

การเสียชีวิตในเรือนจำ: ประสพการณ์การชันสูตรศพ 10 ปี ที่โรงพยาบาลศิริราช (พ.ศ. 2544 - 2553)

บดีนทร์ ผดุงลัตย์ พ.บ.*

สุภาวรรณ เศรษฐบุรณจง พ.บ., น.บ., วท.ม., ว.ว. นิติเวชศาสตร์, อ.ว. เวชศาสตร์ครอบครัว¹

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาพฤติการณ์และสาเหตุการตายของผู้ต้องขังในเรือนจำ

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาย้อนหลังจากรายงานของเรือนจำ รายงานของพนักงานสอบสวน รายงานทางการแพทย์ บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพของแพทย์ และรายงานชันสูตรศพของผู้ต้องขังที่ส่งมาจากเรือนจำพิเศษธนบุรีและทัณฑสถานหญิงธนบุรีเพื่อการชันสูตรศพที่ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ระหว่างปี พ.ศ. 2544-2553

ผลการวิจัย: จำนวนศพผู้ต้องขังในช่วงเวลาที่ศึกษามีจำนวน 368 ราย (ร้อยละ 2.0 ของจำนวนศพที่ได้รับการชันสูตรทั้งหมด) ส่วนใหญ่ (348 ราย หรือ ร้อยละ 94.6) เป็นเพศชาย และ 20 ราย หรือ ร้อยละ 5.4 เป็นเพศหญิง ผู้ต้องขังที่เสียชีวิตมีอายุเฉลี่ย 34.9 ± 9.9 ปี (16-82 ปี) ร้อยละ 56.0 ของผู้ต้องขังที่เสียชีวิตมีอายุน้อยกว่า 35 ปี เพศหญิงมีอายุเฉลี่ยมากกว่าเพศชาย (เพศหญิง 41.5 ± 15.8 ปี และ เพศชาย 34.6 ± 9.4 ปี) ร้อยละ 98.9 เป็นการตายโดยธรรมชาติ ร้อยละ 1.1 เป็นการตายโดยผิดธรรมชาติ กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายบ่อยที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคมะเร็งตับ ร้อยละ 63.6 โรคระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 13.9 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 4.1 โรคระบบสมองและหลอดเลือด ร้อยละ 2.4 และโรคระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 1.9 ส่วนสาเหตุการตายโดยผิดธรรมชาติ ได้แก่ การฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอ ร้อยละ 0.8 และการถูกทำร้ายด้วยการแทง ร้อยละ 0.3

สรุป: การเสียชีวิตในเรือนจำเกือบทั้งหมดเป็นการตายโดยธรรมชาติ สาเหตุการตายที่พบบ่อยที่สุดคือ โรคมะเร็งตับ

* ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

¹ ผู้ติดต่อ, อีเมล: supawon.sre@mahidol.ac.th

Abstract

Deaths in Prison: 10-Year Autopsy Experience at Siriraj Hospital (2001–2010)

Bodin Padungsat MD*

Supawon Srettabunjong MD, LLB, MSc¹

* Department of Forensic Medicine, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University

¹ Corresponding author, e-mail address: supawon.sre@mahidol.ac.th

Objectives: To evaluate the manners and causes of death of the prisoners.

Methods: This was a retrospective descriptive study. The correctional reports, police reports, medical records, inquest notes and autopsy reports of the inmate cadavers sent from Thonburi Remand Prison and Thonburi Woman Correctional Institute to the Department of Forensic Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, for a medicolegal death investigation during 2001 to 2010 were identified and all the relevant data were reviewed.

Results: Total of 368 inmate deaths were identified during the study period (2.0% of all autopsied deaths). Most or 348 cadavers were male (94.6%) while only 20 (5.4%) cadavers were female. Mean age of the decedents was 34.9 ± 9.9 years (range 16–82 years). Approximately half (56.0%) died at the age under 35 years. Female had older age than male: 41.5 ± 15.8 years compared with 34.6 ± 9.4 years. The majority of deaths or 98.9% were natural and 1.1% was unnatural. The five most common causes of the death were acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) 63.6%, respiratory diseases 13.9%, cardiovascular diseases 4.1%, cerebrovascular diseases 2.4%, and gastrointestinal diseases 1.9%. The unnatural deaths included suicide 0.8% and homicide 0.3%.

Conclusion: Nearly all deaths in prison were natural. AIDS was the most frequent cause of deaths in prison.

Keywords: cause of death, inmate, manner of death, medicolegal death investigation, prison

บทนำ

ตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาของประเทศไทย ได้กำหนดลักษณะของการตายที่ต้องทำการชันสูตรพลิกศพไว้ใน หมวด 2 ลักษณะ 2 ว่าด้วยการสอบสวน มาตรา 148 “เมื่อปรากฏแน่ชัดหรือมีเหตุอันควรสงสัยว่าบุคคลใดตายโดยผิดธรรมชาติหรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงาน ให้มีการชันสูตรพลิกศพ” และต่อมาได้มีพระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 21) พ.ศ. 2542 มาตรา 150 วรรค 3 “ในกรณีที่มีความตายเกิดขึ้นโดยการกระทำของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่หรือตายในระหว่างอยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานซึ่งอ้างว่าปฏิบัติตามหน้าที่ให้พนักงานอัยการและพนักงานฝ่ายปกครองตำแหน่งตั้งแต่ระดับ ปลัดอำเภอหรือเทียบเท่าขึ้นไปแห่งท้องที่ที่ศพนั้นอยู่เป็นผู้ชันสูตรพลิกศพพร้อมกับพนักงานสอบสวนและแพทย์...”¹ แสดงให้เห็นว่าประเทศไทยตระหนักถึงสิทธิในชีวิตอันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ที่อยู่ในความควบคุมของเจ้าพนักงานของรัฐ เช่น ผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำ ซึ่งการเสียชีวิตของบุคคลเหล่านี้ย่อมก่อให้เกิดข้อสงสัยมากมายว่าเสียชีวิตด้วยสาเหตุอะไร เสียชีวิตอย่างไร จะเป็นการกระทำของเจ้าพนักงานหรือผู้ต้องขังด้วยตนเองหรือไม่ เนื่องจากผู้ต้องขังอยู่ในสถานที่คุมขังซึ่งไม่มีญาติเข้าไปรับทราบสถานการณ์การตายด้วยตนเองได้ โดยจะได้รับทราบจากเจ้าพนักงานของสถานที่แห่งนั้นเป็นผู้แจ้งให้ทราบเท่านั้น เพื่อความโปร่งใส เพื่อความเป็นธรรมของผู้ตายและญาติ และเพื่อป้องกันข้อครหาเกี่ยวกับเจ้าพนักงาน รัฐจึงกำหนดให้ต้องมีการชันสูตรพลิกศพผู้ต้องขังในเรือนจำทุกรายไม่ว่าจะเป็นการตายโดยธรรมชาติหรือโดยผิดธรรมชาติก็ตาม และเพื่อให้แน่ใจว่าการชันสูตรพลิกศพดำเนินไปอย่างรอบคอบรัดกุมจึงกำหนดให้มีเจ้าพนักงาน 4 ฝ่าย ได้แก่ แพทย์ พนักงานสอบสวน พนักงานฝ่ายปกครอง และพนักงานอัยการ ร่วมกันชันสูตรพลิกศพด้วย

