



กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

คู่มือการดำเนินงาน

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562





กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

คู่มือการดำเนินงาน

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562



**คู่มือการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562**

ISBN	: 978-616-8340-00-4	
พิมพ์ครั้งที่ 1	: สิงหาคม 2566	
จำนวนพิมพ์	: 1,000 เล่ม	
ที่ปรึกษา	: นายแพทย์ หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ นายแพทย์เกียรติภูมิ วงศ์รจิต นายแพทย์วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์ นายแพทย์บุญชัย นวมงคลวัฒนา นายแพทย์ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์ แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์	ประธานที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่ปรึกษารัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต อธิบดีกรมสุขภาพจิต
บรรณาธิการ	: ดร.แพทย์หญิงเบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์ ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ
รองบรรณาธิการ	: นายแพทย์ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์
ผู้ช่วยบรรณาธิการ	: แพทย์หญิงอภิษฐา พลรักษ์ นางชนันรัตน์ นวพลพัฒน์ นางสาวอินทิรา นามจันทรา นางสาวขวัญฤทัย จิตรบุญย์ นายชนะสรณ์ คุณเวช	นายแพทย์ปฏิบัติการ นักวิชาการสถิติชำนาญการพิเศษ นักวิเคราะห์นโยบายและแผน นิติกร นิติกร
จัดทำโดย	: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โทร. 0 2590 8041, 081 830 5460	
พิมพ์ที่	: บริษัท ปียอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด	

คำนิยาม

ในปัจจุบัน องค์ความรู้ด้านจิตเวชศาสตร์ได้มีการเพิ่มพูนขึ้นอย่างรวดเร็ว สังคมไทยมีความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยง การวินิจฉัยโรค และการรักษาโรคทางจิตเวชมากขึ้น และหลายภาคส่วนต่างรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานและความพิการของผู้ป่วยจิตเวช ความเข้าใจและการรับรู้ดังกล่าวเป็นส่วนสำคัญที่ผลักดันให้เกิดการยอมรับและเห็นความสำคัญของบริการด้านสุขภาพจิตในประเทศไทย เมื่อประกอบกับบริบททางสังคมที่ให้ความสำคัญกับสิทธิมนุษยชน ความเท่าเทียม และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ การมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตที่เหมาะสมกับยุคสมัยจึงเป็นสิ่งสำคัญ

ประเทศไทยมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตที่บังคับใช้อยู่ในปัจจุบัน คือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 รวมทั้งอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ แม้ว่ากฎหมายสุขภาพจิตของแต่ละประเทศอาจมีแนวคิดพื้นฐานที่คล้ายคลึงกัน แต่รายละเอียดของกฎหมายเหล่านี้ อาจแตกต่างกันได้มากตามบริบทของสังคม วัฒนธรรม และกฎหมายอื่นของประเทศนั้น ๆ ด้วยเหตุนี้ จิตแพทย์และบุคลากรในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องศึกษากฎหมายสุขภาพจิตที่ใช้ในประเทศไทยให้่องแท้ เพื่อให้สามารถดำเนินการตามเจตนารมณ์และมาตรการตามกฎหมายได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และช่วยรักษาสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะสิทธิในการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ นอกจากนี้ การปฏิบัติตามกฎหมายเหล่านี้ยังช่วยคุ้มครองผู้ปฏิบัติงานเองจากข้อครหาและข้อกล่าวหาต่าง ๆ ได้เช่นกัน

“คู่มือการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562” ซึ่งสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต ได้จัดทำขึ้นโดยจิตแพทย์และทีมสหวิชาชีพที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านนิติจิตเวชศาสตร์และนิติสุขภาพจิตซึ่งมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานจริง และเข้าใจบริบทการปฏิบัติงานในประเทศไทย ได้เรียบเรียงขึ้นด้วยการใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย กระชับ และตรงประเด็น ทำให้เห็นว่ากฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตไม่ใช่สิ่งไกลตัวและไม่ได้ยากเกินกว่าจะทำความเข้าใจ

ผมขอขอบคุณคณะผู้จัดทำคู่มือนี้ที่ได้ทุ่มเทแรงกายแรงใจเป็นอย่างมากในการสรุปองค์ความรู้ด้านกฎหมายสุขภาพจิตที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งไม่สามารถหาอ่านได้จากตำราทั่วไป และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะช่วยจิตแพทย์รวมทั้งบุคลากรในระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าใจกฎหมายสุขภาพจิตของไทยได้ดียิ่งขึ้น และให้ตระหนักถึงบทบาทในการผลักดันและเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตได้รับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมต่อไป



(ศาสตราจารย์ นายแพทย์มานิตย์ ศรีสุรทานนท์)

ประธานราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

คำนิยาม

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มุ่งเน้นการดำเนินงาน ตั้งแต่การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมปัจจัยคุกคามสุขภาพจิต เพื่อให้คนในสังคมมีสุขภาพจิตที่ดี กฎหมายดังกล่าวยังมีส่วนช่วยคุ้มครองสิทธิผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ส่งเสริมให้เข้าถึงการบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถอยู่ประนีประนอมกับสังคมได้แม้ว่ามีความผิดปกติทางจิต รวมทั้งสามารถอยู่ร่วมกับสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี

ปัญหาสุขภาพจิตเป็นปัญหาสำคัญที่คุกคามคุณภาพชีวิต กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตเป็นกลไกหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยให้เกิดกระบวนการจัดการปัญหาสุขภาพจิตตั้งแต่ระดับชาติไปจนถึงระดับบุคคลอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งในส่วนการส่งเสริมและป้องกันก่อนที่จะเกิดปัญหาสุขภาพจิต รวมถึงการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยทางจิตและผู้รับดูแลผู้ป่วย การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต ดังนั้นการศึกษากฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตจึงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับผู้ปฏิบัติตามกฎหมายฉบับนี้ รวมทั้งจิตแพทย์

การที่สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต ได้จัดทำ “คู่มือการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562” ย่อมช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานตามกฎหมายฉบับนี้ตระหนักถึงความจำเป็นในการบังคับใช้กฎหมาย และปฏิบัติตามมาตรการที่กฎหมายวางไว้ได้อย่างมั่นใจ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยทางจิตและสังคมเป็นสำคัญ และหวังว่าผู้ที่ได้ศึกษาคู่มือเล่มนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยด้วยการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตตามเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ต่อไป



(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชวรัตน์ ชาญศิลป์)

นายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

คำนิยาม

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เป็นกลไกด้านกฎหมายที่สำคัญในการส่งเสริมสุขภาพจิตของคนในสังคม การพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยทางจิต ผู้รับดูแลและสังคมในภาพรวม ตลอดจนการคุ้มครองและช่วยเหลือผู้ป่วยทางจิตให้สามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุข ซึ่งกฎหมายนี้จะยังประโยชน์แก่ทุกคนในสังคมได้นั้น ย่อมต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจและความร่วมมือของผู้ปฏิบัติงานตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ทั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน ตลอดจนบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุข รวมทั้งประชาชนทุกคนที่จะช่วยกันป้องกันปัญหาทางจิต เกื้อกูลให้ผู้ป่วยทางจิตได้รับโอกาสในการเข้าถึงการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ จนสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างปกติสุข

กรมสุขภาพจิต มุ่งมั่นในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงานต่าง ๆ ซึ่งกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ถือเป็นหนึ่งในกลไกสำคัญที่จะทำให้ทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาสังคมได้ตระหนักถึงความสำคัญของการร่วมใจรวมพลังเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตที่ดีปราศจากปัญหาสุขภาพจิตหรือสามารถจัดการปัญหาสุขภาพจิตด้วยตนเอง รวมทั้งชุมชนและสังคมสามารถช่วยกันดูแลผู้ป่วยทางจิต ดังนั้น กรมสุขภาพจิต โดยสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ จึงได้จัดทำ “คู่มือการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562” ซึ่งได้มอบหมายให้ผู้เชี่ยวชาญด้านนิติสุขภาพจิตและนิติจิตเวชศาสตร์เรียบเรียงสาระสำคัญของพระราชบัญญัติฯ และอนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติฯ ดังกล่าว เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานตามกฎหมาย รวมถึงผู้สนใจได้เข้าใจเจตนารมณ์ของกฎหมายอย่างถ่องแท้ รวมทั้งสามารถปฏิบัติตามแนวทางของกฎหมายได้อย่างถูกต้องและมั่นใจ ทั้งนี้ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือเล่มนี้จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมายได้อย่างเป็นรูปธรรม และยังประโยชน์สูงสุดแก่สังคม



(แพทย์หญิงอัมพร เบญจพลพิทักษ์)

อธิบดีกรมสุขภาพจิต

เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

คำนำ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มีเจตนารมณ์ เพื่อผลักดันการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต ในมิติการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคม ตลอดจนผู้ป่วย ญาติหรือผู้รับดูแลผู้ป่วย และประชาชนทั่วไป

โดยที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2551 ซึ่งต่อมาได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป จนพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2562 และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 15 กรกฎาคม 2562 ทั้งนี้ คณะอนุกรรมการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ได้พิจารณาถ้อยแถลงของอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ทั้งสิ้น 23 ฉบับเรียบร้อยแล้ว เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตตามเจตนารมณ์ของกฎหมายดังกล่าว

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต เห็นความสำคัญของการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตโดยเชื่อมโยงเจตนารมณ์ของกฎหมายสู่การปฏิบัติ ซึ่งจะเป็นกลไกสำคัญ ในการผลักดันให้เกิดการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้จัดทำ “คู่มือการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562” มีเนื้อหาครอบคลุมสาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และอนุบัญญัติทุกฉบับ โดยมีกรณีศึกษาประกอบเนื้อหาเพื่อช่วยให้ผู้อ่านเข้าใจหลักการและการปฏิบัติได้ดียิ่งขึ้น

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กรมสุขภาพจิต ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยแผนงานพัฒนานโยบายสาธารณะด้านสุขภาพจิต ที่เห็นความสำคัญและสนับสนุนงบประมาณในการจัดทำ “คู่มือการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562” และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าคู่มือฉบับนี้จะสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินงานตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ช่วยพิทักษ์ผู้ป่วยทางจิตและสังคมได้เป็นอย่างดี

(ดร.แพทย์หญิงเบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์)

นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ

ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

กรมสุขภาพจิต

บรรณาธิการ

พูนีพนธ์

เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์

พ.บ., วว. สาขาจิตเวชศาสตร์, อว. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน,
อว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว, Ph.D. (Health Economics)
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ
กรมสุขภาพจิต

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์

พ.บ. (เกียรตินิยมอันดับ 2), วว. สาขาจิตเวชศาสตร์, อว. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์

พ.บ., วว. สาขาจิตเวชศาสตร์, อว. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน,
อว. สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
นายแพทย์ทรงคุณวุฒิด้านนิติจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

ลัดดา จีระกุล

สส.บ.
นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

วิษชุดา จันทราษฎร์

พ.บ., วว. สาขาจิตเวชศาสตร์, อว. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

อภิชาติ แสงสิน

พ.บ., วว. สาขาจิตเวชศาสตร์, อว. สาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงสุขภาพจิตชุมชน
นายแพทย์ชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

อินทิรา อะตะมะ

วท.บ. (กิจกรรมบำบัด), ศศ.ม. (งานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ)
นักกิจกรรมบำบัดชำนาญการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต

สารบัญ

	หน้า
● คำนิยม	ก
● คำนำ	ง
● ผู้นิพนธ์	จ
● บทที่ 1 ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	1
ที่มาของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	2
เจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	4
โครงสร้างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	7
อนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	8
นิยามศัพท์	12
คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ	18
คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา	21
สรุป	22
เอกสารอ้างอิง	23
● บทที่ 2 สิทธิผู้ป่วย และสิทธิผู้รับดูแลผู้ป่วย	25
สิทธิ และผู้ป่วย	26
สิทธิด้านการบำบัดรักษา และการเข้าร่วมการวิจัย	27
สิทธิด้านการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วย	30
สิทธิด้านสังคม	40
การดำเนินการเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	41
สิทธิผู้รับดูแลผู้ป่วยในฐานะผู้คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย	43
สรุป	47
เอกสารอ้างอิง	48
● บทที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิต	49
การให้ความยินยอมในการบำบัดรักษา	50
การนำบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็น	58
ต้องได้รับการบำบัดรักษาเข้าสู่การบำบัดรักษา	
การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น	59
การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา	65
การจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามการบำบัดรักษาต่อเนื่อง	73
การอุทธรณ์	95
สรุป	97
เอกสารอ้างอิง	98

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
● บทที่ 4 การบำบัดรักษาผู้ป่วยคดี	99
กรณีพนักงานสอบสวนหรือศาลส่งตัวผู้ป่วยคดีมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี	100
กรณีศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีมาคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา	116
กรณีศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา	130
สรุป	138
เอกสารอ้างอิง	139
● บทที่ 5 การฟื้นฟูสมรรถภาพ	141
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต	142
แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ	143
หลักการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ	144
แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ	147
การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย	148
สรุป	155
เอกสารอ้างอิง	156
● บทที่ 6 พนักงานเจ้าหน้าที่	157
คุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่	158
อำนาจหน้าที่และการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่	162
บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่	164
สรุป	166
เอกสารอ้างอิง	167
● บทที่ 7 บทกำหนดโทษ และการเปรียบเทียบ	169
บทกำหนดโทษ	170
การเปรียบเทียบ	171
สรุป	192
เอกสารอ้างอิง	192

สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพ 2 – 1 การออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้เผยแพร่ข้อมูลที่ห้ามเผยแพร่ดำเนินการ	36-39
ภาพ 3 – 1 กระบวนการนำส่ง ตรวจวินิจฉัย ประเมินอาการ บำบัดรักษา จำหน่าย และติดตามผลการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	79-81
ภาพ 4 – 1 กระบวนการยุติธรรมและการส่งผู้ป่วยมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี	102
ภาพ 4 – 2 กระบวนการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี	105
ภาพ 4 – 3 ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี	115
ภาพ 4 – 4 กระบวนการยุติธรรมและการส่งผู้ป่วยคดีมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา	118
ภาพ 4 – 5 กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา	120
ภาพ 4 – 6 Case formulation	122
ภาพ 4 – 7 ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา	129
ภาพ 4 – 8 กระบวนการยุติธรรมและการส่งผู้ป่วยคดีมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา	132
ภาพ 4 – 9 กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา	134
ภาพ 4 – 10 ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา	137
ภาพ 6 – 1 บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่	164
ภาพ 7 – 1 ขั้นตอนการเปรียบเทียบ	189-191

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตาราง 4 – 1	การส่งตัวผู้ป่วยคดีเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี	103
ตาราง 4 – 2	การส่งตัวผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา	119
ตาราง 4 – 3	การส่งตัวผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา	133
ตาราง 7 – 1	ตารางบัญชีอัตราค่าปรับตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562	183

บทที่

1

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

อภิชาติ แสงสิน

ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์

เบญจมาศ พฤษ์กานนท์

- ที่มาของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562
- เจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562
- โครงสร้างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562
- อนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562
- นิยามศัพท์
- คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ
- คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา
- สรุป

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เป็นกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตฉบับแรกของประเทศไทยที่ระบุสิทธิผู้ป่วยทางจิต ซึ่งนำไปสู่มาตรการและวิธีการการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิต ทั้งผู้ป่วยทั่วไป และผู้ป่วยคดีให้เป็นไปตามหลักสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้แก้ไขเพิ่มเติมให้ครอบคลุมถึงการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคมด้วย ในบทนี้จะกล่าวถึงที่มาของกฎหมายดังกล่าว เจตนารมณ์ของกฎหมาย โครงสร้าง และนิยามศัพท์สำคัญ ซึ่งจะเป็นความรู้พื้นฐานสำหรับการศึกษากฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตต่อไป

ที่มาของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดกลยุทธ์ในการผลักดันให้มีกฎหมายสุขภาพจิตเพื่อบังคับใช้ในประเทศไทยไว้ในแผนพัฒนาสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540 - 2544 มอบหมายให้โรงพยาบาลจิตเวช (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ในปัจจุบัน) ดำเนินการโดยเริ่มจากการศึกษากฎหมายสุขภาพจิตของประเทศต่าง ๆ การสัมมนาในกลุ่มผู้บริหารของกรมสุขภาพจิต การศึกษาเชิงคุณภาพในผู้ปฏิบัติงานด้านกระบวนการยุติธรรมและผู้ปฏิบัติงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิต พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเห็นต่อประเด็นขอบเขตการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตสอดคล้องกัน คือ ควรกำหนดขอบเขตการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายหรือมีความก้าวร้าวรุนแรงและขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมในการรักษา

ในช่วง พ.ศ. 2542 - 2544 มีการประชุมคณะกรรมการร่างกฎหมาย 3 ครั้ง ทำการประชาพิจารณ์ปรับแก้ไข และส่งให้กระทรวงสาธารณสุขเพื่อปรับแก้ไขก่อนนำเสนอคณะรัฐมนตรี รวมทั้งได้มีการศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มยุติธรรมและการควบคุม และกลุ่มปกครองท้องถิ่นต่อประเด็นขอบเขตการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในช่วงเวลาดังกล่าวด้วย แต่ร่างกฎหมายฉบับนี้ยังไม่ได้มีการนำเสนอต่อสภาผู้แทนราษฎร จนกระทั่ง พ.ศ. 2547 คณะกรรมการประสานงานสภาผู้แทนราษฎร สำนักเลขาธิการรัฐมนตรีมีการขอข้อมูลเพิ่มเติมและอนุกรรมการยุติธรรมและสิทธิมนุษยชน วุฒิสภาได้เชิญตัวแทนกรมสุขภาพจิตเข้าไปแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิต และได้ให้ความเห็นต่อการผลักดันให้มีกฎหมายสุขภาพจิตที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการคุ้มครองให้ผู้ที่มีความผิดปกติได้รับการรักษา เพื่อคุ้มครองประชาชนญาติและผู้ดูแลที่จะได้รับความเดือดร้อนจากภาวะอันตรายจากความผิดปกติทางจิต

เมื่อกรมสุขภาพจิตรับทราบนโยบายและแนวทางการพัฒนากฎหมายสุขภาพจิตจากองค์การอนามัยโลก จึงได้กำหนดนโยบายและแผนการพัฒนาสุขภาพจิต พ.ศ. 2548 - 2550 โดยมีจุดประสงค์เพื่อสร้างความเข้าใจและความตระหนักในการพัฒนาสุขภาพจิต พัฒนาร่างกฎหมายสุขภาพจิตและผลักดันให้มีกฎหมายสุขภาพจิตที่สามารถบังคับใช้ได้ จึงมอบหมายให้สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ดำเนินการพัฒนาสุขภาพจิตตามเจตนารมณ์และแนวทางขององค์การอนามัยโลกดังกล่าว ให้มีการแต่งตั้งและประชุมผู้ทรงคุณวุฒิจากทุกภาคส่วนในสังคมที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ในการกำหนดกรอบประเด็นกฎหมายสุขภาพจิต และให้ความเห็นเพิ่มเติมหลังจากที่ได้รับรายงานการสรุปการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่มีส่วนได้

ส่วนเสียกับการดูแลและคุ้มครองผู้มีความผิดปกติทางจิตจากทั่วทุกภาคของประเทศ แล้วจึงได้เริ่มมีการยกร่างกฎหมายสุขภาพจิตโดยคณะกรรมการยกร่าง แก้ไข ทำประชาพิจารณ์จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั่วประเทศ สรุปเสนอต่อคณะที่ปรึกษาและคณะทำงานพัฒนาสุขภาพจิตแล้วนำข้อเสนอแนะเพิ่มเติมไปปรับแก้ไขจนได้ร่างกฎหมายสุขภาพจิตฉบับสมบูรณ์ เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2549 พร้อมทั้งจะนำเสนอต่อกระทรวงสาธารณสุข คณะรัฐมนตรี และสภาผู้แทนราษฎรตามขั้นตอนต่อไป หากแต่ในช่วงเวลานั้น กระแสสังคมที่จะให้ความสำคัญต่อการพัฒนาสุขภาพจิตอยู่ในระดับต่ำ จนกระทั่งเกิดเหตุการณ์ผู้ป่วยทางจิตกระทำความรุนแรงทางนักเรียนบาดเจ็บสาหัส 4 คน เมื่อเดือนกันยายน 2549 ซึ่งนอกจากจะมีผลกระทบต่อจิตใจของสังคมรวมทั้งผู้ป่วยโรคจิตเวชและญาติในทางลบแล้ว ยังส่งผลให้สังคมมีความสนใจและตระหนักถึงความจำเป็นต้องป้องกันอันตรายจากการกระทำของผู้ป่วยโรคจิตอย่างมาก แต่เจตคติของสังคมยังเป็นลักษณะของความกลัว โกรธแค้น และรังเกียจเพียงฉาบฉวย กรมสุขภาพจิตจึงได้เสนอต่อสาธารณชนถึงความสำคัญของการมีกฎหมายเพื่อคุ้มครองความปลอดภัยของสังคม การลดภาวะอันตรายของผู้ป่วย โดยให้มีกลไกนำผู้ป่วยสู่การบำบัดรักษา ประกอบกับกรณีที่สังคมให้ความสนใจเมื่อมีข่าวว่ามีตำรวจจากสถานีตำรวจนครบาลแห่งหนึ่งได้ยื่นเรื่องต่อศาลอาญาเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2550 ฟ้องโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งว่าคุมตัวผู้ป่วยทางจิตซึ่งเป็นบุคคลที่มีชื่อเสียงไว้โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และขอให้ศาลได้ส่วนเพื่อปล่อยตัวบุคคลในคำร้องตามกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 90 ประเด็นนี้ได้ทำให้สังคมมีทัศนคติต่อความเจ็บป่วยทางจิตเปลี่ยนไปจากเดิม เริ่มตระหนักรู้ว่าความเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องใกล้ตัว อาจเกิดกับใครก็ได้ไม่จำกัดการศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ฐานะทางสังคม รวมทั้งระดับสติปัญญา ขณะเดียวกันก็เริ่มตระหนักถึงอุปสรรคในการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา ผลกระทบที่เสียหายซึ่งเกิดกับผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งเป็นครั้งแรกที่โรงพยาบาลจิตเวชถูกฟ้องโดยพนักงานสอบสวนในกรณีที่รับผู้ป่วยไว้รักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ เหตุการณ์ที่ได้รับความสนใจจากสังคมในวงกว้างต่อเนื่องทั้งสองเรื่องข้างต้นเป็นกรณีตัวอย่างที่สามารถทำให้บุคลากรที่ไม่ได้ทำงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิตเข้าใจถึงความจำเป็นในการต้องมีกลไกทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและกำหนดกระบวนการเพื่อให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีภาวะอันตรายและมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาที่ได้มาตรฐาน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและสังคม

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. เข้าสู่การประชุมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติวาระแรก เมื่อวันที่ 14 พฤศจิกายน 2550 และได้มีมติผ่านร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ในวาระสองและวาระสามของการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติครั้งที่ 73/2550 เมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2550 พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร (พระปรมาภิไธยในขณะนั้น) มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551 และมีการประกาศในหนังสือราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 125 ตอนที่ 36 ก เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551 ประกอบด้วย 6 หมวด 53 มาตรา มีผลบังคับใช้ตามกฎหมายตั้งแต่วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2551

เมื่อ พ.ศ. 2556 กรมสุขภาพจิตโดยสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ได้จัดทำข้อเสนอเพื่อปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เนื่องจากพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานานถึง 5 ปี ทำให้บทบัญญัติบางประการไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน รวมถึงให้ความสำคัญกับเรื่องการดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต เพื่อป้องกันภาวะอันตรายต่อบุคคลและสังคม แต่ยังคงขาดบทบัญญัติเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต ซึ่งที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2557 มีมติเห็นชอบ

และมอบหมายให้คณะอนุกรรมการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ดำเนินการและนำพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงแก้ไข) บรรจุเข้าสู่แผนนิติบัญญัติ กระทรวงสาธารณสุข คณะอนุกรรมการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จัดประชุมเพื่อร่างกฎหมายดังกล่าว ร่วมกับมีการจัดทำประชาพิจารณ์ในผู้มีส่วนได้ส่วนเสียผ่านหลากหลายช่องทางแล้วนำเสนอต่อที่ประชุมคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม 2558 ซึ่งที่ประชุมได้มีมติให้เสนอร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ต่อรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพื่อเสนอต่อคณะรัฐมนตรีต่อไป หลังจากนั้นได้ผ่านขั้นตอนการพิจารณาของคณะรัฐมนตรี การชี้แจงต่อสำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกาและการรับฟังความคิดเห็นต่อร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. โดยใช้เวลากว่า 2 ปี

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. เข้าสู่การประชุมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติวาระแรกเมื่อวันที่ 28 ธันวาคม 2561 และได้มีมติผ่านร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. ในวาระสองและวาระสามของการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร (พระราชอิสริยยศในขณะนั้น) มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ณ วันที่ 15 เมษายน 2562 และมีการประกาศในหนังสือราชกิจจานุเบกษาเล่มที่ 136 ตอนที่ 50 ก เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2562 มีผลบังคับใช้ตามกฎหมายตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม 2562

การทำงานแบบพหุภาคีและมีส่วนร่วม การรับฟังและเคารพความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การแสวงหาจุดร่วมบนความเห็นที่แตกต่าง การวิเคราะห์และหาข้อสรุปทางสายกลางระหว่างความคิดที่หลากหลายและสอดคล้องกับบริบทของสังคมไทย ความยืดหยุ่น ความกล้าแสดงความคิดเห็นแบบตรงไปตรงมาบนท่าทีที่อ่อนน้อมเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการได้มาซึ่งกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศไทย การที่จะบังคับใช้กฎหมายเพื่อคุ้มครองศักดิ์ศรีและสิทธิของผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ปฏิบัติมีความสมัครใจและมีความสุขจากการทำงานยังคงเป็นสิ่งท้าทายและมีคุณค่าที่บุคลากรสาขาวิชาชีพด้านสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งหลายจะได้ร่วมกันเป็นส่วนหนึ่งที่แบ่งปันความสุขให้กับผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม

เจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้ระบุเหตุผลของการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ไว้ว่า
หมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติว่า

“เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ คือ โดยที่ประชาชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติด้านลบต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้บุคคลดังกล่าวไม่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม เป็นเหตุให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงขึ้นจนก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น สมควรมีกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต เพื่อกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต อันเป็นการคุ้มครองความปลอดภัยของบุคคลนั้นและสังคม รวมทั้งกำหนดกระบวนการในการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งอยู่ระหว่างการสอบสวน การไต่สวนมูลฟ้องหรือการพิจารณา หรือภายหลังศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้”

จะเห็นได้ว่ากฎหมายฉบับนี้มีเจตนารมณ์ ดังนี้

1. เพื่อส่งเสริมความรู้ความเข้าใจต่อความเจ็บป่วยทางจิตและผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต แต่เดิมก่อนที่จะมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 บุคคลทั่วไปและสังคมยังมีทัศนคติเชิงลบต่อความเจ็บป่วยทางจิต และผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต หลายครั้งก็ถูกตีตราโดยสังคมทำให้ขาดโอกาสทางสังคม บางคนขาดอิสรภาพ ถูกล่ามขัง เนื่องจากแต่เดิมนั้นความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตยังมีน้อยและยังไม่มีแนวทางการรักษาที่ชัดเจน แต่เมื่อความก้าวหน้าทางการแพทย์ จิตเวชศาสตร์ และจิตวิทยามีมากขึ้น การวินิจฉัยและการให้การบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตก็พัฒนามากขึ้นไปด้วย ดังนั้น การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต ก็จะเป็นปัจจัยหนึ่งที่เปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและทำให้สมาชิกในสังคมสามารถสังเกตตนเองและบุคคลรอบข้างว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตหรือไม่ ก็จะช่วยให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตได้เข้าสู่กระบวนการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

2. เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงระบบการรักษา การพัฒนาระบบและสิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง ทั้งในแง่การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ

3. เพื่อป้องกันความรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตที่ไม่ได้รับการบำบัดเยียวยาอย่างเหมาะสม ย่อมจะทำให้อาการรุนแรงมากขึ้นจนทำให้ความยับยั้งชั่งใจและการควบคุมตนเองลดน้อยลง จนอาจเกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเอง (เช่น การฆ่าตัวตาย การทำร้ายตัวเอง) อันตรายต่อผู้อื่น (เช่น การฆ่าผู้อื่น การทำร้ายผู้อื่น) และอันตรายต่อทรัพย์สิน (เช่น การทำลายข้าวของ การวางเพลิง) ดังนั้น การบำบัดรักษาตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีความผิดปกติทางจิตจึงเป็นการป้องกันความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นได้และยังเป็นการช่วยให้สังคมปลอดภัยอีกด้วย

4. เพื่อกำหนดกระบวนการบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต โดยก่อนที่จะมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ยังไม่มีแนวทางเรื่องการให้ความยินยอมหรือบังคับรักษาชัดเจน ซึ่งในกระบวนการบำบัดรักษาทางจิตเวชนั้น ก็ต้องมีการให้ความยินยอมเช่นเดียวกับการบำบัดรักษาทางการแพทย์ด้านอื่น ๆ แต่บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจิตเวชมีความเจ็บป่วยรุนแรงจนกระทบต่อความสามารถในการตัดสินใจและยังขาดผู้ให้ความยินยอมกระทำการแทน ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าถึงกระบวนการรักษาที่เหมาะสม เมื่อมีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จึงได้มีการกำหนดแนวทางวิธีการให้ความยินยอมของผู้ป่วยและผู้กระทำการแทนในกรณีที่ไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง รวมไปถึงการกำหนดกระบวนการบังคับบำบัดรักษาโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยเองให้ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเหมาะสมและทันท่วงที

5. กำหนดกระบวนการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษาผู้ป่วยคดี (ผู้ป่วยนิติจิตเวช) ตามประมวลกฎหมายอาญา ได้กำหนดบทบัญญัติการลดโทษหรือยกเว้นโทษสำหรับผู้ป่วยทางจิตที่ไม่รู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้และได้กำหนดเงื่อนไขในการเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาทางจิตเวช แต่ยังคงขาดวิธีการและกรอบเวลาในการทำตามข้อกำหนดทางกฎหมาย พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จึงได้ระบุแนวทางกระบวนการปฏิบัติตามเงื่อนไขหรือข้อกำหนดทางกฎหมาย เพื่อให้แนวทางการปฏิบัติเป็นไปในทิศทางเดียวกันภายใต้กรอบระยะเวลาที่ชัดเจน นอกจากนี้ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาได้บัญญัติให้สามารถนำส่งผู้ที่เชื่อว่ามี ความผิดปกติทางจิตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ เข้ารับการตรวจวินิจฉัยก่อนเข้าสู่กระบวนการยุติธรรม เพื่อความเป็นธรรมของคุณค่า พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ก็ได้ระบุแนวทางกระบวนการและกรอบเวลาในการปฏิบัติไว้อีกด้วย

ต่อมา ได้มีการแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เนื่องจากสภาพสังคมได้เปลี่ยนแปลงไป โดยมีเจตนารมณ์ตามที่ระบุไว้ในส่วนหมายเหตุท้ายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ว่า

“เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้ใช้บังคับมาเป็นเวลานาน ทำให้บทบัญญัติบางประการไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ยังไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างถูกต้องและเพียงพอ มีการเผยแพร่ข้อมูลสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด ในทางที่ก่อให้เกิดทัศนคติไม่ดีต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต รวมทั้ง ขาดกลไกการฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้ผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข สมควรกำหนดบทบัญญัติเกี่ยวกับการส่งเสริม การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต เพิ่มเติมอำนาจหน้าที่คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ให้ครอบคลุมด้านการส่งเสริม การป้องกัน และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคมของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต โดยคำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐและประชาชนในทุกภาคส่วน ตลอดจนกำหนดห้ามสื่อทุกประเภทเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ที่ทำให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ รวมทั้งกำหนดให้สถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งสามารถมีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้มากกว่าหนึ่งคณะ เพื่อให้เกิดความรวดเร็วในการปฏิบัติงาน อันเป็นการส่งเสริมการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย และแก้ไขเพิ่มเติมบทกำหนดโทษและบทบัญญัติเกี่ยวกับการเปรียบเทียบให้เหมาะสม จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้”

เมื่อพิจารณาเหตุผลในการแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ก็เพื่อปรับปรุงกระบวนการ แนวทางในการดูแล รวมไปถึงการพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ให้มีความชัดเจน ครอบคลุม และสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันมากขึ้น โดยสามารถสรุปประเด็นสำคัญได้ดังนี้

1. ด้านการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย จากการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ยังพบการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตไปยังสื่อต่าง ๆ ทำให้เกิดความเข้าใจผิด รวมไปถึงเกิดทัศนคติด้านลบต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว แทนที่จะเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสุขภาพจิตและสนับสนุนสิทธิของผู้มีความผิดปกติทางจิต ให้เข้าสู่การบำบัดรักษาโดยกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติมีหน้าที่ป้องกันและคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ผ่านการกำหนดหลักเกณฑ์ในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารไม่ให้เกิดทัศนคติในแง่ลบหรือก่อความเสียหายแก่จิตใจหรือสิทธิประโยชน์ของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและครอบครัวโดยอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานของรัฐและเอกชน

2. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต แม้ว่าตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้มีการกำหนดวิธีการและขั้นตอนในการบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และมีการระบุถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตามอย่างต่อเนื่อง แต่ยังคงขาดรายละเอียดแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตาม ซึ่งตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้ระบุแนวทางและเพิ่มเติมกระบวนการในการฟื้นฟูสมรรถภาพและการติดตาม เพื่อให้มั่นใจได้ว่าผู้ป่วยจะเข้าถึงกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง อันจะช่วยให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

กล่าวโดยสรุปคือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีเจตนารมณ์ให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างถูกต้อง เพื่อเป็นการป้องกันภาวะอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยทางจิต รวมถึงกำหนดแนวทางการบำบัดรักษาสำหรับผู้ป่วยคดี อันเป็นการส่งเสริมความยุติธรรมของกระบวนการ

ยุติธรรมด้วย ส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มีเจตนารมณ์เพื่อใช้กลไกด้านกฎหมายสุขภาพจิต ในการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยโดยเฉพาะประเด็นของสื่อและประเด็นการฟื้นฟูสมรรถภาพ และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานรัฐและเอกชน รวมทั้งกำหนดการทำงานของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาให้มีความคล่องตัวมากขึ้น เพื่อให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขตลอดจนสังคมปลอดภัย

โครงสร้างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช บรมนาถบพิตร (พระปรมาภิไธยในขณะนั้น) มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ตราพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เมื่อวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 125 ตอน 36 ก เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551 มีผลบังคับใช้ถัดจากวันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา ต่อมาสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร (พระราชอิสริยยศในขณะนั้น) มีพระราชโองการโปรดเกล้าโปรดกระหม่อมให้ตราพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เมื่อวันที่ 15 เมษายน 2562 ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอน 50 ก เมื่อวันที่ 16 เมษายน 2562 มีผลบังคับใช้เมื่อพ้น 90 วัน นับแต่วันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 นี้ ไม่ได้ยกเลิกพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ทั้งฉบับ เพียงแต่แก้ไขข้อความบางมาตราและเพิ่มเติมบางมาตรา ดังนั้น การอ้างอิงกฎหมายดังกล่าวให้ยึดพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เป็นหลัก และแก้ไขข้อความตามที่ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

โครงสร้างของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้แก่

- | | |
|---------|---|
| มาตรา 1 | ชื่อพระราชบัญญัติ |
| มาตรา 2 | วันที่กฎหมายมีผลบังคับใช้ |
| มาตรา 3 | นิยามศัพท์ |
| มาตรา 4 | ให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ |
| หมวด 1 | คณะกรรมการ |
| | ส่วนที่ 1 คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (มาตรา 5-11) |
| | ส่วนที่ 2 คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (มาตรา 12-14) |
| หมวด 2 | สิทธิผู้ป่วย (มาตรา 15-20/1) |
| หมวด 3 | การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต |
| | ส่วนที่ 1 ผู้ป่วย (มาตรา 21-34) |
| | ส่วนที่ 2 ผู้ป่วยคดี (มาตรา 35-39) |
| | ส่วนที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (มาตรา 40-41/1) |
| หมวด 4 | การอุทธรณ์ (มาตรา 42-45) |
| หมวด 5 | พนักงานเจ้าหน้าที่ (มาตรา 46-49) |
| หมวด 6 | บทกำหนดโทษ (มาตรา 50-53/2) |

ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายสุขภาพจิตสำหรับประเทศไทยในปัจจุบัน จำเป็นต้องมีการอ้างอิงถึงบทบัญญัติของกฎหมายทั้ง 2 ฉบับร่วมกัน โดยใช้ชื่อว่า “พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562”

อนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

โดยที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้กำหนดนิยามวางหลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต หลักเกณฑ์และวิธีการเหล่านี้มีรายละเอียดปลีกย่อยซึ่งจำเป็นต้องมีอนุบัญญัติขยายความพระราชบัญญัติให้มีแนวทางที่ชัดเจนยิ่งขึ้นตามที่พระราชบัญญัติได้ระบุไว้ และสามารถปรับเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

อนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ที่มีผลบังคับใช้ใน พ.ศ. 2565 มีทั้งสิ้น 23 ฉบับ แบ่งตามบทบัญญัติทั้ง 6 หมวด ได้แก่

หมวด 1 คณะกรรมการ

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การเลือกและการแต่งตั้งผู้แทนองค์กรภาคเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อเป็นกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2562

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และมาตรา 5 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ประกาศเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 2562

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 136 ตอนพิเศษ 175 ง เมื่อวันที่ 10 กรกฎาคม 2562

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายชื่อสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต พ.ศ. 2565

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 3 และมาตรา 4 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2565

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 140 ตอนพิเศษ 8 ง เมื่อวันที่ 12 มกราคม 2566

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายชื่อสถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2566

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 3 และมาตรา 4 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2566

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 140 ตอนพิเศษ 153 ง เมื่อวันที่ 29 มิถุนายน 2566

หมวด 2 สิทธิผู้ป่วย

- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด พ.ศ. 2565

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) และมาตรา 16/1 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ประกาศเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2565

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2565

- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการ พ.ศ. 2565

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) และมาตรา 16/2 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 13 มกราคม 2565

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2565

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐ และเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม พ.ศ. 2565

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (3) และ (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ประกาศเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2565

หมวด 3 การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 วรรคหนึ่ง มาตรา 18 วรรคสอง และมาตรา 21 วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ประกาศเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2564

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 102 ง เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2564

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 25 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นในกรณีฉุกเฉิน พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 26 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 27 วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการพิจารณาเพื่อมีคำสั่งให้บุคคลต้องเข้ารับการรักษา พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 29 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการบำบัดรักษา การจำหน่ายผู้ป่วย และการติดตามผลการบำบัดรักษา พ.ศ. 2565

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 31 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกาศเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2565

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานบำบัดรักษาอื่น พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 34 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี และผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยคดี การรายงานผลการบำบัดรักษาและการทำความเข้าใจ พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 35 วรรคหก มาตรา 36 วรรคสี่ มาตรา 37 วรรคสี่ มาตรา 38 วรรคสอง และมาตรา 39 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564
ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย พ.ศ. 2565

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) และมาตรา 41/1 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ประกาศเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2565

- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ พ.ศ. 2565

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) และมาตรา 40 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ประกาศเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2565

- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการ พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (6) (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 40 (2) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

หมวด 4 การอุทธรณ์

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และมาตรา 42 วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเลือกและการแต่งตั้งผู้แทนองค์กรภาคเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการอุทธรณ์ พ.ศ. 2563

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 วรรคหนึ่ง และมาตรา 43 วรรคสาม แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2563

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 163 ง เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2563

หมวด 5 พนักงานเจ้าหน้าที่

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2563

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 วรรคหนึ่ง และมาตรา 47 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 29 พฤษภาคม 2563

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนพิเศษ 163 ง เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2563

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยคุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 3 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และมาตรา 10 (7) แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) และมาตรา 46 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ประกาศเมื่อวันที่ 22 มกราคม 2564

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 24 มีนาคม 2564

- ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 4 วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ประกาศเมื่อวันที่ 26 มีนาคม 2564

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 138 ตอนพิเศษ 102 ง เมื่อวันที่ 13 พฤษภาคม 2564

หมวด 6 บทกำหนดโทษ

- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบ พ.ศ. 2565

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 10 (7) และมาตรา 53/2 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ประกาศเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565

ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง เมื่อวันที่ 22 มีนาคม 2565

นิยามศัพท์

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้ให้นิยามศัพท์ไว้ ดังนี้

1. สุขภาพ หมายความว่า สุขภาพตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ¹

ความหมายของคำว่า “สุขภาพ” ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ระบุไว้ว่า “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล”² อันจะเห็นได้ว่าสุขภาพนั้น ไม่ได้จำเพาะเจาะจงเฉพาะสุขภาพกายอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงสุขภาพจิต ปัญญา และสังคมของบุคคลนั้นอีกด้วย

¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 3.

² พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 3.

2. **สุขภาพจิต** หมายความว่า สุขภาวะทางจิตใจ ซึ่งเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลกับสุขภาวะทางกาย ทางปัญญา และทางสังคม³

ความหมายของคำว่า “สุขภาพจิต” ก็จะสอดคล้องกับความหมายของคำว่า “สุขภาพ” กล่าวคือ การที่จะมีภาวะสุขภาพจิตนั้น จะต้องมีความสอดคล้องกันอย่างสมดุลของสุขภาวะทางกาย ทางปัญญา และทางสังคม เพราะปัจจัยทั้งสี่อย่างนี้เกี่ยวเนื่องกันและส่งผลถึงกันอย่างแยกกันไม่ได้ การที่มีความบกพร่องทางด้านใดด้านหนึ่งย่อมส่งผลต่อปัจจัยด้านอื่น ๆ ตามไปด้วย

3. **ความผิดปกติทางจิต** หมายความว่า อาการผิดปกติของจิตใจที่แสดงออกทางพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด ความจำ สติปัญญา ประสาทการรับรู้ หรือการรู้เวลา สถานที่ หรือบุคคล รวมทั้งอาการผิดปกติของจิตใจที่เกิดจากสุราหรือสารอื่นที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท⁴

ความหมายของคำว่า “ความผิดปกติทางจิต” ตามพระราชบัญญัตินี้เป็นความหมายที่ค่อนข้างกว้าง และครอบคลุมความผิดปกติทางจิตไว้ให้รวมไปถึงอาการทางจิตที่อาจเกิดจากสารเสพติดอีกด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้การบังคับใช้กฎหมายครอบคลุมไปถึงความผิดปกติทางจิตในทุก ๆ ด้านของการเข้าสู่กระบวนการรักษา รวมไปถึงการได้รับประโยชน์จากการประกาศใช้กฎหมายฉบับนี้ แต่มีข้อน่าสังเกตว่า ความผิดปกติทางจิตตามพระราชบัญญัตินี้แตกต่างจากคำว่า “จิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน” ตามประมวลกฎหมายอาญา ที่มุ่งเน้นเรื่องการลดโทษหรือยกเว้นโทษสำหรับผู้ที่ทำให้เกิดความผิดเนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตซึ่งจำเป็นจะต้องพิจารณาว่าบุคคลนั้นรู้ผิดชอบหรือบังคับตนเองได้หรือไม่ด้วย จึงจะได้รับการลดโทษหรือยกเว้นโทษตามกฎหมาย และแตกต่างจากคำว่า “วิกลจริต” ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาที่มุ่งเน้นเรื่องการงดกระบวนการทางยุติธรรมไว้ก่อนสำหรับผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิต เพื่อให้เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาจนอาการทางจิตทุเลาก่อนที่เข้าสู่กระบวนการยุติธรรมอีกครั้ง ทั้งนี้ เป็นการสร้างความเป็นธรรมสำหรับกระบวนการยุติธรรมในการพิจารณาคดีความ

4. **แพทย์** หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเวชกรรม⁵

ความหมายของคำว่า “แพทย์” คือ ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม และอ้างถึงพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม เมื่อพิจารณาคำว่า “วิชาชีพเวชกรรม” ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 หมายถึง “วิชาชีพที่กระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการตรวจโรค การวินิจฉัยโรค การบำบัดโรค การป้องกันโรค การผดุงครรภ์ การปรับสายตาด้วยเลนส์สัมผัส การแทงเข็มหรือการฝังเข็มเพื่อบำบัดโรคหรือเพื่อระงับความรู้สึก และหมายความรวมถึงการกระทำทางศัลยกรรม การใช้รังสีการฉีดยาหรือสาร การสอดใส่วัตถุใด ๆ เข้าไปในร่างกาย ทั้งนี้เพื่อการคุมกำเนิด การเสริมสวย หรือการบำรุงร่างกายด้วย”⁶ และตามกฎหมายฉบับนี้ บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภาแล้วเท่านั้นจึงจะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมาย ดังนั้น สรุปได้ว่า “แพทย์” ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ หมายถึง ผู้ที่กระทำการใด ๆ ต่อร่างกายเพื่อการตรวจวินิจฉัย รักษา ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ โดยต้องขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตประกอบวิชาชีพเวชกรรมจากแพทยสภา

5. **จิตแพทย์** หมายความว่า แพทย์ซึ่งได้รับวุฒิบัตรหรือหนังสืออนุมัติเป็นผู้มีความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์หรือสาขาจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่น⁷

³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

⁶ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 มาตรา 4.

⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

ความหมายของคำว่า “จิตแพทย์” คือ แพทย์ตามความหมายข้างต้นซึ่งจะต้องมีวุฒิปริญญาตรีหรืออนุปริญญาตรีแสดงว่าเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับการรับรองความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านทางจิตเวชศาสตร์ หรือจิตเวชศาสตร์เด็กและวัยรุ่นที่ออกโดยแพทยสภา

6. พยาบาล หมายความว่า ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์⁸

ความหมายของคำว่า “พยาบาล” คือ ผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล เมื่อพิจารณาคำว่า “การพยาบาล” ตามพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 หมายถึง การกระทำต่อมนุษย์เกี่ยวกับการดูแลและการช่วยเหลือ เมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล และ “การประกอบวิชาชีพการพยาบาล” หมายถึง การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการกระทำ ต่อไปนี้

(1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

(2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อการแก้ปัญหา ความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ

(3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค

(4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค ทั้งนี้ โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาล ในการประเมินสภาพ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล⁹

โดยตามกฎหมายฉบับนี้ บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาลแล้วเท่านั้นจึงจะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมตามกฎหมาย ดังนั้น สรุปได้ว่า “พยาบาล” ตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ หมายถึง ผู้ที่กระทำการใด ๆ ต่อมนุษย์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลและการช่วยเหลือ เมื่อเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการช่วยเหลือแพทย์ โดยต้องขึ้นทะเบียนและมีใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลจากสภาการพยาบาล

7. ผู้ป่วย หมายความว่า บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการบำบัดรักษา¹⁰

ความหมายของคำว่า “ผู้ป่วย” คือ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตตามความหมายข้างต้น และจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา เพื่อป้องกันความรุนแรงและภาวะอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สินจากความผิดปกติทางจิตนั้น

8. ผู้ป่วยคดี หมายความว่า ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาในคดีอาญา ซึ่งพนักงานสอบสวนหรือศาลสั่งให้ได้รับการตรวจหรือบำบัดรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ศาลมีคำสั่งให้ได้รับการบำบัดรักษาภายหลังมีคำพิพากษาในคดีอาญาด้วย¹¹

ความหมายของคำว่า “ผู้ป่วยคดี” คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตตามความหมายข้างต้น แต่มีประเด็นเกี่ยวข้องกับคดีอาญา ไม่ว่าจะเป็นอย่างขั้นตอนก่อนการพิพากษาและหลังจากพิพากษาแล้ว ทั้งนี้ ยังให้หมายรวมถึงผู้ป่วยที่ศาลมีคำพิพากษาให้เข้ารับการบำบัดรักษาทางจิตเวชอีกด้วย

⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

⁹ พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 มาตรา 4.

¹⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

¹¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

9. ผู้รับดูแลผู้ป่วย หมายความว่า บิดา มารดา บุตร สามี ภริยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใด ที่รับดูแล หรืออุปการะผู้ป่วย¹²

ความหมายของคำว่า “ผู้รับดูแลผู้ป่วย” นั้นไม่ได้หมายถึงญาติพี่น้องหรือเครือญาติแต่เพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังรวมถึงบุคคลอื่น ๆ ที่ให้การดูแลหรืออุปการะผู้ใดได้ เพราะบ่อยครั้งที่ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเอง ไม่ได้อาศัยอยู่กับเครือญาติ แต่อาศัยอยู่กับนายจ้าง หรือผู้รับอุปการะเลี้ยงดู ซึ่งจะรับตัวผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ไปดูแลรักษาต่อ

10. ภาวะอันตราย หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น¹³

ความหมายของคำว่า “ภาวะอันตราย” คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมผิดปกติอันเป็นผลจากความผิดปกติทางจิตโดยที่พฤติกรรมนั้นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือร่างกายของตนเอง เช่น การทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมนั้นอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตหรือร่างกายของผู้อื่น เช่น ทำร้ายร่างกายผู้อื่น นอกจากนี้ ยังรวมถึงพฤติกรรมที่มีความรุนแรงต่อทรัพย์สิน เช่น จุดไฟเผา ทำลายข้าวของ อีกด้วย

11. ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา และต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทา มิให้ความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น¹⁴

ความหมายของคำว่า “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” คือ สภาวะของบุคคลที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเองจากความเจ็บป่วยทางจิต จึงไม่สามารถให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาด้วยตนเองได้ แต่ก็ยังมีความจำเป็นต้องรับการบำบัดรักษา เพราะการปล่อยทิ้งไว้ไม่ทำการรักษาอาจทำให้ความผิดปกติทางจิตรุนแรงมากขึ้นจนมีภาวะอันตรายตามมา ทั้งต่อตนเอง บุคคลอื่น และทรัพย์สิน

12. การบำบัดรักษา หมายความว่า รวมถึง การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางการแพทย์และทางสังคม¹⁵

ความหมายของคำว่า “การบำบัดรักษา” คือ การให้การดูแลผู้ป่วยทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งนี้ ในการดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตนั้น ไม่จำเพาะเฉพาะในส่วนการดูแลผู้ป่วยทางการแพทย์อย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังต้องอาศัยการดูแลจากสังคมและชุมชนด้วย เพื่อให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตนั้นสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข

13. สถานบำบัดรักษา หมายความว่า สถานบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด ตามพระราชบัญญัติ¹⁶

ความหมายของคำว่า “สถานบำบัดรักษา” คือ สถานพยาบาลที่สามารถให้การบำบัดรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้ และต้องขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตนี้ โดยรายชื่อสถานบำบัดรักษาเป็นตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง รายชื่อสถานบำบัดรักษา ตามประกาศราชกิจจานุเบกษา

¹² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

¹³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

¹⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

¹⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

¹⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

14. คมขัง หมายความว่า การจำกัดสิทธิเสรีภาพของบุคคลด้วยอำนาจของกฎหมายโดยการคุมตัว ควบคุม กัก กักกัน ขัง กักขัง จำขัง และจำคุก¹⁷

ความหมายของคำว่า “คมขัง” คือ วิธีการหรือการกระทำ ซึ่งทำให้ผู้ที่ถูกคุมขังขาดเสียซึ่งอิสรเสรีภาพ โดยการกระทำได้กล่าวไม่สามารถกระทำได้ เพราะเป็นการละเมิดสิทธิส่วนบุคคล เว้นเสียแต่ว่าเป็นการกระทำ ภายใต้เงื่อนไขที่กฎหมายได้ให้อำนาจแก่บุคคลหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ไว้

15. หน่วยงานของรัฐ หมายความว่า ราชการส่วนกลาง ราชการส่วนภูมิภาค ราชการส่วนท้องถิ่น รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน องค์การวิชาชีพด้านการแพทย์และการสาธารณสุข หน่วยงานอื่นของรัฐ และให้หมายความรวมถึงสภาวิชาชีพ¹⁸

ความหมายของคำว่า “หน่วยงานของรัฐ” จะไม่ได้หมายถึงหน่วยงานทางราชการเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ยังรวมถึงองค์กรภาครัฐที่มีบทบาทในการดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ได้แก่ รัฐวิสาหกิจ องค์การมหาชน องค์การวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุข และสภาวิชาชีพอีกด้วย

16. พนักงานเจ้าหน้าที่ หมายความว่า ผู้ซึ่งมีคุณสมบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด และรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติราชการตามพระราชบัญญัตินี้¹⁹

ความหมายของคำว่า “พนักงานเจ้าหน้าที่” จะต้องเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งมีคุณสมบัติครบถ้วน ถูกต้องตามที่คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติกำหนดและได้รับการแต่งตั้งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความถึงพนักงานเจ้าหน้าที่ตามกฎหมายหรือพระราชบัญญัติอื่น ดังนั้น พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้จึงต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(1) มีสัญชาติไทย

(2) มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์

(3) เป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่

(4) สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าทางด้านการแพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ จิตวิทยา กิจกรรมบำบัด สาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาชุมชน พัฒนาสังคม การแพทย์ฉุกเฉิน กฎหมาย หรือเป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรตามกฎหมาย การแพทย์ฉุกเฉิน กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หรือกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

(5) เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐและมีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิต ในหน่วยงานของรัฐอย่างน้อย 1 ปี หรือเป็นผู้ปฏิบัติตามกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปี²⁰

ซึ่งอำนาจหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ มีดังนี้

(1) เข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่ามีภาวะ อันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัด รักษา เมื่อมีเหตุอันควรสงสัยตามสมควรว่าบุคคลดังกล่าวอยู่ในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ ประกอบกับ มีเหตุอันควรเชื่อว่าการเนิ่นช้ากว่าจะเอามาหมายค้นมาได้ บุคคลนั้นจะหลบหนีไปหรือกรณีมีเหตุฉุกเฉิน

¹⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

¹⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

¹⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

²⁰ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยคุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564 ข้อ 4.

เนื่องจากบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายและเป็นอันตรายที่ใกล้จะถึง

(2) พนักงานเจ้าหน้าที่อาจร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ หรือผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินให้ความช่วยเหลือก็ได้ ทั้งนี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

(3) มีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใด ๆ มาเพื่อให้ถ้อยคำ ส่งคำชี้แจงเป็นหนังสือ หรือส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเพื่อตรวจสอบ หรือเพื่อประกอบการพิจารณา พนักงานเจ้าหน้าที่อาจร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจให้ความช่วยเหลือก็ได้ ทั้งนี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด²¹

เป็นที่น่าสังเกตว่าเดิมตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กำหนดการเข้าไปในเคหสถานหรือสถานที่ต้องกระทำในระหว่างพระอาทิตย์ขึ้นและตก แต่ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ไม่ได้กำหนดว่าการเข้าไปในนั้นต้องกระทำในระหว่างพระอาทิตย์ขึ้นและตก เพราะบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตอาจเกิดภาวะอันตรายในเวลาใดหรือสถานที่ใดก็ได้ ซึ่งหากแต่ได้กำหนดเพิ่มเติมเรื่องการเข้าไปในยานพาหนะเพื่อให้ครอบคลุมยิ่งขึ้น การแก้ไขดังกล่าวทำให้การปฏิบัติตามพระราชบัญญัติมีความคล่องตัวมากขึ้นและสอดคล้องกับภาวะอันตรายที่อาจเกิดขึ้นในระยะเวลาอันใกล้

17. อธิบติ หมายความว่า อธิบติกรมสุขภาพจิต²²

ความหมายของคำว่า “อธิบติ” คือ อธิบติกรมสุขภาพจิต ซึ่งตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 กำหนดให้มีบทบาทหน้าที่ไว้ดังนี้

- (1) เป็นกรรมการและเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ²³
- (2) รับผิดชอบการแต่งตั้งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาของหัวหน้าสถานบำบัดรักษา²⁴
- (3) การเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด ที่ทำให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว อธิบติมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการแก้ไขข้อความหรือวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูล ห้ามการใช้ข้อความบางอย่าง ระงับการเผยแพร่ข้อมูลห้ามใช้วิธีการนั้น หรือให้เผยแพร่ข้อมูลเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้อื่น²⁵
- (4) เป็นประธานคณะกรรมการอุทธรณ์ การบังคับรักษาของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา²⁶
- (5) เป็นประธานคณะกรรมการเปรียบเทียบ กรณีมีผู้กระทำผิดในเขตกรุงเทพมหานคร และมีบทลงโทษตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 บัญญัติไว้²⁷

18. รัฐมนตรี หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้²⁸

ความหมายของคำว่า “รัฐมนตรี” คือ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 4 ระบุว่า “ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มีอำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ กับออกระเบียบและประกาศ

²¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 46.

²² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

²³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 5.

²⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 12.

²⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 16/2.

²⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 43.

²⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 53/2.

²⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

เพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้ ระเบียบและประกาศนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้”

คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 กำหนดให้มีคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติซึ่งจะมีบทบาทในการวางนโยบายด้านสุขภาพจิตในระดับชาติ เพื่อจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิต โดยคณะกรรมการชุดนี้ประกอบด้วย

- นายกรัฐมนตรี หรือรองนายกรัฐมนตรีซึ่งนายกรัฐมนตรีมอบหมาย เป็นประธานกรรมการ
- รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นรองประธานกรรมการ

- กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงวัฒนธรรม ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม อัยการสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และเลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

- ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลและมีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งเลือกกันเองจำนวน 6 คน เป็นกรรมการ

- กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 6 คน ซึ่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขแต่งตั้งจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในสาขาการแพทย์จิตเวช จิตวิทยาคลินิก สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต กิจกรรมบำบัด และกฎหมาย สาขาละ 1 คน

- อธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นกรรมการและเลขานุการ

- ข้าราชการของกรมสุขภาพจิตซึ่งอธิบดีกรมสุขภาพจิตแต่งตั้ง จำนวนไม่เกิน 2 คน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ²⁹

เป็นที่น่าสังเกตว่าตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้มีการเพิ่มกรรมการจากหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนเพิ่มเติมจากพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้แก่ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ปลัดกระทรวงวัฒนธรรม เลขาธิการสำนักงานศาลยุติธรรม เลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ และได้เพิ่มผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลจากจำนวน 4 คน เป็น 6 คน เพื่อให้การดูแลและพิทักษ์สิทธิของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นไปอย่างครอบคลุมทั่วถึง และสอดคล้องกับสถานการณ์สภาพสังคมในปัจจุบัน

คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกัน และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม ต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาให้ความเห็นชอบ และมอบหมายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการตามอำนาจหน้าที่ โดยการจัดทำนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ ให้คำนึงถึงหลักการมีส่วนร่วมของหน่วยงานของรัฐและประชาชนในทุกภาคส่วนด้วย

²⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 5.

