในการรับรองของโรงพยาบาล (the Joint Commission on Accreditation of Hospitals) จะเห็นว่าเวชระเบียนควรปฏิบัติอย่างไรในโรงพยาบาล แต่ก็ควรนำมาปรับใช้ใช้ในเรือนจำด้วย²⁶

ผู้ที่ทำการตรวจสอบโรคนักโทษหรือเวลาที่นักโทษมาหาควรเปิดแฟ้มเวชระเบียนของนักโทษผู้นั้นก่อน หากนักโทษมาถึงด้วยอาการปวดท้อง, แพทย์, ผู้ช่วยแพทย์หรือพยาบาล อ่านตรวจสอบจากประวัติได้อย่างรวดเร็วสามารถตรวจสอบว่าปัญหาระบบทางเดินอาหารหรือไม่ ถ้าไม่ใช่ก็ควรบันทึกปัญหาลงไป ถ้าใช่ก็บันทึกโดยจัดทำเวชระเบียนอย่างเป็นระบบเพื่อความรวดเร็วและลดเวลาทำงาน แม้แต่เทปอัดเสียงหรือบันทึกลงสื่ออื่น ๆ ก็อาจมีความจำเป็น

นักโทษไม่ควรเข้าถึงแฟ้มระเบียนหรือคัดลอกข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียน ยิ่งไปกว่านั้นการทำแฟ้มเวชระเบียนควรอยู่ในอำนาจหน้าที่ของผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม และรัฐอาจเห็นว่าเป็นประโยชน์ที่จะจ้างผู้ดูแลระบบเวชระเบียนที่มีคุณสมบัติในการกำกับดูแลระบบการบันทึกในทุกสถาบันเรือนจำ หรือรัฐอาจจ้างผู้ดูแลระบบของรัฐชั่วคราวเป็นที่ปรึกษาในการบันทึกแฟ้มเวชระเบียนเพื่อวัตถุประสงค์ของการปรับปรุงที่ทันสมัย และสนับสนุนการโอนข้อมูลเวชระเบียนในการโอนตัวนักโทษไปยังเรือนจำอื่นพร้อมกัน

อย่างไรก็ตามเวชระเบียนไม่ใช่เอกสารที่เปิดเผยได้ทั่วไป แม้แต่ในโรงพยาบาลของเอกชนก็ไม่อาจจะแบ่งปันให้ใช้ร่วมกันได้ ดังนั้นแฟ้มเวชระเบียนในเรือนจำก็เช่นกัน เก็บอย่างมิดชิดต้องไม่นำออกไปข้างนอกเรือนจำ เว้นแต่มีการโอนตัวนักโทษ หรือต้องอ้างเป็นพยานในศาล การทำแฟ้มเวชระเบียนนั้นไม่ใช่เรื่องง่าย ผู้จัดทำอาจมีอาชีพแตกต่างกันตามระดับงาน แพทย์พยาบาลอาจเขียนไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามก็ควรมีการจัดประชุดเพื่อพัฒนาบุคลากรของทุกเรือนจำมาเจอกันเพื่อพัฒนาแนวทางการทำแฟ้มระเบียนให้สอดคล้องและพัฒนาแก้ไขไปด้วยกัน²⁷

²⁶ Ibid. pp. 375-376.

²⁷ Ibid. p. 377.

ระบบการดูแลสุขภาพในเรือนจำในสหรัฐอเมริกาทุกวันนี้ประสบปัญหาแต่ความเครียดจากศาล จากกลุ่มช่วยเหลือทางกฎหมาย แก๊งนักโทษ และบางส่วนของประชาชนและสมาชิกสภานิติบัญญัติ มีทางที่พอจะผ่อนคลายนความตึงเครียดนี้ลงได้คือการจ้างแพทย์เพิ่มมากขึ้น สร้างโรงพยาบาลที่ใช้งบประมาณสูง ซึ่งอุปกรณ์ที่มีราคาสูง เป็นต้น การปฏิรูปการให้บริการดูแลสุขภาพตามแนวทางที่อธิบายไว้ดังกล่าวมาแล้ว จะช่วยปรับปรุงพัฒนาแก้ปัญหาการดูแลสุขภาพได้ดีขึ้น มากกว่าการใช้งบประมาณมากมายลงระบบลำสมัยของการดูแลทางการแพทย์²⁸

บทบัญญัติของการดูแลสุขภาพทางการแพทย์เป็นความรับผิดชอบหลักของเรือนจำรัฐบาลกลางสหรัฐอเมริกาออกบทบัญญัติภายใต้การแก้ไขครั้งที่แปดของรัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกาถึงกระนั้น นักโทษและนักวิชาการจำนวนมากให้ความเห็นว่า การให้บริการทางการแพทย์ในเรือนจำบางส่วนยังคงไม่เพียงพอ เมื่อเทียบกับบทบัญญัติที่เทียบได้กับการบริการทางการแพทย์นอกเรือนจำ²⁹

การดูแลสุขภาพในเรือนจำในช่วงแรกเริ่มยังไม่พัฒนาเท่าที่ควร นักโทษชายที่ป่วยทรมาณจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจะได้รับความสนใจดูแลเอาใจใส่เพียงเล็กน้อย ผู้หญิงนั้นอยู่ในเรือนจำกลาง (Federal Prison Camp (FPC) Alderson) ได้รับการดูแลเป็นบางครั้งถ้ามีแพทย์มาเยี่ยม เพราะไม่มีเจ้าหน้าที่แพทย์ประจำอยู่เรือนจำ

ตั้งแต่ปี 1930 สำนักงานเรือนจำนำต้นแบบโมเดลทางการแพทย์ เพื่อใช้ในราชทัณฑ์ (a medical model of corrections) ซึ่งใช้วิธีฟื้นฟู (rehabilitation) และการรักษา (treatment) ผู้กระทำผิดถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายหลักของการจำคุก ศูนย์การแพทย์สำหรับนักโทษของรัฐบาลกลาง (MCFP) สปริงฟิลด์เปิดในปี 1933 เป็นโรงพยาบาลแบบในเรือนจำครั้งแรกในระบบสหพันธรัฐ เป็นสถานที่ที่มีวัตถุประสงค์ของการดูแลโรค ความเจ็บป่วย และจิตใจของนักโทษ (ชาย) หลังจากนั้นไม่นาน โรงพยาบาลบำบัดผู้ติดยาเสพติดถูกตั้งขึ้นที่เล็กซิงตันและฟอร์ด เวอร์ธ (Lexington และที่ Fort Worth) มีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ และผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และนักจิตวิทยาได้กลายเป็นสิ่งสำคัญในระบบกฎหมายอาญาเพราะสมัยนั้นเชื่อกันว่านักโทษสามารถบำบัดรักษาร่างกายและจิตใจได้³⁰

แต่โมเดลรูปแบบทางการแพทย์ถูกปฏิเสธในที่สุด สำหรับหลากหลายเหตุผล นักวิชาการบางคนมองว่าเป็นการดำเนินงานที่เน้นการรักษา มากกว่าการลงโทษ บางคนก็มองว่า

²⁸ Ibid. p. 378.