อย่างไรก็ตามผู้ต้องขังในเรือนจำมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตได้ง่ายกว่าผู้ที่ไม่ได้ถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำ เนื่องจากสถานที่คุมขังประกอบด้วยผู้ต้องขังหลากหลาย โอกาสที่จะมีการกระทบกระทั่งกันบ้างย่อมเกิดขึ้นได้ ร่วมกับผู้ต้องขังแต่ละรายอาจมีโรคบางชนิดที่อาจเป็นสาเหตุทำให้เสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกต้องเท่าที่ควร นอกจากนี้ผู้ต้องขังเองยังมีความเครียดสะสมอยู่ด้วย และเรือนจำบางแห่งก็อาจไม่มีโรงพยาบาลอยู่ในเรือนจำ หรืออาจไม่มีการให้บริการสุขภาพที่ดีและเพียงพอ จึงเพิ่มโอกาสที่ผู้ต้องขังจะเสียชีวิตได้เร็วกว่าปกติ

กว่าทศวรรษที่ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับมอบหมายให้ทำการชันสูตรพลิกศพร่วมกับพนักงานสอบสวนในเขตอำนาจพื้นที่สอบสวนของกองบังคับการตำรวจนครบาล 7 กองบังคับการตำรวจนครบาล 8 และกองบังคับการตำรวจนครบาล 9 และได้เข้าร่วมชันสูตรศพผู้ต้องขังในเรือนจำพิเศษธนบุรีและทัณฑสถานหญิงธนบุรี ซึ่งรับผู้ต้องขังเพศชายและเพศหญิงตามลำดับจากศาลอาญารธนบุรี ศาลแขวงธนบุรี และศาลจังหวัดคลองชัน โดยศพผู้ต้องขังที่ผ่านการชันสูตรเบื้องต้นโดยเจ้าพนักงาน 4 ฝ่าย ณ เรือนจำพิเศษธนบุรีและทัณฑสถานหญิงธนบุรีทุกรายจะถูกนำไปที่ภาควิชาเพื่อทำการชันสูตรศพอย่างละเอียดอีกครั้งหนึ่ง โดยที่ผ่านมาภาควิชา ยังไม่เคยมีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับการชันสูตรศพผู้ต้องขังในเรือนจำมาก่อน งานวิจัยนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสาเหตุและพฤติการณ์การตายของผู้ต้องขังในเรือนจำที่ส่งมาจากเรือนจำพิเศษธนบุรีและทัณฑสถานหญิงธนบุรี เพื่อให้เป็นแนวทางในการป้องกันการเสียชีวิตบางชนิดที่อาจป้องกันได้ และเพื่อใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงทางสถิติของประเทศ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ศึกษาในศพผู้ต้องขังทุกรายที่ส่งมาจากเรือนจำพิเศษธนบุรีและทัณฑสถานหญิงธนบุรี เพื่อการชันสูตรศพอย่างละเอียดที่ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2544 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553

ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ทำการวิจัยจากหัวหน้าภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดลแล้ว จึงได้ทำการศึกษาย้อนหลังจากรายงานของเจ้าหน้าที่เรือนจำ รายงานของพนักงานสอบสวน รายงานทางการแพทย์บันทึกการละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ และรายงานชันสูตรศพของผู้ต้องขังที่ส่งมาจากเรือนจำพิเศษธนบุรีและทัณฑสถานหญิงธนบุรี ในช่วงระยะเวลา 10 ปี ระหว่างเดือนมกราคม พ.ศ. 2544 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2553 โดยเก็บบันทึกข้อมูล ได้แก่ อายุ เพศ พฤติการณ์การตาย และสาเหตุการตาย จำแนกตามเพศ และช่วงอายุ โดยแบ่งอายุออกเป็น 6 ช่วง คือ 15–24 ปี 25–34 ปี 35–44 ปี 45–54 ปี 55–64 ปี และ > 64 ปี พฤติการณ์การตายแบ่งเป็นการตายโดยธรรมชาติ ซึ่งหมายถึง การตายด้วยโรคหรือภาวะเจ็บป่วยหรือชราภาพ และการตายโดยผิดธรรมชาติ ซึ่งหมายถึง การตายด้วยการฆ่าตัวตาย ถูกผู้อื่นทำให้ตาย อุบัติเหตุ หรือถูกสัตว์ทำร้ายตาย ส่วนสาเหตุการตายโดยธรรมชาติแบ่งเป็นกลุ่มโรค

ตารางที่ 1 จำนวนศพทั้งหมดและศพผู้ต้องขังรายปีจำแนกตามเพศ (n=368)

ปี พ.ศ.	จำนวนศพ ทั้งหมด	จำนวนศพผู้ต้องขัง						
		ชาย		หญิง		รวม		
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	ร้อยละ*
2544	1736	54	15.5	3	15.0	57	15.5	3.3
2545	1955	66	19.0	3	15.0	69	18.8	3.5
2546	2009	70	20.1	8	40.0	78	21.2	3.9
2547	1921	51	14.7	3	15.0	54	14.7	2.8
2548	2004	39	11.2	—	—	39	10.6	1.9
2549	1901	17	4.9	1	5.0	18	4.9	0.9
2550	1972	14	4.0	2	10.0	16	4.3	0.8
2551	1666	17	4.9	—	—	17	4.6	1.0
2552	1529	8	2.3	—	—	8	2.2	0.5
2553	1656	12	3.4	—	—	12	3.2	0.7
รวม	18349	348	100.0	20	100.0	368	100.0	2.0

* ร้อยละของศพทั้งหมดในแต่ละปี

และโรคที่ทำให้เสียชีวิต ทั้งนี้ในรายที่ตรวจพบแอนติเอชไอวีในเลือด จะได้รับการวินิจฉัยว่าตายจากโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งอาจมีสาเหตุ การตายจากการดำเนินโรคของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเองหรือจากภาวะแทรกซ้อนที่มีผลเนื่องมาจากการเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เช่น ปอดอักเสบ วัณโรคปอด เป็นต้น มิเช่นนั้นจะได้รับการวินิจฉัยสาเหตุการตายจากโรคอื่น ๆ เอง

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรม SPSS version 18 นำเสนอข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา แสดงผลเป็นค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และร้อยละ

ผลการวิจัย

ในช่วงระยะเวลา 10 ปี ที่ทำการศึกษา ศพที่ได้รับการชันสูตรที่ภาควิชานิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล มีจำนวน 18,349 ราย ในจำนวนนี้เป็นศพ

