

บทที่ 2

ความเป็นมาของโรคเอดส์ ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเรือนจำ และแนวคิดในการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอดส์

ผู้ต้องขังเป็นประชาชนกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเท่ากับประชาชนทั่วไป และโดยเฉพาะบางโรคอาจมีความเสี่ยงสูงกว่า ซึ่งได้แก่โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ไม่ว่าจะเป็นโรคผิวหนัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น โรคเอดส์ และโรคติดต่อทางทางเดินหายใจ เช่น วัณโรค ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม พฤติกรรมรวมทั้งด้านจิตใจ ทุกวันนี้มีผู้ต้องขังประมาณ 300,000 คน ในเรือนจำ/ทัณฑสถาน 143 แห่งทั่วประเทศไทย แต่ละเดือนมีผู้ต้องขังประมาณ 10,000 คน ที่พ้นโทษและได้รับการปล่อยตัว และอีกมากกว่า 10,000 คน ที่ต้องโทษจำคุก ดังนั้น ผู้ต้องขังที่ได้รับเชื้อก่อนจำคุกสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้ต้องขังรายอื่นได้ไม่ยาก และผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไม่ว่าจะติดจากนอกหรือในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ก็สามารถกลับไปแพร่กระจายเชื้อให้กับชุมชนได้เมื่อพ้นโทษแล้ว ดังนั้น การเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

2.1 ความหมายและลักษณะการแพร่กระจายของโรคเอดส์

คำว่า เอดส์ มาจากภาษาอังกฤษว่า AIDS ซึ่งย่อมาจากคำเต็มว่า Acquired Immune Deficiency Syndrome ซึ่งแต่ละคำมีความหมายดังนี้¹

- A = Acquired หมายถึง เกิดขึ้นภายหลัง ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือสืบทอดทางกรรมพันธุ์
- I = Immune หมายถึง ระบบภูมิคุ้มกันหรือระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
- D = Deficiency หมายถึง ความบกพร่อง การขาดไปหรือเสื่อม
- S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการ คือมีอาการหลายๆ อย่างไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง

¹ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์, (กรุงเทพมหานคร : ม.ป.พ.),

รวมแปลว่า “กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม” ซึ่งเป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี เมื่อเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อม หรือบกพร่องลง เป็นผลทำให้เป็นโรคติดเชื้อโรค หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ โดยอาการของโรคมักจะรุนแรง เรื้อรัง และเสียชีวิตในที่สุด²

เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) เป็นไวรัสชนิดหนึ่ง ซึ่งสาเหตุของภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2552 โดยยูเอ็นเอ็ดส์ (UNAIDS) ได้สำรวจพบว่า มีประชากรมากกว่าครึ่งล้านในประเทศไทยที่มีเชื้อเอชไอวี และประมาณ 28,000 คน ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ เพราะเชื้อเอชไอวี คือ ไวรัสที่เข้าไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดที่จำเป็นของร่างกายในการทำหน้าที่เป็นปราการต่อสู้กับโรคต่างๆ (หรือที่เรียกว่า ซีดีสี่ CD4) ทำให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมและทำให้เกิดภาวะโรคแทรกซ้อน

เชื้อไวรัสเอดส์นั้นมีหลายสายพันธุ์ โดยสายพันธุ์หลักดั้งเดิมคือ เอชไอวี-1 (HIV-1) ซึ่งแพร่ระบาดในแถบสหรัฐอเมริกา ยุโรป และแอฟริกากลาง, เอชไอวี-2 (HIV-2) แพร่ระบาดในแถบแอฟริกาตะวันตก นอกจากนี้ ยังพบสายพันธุ์อื่นๆ ที่กลายพันธุ์มาอีกมากมาย โดยเชื้อเอชไอวีเป็นเชื้อไวรัสในกลุ่ม Lentivirus ซึ่งเป็นกลุ่มย่อยของกลุ่มไวรัส Retrovirus ไวรัสนี้ขึ้นชื่อในด้านการมีระยะแฝงนาน การทำให้มีเชื้อไวรัสในกระแสเลือดนาน การติดเชื้อในระบบประสาท และการทำให้ภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้ออ่อนแอลง เชื้อเอชไอวีมีความจำเพาะต่อเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 T lymphocyte และ Monocyte สูงมาก โดยจะจับกับเซลล์ CD4 และฝังตัวเข้าไปภายใน เชื้อเอชไอวีจะเพิ่มจำนวนโดยสร้างสายดีเอ็นเอด้วยเอนไซม์ Reverse Transcriptase หลังจากนั้น สายดีเอ็นเอของไวรัสจะแทรกเข้าไปในสายดีเอ็นเอของผู้ติดเชื้ออย่างถาวร และสามารถเพิ่มจำนวนต่อไปได้

ลักษณะการแพร่ของโรคเอดส์ จากผลการวิจัยพบว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีพบในเลือดและสารคัดหลั่งหลายชนิดของร่างกาย ได้แก่ น้ำอสุจิ เมื่อกั้นช่องคลอดสตรี น้ำนม และอาจพบได้ปริมาณน้อย ในน้ำตาและปัสสาวะ เมื่อพิจารณาจากแหล่งของเชื้อแล้วจะพบว่าเชื้อไวรัสเอชไอวีติดต่อได้ และสามารถติดต่อได้ 3 ทางด้วยกัน³ ได้แก่

1. การร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทั้งชายกับชาย หญิงกับหญิง หรือชายกับหญิง จะเป็นช่องทางธรรมชาติหรือไม่ธรรมชาตก็ตาม ล้วนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติด

² ใจเด็ด พรไชยา และคณะ, คู่มือการคุ้มครองสิทธิเกี่ยวกับเอดส์, (กรุงเทพมหานคร : สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน สำนักงานอัยการสูงสุด, 2548) น. 7.

³ กาญจนนา ศรีธนาภรณ์, “2 คำ 2 ความหมาย,” ชนารักษ์, ฉบับที่ 3, ปีที่ 15, น. 76 (2535).

โรคเอดส์ทั้งนั้น ซึ่งมีข้อมูลจากกองระบาดวิทยาระบุว่า ร้อยละ 83 ของผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้รับเชื้อมาจากกรณีเพศสัมพันธ์

2. การรับเชื้อทางเลือด จากการวิจัยพบว่าโอกาสติดเชื้อเอดส์ทางเลือด พบได้ 2 กรณี ได้แก่

2.1 ใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ มักพบในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

2.2 รับเลือดมาจากการผ่าตัด หรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด แต่ปัจจุบันเลือดที่ได้รับการบริจาคมาจะถูกนำไปตรวจหาเชื้อเอดส์ก่อน จึงมีความปลอดภัย

3. ติดต่อผ่านทางแม่สู่ลูก เกิดจากแม่ที่มีเชื้อเอดส์ และถ่ายทอดให้ทารกในขณะตั้งครรภ์ ขณะคลอด และภายหลังคลอด ปัจจุบันมีวิธีป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก โดยการทานยาต้านไวรัสในช่วงตั้งครรภ์ จะสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์เหลือเพียงร้อยละ 8 แต่อย่างไรก็ตามยังคงมีความเสี่ยงอยู่⁴

นอกจากนี้ โรคเอดส์ยังสามารถติดต่อผ่านทางอื่นได้ แต่โอกาสนี้น้อยมาก เช่น การใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์โดยไม่ทำความสะอาด, การเจาะหู โดยการใช้เข็มเจาะร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์, การสักผิวหนัง หรือสักคิ้ว เป็นต้น ซึ่งวิธีดังกล่าวเป็นการติดต่อโดยการสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองโดยตรง แต่โอกาสติดโรคเอดส์ด้วยวิธีนี้ต้องมีแผลเปิด และปริมาณเลือดหรือน้ำเหลืองที่เข้าไปในร่างกายต้องมีจำนวนมาก

ปัจจุบันโรคเอดส์นั้นถือว่าเป็นโรคที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์มีหลายประการ ได้แก่

1. ปริมาณเชื้อเอดส์ที่ได้รับ หากได้รับเชื้อเอดส์มาก โอกาสติดโรคเอดส์ก็จะสูงขึ้นไปด้วย โดยเชื้อเอดส์จะพบมากที่สุดในเลือด รองลงมา คือ น้ำอสุจิ และน้ำในช่องคลอด

2. หากมีบาดแผลจะทำให้เชื้อเอดส์เข้าสู่บาดแผล และทำให้ติดโรคเอดส์ได้ง่ายขึ้น

3. จำนวนครั้งของการสัมผัส หากสัมผัสเชื้อโรคบ่อย ก็มีโอกาสดูติดเชื้อมากขึ้นไปด้วย

4. การติดเชื้ออื่นๆ เช่น แผลริมอ่อน แผลริม ทำให้มีเม็ดเลือดขาวอยู่ที่แผลจำนวนมาก จึงรับเชื้อเอดส์ได้ง่าย และเป็นหนทางให้เชื้อเอดส์เข้าสู่แผลได้เร็วขึ้น

⁴ ธนวัฒน์ รัชดากร, “มาตรการทางกฎหมายในการควบคุมผู้แพร่เชื้อเอดส์”, (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539), น. 13.

5. สุขภาพของผู้รับเชื้อ หากสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงในขณะนั้น ก็ย่อมมีโอกาสที่จะได้รับเชื้อง่ายขึ้น

2.2 การป้องกัน การควบคุมการแพร่กระจาย และการรักษาโรคเอดส์

โรคเอดส์แพร่เชื้อด้วยการมีเพศสัมพันธ์เป็นส่วนใหญ่ ยูเอ็นเอ็ดส์ (UNAIDS) จึงมีข้อเสนอแนะเพื่อความปลอดภัยในการป้องกัน คือ ข้อเสนอปฏิบัติ ABCD ดังนี้

A (Abstain) การมีเพศสัมพันธ์ที่มีการควบคุมและไม่สำส่อน

B (Be faithful) การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ร่วมสัมพันธ์ที่เชื่อใจได้

C (Condom Use) การใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และความไม่พร้อมในการตั้งครภได้ การใช้ถุงยางอนามัยจึงเป็นวิธีการป้องกันที่ง่าย และได้ผลประโยชน์ของการใช้ สำหรับวิธีการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคเอดส์ มีดังนี้

1. พยายามอย่าให้เล็บจิกโดนถุงยางอนามัย
2. จับและดึงตรงปลายสุดของถุงยางอนามัย
3. ใส่ถุงยางอนามัยในขณะที่อวัยวะเพศกำลังแข็งตัว จากนั้นดึงให้สุด
4. หลังจากเสร็จกิจจากการมีเพศสัมพันธ์แล้ว กรุณาถอดถุงยางอนามัยอย่างระมัดระวัง
5. ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้ว กรุณามัดแล้วห่อด้วยกระดาษชำระก่อนทิ้งทุกครั้ง

D (Do Pre-test) การได้รับการตรวจเอดส์

กรณีที่มีความวิตกกังวลหลังจากที่ได้มีเพศสัมพันธ์ที่น่าสงสัยว่าอาจจะติดเชื้อเอดส์ จะต้องเข้ารับการตรวจเอดส์หลังจากที่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยงนี้แล้วประมาณ 12 สัปดาห์ หรือประมาณ 3 เดือน จึงจะได้ผลตรวจที่แน่นอนและชัดเจน ซึ่งสามารถเข้ารับการตรวจคัดกรองหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยไม่เปิดเผยรายชื่อได้ที่โรงพยาบาล หรือสถานอนามัย⁵

เมื่อพิจารณาถึงสภาพ และลักษณะที่แตกต่างกันของประชาชน พบว่ากลุ่มผู้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ ซึ่งพิจารณาจากลักษณะผู้ป่วย มีดังนี้

1. กลุ่มรักร่วมเพศชาย
2. ผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด
3. ผู้ป่วยโรคเลือดชนิด Hemophilia

⁵ ใจเด็ด พร ไซยา และคณะ, *อ้าวแล้ว เริงรรถที่ 2*, น. 21 - 28.

4. ผู้รับการถ่ายเลือด

5. ภรรยาและบุตรผู้ป่วยหรือผู้เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย ดังนั้นการควบคุมและป้องกันโรค จึงมีความสำคัญอย่างมาก ซึ่งสามารถควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ ได้ดังนี้

1. การควบคุมและป้องกันก่อนการเกิดโรค⁶ โดย

1.1 ให้ลูกศึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนทั่วไปอย่างกว้างขวาง

1.2 หลีกเลี่ยงสิ่งเสพติดและการฉีดสิ่งเสพติดที่ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

1.3 ให้เจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์และสาธารณสุข หลีกเลี่ยงการใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกันซ้ำๆ กับบุคคลอื่น โดยมิได้ฆ่าเชื้อโรคอย่างดีเสียก่อน

1.4 งดรับเลือด อวัยวะสำหรับปลูกและสิ่งใช้ผสมเทียมจากบุคคลที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์ เช่น ผู้ติดยาเสพติด รักร่วมเพศ หญิงและชายบริการ ผู้ต้องขัง

1.5 ตรวจเลือด ผลิตภัณฑ์เลือด อวัยวะสำหรับปลูก และสิ่งที่ใช้ผสมเทียมก่อนให้แก่บุคคลอื่น

1.6 หลีกเลี่ยงพฤติกรรมรักร่วมเพศ สำนอนทางเพศ และมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อโรคเอดส์

1.7 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่ไม่แน่ใจในความปลอดภัย

1.8 หลีกเลี่ยงการใช้สิ่งของร่วมกัน เช่น มีดโกน แปรงสีฟัน หวี ที่ตัดเล็บ ไม้แกะหู

1.9 หลีกเลี่ยงการสัมผัสน้ำลาย น้ำคัดหลั่งของบุคคลที่เป็นกลุ่มเสี่ยง

1.10 ตรวจเลือดหาเชื้อโรคเอดส์ก่อนทำการสมรส

1.11 สตรีที่มีเชื้อโรคเอดส์ เมื่อตั้งครรภ์ก็จะทำให้อาการรุนแรงขึ้น และทารกที่เกิดมาประมาณร้อยละ 50 จะติดโรค ดังนั้นจึงควรป้องกันด้วยวิธีคุมกำเนิด

1.12 ผู้ที่มีเชื้อโรคเอดส์ต้องระมัดระวังป้องกันตนเองที่จะมิให้เชื้อโรคแพร่ไปยังผู้อื่นได้

2. การควบคุมและป้องกันเมื่อเกิดโรคขึ้น โดย

2.1 การวินิจฉัยโรคจะต้องรวดเร็ว และถูกต้อง

⁶ สมชาย สุพันธ์วิช และกาญจนา สุพันธ์วิช, การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์สามมิตร, 2532), น. 13 - 15.

2.2 การแยกผู้ป่วยไว้รักษาในสถานพยาบาลที่จัดไว้เป็นพิเศษ (สถานที่สำหรับให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ ได้แก่ โรงพยาบาลบำราศนราดูร) หรือจัดแยกไว้ในห้องแยกเฉพาะ

2.3 การทำลายเชื้อโรค โดยทำความสะอาดและฆ่าเชื้อด้วยความร้อนต่อเข็มและหลอดฉีดยาให้ดี กำจัดกระดาษ สำลีที่เปราะเปื้อนเสมหะ น้ำลาย เลือด ด้วยการเผาและทำลายเชื้อโรค ที่อาจติดมากับภาชนะ เครื่องใช้ และเสื้อผ้าของผู้ป่วยด้วยการต้ม ล้าง ซักให้สะอาด และควรฆ่าเชื้อด้วยน้ำยา 0.5% โซเดียมไฮโปคลอไรด์

2.4 การคุมไว้สังเกตในผู้ที่ตรวจพบว่ามีเชื้อโรคเอดส์จะต้องได้รับการติดตามอาการ และได้รับการช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพเพื่อให้ดำเนินชีวิตไปได้ด้วยดี และไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น

2.5 การเพิ่มภูมิคุ้มกันโรค

2.6 การสืบสวนโรค ค้นหาผู้มีเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้เสี่ยงต่อโรค และผู้สงสัยแล้วดำเนินการเฝ้าระวังโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรค

การรักษาโรคเอดส์แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

1. การรักษาโรคแทรกซ้อน คือ โรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือมะเร็งเกิดขึ้น โรคติดเชื้อบางอย่างก็ไม่มียารักษา เช่น มะเร็งบางชนิดก็ยังไม่มียารักษา หรือวิธีการรักษาอย่างได้ผลเด็ดขาด

2. การรักษาที่มุ่งกำจัดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในปัจจุบันมียาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะรักษาผู้ป่วยให้กลับมามีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น อีกทั้งราคาขายพื้นฐานก็มีราคาที่ถูกลงมากแล้ว

3. การรักษาที่มุ่งเสริม หรือกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่เสียไป ในปัจจุบันมีการทดลองยาหลายตัวในกลุ่มนี้ เป็นที่คาดว่าถ้าให้รวมไปกับยามาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ น่าจะได้ผลการรักษาที่ดีที่สุด

4. การรักษาทางด้านจิตใจของคนไข้ ได้แก่ การให้การสนับสนุนทางด้านกำลังใจ การสงเคราะห์ด้านอาชีพ การรักษาเพื่อให้เลิกยาเสพติด ตลอดจนการรักษาอาการทางจิตที่เกิดจากแรงกดดันหลายๆ ด้าน⁷

⁷ วชิระ สิงห์เทศและคณะ, รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ เรื่องความจำเป็น ผลดี ผลเสียของกฎหมายเกี่ยวกับเอดส์, (กรุงเทพมหานคร : สำนักนโยบายและแผนอุดมศึกษา สำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2544), น. 10 - 12.

2.3 สถานการณ์ของโรคเอดส์ในปัจจุบัน

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 ปี โดยนับตั้งแต่การได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 สาเหตุหลักของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์คือการติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงและชายวัยเจริญพันธุ์ แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ระดับชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหลายกลุ่มประชากรลดลงโดยลำดับในช่วงทศวรรษแรก สามารถชะลอการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว แต่ในช่วงทศวรรษหลังที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้การใช้ชีวิตของประชาชนมีการเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลให้กลวิธีในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคที่เคยได้ผลมาในอดีตไม่มีประสิทธิผลหรือประสบความสำเร็จเท่าที่ควร สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และสถานการณ์การตอบสนองต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบันจึงจำเป็นต้องได้รับการทบทวน สำหรับปัญหาสถานการณ์ระบาดของโรคเอดส์ในปัจจุบันสรุปได้โดยสังเขป ดังนี้

1. ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อในประชากรบางกลุ่มไม่ลดลง การระบาดของโรคเอดส์ไม่ลดลง และมีสัญญาณบ่งชี้ว่าแนวโน้มการเพิ่มสูงขึ้นของการติดเชื้ออาจย้อนกลับมา⁸

1.1 แนวโน้มการระบาดในกลุ่มประชากรทั่วไป

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไปลดลง สะท้อนให้เห็นได้จากข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการและกลุ่มหญิงที่มารับบริการฝากครรภ์ ผลจากนโยบายและความเข้มแข็งของทุกภาคส่วนในการดำเนินการ ทำให้การควบคุมการแพร่ระบาดของประเทศไทยในช่วง 2 ทศวรรษแรกประสบความสำเร็จ ความชุกของการติดเชื้อลดลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง แต่เริ่มชะลอตัวการลดลงในช่วงระยะ 5 ปีหลังนี้

กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์มีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 และเริ่มชะลอลงในช่วงทศวรรษหลัง แต่ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (2552 - 2556) แนวโน้มลดลงคงที่ โดยในปี พ.ศ. 2555 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.53 อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีมีค่าเท่ากับ

⁸ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, ความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2556, (ม.ป.ท. : ม.ป.พ, 2557), น. 5 - 12.