2. ส่งเสริมและสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกัน และการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต

3. กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

4. ตรวจสอบและติดตามการดำเนินงานของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

5. กำหนดหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด เพื่อไม่ให้มีการละเมิดสิทธิ

6. กำหนดหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการ

7. ออกระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

8. รายงานการติดตามการปฏิบัติงานของหน่วยงานของรัฐและเอกชนตามพระราชบัญญัตินี้ต่อคณะรัฐมนตรี

9. ปฏิบัติการอื่นตามที่พระราชบัญญัตินี้หรือกฎหมายอื่นบัญญัติให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่คณะรัฐมนตรีมอบหมาย³⁰

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ยังกำหนดให้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติสามารถตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตได้ ซึ่งในปัจจุบัน คณะอนุกรรมการดังกล่าว ได้แก่

1. คณะอนุกรรมการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต มีอธิบดีกรมสุขภาพจิตเป็นประธาน ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเป็นอนุกรรมการและเลขาธิการ มีอำนาจหน้าที่ในการศึกษา เสนอแนะ รวมถึงพิจารณาการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ตลอดจนอนุบัญญัติเกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

2. คณะอนุกรรมการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ มีอธิบดีกรมสุขภาพจิตเป็นประธาน ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเป็นอนุกรรมการและเลขาธิการ มีอำนาจหน้าที่ในการจัดทำและเสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม ต่อคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อให้ความเห็นชอบ รวมทั้งให้คำปรึกษา ข้อเสนอแนะ และสนับสนุนการดำเนินงานตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติ ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3. คณะอนุกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต มีอธิบดีกรมสุขภาพจิตเป็นประธาน ผู้อำนวยการสำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเป็นอนุกรรมการและเลขาธิการ มีอำนาจหน้าที่ในการศึกษาและผลักดันการแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม วางแผนและดำเนินการ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับสิทธิที่พึงมีตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนผลักดันให้หน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตได้รับงบประมาณที่เหมาะสม

³⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 10.

4. คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ มีอำนาจหน้าที่ในการสนับสนุนและผลักดันการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และนำแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ ประสานและแก้ไขปัญหาที่เกิดจากการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต วางแผนและถ่ายทอดแนวทางการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยให้ดำเนินการจัดประชุมคณะกรรมการอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง

คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติมีผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ดังนี้

1. ปรับปรุงและจัดทำอนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

2. ดำเนินงานตามแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580) รวมทั้งเพิ่มเติมประเด็นสำคัญในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ได้แก่

- การเฝ้าระวังและดูแลผลกระทบด้านสุขภาพจิตเด็กและวัยรุ่นในภาวะวิกฤติ
- คนวัยแรงงานมีความสามารถด้านสุขภาพจิต ฝ่าวิกฤติได้
- ผู้สูงอายุอยู่อย่างมีความหวังและมีพลังในวิกฤติ โดยมุ่งเน้นการสื่อสารสู่สาธารณะ เพื่อให้เกิด

การรับรู้และเฝ้าระวังในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน

ทั้งนี้ ให้มีการจัดเตรียมงบประมาณโดยจัดทำชุดสิทธิประโยชน์ (Benefit Package) ด้านสุขภาพจิต ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และจัดทำค่าของงบประมาณในแหล่งอื่น ตลอดจนขับเคลื่อนงานด้านสุขภาพจิตทุกกลุ่มวัยร่วมกับองค์กรภาคีในท้องถิ่น

3. ขับเคลื่อนนโยบายงานสุขภาพจิตเฉพาะด้าน ได้แก่

- ขับเคลื่อนมาตรการป้องกันการฆ่าตัวตาย โดยกำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์การป้องกันการฆ่าตัวตาย ระดับชาติ พ.ศ. 2564 - 2565

- ขับเคลื่อนการบูรณาการระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้าน
- สนับสนุนให้ดำเนินการจัดทำมาตรฐานผู้ให้บริการด้านจิตวิทยาการปรึกษา
- สนับสนุนการจัดระบบการแพทย์ฉุกเฉินและการพัฒนาเครือข่ายด้านสุขภาพจิต เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการโดยเฉพาะกรณีมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

- ผลักดันการจัดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพจิตภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติและสิทธิประโยชน์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

การที่ผู้บำบัดรักษาและพนักงานเจ้าหน้าที่ได้ศึกษาการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการที่เกี่ยวข้อง จะช่วยให้ผู้บำบัดรักษาและพนักงานเจ้าหน้าที่เข้าใจทิศทางการดำเนินงานด้านการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงการบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม ซึ่งเป็น การนำตัวบทกฎหมายสู่การปฏิบัติอย่างแท้จริง

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา หมายความว่า คณะกรรมการสุขภาพจิตระดับสถานบำบัดรักษาที่หัวหน้าสถานบำบัดรักษานั้น ๆ แต่งตั้งขึ้น และรายงานให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตทราบ ซึ่งในสถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งนั้น จะมีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา มากกว่า 1 คณะก็ได้

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ประกอบด้วย

1. จิตแพทย์ เป็นประธานกรรมการ
2. แพทย์ จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ (อาจเป็นจิตแพทย์ก็ได้)
3. พยาบาลจิตเวช จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ
4. นักกฎหมาย จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ
5. นักจิตวิทยาคลินิก หรือนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลหรือผ่านการอบรม

ด้านสังคมสงเคราะห์ด้านจิตเวช หรือนักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 คน เป็นกรรมการ³¹

คณะกรรมการดำรงตำแหน่งวาระคราวละ 3 ปี และอาจได้รับแต่งตั้งใหม่ได้อีก³²

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

1. ตรวจสอบวินิจฉัยและประเมินอาการของบุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา
2. มีคำสั่งในการบังคับรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรา 29 ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

พ.ศ. 2551 ได้แก่

- ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา

- ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษา เมื่อบุคคลนั้น

ไม่มีภาวะอันตราย ทั้งนี้ จะกำหนดเงื่อนไขใด ๆ ที่จำเป็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาให้บุคคลนั้นหรือผู้รับผิดชอบบุคคลนั้น ต้องปฏิบัติตามด้วยก็ได้³³

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้ปรับปรุงกฎหมายฉบับเดิมให้มีความคล่องตัวในการปฏิบัติมากขึ้น สรุปได้ดังนี้

1. จากเดิมที่สถานบำบัดรักษามีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้เพียงแห่งละ 1 คณะ เป็นสามารถมีคณะกรรมการสถานบำบัดได้มากกว่า 1 คณะในสถานบำบัดรักษาแต่ละแห่ง เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษานั้น มีความคล่องตัวในการปฏิบัติงานและสามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึงมากขึ้น

2. จากเดิมที่ต้องแต่งตั้งโดยอธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นหัวหน้าสถานบำบัดรักษานั้นสามารถแต่งตั้งตัวเอง แต่ต้องแจ้งให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตทราบ เพื่อให้การแต่งตั้งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีความคล่องตัวไม่รวมศูนย์อยู่ที่ส่วนกลางเพียงอย่างเดียว เพียงแต่จะต้องแจ้งให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตทราบเท่านั้น

³¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 12.

³² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 14.

³³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 13.

3. จากเดิมการดำรงตำแหน่งของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา กำหนดให้กรรมการสามารถดำรงตำแหน่งได้ไม่เกิน 2 วาระติดต่อกัน เป็นไม่กำหนดจำนวนวาระของกรรมการว่าสามารถดำรงตำแหน่งได้กี่วาระติดต่อกัน ทั้งนี้ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปได้อย่างต่อเนื่องและแก้ไขปัญหาการสรรหาทีมสหวิชาชีพมาทดแทนสหวิชาชีพเดิมที่หมดวาระลง

4. จากเดิมนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ ถูกกำหนดอยู่ในองค์ประกอบของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีการแก้ไขเป็นนักสังคมสงเคราะห์ซึ่งประกอบวิชาชีพในสถานพยาบาลหรือผ่านการอบรมด้านสังคมสงเคราะห์ด้านจิตเวช หมายถึง นักสังคมสงเคราะห์ทั่วไปที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานพยาบาลนั้น ๆ หรืออาจผ่านการอบรมด้านสังคมสงเคราะห์ด้านจิตเวชมาแล้วก็ได้ เพื่อให้ความหมายของนักสังคมสงเคราะห์กว้างครอบคลุมมากขึ้น ไม่จำกัดอยู่เฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ เนื่องจากนักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ในประเทศไทยมีจำนวนน้อยทำให้ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่และแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการบำบัดรักษา

สรุป

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เป็นกฎหมายที่มีเจตนารมณ์เพื่อพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยทางจิต ส่งเสริมให้ผู้มีความผิดปกติทางจิตได้มีโอกาสเข้าถึงการบำบัดรักษา ส่วนสังคมก็ได้รับความคุ้มครองจากภาวะอันตรายจากผู้ป่วยทางจิต รวมทั้งยังเป็นแนวทางให้บุคลากรทั้งในและนอกระบบบริการสาธารณสุขได้ปฏิบัติเป็นแนวทางเดียวกันภายใต้อำนาจที่กฎหมายระบุให้ดำเนินการได้ นอกจากนี้ กฎหมายดังกล่าวยังมีส่วนผลักดันให้เกิดการดำเนินงานเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม โดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ตลอดจนภาคประชาสังคม ด้วยกลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ รวมทั้งคณะอนุกรรมการและคณะทำงานภายใต้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

หนังสือ

เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์, บรรณาธิการ. รวมกฎหมายอนุบัญญัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ, 2565.

บทความวารสาร

ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์. นิติจิตเวช: จากงานบริการเชิงรับสู่การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยจิตเวชเชิงรุก. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 54 ฉบับผนวก 1 (2552): 115S-138S.

ราชกิจจานุเบกษา

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 102, ตอนที่ 120. (ลงวันที่ 5 กันยายน 2528).

พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 99, ตอนที่ 111. (ลงวันที่ 11 สิงหาคม 2525).

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. (2562, 16 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 50 ก.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. (2551, 20 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 ตอนที่ 36 ก.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิตแห่งชาติ พ.ศ. 2550. (2550, 19 มีนาคม 2550). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยคุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม).

ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

เอกสารราชการ

คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง คำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ. (ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565).

คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้กฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ระดับจังหวัด. (ลงวันที่ 28 ตุลาคม 2563).

คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต. (ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565).

คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. คำสั่งคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต. (ลงวันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2565).

บทที่ 2

สิทธิผู้ป่วย และสิทธิผู้รับดูแลผู้ป่วย

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์
เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์

- สิทธิ และผู้ป่วย
- สิทธิด้านการบำบัดรักษา และการเข้าร่วมการวิจัย
- สิทธิด้านการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลใดๆ ของผู้ป่วย
- สิทธิด้านสังคม
- การดำเนินการเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- สิทธิผู้รับดูแลผู้ป่วยในฐานะผู้คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย
- สรุป

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้ระบุสิทธิผู้ป่วยที่สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 และคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยขององค์กรวิชาชีพด้านสุขภาพ เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2558 และเพิ่มเติมให้มีความเฉพาะเจาะจงกับผู้มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป รวมทั้งให้มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ทางสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป การทำความเข้าใจสิทธิผู้ป่วยทางจิตอย่างถ่องแท้จะช่วยให้เกิดการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังเป็นหลักพื้นฐานของมาตรการและวิธีการปฏิบัติเพื่อการตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต ซึ่งระบุไว้ในกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตต่อไป นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ยังกำหนดให้ผู้ป่วยมีสิทธิด้านการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้ข้อมูลความเจ็บป่วยได้รับการปกปิดไว้เป็นความลับ และกำหนดให้ห้ามการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ที่ทำให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนกำหนดสิทธิด้านสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการบริการด้านสุขภาพจิต และสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมกับบุคคลทั่วไปได้อย่างปกติสุข อีกทั้งยังกำหนดสิทธิของผู้รับดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการดูแลและคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโดยให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยได้รับสิทธิบางประการเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้

สิทธิ และผู้ป่วย

สิทธิ ได้แก่ อำนาจหรือประโยชน์ ซึ่งได้รับการรับรอง และ/หรือได้รับคุ้มครอง¹ หากอธิบายขยายความให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น สามารถอธิบายถึงสิทธิทางจริยธรรม และสิทธิทางกฎหมายได้ ดังนี้

สิทธิทางจริยธรรม หมายถึง อำนาจอันชอบธรรมที่มนุษย์ทุกคนพึงมีโดยเท่าเทียมกัน เนื่องจากมนุษย์ทุกคนล้วนแต่มีคุณค่าความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน จึงมีสิทธิที่จะได้รับการปฏิบัติต่อกันอย่างมีศักดิ์ศรี เสมอภาค และเป็นอิสระ²

สิทธิทางกฎหมาย หมายถึง ประโยชน์ที่กฎหมายรับรองและคุ้มครองให้³ หรืออำนาจที่กฎหมายให้เพื่อสำเร็จประโยชน์ที่กฎหมายคุ้มครอง⁴

ส่วนผู้ป่วยในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งควรได้รับการรักษา⁵

ในที่นี้ขอกล่าวถึงสิทธิผู้ป่วยทางจิตใน 3 มิติ ได้แก่

1. **สิทธิด้านการบำบัดรักษา และการเข้าร่วมการวิจัย** ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 หมวด 2 สิทธิผู้ป่วย และหมวด 3 การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต ส่วนที่ 1 ผู้ป่วย

2. **สิทธิด้านการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วย** ระบุไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 หมวด 2 สิทธิผู้ป่วย ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

¹ วิฑูรย์ อั้งประพันธ์. สิทธิที่จะตาย (The right to die). ใน: วิฑูรย์ อั้งประพันธ์. กฎหมายการแพทย์สมัยใหม่. กรุงเทพฯ: วิญญูชน; 2561. หน้า 51.

² เรื่องเดียวกัน.

³ เรื่องเดียวกัน.

⁴ หยุต แสงอุทัย. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2565. หน้า 171.

⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 3.

เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด พ.ศ. 2565 และประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการ พ.ศ. 2565

3. สิทธิด้านสังคม ระบุไว้ในระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม พ.ศ. 2565

สิทธิในการบำบัดรักษา และการเข้าร่วมการวิจัย

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้ระบุสิทธิผู้ป่วยทางจิตเพิ่มเติมจากพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2550 ให้เฉพาะเจาะจงยิ่งขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตเป็นผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง อาจไม่สามารถปกป้องสิทธิของตนเองได้เช่นคนทั่วไป⁶ จำเป็นต้องได้รับความคุ้มครอง อีกทั้งความผิดปกติทางจิตอาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการให้ความยินยอมรับการรักษา จึงต้องมีบทบัญญัติเฉพาะสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ดังนี้

1. ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์⁷

ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทางการแพทย์และทางสังคมตามมาตรฐานทางการแพทย์ กฎหมายฉบับนี้บัญญัติให้ชัดเจนเพิ่มเติมว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งสอดคล้องกับนิยาม คำว่า สุขภาพจิต ที่ว่า สุขภาวะทางใจ ซึ่งเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุลกับสุขภาวะทางกาย ทางปัญญา และทางสังคม การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกลไกสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทั้งในแง่การดูแลสุขภาพของตนเอง การทำงาน ความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสังคม กระบวนการดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ด้วยการดำเนินการตามมาตรฐานทางการแพทย์และคำนึงถึงศักดิ์ศรีศรีความเป็นมนุษย์

2. ได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษา และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย ผู้รักษาจึงสามารถบำบัดรักษาได้ เว้นแต่มีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา^{8,9}

สิทธิผู้ป่วยข้อนี้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2550 มาตรา 8 วรรคแรก ความว่า “ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ ให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมิได้” รวมทั้งคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยขององค์กรผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2558 ยังได้ระบุสิทธิผู้ป่วยว่า “ผู้ป่วยที่ขอรับการรักษาพยาบาลมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลที่เป็นจริงและเพียงพอเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การตรวจ การรักษา ผลดีและผลเสีย

⁶ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, บรรณาธิการ. สารระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2553. หน้า 29.

⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 15 (1).

⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 21 วรรคแรก.

⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 22.

จากการตรวจ การรักษาจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพด้วยภาษาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจง่าย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลือกตัดสินใจในการยินยอมหรือไม่ยินยอม” ทั้งนี้ ผู้ป่วยบางรายอาจมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา โดยที่ความเจ็บป่วยนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 จึงบัญญัติให้ภาวะดังกล่าวเป็นข้อยกเว้นสามารถบังคับรักษาได้

อย่างไรก็ตาม ถ้าต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาล การให้ความยินยอมต้องทำเป็นหนังสือ และลงมือชื่อผู้ป่วยไว้ด้วย ยกเว้นแต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วยแล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมแทน

ตัวอย่าง

เด็กหญิงอายุ 17 ปี มาขอเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เนื่องจากมีปัญหาไม่สบายใจที่ตื่นทะเลาะกับพี่ชายที่บ้านรุนแรงและบ่อยครั้งขึ้น แต่ไม่ยอมให้ผู้ปกครองรู้เรื่องเนื่องจากว่าผู้ปกครองมักเข้าข้างพี่ชายและกลัวผู้ปกครองจะคิดว่าตนเองเรียกร้องความสนใจ หลังจากที่ผู้รักษาอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษา และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว ผู้รักษาสามารถบำบัดรักษาได้ หากแต่เมื่อต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาล ผู้บุพการีหรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ให้ความยินยอมแทนตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต ต้องเป็นผู้ลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม

3. ได้รับการคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคมและระบบอื่น ๆ ของรัฐอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม¹⁰

สิทธิผู้ป่วยข้อนี้เป็นไปเพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตได้รับการรักษาอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม โดยเงื่อนไขด้านค่ารักษาเป็นข้อจำกัดน้อยที่สุด ทั้งนี้ ขึ้นกับสิทธิการรักษาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ

4. การบำบัดรักษาโดยการผูกมัดร่างกาย การกักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วยจะกระทำไม่ได้ เว้นแต่เป็นความจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น โดยต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ¹¹

สิทธิผู้ป่วยข้อนี้สอดคล้องกับข้อที่ว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยขยายความการผูกมัดร่างกาย การกักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วยว่าจะกระทำได้อีกต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต

5. การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองหรือระบบประสาท หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใดที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร ให้กระทำได้ในกรณีดังต่อไปนี้

¹⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 15 (4).

¹¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 17.

(1) กรณีผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการให้ความยินยอม ให้ความยินยอมเป็นหนังสือเพื่อการบำบัดรักษานั้น โดยผู้ป่วย หรือผู้ให้ความยินยอมแทนได้รับทราบเหตุผล ความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ร้ายแรง หรืออาจเป็นผล ทำให้ไม่สามารถแก้ไขร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมและประโยชน์ของการบำบัดรักษา^{12, 13}

(2) กรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากมิได้บำบัดรักษา จะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้ โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา¹⁴

สิทธิผู้ป่วยข้อนี้สอดคล้องกับข้อที่ว่า ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์ และฟื้นฟูสมรรถภาพโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ซึ่งได้ขยายความการรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) รวมทั้งการกระทำต่อสมองหรือระบบประสาท หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใดที่อาจเป็นผลทำให้ ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร เช่น การผ่าตัดสมอง (psychosurgery) หรือการรักษาอื่น ๆ ในลักษณะนี้ ที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต ว่าต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือผู้ให้ความยินยอมแทนในกรณีที่ผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอม ส่วนการบังคับรักษาด้วยหัตถการเหล่านี้ จะกระทำได้อีกต่อเมื่อมีภาวะอันตราย ถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วย โดยต้องได้รับความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์จากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาด้วย

6. กรณีผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทางกายด้วย แต่ขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาทางกาย และไม่มีผู้ให้ความยินยอมแทน ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา มีอำนาจให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาทางกายแทน¹⁵

สิทธิผู้ป่วยข้อนี้มีที่มาจากกรณีผู้ป่วยทางจิตที่ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอม รับการบำบัดรักษาทางกาย และไม่มีผู้ให้ความยินยอมแทน แต่มีภาวะทางกายต้องได้รับการบำบัดรักษา ย่อมเกิดปัญหา ว่าไม่มีผู้ให้ความยินยอมได้ กรณีที่ผู้ป่วยอยู่ในภาวะเสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือ เป็นการรีบด่วนย่อมได้รับการยกเว้นตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 8 วรรคสาม (1) แต่กรณีที่มีภาวะทางกายและยังไม่เข้าข่ายกรณีดังกล่าวจะเป็นช่องว่างของกฎหมาย พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 จึงบัญญัติให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีอำนาจให้ความยินยอมในการบำบัดรักษา ทางกายแทน

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยเรื้อรัง มีความคิดหลงผิด กระแสดความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่ตระหนักถึงความเจ็บป่วยของตนเอง เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษาด้วยมาตรา 22 ตามหาญติยังไม่พบ ต่อมาผู้ป่วยมีไข้ และปวดท้องน้อย ด้านขวา แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคไส้ติ่งอักเสบเฉียบพลัน (acute appendicitis) กรณีนี้ คณะกรรมการสถานบำบัด รักษา มีอำนาจให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาทางกายแทน

7. การทำหมันผู้ป่วยจะกระทำไม่ได้ เว้นแต่ผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ¹⁶

การทำหมันไม่ได้เป็นการรักษาความผิดปกติทางจิต และเป็นการจำกัดความสามารถในการเจริญพันธุ์¹⁷

¹² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 18 (1).

¹³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 21 วรรคสาม.

¹⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 18 (2).

¹⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 20/1.

¹⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 19.

¹⁷ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, บรรณาธิการ. สารสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. หน้า 32.

อีกทั้ง ผู้ป่วยทางจิตไม่ได้ขาดความสามารถในการเลี้ยวจุดตรรกะเสมอไป การบังคับทำหมันจึงทำไม่ได้ เนื่องจากการละเมิดสิทธิการเจริญพันธุ์

การทำหมันจะทำได้เมื่อกรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือเพื่อการบำบัดรักษานั้น โดยผู้ป่วยได้รับทราบเหตุผล ความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรืออาจเป็นผลทำให้ไม่สามารถแก้ไขร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิมและประโยชน์ของการบำบัดรักษา¹⁸ กรณีนี้ ผู้ให้ความยินยอมแทนตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต และคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาไม่มีอำนาจให้ความยินยอมในการทำหมันแทนผู้ป่วย

8. การวิจัยใด ๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วยจะกระทำต่อเมื่อได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้ป่วย และต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้ป่วยจะเพิกถอนการให้ความยินยอมเมื่อใดก็ได้^{19, 20}

สิทธิผู้ป่วยข้อนี้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 9 ความว่า “ในกรณีที่ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขประสงค์จะใช้ผู้รับบริการเป็นส่วนหนึ่งของการทดลองในงานวิจัย ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขต้องแจ้งให้ผู้รับบริการทราบล่วงหน้า และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้รับบริการก่อนจึงจะดำเนินการได้ ความยินยอมดังกล่าวผู้รับบริการจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้” รวมทั้งคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยขององค์การผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2558 ยังได้ระบุสิทธิผู้ป่วยว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการเป็นผู้เข้าร่วมหรือผู้ถูกทดลองในการทำวิจัยของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ” สรุปได้ว่า ผู้วิจัยต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเสียก่อนเริ่มกระทำการต่อผู้ป่วย จากนั้นต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วย หรือผู้ให้ความยินยอมแทนตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต โดยผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนต้องให้ความยินยอมเป็นหนังสือ (informed consent) จึงกระทำการต่อผู้ป่วยได้ และผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนจะเพิกถอนความยินยอมเมื่อใดก็ได้

สิทธิด้านการคุ้มครองข้อมูลด้านสุขภาพและข้อมูลใด ๆ ของผู้ป่วย

ข้อมูลด้านสุขภาพหรือความเจ็บป่วย เป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการปกปิดไว้เป็นความลับ เว้นแต่มีเหตุยกเว้น ตลอดจนผู้ป่วยทางจิตยังไม่ได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างถูกต้องและเพียงพอ มีการเผยแพร่ข้อมูลสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด ในทางที่ก่อให้เกิดทัศนคติด้านลบต่อผู้ป่วยทางจิต จึงจำเป็นต้องมีกฎหมายคุ้มครองด้านข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและข้อมูลที่ส่งผลก่อให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนี้

1. ได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาไว้เป็นความลับ เว้นแต่
 - ในกรณีที่น่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย หรือผู้อื่น
 - เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน
 - มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย^{21, 22}

¹⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 18 (1).

¹⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 15 (3).

²⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 20.

²¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 15 (2).

²² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 16.

สิทธิผู้ป่วยข้อนี้สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 7 ความตอนหนึ่งว่า “ข้อมูลด้านสุขภาพของบุคคลเป็นความลับส่วนบุคคล ผู้ใดจะนำไปเปิดเผยในประการที่น่าจะทำให้บุคคลนั้นเสียหายไม่ได้ เว้นแต่การเปิดเผยนั้นเป็นไปตามความประสงค์ของบุคคลนั้นโดยตรง หรือมีกฎหมายเฉพาะให้ต้องเปิดเผย” อย่างไรก็ตาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้บัญญัติข้อยกเว้นไว้ เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตอาจขาดความสามารถในการให้ความยินยอมในการเปิดเผยข้อมูล ทั้งนี้ แม้กฎหมายจะบัญญัติข้อยกเว้นไว้ การเปิดเผยข้อมูลควรเป็นไปเพื่อประโยชน์ในการบำบัดรักษา เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน หรือเพื่อวัตถุประสงค์ตามกฎหมายเฉพาะที่บัญญัติให้ต้องเปิดเผย รวมทั้งควรเปิดเผยแก่บุคคลที่จำเป็นเท่านั้น ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วยขององค์กรผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เมื่อวันที่ 12 สิงหาคม 2558 ที่ระบุว่า “ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการปกปิดข้อมูลของตนเอง เว้นแต่ผู้ป่วยจะให้ความยินยอมหรือเป็นการปฏิบัติตามหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ เพื่อประโยชน์โดยตรงของผู้ป่วยหรือตามกฎหมาย” นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562 มาตรา 4 (5) ที่ไม่บังคับใช้กับการพิจารณาคดีของศาลและการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ในกระบวนการพิจารณาคดี การบังคับคดี และการวางทรัพย์ รวมทั้งการดำเนินงานตามกระบวนการยุติธรรมทางอาญา และมาตรา 27 ที่ห้ามมิให้ผู้ควบคุมข้อมูลส่วนบุคคลใช้หรือเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคล โดยไม่ได้รับความยินยอมจากเจ้าของข้อมูลส่วนบุคคล เว้นแต่เป็นข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้โดยได้รับยกเว้นไม่ต้องขอความยินยอมซึ่งรวมถึงข้อมูลเพื่อป้องกันหรือระงับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย หรือสุขภาพของบุคคล

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง มีความคิดอยากตาย วางแผนการฆ่าตัวตายไว้แล้ว กรณีนี้จำเป็นต้องเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงการฆ่าตัวตายให้ญาติได้รับทราบ

ผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดว่าตนเองเป็นผู้กอบกู้โลก และมักพกอาวุธปืนไปตามที่สาธารณะ ผู้ป่วยหลบหนีออกจากโรงพยาบาลทางกายแห่งหนึ่งระหว่างรอส่งต่อไปยังโรงพยาบาลจิตเวช กรณีนี้จำเป็นต้องแจ้งญาติ หรือตำรวจให้รับนำผู้ป่วยกลับมารับการรักษา เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน

ผู้ป่วยคดี ให้การรบกวน พุดจาไม่ต่อเนื่อง มีพฤติกรรมแปลก ๆ ขณะให้การในชั้นศาล ศาลจึงส่งมารับการตรวจวินิจฉัยตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 35 ซึ่งกำหนดให้จิตแพทย์รายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีให้ศาลทราบ กรณีนี้จึงเป็นกรณีที่กฎหมายบัญญัติให้ต้องเปิดเผย

กรณีละเมิดสิทธิผู้ป่วยข้อนี้ มีบทลงโทษสำหรับผู้ฝ่าฝืนโดยต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ แต่หากได้กระทำโดยการโฆษณาหรือเผยแพร่ทางสื่อมวลชนหรือสื่อสารสนเทศใด ๆ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ²³

2. การเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใดต้องไม่ทำให้เกิดความรังเกียจเคียดฉุน หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว²⁴

²³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 50.

²⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 16/1.

ความหมายของคำสำคัญ

คำว่า สื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ สื่ออื่นใด รังเกียดเดียดฉันท์ และครอบครัว มีความหมายดังนี้

สื่อสิ่งพิมพ์ หมายความว่า สื่อที่พิมพ์ขึ้นในรูปแบบสมุด แผ่นกระดาษหรือวัตถุใด ๆ ที่พิมพ์ขึ้นรวมตลอดทั้งบทเพลง แผนที่ แผนผัง ภาพวาด ภาพระบายสี ใบประกาศ หรือสิ่งอื่นใดอันมีลักษณะคล้ายกัน

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หมายความว่า สื่อบันทึกข้อมูลหรือสารสนเทศใด ๆ ที่ใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ โดยการประยุกต์ใช้วิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ ไฟฟ้า คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า หรือวิธีอื่นใดในลักษณะคล้ายกัน และให้หมายความรวมถึงการประยุกต์ใช้วิธีการทางแสง วิธีการทางแม่เหล็กหรืออุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องกับการประยุกต์ใช้วิธีต่าง ๆ เช่นว่านั้น

สื่ออื่นใด หมายความว่า สื่อที่จัดทำขึ้นในรูปแบบอื่นใด นอกจากสื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อสื่อความหมายหรือเผยแพร่ให้บุคคลอื่นหรือประชาชนโดยทั่วไปทราบ

รังเกียดเดียดฉันท์ หมายความว่า เกลียดชัง ขยะแขยง ไม่ชอบใจ ลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ ทั้งนี้ ให้หมายความรวมถึง การแสดงออกต่อบุคคลหรือกลุ่มบุคคลเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต เชื้อชาติ ชนชั้น ความผิดไปทางเพศ สถานที่เกิด อุดมการณ์ทางการเมือง กลุ่มวัฒนธรรม ศาสนา หรือคุณลักษณะอื่นใดที่อาจนำไปสู่การตีตราหรือการแบ่งแยกได้

ส่วนครอบครัว หมายความว่า บุคคลที่ใช้ชีวิตร่วมกันฉันสามีภรรยา หรือมีความผูกพันทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย หรือเกี่ยวดองเป็นเครือญาติ ซึ่งสมาชิกในครอบครัวต่างมีบทบาทหน้าที่ต่อกัน และมีความสัมพันธ์ที่เกื้อกูลกัน และให้หมายความรวมถึงผู้รับดูแลผู้ป่วยด้วย²⁵

ข้อมูลที่ห้ามเผยแพร่

ข้อมูลที่ก่อให้เกิดความรังเกียดเดียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งห้ามเผยแพร่ มีลักษณะดังต่อไปนี้

- ข้อมูลชื่อ - สกุล ให้รวมถึง ชื่อเล่น หรือฉายา รูปลักษณะภายนอก เพศ เพศสภาพ ที่อยู่ ภูมิลำเนา อาชีพ รายงานทางการแพทย์ รายละเอียดและพฤติกรรมแห่งคดี รายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ภาพถ่าย ภาพเคลื่อนไหว พฤติกรรม เสียง หรือข้อมูลอื่นใดที่สามารถระบุตัวผู้ป่วยและครอบครัว เว้นแต่จะได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้ป่วย

- ข้อมูลที่มีลักษณะก่อให้เกิดความรู้สึกสะเทือนใจ หรือภาษาที่สื่อความหมายเชิงเหยียดหยามผู้ป่วยและครอบครัว

- ข้อมูลที่มีโอกาสก่อให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบ โดยเฉพาะการนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือเลียนแบบในแง่ลบอื่น ๆ ซึ่งทำให้เกิดความสะเทือนใจ หรือการเน้นย้ำถึงสาเหตุและวิธีการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นโดยละเอียด

- ข้อมูลที่อาจส่งผลกระทบต่อความรู้สึกหรือที่ก่อให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อผู้ป่วยและครอบครัว²⁶

²⁵ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด พ.ศ. 2565 ข้อ 3.

²⁶ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูลฯ ข้อ 4.

อย่างไรก็ตาม มีข้อยกเว้นประการหนึ่งคือกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ซึ่งหลบหนีหรือออกจากสถานที่ใด ๆ ให้สามารถเผยแพร่ข้อมูล ชื่อ-สกุล ที่อยู่ ภาพถ่าย ภาพเคลื่อนไหว พฤติกรรม เสียง หรือข้อมูลอื่นใดที่สามารถระบุตัวผู้ป่วยและครอบครัวได้ เพื่อประโยชน์ในการป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วยและสังคม²⁷

การดำเนินการเมื่อมีการฝ่าฝืน

เมื่อได้รับการร้องเรียนไม่ว่าจากช่องทางใด ๆ หรือได้รับแจ้งจากพนักงานเจ้าหน้าที่ว่ามีการเผยแพร่ข้อมูลที่ทำให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว มีการดำเนินการดังนี้

(1) การรับเรื่องร้องเรียนและพิจารณา

เมื่อได้รับเรื่องร้องเรียนจากช่องทางใด ๆ หรือจากพนักงานเจ้าหน้าที่ให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตมอบหมายพนักงานเจ้าหน้าที่หรือคณะอนุกรรมการพิจารณาการเผยแพร่ข้อมูลที่เป็นการฝ่าฝืนมาตรา 16/1 ซึ่งคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติแต่งตั้ง ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องชัดเจนของข้อเท็จจริง รวบรวมพยานหลักฐานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งจัดทำรายงานและความเห็น²⁸

(2) การออกคำสั่ง

หากปรากฏว่าการเผยแพร่ข้อมูลนั้นทำให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว ให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตพิจารณาและออกคำสั่งโดยอธิบดีกรมสุขภาพจิตมีอำนาจออกคำสั่งให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการ ดังต่อไปนี้

- ให้แก้ไขข้อความหรือวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูล
- ห้ามการใช้ข้อความบางอย่างที่ปรากฏในการเผยแพร่ข้อมูล
- ระงับการเผยแพร่ข้อมูลหรือห้ามใช้วิธีการนั้นในการเผยแพร่ข้อมูล
- ให้เผยแพร่ข้อมูลเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้อื่นที่อาจเกิดขึ้น²⁹

(3) การแจ้งคำสั่ง

การแจ้งคำสั่งแก่ผู้เผยแพร่ เจ้าของหรือผู้ดำเนินกิจการเกี่ยวกับสื่อทุกประเภท ผู้กระทำการเผยแพร่ข้อมูลที่ทำให้เกิดความรังเกียจเดียดฉันท์ หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ทำเป็นหนังสือ ซึ่งต้องระบุข้อเท็จจริงอันเป็นสาระสำคัญ ข้อกฎหมายที่อ้างอิง ข้อพิจารณา และข้อสนับสนุนในการใช้ดุลพินิจ และสิทธิอุทธรณ์ และให้ดำเนินการ ดังนี้

- ส่งหรือมอบแก่ผู้เผยแพร่ เจ้าของหรือผู้ดำเนินกิจการเกี่ยวกับสื่อทุกประเภท ให้ถือว่าคำสั่งมีผลตั้งแต่วันที่ผู้เผยแพร่ เจ้าของหรือผู้ดำเนินกิจการเกี่ยวกับสื่อทุกประเภท ได้รับแจ้งคำสั่งนั้นเป็นต้นไป

กรณีที่บุคคลดังกล่าวไม่ยอมรับหนังสือแจ้งคำสั่ง หรือขอชะงักไปส่งไม่พบตัว หากได้ส่งให้กับบุคคลใดซึ่งบรรลุนิติภาวะที่อยู่หรือทำงานในสำนักงานของผู้เผยแพร่ และให้บุคคลดังกล่าวลงลายมือชื่อรับไว้เป็นหลักฐานหรือในกรณีที่ผู้นั้นไม่ยอมรับ หากได้วางหรือปิดหนังสือนั้นไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สำนักงานของผู้เผยแพร่ ต่อหน้าพยานบุคคลอย่างน้อย 2 คน ให้ถือว่าได้รับแจ้งคำสั่งตั้งแต่วันที่นั้น เป็นต้นไป

²⁷ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูลฯ ข้อ 5.

²⁸ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการ พ.ศ. 2565 ข้อ 4.

²⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 16/2.

- ส่งทางไปรษณีย์ลงทะเบียนตอบรับ และให้ถือว่าผู้เผยแพร่ ได้รับแจ้งคำสั่งเมื่อครบกำหนด 7 วัน นับแต่วันส่ง เว้นแต่จะมีการพิสูจน์ได้ว่าไม่มีการได้รับ หรือได้รับก่อนหรือหลังจากวันนั้น

- ส่งทางช่องทางอื่น ๆ³⁰

กรณีไม่รู้ตัวผู้เผยแพร่ข้อมูล ให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตแจ้งพนักงานสอบสวนหรือหน่วยงานของรัฐ ที่เกี่ยวข้องว่ามีการกระทำความผิดเกิดขึ้น เพื่อให้พนักงานสอบสวนหรือหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องพิจารณา ดำเนินการในส่วนที่เกี่ยวข้องต่อไป ทั้งนี้ ผู้ให้บริการ หมายรวมถึงผู้ให้บริการแก่บุคคลอื่นในการเข้าสู่อินเทอร์เน็ต หรือให้สามารถติดต่อถึงกันโดยประการอื่น โดยผ่านทางระบบคอมพิวเตอร์ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการในนามของ ตนเอง หรือเพื่อประโยชน์ของบุคคลอื่น และผู้ให้บริการเก็บรักษาข้อมูลคอมพิวเตอร์เพื่อประโยชน์ของบุคคลอื่น ต้องส่งมอบข้อมูลจราจรทางคอมพิวเตอร์ที่เกี่ยวข้องให้พนักงานสอบสวนโดยไม่ชักช้า แต่ต้องไม่เกิน 7 วันนับแต่ วันที่ได้รับคำร้องขอ^{31, 32}

(4) การดำเนินการตามคำสั่ง

ผู้เผยแพร่ เจ้าของหรือผู้ดำเนินการเกี่ยวกับสื่อทุกประเภทต้องดำเนินการตามคำสั่งภายใน 3 วัน นับแต่ได้รับคำสั่ง³³ หากไม่ปฏิบัติตามคำสั่ง ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือ ทั้งจำทั้งปรับ³⁴

การแก้ไขข้อความ หรือเผยแพร่ข้อมูลเพื่อแก้ไขความเข้าใจผิด ให้ดำเนินการดังนี้

- ผู้เผยแพร่ เจ้าของหรือผู้ดำเนินการเกี่ยวกับสื่อทุกประเภทนำข้อความที่ใช้แก้ไขความเข้าใจผิด ของประชาชนมาให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตเป็นผู้พิจารณาตรวจสอบถ้อยคำหรือข้อความใด ๆ ทั้งก่อนและหลังการ กระทำความผิด หรือแนะนำให้แก้ไขข้อความนั้น และอนุมัติข้อความนั้น ภายในระยะเวลาที่อธิบดีกรมสุขภาพจิต กำหนด

- ดำเนินการแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้อื่นที่อาจเกิดขึ้น ภายในระยะเวลาที่อธิบดีกรมสุขภาพจิตกำหนด

- การแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้อื่น ให้กระทำทางสื่อทุกประเภทที่มีการเผยแพร่ข้อมูลนั้น

- ข้อความที่ใช้ในการแก้ไขความเข้าใจผิดของผู้อื่น อย่างน้อยต้องมีลักษณะดังนี้

- สาระสำคัญของข้อความที่ได้รับคำสั่ง

- ข้อความที่ชี้แจงให้ประชาชนเข้าใจถูกต้อง³⁵

(5) การอุทธรณ์

กรณีผู้ได้รับแจ้งคำสั่งไม่เห็นด้วย มีสิทธิอุทธรณ์ต่ออธิบดีกรมสุขภาพจิตได้ โดยให้ยื่นอุทธรณ์ภายใน 15 วันนับแต่ได้รับแจ้งคำสั่ง ทั้งนี้ ให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตพิจารณาคำอุทธรณ์และแจ้งผู้อุทธรณ์โดยไม่ชักช้า แต่ต้อง ไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์

³⁰ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการ พ.ศ. 2565 ข้อ 5.

³¹ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการฯ ข้อ 3.

³² ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการฯ ข้อ 6.

³³ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการฯ ข้อ 7.

³⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 50/1.

³⁵ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการฯ ข้อ 8.

หากอธิบดีกรมสุขภาพจิตเห็นด้วยกับคำอุทธรณ์ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ให้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงคำสั่งทางปกครองตามความเห็นของตน และแจ้งผลแก่ผู้ยื่นอุทธรณ์โดยเร็ว

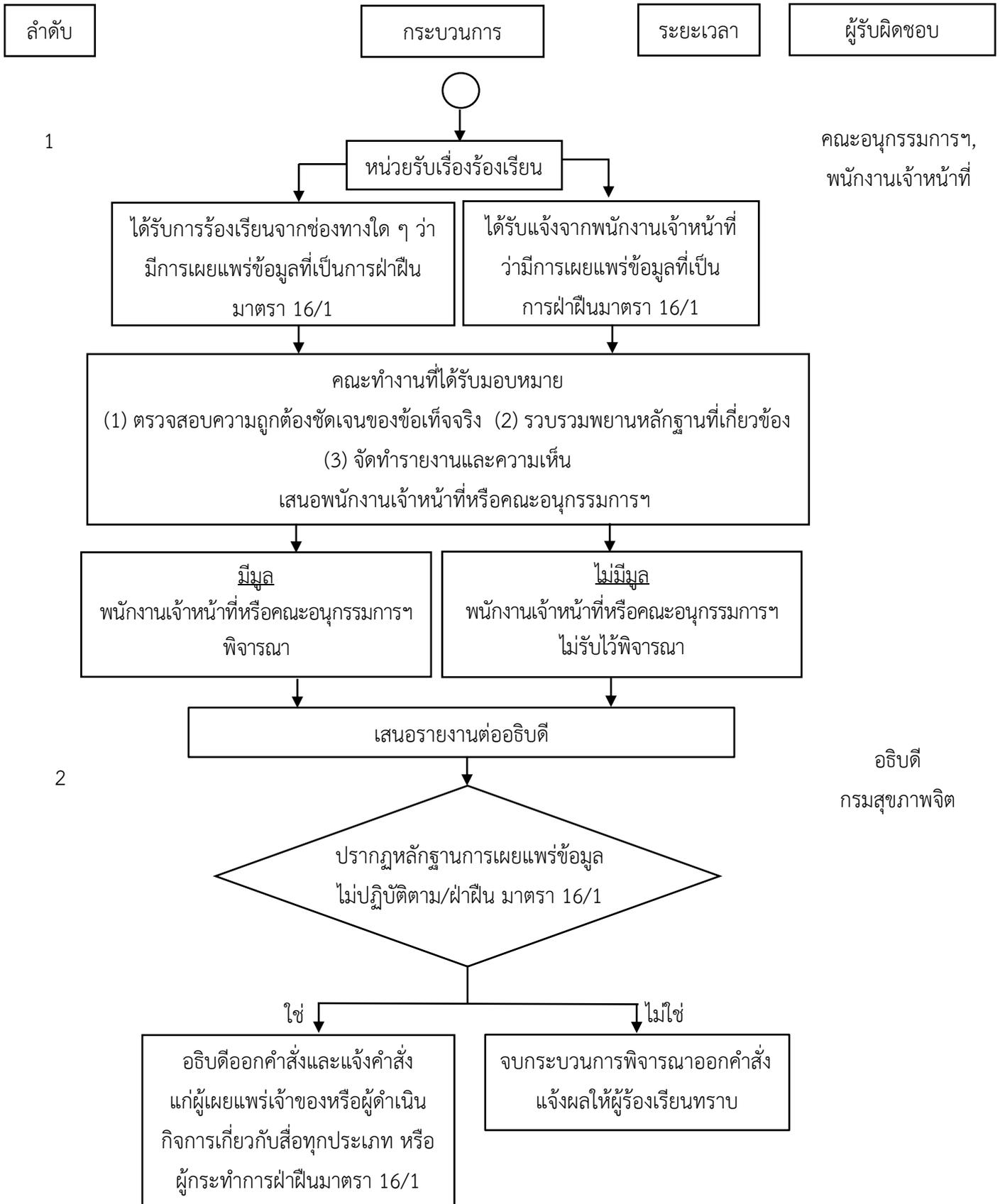
หากอธิบดีกรมสุขภาพจิตไม่เห็นด้วยกับคำอุทธรณ์ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วน ให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตเสนอปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาต่อไป โดยให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขพิจารณาคำอุทธรณ์และแจ้งผู้อุทธรณ์โดยไม่ชักช้า แต่ต้องไม่เกิน 30 วันนับแต่วันที่ได้รับอุทธรณ์ กรณีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเห็นด้วยกับคำอุทธรณ์ไม่ว่าทั้งหมดหรือบางส่วนก็ให้ดำเนินการเปลี่ยนแปลงหรือยกเลิกคำสั่งทางปกครองตามความเห็นของตนภายในกำหนดเวลาดังกล่าว โดยคำวินิจฉัยของปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นที่สุด

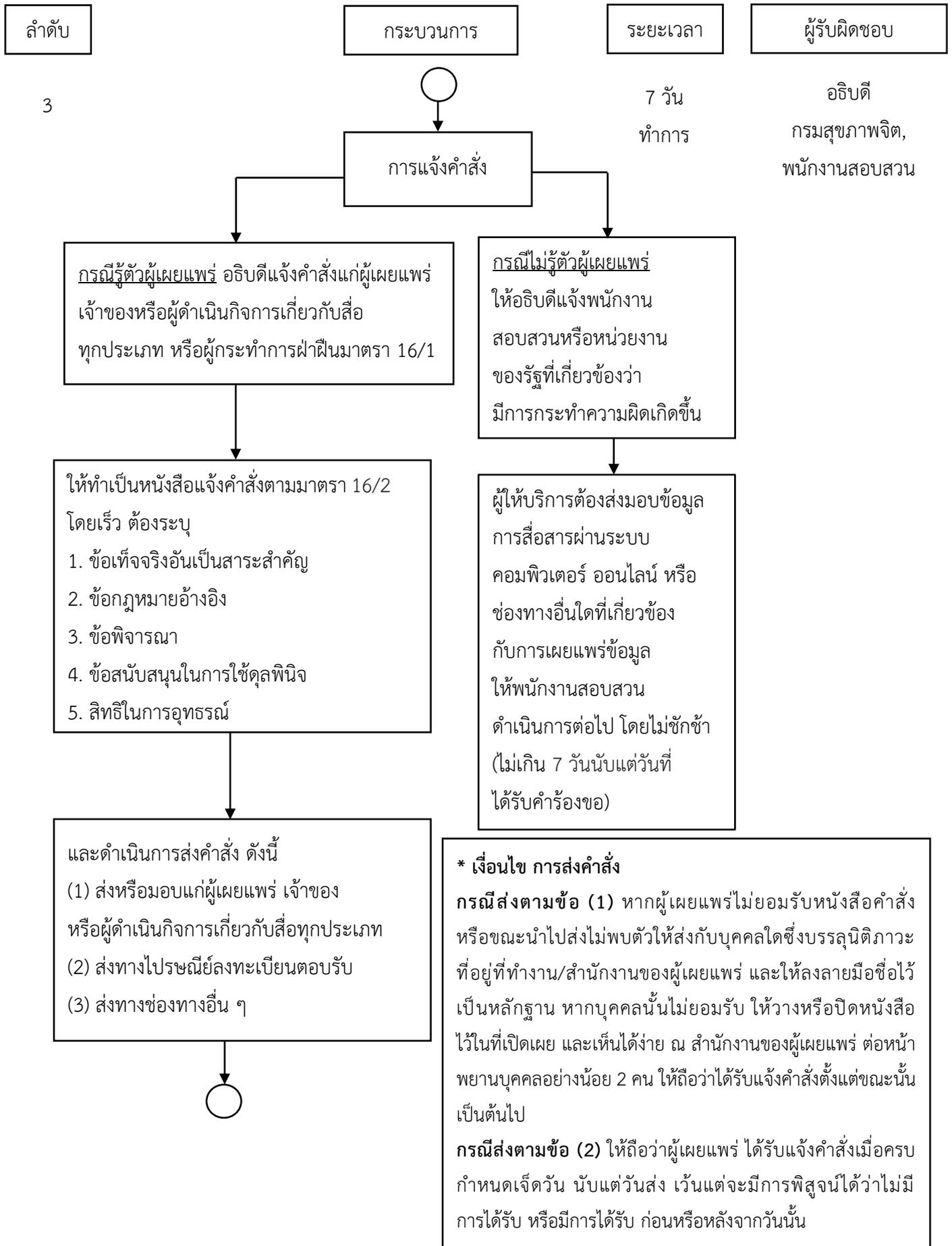
ทั้งนี้ การอุทธรณ์คำสั่งไม่เป็นการทุเลาการบังคับตามคำสั่ง กล่าวคือคำสั่งดังกล่าวยังมีผลบังคับ เว้นแต่จะมีการสั่งให้ทุเลาการบังคับไว้ก่อนโดยเจ้าหน้าที่ผู้ทำคำสั่งนั้นเอง ผู้มีอำนาจพิจารณาคำอุทธรณ์ หรือผู้มีอำนาจพิจารณาวินิจฉัยความถูกต้องของคำสั่งทางปกครองดังกล่าว^{36, 37}

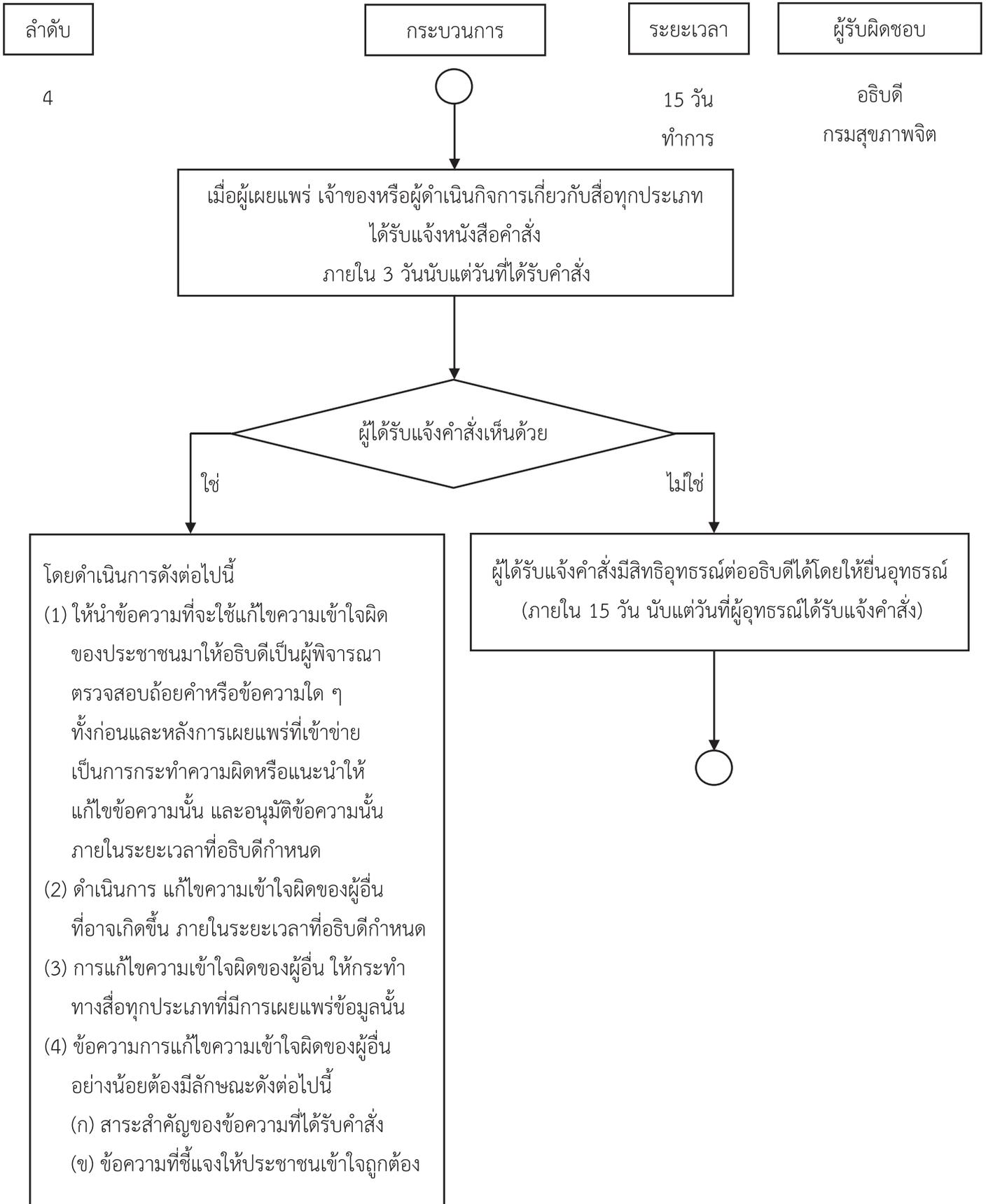
³⁶ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการฯ ข้อ 9.

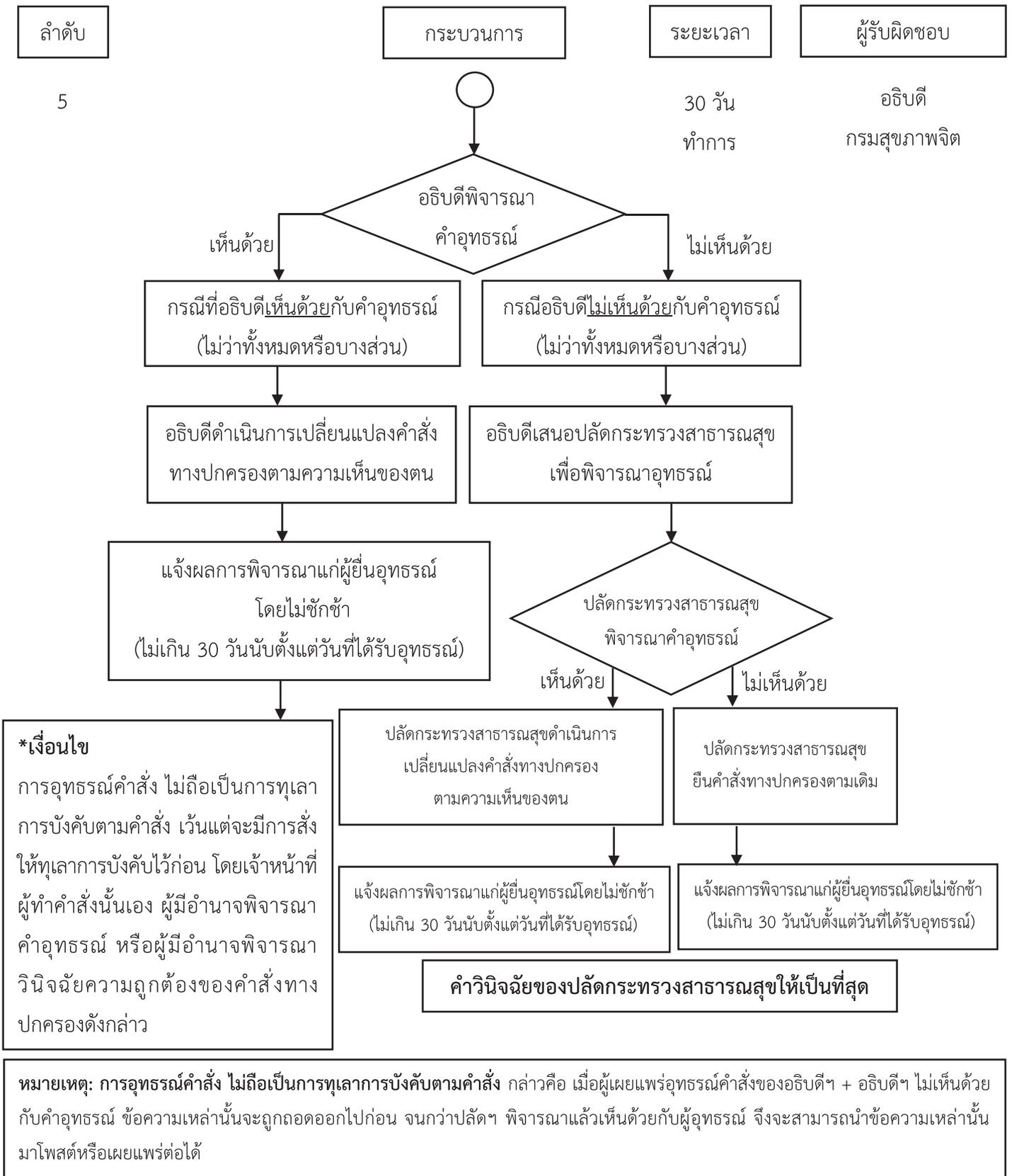
³⁷ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการฯ ข้อ 10.

ขั้นตอนการดำเนินการสามารถสรุปได้ ดังภาพ 2 - 1









ภาพ 2 - 1 การออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิตเพื่อให้ผู้เผยแพร่ข้อมูลที่ห้ามเผยแพร่ดำเนินการ (จัดทำโดย: สำนักงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ)

สิทธิด้านสังคม

ด้วยคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติมีอำนาจหน้าที่เสนอนโยบาย ยุทธศาสตร์ และแผนสุขภาพจิตระดับชาติเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและการควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต การคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม³⁸ และกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม³⁹ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต และอยู่ร่วมกับบุคคลในสังคมโดยได้รับการปฏิบัติอย่างเท่าเทียมตามหลักสิทธิมนุษยชน ซึ่งสอดคล้องกับนิยามของ “สุขภาพจิต” ซึ่งเชื่อมโยงสุขภาพจิตใจ ทางกาย ทางปัญญา และทางสังคมไว้ด้วยกัน⁴⁰

สิทธิด้านสังคม ได้แก่

1. สิทธิในการได้รับการยอมรับและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมบนพื้นฐานแห่งความเท่าเทียมกับบุคคลทั่วไป⁴¹

ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการยอมรับในสังคมในฐานะมนุษย์ผู้หนึ่งซึ่งไม่ถูกแบ่งแยกหรือกีดกันจากความเจ็บป่วย และได้รับโอกาสในกิจกรรมทางสังคมเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปได้อย่างปกติสุข

2. สิทธิในการได้รับความช่วยเหลือทางกฎหมาย⁴²

ผู้ป่วยมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือทางกฎหมาย ได้แก่ การได้รับคำปรึกษาหารือทางกฎหมาย การได้รับความรู้ทางกฎหมาย การจัดทำนิติกรรม การไกล่เกลี่ยหรือการประนีประนอมยอมความ การจัดหาทนายความ การให้ความช่วยเหลืออื่น ๆ ในทางกฎหมาย

3. สิทธิได้รับการดูแลจากหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์ และสวัสดิการของรัฐหรือเอกชน ในกรณีบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่มีผู้รับดูแล⁴³

หน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์ และสวัสดิการของรัฐหรือเอกชนตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ได้แก่ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกุ่มสะแก จังหวัดเพชรบุรี สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งชายธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งหญิงธัญบุรี จังหวัดปทุมธานี สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งทับทวง จังหวัดสระบุรี สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งบ้านเมตตา จังหวัดนครราชสีมา สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งภาคใต้ จังหวัดนครศรีธรรมราช สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งวังทอง จังหวัดพิษณุโลก สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งปรีอใหญ่ จังหวัดศรีสะเกษ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งประจวบคีรีขันธ์ จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งนนทบุรี จังหวัดนนทบุรี สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งสันมาพน จังหวัดเชียงใหม่ สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี สถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกึ่งวิถี (หญิง) จังหวัดปทุมธานี และศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง โดยสถานคุ้มครองและพัฒนา

³⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 10 (1).

³⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 10 (3).

⁴⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

⁴¹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม พ.ศ. 2565 ข้อ 3 (1).

⁴² ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 3 (2).

⁴³ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 3 (3).