ผู้ต้องขังจากเรือนจำพิเศษธนบุรีและทัณฑสถานหญิงธนบุรี 368 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.0 ของจำนวนศพทั้งหมด เป็นเพศชาย 348 ราย (ร้อยละ 94.6) และเพศหญิง 20 ราย (ร้อยละ 5.4) ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2548 มีจำนวนศพผู้ต้องขัง 39-78 รายต่อปี เป็นชาย 39-70 รายต่อปี หญิง 0-8 รายต่อปี และจำนวนศพของผู้ต้องขัง คิดเป็นร้อยละ 1.9-3.9 ของศพทั้งหมด ส่วนในปี พ.ศ. 2549-2553 มีจำนวนศพผู้ต้องขัง ลดลงเป็น 8-18 รายต่อปี เป็นชาย 8-17 รายต่อปี หญิง 0-2 รายต่อปี และจำนวนศพของผู้ต้องขัง คิดเป็นร้อยละ 0.5-1.0 ของศพทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนศพที่ผ่านการชันสูตรมากที่สุด (2009 ราย) และมีจำนวนศพผู้ต้องขังมากที่สุดทั้งเพศชาย (70 ราย) และเพศหญิง (8 ราย) หลังจากนั้นศพผู้ต้องขังเพศชายมีจำนวนลดลงตามลำดับจนถึงปี พ.ศ. 2549 เหลือเพียงประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนศพผู้ต้องขังในปี พ.ศ. 2548 โดยจำนวนศพทั้งหมดในปี พ.ศ. 2551-2553 มีประมาณ 1500-1600 รายต่อปี ส่วนศพผู้ต้องขังเพศหญิงมีจำนวนลดลงจนไม่พบเลย ในปี พ.ศ. 2548 และพบเพียง 1 รายในปี พ.ศ. 2549 และ 2 ราย ในปี พ.ศ. 2550 และไม่พบอีกเลยในช่วง 3 ปีหลัง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 2 จำนวนศพทั้งหมดและศพที่ต้องขังจำแนกตามช่วงอายุและเพศ (n=368)

ช่วงอายุ (ปี)	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
15-24	29	8.3	0	0.0	29	7.9
25-34	167	48.0	10	50.0	177	48.1
35-44	102	29.3	1	5.0	103	28.0
45-54	36	10.4	7	35.0	43	11.7
55-64	8	2.3	1	5.0	9	2.4
> 64	6	1.7	1	5.0	7	1.9
รวม	348	100	20	100	368	100

ขณะเสียชีวิตผู้ต้องขังมีอายุเฉลี่ย 34.9 ± 9.9 ปี (16-82 ปี) เพศชายมีอายุเฉลี่ย 34.6 ± 9.4 ปี (16-82 ปี) และเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 41.5 ± 15.8 ปี (25-77 ปี) โดยเพศชายพบมากที่สุดในช่วงอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 48.0 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 35-44 ปี ร้อยละ 29.3 ส่วนเพศหญิงพบมากที่สุดในช่วงอายุ 25-34 ปี ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ช่วงอายุ 45-54 ปี ร้อยละ 35.0 (ตารางที่ 2)

สำหรับพฤติกรรมการตาย พบว่าผู้ต้องขังตายโดยธรรมชาติจำนวน 364 ราย (ร้อยละ 98.9) และตายโดยผิดธรรมชาติจำนวน 4 ราย (ร้อยละ 1.1) กลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายโดยธรรมชาติมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง 234 ราย (ร้อยละ 63.6) โรคระบบทางเดินหายใจ 51 ราย (ร้อยละ 13.9) โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด 15 ราย (ร้อยละ 4.1) โรคระบบสมองและหลอดเลือด 9 ราย (ร้อยละ 2.4) และโรคระบบทางเดินอาหาร 7 ราย (ร้อยละ 1.9) โรคระบบทางเดินหายใจที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคปอดอักเสบ (31 ราย) รองลงมาคือ วัณโรคปอด (18 ราย) สำหรับโรคระบบหัวใจและหลอดเลือดที่พบส่วนใหญ่เป็นโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (8 ราย) และหัวใจวาย (4 ราย) โรคระบบสมองและหลอดเลือดที่พบ ได้แก่ โรคสมองใหญ่อักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และเลือดออกในสมองใหญ่ ในก้านสมอง หรือใต้เยื่อหุ้มสมอง ส่วนโรคระบบทางเดินอาหารที่พบคือ วัณโรคแพร่กระจายในช่องท้อง เยื่อหุ้มช่องท้องอักเสบ ลำไส้ใหญ่แตกทะลุ อุจจาระร่วง และตับวาย นอกจากนี้ยังมี 42 ราย (ร้อยละ 11.4) ที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ชัดเจน ส่วนการตายโดยผิดธรรมชาติพบว่า

เป็นการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอจำนวน 3 ราย (ร้อยละ 0.8) และการถูกทำร้ายด้วยการแทงบริเวณหน้าอกจำนวน 1 ราย (ร้อยละ 0.3) (ตารางที่ 3)

เมื่อพิจารณาโรคที่เป็นสาเหตุการตายโดยธรรมชาติ พบว่าโรคที่เป็นสาเหตุการตายโดยธรรมชาติมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง 234 ราย ปอดอักเสบ 31 ราย และวัณโรคปอด 18 ราย สำหรับผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง เป็นเพศชาย 224 ราย (ร้อยละ 95.7) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 53.4) และผู้ต้องขังเสียชีวิตจากภูมิคุ้มกันบกพร่องมากที่สุดในปี พ.ศ. 2546 จำนวน 60 ราย เป็นเพศชาย 53 ราย และเพศหญิง 7 ราย หลังจากนั้นพบจำนวนลดลงอย่างชัดเจน ผู้ต้องขังเพศชายเหลือเพียง 13 ราย ในปี พ.ศ. 2549 และน้อยกว่า 10 รายในปี พ.ศ. 2551-2553 และไม่พบในเพศหญิงเลยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา ส่วนโรคปอดอักเสบนั้นพบในเพศชายทั้งหมด พบมากที่สุดในช่วงอายุ 35-44 ปี (ร้อยละ 35.5) สำหรับวัณโรคปอดพบในเพศชาย 17 ราย (ร้อยละ 94.4) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 61.1) สำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ชัดเจนมี 42 ราย เป็นเพศชาย 39 ราย (ร้อยละ 92.9) พบมากที่สุดในช่วงอายุ 25-34 ปี (ร้อยละ 47.6) ซึ่งโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องมีแนวโน้มลดลงอย่างมากตามลำดับ สำหรับปอดอักเสบและวัณโรคปอดยังคงพบได้บ้างแทบทุกปี ส่วนกลุ่มที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ชัดเจนมีแนวโน้มลดลงเช่นกัน จนพบปีละ 0-1 ราย ในช่วง 5 ปีหลังของระยะเวลาที่ศึกษา (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 3 พฤติการณ์และสาเหตุการตายจำแนกตามเพศ (n=368)