0.16 คนต่อประชากร 100 คนต่อปี และปี พ.ศ. 2556 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.55 อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีมีค่าเท่ากับ 0.1 คนต่อประชากร 100 คนต่อปี

1.2 แนวโน้มการระบาดของในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อและเข้าถึงได้ยาก

1.2.1 สถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มพนักงานบริการหญิง และพนักงานบริการทางเพศเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2536 พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี สูงถึงร้อยละ 28 หลังมีการรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์ ภายใต้ต้นนโยบายของรัฐบาลในยุคนั้น โดยเน้นการสื่อสารให้ความรู้ความเข้าใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย และการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ทำให้ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มพนักงานบริการตรงที่ให้บริการอย่างเปิดเผยตามโรงแรม หรือชอง และกลุ่มที่ให้บริการแฝงไปกับการบริการแบบอื่นๆ เช่น ผับ คาเฟ่ อาบอบนวด คาราโอเกะ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ภายหลังปี พ.ศ. 2547 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มลดลงอย่างช้าๆ และมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ คือประมาณร้อยละ 4 และร้อยละ 2.5 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาจากข้อมูลเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อรายใหม่ จะเห็นได้ชัดว่าแนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่ไม่ลดลง และกลับพบแนวโน้มเพิ่มขึ้นในหญิงบริการจากสถานบริการแฝง

จากลักษณะสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ในปัจจุบันพบลักษณะการขายบริการทางเพศที่แอบแฝงมากขึ้น ได้แก่การขายบริการของผู้ขายบริการที่ยืนตามถนนหรือในสวนสาธารณะ การขายบริการผ่านเครือข่าย ขายบริการทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น จากรายงานวิจัยในปี พ.ศ. 2550 ในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงราย ที่สำรวจปัญหาการติดเชื้อเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มดังกล่าว พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี สูงถึงร้อยละ 20 และร้อยละ 10 ตามลำดับ ความชุกของการติดเชื้อหนองในเทียมเท่ากับร้อยละ 9 ทั้ง 2 จังหวัด และหนองในแท้เท่ากับร้อยละ 1 และ 2 ตามลำดับ พนักงานบริการทางเพศกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่มีการขยายเครือข่ายอย่างรวดเร็วตาม โครงสร้างทางสังคมในปัจจุบัน ประกอบกับการปฏิรูประบบราชการ และการปรับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2545 คลินิกกามโรคหลายแห่งในหลายจังหวัดต้องปิดให้บริการ และย้ายไปให้บริการในโรงพยาบาล ทำให้ไม่เอื้ออำนวยในการให้บริการตรวจรักษาสุขภาพแก่พนักงานบริการ การกลับมาจัดโครงสร้างการให้บริการใหม่ในช่วงระยะ 2 - 3 ปีหลังมานี้ อาจยังไม่ครอบคลุมการให้บริการดูแลรักษาได้ ประกอบกับการมีข้อจำกัดในการจัดสรรบุคลากรเพื่อให้บริการตรวจรักษาและให้คำปรึกษานอก

สถานบริการทางการแพทย์ได้ ยิ่งทำให้การเข้าถึงระบบบริการป้องกัน ดูแลรักษา และการได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองเป็นไปได้ยากขึ้น⁹

ในปี พ.ศ. 2550 พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงมากกว่าที่พบในการสำรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากพนักงานบริการตามสถานบันเทิงในระบบเฝ้าระวังปกติมาก และในปี พ.ศ. 2554 ได้ขยายพื้นที่ในการเฝ้าระวังเพิ่มในจังหวัดท่องเที่ยว ได้แก่ จังหวัดชลบุรี เชียงใหม่ และภูเก็ต พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ระหว่าง 1.4 – 5 และพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่สูงกว่าจังหวัดชลบุรีและภูเก็ต ร้อยละ 5 ความชุกของการติดเชื้อหนองในเทียมสูงเช่นกัน ร้อยละ 16.5

1.2.2 สถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2555 - 2559 พบว่าร้อยละ 40 - 50 มาจากกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พนักงานบริการชาย (MSW) และสาวประเภทสอง ผลการสำรวจ IBBS ใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และภูเก็ต แสดงให้เห็นว่าการระบาดของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นไปอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ 3 จังหวัด อัตราความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายสูงสุดในเขตพื้นที่กรุงเทพฯ ที่เป็นเสมือนศูนย์กลางการระบาดของการติดเชื้อฯ ของประเทศไทย และในปี พ.ศ. 2555 อัตราสูงถึงร้อยละ 24 สำหรับจังหวัดเชียงใหม่ มีอัตราความชุกของการติดเชื้อฯ สูงรองลงไปคือ ร้อยละ 23 และภูเก็ต อยู่ในระดับต่ำสุด คือ ร้อยละ 14

ข้อมูลจากการสำรวจ IBBS ในปี พ.ศ. 2555 พบว่า ร้อยละของชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจ การติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมาตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2555 ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 35.4 ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับ ร้อยละ 28.5 ในปี พ.ศ. 2548 และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ พบว่าชายมีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มอายุ 25 - 59 ปี ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อฯ ร้อยละ 35.4 สูงกว่ากลุ่มอายุ 15 - 24 ปี (ร้อยละ 17.4) การที่ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่อายุน้อยเข้ารับการตรวจ การติดเชื้อฯ มีจำนวนไม่มาก ส่วนหนึ่งอาจเป็นผลจากข้อจำกัดด้านกฎหมายที่กำหนดให้เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ประสงค์จะตรวจต้องได้รับ

⁹ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, การปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีงบประมาณ 2548-2551, น. 5 - 6.

ความยินยอมจากพ่อแม่ และการตีตราที่ยังคงติดอยู่กับการตรวจการติดเชื้อฯ อีกทั้งผู้ที่ยังอยู่ในวัยหนุ่มอาจคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำในการติดเชื้อฯ

การสำรวจ IBBS ในปี พ.ศ. 2555 ร้อยละ 43.8 ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเข้าถึงโครงการป้องกันในช่วงเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา (รัฐสถานที่ตรวจการติดเชื้อฯ และได้รับแจกถุงยางอนามัย หรือสารหล่อลื่น) และพบว่ากลุ่มที่มีอายุมากเข้าถึงโครงการป้องกันได้มากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อย (กลุ่มอายุ 25 – 59 ปี ร้อยละ 61.1 และกลุ่มที่มีอายุ 15 – 24 ปี ร้อยละ 48.7)¹⁰

การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่ในระดับที่ต่ำมากจากผลการสำรวจพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในปี พ.ศ. 2555 พบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับที่ต่ำมาก กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยสูงที่สุด แต่พบเพียงร้อยละ 67.2 ส่วนภูเก็ต และเชียงใหม่มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 50 และ 62.4 ตามลำดับ

1.2.3 สถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ. 2556 ร้อยละ 13.82 ซึ่งเป็นข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (HSS) จากพื้นที่ที่มีจำนวนตัวอย่างมากกว่า 20 ตัวอย่าง จำนวน 2 จังหวัด¹¹

2. ข้อมูลสะท้อนปัจจัยส่งเสริมการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมการใช้ชีวิต ปัจจัยส่งเสริมการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอดส์ในเด็กและเยาวชน อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงภาวะทางสังคมวัฒนธรรม และค่านิยมการใช้ชีวิต

2.1 ค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชน

ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเด็กนักเรียนชาย-หญิงใน 24 จังหวัด โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค พบว่านักเรียนให้ประวัติเคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้วสูงมาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 พบประมาณร้อยละ 14 - 31 ในกลุ่ม

¹⁰ ครรชิต ลิ้มปกาญจน์รัตน์, “การเฝ้าระวังโรคเอดส์เฉพาะพื้นที่,” *วารสารโรคเอดส์*, ปีที่ 1, ฉบับที่ 1, น. 35 – 37.

¹¹ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, *อ้าวแล้ว เชิงอรรถที่ 8*, น. 13 – 15.

นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ (อายุเฉลี่ย 17 ปี) และประมาณร้อยละ 29 - 62 ในนักเรียนสายอาชีวศึกษา (อายุเฉลี่ย 17 ปี)

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี พบแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ กลุ่มนักเรียนสายอาชีวศึกษา และชายไทยทหารกองประจำการ ระหว่างปี พ.ศ. 2552 ถึงปี พ.ศ. 2556 โดยกลุ่มนักเรียนชายสายสามัญเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.8 เป็นร้อยละ 5.3 ในปี พ.ศ. 2556 ในกลุ่มนักเรียนหญิงเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.8 เป็น ร้อยละ 2.8 นักเรียนชายสายอาชีวศึกษาเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.6 เป็นร้อยละ 9.5 ในปี พ.ศ. 2556 และกลุ่มชายไทยทหารกองประจำการเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 14 เป็นร้อยละ 15 ใน ปี พ.ศ. 2556¹²

2.2 การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเงินหรือสิ่งของของเด็กและเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมในกลุ่มเด็กนักเรียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ถึง พ.ศ. 2556 พบว่าการมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเงินหรือสิ่งของตอบแทนคงที่ และพฤติกรรมดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ โดยการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 พบว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา มีพฤติกรรมดังกล่าวร้อยละ 1.1 และ 2.3 ตามลำดับ และพบร้อยละ 1.3 และ 2.3 ของนักเรียนหญิงชั้นปีเดียวกันตามลำดับ

2.3 พฤติกรรมเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ในปัจจุบันพบว่าพฤติกรรมทางเพศมีความหลากหลาย และมีการเปิดเผยเป็นที่ยอมรับมากขึ้น ทำให้มีการขยายเครือข่ายทางสังคมอย่างรวดเร็ว แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะเพิ่มขึ้นตามกลุ่มอายุ รวมทั้งแนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเงินหรือสิ่งของก็เพิ่มสูงขึ้นด้วย ผลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อของประชากรเพศชาย พบว่าการมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันมีแนวโน้มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ โดยผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2556 พบว่า ในนักเรียนชายมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ นักเรียนชายสายอาชีวศึกษา อายุประมาณ 16 - 17 ปี และทหารกองประจำการ อายุประมาณ 20 - 24 ปี มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกันในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 1.9 ร้อยละ 2.4 และร้อยละ 2.6 ตามลำดับ

2.4 การขาดทักษะ และความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี

¹² วรรชิต ลิมปกาญจนารัตน์, *อ่วงแล้วเชิงอรรถที่ 10*, น. 37 - 39.

ถึงแม้ว่าผลการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าประชากรกลุ่มต่าง ๆ ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และการป้องกันการติดเชื้อโดยการสวมถุงยางอนามัย แต่ก็ยังพบว่าปัญหาการขาดความตระหนัก และทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย หรือการต่อรองเพื่อให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัยยังคงเป็นอุปสรรคที่ส่งผลให้ขาดความครอบคลุมของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิง หรือคู่นอนที่ไม่ใช่คู่สามี - ภรรยาของตน และไม่สอดคล้องกับนโยบายการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย 100% ที่เคยประสบความสำเร็จในการควบคุมการแพร่ระบาดมาแล้ว¹³

2.5 เด็กและเยาวชนมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติด สารมึนเมา และดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ทั้งนักเรียนชาย และนักเรียนหญิง สายสามัญและอาชีวศึกษา มีการใช้สารเสพติด สารมึนเมา และดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์ โดย ปี พ.ศ. 2556 พบนักเรียนชายทั้งสายสามัญและอาชีวศึกษาใช้มากกว่านักเรียนหญิง และมีการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์มากกว่าการใช้สารเสพติด

2.6 เด็กและเยาวชนขาดความรู้ และความตระหนักในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี

จากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนชาย และนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษาปีที่ 2 พ.ศ. 2552 - 2556 การตอบข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด GARPR พบว่า ทั้งนักเรียนชาย และหญิงทุกชั้นปี มีความรู้เรื่องโรคเอดส์น้อย คือ มีผู้ที่สามารถตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ มีไม่ถึงร้อยละ 50 โดยข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ “กินอาหารร่วมกันติดเชื้อเอดส์ได้” และ “ถุงเป็นพาหะเชื้อเอดส์”

โดยสรุป ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ สะท้อนให้เห็นว่าแบบแผนการระบาดเป็นลักษณะของการระบาดที่ยังคงมีอยู่ในกลุ่มประชากรทั่วไป แนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่ยังไม่ลดลง และยังมีภาระสูงในประชากรที่มีพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อฯ และ/หรือเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแลรักษาได้ยากในจังหวัดที่ดำเนินการเฝ้าระวัง ได้แก่ ผู้ใช้ยาด้วยวิธีการฉีดชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และพนักงานบริการหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ ข้อมูลการสำรวจวิจัย และข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อฯ ในกลุ่มเด็กและเยาวชน ยังได้สะท้อนให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม ที่ทำให้

¹³ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, *อ่วงแล้ว เชิงอรรถที่ 8*, น. 10 - 15.

เยาวชนส่วนหนึ่งมีโอกาสก้าวสู่สถานะการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฯ ดังกล่าวข้างต้น นับเป็นสัญญาณเตือนให้ประเทศไทยต้องระวังว่าการระบาดอาจย้อนกลับมาใหม่ หากไม่เร่งรัดดำเนินการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อ¹⁴

2.4 ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเรือนจำในประเทศไทย

ประเทศไทยได้ชื่อว่าประสบความสำเร็จในการรับมือกับการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี โดยมาตรการป้องกันต่าง ๆ ประสบความสำเร็จในการลดการติดเชื้อใหม่ได้ถึงร้อยละ 83 ในช่วงปี 2533 ถึง 2558 และกล่าวได้ว่าประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อประมาณ 76,000 คน จากทั้งหมดราว 600,000 คน แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีประชาชนอีกหลายกลุ่มที่ไม่สามารถเข้าถึงโครงการรักษาของรัฐได้ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แรงงานข้ามชาติ และผู้ต้องขัง ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าสองกลุ่มแรกคือคนส่วนใหญ่ในกลุ่มที่สาม

ผู้ต้องขังในประเทศไทยตามรายงานสถิติผู้ต้องขังราชทัณฑ์ทั่วประเทศ มีจำนวนถึงประมาณ 300,000 คน ซึ่งเกินความสามารถในการรองรับของเรือนจำถึง 60% อีกทั้งข้อมูลเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีของเรือนจำนั้นก็ไม่น้อยมาก ไม่มีการตรวจอย่างเป็นระบบ และไม่เคยมีการสำรวจสุ่มตัวอย่าง แต่ข้อมูลเท่าที่มีอยู่ก็บ่งชี้ว่าสัดส่วนจำนวนผู้ติดเชื้อในหมู่ผู้ต้องขังนั้นมีสูงกว่าประชากรทั่วไปมาก ทั้งนี้ มีการศึกษาชิ้นหนึ่งที่ทำในเรือนจำคลองเปรม กรุงเทพมหานคร พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ต้องขังที่สมัครใจรับการตรวจ (689 คน, สุ่มตัวอย่างตามความสะดวก) ติดเชื้อเอชไอวี ในขณะที่สัดส่วนการติดเชื้อของประชากรทั่วไปคือร้อยละ 1.5 ของประชากรทั้งหมด

เรือนจำในประเทศไทยประสบปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านการแพทย์และงบประมาณที่จำกัด บุคลากรด้านการแพทย์ในเรือนจำ 143 แห่งทั่วประเทศมีแพทย์ทำงานเต็มเวลาเพียงประมาณ 25 คน แพทย์ทำงานไม่เต็มเวลา 16 คน และพยาบาล 307 คน ซึ่งประเทศไทยใช้งบประมาณกว่า 150 ล้านดอลลาร์สหรัฐฯ ในการดูแลสุขภาพผู้ต้องขัง (รวมค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวกับโครงสร้างพื้นฐานด้วย) แต่ใช้ไปกับการรักษาโรคเอดส์เพียงไม่ถึง 25,000 เหรียญสหรัฐฯ¹⁵ ต่อมา

¹⁴ คำานวน อึ้งชูศักดิ์, อรพรรณ แสงวรรณลอย, ประหยัด ก้อนทอง, อมรา ทองหงษ์, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, วนัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, และคณะ, “วิวัฒนาการของการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย,” รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ เล่ม 1992, น. 1 – 4, 7 – 11.

¹⁵ คำานวน อึ้งชูศักดิ์และคณะ, คู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย, (กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533), น. 1 - 5.

งบประมาณด้านสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังถูกบริหารจัดการ โดยโครงการประกันสุขภาพของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โครงการนี้ครอบคลุมการรักษาพยาบาลเกือบทั้งหมด รวมถึงเอชไอวี/เอดส์ จึงเป็นการแบ่งเบาภาระทางงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยส่วนใหญ่ อย่างไรก็ตาม การประกันสุขภาพครอบคลุมแต่เพียงผู้ที่มีสัญชาติไทยเท่านั้น โดยประมาณร้อยละ 5 ของผู้ต้องขังทั้งหมดเป็นชาวต่างชาติ ส่วนใหญ่เป็นชาวพม่า และอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ทราบจำนวนแน่ชัดเป็นคนไทยไร้สัญชาติจำนวนมาก (ชนกลุ่มน้อย คนที่ไม่มีสูติบัตร หรือคนที่ทำบัตรประจำตัวประชาชนหาย) นอกจากนี้ โครงการประกันสุขภาพไม่ได้ให้การสนับสนุนการป้องกัน การให้การศึกษา และกิจกรรมอื่นๆ ที่ไม่ใช่การรักษา

ทุกวันนี้มีประชากรผู้ต้องขังกว่า 10 ล้านคนทั่วโลก ทั้งผู้ต้องขังที่ถูกตัดสินแล้วและผู้ที่ยังฝากขังระหว่างรอพิจารณาคดี ผู้ต้องขังนั้นถือเป็นประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี เพราะอาจมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อตั้งแต่ก่อนต้องขัง อาทิ การใช้ยาเสพติดชนิดฉีด การใช้ขายบริการทางเพศ เป็นต้น และยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงระหว่างต้องขัง เช่น การใช้อุปกรณ์ฉีดยา/เข็มฉีกร่วมกัน หรือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน นอกจากนี้ ผู้ต้องขังส่วนใหญ่ยังอยู่ในวัยหนุ่ม ซึ่งมีหลายงานวิจัยบ่งชี้ว่าผู้ต้องขังวัยหนุ่มเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และใช้เข็มฉีดยาร่วมกันสูงกว่าประชากรที่ไม่ได้อยู่ในเรือนจำ และสูงกว่าชายในกลุ่มอายุอื่นๆ ด้วย อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้ยังสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป อาทิ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขังประเทศอินโดนีเซีย สูงถึงร้อยละ 8.4 – 15.4 ในขณะที่กลุ่มประชากรทั่วไปมีอัตราการติดเชื้อเพียงร้อยละ 0.1 – 0.2 เท่านั้น¹⁶

ประเทศไทยมีกลุ่มประชากรที่ ต้องขังสูงกว่าทุกประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กล่าวคือ 328 คน ต่อ 100,000 ประชากร ทุกวันนี้ มีผู้ต้องขังกว่า 322,074 คน ที่จำคุกอยู่ในเรือนจำ และทัณฑสถาน 143 แห่งทั่วประเทศไทย ในแต่ละเดือน มีผู้ต้องขังประมาณ 10,000 คนได้รับการปล่อยตัว และมีคนอีก 10,000 คน ที่เข้าจำคุก¹⁷ อนึ่ง อัตราการติดเชื้อของผู้ต้องขังในประเทศไทยก็ยิ่งสูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป

แม้ว่าประเทศไทยจะมีกิจกรรมป้องกันเอชไอวีสำหรับกลุ่มประชากรทั่วไป และประสบความสำเร็จในงานป้องกันเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง และการป้องกันการติดเชื้อ

¹⁶ เติ้งอ๋าง, น. 4.