²⁹ From *The U.S. Federal Prison System: Health and Medical Service*. (pp. 79), by Mary Bosworth, 2002.

³⁰ Ibid. p. 79.

ปัญหาคือตัวนักโทษเองควรได้รับโทษที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับนักโทษแต่ละคนจะปรับปรุงแก้ไขตนเองได้สำเร็จตามเงื่อนไขหรือไม่ บ้างก็มองว่าโมเดลดังกล่าวดูเหมือนเป็นการบังคับและทารุณ ถ้านักโทษคือรึ้นไม่เชื่อฟังมักจะถูกกำหนัด และให้กินยามากๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทโดยไม่จำเป็น แม้ว่าการรักษาพยาบาลแบบเดิมได้ลดบทบาทลงไม่เป็นเป้าหมายหลักของราชทัณฑ์แต่ก็ยังคงในระบอบการปกครองในชีวิตประจำวัน³¹

ทุกวันนี้เรือนจำรัฐบาลกลางทั้งหมดมีการดูแลทางการแพทย์จากบุคลากรที่มีการรับรองจากหน่วยงานภายนอก นอกจากนี้ยังมีศูนย์การแพทย์ของรัฐบาลกลาง (FMCs) เจ็ดแห่งทั่วประเทศที่ให้การรักษาผู้ป่วยด้านจิตเวชและการดูแลระยะยาวสำหรับผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือป่วยเรื้อรัง ในเกือบทุกเรือนจำหน่วยรักษาถูกเงินทางการแพทย์และทันตกรรมสามารถใช้ได้ตลอดทั้งวันและคลินิกประจำ จะเปิดดำเนินการเป็นประจำด้วย เรือนจำกลาง (The Federal Bureau of Prisons) เพียงแห่งเดียวเคยมีงบประมาณในการดูแลสุขภาพประมาณ \$ 354,707,000 ในปี 1998 ซึ่งสอดคล้องกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันต่อหัว \$ 8.86 ต่อนักโทษหนึ่งคนและใช้เงินประมาณ 10 เปอร์เซ็นต์ ของงบประมาณทั้งหมดของเรือนจำส่วนกลางประเทศต่อปี³²

การไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์นักโทษจะต้องยื่นแบบฟอร์มที่เป็นภาษาพูดเป็นที่รู้จักกันเรียกว่า “Cop out” (มีนัยหมายถึงข้อแก้ตัวที่ไม่อยากทำงานหรือเลี้ยงงาน) โดยยื่นล่วงหน้าหรือตอนเช้าของวันตามรูปแบบของการพบแพทย์หรือ sick call กฎระเบียบว่าด้วยการนัดหมายและการให้การรักษาด้วยยาควรนำมาแจ้งให้นักโทษแต่ละคนทราบเมื่อแรกเข้าเรือนจำหรือวันปฐมนิเทศ Sol Almande (ใช้นามแฝง) อดีตนักโทษบางคนกล่าวถึงปัญหาว่า ชั่วโม่งรับยาต่างๆ ผู้ป่วยรับยาไปกินบางครั้งผู้ให้ยาก็ไม่ได้เขียนวิธีกิน จำนวนที่ต้องกิน บางครั้งก็จ่ายยาล่าช้าเนื่องจากนิสัยของผู้จ่ายยา ถ้าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ หรือโรคที่ต้องกินยาตามเวลาก็อาจเกิดปัญหาได้

แพทย์และโรงพยาบาลในเรือนจำถูกจัดมาตรฐานที่พยายามให้เหมือนภายนอกเรือนจำ แต่ จำนวนงานที่รับผิดชอบอยู่มีมากกว่าและงานนั้นไปตกอยู่กับผู้ซึ่งมิใช่แพทย์โดยตรงแต่เป็นผู้ช่วยหรือพยาบาลมากขึ้น นักโทษบางคนวิจารณ์ว่า เหตุการณ์เช่นนี้อาจทำให้เกิดปัญหาการวินิจฉัยโรคไม่ถูกต้อง รักษาไม่ดีและเพิ่มปัญหาการเข้าห้องพยาบาลมากขึ้นจากปัญหาทางการแพทย์ที่ไม่ได้รับการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

แพทย์และพยาบาลที่อยู่ในคุกจะแตกต่างจากเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ประจำในรูปแบบอื่นๆ เพราะเหมือนการทำงานเต็มเวลาเป็นบุคคลที่ต้องติดต่อกับนักโทษ และได้รับการฝึกอบรมให้ราวกับเป็นเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์จึงต้องทำงานระหว่างความเป็นแพทย์กับรักษาความปลอดภัยใน

³¹ Ibid. p. 80.

³² Ibid. pp. 80-81.

ระหว่างทำงานแต่ละครั้งบุคคลากรเหล่านี้พบเจอทั้งนักโทษป่วยจริงและแกล้งป่วยเพื่อหลีกเลี่ยงงานที่น่าเบื่อ และถึงแม้ว่าจำนวนตัวเลขผู้อุทิศตัวทำงานเกี่ยวกับการบริการดังกล่าวมีมาก แต่ผลการวิจัยกลับพบว่าบุคคลากรทางการแพทย์มีพฤติกรรมที่แสดงออกเหมือนมีเลสแนัยกับนักโทษ Felicia Cohn (1999) การสำรวจพยาบาลในปี 1997 ในเรือนจำพบว่า แม้ว่าพยาบาลเหล่านี้มีความรับผิดชอบระดับมืออาชีพเพื่อให้การดูแลนักโทษโดยไม่คำนึงถึงพื้นหลัง สถานะ และรักษาทัศนคติเชิงลบที่มีต่อนักโทษ แต่ก็ยังทำให้นักโทษ ผลงานวิจัยนั้นอดีตนักโทษ Sol Almande (ใช้นามแฝง) สะท้อนว่า ผู้ปฏิบัติงานทางการแพทย์ควรได้รับขนานนามว่าขาดความเมตตาและความเห็นอกเห็นใจ³³