พฤติการณ์และสาเหตุการตาย	จำนวนศพผู้ต้องขัง					
	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
การตายโดยธรรมชาติ	344	98.9	20	100.0	364	98.9
ภูมิคุ้มกันบกพร่อง	224	64.4	10	50.0	234	63.6
ระบบทางเดินหายใจ	50	14.4	1	5.0	51	13.9
ปอดอักเสบ	31	8.9	—	—	31	8.4
วัณโรคปอด	17	4.9	1	5.0	18	4.9
อื่น ๆ ^a	2	0.6	—	—	2	0.6
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	12	3.4	3	15.0	15	4.1
กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด	6	1.7	2	10.0	8	2.2
หัวใจวาย	4	1.1	—	—	4	1.1
ลิ้นหัวใจ	2	0.6	—	—	2	0.5
หลอดเลือดแดงใหญ่โป่งพอง	—	—	1	5.0	1	0.3
ระบบสมองและหลอดเลือด	8	2.3	1	5.0	9	2.4
สมองหรือเยื่อหุ้มสมองอักเสบ	5	1.4	—	—	5	1.3
เลือดออกในสมอง ในก้านสมอง	3	0.9	1	5.0	4	1.1
หรือใต้เยื่อหุ้มสมอง						
ระบบทางเดินอาหาร	7	2.0	—	—	7	1.9
วัณโรคกระจายในช่องท้อง	3	0.9	—	—	3	0.8
อื่น ๆ ^b	4	1.1	—	—	4	1.1
โรคอื่น ๆ ^c	4	1.2	2	10.0	6	1.6
ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้	39	11.2	3	15.0	42	11.4
การตายโดยผิดธรรมชาติ	4	1.1	—	—	4	1.1
ฆ่าตัวตาย (แขวนคอ)	3	0.8	—	—	3	0.8
ถูกผู้อื่นทำให้ตาย (ถูกแทง)	1	0.3	—	—	1	0.3
รวม	348	100.0	20	100.0	368	100.0

^a โรคระบบทางเดินหายใจอื่น ๆ ได้แก่ หอบหืด 1 ราย และลมรั่วในปอด 1 ราย

^b โรคระบบทางเดินอาหารอื่น ๆ ได้แก่ ลำไส้ใหญ่แตกทะลุ 1 ราย อุจจาระร่วง 1 ราย เยื่อหุ้มช่องท้องอักเสบ 1 ราย และตับวาย 1 ราย

^c โรคอื่น ๆ ในเพศชาย ได้แก่ ไตอักเสบติดเชื้อ อีสุกอีใส อีเล็กโทรไลต์ไม่สมดุล ขาดอาหาร อย่างละ 1 ราย ในเพศหญิง ได้แก่ ไตวายเรื้อรัง และมะเร็งมดลูก อย่างละ 1 ราย

ตารางที่ 4 โรคที่เป็นสาเหตุการตาย 3 อันดับแรก และกลุ่มที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้จำแนกตามเพศ อายุ และปีพุทธศักราช (n=368)

อายุ และ ปี พ.ศ.	โรคที่เป็นสาเหตุการตาย											
	ภูมิคุ้มกันบกพร่อง			ปอดอักเสบ			วัณโรคปอด			ไม่สามารถระบุได้ชัดเจน		
	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม	ชาย	หญิง	รวม
อายุ (ปี)												
15-24 (n=29)	15	-	15	2	-	2	1	-	1	6	-	6
25-34 (n=177)	118	7	125	10	-	10	10	1	11	20	-	20
35-44 (n=103)	64	-	64	11	-	11	5	-	5	9	-	9
45-54 (n=43)	21	2	23	5	-	5	1	-	1	3	2	5
55-64 (n=9)	5	-	5	2	-	2	-	-	-	-	-	-
> 64 (n=7)	1	1	2	1	-	1	-	-	-	1	1	2
ปี พ.ศ.												
2544 (n=57)	31	-	31	3	-	3	1	-	1	15	1	16
2545 (n=69)	44	2	46	2	-	2	1	-	1	8	1	9
2546 (n=78)	53	7	60	12	-	12	2	1	3	1	0	1
2547 (n=54)	32	1	33	4	-	4	1	-	1	10	1	11
2548 (n=39)	28	-	28	4	-	4	1	-	1	2	0	2
2549 (n=18)	13	-	13	0	-	0	-	-	-	1	0	1
2550 (n=16)	10	-	10	1	-	1	2	-	2	0	0	0
2551 (n=17)	7	-	7	1	-	1	6	-	6	1	0	1
2552 (n=8)	2	-	2	0	-	0	2	-	2	1	0	1
2553 (n=12)	4	-	4	4	-	4	1	-	1	0	0	0
รวม	224	10	234	31	-	31	17	1	18	39	3	42

วิจารณ์

ในจำนวนศพผู้ต้องขัง 368 ราย (ร้อยละ 2 ของจำนวนศพทั้งหมด) เกือบทั้งหมดเป็นเพศชาย (ร้อยละ 94.6) เป็นเพศหญิงเพียง 20 ราย (ร้อยละ 5.4) คิดเป็นอัตราส่วนหญิงต่อชาย 1:17 โดยพบว่าศพผู้ต้องขังเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงในทุกช่วงอายุ ทั้งนี้จะเนื่องมาจากเพศหญิงมีแนวโน้มที่จะกระทำผิดทางอาญาน้อยกว่าเพศชายมาก สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา²⁻⁸

ในปี พ.ศ. 2546 มีจำนวนศพที่ผ่านการชันสูตรมากที่สุดถึง 2009 ราย และมีจำนวนศพผู้ต้องขังมากที่สุดเช่นกัน ทั้งเพศชายและเพศหญิง หลังจากนั้นจำนวนศพผู้ต้องขังเพศชายลดลงตามลำดับจนถึงปี พ.ศ. 2549 เหลือเพียงประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนศพผู้ต้องขังในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งจำนวนศพผู้ต้องขังเพศชายที่ลดลงอย่างมากนั้นจะเป็นผลโดยตรงจากจำนวนผู้ต้องขังโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องที่ลดลงอย่างชัดเจนในระยะเวลาดังกล่าว (ตารางที่ 4) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากเรือนจำพิเศษธนบุรีมีนโยบายให้หน่วยผู้ต้องขังกลุ่ม