¹⁷ กรมราชทัณฑ์, กองแผนงาน : ศูนย์ทะเบียนประวัติผู้ต้องขัง. สถิติผู้ต้องขังราชทัณฑ์ทั่วประเทศ, สํารวจ ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2559.

จากแม่สู่ลูกมาแล้วในสองทศวรรษที่ผ่านมา แต่กิจกรรมการป้องกันเอชไอวีอย่างครบวงจรในเรือนจำนั้นยังมีน้อย กิจกรรมโดยทั่วไปมักเป็นการสอนความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีแก่ผู้ต้องขัง ในเรือนจำจะมีเจ้าหน้าที่พยาบาลเพื่อดูแลผู้ต้องขัง และจะมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลที่เป็นแม่ข่ายในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติเข้ามาดูแลผู้ต้องขังบางรายบ้าง แต่เจ้าหน้าที่พยาบาลในเรือนจำก็มักจะไม่ได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยระบบการส่งต่อผู้ต้องขังไปรับการรักษายังโรงพยาบาลภายนอกจะเกิดขึ้นในกรณีที่รุนแรงเท่านั้น สำหรับการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง เช่น อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะไม่ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาที่ถูกต้องและทันที่เท่าที่ควร

การบังคับตรวจเอชไอวีนั้นได้หมดไปตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 แต่หลังจากนั้นก็ยังมีบริการตรวจเอชไอวีโดยความสมัครใจให้แก่ผู้ต้องขังทั่วไป การให้การปรึกษาพร้อมตรวจเอชไอวีนั้นได้รับการพิสูจน์แล้วว่าเป็นวิธีการป้องกันเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ เพราะจะช่วยให้ผู้ตรวจได้ทราบสถานการณ์การติดเชื้อของตนเอง และทำให้ผู้ที่มีผลเลือดบวกได้เข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อย่างทันที่เท่าที่ควร อย่างไรก็ตาม อัตราการตรวจเอชไอวีในกลุ่มประชากรไทยนั้นยังอยู่ในเกณฑ์ระดับต่ำ ทั้งในกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มประชากรหลักที่มีโอกาสเสี่ยงสูง อาทิ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ และสาวประเภทสอง ผู้ต้องขังเองก็เป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรหลักที่มีโอกาสเสี่ยงสูงเช่นกัน และยังไม่สามารถเข้าถึงบริการตรวจเอชไอวีด้วย ที่ผ่านมา การตรวจเอชไอวีในเรือนจำมักเกิดขึ้นในกรณีที่เจ้าหน้าที่พยาบาลพบผู้ต้องขังที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์ และบอกให้ตรวจ ดังนั้น จึงทำให้ผู้ป่วยที่มีเชื้อเอชไอวีเริ่มยาต้านไวรัสในระยะที่ช้า และการเข้าถึงยาต้านไวรัสช้าส่งผลเสียต่อทั้งเชิงคลินิกในแง่ของการดูแลรักษาผู้ป่วย และเชิงสาธารณสุขในแง่ของการควบคุมโรคโดยรวมด้วย ทั้งนี้ มีหลักฐานเป็นที่แน่ชัดแล้วว่าการกินยาต้านไวรัสจะช่วยลดอัตราการแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ถึงร้อยละ 96¹⁸

ปัญหานี้จึงได้รับการตอบรับ โดยกรมควบคุมโรค (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์) และกรมราชทัณฑ์ (กองบริการทางการแพทย์) ร่วมกับโครงการเอดส์โลก ประเทศไทย และภาคพื้นเอเชีย ได้ร่วมกันทำโครงการนำร่องเพื่อป้องกันเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ 3 แห่งในประเทศไทย ซึ่งโครงการนี้ประกอบด้วยกรอบมแกนนำผู้ต้องขังเป็นอาสาสมัครด้านเอดส์อบรมเจ้าหน้าที่เรือนจำเพื่อการจัดกิจกรรมลดความเสี่ยง การแจกถุงยางอนามัย และสารหล่อลื่น

¹⁸ Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, et al, Prevention of HIV-1 Infection with Antiretroviral Therapy, (New York : n.p.,2011), pp. 7 – 9.

การจัดบริการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจในเรือนจำ และการส่งต่อไปรับบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายของเรือนจำนั้นๆ

หลังจากดำเนินโครงการได้ 3 ปี กรมควบคุมโรค กรมราชทัณฑ์ และโครงการเอดส์โลก จึงได้ทำการประเมินความเป็นไปได้ในการจัดบริการในบริบทจริงและผลลัพธ์ของโครงการ โดยศึกษาทั้งกิจกรรมการป้องกันโดยแกนนำผู้ต้องขังและบริการตรวจเอชไอวีในเรือนจำ โดยตัวแปรที่ศึกษาคือ อัตราการเข้าตรวจเอชไอวี คุณภาพของบริการตรวจเอชไอวี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้บริการตรวจเอชไอวี โดยโครงการจะรายงานผลการศึกษานี้ต่อผู้บริหารระดับนโยบาย เพื่อการผลักดันให้เกิดบริการป้องกัน ตรวจ และดูแลรักษาเอชไอวีเอดส์ขึ้นในบริบทของเรือนจำ

2.5 มาตรการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเรือนจำในประเทศไทย

มาตรการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเรือนจำในประเทศไทยมีการร่วมมือกันของ 2 หน่วยงานในการดำเนินการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเรือนจำ โดยได้มีการจัดทำแนวทางการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและเรือนจำ / ทัณฑสถาน ในการป้องกันเอชไอวีและการดูแลรักษาโรคเอดส์¹⁹

การรับตัวผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลเรือนจำ/ทัณฑสถานหรือแยกแดนขัง สำหรับโรคเฉพาะ เช่น โรคเรื้อน วัณโรค หรือโรคเอดส์ แพทย์จะต้องคำนึงถึงสภาพ การควบคุมการแก้ไขผู้ต้องขัง และกฎหมาย กฎ ระเบียบ ข้อบังคับ ให้วางแนวทางปฏิบัติไว้ เมื่อแพทย์หรือเจ้าพนักงานเรือนจำพบผู้ต้องขังป่วยหนักให้ปฏิบัติ ดังนี้

- 1) ให้แพทย์ตรวจอนามัยผู้ต้องขังที่เจ้าพนักงานเรือนจำได้รับ ไว้ใหม่ในวันที่ได้รับตัว ถ้าไม่อาจจะมาตรวจในวันนั้นได้ ก็ให้เข้ามาตรวจในวันอื่น โดยเร็ว
- 2) ในกรณีที่แพทย์ไม่สามารถจะมาตรวจได้ในวันที่รับตัวของผู้ต้องขังไว้ใหม่ และเจ้าพนักงานเรือนจำสังเกตเห็นว่าผู้ต้องขังได้มีอาการป่วยเจ็บ จำต้องรักษาพยาบาล หรือมีโรคติดต่อจะลุกลามเป็นภัยร้ายแรงแก่ผู้อื่น ให้จัดแยกผู้ต้องขังนั้นจากผู้ต้องขังอื่น หรือจัดส่งหรือสถานพยาบาลของเรือนจำรอการตรวจของแพทย์ต่อไป ถ้าเจ้าพนักงานเรือนจำสังเกตเห็น หรือสงสัยว่าผู้ต้องขังป่วยหนักให้รีบแจ้งแพทย์และผู้บัญชาการเรือนจำทราบ ในระหว่างรอคอยแพทย์และคำสั่งผู้บัญชาการเรือนจำ หากเห็นจำเป็นให้ติดต่อของความสงเคราะห์จากผู้มีอาชีพในทางใช้วิชาแพทย์

¹⁹ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, แนวปฏิบัติการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และกักสุขภาพในเรือนจำ, (กรุงเทพมหานคร : อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์, 2556) น. 26 - 30.

ใกล้เคียงที่สุด และหากว่าจะจัดการดังกล่าวไม่ได้ ให้พัศดีจัดการช่วยเหลือโดยประการอื่นเท่าที่เห็นจำเป็น²⁰

มาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของหน่วยงานต่างๆ ของรัฐในการป้องกันควบคุมโรคในบริบทของเรือนจำ/ทัณฑสถาน สิ่งสำคัญในการป้องกันควบคุมโรคในเรือนจำ/ทัณฑสถาน คือ

1. ลดผลกระทบจากการเจ็บป่วยและเสียชีวิต ให้ลดลงน้อยที่สุด
2. เน้นการประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกพื้นที่ในทุกระดับ
3. เชื่อมโยงเครือข่าย และข้อมูลข่าวสารเพื่อจัดทำแนวทางป้องกันควบคุมโรคติดต่ออุบัติใหม่ ในเรือนจำ/ทัณฑสถานอย่างเหมาะสมตามสถานการณ์

หน่วยงานสาธารณสุขมีบทบาทในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในเรือนจำ²¹ ดังนี้

1. เฝ้าระวังและดำเนินการสอบสวนโรคติดต่ออุบัติใหม่ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อการป้องกันควบคุมโรคเบื้องต้นได้ทันที
2. จัดทีมสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมและดูแลรักษาผู้ป่วยในเรือนจำ / ทัณฑสถาน เมื่อพบการระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่ และสร้างศักยภาพทีมสุขภาพของเรือนจำ/ทัณฑสถาน ในการดูแลผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ตามมาตรฐานของประเทศ
3. ตรวจสอบหาการติดเชื้อมกับผู้มีอาการเข้าข่ายสงสัยและผู้ป่วยยืนยันตามนิยามโรคติดต่ออุบัติใหม่ทุกราย ให้ได้รับยาต้านไวรัสตามมาตรฐานของประเทศ เพื่อลดผลกระทบการแพร่ระบาดของโรค และให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่ไม่มีเลขบัตรประชาชน 13 หลัก ให้ได้รับการรักษาตามสิทธิมนุษยชน
4. ติดตามผู้ต้องขัง ผู้สัมผัส และเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการป้องกันควบคุมและดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งพ้นระยะของการแพร่เชื้อ
5. สนับสนุนสื่อวัสดุอุปกรณ์ เช่น คู่มือการปฏิบัติงาน สื่อความรู้เรื่องโรคติดต่ออุบัติใหม่ วัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันตน เช่น หน้ากากอนามัย ให้กับเรือนจำ/ทัณฑสถาน เพิ่มมากขึ้นในกรณีที่มีโรคระบาด
6. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ในเรือนจำ/ทัณฑสถานให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค

²⁰ กฎกระทรวงมหาดไทย ออกตามความในมาตรา 58 แห่งพระราชบัญญัติราชทัณฑ์ พ.ศ. 2479 ข้อ 39.

²¹ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, *อ้าวแล้ว เชิงอรรถที่ 19*, น. 23.

เนื่องจากเรือนจำ/ทัณฑสถาน เป็นสถานที่ที่มีผู้คนหนาแน่น และมีผู้คนเข้า – ออก เป็นจำนวนมาก จึงมีความเสี่ยงที่จะเป็นแหล่งแพร่กระจายเชื้อโรคได้กว้างขวาง ซึ่งสิ่งสำคัญ คือ การเตรียมความพร้อมในการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคอย่างมีประสิทธิภาพ และลดผลกระทบรุนแรงต่อสุขภาพของเจ้าหน้าที่ ผู้ต้องขัง และญาติที่มาเยี่ยม ให้ได้มากที่สุด จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งเรือนจำ/ทัณฑสถานมีบทบาทในการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในเรือนจำ²² ดังนี้

1. กำหนดให้มีผู้รับผิดชอบงาน หรือผู้ประสานงานหลักในเรือนจำ/ทัณฑสถานทุกแห่ง ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทในการประสานกิจกรรม การแจ้งสถานการณ์ จัดทำแนวทางปฏิบัติ จัดหาความรู้ และข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นเมื่อเกิดความเสี่ยงของโรคติดต่ออุบัติใหม่

2. จัดเตรียมความพร้อมในการป้องกันควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในเรือนจำ/ทัณฑสถาน เช่น วิธีการรายงานและคัดกรอง ค้นหาผู้เข้าข่ายสงสัยหรือผู้ป่วยอย่างเหมาะสมการจัดห้องแยกโรค จัดการระบายอากาศในเรือนจำ/ทัณฑสถาน จัดให้มีอ่างล้างมือให้เพียงพอ กำหนดความถี่ ในการทำความสะอาดเรือนจำ/ทัณฑสถาน (Big cleaning day) และ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ป้องกันตน เช่น หน้ากากอนามัย

3. จัดทำแนวทางปฏิบัติในเรือนจำ/ทัณฑสถาน เช่น แผนภูมิ (Flow chart) ป้ายหรือเอกสารเผยแพร่ในแต่ละแดน เพื่อให้ผู้ต้องขังรับทราบแนวปฏิบัติร่วมกัน เมื่อมีการระบาด กรณีการจัดทำแนวทางการย้ายผู้ป่วยระหว่างเรือนจำ/ทัณฑสถาน ให้จัดทำกรณีผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาเฉพาะเท่านั้น เนื่องจากป้องกันการแพร่กระจายเชื้อขณะย้ายเรือนจำ/ทัณฑสถานทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การสั่งการหรือแนวทางปฏิบัติการย้ายผู้ป่วยตามสถานการณ์การระบาด ณ ขณะนั้น

4. จัดกิจกรรมให้ความรู้กับผู้ต้องขังอย่างเหมาะสม เช่น จัดรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคตามฤดูกาล เน้นพฤติกรรมปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยที่ดี เช่น การล้างมือหรือการสวมหน้ากากอนามัยอย่างถูกวิธี รวมทั้งอบรมให้ความรู้กับผู้ต้องขังใหม่เพื่อขยายต่อให้กับผู้ต้องขังอื่นได้

5. พัฒนาศักยภาพแกนนำด้านสุขภาพในเรือนจำ/ทัณฑสถาน (หรือเรียกว่า อาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ/ทัณฑสถาน: อสร.) เกี่ยวกับความรู้ในการป้องกันตนเองเบื้องต้น การค้นหา และติดตามผู้ป่วย เนื่องจากอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ/ทัณฑสถาน เป็นผู้มีความเข้าใจผู้ต้องขัง ด้วยกันเองจะเป็นการช่วยให้การป้องกันควบคุมโรคเป็นไปได้ง่ายขึ้น

²² กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, *อ้าวแล้ว เชิงอรรถที่ 19*, น. 24.

6. พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ทุกระดับในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันควบคุมโรค เช่น การค้นหาผู้มีอาการสงสัยหรือผู้ป่วย และการเป็นผู้ดูแลเมื่อพบผู้ป่วยรายใหม่การเผยแพร่ความรู้และการระบาดของโรคผ่านช่องทางต่างๆ เช่น หนังสือแจ้งเวียน ปิดประกาศ โปสเตอร์ เป็นต้น โดยให้มีการพัฒนาเจ้าหน้าที่ครอบคลุมไปแต่ละแดน และเสริมความเข้มแข็งด้วยการยกระดับการป้องกันควบคุมโรคให้เป็นตัวชี้วัดของเรือนจำ/ทัณฑสถาน เพื่อกระตุ้นให้กิจกรรมการควบคุมโรคระบาดในเรือนจำ/ทัณฑสถาน มีประสิทธิภาพมากขึ้น

กรมควบคุมโรคติดต่อ ได้ประสานงานให้กรมราชทัณฑ์ทราบว่า ปัจจุบันสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้เปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดปัญหาจากกรณีความลับของผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคเอดส์รั่วไหล และเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับวันจะทวีความรุนแรงขึ้นอันอาจจะเป็นผลเสียหาย ต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยโรคเอดส์ตลอดจนครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบอันไม่พึงประสงค์ต่อการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ปรับเปลี่ยนนโยบายการควบคุมและการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ เพื่อให้เป็นไปตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข กรมราชทัณฑ์จึงให้เรือนจำและทัณฑสถานปฏิบัติ ดังนี้

1. ใ้แจ้งการเจาะเลือดผู้ต้องขัง เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งหมด ยกเว้นรายที่แพทย์ผู้รักษา มีความเห็นว่าจำเป็นต้องตรวจเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หรือการบำบัดรักษา

2. ผู้ต้องขังติดเชื้อเอดส์ที่จะได้รับการปล่อยตัว ให้รายงานกรมฯ ตามที่ได้สั่งการไว้แล้วเช่นเดิม แต่ให้ยกเลิกการรายงานสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3. การดำเนินการใดๆ เกี่ยวกับผู้ต้องขังติดเชื้อเอดส์ให้ถือเป็นความลับ

ผู้ต้องขังเป็นกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป แต่กลับถูกละเลยและไม่ค่อยได้รับกิจกรรมป้องกันเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างเพียงพอและทั่วถึง ทุกวันนี้มีผู้ต้องขังประมาณ 300,000 คน ในเรือนจำและทัณฑสถาน 143 แห่งทั่วประเทศไทย แต่เดือนมีผู้ต้องขังประมาณ 10,000 คนพ้นโทษและได้รับการปล่อยตัว และอีกมากกว่า 10,000 คนที่เข้ารับโทษจำคุก²³ ดังนั้นผู้ต้องขังที่ได้รับเชื่อก่อนจำคุกสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้ต้องขังรายอื่นได้ไม่ยาก และผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ ไม่ว่าจะติดจากนอกหรือในทัณฑสถาน ก็สามารถกลับไปแพร่กระจายเชื้อให้กับชุมชนได้เมื่อพ้นโทษแล้ว

²³ กรมราชทัณฑ์, กองแผนงาน : ศูนย์ทะเบียนประวัติผู้ต้องขัง. สถิติผู้ต้องขังราชทัณฑ์ทั่วประเทศ, สํารวจ ณ วันที่ 1 มิถุนายน 2559.