คนพิการบ้านกิ่งวิถี (ชาย) จังหวัดปทุมธานี และสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการบ้านกิ่งวิถี (หญิง) จังหวัดปทุมธานี รับผิดชอบผู้ป่วยที่มีบัตรประจำตัวคนพิการเท่านั้น⁴⁴

ทั้งนี้ ผู้บำบัดรักษาต้องแจ้งให้ผู้ป่วยได้รับทราบถึงสิทธิที่จะพึงได้รับตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องและดำเนินการช่วยเหลือให้เข้าถึงสิทธิเหล่านี้⁴⁵ รวมทั้งให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนที่ให้การบำบัดรักษาแจ้งสิทธิกรณี ที่ผู้ป่วยเข้าหลักเกณฑ์เป็นคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ⁴⁶ เพื่อให้ผู้ป่วย ได้รับทราบและดำเนินการตามสิทธิอันพึงมี

การดำเนินการเพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

เพื่อให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองสิทธิ จำเป็นต้องมีแนวทางการดำเนินงาน เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้เป็นไปตามเจตนารมณ์ของกฎหมายในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. ด้านการให้บริการด้านสุขภาพจิต มีแนวทางการดำเนินการ ได้แก่

ระดับกระทรวงและกรม

- กระทรวงสาธารณสุขโดยการเสนอของกรมสุขภาพจิต ดำเนินการร่วมกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพจิต โรคทางจิตเวช แนวทางการดูแลรักษาและช่องทางรับบริการ เพื่อให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ผู้ป่วย และบุคคลทั่วไป มีความเข้าใจที่ถูกต้อง สามารถเข้าถึงบริการ ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติ รวมทั้งมีทัศนคติที่ดีต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตว่าสามารถบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างปกติสุข⁴⁷

- กระทรวงสาธารณสุขโดยการเสนอของกรมสุขภาพจิต ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุน ติดตาม ให้คำปรึกษา ชี้แนะ จัดหา และพัฒนาบุคลากรให้กับหน่วยบริการที่จัดบริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน ให้สามารถให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ⁴⁸

- กรมสุขภาพจิตสนับสนุนและส่งเสริมด้านวิชาการแก่องค์กรเครือข่ายที่ดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินการให้บริการด้านสุขภาพจิตในมิติของการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้อย่างมีมาตรฐาน⁴⁹

⁴⁴ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการ พ.ศ. 2564.

⁴⁵ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 3 (4).

⁴⁶ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 3 (5).

⁴⁷ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 4.

⁴⁸ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 7.

⁴⁹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 8.

ระดับหน่วยบริการด้านสุขภาพจิต

- หน่วยงานของรัฐและเอกชนให้บริการแก่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต เพื่อปรับสภาพทางจิตใจ อารมณ์ สังคม พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ และเสริมสร้างสมรรถภาพให้ดีขึ้น⁵⁰ สังเกตว่าหน่วยบริการด้านสุขภาพจิตต้องมีเป้าหมายของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต หรือผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษา อาการทางจิตสงบ มีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างปกติสุข

ระดับผู้บำบัดรักษา

- ผู้บำบัดรักษามีหน้าที่ประเมิน วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ การทบทวน การประเมินแผน เพื่อให้บรรลุเป้าหมาย สามารถกลับสู่สังคม และทำหน้าที่ได้อย่างเต็มที่⁵¹ ในทางปฏิบัติผู้บำบัดรักษาสามารถดูแลผู้ป่วยร่วมกันในลักษณะทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้สามารถวางแผนและดำเนินการฟื้นฟูผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกมิติ

2. ด้านการอยู่ร่วมกันในสังคม มีแนวทางการดำเนินการ ได้แก่

- กระทรวงสาธารณสุขโดยการเสนอของกรมสุขภาพจิต ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนและทำกิจกรรมในสังคมได้อย่างปกติสุข⁵²

- กระทรวงสาธารณสุขโดยการเสนอของกรมสุขภาพจิต ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินกิจกรรมที่เป็นการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีในเรื่องสุขภาพจิตแก่ประชาชน⁵³

- กระทรวงสาธารณสุขโดยการเสนอของกรมสุขภาพจิต ประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เพื่อดำเนินการให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและผู้ป่วยได้รับการส่งเสริมการประกอบอาชีพ เพื่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตและผู้ป่วยมีรายได้ในการเลี้ยงชีพตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี⁵⁴

⁵⁰ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 5.

⁵¹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 6.

⁵² ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 9.

⁵³ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 10.

⁵⁴ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชนดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตฯ ข้อ 11.

สิทธิผู้รับดูแลผู้ป่วยในฐานะผู้คุ้มครองสิทธิผู้ป่วย

ผู้รับดูแลผู้ป่วย หมายถึง บิดา มารดา บุตร สามี ภริยา ญาติ พี่น้อง หรือบุคคลอื่นใดที่รับดูแลหรืออุปการะผู้ป่วย⁵⁵ โดยผู้รับดูแลผู้ป่วยมีบทบาทในการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยในอีกมิติหนึ่ง โดยการส่งเสริมให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนสามารถอยู่ร่วมในสังคมได้โดยไม่ถูกแบ่งแยก ดังนั้น พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 จึงบัญญัติให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้⁵⁶ โดยมีการดำเนินการ ดังนี้

- ให้สถานบำบัดรักษาจัดให้มีทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องดำเนินการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การดูแลผู้ป่วยให้กับผู้รับดูแลผู้ป่วย⁵⁷ ทั้งนี้ ผู้รับดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดูแล ตลอดจนแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพต่อเนื่อง รวมทั้งลดความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

- ให้กรมสุขภาพจิตประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องจัดให้มีการจัดการศึกษา โดยส่งเสริมให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยได้รับการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้รับดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ ให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยที่ประสงค์จะเข้ารับการจัดการศึกษา แจ้งความประสงค์ต่อสถานบำบัดรักษาหรือสถานี่อื่นใด ตามที่กรมสุขภาพจิตได้ประสานงานไว้⁵⁸

- ให้กรมสุขภาพจิตประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องจัดทำคู่มือแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยศึกษาวิธีการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁵⁹

- ให้กรมสุขภาพจิตประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องจัดการฝึกอบรมให้ความรู้ ฝึกทักษะ และเปิดโอกาสให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และเรียนรู้ร่วมกันถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มช่วยเหลือกันเองระหว่างผู้ป่วย ผู้รับดูแลผู้ป่วยและภาคประชาสังคม รวมถึงวิธีการดูแลจิตใจตนเองของผู้รับดูแลผู้ป่วยด้วย⁶⁰ การดำเนินการข้อนี้นี้มุ่งเน้นให้เกิดโอกาสในการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้ป่วย และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งจะก่อให้เกิดความร่วมมือและพลังใจในการฝ่าฟันอุปสรรคที่คล้ายคลึงกัน ก่อให้เกิดความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งส่งเสริมการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (self help group) สังเกตว่า คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติคำนึงถึงสุขภาพจิตของผู้รับดูแลผู้ป่วยซึ่งอาจรู้สึกถึงภาระ (burden) หรือหมดไฟ (burnout) จากการดูแลผู้ป่วยด้วย จึงระบุให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีโอกาสได้รับการดูแลจิตใจ

- ให้กรมสุขภาพจิตประสานงานและร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องฝึกอบรมทักษะ และส่งเสริมอาชีพแก่ผู้รับดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้ ให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยที่ประสงค์จะเข้ารับการฝึกอบรมทักษะ และการส่งเสริมอาชีพแจ้งความประสงค์ต่อสถานบำบัดรักษา หรือสถานี่อื่นใดตามที่กรมสุขภาพจิตได้ประสานงานไว้⁶¹

⁵⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

⁵⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 40 วรรคสอง.

⁵⁷ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ พ.ศ. 2565 ข้อ 5.

⁵⁸ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิฯ ข้อ 6.

⁵⁹ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิฯ ข้อ 7.

⁶⁰ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิฯ ข้อ 8.

⁶¹ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิฯ ข้อ 9.

- ในกรณีผู้รับดูแลผู้ป่วยประสงค์จะได้รับความช่วยเหลือทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ให้กรมสุขภาพจิตประสานงานกับหน่วยงานของรัฐ สภานายความ หรือภาคเอกชนที่มีวัตถุประสงค์ ในการให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับด้านกฎหมายเพื่อให้ความช่วยเหลือต่อไป⁶²

- ในกรณีที่ผู้รับดูแลผู้ป่วยประสงค์จะได้รับความช่วยเหลืออื่นใดเพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ ให้แสดงความจำนงต่อสถานบำบัดรักษาหรือสถานพยาบาลของรัฐ เพื่อพิจารณาให้ความช่วยเหลือเป็นรายกรณีไป ทั้งนี้ให้กรมสุขภาพจิตประสานงานกับหน่วยงานของรัฐหรือภาคเอกชนที่มีความประสงค์จะช่วยเหลือดังกล่าวต่อไป⁶³

ผู้รับดูแลผู้ป่วยที่ประสงค์จะใช้สิทธิดังกล่าวให้ยื่นคำขอ และหลักฐานตามแบบคำขอใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วย (แบบ ครผ.1) ต่อสถานบำบัดรักษาหรือสถานพยาบาลของรัฐ หากสถานพยาบาลของรัฐได้รับคำขอ ดังกล่าว ให้ส่งคำขอนั้นไปยังสถานบำบัดรักษาที่อยู่ในเขตสุขภาพเดียวกัน⁶⁴ จากนั้นให้เจ้าหน้าที่ออกไปรับคำขอไว้ เป็นหลักฐาน และให้ตรวจสอบคุณสมบัติของผู้ยื่นคำขอ แล้วเสนอความเห็นต่อหัวหน้าสถานบำบัดรักษา เพื่อพิจารณา คัดเลือกให้ได้รับสิทธิ และออกหนังสือรับรองการใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วย (แบบ ครผ.2) โดยให้แจ้งสิทธิ ที่ได้รับของหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่สามารถให้สิทธิประโยชน์แก่ผู้รับดูแลผู้ป่วยได้⁶⁵

แบบคำขอใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วย (แบบ ครผ.1) และหนังสือรับรองสิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วย (แบบ ครผ.2) มีรูปแบบ ดังนี้

⁶² ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิฯ ข้อ 10.

⁶³ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิฯ ข้อ 11.

⁶⁴ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิฯ ข้อ 3.

⁶⁵ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิฯ ข้อ 4.

แบบคำขอใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□ เป็นผู้รับดูแล (นาย/นาง/นางสาว).....

นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขบัตรประจำตัวประชาชน □-□□□□-□□□□□-□□-□

ซึ่งสถานบำบัดรักษาเห็นว่าสมควรได้รับการดูแลโดยผู้รับดูแลผู้ป่วย

ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา พี่น้อง ญาติ โปตรระบุ.....บุคคลอื่นที่ดูแลหรืออุปการะผู้ป่วย โปตรระบุ.....รายได้ต่อเดือนของผู้รับดูแล มีรายได้.....บาท/เดือน ไม่มีรายได้

ปัจจุบันพักอาศัยอยู่หรือมีภูมิลำเนาเดียวกับผู้ป่วย บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

ชื่อหมู่บ้าน/อาคาร/ชุมชน.....ตรอก/ซอย.....ถนน.....

ตำบล/แขวง.....อำเภอ/เขต.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์มือถือ.....

ประสงค์จะขอใช้สิทธิเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วย ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้ป่วยดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ พ.ศ. ๒๕๖๕

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลข้างต้นเป็นความจริงและได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยแล้ว

ลงชื่อ.....ผู้รับดูแลผู้ป่วย

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย

(.....)

(สำหรับเจ้าหน้าที่สถานพยาบาลของรัฐ.....)

ได้รับแบบคำขอใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วยและได้ตรวจสอบเอกสารดังต่อไปนี้ถูกต้องแล้ว คือ

 สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้ป่วย สำเนาทะเบียนบ้านผู้ป่วย สำเนาบัตรประจำตัวประชาชนผู้รับดูแลผู้ป่วย สำเนาทะเบียนบ้านผู้รับดูแลผู้ป่วย

ลงชื่อ.....เจ้าหน้าที่ผู้รับคำขอ

(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่.....

(สำหรับผู้ขอ)

ใบรับเลขที่.....

หนังสือฉบับนี้ให้ไว้เพื่อรับรองว่า (นาย/นาง/นางสาว).....

ตำแหน่ง.....ปฏิบัติงาน ณ.....ได้รับแบบคำขอใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแล

ผู้ป่วยจาก (นาย/นาง/นางสาว).....

ให้ไว้ ณ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

หนังสือรับรองสิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วย

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

โดยหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....นามสกุล.....

อายุ.....ปี ตำแหน่ง.....สถานบำบัดรักษา.....

อำเภอ.....จังหวัด.....สังกัด.....

ขอรับรองว่า (ชื่อผู้รับดูแลผู้ป่วย).....

เลขประจำตัวประชาชน.....มีความประสงค์ขอใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วย คือ (ชื่อผู้ป่วย).....ตามที่ได้ยื่นแบบคำขอใช้สิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วยไว้ (แบบ ครม.๑)

ทั้งนี้ ให้หนังสือรับรองฉบับนี้เป็นหลักฐานในการได้รับสิทธิในฐานะเป็นผู้รับดูแลผู้ป่วยตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ พ.ศ. ๒๕๖๕

ลงชื่อ.....หัวหน้าสถานบำบัดรักษา
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้รับดูแลผู้ป่วย
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

ลงชื่อ.....พยาน
(.....)

สรุป

สิทธิผู้ป่วยเป็นสิ่งพื้นฐานที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ดังนั้น บุคคลทั่วไป รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านกฎหมายสุขภาพจิต จึงต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้ในสิทธิผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต เนื่องจากหลักเกณฑ์และวิธีการต่าง ๆ ที่กำหนดขึ้น ล้วนมีหลักการมาจากการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย กล่าวโดยเฉพาะสิทธิผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตมีหลักการที่ต้องทำความเข้าใจในมิติของการบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ และมิติทางสังคม รวมถึงสิทธิผู้รับดูแลผู้ป่วยในฐานะผู้คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้บังเกิดผลดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

หนังสือ

- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, บรรณาธิการ. สารสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2553.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. บทที่ 3 สิทธิที่จะตาย (The right to die). ใน: วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, กฎหมายการแพทย์สมัยใหม่ (น. 51-84). กรุงเทพฯ: วิญญูชน, 2561.
- หยุด แสงอุทัย. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 22. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2565.

ราชกิจจานุเบกษา

- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง กำหนดหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการ พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.
- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด พ.ศ. 2565. (2565, 22 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง.
- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการในการออกคำสั่งของอธิบดีกรมสุขภาพจิต ให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการ พ.ศ. 2565. (2565, 22 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง.
- ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการให้ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับบริการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ พ.ศ. 2565. (2565, 22 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง.
- พระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. 2562. (2562, 27 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 69 ก.
- พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. (2562, 16 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 50 ก.
- พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. (2551, 20 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 ตอนที่ 36 ก.
- พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2550. (2550, 19 มีนาคม 2550). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก.
- ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการให้หน่วยงานของรัฐและเอกชน ดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต การให้บริการด้านสุขภาพจิต และการอยู่ร่วมกันในสังคม พ.ศ. 2565. (2565, 22 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง.

เอกสารราชการ

- คณะกรรมการประกอบโรคศิลปะ แพทยสภา สภาการพยาบาล สภาเภสัชกรรม ทันตแพทยสภา สภากายภาพบำบัด และสภาเทคนิคการแพทย์. คำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย. (ลงวันที่ 12 สิงหาคม 2558).

บทที่ 3

การบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิต

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์

เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์

- การให้ความยินยอมในการบำบัดรักษา
- การนำบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่ามีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาเข้าสู่การบำบัดรักษา
- การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น
- การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา
- การจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามการบำบัดรักษาต่อเนื่อง
- การอุทธรณ์
- สรุป

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มีจุดมุ่งหมายประการหนึ่งคือ เพื่อให้บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตได้มีโอกาสในการเข้าถึงบริการ เพื่อลดความรุนแรงของโรค และนำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้ ซึ่งนับเป็นการช่วยให้ตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และสังคมปลอดภัยด้วย ดังนั้น จึงต้องมีมาตรการและวิธีการที่จะกำหนดให้สามารถนำบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต หรือแม้เพียงสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเข้าสู่ระบบการตรวจประเมินอาการ วินิจฉัย บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การให้ความยินยอมในการบำบัดรักษา

หลักเบื้องต้น

การบำบัดรักษาจะกระทำได้อีกต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษา และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย¹ การให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาอาจกระทำได้ ดังนี้

- **การให้ความยินยอมโดยชัดแจ้ง** อาจกระทำด้วยวาจา กิริยาอาการที่ทำให้เข้าใจว่ายินยอมในการบำบัดรักษา หรือให้ความยินยอมเป็นหนังสือก็ได้² กฎหมายไม่ได้ระบุว่า การให้ความยินยอมต้องทำเป็นหนังสือเสมอไป ยกเว้นกรณีที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ระบุไว้ชัดเจนว่า การให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน³ การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองหรือระบบประสาท หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใดที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร⁴ ให้ทำเป็นหนังสือ

- **การให้ความยินยอมโดยปริยาย** ผู้ป่วยไม่ได้แสดงออกโดยชัดแจ้ง แต่โดยพฤติการณ์ย่อมคาดหมายได้ว่าเป็นการให้ความยินยอมแล้ว⁵ เช่น การให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก สันนิษฐานได้ว่าผู้ป่วยมาที่แผนกผู้ป่วยนอกย่อมมีความประสงค์มารับการรักษา รวมทั้งการที่ผู้ป่วยร่วมมือให้บุคลากรสาธารณสุข วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์ ตรวจสอบร่างกาย ตรวจสอบสภาพจิต และให้การบำบัดด้านจิตสังคมโดยไม่ชัดเจน

- **การให้ความยินยอมกรณีรับตัวผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยใน** กรณีที่ต้องรับตัวผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา การให้ความยินยอมต้องทำเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อผู้ป่วย⁶ กรณีผู้ป่วยมีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา บุคคลที่สามารถให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ได้แก่

- คู่สมรสตามกฎหมาย
- ผู้บุพการี หมายถึง ผู้ซึ่งผู้ป่วยสืบเชื้อสายลงมา เช่น บิดา มารดา ปู่ ย่า ตา ยาย ฯลฯ

¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 21 วรรคแรก.

² วิฑูรย์ ตริสุนทรรัตน์, ธนสร สุทธิบัติ. กฎหมายการแพทย์ ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว (Inform consent). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: นิติธรรม; 2562. หน้า 23.

³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 21 วรรคสอง.

⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 18 (1).

⁵ วิฑูรย์ ตริสุนทรรัตน์, ธนสร สุทธิบัติ. กฎหมายการแพทย์ ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว (Inform consent). หน้า 23.

⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 21 วรรคสอง.

- ผู้สืบสันดาน หมายถึง ผู้สืบเชื้อสายจากผู้ป่วย เช่น ลูก หลาน เหลน ลื้อ ฯลฯ
- ผู้ปกครอง หมายถึง ผู้ที่ศาลแต่งตั้งให้เป็นผู้ปกครองผู้เยาว์ กรณีที่บิดามารดาเสียชีวิตหรือถูกศาลเพิกถอน

อำนาจปกครอง

- ผู้พิทักษ์ กรณีผู้ป่วยเป็นคนเสมือนไร้ความสามารถ
- ผู้อนุบาล กรณีผู้ป่วยเป็นคนไร้ความสามารถ
- ผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น หมายถึง บุคคลที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้มีความสัมพันธ์ทางเครือญาติ

กับผู้ป่วยนอกเหนือจากบุคคลที่ได้กล่าวไว้แล้ว⁷

หนังสือให้ความยินยอมให้ใช้แบบหนังสือตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา พ.ศ. 2564 ดังนี้⁸

⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 21 วรรคสาม.

⁸ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา พ.ศ. 2564.

แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษาของผู้ป่วย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย
(.....)

ลงนาม.....แพทย์
(.....)

ตำแหน่ง

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษาของผู้ให้ความยินยอมแทน

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ชื่อผู้ให้ความยินยอมแทน

- กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์
 เป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องกับ

- คู่สมรส
 ผู้บุพการี ระบุ.....
 ผู้สืบสันดาน ระบุ.....
 ผู้ปกครอง (ตามกฎหมาย) ระบุ.....
 ผู้พิทักษ์
 ผู้อนุบาล
 ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย (ตามความเป็นจริง) ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษาแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย
(.....)

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอมแทน
(.....)

ลงนาม.....แพทย์
(.....)

ตำแหน่ง.....

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

อนึ่ง จะสังเกตว่ากรณีผู้ป่วยมีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ จะต้องเป็นผู้ให้ความยินยอมแทนในกรณีรักษาแบบผู้ป่วยใน ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าห้ามการรักษารูปแบบผู้ป่วยนอก เช่น ผู้ป่วยอายุ 16 ปี มีภาวะซึมเศร้า ต้องการรับการรักษา สามารถให้ความยินยอมได้ด้วยตนเองได้ ครอบคลุมทั้งยังเป็นการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

หลักการให้ความยินยอมเป็นหนังสือนี้ รวมถึงการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมอง หรือระบบประสาท การบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใดที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร การทำหมัน และการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วย^{9, 10, 11} หากผู้ป่วยอายุไม่ถึง 18 ปี บริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการให้ความยินยอม ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมแทน

ข้อยกเว้นของการบำบัดรักษาที่ต้องให้ความยินยอม

การบำบัดรักษาจำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือผู้ให้ความยินยอมแทน มีข้อยกเว้นในกรณีเป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติใดคุณสมบัติหนึ่ง ดังนี้

1. มีภาวะอันตราย

ภาวะอันตราย หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น¹²

จะสังเกตว่ากฎหมายมีเจตนารมณ์ป้องกันการก่อความรุนแรงจากความผิดปกติทางจิต จึงให้หมายถึงการแสดงออกที่น่าจะก่อให้เกิดความรุนแรง แม้ว่าจะยังไม่เกิดความรุนแรงขึ้น หรือยังไม่มีผู้ได้รับบาดเจ็บจากพฤติกรรมของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต รวมทั้งยังไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยมาก่อน ก็ให้ถือว่ามีความอันตราย

ตัวอย่าง

ชายวัยประมาณ 30 - 40 ปี เร่ร่อนข้างตลาดสดในชุมชนแห่งหนึ่ง ผมเผ้ารุงรัง สวมเสื้อผ้าขาด ๆ ตาขวาง พูดพึมพำคนเดียว ถูไม่หันหน้าสามเดินไปเดินมา กรณีนี้บุคคลดังกล่าวยังไม่ได้ก่อความรุนแรงจนทำให้ผู้ใดบาดเจ็บ แต่มีพฤติกรรมที่สงสัยว่าน่าจะมีความผิดปกติทางจิต และมีพฤติกรรมเสี่ยงก่อความรุนแรง จึงถือว่ามีความอันตราย

หญิงอายุ 25 ปี เลิกกับสามีได้ 3 เดือน จากนั้น รู้สึกเศร้า หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง เพื่้ออาหาร น้ำหนักลด นอนหลับไม่สนิท ตื่นขึ้นมากลางดึกเกือบทุกคืน ไม่อยากมีชีวิตอยู่ จึงเดินไปที่สะพานลอยเพื่อกระโดดจากที่สูงหวังจะให้สิ้นชีวิตแต่มีพลเมืองดีช่วยไว้ทัน กรณีนี้บุคคลดังกล่าวมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง คาดการณ์ได้ว่าหากไม่ได้รับการบำบัดรักษา อาจฆ่าตัวตายสำเร็จ จึงถือว่ามีความอันตรายต่อตนเอง

2. มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา หมายถึง สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษาและต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรงหรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น¹³

⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 18.

¹⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 19.

¹¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 20.

¹² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

¹³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 3.

ตัวอย่าง

ชายอายุ 35 ปี มีอารมณ์ครั้นเครียดมากกว่าปกติมาประมาณ 1 สัปดาห์ มีความคิดแล่นเร็ว พูดเยอะจนแพทย์ผู้ตรวจแทบไม่สามารถพูดแทรกได้ มั่นใจในตัวเองมาก นำเงินเก็บ 300,000 บาท จาก 500,000 บาท ไปลงทุนซื้อหุ้น และมีพฤติกรรมซื้อของไปแจกคนที่ไม่รู้จักกัน ชายคนดังกล่าวไม่คิดว่าตนเองมีความผิดปกติทางจิต ไม่คิดว่าจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา และไม่ตระหนักถึงความเสียหายที่มีต่อทรัพย์สินหากไม่ได้รับการบำบัดรักษา คาดการณ์ได้ว่าหากไม่ได้รับการบำบัดรักษา ความผิดปกติทางจิตจะรุนแรงยิ่งขึ้น ส่งผลเสียกับชายคนดังกล่าวมากขึ้น และเมื่อความผิดปกติรุนแรงยิ่งขึ้น อาจมีแนวโน้มเกิดภาวะอันตรายตามมาได้ทั้งต่อตนเองและผู้อื่น กรณีนี้ถือว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

การให้ความยินยอมในการรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองหรือระบบประสาท หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใดที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร

ผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนในกรณีที่ผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอม ให้ความยินยอมเป็นหนังสือเพื่อการบำบัดรักษานั้น โดยผู้ป่วยหรือผู้ให้ความยินยอมแทนได้รับทราบเหตุผล ความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายร้ายแรง หรืออาจเป็นผลทำให้ไม่สามารถแก้ไขร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิม และประโยชน์ของการบำบัดรักษา¹⁴ ทั้งนี้ ให้ใช้แบบหนังสือให้ความยินยอมตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา พ.ศ. 2564 ดังนี้¹⁵

¹⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 18 (1).

¹⁵ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบหนังสือให้ความยินยอมฯ.

แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า
กระทำต่อสมองหรือระบบประสาทหรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใด

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

ชื่อผู้ให้ความยินยอมแทน

- กรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึงสิบแปดปีบริบูรณ์
- เป็นผู้ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา

นาย/นาง/นางสาว.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เกี่ยวข้องเป็น

- คู่สมรส
- ผู้บุพการี ระบุ.....
- ผู้สืบสันดาน ระบุ.....
- ผู้ปกครอง (ตามกฎหมาย) ระบุ.....
- ผู้พิทักษ์
- ผู้อนุบาล
- ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย (ตามความเป็นจริง) ระบุ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า กระทำต่อสมองหรือระบบประสาท หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใด

- การรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)
- การกระทำต่อสมองหรือระบบประสาท (TMS)
- การรักษาด้วยวิธีอื่นใด ระบุ.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้าพเจ้า ได้รับทราบคำอธิบายเกี่ยวกับเหตุผลความจำเป็น ความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตราย ร้ายแรง หรืออาจเป็นผลทำให้ไม่สามารถแก้ไขให้ร่างกายกลับคืนสู่สภาพเดิม และประโยชน์ของการบำบัดรักษาแล้ว จึงลงนามให้ความยินยอมเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาแห่งนี้ต่อหน้าพยาน

ลงนาม.....ผู้ป่วย
(.....)

ลงนาม.....ผู้ให้ความยินยอมแทน
(.....)
ผู้ให้ความยินยอมแทนซึ่งมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วย
ในฐานะเป็น.....

ลงนาม.....แพทย์
(.....)
ตำแหน่ง.....

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ข้อควรคำนึงของการขอความยินยอมในการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ ควรระบุข้อมูลสำคัญบางประการเพิ่มเติม เช่น ใช้วิธีการรักษาด้วยไฟฟ้าแบบใช้ยานำสลบ (modified ECT) หรือแบบไม่ใช้ยานำสลบ (unmodified ECT) จำนวนครั้งของการรักษาด้วยไฟฟ้า และหากจะทำการรักษาด้วยไฟฟ้าเพิ่มเติมจากจำนวนครั้งที่ได้ขอความยินยอมไว้ ให้ขอความยินยอมเป็นหนังสืออีกครั้ง

การนำบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็น ต้องได้รับการบำบัดรักษาเข้าสู่การบำบัดรักษา

กรณีอยู่ในชุมชน

เมื่อมีผู้พบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจโดยไม่ชักช้า¹⁶ เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจได้รับแจ้ง หรือพบบุคคลซึ่งมีพฤติกรรมอันน่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาด้วยตนเองให้นำบุคคลดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น โดยจะมีผู้รับดูแลบุคคลดังกล่าวไปด้วยหรือไม่ก็ได้^{17, 18} การส่งตัวบุคคลดังกล่าวมีวิธีการ ดังนี้

- ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจแจ้งสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาล่วงหน้าทางโทรศัพท์หรือวิธีอื่นใดโดยไม่ชักช้า¹⁹
- ให้ผู้นำส่งแจ้งข้อมูลเท่าที่ทราบแก่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ได้แก่
 - พฤติกรรมและอาการที่แสดงความผิดปกติทางจิตของบุคคล สถานที่ วัน และเวลาขณะพบเหตุการณ์ ชื่อ นามสกุลของบุคคลนั้นเท่าที่สามารถตรวจสอบได้
 - ชื่อและหน่วยงานของผู้นำส่ง ตลอดจนการช่วยเหลือเบื้องต้นที่ได้ดำเนินการไปแล้ว
 - ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของญาติของบุคคลนั้นที่สามารถติดต่อได้²⁰
- กรณีที่ผู้นำส่งพบว่าบุคคลนั้นมีอาวุธติดตัวให้ปลดอาวุธเพื่อความปลอดภัยก่อนการส่งตัว²¹
- หากบุคคลดังกล่าวมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาโรคทางกายก่อน ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจส่งบุคคลนั้นไปยังสถานพยาบาลที่มีศักยภาพในการบำบัดรักษาโรคทางกายนั้น โดยให้แจ้งข้อมูลของบุคคลนั้นแก่สถานพยาบาลที่จะนำส่งด้วย²²
- การผูกมัดร่างกายบุคคลดังกล่าวจะกระทำได้เฉพาะกรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อบุคคลนั้นเอง บุคคลอื่น หรือทรัพย์สินของผู้อื่นเท่านั้น²³
- ถ้าบุคคลนั้นขัดขวางหรือหลบหนีหรือพยายามจะหลบหนี ให้พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ

¹⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 23.

¹⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 24 วรรคแรก.

¹⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 26 วรรคแรก.

¹⁹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นในกรณีฉุกเฉิน พ.ศ. 2564 ข้อ 4 (1).

²⁰ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นในกรณีฉุกเฉินฯ ข้อ 4 (2).

²¹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นในกรณีฉุกเฉินฯ ข้อ 5.

²² ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นในกรณีฉุกเฉินฯ ข้อ 6.

²³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 24 วรรคสอง.

มีอำนาจใช้วิธีการเท่าที่เหมาะสมและจำเป็นแก่พฤติการณ์ในการนำตัวบุคคลนั้นส่งสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษา²⁴

อนึ่ง มีบทลงโทษสำหรับผู้แจ้งข้อความอันเป็นเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจ โดยมีเจตนาถลั่นแกล้งให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ²⁵

กรณีอยู่ในสถานที่คุมขัง หรือสถานสงเคราะห์ หรืออยู่ในความดูแลรับผิดชอบของพนักงานคุมประพฤติ
กรณีที่บุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา อยู่ในสถานที่คุมขัง หรือสถานสงเคราะห์ หรืออยู่ในความดูแลรับผิดชอบของพนักงานคุมประพฤติ ให้ผู้รับผิดชอบ สถานที่คุมขังหรือสถานสงเคราะห์ หรือพนักงานคุมประพฤตินำบุคคลดังกล่าวไปยังสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษาซึ่งอยู่ใกล้โดยไม่ชักช้า²⁶ เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น โดยให้ทำเป็นหนังสือ นำส่ง 1 ฉบับ และสำเนา 1 ฉบับ โดยมีรายละเอียดอย่างน้อย ดังนี้

- ชื่อ นามสกุล และรายละเอียดเกี่ยวกับผู้มีความผิดปกติทางจิต และสาเหตุการนำส่ง
- หน่วยงานนำส่ง และวัน เวลามาส่ง
- พฤติกรรมและอาการของผู้มีความผิดปกติทางจิตที่อยู่ในความดูแล
- การช่วยเหลือเบื้องต้น
- ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของญาติผู้มีความผิดปกติทางจิตที่สามารถติดต่อได้

ทั้งนี้ ให้ผู้นำส่งมอบหนังสือนำส่งไว้กับสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา 1 ฉบับ และเก็บสำเนาหนังสือนำส่งที่ผู้รับได้ลงนามแล้ว 1 ฉบับ ไว้เป็นหลักฐาน²⁷

การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

เมื่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง ตำรวจ ผู้รับผิดชอบสถานที่คุมขังหรือสถานสงเคราะห์ หรือพนักงานคุมประพฤตินำส่งบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาไปยังสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษา ให้แพทย์อย่างน้อย 1 คน และพยาบาลอย่างน้อย 1 คนที่ประจำสถานพยาบาลของรัฐ หรือสถานบำบัดรักษา ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นให้แล้วเสร็จภายใน 48 ชั่วโมงนับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึง²⁸ การที่กฎหมายให้เวลาถึง 48 ชั่วโมง ผู้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการจะได้มีเวลาสังเกตอาการบุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา บางกรณีบุคคลดังกล่าวอาจมีภาวะเมาสาร (intoxication) เมื่อพ้นภาวะเมาสารแล้วอาจทำให้ภาวะอันตรายหรือความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาหมดไป สามารถให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาได้เอง และเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาตามปกติได้

การรายงานผลให้ใช้แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น หรือแบบ ตจ.1 มีแพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน ลงนาม²⁹ ดังนี้

²⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 26 วรรคสอง.

²⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 51.

²⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 25.

²⁷ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น พ.ศ. 2564.

²⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 27 วรรคแรก.

²⁹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น พ.ศ. 2564.

แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ชื่อสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ ชื่อ..... นามสกุล..... อายุ..... ปี

เลขที่ทั่วไป (Hospital Number).....

สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษารับตัวไว้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

เมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ..... เวลา.....

ข้อมูลเกี่ยวกับญาติหรือผู้ดูแล (ถ้ามี)

ชื่อญาติหรือผู้ดูแล ชื่อ..... นามสกุล..... ความสัมพันธ์กับผู้รับการตรวจ.....

ที่อยู่ญาติหรือผู้ดูแล.....

หมายเลขโทรศัพท์ญาติหรือผู้ดูแล.....

แหล่งที่มาของข้อมูล (เช่น หนังสือนำส่งจากเจ้าหน้าที่ตำรวจ).....

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาพบแพทย์.....

ประวัติความเจ็บป่วย.....

การตรวจทางร่างกาย.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี).....

การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance).....

.....
.....
.....

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect).....

.....
.....
.....

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech).....

.....
.....
.....

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination).....

.....
.....
.....

ความคิดหลงผิด (delusion).....

.....
.....
.....

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid).....

.....
.....
.....

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control).....

.....
.....
.....

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation).....

.....
.....
.....

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide).....

.....
.....

อื่น ๆ

.....
.....

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น.....

.....
.....

ความเห็น

- มีภาวะอันตราย
- มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา
- ส่งต่อสถานบำบัดรักษา (ระบุชื่อ).....

.....
.....

- ไม่ต้องส่งต่อสถานบำบัดรักษา เนื่องจากไม่มีภาวะอันตรายและไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาเบื้องต้น.....

.....
.....

ลงนาม.....
(.....)

แพทย์ผู้ตรวจ

ลงนาม.....
(.....)

พยาบาลผู้ตรวจ

หมายเหตุ

๑. การประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา ๒๗ ให้ลงนามทั้งแพทย์และพยาบาลผู้ตรวจ และต้องไม่เกินสี่สิบแปดชั่วโมง นับแต่เวลาที่บุคคลนั้นมาถึงสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา
๒. การประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา ๒๘ ให้ลงนามเฉพาะแพทย์ผู้ตรวจ
๓. “ภาวะอันตราย” หมายความว่า พฤติกรรมที่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตแสดงออกโดยประการที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของตนเองหรือผู้อื่น
๔. “ความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา” หมายความว่า สภาวะของผู้ป่วยซึ่งขาดความสามารถในการตัดสินใจ ให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา และต้องได้รับการบำบัดรักษาโดยเร็วเพื่อป้องกันหรือบรรเทาให้มีความผิดปกติทางจิตทวีความรุนแรง หรือเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น

หากบุคคลดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียดจากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา โดยส่วนมากมักเป็นกรณีที่ต้องบังคับบำบัดรักษาเป็นผู้ป่วยใน แต่สถานพยาบาลของรัฐที่ได้รับผู้ป่วยไว้เบื้องต้นนั้นไม่ได้ขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดรักษา ทำให้ไม่มีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจประเมินอาการตามที่กฎหมายกำหนด หรือสถานพยาบาลของรัฐนั้นเป็นสถานบำบัดรักษา แต่ไม่มีสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับบำบัดรักษาบุคคลนั้น ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ส่งตัวบุคคลนั้นพร้อมแบบ ตจ.1 ไปยังสถานบำบัดรักษา โดยใส่ซองปิดผนึกและตีตราลับ รวมทั้งทำสำเนาฉบับไว้เป็นหลักฐานด้วย^{30, 31}

กรณีที่บุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในความดูแลของแพทย์ ให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นแล้วนำส่งสถานบำบัดรักษา เพื่อให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจประเมินโดยละเอียดต่อไป³² หากบุคคลดังกล่าวรับการบำบัดรักษาอยู่ในสถานบำบัดรักษาอยู่แล้ว และมีสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับบำบัดรักษาบุคคลดังกล่าว ให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นแล้วแจ้งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา โดยการรายงานผลตามแบบ ตจ.1 โดยให้แพทย์ 1 คน เป็นผู้ลงนาม³³

ตัวอย่าง

พลเมืองดีนำส่งชายเร่ร่อนไม่ทราบชื่อ นามสกุล และอายุ เพื่อรับการตรวจประเมินที่โรงพยาบาลศูนย์แห่งหนึ่ง เนื่องจากสังเกตว่าชายคนดังกล่าวมีอาการหอบเหนื่อยบริเวณทางเท้าหน้าโรงพยาบาล ตามญาติไม่พบหลังรับไว้รักษาที่หอผู้ป่วยอายุรกรรม อาการทางกายทุเลา แต่ผู้ป่วยมีอาการพูดคนเดียว หงุดหงิด ตาขวาง เดินไปเดินมาในหอผู้ป่วย ยืนจ้องหน้าจอเครื่องช่วยหายใจของผู้ป่วยรายอื่น กรณีนี้ บุคคลดังกล่าวอยู่ในความดูแลของแพทย์และมีภาวะอันตราย หากโรงพยาบาลดังกล่าวเป็นสถานบำบัดรักษา และมีหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายได้ ให้แพทย์ 1 คน ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นแล้วแจ้งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา หากโรงพยาบาลดังกล่าวไม่ได้เป็นสถานบำบัดรักษา หรือไม่มีหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะอันตรายได้ ให้แพทย์ 1 คน ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น แล้วส่งบุคคลดังกล่าวไปยังสถานบำบัดรักษาพร้อมแบบ ตจ.1 ต่อไป

หลักการเขียนแบบ ตจ.1

แบบ ตจ.1 เป็นเอกสารที่บันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นโดยสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาที่ตรวจบุคคลที่ต้องสงสัยว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ครั้งแรกหลังจากนำส่งสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาในครั้งนั้น ๆ จุดประสงค์ของเอกสารนี้ คือ เพื่อให้มีการบันทึกข้อความความเจ็บป่วย และความเห็นของผู้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการว่าบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาหรือไม่อย่างไร รายละเอียดของเอกสารมีลักษณะคล้ายข้อมูลที่ต้องบันทึกในเวชระเบียน เช่น ที่มาของข้อมูล อาการนำ ประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น แต่มีรายละเอียดที่จะเอื้อต่อการติดตามญาติ และตอนท้ายของเอกสารจะมีข้อมูลการประเมินอาการเบื้องต้น และการนำส่งสถานบำบัดรักษา

³⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 27 วรรคสาม.

³¹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นฯ ข้อ 4 (3).

³² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 28.

³³ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นฯ.

ข้อควรคำนึงในการเขียนแบบ ตจ.1 ได้แก่

- สถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาที่ต้องระบุในตอนต้นของแบบ ตจ.1 หมายถึง สถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาที่ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการครั้งแรกก่อนที่จะส่งต่อไปยังสถานบำบัดรักษาในครั้งนั้น ๆ ไม่ได้หมายถึงสถานบำบัดรักษาที่จะรับส่งต่อ

- ควรระบุอาการนำ ประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต และผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สอดคล้องกับผลการประเมินภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา หากประเมินว่าบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ให้ระบุข้อความที่แสดงถึงภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาไว้ในข้อมูลของบุคคลนั้นด้วย

- การระบุข้อมูลการตรวจสภาพจิต หากผู้ตรวจไม่มั่นใจศัพท์เฉพาะ (terminology) ของการตรวจสภาพจิต สามารถใช้การบรรยายด้วยภาษาไทยแทนได้

- หากส่งต่อไปรับการประเมินที่สถานบำบัดรักษา ให้ระบุชื่อสถานบำบัดรักษาด้วย

- การลงนามท้ายเอกสาร ให้แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน ซึ่งได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นเป็นผู้ลงนาม ยกเว้นกรณีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลของแพทย์ ให้แพทย์ 1 คนลงนาม แพทย์และพยาบาลอาจกังวลว่าเอกสารนี้จะทำให้เสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง ในความเป็นจริงแล้ว เอกสารฉบับนี้จะเป็นที่ยืนยันว่าแพทย์และพยาบาลได้ปฏิบัติตามวิธีการที่กฎหมายกำหนด

กรณีบุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา หลบหนีออกนอกเขตสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ประสานงานกับพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจ และญาติเพื่อติดตามบุคคลดังกล่าวกลับมายังสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยหลบหนีไป ไม่นับในระยะเวลา 48 ชั่วโมงที่ต้องตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้นให้แล้วเสร็จ³⁴

การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการครั้งแรก

เมื่อสถานบำบัดรักษาได้รับตัวบุคคลที่พนักงานเจ้าหน้าที่³⁵ หรือแพทย์³⁶ เห็นว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาไว้ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาต้องตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียดภายใน 30 วันนับแต่รับตัวบุคคลนั้นไว้ หากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเห็นว่าบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาจะมีคำสั่งอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้

- ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา หมายถึง มีคำสั่งให้การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

- ให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษา ณ สถานที่อื่นนอกจากสถานบำบัดรักษา เมื่อบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย ทั้งนี้ จะกำหนดเงื่อนไขใด ๆ ที่จำเป็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาให้บุคคลนั้นหรือผู้รับดูแลบุคคลนั้นต้องปฏิบัติตามก็ได้³⁷

³⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 33.

³⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 27.

³⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 28.

³⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 29.

กรณีทีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาเห็นว่าบุคคลนั้นไม่มีภาวะอันตราย แต่ยังคงจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาอยู่ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาจะมีคำสั่งให้บุคคลนั้นไปรับการบำบัดรักษา ณ สถานที่อื่น แต่ต้องกำหนดเงื่อนไขให้ปฏิบัติตาม เช่น ให้รับการรักษาที่สถานพยาบาลอื่นทุก 1 เดือน และรายงานผลให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ เพื่อให้บุคคลนั้นยังอยู่ในระบบการรักษา ลดความเสี่ยงที่อาการจะกำเริบ และลดความเสี่ยงการภาวะอันตรายต่อไป³⁸ ทั้งนี้ ให้แจ้งผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล³⁹ โดยผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิได้รับการให้คำปรึกษา แนะนำ ฝึกอบรมทักษะ การจัดการศึกษา และการส่งเสริมอาชีพ ตลอดจนความช่วยเหลืออื่นใด เพื่อให้ดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ รวมทั้งแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงาน และช่วยเหลือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแล้วรายงานให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ⁴⁰

อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยหรือผู้รับดูแลผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเงื่อนไขที่กำหนดไว้ หรือการบำบัดรักษาไม่เป็นผล หรือผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงและมีภาวะอันตราย คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาอาจแก้ไขเพิ่มเติมหรือเพิกถอนคำสั่งหรือมีคำสั่งให้รับตัวผู้ป่วยไว้รักษาแบบผู้ป่วยในอีกก็ได้⁴¹

หากผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ได้และไม่มีผู้รับดูแล หัวหน้าสถานบำบัดรักษามีหน้าที่แจ้งหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อรับดูแลผู้ป่วยต่อไป^{42, 43}

การออกคำสั่งการบำบัดรักษาโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาต้องตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเป็นองค์คณะ มิใช่กระทำโดยกรรมการคนใดคนหนึ่ง โดยต้องมีการบันทึกการประชุมและมติของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา และบันทึกข้อมูลความเจ็บป่วย ผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ และมติของคณะกรรมการ ตามแบบบันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา หรือแบบ ตจ.2 ซึ่งประธานกรรมการสถานบำบัดรักษาและกรรมการสถานบำบัดรักษาเป็นผู้ลงนาม⁴⁴ ดังนี้

³⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 29 (2).

³⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 40 (1).

⁴⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 40 (3).

⁴¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 32 วรรคแรก.

⁴² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 32 วรรคสอง.

⁴³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 40 (2).

⁴⁴ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการพิจารณาเพื่อมีคำสั่งให้บุคคลต้องเข้ารับการบำบัดรักษา พ.ศ. 2564.

แบบบันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่ทั่วไป (Hospital Number).....

รับตัวไว้ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แหล่งที่มาของข้อมูล (เช่น หนังสือนำส่งจากสถานพยาบาล).....

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาตรวจวินิจฉัย.....

ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางกาย

ข้อมูลความเจ็บป่วย (ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางกายที่เกี่ยวข้อง ประวัติพัฒนาการ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการรักษา)

การตรวจทางร่างกาย.....

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี).....

การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance)

.....

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect)

.....

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech)

.....

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination)

.....

ความคิดหลงผิด (delusion)

.....

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid)

.....

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control)

.....

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation).....

.....

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide)

.....

อื่น ๆ

.....

.....

การทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก (ถ้ามี)

.....

.....

.....

การดำเนินโรค

.....

.....

.....

ผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการผู้ป่วยของคณะกรรมการ

.....

.....

.....

มติของคณะกรรมการ.....

.....

.....

.....

ลงนาม.....
(.....)

ประธานกรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม.....
(.....)

กรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม.....
(.....)

กรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม.....
(.....)

กรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม.....
(.....)

กรรมการสถานบำบัดรักษา

หลักการเขียนแบบ ตจ.2

แบบ ตจ.2 เป็นเอกสารที่บันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา มีลักษณะเป็นการทบทวนประวัติการรักษาและบันทึกความก้าวหน้าของผู้ป่วย ประกอบด้วยที่มาของข้อมูล อาการนำ ประวัติความเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจสภาพจิต การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทดสอบทางจิตวิทยา ตอนท้ายของแบบ ตจ.2 จะต้องระบุข้อมูลสำคัญ ดังนี้

- การดำเนินโรค ระบุการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่รับตัวผู้ป่วยไว้ มีการดำเนินโรคอย่างไร ตอบสนองต่อการรักษาอย่างไรบ้าง

- ผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการผู้ป่วยโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ระบุการวินิจฉัยและประเมินอาการที่ครอบคลุมถึงภาวะอันตรายและความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

- มติของคณะกรรมการ ระบุมติที่นำไปสู่การออกคำสั่งบังคับรักษาตามแบบ ตจ.3 เช่น การบังคับรักษาแบบผู้ป่วยใน การบังคับรักษาด้วยไฟฟ้า การย้ายสถานบำบัดรักษา กรณีบังคับรักษาแบบผู้ป่วยให้ระบุว่าสั่งบังคับรักษากี่วัน หากสามารถระบุวันได้ จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดวันครบประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา กรณีบังคับรักษาด้วยไฟฟ้า ควรระบุด้วยว่าคณะกรรมการมีมติเป็นเอกฉันท์ให้รักษาด้วยไฟฟ้าเป็นจำนวนกี่ครั้ง โดยอาจไม่ระบุวันที่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากเปลี่ยนแปลงได้ตามความพร้อมของผู้ป่วยและผู้รักษา ทั้งนี้ มติของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาไม่จำเป็นต้องเป็นการบังคับรักษาเสมอไป หากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาประเมินว่า ผู้ป่วยรายนี้ยังไม่จำเป็นต้องบังคับรักษาด้วยไฟฟ้าหรือมติของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาไม่ได้มีความเห็นเป็นเอกฉันท์ก็ให้ระบุมตินั้นไว้ด้วย เพียงแต่ไม่ได้นำไปสู่การออกคำสั่งตามแบบ ตจ.3

- การลงนามท้ายแบบ ตจ.2 ให้คณะกรรมการที่เข้าประชุมเป็นผู้ลงนาม ซึ่งคณะกรรมการต้องเข้าประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง⁴⁵ คือ อย่างน้อย 3 ราย

จากนั้น จึงมีคำสั่งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา เรื่อง คำสั่งให้บุคคลต้องเข้ารับการบำบัดรักษา หรือแบบ ตจ.3 โดยคำสั่งดังกล่าวต้องระบุข้อมูลสำคัญ ได้แก่

- ชื่อ นามสกุล อายุ เลขที่ทั่วไป (Hospital Number) ของผู้รับการตรวจ
- ผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาหรือไม่

- ชื่อสถานบำบัดรักษา และวันที่ประชุมคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา
- คำสั่งให้เข้ารับการบำบัดรักษา ซึ่งต้องระบุรายละเอียดให้ชัดเจน กรณีบังคับรักษาแบบผู้ป่วยให้ระบุว่าสั่งบังคับรักษากี่วัน หากระบุวันที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการกำหนดวันครบประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา ส่วนกรณีบังคับรักษาด้วยไฟฟ้า ให้ระบุไว้ด้วยว่าบังคับรักษากี่ครั้ง อาจไม่ระบุวันที่ทำหัตถการเนื่องจากเปลี่ยนแปลงได้ตามความพร้อมของผู้ป่วยและผู้รักษา

- สิทธิในการอุทธรณ์ และให้ลงนามโดยประธานกรรมการสถานบำบัดรักษา⁴⁶ ดังแบบที่แสดง ดังนี้

⁴⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 9.

⁴⁶ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการพิจารณาเพื่อมีคำสั่งให้บุคคลต้องเข้ารับการบำบัดรักษา.



คำสั่งคณะกรรมการบำบัดรักษา

...../.....

เรื่อง คำสั่งให้บุคคลต้องเข้ารับการบำบัดรักษา

ด้วยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของผู้รับการตรวจชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี เลขที่ทั่วไป (Hospital Number).....โดยละเอียดแล้ว ผลปรากฏว่าผู้รับการตรวจ.....(มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๒๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๙ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาประจำสถานบำบัดรักษา (ชื่อสถานบำบัดรักษา).....โดยมติคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาในการประชุมเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. และแบบบันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (ตจ.๒) จึงมีคำสั่งดังต่อไปนี้

ให้ผู้รับการตรวจชื่อ.....นามสกุล.....

ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยใน ด้วยวิธีการรักษา

(ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาในแบบ ตจ.๒) มีกำหนด.....วัน

ในกรณีที่ไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้ป่วย หรือคู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือ ผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วยแล้วแต่กรณี มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่งดังกล่าว โดยยื่นต่อผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม.....

(.....)

ประธานกรรมการสถานบำบัดรักษา

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

การบังคับบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษากำหนดวิธีการและระยะเวลาบำบัดรักษาตามความรุนแรงของความผิดปกติทางจิต แต่ต้องไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่เริ่มคำสั่ง และอาจขยายระยะเวลาได้อีกครั้งละไม่เกิน 90 วัน นับแต่วันที่เริ่มคำสั่งครั้งก่อนหน้า โดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาต้องประชุมเพื่อตรวจวินิจฉัย ประเมินอาการ และพิจารณาผลการบำบัดรักษา เพื่อมีคำสั่งการรักษาก่อนสิ้นกำหนดระยะเวลาบำบัดรักษาแต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 15 วัน⁴⁷

กฎหมายไม่ได้ระบุว่าคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาจะต้องมีคำสั่งบังคับบำบัดรักษา 90 วัน อาจสั่งน้อยกว่า 90 วันก็ได้ตามความเหมาะสม โดยมากมักสั่งบังคับรักษาครั้งละ 90 วัน เพื่อความคล่องตัวในการบริหารจัดการ เนื่องจากหากผู้ป่วยหายจากความผิดปกติทางจิตหรือทุเลาและไม่มีภาวะอันตรายแล้ว แพทย์ผู้บำบัดรักษาสามารถจำหน่ายผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องผ่านมติคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา อย่างไรก็ตาม ไม่ควรสั่งบังคับรักษาไม่น้อยกว่า 15 วัน เนื่องจากกฎหมายกำหนดให้มีคำสั่งการรักษาก่อนสิ้นกำหนดระยะเวลาบำบัดรักษาแต่ละครั้งไม่น้อยกว่า 15 วัน

การที่กฎหมายกำหนดให้สั่งบังคับบำบัดรักษาได้ไม่เกินครั้งละ 90 วัน เพื่อให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้ตรวจวินิจฉัย ประเมินอาการ และพิจารณาผลการบำบัดรักษาเป็นระยะ ระยะเวลา 90 วัน เป็นระยะเวลาที่ไม่สั้นและไม่ยาวนานเกินไป รบกวนการปฏิบัติการกิจอื่น ๆ ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาไม่มาก นานพอที่จะเห็นผลการบำบัดรักษาความผิดปกติทางจิตซึ่งอาจมีความเรื้อรังและใช้เวลานานจึงจะเห็นการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน

การบังคับรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองหรือระบบประสาท หรือการบำบัดรักษาด้วยวิธีอื่นใดที่อาจเป็นผลทำให้ร่างกายไม่อาจกลับคืนสู่สภาพเดิมอย่างถาวร

กรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากมิได้บำบัดรักษาจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตของผู้ป่วย ทั้งนี้โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา นั่นคือคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาต้องเห็นพ้องต้องกัน ไม่มีผู้ใดคัดค้านแม้เพียงผู้เดียว⁴⁸

การส่งย้ายสถานบำบัดรักษา

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีอำนาจส่งย้ายผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษาอื่นได้ในกรณี ดังนี้

- ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะโรค

เช่น ผู้ป่วยจิตเวชเด็กที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาจากจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาอาจมีคำสั่งให้ผู้ป่วยย้ายไปรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาที่มีจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น

ผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน และมีอาการประสาทหลอน จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาที่มีทั้งจิตแพทย์และอายุรแพทย์ระบบประสาท คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาอาจมีคำสั่งให้ผู้ป่วยย้ายไปรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาที่มีทั้งจิตแพทย์และอายุรแพทย์ระบบประสาท

⁴⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 30.

⁴⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 18 (2).

- การบำบัดรักษาจำเป็นต้องใช้เครื่องมือหรือวิธีการพิเศษ

เช่น ผู้ป่วยมีภาวะซีมเศร้ายรุนแรงและมีความเสี่ยงฆ่าตัวตายสูง จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า แต่สถานบำบัดรักษานั้นไม่มีการรักษาด้วยวิธีดังกล่าว คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาอาจมีคำสั่งให้ผู้ป่วยย้ายไปรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาที่มีการรักษาด้วยไฟฟ้า

- ผู้ป่วยหรือผู้รับดูแลผู้ป่วยร้องขอให้ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาต่อที่สถานบำบัดรักษาอื่นและสถานบำบัดรักษานั้นยินดีรับตัวผู้ป่วยไว้

เช่น ผู้ป่วยมาทำงานที่กรุงเทพมหานคร อาศัยอยู่ที่ห้องแถวเพียงลำพัง เมื่อมีอาการทางจิตและมีภาวะอันตราย ได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในกรุงเทพมหานคร ต่อมา ตามหาญาติจนพบ ญาติขอให้ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในจังหวัดขอนแก่น เพื่อความสะดวกในการเยี่ยมและติดตามการรักษา ต่อเนื่อง คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาอาจมีคำสั่งให้ผู้ป่วยย้ายไปรับการบำบัดรักษาตามที่ญาติร้องขอ

การส่งย้ายสถานบำบัดรักษาต้องส่งแบบ ตจ.2 และแบบ ตจ.3 พร้อมเหตุผล และความจำเป็นของการส่งย้ายผู้ป่วยไปด้วย เพื่อความต่อเนื่องของการบำบัดรักษา ทั้งนี้ ในทางปฏิบัติคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาที่จะมีคำสั่งย้ายผู้ป่วยควรประสานงานกับสถานบำบัดรักษาที่จะรับตัวผู้ป่วยไว้ล่วงหน้า^{49, 50}

กรณีผู้ป่วยหลบหนี

กรณีผู้ป่วยหลบหนีออกนอกเขตสถานบำบัดรักษา ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ประสานงานกับพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจและญาติเพื่อติดตามผู้ป่วยกลับมายังสถานบำบัดรักษา โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยหลบหนีไปไม่นำมานับในระยะเวลา 30 วัน นับแต่รับตัวบุคคลนั้นไว้ กรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษายังไม่ได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการครั้งแรก และไม่นำมานับในระยะเวลาที่บังคับบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน⁵¹

การจำหน่ายผู้ป่วยและการติดตามการบำบัดรักษาต่อเนื่อง

การจำหน่ายผู้ป่วย

เมื่อแพทย์ผู้บำบัดรักษาเห็นว่า ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนความปกติทางจิตหายหรือทุเลาและไม่มีความอันตรายแล้ว ให้แพทย์จำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาลและรายงานผลการบำบัดรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วยให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบโดยไม่ชักช้า⁵² โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- วันเดือนปี ที่รับและจำหน่ายผู้ป่วย
- อาการแรกเริ่ม
- ผลการตรวจร่างกายหรือสภาพจิต
- การวินิจฉัยโรค
- การดำเนินโรค
- การรักษาที่ได้รับ

⁴⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 34.

⁵⁰ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งย้ายผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาอื่น พ.ศ. 2564.

⁵¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 33.

⁵² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 31.

- เหตุผลของการจำหน่ายผู้ป่วย
- แผนการรักษาต่อเนื่อง (ถ้ามี)⁵³

จะสังเกตว่าข้อมูลที่ต้องรายงานคณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีลักษณะคล้ายคลึงกับการบันทึกสรุปการจำหน่าย (discharge summary) ตามเกณฑ์การตรวจประเมินคุณภาพเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยในของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁵⁴ อย่างไรก็ตาม ควรบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับภาวะอันตรายและความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา รวมทั้งผลการบำบัดรักษา และแผนการรักษาต่อเนื่องให้ชัดเจน เพื่อประโยชน์ในการติดตามการบำบัดรักษาต่อเนื่อง

การติดตามการบำบัดรักษาต่อเนื่อง

เนื่องจากผู้ป่วยทางจิตจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบ และลดความเสี่ยงการเกิดภาวะอันตราย กฎหมายจึงวางหลักให้แพทย์ติดตามผลการบำบัดรักษาผู้ป่วยหลังจำหน่ายทุก 30 วัน เป็นเวลา 90 วัน จากนั้น ทุก 90 วัน จนครบ 1 ปี เป็นอย่างน้อย และให้รายงานผลการติดตามให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ โดยให้บันทึกข้อมูลสำคัญในเวชระเบียนตามแบบรายงานผลการติดตามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่ายตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 หรือแบบ ตจ.4 ซึ่งครอบคลุมหัวข้อการติดตาม 10 ด้าน ได้แก่ ด้านอาการทางจิต ด้านการกินยา ด้านผู้ดูแล/ญาติ ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการประกอบอาชีพ ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านการสื่อสาร ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น และด้านการใช้สารเสพติด^{55, 56} ดังนี้

⁵³ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการบำบัดรักษา การจำหน่ายผู้ป่วย และการติดตามผลการบำบัดรักษา พ.ศ. 2565.

⁵⁴ แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน. ใน: คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical record audit guideline) 2563. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2563. หน้า 94-95.

⁵⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 31.

⁵⁶ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการบำบัดรักษา.

แบบรายงานผลการติดตามการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบำบัดรักษาและจำหน่าย
ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

ชื่อผู้ป่วย.....เลขที่ทั่วไป (Hospital Number : HN).....
เลขประจำตัวประชาชน ๑๓ หลัก.....
วันที่จำหน่าย.....
ที่อยู่.....
.....