ปัจจัยที่เอื้อต่อการเปลี่ยนแปลงค่ารักษาพยาบาลที่อยู่ในคุกคือการทดสอบหาและการรักษาโรคเอดส์และเอชไอวี ตามตัวเลขที่มีอยู่จากกระทรวงยุติธรรมสหรัฐในปี 1997 อัตราการติดเชื้อโดยรวมของผู้ได้รับการยืนยันว่าเป็นโรคเอดส์ของนักโทษในเรือนจำทั่วประเทศที่คิดเป็น (0.55 เปอร์เซ็นต์) โดยเฉลี่ย มากกว่าห้าเท่าในอัตราที่ประชากรสหรัฐทั้งหมด (Maruschak, 1999, p. 1) ในเวลานี้ ผู้ต้องขังเอชไอวีมีเพิ่มขึ้น 1.0 เปอร์เซ็นต์ ของผู้ต้องขังเรือนจำของรัฐบาลกลางทั้งหมด ในสัดส่วนที่ไม่ได้เปลี่ยนแปลงมาตั้งแต่ 1991 ของนักโทษผู้ที่มีการระบุว่าเป็น HIV-positive 35.7 เปอร์เซ็นต์ ของนักโทษเป็นโรคเอดส์³⁴

โรคเอดส์แพร่กระจายในหมู่ผู้ต้องขังที่มีลักษณะเดียวกับภายนอกเรือนจำ กล่าวคือ เจ็มนิคยาที่ใช้ร่วมกัน ทั้งที่การใช้ยาเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ไม่มีการป้องกัน การสักลายและกลายเป็นสาเหตุหลัก ส่วนผู้ที่มีโอกาสมากที่สุดที่จะพบ HIV positive คือผู้ที่เคยมีประวัติของการใช้ยาเสพติดมาก่อน อัตราของการติดเชื้อยังแตกต่างกันตามเพศเชื้อชาติและอายุ นักโทษผู้หญิงมีอัตราที่สูงกว่าผู้ชาย คนผิวขาวมีอัตราต่ำสุดในกลุ่มชาติพันธุ์ทั้งหมดและผู้ต้องขังที่มีอายุน้อยกว่า โดยทั่วไปมีโอกาสน้อยที่จะเป็น HIV positive กว่าคนสูงวัย³⁵

การทดสอบหาเอชไอวี และเอดส์มีผลบังคับใช้ในสหรัฐอเมริกาต่อเรือนจำของรัฐบาลกลาง นักโทษทั้งหมดจะถูกทดสอบเมื่อเดินทางมาถึงครั้งแรก และยังสุ่มตรวจนักโทษประจำปี รวมทั้งนักโทษใหม่ถือไว้ก่อนว่าอาจมีความเสี่ยงเป็นโรคดังกล่าวจึงต้องทำการตรวจเลือดตามกฎระเบียบของเรือนจำ ผลการทดสอบจะแสดงถึงผู้ต้องขังที่อาจจะแสดงพฤติกรรมทางเพศสำส่อน

³³ Ibid. p. 81.

³⁴ Ibid. p. 81.

³⁵ Ibid. p. 82.

หรือข่มขืนผู้อื่นหรือไม่ และผลการทดสอบจะเป็นคุณและโทษต่อผู้ที่ได้รับการพิจารณาสำหรับการปล่อยตัว ผู้ได้รับทัณฑ์บน ปล่อยตัวชั่วคราว นักโทษที่ทำตัวดี เป็นต้น³⁶

การมีผลการตรวจเลือดออกมาเป็นบวก ไม่อาจนำมาเป็นเหตุผลในการควบคุมหรือถูกปฏิเสธไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมในศูนย์บำบัดกลับคืนชุมชน (Community Corrections Center หรือ CCC) หรือพักการลงโทษ แต่การเป็นโรคดังกล่าวผู้คุมเรือนจำต้องแจ้งให้ทราบต่อสำนักงานคุมประพฤติของสหรัฐอเมริกาในรัฐนั้นหรือที่นักโทษระหว่างการพักโทษคุมประพฤติอยู่ หัวหน้าหรือผู้ดูแลระบบบริการสุขภาพในเรือนจำก็จะต้องแจ้งให้กรมสุขภาพของรัฐในรัฐที่ส่งนักโทษไปนั้นทราบด้วย เมื่อนักโทษเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนหรือกลับมาเข้าคุก ระบบจะบังคับแนะนำให้ นักโทษรู้จักแนะนำตนเองว่าเป็นโรคเอดส์หรือติดเชื้อ HIV การสัมผัสตัวนักโทษต้องระมัดระวัง หากนักโทษคนใดขาดเงินไม่ยอมแนะนำตัวเองอาจถูกตัดสิทธิ์มิให้ได้รับการพักโทษหรือเข้าร่วมกิจกรรมของศูนย์บำบัดชุมชน หรืองดให้ทัณฑ์บน³⁷

เจ้าหน้าที่เรือนจำและนักโทษทุกคนอยู่ภายใต้พระราชบัญญัติความเป็นส่วนตัวส่วนตัวของปี 1974 (the Privacy Act of 1974) กฎหมายเกี่ยวกับความเป็นส่วนตัวในข้อมูลข่าวสาร และมาตรฐานสิ่งจำเป็นของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค โดยปกติเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์จะเก็บข้อมูลด้านการรักษาผู้ป่วยไว้เป็นความลับ แม้ว่าข้อมูลนั้นอาจจะใช้ร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์อื่นในการรักษาผู้ป่วยที่มีลักษณะอย่างเดียวกัน แต่ข้อมูลผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับ โรคติดเชื้อเรื้อรัง เช่นเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี หรือวัณโรคไม่ควรเผยแพร่ แต่ความรู้ที่แต่ละคนมีโรครดังกล่าว จะถูกจำกัดให้กับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ของเรือนจำ นักจิตวิทยา และพศิตตามี่จำเป็น เพื่อแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการเตรียมและการจัดการหลังการปล่อยตัว เข้าสู่ระบบบำบัดในชุมชน ข้อมูลทางการแพทย์ที่จะถูกแบ่งปันแก่เจ้าหน้าที่คุมประพฤติในพื้นที่ปล่อยตัวนักโทษและเพื่อให้ นักโทษได้รับการดูแล³⁸

ในเรื่องของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขึ้นอยู่กับทำเลเรือนจำที่ตั้งอยู่ ผู้ต้องขังที่ต้องรักษาในโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน อาจจะโอนไปยังที่โรงพยาบาลภายนอกเรือนจำ ในทำนองเดียวกันหญิงตั้งครรภ์ทุกคนจะคลอดบุตรที่โรงพยาบาลภายนอกเรือนจำเช่นกัน สำหรับการรักษาโรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิตอาจจำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน อย่างไรก็ตาม นักโทษบางคนถูกย้ายไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลทหารผ่านศึกอ้างว่า สถานที่เหล่านี้ไม่เอื้อต่อการรักษาการปิดกั้นทางเข้าออกอย่างแน่นหนา เข้มงวด สมาชิกในครอบครัวไม่อาจเข้ามาเยี่ยมได้อย่าง

³⁶ Ibid. p. 82.