ปัญหาอุปสรรคที่พบในการป้องกันและดูแลรักษาโรคเอดส์ในเรือนจำ ได้แก่

1. เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์มีการปรับเปลี่ยนหน้าที่บ่อยครั้ง กิจกรรมขาดความต่อเนื่องการปรับทัศนคติไม่ครอบคลุม ทำให้การทำงานบางช่วงมีปัญหาอุปสรรคปัญหา

2. ผู้ต้องขังต่างค้ำวไม่สามารถเข้าถึงบริการดูแลรักษาหากพบว่าติดเชื้อเอชไอวี

3. ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อไม่ยอมเปิดเผยตัว

4. ผู้ต้องขังบางรายนำถุงยางอนามัยไปใช้อย่างผิดวัตถุประสงค์ ซุกซ่อนสิ่งผิดระเบียบ

งานวิจัยหลายชิ้นบ่งชี้ว่าประชากรในทัณฑสถานนั้นเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมาก แต่ทุกวันนี้บริการและกิจกรรมป้องกันเอชไอวีสำหรับผู้ต้องขังยังถูกจำกัดและละเลย ทัณฑสถานส่วนใหญ่ไม่มีบริการตรวจเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งไม่มีมาตรการป้องกันการแพร่กระจายของโรค ดังนั้น เมื่อมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เข้าจำคุกในเรือนจำ/ทัณฑสถาน การแพร่กระจายของเชื้อมักเป็นไปอย่างรวดเร็ว เมื่อกลับสู่สังคมผู้ต้องขังที่ได้รับเชื้อในทัณฑสถานสามารถถ่ายเชื้อให้กับคู่นอนของตน ทั้งคู่นอนประจำ คู่นอนชั่วคราว และผู้ขายบริการทางเพศ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ทราบว่าตัวเองเป็นผู้ติดเชื้อ

ผู้ต้องขังเป็นประชาชนกลุ่มหนึ่งที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อเท่ากับประชาชนทั่วไปและบางโรคอาจมีความเสี่ยงสูงกว่า ซึ่งได้แก่โรคติดต่อที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เช่น โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค อหิวาตกโรค อาหารเป็นพิษ โรคติดต่อทางเดินหายใจ โรคผิวหนัง จิตเวช ฯลฯ รวมทั้งโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคเบาหวานโรคความดันโลหิต โรคหัวใจและหลอดเลือด ฯลฯ ซึ่งส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อมพฤติกรรมรวมทั้งด้านจิตใจ²⁴ ดังนั้น ผู้ต้องขังที่ได้รับเชื้อก่อนจำคุกสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้ต้องขังรายอื่นได้ไม่ยาก และผู้ต้องขังที่ติดเชื้อ ไม่ว่าจะติดจากนอกหรือในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ก็สามารถกลับไปแพร่กระจายเชื้อให้กับชุมชนได้เมื่อพ้นโทษแล้ว ดังนั้นการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รวมทั้งการส่งเสริมคุณภาพชีวิตเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาโรค และฟื้นฟูสภาพความเจ็บป่วยเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจะให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย เพื่อลดช่องว่างในระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพในเรือนจำ/ทัณฑสถาน หากไม่ได้รับบริการเชิงรุก หรือช่องทาง

²⁴ วิษณุ เครืองาม, “มาตรการทางกฎหมายเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์,” บทบัญญัติ, ฉบับที่ 45, ตอน 4, น. 71 - 75 (ธันวาคม 2532).

พิเศษจากโรงพยาบาล ผู้ต้องขังจะไม่สามารถเข้าถึงบริการควบคุมโรคและการดูแลสุขภาพที่ทั่วถึง อาจทำให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพ และอาจเกิดปัญหาการแพร่ระบาดของโรค²⁵

กรมราชทัณฑ์ได้ประสานงานกับครบควบคุมโรค ในฐานะฝ่ายเลขานุการของ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (กช.ปอ.) ที่ได้รับมอบหมายให้ ดำเนินการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามภารกิจการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยใช้หลักการตัวชี้วัดร่วมระหว่างกระทรวงที่มีเป้าหมายร่วมกัน (Joint KPIs) ด้วยหน่วยงาน ภาครัฐ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เพื่อมุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย โดยแผนการ พัฒนาระบบงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในเรือนจำ²⁶ ประกอบด้วย

1) ส่งเสริม สนับสนุนการจัดบริการควบคุมป้องกัน โรคเอดส์ในเรือนจำ

1. กิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ผู้ต้องขัง

1.1 การจัดอบรมให้ข้อมูลความรู้ โดยพยาบาลเรือนจำร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุข ภายนอก ซึ่งใช้เงินงบประมาณประจำปีที่กองบริการทางการแพทย์ได้รับการสนับสนุนจากใน เรือนจำ/ทัณฑสถาน

1.2 การจัดอบรมให้ข้อมูลความรู้ และพัฒนาอาสาสมัครผู้ต้องขังด้าน โรคเอดส์ โดยพยาบาลเรือนจำร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ ตามแผนงานกองการลงทุน “โครงการ ยุติปัญหาเอดส์ด้วยชุดบริการ RRTR: STAR –NFM ในกลุ่มผู้ต้องขัง” จัดในเรือนจำ/ทัณฑสถาน 40 แห่ง ตามที่กำหนด

2. กิจกรรมการค้นหาผู้ต้องขังกลุ่มเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการให้คำปรึกษาเพื่อ นำไปสู่การตัดสินใจ เข้าสู่กระบวนการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยความสมัครใจ (HCT)

2.1 ดำเนินการตามรูปแบบของ โครงการกองทุนโลก โดยอาสาสมัครผู้ต้องขังด้าน โรคเอดส์ด้วยการขยายผลลงสู่ผู้ต้องขัง และพยาบาลเรือนจำ

2.2 ดำเนินการโดยพยาบาลเรือนจำใน 2 ลักษณะ คือ

2.2.1 ให้ HCT เป็นรายบุคคล กรณีผู้ต้องขังป่วยมีอาการสงสัยติดเชื้อเอชไอวี

2.2.2 ให้ HCT เป็นรายกลุ่ม กรณีมีการจัดหน่วยบริการเชิงรุกเข้ามาในเรือนจำ โดยหน่วยงานสาธารณสุขพื้นที่

²⁵ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, *อ้าวแล้ว เชิงอรรถที่ 19*, น. 2.

²⁶ หนังสือเวียนกรมราชทัณฑ์ที่ ขธ 0708.3/8604, ลงวันที่ 21 มีนาคม 2559.

3. การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังด้วยการบูรณาการงานร่วมกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ใน 2 ลักษณะ คือ

3.1 การเจาะเลือดการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขังไปส่งตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ที่โรงพยาบาล โดยพยาบาลเรือนจำ

3.2 การจัดหน่วยบริการเคลื่อนที่เข้ามาให้บริการเจาะเลือดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในเรือนจำ เช่น SDR โดยหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่

4. การส่งต่อผู้ต้องขังป่วยเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ไปรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (ARV) กับโรงพยาบาลปทุมภูมิในพื้นที่

2) ส่งเสริม สนับสนุนการดำเนินงานด้านควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในเรือนจำอย่างยั่งยืน ด้วยการให้ความร่วมมือกับสำนักโรคเอดส์ในการพัฒนามาตรฐานศูนย์บริการชุมชนเพื่อให้บริการด้านโรคเอดส์ (Drop in center) ในเรือนจำ โดยในระยะแรกดำเนินการนำร่องในเรือนจำกลางระยองและเรือนจำกลางนครศรีธรรมราชและวางแผนขยายผลลงสู่เรือนจำ/ทัณฑสถานทั่วประเทศในระยะต่อไป

3) ศึกษาวิเคราะห์และพัฒนารูปแบบการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในเรือนจำที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการให้ความร่วมมือกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา โยบาย (สวน.) ดำเนินโครงการเสริมสมรรถนะทางวิชาการ เพื่อพัฒนาและรับรองโครงการที่มีประสิทธิผลด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาอนามัยและเอดส์ ภายใต้โครงการเอดส์ รอบ New Funding Model

ตามที่ กรมราชทัณฑ์ได้ดำเนินโครงการยุติปัญหาวันโรคและเอดส์ ด้วยชุดบริการ (RRTR : STAR-NFM)²⁷ ในกลุ่มผู้ต้องขัง ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก ด้านวันโรคและเอดส์ ซึ่งการดำเนินโครงการ มุ่งเติมเต็มช่องว่างระหว่างการดำเนินงานในปัจจุบันกับการดำเนินงานที่มีประสิทธิผลที่จำเป็นต่อการยุติปัญหาเอดส์ โดยมีเจตนารมณ์ปรับเปลี่ยนมโนทัศน์จากควบคุมโรคเป็นยุติปัญหาเอดส์ ส่งเสริมทุกคนให้รู้สถานการณ์ติดเชื้อ โดยครอบคลุมร้อยละ 90 ของประชากรหลักสำคัญคือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการและลูกค้า ผู้ใช้สารเสพติดแบบฉีด ผู้ต้องขัง คู่ของกลุ่มประชากรสำคัญและผู้มีผลเลือดต่าง อีกทั้งผสมผสาน

²⁷ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือการดำเนินงานโครงการยุติปัญหาวันโรคและเอดส์ ด้วยชุดบริการ Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTR, (กรุงเทพมหานคร : อักษรกราฟฟิกแอนดีไซน์, 2556), น. 19 – 22.

ประโยชน์ด้านการป้องกันของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กับ การป้องกันด้านพฤติกรรมโดยเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อที่ทุกระดับ

โดยมีการจัดระบบบริการเชิงรุก ด้วยการจัดบริการให้คำปรึกษาและตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลในวันเดียว (Same Day Result: SDR) ตัวชี้วัดนี้ทางสำนักเอดส์ วัฒนโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้กำหนดหน่วยงานที่รับเป้าหมายเป็น 2 ส่วน คือ กรมราชทัณฑ์ รับเป้าหมายดำเนินงานในเขตกรุงเทพมหานคร (ดำเนินการโดยทัณฑสถานโรงพยาบาลราชทัณฑ์ ร่วมกับเรือนจำ/ ทัณฑสถาน 7 แห่ง ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย เรือนจำกลางคลองเปรม เรือนจำพิเศษกรุงเทพ เรือนจำพิเศษธนบุรี ทัณฑสถานบำบัดพิเศษกลาง ทัณฑสถานหญิงกลาง เรือนจำพิเศษมีนบุรี ทัณฑสถานหญิงธนบุรี) และ สาธารณสุขจังหวัด รับเป้าหมายของเรือนจำในแต่ละเขตพื้นที่ โดยเป็นการจัดบริการเชิงรุกระหว่างเรือนจำ สาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลปทุมภูมิของเรือนจำ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลในวันเดียว²⁸

2.6 การใช้มาตรการของรัฐกับหลักทฤษฎีทางกฎหมาย

อำนาจอธิปไตยเป็นอำนาจสูงสุดในการปกครองประเทศ ทำให้รัฐมีอำนาจในการดำเนินกิจการภายในรัฐ และกิจการระหว่างประเทศได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งทำให้รัฐมีอำนาจบังคับและสามารถใช้กำลังเพื่อให้มีการปฏิบัติตามกฎหมายข้อบังคับที่รัฐกำหนดขึ้น โดยมีทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.6.1 ทฤษฎีอำนาจในการรักษาความสงบเรียบร้อยภายในรัฐ

ทฤษฎีอำนาจในการรักษาความสงบเรียบร้อยภายในรัฐนี้มีแนวความคิดว่าด้วยการใช้อำนาจรัฐ เพื่อวัตถุประสงค์ให้เกิดความสงบเรียบร้อยขึ้นในสังคมซึ่งรู้จักกันดีในประเทศที่ใช้ระบบกฎหมาย common law อาทิ เช่น ประเทศอังกฤษ สหรัฐอเมริกา เป็นต้น ทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีในทางกฎหมายมหาชน ซึ่งสามารถนำมาอธิบายอำนาจของรัฐในทางกฎหมายมหาชนได้โดยไม่เกี่ยวข้องกับอำนาจของตำรวจตามรูปศัพท์ในภาษาอังกฤษแต่อย่างใด เดิมทีอำนาจนี้เป็นส่วนหนึ่งในพระบรมเดชานุภาพของพระมหากษัตริย์ แต่ในระบอบประชาธิปไตย หมายถึง อำนาจทั่วไปของรัฐ ในฐานะผู้ใช้อำนาจอธิปไตย อำนาจในการรักษาความสงบเรียบร้อยนั้นเป็นสิ่งจำเป็นที่ขาดไม่ได้ เพราะเป็นคุณลักษณะที่สำคัญของอำนาจอธิปไตย และจำเป็นต้องมีอยู่ในรัฐบาลพลเรือนทุกรัฐบาล ดังนั้นอำนาจนี้จึงไม่ใช่มาจากหรืออยู่ภายใต้รัฐธรรมนูญที่เป็นลายลักษณ์อักษร แต่เป็นสิ่งที่

²⁸ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, *อ้าวแล้ว เชิงอรรถที่ 27*, น. 24.

ได้รับการยอมรับจากประชาชนผ่านรัฐบาล ในฐานะที่เป็นตัวแทนและเป็นอำนาจที่ต้องสงวนไว้ (Reserved Power)²⁹

อย่างไรก็ตามในทางกฎหมายมหาชน เป็นที่ยอมรับกันว่าอำนาจนี้เกิดขึ้นจากสภาพความเป็นรัฐและสภาพความจำเป็นในการต้องทำหน้าที่ เพื่อประโยชน์ของสาธารณชนอันเป็นส่วนรวม กล่าวคือ ในทางหลักกฎหมายมหาชน ถือว่าเป็นที่รัฐได้อำนาจนี้มาจากมหาชน เพื่อที่จะปกป้องคุ้มครอง คุณแลมหาชนให้อยู่เย็นเป็นสุขโดยอยู่ภายใต้ขอบเขตจำกัด ศาลสูงสหรัฐอเมริกาเคยให้คำจำกัดความอำนาจของรัฐเช่นนี้ซึ่งมีอยู่ทั่วไปทุกรัฐว่าหมายถึง อำนาจในทางสาธารณสุข จัดให้ราษฎรมีสวัสดิการ มีศีลธรรม มีสวัสดิการหรือความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งกล่าวโดยสรุปก็คือ อำนาจปกครองราษฎรทั้งหลายให้มีความสุขนั่นเอง ถ้าปราศจากอำนาจนี้แล้วสังคมจะอยู่ด้วยความสงบเรียบร้อยไม่ได้ โรคภัยไข้เจ็บจะระบาดโดยปราศจากการป้องกันและควบคุม แต่อย่างไรก็ตามการใช้อำนาจของรัฐเพื่อส่งเสริมและรักษาความสงบเรียบร้อยในสังคมดังกล่าวข้างต้น ก็จะต้องอยู่ในขอบเขตอันชอบธรรมด้วยเพราะถ้าหากทำตามอำเภอใจแล้วในที่สุดรัฐจะใช้อำนาจนั่นเอง เรือนจำ ความสิทธิเสรีภาพและสวัสดิภาพของประชาชนได้ อาทิเช่น อาจใช้อำนาจเลยเถิดโดยไม่มีขอบเขตและระบบควบคุมที่ดีพอจึงกลั่นแกล้งหรือแสวงหาประโยชน์ใส่ตน นอกจากนี้ยังอาจใช้วิธีควบคุมแบบเอาง่ายเข้าว่า หรือมกง่ายเห็นแก่ความสะดวกสบายและความประหยัดของเจ้าพนักงานผู้ใช้อำนาจรัฐ โดยที่อาจมีเจตนา รักษาความสงบเรียบร้อยของสังคมจริงก็ได้ แต่ผิดวัตถุประสงค์อันแท้จริงอันเป็นการบิดเบือนอำนาจ (Abuse of Power)³⁰

สำหรับประเทศไทยนั้นได้วางระบบอำนาจในการรักษาความสงบเรียบร้อยภายในรัฐหรือจัดระเบียบอำนาจในการรักษาความสงบเรียบร้อยภายในรัฐ (Police power) ไว้ในกฎหมายเหมือนกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในรัฐธรรมนูญซึ่งเป็นกฎหมายสูงสุดในการปกครองประเทศและมีกฎหมายอื่นๆ ซึ่งเป็นกฎหมายลำดับรองลงมาออกมารองรับเป็นลำดับถัดไป อาทิเช่น พระราชบัญญัติ พระราชกำหนด พระราชกฤษฎีกา กฎกระทรวง ประกาศกระทรวง เป็นต้น และในเรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์นั้นเป็นที่ยอมรับกันในเรื่องนี้ว่ารัฐมีอำนาจ เพราะเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของสาธารณชนหรือจัดเข้าไว้ในเรื่องการรักษาความปลอดภัยและสวัสดิภาพทั่วไปก็ได้ ดังจะเห็นได้จากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้กำหนดไว้เป็นนโยบายแห่งรัฐ ความว่า “รัฐพึงส่งเสริมการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานโดยทั่วถึงและพึงให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้ยากไร้โดยไม่คิดมูลค่า อีกทั้ง

²⁹ Henry Campbell Black, *Black's law Dictionary*, (1968), p. 1373.

³⁰ วิษณุ เครืองาม, *อ้างแล้ว เชิงอรรถที่ 24*, น. 74.

ส่งเสริมให้เอกชนมีส่วนร่วมด้วยเท่าที่จะทำได้ เพราะการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตราย รัฐจะต้องทำให้แก่ประชาชนโดยไม่คิดมูลค่าและทันต่อเหตุการณ์” นอกจากนี้ยังได้กำหนดข้อจำกัดอำนาจรัฐในการออกกฎหมายไว้เหมือนกันแต่มีไม่มากนัก โดยบัญญัติว่า “บทบัญญัติแห่งกฎหมายใดมีข้อความขัดหรือแย้งต่อรัฐธรรมนูญนี้ บทบัญญัตินั้นเป็นอันใช้บังคับไม่ได้” ดังนั้นการออกกฎหมายของไทยจึงอาจทำได้กว้างขวาง เพียงแต่จะขัดหรือแย้งกับรัฐธรรมนูญไม่ได้เท่านั้น

แต่อย่างไรก็ตามการนำเอาอำนาจของรัฐมากำหนดมาตรการทางกฎหมายที่ใช้ในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเรือนจำนั้น มีข้อที่ควรคำนึงและนำมาพิจารณาประกอบ เพื่อกำหนดเป็นขอบเขตในการสร้างกฎเกณฑ์ของกฎหมายอยู่หลายประการ ดังต่อไปนี้

1. หลักความชอบธรรม

หลักความชอบธรรมจะเกิดขึ้นต่อเมื่อมาตรการเหล่านั้นเกิดขึ้นจาก

1.1 เป็นความประสงค์หรือความต้องการของสังคมนั้นที่จะให้มาตรการนั้นมีผลใช้บังคับใช้ในสังคมของตนหรือกับตนเอง สำหรับการปกครองในระบอบประชาธิปไตย การแสดงเจตนาที่กระทำโดยผู้แทนของประชาชนทั้งหมด แต่อย่างไรก็ตามแม้ว่าในระบอบประชาธิปไตยจะถือเสียงข้างมากเป็นหลัก แต่ในขณะเดียวกันก็ต้องเคารพเสียงส่วนน้อยหรือคุ้มครองสิทธิของคนส่วนน้อยจากการบีบเบียนของคนส่วนใหญ่ด้วย

1.2 ผู้บัญญัติกฎหมายไม่สร้างกฎหมายขึ้นมาตามอำเภอใจ ซึ่งจะต้องพิจารณาว่ากฎหมายแม่บทหรือรัฐธรรมนูญให้อำนาจหรือวางหลักเกณฑ์ในการป้องกันทางสาธารณสุขของประชาชนและการรुक้าสิทธิเสรีภาพของปัจเจกชนไว้อย่างไรมาประกอบอีกด้วย เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ถ้าออกกฎหมายกำหนดให้ผู้ที่พบเห็นผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์มีหน้าที่ต้องแจ้งความต่อนักงานเจ้าหน้าที่หากไม่ปฏิบัติตามต้องรับโทษ การกำหนดเช่นนี้จะกระทบสิทธิของบุคคลทั่วไป หรือสร้างความเดือดร้อนกับคนที่พบเห็นหรือไม่

1.3 การออกมาตรการทางกฎหมายต่าง ๆ นั้น ต้องคำนึงไว้เสมอว่ามาตรการเหล่านั้นออกมาเพื่อป้องกันและควบคุมปัญหาต้นเหตุ รวมถึงพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาการเกิดโรคเอดส์ด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ เพราะในปัจจุบันนั้นสาเหตุของการแพร่เชื้อเอดส์มากที่สุดก็คือทางเพศสัมพันธ์³¹

³¹ วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, “การควบคุมการใช้ดุลยพินิจทางปกครองโดยองค์กรตุลาการ,” ในหนังสือรวมบทความ 60 ปี คร.ปรีดี เกษมทรัพย์ (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2531), หน้า 199 - 206.