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยโรคจิต ๑๐ ด้าน	ครั้งที่ ๑ (ภายใน ๓๐ วัน)	ครั้งที่ ๒ (ภายใน ๓๐ วัน)	ครั้งที่ ๓ (ภายใน ๓๐ วัน)	ครั้งที่ ๔ (ทุก ๙๐ วัน)	ครั้งที่ ๕ (ทุก ๙๐ วัน)	ครั้งที่ ๖ (ทุก ๙๐ วัน)
<p>๑. ด้านอาการทางจิต</p> <p>๑. ไม่มีอาการ หมายถึง ผู้ป่วยรู้เรื่องช่วยเหลือตนเองได้ ดำรงชีวิตในชุมชนได้ (๑ คะแนน)</p> <p>๒. มีบ้าง หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ จากเดิม มีอย่างน้อย ๑๐ วันใน ๑ เดือน (๒ คะแนน)</p> <p>๓. มีบ่อย หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติจาก เดิมมีมากกว่า ๑๐ วัน ใน ๑ เดือน (๓ คะแนน)</p> <p>หมายเหตุ: ถ้าพบ ๒ คะแนนขึ้นไป ใช้แบบประเมินพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง (Overt Aggression Scale: OAS) เพื่อประเมินผู้ป่วยร่วมด้วยทุกครั้งเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยง</p> <p>๑) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อตนเอง</p> <p>๒) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อผู้อื่นทั้งทางคำพูด และการแสดงออก</p> <p>๓) พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงต่อทรัพย์สิน</p>						
<p>๒. ด้านการกินยา</p> <p>๑. สม่าเสมอ หมายถึง การรับประทานยาครบทุกวัน ตามที่แพทย์สั่ง (๑ คะแนน)</p> <p>๒. ไม่สม่าเสมอ หมายถึง รับประทานยาไม่ครบ ตามคำสั่งแพทย์ แต่ยังมีกรรับประทานยา เป็นบางเวลา (๒ คะแนน)</p> <p>๓. ไม่กินยา หมายถึง ไม่รับประทานยาเลยทุกมื้อ (๓ คะแนน)</p>						
<p>๓. ด้านผู้ดูแล/ญาติ</p> <p>๑. ดี หมายถึง มีผู้ดูแลหลัก เป็นคนในครอบครัว มีศักยภาพในการดูแล (๑ คะแนน)</p> <p>๒. ปานกลาง หมายถึง มีผู้ดูแล เป็นคนนอก ครอบครัว (๒ คะแนน)</p> <p>๓. ปรับปรุง หมายถึง ไม่มีผู้ดูแล หรือ ผู้ดูแล ไม่มีศักยภาพเพียงพอ (๓ คะแนน)</p>						

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยโรคจิต ๑๐ ด้าน	ครั้งที่ ๑ (ภายใน ๓๐ วัน)	ครั้งที่ ๒ (ภายใน ๓๐ วัน)	ครั้งที่ ๓ (ภายใน ๓๐ วัน)	ครั้งที่ ๔ (ทุก ๙๐ วัน)	ครั้งที่ ๕ (ทุก ๙๐ วัน)	ครั้งที่ ๖ (ทุก ๙๐ วัน)
๔. ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ๑. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง (๑ คะแนน) ๒. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ (๒ คะแนน) ๓. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เลย (๓ คะแนน)						
๕. ด้านการประกอบอาชีพ ๑. ทำได้ หมายถึง ผู้ป่วยมีรายได้จากอาชีพ หรือความสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ทุกครั้ง (๑ คะแนน) ๒. ทำได้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้ แต่ต้องมีคนกระตุ้น (๒ คะแนน) ๓. ทำไม่ได้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยครอบครัวในการประกอบอาชีพได้เลย (๓ คะแนน)						
๖. ด้านสัมพันธภาพในครอบครัว ๑. ดี หมายถึง ครอบครัวมีการชมเชย ให้กำลังใจ มองผู้ป่วยในด้านบวกเป็นส่วนใหญ่ (๑ คะแนน) ๒. ทำได้บ้าง หมายถึง ครอบครัวมีการชมเชยบ้าง แต่ยังพบการดุด่า ตักเตือน ต่ำว่า บางครั้ง (๒ คะแนน) ๓. ทำไม่ได้ หมายถึง ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์ด้านลบ ได้แก่ การตีเตือน ตูถูก ต่ำว่า บางครั้งผู้ป่วยรู้สึกไม่เป็นตัวของตัวเองหลายครั้ง (๓ คะแนน)						
๗. ด้านสิ่งแวดล้อม ๑. ดี หมายถึง มีที่อยู่อาศัยเป็นหลักแหล่ง (๑ คะแนน) ๒. ปานกลาง หมายถึง มีที่อยู่อาศัย แต่แยกจากครอบครัวอยู่คนเดียว หรือมีที่อาศัย เป็นครั้งคราว (๒ คะแนน) ๓. ปรับปรุง หมายถึง ไม่มีที่อยู่อาศัย เร่ร่อน (๓ คะแนน)						
๘. ด้านการสื่อสาร ๑. ดี หมายถึง สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ (๑ คะแนน) ๒. ปานกลาง หมายถึง สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้เป็นครั้งคราว (๒ คะแนน) ๓. ปรับปรุง หมายถึง ไม่พูดคุยกับใครเลย (๓ คะแนน)						

หัวข้อการติดตามผู้ป่วยโรคจิต ๑๐ ด้าน	ครั้งที่ ๑ (ภายใน ๓๐ วัน)	ครั้งที่ ๒ (ภายใน ๓๐ วัน)	ครั้งที่ ๓ (ภายใน ๓๐ วัน)	ครั้งที่ ๔ (ทุก ๙๐ วัน)	ครั้งที่ ๕ (ทุก ๙๐ วัน)	ครั้งที่ ๖ (ทุก ๙๐ วัน)
๙. ด้านความสามารถในการเรียนรู้เบื้องต้น ๑. ดี หมายถึง บอกครั้งเดียวหรือสองครั้งสามารถทำตามได้ (๑ คะแนน) ๒. ปานกลาง หมายถึง สอนซ้ำ ๆ จึงสามารถทำตามได้ (๒ คะแนน) ๓. ปรับปรุง หมายถึง สอนเท่าไรก็จำไม่ได้ ทำไม่ได้ (๓ คะแนน)						
๑๐. ด้านการใช้สารเสพติด (บุหรี่/สุรา /ยาเสพติด) ๑. ไม่ใช้ หมายถึง ผู้ป่วยไม่ใช้สารเสพติดชนิดใดเลย (๑ คะแนน) ๒. ใช้บ้าง หมายถึง ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่ง ไม่ทุกวัน (๒ คะแนน) ๓. ใช้ประจำ หมายถึง ผู้ป่วยใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งทุกวัน (๓ คะแนน)						
ผลการประเมิน						

ผู้แจ้งผลการติดตาม.....ตำแหน่ง.....

วันที่แจ้งข้อมูล.....

กลุ่มงาน/ฝ่าย.....หน่วยงาน.....

โทรศัพท์.....โทรสาร.....

อีเมล.....

แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง (Over Aggression Scale : OAS)

ลักษณะพฤติกรรม ก้าวร้าวรุนแรง	พฤติกรรม/ระดับความก้าวร้าวรุนแรง		
	๓. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = ๓ คะแนน	๒. เร่งด่วน (Urgency) OAS = ๒ คะแนน	๑. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = ๑
๑. พฤติกรรม ก้าวร้าว รุนแรงต่อตนเอง	ทำร้ายตนเองรุนแรง เช่น มีรอยขีด มีรอย กรีดลึก เลือดออก หรือมีการ บาดเจ็บอวัยวะภายใน หรือหมดสติ	ขีดข่วนผิวหนัง ตีตนเอง ดึงผม โขกศีรษะ ตัวเอง เป็นรอยขนาดเล็ก	-
๒. พฤติกรรม ก้าวร้าว รุนแรงต่อผู้อื่นทั้ง ทางคำพูด และ การแสดงออก	พูดข่มขู่จะทำร้ายผู้อื่น ชัดเจน เช่น ฉันจะฆ่าแก ฯลฯ ทำร้ายผู้อื่นจนได้รับ บาดเจ็บ เช่น ขีด เค็ด บวม เกิดบาดแผล กระดุกหัก หรือเกิดการ บาดเจ็บของอวัยวะ ภายใน หรือหมดสติ ฯลฯ	ด่าคำหยาบคายใช้คำ สกปรกรุนแรงแสดงท่าทาง คุกคาม เช่น ถลกเสื้อผ้า ทำท่าต่อยม หรือกระชาก คอเสื้อผู้อื่น ฟุ้งซน เตะ ผลึก หรือดึงผมผู้อื่นแต่ ไม่ได้รับบาดเจ็บ	หงุดหงิด ส่งเสียงดัง ตะโกนด้วยความโกรธ หรือตะโกนด่าผู้อื่นด้วย ถ้อยคำไม่รุนแรง
๓. พฤติกรรม ก้าวร้าว รุนแรงต่อ ทรัพย์สิน	ทำสิ่งของแตกหักกระจัด กระจาย เช่น ทุบกระจก ขว้างแก้ว จาน มีด หรือ สิ่งของที่เป็นอันตราย หรือจุดไฟเผา ฯลฯ	ขว้าง/เตะ/ทุบวัตถุ หรือ สิ่งของ	ปิดประตูเสียงดัง รื้อข้าวของกระจัด กระจาย

การแปลผลคะแนน :

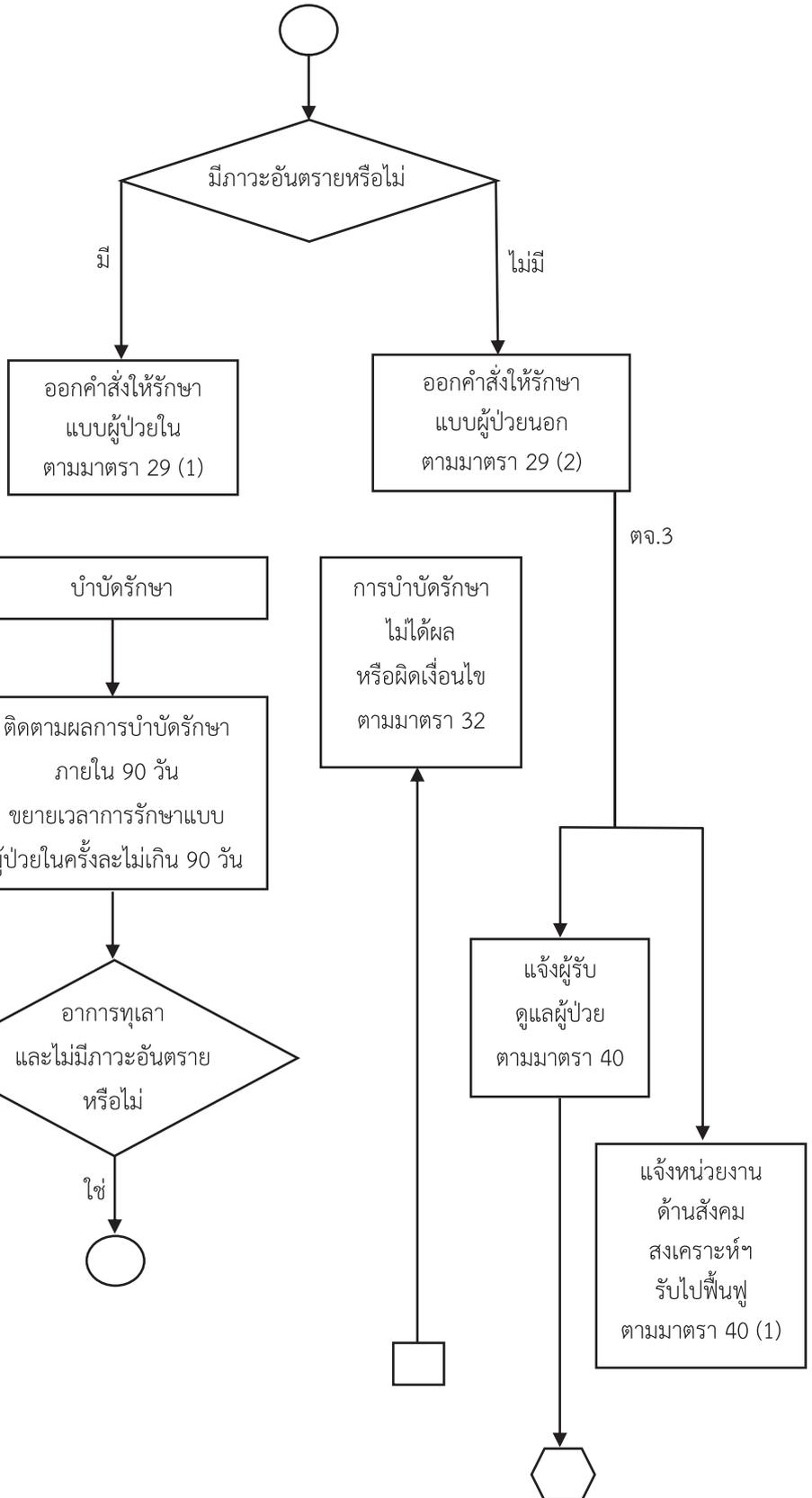
การตัดสินระดับความก้าวร้าวรุนแรงจะพิจารณาใช้คะแนนสูงสุดตามที่ประเมินได้ตามลักษณะพฤติกรรม เพียงครั้งเดียวเท่านั้นและคะแนนระดับความรุนแรงที่ประเมินได้มีความหมายดังนี้

๑. กึ่งเร่งด่วน (Semi-urgency) OAS = ๑ คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ยังสามารถรับฟังคำเตือนแล้วสงบลงได้ ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มปานกลาง (Moderate) ต้องจัดการภายใน ๒๔ ชั่วโมง

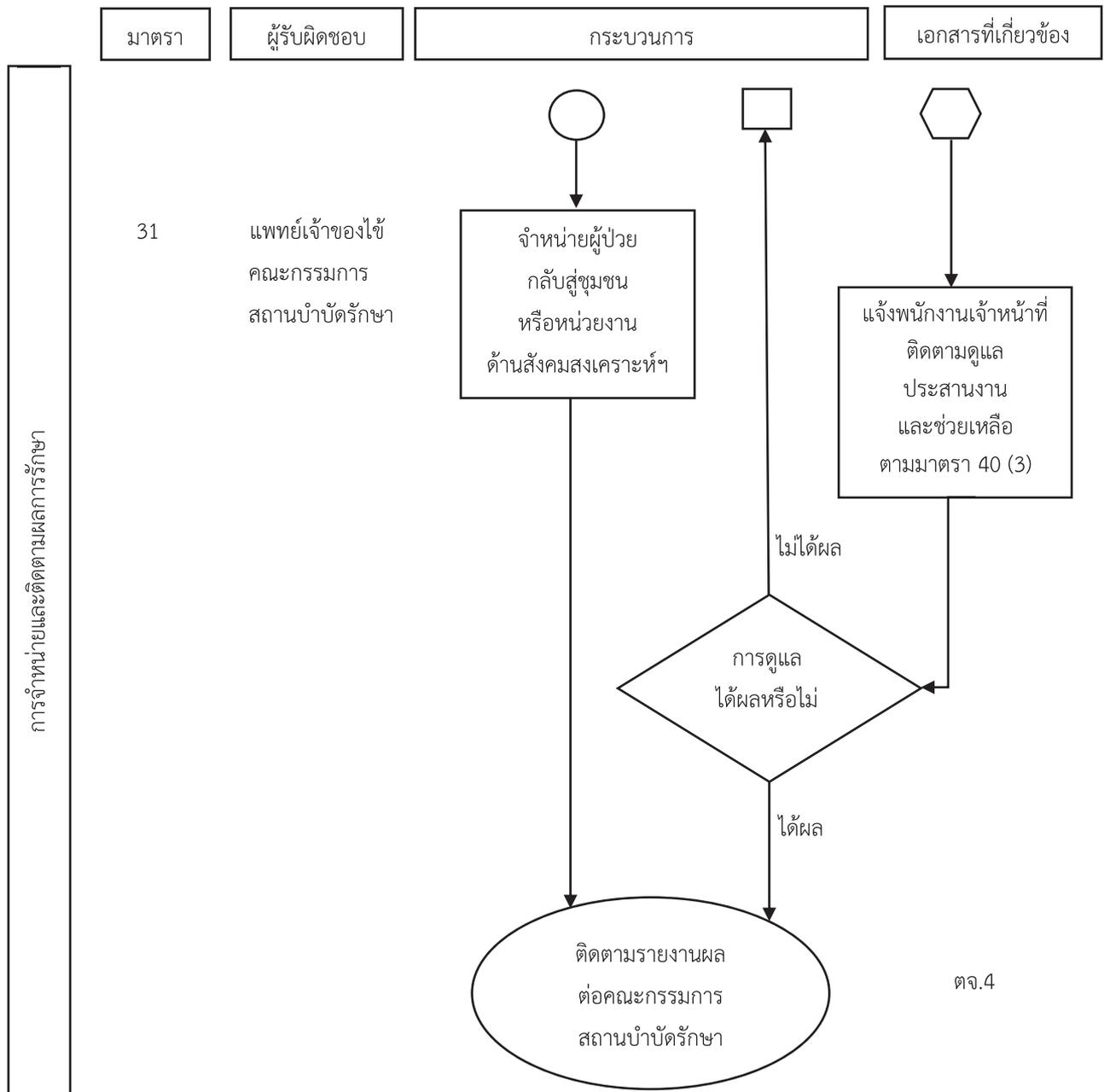
๒. เร่งด่วน (Urgency) OAS = ๒ คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่เริ่มควบคุมตนเองไม่ได้มีท่าทีอาจเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนัก ต้องจัดการภายใน ๒ ชั่วโมง

๓. ฉุกเฉิน (Emergency) OAS = ๓ คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ จนเกิดอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน ซึ่งจะถูกจัดอยู่ในกลุ่มหนักมาก ต้องจัดการทันที

การตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ

 29 คณะกรรมการ
สถานบำบัดรักษา

 แพทย์เจ้าของไข้
ทีมผู้รักษา
30 คณะกรรมการ
สถานบำบัดรักษา

การบำบัดรักษา



ภาพ 3 - 1 กระบวนการนำส่ง ตรวจวินิจฉัย ประเมินอาการ บำบัดรักษา จำหน่าย และติดตามผลการบำบัดรักษา ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 (ที่มา: ดัดแปลงจาก ส่วนงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ. แนวทางการดำเนินงาน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551, 2560 (เข้าถึงเมื่อ 30 เม.ย. 2565). เข้าถึงได้จาก: <https://omhc.dmh.go.th/img/berry/Slides/แนวทาง.pdf>)

กรณีศึกษา

หญิงไทยอายุประมาณ 30-40 ปี ลักษณะผมเผ้ายุ่งเหยิง มีซีไคลตามตัว มีกลิ่นตัว สวมเสื้อผ้าขาด ๆ ตะโกนโวยวายด้วยถ้อยคำหยาบคายอยู่บนสะพานลอยแห่งหนึ่งในจังหวัด A บางครั้งหญิงรายดังกล่าว จะถุยน้ำลายใส่คนที่เดินผ่านไปผ่านมา ทำให้คนที่สัญจรไปมารู้สึกหวาดกลัว

สองวันต่อมา มีผู้สังเกตว่าหญิงรายดังกล่าวพกอาวุธขึ้นไปบนสะพานลอยแห่งเดิม ไม่ได้ทำร้ายใคร แต่ดูมีท่าทีดุตันกว่าวันก่อน ๆ ตาขวาง พุดจาทำทนายคนที่สัญจรไปมา จึงมีผู้แจ้งตำรวจให้นำหญิงรายนี้ส่งไปรับการรักษา ณ โรงพยาบาลชุมชนในพื้นที่

แพทย์หญิงชวลี วิภาสสินี และพยาบาลวิชาชีพเทิดธิดา บุญสร้างสมไว้ แพทย์และพยาบาลประจำห้องฉุกเฉิน ได้ตรวจประเมินอาการหญิงรายดังกล่าว เมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2564 เวลา 16.40 น. ทราบชื่อหญิงรายดังกล่าวว่านางสาวรัชตภา ปิยะรัชตะ อายุ 36 ปี เป็นคนจังหวัดข้างเคียง นางสาวรัชตภา มีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงคนมาด่าว่า ทำทนาย บางครั้งเสียงสั่งให้ใช้มีดไล่ฟันเด็ก แต่ตนเองยังไม่ได้ทำ เพราะเด็กมากับพ่อแม่ จึงไม่กล้าทำ มีความคิดหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย เนื่องจากตนเองเป็นเจ้าของหญิง มีข้าศึกจะมาแย่งชิงบัลลังก์และแย่งเจ้าชายที่หมั้นหมายกันไว้ ระหว่างตรวจประเมินอาการ ผู้ป่วยมีอาการตาขวาง อารมณ์หงุดหงิด และพูดคนเดียวเป็นพัก ๆ จึงได้ให้ยา haloperidol 5 mg im และ diazepam 10 mg iv รวมทั้งส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ และให้ iv fluid เป็น NSS 1000 ml iv 80 ml/hr เนื่องจากผู้ป่วยมีอาการแสดงของการขาดน้ำ แพทย์หญิงชวลี วิภาสสินี และพยาบาลวิชาชีพเทิดธิดา บุญสร้างสมไว้เห็นว่า ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะอันตรายจึงส่งตัวผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลจิตเวชสิรินาคีพร้อมแบบ ตจ.1 และสำเนาแบบ ตจ.1 ไว้ในเวชระเบียนของโรงพยาบาลชุมชน

แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

วันที่ 21 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษา โรงพยาบาลบ้านนอน

ชื่อผู้รับการตรวจ นาย/นาง/นางสาว รัชตภา นามสกุล ปิยรัชตะ อายุ 36 ปี

เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital Number) 652/64

สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาปรับตัวไว้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น

เมื่อวันที่ 21 เดือน ธันวาคม พ.ศ. 2564 เวลา 16.40 น.

ข้อมูลเกี่ยวกับญาติหรือผู้ดูแล (ถ้ามี)

ชื่อญาติหรือผู้ดูแล ไม่ทราบข้อมูล ความสัมพันธ์กับผู้รับการตรวจ ไม่ทราบข้อมูล

ที่อยู่ญาติหรือผู้ดูแล ไม่ทราบข้อมูล

หมายเลขโทรศัพท์ญาติหรือผู้ดูแล ไม่ทราบข้อมูล

แหล่งที่มาของข้อมูล หนังสือนำส่งจากสถานีตำรวจภูธรบ้านนอน

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาพบแพทย์ มีพฤติกรรมรุนแรงที่สะพานลอย พกอาวุธไว้กับตัว เสี่ยงทำร้ายผู้อื่น

ประวัติความเจ็บป่วย

2 วันก่อน มีผู้พบผู้ป่วยลักษณะผมเผ้ายุ่งเหยิง มีไข้โคลตามตัว มีกลิ่นตัว สวมเสื้อผ้าขาด ๆ ตะโกนโวยวาย ด้วยถ้อยคำหยาบคายอยู่บนสะพานลอยแห่งหนึ่งในจังหวัด A บางครั้งหญิงรายดังกล่าวจะถ่มน้ำลายใส่คนที่เดินผ่านไปผ่านมา ทำให้คนที่สัญจรไปมารู้สึกหวาดกลัว

3 ชั่วโมงก่อน ผู้ป่วยพกอาวุธขึ้นไปบนสะพานลอยแห่งเดิม ไม่ได้ทำร้ายใคร แต่ดูมีท่าทีดุคั่นกว่าวันก่อน ๆ ตาขวาง พุดจาทำทนายคนที่สัญจรไปมา ตำรวจจึงนำส่งโรงพยาบาล

การตรวจทางร่างกาย

Vital signs: BT 37.4 C, BP 120/80 mmHg, HR 78 bpm, RR 16 /min

Heart: normal S1S2, no murmur

Lungs: normal breath sounds, no adventitious sounds

นอกจากนี้ ผู้ป่วยไม่ร่วมมือให้ตรวจร่างกาย

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)

CBC, BUN, Cr, electrolyte, LFT, CXR P ผลปกติ

UPT ผลลบ

การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance): หญิงไทย ผมยาวรุงรัง เล็บยาวและดำ ตาขวาง สวมเสื้อผ้าสกปรก มีกลิ่นตัว

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect): irritable

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech): loosening of association

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination): ได้ยินเสียงผู้ชายที่ไม่เห็นตัวมาคุยด้วย เป็นเสียงมาตำหนิ ทำทนาย และสั่งให้ทำร้ายเด็ก

ความคิดหลงผิด (delusion): คิดว่าตนเองเป็นเจ้าของหญิง มีข้าศึกจะมาแย่งชิงบัลลังก์และแย่งเจ้าชายที่หมั้นหมายกันไว้

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid): คิดว่ามีคนปองร้าย

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control): poor

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation): oriented to time-place-person

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide): denied suicidal ideation

อื่น ๆ: poor insight

การวินิจฉัยโรคเบื้องต้น โรคจิตเภท (schizophrenia)

ความเห็น

มีภาวะอันตราย

มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

ส่งต่อสถานบำบัดรักษา (ระบุชื่อ) โรงพยาบาลจิตเวชสิรินาดี

ไม่ต้องส่งต่อสถานบำบัดรักษา เนื่องจากไม่มีภาวะอันตรายและไม่มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

การบำบัดรักษาเบื้องต้น

Haloperidol 5 mg im, diazepam 10 mg iv

NSS 1000 ml iv 80 ml/hr

ลงนาม

ชวลี วิภาวินี

(แพทย์หญิงชวลี วิภาสินี)

แพทย์ผู้ตรวจ

ลงนาม

เทติธิดา บุญสร้างสมไว้

(นางสาวเทติธิดา บุญสร้างสมไว้)

พยาบาลผู้ตรวจ

โรงพยาบาลจิตเวชสิรินาดี รับตัวผู้ป่วยไว้เป็นผู้ป่วยในในวันเดียวกันนั้น ระหว่างที่รักษาแบบผู้ป่วยใน นางสาวรัชตาภา ยังมีอาการทางจิต หูแว่ว ตะโกนโต้ตอบกับเสียงหูแว่ว ตาขวาง ดูระแวดระวัง บางครั้งเขย่า ประตู่ กลางคืนไม่นอน แพทย์หญิงปรียา ภูมิพัฒน์นาทร ซึ่งเป็นแพทย์เจ้าของไข้ ปรับ perphenazine 24 mg/day ในสัปดาห์แรก และ 32 mg/day ในสัปดาห์ที่ 2 อาการทางจิตลดลงบ้าง พุดจารู้เรื่องมากขึ้น แต่ยังมีอาการหูแว่ว และหงุดหงิดง่าย พยาบาลรายงานแพทย์หญิงปรียา ได้รับคำสั่งให้ฉีด haloperidol 5 mg im, diazepam 10 mg iv และจำกัดพฤติกรรม จากนั้นอาการสงบลง แต่ยังมีอาการหูแว่ว และความคิดหลงผิดอยู่ แพทย์เจ้าของไข้ ประสานนักสังคมสงเคราะห์ช่วยติดตามญาติ แต่ยังไม่พบ จากนั้นวันที่ 11 มกราคม 2565 คณะกรรมการ สถานบำบัดรักษาได้เข้ามาตรวจวินิจฉัยและประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด มีความเห็นว่า ผู้ป่วยมีภาวะอันตราย และมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน จึงมีมติเห็นควรให้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน 90 วัน โดยมีบันทึกตามแบบ ตจ.2 และมีคำสั่งบังคับรักษาตามแบบ ตจ.3 ดังนี้

แบบบันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

วันที่ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาโรงพยาบาลจิตเวชสิรินาคี

ชื่อผู้รับการตรวจ นางสาวรัชตภา นามสกุล ปิยะรัชตะ อายุ 36 ปี

เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital Number) 22/07/64

ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ เมื่อวันที่ 11 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

แหล่งที่มาของข้อมูล (เช่น หนังสือนำส่งจากสถานพยาบาล) ผู้ป่วย หนังสือนำส่งจากสถานีตำรวจภูธรบ้านนอน หนังสือ นำส่ง และแบบ ตจ.1 จากโรงพยาบาลบ้านนอน เวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชสิรินาคี

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาตรวจวินิจฉัย มีพฤติกรรมม่วนวายที่สะพานลอย 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางกาย

ข้อมูลความเจ็บป่วย (ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางกายที่เกี่ยวข้อง ประวัติพัฒนาการ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการรักษา)

ประวัติปัจจุบัน

สองวันก่อนมาโรงพยาบาล มีผู้พบผู้ป่วยลักษณะผมเผ้ายุ่งเหยิง มีไข้โคลตามตัว มีกลิ่นตัว สวมเสื้อผ้าขาด ๆ ตะโกนโวยวายด้วยถ้อยคำหยาบคายอยู่บนสะพานลอยแห่งหนึ่งในจังหวัด A บางครั้งหญิงรายดังกล่าวจะถูล้ำลายใส่คนที่เดินผ่านไปผ่านมา ทำให้คนที่สัญจรไปมารู้สึกหวาดกลัว

หกชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยพักอาวุธขึ้นไปบนสะพานลอยแห่งเดิม ไม่ได้ทำร้ายใคร แต่ดูมีท่าทีดุตันกว่าวันก่อน ๆ ตาขวาง พุดจาทำร้ายคนที่สัญจรไปมา ตำรวจจึงนำส่งโรงพยาบาลบ้านนอน ตรวจประเมินอาการเบื้องต้น เห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะอันตราย จึงส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสิรินาคี ซึ่งเป็นสถานบำบัดรักษา เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอมและไม่มีผู้ให้ความยินยอมแทน

ประวัติอดีตและประวัติส่วนตัว

- ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวทางกาย และไม่เคยรักษาอาการทางจิตมาก่อน
- เป็นชาวจังหวัด C โดยกำเนิด
- จบการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่โรงเรียนใกล้บ้าน ไม่ทราบผลการเรียน
- เคยทำงานรับจ้างทั่วไป อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง ออกมาหางานในเมือง ไม่ได้กลับบ้านประมาณ 3 ปีแล้ว

ไม่ได้ติดต่อกฎาติพี่น้อง

ประวัติครอบครัว

- ไม่ทราบประวัติการรักษาด้านจิตเวชในครอบครัว
- ยังติดตามญาติไม่ได้

การตรวจทางร่างกาย

Vital signs: BT 37.0 C, BP 126/80 mmHg, HR 80 bpm, RR 16 /min

HEENT: not pale, no jaundice, no discharge per nostrils

Heart: normal S1S2, no murmur

Lungs: normal breath sounds, no adventitious sounds

Nervous system: pupils 3 mm RTLBE, motor gr V all, DTR 2+ all, Babinski's sign: negative

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)

CBC, BUN, Cr, electrolyte, LFT, CXR P ผลปกติ

Urine amphetamine, cannabis, opioid: negative

การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance): หญิงไทย สวมชุดผู้ป่วย

พูดจาเสียงดัง ดูหงุดหงิด

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect): Irritable mood

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech): Irrelevant speech

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination): Auditory hallucination

ความคิดหลงผิด (delusion): Delusion of grandeur, persecutory delusion

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid): Persecutory delusion

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control): Poor

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation): Good orientation

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide): Denied suicidal ideation

อื่น ๆ:

การทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก (ถ้ามี)

การดำเนินโรค

ระหว่างรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีอาการทางจิต หูแว่ว ตะโกนโต้ตอบกับเสียงหูแว่ว ตาขวาง ดูระแวงระวัง บางครั้งเขย่าประตู กลางคืนไม่นอน ปรับ perphenazine 24 mg/day ในสัปดาห์แรกและ 32 mg/day ในสัปดาห์ที่ 2 อาการทางจิตลดลงบ้าง พูดจารู้เรื่องมากขึ้น แต่ยังมีอาการหูแว่ว และหงุดหงิดง่าย พยาบาลรายงานแพทย์หญิงปริยา ได้รับคำสั่งให้ฉีด haloperidol 5 mg im, diazepam 10 mg iv และจำกัดพฤติกรรม นางสาวรัชตาภาอาการสงบ แต่ยังมีอาการหูแว่ว และความคิดหลงผิดอยู่

ผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการผู้ป่วยของคณะกรรมการ

วินิจฉัยโรคจิตเภท (schizophrenia) ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว และมีความคิดหลงผิด ผู้ป่วยมีภาวะอันตราย และมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน

มติของคณะกรรมการ

เห็นควรให้การรักษาแบบผู้ป่วยใน 90 วัน ตั้งแต่วันที่ 11 มกราคม 2565 – 17 เมษายน 2565

ลงนาม ชูชาติพันธุ์ รัตนวงศ์วรสิทธิ์
 (นายชูชาติพันธุ์ รัตนวงศ์วรสิทธิ์)
 ประธานกรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม วิภารัตน์ มงคลไปรษณีย์
 (นางวิภารัตน์ มงคลไปรษณีย์)
 กรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม สุกัญญาภรณ์ วรปักษ์
 (นางสาวสุกัญญาภรณ์ วรปักษ์)
 กรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม ธนทัต นิตติวิกรมบดี
 (นายธนทัต นิตติวิกรมบดี)
 กรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม ธนาकार วิริยการ
 (นายธนาकार วิริยการ)
 กรรมการสถานบำบัดรักษา



คำสั่งคณะกรรมการบำบัดรักษา

๑/๒๕๖๕

เรื่อง คำสั่งให้บุคคลต้องเข้ารับการบำบัดรักษา

ด้วยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของผู้รับการตรวจ นางสาวรัชตภา ปิรัชตะ อายุ ๓๖ ปี เลขที่ทั่วไป (Hospital Number) ๒๒๐๗/๖๓ โดยละเอียดแล้ว ผลปรากฏว่า ผู้รับการตรวจมีภาวะอันตราย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๒๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๙ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาประจำสถานบำบัดรักษาโรงพยาบาลจิตเวชสิรินาดี โดยมติคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาในการประชุมเมื่อวันที่ ๑๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และแบบบันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (ตจ.๒) จึงมีคำสั่ง ดังต่อไปนี้

ให้ผู้รับการตรวจชื่อ นางสาวรัชตภา ปิรัชตะ

ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา โดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในด้วยวิธีการรักษาด้วยยา และการบำบัดด้านจิตสังคม ตั้งแต่วันที่ ๑๑ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑๗ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาในแบบ ตจ.๒) มีกำหนด ๙๐ วัน

ในกรณีที่ไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้ป่วย หรือคู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วยแล้วแต่กรณี มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่งดังกล่าว โดยยื่นต่อผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม ชูชาติพันธุ์ รัตนวงศ์วิทธิ

(นายชูชาติพันธุ์ รัตนวงศ์วิทธิ)

ประธานกรรมการสถานบำบัดรักษา

วันที่ ๑๑ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

หนึ่งสัปดาห์ หลังคณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งบังคับรักษา ผู้ป่วยยังมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียง
สั่งให้กระโดด บางครั้งเป็นเสียงมาตำหนิ และคุกคาม ผู้ป่วยพยายามไม่สนใจเสียงหูแว่ว แต่ทนเสียงไม่ไหว ทำให้
รู้สึกหงุดหงิด นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความคิดหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย จะมีคนมาวางยาพิษ ไม่ยอมกินอาหาร
และไม่ไว้วางใจผู้รักษา แพทย์เจ้าของไข้ปรับเพิ่ม perphenazine 40 mg/day สองสัปดาห์ หลังคณะกรรมการ
สถานบำบัดรักษามีคำสั่งบังคับรักษา ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเอง ผู้ป่วยใช้ศีรษะโขกกำแพง
จนมีแผล และใช้ดินสอทิ่มตามใบหน้า แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง และมีความเสี่ยงเป็น
อันตรายถึงชีวิตต่อผู้ป่วย จึงพิจารณาให้การรักษาด้วยไฟฟ้า แต่ผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอม และ
ไม่มีผู้มาให้ความยินยอมแทน แพทย์เจ้าของไข้จึงปรึกษาคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา เพื่อพิจารณาบังคับรักษา
ด้วยไฟฟ้า คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้เข้ามาตรวจวินิจฉัย และประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียด มีความเห็นว่า
ผู้ป่วยมีภาวะอันตรายต่อตนเอง การรักษาด้วยไฟฟ้าเป็นวิธีการรักษาที่เห็นผลรวดเร็ว หากไม่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า
อาจเป็นอันตรายถึงชีวิต จึงมีมติเป็นเอกฉันท์เห็นควรให้การรักษาด้วยไฟฟ้า 9 ครั้ง โดยมีบันทึกตามแบบ ตจ.2
และมีคำสั่งบังคับรักษาตามแบบ ตจ.3 ดังนี้

แบบบันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

วันที่ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

ชื่อสถานพยาบาลหรือสถานบำบัดรักษาโรงพยาบาลจิตเวชสิรินาคี

ชื่อผู้รับการตรวจ นางสาวรัชตาภา นามสกุล ปิยะรัชตะ อายุ 36 ปี

เลขที่คนไข้ทั่วไป (Hospital Number) 22/07/63

ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ เมื่อวันที่ 26 เดือน มกราคม พ.ศ. 2565

แหล่งที่มาของข้อมูล (เช่น หนังสือนำส่งจากสถานพยาบาล) ผู้ป่วย หนังสือนำส่งจากสถานีตำรวจภูธรบ้านนอน หนังสือนำส่ง และแบบ ตจ.1 จากโรงพยาบาลบ้านนอน เวชระเบียนโรงพยาบาลจิตเวชสิรินาคี

ปัญหาอันเป็นเหตุให้นำตัวมาตรวจวินิจฉัย มีพฤติกรรมม่วนวายที่สะพานลอย 6 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล

ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางกาย

ข้อมูลความเจ็บป่วย (ประวัติความเจ็บป่วยทางจิตและโรคทางกายที่เกี่ยวข้อง ประวัติพัฒนาการ ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัว ประวัติการรักษา)

ประวัติปัจจุบัน

สองวันก่อนมาโรงพยาบาล มีผู้พบผู้ป่วยลักษณะผมเผ้ายุ่งเหยิง มีซีไคลตามตัว มีกลิ่นตัว สวมเสื้อผ้าขาด ๆ ตะโกนโวยวายด้วยถ้อยคำหยาบคายอยู่บนสะพานลอยแห่งหนึ่งในจังหวัด A บางครั้งหญิงรายดังกล่าวจะถุยน้ำลายใส่คนที่เดินผ่านไปผ่านมา ทำให้คนที่สัญจรไปมารู้สึกหวาดกลัว

หกชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยพกอาวุธขึ้นไปบนสะพานลอยแห่งเดิม ไม่ได้ทำร้ายใคร แต่คู่มือที่ดูดีกว่าวันก่อน ๆ ตาขวาง พุดจาทำทนายคนที่สัญจรไปมา ตำรวจจึงนำส่งโรงพยาบาลบ้านนอน ตรวจประเมินอาการเบื้องต้น เห็นว่าผู้ป่วยมีภาวะอันตราย จึงส่งต่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสิรินาคี ซึ่งเป็นสถานบำบัดรักษา

เนื่องจากผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอมและไม่มีผู้ให้ความยินยอมแทน

ประวัติอดีตและประวัติส่วนตัว

- ปฏิเสธประวัติโรคประจำตัวทางกาย และไม่เคยรักษาอาการทางจิตมาก่อน
- เป็นชาวจังหวัด C โดยกำเนิด
- จบการศึกษา ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ที่โรงเรียนใกล้บ้าน ไม่ทราบผลการเรียน
- เคยทำงานรับจ้างทั่วไป อยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง ออกมาหางานในเมือง ไม่ได้กลับบ้านประมาณ 3 ปีแล้ว ไม่ได้

ติดต่อญาติพี่น้อง**ประวัติครอบครัว**

- ไม่ทราบประวัติการรักษาด้านจิตเวชในครอบครัว
- ยังติดตามญาติไม่ได้

การตรวจทางร่างกาย

Vital signs: BT 37.0 C, BP 130/80 mmHg, HR 80 bpm, RR 16 /min

HEENT: contusion at head and forehead, not pale, no jaundice, no discharge per nostrils

Heart: normal S1S2, no murmur

Lungs: normal breath sounds, no adventitious sounds

Nervous system: pupils 3 mm RTLBE, motor gr V all, DTR 2+ all, Babinski's sign: negative

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ถ้ามี)

CBC, BUN, Cr, electrolyte, LFT, CXR P ผลปกติ

การตรวจสภาพจิต

สภาพร่างกาย การแต่งกายและพฤติกรรมภายนอก (general appearance): หญิงไทย สวมชุดผู้ป่วย มีรอยฟกช้ำบริเวณศีรษะและหน้าผาก อยู่ไม่นิ่ง พุดจาเสียงดัง ดูหงุดหงิด

อารมณ์และความรู้สึกที่แสดงออก (mood and affect): Irritable mood

ลักษณะของคำพูด (pattern of speech): Irrelevant speech

การรับรู้และประสาทหลอน (perception and hallucination): Auditory hallucination

ความคิดหลงผิด (delusion): Persecutory delusion

ความคิดหวาดระแวงและพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น (paranoid): Persecutory delusion

ความสามารถในการควบคุมตนเอง (impulsive control): Poor

ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล (orientation): Good orientation

ความคิด และพฤติกรรมพยายามฆ่าตัวตาย (attempted suicide): Self-mutilation, denied suicidal ideation
อื่น ๆ:

การทดสอบทางจิตวิทยาคลินิก (ถ้ามี)

การดำเนินโรค

ระหว่างรักษาแบบผู้ป่วยใน ผู้ป่วยมีอาการทางจิต หูแว่ว ตะโกนโต้ตอบกับเสียงหูแว่ว ตาขวาง ดูระแวงระวัง บางครั้งเขย่าประตู กลางคืนไม่นอน ปรับ perphenazine 24 mg/day ในสัปดาห์แรก และ 32 mg/day ในสัปดาห์ที่ 2 อาการทางจิตลดลงบ้าง พุดจารู้เรื่องมากขึ้น แต่ยังมีอาการหูแว่ว และหงุดหงิดง่าย พยาบาลรายงานแพทย์หญิงปริยา ได้รับคำสั่งให้ฉีด haloperidol 5 mg im, diazepam 10 mg iv และจำกัดพฤติกรรม นางสาวรัชตาภาอาการสงบลง แต่ยังมีอาการหูแว่ว และความคิดหลงผิดอยู่

หนึ่งสัปดาห์หลังคณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งบังคับรักษา ผู้ป่วยยังมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงสั่งให้กระโดด บางครั้งเป็นเสียงมาตำหนิและคุกคาม ผู้ป่วยพยายามไม่สนใจเสียงหูแว่วแต่ทนเสียงไม่ไหว ทำให้รู้สึกหงุดหงิด นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีความคิดหวาดระแวงว่าจะมีคนมาทำร้าย จะมีคนมาวางยาพิษ ไม่ยอมกินอาหาร และไม่ไว้วางใจผู้รักษา แพทย์เจ้าของไข้ปรับเพิ่ม perphenazine 40 mg/day

สองสัปดาห์หลังคณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งบังคับรักษา ผู้ป่วยมีอาการหูแว่ว ได้ยินเสียงสั่งให้ทำร้ายตัวเองและให้ไปตาย ผู้ป่วยใช้สิริชะโวก้าแกงจนมีแผลและใช้ดินสอทิ่มตามใบหน้า แพทย์เจ้าของไข้พิจารณาว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง และมีความเสี่ยงเป็นอันตรายถึงชีวิตต่อผู้ป่วย

ผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการผู้ป่วยของคณะกรรมการ

วินิจฉัยโรคจิตเภท (schizophrenia) ผู้ป่วยมีอาการหูแว่วสั่งให้ทำร้ายตนเองและให้ไปตาย ผู้ป่วยทำตามเสียงสั่ง ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะอันตรายต่อตนเอง

มติของคณะกรรมการ

ผู้ป่วยมีภาวะอันตรายต่อตนเอง คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีมติเป็นเอกฉันท์ให้ทำการรักษาด้วยไฟฟ้า 9 ครั้ง เนื่องจากเป็นวิธีการรักษาที่เห็นผลรวดเร็ว หากไม่ทำการรักษาด้วยไฟฟ้าอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

ลงนาม ชูชาติพันธุ์ รัตนวงศ์วิริทธิ์
(นายชูชาติพันธุ์ รัตนวงศ์วิริทธิ์)
ประธานกรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม วิภารัตน์ มงคลไพบรณีย์
(นางวิภารัตน์ มงคลไพบรณีย์)
กรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม สกุณาภรณ์ วรปักษ์
(นางสาวสกุณาภรณ์ วรปักษ์)
กรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม ชนทัต นิตติวิกรมบดี
(นายชนทัต นิตติวิกรมบดี)
กรรมการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม ธนาคาร วิริยการ
(นายธนาคาร วิริยการ)
กรรมการสถานบำบัดรักษา



คำสั่งคณะกรรมการบำบัดรักษา

๒/๒๕๖๕

เรื่อง คำสั่งให้บุคคลต้องเข้ารับการบำบัดรักษา

ด้วยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของผู้รับการตรวจ นางสาวรัชตภา ปิยรัชตะ อายุ ๓๖ ปี เลขที่ทั่วไป (Hospital Number) ๒๒๐๗/๖๓ โดยละเอียดแล้ว ผลปรากฏว่า ผู้รับการตรวจมีภาวะอันตราย ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา ๒๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๙ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาประจำสถานบำบัดรักษาโรงพยาบาลจิตเวชสิรินาดี โดยมติคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาในการประชุมเมื่อวันที่ ๒๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕ และแบบบันทึกการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา (ตจ.๒) จึงมีคำสั่ง ดังต่อไปนี้

ให้ผู้รับการตรวจชื่อ นางสาวรัชตภา ปิยรัชตะ

ต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษาโดยรับไว้เป็นผู้ป่วยในด้วยการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากผู้ป่วยมีภาวะอันตรายต่อชีวิต (ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาในแบบ ตจ.๒) มีกำหนด ๙ ครั้ง

ในกรณีที่ไม่เห็นด้วยกับคำสั่งดังกล่าวข้างต้น ให้ผู้ป่วย หรือคู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วยแล้วแต่กรณี มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่งดังกล่าว โดยยื่นต่อผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษา

ลงนาม ชูชาติพันธุ์ รัตนวงศ์วิทธิ

(นายชูชาติพันธุ์ รัตนวงศ์วิทธิ)

ประธานกรรมการสถานบำบัดรักษา

วันที่ ๒๖ เดือน มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๕

หลังจากทำการรักษาด้วยไฟฟ้าทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ รวม 9 ครั้ง ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็ว ปฏิเสธอาการหูแว่ว ไม่พบพฤติกรรมพุดคนเดียวหรือยิ้มหัวเราะคนเดียว ไม่พบความคิดหลงผิด พุดจากรู้เรื่อง กระแสความคิดต่อเนื่องมากขึ้น ผู้ป่วยให้ประวัติเพิ่มเติมว่าดื่มสุราและใช้ยาบ้าเป็นครั้งคราว ไม่ได้ใช้ประจำ ตอนนี้ยังไม่แน่ใจว่าตนเองมารับการรักษาทำไม ผู้ป่วยให้ข้อมูลที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ของพี่ชาย พยาบาลประจำหอผู้ป่วยโทรศัพท์ติดต่อพี่ชายได้ พี่ชายอาศัยและทำงานอยู่ที่จังหวัด C ให้ข้อมูลว่าผู้ป่วยหายออกจากบ้านประมาณ 3 ปีก่อน และขาดการติดต่อ พี่ชายจึงเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาลจิตเวชสิรินาดี และให้ความยินยอมในการบำบัดรักษา จากนั้นแพทย์และพยาบาลเจ้าของไข้ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การกินยา และการดูแลตนเอง รวมทั้งให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยให้พี่ชายได้รับทราบ แพทย์เจ้าของไข้ประเมินว่าผู้ป่วยรับรู้ความเจ็บป่วยมากพอที่จะดูแลตนเองได้และพี่ชายสามารถดูแลผู้ป่วยได้จึงจำหน่ายผู้ป่วย และนัดมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชสิรินาดี 2 สัปดาห์

แพทย์เจ้าของไข้รายงานผลการบำบัดรักษาให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ และรายงานผลการติดตามหลังจำหน่ายให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบตามระยะเวลาที่กฎหมายกำหนด โดยใช้แบบ ตจ.4 แม้ว่าพี่ชายให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาแล้ว แต่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาได้มีคำสั่งบังคับรักษาผู้ป่วยรายนี้ กระบวนการบังคับบำบัดรักษา การรายงานผลการบำบัดรักษาและการจำหน่ายผู้ป่วย และการติดตามหลังจำหน่ายจึงยังดำเนินต่อไป ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ต่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ เว้นแต่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาจะเพิกถอนคำสั่งบังคับรักษา

การอุทธรณ์

กรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งบังคับบำบัดรักษา ผู้ป่วย คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วยมีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่ง⁵⁷ ท้ายหนังสือคำสั่ง หรือแบบ ตจ.3 จะแจ้งสิทธิอุทธรณ์ไว้แล้ว โดยคณะกรรมการอุทธรณ์จะพิจารณาอุทธรณ์ให้แล้วเสร็จภายใน 30 วันนับแต่ได้รับอุทธรณ์ คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด⁵⁸

ทั้งนี้ ระหว่างการพิจารณาอุทธรณ์ถือว่าคำสั่งบังคับบำบัดรักษาของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาบังคับมีผล เว้นแต่คณะกรรมการอุทธรณ์จะเห็นสมควรให้มีการทุเลาการบังคับตามคำสั่งนั้นไว้ชั่วคราว⁵⁹

⁵⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 42 วรรคแรก.

⁵⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 42 วรรคสาม.

⁵⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 42 วรรคสอง.

คณะกรรมการอุทธรณ์

คณะกรรมการอุทธรณ์มีองค์ประกอบ ดังนี้

- อธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธานกรรมการ

- ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคลและมีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต จำนวน 3 คน เป็นกรรมการ⁶⁰

ทั้งนี้ ให้กรมสุขภาพจิตมีหนังสือแจ้งไปยังองค์กรภาคเอกชนให้มีการคัดเลือกบุคคลเพื่อเสนอรายชื่อผู้แทนเข้ารับการคัดเลือกเป็นกรรมการ⁶¹ โดยกรมสุขภาพจิตจัดประชุมเพื่อให้ผู้แทนที่ได้รับการเสนอชื่อเลือกกันเองให้เหลือจำนวน 3 คน⁶²

- ผู้ทรงคุณวุฒิสภาการแพทย์จิตเวช จิตวิทยาคลินิก สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และกฎหมาย สาขาละ 1 คน รวมจำนวน 5 คน เป็นกรรมการ

ทั้งนี้ ให้กรมสุขภาพจิตมีหนังสือแจ้งไปยังสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมนักจิตวิทยาคลินิกไทย สมาคมนักสังคมสงเคราะห์จิตเวช และสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย เพื่อเสนอชื่อผู้ทรงคุณวุฒิสภาการแพทย์จิตเวช จิตวิทยาคลินิก สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช⁶³ และให้ประกาศสรรหาผู้ทรงคุณวุฒิสภากฎหมาย โดยคณะกรรมการสรรหาคัดเลือกให้เหลือเพียง 1 คน^{64, 65}

กรรมการมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละ 3 ปี และดำรงตำแหน่งติดกันได้ไม่เกิน 2 วาระ^{66, 67}

ขั้นตอนการอุทธรณ์และพิจารณาอุทธรณ์

การอุทธรณ์และพิจารณาอุทธรณ์มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้มีสิทธิอุทธรณ์ทำหนังสือที่มีข้อมูลและองค์ประกอบอย่างน้อย ได้แก่ วัน เดือน ปี ที่ยื่นอุทธรณ์ ชื่อตัว นามสกุล และที่อยู่ของผู้อุทธรณ์ ข้อโต้แย้งและเหตุผลที่ยกขึ้นอ้างอิงในอุทธรณ์โดยชัดแจ้ง พร้อมทั้งความประสงค์หรือคำขอของผู้อุทธรณ์ ลายมือชื่อของผู้อุทธรณ์ โดยผู้อุทธรณ์จะยื่นสำเนาคำสั่งของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาพร้อมด้วยเอกสารประกอบการอุทธรณ์ด้วยก็ได้

2. ผู้มีสิทธิอุทธรณ์ยื่นหนังสือต่อผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษาเพื่อรับหนังสือและออกไปรับอุทธรณ์ และเสนอคณะกรรมการอุทธรณ์เพื่อพิจารณาอุทธรณ์

3. คณะกรรมการอุทธรณ์พิจารณาคำวินิจฉัยหรือคำสั่งที่ฎกอุทธรณ์ คำอุทธรณ์ และเอกสารหลักฐานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง คณะกรรมการอาจนำข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษา และรายละเอียดอื่น ๆ ของผู้ป่วย เช่น อาการและอาการแสดงทางคลินิก ประวัติการรักษาทางจิตเวช ผลการตรวจทางจิตวิทยา มาประกอบการพิจารณาด้วยก็ได้

⁶⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 43.

⁶¹ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเลือกและการแต่งตั้งผู้แทนองค์กรภาคเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการอุทธรณ์ฯ พ.ศ. 2563 ข้อ 6.

⁶² ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเลือกและการแต่งตั้งผู้แทนองค์กรภาคเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการอุทธรณ์ฯ ข้อ 9.

⁶³ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเลือกและการแต่งตั้งผู้แทนองค์กรภาคเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการอุทธรณ์ฯ ข้อ 11.

⁶⁴ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเลือกและการแต่งตั้งผู้แทนองค์กรภาคเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการอุทธรณ์ฯ ข้อ 16.

⁶⁵ ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเลือกและการแต่งตั้งผู้แทนองค์กรภาคเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการอุทธรณ์ฯ ข้อ 19.

⁶⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 7.

⁶⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 45.

กรณีที่เป็นการพิจารณาอุทธรณ์คำสั่งขยายระยะเวลาการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา ให้นำข้อมูลเกี่ยวกับผลการบำบัดรักษา พฤติกรรมที่มีภาวะอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่นและทรัพย์สิน อารมณ์ ความคิด การรับรู้ การเจ็บป่วยทางจิต และความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา รวมทั้ง ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์มาประกอบการพิจารณาด้วย

คณะกรรมการอุทธรณ์อาจสั่งให้พนักงานเจ้าหน้าที่หาข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นที่กำหนดเพื่อประกอบการพิจารณาก็ได้

4. คณะกรรมการอุทธรณ์ทำคำวินิจฉัยอุทธรณ์เป็นหนังสือที่มีข้อมูลและองค์ประกอบอย่างน้อย ได้แก่ วัน เดือน ปี ที่มีคำวินิจฉัยอุทธรณ์ ข้อเท็จจริงที่นำมาใช้ประกอบการวินิจฉัยอุทธรณ์ เหตุผลในการวินิจฉัยอุทธรณ์ ลายมือชื่อของคณะกรรมการอุทธรณ์ที่มาร่วมพิจารณาวินิจฉัยอุทธรณ์

5. คณะกรรมการอุทธรณ์แจ้งคำวินิจฉัยอุทธรณ์ไปยังผู้อุทธรณ์ผ่านผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษา โดยให้ดำเนินการภายใน 3 วันทำการ นับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำวินิจฉัยจากคณะกรรมการอุทธรณ์

อนึ่ง ผู้อุทธรณ์อาจขอถอนอุทธรณ์ได้ก่อนที่คณะกรรมการอุทธรณ์จะมีคำวินิจฉัยอุทธรณ์ เมื่อมีการถอนอุทธรณ์เรื่องใดหรือประเด็นใดแล้ว ห้ามมิให้อุทธรณ์ซ้ำในเรื่องนั้นหรือประเด็นนั้นอีก⁶⁸

สรุป

การให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาเป็นกระบวนการพื้นฐานก่อนเริ่มต้นทำการรักษา กรณีที่ผู้ป่วยขาดความสามารถในการให้ความยินยอม และไม่มีผู้ให้ความยินยอมแทน รวมทั้งหากพิจารณาว่าผู้ป่วยมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา จึงจำเป็นต้องมีกระบวนการบังคับรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงการรักษา ขณะเดียวกันก็ต้องมีคณะกรรมการสถานบำบัดรักษามาตรวจประเมินอาการ ทำความเห็น และมีคำสั่งเกี่ยวกับการรักษา เพื่อเป็นการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามหลักสิทธิมนุษยชน และเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ตลอดกระบวนการบำบัดรักษา

⁶⁸ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ พ.ศ. 2564.

เอกสารอ้างอิง

หนังสือ

แนวทางการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียนผู้ป่วยจิตเวช กรณีผู้ป่วยใน. ใน: คู่มือการตรวจประเมินคุณภาพการบันทึกเวชระเบียน (Medical record audit guideline) 2563 (น. 89-119). กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2563.

วิฑูรย์ ตริสุนทรรัตน์ และ ธนสร สุทธิบัติ. กฎหมายการแพทย์ ความยินยอมภายหลังได้รับการบอกกล่าว (Inform consent). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์นิติธรรม, 2562.

ราชกิจจานุเบกษา

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบหนังสือให้ความยินยอมการบำบัดรักษา พ.ศ. 2564. (2564, 13 พฤษภาคม).

ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 102 ง.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. (2562, 16 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 50 ก.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. (2551, 20 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 ตอนที่ 36 ก.

ระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการเลือกและการแต่งตั้งผู้แทนองค์รภาคเอกชนและผู้ทรงคุณวุฒิเป็นกรรมการอุทธรณ์ พ.ศ. 2563. (2563, 16 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 163 ง.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งตัวบุคคลเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น ในกรณีฉุกเฉิน พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการส่งย้ายผู้ป่วยไปรับการรักษาในสถานบำบัดรักษาอื่น พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการพิจารณาเพื่อมีคำสั่งให้บุคคลต้องเข้ารับการรักษา พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการบำบัดรักษา การจำหน่ายผู้ป่วย และการติดตามผลการบำบัดรักษา พ.ศ. 2565. (2565, 22 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง.

บทที่ 4

การบำบัดรักษาผู้ป่วยคดี

วิชชุดา จันทราษฎร์

- กรณีพนักงานสอบสวนหรือศาลส่งตัวผู้ป่วยคดีมารับการตรวจวินิจฉัย และประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี
- กรณีศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีมาคุมตัวและรับการบำบัดรักษา ในสถานบำบัดรักษา
- กรณีศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา
- สรุป

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ระบุความหมายของผู้ป่วยคดีไว้หลายกรณี ได้แก่ ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาในคดีอาญา ซึ่งพนักงานสอบสวนหรือศาลสั่งให้ได้รับการตรวจหรือบำบัดรักษา ผู้ป่วยที่ศาลมีคำสั่งให้ได้รับการบำบัดรักษาภายหลังศาลมีคำพิพากษาในคดีอาญา¹ จะเห็นว่าผู้ป่วยคดีตามนิยามนี้มีความหมายครอบคลุมจำแนกตามวัตถุประสงค์การนำส่งได้ 3 กรณี ได้แก่

1. กรณีพนักงานสอบสวนหรือศาลส่งตัวผู้ป่วยคดีมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14

2. กรณีศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีมาคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 และมาตรา 49 วรรคสอง ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 (1)

3. กรณีศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56 วรรคสอง (4)

การจำแนกประเภทตามวัตถุประสงค์การนำส่งทางกฎหมายมีผลต่อแนวทางปฏิบัติต่างกัน ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้กำหนดแนวทางการดำเนินการในประเด็นสำคัญที่จะสอดคล้องกับประเด็นตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น ระยะเวลาในการตรวจประเมิน การรายงานผล การกำหนดมาตรการป้องกันการหลบหนีหรือป้องกันอันตราย ส่วนแนวทางการปฏิบัติอื่น ๆ ตามมาตรฐานวิชาชีพนั้นขึ้นกับสถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งกำหนดให้สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของกฎหมาย ดังนั้น แนวทางการปฏิบัติที่เรียบเรียงมาในที่นี่ จึงเป็นตัวอย่างการปฏิบัติที่อ้างอิงตามเจตนารมณ์ของกฎหมายและวิธีการที่กฎหมายกำหนด สถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งสามารถปรับแนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทได้โดยยึดเจตนารมณ์ของกฎหมายวิธีการที่กฎหมายกำหนด และมาตรฐานวิชาชีพ

กรณีพนักงานสอบสวนหรือศาลส่งตัวผู้ป่วยคดีมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ระบุว่า “ในระหว่างทำการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณี สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้นเสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำ หรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด

ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเห็นว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ใ้แจ้งการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริตหรือสามารถต่อสู้คดีได้ และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิตหรือมอบให้แก่ผู้อนุบาล ข้าหลวงประจำจังหวัดหรือผู้อื่นที่เต็มใจไปรับดูแลรักษา ก็ได้ ตามแต่จะเห็นสมควร

กรณีที่ศาลงดการใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ดังบัญญัติไว้ในวรรคก่อน ศาลจะสั่งจำหน่ายคดีเสียชั่วคราวก็ได้”

¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 3.