³⁷ Ibid. p. 82.

³⁸ Ibid. p. 83.

สะดวกและขาดการเอาใจใส่จากเจ้าหน้าที่ ขาดบุคคลากรทั้งพยายามเลี่ยงการใช้เงินงบประมาณในการจัดซื้อสิ่งอำนวยความสะดวก³⁹

การควบคุมโรคติดต่อ นักโทษที่มีโรคติดต่อที่อาจจะส่งผ่านเชื้อผ่านการติดต่อแบบธรรมดา เช่น วัณโรค โรคหัด หรืออีสุกอีใสควรจะแยกออกจากนักโทษทั่วไปจนกว่าจะหาย อย่างไรก็ตามผู้ต้องขังเอชไอวีไม่ควรที่จะถูกแยก

เมื่อนักโทษหญิงทุกคนมาถึงเรือนจำจะได้รับการตรวจโรคทางสูติศาสตร์และนรีเวช โดยมีสิทธิตรวจหนึ่งครั้งในแต่ละปี หญิงตั้งครรภ์จะได้รับการเสนอทางเลือกให้ทำแท้งหรือดูแลครรภ์และดูแลหลังคลอด ดังที่ระบุไว้ข้างต้น เรือนจำจะจัดให้มีคลอดบุตรในโรงพยาบาลภายนอกเรือนจำ ทารกแรกเกิดอาจจะไม่ถูกนำกลับมายังเรือนจำ นอกจากการพบโดยวิธีเยี่ยมญาติ ส่วนที่อยู่ของเด็กเป็นความรับผิดชอบของผู้เป็นแม่แม้ว่านักโทษผู้นั้นจะได้รับความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ที่เรือนจำรวมถึงการเข้าถึงหน่วยงานจัดหาบ้านให้เด็กในชุมชน เพื่อที่หาบ้านที่เหมาะสม เรือนจำยังมีข้อมูลและคำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิด การให้ยาฮอร์โมนจะถูกจำกัดไว้ที่การรักษาด้วยฮอร์โมนทดแทน⁴⁰

การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย มีสถานพักฟื้นดูแลพิเศษของผู้ป่วยที่มีอาการหนักหรือแก่ชรา สถานพักฟื้นนี้เริ่มต้นในลอนดอนในปี 1967 ในปีที่ผ่านมาเรือนจำกลางได้เปิดตัวสถานที่รับรองและดูแลแบบประคับประคองที่จะช่วยรองรับอัตราการขยายตัวของจำนวนผู้ต้องขังที่มีอายุและใกล้ตายในช่วงระยะเวลาจำกัดอยู่ นักโทษบางคนอาจจะได้รับอนุญาตให้พักการลงโทษ หรือทำทัณฑ์บนเพื่อกลับไปพักฟื้นที่บ้านก็ได้ ผู้ที่ป่วยรักษาไม่หายอาจถูกส่งไปยัง 1 ใน 6 สถานรับเลี้ยงดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยสถานที่จะจัดนักโทษไว้ในห้องเดี่ยว สถานที่เหล่านี้ตั้งอยู่ที่ Fort Devens, Massachusetts; Rochester, Minnesota; Carswell, Fort Worth Texas; Lexington, Kentucky; Fort Worth, Texas; และ Springfield, Missouri การดูแลนักโทษในขั้นนี้เป็นการบรรเทาความเจ็บปวดมากกว่ารักษาโรค มุ่งมั่นที่จะดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ใกล้ตายและครอบครัวของนักโทษ⁴¹

เมื่อไม่นานมานี้มีรายงานว่า the National Institute of Corrections (NIC, 1998b) พบว่าการส่งตัวผู้ต้องขังไปยังสถานที่ดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้าย โดยปกติต้องมีใบรับรองจากแพทย์ว่านักโทษผู้นั้นอยู่ในเงื่อนไขที่ป่วยอยู่ในภาวะสุดท้ายหรือใกล้ตายซึ่งจะมีอายุต่อไปอีกไม่เกิน 6 เดือนหรือน้อยกว่าถ้าผู้ป่วยยังคงรักษาตัวอยู่ในวิธีธรรมดาเมื่อได้รับอนุญาต กฎการเข้าเยี่ยม

³⁹ Ibid. pp. 83-84.

⁴⁰ Ibid. p. 84.

⁴¹ Ibid. p. 84.

ผู้ต้องขังจะไม่เข้มงวดนัก หรือนักโทษนั้นมีสิทธิเข้าถึงนักบวชและนักสังคมสงเคราะห์ นอกจากนี้ยังอาจจะได้รับอนุญาตให้นำทรัพย์สินส่วนบุคคลมาไว้ในห้องและสิทธิที่จะขอสูบบุหรี่⁴²

เพื่อลดค่าใช้จ่ายที่จะเกิดจากการจ้างงานจำนวนมาก ที่จะต้องเข้ามาทำงานในสถานพักฟื้นเรือนจำกลางจึงรับนักโทษที่อยากเป็นอาสาสมัคร ในการช่วยเหลือผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต ทำเลที่ตั้งของสถานพักฟื้นรับรองผู้ป่วยอาจจะอยู่ห่างไกลจากครอบครัวและญาติของผู้ป่วย เช่นนี้อาสาสมัครจะทำหน้าที่เสมือนตัวแทนของสมาชิกในครอบครัว หน้าที่ของอาสาสมัครรวมถึงการมาเยี่ยมอย่างน้อยสัปดาห์ละสองครั้ง ช่วยการเขียนจดหมาย การอ่านให้ฟัง การเล่นเกมและการฟัง⁴³

