สรุปสาระสำคัญโครงการ “อบรมให้ความรู้การดำเนินงานสุขภาพจิต
แก่พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551” ครั้งที่ 2
วันจันทร์ที่ 21 มกราคม 2562
ณ โรงแรมอิมพีเรียลแม่ปิง จังหวัดเชียงใหม่

ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้กำหนดให้พนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีหน้าที่สำคัญในการส่งตัวบุคคล เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น รวมถึงนำส่งผู้ป่วยจิตเวชไปยังสถานพยาบาลของรัฐและสถานบำบัดรักษา ดังนั้นเพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ตาม พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม รวมทั้งพัฒนาศักยภาพพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและนิติจิตเวช

- **พิธีเปิด โดย ดร.พญ.เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต**

  กราบขอบพระคุณที่กรุณาเข้าร่วมโครงการอบรมในครั้งนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 บังคับใช้มาเป็นเวลา 10 ปีแล้ว จึงมีการแก้ไขเพิ่มเติม ซึ่งร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ขณะนี้อยู่ในระหว่างการประชุมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยเพิ่มหมวดส่งเสริมป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต เพื่อให้การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตบรรลุผล หวังเป็นอย่างยิ่งว่าการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านสุขภาพจิตจะสมดังเจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และถูกนำไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนได้รับความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไปและนิติจิตเวชต่อไป

- **การบรรยายในหัวข้อพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม**
  โดย ดร.พญ.เบ็ญจมาส พฤกษ์กานนท์ ผู้อำนวยการกองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต

1. ทำไมเราต้องมีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ผู้ป่วยจิตเวช มีสิทธิได้รับการรักษา และได้รับการคุ้มครอง ซึ่งต้องกำหนดทิศทางไปในแนวทางเดียวกัน รวมทั้งคุ้มครองผู้ปฏิบัติงาน เพื่อให้สังคมปลอดภัย

2. ลักษณะของผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ผู้ป่วยแบ่งออกได้ 2 ประเภท ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป และนิติจิตเวช โดยแบ่งได้ตามลักษณะ ได้แก่

1) มีภาวะอันตราย

2) บุคคลที่มีพฤติกรรมที่แสดงออกมาจากความผิดปกติทางจิต

3) อันตรายต่อตนเองต่อผู้อื่น และต่อทรัพย์สิน

4) น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรง

2) มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

- ขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการรักษา
- ไม่เข้าใจลักษณะความเจ็บป่วยของตัวเองซึ่งต้องได้รับการรักษา
- ไม่เข้าใจลักษณะและสาระสำคัญของแผนการรักษาที่แพทย์เสนอ
- ไม่ตระหนักถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการที่ตน ตัดสินใจรับหรือไม่รับการรักษาของแพทย์

อาการผู้ป่วยจิตเวช	คำนิยาม
โรคจิตและจิตเภท	ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน ทำให้เกิดลักษณะดังต่อไปนี้ กลัวมาก สูญเสียการควบคุมตนเองจาก อาการหลงผิด ความโกรธ หงุดหงิด หูแว่วเป็นเสียงสั่งต่างๆ อาการคลุ้มคลั่ง อาละวาด
โรคอารมณ์แปรปรวน	ผู้ป่วยมักก่อคดี เนื่องจาก ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ขาดความยับยั้งชั่งใจ คิดว่าตนเองยิ่งใหญ่กว่าผู้อื่น มักมีอาการหลงผิดร่วมด้วยมีแผนการที่เหนือความเป็นจริ
โรคซึมเศร้า	ผู้ป่วยมักก่อคดี เนื่องจากมีภาวะซึมเศร้ารุนแรง ขาด supporting system มักคิดฆ่าคนอื่นและฆ่าตัวตายตาม
โรคสติปัญญาบกพร่อง	ผู้ป่วยเหล่านี้มักถูกชักจูงง่าย เชื่อคนง่าย ต้องการมีส่วนร่วมในกลุ่ม ขาดการคิดการตัดสินใจที่ดี ไม่สามารถมองผลระยะยาวได้
โรคสมองเสื่อม	สูญเสียความจำMemory ขาดความยับยั้ง Disinhibition
ภาวะแอลกอฮอล์เป็นพิษ	ผู้ป่วยมักขาดความยับยั้งชั่งใจ สติไม่เต็มที่ หงุดหงิด อาละวาด
ภาวะเพ้อจากการถอนสุรา	มักดื่มสุราเป็นเวลานาน หยุดสุรากะทันหัน มีหูแว่ว ภาพหลอน ไม่มีสติ