ดังนั้น ผู้ป่วยคดีตามกฎหมายฉบับนี้หมายถึง ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเชื่อว่าเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ และอยู่ในระหว่างทำการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา กฎหมายได้ให้อำนาจพนักงานสอบสวนหรือศาลส่งตัวมาเพื่อให้แพทย์ตรวจประเมินได้ โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้กำหนดมาตรการและวิธีการที่เกี่ยวข้องไว้ในมาตรา 35 และมาตรา 36

การดำเนินคดีอาญาโดยทั่วไป เริ่มจากการก่อคดีและถูกจับกุม จากนั้นพนักงานสอบสวนจะรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับคดีส่งให้พนักงานอัยการ ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าก่อคดี เรียกว่า “ผู้ต้องหา” ต่อมาเมื่อพนักงานอัยการสั่งฟ้องแล้วคดีอยู่ในชั้นศาล ผู้ที่ถูกกล่าวหาว่าก่อคดี เรียกว่า “จำเลย” ในชั้นศาลจะมีการรวบรวมข้อมูลจากพยานหลักฐานต่างๆ เพื่อการพิพากษา ระยะที่กล่าวมาทั้งหมดขอเรียกว่า “ระยะก่อนพิพากษา”

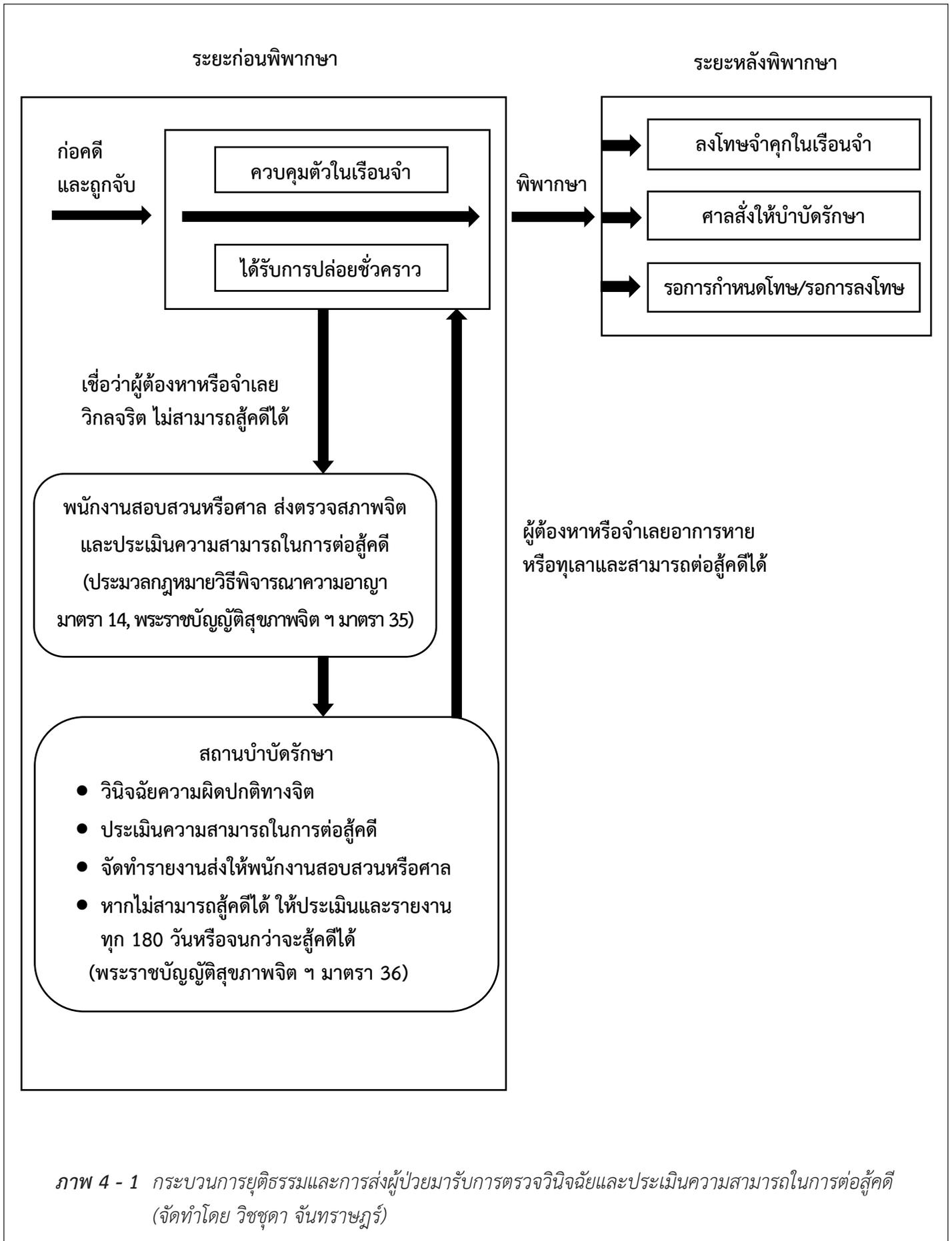
“ระยะก่อนพิพากษา” ผู้ต้องหาหรือจำเลย จะมี 2 ประเภทคือ ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ถูกควบคุมตัวในเรือนจำ และผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ได้รับการปล่อยชั่วคราวหรือประกันตัว ในระยะก่อนพิพากษาเป็นช่วงเวลาที่มีการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาคดี หากพนักงานสอบสวนหรือศาลเชื่อผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริต (ในความหมายปัจจุบันอาจหมายถึงผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต) กฎหมายได้ให้อำนาจพนักงานสอบสวนหรือศาลส่งตัวมาเพื่อให้แพทย์ตรวจประเมินได้ และรายงานว่าได้ผลอย่างไร² โดยกำหนดให้ส่งตัวไปยังสถานบำบัดรักษาเพื่อให้จิตแพทย์ตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและความสามารถในการต่อสู้คดี³ หากบำบัดรักษาแล้วประเมินว่าอาการหายหรือทุเลาและสามารถต่อสู้คดีได้ จึงนำตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยไปดำเนินคดีตามกระบวนการยุติธรรมต่อไป หากไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้ประเมินและรายงานทุก 180 วันหรือจนกว่าจะสู้คดีได้⁴

“ระยะหลังพิพากษา” เป็นระยะหลังจากที่มีการพิพากษาซึ่งผลการพิพากษา จำเลยที่ป่วยทางจิตเวช อาจได้รับการลงโทษจำคุกในเรือนจำ (จำเลยอาจได้รับการลดหย่อนโทษ ยกเว้นโทษหรือไม่ได้รับการลดหย่อนโทษ ขึ้นกับดุลยพินิจของศาล) หากพบว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ศาลสามารถส่งไปบำบัดรักษาโดยควบคุมตัวไว้ที่สถานบำบัดรักษาได้ และจำเลยบางราย ศาลอาจให้รอกการกำหนดโทษหรือรอกการลงโทษและกำหนดเงื่อนไขในการคุมประพฤติหรือส่งบำบัดรักษาได้ หากพบว่ามีความเจ็บป่วย ดังภาพ 4 – 1

² ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14.

³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 35.

⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 36.



ภาพ 4 - 1 กระบวนการยุติธรรมและการส่งผู้ป่วยมารับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (จัดทำโดย วิชชุดา จันทราชภูร์)

ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 35 และมาตรา 36 ตลอดจนอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง ได้วางแนวทางการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ดังนี้

1. การส่งตัวผู้ป่วยคดี

พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณี จะส่งผู้ต้องหาหรือจำเลยซึ่งเชื่อได้ว่าเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ และอยู่ระหว่างทำการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณารับการตรวจวินิจฉัย ความผิดปกติทางจิตและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี สรุปได้ดังตาราง 4 – 1

ตาราง 4 - 1 การส่งตัวผู้ป่วยคดีเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

ประเด็น	รายละเอียด
ผู้นำส่ง	พนักงานสอบสวนหรือศาล
ผู้ถูกส่งตัว	ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเชื่อว่าเป็นผู้วิกลจริต และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ และอยู่ระหว่างทำการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณา
กฎหมายที่นำส่ง	ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 35
วัตถุประสงค์การนำส่ง	เพื่อให้จิตแพทย์ตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี
สถานที่นำส่งตัว	สถานบำบัดรักษา
สิ่งที่กำหนดให้ส่งมาพร้อมกับผู้ต้องหาหรือจำเลย	รายละเอียดพฤติการณ์คดี ในทางปฏิบัติ พนักงานสอบสวนหรือเจ้าหน้าที่เรือนจำจะนำตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยมาที่สถานบำบัดรักษาพร้อมทั้งหนังสือส่งตัวจากสถานีตำรวจหรือศาล ซึ่งมีข้อมูลชื่อ นามสกุลของผู้ต้องหาหรือจำเลย เลขที่คดี คดี วันที่เกิดเหตุ ซึ่งเป็นข้อมูลโดยย่อ ส่วนรายละเอียดพฤติการณ์คดีมักจะต้องขอจากพนักงานสอบสวนภายหลัง

(เรียบเรียงโดย วิชชุดา จันทร์ราษฎร์)

2. การรับตัวผู้ป่วยคดี

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ไม่ได้บัญญัติว่ารับตัวไว้แบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก แต่ในกรณีที่ผู้ต้องหาหรือจำเลยอยู่ในระหว่างการควบคุมตัว ไม่ได้รับการประกันตัว ส่วนใหญ่จะรับตัวไว้ในสถานบำบัดรักษาเพื่อความสะดวกและสังเกตอาการใกล้ชิด เนื่องจากหากประเมินแบบผู้ป่วยนอก ผู้ต้องหาหรือจำเลยจะต้องเดินทางจากเรือนจำมาสถานบำบัดรักษาเพื่อทำการตรวจ อาจเพิ่มความเสี่ยงในการหลบหนีและต้องเสียกำลังเจ้าหน้าที่ผู้คุมควบคุมตัวมาทุกครั้ง ส่วนผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ได้รับการปล่อยชั่วคราวหรือประกันตัว สามารถรับไว้ตรวจประเมินได้ทั้งแบบผู้ป่วยนอกหรือแบบผู้ป่วยใน

สถานบำบัดรักษาอาจขอให้พนักงานสอบสวนหรือศาลกำหนดวิธีการเพื่อป้องกันการหลบหนีหรือเพื่อป้องกันอันตรายได้ ในทางปฏิบัติพนักงานสอบสวนหรือเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ จะทำหนังสืออภัยตัวต่อสถานีตำรวจในพื้นที่ที่สถานบำบัดรักษาตั้งอยู่เพื่อให้สถานีตำรวจในพื้นที่ดูแลการควบคุมตัวไว้ในสถานบำบัดรักษา กรณีผู้ต้องหาหรือจำเลยหลบหนี ต้องแจ้งสถานีตำรวจในพื้นที่เพื่อติดตามตัวผู้ต้องหาหรือจำเลยดังกล่าว

3. กระบวนการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ

วัตถุประสงค์การตรวจประเมินคือ เพื่อให้จิตแพทย์วินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและทำความเข้าใจเพื่อประกอบการพิจารณาของพนักงานสอบสวนหรือศาลว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่⁶ ให้อำนาจสถานบำบัดรักษาเรียกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องหาหรือจำเลยจากสถานพยาบาลอื่นได้เพื่อการรวบรวมข้อมูลสำหรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 บัญญัติถึงสิทธิผู้ป่วยไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่น่าจะก่อให้เกิดความเสียหายต่อผู้ป่วย เว้นแต่ในกรณีที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน หรือมีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย”⁷ กรณีที่สถานพยาบาลอื่นให้ข้อมูลด้านสุขภาพกับสถานบำบัดรักษานี้ ตรงกับข้อยกเว้นตามกฎหมายที่ว่า มีกฎหมายเฉพาะให้ต้องเปิดเผย เพื่อให้สามารถพิทักษ์ความยุติธรรมให้กับผู้ป่วยและสังคม ตลอดจนสามารถดำเนินกระบวนการยุติธรรมต่อไปได้

กระบวนการประเมินเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและทำความเข้าใจเพื่อประกอบการพิจารณาของพนักงานสอบสวนหรือศาลว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยสามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่

วัตถุประสงค์หลักในการประเมิน ได้แก่

- เพื่อวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและการบำบัดรักษา
- เพื่อประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

กระบวนการประเมินเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ได้แก่

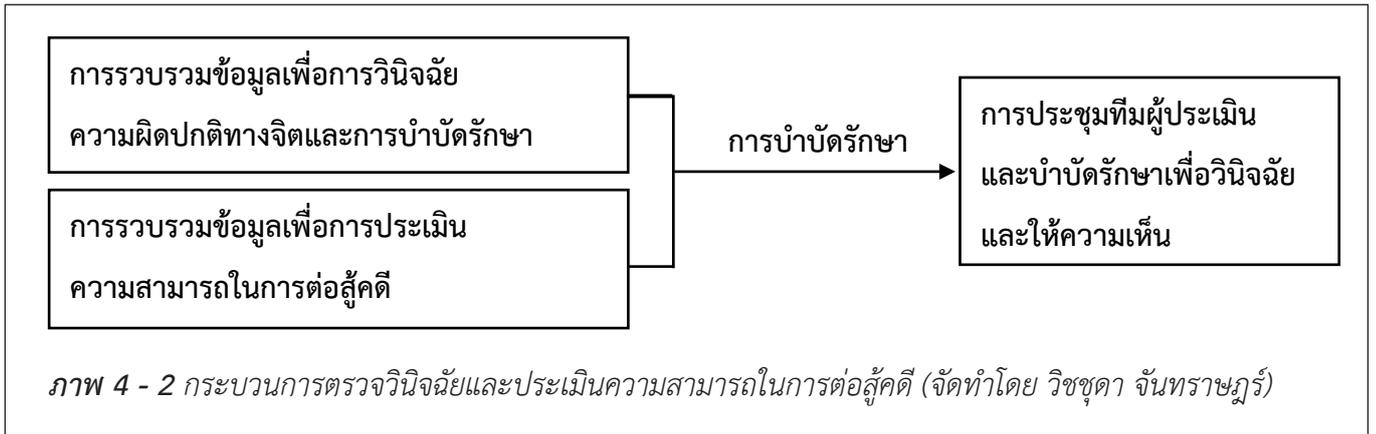
- 3.1 การรวบรวมข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและการบำบัดรักษา
- 3.2 การรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี
- 3.3 การบำบัดรักษา
- 3.4 การประชุมทีมผู้ประเมินและบำบัดรักษาเพื่อวินิจฉัยและให้ความเห็น

⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 35.

⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 35.

⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 16.

กระบวนการต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงกันตามภาพ 4 - 2



3.1 การรวบรวมข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและการบำบัดรักษา

การรวบรวมข้อมูลส่วนนี้มีวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูลเพื่อการวินิจฉัยโรคและวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่

1) ประวัติอาการ ความเจ็บป่วย การดำเนินโรค และการบำบัดรักษา

ระบุแหล่งที่มาของข้อมูลว่าได้ข้อมูลจากญาติคนใด จากผู้ป่วย จากสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่เคยไปรับการบำบัดรักษา ซึ่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 35 ให้อำนาจสถานบำบัดรักษาเรียกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องหาหรือจำเลยจากสถานพยาบาลอื่นได้ ข้อมูลอาการขณะควบคุมตัวที่สถานีตำรวจ เรือนจำ เป็นต้น

รายละเอียดของอาการที่บ่งบอกถึงความเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ ลักษณะอาการ ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการ ระยะเวลาของอาการ ความสม่ำเสมอของอาการ การดำเนินโรค ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน การเรียน การงาน ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น

รายละเอียดการวินิจฉัย วิธีการการบำบัดรักษาที่ผ่านมา การตอบสนองต่อการรักษา ประวัติส่วนตัว เช่น พัฒนาการ บุคลิกภาพ นิสัย การเรียน การทำงาน โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการกระทบกระเทือนทางสมอง เป็นต้น

2) การประเมินครอบครัว ผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ

ประวัติครอบครัว ความสัมพันธ์ การเลี้ยงดูและผู้ที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทศนคติต่อผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการก่อกวน ข้อจำกัดของครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมในการดูแล แหล่งสนับสนุนของครอบครัวต่าง ๆ เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคมจิตใจ

3) ข้อมูลการสังเกตอาการขณะที่รับไว้ในสถานบำบัดรักษาหรือสังเกตอาการระหว่างการประเมินกรณีผู้ป่วยนอก

การสังเกตอาการมีความสำคัญมาก เนื่องจากลักษณะอาการ รายละเอียด การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ระยะเวลาของการเกิดอาการแต่ละครั้ง ความถี่ ความสม่ำเสมอของอาการ รวมทั้งการดำเนินโรค มีผลต่อการวินิจฉัย การประเมินความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ รวมถึงการวางแผนการบำบัดรักษาและในบางรายอาจจะกล่าวถึงว่าตนเองเจ็บป่วยเพื่อหวังผลในการลดหย่อนโทษ การสังเกตอาการจะสามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการแยกระหว่างป่วยจริงและแกล้งป่วยได้

ในทางปฏิบัติ หากรับผู้ป่วยคดีไว้ในสถานบำบัดรักษา พยาบาลที่หือผู้ป่วยจะสามารถสังเกตอาการได้ตลอด 24 ชั่วโมง และการตรวจประเมินโดยผู้ประเมินที่หลากหลายวิชาชีพจะช่วยให้การสังเกตอาการครอบคลุมมากขึ้น แม้จะประเมินแบบผู้ป่วยนอกก็สามารถใช้ช่วงเวลานัดมาตรวจแต่ละครั้งในการสังเกตอาการได้ครบถ้วนที่ข้อมูลการสังเกตอาการอย่างละเอียด พร้อมกับบันทึก วัน เวลาที่เกิดอาการ เพราะสามารถเป็นข้อมูลในการดูแลการดำเนินของโรคได้ และดูความสม่ำเสมอของอาการ

4) การตรวจสภาพจิต

จำเป็นต้องตรวจสภาพจิตให้ครอบคลุมและบันทึกข้อมูลการตรวจทุกครั้งพร้อมกับบันทึก วัน เวลาที่ตรวจ เพราะสามารถเป็นข้อมูลในการดูแลการดำเนินของโรคและดูความสม่ำเสมอของอาการได้

5) การตรวจร่างกายทุกระบบ

ควรตรวจร่างกายอย่างละเอียดเนื่องจากโรคทางจิตเวชบางโรคมีสาเหตุจากโรคทางกายหรือโรคจิตเวชมีผลต่ออาการทางกายหรือโรคทางกายหรืออาจเป็นโรคร่วมที่จำเป็นต้องบำบัดรักษาไปควบคู่กัน

6) การทดสอบทางจิตวิทยา

ข้อมูลจากการทดสอบทางจิตวิทยาเป็นข้อมูลสำคัญเพื่อประกอบการวินิจฉัยและการวางแผนบำบัดรักษา เช่น ระดับสติปัญญา ความรุนแรง พยาธิสภาพทางสมอง แนวความคิดเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ บุคลิกภาพ การทดสอบทางจิตวิทยายังสามารถช่วยประกอบการวินิจฉัยกรณีแก่งผู้ป่วยอีกด้วย ทั้งนี้ ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย การเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพของนักจิตวิทยา

7) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางประการมีส่วนช่วยในการวินิจฉัย เช่น urine substance, brain imaging เป็นต้น

8) ข้อมูลการประเมินสมรรถภาพในการศึกษา/การทำงาน

การประเมินสมรรถภาพ ควรมีข้อมูลประวัติการศึกษา การทำงาน ลักษณะงานที่เคยทำ และตรวจประเมินเพิ่มว่าปัจจุบันมีสมรรถภาพในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใด อาจประเมินผ่านการทำกิจกรรมโดยนักกิจกรรมบำบัดก็ได้ ข้อมูลนี้จะเป็นประโยชน์ในการประกอบการวินิจฉัยโรค เช่น โรคทางจิตเวชบางโรค เมื่อเป็นเรื้อรังพบว่าสมรรถภาพการทำงาน หรือการเรียนรู้ที่ลดลง ส่วนกลุ่มที่แก่งผู้ป่วยอาจทำกิจกรรมที่ยากได้ แต่กิจกรรมที่ง่ายกว่ากลับทำไม่ได้ ซึ่งพบความไม่สอดคล้องตามความเป็นจริง เป็นต้น

หากได้ข้อมูลประเมินสมรรถภาพ หรือความสามารถปัจจุบัน จุดแข็ง จุดอ่อน แหล่งสนับสนุนตามบริบทจะสามารถนำข้อมูลมาวางแผนในการตั้งเป้าหมายและกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพต่อได้ เช่น เป้าหมายการฟื้นฟูได้แค่ไหน เป้าหมายแค่ช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยงานในบ้านได้ หรือสามารถประกอบอาชีพได้ เป็นต้น

9) ข้อมูลของเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากการก่อคดี

ข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลที่มีความแตกต่างจากการรวบรวมข้อมูลเพื่อวินิจฉัยหรือวางแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปที่ไม่ได้ก่อคดี เนื่องจากเมื่อผู้ก่อคดีอาจส่งผลกระทบต่อเหยื่อด้วยความรุนแรงแตกต่างกัน ซึ่งเหยื่ออาจจะเป็นคนในครอบครัว ญาติ เพื่อน คนในชุมชน หรือบุคคลอื่นที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน บุคคลที่เป็นเหยื่อเหล่านี้ควรได้รับการประเมินและเยียวยา หากเหยื่อไม่ได้รับการเยียวยาอาจเกิดบาดแผลทางใจเรื้อรังและส่งผลกระทบต่อไม่ยอมรับผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหรือในชุมชน จึงควรที่จะมีข้อมูลของเหยื่อ การเยียวยา และนำข้อมูลมาวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อไป

3.2 การรวบรวมข้อมูลเพื่อการประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

วัตถุประสงค์ของ “การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี” คือ เพื่อ “พิทักษ์สิทธิ” ของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิต เนื่องจากช่วงที่ดำเนินคดี หากผู้ป่วยคดียังมีอาการทางจิตมาก แนวความคิดผิดปกติหรือบิดเบือนจากความเป็นจริง อาการทางจิตที่มากอาจทำให้มีผลกระทบกับการเรียบเรียงความคิด ความจำ การควบคุมตนเองและการตัดสินใจ และส่งผลให้ไม่สามารถพิทักษ์สิทธิตนเองได้ หากดำเนินคดีผู้ป่วยในช่วงนี้จะก่อให้เกิดความไม่ยุติธรรมกับผู้ต้องหาหรือจำเลย ดังนั้น กฎหมายจึงให้อำนาจพนักงานสอบสวนหรือศาลส่งตรวจประเมินวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและบำบัดรักษาให้อาการหายหรือทุเลาก่อน และจึงจะประเมินว่าสามารถให้การต่อสู้คดีได้หรือไม่ หรือประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีก่อนการดำเนินคดีตามกระบวนการยุติธรรมต่อไป

ดังนั้น การที่จะสามารถเล่าเรื่องราวคดี มีความเข้าใจและตระหนักถึงข้อกล่าวหาได้ จำเป็นต้องบำบัดให้อาการทางจิตหายหรือทุเลา เพื่อให้การเรียบเรียงความคิดเป็นปกติและแนวคิดตามความเป็นจริง และสามารถพิทักษ์สิทธิตนเองได้

การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีตามมาตรฐานของประเทศไทยใช้การประเมินตามส่วนสุดท้ายของแบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (แบบ ผค.1) แบ่งการประเมินเป็น 2 ส่วนใหญ่ ๆ ได้แก่

ส่วนที่ 1 การประเมินเพื่อบ่งบอกว่าอาการทางจิตหายหรือทุเลา ได้แก่

○ ความสามารถในการรับรู้กาล เวลา สถานที่ บุคคลและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว (สามารถรับรู้ตามความเป็นจริงได้หรือไม่)

○ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

ส่วนที่ 2 การประเมินเพื่อบ่งบอกความเข้าใจ ตระหนักข้อกล่าวหาและเล่าเรื่องราวได้ ได้แก่

○ ความเข้าใจตระหนักรู้เรื่องของข้อกล่าวหา ความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่ถูกกล่าวหาและความสามารถในการพูดคุยและตอบคำถามได้ตรงคำถาม

○ ความสามารถในการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากคดี⁸

ดังนั้น ข้อมูลสำคัญที่ประกอบการพิจารณาความสามารถในการต่อสู้คดี ดังนี้

1) ข้อมูลอาการและการตรวจสภาพจิตปัจจุบัน การดำเนินโรคที่ผ่านมา ข้อมูลการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมขณะบำบัดรักษา และความตระหนักในความเจ็บป่วย

เนื่องจากต้องประเมินว่าอาการตามการวินิจฉัยนั้นหายหรือทุเลาหรือไม่ และสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้หรือไม่

2) ข้อมูลจากพฤติการณ์คดีจากพนักงานสอบสวน

เพื่อประกอบการพิจารณาว่าผู้ป่วยคดี สามารถเล่าเหตุการณ์ได้ตามข้อเท็จจริงที่ถูกกล่าวหาหรือไม่ มีการรับรู้ตามความเป็นจริงหรือไม่ ตระหนักรู้เรื่องของข้อกล่าวหาหรือไม่

⁸ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี และผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยคดี การรายงานผลการบำบัดรักษาและการทำความเข้าใจ พ.ศ. 2564.

3) ข้อมูลการเล่าเหตุการณ์คดีของผู้ป่วยคดี

เนื่องจากต้องประเมินว่าสามารถเรียบเรียงเหตุการณ์การก่อคดีได้หรือไม่ ตอบตรงคำถาม และทราบว่ามีใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไร อย่างไร และรับรู้ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการก่อคดีหรือไม่ หากมีความสามารถจะแสดงให้เห็นว่าการจัดระบบความคิดความจำน่าจะเป็นปกติ

ข้อสังเกต คือ ข้อมูลที่นำมาประเมินในแบบ ผค.1 หากอาการทางจิตเวชยังไม่หายหรือทุเลา อาจจะไม่สามารถประเมินข้ออื่น ๆ ต่อได้ เพราะการที่จะมีความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ได้ตามข้อเท็จจริง และตระหนักถึงข้อกล่าวหา นั้น จำเป็นต้องอาศัยการจัดระบบความคิดและการรับรู้ความเป็นจริงที่เป็นปกติ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางรายที่สามารถเล่าเหตุการณ์ได้หมดแต่ความคิดหลงผิดแนวความคิด และการให้เหตุผลยังบิดเบือนจากความเป็นจริง ซึ่งสามารถประเมินได้ว่าผู้ป่วยยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้

4) ข้อมูลความเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับการก่อคดี

ผู้ประเมินและบำบัดรักษาควรทำความเข้าใจผู้รับการตรวจว่าการเจ็บป่วยทางจิตนั้นส่งผลต่อการก่อคดี มากน้อยเพียงใด โดยศึกษาข้อมูลการดำเนินโรคของผู้ป่วย อาการก่อนก่อคดี อาการช่วงก่อคดีและอาการหลังก่อคดี แรงจูงใจในการก่อคดีคืออะไร มีความสัมพันธ์กับเหตุอย่างไร มีอารมณ์ ความรู้สึก และความคิดอย่างไรในแต่ละช่วงเวลา ความรู้สึกผิดมีมากน้อยเพียงใด เป็นต้น

ในทางปฏิบัติ ผู้พิพากษาอาจจะต้องพิพากษาว่าขณะที่ก่อคดีจำเลยที่มีความผิดปกติทางจิตนั้น รู้ผิดชอบหรือไม่ หรือสามารถบังคับตนเองได้หรือไม่ เพื่อประกอบการพิจารณาวันโทษหรือลดหย่อนโทษ⁹ ขณะที่จิตแพทย์ไปเป็นพยานที่ศาล ศาลอาจจะถามความเห็นในประเด็นเหล่านี้ได้ ดังนั้น ข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เชื่อมโยงกับการก่อคดี อาจเป็นประโยชน์ในการให้ความเห็นส่วนนี้

พึงระวังว่า การให้ความเห็นใด ๆ ควรอ้างอิงจากข้อมูลที่สถานบำบัดรักษาได้มาเท่านั้น ไม่ควรให้ความเห็นนอกเหนือกว่าข้อมูลที่ได้มาหรือนอกเหนือบทบาทหน้าที่ของสถานบำบัดรักษา

3.3 การบำบัดรักษา

การวางแผนการบำบัดรักษาขึ้นกับการประเมินตามข้อมูลที่ได้มาและการวินิจฉัย ความเสี่ยงภาวะอันตรายต่าง ๆ อย่างไรก็ตาม การวางแผนการบำบัดรักษาได้ดี ควรมีความเข้าใจตามบริบทของผู้ป่วย ได้แก่ ปัจจัยที่นำมาก่อน ปัจจัยกระตุ้น ปัจจัยที่ทำให้ปัญหายังคงอยู่ และปัจจัยปกป้อง เพื่อที่จะวางแผนปรับเปลี่ยนปัจจัยต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม

3.4 การประชุมทีมผู้ประเมิน และบำบัดรักษาเพื่อวินิจฉัยและให้ความเห็น

จิตแพทย์ต้องรายงานผลการประเมินและให้ความเห็น¹⁰ แต่ในทางปฏิบัติ จิตแพทย์อาจไม่สามารถรวบรวมข้อมูลได้เพียงคนเดียว การมีทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยกันรวบรวมข้อมูลให้ครอบคลุมเพื่อประกอบการประเมิน ถือเป็นทางเลือกหนึ่งที่ได้ประโยชน์ โดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด ทั้งนี้ ขึ้นกับบริบทของสถานบำบัดรักษาแต่ละแห่งซึ่งอาจไม่มีครบทุกวิชาชีพ

⁹ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65.

¹⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 35.

แต่ก็สามารถรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการตรวจและทำรายงานให้ความเห็นได้ โดยอย่างน้อยควรมีจิตแพทย์ พยาบาล จิตเวช และนักจิตวิทยาคลินิก

กระบวนการประชุมทีมผู้ประเมินและบำบัดรักษาจะมีการนำเสนอข้อมูลการตรวจประเมินทุกวิชาชีพ และมีการตรวจสภาพจิตผู้รับการตรวจอีกครั้ง โดยให้จิตแพทย์สัมภาษณ์ผู้รับการตรวจ (อาจเป็นจิตแพทย์เจ้าของไข้หรือจิตแพทย์ที่ไม่ใช่เจ้าของไข้เพื่อให้เห็นเพิ่มเติมอีกท่านหนึ่ง) จากนั้นอภิปรายและสรุปความเห็นตามวัตถุประสงค์การนำส่งตัวผู้ป่วยคดี โดยจิตแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ประมวลความเห็นของทีมสหวิชาชีพ และลงความเห็นตามแบบรายงานผล รวมทั้งวางแผนการบำบัดรักษาผู้ป่วยต่อไป

4. การรายงานผล

กำหนดให้รายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีให้พนักงานสอบสวนหรือศาลทราบภายใน 45 วันนับแต่วันที่รับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้ และอาจขยายระยะเวลาได้อีกไม่เกิน 45 วัน¹¹ โดยใช้แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (แบบ ผค.1)¹²

¹¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 35

¹² ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีฯ

แบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่ทั่วไป (Hospital Number).....รับตัวไว้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หน่วยงานนำส่ง.....

แหล่งที่มาของข้อมูล

(๑) รายละเอียดพฤติการณ์แห่งคดี (หนังสือนำส่งตัวผู้ป่วย/สำเนาคำฟ้อง).....

(๒)

(๓)

ประวัติความเจ็บป่วย

.....

.....

.....

.....

การตรวจสภาพจิตและการดำเนินโรค

.....

.....

.....

.....

ผลการทดสอบทางจิตวิทยา (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต

.....

.....

.....

.....

การตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

๑. ความสามารถในการรับรู้กาลเวลา สถานที่ บุคคล และสิ่งต่าง ๆ รอบตัว

มีความสามารถ ไม่มีความสามารถ

๒. ความเข้าใจ ตระหนักรู้เรื่องราวของข้อกล่าวหา ความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริง
ที่ถูกกล่าวหา และความสามารถในการพูดคุย และตอบคำถามได้ตรงคำถาม

มีความเข้าใจ ไม่มีความเข้าใจ

๓. ความสามารถในการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากคดี

มีความสามารถ ไม่มีความสามารถ

๔. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเอง

มีความสามารถ ไม่มีความสามารถ

ผลการประเมิน

สามารถต่อสู้คดีได้ ยังไม่สามารถต่อสู้คดี

ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

ลงนาม.....

(.....)

จิตแพทย์เจ้าของไข้

หมายเหตุ

(๑) การรายงานตามมาตรา ๓๕ วรรคสอง ให้รายงานภายในสี่สิบห้าวัน นับแต่วันที่รับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้และขยาย
เวลาได้อีกไม่เกินสี่สิบห้าวัน

(๒) การรายงานตามมาตรา ๓๖ วรรคสอง ให้รายงานภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวัน นับแต่วันที่รับผู้ต้องหาหรือจำเลยไว้
หรือทุกหนึ่งร้อยแปดสิบวัน หรือให้รายงานโดยไม่ชักช้า

การบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (แบบ ผค.1)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่ทั่วไป (Hospital Number).....รับตัวไว้ตั้งแต่วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หน่วยงานนำส่ง : บันทึกหน่วยงานที่ส่งตัวตามหนังสือนำส่งตัว

แหล่งที่มาของข้อมูล

แหล่งที่มาของข้อมูล หากได้จากหลายแหล่งและแต่ละแหล่งมีความน่าเชื่อถือจะเป็นประโยชน์ต่อการวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี บันทึกแหล่งที่มาของข้อมูลทั้งหมด เช่น หนังสือรายละเอียดพฤติการณ์คดี หนังสือนำส่งตัวผู้ป่วย สำเนาคำฟ้อง สถานพยาบาลที่เคยไปรับการบำบัดรักษา ญาติชื่ออะไรเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร

ประวัติความเจ็บป่วย

สรุปข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยทางจิตเวชหรือประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยลำดับเหตุการณ์ตามระยะเวลาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ครอบคลุมช่วงเวลาที่ก่อคดี และควรมีรายละเอียด ลักษณะอาการ ความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้สิ่งต่าง ๆ รอบตัว ในช่วงที่ก่อคดี รวมถึงสิ่งแวดล้อม การใช้ยา ฤกษ์ลักษณะเหยื่อ ความสัมพันธ์ของเหยื่อกับผู้ป่วย แรงจูงใจในการก่อคดี เป็นต้น เนื่องจากจะแสดงให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างอาการป่วยทางจิตเวชและการก่อคดี

ข้อมูลพฤติการณ์คดี และข้อมูลการเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับคดีของผู้ป่วย การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการก่อคดีและผลจากการก่อคดีในช่วงแรกที่รับตัวไว้ในสถานบำบัดรักษา

ข้อสังเกต คือ ส่วนของประวัติ จะเป็นส่วนที่สรุปข้อมูลจากอดีตจนถึงปัจจุบันจนถึงตอนที่รับตัวไว้ในสถานบำบัดรักษา หากระบุที่มาของข้อมูลว่ามาจากแหล่งใด จะทำให้ชัดเจนมากขึ้น

การตรวจสภาพจิตและการดำเนินโรค

ส่วนของการตรวจสภาพจิตและการดำเนินโรค เป็นข้อมูลการตรวจสภาพจิต (Mental status examination) ในช่วงที่รับไว้ประเมินและบำบัดรักษาในสถานพยาบาลหรือช่วงที่นัดตรวจประเมินแต่ละครั้ง กรณีเป็นผู้ป่วยนอก การดำเนินโรคควรจะลำดับตามช่วงเวลาตั้งแต่แรกรับจนปัจจุบัน ระบุข้อมูลการประเมินและบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ สภาพจิตก่อนและหลังบำบัด การตอบสนองต่อการรักษา

ระบุข้อมูลการเล่าเรื่องราวเกี่ยวกับคดีของผู้ป่วย การรับรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการก่อคดี และผลจากการก่อคดีในช่วงแรกที่รับตัวไว้ในสถานบำบัดรักษาจนถึงปัจจุบันว่ามีความเปลี่ยนแปลงหรือไม่อย่างไร

การบรรยายควรใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เนื่องจากรายงานนี้พนักงานสอบสวน ศาล อัยการ ทนายความจะเป็นผู้อ่านรายงานนี้ ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์

ผลการทดสอบทางจิตวิทยา (ถ้ามี)

หากมีการทดสอบทางจิตวิทยา ควรแปลผลและบรรยายให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เนื่องจากรายงานนี้พนักงานสอบสวน ศาล อัยการ หน่วยงานจะเป็นผู้อ่านรายงานนี้ ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์

การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต

ควรสรุปอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย เนื่องจากข้อมูลจากประวัติ การตรวจสภาพจิต การทดสอบทางจิตวิทยา ที่บรรยายก่อนหน้าในแบบ ผค.1 อาจทำให้ผู้อ่านไม่เข้าใจเพราะไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ การสรุปอีกครั้งเป็นการประมวลผลซึ่งนำมาสู่การวินิจฉัย

หากมีโรคร่วมทางจิตเวชอื่น ให้บันทึกให้ครบ

สามารถระบุความรุนแรง ความเรื้อรัง และอาการปัจจุบันว่าอาการหายหรือทุเลาหรือไม่ อย่างไร

การตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

ชี้แจงเครื่องหมายในช่องตามข้อมูลการประเมินว่ามีความสามารถหรือมีความเข้าใจหรือไม่ ได้แก่

- ความสามารถในการรับรู้กาล เวลา สถานที่ บุคคลและสิ่งต่าง ๆ รอบตัว

- ความเข้าใจตระหนักรู้เรื่องของข้อกล่าวหา ความสามารถในการเล่าเหตุการณ์ตามข้อเท็จจริงที่ถูกกล่าวหา และความสามารถในการพูดคุยและตอบคำถามได้ตรงคำถาม

- ความสามารถในการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากคดี

- ความสามารถในการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมของตนเอง

หากทุกข้อมีความเข้าใจและมีความสามารถ จะประเมินได้ว่าผู้ป่วยรายนั้นสามารถต่อสู้คดีได้ แต่ถ้าข้อใดข้อหนึ่งไม่เข้าใจหรือไม่มีความสามารถ ถือว่าผู้ป่วยรายนั้นยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้

ข้อสังเกต คือ หากอาการทางจิตเวชยังไม่หายหรือทุเลา ความสามารถที่ระบุไว้ตามแบบ ผค.1 มักจะหย่อนไปด้วย เพราะเป็นการประเมินเกี่ยวกับความเข้าใจ การรับรู้ ความตระหนัก ไม่ใช่เฉพาะการเล่าเรื่องราวคดีได้เท่านั้น อย่างไรก็ตาม ถ้าตามวัตถุประสงค์ของกฎหมายคือต้องการพิทักษ์สิทธิของผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ป่วย ซึ่งเป็นกลุ่มที่หย่อนความสามารถ ดังนั้น หากอาการทางจิตเวชยังไม่หายหรือไม่ทุเลา ผู้ป่วยรายนั้นจึงยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้

ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี)

สามารถให้ข้อมูลหรือความเห็นที่เป็นประโยชน์หรือประเด็นที่ควรเฝ้าระวังได้ เช่น

- ภาวะอันตราย ที่ควรมีมาตรการในการควบคุมกำกับหรือบำบัดรักษา

- ความเสี่ยงก่อคดีซ้ำ เช่น เสพสารเสพติดซ้ำ ไม่มีผู้ดูแลอาจจะขาดความต่อเนื่องในการรักษา ทำให้อาการกำเริบจนก่อคดีซ้ำ

- แผนการบำบัดรักษา

- ข้อเสนอในการคุมประพฤติ

เป็นต้น

ลงนาม

กฎหมายกำหนดให้จิตแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ลงนาม

กรณีที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถต่อสู้คดีได้

กรณีที่ผู้ต้องหาหรือจำเลยที่ได้รับการบำบัดรักษา ออาการทางจิตยังไม่หายหรือไม่ทุเลา และไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้จิตแพทย์บำบัดรักษาต่อและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี พร้อมทั้งจัดทำรายงานผลการบำบัดรักษาตามแบบ ผค.1 ส่งให้พนักงานสอบสวนหรือศาลภายใน 180 วัน จนกว่าจะสามารถต่อสู้คดีได้ และเมื่อผู้ต้องหาหรือจำเลยได้รับการบำบัดรักษาจนหายหรือทุเลาและสามารถต่อสู้คดีได้แล้ว ต้องรายงานผลการบำบัดรักษาตามแบบ ผค.1 ต่อพนักงานสอบสวนหรือศาลโดยไม่ชักช้า เพื่อให้ดำเนินกระบวนการยุติธรรมต่อไป¹³

การทำรายงานตามแบบ ผค.1 ครั้งที่ 2 และครั้งต่อไป ให้บันทึกข้อมูลตามหัวข้อต่าง ๆ แต่อาจจะอ้างถึงรายงานตามแบบ ผค.1 ฉบับก่อนหน้าและเน้นให้ข้อมูลการตรวจสภาพจิตและการดำเนินโรค หรือการตรวจต่าง ๆ เพิ่มเติมว่ามีความก้าวหน้าในการบำบัดรักษาหรือไม่ อย่างไร และประเมินส่วนสุดท้ายว่า สามารถต่อสู้คดีได้หรือไม่

การกำหนดให้มีระยะเวลาการรายงานแต่ละครั้งไม่เกิน 180 วัน เพื่อไม่ให้ละเลยการประเมินและบำบัดรักษาของทีมผู้บำบัดในสถานบำบัดรักษา และการรายงานจะเป็นการสื่อสารกับพนักงานสอบสวนหรือศาลเป็นระยะ ๆ ให้ทราบความก้าวหน้าเพื่อจะได้วางแผนการดำเนินคดีต่อไป

5. การจำหน่ายและติดตามต่อเนื่อง

เมื่อผู้ป่วยคดี ออาการทางจิตทุเลาและสามารถต่อสู้คดีได้ จะต้องทำหนังสือแจ้งให้พนักงานสอบสวนหรือศาลมารับตัวกลับไปดำเนินคดีต่อ และเมื่อพนักงานสอบสวนหรือศาลมารับตัว จะต้องทำหนังสือการขอรับตัวผู้ต้องหาหรือจำเลย

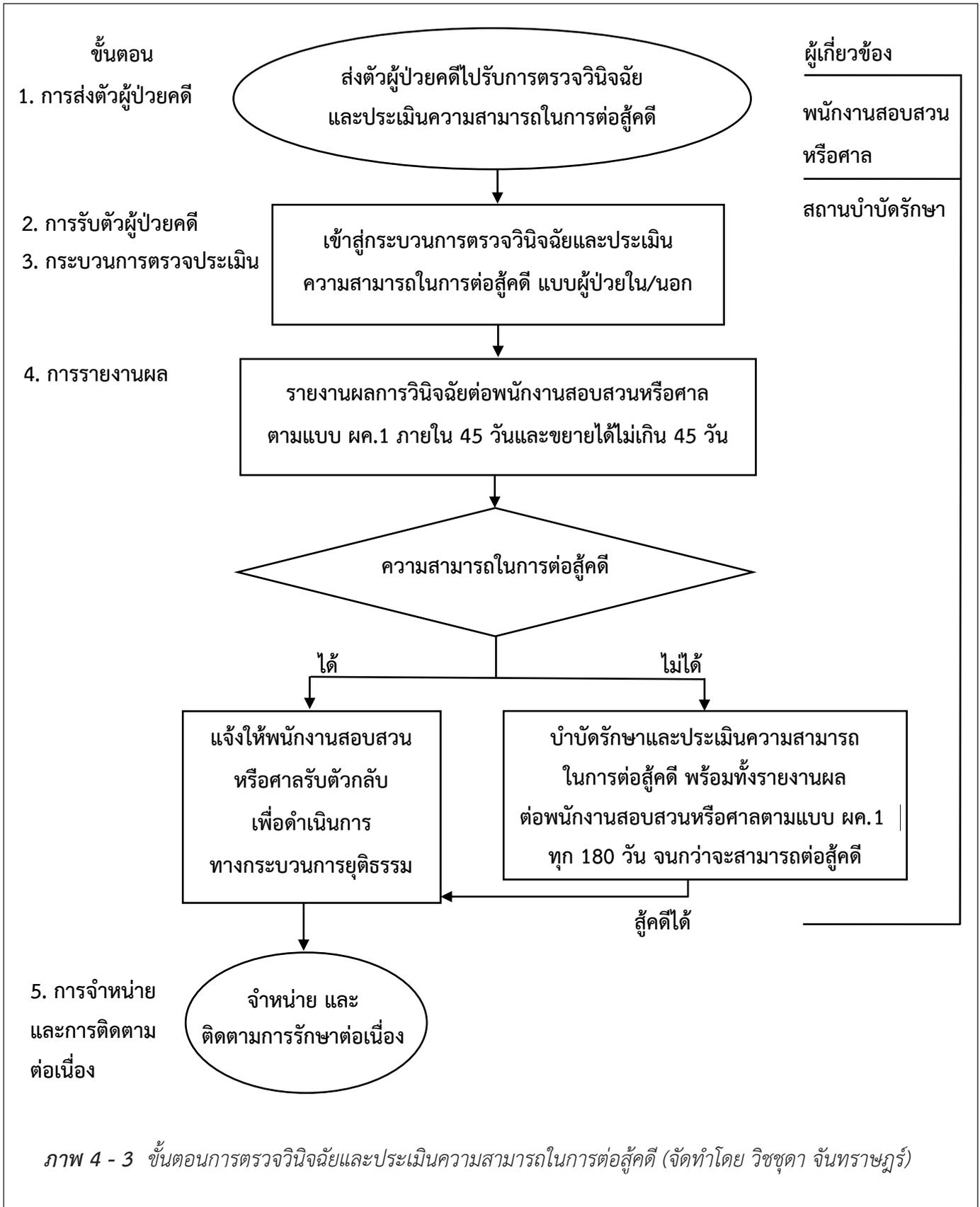
ในทางปฏิบัติ ระหว่างทำการบำบัดรักษาจะมีการวางแผนการบำบัดรักษา รวมถึงการวางแผนกรณีการจำหน่ายจากสถานบำบัดรักษา ทั้งนี้ ขึ้นกับบริบทตามกระบวนการยุติธรรมว่าได้รับการควบคุมตัวหรือประกันตัว และความพร้อมในการดูแลของผู้รับดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยคดีที่อาการทุเลาและสามารถต่อสู้คดีได้ เจ้าหน้าที่จะรับกลับไปดำเนินคดีต่อ หากเป็นกลุ่มที่ควบคุมตัวหรือไม่ได้รับการประกันตัว ส่วนใหญ่ผู้ป่วยคดีเหล่านี้จะถูกส่งไปควบคุมตัวในเรือนจำ หากเป็นกลุ่มที่ได้รับการปล่อยชั่วคราวหรือประกันตัว มักจะกลับไปอยู่กับครอบครัวตนเองอยู่ในชุมชนทั่วไป

ดังนั้น การวางแผนเตรียมจำหน่ายควรหาข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนกระบวนการยุติธรรมที่ต้องดำเนินคดีต่อเรือนจำที่จะกลับไปอยู่ว่ามีบริบทการดูแลผู้ต้องขังอย่างไร ควรรับการรักษาต่อเนื่องที่ใด ศักยภาพของผู้ดูแลเป็นอย่างไร แหล่งสนับสนุนของครอบครัว สังคม การเยียวยาเหยื่อ การยอมรับของชุมชน หรือปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ทีมผู้บำบัดรักษาอาจจะมีการลงพื้นที่ในการเตรียมครอบครัวหรือชุมชนก่อนจำหน่ายเพื่อประเมินความพร้อมของครอบครัวและชุมชน เพื่อให้วางแผนการจำหน่ายได้อย่างเหมาะสม อาจจะมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ล่วงหน้าเพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยก่อนวันจำหน่ายจริง

ทั้งนี้ จำเป็นต้องติดตามการรักษาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกำเริบ การก่อความรุนแรง และการก่อคดีซ้ำ หากผู้ป่วยถูกส่งไปควบคุมตัวในเรือนจำ จำเป็นต้องประสานงานกับเรือนจำเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการ ได้รับการติดตาม การรักษาต่อเนื่อง และวางแผนการรักษาต่อเนื่องหลังพ้นโทษต่อไป

¹³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 36.

ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดีสามารถสรุปได้ ดังภาพ 4 - 3



ภาพ 4 - 3 ขั้นตอนการตรวจวินิจฉัยและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (จัดทำโดย วิชชุดา จันทราชภูร์)

กรณีศึกษา

ผู้ต้องหาเป็นเพศชายอายุ 25 ปี ก่อคดีฆ่าคนข้างบ้านโดยใช้มีดปอกผลไม้ สร้างความหวาดกลัวในชุมชนอย่างมาก พนักงานสอบสวนพบว่าผู้ต้องหาไม่ทำงานประจำ ภาระงานหนัก พุดพื้พำคนเดียว ไม่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคดี ญาติให้ข้อมูลว่าเคยติดสารเสพติดและมีประวัติเคยรักษาทางจิตเวชมาก่อน พนักงานสอบสวนจึงนำส่งตรวจประเมินเพื่อวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี โดยนำส่งโรงพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นสถานบำบัดรักษา ไม่มีประกันตัว

สถานบำบัดรักษาได้รับตัวไว้ในโรงพยาบาล เข้าสู่กระบวนการนิติจิตเวชเพื่อตรวจประเมินวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี จากการรวบรวมข้อมูลซึ่งได้จากประวัติการรักษาจากโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ข้อมูลพฤติการณ์คดีจากพนักงานสอบสวน ข้อมูลจากญาติและการตรวจประเมินโดยทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด ข้อมูลจากเหยื่อและชุมชนที่เกิดคดี พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิต มีอาการประสาทหลอน หลงผิดชนิดหวาดระแวง นอนไม่หลับ ตอบไม่ตรงคำถาม พุดพื้พำ ไม่สามารถเรียบเรียงเรื่องราวเกี่ยวกับคดีได้ ได้นำเข้าประชุมทีมผู้ประเมินและบำบัดรักษา หลังจากจับผู้ป่วยไว้ในสถานบำบัดรักษาประมาณ 40 วัน ที่ประชุมมีความเห็นว่าผู้ต้องหาเป็นโรคจิตเภท อาการทางจิตยังไม่ทุเลา ควรบำบัดรักษาต่อและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ จิตแพทย์ทำรายงานตามแบบ ผค.1 ส่งให้พนักงานสอบสวนที่ส่งตัวมาตรวจ

สองเดือนต่อมา หลังจากผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาด้วยไฟฟ้าและยาจนอาการทางจิตเวชทุเลา สามารถเล่าเรื่องราวคดีได้ และมีความตระหนักในเรื่องคดีและผลกระทบจากคดี ครอบครัวของเหยื่อได้รับการเยียวยา จิตแพทย์ประเมินว่าสามารถต่อสู้คดีได้จึงจัดทำรายงานตามแบบ ผค.1 ส่งให้พนักงานสอบสวนและแจ้งให้พนักงานสอบสวนรับตัวกลับ พนักงานสอบสวนจึงมารับตัวกลับไปเพื่อให้ผู้ต้องหาเข้าสู่กระบวนการยุติธรรมต่อไป โดยก่อนจำหน่ายได้มีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่เรือนจำเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยและการบำบัดรักษาต่อเนื่องในเรือนจำ

ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในเรือนจำแห่งหนึ่ง ได้รับการรักษาต่อเนื่องโดยได้รับการตรวจโดยจิตแพทย์ประจำจังหวัด เจ้าหน้าที่สถานบำบัดรักษาประสานงานกับพยาบาลประจำเรือนจำเพื่อติดตามผลการรักษา ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ ได้รับยาต่อเนื่องในเรือนจำ มีพยาบาลประจำเรือนจำดูแล

กรณีศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีมาคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 ระบุว่า “ถ้าศาลเห็นว่า การปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือนซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 จะไม่เป็นการปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมไว้ในสถานพยาบาลก็ได้และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้”

ดังนั้น ผู้ป่วยคดีตามกฎหมายฉบับนี้จึงหมายถึง ผู้ป่วยคดีที่มีความผิดปกติทางจิตที่ได้รับการพิพากษาแล้ว ซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 ศาลเห็นว่าหากปล่อยตัวจะไม่เป็นการปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจึงส่งผู้ป่วยคดีกลุ่มนี้ไปคุมไว้ในสถานพยาบาลเพื่อทำการบำบัดรักษา

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 49 ระบุว่า “ในกรณีที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุกหรือพิพากษาว่ามีความผิดแต่รอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษบุคคลใด ถ้าศาลเห็นว่าบุคคลนั้นได้กระทำความผิดเกี่ยวเนื่องกับการเสพยาเป็นอาจินหรือเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษอย่างหนึ่งอย่างใดหรือทั้งสองอย่างภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี นับแต่วันพ้นโทษหรือวันปล่อยตัว เพราะรอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษก็ได้

ในกรณีที่บุคคลดังกล่าวในวรรคแรก ไม่ปฏิบัติตามที่ศาลกำหนด ศาลจะสั่งให้ส่งตัวไปคุมไว้ในสถานพยาบาลเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปีก็ได้”

ดังนั้น ผู้ป่วยคดีตามกฎหมายฉบับนี้จึงหมายถึง ผู้ที่กระทำความผิดเกี่ยวเนื่องกับการเสพยาเป็นอาจินหรือเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษอย่างหนึ่งอย่างใดหรือทั้งสองอย่างตามที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุกหรือพิพากษาว่ามีความผิดแล้ว แต่ให้รอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี แต่ผู้กระทำความผิดดังกล่าวไม่ปฏิบัติตามที่ศาลกำหนด ศาลจะสั่งให้ส่งตัวไปคุมไว้ในสถานพยาบาลเพื่อบำบัดรักษาเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปีก็ได้

ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 ระบุว่า “เมื่อจำเลย สามี ภริยา ญาติของจำเลย พนักงานอัยการ ผู้บัญชาการเรือนจำ หรือเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่จัดการตามหมายจำคุกร้องขอ หรือเมื่อศาลเห็นสมควร ศาลมีอำนาจสั่งให้ทุเลาการบังคับให้จำคุกไว้ก่อนจนกว่าเหตุอันควรทุเลาจะหมดไปในกรณีต่อไปนี้

- (1) เมื่อจำเลยวิกลจริต
- (2) เมื่อเกรงว่าจำเลยจะถึงอันตรายแก่ชีวิต ถ้าต้องจำคุก
- (3) ถ้าจำเลยมีครรภ์
- (4) ถ้าจำเลยคลอดบุตรแล้วยังไม่ถึงสามปี และจำเลยต้องเลี้ยงดูบุตรนั้น

ในระหว่างทุเลาการบังคับอยู่นั้น ศาลจะมีคำสั่งให้บุคคลดังกล่าวอยู่ในความควบคุมในสถานที่อันควรนอกจากเรือนจำ หรือสถานที่ที่กำหนดไว้ในหมายจำคุกก็ได้ และให้ศาลกำหนดให้เจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่จัดการตามหมายนั้นเป็นผู้มีหน้าที่และรับผิดชอบในการดำเนินการตามคำสั่ง

ลักษณะของสถานที่อันควรตามวรรคสองให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งต้องกำหนดวิธีการควบคุมและบำบัดรักษาที่เหมาะสมกับสภาพของจำเลยและมาตรการเพื่อป้องกันการหลบหนีหรือความเสียหายที่อาจเกิดขึ้นด้วย

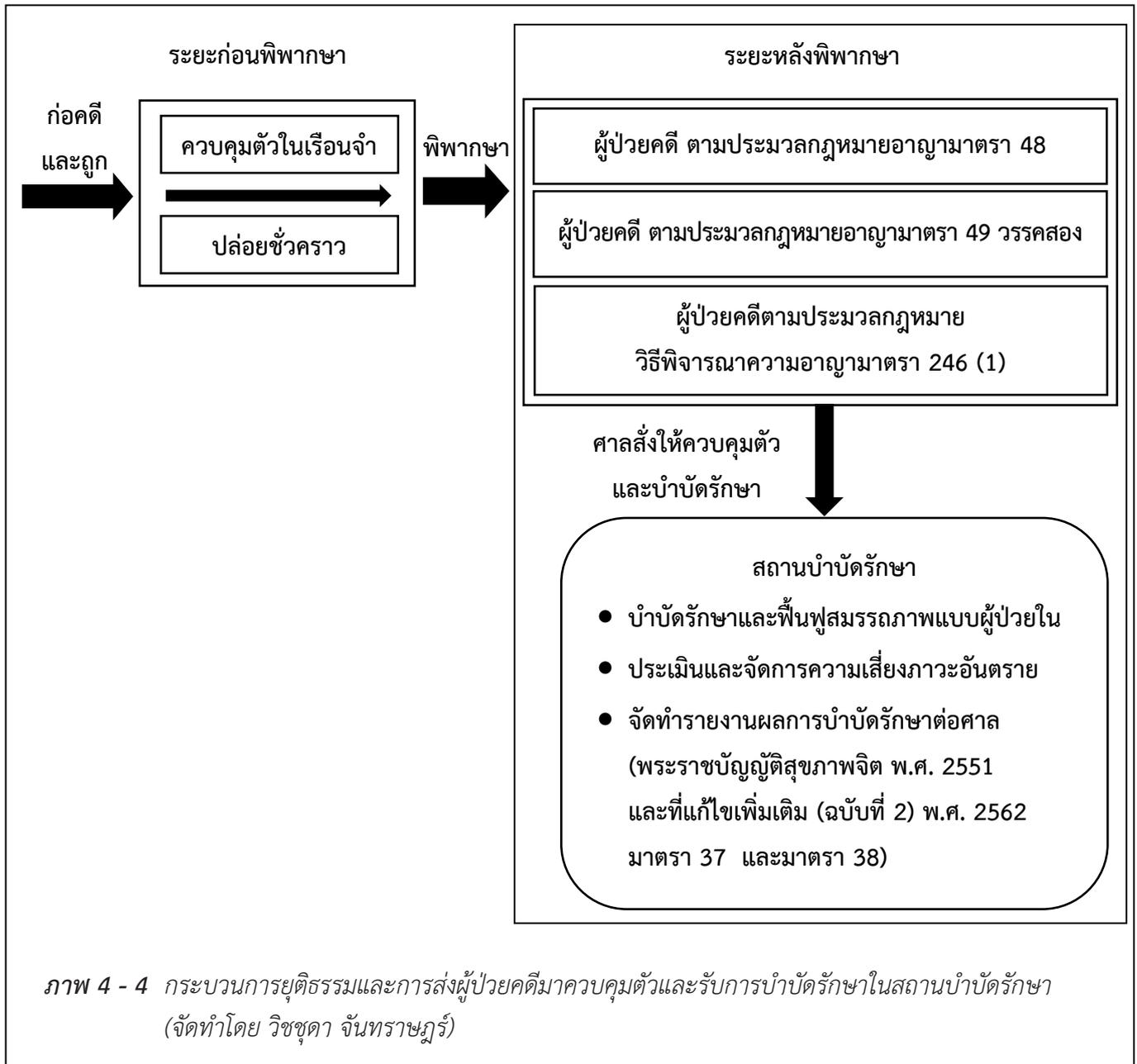
เมื่อศาลมีคำสั่งตามวรรคหนึ่งแล้ว หากภายหลังจำเลยไม่ปฏิบัติตามวิธีการหรือมาตรการตามวรรคสาม หรือพฤติการณ์ได้เปลี่ยนแปลงไป ให้ศาลมีอำนาจเปลี่ยนแปลงคำสั่งหรือให้ดำเนินการตามหมายจำคุกได้

ให้หักจำนวนวันที่จำเลยอยู่ในความควบคุมตามมาตรานี้ออกจากระยะเวลาจำคุกตามคำพิพากษา”

ทั้งนี้ กฎกระทรวงกำหนดสถานที่อื่นที่ใช้ในการขัง จำคุก หรือควบคุมผู้ต้องหา จำเลย หรือผู้ซึ่งต้องจำคุกตามคำพิพากษาถึงที่สุด พ.ศ. 2552 ข้อ 23 ระบุว่า “ให้ผู้ดูแลสถานที่ซึ่งจัดให้มีการบำบัดรักษาทางจิตแก่ผู้ถูกขังซึ่งวิกลจริตโดยจัดให้จิตแพทย์ตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและทำความเข้าใจเพื่อประกอบแนวทางในการบำบัดรักษา”

ดังนั้น ผู้ป่วยคดีตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 (1) จึงหมายถึง ผู้ต้องขังที่จำคุกแล้วเกิดอาการวิกลจริตขึ้นและได้รับการทุเลาโทษจำคุกไว้ก่อนจนกว่าความวิกลจริตจะหมดไป ในระหว่างที่ทุเลาการจำคุก ศาลจะสั่งให้ผู้วิกลจริตนั้นอยู่ในความควบคุมในสถานที่อันควรนอกเรือนจำได้ซึ่งกรณีนี้ศาลสั่งให้ผู้วิกลจริตมาควบคุมตัวเพื่อการบำบัดรักษาที่สถานพยาบาล

ผู้ป่วยคดีตามกฎหมายทั้ง 3 ฉบับดังกล่าวอยู่ใน “ระยะหลังพิพากษา” ซึ่งหลังจากที่มีการพิพากษา ศาลเห็นว่า จำเลยมีความเจ็บป่วยทางจิตหรือมีภาวะอันตรายที่อาจจะส่งผลให้เกิดความไม่ปลอดภัยต่อสังคมและอาจจะก่อคดีซ้ำ ศาลสามารถส่งบำบัดรักษาโดยควบคุมตัวไว้ที่สถานบำบัดรักษาได้จนกว่าความเจ็บป่วยจะทุเลาหรือหาย ปลอดภัยต่อสังคม และระหว่างทำการบำบัดรักษา สถานบำบัดรักษาจะต้องรายงานผลการบำบัดรักษาให้กับศาลทราบตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด^{14, 15} ตามภาพ 4 - 4



¹⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 37.