ในการสำรวจ the National Institute of Corrections (NIC, 1998b) พบว่าการให้บริการดังกล่าวเป็นประโยชน์แก่นักโทษที่ใกล้ตาย แต่อุปสรรคก็คือนักโทษไม่เชื่อในการวินิจฉัยของแพทย์ ในทำนองเดียวกัน พนักงานเจ้าหน้าที่สงสัยหรือมีเลศนัยกับนักโทษ หรือมีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้าย ซึ่งประเด็นความมั่นคงและปลอดภัยในเรือนจำบางครั้งกลายเป็นปัญหาการจัดการในสถานพักฟื้นฯ เสียเอง ทำให้เป็นปัญหากระทบต่อมาตรฐานที่สมควร ถัดลงสิ่งที่ควรได้รับการดูแล แต่ปัญหาดังกล่าวมีข้อดีมากกว่าข้อเสียไม่ว่าจะเป็นด้านประหยัดค่าใช้จ่าย การดูแลกำลังใจที่ได้รับจากผู้ต้องขังและญาติ และรายงานยังพบว่าสถานพักฟื้นฯ ได้เพ่งเล็งวัตถุประสงค์ไปที่การดูแลทางการแพทย์ ผู้ป่วยมีขวัญกำลังใจที่ดีขึ้นแม้จะไม่อาจหลีกเลี่ยงความตายได้⁴⁴

ในทางตรงกันข้ามรายงานของ NIC กล่าวว่า การดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายมักจะถูกการโจมตีจากหลายปัจจัย เช่น ความพร้อมของบทบัญญัติพิเศษ รวมทั้งการจัดการอาหาร การเข้าเยี่ยมที่ไม่เคร่งครัดและการรักษาด้วยยา เป็นเรื่องยากในการจัดการเพราะความกังวลด้านความปลอดภัย บางครั้งนักโทษอาจถูกห้ามไม่ให้พบญาติ ดังนั้นวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างน้อยควรมีกำลังใจได้พบและปรับความเข้าใจกับญาติหรือเพื่อน ดีกว่าเสียชีวิตในคุก⁴⁵

การดูแลด้านสุขภาพจิต ในการศึกษาล่าสุด จิตแพทย์ Terry Kupers (1999) แสดงให้เห็นว่า “คุกได้กลายเป็นโรงพยาบาลจิตเวชและให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่ใหญ่ที่สุดในประเทศสหรัฐอเมริกา” การประเมินพบว่าอัตราการเจ็บป่วยทางจิตในหมู่นักโทษนับเป็นห้าเท่าของประชากรที่ป่วยทางจิตที่ไม่ได้ถูกจำคุก เขาอ้างว่าระหว่าง 10 เปอร์เซ็นต์ และ 20 เปอร์เซ็นต์ของนักโทษทั้งหมด เป็นโรคเกี่ยวกับทางจิตในแต่ละปี ทนทุกข์ทรมานโรคทางจิตที่รุนแรงพอที่

⁴² Ibid. p. 84.

⁴³ Ibid. p. 84.

⁴⁴ Ibid. p. 84.

⁴⁵ Ibid. p. 85.

จะต้องมีการรักษาอย่างเข้มข้น และราว 16 เปอร์เซ็นต์ ของนักโทษทั่วประเทศป่วยทางจิตอย่างหนัก ผู้หญิงมีจำนวนแนวโน้มสูงกว่าผู้ชายถึงสองเท่า⁴⁶

ถึงแม้ว่าบางเรือนจำกลางจะนำตัวผู้ป่วยทางจิตที่เป็นนักโทษไว้ออกจากนักโทษคนอื่น ๆ เพื่อป้องกันอันตราย แต่นักโทษส่วนใหญ่ที่ป่วยทางจิตจะถูกปล่อยตัวไป เว้นแต่นักโทษผู้นั้นเป็นอันตรายต่อตัวเองหรือผู้อื่น หรืออาจมีความเสี่ยงที่จะถูกนักโทษคนอื่นรุมทำร้าย

ข้อบังคับการรักษาของผู้ที่กระทำผิดและป่วยเป็นโรคจิต มีการกำหนดไว้ในบทที่ 10 ของ the Health Services Manual (PS 6000.05) และบทที่ 9 the Psychology Services Manual (PS 3510.12) เกี่ยวกับคู่มือการทำงาน และใน Program Statement 5310.13 ตามข้อกำหนดดังกล่าว เรือนจำส่วนใหญ่จ้างจิตแพทย์อย่างน้อย 1 คนเพื่อทำงานเต็มเวลาหรือจ้างนักจิตวิทยารักษาหรือตรวจหานักโทษที่ป่วย เรือนจำยังมีบริการให้คำปรึกษาเช่น การรักษาโรคจิตเสียดสี หรือการควบคุมความโกรธ เพื่อช่วยแก้ปัญหาที่เฉพาะเจาะจง⁴⁷

ตามที่ NIC (2001) รายงานไว้ ปัญหาที่พบเจ้าหน้าที่เรือนจำส่วนใหญ่ไม่ได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยทางจิต ระบบส่วนใหญ่ในเรือนจำใช้จิตเวชศึกษาในการจัดการดูแล ผู้ป่วย นักโทษจึงมีแนวโน้มที่จะได้รับยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมากกว่าได้รับคำแนะนำเป็นการรักษา สำนักงานเรือนจำกลาง the Federal Bureau of Prisons ได้วางกฎการรักษาด้วยยาว่า "จะใช้ยา รักษาเฉพาะสำหรับความผิดปกติทางจิตหรือพฤติกรรมที่สามารถตรวจวินิจฉัยอาการที่ต้องการรักษาด้วยยาเท่านั้น" (PS 6010.01) นอกจากนี้สำหรับนักโทษที่จะได้รับยาต้องเป็นไปโดยสมัครใจ และจะต้องให้ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวเป็นลายลักษณ์อักษร (informed consent) แก่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณสมบัติด้านนั้น หรือมิฉะนั้นก่อนที่การรักษาด้วยยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่สั่งยาแก่นักโทษที่ไม่เต็มใจหรือไม่สามารถที่จะให้ความยินยอมของตนได้ ต้องมีการเปิดการพิจารณา (administrative hearing) ตรวจสอบความจำเป็นร่วมกับจิตแพทย์อื่นที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวินิจฉัยโรคหรือรักษานักโทษคนนั้น ทั้งนี้ นักโทษยังมีสิทธิที่จะมีพยานเข้าร่วมรับฟังการพิจารณาและอาจยื่นอุทธรณ์ภายใน 24 ชั่วโมง⁴⁸

โดยรวม Terry Kupers (1999) ให้เหตุผลว่าอัตราที่สูงของปัญหาสุขภาพจิตในเรือนจำของประเทศจะเกี่ยวข้องโดยตรงกับนโยบายของการลดการพึ่งพิงบริการของรัฐ (deinstitutionalization) ที่ได้นำไปสู่การปิดโรงพยาบาลจิตเวชหลายแห่ง เขายังได้ระบุต่อไปอีกว่าความลำบากที่เพิ่มขึ้นคือ

⁴⁶ Ibid. p. 85.