ดังกล่าวไปปรับการรักษาที่โรงพยาบาลในเรือนจำขนาดใหญ่แทนที่จะรักษาอยู่ในเรือนจำพิเศษธนบุรีที่ไม่มีโรงพยาบาลและไม่มีบุคลากรทางการแพทย์และเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการให้บริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขังกลุ่มนี้ และบางส่วนของอาจเป็นผลจากการเปลี่ยนแปลงชนิดของสารเสพติดที่ใช้เสพจากเดิมที่เสพยาโรีนด้วยการฉีดเข้าหลอดเลือดดำมาเป็นเสพยาบ้าแทน ส่วนจำนวนผู้ต้องขังเพศหญิงไม่พบการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญเนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยในกลุ่มนี้น้อยมาก

ศพผู้ต้องขังมีอายุเฉลี่ย 34.9 ± 9.9 ปี โดยมีอายุน้อยที่สุด 16 ปี และอายุมากที่สุด 82 ปี เพศชายมีอายุเฉลี่ย 34.6 ± 9.4 ปี และเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย 41.5 ± 15.8 ปี ส่วนช่วงอายุที่พบการเสียชีวิตมากที่สุด คือช่วงอายุ 25-34 ปี ทั้งในเพศชาย (ร้อยละ 48.0) และในเพศหญิง (ร้อยละ 50.0) รองลงมา คือช่วงอายุ 35-44 ปี ในเพศชาย (ร้อยละ 29.3) และ 45-54 ปี ในเพศหญิง (ร้อยละ 35.0) ผู้ต้องขังส่วนใหญ่เสียชีวิตในขณะที่อายุยังน้อย สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา²⁻⁸ โดยประมาณครึ่งหนึ่งเสียชีวิตในขณะที่มีอายุน้อยกว่า 35 ปี และมากกว่าสองในสามเสียชีวิตในขณะที่มีอายุน้อยกว่า 45 ปี เพศหญิงเสียชีวิตในขณะที่มีอายุมากกว่าเพศชายและเริ่มเข้าสู่วัยกลางคน

ส่วนพฤติกรรมการตาย พบว่าร้อยละ 98.9 ตายโดยธรรมชาติ และร้อยละ 1.1 ตายโดยฆาตกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของ Mumola² ที่ศึกษาการเสียชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำของรัฐในประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี พ.ศ. 2544-2546 จำนวน 12,129 ราย พบว่ากว่า 9 ใน 10 รายของผู้ต้องขังตายโดยธรรมชาติ ส่วนการศึกษาของ Salive และคณะ³ ที่ศึกษารูปแบบการเสียชีวิตของผู้ต้องขังชายในเรือนจำในมลรัฐแมริแลนด์ ประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี พ.ศ. 2522-2530 จำนวน 204 ราย พบว่า ร้อยละ 68.6 เป็นการตายโดยธรรมชาติ และการศึกษาของ Kim และคณะ⁵ ที่ศึกษาการเสียชีวิตของผู้ต้องขังในห้องขังขนาดใหญ่ในมลรัฐชิคาโก ในช่วงปี พ.ศ. 2538-2547 จำนวน 178 ราย พบว่าผู้ต้องขังตายโดยธรรมชาติ ร้อยละ 53.4 แต่ต่างจากบางการศึกษา^{4,6-8} ที่พบการตายโดยฆาตกรรมมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้เสียชีวิตในเรือนจำทั้งหมด เช่น การศึกษาของ Dalton⁴ ที่ศึกษาการเสียชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำในประเทศออสเตรเลีย ในช่วงปี พ.ศ. 2523-2541 จำนวน 754 ราย พบว่า ร้อยละ 65.8 เป็นการตายโดยฆาตกรรม การศึกษาของ Novick และ Remmlinger⁶ ที่ศึกษาการเสียชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำในเมืองนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ในช่วงปี พ.ศ. 2514-2519 จำนวน 128 ราย พบว่า ร้อยละ 55.5 เป็นการตายโดยฆาตกรรม การศึกษาของ McDonald และ Thomson⁷ ที่ศึกษาการเสียชีวิตของผู้ต้องขังในเรือนจำใน

ประเทศออสเตรเลีย ในช่วงปี พ.ศ. 2523-2532 จำนวน 527 ราย พบว่า ร้อยละ 66.6 เป็นการตายโดยฆาตกรรม และการศึกษาของ Wobeser และคณะ⁸ ที่ศึกษาการเสียชีวิตของผู้ต้องขังชายในเรือนจำกลางในเรือนจำจังหวัดและในห้องขังของสถานีตำรวจในมลรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา ในช่วงปี พ.ศ. 2533-2542 จำนวน 283 ราย พบการตายโดยฆาตกรรม ร้อยละ 59.5

ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องร้อยละ 63.6 โรคระบบทางเดินหายใจร้อยละ 13.9 โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 4.1 โรคระบบสมองและหลอดเลือดร้อยละ 2.4 และโรคระบบทางเดินอาหารร้อยละ 1.9 ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Mumola² ที่พบว่ากลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด 5 อันดับแรก คือ โรคหัวใจ (ร้อยละ 27) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 23) โรคตับ (ร้อยละ 10) โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ร้อยละ 7) และการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 6) การศึกษาของ Salive และคณะ³ ที่พบสาเหตุการตายมากที่สุด คือ โรคระบบไหลเวียน (ร้อยละ 28.9) รองลงมา ได้แก่ การฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 19.6) การถูกผู้อื่นทำให้ตายรวมทั้งการแทรกแซงทางกฎหมาย (ร้อยละ 14.7) โรคมะเร็ง (ร้อยละ 13.7) และอุบัติเหตุ (ร้อยละ 12.3) ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2530 ซึ่งเป็นปีสุดท้ายของการศึกษานี้พบว่ากลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุด เปลี่ยนเป็นภูมิคุ้มกันบกพร่อง ส่งผลให้มลรัฐแมริแลนด์ให้ความสำคัญในการดูแลป้องกันโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องเป็นลำดับแรก การศึกษาของ Dalton⁴ ที่พบสาเหตุการตายมากที่สุด คือ การฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 46.7) รองลงมา ได้แก่ การตายโดยฆาตกรรม (ร้อยละ 32.9) อุบัติเหตุ (ร้อยละ 10.7) การถูกผู้อื่นทำให้ตาย (ร้อยละ 10.3) อื่น ๆ (ร้อยละ 1.1) และไม่สามารถระบุพฤติการณ์ได้ (ร้อยละ 1.3) ตามลำดับ ส่วนการศึกษาของ Kim และคณะ⁵ พบว่าโรคหัวใจเป็นสาเหตุการตายมากที่สุด (ร้อยละ 18.0) รองลงมาคือ โรคสมองและหลอดเลือด (ร้อยละ 10.7) การฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 10.7) การตายที่สัมพันธ์กับสารเสพติด (ร้อยละ 6.7) มะเร็ง (ร้อยละ 6.2) และภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ร้อยละ 9.0) สำหรับการศึกษาของ McDonald และ Thomson⁷ พบสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุดคือ การทำร้ายตัวเอง (ร้อยละ 18.3) รองลงมาคือ ระบบไหลเวียน (ร้อยละ 11.0) การบาดเจ็บ (ร้อยละ 9.3) และระบบทางเดินหายใจ (ร้อยละ 4.3) ตามลำดับ ส่วนการศึกษาของ Wobeser และคณะ⁸ พบสาเหตุการตายมากที่สุด คือการฆ่าตัวตาย (ร้อยละ 32.6) หัวใจหลอดเลือด (ร้อยละ 22) สารพิษ (ร้อยละ 16.5) มะเร็ง (ร้อยละ 6.2) และการถูกผู้อื่นทำให้ตาย (ร้อยละ 5.5) ตามลำดับ

ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มโรคที่เป็นสาเหตุการตายมากที่สุดคือ

ภูมิคุ้มกันบกพร่อง แต่กลุ่มโรคที่พบว่าเป็นสาเหตุการตายมากที่สุด ในสหรัฐอเมริกาคือ โรคหัวใจและระบบไหลเวียน^{2,3,5} ผู้วิจัยมีความเห็นว่าน่าจะเนื่องมาจากประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งกลุ่มประเทศกำลังพัฒนามักจะมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ค่อนข้างยากจน โอกาสที่จะเข้าถึงยาต้านไวรัสน้อย และโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในระยะเริ่มแรกน้อย อันเนื่องมาจากการมีทรัพยากรที่จำกัด ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาเป็นประเทศที่พัฒนาแล้วมีโอกาสในการเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากกว่าและโอกาสที่จะได้รับการวินิจฉัยโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในระยะเริ่มแรกมากกว่า แต่เนื่องจากวิถีชีวิตของประชากรในประเทศสหรัฐอเมริกานิยมบริโภคอาหารฟาสต์ฟู้ด (fastfood) ที่มีส่วนประกอบของแป้งและไขมันมากกว่า โรคที่พบจึงมักจะเป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือด

โรคภูมิคุ้มกันบกพร่องยังเป็นสาเหตุการตายมากที่สุดในเกือบทุกช่วงอายุ ยกเว้นช่วงอายุมากกว่า 64 ปี ทั้งในเพศชายและเพศหญิงด้วย โดยผู้ต้องขังที่เสียชีวิตในช่วงอายุ 25-44 ปี เสียชีวิตด้วยภูมิคุ้มกันบกพร่องมากกว่าครึ่งหนึ่ง ได้มีการศึกษาถึงสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ต้องขังในเรือนจำในกรุงเทพฯ พบว่าปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการฉีดสารเสพติดเข้าหลอดเลือด ซึ่งจากการสืบค้นในรายงานการตรวจศพและรายงานอื่น ๆ ที่แนบมากับรายงานชันสูตรศพพบว่าผู้ต้องขังชายบางรายใช้สารเสพติดทางหลอดเลือด นอกจากนี้มีรายงานจากองค์การอนามัยโลกที่รับผิดชอบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีพบว่าผู้ต้องขังในเรือนจำราวสองในสามเป็นผู้กระทำผิดในคดีสารเสพติด¹⁰ ภูมิคุ้มกันบกพร่องจึงยังคงเป็นปัญหาทางการแพทย์ในเรือนจำที่ควรให้ความสำคัญอย่างมาก¹¹

Wilson และคณะ¹⁰ ได้ศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ 2 แห่งในประเทศไทยพบว่า ผู้ต้องขังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองเอชไอวีในทุกราย แต่ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นวัณโรคปอดทุกราย จะได้รับการตรวจคัดกรองเอชไอวี ทั้งนี้จะเนื่องจากการขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่มีคุณภาพอย่างเพียงพอและงบประมาณที่เรือนจำได้รับค่อนข้างจำกัด แม้ว่าเรือนจำอาจให้บริการทางการแพทย์ที่จำเป็นแก่ผู้ต้องขังที่ป่วยเป็นโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องได้บ้าง แต่ยังพบว่าผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีป่วยเป็นวัณโรครวมด้วยได้บ่อย และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสช้ากว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้ถูกกักขังอยู่ในเรือนจำ¹⁰ ผู้ต้องขังที่เสียชีวิตด้วยโรคนี้ส่วนใหญ่เป็นผลเนื่องมาจากการกระจายการให้บริการทางสุขภาพที่ไม่เท่าเทียมกันระหว่างผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ระบุได้แล้วกับที่ยังระบุไม่ได้ที่ยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง ซึ่งชี้แนะว่าการเปลี่ยนแปลงนโยบายการสืบค้นและการรักษาโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในอนาคตน่าจะช่วยปรับปรุงภาวะสุขภาพของผู้ต้องขังที่ติดเชื้อได้ ร่วมกับการพัฒนามาตรการที่จำเป็นในการเฝ้า

ระวังผู้ที่มีความเสี่ยงสูง ทั้งนี้จะมีความร่วมมือที่ดีระหว่างหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขและเรือนจำที่อยู่ในสังกัดกระทรวงมหาดไทยเพื่อให้แน่ใจว่ามีการรายงานผู้ต้องขังที่ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้องภายในระยะเวลาที่เหมาะสมและเพื่อพัฒนาการป้องกัน การให้ความรู้ และการรักษาโรคภูมิคุ้มกันบกพร่องในผู้ต้องขังทั้งที่ยังอยู่ในเรือนจำและที่ได้รับการปล่อยตัวเมื่อพ้นโทษแล้วด้วย