3. บทบาทเครือข่ายงานสุขภาพจิตกับการขับเคลื่อน พระราชบัญญัติสุขภาพจิตฯ

คอยเฝ้าระวังพฤติกรรมผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตผู้มีความผิดปกติทางจิตที่มีภาวะอันตราย

4. ประเด็นสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

เจตนารมณ์ของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ได้แก่ ต้องได้รับการรักษา และได้รับการคุ้มครอง มีแนวปฏิบัติในทางเดียวกัน และผู้ปฏิบัติได้รับการคุ้มครอง สังคมปลอดภัย โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ประกอบด้วย 6 หมวด ดังนี้

หมวด 1 คณะกรรมการ

คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ บทบาท/หน้าที่ ผลักดันเชิงนโยบายและการดำเนินงานระดับชาติ และบูรณาการงานด้านสุขภาพจิตระดับชาติ

คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา บทบาท/หน้าที่ ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการ รวมถึงพิจารณาความเห็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คณะกรรมการ คณะอนุกรรมการ และคณะทำงานตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

1. คณะกรรมการ

1.1 คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

1.2 คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

1.3 คณะกรรมการอุทธรณ์

2. คณะอนุกรรมการ

2.1 คณะอนุกรรมการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ

2.2 คณะอนุกรรมการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติสุขภาพจิต

2.3 คณะอนุกรรมการศึกษาและผลักดันความเสมอภาคในการรักษาพยาบาลของผู้มีความผิดปกติทางจิต

2.4 คณะอนุกรรมการประสานงานเพื่อการบังคับใช้ พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ระดับจังหวัด

3. คณะทำงาน

3.1 คณะทำงานพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการขับเคลื่อนพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

3.2 คณะทำงานด้านสิทธิผู้มีความผิดปกติทางจิต

3.3 คณะทำงานปรับปรุงแก้ไขอนุบัญญัติภายใต้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต

3.4 คณะทำงานจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ 20 ปี

3.5 คณะทำงานขับเคลื่อนการบังคับใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

หมวด 2 สิทธิผู้ป่วย

1. ได้รับบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์
2. ได้รับการปกปิดข้อมูลการบำบัดรักษา
3. ได้รับความคุ้มครองจากการวิจัย
4. ได้รับความคุ้มครองในระบบประกันสุขภาพและประกันสังคม ระบบอื่นๆ อย่างเสมอภาค

สิทธิผู้ป่วยในการรับการได้รับการบำบัดรักษา

1) การบำบัดด้วยการผูกมัดกักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วย (มาตรา 17) ในกรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตราย ต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

2) การรักษาทางจิตเวชด้วยไฟฟ้า การกระทำต่อสมองระบบประสาท หรือด้วยวิธีอื่นอาจมีผลต่อร่างกาย ไม่กลับสู่สภาพเดิมอย่างถาวร (มาตรา 18)

- กรณีผู้ป่วยให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา

- กรณีฉุกเฉินหรือมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วย หากไม่บำบัดอาจอันตรายถึงชีวิต ทั้งนี้โดยความเห็นชอบเป็นเอกฉันท์ของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา

3) การทำหมันผู้ป่วย (มาตรา 19) ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมเป็นหนังสือ โดยรับทราบเหตุผลความจำเป็นความเสี่ยงที่อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน และประโยชน์ของการบำบัดรักษา