⁴⁷ Ibid. p. 85.

⁴⁸ Ibid. p. 85.

การหันเหโทษที่ป่วยทางจิตเข้าไปในโครงการรักษาที่ไม่ใช่เรือนจำ ยิ่งไปกว่านั้นเรือนจำนั่นเอง ก่อให้เกิดปัญหาทางจิตเป็นผลมาจากความรุนแรง เป็นเหยื่อ และความแออัดนั่นเอง⁴⁹

จากที่ศึกษามา นักโทษติดเชื้อมีโอกาสตกเป็นเหยื่อทางเพศ สูงขึ้นอย่างไม่ได้สัดส่วนอีกทั้งยังประสบปัญหาด้านการจัดการบริการทางการแพทย์ (Hammett et al., 1999, p. xiii). นอกจากนี้นักโทษไม่ไว้วางใจตัวเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ในเรือนจำเนื่องมาจากการปฏิบัติที่ขาดความชอบธรรม เช่นปัญหาที่ Sol Almande (นามแฝง) อ้างว่า “นักโทษในเรือนจำกลางอยู่ภายใต้มาตรฐานที่มีความเสี่ยงอันตรายของการดูแล” นักโทษบางคนกล่าวกับเพื่อนนักโทษว่า “ออกกำลังกาย กินสิ่งที่มีประโยชน์ พักผ่อน เป็นชาติที่ดีที่สุดแล้ว รวบรวมแฟ้มเวชระเบียนของคุณแล้วส่งไปที่บ้านเพื่อทบทวนโดยปราศจากอคติ ผู้ให้บริการการดูแลสุขภาพ บันทึกเอกสารไว้เมื่อพบเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และจดบันทึกไปเรื่อยๆ”⁵⁰

เห็นได้ชัดว่าในเรื่องนี้กฎหมายได้บัญญัติเรื่องต่างๆ ไว้มากมายเกี่ยวกับการบริการด้านสุขภาพ เรือนจำบางแห่งก็ดีกว่าบางแห่ง แต่ที่สำคัญปัญหาสุขภาพของนักโทษไม่ใช่เรื่องที่จะอยู่แต่ในกำแพงของเรือนจำสำหรับนักโทษที่สำคัญมากที่สุด คือ ในที่สุดกลับคืนสู่ชุมชน มีสุขภาพกายและจิตใจที่ดี เพราะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับความเป็นอยู่ของสังคมขนาดใหญ่⁵¹

โดยหลักผู้ต้องขังมีสิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลอย่างเหมาะสมและเพียงพอโดยได้รับการปกป้องสิทธิจากบทบัญญัติรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกาทั้งสิทธิในการดำเนินกระบวนการอันชอบด้วยกฎหมายภายใต้ข้อ 5 และ 14 ซึ่งแสดงออกในรูปของสิทธิของผู้ต้องขังที่มีอิสระจากการใช้ดุลพินิจในทางที่ผิดของผู้บริหารเรือนจำ การปกป้องผู้ต้องขังจากการกระทำที่ไม่เป็นไปตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ หรือปกป้องชีวิตและสุขภาพของผู้ต้องขังจากการบริหารจัดการเรือนจำ และสิทธิที่จะได้รับการยกเว้นจากการทำให้ได้รับความเจ็บปวดจากการลงโทษที่โหดร้ายและผิดธรรมดาทั้งนี้ภายใต้บทบัญญัติรัฐธรรมนูญข้อ 8 ซึ่งบทบัญญัติข้อนี้จะใช้ในกรณีที่มีการปฏิเสธความต้องการที่จะได้รับการรักษาพยาบาลหรือเมื่อเจ้าพนักงานเรือนจำกระทำการที่แสดงให้เห็นว่าไม่เอาใจใส่ต่อการรักษาพยาบาลผู้ต้องขังที่เจ็บป่วย⁵² ดังนั้นผู้ต้องขังสามารถเรียกร้องเกี่ยวกับเรื่องความไม่เหมาะสมของการรักษาพยาบาลที่ได้รับ หรือ การไม่เอาใจใส่ในการ

⁴⁹ Ibid. p. 85.

⁵⁰ Ibid. p. 86.

⁵¹ Ibid. p. 86.

⁵² From *Constitutional Rights of Prisoners*. (pp 181-182), by John W. Palmer, 1985, อ้างถึงใน ฌูเลีย จรรยาชัยเลิศ. (2548). *หลักประกันสิทธิผู้ต้องขัง : สิทธิในการดำรงชีวิต* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารคดี). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ดูแลผู้ต้องขังป่วยอย่างเพียงพอ และกรณีที่มีการปฏิเสธการให้บริการด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาลในทุกกรณี การรักษาพยาบาลตามความเหมาะสมนั้นต้องพิจารณาเป็นกรณีๆ ไป โดยศาลในคดี Priest V. Cupp วางหลักว่าข้อห้ามตามรัฐธรรมนูญที่ห้ามมิให้มีการลงโทษที่ทารุณและผิดธรรมดา นั้นไม่ได้เป็นหลักประกันว่าผู้ต้องขังจะต้องได้รับอิสระหรือได้รับการรักษาทุกกรณีที่เกิดขึ้นในขณะที่ถูกจำคุกไม่ว่าจะเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจริงหรือสร้างเรื่องขึ้น ดังนั้นแม้ว่าเจ้าพนักงานเรือนจำไม่สามารถปฏิเสธการให้การักษาพยาบาลผู้ต้องขังป่วย แต่ผู้ต้องขังไม่สามารถคาดหวังว่าจะได้รับการบริการด้านการรักษาพยาบาลที่ดีที่สุด⁵³

ในเรื่องของแพทย์และการรักษาพยาบาลผู้ต้องขังในเรือนจำสหรัฐอเมริกา สมาคมการราชทัณฑ์แห่งสหรัฐอเมริกา (American Correctional Association) กำหนดมาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ต้องขังไว้ใน Standard ข้อ 23-5.1 และ 23-5.2 ดังนี้⁵⁴