¹⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 38.

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่มีคำสั่งควบคุมตัว

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 49 วรรคสอง ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 (1) และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 37 ตลอดจนอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องได้วางแนวทางการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา ดังนี้

1. การส่งตัวผู้ป่วยคดี

ศาลจะส่งจำเลยที่ได้รับการพิพากษาแล้วมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษาสรุปได้ดังตาราง 4 - 2

ตาราง 4 - 2 การส่งตัวผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา

ประเด็น	รายละเอียด
ผู้นำส่ง	ศาล
ผู้ถูกส่งตัว	ผู้ป่วยคดีที่ได้รับการพิพากษาแล้วศาลส่งควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา
กฎหมายที่นำส่ง	ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 หรือประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 49 วรรคสอง หรือประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 (1) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 37
วัตถุประสงค์การนำส่ง	เพื่อให้จิตแพทย์บำบัดรักษาและควบคุมตัวไว้ในสถานบำบัดรักษา
สถานที่นำส่งตัว	สถานบำบัดรักษา
สิ่งที่กำหนดให้ส่งมาพร้อมกับผู้ต้องหาหรือจำเลย	สำเนาคำสั่ง / สำเนาคำพิพากษา ในทางปฏิบัติ ศาลจะมีหนังสือคำสั่งมาพร้อมตัวผู้ป่วยคดี แต่อาจจะไม่ได้ส่งสำเนาคำพิพากษามาพร้อมตัวผู้ป่วยคดี สถานบำบัดรักษาต้องขอสำเนาคำพิพากษาจากศาลภายหลัง

(เรียบเรียงโดย วิชชุดา จันทร์ราษฎร์)

2. การรับตัวผู้ป่วยคดี

สถานบำบัดรักษาต้องรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยในโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยคดี โดยสถานบำบัดรักษาอาจขอให้ศาลกำหนดวิธีการเพื่อป้องกันการหลบหนีหรือเพื่อป้องกันอันตรายได้¹⁶ ซึ่งในทางปฏิบัติ สถานบำบัดรักษาจะแจ้งให้สถานีตำรวจในพื้นที่ที่สถานบำบัดรักษาตั้งอยู่เพื่อดูแลและกำหนดวิธีเพื่อป้องกันการหลบหนีหรือเพื่อป้องกันอันตราย

¹⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 37.

ผู้ป่วยที่ศาลสั่งบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 บางรายอาจรับโทษในเรือนจำก่อนที่จะมาบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา เมื่อครบกำหนดโทษตามคำพิพากษาของศาล เจ้าหน้าที่เรือนจำจะส่งมาที่สถานบำบัดรักษาต่อตามคำสั่งศาล แต่บางรายอาจได้รับการยกเว้นโทษและศาลสั่งให้มาบำบัดที่สถานบำบัดรักษาต่อโดยไม่ต้องจำคุกในเรือนจำ

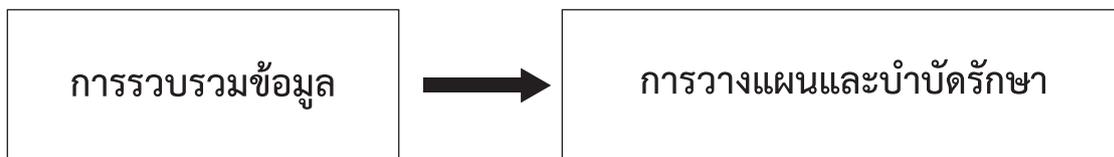
3. กระบวนการบำบัดรักษา

กระบวนการบำบัดรักษาแบ่งเป็นขั้นตอน ได้แก่

3.1 การรวบรวมข้อมูล

3.2 การวางแผนและบำบัดรักษา

กระบวนการต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงกันตามภาพ 4 - 5



ภาพ 4 - 5 กระบวนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลสั่งมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา (จัดทำโดย วิชชุดา จันทราชภูร์)

3.1 การรวบรวมข้อมูล

1) ประวัติอาการ/ความเจ็บป่วย/การดำเนินโรค/การบำบัดรักษา

ระบุแหล่งที่มาของข้อมูลว่าได้ข้อมูลจากญาติคนใด จากผู้ป่วย จากสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่เคยไปรับการบำบัดรักษา ข้อมูลอาการขณะควบคุมตัวที่สถานีตำรวจ เรือนจำ เป็นต้น อาการที่บ่งบอกถึงความเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ ลักษณะอาการ ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการ ระยะเวลาของอาการ ความสม่ำเสมอของอาการ การดำเนินโรค ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน/การเรียนรู้/การทำงาน/ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น การวินิจฉัย วิธีการบำบัดรักษาที่ผ่านมา การตอบสนองต่อการรักษา ประวัติส่วนตัว เช่น พัฒนาการ บุคลิกภาพ นิสัย การเรียน การทำงาน โรคประจำตัว ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการใช้สารเสพติด ประวัติการกระทบกระเทือนทางสมอง เป็นต้น

2) การประเมินครอบครัว ผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ

ประวัติครอบครัว ความสัมพันธ์ การเลี้ยงดูและผู้ที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทศนคติต่อผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการก่อคดี ข้อจำกัดของครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมในการดูแล แหล่งสนับสนุนของครอบครัวต่าง ๆ เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคมจิตใจ

3) ข้อมูลการสังเกตอาการขณะรับไว้ในสถานบำบัดรักษา

การสังเกตอาการมีความสำคัญมากเนื่องจากลักษณะอาการ รายละเอียด การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ระยะเวลาของการเกิดอาการแต่ละครั้ง ความถี่ ความสม่ำเสมอของอาการ การดำเนินโรคและการประเมินความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา

4) การตรวจสภาพจิต

จำเป็นต้องตรวจสภาพจิตให้ครอบคลุม และบันทึกข้อมูลการตรวจทุกครั้งพร้อมกับบันทึก วัน เวลาที่ตรวจ เพราะสามารถเป็นข้อมูลในการดูแลการดำเนินของโรคได้

5) การตรวจร่างกายทุกระบบ

ควรตรวจร่างกายอย่างละเอียดเนื่องจากโรคทางจิตเวชบางโรคมีสาเหตุจากโรคทางกาย หรือโรคจิตเวชที่มีผลต่ออาการทางกายหรือโรคทางกาย หรืออาจเป็นโรคร่วมที่จำเป็นต้องบำบัดรักษาไปควบคู่กัน

6) การทดสอบทางจิตวิทยา

ข้อมูลจากการทดสอบทางจิตวิทยา ช่วยประกอบการวินิจฉัยและการวางแผนบำบัดรักษา เช่น ระดับสติปัญญา ความรุนแรง พยาธิสภาพทางสมอง แนวความคิดเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ บุคลิกภาพ ทั้งนี้ ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย การเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพของนักจิตวิทยา

7) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการบางประการมีส่วนช่วยในการวินิจฉัย การติดตามการดำเนินโรค การติดตามผลข้างเคียงจากยา

8) ข้อมูลการประเมินสมรรถภาพในการศึกษา/การทำงาน

การประเมินสมรรถภาพ ควรมีข้อมูลประวัติการศึกษา การทำงาน ลักษณะงานที่เคยทำ จุดแข็ง จุดอ่อน แหล่งสนับสนุนตามบริบท เพื่อประเมินว่าปัจจุบันมีสมรรถภาพในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใด อาจประเมินผ่านการทำกิจกรรมโดยนักกิจกรรมบำบัดก็ได้ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการประกอบการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย รวมทั้งกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟู ได้แก่ไหน เป้าหมายแค่ช่วยเหลือตนเองได้หรือช่วยงานในบ้านได้ หรือสามารถประกอบอาชีพได้ เป็นต้น

9) ข้อมูลของเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากการก่อคดี

ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ศาลส่งมาเพื่อบำบัดรักษาแบบควบคุมตัวในโรงพยาบาล มักเป็นคนที่กระทำความผิดที่มีโทษรุนแรงหรือสร้างความไม่ปลอดภัยในชุมชน มักมีเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากการก่อคดีของผู้ป่วย ซึ่งเหยื่ออาจจะเป็นคนในครอบครัว ญาติ เพื่อน คนในชุมชนหรือบุคคลอื่นที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน บุคคลที่เป็นเหยื่อเหล่านี้ควรได้รับการประเมินและเยียวยา หากเหยื่อไม่ได้รับการเยียวยา อาจเกิดบาดแผลทางใจและส่งผลทำให้ไม่ยอมรับผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหรือในชุมชน จึงควรที่จะมีข้อมูลเหยื่อ มีการเยียวยา และนำข้อมูลมาวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อไป

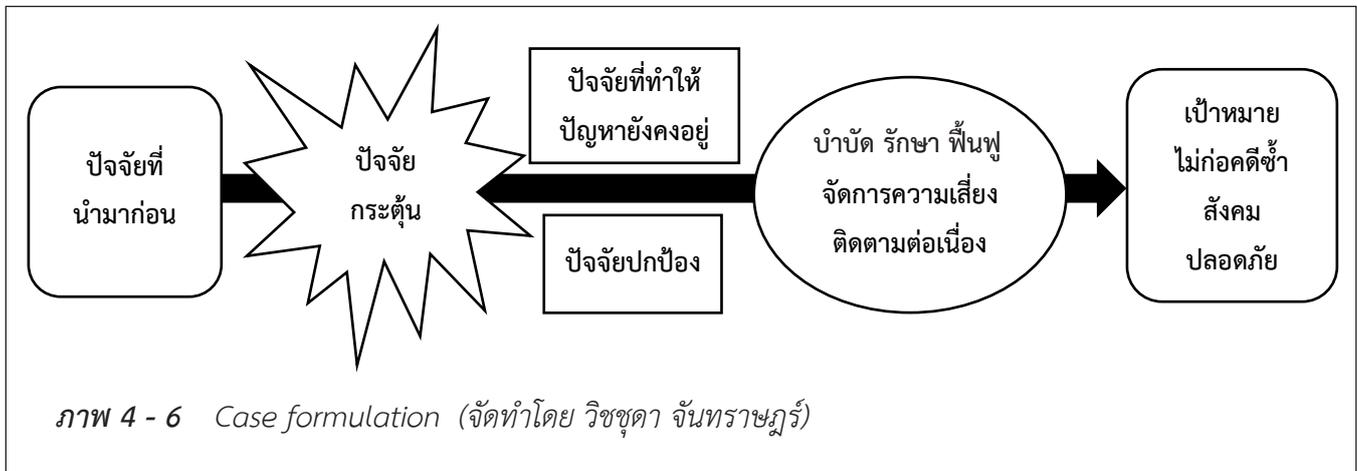
10) ข้อมูลความเสี่ยง และอันตรายต่าง ๆ

ข้อมูลส่วนนี้เป็นส่วนที่สำคัญมากเพราะมีผลต่อความปลอดภัยของสังคม ควรรวบรวมประวัติการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ประวัติการทำร้ายตนเอง ประวัติการฆ่าตัวตาย ประวัติการก่อคดี การควบคุมอารมณ์ วิธีแก้ไขปัญหาด้วยความรุนแรง ปัจจัยที่มีผลต่อการกระตุ้นให้ก่อความรุนแรง เป็นต้น โดยข้อมูลที่ได้อาจนำมาประเมินความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อไป รวมทั้งวางแผนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

หลังจากรวบรวมข้อมูล ทีมผู้รักษาคควรประเมินปัจจัยต่าง ๆ ตาม Case formulation เพื่อให้เกิดความเข้าใจและวางแผนบำบัดต่อไป ดังนี้

Case formulation

Case formulation คือ การทำความเข้าใจผู้ป่วยว่า มีที่มาที่ไปอย่างไร ปัจจัยใดนำไปสู่ผู้ป่วยไปเกี่ยวข้องกับคดี และปัจจัยใดบ้างมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม¹⁷ การดำเนินโรค เมื่อทำความเข้าใจแล้วจึงนำข้อมูลมาวางแผนบำบัดรักษาและจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ เป้าหมายสำคัญเพื่อป้องกันการก่อคดีซ้ำ และเพื่อความปลอดภัยของสังคม ตามภาพ 4 – 6



ภาพ 4 - 6 Case formulation (จัดทำโดย วิชชุดา จันทราชฎร์)

ปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่

1) **ปัจจัยที่นำมาก่อน (Predisposing factors)** เช่น การเลี้ยงดู พัฒนาการ ระดับสติปัญญา ความเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ครอบครัว เพื่อนฝูง สิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ รอบตัว ความต่อเนื่องในการบำบัดรักษา เป็นต้น

2) **ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors)** ผู้ป่วยมีปัจจัยใดมากระตุ้นให้ก่อคดี เช่น มีอาการทางจิตเวช กำเริบจากการขาดยา (ระแวง หลงผิด ควบคุมอารมณ์ไม่ได้) การใช้สารเสพติด การถูกชักจูงจากเพื่อน ปัญหาหนี้สิน ปัญหาความสัมพันธ์กับคนในบ้าน ปัญหาความสัมพันธ์กับเจ้านายหรือเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

3) **ปัจจัยที่ทำให้ปัญหายังคงอยู่ (Perpetuating factors)** เป็นปัจจัยที่ยังทำให้ปัญหาหรืออาการทางจิตเวชยังไม่ดีขึ้น หรืออยู่ใกล้ความเสี่ยงเดิม ๆ เช่น การขาดความต่อเนื่องในการรักษา ไม่มีงานทำ โดดเดี่ยว ขาดทักษะชีวิต การใช้วิธีแก้ปัญหาแบบเดิม ปัจจัยนำมาก่อนหรือปัจจัยกระตุ้นยังไม่ได้รับการแก้ไข การใช้ความรุนแรง การใช้สารเสพติด ไม่มีผู้ดูแล เป็นต้น

4) **ปัจจัยปกป้อง (Protective factors)** เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยไม่ย้อนไปก่อคดีอีก และช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตได้ดีขึ้น เช่น ครอบครัวใส่ใจดูแล มีอาชีพ ชยันหมั่นเพียร มีความรับผิดชอบ มีความตระหนักในความเจ็บป่วย เป็นต้น

¹⁷ ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, ณิชู ไกรภัสสรพงษ์. หลักสูตรแกนกลางการให้คำปรึกษาสำหรับคลินิกจิตสังคมในระบบศาล. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์; 2564. หน้า 52.

3.2 การวางแผนและบำบัดรักษา

การวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรมาจากข้อมูลการทำ Case formulation ว่า ปัจจัยใดบ้างที่สามารถปรับเปลี่ยนให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ซึ่งแผนของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันตามสภาพปัญหาและบริบท ได้แก่

- การบำบัดรักษาอาการของโรคทางจิตเวช การสร้างความตระหนักต่อความเจ็บป่วย และการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงได้ว่าอาการทางจิตเวชส่งผลให้ก่อคดีและเกิดผลกระทบอะไรตามมา
- การจัดการความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ ให้ครอบคลุม เช่น การจัดการกับตัวกระตุ้นที่จะทำให้เกิดความเสี่ยง หรือทำให้อาการทางจิตเวชกำเริบ เป็นต้น
- การเสริมทักษะทางสังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน การพัฒนาศักยภาพเพื่อการประกอบอาชีพ การทดลองประกอบอาชีพ
- การเยียวยาเหยื่อและผู้ได้รับผลกระทบจากการก่อคดี และทำให้เหยื่อเกิดความเข้าใจผู้ป่วย และการดำเนินคดีของผู้ป่วย
- การเตรียมครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้ป่วย โดยอาจจะมีทีมจิตเวชชุมชนเตรียมการและให้ผู้ป่วยทดลองเยี่ยมบ้าน หากประเมินผลแล้ว ญาติสามารถดูแลได้ ผู้ป่วยจัดการตนเองได้ดี ขั้นตอนต่อไป อาจทดลองใช้ชีวิตอยู่ที่บ้านและประเมินผลโดยทีมผู้บำบัดเป็นเป็นระยะ ๆ

อนึ่ง เนื่องจากคำสั่งของศาลให้บำบัดรักษาแบบควบคุมตัวในสถานพยาบาล การให้ผู้ป่วยออกนอกสถานพยาบาลเพื่อทดลองไปอยู่ในชุมชน จะสามารถทำได้เมื่อศาลอนุญาตเท่านั้น ดังนั้น จึงต้องทำหนังสือเพื่อขออนุญาตศาลก่อน

4. การรายงานผล

กำหนดให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลตามแบบรายงานผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยคดี (แบบ ผค.2) ภายใน 180 วัน นับแต่วันที่รับผู้ป่วยคดีไว้ ในกรณีที่จิตแพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีต่อไป ให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลตามแบบ ผค.2 ทุก 180 วัน เว้นแต่ มีคำสั่งเป็นอย่างอื่น^{18, 19}

เมื่อผู้ป่วยคดีได้รับการบำบัดรักษาจนความผิดปกติทางจิตหายหรือทุเลาและไม่มีภาวะอันตรายแล้ว ให้จิตแพทย์รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นตามแบบ ผค.2 ต่อศาล หากศาลเพิกถอนมาตรการความปลอดภัยตามกฎหมายที่ส่งตัวมา ให้จำหน่ายผู้ป่วยคดีดังกล่าวออกจากสถานพยาบาล และรายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นดังกล่าวให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ เพื่อมิให้ผู้ป่วยประเภทนี้ตกค้างอยู่ในสถานบำบัดรักษานานเกินความจำเป็น²⁰

¹⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 37.

¹⁹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี.

²⁰ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 38.

แบบรายงานผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยคดี

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ชื่อสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ ชื่อ.....นามสกุล.....อายุ.....ปี

เลขที่ทั่วไป (Hospital Number).....รับตัวไว้ตั้งแต่ วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

หน่วยงานนำส่ง.....

แหล่งที่มาของข้อมูล

(๑) สำเนาคำพิพากษา.....

(๒)

(๓)

ประวัติความเจ็บป่วย

.....

.....

.....

.....

การตรวจสภาพจิตและการดำเนินโรค

.....

.....

.....

.....

ผลการทดสอบทางจิตวิทยา (ถ้ามี)

.....

.....

.....

.....

การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต

.....

.....

.....

.....

ผลการตรวจวินิจฉัย

(๑) ยอมรับความเจ็บป่วยทางจิต

ใช่ ไม่ใช่

(๒) เข้าใจและสามารถรับการรักษาย่างต่อเนื่อง

ใช่ ไม่ใช่

(๓) เข้าใจและสามารถจัดการกับความเครียดซึ่งเป็นตัวกระตุ้นอาการของโรค

ใช่ ไม่ใช่

(๔) มีผู้รับดูแลในชุมชนซึ่งมีความรู้ความเข้าใจในการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย

ใช่ ไม่ใช่

(๕) มีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัย หรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการ กรณีที่ไม่มีผู้รับดูแล เพื่อให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วยคดี

ใช่ ไม่ใช่

ความเห็น

จำหน่ายออกจากสถานบำบัดรักษาได้ เนื่องจาก.....

จำหน่ายออกจากสถานบำบัดรักษาได้ โดยมีเงื่อนไข ดังนี้

ให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามแพทย์นัด ทุก.....เดือน

จำเป็นต้องบำบัดรักษาต่อไป

ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....
.....
.....
.....

ลงนาม.....

(.....)

จิตแพทย์เจ้าของไข้

หมายเหตุ

(๑) การรายงานตามมาตรา ๓๗ วรรคสอง ให้รายงานภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่รับผู้ป่วยคดีไว้ และทุกหนึ่งร้อยแปดสิบวัน เว้นแต่ศาลจะมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น

(๒) การรายงานตามมาตรา ๓๙ วรรคสอง ให้รายงานภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่รับผู้ป่วยคดีไว้ และทุกเก้าสิบวัน เว้นแต่ศาลจะมีคำสั่งเป็นอย่างอื่น

(๓) ในกรณีผู้ป่วยไม่มารับรักษาตามนัด ให้จิตแพทย์รายงานศาลโดยไม่ชักช้า

การบันทึกข้อมูลในแบบรายงานผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยคดี (แบบ ผค.2)

วันที่.....

ชื่อสถานบำบัดรักษา.....

ชื่อผู้รับการตรวจ..... เลขที่ทั่วไปของโรงพยาบาล.....

วันที่รับตัว.....

หน่วยงานนำส่ง : ศาลใดที่ส่งตัวบำบัดรักษา

แหล่งที่มาของข้อมูล :

แหล่งที่มาของข้อมูลที่สำคัญ เช่น สำเนาคำพิพากษา ข้อมูลการบำบัดรักษาจากสถานพยาบาลอื่น ข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วย ประวัติการบำบัดรักษาในเรือนจำ (กรณีที่ได้รับโทษจำคุกในเรือนจำมาก่อน) เป็นต้น

ประวัติความเจ็บป่วย

สรุปข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับอาการป่วยทางจิตเวชหรือประวัติอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องโดยลำดับเหตุการณ์ตามระยะเวลาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ครอบคลุมช่วงเวลาที่ก่อคดี ผลการพิพากษา การรับโทษตามคำสั่งศาล ควรมีรายละเอียดการดำเนินโรค การวินิจฉัยและการรักษา ความเชื่อมโยงระหว่างอาการป่วยทางจิตเวชและการก่อคดี

ข้อสังเกต คือส่วนของประวัติ จะเป็นส่วนที่สรุปข้อมูลตั้งแต่อดีต ปัจจุบัน จนถึงตอนที่รับตัวไว้ในสถานบำบัดรักษา ควรระบุที่มาของข้อมูลด้วย

การตรวจสภาพจิตและการดำเนินโรค

ส่วนของการตรวจสภาพจิตและการดำเนินโรคเป็นข้อมูลการตรวจสภาพจิต (mental status examination) ในช่วงที่รับไว้ประเมินและบำบัดรักษาในสถานพยาบาล การดำเนินโรคควรจะลำดับตามช่วงเวลาตั้งแต่แรกรับจนปัจจุบัน ควรมีข้อมูลการประเมินและบำบัดรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ และสภาพจิตก่อนและหลังบำบัด การตอบสนองต่อการรักษา ความตระหนักต่อความเจ็บป่วย ความเสี่ยงอันตรายและการจัดการความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ

หากผู้ป่วยอาการทางจิตเวชทุเลาและสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพจนทดลองอยู่ในชุมชน ควรสรุปขั้นตอนการบำบัด ผลการบำบัด การเตรียมชุมชนและผลการทดลองดำเนินชีวิตในชุมชนให้ศาลทราบ

ควรบรรยายเป็นภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เนื่องจากรายงานฉบับนี้ใช้รายงานต่อศาล ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์

ผลการทดสอบทางจิตวิทยา (ถ้ามี)

หากมีการทดสอบทางจิตวิทยา ควรแปลผลและบรรยายให้เป็นภาษาที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงการใช้ศัพท์ทางการแพทย์ เนื่องจากรายงานฉบับนี้ใช้รายงานรายงานต่อศาล ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์

การวินิจฉัยความผิดปกติทางจิต

ควรสรุปอาการทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการวินิจฉัย เนื่องจากข้อมูลจากประวัติ การตรวจสภาพจิต การทดสอบทางจิตวิทยาที่บรรยายก่อนหน้าในแบบ ผค.2 อาจจะทำให้ผู้อ่านไม่เข้าใจเพราะไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ การสรุปอีกครั้งเป็นการประมวลผลซึ่งนำมาสู่การวินิจฉัย

หากมีใครร่วมทางจิตเวชอื่นให้บันทึกให้ครบ โดยสามารถระบุความรุนแรง ความเรื้อรังและอาการปัจจุบัน ว่าอาการหายหรือทุเลาหรือไม่ อย่างไร

ผลการตรวจวินิจฉัย

การรายงานผลการตรวจวินิจฉัยได้แนวคิดมาจากแบบประเมิน Historical Clinical and Risk Management (HCR-20) โดยแบ่งการประเมินเป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 สรุปผลการบำบัดรักษาว่า ผู้ป่วยอาการทุเลาและมีความตระหนักต่อความเจ็บป่วย รวมทั้งสามารถจัดการตัวกระตุ้นต่าง ๆ ได้หรือไม่ ดังนี้

- การยอมรับความเจ็บป่วยทางจิต
- การเข้าใจและสามารถรับการรักษอย่างต่อเนื่อง
- เข้าใจและสามารถจัดการความเครียดซึ่งเป็นตัวกระตุ้นอาการของโรค

ส่วนที่ 2 การประเมินการเตรียมครอบครัว ชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง ซึ่งการประเมินหัวข้อเหล่านี้ได้ต้องมีการวางแผนการเตรียมจำหน่ายไปในชุมชน ดังนี้

- มีผู้รับผิดชอบในชุมชนซึ่งมีความรู้ความเข้าใจในการติดตามการปฏิบัติตัวของผู้ป่วย
- มีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ที่ผู้ป่วยพักอาศัยหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการ กรณีที่ไม่มีผู้รับผิดชอบให้มีการติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายผู้ป่วยคดี

ความเห็น

การให้ความเห็นได้ 3 แบบ ได้แก่

1. จำหน่ายออกจากสถานบำบัดรักษาได้ เนื่องจาก
2. จำหน่ายออกจากสถานบำบัดรักษาได้โดยมีเงื่อนไข ดังนี้
ให้ผู้ป่วยมารับการรักษาตามแพทย์นัดทุก.....เดือน
3. จำเป็นต้องบำบัดรักษาต่อไป

ความเห็นอื่น ๆ (ถ้ามี)

.....

.....

.....

ลงนาม

กฎหมายกำหนดให้จิตแพทย์เจ้าของไข้เป็นผู้ลงนาม

ประเด็นการประเมินเพื่อให้ความเห็นในการบำบัดรักษา/การจำหน่ายจากสถานบำบัดรักษา

1) อาการจิตเวชและความเสี่ยงอันตราย ประเมินจากข้อมูลดังนี้

- อาการทางจิตเวชปัจจุบัน
- การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมเมื่อมีสิ่งกระตุ้น การปรับตัวกับสถานการณ์ต่าง ๆ
- ความตระหนักเกี่ยวกับโรคและการบำบัดรักษา
- ความเสี่ยงภาวะอันตรายที่ได้รับการจัดการเหมาะสมและความเสี่ยงลดลง ปลอดภัย

2) ความตระหนักเกี่ยวกับการกระทำผิด ประเมินจากข้อมูลดังนี้

- ความเข้าใจสาเหตุการก่อคดี
- สามารถเชื่อมโยงความเจ็บป่วยกับผลกระทบจากการก่อคดี
- รับรู้และเข้าใจสถานะตนเองในกระบวนการยุติธรรม

3) เตรียมจำหน่าย ทดลองอยู่ในชุมชน ประเมินจากข้อมูลดังนี้

- การยอมรับ ความพร้อมของครอบครัว ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนในการดูแล
- เหยื่อและผู้ได้รับผลกระทบได้รับการประเมิน เยียวยา และยอมรับผู้ป่วย
- การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามบริบทและผ่านการทดลองการดำเนินชีวิตในชุมชนหรือทดลองประกอบอาชีพ

ทั้งนี้ การสรุปประเมินควรได้ข้อมูลจาก 3 ส่วนที่กล่าวมา เพื่อให้มั่นใจว่าอาการหายหรือทุเลา และมีความปลอดภัยต่อสังคมหรือไม่ มีความเสี่ยงในการก่อคดีซ้ำหรือไม่ มีความมั่นใจในการให้ไปอยู่ในชุมชนหรือไม่ และควรเสนอความเห็นอื่น ๆ ต่อศาลอย่างไรในการจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อศาลจะใช้เป็นข้อมูลพิจารณาว่าจะเพิกถอนมาตรการความปลอดภัยหรือไม่ อย่างไร

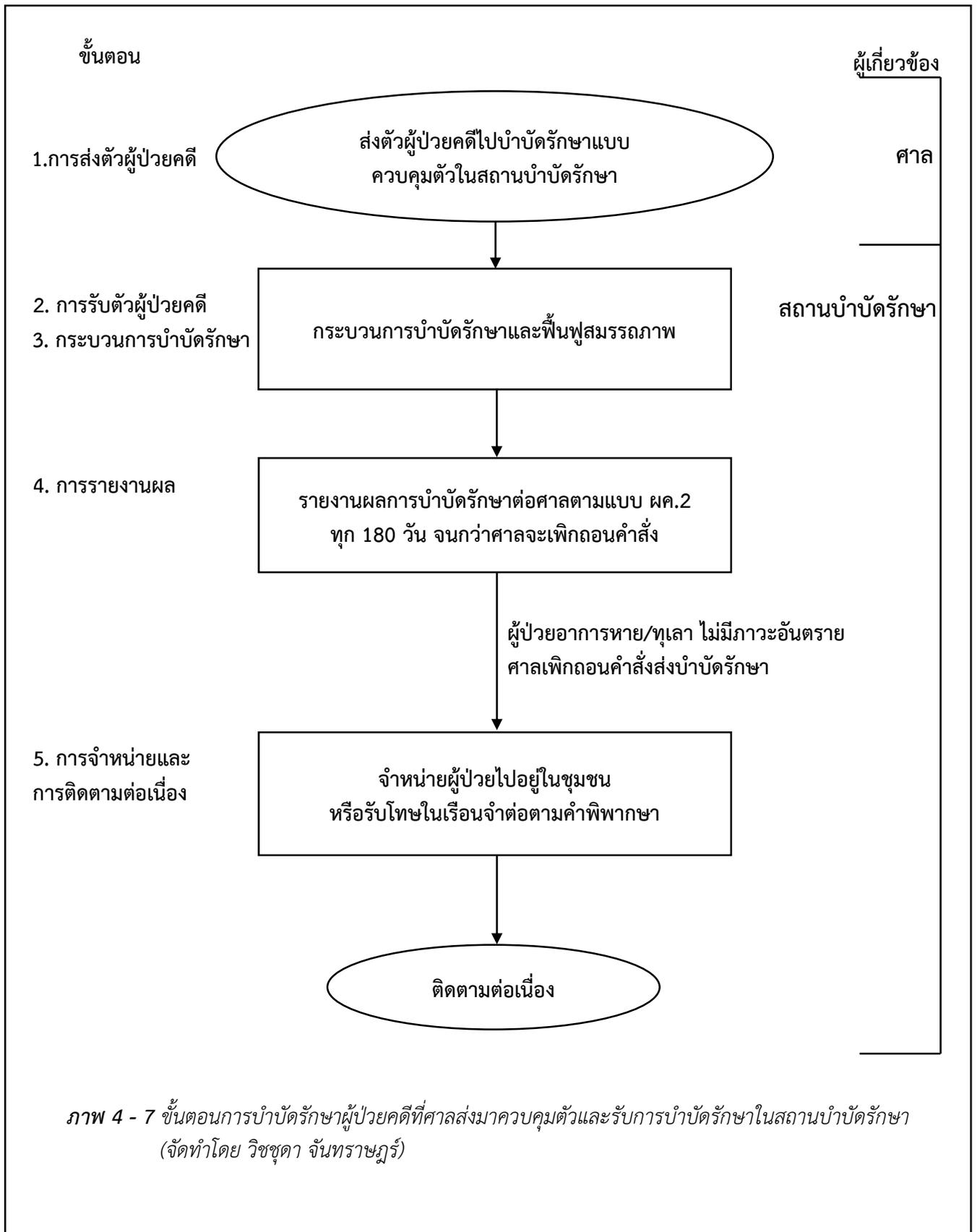
5. การจำหน่ายและติดตามต่อเนื่อง

เมื่อผู้ป่วยคดีที่ศาลสั่งบำบัดรักษาแบบควบคุมตัวในสถานพยาบาลอาการทางจิตเวชหายหรือทุเลา ไม่มีภาวะอันตราย สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปลอดภัย ประเมินว่ามีความปลอดภัยต่อสังคมแล้ว จิตแพทย์ทำรายงานผลการบำบัดรักษา (แบบ ผค.2) ต่อศาล หากศาลมีคำสั่งเพิกถอนมาตรการความปลอดภัยตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 และประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 49 วรรคสอง ก็สามารถจำหน่ายผู้ป่วยไปอยู่ในชุมชนได้ ส่วนผู้ป่วยที่ศาลส่งรักษาตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 (1) ให้รายงานผลการบำบัดรักษาต่อศาลเพื่อสั่งการต่อ เช่น ให้เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์มารับไปปรับโทษจำคุกในเรือนจำต่อ เป็นต้น

ดังนั้น การวางแผนเตรียมจำหน่ายควรมีข้อมูลว่าผู้ป่วยจะจำหน่ายไปอยู่ที่ใดเพื่อส่งต่อข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง ควรประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ล่วงหน้าเพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยก่อนวันจำหน่ายจริง

ทั้งนี้ จำเป็นต้องติดตามการรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันอาการกำเริบ การก่อความรุนแรง และการก่อคดีซ้ำ

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาสามารถสรุปได้ ดังภาพ 4 - 7



ภาพ 4 - 7 ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา (จัดทำโดย วิชชุดา จันทราชภูร์)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 48 ปี ป่วยด้วยโรคจิตเภทมา 20 ปี ก่อคดีฆ่าเด็กในชุมชนเสียชีวิต โดยวางแผนในการก่อคดี เนื่องจากมีอาการหลงผิด หวาดระแวงว่าเด็กเป็นปีศาจจะมาเอาชีวิตตนเองจึงต้องฆ่าก่อนที่ตนเองจะโดนฆ่า ศาลพิพากษาว่าจำเลยมีความผิดแต่ได้รับการลดหย่อนโทษตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 65 ให้จำคุกในเรือนจำเป็นเวลา 3 ปี และให้ควบคุมตัวในสถานพยาบาลเพื่อบำบัดรักษาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 จนกว่าจะปลอดภัยต่อสังคม

หลังจากรับโทษจำคุกครบตามกำหนด ได้เข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษา ได้รับการประเมินโดยทีมสหวิชาชีพและบำบัดรักษาด้วยยา การทำจิตบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกิจกรรมบำบัด การเยียวยาครอบครัวของเหยื่อและชุมชน เนื่องจากสร้างความหวาดกลัวในชุมชนอย่างมาก การเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและประสานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ในการร่วมดูแลผู้ป่วย จิตแพทย์ได้รายงานผลการบำบัดรักษาตามแบบ ผค.2 ทุก 180 วัน

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น สถานบำบัดรักษาได้ขออนุญาตศาลในการให้ผู้ป่วยไปเยี่ยมบ้าน เมื่อศาลอนุญาตได้ให้ผู้ป่วยไปเยี่ยมบ้านและทดลองอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยสามารถทำสวน เลี้ยงกุ้ง ซึ่งเป็นธุรกิจครอบครัวได้ ไม่พบความก้าวร้าว ผู้ป่วยรับผิดชอบรับประทานยาต่อเนื่องได้ดี รับประทานอาหารทางจิตเวชที่โรงพยาบาลประจำจังหวัด ทีมผู้รักษาจึงประชุมทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินผลการบำบัดรักษา มีความเห็นควรจำหน่ายจากสถานบำบัดรักษาได้ จึงรายงานผลการบำบัดรักษาตามแบบ ผค.2 ให้ศาลรับทราบ ต่อมาศาลมีคำสั่งเพิกถอนตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48 ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากสถานบำบัดรักษาและหลังจำหน่ายได้ติดตามผลการรักษาต่อเนื่อง

กรณีศาลมีคำสั่งให้ส่งผู้ป่วยคดีมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56 ระบุว่า “ผู้ใดกระทำความผิดซึ่งมีโทษจำคุกหรือปรับ และในคดีนั้นศาลจะลงโทษจำคุกไม่เกินห้าปีไม่ว่าจะลงโทษปรับด้วยหรือไม่ก็ตามหรือลงโทษปรับ ถ้าปรากฏว่าผู้นั้น

(1) ไม่เคยรับโทษจำคุกมาก่อน หรือ

(2) เคยรับโทษจำคุกมาก่อนแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ หรือเป็นโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือ

(3) เคยรับโทษจำคุกมาก่อนแต่พ้นโทษจำคุกมาแล้วเกินกว่าห้าปี แล้วมากระทำความผิดอีก โดยความผิดในครั้งหลังเป็นความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ

และเมื่อศาลได้คำนึงถึงอายุ ประวัติ ความประพฤติ สติปัญญา การศึกษาอบรม สุขภาพ ภาวะแห่งจิต นิสัย อาชีพ และสิ่งแวดล้อมของผู้นั้น หรือสภาพความผิด หรือการรู้สึกความผิด และพยายามบรรเทาผลร้ายที่เกิดขึ้น หรือเหตุอื่นอันควรปรานีแล้ว ศาลจะพิพากษาว่าผู้นั้นมีความผิดแต่รอการกำหนดโทษหรือกำหนดโทษแต่รอการลงโทษไว้ไม่ว่าจะเป็นโทษจำคุกหรือปรับอย่างหนึ่งอย่างใดหรือทั้งสองอย่าง เพื่อให้โอกาสกลับตัวภายในระยะเวลาที่ศาลจะได้กำหนดแต่ต้องไม่เกินห้าปีนับแต่วันที่ศาลพิพากษา โดยจะกำหนดเงื่อนไขเพื่อคุ้มครองความประพฤติของผู้นั้นด้วยหรือไม่ก็ได้

เงื่อนไขเพื่อคุ้มครองความประพฤติของผู้กระทำความผิดตามวรรคหนึ่ง ศาลอาจกำหนดข้อเดียวหรือหลายข้อตามควรแก่กรณีได้ ดังต่อไปนี้

(1) ให้ไปรายงานตัวต่อเจ้าพนักงานที่ศาลระบุไว้เป็นครั้งคราว เพื่อเจ้าพนักงานจะได้สอบถาม แนะนำช่วยเหลือ หรือตักเตือนตามที่เห็นสมควรในเรื่องความประพฤติและการประกอบอาชีพ หรือจัดให้กระทำกิจกรรมบริการสังคมหรือสาธารณประโยชน์

(2) ให้ฝึกหัดหรือทำงานอาชีพอันเป็นกิจจะลักษณะ

(3) ให้ละเว้นการคบหาสมาคมหรือการประพฤติดื้อนอาจนำไปสู่การกระทำความผิดในทำนองเดียวกันอีก

(4) ให้ไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ หรือความเจ็บป่วยอย่างอื่น ณ สถานที่และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด

(5) ให้เข้ารับการฝึกอบรม ณ สถานที่และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด

(6) ห้ามออกนอกสถานที่อยู่อาศัย หรือห้ามเข้าในสถานที่ใดในระหว่างเวลาที่ศาลกำหนด ทั้งนี้ จะใช้อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์หรืออุปกรณ์อื่นใดที่สามารถใช้ตรวจสอบหรือจำกัดการเดินทางด้วยก็ได้

(7) ให้ชดใช้ค่าสินไหมทดแทนหรือเยียวยาความเสียหายโดยวิธีอื่นให้แก่ผู้เสียหายตามที่ผู้กระทำความผิดและผู้เสียหายตกลงกัน

(8) ให้แก้ไขฟื้นฟูหรือเยียวยาความเสียหายที่เกิดแก่ทรัพยากรธรรมชาติหรือสิ่งแวดล้อม หรือชดใช้ค่าเสียหายเพื่อการดังกล่าว

(9) ให้ทำทัณฑ์บนโดยกำหนดจำนวนเงินตามที่ศาลเห็นสมควรว่าจะไม่ก่อเหตุร้ายหรือก่อให้เกิดอันตรายแก่บุคคลอื่นหรือทรัพย์สิน

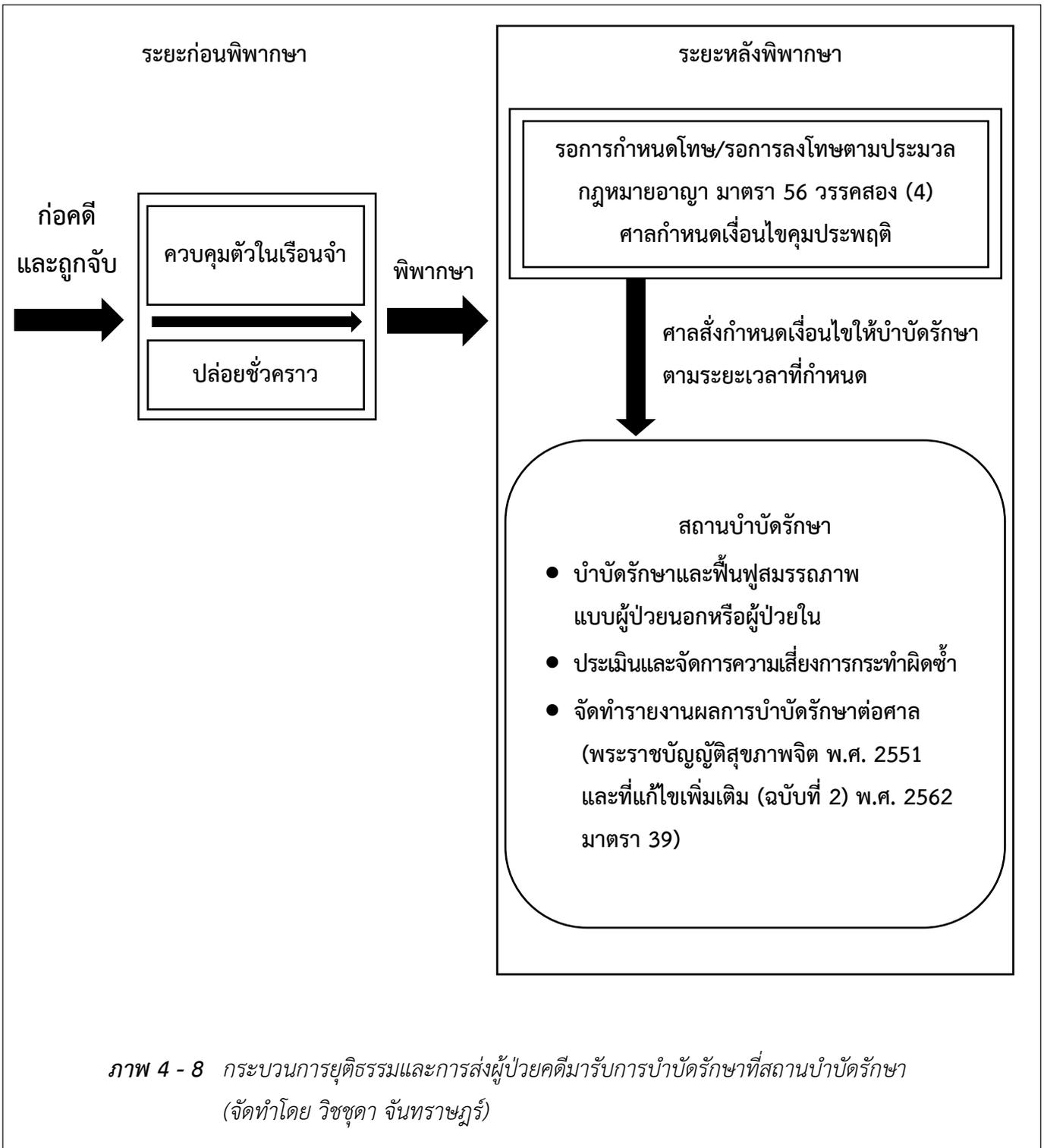
(10) เงื่อนไขอื่น ๆ ตามที่ศาลเห็นสมควรกำหนดเพื่อแก้ไข ฟื้นฟู หรือป้องกันมิให้ผู้กระทำความผิดกระทำหรือมีโอกาสกระทำความผิดขึ้นอีก หรือเงื่อนไขในการเยียวยาผู้เสียหายตามที่เห็นสมควร

เงื่อนไขตามที่ศาลได้กำหนดตามความในวรรคสองนั้น ถ้าภายหลังความปรากฏแก่ศาลตามคำขอของผู้กระทำความผิด ผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้นั้น ผู้อนุบาลของผู้นั้น พนักงานอัยการหรือเจ้าพนักงานว่าพฤติการณ์ที่เกี่ยวแก่การควบคุมความประพฤติของผู้กระทำความผิดได้เปลี่ยนแปลงไป เมื่อศาลเห็นสมควรศาลอาจแก้ไขเพิ่มเติมหรือเพิกถอนข้อหนึ่งข้อใดเสียก็ได้ หรือจะกำหนดเงื่อนไขข้อใดตามที่กล่าวในวรรคสองที่ศาลยังมิได้กำหนดไว้เพิ่มเติมขึ้นอีกก็ได้ หรือถ้ามีการกระทำผิดทัณฑ์บนให้นำบทบัญญัติมาตรา 47 มาใช้บังคับโดยอนุโลม”

ดังนั้น ผู้ป่วยคดีที่ถูกส่งตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56 วรรคสอง (4) หมายถึง ผู้กระทำความผิดที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุกหรือพิพากษาว่ามีความผิดแล้ว แต่ให้รอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษและปล่อยตัวไป แต่ศาลกำหนดเงื่อนไขคุ้มครองความประพฤติโดยให้ผู้ป่วยคดีไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ณ สถานที่บำบัดรักษาตามระยะเวลาที่กำหนด

ผู้ป่วยกลุ่มนี้อยู่ในขั้นตอน “ระยะหลังพิพากษา” ซึ่งหลังจากที่มีการพิพากษา ศาลเห็นว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตหรือปัญหาเกี่ยวกับการใช้สารเสพติดที่ควรได้รับการบำบัดรักษา ศาลสามารถส่งบำบัดรักษาโดยกำหนดเป็นเงื่อนไขหนึ่งระหว่างรอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษได้ โดยทั่วไปจะกำหนดระยะเวลาการบำบัดรักษา สถานบำบัดรักษาจะต้องรายงานผลการบำบัดรักษาให้กับศาลทราบตามระยะเวลาที่ศาลกำหนด²¹ ตามภาพ 4 – 8

²¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 39.



ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมาบำบัดรักษา

ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56 วรรคสอง (4) ตลอดจนอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้องได้วางแนวทางการตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา ดังนี้

1. การส่งตัวผู้ป่วยคดี

ศาลจะส่งจำเลยที่ได้รับการพิพากษาแล้วมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา สรุปลงได้ดังตาราง 4 – 3

ตาราง 4 - 3 การส่งตัวผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา

ประเด็น	รายละเอียด
ผู้นำส่ง	ศาล
ผู้ถูกส่งตัว	ผู้ป่วยคดีที่ได้รับการพิพากษาแล้ว ศาลให้รอกการกำหนดโทษหรือรอกการลงโทษ และส่งบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา
กฎหมายที่นำส่ง	ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56 วรรคสอง (4) พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 39
วัตถุประสงค์การนำส่ง	เพื่อให้จิตแพทย์บำบัดรักษา
สถานที่นำส่งตัว	สถานบำบัดรักษา
สิ่งที่กำหนดให้ส่งมาพร้อมกับผู้ต้องหาหรือจำเลย	สำเนาคำสั่ง/สำเนาคำพิพากษา ในทางปฏิบัติ ศาลจะมีหนังสือคำสั่งมาพร้อมตัวผู้ป่วยคดี แต่อาจจะไม่ได้ส่งสำเนาคำพิพากษามาพร้อมตัวผู้ป่วยคดี สถานบำบัดรักษาต้องขอสำเนาคำพิพากษาจากศาลภายหลัง

(เรียบเรียงโดย วิชชุดา จันทราชูร์)

2. การรับตัวผู้ป่วยคดี

ไม่ได้กำหนดให้ควบคุมตัว เพียงแต่ระบุวัตถุประสงค์ให้รับตัวไว้เพื่อการบำบัดรักษา²² ดังนั้นสถานบำบัดรักษาสามารถประเมินและบำบัดเป็นแบบผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในตามความเหมาะสม

3. กระบวนการบำบัดรักษา

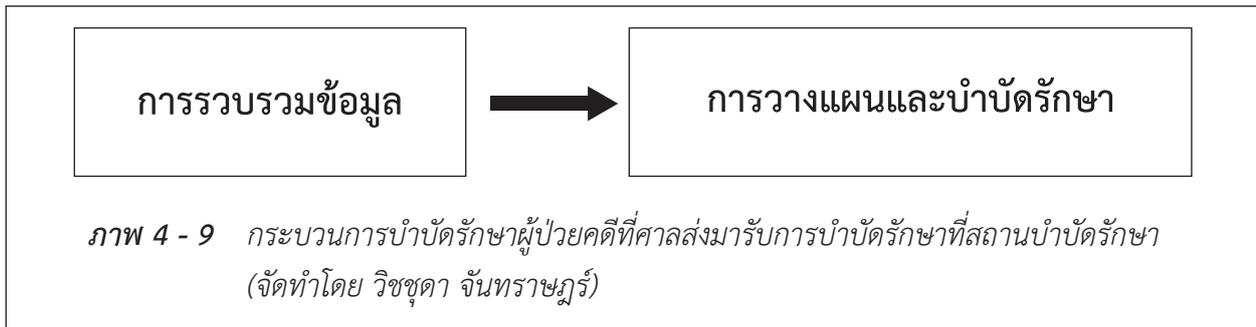
กระบวนการบำบัดรักษาแบ่งเป็นขั้นตอน ได้แก่

3.1 การรวบรวมข้อมูล

3.2 การวางแผนและบำบัดรักษา

²² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 39

กระบวนการต่าง ๆ มีความเชื่อมโยงกัน ดังภาพ 4 – 9



3.1 การรวบรวมข้อมูล

1) ประวัติอาการ ความเจ็บป่วย การดำเนินโรค และการบำบัดรักษา

ระบุแหล่งที่มาของข้อมูลว่าได้ข้อมูลจากญาติคนใด จากผู้ป่วย จากสถานพยาบาลอื่น ๆ ที่เคยรับการบำบัดรักษา (พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ ให้อำนาจสถานบำบัดรักษาเรียกเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ต้องหาหรือจำเลยจากสถานพยาบาลอื่นได้) ข้อมูลอาการขณะได้รับการปล่อยตัว เป็นต้น

อาการที่บ่งบอกถึงความเจ็บป่วยทางจิตเวช ได้แก่ ลักษณะอาการ ช่วงเวลาที่เริ่มมีอาการ ระยะเวลาของอาการ ความสม่ำเสมอของอาการ การดำเนินโรค ผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน/การเรียน/การทำงาน/ความสัมพันธ์กับผู้อื่น การก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น

การวินิจฉัย วิธีการบำบัดรักษาที่ผ่านมา การตอบสนองต่อการรักษา

ประวัติส่วนตัว เช่น พัฒนาการ บุคลิกภาพ นิสัย การเรียน การทำงาน โรคประจำตัวทางกาย ยาที่ใช้ประจำ ประวัติการใช้สารเสพติด การกระทบกระเทือนทางสมอง เป็นต้น

2) การประเมินครอบครัว ผู้ดูแล และแหล่งสนับสนุนอื่น ๆ

ประวัติครอบครัว ความสัมพันธ์ การเลี้ยงดูและผู้ที่เป็นหลักในการดูแลผู้ป่วย ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วย ทักษะคดีต่อผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการก่อคดี ข้อจำกัดของครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อมในการดูแล แหล่งสนับสนุนของครอบครัวต่าง ๆ เช่น แหล่งสนับสนุนทางสังคมจิตใจ

3) ข้อมูลการสังเกตอาการขณะที่รับไว้ในสถานบำบัดรักษาหรือสังเกตอาการระหว่างการประเมินกรณีผู้ป่วยนอก

การสังเกตอาการมีความสำคัญมาก เนื่องจากลักษณะอาการ รายละเอียด การตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นต่าง ๆ ระยะเวลาของการเกิดอาการแต่ละครั้ง ความถี่ ความสม่ำเสมอของอาการ การดำเนินโรค การประเมินความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ ซึ่งล้วนแต่มีผลต่อการวินิจฉัยและการวางแผนการรักษา

4) การตรวจสภาพจิต

จำเป็นต้องตรวจสภาพจิตให้ครอบคลุมและบันทึกข้อมูลการตรวจทุกครั้งพร้อมกับบันทึกวัน เวลาที่ตรวจ เพราะสามารถเป็นข้อมูลในการดูการดำเนินของโรคได้

5) การตรวจร่างกายทุกระบบ

ควรตรวจร่างกายอย่างละเอียดเนื่องจากโรคทางจิตเวชบางโรคมีสาเหตุจากโรคทางกายหรือโรคจิตเวชมีผลต่ออาการทางกายหรือโรคทางกาย หรืออาจเป็นโรคร่วมที่จำเป็นต้องบำบัดรักษาไปควบคู่กัน

6) การทดสอบทางจิตวิทยา

ข้อมูลจากการทดสอบทางจิตวิทยาช่วยประกอบการวินิจฉัยและการวางแผนบำบัดรักษา เช่น ระดับสติปัญญา ความรุนแรง พยาธิสภาพทางสมอง แนวความคิดเกี่ยวกับความคิด อารมณ์ บุคลิกภาพ ทั้งนี้ ขึ้นกับสภาพของผู้ป่วย การเลือกใช้เครื่องมือให้เหมาะสมซึ่งเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพของนักจิตวิทยา

7) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการจะช่วยในการวินิจฉัย การติดตามการดำเนินโรค และการติดตามผลข้างเคียงจากยา

8) ข้อมูลการประเมินสมรรถภาพในการศึกษา/การทำงาน

การประเมินสมรรถภาพ ควรมีข้อมูลประวัติ การศึกษา การทำงาน ลักษณะงานที่เคยทำ จุดแข็ง จุดอ่อน แหล่งสนับสนุนตามบริบท เพื่อประเมินว่าปัจจุบันมีสมรรถภาพในการทำงานหรือการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงใด อาจประเมินผ่านการทำกิจกรรมโดยนักกิจกรรมบำบัดก็ได้ ข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ในการประกอบการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วย รวมทั้งกำหนดเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น เป้าหมายช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยงานในบ้านได้ หรือสามารถประกอบอาชีพได้ เป็นต้น

9) ข้อมูลของเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากการก่อคดี

หากพบว่ามีเหยื่อที่ได้รับผลกระทบจากการก่อคดีของผู้ป่วย ซึ่งเหยื่ออาจจะเป็นคนในครอบครัวญาติ เพื่อน คนในชุมชนหรือบุคคลอื่นที่ไม่มีความเกี่ยวข้องกัน บุคคลที่เป็นเหยื่อเหล่านี้ควรได้รับการประเมินและเยียวยา หากเหยื่อไม่ได้รับการเยียวยาอาจเกิดบาดแผลทางใจและส่งผลทำให้ไม่ยอมรับผู้ป่วยกรณีผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านหรือในชุมชน จึงควรที่จะมีข้อมูลของเหยื่อและการเยียวยา และนำข้อมูลมาวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยต่อไป

10) ข้อมูลความเสี่ยง และอันตรายต่าง ๆ

ข้อมูลส่วนนี้เป็นส่วนที่สำคัญมากเพราะมีผลต่อความปลอดภัยของสังคมและการก่อคดีซ้ำ ควรรวบรวมประวัติการก่อความรุนแรงทั้งต่อตนเองและผู้อื่น ประวัติการทำร้ายตนเอง ประวัติการฆ่าตัวตาย ประวัติการก่อคดี การควบคุมอารมณ์ วิธีแก้ไขปัญหาคือด้วยความรุนแรง ปัจจัยที่มีผลต่อการกระตุ้นให้ก่อความรุนแรง เป็นต้น โดยข้อมูลที่ได้มาควรนำมาประเมินความเสี่ยงและจัดการความเสี่ยงต่าง ๆ ต่อไป รวมทั้งวางแผนการบำบัดรักษาที่เหมาะสม

หลังจากรวบรวมข้อมูล ทีมผู้รักษาควรประเมินปัจจัยต่าง ๆ ตาม Case formulation เพื่อให้เกิดความเข้าใจและวางแผนบำบัดต่อไป ดังที่ได้กล่าวไว้แล้ว

3.2 วางแผนและบำบัดรักษา

การวางแผนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ควรมาจากข้อมูลการทำ Case formulation ว่าปัจจัยใดบ้างที่สามารถปรับเปลี่ยนให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ซึ่งแผนการดูแลของผู้ป่วยแต่ละรายจะแตกต่างกันตามสภาพปัญหาและบริบท ได้แก่

- การบำบัดรักษาอาการของโรคทางจิตเวชและสร้างความตระหนักต่อความเจ็บป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเชื่อมโยงได้ว่าอาการทางจิตเวชส่งผลให้ก่อคดีและเกิดผลกระทบอะไรตามมา

- การจัดการความเสี่ยงอันตรายต่าง ๆ ให้ครอบคลุม เช่น การจัดการกับตัวกระตุ้นที่จะทำให้เกิดความเสี่ยง หรือทำให้อาการทางจิตเวชกำเริบ เป็นต้น

- การเสริมทักษะทางสังคม การดำเนินชีวิตประจำวัน การพัฒนาศักยภาพเพื่อการประกอบอาชีพ การทดลองประกอบอาชีพ
- การเยียวยาเหยื่อและผู้ได้รับผลกระทบจากการก่อคดีและทำให้เหยื่อเกิดความเข้าใจผู้ป่วย และการดำเนินคดีของผู้ป่วย
- การเตรียมครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อลดปัจจัยกระตุ้นให้อาการทางจิตเวชกำเริบ หรือการกลับไปใช้สารเสพติด เป็นต้น จะช่วยให้ป้องกันการก่อคดีซ้ำได้

4. การรายงานผล

กำหนดให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลตามแบบรายงานผลการรักษาของผู้ป่วยคดี (แบบ ผค.2) ทุก 90 วัน นับแต่วันที่รับผู้ป่วยคดีไว้รักษา (ทั้งแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) ไปจนครบตามระยะเวลาที่ศาลสั่งให้บำบัดรักษา^{23, 24}

5. การจำหน่ายและติดตามต่อเนื่อง

กรณีที่ผู้ป่วยคดีที่บำบัดรักษาแบบผู้ป่วยในอาการหายหรือทุเลา ไม่มีข้อบ่งชี้ในการนอนโรงพยาบาล จิตแพทย์สามารถจำหน่ายออกจากสถานบำบัดรักษาได้ และติดตามการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก

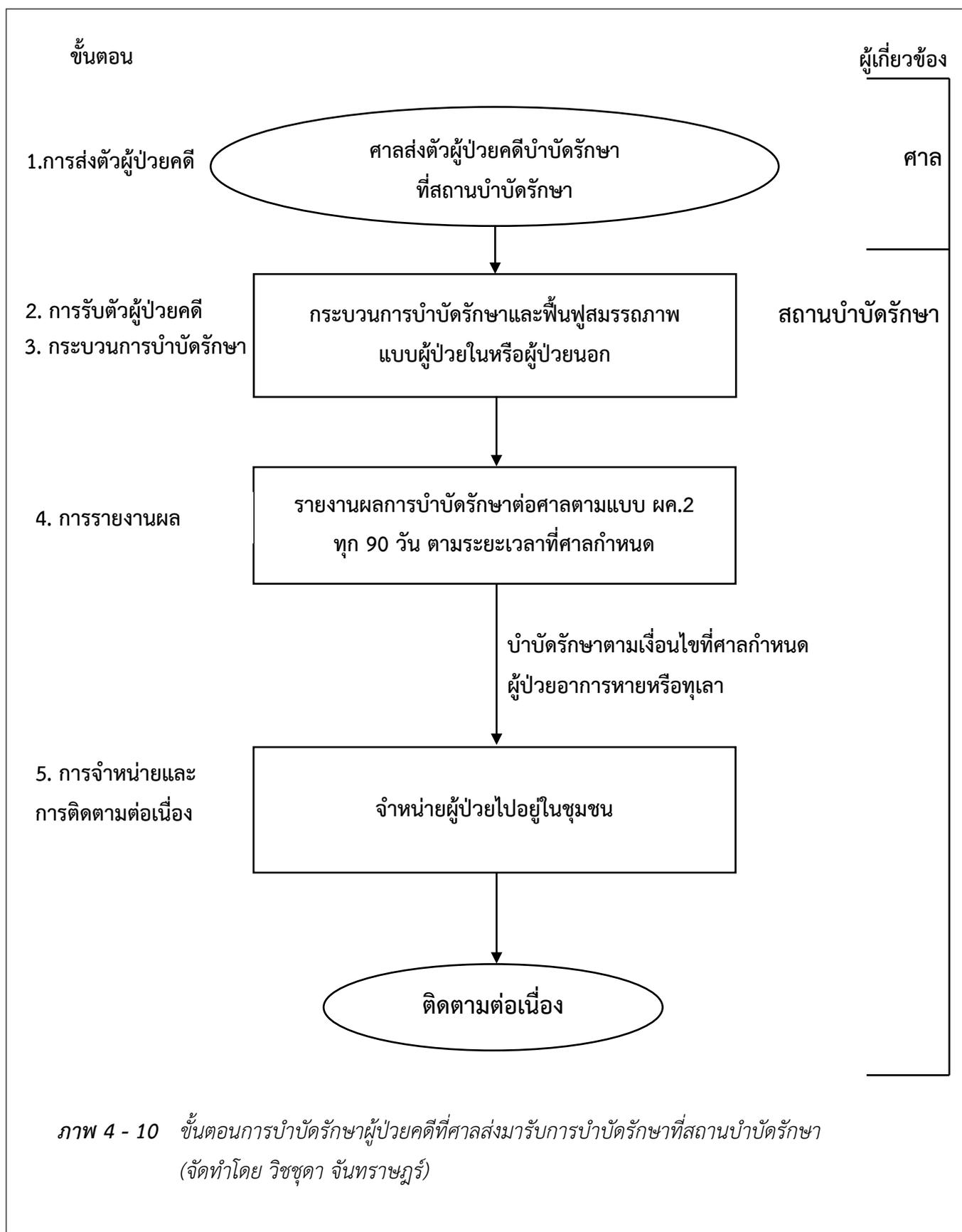
ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่กับครอบครัว ชุมชน การวางแผนเตรียมจำหน่ายมักจะทำให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลแก่ผู้ดูแลและนัดติดตามการรักษาต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอกต่อที่สถานบำบัดรักษา และรายงานผลการบำบัดรักษาทุก 90 วัน จนครบระยะเวลาที่ศาลกำหนด อย่างไรก็ตาม ควรประสานงานกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ล่วงหน้าเพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยสำหรับการติดตามในชุมชน

ผู้ป่วยกลุ่มนี้ควรได้รับการติดตามต่อเนื่อง เนื่องจากอาจมีโอกาสก่อคดีซ้ำ หากมีปัจจัยกระตุ้นต่าง ๆ และเมื่อพ้นโทษ อาจนัดติดตามการรักษาต่อเนื่องที่สถานพยาบาลใกล้บ้านที่สะดวกและส่งต่อข้อมูลให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนให้ติดตามเยี่ยมบ้าน และควรบันทึกข้อมูลในเวชระเบียนทุกครั้งที่มีการติดตาม

²³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 39.