2. หลักแห่งความเหมาะสม

หลักแห่งความเหมาะสมบังคับให้องค์กรของรัฐฝ่ายปกครองใช้วิจารณญาณในการเลือกกฎหมาย คำสั่ง ที่สามารถจะดำเนินการให้ความมุ่งหมายของกฎหมายที่ให้อำนาจไว้สำเร็จ ล่วงไปได้เท่านั้น กฎหมายหรือคำสั่งทางปกครองที่ไม่อยู่ในวิสัยจะทำให้ความมุ่งหมายของกฎหมายที่ให้อำนาจปรากฏขึ้นมาในสังคมหรือในโลกแห่งความเป็นจริงได้เลย ย่อมเป็นคำสั่งหรือกฎหมายที่ไม่เหมาะสม เช่นการออกกฎหมายให้กระทรวงสาธารณสุข หรือกรมราชทัณฑ์เพียงหน่วยงานเดียวทำหน้าที่รับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์นั้น แม้จะทำให้การปฏิบัติงานเป็นเอกภาพและเป็นแนวทางเดียวกันก็ตาม แต่ก็ไม่สามารถที่จะปฏิบัติให้เกิดผลสำเร็จได้ เนื่องจากโรคเอดส์นั้นจำเป็นต้องอาศัยหลายหน่วยงานมาร่วมมือประสานกันเพราะจะต้องใช้บุคลากรและเครื่องมืออุปกรณ์ให้เพียงพอจึงจะทำให้งานบรรลุผลสำเร็จได้

3. หลักแห่งความจำเป็น

หลักแห่งความจำเป็น หมายความว่า ในบรรดาคำสั่งหรือกฎหมายต่างๆ ที่มีอยู่ทั้งหลายนั้น ซึ่งส่วนแล้วแต่สามารถดำเนินการให้ความมุ่งหมายของกฎหมายที่ให้อำนาจสำเร็จ ล่วงไปได้ทั้งสิ้นนั้น ถ้าเป็นคำสั่งหรือกฎหมายที่มีผลกระทบกระเทือนต่อสิทธิเสรีภาพของราษฎรแล้ว องค์กรของรัฐจะต้องเลือกออกคำสั่ง หรือกฎหมายที่จะมีผลกระทบกระเทือนต่อสิทธิเสรีภาพของราษฎรน้อยที่สุด และถ้าเป็นคำสั่งที่เป็นประโยชน์แก่ราษฎร องค์กรของรัฐฝ่ายปกครองจะต้องเลือกออกคำสั่งหรือกฎหมายที่จะมีผลทำให้รัฐเสียหายน้อยที่สุด³² เช่น การออกกฎหมายมาป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ควรเลือกควบคุมเฉพาะกลุ่มบุคคลที่สำคัญ เช่น ผู้ต้องขัง ผู้ติดยาเสพติด

4. หลักแห่งความได้สัดส่วนกัน

หลักแห่งความได้สัดส่วนเป็นมาตรการที่จะทำให้เกิดภาวะสมดุลขึ้นระหว่างความเสียหายอันจะเกิดกับเอกชน และประโยชน์อันชุมชนจะพึงได้รับจากการปฏิบัติการ ให้เป็นไปตาม มาตรการทางปกครองมาตรการใดมาตรการหนึ่ง ดังนั้นหลักแห่งความได้สัดส่วนนี้จึงห้ามมิให้องค์กรของรัฐฝ่ายปกครองใช้อำนาจในการออกกฎหมาย หรือออกคำสั่งใดคำสั่งหนึ่งซึ่งเป็นที่เห็นได้ชัดว่าหากได้ลงมือปฏิบัติการให้เป็นไปตามคำสั่งแล้วจะยังให้เกิดประโยชน์แก่มหาชนน้อยมาก ไม่คุ้มกับความเสียหายที่จะบังเกิดขึ้นกับราษฎรแล้ว³³ สิ่งนี้เป็นสิ่งที่ควรคำนึงกันให้มากด้วย สำหรับมาตรการทางกฎหมายในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเรื่องจำจึง

³² เพิ่งอ้าง, น. 207.

³³ เพิ่งอ้าง, น. 209.

ควรต้องคำนึงเรื่องนี้ด้วย โดยเฉพาะความได้สัดส่วนกับความรุนแรงของโรค ว่าได้สัดส่วนกับความจำเป็นและได้สัดส่วนกับผลกระทบที่จะเกิดขึ้นตามมาหรือไม่

ด้วยเหตุนี้มาตรการต่างๆ ที่ออกมานั้นต้องสอดคล้องกับลักษณะของโรคนั้นจริงๆ และต้องอาศัยข้อมูลและความรู้ทางวิชาการหลายสาขามาประกอบกัน จึงจำเป็นต้องอาศัยความรู้ความชำนาญจากบุคคลหลายๆ ฝ่ายมาร่วมกันพิจารณาอย่างละเอียดและรอบคอบ โดยคำนึงถึงผลดีผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้น ทั้งนี้ เพื่อคุ้มครองสิทธิของทุกฝ่ายไว้ให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้นั่นเอง ดังนั้นเพื่อให้มาตรการทางกฎหมายในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของประเทศไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ควรนำเอาหลักการของอำนาจรัฐดังกล่าวมาแล้วข้างต้นมาสนับสนุนในการออกกฎหมาย วางระเบียบ กฎและข้อบังคับต่างๆ ให้รัดกุมและเหมาะสมยิ่งขึ้น อันจะส่งผลให้มีประสิทธิภาพในการบังคับใช้ต่อการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเรือนจำในประเทศไทยต่อไป

2.6.2 ทฤษฎีการลงโทษ

1. ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน (Retributive Theory) ทฤษฎีนี้เป็นผลสืบเนื่องมาจากระบบการเมืองการปกครอง ศาสนาและระบบสังคมในสมัยอดีตที่ผู้มีอำนาจปกครองจะใช้วิธีการลงโทษเพื่อการตอบแทนผู้กระทำผิดให้ได้รับโทษ เพื่อให้แต่ละคนได้รับผลแห่งกรรมของตนในลักษณะของการแก้แค้นคือ ถ้าความผิดที่กระทำลงก่อให้เกิดผลร้ายแรงเพียงใด โทษที่จะได้รับก็รุนแรงเพียงนั้น ซึ่งเป็นการลงโทษที่ชดเชยให้สาสมกับความผิดที่ได้กระทำเพื่อให้เกิดความยุติธรรม ตามหลัก “ตาต่อตาฟันต่อฟัน” (an eye for an eye, a tooth for a tooth)³⁴ มีการใช้วิธีการที่รุนแรง ทั้งการประหารชีวิต การลงทัณฑ์ทรมานด้วยรูปแบบต่างๆ เพื่อให้สาสมกับความผิดที่ผู้กระทำผิดได้กระทำลงไป และเพื่อให้ผู้กระทำผิดสารภาพและเพื่อทำให้รู้สำนึกถึงความผิดในการกระทำของตน ทฤษฎีนี้มีแนวคิดในการลงโทษว่าผู้กระทำผิดมีเจตจำนงเสรี (Free Will)³⁵ ในการที่จะคิดไตร่ตรอง ตัดสินใจ และกระทำการด้วยตนเอง ประกอบกับมนุษย์มีความสามารถในการใช้เหตุผล

³⁴ นัทธี จิตสว่าง, หลักทฤษฎีวิทยา: หลักการวิเคราะห์ระบบงานราชทัณฑ์, (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิพิบูลสงเคราะห์, 2540), น. 24.

³⁵ แสง บุญเฉลิมวิภาส, หลักกฎหมายอาญา, (กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2551), น. 15.

เมื่อตัดสินใจทำสิ่งใดลงไปจึงต้องรับผิดชอบต่อการกระทำของตนอย่างเต็มที่ เมื่อกระทำผิดจึงต้องรับผิดชอบต่อความผิดและสมควรได้รับการลงโทษ

2. ทฤษฎีการลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้ง (Deterrence Theory) มีแนวคิดว่าการลงโทษนั้นสามารถข่มขู่และยับยั้งตัวผู้กระทำผิดที่ได้รับโทษและบุคคลอื่นที่เห็นตัวอย่าง ทำให้เกิดความเกรงกลัวโทษ จนไม่กล้ากระทำความผิดขึ้นอีก การลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้ง มีวัตถุประสงค์หลัก 2 ประการ ได้แก่

2.1 เพื่อยับยั้งตัวผู้กระทำผิดที่ถูกลงโทษไม่ให้กระทำความผิดซ้ำอีก เนื่องจากเกิดความกลัวเกรงในโทษที่ได้รับ อันเป็นผลให้ตัดโอกาสที่จะกระทำความผิดขึ้นอีก (Incapacitation)

2.2 เพื่อยับยั้งบุคคลอื่นมิให้กระทำความผิด เนื่องจากได้เห็นผลร้ายของการกระทำความผิดและการได้รับโทษ จนไม่อยากจะกระทำความผิดเพราะเกรงกลัวในโทษ การลงโทษเพื่อข่มขู่ยับยั้งนี้อาจกล่าวได้ในอีกความหมายหนึ่งคือ เป็นการป้องกันไม่ให้เกิดการกระทำความผิดขึ้นนั่นเอง ซีซาร์ เบ็คคาเรียอธิบายว่า การลงโทษที่สามารถข่มขู่ยับยั้งผู้กระทำผิดได้นั้น จะต้องมิลักษณะสำคัญ 3 ประการ³⁶ ได้แก่

(1) การลงโทษต้องทำด้วยความรวดเร็ว

(2) ความแน่นอนในการลงโทษ

(3) ความเคร่งครัดหรือความรุนแรงในการลงโทษ

3. ทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู (Rehabilitative Theory) มีแนวคิดว่าการลงโทษควรมีเพื่อการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิด ให้กลับตัวเป็นคนดี เพื่อไม่ให้ผู้กระทำผิดกลับมากระทำความผิดซ้ำ รวมทั้งพยายามที่จะช่วยให้ผู้กระทำผิดกลับคืนสู่สังคมได้ตามปกติ³⁷ จึงต้องมีการให้การเรียนรู้อบรม การฝึกอาชีพ ให้เพียงพอที่เขาจะใช้ในการดำเนินชีวิตได้ รวมทั้งการพยายามช่วยให้ผู้กระทำผิดไม่รู้สึกมีปมด้อยจากการที่ได้รับการลงโทษไปแล้ว สำหรับหลักการลงโทษตามทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟู ประกอบด้วย

3.1 หลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้กระทำผิดประสบกับสิ่งที่ทำลายคุณลักษณะประจำตัวของเขา โดยให้ใช้วิธีการอื่นแทนการลงโทษจำคุกระยะสั้น

3.2 การลงโทษต้องเหมาะสมกับการกระทำผิดเป็นรายบุคคล

3.3 เมื่อผู้กระทำความผิดได้แก้ไขดีดังเดิมแล้วให้หยุดการลงโทษ และให้มีการปรับปรุงการลงโทษระหว่างที่มีการคุมขัง

³⁶ อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ, ทฤษฎีอาญา, (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2552), น. 7.

³⁷ จุฑารัตน์ เอื้ออำนวย, สังคมวิทยาอาชญากรรม, (กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551). น. 9.

2.6.3 วัตถุประสงค์ของการบังคับโทษทางอาญา

เมื่อได้พิจารณากระบวนการยุติธรรมทางอาญาทั้งระบบ ประกอบกับภารกิจของกฎหมายอาญา จะพบว่ากฎหมายอาญาในส่วนสารบัญญัติจะทำหน้าที่เป็นกฎ กติกาของสังคมที่คนในสังคมทุกคนจะต้องเคารพและปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด โดยบุคคลจะต้องรับโทษในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำการตามที่กฎหมายบัญญัติเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้ เมื่อมีการกระทำความผิดอาญา กฎหมายอาญาจะมีผลใช้บังคับได้จริงก็ต้องอาศัยกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาในการดำเนินการ ตั้งแต่ในชั้นสอบสวน ฟ้องร้อง ชั้นพิจารณา พิพากษา และบังคับโทษ ในขั้นตอนของการบังคับโทษจำคุกนี้ การจะดำเนินการตามคำพิพากษาของศาลที่ให้จำคุกเป็นระยะเวลาเท่านั้นเท่านั้นโดยไม่มีสิ่งใดที่จะเป็นหลักประกันได้ว่าผู้ถูกดำเนินการบังคับโทษจำคุกตามหมายจำคุกจากศาลตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดโทษไว้นั้น จะมีความเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นหรือไม่ และจะไม่ไปกระทำความผิดอีกหรือไม่ อันจะยังให้เกิดความสัมฤทธิ์ผลตามภารกิจในการให้ความคุ้มครองสังคม ปราบปรามและป้องกันการกระทำความผิด และภารกิจในการคุ้มครองคุณธรรมทางกฎหมาย และคุ้มครองคุณภาพของการกระทำ ดังที่ได้กำหนดเป็นภารกิจหลักที่สำคัญของกฎหมายอาญาหรือภารกิจของกระบวนการยุติธรรมทางอาญาได้อย่างแท้จริง³⁸

ดังนั้น จะเห็นได้ว่าแม้ว่ากระบวนการขั้นตอนของระบบทำการตรวจสอบความจริงจะสามารถพิสูจน์หาตัวบุคคลผู้กระทำความผิดหรือจาเลยมาลงโทษได้แล้ว หากกระบวนการยุติธรรมทางอาญาขาดขั้นตอนหรือกระบวนการของการบังคับโทษที่มีประสิทธิภาพ ก็จะไม่สามารถเป็นหลักประกันได้ว่าการจำคุกบุคคลดังกล่าวไว้ตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดและพ้นโทษออกไปแล้วจะไม่กลับมาก่อทำความผิดซ้ำอีก การให้ผู้กระทำความผิดในหลายๆ ลักษณะมาอาศัยอยู่ในเรือนจำเดียวกัน โดยไม่มีการแบ่งแยก และไม่มีการดำเนินการแก้ไขเปลี่ยนแปลงตามหลักของการบังคับโทษจำคุกนั้น จะกลายเป็นผลให้การที่ต้องขังมาอยู่ร่วมกันนานๆ จะซึมซับและเรียนรู้พฤติกรรมซึ่งกันและกันจนเกิดเป็นสถานการณ์ที่เรียกว่าเรือนกลายเป็นมหาวิทยาลัยที่สร้างอาชญากรออกสู่สังคม ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อคนในสังคมอย่างยิ่งกับทั้งยังทำให้กระบวนการยุติธรรมในส่วนอื่นๆ เช่น ตำรวจ พนักงานอัยการ ศาล จะต้องทำงานมากขึ้นและซ้ำอยู่กับบุคคลเดิม อันเป็นการเสียเวลาเสียค่าใช้จ่าย งบประมาณที่ต้องเพิ่มสูงขึ้นและสูญเปล่า และสิ่งที่สำคัญคือปริมาณอาชญากรอาชีพหรือองค์กรอาชญากรรมก็จะมีมากขึ้นตามไปด้วย

³⁸ ธาณี วรภัทร์, “กฎหมายบังคับโทษในประเทศไทย : การบังคับโทษจำคุก,” (วิทยานิพนธ์คุุณยศึกษาคณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธุรกิจบัณฑิตย์, 2552), น. 36 - 38.

การลงโทษ คือ การปฏิบัติกรอย่างใดอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ที่ได้รับการปฏิบัตินั้นได้รับผลร้าย เนื่องมาจากการที่ผู้นั้นได้ปฏิบัติหรือทาการที่ฝ่าฝืนกฎ กติกาของสังคม โดยรัฐจะเป็นผู้ทำหน้าทีจัดการให้ผู้กระทำความผิดได้รับผลร้าย การลงโทษเป็นรูปแบบหนึ่งของการป้องกันสังคมจากผู้กระทำความผิด ทั้งนี้ การป้องกันแบ่งออกเป็น การป้องกันทั่วไป และการป้องกันพิเศษ

มาตรการบังคับทางอาญาที่มีวัตถุประสงค์เป็นการป้องกันทั่วไป (General Prevention) เป็นการลงโทษผู้กระทำความผิด ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 18 อันได้แก่ การประหารชีวิต จำคุก กักขัง ปรับ ริบทรัพย์สิน เนื่องจากเป็นมาตรการบังคับทางอาญาที่ใช้ข่มขู่มิให้บุคคลอื่นกระทำความผิดในทางเดียวกัน หรือกระทำเป็นแบบอย่าง อันจะเป็นการบังคับจิตใจของบุคคลทั่วไปที่คิดจะกระทำความผิดอย่างเดียวกันนั้น ให้ยุติความคิดนั้นๆ

มาตรการบังคับทางอาญาที่มีวัตถุประสงค์เป็นการป้องกันพิเศษ (Special Prevention) เป็นวิธีการเพื่อความปลอดภัย เพื่อป้องกันมิให้ผู้กระทำความผิดกลับมากระทำความผิดแบบเดียวกันซ้ำอีก และเพื่อเป็นการป้องกันมิให้มีการกระทำความผิดที่อาจก่อให้เกิดความเดือดร้อนแก่ชีวิตหรือทรัพย์สินของผู้อื่น อันอาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต วิธีการเพื่อความปลอดภัยเป็นทางเลือกที่ศาลสามารถที่จะสั่งให้นำมาใช้ควบคู่ไปกับการลงโทษหรือเลือกใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยมาบังคับใช้แทนมาตรการลงโทษทางอาญาได้ ทั้งนี้ เพื่อตอบสนองต่อภารกิจหลักในการคุ้มครองสังคม และป้องกันการกระทำความผิดกฎหมาย ซึ่งการเลือกใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัย อันเป็นมาตรการป้องกันพิเศษมาใช้ควบคู่ไปกับการลงโทษหรือแทนมาตรการลงโทษ ก็เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการลงโทษทางอาญา กล่าวคือ

1. การป้องกันทั่วไป (General Prevention) มุ่งเน้นการลงโทษการกระทำที่ละเมิดต่อกฎหมาย เพื่อให้ผู้กระทำความผิดทราบว่าได้กระทำในสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับและเพื่อให้บุคคลอื่นทั่วไปเห็นว่าหากมีการกระทำเช่นนี้เกิดขึ้น การกระทำนั้นก็จะไม่เป็นที่ยอมรับบุคคลย่อมจะต้องได้รับโทษจากการกระทำที่ผิดต่อกฎหมาย³⁹

2. การป้องกันพิเศษ (Special Prevention) เป็นการป้องกันมิให้ผู้ที่เคยกระทำความผิดกลับมาก่ออันตรายต่อสังคมได้อีกในอนาคต โดยการใช้นามาตรการฟื้นฟูและป้องกันในรูปแบบต่างๆ ทั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่ต้องรับโทษนั้นได้รู้สึกสำนึกว่าการกระทำของตนเป็นการกระทำที่ผิด อันเป็นพฤติกรรมที่คนในสังคมส่วนใหญ่ไม่พึงประสงค์จะให้เกิดเหตุการณ์เช่นนั้น จึงต้องนำเข้าสู่กระบวนการแก้ไขพฤติกรรมมนุษย์เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่ดีนั้นให้หมดไป

³⁹ เพิ่งอ้าง, น. 18 – 19.