ข้อ 23-5.1 การรักษาพยาบาลถูกจัดให้แก่

(ก) ผู้ต้องขังควรได้รับการรักษาพยาบาลทั้งประจำและกรณีฉุกเฉิน ทั้งการตรวจวินิจฉัยและการรักษาโรคทั้งโรคทางกายภาพ จิตใจ และโรคเกี่ยวกับพันธุกรรม และหากไม่สามารถทำการรักษาผู้ต้องขังในสถานพยาบาลภายในเรือนจำได้ให้ทำการส่งไปรักษายังโรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นที่เหมาะสม

(ข) การจัดให้บริการทางการแพทย์ในเรือนจำ ควรให้มีคุณภาพที่เสมอกันกับสถานพยาบาลในชุมชนโดยทั่วไป

(ค) สถาบันใดที่จะทำการบริหารโรงพยาบาลควรมีการกำหนดมาตรฐานด้านให้บริการสำหรับโรงพยาบาลโดยทั่วไปในชุมชนที่ได้รับอนุญาตด้วย

ข้อ 23-5.2 ในเรือนจำแต่ละแห่งจะต้องมีบุคลากรที่ได้รับการฝึกฝนอย่างเพียงพอเพื่อที่จะ

(ก) ให้การรักษาพยาบาลในกรณีฉุกเฉินตามความจำเป็น โดยสอดคล้องกับมาตรฐานและการปฏิบัติการทางการแพทย์อันเป็นที่ยอมรับ

(ข) เพื่อประจำการหรือพร้อมที่จะปฏิบัติงานในแต่ละวัน เพื่อประเมินความต้องการจากผู้ต้องขังสำหรับการรักษาพยาบาลและบุคคลดังกล่าวจะต้องให้การดูแลรักษาในเวลาที่เป็นและในลักษณะที่เหมาะสม

⁵³ From *Criminal Justice*. (p. 597), by Jame A. Inciardi, 1993, อ้างถึงใน ธรรมนูญ จรรยาชัยเลิศ. (2548). *หลักประกันสิทธิผู้ต้องขัง : สิทธิในการดำรงชีวิต* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

⁵⁴ John W. Palmer, supra note 204, pp. 932-933.

เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์หรือเจ้าหน้าที่อื่นจะต้องไม่กีดขวางหน่วยงานนี้ในการใช้สิทธิที่จะได้รับการรักษาพยาบาลของผู้ต้องขังโดยไม่สมควร

และคณะกรรมการที่ปรึกษาว่าด้วยการกำหนดมาตรฐานและเป้าหมายอาญายุติธรรมแห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Advisory Commission on Criminal Justice Standards and Goals) ให้ข้อเสนอแนะว่า เรือนจำแต่ละแห่งควรจัดให้ผู้ต้องขังได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลอย่างสมบูรณ์โดยรีบด่วนที่สุด ซึ่งควรรวมบริการด้านรักษาโรคหรือความเจ็บป่วยต่างๆ และเสนอแนะว่าการจัดระบบแพทย์ให้ได้มาตรฐานแก่ผู้ต้องขังในเรือนจำควรดำเนินการดังนี้

- 1) แพทย์เรือนจำต้องดำเนินการตรวจร่างกายของผู้ต้องขังในวันแรกที่รับตัวเข้าเรือนจำ
- 2) การจัดบริการทางการแพทย์แก่ผู้ต้องขังต้องกระทำโดยบุคคลที่ผ่านการฝึกอบรมมาอย่างเหมาะสม ภายใต้การควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งมีใบอนุญาต
- 3) ต้องมีการจัดให้มีการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ต้องขังตลอด 24 ชั่วโมง
- 4) ดำเนินการให้เป็นโรงพยาบาลที่ได้รับความเชื่อถือ
- 5) ใบสั่งยาหรือการแจกจ่ายยาควรอยู่ภายใต้การควบคุมอย่างเข้มข้น
- 6) รายงานการตรวจสอบทางการแพทย์หรือการรักษาพยาบาลจะต้องมีข้อมูลโดยละเอียดและผ่านการตรวจตรารับรองจากเจ้าหน้าที่แพทย์ผู้รับผิดชอบโดยตรงด้วย
- 7) นโยบายในการให้บริการทางการแพทย์ของรัฐบาลทุกนโยบายควรจัดให้บริการแก่ผู้ต้องขังในระดับเดียวกับประชาชนโดยทั่วไป

นอกจากนี้ในทางปฏิบัติ เรือนจำในสหรัฐอเมริกาจัดให้มีบริการทางการแพทย์พิเศษสำหรับผู้ต้องขังสูงอายุที่มักมีโรคประจำตัวต่างๆ เช่น โรคหัวใจ โรคไต โรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ ซึ่งต้องใช้ระยะเวลาการรักษานาน ค่าใช้จ่ายสูง และต้องการสถานพยาบาลและอุปกรณ์พิเศษต่างๆ เพิ่มขึ้น⁵⁵ และจัดบริการรักษาพยาบาลพิเศษแก่ผู้ต้องขังพิการ ผู้ต้องขังหญิงมีครรภ์และมีปัญหาโรคสตรี และผู้ต้องขังป่วยที่มีปัญหาทางจิต เช่น ผู้ต้องขังที่คิดทำร้ายตนเอง หรือฆ่าตัวตาย หรือปัญญาอ่อน ซึ่งการจัดบริการพิเศษนี้ทำให้ต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการให้บริการมากขึ้นเนื่องจากต้องใช้พนักงาน สถานที่คุมขังพิเศษ เครื่องมืออุปกรณ์และยารักษาโรคต่างๆ เพิ่มมากขึ้น

จำนวนเจ้าพนักงานด้านการแพทย์ในเรือนจำมีการกำหนดไว้ โดยเรือนจำใดที่มีผู้ต้องขังน้อยกว่า 100 คน ให้มีสถานพยาบาล (Clinics) โดยมีผู้ร่วมงาน คือ นางพยาบาล หรือผู้ช่วยแพทย์ ทำหน้าที่ตรวจสอบสภาพร่างกายและทำการรักษาพยาบาลอย่างง่าย ๆ ส่วนเรือนจำหรือทัณฑสถาน