²⁴ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี ฯ.

ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมาควบคุมตัวและรับการบำบัดรักษาสามารถสรุปได้ ดังภาพ 4 - 10



ภาพ 4 - 10 ขั้นตอนการบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีที่ศาลส่งมารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษา (จัดทำโดย วิชชุดา จันทราชฎีร์)

กรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงอายุ 30 ปี ก่อคดีลักทรัพย์ในห้างสรรพสินค้าแห่งหนึ่ง ได้รับการประกันตัว ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจากปัญหาหนี้สินที่มากมาย ไม่สามารถจัดการปัญหาได้ ไม่ได้ได้รับการรักษาต่อเนื่อง เคยพยายามฆ่าตัวตายเพื่อหนีปัญหา ลักทรัพย์เพื่อจะนำเงินมาเลี้ยงดูบุตรอายุ 7 ปี ผู้ป่วยมีอาชีพเป็นแม่บ้านทำความสะอาด รายได้ไม่เพียงพอในการเลี้ยงชีพและเลี้ยงดูบุตร ศาลพิพากษาและให้รอการลงโทษ มีคำสั่งให้เข้ารับการบำบัดรักษาที่สถานบำบัดรักษาเป็นระยะเวลา 2 ปี ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56 วรรคสอง (4)

สถานบำบัดรักษาปรับไว้รักษาแบบผู้ป่วยนอก ได้รับการรักษาด้วยยาและการทำจิตบำบัดต่อเนื่อง ให้คำแนะนำในการประกอบอาชีพเสริมและการจัดการด้านการเงิน รายงานผลการบำบัดรักษาต่อศาลทุก 90 วัน โดยใช้แบบ ผค.2 จนครบระยะเวลา 2 ปี ผู้ป่วยอาการดี ไม่มีอาการซึมเศร้ากำเริบ สามารถจัดการค่าใช้จ่ายหนี้สินได้เกือบหมด มีญาติช่วยเหลือเรื่องการดูแลบุตรและค่าเล่าเรียนบุตร จิตแพทย์มีความเห็นจำหน่ายออกจากสถานบำบัดรักษาได้

สรุป

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้กำหนดมาตรการและวิธีการเพื่อการตรวจวินิจฉัย ประเมินอาการ และบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีในแต่ละลักษณะให้สอดคล้องกับประมวลกฎหมายอาญาและประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาให้มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยในกระบวนการยุติธรรม และกำหนดมาตรการเพื่อความปลอดภัยของสังคมตามเจตนารมณ์ของกฎหมาย ดังนั้น บุคลากรในระบบสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยคดี จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจเจตนารมณ์ มาตรการ และวิธีการตามกฎหมาย ตลอดจนดำเนินการตรวจวินิจฉัย ประเมินอาการและบำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพอย่างสอดคล้องกับบริบทของสังคม

เอกสารอ้างอิง

หนังสือ

ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์ และ ณิช ไกรภัสสรพงษ์. หลักสูตรแกนกลางการให้คำปรึกษาสำหรับคลินิกจิตสังคมในระบบ
ศาล. กรุงเทพฯ: สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2564.

ราชกิจจานุเบกษา

กฎกระทรวง กำหนดสถานที่อื่นที่ใช้ในการชั่ง จำคุก หรือควบคุมผู้ต้องหา จำเลย หรือผู้ซึ่งต้องจำคุกตามคำพิพากษา
ถึงที่สุด พ.ศ. 2552. (2552, 15 ตุลาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 126 ตอนที่ 78 ก.

พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 25) พ.ศ. 2550. (2550, 12 กันยายน).
ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอนที่ 53 ก.

พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายอาญา (ฉบับที่ 25) พ.ศ. 2559. (2559, 7 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา.
เล่ม 133 ตอนที่ 31 ก.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. (2562, 16 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 50 ก.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. (2551, 20 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 ตอนที่ 36 ก.

พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2477. (2478, 10 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา.
เล่ม 52.

พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2499. (2499, 15 พฤศจิกายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 73
ตอนที่ 95.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการรายงานผลการตรวจวินิจฉัย
การประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี และผลการบำบัดรักษาของผู้ป่วยคดี การรายงานผลการบำบัด
รักษาและการทำความเห็น พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

บทที่ 5

การฟื้นฟูสมรรถภาพ

อินทิรา อະตะมะ
ลัดดา จีระกุล

- การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต
- แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ:
- หลักการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
- สรุป

ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการบำบัดรักษาไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปหรือผู้ป่วยคดี ล้วนมีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความจำเป็นเฉพาะราย โดยกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่ระยะแรกที่ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาไปจนถึงระยะที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวหรือชุมชน โดยผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจทุกขั้นตอนของการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹ และให้พนักงานเจ้าหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงานและช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ² นอกจากนี้ จะต้องมีการสนับสนุนให้ญาติ ชุมชน และภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขอย่างแท้จริง³

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย พ.ศ. 2565 หมายถึง การเสริมสร้างสมรรถภาพหรือความสามารถของผู้ป่วยให้มีสภาพที่ดีขึ้น หรือการคงสภาพหรือความสามารถที่มีอยู่เดิมไว้ โดยวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ได้แก่ กระบวนการทางการแพทย์ ศาสนา การศึกษา สังคม อาชีพ หรืออื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสทำงานหรือดำรงชีวิตในสังคมได้เต็มศักยภาพและเข้าถึงสิทธิประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตามที่กฎหมายกำหนด⁴ ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ที่ได้ให้ความหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชว่า หมายถึง กระบวนการที่เริ่มต้นโดยบุคลากรสาธารณสุขหรือด้านสุขภาพจิตที่มุ่งเน้นในการพัฒนาและทำให้บุคคลได้ใช้ความสามารถอย่างเต็มที่ พยายามลดความบกพร่อง ความไร้สมรรถภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพนั้นจะครอบคลุมทั้งด้านสังคม อาชีพ โดยมีการวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแต่ละคนแตกต่างกัน ซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการที่จะเพิ่มหรือพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มากขึ้น และต้องได้รับการช่วยเหลือด้านทรัพยากรต่าง ๆ จากชุมชน ดังนั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชจึงเป็นกระบวนการที่อาศัยหลักวิชาทางการแพทย์ การศึกษา การสังคมและงานอาชีพ ผสมผสานกันในการพัฒนาให้ผู้ป่วยทางจิตหรือผู้ที่มีความบกพร่องหรือพิการทางจิต ให้มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง สามารถใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ให้มากที่สุด โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เน้นการพึ่งพาตนเอง มีความมั่นใจ มีความภาคภูมิใจในตนเอง มีชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข โดยอาศัยทีมจิตเวชทำงานร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชนที่เกี่ยวข้อง⁵

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชนั้น เน้นการดูแลผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตใจ รวมไปถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย โดยต้องอาศัยทีมสหวิชาชีพทางการแพทย์ เช่น จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยาคลินิก นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด รวมถึงครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและมีอิทธิพลต่ออาการหรือการป่วยซ้ำของผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพในบางกรณีต้องใช้เวลาเป็นเดือน เป็นปี หรือตลอดชีวิต ปัจจุบันการให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชากรล้วนเน้นการให้บริการแบบองค์รวม (holistic care) โดยให้การ

¹ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย พ.ศ. 2565 ข้อ 4.

² พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 40 (3).

³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 41/1.

⁴ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ข้อ 3.

⁵ รวินันท์ ทองขาว. ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545, 11-12.

ดูแลตัวบุคคลอย่างเชื่อมโยง ไม่แยกส่วน เข้าใจในปัญหาสุขภาพที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งรวมถึงการดูแลทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม ซึ่งในระบบสุขภาพนั้น การทำความเข้าใจความหมายขององค์รวมแตกต่างกันไป

ตามพื้นฐานความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคติ ตลอดจนประสบการณ์ของแต่ละคน ซึ่งสาระสำคัญจะหมายถึง สุขภาวะที่สมดุลของกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเกิดจากการพิจารณาปัจจัยองค์ประกอบที่กระทบต่อสุขภาพในระบบบริการสุขภาพอย่างรอบด้าน ได้แก่ ความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และระบบอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดที่เรียกว่า แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery model)

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery model) สร้างโดย William A. Anthony ในปี 1993 เป็นแนวคิดที่ได้รับการยอมรับอย่างมากในวงการสุขภาพจิต แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery model) ตั้งอยู่บนพื้นฐานแนวคิดที่ว่า การตัดสินใจในการให้หรือรับบริการ ไม่ได้อยู่ที่ใครคนใดคนหนึ่ง แต่อยู่ที่การตัดสินใจร่วมกันของทุกฝ่าย ทั้งผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ รวมทั้งส่วนสนับสนุนที่มีผลเกี่ยวข้องต่อผลการให้บริการ⁶ โดยแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery model) สามารถใช้เป็นแนวทางปฏิบัติร่วมกับการใช้ยาหรือการบำบัดตามแนวคิดจิตวิเคราะห์ โดยผู้ป่วยจิตเวชมักมีความต้องการที่จะจัดการและเผชิญอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น ทั้งยังมีความต้องการที่จะทำให้ตัวเองมีคุณค่ามากขึ้น รวมทั้งการมีจุดมุ่งหมายและรับรู้ถึงคุณค่าของการมีชีวิต แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery model) เป็นวิธีการที่เปิดกว้างในการรับรู้ปัญหาและวิธีแก้ไขต่าง ๆ ที่จะช่วยในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพและบำบัดครบตามกระบวนการ จะสามารถบอกเล่าเรื่องราวและประสบการณ์ รวมถึงอธิบายกระบวนการในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ว่าเป็นอย่างไร ซึ่งการเรียนรู้ที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตขึ้นอยู่กับ การรับรู้และการยอมรับที่จะฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตัวเอง และรวมทั้งการมีหน่วยบริการที่ช่วยเหลือในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เช่น การให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในการรับบริการโดยให้มีการตัดสินใจและเรียนรู้ด้วยตนเอง การให้การเคารพและยอมรับต่อผู้ป่วยที่มีผลการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ตระหนักถึงความแข็งแรงและมั่นคงของผู้ป่วย ซึ่งคุณค่าเหล่านี้สามารถที่จะนำมาดำเนินการในการให้บริการของผู้ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านสุขภาพจิตตามแต่ละชนิดของการให้บริการ เช่น การบำบัด การสนับสนุนจากเพื่อนหรือผู้ใกล้ชิด การให้การศึกษาแก่ครอบครัว และอื่น ๆ ดังนั้นการนำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery model) มาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชนั้น จะสามารถทำให้เกิดการจัดการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพจิตในระยะยาวที่ดี อีกทั้งยังสามารถเข้าถึงความต้องการที่ซับซ้อนของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต รวมทั้งผู้รับดูแลผู้ป่วย ญาติ หรือบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วยสามารถเข้ามา มีส่วนกับแนวทางของระบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพอีกด้วย นอกจากนี้การนำแนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาวะ (recovery model) มาประยุกต์ใช้ ยังสามารถกระตุ้นความสนใจในวงกว้างส่งผลให้ผู้ป่วยนั้นเกิดกำลังใจ และแรงบันดาลใจในการต่อสู้ การพัฒนาตัวเองในช่วงการรักษาและปรับปรุงพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยผู้เชี่ยวชาญ และความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว รวมทั้งเพื่อนและผู้ใกล้ชิด⁷

⁶ Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J.* 1993[Cited 2022 June 15];16(4):11-23. Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0095655>.

⁷ Gagne C, Anthony W, White W. Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatr Rehabil J.* 2007[Cited 2022 June 15];31(1):32-3. Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.2975/31.1.2007.32.37>.

แนวคิดการฟื้นคืนสู่สุขภาพ (recovery model) นั้นให้ความสำคัญถึงหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่เข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ และตระหนักถึงวิธีการรักษาในหลายทางที่จะช่วยเยียวยารักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ทั้งนี้ William A. Anthony ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยว่า ไม่ว่าจะป่วยด้วยโรคใดก็ตาม จะมีผลกระทบด้วยกัน 4 ระดับ คือ

1. **Impairment** หมายถึง ความผิดปกติไปจากเดิมทั้งทางร่างกายและจิตใจ อาการของโรค หรืออาการทางจิตเวช เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ ก้าวร้าว เป็นต้น
2. **Dysfunction** หมายถึง ความสามารถในการทำหน้าที่ของบุคคลเสียไป อันเป็นผลจากความผิดปกติหรืออาการเจ็บป่วย เช่น การไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ดูแลตัวเองไม่ได้ เป็นต้น
3. **Disability** หมายถึง ความพิการที่หลงเหลือให้เห็นหลังจากการเจ็บป่วยจนไม่สามารถกลับไปทำงานได้ดังเดิม หรือต้องมีผู้ดูแล เช่น การเป็นอัมพาต แขนขาผิดรูป เป็นต้น
4. **Disadvantage** หมายถึง การสูญเสียผลประโยชน์อันพึงได้รับ หรือการถูกกีดกันในการได้รับผลประโยชน์เนื่องจากเป็นบุคคลพิการหรือเป็นผู้ป่วย เช่น การถูกสังคมตราว่าเป็นคนบ้า การไม่สามารถทำธุรกรรมได้ เพราะมีประวัติการเจ็บป่วยทางจิต การเข้ารับราชการไม่ได้เนื่องจากมีประวัติเจ็บป่วยทางจิตรุนแรง^๘ เป็นต้น

หลักการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ^๙

ตามประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย พ.ศ. 2565 มีดังต่อไปนี้

1. **การให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง** ผู้ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพต้องให้ความสำคัญในการทำความเข้าใจบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย รวมทั้งมีการปรับแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ทั้งนี้ ไม่ใช่การเอาใจ ยอมตาม หรือการสอนสั่งให้ทำตาม ผู้บำบัด ผู้ป่วย รวมถึงญาติ ควรมีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพตามความสามารถเดิมและสภาพปัญหาที่แท้จริงในปัจจุบัน

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยมีอาชีพเดิมคือร้อยพวงมาลัยส่งขายตลาดนัด เมื่อมีความเจ็บป่วยทางจิตต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยระหว่างนั้นยังมีอาการหูแว่ว เห็นภาพหลอน หวาดระแวง มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายคนอื่น แต่พอควบคุมอารมณ์ได้ ทำกิจกรรมตามขั้นตอนที่กำหนดได้ เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยต้องการทำกิจกรรมที่คุ้นเคย คือ การฝึกร้อยพวงมาลัย แต่ผู้ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพประเมินแล้วว่า การใช้เข็มร้อยมาลัยอาจมีความเสี่ยงที่ผู้ป่วยจะนำไปใช้เป็นอาวุธทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นได้ อาจมีการปรับกิจกรรมเป็นการร้อยลูกปัดด้วยเชือกไหมพรม ทำเป็นสร้อยคอหรือสร้อยข้อมือไปก่อนจนกว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจะหมดไป จึงจะพิจารณาให้ทำกิจกรรมร้อยพวงมาลัยโดยใช้เข็มร้อยมาลัยได้

2. **การให้บริการโดยผู้จุดแข็งและความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย** ผู้ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพต้องพยายามหาจุดแข็งหรือจุดเด่น รวมทั้งความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคนซึ่งมีความแตกต่างกัน

^๘ Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J.* 1993[Cited 2022 June 15];16(4):11-23.) Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0095655>.

^๙ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ข้อ 5.

และให้ความสำคัญในการเสริมจุดแข็งหรือจุดเด่นนั้นของผู้ป่วย รวมทั้งมีการปรับแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน อย่างไรก็ตาม ควรเปิดโอกาสให้ผู้ช่วย ผู้รับดูแลผู้ป่วย รวมถึงญาติ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพด้วย

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยมีอาชีพเดิมคือร้อยพวงมาลัยส่งขายตลาดนัด ปัจจุบันยังสามารถร้อยพวงมาลัยได้แต่ขาดความสวยงามประณีตไปบ้าง การจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพควรมุ่งส่งเสริมการทำกิจกรรมร้อยพวงมาลัยซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยคุ้นเคยมาก่อน และผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เองทุกขั้นตอนโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจและภาคภูมิใจในตนเอง ป้องกันความเสี่ยงถอยของทักษะและสามารถกลับไปประกอบอาชีพเดิมได้หลังออกจากโรงพยาบาล

3. การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกและรับผิดชอบต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพของตนเอง ผู้ป่วยควรได้รับโอกาสในการเลือกทำหรือไม่ทำกิจกรรมตามการให้คุณค่าและความสนใจของตนเอง เพื่อการสร้างหรือเพิ่มให้มีแรงจูงใจ เกิดความร่วมมือและรับผิดชอบในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยมีอาชีพเดิมคือร้อยพวงมาลัยส่งขายตลาดนัด แผนการจัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพมีการมุ่งส่งเสริมการทำกิจกรรมร้อยพวงมาลัยซึ่งเป็นกิจกรรมเดิมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย แต่ผู้ป่วยไม่ยินดีทำกิจกรรมโดยบอกว่ตอนนี้ตนเองมารักษาตัว อยากพักผ่อน ไม่อยากทำงานเหมือนเดิม ผู้ให้การฟื้นฟูสมรรถภาพควรเสนอกิจกรรมอื่นที่ผู้ป่วยสนใจ อาจเริ่มต้นด้วยกิจกรรมนันทนาการ การอ่านหนังสือ หรือออกกำลังกาย เพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการทำกิจกรรมและเกิดความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่อง จากนั้นจึงค่อย ๆ อธิบายถึงความจำเป็นและประโยชน์ในการทำกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่สามารถพัฒนาทักษะที่เป็นจุดเด่นหรือจุดแข็งของผู้ป่วยต่อไป

4. การสนับสนุนการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องโดยบูรณาการร่วมกับระบบการดูแลอื่น ๆ การฟื้นฟูสมรรถภาพ หากสามารถดำเนินการไปพร้อมกับกรณีมีแหล่งสนับสนุนและการดูแลด้านสวัสดิการของรัฐหรือเอกชน หรือการช่วยเหลือทางกฎหมายต่าง ๆ จะเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและความสำเร็จของการฟื้นฟูสมรรถภาพได้เป็นอย่างดี เช่น การดำเนินการแจ้งสิทธิตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการให้กับผู้ป่วย ทั้งนี้ รวมถึงสิทธิของญาติและผู้ดูแลตามกฎหมายต่าง ๆ รวมทั้งกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิตด้วย

ตัวอย่าง

ผู้ป่วยทางจิตที่เข้าหลักเกณฑ์เป็นคนพิการตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ ทางหน่วยงานที่ให้การบำบัดรักษาควรดำเนินการแจ้งสิทธิตามกฎหมายแก่ผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่กระบวนการขอมีบัตรประจำตัวคนพิการ เพื่อให้ได้รับสิทธิเงินสงเคราะห์คนพิการรายเดือน สิทธิการกู้ยืมเงินเพื่อประกอบอาชีพ สิทธิการจ้างงานคนพิการ เป็นต้น

5. การฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอย่างเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง อาจจะทำให้ทักษะในการใช้ชีวิตตามปกติที่ทำได้อยู่เดิมลดน้อยถอยลงไป ทำให้มีความแตกต่างจากบุคคลทั่วไป ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตในสังคม ดังนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยเน้นให้ฝึกทักษะการดำรงชีวิตในสังคม

ตัวอย่าง

- การฝึกใช้บริการขนส่งสาธารณะเพื่อลดการพึ่งพิงในการเดินทางจากบ้านมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล เช่น รถประจำทาง รถไฟฟ้า เรือโดยสาร
- การใช้บริการเครื่องเบิกถอนเงินสดอัตโนมัติ (ATM) การเปิดบัญชีธนาคาร การทำบัตร ATM การเบิกถอนเงินผ่านเครื่อง ATM
- การใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ และแอปพลิเคชัน (application) ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิตหรือเป็นที่นิยมในช่วงเวลานั้น เช่น หมอพร้อม เป่าตัง เฟซบุ๊ก (Facebook) หรือไลน์ (LINE Messenger) เป็นต้น

6. การผสมผสานเชื่อมโยงการฟื้นฟูสมรรถภาพเข้ากับการให้บริการทุกระยะของการเจ็บป่วย
โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเริ่มต้นได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการบำบัดรักษาตลอดจนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน

ตัวอย่าง

- การศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วยเพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการวางแผนให้บริการ
- การเข้าไปทำความรู้จัก แนะนำตัว พูดคุยทักทาย เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพเบื้องต้นก่อนรับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- การวางแผนและวิเคราะห์ห่ออกแบบกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับสู่ชุมชน ไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน สถานสงเคราะห์ หรือเรือนจำ

7. การสนับสนุนบริการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำบทบาทหน้าที่ของตนเอง และใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขในชุมชน

ตัวอย่าง

- การแนะนำหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพหรือดูแลติดตามการรักษาได้อย่างต่อเนื่องในพื้นที่ใกล้บ้านหรือตามสิทธิการรักษา
- การช่วยดำเนินการในการจัดทำบัตรประจำตัวประชาชน การเปิดบัญชีธนาคาร การเปิดใช้โทรศัพท์เคลื่อนที่ หรืออื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินชีวิต

8. การเสริมสร้างความสัมพันธ์ส่วนบุคคล การสนับสนุนจากครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม

ตัวอย่าง

- การค้นหาผู้ดูแลหลักเพื่อให้ความรู้ คำแนะนำ ในการทำความเข้าใจและสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
- การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเข้าร่วมเป็นสมาชิกสมาคมหรือชมรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิต เช่น สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตแห่งประเทศไทย สมาคมสายใยครอบครัว สมาคมผู้ปกครองบุคคลออทิสซึม (ไทย) เป็นต้น

9. การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตัวอย่าง

- การแนะนำการปรับสภาพบ้านผู้ป่วยให้สะอาด โปร่ง โล่ง สบาย จะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีสุขอนามัยที่ดี สุขภาพจิตดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี
- การจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้อย่างสะดวก ปลอดภัยมากขึ้น

10. มีการประเมินก่อนและหลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพ และปรับแผนการบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยควรเลือกใช้เครื่องมือการประเมินให้เหมาะสมกับความบกพร่องของผู้ป่วยในแต่ละราย

ตัวอย่าง

o แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมพฤติกรรม (The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation: COTE) สำหรับประเมินพฤติกรรมที่เกิดขึ้นขณะเข้าร่วมกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ในส่วนพฤติกรรมทั่วไป พฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและพฤติกรรมการทำงาน โดยสามารถวัดผลก่อนและหลังเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมด้านต่าง ๆ ได้

o แบบวัดบทบาท (The Role Checklist) สำหรับช่วยแยกแยะบทบาทหลัก ๆ ในชีวิตของผู้ป่วย โดยลำดับบทบาทที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนเป้าหมายการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยแก้ไขให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ตามบทบาทที่สำคัญตามการรับรู้ของผู้ป่วยและในสถานการณ์ความเป็นจริงได้

o แบบวัดความสนใจ (The Interest Checklist) สำหรับค้นหาความสนใจในกิจกรรมของผู้ป่วย โดยสามารถแยกความสนใจเป็นประเภทต่าง ๆ ได้แก่ งานฝีมือ กีฬา กิจกรรมประจำวัน การศึกษาและวัฒนธรรม นันทนาการทางสังคม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนจัดกิจกรรมในผู้ป่วยที่ไม่สามารถระบุความสนใจที่ชัดเจนได้

o เครื่องมือประเมินการรับรู้และความรู้ความเข้าใจสำหรับคนไทย (Thai Cognitive-Perceptual Test) สำหรับประเมินหาความบกพร่องของทักษะด้านการรับรู้และความรู้ความเข้าใจ 6 ทักษะ ได้แก่ การรับรู้ทางสายตา การรับรู้เกี่ยวกับร่างกาย การวางแผนกระทำการเคลื่อนไหว ความจำ การจับคู่และจัดหมวดหมู่วัตถุ ตลอดจนการแก้ไขปัญหา

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ¹⁰

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพมีขั้นตอนดังนี้

1. ประเมินความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา โดยการค้นหาทักษะความสามารถ จุดแข็ง และค่านิยมของผู้ป่วย โดยใช้กิจกรรมการประเมินที่สอดคล้องกับความบกพร่องหรือความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย

2. จัดทำแผนฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยต้องมีการกำหนดเป้าหมายชีวิต ประเมินเป้าหมายชีวิต จุดแข็ง จุดอ่อน และสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยรายบุคคล อาจเป็นแผนระยะสั้นระหว่างผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือแผนระยะยาวต่อเนื่องจนผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน ทั้งนี้ ผู้ป่วยและญาติ หรือผู้รับดูแลผู้ป่วย ควรมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนตามโอกาสที่เหมาะสม

3. ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยตามแผนฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบกระบวนการ

4. ประเมินผลลัพธ์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยสามารถปรับแก้ไขแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตามความเหมาะสม และอาจกลับไปเริ่มที่ขั้นตอนที่ 1 ใหม่ได้ จนกว่าจะยุติการฟื้นฟูสมรรถภาพ

¹⁰ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ ข้อ 6.

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการส่งเสริมการมีส่วนร่วมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. ประสานความร่วมมือไปยังบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข หน่วยงานของรัฐ หรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วย ญาติผู้ป่วย ชุมชน และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม

2. ประสานความร่วมมือไปยังสถาบันการศึกษาหรือภาคเอกชน เพื่อดำเนินการส่งเสริมทัศนคติ พัฒนาความรู้ และทักษะ ให้แก่บุคลากรที่ให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

3. ประสานความร่วมมือไปยังสถาบันการศึกษา หรือภาคเอกชน เพื่อดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มศักยภาพในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย

4. ดำเนินการส่งเสริม สนับสนุนและประสานความร่วมมือไปยังกลุ่มช่วยเหลือกันและกัน (self help group) เพื่อให้กลุ่มช่วยเหลือกันและกันมีศักยภาพในการดำเนินการคุ้มครองสิทธิและส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ป่วย และผู้รับดูแลผู้ป่วย

5. ร่วมมือกับหน่วยงานของรัฐหรือภาคเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างมีคุณภาพ¹¹

การประสานงานเพื่อสร้างความร่วมมือในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยครอบคลุมมิติตั้งแต่ด้านการดูแลตนเอง การศึกษา และการฝึกทักษะอาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนทั่วไปในสังคมมากที่สุด และได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

นอกจากนี้ ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลที่เหมาะสมในแต่ละช่วงวัย ตั้งแต่วัยเด็กซึ่งเป็นวัยแห่งการเรียนรู้ ได้รับการดูแลสุขอนามัยและกระตุ้นพัฒนาการให้สมวัย การประสานงานกับสถาบันการศึกษา หรือภาคเอกชน เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย อาจเกิดในบริบทสถาบันการศึกษาระดับใดที่ผู้ป่วยศึกษาอยู่ก็ได้ หรือในบริบทโรงเรียนการศึกษาพิเศษ สังกัดสำนักบริหารงานการศึกษาพิเศษ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งมีโรงเรียนการศึกษาพิเศษเฉพาะความบกพร่องทางด้านสติปัญญา 19 โรงเรียน ได้แก่ โรงเรียนกาวีละอนุกุล โรงเรียนกาฬสินธุ์ปัญญานุกูล โรงเรียนฉะเชิงเทราปัญญานุกูล โรงเรียนชุมพรปัญญานุกูล โรงเรียนเชียงรายปัญญานุกูล โรงเรียนนครราชสีมาปัญญานุกูล โรงเรียนนครศรีธรรมราชปัญญานุกูล โรงเรียนนครสวรรค์ปัญญานุกูล โรงเรียนน่านปัญญานุกูล โรงเรียนพิจิตรปัญญานุกูล โรงเรียนพิษณุโลกปัญญานุกูล โรงเรียนเพชรบุรีปัญญานุกูล โรงเรียนแพร่ปัญญานุกูล โรงเรียนภูเก็ตปัญญานุกูล โรงเรียนระยองปัญญานุกูล โรงเรียนลพบุรีปัญญานุกูล โรงเรียนสงขลาพัฒนาปัญญา โรงเรียนสุพรรณบุรีปัญญานุกูล และโรงเรียนอุบลปัญญานุกูล ซึ่งการเข้าศึกษาในโรงเรียนดังกล่าวจะขึ้นอยู่กับความเหมาะสมตามระดับเขาวินิจฉัยของเด็ก นอกจากนี้ ยังมีศูนย์การศึกษาพิเศษเขตการศึกษา 13 ศูนย์ และศูนย์การศึกษาพิเศษประจำจังหวัด 64 ศูนย์ ซึ่งจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับการศึกษาที่เหมาะสม

ส่วนการฝึกอาชีพ สามารถประสานงานกับศูนย์อบรมวิชาชีพแก่คนพิการ ศูนย์พัฒนาฝีมือแรงงานจังหวัด สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานนานาชาติ และสถาบันพัฒนาฝีมือแรงงาน ภาค 1 - 12 เพื่อเตรียมเข้าทำงานยกระดับ

¹¹ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพฯ หมวด 2 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย.

ฝีมือและเสริมทักษะ และหน่วยงานฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ รวมทั้งยังมีศูนย์เรียนรู้การพัฒนาสตรีและครอบครัว กรมกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ให้บริการฝึกอาชีพกับ กลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสตรีที่ยังว่างงาน อยากมีรายได้เสริม หรือมีภาวะยากลำบาก กรณีที่ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางไปฝึกตามศูนย์ต่าง ๆ ได้

การดำเนินการประสานงานเพื่อสร้างความร่วมมือในภาพรวมจะมีส่วนช่วยสร้างเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เข้มแข็ง เพิ่มการเข้าถึงบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เชื่อมโยงการฟื้นฟูสมรรถภาพภายในสถานพยาบาล สู่ภายนอกสถานพยาบาล และส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงคนปกติมากที่สุด

กรณีศึกษาผู้ป่วยที่เข้าสู่กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ

กรณีศึกษาที่ 1 ชายไทยวัยหนุ่ม อายุ 23 ปี เข้ารับการรักษาอาการทางจิต

การตรวจสอบบทบาท (The Role Checklist)

จากการตรวจสอบบทบาทในชีวิตที่ผู้ป่วยให้ความสำคัญ ซึ่งประกอบด้วย การเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา คนทำงาน อาสาสมัคร ผู้เลี้ยงดู ผู้ดูแลบ้าน เพื่อน สมาชิกครอบครัว สมาชิกศาสนา สมาชิกชมรมหรือองค์กร การทำงานอดิเรกหรือมือสมัครเล่น ในช่วงเวลาอดีต ปัจจุบัน และอนาคต พบว่า

ส่วนที่ 1 บทบาทในอดีต

ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากในการรับบทบาทของการเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา บทบาทการเป็นเพื่อนร่วมกลุ่ม บทบาทของการเป็นสมาชิกครอบครัว และบทบาทของการเป็นสมาชิกของศาสนา โดยเห็นว่าบทบาทของการเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา การเป็นสมาชิกครอบครัว และการเป็นสมาชิกของศาสนา มีความสำคัญต่อตนเองมาก ส่วนบทบาทของความเป็นเพื่อนร่วมกลุ่มเห็นว่าไม่สำคัญ

ส่วนที่ 2 บทบาทในปัจจุบัน

ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากกับบทบาทของการเป็นสมาชิกครอบครัว และการเป็นสมาชิกของศาสนา

ส่วนที่ 3 บทบาทในอนาคต

ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากกับบทบาทการเป็นคนทำงาน ผู้เลี้ยงดู ผู้ดูแลบ้าน สมาชิกครอบครัว และสมาชิกศาสนา ส่วนที่ให้ความสำคัญปานกลางคือบทบาทการเป็นอาสาสมัครสมาชิกชมรมหรือองค์กร และการทำงานอดิเรกหรือเป็นมือสมัครเล่น

ผลการวัดความสนใจ (The Interest Checklist)

ผลการจัดลำดับความสนใจในกลุ่มกิจกรรมนั้นพบว่า ผู้ป่วยมีความสนใจในกลุ่มกิจกรรมประเภทการศึกษา และวัฒนธรรม ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาษา การบรรยาย เรื่องทางสังคม การเมืองการปกครอง ดนตรี และศาสนา

การประเมินทักษะในการประกอบกิจกรรม (The Assessment of skills in Occupational Performance)

ผลการประเมินทักษะในการประกอบกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วยทักษะ 3 ส่วน ได้แก่ ทักษะการเคลื่อนไหว (Motor skills) ทักษะการจัดระเบียบการกระทำ (Process skills) และทักษะการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ (Communication and Interaction skills) พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถเพียงพอในทักษะทุกส่วน ทั้งนี้ กิจกรรม

ทดสอบเป็นกิจกรรมที่ผ่านการวิเคราะห์ จัดลำดับขั้นตอน และมีการอธิบายรายละเอียดวิธีการกระทำเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้สำเร็จ

การวางแผนกิจกรรมในอนาคต

จากการร่วมวางแผนกิจกรรมในอนาคต ผู้ป่วยมีความสนใจในการช่วยเหลือกิจการของบิดาในการประกอบอาชีพค้าขายเสื้อผ้า ซึ่งต้องอาศัยทักษะในด้านการสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทาง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการคิดคำนวณเป็นหลัก โดยในส่วนของสื่อสารนั้น ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ดี แต่ในส่วนของการจัดระเบียบการกระทำที่ประกอบด้วย การคิดตรรกะตรง การใส่ใจ การใช้ความรู้ในการคิดคำนวณ การวางแผนการใช้เวลา ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในวิธีการเรียนรู้สิ่งที่สนใจเพื่อให้สามารถมีความรู้และเข้าใจได้ด้วยตนเองโดยการอ่านและการเขียน เนื่องจากผู้ป่วยมีความบกพร่องจัดอยู่ในกลุ่มอาการด้านความบกพร่องทางการเรียนรู้

ทั้งนี้ จากการประสานข้อมูลกับงานจิตเวชชุมชน พบว่าผู้ป่วยได้รับการเลี้ยงดูที่ไม่เหมาะสมจากบิดา แต่ในการตรวจสอบพบพานั้นผู้ป่วยยังให้ความสำคัญกับการอยู่ร่วมเป็นสมาชิกของครอบครัวเป็นอย่างมาก ให้ความสำคัญในการเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลน้อย แม้จะมีความสนใจและมีทักษะในส่วนนี้เพียงพอก็ตาม นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังรู้สึกมั่นใจและปลอดภัยหากได้เริ่มต้นกิจกรรมที่มีครอบครัวช่วยส่งเสริมและดูแลอย่างใกล้ชิด

การฝึกให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ทักษะในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ นั้น ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้จากการสอนให้ลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริง ซึ่งต้องใช้เวลาและโอกาสในการเรียนรู้ซ้ำ ๆ ผู้ป่วยจึงจะสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้ ควรมีการให้ข้อมูลกับญาติเพื่อให้เข้าใจในข้อจำกัดของผู้ป่วยจากกลุ่มอาการที่เป็น และวิธีการฝึกทักษะในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยให้เต็มศักยภาพ

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยบังคับรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 เนื่องจากมีพฤติกรรมส่งเรื่องร้องเรียนหน่วยงานราชการบ่อย ๆ

ผู้ป่วยสาวประเภทสอง วัยผู้ใหญ่รูปร่างสูงใหญ่ ผิวขาวเหลือง ผมหยาว เล็บมือยาว แต่งกายด้วยชุดผู้ป่วยเรียบร้อย ร่างกายทั่วไปสะอาด สีสหน้าท่าทางเป็นมิตร ร่วมมือในการสัมภาษณ์ ให้รายละเอียดได้เหมาะสม

เล่าประวัติสั้น ๆ ว่าเป็นคน จังหวัดอุทัยธานี เรียนจบมัธยมศึกษาปีที่ 6 บิดามารดายังมีชีวิตอยู่ ปัจจุบันอาศัยอยู่บ้านด้วยกัน 4 คน พร้อมหลาน (ลูกของน้องสาว) อายุ 5 ขวบ โดยตนเองมีหน้าที่ดูแลทั้งบิดามารดาและหลาน ปัจจุบันรับงานทำบายศรีอยู่กับบ้านมาประมาณ 2 ปี ใช้วิธีการหางานผ่านเฟซบุ๊ก (Facebook) และปากต่อปาก บางครั้งแยกทำงานเดี่ยวหรือทำเป็นทีมกับเพื่อนกลุ่มเดียวกัน

ผู้ป่วยปฏิเสธการเจ็บป่วยทางจิต บอกว่าตนเองปกติดี พฤติกรรมหรืออาการก่อนมารับการรักษาที่สถาบันเหมือนขณะอยู่บ้าน ไม่มีอะไรเปลี่ยนแปลง เมื่อผ่านการเข้ากลุ่มจิตบำบัดประมาณ 7 - 8 ครั้ง รู้สึกสนุก ได้ความรู้ใหม่ ไม่ทราบว่าเป็นอะไร ครั้งนี้ไม่ได้ตั้งใจมารักษาแค่มาพบแพทย์ตามนัด โดยนั่งรถตุ๊กออกจากบ้านที่ปทุมธานี ตั้งแต่ช่วง 7 - 8 โมงเช้า แต่กลับถูกจับลือคดียาและเข้ามาอยู่ในหอผู้ป่วย ยอมรับว่าเคยมารับบริการที่โรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2553 เนื่องจากต้องการใบรับรองแพทย์ไปประกอบคดีหลักทรัพย์ซึ่งตนเองเป็นผู้เสียหาย จากนั้นมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง แต่ช่วงหลัง ๆ แพทย์ไม่ได้นัดแล้ว

ผลการประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรม

ตามแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจกรรมพฤติกรรม (The Comprehensive Occupational Therapy Evaluation: COTE)

ส่วนที่ 1 ด้านพฤติกรรมทั่วไป (General Behavior)

ไม่พบความบกพร่องด้านการดูแลตนเอง ไม่แสดงพฤติกรรมที่ไร้จุดหมาย การเคลื่อนไหวปกติอารมณ์เหมาะสม รับผิดชอบการกระทำต่าง ๆ ได้ รับรู้วันเวลาสถานที่บุคคลได้ถูกต้อง แต่มีความเชื่อฝังลึกเกี่ยวกับการถูกปลอมแปลงเอกสาร ไม่สามารถอธิบายความเชื่อมโยงที่เป็นเหตุเป็นผลได้

ส่วนที่ 2 ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Interpersonal Behavior)

ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ทักทายและสนทนากับผู้บำบัดได้ต่อเนื่อง ปกป้องและรักษาสิทธิของตนเองได้ตามความคิดความเชื่อของตนเอง ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือไม่เหมาะสม

ส่วนที่ 3 ด้านพฤติกรรมการทำงาน (Task Behavior)

ร่วมมือในการทำกิจกรรม เริ่มต้นทำกิจกรรมเองโดยไม่ต้องกระตุ้น มีสมาธิ ไม่มีปัญหาในด้านสหสัมพันธ์ การเคลื่อนไหวคล่องแคล่ว มีปัญหาในการเรียนรู้กิจกรรมใหม่ที่ไมคุ้นเคยในการทำช่วงแรก ลังเล ไม่มั่นใจ ลองผิดลองถูก ร้องขอความช่วยเหลือจากผู้บำบัด เมื่อสาธิตและให้ทำซ้ำสามารถทำเองได้จนสำเร็จตามขั้นตอนที่กำหนด ใส่ใจรายละเอียดผลงานดี ไม่มีความรู้สึกคับข้องใจในการทำกิจกรรม

พฤติกรรมขณะเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มหัตถกรรมบำบัด เพื่อคงความสามารถในการประกอบกิจกรรม ตามประวัติการประกอบอาชีพเดิม คือการรับทำบายศรีขายผ่านทางเฟซบุ๊ก (Facebook) โดยเริ่มรับเข้ากลุ่มตั้งแต่ส่งปรึกษาจนถึงปัจจุบัน รวม 11 ครั้ง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมดี สามารถทำกิจกรรมตามที่มอบหมายได้ถูกต้องตามขั้นตอนที่กำหนด บอกรายละเอียดวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำบายศรีแก่เจ้าหน้าที่ได้ ลงมือทำกิจกรรมที่ตนเองถนัดได้ โดยเคลื่อนไหวท่าทางและหยิบจับอุปกรณ์ต่าง ๆ ได้คล่องแคล่ว สามารถสอนเจ้าหน้าที่และเพื่อนร่วมกลุ่มทำกิจกรรมตามขั้นตอนของตนเองทีละขั้นได้ อุดหนุน ใจเย็น เป็นมิตรกับเจ้าหน้าที่และสมาชิกในกลุ่มทุกคน ไม่แสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือคับข้องใจ

กรณีศึกษาที่ 3 ผู้ป่วยคดีความผิดต่อชีวิต ศาลส่งรักษาอาการทางจิตตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48

อาการแรกรับฟื้นฟูสมรรถภาพ

ผู้ป่วยชายไทยวัยหนุ่ม อายุ 29 ปี รูปร่างสันทัด ผิวขาวเหลือง แต่งกายด้วยชุดผู้ป่วยเรียบร้อย ร่างกายทั่วไปสะอาด สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย ถามคำตอบช้า เล่าว่าเรื้อนจำส่งมารักษา โดยระหว่างอยู่ในเรือนจำมารดาและน้องสาวไปเยี่ยมทุกเดือน ทำงานในกองงานปั่นถ้วยกระดาษ ผู้ป่วยยอมรับคดี แต่บอกว่าตนเองไม่มีความผิด เพราะกระทำไปด้วยความเจ็บป่วยทางจิต

ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วยทางจิต บอกว่ามีอาการหูแว่วเป็นเสียงเรียกชื่อวันละ 1 ครั้ง และเสียงหายไป 1 สัปดาห์ ก่อนเข้ารับการรักษา สาเหตุเนื่องจากรับประทานยาไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่ง โดยแพทย์ประจำเรือนจำ เป็นคนจัดยาให้รับประทานมื้อละ 5 เม็ด แต่ในช่วงปลายเดือนยาจะขาดเหลือมื้อละ 3 - 4 เม็ด

ผลการประเมินทักษะการประกอบกิจกรรม

หลังรับไว้ในโรงพยาบาล 9 วัน พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถเพียงพอในทุกทักษะ ทั้งทักษะการเคลื่อนไหว (Motor Skills) ทักษะการจัดระเบียบการกระทำ (Process Skills) และทักษะการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์ (Communication & Interaction Skills) โดยระหว่างการทำกิจกรรม ผู้ป่วยมีลักษณะท่าทางกังวล พูดถึงเรื่องสิทธิ การรับเงินประกันชีวิตของบิดาและวางแผนการใช้จ่ายเป็นช่วง ๆ

อาการ/พฤติกรรมขณะเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ

- ช่วง 1 เดือนแรก

จัดกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มศิลปะประดิษฐ์และทักษะงานพื้นฐาน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำงาน ปฏิบัติตามระเบียบกลุ่มได้ ตรงต่อเวลา มีสมาธิและความตั้งใจในการทำงาน สามารถแก้ไขปัญหาได้ การปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องตามขั้นตอน มีความคิดสร้างสรรค์ สนใจสิ่งแวดล้อม เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ สามารถทักทาย/ตอบสนองต่อผู้อื่นได้ กล้าแสดงความคิดเห็นของตนเองอย่างเหมาะสม สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นโดยควบคุมอารมณ์และควบคุมตนเองได้ดี

- ช่วงเดือนที่ 2

แพทย์ส่งปรึกษาให้ค้นหากิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมต่อการดำรงชีวิตของผู้ป่วย โดยผลการประเมินความสนใจและบทบาทของผู้ป่วย พบดังนี้

ผลการวัดความสนใจ (The Interest Checklist)

ผู้ป่วยมีความสนใจในกลุ่มกิจกรรมประเภทกิจวัตรประจำวันซึ่งหมายถึงกิจกรรมพื้นฐานในชีวิต โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับงานบ้านงานครัวและการดูแลตนเองด้านการแต่งกาย รองลงมาได้แก่กลุ่มกิจกรรมประเภทนันทนาการทางสังคม โดยเฉพาะกิจกรรมที่จำเป็นต้องทำร่วมกับผู้อื่นและกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินผ่อนคลาย นอกจากนี้ยังสนใจกลุ่มกิจกรรมประเภทการศึกษาและวัฒนธรรม คือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาและขัดเกลาจิตใจ ทั้งนี้ ยังมีกลุ่มกิจกรรมประเภทกีฬาซึ่งผู้ป่วยแสดงความสนใจแต่ไม่มีคำตอบในแบบวัดความสนใจ โดยเป็นกิจกรรมกีฬาลักษณะที่ใช้พลังกำลัง แสดงถึงความแข็งแรงของร่างกาย และตรงกับทักษะเดิมของผู้ป่วย คือ ยูโด เทควันโด คาราเต้โด

ผลการตรวจสอบบทบาท (The Role Checklist)

ส่วนที่ 1 บทบาทในอดีต

ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากในบทบาทการเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา แต่ไม่จัดระดับความสำคัญในปัจจุบัน และอนาคต ผิดกับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลและการเป็นเพื่อน ซึ่งผู้ป่วยให้ความสำคัญในการรับบทบาททั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต

ส่วนที่ 2 บทบาทในปัจจุบัน

ผู้ป่วยให้ความสำคัญมากกับบทบาทคนทำงาน คือ งานที่มีค่าตอบแทน บทบาทการเป็นสมาชิกของศาสนา ทำกิจกรรมทางศาสนาที่ตนนับถือ และบทบาทการทำงานอดิเรกหรือมือสมัครเล่นซึ่งเป็นการทำกิจกรรมยามว่างที่ตนพึงพอใจ

ส่วนที่ 3 บทบาทในอนาคต

ผู้ป่วยให้ความสำคัญกับบทบาทการเป็นผู้ดูแลบ้านที่มีความสำคัญมากที่สุด คือ การเป็นผู้รับผิดชอบในบริเวณบ้าน เช่น ปิดกวาดเช็ดถูพื้น ซ่อมแซมข้าวของเครื่องใช้เล็ก ๆ น้อย ๆ นอกจากนั้น ยังให้ความสำคัญกับบทบาทการเป็นอาสาสมัคร ดูแลอุทิศตนเพื่อช่วยเหลือบุคคลในสังคมโดยความสมัครใจ ไม่หวังผลตอบแทน และบทบาทของความเป็นเพื่อน การไปมาหาสู่กับบุคคลที่ตนคบค้าสมาคมอีกด้วย

- ช่วงเดือนที่ 2 - 6

ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมงานบ้าน กลุ่มเสริมทักษะและกลุ่มงานพื้นฐาน ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำงาน ปฏิบัติตามระเบียบกลุ่มได้ ตรงต่อเวลา มีสมาธิและความตั้งใจในการทำงาน สามารถแก้ไขปัญหาได้ ปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องตามขั้นตอน มีความคิดสร้างสรรค์ สนใจสิ่งแวดล้อม เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ สามารถทักทายและตอบสนองต่อผู้อื่นได้ กล้าแสดงความคิดเห็นของตนอย่างเหมาะสม สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นโดยควบคุมอารมณ์และควบคุมตนเองได้ดี

- ช่วงเดือนที่ 7 - 12

ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมงานบ้าน กลุ่มเสริมทักษะ และกลุ่มงานพื้นฐาน และเพิ่มกิจกรรมฝึกทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำงาน ตรงต่อเวลา สนใจสิ่งแวดล้อม เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ สามารถทักทายหรือตอบสนองต่อผู้อื่นได้ ปฏิบัติตามระเบียบกลุ่มได้ กล้าแสดงความคิดเห็นของตนอย่างเหมาะสม สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ แต่มีลักษณะความสามารถลดลงในด้านสมาธิและความตั้งใจในการทำงาน ต้องช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา มีพฤติกรรมต่อรอง ไม่ปฏิบัติตามระเบียบการเข้ากลุ่ม ทำกิจกรรมได้ครั้ง ๆ กลาง ๆ ก็หยุดลุกเดินไปเดินมา มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมต่อเจ้าหน้าที่ผู้หญิง เช่น ใช้นิ้วสะกิดขา พุดเล่นด้วยคำพูดที่ไม่สุภาพ ด้วยประโยคซ้ำเดิม ๆ บ่อย ๆ เช่น “วันนี้ใส่กางเกงในสีอะไร” “เคยใส่แบบมีปีกหรือไม่มีปีกไหม” เมื่อแนะนำตักเตือนหลายครั้งรับฟังแต่ไม่ปฏิบัติตาม ถูกจำกัดพฤติกรรมโดยการงดเข้าร่วมกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นเวลา 1 สัปดาห์ หลังจากนั้นพฤติกรรมดีขึ้น

- ช่วงเดือนที่ 13 - ก่อนจำหน่าย

ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมงานไม้ปูนพลาสติก ในช่วง 1 เดือนแรก ยังไม่ค่อยมีสมาธิและความตั้งใจในการทำงาน ต้องควบคุมดูแลใกล้ชิด รับผิดชอบงานกิจกรรมได้บางส่วน และมีพฤติกรรมชอบพุดเล่นเฉพาะกับเจ้าหน้าที่ผู้หญิง ส่วนเจ้าหน้าที่ผู้ชายจะพุดด้วยเมื่อสอบถามเกี่ยวกับการทำกิจกรรมเท่านั้น

- ช่วงเตรียมความพร้อม 1 เดือน ก่อนจำหน่าย

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการทำงาน ปฏิบัติตามระเบียบกลุ่มได้ ตรงต่อเวลา มีสมาธิและความตั้งใจในการทำงาน สามารถแก้ไขปัญหาได้เองอย่างเหมาะสม ปฏิบัติกิจกรรมได้ถูกต้องตามขั้นตอน มีความคิดสร้างสรรค์ สนใจสิ่งแวดล้อม เรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้ สามารถทักทายและตอบสนองต่อผู้อื่นได้ กล้าแสดงความคิดเห็นของตน สามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น สามารถควบคุมอารมณ์และควบคุมตนเองได้

การวางแผนอนาคต

ด้านการรักษา

ผู้ป่วยทราบว่าตนเองต้องรับประทานยาต่อเนื่องแต่ไม่รู้ว่าจะไปรับยาต่อที่ใด อยากไปรับที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน คิดว่าตนเองสามารถเลิกดื่มสุราได้แต่คงเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้โดยให้เหตุผลว่าว่างปากว่างมือไม่ได้

ด้านการทำงาน

ผู้ป่วยบอกว่าหลังจำหน่ายอาจไปทำงานโรงงานอุตสาหกรรมแม่เหล็กของญาติ ถ้าญาติไม่รับอาจนอนพักฟื้นฟูร่างกายอยู่บ้านและช่วยแม่ทำงานบ้าน เช่น ซักผ้า ล้างจาน กวาดถูบ้าน หรือไปสมัครทำงานที่ร้านอาหาร ฟาสต์ฟู้ด โดยตนเองเคยทำงานที่ร้านอาหารฟาสต์ฟู้ด 3 เดือน แต่เลิกทำเพราะติดพันผู้หญิงและเคยไปทดสอบงานที่ร้านอื่น แต่ไม่ผ่านการทดสอบ ซึ่งคิดว่าที่ร้านไม่รับเพราะอายุมากเกินไป

กรณีศึกษาที่ 4 การส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือเรือนจำ

ผู้ป่วยชายไทยวัยหนุ่ม อายุ 27 ปี

สรุปความสามารถในการประกอบกิจกรรม

1. ด้านพฤติกรรมทั่วไป

- การดูแลความสะอาดของร่างกายทำได้เรียบร้อย
- การแสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ค่อนข้างนิ่งเฉย เหมือนลอยเป็นบางครั้ง
- การเคลื่อนไหวค่อนข้างช้าบ้าง แต่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน
- รับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคลและคดีได้ถูกต้อง
- รับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ความจำเป็นในการทานยา และการรักษาต่อเนื่อง
- รู้ เข้าใจ และสามารถตอบสนองต่อแนวความคิดต่าง ๆ ได้เหมาะสม

2. ด้านพฤติกรรมความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

- สามารถทักทายสนทนากับผู้อื่นที่คุ้นเคยได้อย่างเหมาะสม แต่ยังไม่สามารถแสดงอารมณ์ให้ผู้อื่นรับรู้ได้
- รักษาสิทธิของตนเองได้เมื่อจำเป็น

3. ด้านพฤติกรรมการทำงาน

- สามารถรับผิดชอบงานที่มอบหมายได้จนสำเร็จด้วยตนเอง
- เริ่มต้นทำกิจกรรมได้เองโดยไม่ต้องกระตุ้นซ้ำ ๆ
- ลำดับขั้นตอนได้ถูกต้อง
- แก้ปัญหาหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง
- ไม่มีท่าทีขัดขืนหรือคับข้องใจในการทำงาน

คำแนะนำในการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพ

- การพูดคุยควรเริ่มจากการถามตอบเรื่องสั้น ๆ และเข้าใจง่าย ไม่ควรตั้งความหวังว่าจะได้รับคำตอบอย่างทันทีจากผู้ป่วย ควรให้เวลาในการคิด
- หลีกเลี่ยงการพูดคุยเรื่องเพื่อฝืนเกินความเป็นจริง
- กระตุ้นและให้กำลังใจแม้จะร่วมกิจกรรมหรือทำอะไรสำเร็จเพียงเล็กน้อย
- การสอนงานใหม่ ๆ ไม่ควรอธิบายขั้นตอนรายละเอียดมากแต่ให้ลงมือทำ พร้อมให้คำแนะนำไปด้วย
- ควรให้ทำงานที่ได้เคลื่อนไหวหรือเปลี่ยนท่าทาง ไม่นั่งนิ่งอยู่กับที่ตลอดเวลา เช่น ปัดกวาด เช็ดถู ล้างจาน ซักผ้า ตากผ้า เป็นต้น

สรุป

ผู้ป่วยทางจิตทุกรายมีสิทธิได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามความจำเป็นเฉพาะราย ครอบคลุมทุกด้าน โดยทีมสหวิชาชีพ กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถเริ่มได้ตั้งแต่รับผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาไปจนถึงจำหน่ายกลับสู่ชุมชน โดยควรสนับสนุนให้ผู้ป่วย ญาติ ผู้รับดูแลผู้ป่วยและคนในชุมชนที่เกี่ยวข้อง มีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและคนในชุมชน ทั้งนี้ การดำเนินการส่งเสริมการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับนโยบายจะช่วยให้เกิดเครือข่ายการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อช่วยกันดำเนินงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของสังคมได้เช่นบุคคลทั่วไป

วิทยานิพนธ์

รวินันท์ ทองขาว. ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. (วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545.

บทความวารสาร

Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychiatr Rehabil J.* 1993[Cited 2022 June 15];16(4):11-23. Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/h0095655>.

Gagne C, Anthony W, White W. Recovery: A common vision for the fields of mental health and addictions. *Psychiatr Rehabil J.* 2007[Cited 2022 June 15];31(1):32-3. Available from: <https://psycnet.apa.org/doi/10.2975/31.1.2007.32.37>.

ราชกิจจานุเบกษา

ประกาศคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์และวิธีการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย พ.ศ. 2565. (2565, 22 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนที่พิเศษ 67 ง.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. (2562, 16 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 50 ก.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. (2551, 20 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 ตอนที่ 36 ก.