การลงโทษทางอาญา คือ ผลแห่งความผิดที่ผู้กระทำจะได้รับเมื่อมีการฝ่าฝืนกฎกติกาที่รัฐกำหนดวางไว้ ซึ่งการลงโทษย่อมจะก่อให้เกิดความเจ็บปวด ทุกข์ทรมาน และเกิดความไม่พึงพอใจแก่ผู้ที่ต้องได้รับโทษดังกล่าว โดยนักวิชาการมีความเห็นว่าการลงโทษไม่ควรเป็นเรื่องที่กระทำเพื่อการแก้แค้นผู้กระทำความผิดเพียงอย่างเดียว แต่ควรจะเป็นการกระทำเพื่อคุ้มครองผู้กระทำความผิดมิให้ถูกแก้แค้นจากผู้เสียหาย เพราะการแก้แค้นกันเองย่อมก่อให้เกิดความไม่สงบสุขในสังคม ดังนั้นการยับยั้งไม่ให้มีการกระทำความผิดที่กฎหมายห้าม การก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานน้อยที่สุดทั้งต่อผู้กระทำความผิดและต่อผู้อื่นในสังคม การให้ผู้กระทำความผิดสำนึกผิดในการกระทำของตน ตลอดจนการแสดงออกว่าสังคมไม่ยอมรับการกระทำความผิดนั้น ทางทฤษฎีได้จำแนกวัตถุประสงค์ของการลงโทษออกเป็น 4 ประการ ได้แก่ การลงโทษเพื่อการแก้แค้นทดแทน การป้องกันหรือยับยั้งการกระทำความผิด การทำให้ผู้กระทำความผิดไม่สามารถไปกระทำความผิดอีก และการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิด โดยจะอธิบายถึงรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การลงโทษเพื่อการแก้แค้นทดแทน (retribution)

ทฤษฎีนี้มีความหมายหลายประการ แตกต่างกันไปตามยุคสมัย โดยอาจหมายถึงความถึงการแก้แค้น (vengeance) หรือการชดใช้ความผิด (expiation) โดยในปัจจุบันกลุ่มประเทศแถบตะวันตก โดยเฉพาะในสหราชอาณาจักร ให้ความหมายว่าหมายถึงความถึงการที่ผู้กระทำความผิดได้รับการลงโทษที่เหมาะสมกับความผิดที่กระทำ (just desert) การติเตียน (censure) หรือการประณาม (denunciation)⁴⁰

ทฤษฎีการแก้แค้นทดแทนตามความหมายของ “การแก้แค้น” (vengeance) จะถือว่าการลงโทษเป็นการแสดงอย่างชัดเจน ยืนยันถึงความเกลียดชังที่มีต่อการกระทำความผิด และทำให้เกิดความชอบธรรมในการลงโทษ เพราะกฎหมายอาญามีพื้นฐานมาจากกฎศีลธรรม เมื่อมีการกระทำความผิดเกิดขึ้นอันเป็นการล่วงละเมิดศีลธรรมของชุมชน กฎหมายจึงได้ดำเนินบทบาทในเชิงสังคมบนหลักการที่ว่า เป็นความชอบธรรมทางศีลธรรมที่จะลงโทษผู้กระทำความผิด โดยรัฐจะดำเนินการลงโทษเพื่อวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ ดำเนินการแทนผู้เสียหาย ญาติ เพื่อป้องกันไม่ให้มีการแก้แค้นกันเอง และสนองมโนธรรมของคนในสังคมที่ต้องให้มีการลงโทษผู้กระทำความผิด เนื่องจากเชื่อว่าการแก้แค้นเป็นสัญชาตญาณเฉกเช่นเดียวกับสัตว์ที่มักจะกัดตอบเมื่อถูกทำร้ายการ

⁴⁰ สหชน รัตน์ไพจิตร, “ความประสงค์ของการลงโทษอาญา: ศึกษาเฉพาะประเทศไทยสมัยใช้กฎหมายลักษณะอาญาและประมวลกฎหมายอาญา,” (วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527), น. 38.

แก้แค้นผู้กระทำความผิดจึงไม่ใช่เพียงเรื่องที่สังคมยอมรับกันแต่เป็นความต้องการในฐานะที่เป็นทางระบายออก เพราะหากไม่มีการลงโทษก็จะต้องมีการอดกลั้นความรู้สึกที่ไม่ชอบธรรมนั้นจนอาจถึงจุดระเบิดอันนำไปสู่การลุกฮือและกระทำการในเรื่องที่ไม่พึงประสงค์

ส่วนทฤษฎีการแก้แค้นทดแทนตามความหมายของ “การชดใช้ความผิด” (expiation) เกิดขึ้นจากความเชื่อที่ว่า ผู้กระทำความผิดจะต้องชดใช้ความผิดที่ได้กระทำจึงต้องทนรับความทุกข์เรื่องนี้ถือว่าเป็นเรื่องทำนองเดียวกับการแก้แค้นตอบแทน เพราะผู้กระทำความผิดจะต้องชดใช้หนี้ต่อสังคม และการที่ต้องรับผิดชอบดังกล่าวจะทำให้สังคมยอมรับเพราะมีการลงโทษแล้ว แนวความคิดนี้มีพื้นฐานมาจากอิทธิพลของศาสนา แต่มีนักวิชาการบางท่านเห็นว่าเป็นเรื่องจิตวิทยาที่ผู้กระทำความผิดเองต้องการจะชดใช้ความผิด

ทฤษฎีการแก้แค้นทดแทนตามความหมายของ “การลงโทษที่เหมาะสมกับความผิดที่กระทำ” (just desert) ถือเป็นแนวความคิดใหม่ที่เพิ่งเกิดขึ้นในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา เนื่องจากมีกระแสคัดค้านทฤษฎีป้องกันและทฤษฎีแก้ไขปรับปรุงผู้กระทำความผิด และเห็นกันว่าควรลงโทษผู้กระทำความผิดเพราะเขาควรจะได้รับ โดยในปัจจุบันทฤษฎีการแก้แค้นทดแทนตามความหมายของ “การลงโทษที่เหมาะสมกับความผิดที่กระทำ” ถือเป็นทฤษฎีหลักของการลงโทษทางอาญาในสหราชอาณาจักร ตาม Criminal Justice Act 1991 และมลรัฐส่วนใหญ่ในสหรัฐอเมริกาก็ได้มีการปฏิรูปการลงโทษโดยยึดถือแนวความคิดเรื่องการลงโทษให้เหมาะสมกับความผิดที่กระทำนี้ Clarkson และ Keating ได้กล่าวว่าทฤษฎีดังกล่าวนี้ได้เกิดขึ้นตามแนวความคิดของ Kant ที่ว่า บุคคลจะต้องรับโทษหากทำการฝ่าฝืนกฎหมาย ซึ่งด้วยวิธีการนี้จะทำให้มนุษย์เคารพต่อตนเองและรับผิดชอบในการกระทำของตนที่ได้เลือกที่จะกระทำความผิด เพราะการลงโทษเพื่อแก้ไขปรับปรุงอาจจะเป็นการปฏิบัติต่อมนุษย์เฉกเช่นเดียวกับสัตว์เลี้ยง⁴¹ ทั้งนี้ เนื่องจากทฤษฎีทางรัฐศาสตร์ได้กำหนดไว้ว่าบุคคลมีหน้าที่ที่จะไม่ทำสิ่งที่กระทบต่อสิทธิของผู้อื่น กฎหมายจึงได้กำหนดให้ชัดเจนเพิ่มเติมว่าบุคคลทุกคนจะต้องเคารพกฎหมายและเนื่องจากการกระทำความผิดจะทำให้ผู้กระทำได้รับประโยชน์อันไม่ชอบที่ผู้ซึ่งปฏิบัติตามกติกาบ้านเมืองไม่อาจได้มา ทั้งจะติดนิสัยชอบกระทำความผิด ไม่มีศีลธรรมอย่างที่คนอื่นมีการลงโทษจึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะเรียกคืนซึ่งประโยชน์ที่ผู้กระทำความผิดได้ไปโดยไม่ชอบดังกล่าว ทั้งจะเป็นการฟื้นฟูคุณภาพทางสังคม

ประการสุดท้าย ทฤษฎีการแก้แค้นทดแทนตามความหมายของ “การตีเตียน” (censure) หรือ “การประณาม” (denunciation) เป็นแนวความคิดที่กล่าวเพิ่มเติมจากทฤษฎีการแก้แค้น

⁴¹ เพิ่งอ้าง, น. 40.

ทดแทนตามความหมายของการลงโทษที่เหมาะสมกับความผิดที่กระทำ ซึ่งเห็นว่า ความเหมาะสมในการลงโทษก็คือวัตถุประสงค์ของการลงโทษ เพราะจะมีการลงโทษที่เป็นบางสิ่งที่เป็นสิ่งที่ดี กล่าวคือความเป็นธรรม แต่นักวิชาการในกลุ่มนี้เห็นเพิ่มเติมว่าการลงโทษตามทฤษฎีที่เหมาะสมกับความผิดที่กระทำควรมีการผสมผสานการแสดงผลออกซึ่งการไม่ยอมรับ และการประณามการกระทำ ความผิดรวมถึงตัวผู้กระทำความผิด

2) การลงโทษเพื่อป้องกันหรือยับยั้งการกระทำความผิด (deterrence)

ทฤษฎีนี้จะเน้นไปที่ผลของการลงโทษ เพื่อเป็นการลดการกระทำความผิดที่จะเกิดขึ้น ด้วยการลงโทษให้เห็นเป็นตัวอย่าง ทฤษฎีการป้องกันนี้ อาจแบ่งพิจารณาได้เป็น 3 ประการ⁴² คือ

2.1) การป้องกันส่วนบุคคล (individual deterrence) เรื่องนี้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของทฤษฎีป้องกันที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อลดแรงจูงใจในการกระทำความผิดโดยมีความคาดหวังว่าการถูกลงโทษจะทำให้ผู้กระทำความผิดไม่กลับไปกระทำความผิดซ้ำอีก ดังนั้น หน้าที่สำคัญของผู้พิพากษาตามแนวความคิดนี้ก็คือ การคาดการณ์และเลือกโทษที่จะส่งผลกระทบต่อตัวมาแก่ผู้กระทำความผิดให้มากที่สุด โดยผู้กระทำความผิดบางคนที่ไม่มีความไว้วางใจจะกลับไปกระทำความผิดอีกอาจไม่ต้องรับโทษ ในขณะที่อาจต้องใช้โทษรุนแรงจนดูเหมือนไร้ความปราณีแก่ผู้กระทำความผิดอีกคนหนึ่ง อย่างไรก็ตาม มีการกล่าวกันว่าทุกครั้งที่มีการกระทำความผิด ทฤษฎีนี้จะถูกสั่นคลอน และมีความเห็นกันว่าทฤษฎีนี้จะมีผลเมื่อใช้กับผู้กระทำความผิดซ้ำ นั่นคือการที่การลงโทษที่มีขึ้นในครั้งแรกล้มเหลว⁴³

2.2) การป้องกันส่วนทั่วไป (general deterrence) โดยเห็นว่าการขู่ว่าจะลงโทษจะมีผลเป็นการยับยั้งบุคคลไม่ให้กระทำความผิด ในขั้นตอนการออกกฎหมายรัฐสภาจึงต้องกำหนดโทษเอาไว้เพื่อขู่ไม่ให้บุคคลคิดไปกระทำความผิด และในขั้นตอนการลงโทษจะต้องลงโทษผู้กระทำความผิดเพื่อแสดงให้เห็นในสังคมเห็นและไม่เอาเป็นเยี่ยงอย่าง

2.3) การป้องกันเนื่องจากบทเรียนที่เกิดขึ้น (educative deterrence) ทฤษฎีนี้อธิบายไปถึงการแก้ปัญหาการกระทำความผิดเล็กๆ น้อยๆ ของอาชญากรที่มีความรู้ความสามารถในสำนักงานหรือในโรงงานอุตสาหกรรม โดยการฟ้องคดีประเภทนี้ยังมีไม่มากนัก อาจจะเนื่องมาจากคนในสังคมยังไม่เห็นว่าการกระทำดังกล่าวเป็นเรื่องที่ไม่ถูกต้องจึงยังไม่เกิดการยับยั้งทางจิตสำนึก

⁴² เพิ่งอ้าง, น. 41.

⁴³ พยาร์ ศรีแสงทอง, การลงโทษและการแก้ไขผู้กระทำความผิด, (กรุงเทพมหานคร : คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2554), น. 42.

ต่อการกระทำความผิดเพราะเห็นว่าเป็นเพียงเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ทำให้ไม่มีพลังในการกระตุ้นจิตสำนึกคนในสังคมว่าควรมีการลงโทษการกระทำผิดในลักษณะนี้ อันจะส่งผลในเชิงป้องกันการกระทำผิดในเรื่องอื่นๆ ต่อไป

3) การลงโทษเพื่อทำให้ผู้กระทำผิดไม่สามารถกลับไปกระทำผิดได้อีก (incapacitation)

ทฤษฎีนี้เป็นเรื่องการทำให้ผู้กระทำผิดไม่สามารถกระทำผิดอีก ซึ่งจะทำได้โดยการแยกบุคคลที่ไม่พึงประสงค์ออกจากสังคม อาจเป็นการถาวรหรือเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่ง เพื่อให้คนในสังคมได้รับความปลอดภัยจากความทุกข์ร้อนที่จะเกิดขึ้นจากบุคคลที่ไม่พึงประสงค์ เนื่องจากผู้กระทำผิดบางคนไม่สามารถนำทฤษฎีป้องกันหรือแก้ไขฟื้นฟูมาใช้ได้ ทำให้บุคคลดังกล่าวอาจไปกระทำผิดหากมีโอกาสทำได้ ดังนั้น มาตรการคุ้มครองสังคมที่พอจะทำได้ก็คือการควบคุมบุคคลดังกล่าวไว้ชั่วระยะเวลาหนึ่งเพื่อไม่ให้ไปก่อความเดือดร้อนแก่ผู้อื่น แต่เดิมนั้นมีการใช้วิธีการประหารชีวิต ตัดแขนตัดขา หรือเนรเทศ แก่ผู้กระทำผิดประเภทนี้ แต่ในปัจจุบันอาจใช้วิธีการควบคุมบุคคลไว้ในเขตที่กำหนด (curfew) ยึดใบอนุญาต หรือจำคุก ซึ่งการจะนำมาตราอย่างไรมานั้นขึ้นอยู่กับความร้ายแรงของการกระทำผิด

4) การลงโทษเพื่อแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำผิด (rehabilitation) การลงโทษตามทฤษฎีนี้ถือเป็นพัฒนาการที่สำคัญของทฤษฎีการลงโทษทางอาญา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามกฎหมาย ที่ไม่ใช่การสร้างความปลอดภัยว่าจะถูกลงโทษแต่เป็นการแก้ไขที่จิตสำนึกของบุคคล ทฤษฎีนี้เป็นการขัดเกลาคความประพฤติเพื่อให้ไม่ต้องการกลับไปกระทำผิดอีก ถึงแม้ว่าบุคคลนั้นจะไม่กลัวการลงโทษ จุดกำเนิดของทฤษฎีนี้มีความเกี่ยวข้องกับความเคลื่อนไหวทางมนุษยธรรมเพื่อการปรับปรุงเรือนจำ และกลุ่มผู้เรียกร้องให้มีการนำแนวความคิดนี้เพื่อให้ความเป็นอยู่ที่ดีขึ้นมาใช้⁴⁴

ทฤษฎีการลงโทษตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นเป็นพื้นฐานสำคัญในการลงโทษทางอาญา โดยในการนำไปใช้นั้นจะเน้นหนักไปในทางใดก็จะเป็นไปตามลักษณะทางวัฒนธรรมของกลุ่มชนนั้นๆ สภาพชีวิตความเป็นอยู่ ศาสนา และแนวนโยบายแห่งรัฐ ในบางช่วงเวลา แนวคิดจากทฤษฎีต่างๆ เหล่านี้อาจเป็นเครื่องมือของรัฐในการคุ้มครองป้องกันสังคมในสถานการณ์ที่วิกฤติได้

หากพิจารณาถึงประวัติการลงโทษทางอาญาตั้งแต่ในอดีตของประเทศไทย ในสมัยสุโขทัย อยุธยา เรื่อยมาจนถึงในยุคปัจจุบันจะพบว่า ได้มีการนำทฤษฎีต่างๆ มาใช้ การนำทฤษฎี

⁴⁴ เพิ่งอ้าง, น. 40.

ดังกล่าวนี้มาใช้จะมีความผสมกลมกลืนกันอยู่หลายทฤษฎี ซึ่งปรากฏในการลงโทษและวิธีการลงโทษทางอาญา

วิธีการลงโทษที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันก็คือ การลงโทษจำคุกโดยกันผู้กระทำความผิดออกจากสังคม เพื่อให้สังคมมีความปลอดภัย แต่การจำคุกเป็นวิธีการที่แยกผู้กระทำความผิดออกจากสังคมได้เพียงชั่วคราว ท้ายที่สุดผู้กระทำความผิดก็ยังคงกลับมาอยู่ในสังคม แม้ว่าจะเป็นการลงโทษจำคุกตลอดชีวิตแต่ต่อมาก็อาจมีการลดโทษด้วยวิธีการต่างๆ จนในที่สุดแล้วก็สามารถออกจากเรือนจำกลับเข้ามาสู่สังคมได้อีก และเมื่อกลับมาแล้วผู้กระทำความผิดอาจมีความโกรธแค้นสังคมมากยิ่งขึ้นอันเป็นผลต่อเนื่องจากการที่เขาต้องถูกลงโทษ หรือการถูกจำคุกอยู่ในเรือนจำเป็นเวลานานๆ ทำให้บุคคลนั้นปรับตัวเข้ากับสังคมได้ยากยิ่งขึ้น ประกอบกับบุคคลที่ผ่านการรับโทษจำคุกมาแล้วนั้นมักจะไม่ได้รับการยอมรับจากคนในสังคม คนเหล่านี้จึงมีตราบาปเป็นคนที่เรือนจำ ไม่มีผู้ใดให้การยอมรับ

การบังคับโทษทางอาญาจึงเป็นส่วนสาระสำคัญในการแก้ไขพฤติกรรมของอาชญากร หรือผู้กระทำความผิดทั่วไปให้สามารถกลับตัวมาเป็นคนดีและสามารถที่จะกลับเข้ามาอยู่ร่วมกับบุคคลต่างๆ ไปในสังคมได้อย่างสงบสุขภายหลังจากที่ต้องถูกบังคับโทษทางอาญาแล้ว

วัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายของการบังคับโทษจำคุก เป็นการพัฒนาการจากแนวคิดในอดีตมาจนถึงปัจจุบันโดยมุ่งคุ้มครองสิทธิเสรีภาพตลอดจนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากยิ่งขึ้น โดยมุ่งที่จะปรับเปลี่ยน บำบัด พื้นฟู แก้ไขพฤติกรรมของบุคคลที่บกพร่องในเรื่องต่างๆ ที่เป็นเหตุให้กระทำความผิดอาญา อันเป็นกฎกติการ่วมกันของคนในสังคมที่มีผลถึงขนาดทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับคนในสังคมปกติได้ และมีความจำเป็นต้องนำตัวบุคคลที่มีลักษณะดังกล่าวนี้ไปปรับปรุงเยียวยา แก้ไข เพื่อยกระดับความเจริญทางด้านจิตใจและพฤติกรรมให้อยู่ในระดับเกณฑ์มาตรฐานบุคคลปกติต่างๆ ไปในสังคม ซึ่งวัตถุประสงค์ของการบังคับโทษที่สำคัญ มีดังต่อไปนี้

1. เพื่อให้มีการดำรงชีวิตในอนาคตโดยปราศจากการกระทำความผิดและมีความรับผิดชอบต่อสังคม

การบังคับโทษจำคุกเพื่อให้มีการดำรงชีวิตในอนาคตโดยปราศจากการกระทำความผิดและมีความรับผิดชอบต่อสังคมเป็นการมุ่งเน้นการดำรงชีวิตในอนาคตโดยปราศจากการกระทำความผิดและให้มีความรับผิดชอบต่อสังคม ซึ่งเป็นวัตถุประสงค์ที่สำคัญ⁴⁵ และเป็นไปตามหลักการบังคับโทษในข้อที่ว่า “เมื่อมีการลงโทษจำคุกผู้กระทำความผิดครบระยะเวลาแล้ว ผู้นั้นก็จะออกมา

⁴⁵ ธานี วรภัทร์, *อ้างแล้ว* เจริญธรรมที่ 38, น. 36.

ดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคมปกติอีกครั้ง” ดังนั้น ในประเทศต่างๆ เช่น ประเทศญี่ปุ่น สหพันธ์สาธารณรัฐเยอรมนี ประเทศอังกฤษ เป็นต้น จึงมีกฎหมายหรือแนวนโยบายในการลงโทษจำคุกที่จะต้องหลีกเลี่ยงผลเสียอันอาจเกิดแก่บุคคลผู้ที่ต้องได้รับการบังคับโทษจำคุก กล่าวคือต้องไม่ทำลายบุคลิกภาพของคนปกติและต้องสอดคล้องกับหลักศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญอยู่บนพื้นฐานของการบังคับโทษ หลักการความใกล้เคียงของชีวิตภายในและภายนอกเรือนจำ เพราะผู้ต้องขังทุกคนมีโอกาสกลับเข้าสู่สังคมอีกครั้ง หากการจำคุกทำลายบุคลิกภาพของบุคคลให้ต้องเสียไป การฟื้นฟูก็จะทำไม่ได้ผล สุดท้ายสังคมก็จะได้รับความเสียหายต่อเนื่องไป

การลงโทษอย่างมีเหตุผลที่เป็นภาวะวิสัยย่อมไม่ลงโทษเพียงเนื่องจากว่าได้มีการกระทำความผิดขึ้นเท่านั้น เพราะสิ่งใดที่เกิดขึ้นแล้วไม่อาจแก้ไขให้กลับเป็นดังเดิมได้ แต่การลงโทษโดยคำนึงถึงอนาคตหรือการมองไปข้างหน้าเพื่อให้ทั้งผู้ที่กระทำความผิดเองและผู้ที่เกี่ยวข้องที่กระทำความผิดถูกลงโทษไม่กระทำความผิดขึ้นอีกเป็นสิ่งสำคัญ⁴⁶ โดยสรุปมีหลักเกณฑ์พื้นฐานการบังคับโทษที่ต้องนำมาใช้ ดังนี้

1.1 หลักการความใกล้เคียงของชีวิตภายในและภายนอกเรือนจำ กล่าวคือ รัฐจะต้องพยายามบริหารจัดการต่างๆ ให้การดำเนินชีวิตของผู้ต้องขังภายในเรือนจำมีความใกล้เคียงกับการใช้ชีวิตของบุคคลทั่วไปที่อยู่ภายนอกเรือนจำมากที่สุดเท่าที่จะทำได้ กล่าวอีกนัยหนึ่ง ภายนอกเรือนจำและภายในเรือนจำต้องมีความใกล้เคียงกัน มิฉะนั้นจะทำให้ผู้ได้รับโทษจำคุกเสียบุคลิกภาพ หรือวัฒนธรรมการดำรงชีวิตของตนในการอยู่ร่วมกันกับสังคมภายนอกไป ทำให้ไม่สามารถกลับคืนสู่สังคมได้ เป็นการทำลายวัฒนธรรมการใช้ชีวิตปกติของมนุษย์

1.2 หลักการหลีกเลี่ยงผลเสียจากการบังคับโทษ หมายความว่า มาตรการหรือกลไกต่างๆ ในการลงโทษและบังคับโทษต้องหลีกเลี่ยงผลเสียจากการบังคับโทษ อันเป็นการทำลายบุคลิกลักษณะของความเป็นมนุษย์ไป เช่น การไม่ให้เกิดวัฒนธรรมเรือนจำโดยไม่จำเป็นที่จะเป็นผลมาลายพฤติกรรมของผู้ต้องขัง การตัดการรับรู้ข้อมูลข่าวสารภายนอกเรือนจำ การลงโทษด้วยวิธีทารุณโหดร้ายภายในเรือนจำ เป็นต้น เป็นการกระทำที่ทำให้ผู้ต้องขังรู้สึกว่าเขาดีกว่าหรือต่ำกว่าคนอื่นทั่วไป เช่น การเรียกชื่อหรือการใช้สรรพนามต่างๆ ในการเรียกผู้ต้องขัง เป็นต้น

1.3 พยายามที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้กระทำความผิดได้ประสบกับสิ่งที่ทำลายคุณลักษณะประจำตัวของคนๆ นั้น กล่าวคือ เมื่อผู้กระทำความผิดถูกคุมขังในเรือนจำย่อมเสื่อมเสียฐานะและชื่อเสียงในสายตาของคนทั่วไป ทำให้โอกาสที่จะกลับตัวเป็นคนดีลดน้อยลง ประกอบกับ

⁴⁶ สหชน รัตนไพจิตร, *อ่างแล้ว เจริญรอดที่ 40*, น. 61.

ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดได้รับโทษจำคุกเป็นครั้งแรก หรือความผิดเล็กน้อยๆ ผู้กระทำความผิดกลุ่มนี้ จะต้องเข้ามาอยู่ปะปนกับผู้กระทำความผิดที่เป็นอาชญากรอาชีพ ซึ่งเป็นผู้มีอิทธิพลที่สามารถครอบงำบุคคลอื่นได้ง่าย เพราะยอมซึมซับความเลวได้ง่ายกว่าสิ่งที่ดีๆ ทำให้ผู้ที่พอจะกลับตัวได้หมดโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมชั่วเป็นพฤติกรรมที่ดี อันเป็นสิ่งที่คนในสังคมส่วนใหญ่พึงประสงค์ไม่ได้⁴⁷ โดยมีวิธีการ ดังนี้

1.3.1 การปล่อยตัวผู้กระทำความผิดโดยไม่มีการลงโทษจำคุก โดยพยายามใช้บทบัญญัติกฎหมายว่าด้วยการรอกการลงโทษ หรือรอกการกำหนดโทษ หรือพยายามใช้โทษปรับเป็นหลักในการเลี้ยงในใช้โทษจำคุกโดยไม่จำเป็น โดยเฉพาะโทษจำคุกกระยะสั้น

1.3.2 การปล่อยตัวก่อนรับโทษจำคุกครบกำหนดซึ่งเป็นอำนาจของเจ้าพนักงานในส่วนราชทัณฑ์ที่จะพิจารณาปล่อยตัวผู้ต้องโทษก่อนครบกำหนด หากเห็นว่าความเหมาะสมในอันที่จะมีชีวิตอยู่ในสังคมของผู้นั้นจะเลื่อมทรามลง หากจำคุกอยู่ในเรือนจำต่อไปและการปล่อยตัวผู้นั้นออกมาจะไม่เป็นอันตรายต่อสังคม

1.3.3 การแยกประเภทผู้ต้องขัง เช่น การแยกผู้ต้องขังโดยพิจารณาจากอายุ เพศ สถานะทางคดี ข้อหาหรือความผิดที่ได้กระทำ ความเจ็บป่วย หรือการแยกผู้กระทำความผิดครั้งแรกออกจากพวกที่กระทำความผิดมาแล้วหลายครั้ง เป็นต้น

1.4 หลักการคืนคนดีสู่สังคม การบังคับโทษมุ่งผลสำเร็จในการสร้างจิตสำนึกสร้างความรู้ผิดชอบชั่วดี ให้เกิดขึ้นกับบุคคลที่ต้องโทษให้ได้การบังคับโทษต้องพยายามมุ่งยกระดับสามัญสำนึกและพฤติกรรมที่ตกต่ำของผู้กระทำความผิดให้ขึ้นมาสู่ระดับคนปกติ โดยหลักการที่ว่ามนุษย์เป็นประติษฐานกรรมที่ธรรมชาติสร้างขึ้นเป็นพิเศษให้สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ สามารถพัฒนาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนิสัย และพฤติกรรมได้จึงต้องมีการส่งเสริมคุณค่าในตัวบุคคล ส่งเสริมความสามารถของบุคคล ต้องแสดงผลลัพธ์ของความคิดและการกระทำรวมทั้งผลลัพธ์ทางเศรษฐกิจสำหรับความเป็นไปได้ที่จะหาเลี้ยงชีพเพื่อชดเชยจุดอ่อนหรือสิ่งบกพร่องของแต่ละบุคคล ซึ่งการบำบัด ปรับปรุงหรือแก้ไขนี้ ผู้ต้องขังแต่ละคนจะไม่เหมือนกัน แต่จะต้องมีวิธีการวิเคราะห์หาสาเหตุและวางแผนการบังคับโทษเป็นรายๆ ไปอันจะยังผลให้ผู้ต้องขังที่พ้นโทษแล้วไม่กระทำความผิดซ้ำอีก⁴⁸

⁴⁷ เพิ่งอ้าง, น. 62.

⁴⁸ ธานี วรภัทร์, อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 38, น. 41.

2. เพื่อเป็นการคุ้มครองสังคม

เมื่อปรากฏเป็นที่แน่ชัดแล้ว โดยกระบวนการยุติธรรมทางอาญาว่าบุคคลใดเป็นผู้กระทำความผิดและศาลได้พิพากษาลงโทษจำคุกแล้ว ส่วนของการบังคับโทษก็จะจำกัดเสรีภาพของผู้ต้องขังผู้นั้นเพื่อเข้าสู่มาตรการในการแก้ไขในรูปแบบต่างๆ ตามระยะเวลาที่สมควรโดยพิจารณาจากเหตุปัจจัยต่างๆ เกี่ยวกับความบกพร่องของผู้ต้องขังเป็นรายๆ ไปให้เป็นไปตามแผนการบังคับโทษ เมื่อบำบัดรักษาเป็นปกติดีแล้วจึงปล่อยให้บุคคลนั้นกลับเข้าสู่สังคมวัตถุประสงค์ของการบังคับโทษจึงเป็นการคุ้มครองสังคมได้อย่างแท้จริง ถ้าหากได้กระทำอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่ง ภารกิจของกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญากลับกรองเอาคนที่กระทำความผิดกฎหมายเข้ารับโทษจำคุก ภารกิจของกฎหมายบังคับโทษ จะทำการแก้ไขพฤติกรรมชั่วของคนที่ได้กระทำความผิดกฎหมายอาญาให้เป็นคนดีของสังคม⁴⁹ อย่างไรก็ตาม การแก้ไขผู้กระทำความผิดในปัจจุบัน แม้จะเป็นแนวทางที่ยอมรับกันในวงการราชทัณฑ์โดยทั่วไป แต่ก็ยังเป็นที่ยสงสัยว่าจะเป็นผลไปตามวัตถุประสงค์เพียงใด เพราะการแก้ไขฟื้นฟูผู้กระทำความผิดจะมีอุปสรรคหลายประการ กล่าวคือ

2.1 ผู้กระทำความผิดได้สูญเสียบุคลิกภาพไปแล้ว โดยถูกหล่อหลอมและขัดเกลามาให้มีบุคลิกลักษณะเช่นนั้นมาเป็นเวลานาน แต่ใช้เวลาในเรือนจำไม่นานในการที่จะแก้ไขฟื้นฟูให้คืนจิตสำนึกที่ดีกลับมา และปรับตัวเข้ากับบุคคลต่างๆ ไปในสังคมนั้นทำได้ยาก

2.2 การลงโทษเพื่อการแก้ไขนั้นจะขัดกับความรู้สึกของคนในสังคมว่าผู้กระทำความผิดไม่ควรได้รับการปฏิบัติที่ดีกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งเป็นไปตามหลักของเบนเท็ม (Bentham) ที่ว่า “หลักการได้รับประโยชน์ที่น้อยกว่า” (Principle of less eligibility) ทั้งนี้ เพราะคน โดยทั่วไปจะมองว่าเป็นการไม่เป็นธรรมที่ผู้กระทำความผิดจะได้รับประโยชน์มากกว่าคนทั่วไป เช่น ผู้กระทำความผิดจะได้รับการฝึกอบรมแก้ไข ฝึกวิชาชีพ สวัสดิการ ที่อยู่อาศัย ตลอดจนการศึกษาการหางาน ในขณะที่คนทั่วไปในสังคมอีกเป็นจำนวนมากไม่ได้รับบริการดังกล่าว ความรู้สึกของคนทั่วไปเห็นว่าเป็นการขัดกับหลักการแก้ไขฟื้นฟู

2.3 การแก้ไขฟื้นฟูเหมาะสมสำหรับผู้กระทำความผิดบางประเภทเท่านั้น เช่น ผู้กระทำความผิดครั้งแรกซึ่งได้กระทำความผิดไปเพราะอารมณ์ชั่ววูบหรือโดยพลาดพลั้ง หรือทำไปเพราะความจำเป็น การแก้ไขฟื้นฟูไม่ให้ผู้กระทำความผิดกลุ่มนี้กลับมากระทำความผิดซ้ำอีกย่อมมีทางที่จะสำเร็จได้มาก แต่สำหรับผู้กระทำความผิดที่เคยกระทำความผิดถูกลงโทษมาหลายครั้งแล้ว

⁴⁹ นัทธี จิตสว่าง, *อ้างแล้ว เจริญธรรมที่ 34*, น. 30 - 31.

หรือพวกอาชญากรอาชีพ หรือพวกทำผิดคดีนั้น โอกาสที่จะแก้ไขฟื้นฟูให้กลับตัวยอมจะ เป็นไปได้ยาก ดังนั้น การแก้ไขฟื้นฟูจึงไม่สามารถทำให้ผู้ที่กระทำความผิดกลับตัวได้ทุกกรณีไป

2.6.4 ทฤษฎีการบังคับใช้กฎหมาย

ทฤษฎีการบังคับใช้กฎหมายมีแนวคิดว่า กฎหมายจะมีประสิทธิภาพในการบังคับใช้ ได้ดีนั้น จะต้องประกอบไปด้วยปัจจัยหลายๆ อย่าง ได้แก่ การบัญญัติกฎหมายให้มีเนื้อหาทันสมัย และรัดกุมไม่ขัดต่อพื้นฐานธรรมชาติของมนุษย์ การให้ประชาชนเคารพกฎหมายขององค์กรที่ใช้ กฎหมายจะต้องมีกลไกที่ตีรวมทั้งการลงโทษจะต้องเหมาะสมและรวดเร็วด้วย⁵⁰ อย่างไรก็ตามการจะ ให้กฎหมายมีประสิทธิในการบังคับใช้ได้นั้นก็ต้องอาศัยมาตรการต่างๆ หลายประการด้วยกัน และประการหนึ่งที่สำคัญก็คือ การทำให้กฎหมายมีผลบังคับใช้ได้อย่างจริงจังตามวัตถุประสงค์ เจตนารมณ์ และยังมีผลบังคับใช้ได้อย่างจริงๆ ในแง่สภาพบังคับได้ด้วย (Enforcement of Law)

จากหลักเกณฑ์ที่กล่าวมาทั้งหมดสามารถจะนำมาเป็นแนวทางในการจัดโครงสร้างของ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในเรือนจำได้ ทั้งนี้ เพราะพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2558 และกฎหมายที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ก็จัดได้ว่ามีลักษณะเป็นกฎหมายอาญาประเภทหนึ่ง เนื่องจากมีโทษทางอาญาเป็นสภาพบังคับ นอกจากนี้ยังมีลักษณะเป็นกฎหมายปกครองผสมอยู่ด้วย เพราะให้อำนาจเจ้าพนักงานในการใช้ดุลยพินิจวินิจฉัยสั่งการต่างๆ ได้⁵¹ ดังนั้นเพื่อที่จะให้กฎหมาย เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในเรือนจำนั้นมีการบังคับใช้ได้ดียิ่งขึ้น จึงควรนำเอา หลักเกณฑ์ของการบังคับใช้ต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วมาพิจารณาประกอบด้วย เพราะปัจจุบัน กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคติดต่อโดยเฉพาะที่จะนำมาใช้กับโรคเอดส์นั้นมีปัญหาใน การบังคับใช้ เนื่องจากมีโครงสร้างไม่สอดคล้องต่อการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหา เกี่ยวกับกรณีที่หน่วยงานขาดการประสานงานที่ดี ปัญหาเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและขาดความรู้ความ ชำนาญ ปัญหาด้านงบประมาณ ปัญหาด้านเครื่องมือเครื่องใช้ในการปฏิบัติงานและปัญหาด้าน สถานะที่ให้การรักษาพยาบาลยังกระจายไม่ทั่วถึงทุกเรือนจำ อีกทั้ง บทกำหนดโทษของกฎหมายยัง ไม่เพียงพอและได้สัดส่วนกับความรุนแรงของโรคเอดส์ด้วย จึงสมควรที่จะต้องแก้ไขปรับปรุงให้ เหมาะสมโดยให้มีโครงสร้างและเนื้อหาตามลักษณะของทฤษฎีต่างๆ ที่กล่าวมาข้างต้น

⁵⁰ พเยาว์ ศรีแสงทอง, *อ่างแล้ว เจริญธรรมที่ 43*, น. 47.

⁵¹ สหชน รัตนไพจิตร, *อ่างแล้ว เจริญธรรมที่ 40*, น. 62.