⁵⁵ From *Corrections in the 21st Century*. (p. 360), by Norman A. Carlson, Karen M. Hess and Christine M.H. Orthmann, 1998, อ้างถึงใน ญัฐยา จรรยาชัยเลิศ. (2548). *หลักประกันสิทธิผู้ต้องขัง : สิทธิในการดำรงชีวิต* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ที่มีประชากรผู้ต้องขังจำนวน 500 คน หรือมากกว่ามีการตั้งโรงพยาบาล (Infirmaries) ซึ่งมีเตียงรักษาพยาบาลและมีพยาบาลดูแลตลอดเวลา

อย่างไรก็ดีหากไม่สามารถทำการรักษาผู้ต้องขังป่วยภายในเรือนจำได้ให้ส่งผู้ต้องขังออกไปรักษาในโรงพยาบาลภายนอกเรือนจำจะทำให้เกิดปัญหาด้านการรักษาความปลอดภัยและค่าใช้จ่ายที่สูง⁵⁶

ในปัจจุบันมีการพัฒนาระบบการให้การรักษาพยาบาลในเรือนจำเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษาและเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ต้องขังด้วย ซึ่งระบบที่น่าสนใจคือการรักษาทางไกล (Telemedicine) เป็นการรักษาโดยใช้เทคโนโลยีด้วยการเชื่อมกล้องวิดีโอ ระหว่างผู้ต้องขังในเรือนจำและแพทย์ที่จะทำการรักษาภายนอกเรือนจำ และการเชื่อมต่อของอุปกรณ์ต่างๆ เช่น หูฟังของแพทย์ (Stethoscopes) และเครื่องเอ็กซเรย์ (X-ray machines) โดยแพทย์สามารถทำการตรวจวินิจฉัยโรคและให้การรักษาด้วยการส่งยาผ่านระบบทางไกลได้

เรือนจำในรัฐต่างๆ ของสหรัฐใช้หรือมีแผนการที่จะใช้การรักษาทางไกลเพราะเรือนจำส่วนใหญ่ตั้งอยู่ในชนบทและยากที่จะหาผู้เชี่ยวชาญมาตรวจรักษาผู้ต้องขังป่วยได้ ดังนั้นการรักษาด้วยระบบทางไกลนี้ไม่เพียงแต่ทำให้ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยแต่ทำให้เพิ่มบริการใหม่ๆ และปรับปรุงการรักษาพยาบาลให้ดีขึ้นด้วย

การให้การรักษาพยาบาลแบบนี้ นับได้ว่าเป็นความก้าวหน้าของระบบการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ต้องขังป่วยที่จะทำให้ผู้ต้องขังได้รับการรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้วยความรวดเร็ว ประหยัด และไม่มีปัญหาด้านการรักษาความปลอดภัย ทำให้สิทธิผู้ต้องขังในการรักษาพยาบาลได้รับความคุ้มครองมากยิ่งขึ้น

ในด้านการป้องกันโรคติดต่อ การราชทัณฑ์สหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญกับการแพร่กระจายของโรคติดต่อต่างๆ ในเรือนจำเนื่องจากพบว่าในปัจจุบันมีโรคติดต่อเพิ่มขึ้นจำนวนมาก จึงส่งผลกระทบต่อเรือนจำหรือทัณฑสถานที่มีผู้ต้องขังติดเชื้อเข้ามาอยู่ในเรือนจำ ทำให้ผู้บริหารเรือนจำมีความกังวลเกี่ยวกับแนวโน้มในการแพร่กระจายของโรคติดต่อต่างๆ ในเรือนจำหรือทัณฑสถาน เพราะผู้ต้องขังดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างใกล้ชิดและแออัด

โรคติดต่อที่สำคัญในปัจจุบัน คือ โรคเอดส์ และ วัณโรค จึงต้องมีมาตรการในการป้องกันและรักษาผู้ต้องขังป่วยเหล่านี้ โดยเรือนจำต่างๆ มีนโยบายในการตรวจสอบผู้ต้องขังว่าเป็นโรคเอดส์ด้วยหรือไม่ โดยจะตรวจเฉพาะผู้ต้องขังที่ปรากฏอาการของโรคอย่างชัดเจน ซึ่งแต่เดิมจะมีการแยกผู้ต้องขังป่วยด้วยโรคเอดส์ออกจากผู้ต้องขังอื่นๆ แต่ในปัจจุบันไม่มีการแยกผู้ต้องขังเอดส์

⁵⁶ Ira J.Silverman, supra note 76, p. 413.

ออกจากผู้ต้องขังทั่วไปและสามารถทำงานร่วมกันได้โดยไม่มีทางเลือกปฏิบัติ แต่จะให้การรักษาแก่ผู้ต้องขังเหล่านี้

ส่วนวัณโรคซึ่งเป็นโรคที่แพร่กระจายง่ายในอากาศ เรือนจำหรือทัณฑสถานต่างๆ จึงต้องมีการตรวจผู้ต้องขังว่าเป็นวัณโรคหรือไม่ และมีการแยกผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นวัณโรคไว้ในสถานที่พิเศษสำหรับรักษาผู้ต้องขังนั้นต่างหากจากผู้ต้องขังโดยทั่วไป

สิ่งเหล่านี้แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับการให้บริการรักษาพยาบาลและการป้องกันโรคติดต่อในระหว่างผู้ต้องขังโดยเคารพสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ต้องขังและลักษณะของโรคติดต่อนั้นด้วย

ดังนั้นบทบาทสำคัญของอนุศาสนาจารย์ในการบำบัดรักษาผู้ต้องขัง บางรัฐยอมรับว่าเป็นที่ปรึกษาผู้ต้องขัง นอกจากนี้อนุศาสนาจารย์มีบทบาทสำคัญในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ต้องขังกับครอบครัวทั้งในเรื่องการเยี่ยม การสร้างความผูกพันภายในครอบครัว อนุศาสนาจารย์อาจได้รับโทรศัพท์รายงานเกี่ยวกับปัญหาครอบครัวและมีภาระหน้าที่ในการแจ้งปัญหาทั้งเรื่องฉุกเฉิน การเจ็บป่วยและการตายให้ผู้ต้องขังหรือครอบครัวทราบ รวมทั้งอนุศาสนาจารย์มีภาระหน้าที่ในการเข้าเยี่ยมผู้ต้องขังในสถานที่เตรียมไว้โดยเฉพาะ โดยมีระบบการป้องกันและแยกอย่างเป็นสัดส่วน และในโรงพยาบาลเรือนจำ ซึ่งในปัจจุบันอนุศาสนาจารย์ยังให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วย