4) การทำวิจัยใดๆ ต่อผู้ป่วย (มาตรา 20) ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมเป็นหนังสือ และต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการที่ดำเนินการเกี่ยวกับจริยธรรมการวิจัยในคนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งความยินยอมผู้ป่วยจะเพิกถอนเมื่อใดก็ได้

การเปิดเผยข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วย จะกระทำไม่ได้ เว้นแต่

1. กรณีที่อาจเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือผู้อื่น
2. เพื่อความปลอดภัยของสาธารณชน
3. มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้ต้องเปิดเผย

การบำบัดด้วยการผูกมัดกักบริเวณ หรือแยกผู้ป่วย (มาตรา 17) กรณีที่มีความจำเป็นเพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลอื่นหรือทรัพย์สินของผู้อื่น ต้องอยู่ภายใต้การดูแลอย่างใกล้ชิดของผู้บำบัดรักษาตามมาตรฐานวิชาชีพ

หมวด 3 การบำบัดรักษาทางสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยคดี และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ขั้นตอนการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต มีขั้นตอนการดำเนินงาน ดังนี้

แพทย์ 1 คน และพยาบาล 1 คน ตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการเบื้องต้น บันทึกข้อมูลลงใน ตจ.1 ภายใน 48 ชั่วโมงโดยแพทย์จะพิจารณาว่า ต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษา หรือไม่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษา/ (กรณีอาการดีขึ้นหลังจากรักษาเบื้องต้น)

- <u>ในกรณีต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษา</u> จะดำเนินการส่งต่อไปยังสถานบำบัดรักษา จากนั้นคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาตรวจวินิจฉัยและประเมินอาการโดยละเอียด บันทึกข้อมูลลงใน ตจ.2 ภายใน 30 วัน ออกคำสั่งให้บุคคลนั้นต้องเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา บันทึกข้อมูลลงใน ตจ.3 เมื่ออาการทุเลา ส่งตัวให้บุคคลเข้ารับการบำบัดรักษาในสถานที่อื่นเมื่อไม่มีภาวะอันตราย

- <u>ในกรณีไม่ต้องเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดรักษา/ (กรณีอาการดีขึ้นหลังจากรักษาเบื้องต้น)</u> ให้นำกลับ/ส่งตัวกลับ สู่ชุมชน/ สถานสงเคราะห์/โดยแจ้งพนักงานเจ้าหน้าที่ หรือ ญาติ

การบำบัดรักษาในสถานบำบัดรักษา

หากว่ามีการรักษาที่ต้องใช้วิธีการที่ต้องได้รับการยินยอม เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า ต้องให้คณะกรรมการฯ พิจารณาให้ความเห็นชอบ ในกรณีผู้ป่วยหลบหนี ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ แจ้งแก่ พนักงานฝ่ายปกครอง ตำรวจ หรือ ญาติ เพื่อช่วยในการนำตัวผู้ป่วยกลับ

หมวด 4 การอุทธรณ์

ในกรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีคำสั่งตาม มาตรา 29 (1) หรือ (2) หรือมีการขยายเวลาการบำบัดรักษา ตาม มาตรา 30 หากผู้ป่วยหรือคู่สมรส บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย ไม่เห็นด้วย มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ (ผ่านผู้อำนวยการสถานบำบัดรักษา) ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่งดังกล่าว ทั้งนี้ให้คณะกรรมการอุทธรณ์พิจารณาให้แล้วเสร็จภายใน 30 วัน นับแต่วันได้รับหนังสืออุทธรณ์ และคำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด

หมวด 5 พนักงานเจ้าหน้าที่

พนักงานเจ้าหน้าที่ มีอำนาจหน้าที่ ได้แก่

1) สามารถนำตัวผู้ที่น่าเชื่อว่ามีภาวะอันตรายหรือจำเป็นต้องบำบัดรักษาในเคหะสถานได้

2) สามารถสอบถามครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและความสัมพันธ์ในครอบครัว