สำหรับกลุ่มที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ชัดเจนที่พบมากถึงร้อยละ 11.4 เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ผ่านมาซึ่งเป็นการศึกษาของประเทศพัฒนาแล้วจะเทียบได้กับกลุ่ม “unspecified illness deaths” หรือ “deaths without a known causes” ที่จัดเป็นการตายโดยธรรมชาติที่พบเพียงร้อยละ 3.3² ในการศึกษาในกลุ่มนี้หมายรวมถึงศพผู้ต้องขังรายที่ถูกระบุสาเหตุการตายว่า “การหายใจไหลเวียนโลหิตล้มเหลว” ด้วย ซึ่งภายหลังจากการผ่าศพตรวจอย่างละเอียดแล้วไม่พบลักษณะผิดปกติของอวัยวะภายในที่มีนัยสำคัญมากพอที่จะระบุเป็นสาเหตุการตายได้ ซึ่งเชื่อว่าเป็นการตายที่มีผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา (physiologic death) จึงไม่ปรากฏลักษณะให้วินิจฉัยได้ทางพยาธิกายวิภาค และการตรวจทางพิษวิทยาที่ทำเป็นงานประจำของภาควิชาฯ ตรวจไม่พบสารพิษหรือยาที่จะเป็นสาเหตุการตายได้ด้วย อย่างไรก็ตามในกลุ่มนี้อาจรวมถึงการเสียชีวิตของผู้ต้องขังที่มีภาวะติดเชื้อราเรื้อรังและหูดฉีดยาอย่างหนักที่ทนใจจนอาจทำให้เกิดความผิดปกติของร่างกายจากการขาดสารรวมทั้งการขาดสารเสพติดชนิดอื่น ๆ ด้วย ซึ่งเป็นที่ทราบกันว่าผู้ต้องขังมีความเสี่ยงสูงต่อการเสียชีวิตจากภาวะพึ่งยา ภายหลังจากงดสารเสพติดหรือการได้รับยาที่จำเป็นต่อการรักษาโรคบางชนิดลดลงหรือไม่ได้รับเลยในขณะที่ถูกคุมขังอยู่ในเรือนจำ ตลอดจนการได้รับสารพิษบางชนิดเข้าสู่ร่างกายด้วย กลุ่มนี้จึงมักเป็นการเสียชีวิตอย่างกะทันหันและไม่คาดคิด ซึ่งหากมีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติในการตรวจและวิธีการตรวจทางพิษวิทยาแล้วอาจเพิ่มโอกาสในการระบุสาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องกับยา สารเสพติด หรือสารพิษได้ชัดเจนขึ้นและหลากหลายกว่า รวมทั้งการพัฒนาหลักการทางนิติเวชที่เกี่ยวกับสาเหตุและพฤติการณ์การตาย ตลอดจนบันทึกรายละเอียดของศพแต่ละรายให้มากขึ้น และแพทย์นิติเวชเองควรได้รับการฝึกอบรมหรือตระหนักถึงการตายในลักษณะดังกล่าวด้วย ซึ่งการเสียชีวิตจากยา สารเสพติด หรือสารพิษนี้จัดเป็นการตายโดยผิดธรรมชาติ และเนื่องจากการเสียชีวิตโดยไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ชัดเจนพบมากถึงร้อยละ 11.4 จึงอาจสะท้อนให้เห็นถึงการบันทึกรายละเอียดที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตของผู้ต้องขังที่ไม่เพียงพอหรือขาดการตระหนักถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่มีส่วนร่วมในการสนับสนุนให้ผู้ต้องขังเสียชีวิต ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิต

อาจไม่ได้มีเพียงปัจจัยเดียว จึงเป็นเรื่องท้าทายสำหรับแพทย์นิติเวช ในการระบุว่าปัจจัยใดบ้างและรวมกันอย่างไรในการทำให้ผู้ต้องขังเสียชีวิต ซึ่งการที่จะให้ได้ข้อมูลดังกล่าว เจ้าพนักงานของรัฐในทุกส่วนที่เกี่ยวข้องควรบันทึกรายละเอียดต่าง ๆ ของผู้ต้องขังให้มากขึ้นด้วย ไม่ว่าจะเป็นรายงานของเรือนจำ รายงานของพนักงานสอบสวน รายงานทางการแพทย์ขณะที่ผู้ต้องขังเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล บันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตรพลิกศพ และรายงานชันสูตรศพ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวทั้งหมดนอกจากจะช่วยให้แพทย์นิติเวชสามารถใช้เป็นข้อมูลในการสืบค้นสาเหตุการตายได้ชัดเจนขึ้นแล้ว ยังสามารถให้ความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุและพฤติกรรมการตายได้ถูกต้องตรงกับความเป็นจริงมากขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามในช่วง 5 ปีหลังของการศึกษานี้กลุ่มที่ไม่สามารถระบุสาเหตุการตายได้ชัดเจนมีแนวโน้มลดลงอย่างมากจนพบปีละ 0-1 รายเท่านั้น

สำหรับการตายโดยผิดธรรมชาติ พบการฆ่าตัวตายเพียง 3 ราย โดยทุกรายใช้วิธีแขวนคอ และถูกผู้อื่นทำร้าย 1 ราย โดยถูกแทงบริเวณหน้าอกทะลุหัวใจ ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา²⁻⁷ ที่พบว่าส่วนใหญ่ของการตายโดยผิดธรรมชาติในเรือนจำมีสาเหตุจากการฆ่าตัวตาย และการแขวนคอเป็นวิธีที่ใช้ในการฆ่าตัวตายมากที่สุดเช่นกัน แต่ต่างจากการศึกษาของ Wobeser และคณะ⁸ ที่พบว่าส่วนใหญ่ใช้วิธีรัดคอ เมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาในหลายประเทศที่ผ่านมาพบว่าเมื่ออัตราการฆ่าตัวตายสูงกว่ามาก²⁻⁸ และมักเกิดกับผู้ต้องขังที่ติดสุราหรือสารเสพติดรวมทั้งที่มีโรคทางจิตเวชร่วมด้วย^{8,12-14} การฆ่าตัวตายจึงยังคงเป็นเรื่องที่ญาติกังวลและเป็นห่วงอย่างมากว่าผู้ต้องขังจะไม่สามารถทนรับกับสถานการณ์ในเรือนจำได้ และคิดจะหนีปัญหาด้วยการฆ่าตัวตาย ซึ่งการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอสามารถกระทำได้ง่ายที่สุด เนื่องจากสามารถหาวัสดุที่จะใช้ในการแขวนคอได้ง่าย เช่น เสื้อที่ผู้ต้องขังสวมอยู่ ผาขันทูหรือเชือกที่ใช้ในการห่อของ เป็นต้น และสามารถหาตำแหน่งที่จะใช้ในการแขวนวัสดุได้ง่ายด้วย เช่น ต้นไม้ที่มีกิ่งก้านขนาดใหญ่พอควรกรงเหล็ก ขอบหน้าต่างประตู ราวแขวนรวมทั้งราวเตียงนอน เป็นต้น ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้จัดทำแนวปฏิบัติในการป้องกันการฆ่าตัวตายในเรือนจำไว้แล้ว โดยให้คำแนะนำแก่เจ้าหน้าที่เรือนจำเกี่ยวกับวัสดุที่พบว่านำไปใช้ในการแขวนคอได้บ่อย และความจำเป็นในการลดตำแหน่งที่ใช้ในการแขวนคอให้น้อยลงด้วย¹⁵ ซึ่งจะช่วยป้องกันการฆ่าตัวตายด้วยการแขวนคอได้ เป็นที่น่าสังเกตว่าในการศึกษานี้พบการฆ่าตัวตายน้อยมาก เพียงร้อยละ 0.8 ของศพผู้ต้องขังทั้งหมด นอกจากนี้ยังไม่พบสาเหตุการตายโดยผิดธรรมชาติอื่น ๆ เช่น การได้รับบาดเจ็บจากอุบัติเหตุต่าง ๆ การได้รับสารพิษหรือยาบางชนิดไม่ว่าจะเกิดจากการวางยาโดยผู้อื่นหรือการจงใจกินเข้าไปของผู้ต้องขังเอง หรือถูกสัตว์ทำร้ายตาย เป็นต้น จึงน่าจะสะท้อนให้