2.7 หลักการพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพ

สิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานเป็นสิ่งที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความสำคัญ รวมถึงรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยทุกฉบับก็ได้มีการบัญญัติรับรองสิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของมนุษย์ไว้มากมาย โดยมีสาระสำคัญมุ่งไปที่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งเป็นคุณค่าที่ติดตัวมาพร้อมกับความเป็นมนุษย์ ในฐานะที่เกิดมาเป็นมนุษย์และเป็นคุณค่าที่ขึ้นอยู่กับความเป็นมนุษย์เท่านั้น โดยไม่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขอื่นใด เช่น เพศ เชื้อชาติ ศาสนา สีผิว เผ่าพันธุ์ ภาษา ความเชื่อ ความคิดเห็นทางการเมือง หรือความคิดเห็นอื่น ฐานะทางเศรษฐกิจหรือสถานะอื่น จึงถือว่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นคุณค่าในตัวของตัวเองที่ผู้ใดก็ไม่สามารถล่วงละเมิดได้ ทั้งนี้ เพื่อให้มนุษย์สามารถพัฒนาศักยภาพของตนได้โดยอิสระ อันเป็นเจตนารมณ์ของรัฐที่จะถือเอาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นเป้าหมายสูงสุด ในการกำหนดการใช้อำนาจรัฐทั้งปวงต่อประชาชน และการกำหนดหลักทั่วไปดังกล่าวก่อให้เกิดผลในแง่ของการตีความสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งหลายซึ่งจะต้องตีความว่าสิทธิขั้นพื้นฐานทั้งหลายล้วนแต่มีผลมาจากศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ทั้งสิ้น⁵² ดังนั้นจะต้องถือว่าเนื้อหาของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จะต้องนำมาใช้ประกอบการตีความสิทธิขั้นพื้นฐานอื่นๆ ด้วย ซึ่งการจะทำให้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์บรรลุความมุ่งหมายอย่างแท้จริงได้นั้น รัฐจะต้องเป็นผู้ดำเนินการสำหรับความร่วมมือในการใช้เสรีภาพของปัจเจกบุคคล เพราะศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ก็เป็นสิทธิเสรีภาพประเภทหนึ่งอีกด้วย

หลักความเสมอภาคและการไม่เลือกปฏิบัติเป็นพื้นฐานสำคัญของสิทธิเสรีภาพเพราะเป็นการยืนยันถึงคุณค่าความเป็นมนุษย์ที่ไม่แตกต่างกันของมนุษย์ทุกคน และเป็นหลักประกันให้ทุกคนได้เข้าถึงหรือได้รับสิทธิเสรีภาพอย่างแท้จริงได้ ดังนั้น หลักความเสมอภาคจึงเป็นหลักการทำให้มีการปฏิบัติต่อบุคคลที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆ อย่างเท่าเทียมกันหรือไม่เลือกปฏิบัติ (Nondiscrimination)

ทั้งนี้ การปฏิบัติตามหลักความเสมอภาคนั้นจะต้องปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญเหมือนกันอย่างเท่าเทียมกันและจะต้องปฏิบัติต่อสิ่งที่มีสาระสำคัญแตกต่างกันให้แตกต่างกันไปตามลักษณะของเรื่องนั้นๆ จึงจะทำให้เกิดความยุติธรรมภายใต้หลักความเสมอภาคขึ้นได้ อย่างไรก็ตามรัฐสามารถจำกัดการใช้สิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้ได้เช่นกัน แต่การจำกัดสิทธิเสรีภาพจะต้องประกอบด้วยหลักการสำคัญสองประการคือจะต้องกำหนดเป็นกฎหมายไม่ใช่เป็นการกระทำตามอำเภอใจและจะต้องมีเหตุจำเป็นเพื่อความมั่นคงของชาติ ความสงบเรียบร้อยของสังคม ความปลอดภัย

⁵² บรรเจิด สิงคะเนติ, หลักพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ตามรัฐธรรมนูญ, (กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2555), น. 13 - 15.

ของประชาชน ศีลธรรมของประชาชน หรือการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อให้
เกิดความรับผิดชอบในการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่นและผลประโยชน์สาธารณะ กล่าวคือ
ไม่ละเมิดสิทธิเสรีภาพของบุคคลอื่น ไม่เป็นปฏิปักษ์ต่อรัฐธรรมนูญไม่ขัดต่อศีลธรรมอันดี
ของประชาชน

สิทธิมนุษยชนครอบคลุมถึงสิทธิของทุกคน ทุกเพศ ทุกวัย ทุกเชื้อชาติ ทุกศาสนา นับแต่
ทารกแรกเกิดและมีชีวิต เด็กและเยาวชน สตรี ผู้ยากไร้ คนเร่ร่อน ผู้ใช้แรงงาน คนพิการ คนขอทาน
เกษตรกร ผู้ป่วยรวมถึงคนป่วยโรคเอดส์ และคนฝากขัง

2.8 หลักสากลที่รับรองสิทธิของผู้ต้องขัง

ผู้ต้องขังถือเป็นมนุษย์และพลเมืองของประเทศผู้หนึ่งเพียงแต่สูญเสียสิทธิบางส่วนจาก
การที่ได้รับโทษไป แต่บุคคลเหล่านี้ยังมีสิทธิที่ยังเหลืออยู่อีกจากการถูกลงโทษนั้น มิได้หมายความว่า
ผู้กระทำความผิดที่ถูกขังนั้นสิ้นสิทธิความเป็นมนุษย์ไปเสียทั้งหมดแต่อย่างใด ดังนั้นผู้ต้องขังจึง
ควรได้รับสิทธิต่างๆ เช่นเดียวกับประชาชนทุกคนตามที่กฎหมายบัญญัติไว้ เนื่องจากสถานะแห่ง
ความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์เช่นนี้ ย่อมถือว่าดำรงอยู่ในมนุษย์ทุกคน และไม่อาจถูกกลืนหรือทำลาย
ลงได้ ไม่ว่าจะโดยรัฐหรือโดยตัวของเขาเอง หมายความว่าแม้มนุษย์จะมีพฤติกรรมที่ผิดแล้ว
ไร้ศักดิ์ศรีหรือไร้คุณค่า แต่ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของเขาก็ยังคงอยู่มิได้ถูกกลืนไปด้วย ดังนั้น
จึงต้องเคารพต่อศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิมนุษยชนของบุคคลที่เป็นผู้ต้องขังในคดีอาญาด้วย
เช่นเดียวกัน

2.8.1 ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน (Universal Declaration of Human Rights 1948)

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแห่งองค์การสหประชาชาติ ได้รับรองสิทธิของ
บุคคลรวมทั้งผู้ต้องโทษไว้ว่าบุคคลใดๆ จะถูกทรมานหรือได้รับผลปฏิบัติหรือการลงโทษที่
โหดร้ายผิดมนุษยธรรมหรือต่ำช้าไม่ได้และทุกคนต้องเสมอภาคกันตามกฎหมาย⁵³

เนื้อหาโดยสรุปของปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน

ข้อ 1-3 เป็นเกณฑ์กล่าวถึงสิทธิมนุษยชนแห่งสหประชาชาติเบื้องต้นที่สำคัญ 3 ประการ
คือ สิทธิในการดำรงชีวิต (Right to Life) สิทธิที่จะมีเสรีภาพ (Right to Liberty) และสิทธิที่จะมี
ความมั่นคงแห่งตัวตน (Right to Security of Person) และเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่มนุษย์เมื่อเกิดมาพึง
ได้รับ โดยเท่าเทียมกัน และไม่มีการเลือกปฏิบัติทางเพศ เชื้อชาติ ภาษา ศาสนา

⁵³ ธานี วรภัทร์, กฎหมายว่าด้วยการบังคับโทษจำคุก, (กรุงเทพมหานคร : วิทยุชน, 2558), น. 49.

ข้อ 4-21 กล่าวถึงสิทธิพลเมืองและสิทธิทางการเมือง (Civil and Political Rights)

ข้อ 22-27 กล่าวถึงสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม (Economic, Social and Cultural Rights) ที่พึงได้รับการยอมรับ ซึ่งสิทธิทั้งสองด้านได้มีอนุสัญญาที่เกี่ยวข้อง กำหนดรายละเอียดและการคุ้มครองไว้

ข้อ 28-30 กล่าวถึงทุกคนมีหน้าที่และความรับผิดชอบต่อระเบียบสังคมและประชาชนระหว่างประเทศที่มีการรับรองสิทธิมนุษยชนและสิทธิภาพพื้นฐานกล่าวคือ อยู่ภายใต้กฎหมายที่รับรองสิทธิและเสรีภาพพื้นฐานและไม่ละเมิดสิทธิและเสรีภาพของผู้อื่น

ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ได้รับรองสิทธิในส่วนที่เป็นการคุ้มครองสิทธิของผู้ต้องขังไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ 2 บุคคลชอบที่จะมีสิทธิและเสรีภาพตามที่ระบุไว้ในปฏิญญานี้โดยไม่มีการจำแนกความแตกต่างในเรื่องใดๆ เช่น เชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความเห็นทางการเมืองหรือทางอื่นใด ชาติ หรือสังคมอันเป็นที่มาเดิม ทรัพย์สิน กำเนิดหรือสถานะอื่นใด

ข้อ 3 บุคคลทุกคนมีสิทธิในการดำรงชีวิต เสรีภาพ และความมั่นคงแห่งร่างกาย

ข้อ 5 บุคคลใดจะถูกทรมานหรือได้รับการปฏิบัติ หรือการลงโทษที่โหดร้ายทารุณ ไร้มนุษยธรรมหรือหยามเกียรติไม่ได้

ข้อ 25 (1) บุคคลทุกคนมีสิทธิในมาตรฐานการครองชีพอันเพียงพอสำหรับสุขภาพและความเป็นอยู่ของตนและครอบครัว รวมทั้งอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและการดูแลสุขภาพทางการแพทย์และบริการทางสังคมที่จำเป็น

2.8.2 ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง (Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners 1955)

ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังดังกล่าว องค์การสหประชาชาติได้พยายามกำหนดขึ้น โดยถือเอาหลักการและทางปฏิบัติอันเป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่าดีสำหรับปฏิบัติต่อผู้ต้องขังและสะดวกต่อการบริหารงานเรือนจำ โดยอาศัยแนวความคิดที่เห็นสอดคล้องต้องกันในที่ประชุมสมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติ และอาศัยหลักสำคัญของระบบการราชทัณฑ์ที่นิยมใช้ปฏิบัติในแต่ละประเทศเป็นเกณฑ์⁵⁴ กฎฉบับนี้รับรองโดยที่ประชุมองค์การสหประชาชาติ ว่าด้วยการป้องกันอาชญากรรมและการปฏิบัติต่อผู้กระทำความผิด ครั้งที่ 1 ซึ่งจัดขึ้นที่กรุงเจนีวา เมื่อปี

⁵⁴ อารีลักษณ์ สันรพพันธ์, การปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของสหประชาชาติ ว่าด้วยการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังของเรือนจำในประเทศไทย, (กรุงเทพมหานคร : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2531), น. 21 – 25.

ค.ศ. 1995 และสภาเศรษฐกิจและสังคมขององค์การสหประชาชาติได้เห็นชอบแล้ว โดยมติที่ 663 ซี (24) เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม ค.ศ. 1957 และมติที่ 2076 (62) เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม ค.ศ. 1977⁵⁵ โดยมีประเทศสมาชิกรวม 57 ประเทศ ได้ให้สัตยาบันรับรองกฎมาตรฐานดังกล่าว รวมถึงประเทศไทยด้วย และองค์การสหประชาชาติยังได้พยายามผลักดันให้ประเทศสมาชิกปฏิบัติตามกฎมาตรฐานดังกล่าว โดยกำหนดเป็นมาตรการให้ประเทศสมาชิกรับทราบและปฏิบัติในปี ค.ศ. 1984

อย่างไรก็ตาม โดยเหตุที่ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง ดังกล่าว มิใช่กฎหมาย และขาดอำนาจบังคับให้ปฏิบัติตาม ซึ่งการที่ประเทศใดประเทศหนึ่งจะปฏิบัติตามหรือไม่ ก็เป็นเรื่องของประเทศนั้นๆ องค์การสหประชาชาติไม่มีอำนาจใดๆ ที่จะไปบังคับให้ปฏิบัติตาม แต่สิ่งที่องค์การสหประชาชาติจะพึงกระทำได้คือ การส่งเสริมให้ประเทศสมาชิกต่างๆ ปฏิบัติตามข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังดังกล่าวให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านต่างๆ ของแต่ละประเทศ⁵⁶

หากพิจารณาถึงเรื่องการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังแล้ว ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง ถือเป็นกฎมาตรฐานฯ ฉบับหนึ่งที่สำคัญต่อการวางแนวทางในการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง โดยคำนึงถึงสิทธิมนุษยชนของผู้ต้องขัง และถือเป็นมาตรฐานสากลขององค์การสหประชาชาติฉบับเดียวที่บัญญัติไว้ ซึ่งในหลายๆ ประเทศ ก็เห็นชอบด้วยกับข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติต่อผู้ต้องขังดังกล่าว

หลักการเบื้องต้นของข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำทุกข้อต้องใช้อย่างเสมอภาคปราศจากการเลือกปฏิบัติ การเลือกปฏิบัติเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเชื้อชาติ สีผิว เพศ ภาษา ศาสนา ความคิดทางการเมือง หรือความคิดเห็นอื่นๆ สถานะทางทรัพย์สินหรืออื่นใด เป็นเรื่องที่ต้องห้ามทั้งสิ้น และต้องให้ความเคารพต่อความเชื่อทางศาสนาของผู้ต้องขัง⁵⁷

ส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของผู้ต้องขังในข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำของการปฏิบัติต่อผู้ต้องขัง มีดังนี้

⁵⁵ กิตติพงษ์ กิตยารักษ์, ชาติ ชัยเดชสุริยะ และณัฐวสา ฉัตรไพฑูรย์, มาตรฐานองค์การสหประชาชาติว่าด้วยกระบวนการยุติธรรมทางอาญา, (กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิพัฒนากระบวนการยุติธรรม, 2547), น. 1,17.

⁵⁶ เพ็ญอ้อ, น. 19.

⁵⁷ ข้อกำหนดมาตรฐานขั้นต่ำฯ ข้อ 6.

1. ที่พักอาศัย ของผู้ต้องขังกำหนดให้⁵⁸ กรณีแรกควรเป็นห้องนอนเดี่ยว เว้นแต่มีเหตุพิเศษโดยทั่วไปไม่ควรให้นอนสองคนในห้องเดียวกัน กรณีที่สองห้องพักรวม ต้องคัดสรรผู้ต้องขังที่มีความเหมาะสมที่จะมาพักร่วมกัน ต้องมีการดูแลตรวจตราในเวลากลางคืนเป็นประจำ

ทุกแห่งที่เป็นที่พักอาศัยและที่ทำงานของผู้ต้องขัง ต้องมีหน้าต่างที่กว้างให้แสงสว่างส่องถึงและให้อากาศสดชื่นถ่ายเทเข้าไปได้ มีไฟฟ้าสว่างพอที่จะอ่านหนังสือหรือทำงาน

ห้องนอน ต้องสะอาดถูกหลักอนามัย อากาศถ่ายเท มีแสงสว่าง ความอบอุ่น อากาศหายใจเพียงพอ ควรจัดส้วมให้เพียงพอต่อความต้องการและความจำเป็นในสภาพที่สะอาดและถูกสุขลักษณะ

ที่อาบน้ำ ต้องสะอาด เพียงพอต่อความต้องการและเหมาะสมต่อสภาพอากาศ

ที่พักอาศัยหรือห้องนอน ผู้ต้องขังระหว่างพิจารณาฟังแยกขัง แยกนอน จากผู้ต้องขังเด็ดขาด⁵⁹

2. อาหาร ผู้ต้องขังทุกคนต้องได้รับอาหารที่มีสารอาหารที่มีประโยชน์ มีคุณภาพและสะอาด เรือนจำต้องจัดเตรียมน้ำดื่มที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ต้องขังทุกคน⁶⁰

ผู้ต้องขังระหว่างพิจารณา จะใช้จ่ายเงินส่วนตัวจัดหาอาหารจากภายนอก โดยเจ้าหน้าที่เรือนจำต้องจัดเตรียมน้ำดื่มที่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ต้องขังทุกคน⁶¹

3. เครื่องนุ่งห่มหลับนอน เรือนจำต้องจัดเสื้อผ้าที่เหมาะสมแก่สภาพอากาศ โดยคำนึงถึงสุขอนามัยและความสะอาดต้องไม่มีลักษณะน่าอับอายหรือด้อยค่า เสื้อผ้าและชุดชั้นในต้องมีการเปลี่ยนซักอยู่เสมอตตามความจำเป็นในการรักษาสุขอนามัย เรือนจำต้องตรวจสอบดูแลเสื้อผ้าที่อนุญาตให้ผู้ต้องขังจัดหาเอง ให้มีสภาพที่เหมาะสมและสะอาด กรณีผู้ต้องขังได้รับอนุญาตให้ออกไปนอกเรือนจำพึงได้รับอนุญาตให้ใส่เสื้อผ้าที่จัดหาเอง⁶²

ผู้ต้องขังระหว่างพิจารณา ควรได้รับอนุญาตแต่งกายด้วยเสื้อผ้าส่วนตัวที่สะอาดเรียบร้อย ถ้าให้สวมเครื่องแบบเรือนจำต้องแตกต่างจากชุดเครื่องแบบผู้ต้องขังเด็ดขาด⁶³

⁵⁸ เพิ่งอ้าง, ข้อ 9 - 14.

⁵⁹ เพิ่งอ้าง, ข้อ 85 - 86.

⁶⁰ เพิ่งอ้าง, ข้อ 20.

⁶¹ เพิ่งอ้าง, ข้อ 87.

⁶² เพิ่งอ้าง, ข้อ 17 - 18.

⁶³ เพิ่งอ้าง, ข้อ 88.

ต้องจัดให้ผู้ต้องขังนอนในที่นอนที่เป็นสัดส่วนเฉพาะของตนอย่างเพียงพอ และมีการดูแลทำความสะอาดอยู่เป็นประจำ⁶⁴

4. บริการด้านการแพทย์เรือนจำต้องมีแพทย์อย่างน้อย 1 คน มีความรู้ด้านจิตบำบัดการให้บริการควรต้องประสานกับโรงพยาบาลหรือศูนย์สาธารณสุขของชุมชนหรือประเทศรวมถึงศูนย์จิตบำบัด กรณีผู้ต้องขังป่วยต้องรับการรักษาโดยแพทย์เฉพาะทาง ควรส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลเรือนจำเฉพาะ โรคนั้นหรือโรงพยาบาลนอกเรือนจำ กรณีที่ในเรือนจำมีสถานพยาบาลเองจะต้องมีอุปกรณ์ในการบำบัดรักษาและยาที่พอแก่การเจ็บป่วยพร้อมเจ้าหน้าที่การแพทย์ประจำ เรือนจำต้องให้บริการทันตกรรมโดยทันตแพทย์แก่ผู้ต้องขังทุกคน⁶⁵

แพทย์ต้องตรวจสอบสุขภาพผู้ต้องขังทุกคนตั้งแต่แรกรับและหลังจากนั้นอีกตามความจำเป็น⁶⁶ แพทย์ต้องตรวจสอบสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ต้องขังที่ป่วย⁶⁷ และต้องรายงานต่อผู้บัญชาการเรือนจำเมื่อพบว่าผู้ต้องขังรายใดควรส่งตัวไปบำบัดรักษาภายนอกเรือนจำ⁶⁸

5. สิ่งจำเป็นในชีวิตอื่นๆ สิ่งของที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยส่วนตัวของผู้ต้องขัง

ผู้ต้องขังจะได้รับการดูแลในเรื่องการจัดหาน้ำเพื่อทำความสะอาดร่างกาย ผม และ เรือนจำพึงจัดหาของใช้ที่จำเป็น เพื่อสุขภาพและความสะอาดของผู้ต้องขัง⁶⁹

เรือนจำต้องจัดเตรียมให้ผู้ต้องขังได้รับการดูแลเรื่องการตัดผม ผู้ต้องขังชายควรจะได้รับบริการโกนหนวดอย่างสม่ำเสมอ⁷⁰

⁶⁴ เพิ่งอ้าง, ข้อ 19.

⁶⁵ เพิ่งอ้าง, ข้อ 22.

⁶⁶ เพิ่งอ้าง, ข้อ 24.

⁶⁷ เพิ่งอ้าง, ข้อ 25(1).

⁶⁸ เพิ่งอ้าง, ข้อ 25(2).

⁶⁹ เพิ่งอ้าง, ข้อ 15.

⁷⁰ เพิ่งอ้าง, ข้อ 16.