3) มีหนังสือสอบถามหรือเรียกมาให้ถ้อยคำได้

หมวด 6 บทลงโทษ

หากจงใจกลั่นแกล้งแจ้งให้ส่งเข้าสถานบำบัด จำคุกไม่เกิน 1 ปี หรือปรับไม่เกิน 20,000 บาท หรือทั้งจำและปรับ

กรอบแนวคิดการพัฒนางานสุขภาพจิตด้วยกลไกทางกฎหมาย

มุ่งเน้นการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟู ให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้สังคมปลอดภัย โดยสามารถแบ่งประเภทได้ 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มปกติ ส่งเสริม และป้องกันไม่ให้ประชาชนทั่วไป ทุกเพศ ทุกวัย มีอาการป่วยทางจิตเวช

2. กลุ่มเสี่ยง ส่งเสริม และป้องกันกลุ่มวัยเรียน , กลุ่มวัยรุ่น , กลุ่มวัยทำงาน , กลุ่มผู้สูงอายุ , กลุ่มคนพิการที่เสี่ยงต่อการป่วยทางจิตเวช

3. กลุ่มป่วย ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และฟื้นฟูสมรรถภาพ กลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวช (โรคจิต โรคซึมเศร้า ผู้ติดสารเสพติด/สุรา) ที่กลับสู่ชุมชน

ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ประเด็นในการปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1. เพิ่มเติมคำนิยามให้ครอบคลุม และชัดเจน ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... เช่น ความหมายของคำว่า สุขภาพ สุขภาพจิต หน่วยงานของรัฐ และผู้รับดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

2. เพิ่มองค์ประกอบของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ดังนี้ ปลัดกระทรวงกลาโหม ปลัดกระทรวงการคลัง ปลัดกระทรวงวัฒนธรรม และเลขาธิการศาลยุติธรรม เพิ่มอำนาจหน้าที่ในการเสนอนโยบายและยุทธศาสตร์

การส่งเสริม การป้องกัน การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต รวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคม ต่อคณะรัฐมนตรี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และสนับสนุนให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการกำหนดหลักเกณฑ์และวิธีการในการดำเนินงานตามนโยบายในด้านต่างๆ

3. เพิ่มอำนาจหน้าที่ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบงานธุรการของคณะกรรมการ คณะกรรมการอุทธรณ์ และคณะอนุกรรมการ

4. เปลี่ยนวิธีแต่งตั้งคณะกรรมการสถานบำบัดรักษา โดยให้หัวหน้าสถานบำบัดรักษาแต่งตั้งคณะกรรมการและรายงานให้อธิบดีกรมสุขภาพจิตทราบ และมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสามปี อาจได้รับแต่งตั้งใหม่ได้

5. เพิ่มสิทธิของผู้ป่วยให้ได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรฐานทางการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

6. การนำเสนอข่าวของสื่อ ต้องไม่ทำให้เกิดความเสียหายแก่จิตใจ ชื่อเสียง หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดของผู้ป่วยและครอบครัว

7. ให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษามีอำนาจให้ความยินยอมแทน กรณีมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาทางกาย

8. เพิ่มหมวด การสร้างเสริมสุขภาพจิต การป้องกันและควบคุมปัจจัยที่คุกคามสุขภาพจิต จัดทำแผนปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์ในการส่งเสริม การป้องกัน การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยให้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิต รวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคม

9. ให้รัฐมนตรีผู้มีอำนาจกำหนดแบบหนังสือให้ความยินยอมในการบำบัดรักษา

10. เพิ่มสวัสดิการแก่ผู้รับดูแลผู้ป่วยให้ได้รับสิทธิประโยชน์ต่างๆ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด เช่น การส่งเสริมอาชีพ

11. ให้ญาติ ชุมชน และภาคเอกชน มีส่วนร่วมในการดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

12. ให้อำนาจแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ในการเข้าไปในเคหสถาน สถานที่ใดๆ หรือยานพาหนะใดๆ เพื่อนำผู้ป่วยไปรับการบำบัดรักษาและเพิ่ม “ผู้ปฏิบัติการตามกฎหมายว่าด้วยการแพทย์ฉุกเฉิน” เป็นผู้ช่วยเหลือพนักงานเจ้าหน้าที่