เห็นถึงระบบความปลอดภัยที่ดีและได้มาตรฐานในเรือนจำทั้งสองแห่ง เรือนจำนอกจากมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการป้องกันมิให้เกิดการทำร้ายตนเองหรือการทำร้ายกันเองระหว่างผู้ต้องขังหรือระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ต้องขังได้อย่างมีประสิทธิภาพแล้ว ยังมีหน้าที่รับผิดชอบต่อการให้บริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของผู้ต้องขังด้วย ซึ่งอาจจะต้องมีระบบคัดกรองผู้ต้องขังที่มีความเสี่ยงสูงต่อความรุนแรงและต่อโรคบางชนิดที่อาจคุกคามชีวิตได้ง่ายอย่างเป็นสัดส่วน เพื่อให้ทำให้การบริการอย่างมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ครอบคลุมและทั่วถึง ซึ่งปัญหาที่พบบ่อยที่สุดของการให้บริการทางการแพทย์ก็คือ ความล่าช้าในการรับตัวผู้ป่วยไว้รักษาในสถานพยาบาล⁶ และหากผู้ต้องขังเสียชีวิตก็มักจะถูกตั้งคำถามเกี่ยวกับสาเหตุการตาย คุณภาพของการดูแลผู้ต้องขังและความรับผิดชอบทางกฎหมาย การให้บริการสุขภาพในเรือนจำจึงควรแยกออกจากการบริหารจัดการเรือนจำซึ่งจะทำให้มีความพร้อมทั้งในด้านเครื่องมือ บุคลากร และเวชภัณฑ์ ตลอดจนความคล่องตัวและประสิทธิภาพในการให้บริการสุขภาพที่ดีกว่า ซึ่งจะช่วยให้ผู้ต้องขังมีชีวิตที่ยืนยาวตามปกติ

ในอนาคตควรจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ต้องขังที่อยู่ในเรือนจำกลางและเรือนจำอื่น ๆ ในประเทศไทย รวมทั้งผู้ต้องขังที่อยู่ในห้องขังในสถานตำรวจด้วย เนื่องจากมีความแตกต่างในประชากรที่ศึกษา ซึ่งอาจทำให้มีความแตกต่างในสาเหตุและพฤติกรรมการตายได้ นอกจากนี้ยังอาจศึกษาคุณลักษณะอื่น ๆ ของผู้ต้องขังด้วย เช่น ผู้ต้องขังกระทำผิดอาญาในข้อหาใด ระยะเวลาที่ถูกคุมขังนานเท่าไรจนกระทั่งเสียชีวิต จำนวนครั้งในการถูกคุมขัง โรคหรือภาวะเจ็บป่วยก่อนถูกคุมขัง เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมมากขึ้นอันจะเป็นประโยชน์ต่อการเข้าใจปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ต้องขังได้มากขึ้นและใช้เป็นข้อมูลอ้างอิงทางสถิติของประเทศได้อย่างกว้างขวางและแม่นยำมากขึ้นด้วย

โดยสรุปการเสียชีวิตในเรือนจำในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน ผู้ต้องขังส่วนใหญ่เสียชีวิตในขณะที่มีอายุน้อย เกือบทั้งหมดเป็นการตายโดยธรรมชาติและโรคที่เป็นสาเหตุการตายส่วนใหญ่ คือ โรคติดเชื้อที่สามารถป้องกันหรือรักษาได้ เช่น ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ปอดอักเสบ และวัณโรคปอด

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของรายงานการวิจัยเพื่อสอบวุฒิปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต ประจำปี พ.ศ. 2554 ผู้วิจัยขอขอบคุณ

รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัชวรินทร์ รัชต์ภักย์ หัวหน้าภาควิชา
นิติเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ที่อนุมติให้ดำเนินการวิจัยและอนุญาตให้นำเสนอผลการวิจัยฉบับนี้
รวมทั้งขอขอบคุณแพทย์ผู้จัดทำบันทึกรายละเอียดแห่งการชันสูตร
พลิกศพและรายงานชันสูตรศพที่ใช้ในการศึกษานี้ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Jiwachart S, Jiwachart L. The criminal procedure code of Thailand. Bangkok: Nitibannakarn Press; 2001.
2. Mumola CJ. Medical causes of death in state prisons, 2001–2004. Bureau of Justice Statistics Policy Analyst January 2007; NCJ 216340.
3. Salive ME, Smith GS, Brewer TF. Death in prison: changing mortality patterns among male prisoners in Maryland, 1979–87. *Am J Public Health* 1990; 80: 1479–80.
4. Dalton V. Death and dying in prison in Australia: national overview, 1980–1998. *J Law Med Ethics* 1999; 27: 269–74.
5. Kim S, Ting A, Puisis M, Rodriguez S, Benson R, Mennella C, et al. Deaths in the Cook County jail: 10-year report, 1995–2004. *J Urban Health* 2006; 84: 70–84.
6. Novick LF, Remmlinger E. A study of 128 deaths in New York City correctional facilities (1971–1976): implications for prisoner health care. *Med Care* 1978; 16: 749–56.
7. McDonald D, Thomson NJ. Australian deaths in custody, 1980–1989: 2. Causes. *Med J Aust* 1993; 159: 581–5.
8. Wobeser WL, Datema J, Bechard B, Ford P. Causes of death among people in custody in Ontario, 1990–1999. *CMAJ* 2002; 167: 1109–13.
9. Thaisri H, Lerwitworapong J, Vongsheree S, Sawanpanyalert P, Chadbanchachai C, Rojanawiwat A, et al. HIV infection and risk factors among Bangkok prisoners, Thailand: a prospective cohort study. *BMC Infect Dis* 2003; 3: 25.
10. Wilson D, Ford N, Ngammee V, Chua A, Kyaw MK. HIV prevention, care, and treatment in two prisons in Thailand. *PLoS Med* 2007; 4: e204.
11. Pérez-Molina JA, Fernández-González F, Hernangómez S, González C, Miralles P, López-Bernaldo De Quirós JC, et al. Differential characteristics of HIV-infected penitentiary patients and HIV-infected community patients. *HIV Clin Trials* 2002; 3: 139–47.
12. Joukamaa M. Prison suicide in Finland, 1969–1992. *Forensic Sci Int* 1997; 89: 167–74.
13. Fazel S, Benning R, Danesh J. Suicides in male prisoners in England and Wales, 1978–2003. *Lancet* 2005; 366(9493): 1301–2.
14. Fruehwald S, Frottier P, Eher R, Gutierrez K, Ritter K. Prison suicides in Austria, 1975–1997. *Suicide Life Threat Behav* 2000; 30: 360–9.
15. WHO Collaborating Centre for Research and Training for Mental Health Institute of Psychiatry. Mental health primary care in prisons—adapted for prisons and young offenders. Institution for the WHO Guide to Mental Health in Primary Care. London: Royal Society of Medicine Press Ltd, 2002.