บทที่ 6

พนักงานเจ้าหน้าที่

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์

เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์

- คุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่
- อำนาจหน้าที่และการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่
- มาตรฐานประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่
- สรุป

พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 หมายถึง บุคลากรในระบบบริการสาธารณสุขหรือระบบอื่น ๆ ที่มีคุณสมบัติตามระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยคุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564 พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นกลไกสำคัญของการนำส่งบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา รวมทั้งยังมีบทบาทในการนำบุคคลที่มีความจำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียดโดยคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

คุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่

พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติ ดังนี้

- มีสัญชาติไทย
- มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์
- เป็นผู้มีความประพฤติดี ไม่เป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติหน้าที่
- สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี หรือเทียบเท่าทางการแพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์

จิตวิทยา กิจกรรมบำบัด สาธารณสุข สาธารณสุขชุมชน กายภาพบำบัด เทคนิคการแพทย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ ส่งเสริมสุขภาพ พัฒนาชุมชน พัฒนาสังคม การแพทย์ฉุกเฉิน กฎหมาย หรือเป็นผู้ได้รับประกาศนียบัตรตามกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉิน กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ กฎหมายว่าด้วยวิชาชีพการสาธารณสุขชุมชน หรือกฎหมายว่าด้วยการประกอบโรคศิลปะ

- เป็นผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานของรัฐและมีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตในหน่วยงานของรัฐอย่างน้อย 1 ปี หรือเป็นผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายการแพทย์ฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปี¹

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศเรื่องแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564 โดยแต่งตั้งให้ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข และลูกจ้าง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข บุคคลในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม บุคคลในสังกัดกระทรวงยุติธรรม บุคคลในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในสังกัดสำนักงานศาลยุติธรรม บุคคลในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบหรือได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบงานด้านจิตเวชและสุขภาพจิต มีประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตในหน่วยงานของรัฐอย่างน้อย 1 ปี หรือเป็นผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินอย่างน้อย 1 ปี แล้วแต่ตำแหน่งหน้าที่ เป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ ดังนี้

1. ข้าราชการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
 - ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข
 - สาธารณสุขนิเทศก์

¹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยคุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564 ข้อ 4.

- ข้าราชการสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งดำรงตำแหน่ง ดังต่อไปนี้
 - อธิบดีกรมสุขภาพจิต
 - รองอธิบดีกรมสุขภาพจิต
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและสถาบันในสังกัดกรมสุขภาพจิต
 - ผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตในสังกัดกรมสุขภาพจิต
 - นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน
 - สาธารณสุขอำเภอ
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - ผู้อำนวยการสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ๖๐ พรรษา นวมินทราชินี
 - นายแพทย์ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - พยาบาลวิชาชีพ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักจิตวิทยา หรือนักจิตวิทยาคลินิก ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักสังคมสงเคราะห์ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักวิชาการสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักวิชาการสุขภาพจิต ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักบริหารงานสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักกิจกรรมบำบัด ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักกายภาพบำบัด ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นิติกร ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
 - เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
 - เจ้าพนักงานสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
 - เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
 - เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
 - เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
 - เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
2. พนักงานราชการ พนักงานกระทรวง และลูกจ้าง ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข
- แพทย์
 - พยาบาลวิชาชีพ
 - นักจิตวิทยา หรือนักจิตวิทยาคลินิก

- นักสังคมสงเคราะห์
 - นักวิชาการสาธารณสุข
 - นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
 - นักวิชาการสุขภาพ
 - นักบริหารงานสาธารณสุข
 - นักกิจกรรมบำบัด
 - นักกายภาพบำบัด
 - นิติกร
 - นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
 - เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์
 - เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน
 - เจ้าพนักงานสาธารณสุข
 - เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน
 - เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
 - เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู
3. บุคคลในสังกัดกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม
- นายแพทย์
 - นักจิตวิทยา หรือนักจิตวิทยาคลินิก
 - พยาบาลวิชาชีพ
 - นักสังคมสงเคราะห์
 - นักกายภาพบำบัด
 - นักกิจกรรมบำบัด
 - นักวิชาการสาธารณสุข
 - นักวิชาการอาชีวบำบัด
 - นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
4. บุคคลในสังกัดกระทรวงยุติธรรม
- ผู้อำนวยการศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชน
 - ผู้อำนวยการสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน
 - ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพัฒนาการเด็กและเยาวชน
 - ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้านการพัฒนาระบบงานยุติธรรมเด็กและเยาวชน
 - ผู้บัญชาการเรือนจำ
 - ผู้อำนวยการทัณฑสถาน
 - ผู้อำนวยการสถานกักขัง
 - ผู้อำนวยการสถานกักกัน
 - ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด

- นายแพทย์ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - พยาบาลวิชาชีพ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักจิตวิทยา หรือนักจิตวิทยาคลินิก ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักสังคมสงเคราะห์ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักวิชาการสาธารณสุข ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักวิชาการอบรมและฝึกอาชีพ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
5. บุคคลในสังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
- ผู้ปกครองสถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
 - ผู้อำนวยการศูนย์คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง
 - ผู้ปกครองสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ
 - ผู้อำนวยการสถานคุ้มครองและพัฒนาคนพิการ
 - พยาบาลวิชาชีพ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - พยาบาลเทคนิค ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
 - นักสังคมสงเคราะห์ ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักพัฒนาสังคม ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักจิตวิทยา หรือนักจิตวิทยาคลินิก ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นักกายภาพบำบัด ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - นิติกร ตั้งแต่ระดับปฏิบัติการขึ้นไป
 - เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
 - เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคม ตั้งแต่ระดับปฏิบัติงานขึ้นไป
6. บุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในสังกัดสำนักงานศาลยุติธรรม
- นักจิตวิทยา หรือนักจิตวิทยาคลินิก
 - นักสังคมสงเคราะห์
7. บุคคลในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - หัวหน้าสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี
 - หัวหน้าศูนย์บริการสาธารณสุข
 - นายแพทย์
 - พยาบาลวิชาชีพ
 - พยาบาลเทคนิค
 - นักวิชาการสาธารณสุข
 - นักจิตวิทยา หรือนักจิตวิทยาคลินิก
 - นักสังคมสงเคราะห์
 - นักพัฒนาชุมชน
 - นักกายภาพบำบัด
 - นักอาชีวบำบัด

- นักวิชาการสาขาภิบาล
- นักเทคนิคการแพทย์
- นักวิทยาศาสตร์การแพทย์
- นักปฏิบัติการฉุกเฉินการแพทย์
- เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์
- เจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน
- เจ้าพนักงานพัฒนาชุมชน
- เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข
- เจ้าพนักงานเวชกรรมฟื้นฟู
- เจ้าพนักงานสาธารณสุข

อนึ่ง พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจเฉพาะในเขตพื้นที่ที่สถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษาหรือในเขตรับผิดชอบของหน่วยงานนั้น ยกเว้นบุคคลในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอำนาจหน้าที่เฉพาะในเขตท้องที่ที่รับผิดชอบขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น² สันเกตว่าบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่เป็นบุคคลที่อยู่ในบริบทของการนำส่งบุคคลที่สงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิต เพื่อนำบุคคลดังกล่าวไปรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ

อำนาจหน้าที่และการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่

พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มีอำนาจหน้าที่ ดังนี้

- เข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ เพื่อนำบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ไปรับการบำบัดรักษาในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา เมื่อมีเหตุอันควรสงสัยตามสมควรว่าบุคคลดังกล่าวอยู่ในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ ประกอบกับมีเหตุอันควรเชื่อว่าหากรอหมายค้น บุคคลนั้นจะหลบหนีไปหรือมีเหตุฉุกเฉินจากภาวะอันตรายของบุคคลนั้น และเป็นอันตรายที่จะเกิดขึ้นในไม่ช้า โดยพนักงานเจ้าหน้าที่อาจได้รับแจ้งหรือพบเห็นบุคคลดังกล่าวเองก็ได้

- ซักถามบุคคลใด ๆ เพื่อทราบข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย พฤติกรรม และความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนของบุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

- มีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใด ๆ มาให้ถ้อยคำ ส่งคำชี้แจงเป็นหนังสือหรือส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเพื่อตรวจสอบหรือเพื่อประกอบการพิจารณา³

กฎหมายเห็นว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นบุคลากรในระบบบริการสาธารณสุขหรือระบบอื่น ๆ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย หรือเป็นกลไกสำคัญในระบบบริการ น่าจะมีประสบการณ์ในการสังเกตและตระหนักถึงภาวะอันตรายและความจำเป็นในการบำบัดรักษามากกว่าคนทั่วไป ทั้งนี้ ไม่ได้หมายความว่าพนักงานเจ้าหน้าที่จะต้องเป็นผู้นำบุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาไปรับการบำบัดรักษาเพียงลำพัง หากแต่อาจร้องขอให้พนักงานฝ่ายปกครอง ตำรวจ หรือผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉินให้ความช่วยเหลือก็ได้

² ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564.

³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 46.

การปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ให้ดำเนินการ ดังนี้

- ทำบันทึกเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา รวมทั้งวัน เวลา สถานที่ที่พบ และชื่อของบุคคลนั้น (ถ้าทราบ)
- บันทึกชื่อและที่อยู่ของผู้แจ้งรวมทั้งความสัมพันธ์กับบุคคลนั้น (ถ้ามี)
- บันทึกข้อมูลที่ได้จากการซักถามบุคคลใด ๆ เพื่อสอบถามข้อมูล (ถ้ามี)
- แสดงบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติหน้าที่ โดยเฉพาะเมื่อต้องเข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ ให้แจ้งวัตถุประสงค์ของการเข้าไปในเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะใด ๆ ต่อเจ้าของ หรือผู้ครอบครองเคหสถาน สถานที่ หรือยานพาหนะนั้น ๆ ในทางปฏิบัติ พนักงานเจ้าหน้าที่ควรพกบัตรประจำตัวติดตัวตลอดเวลา

- ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความสุภาพ⁴

นอกจากนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ยังมีบทบาทหน้าที่อื่น ๆ ดังนี้

- การฟื้นฟูสมรรถภาพกรณีบังคับรักษา

พนักงานเจ้าหน้าที่มีหน้าที่ติดตามดูแล ประสานงาน และช่วยเหลือในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งกรณีที่มีผู้รับดูแลผู้ป่วยรับตัวผู้ป่วยไปดูแล และกรณีที่ไม่มีผู้รับดูแลแล้วหน่วยงานด้านสังคมสงเคราะห์และสวัสดิการรับตัวผู้ป่วยไปดูแล⁵

- การหาข้อมูลเพิ่มเติมกรณีอุทธรณ์

พนักงานเจ้าหน้าที่มีหน้าที่หาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อประกอบการพิจารณาตามคำสั่งของคณะกรรมการอุทธรณ์ เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาอุทธรณ์⁶

กรณีที่คุณคดีไม่ร่วมมือในการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มีบทกำหนดโทษ ดังนี้

- ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามหนังสือพนักงานเจ้าหน้าที่ซึ่งสอบถามหรือเรียกบุคคลใด ๆ มาเพื่อให้ถ้อยคำ ส่งคำชี้แจง เป็นหนังสือหรือส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเพื่อตรวจสอบหรือเพื่อประกอบการพิจารณา โดยไม่มีเหตุอันสมควร ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁷

- ผู้ใดไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁸

กรณีผู้กระทำความผิดเป็นนิติบุคคล ถ้าการกระทำความผิดของนิติบุคคลนั้นเกิดจากการสั่งการหรือ การกระทำของกรรมการ หรือผู้จัดการ หรือบุคคลใดซึ่งรับผิดชอบการดำเนินงานของนิติบุคคลนั้น หรือในกรณีที่บุคคลดังกล่าวมีหน้าที่ต้องสั่งการหรือกระทำการและละเว้นไม่สั่งการหรือไม่กระทำการจนเป็นเหตุให้นิติบุคคลนั้น กระทำความผิด ผู้นั้นต้องรับโทษตามที่บัญญัติไว้สำหรับความผิดนั้น ๆ ด้วย⁹

⁴ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564.

⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 40 (3).

⁶ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ พ.ศ. 2564 ข้อ 9.

⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 52.

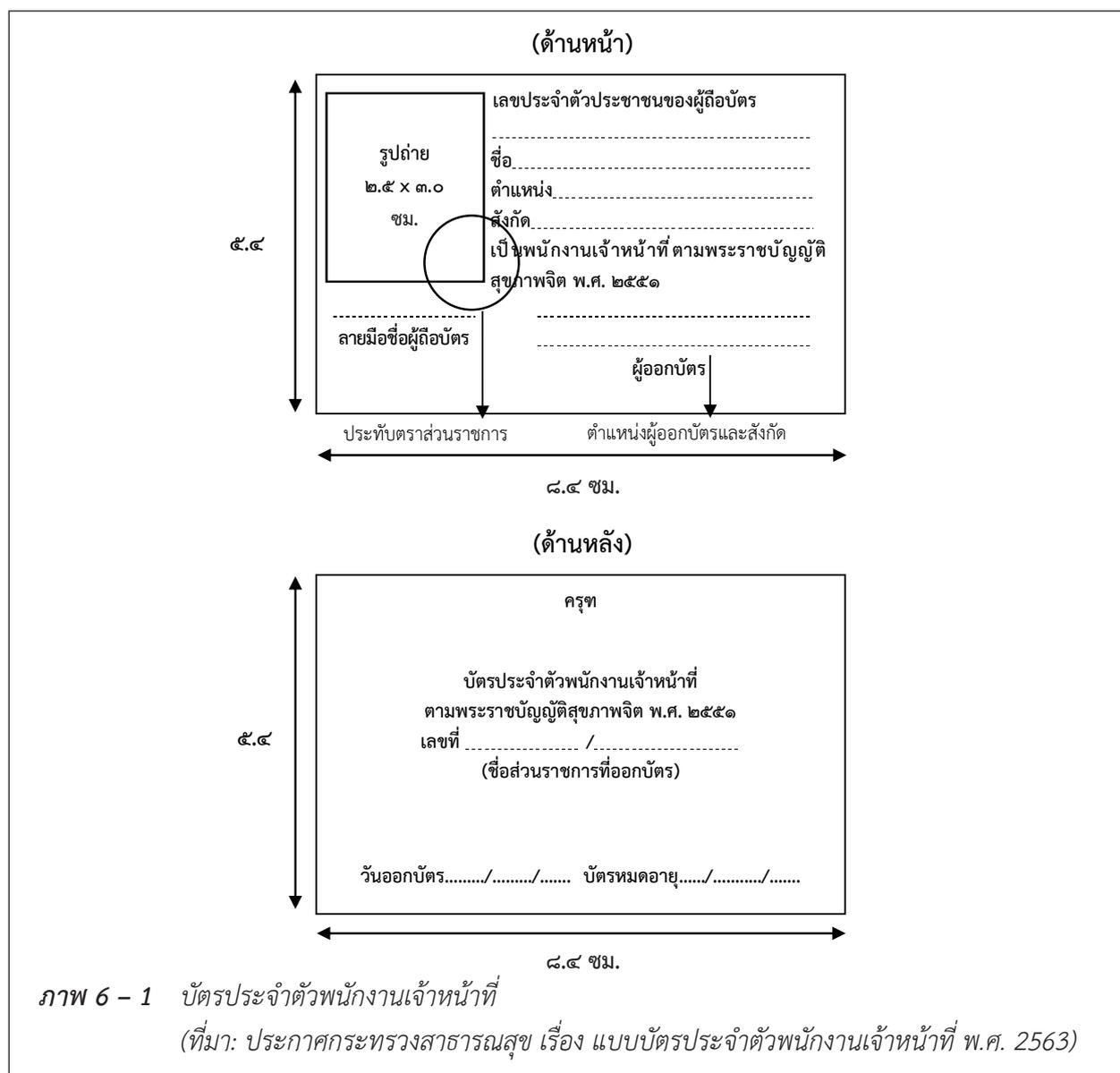
⁸ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 53.

⁹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 53/1.

บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติว่าด้วยการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564 ระบุให้พนักงานเจ้าหน้าที่แสดงบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติหน้าที่¹⁰ ทั้งนี้ เพื่อให้บุคคลทั่วไปทราบได้ โดยง่ายและมั่นใจได้ว่าบุคคลที่กล่าวอ้างว่าเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ได้รับการแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่จริง

ลักษณะของแบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ มีขนาดกว้าง 5.4 เซนติเมตร ยาว 8.4 เซนติเมตร ด้านหน้าติดรูปถ่าย พร้อมประทับตราส่วนราชการ ระบุชื่อ ตำแหน่ง สังกัด เลขประจำตัวประชาชน และลายมือชื่อ ผู้ถือบัตร รวมทั้งลายมือชื่อผู้ออกบัตร พร้อมตำแหน่ง และสังกัด ด้านหลังระบุเลขที่บัตร ส่วนราชการที่ออกบัตร วันที่ออกบัตร และวันที่บัตรหมดอายุ¹¹ ดังภาพ 6 - 1



¹⁰ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ ข้อ 6.

¹¹ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2563 ข้อ 4.

ผู้ได้รับแต่งตั้งเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่สามารถยื่นคำขอมิบัติประจำตัวต่อกรมสุขภาพจิต หรือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแล้วแต่กรณี โดยให้กรอกข้อมูลในเว็บไซต์ www.omhc.dmh.go.th เลือกเมนูพนักงานเจ้าหน้าที่ แล้วเข้าระบบเพื่อกรอกข้อมูลและพิมพ์แบบฟอร์มการสมัครสมาชิก เสนอให้ผู้บังคับบัญชาลงนามรับรองเพื่อยืนยันการมีตัวตน การปฏิบัติงานในหน่วยงาน ตำแหน่งและระดับ รวมถึงข้อมูลอื่น ๆ ในแบบคำขอว่าถูกต้องตามความเป็นจริง พร้อมแนบรูปถ่ายขนาด 2.5 x 3 เซนติเมตร (ขนาด 1 นิ้ว) ลักษณะครึ่งตัวหน้าตรง ไม่สวมหมวก และแว่นตาสีเข้ม โดยถ่ายไม่เกิน 6 เดือนนับแต่วันที่ยื่นคำขอมิบัติประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่¹² จำนวน 2 รูป รูปแรกติดในแบบฟอร์มการสมัครสมาชิก ส่วนรูปที่ 2 แนบใส่ซองสำหรับผนึกซองบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่

ทั้งนี้ อธิบดีกรมสุขภาพจิตเป็นผู้ออกบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่แก่บุคลากรสังกัดกรมสุขภาพจิต และบุคลากรในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ส่วนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ออกบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่แก่บุคลากรที่เกี่ยวข้องในจังหวัด ยกเว้นบุคลากรสังกัดกรมสุขภาพจิตให้รายงานอธิบดีกรมสุขภาพจิตทราบ¹³ บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่นี้มีอายุไม่เกิน 5 ปีนับแต่วันออกบัตร¹⁴ และให้ดำเนินการยื่นคำขอมิบัติใหม่ภายใน 90 วันก่อนบัตรหมดอายุ¹⁵

แนวทางการเพิ่มศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติเล็งเห็นว่า พนักงานเจ้าหน้าที่ที่ได้รับแต่งตั้งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เป็นบุคคลที่มีส่วนสำคัญในการนำบุคคลที่มีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาเข้าสู่กระบวนการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการตามบริบทที่พนักงานเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่ แม้ว่าพนักงานเจ้าหน้าที่ที่ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขจะมีจำนวนมาก แต่ก็มีพื้นฐานความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่หลากหลาย ดังนั้น การเพิ่มศักยภาพของพนักงานเจ้าหน้าที่จึงมีความสำคัญในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติได้กำหนดจัดทำสื่อการเรียนรู้เกี่ยวกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ในรูปแบบอิเล็กทรอนิกส์ (E-learning) เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่ได้มีโอกาสเข้าถึงองค์ความรู้ว่าด้วยการดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 และอนุบัญญัติที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความรู้เบื้องต้นด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่จำเป็นต่อการดำเนินการตามกฎหมายดังกล่าว เพื่อให้พนักงานเจ้าหน้าที่สามารถปฏิบัติงานได้อย่างถูกต้อง โดยสามารถเข้าถึงสื่อการเรียนรู้ได้ที่เว็บไซต์สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (<https://omhc.dmh.go.th>)

¹² ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ ข้อ 6.

¹³ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ ข้อ 5.

¹⁴ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ ข้อ 7.

¹⁵ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ ข้อ 8.

สรุป

พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นบุคคลที่มีคุณสมบัติและได้รับการแต่งตั้งตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ตั้งแต่การนำส่งไปจนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยทางจิตได้รับประโยชน์สูงสุดตามสิทธิผู้ป่วยที่ระบุไว้ตามกฎหมาย

เอกสารอ้างอิง

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564. (2564, 13 พฤษภาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138, ตอนพิเศษ 102 ง.

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แบบบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2563. (2563, 16 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 137 ตอนพิเศษ 163 ง.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. (2562, 16 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 50 ก.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. (2551, 20 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 ตอนที่ 36 ก.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยการปฏิบัติหน้าที่ของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยคุณสมบัติของพนักงานเจ้าหน้าที่ พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ พ.ศ. 2564. (2564, 24 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 138 ตอนพิเศษ 67 ง.

บทที่ 7

บทกำหนดโทษ และการเปรียบเทียบ

ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์
เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์

- บทกำหนดโทษ
- การเปรียบเทียบ
- สรุป

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้บัญญัติกำหนดโทษสำหรับผู้ละเมิดสิทธิผู้ป่วยทางจิต ผู้แจ้งความอันเป็นเท็จ ผู้ไม่ร่วมมือในการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทางจิต บุคคลทั่วไป รวมทั้งความสงบสุขของสังคม นอกจากนี้ ยังได้บัญญัติให้มีการเปรียบเทียบและมีระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบ พ.ศ. 2565 เพื่อให้สามารถดำเนินการเปรียบเทียบได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทกำหนดโทษ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้บัญญัติบทกำหนดโทษไว้ดังนี้

1. กรณีละเมิดสิทธิผู้ป่วยทางจิต

- ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 16 ซึ่งระบุไว้ว่า “ห้ามมิให้ผู้ใดเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่น่าจะก่อให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย เว้นแต่ (1) ในกรณีที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น (2) เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน (3) มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย” ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ โดยถ้าได้กระทำการโดยการโฆษณาหรือเผยแพร่ทางสื่อมวลชนหรือสื่อสารสนเทศใด ๆ ผู้กระทำต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ¹

- ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งที่ออกตามมาตรา 16/2 ซึ่งครอบคลุมกรณีที่มีการเผยแพร่ข้อมูลใด ๆ ทางสื่อสิ่งพิมพ์ สื่ออิเล็กทรอนิกส์ หรือสื่ออื่นใด ต้องไม่ทำให้เกิดความรังเกียจเดือดร้อน หรือความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง เกียรติคุณ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว แล้วอธิบดีกรมสุขภาพจิตออกคำสั่งให้ผู้เผยแพร่ดำเนินการบางประการ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ²

2. กรณีแจ้งความอันเป็นเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจ

ผู้ใดแจ้งความอันเป็นเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจตามมาตรา 23 ซึ่งมีใจความโดยสรุปว่า “ผู้ใดพบบุคคลซึ่งมีพฤติการณ์อันน่าเชื่อว่าบุคคลนั้นเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งมีภาวะอันตราย หรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา ให้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครอง หรือตำรวจโดยไม่ชักช้า” โดยมีเจตนาถกเถียงให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ³

3. กรณีไม่ร่วมมือในการปฏิบัติงานของพนักงานเจ้าหน้าที่

- ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามหนังสือของพนักงานเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีหนังสือสอบถามหรือเรียกบุคคลใด ๆ มาเพื่อให้ถ้อยคำ ส่งคำชี้แจงเป็นหนังสือหรือส่งเอกสารหรือหลักฐานที่เกี่ยวข้องมาเพื่อตรวจสอบหรือเพื่อประกอบการพิจารณา โดยไม่มีเหตุอันสมควร ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁴

¹ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 มาตรา 50.

² พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 50/1.

³ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 51.

⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 52.

- ผู้ใดไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติตามหน้าที่ ซึ่งระบุให้บุคคลที่เกี่ยวข้องอำนวยความสะดวกตามสมควร ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ⁵

อนึ่ง กรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นนิติบุคคล ถ้าการกระทำความผิดของนิติบุคคลนั้นเกิดจากการสั่งการหรือการกระทำของคณะกรรมการ หรือผู้จัดการ หรือบุคคลใดซึ่งรับผิดชอบการดำเนินงานของนิติบุคคลนั้น หรือกรณีที่บุคคลดังกล่าวมีหน้าที่ต้องสั่งการหรือกระทำการและละเว้นไม่สั่งการหรือไม่กระทำการจนเป็นเหตุให้นิติบุคคลนั้นกระทำความผิด ผู้นั้นต้องรับโทษตามความผิดนั้น ๆ ด้วย⁶

การเปรียบเทียบ

เมื่อมีผู้กระทำความผิดและมีบทลงโทษตามที่พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ได้บัญญัติไว้ จึงต้องมีกระบวนการเพื่อให้เกิดการลงโทษตามที่กฎหมายกำหนดไว้ การเปรียบเทียบเป็นกระบวนการหนึ่งซึ่งช่วยลดคดีในชั้นศาล ลดขั้นตอนการดำเนินการของพนักงานสอบสวน และช่วยให้ยุติคดีได้โดยไม่เนิ่นช้า การเปรียบเทียบดำเนินการได้โดยคณะกรรมการเปรียบเทียบ กรณีที่คณะกรรมการเปรียบเทียบเห็นว่าผู้ต้องหาไม่ควรถูกฟ้องดำเนินคดีหรือได้รับโทษจำคุก หรือกรณีที่พนักงานสอบสวนส่งเรื่องให้คณะกรรมการเปรียบเทียบทำการเปรียบเทียบ ซึ่งมีรายละเอียดและขั้นตอน ดังนี้

คณะกรรมการเปรียบเทียบ

- ในเขตกรุงเทพมหานคร ประกอบด้วย

อธิบดีกรมสุขภาพจิต เป็นประธานกรรมการ

ผู้แทนสำนักงานตำรวจแห่งชาติ และผู้แทนสำนักงานอัยการสูงสุด เป็นกรรมการ

ให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตแต่งตั้งข้าราชการของกรมสุขภาพจิต 1 คน เป็นเลขานุการ และอีกไม่เกิน 2 คน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

- ในเขตจังหวัดอื่น ประกอบด้วย

ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานกรรมการ

อัยการจังหวัด และผู้บังคับการตำรวจภูธรจังหวัด เป็นกรรมการ

นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นเลขานุการ และให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแต่งตั้งข้าราชการในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่เกิน 2 คน เป็นผู้ช่วยเลขานุการ⁷

ขั้นตอน

1. เมื่อปรากฏหลักฐานจากพนักงานเจ้าหน้าที่ว่ามีการกระทำความผิดเกิดขึ้นและคณะกรรมการเปรียบเทียบเห็นว่าผู้ต้องหาไม่ควรถูกฟ้องดำเนินคดีหรือได้รับโทษถึงจำคุก หรือในกรณีที่พนักงานสอบสวนส่งเรื่องให้คณะกรรมการเปรียบเทียบทำการเปรียบเทียบ ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบพิจารณาให้ความเห็น โดยทำหนังสือแจ้งผู้ต้องหาให้มารับทราบข้อกล่าวหา มาทำการเปรียบเทียบปรับภายใน 30 วัน ตามแบบ สจ.1⁸ ดังนี้

⁵ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 53.

⁶ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 53/1.

⁷ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 53/2.

⁸ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบ พ.ศ. 2565 ข้อ 4.



ที่ สธ.....

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เขียนที่.....

วัน.....เดือน.....ปี.....

เรื่อง ขอเชิญพบเรื่องการเปรียบเทียบตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑

ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย

ตามที่.....ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ได้ทำการตรวจสอบ

และพบว่าได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ มาตรา.....ฐาน.....ซึ่งความผิดดังกล่าวเป็นความผิดที่สามารถทำการเปรียบเทียบได้

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔๖ (๓) และ มาตรา ๕๓/๒ กรมสุขภาพจิต จึงขอให้.....ไปพบคณะกรรมการเปรียบเทียบ ณ

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป จนถึงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....ในวันราชการเวลา.....น. ถึง.....น. ด้วย เพื่อดำเนินการเปรียบเทียบให้เป็นไปตามกฎหมาย หากไม่มาพบภายในวันและเวลาที่กำหนดไว้ข้างต้น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข จะส่งเรื่องให้พนักงานสอบสวนดำเนินคดีตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อทราบและไปพบคณะกรรมการเปรียบเทียบตามวัน เวลา และสถานที่ ดังกล่าวข้างต้นต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๘๐๔๓

โทรสาร ๐ ๒๑๔๙ ๕๕๘๔

หมายเหตุ หากท่านไม่มาพบตามหนังสือเชิญฉบับนี้ ถือว่าท่านปฏิเสธการเปรียบเทียบ กรมสุขภาพจิต จะดำเนินการตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

2. เมื่อผู้ต้องหามาแสดงตัวต่อคณะกรรมการเปรียบเทียบ ก่อนถามคำให้การ ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบแจ้งให้ผู้ต้องหาทราบถึงข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการกระทำที่กล่าวหาว่าผู้ต้องหาได้กระทำความผิด แล้วจึงแจ้งข้อกล่าวหาและแจ้งให้ทราบว่าความผิดที่เกิดขึ้นเป็นความผิดที่สามารถเปรียบเทียบได้

กรณีผู้ต้องหาให้การรับสารภาพและยินยอมให้เปรียบเทียบ ให้บันทึกคำให้การของผู้ต้องหาและบันทึกการเปรียบเทียบไว้ตามบันทึกคำให้การผู้ต้องหา (กรณียินยอมให้เปรียบเทียบ) (แบบ สจ.2) และบันทึกการเปรียบเทียบ (แบบ สจ.4) ดังนี้

บันทึกคำให้การผู้ต้องหา
(กรณียินยอมให้เปรียบเทียบ)

คดีที่ / เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า อายุ ปี สัญชาติ

อยู่บ้านเลขที่ หมู่ที่ ซอย/ตรอก ถนน

ตำบล/แขวง อำเภอ/เขต จังหวัด

รหัสไปรษณีย์ โทรศัพท์ โทรสาร

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ ช่องทางการติดต่อทางอิเล็กทรอนิกส์อื่น

โดยมี เป็นผู้ได้รับมอบอำนาจจาก

ตามหนังสือมอบอำนาจที่ วันที่ เดือน พ.ศ.

ขอให้การ ดังนี้

ข้าพเจ้าได้รับแจ้งจากคณะกรรมการเปรียบเทียบว่า (รายละเอียดแห่งคดี)

เป็นผู้ต้องหากระทำการอันเป็นการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา ข้อหากระทำผิดฐาน

มีโทษตามมาตรา ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน ปี หรือปรับไม่เกิน บาท
ซึ่งคณะกรรมการเปรียบเทียบได้พิจารณาและมีคำสั่งให้ทำการเปรียบเทียบได้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อกล่าวหาแล้ว
ขอให้การรับสารภาพว่ากระทำความผิดดังกล่าวจริง และคณะกรรมการเปรียบเทียบพิจารณาแล้วกำหนด
เปรียบเทียบเป็นเงินจำนวน บาท (.....) นั้น

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า

๑. ข้าพเจ้ายินยอมให้คณะกรรมการเปรียบเทียบทำการเปรียบเทียบเป็นเงิน จำนวน บาท
(.....) โดยจะนำเงินค่าปรับตามจำนวนดังกล่าวมาชำระภายใน

วันที่ เดือน พ.ศ.

๒. ข้าพเจ้ายินดีที่จะปรับปรุงแก้ไขการกระทำอันเป็นความผิดตามกฎหมายให้ถูกต้องแล้ว
เสร็จโดยเร็วภายในกำหนด วัน เมื่อได้แก้ไขถูกต้องแล้วเสร็จจะได้แจ้งให้ทราบต่อไป

๓. หากข้าพเจ้า...

๓. หากข้าพเจ้าไม่นำเงินตามจำนวนดังกล่าวในข้อ ๑ มาชำระภายในเวลาที่กำหนดหรือไม่ปฏิบัติ
ตามข้อ ๒ ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบดำเนินคดีตามกฎหมายต่อไป

บันทึกนี้ คณะกรรมการเปรียบเทียบได้อ่านให้ผู้ต้องหาฟังแล้วรับรองว่าถูกต้อง ตามความเป็นจริง
ทุกประการ โดยมีได้ถูกบังคับ ชูเชิญ แต่ประการใด จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าคณะกรรมการเปรียบเทียบ

ลงชื่อ ผู้ต้องหา
(.....)

ลงชื่อ ประธานกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ กรรมการ
(.....)

ลงชื่อ กรรมการ
(.....)

ลงชื่อ เลขานุการ
(.....)

ลงชื่อ ผู้บันทึกถ้อยคำ
(.....)

คำสั่ง ให้เปรียบเทียบปรับเป็นเงิน.....บาท (.....)

บัญชีของกลาง

คดีที่ / เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ผู้ต้องหา อยู่บ้านเลขที่

หมู่ที่ ซอย ถนน ตำบล/แขวง

อำเภอ/เขต จังหวัด รหัสไปรษณีย์

โทรศัพท์ โทรสาร ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์

ช่องทางการติดต่อทางอิเล็กทรอนิกส์อื่น

ลำดับที่	รายชื่อของกลาง	จำนวนปริมาณ	หมายเหตุ
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

ผู้ต้องหาได้รับทราบบัญชีพยานหลักฐานดังกล่าวข้างต้นแล้ว

ลงชื่อ ผู้ต้องหา
(.....)

ลงชื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

ลงชื่อ พนักงานเจ้าหน้าที่
(.....)

บันทึกการเปรียบเทียบ

คดีที่ /.....

เขียนที่

วันที่ เดือน พ.ศ.

ระหว่าง ผู้กล่าวหา

..... ผู้ต้องหา

ข้อกล่าวหา.....

พฤติการณ์แห่งคดี (รายละเอียดแห่งการกระทำความผิด)

เหตุเกิดเมื่อวันที่.....เดือน..... พ.ศ. ณ สถานที่.....
เลขที่..... ถนน..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต.....
จังหวัด.....

คดีนี้ผู้ต้องหาได้รับสารภาพตลอดข้อกล่าวหาว่าได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ตามมาตรา..... มีบทลงโทษตามมาตรา..... ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน..... หรือปรับไม่เกิน..... บาท (.....) หรือทั้งจำทั้งปรับ

คณะกรรมการเปรียบเทียบจึงมีมติให้ลงโทษปรับเป็นเงิน จำนวน..... บาท โดยกำหนดให้ผู้ต้องหาชำระเงินค่าปรับตามจำนวนดังกล่าว ภายในวันที่.....เดือน..... พ.ศ.

คณะกรรมการเปรียบเทียบได้อ่านให้ผู้ต้องหาฟังแล้ว รับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ ต่อหน้าคณะกรรมการเปรียบเทียบ

ลงชื่อ ผู้ต้องหา
(.....)

ลงชื่อ ประธานกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ กรรมการ
(.....)

ลงชื่อ กรรมการ
(.....)

ลงชื่อ เลขานุการ
(.....)

ลงชื่อ ผู้บันทึกถ้อยคำ
(.....)

บันทึกการชำระเงิน

ใบเสร็จรับเงินเล่มที่..... เลขที่.....

วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

จำนวนเงินค่าปรับ..... บาท

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

กรณีผู้ต้องหาให้การปฏิเสธหรือไม่ยินยอมให้เปรียบเทียบ ให้บันทึกคำให้การไว้ตามบันทึกคำให้การผู้ต้องหา (กรณีปฏิเสธหรือไม่ยินยอมให้เปรียบเทียบ) (แบบ สจ.3) ดังนี้

บันทึกคำให้การผู้ต้องหา
(กรณีปฏิเสธหรือไม่ยินยอมให้เปรียบเทียบ)

คดีที่ /..... เขียนที่

วันที่เดือน พ.ศ.

ข้าพเจ้า..... อายุ..... ปี สัญชาติ.....

อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... โทรสาร.....

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์..... ช่องทางการติดต่อทางอิเล็กทรอนิกส์อื่น.....

โดยมี..... เป็นผู้ได้รับมอบอำนาจจาก.....

ตามหนังสือมอบอำนาจที่..... วันที่..... เดือน..... พ.ศ.

ขอให้การ ดังนี้

ข้าพเจ้าได้รับแจ้งจากคณะกรรมการเปรียบเทียบว่า (รายละเอียดแห่งคดี)

เป็นผู้ต้องหากระทำการอันเป็นการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติม
โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา..... ข้อหากระทำผิดฐาน.....

มีโทษตามมาตรา..... ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน..... ปี หรือปรับไม่เกิน..... บาท
ซึ่งคณะกรรมการเปรียบเทียบได้พิจารณาและมีคำสั่งให้ทำการเปรียบเทียบได้ ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อกล่าวหาแล้ว
ขอให้การรับสารภาพว่ากระทำความผิดดังกล่าวจริง และคณะกรรมการเปรียบเทียบพิจารณาแล้วกำหนด
เปรียบเทียบเป็นเงินจำนวน..... บาท (.....) นั้น

ข้าพเจ้า..... ได้รับทราบข้อกล่าวหาข้างต้นแล้ว
แต่ไม่ยินยอมให้คณะกรรมการเปรียบเทียบทำการเปรียบเทียบ เพราะ

- ข้าพเจ้าไม่ได้กระทำความผิด
- จำนวนค่าปรับสูง
- เหตุอื่น (ระบุ)

คณะกรรมการ...

คณะกรรมการเปรียบเทียบได้อ่านให้ผู้ต้องหาฟังแล้ว รับรองว่าถูกต้องและเป็นไปตามความประสงค์
ของผู้ต้องหา จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าคณะกรรมการเปรียบเทียบ

ลงชื่อ ผู้ต้องหา
(.....)

ลงชื่อ ประธานกรรมการ
(.....)

ลงชื่อ กรรมการ
(.....)

ลงชื่อ กรรมการ
(.....)

ลงชื่อ เลขานุการ
(.....)

กรณีผู้ต้องหาไม่มาทำการเปรียบเทียบภายใน 30 วัน ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบส่งเรื่องให้พนักงานสอบสวนดำเนินคดีต่อไป⁹

3. ความผิดที่ผู้ป่วยเป็นผู้เสียหาย และมีสิทธิเรียกร้องค่าสินไหมทดแทนจากผู้ต้องหาให้คณะกรรมการเปรียบเทียบทำหนังสือแจ้งผู้ต้องหามาทำการเปรียบเทียบภายใน 30 วัน ตามแบบ สจ.1 และแจ้งให้ผู้เสียหายทราบด้วย

ถ้าผู้เสียหายและผู้ต้องหาตกลงยินยอมให้เปรียบเทียบตามที่ผู้เสียหายและผู้ต้องหาตกลงกัน ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบกำหนดจำนวนเงิน วิธีการชำระเงิน และเงื่อนไขอื่นเพื่อเยียวยาความเสียหายตามที่ผู้เสียหายและผู้ต้องหาตกลงกัน

ถ้าผู้เสียหายและผู้ต้องหาไม่ยินยอมให้เปรียบเทียบ หรือไม่สามารถตกลงตามเงื่อนไขเพื่อการเยียวยาได้ ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบยุติการเปรียบเทียบแล้วแจ้งให้ผู้เสียหายและผู้ต้องหาทราบ ให้บันทึกคำให้การไว้ตามบันทึกคำให้การผู้ต้องหา (กรณีปฏิเสธหรือไม่ยินยอมให้เปรียบเทียบ) (แบบ สจ.3) แล้วส่งเรื่องให้พนักงานสอบสวนดำเนินคดีต่อไป¹⁰

4. ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบทำการเปรียบเทียบผู้ต้องหาตามอัตราตาราง 7 - 1 โดยไม่ชักช้า¹¹ โดยคำนึงถึงจำนวนครั้งของการกระทำความผิด ความหนักเบาแห่งข้อหา และพฤติการณ์แห่งการกระทำความผิด โดยการเปรียบเทียบครั้งที่ 1 ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบสามารถใช้ดุลยพินิจเปรียบเทียบได้ไม่เกินอัตราที่กำหนดไว้¹²

⁹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบฯ ข้อ 4.

¹⁰ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบฯ ข้อ 4.

¹¹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบฯ ข้อ 4.

¹² ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบฯ ข้อ 5.

ตาราง 7 - 1 ตารางบัญชีอัตราค่าปรับตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

ลำดับ	ข้อหาความผิด		ระวางโทษ		อัตราค่าปรับในการเปรียบเทียบ (บาท)		
	มาตรา	ฐานความผิด	มาตรา	อัตราโทษ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2	ครั้งที่ 3 (อัตราสูงสุด ที่กฎหมาย กำหนดไว้)
1.	16	ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 16 เปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยในประการที่น่าจะทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วย	50 วรรค หนึ่ง	จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท	ไม่เกิน 10,000	15,000	20,000
2.	16	ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา 16 โดยการโฆษณาหรือเผยแพร่ทางสื่อมวลชน หรือสื่อสารสนเทศใดๆ	50 วรรค สอง	จำคุกไม่เกิน 2 ปี หรือปรับไม่เกิน 40,000 บาท	ไม่เกิน 20,000	30,000	40,000
3.	16/2	ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามคำสั่งที่ออกตามมาตรา 16/2	50/1	จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 100,000 บาท	ไม่เกิน 50,000	70,000	100,000
4.	23	ผู้ใดแจ้งข้อความอันเป็นเท็จต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ พนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจตามมาตรา 23 โดยมีเจตนาถั่นแก้งให้เกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด	51	จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท	ไม่เกิน 10,000	15,000	20,000
5.	46 (3)	ผู้ใดไม่ปฏิบัติตามหนังสือของพนักงานเจ้าหน้าที่ตามมาตรา 46 (3) โดยไม่มีเหตุอันสมควร	52	จำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท	ไม่เกิน 5,000	7,000	10,000
6.	48	ผู้ใดไม่อำนวยความสะดวกตามสมควรแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการปฏิบัติหน้าที่ตามมาตรา 48	53	จำคุกไม่เกิน 1 เดือน หรือปรับไม่เกิน 10,000 บาท	ไม่เกิน 5,000	7,000	10,000

(ที่มา: ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบ พ.ศ. 2565)

เมื่อผู้ต้องหาได้ชำระเงินค่าปรับตามจำนวนที่เปรียบเทียบภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มีการเปรียบเทียบแล้ว ให้ถือว่าคดีเล็กน้อย^{13, 14} และสิทธินำคดีอาญามาฟ้องย่อมะเร็งไป¹⁵

5. การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน และการนำเงินค่าปรับที่ทำการเปรียบเทียบปรับส่งคลังเป็นรายได้แผ่นดิน ให้ดำเนินการดังนี้

- ในเขตกรุงเทพมหานคร ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ออกใบนำส่งชำระเงินให้ผู้ต้องหาไปชำระค่าปรับที่กองบริหารการคลัง กรมสุขภาพจิต และให้เจ้าหน้าที่กองบริหารการคลังออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ผู้ต้องหา โดยระบุรายละเอียดในใบเสร็จให้มีข้อความแสดงว่าเป็นใบเสร็จรับเงินค่าปรับตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต

- ในเขตจังหวัดอื่น ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ออกใบนำส่งชำระเงินให้ผู้ต้องหาไปชำระค่าปรับที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และให้ออกใบเสร็จรับเงินให้แก่ผู้ต้องหา โดยระบุรายละเอียดในใบเสร็จให้มีข้อความแสดงว่าเป็นใบเสร็จรับเงินค่าปรับตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพจิต¹⁶

ใบนำส่งชำระเงินมีลักษณะ ดังนี้

¹³ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 37.

¹⁴ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ มาตรา 53/2.

¹⁵ ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 39.

¹⁶ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบฯ ข้อ 7.



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ กรมสุขภาพจิต โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๘๐๔๓

ที่ สธ...../..... วันที่

เรื่อง ขอส่งตัวผู้กระทำความผิดมาชำระค่าปรับ.....

เรียน

เนื่องด้วย คณะกรรมการเปรียบเทียบ ได้พิจารณาแล้วมีมติ/คำสั่งว่า.....

ได้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา.....

ฐาน.....
ซึ่งมีอัตราโทษจำคุกไม่เกิน.....ปี หรือ ปรับไม่เกิน.....บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และได้รับคำสั่งให้ทำการเปรียบเทียบผู้กระทำความผิด ตามมาตรา.....เป็นเงิน.....บาท (.....) นั้น

จึงขอส่งตัวผู้กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ ดังกล่าว เพื่อชำระค่าปรับตามฐานความผิดและจำนวนเงินดังกล่าวข้างต้น

จึงเรียนมาเพื่อโปรดดำเนินการต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ลงชื่อ

พนักงานเจ้าหน้าที่

ให้พนักงานเจ้าหน้าที่บันทึกประวัติผู้ต้องหาตามบันทึกประวัติผู้ต้องหา (แบบ สจ.5) ซึ่งระบุข้อมูลผู้ต้องหา วัน เวลา และสถานที่เกิดเหตุ ข้อกล่าวหา ผลคดี และข้อมูลงานคลังรับเงิน สำหรับปะหน้าสำนวนคดี และให้เก็บสำนวนคดีที่ได้ทำการเปรียบเทียบไว้แล้ว นับแต่วันที่มีการเปรียบเทียบเมื่อครบกำหนดให้ดำเนินการทำลายตามระเบียบว่าด้วยงานสารบรรณ¹⁷ โดยแบบ สจ.5 มีลักษณะ ดังนี้

¹⁷ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบฯ ข้อ 8.

บันทึกประวัติผู้ต้องหา

๑. ผู้ต้องหา	ชื่อ.....สกุล.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... สัญชาติ..... อยู่บ้านเลขที่..... ตรอก/ซอย..... ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....
๒. วัน เวลา และสถานที่เกิดเหตุ	เหตุเกิดเมื่อวันที่..... เดือน..... พ.ศ. เวลา..... น. สถานที่เกิดเหตุ.....
๓. ข้อกล่าวหา	ฐาน..... ตามพระราชบัญญัติสุภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติสุภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒
๔. ผลคดี	กระทำความผิดตามพระราชบัญญัติสุภาพจิต พ.ศ. ๒๕๕๑ ซึ่งแก้ไข เพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติสุภาพจิต (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒ มาตรา..... ฐาน..... ผู้ต้องหายินยอมให้เปรียบเทียบ และชำระเงินค่าปรับจำนวน บาท (.....) วันที่ชำระเงินค่าปรับ วันที่..... เดือน..... พ.ศ. หลักฐานการส่งเปรียบเทียบปรับ ตามหนังสือหรือบันทึกที่ วันที่..... เดือน..... พ.ศ.
๕. งานคลังรับเงิน	วันที่..... เดือน..... พ.ศ. จำนวนเงิน..... บาท (.....) ตามใบเสร็จรับเงิน เล่มที่..... เลขที่.....

ลงชื่อ.....พนักงานเจ้าหน้าที่

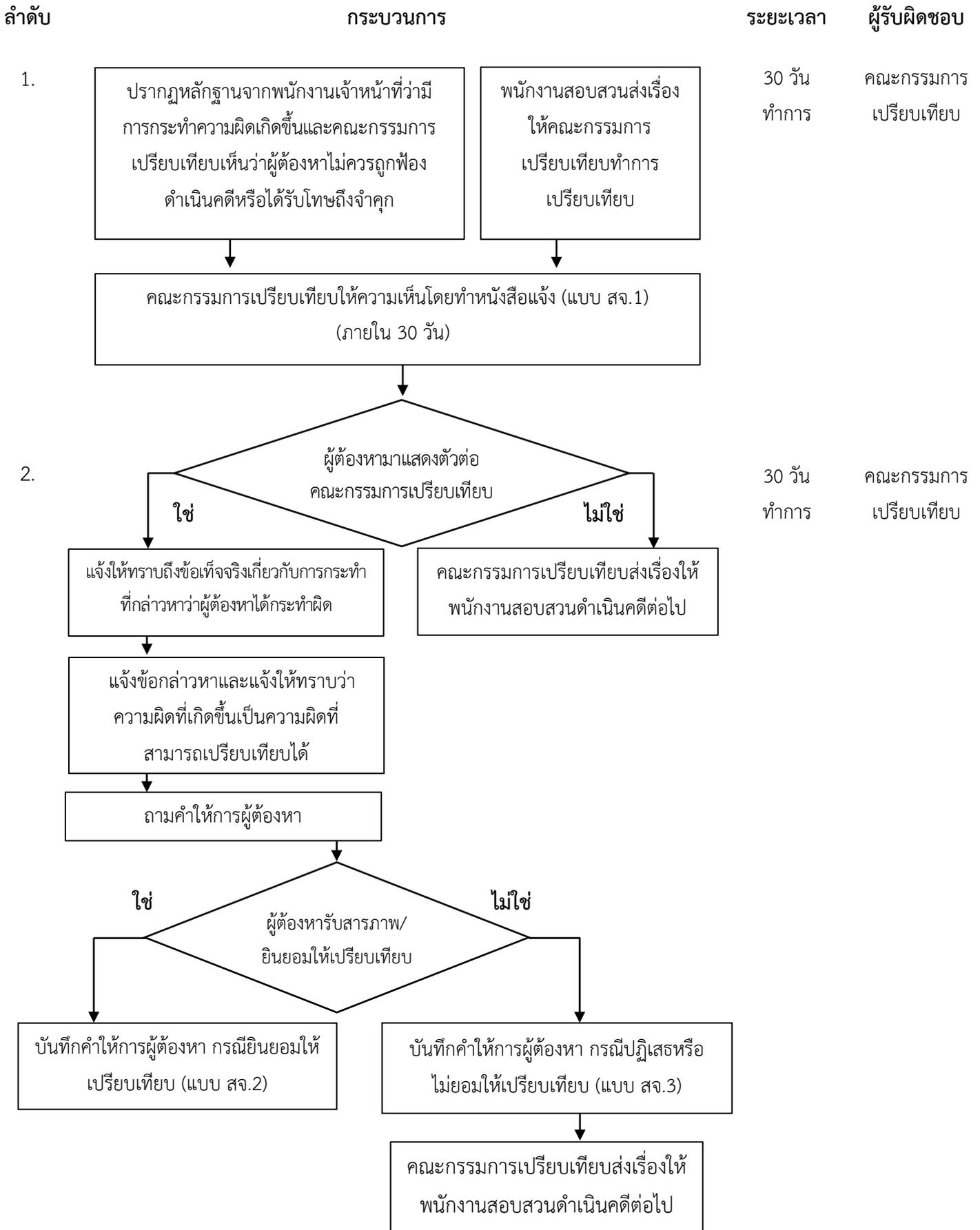
(.....)

ตำแหน่ง.....

วันที่..... /..... /.....

กรณีที่คณะกรรมการเปรียบเทียบพิจารณาแล้วเห็นว่า ควรดำเนินคดีกับผู้ต้องหา โดยผู้ต้องหาให้การปฏิเสธ หรือไม่ให้ความยินยอมให้เปรียบเทียบ หรือไม่ชำระค่าปรับภายในเวลาที่กำหนด หรือผู้ต้องหากระทำความผิดซ้ำ หลายครั้งเกินสมควร หรือกรณีอื่นใดที่คณะกรรมการเปรียบเทียบเห็นสมควร ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบส่งเรื่อง ให้พนักงานสอบสวนดำเนินคดีต่อไป¹⁸

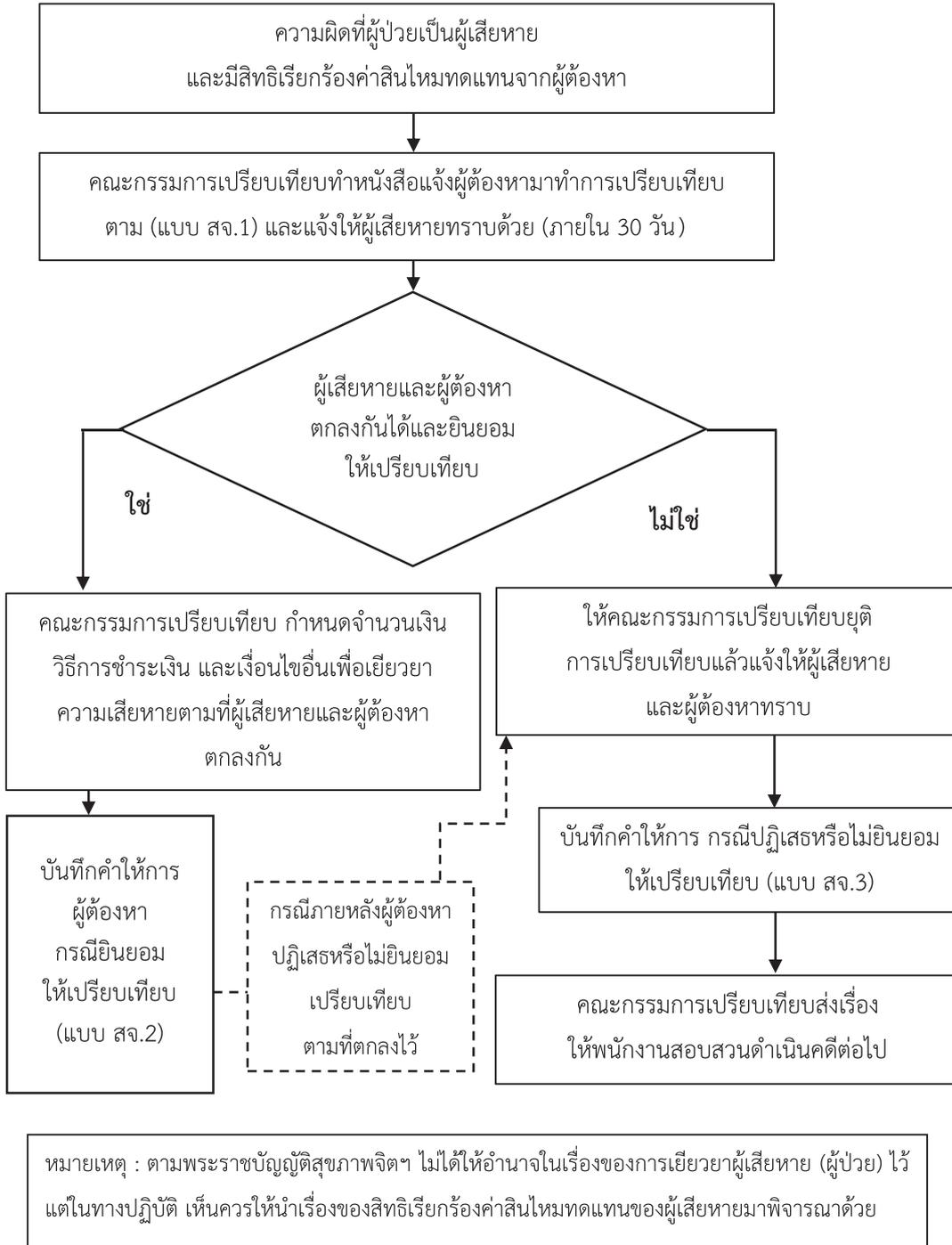
¹⁸ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบฯ ข้อ 6.

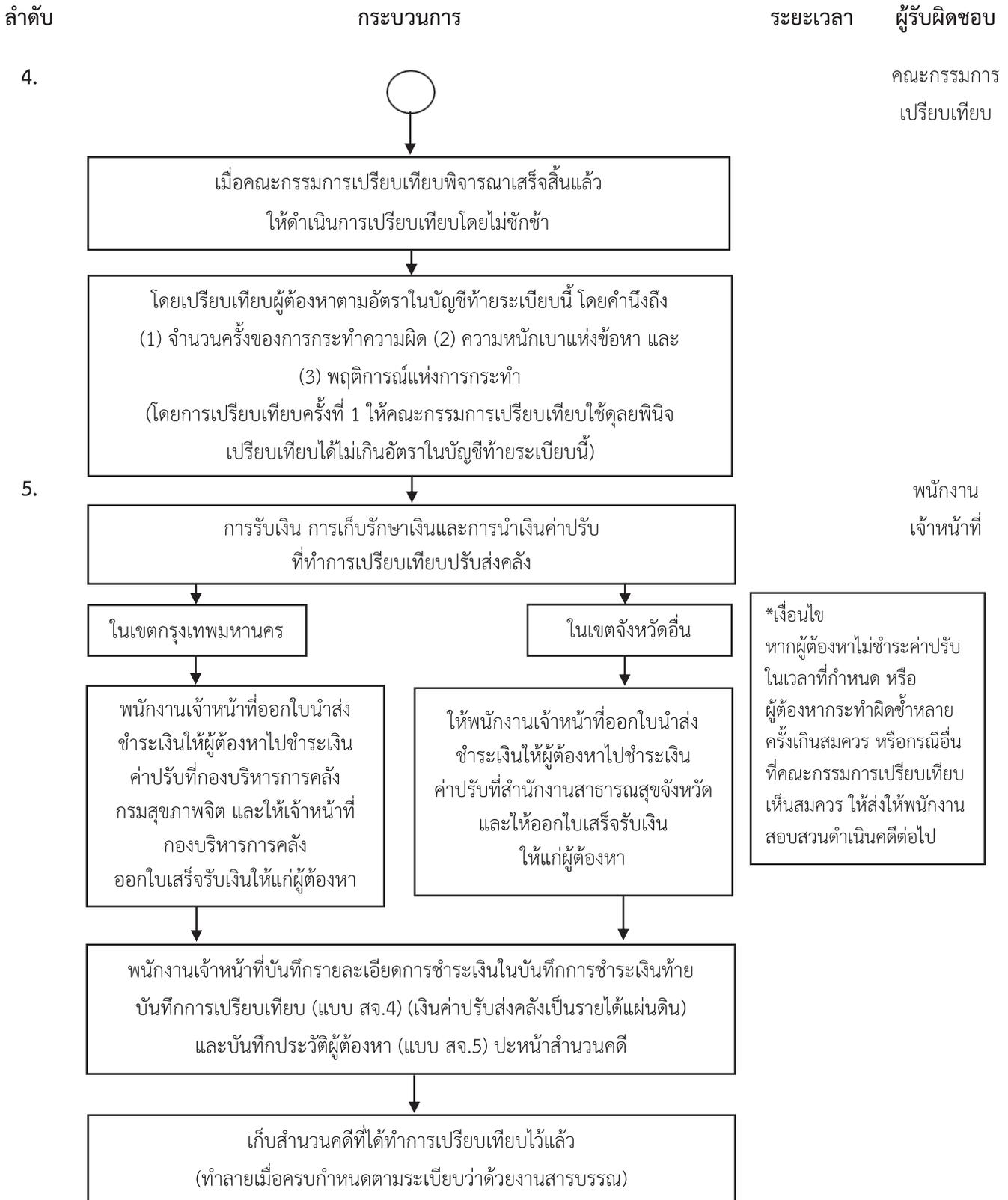


ลำดับ กระบวนการ ระยะเวลา ผู้รับผิดชอบ

3.

30 วัน
คณะกรรมการ
พิจารณา
เปรียบเทียบ





ภาพ 7 - 1 ขั้นตอนการเปรียบเทียบ
(จัดทำโดย: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุภาพจิตแห่งชาติ)

ทั้งนี้ กรณีที่มีปัญหาในการปฏิบัติตามระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์ และวิธีการในการเปรียบเทียบ พ.ศ. 2565 ให้คณะกรรมการเปรียบเทียบเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด คำวินิจฉัยของ คณะกรรมการเปรียบเทียบถือเป็นที่สุด¹⁹

สรุป

กฎหมายได้บัญญัติบทลงโทษไว้ในกรณีต่าง ๆ ซึ่งมีการเปรียบเทียบเป็นกระบวนการหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการลงโทษตามกฎหมาย และลดขั้นตอนทางคดี จึงต้องมีบทบัญญัติว่าด้วยการเปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดการดำเนินการอย่างเป็นระบบและเป็นธรรม

เอกสารอ้างอิง

พระราชบัญญัติแก้ไขเพิ่มเติมประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา (ฉบับที่ 16) พ.ศ. 2529. (2529, 4 ธันวาคม).
ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 103 ตอนที่ 215.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562. (2562, 16 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 136 ตอนที่ 50 ก.

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551. (2551, 20 กุมภาพันธ์). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 125 ตอนที่ 36 ก.

พระราชบัญญัติให้ใช้ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา พ.ศ. 2477. (2478, 10 มิถุนายน). ราชกิจจานุเบกษา.
เล่ม 52.

ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบ พ.ศ. 2565.
(2565, 22 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 139 ตอนพิเศษ 67 ง.

¹⁹ ระเบียบคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการในการเปรียบเทียบฯ ข้อ 9.



เลขานุการ
คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (สคสช.)
สคสช



คู่มือการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562