13. เพิ่มบทกำหนดโทษ

แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ.2561 - 2580)

ผ่านความเห็นชอบตามมติคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ครั้งที่ 3/2560 เมื่อวันที่ 28 กันยายน 2560 ทั้งนี้ คณะรัฐมนตรี ได้มีมติเมื่อวันที่ 4 ธันวาคม 2560 ให้ทุกส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐที่จะเสนอแผนเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี ให้เป็นไปตามแนวทางการเสนอแผนเข้าสู่การพิจารณาของคณะรัฐมนตรี

ที่สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) กำหนด ซึ่ง (ร่าง) แผนพัฒนาสุขภาพจิตฯ จัดอยู่ในแผนระดับที่ 3 ตามแนวทางการเสนอแผนดังกล่าว
ประกอบด้วยวิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย และยุทธศาสตร์ ดังต่อไปนี้

วิสัยทัศน์ (Vision) คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า
Thai people have wisdom, good emotional intelligence, happiness and valuable life in society.

พันธกิจ (Mission) พัฒนาและขับเคลื่อนงานสุขภาพจิตและจิตเวชให้มีประสิทธิภาพ ลดปัจจัยเสี่ยง เพิ่มปัจจัยคุ้มครอง ด้านสุขภาพจิต ส่งเสริมให้ประชาชนมีความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย ในการลดอคติต่อผู้มีปัญหาสุขภาพจิต

เป้าหมาย (Goals)

ระยะ	5 ปี (พ.ศ.2560-2564)	10 ปี (พ.ศ.2565-2569)	15 ปี (พ.ศ.2570-2574)	20 ปี (พ.ศ.2575-2579)
เด็กมีความฉลาดทางสติปัญญา (IQ) (ปี 2559 = 98.23)	≥ 100	≥ 101	≥ 103	≥ 105
เด็กมีความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ปี 2559 = 77.1)	> ร้อยละ 80	> ร้อยละ 82	> ร้อยละ 84	> ร้อยละ 85
ครอบครัวมีความเข้มแข็งและความอบอุ่น (ปี 2559 = 67.98)	ร้อยละ 80	ร้อยละ 85	ร้อยละ 90	ร้อยละ 95
ประเทศไทยมีดัชนีความสุข (World Happiness Index) เพิ่มขึ้นจากปี 2560 (ปี 2559 = 6.424 คะแนน อยู่ลำดับที่ 32 จากทั้งหมด 155 ประเทศ)	≥ 0.1	≥ 0.2	≥ 0.3	≥ 0.4
อัตราการฆ่าตัวตายสำเร็จ (ปี 2559 = 6.35 ต่อประชากรแสนคน)	ไม่เกิน 6.0 ต่อ ปชก.แสนคน	ไม่เกิน 5.6 ต่อ ปชก.แสนคน	ไม่เกิน 5.3 ต่อ ปชก.แสนคน	ไม่เกิน 5.1 ต่อ ปชก.แสนคน
ร้อยละของอำเภอที่บูรณา	ร้อยละ 50	ร้อยละ 55	ร้อยละ 60	ร้อยละ 65

ระยะ	5 ปี (พ.ศ.2560-2564)	10 ปี (พ.ศ.2565-2569)	15 ปี (พ.ศ.2570-2574)	20 ปี (พ.ศ.2575-2579)
การการดำเนินงานสุขภาพจิตตามมาตรฐานแล้วประชาชนมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี				

ยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตตลอดช่วงชีวิต

เป้าประสงค์ 1.1 คนไทยเข้าใจและใส่ใจสุขภาพจิตของตนเอง ครอบครัวและชุมชน

เป้าประสงค์ 1.2 ภาคีเครือข่ายเสริมสร้างการมีส่วนร่วมให้คนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี และมีความสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช

เป้าประสงค์ 2.1 ผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเข้าถึงบริการมาตรฐานตั้งแต่เริ่มป่วย

เป้าประสงค์ 2.2 ผู้ป่วยจิตเวชและผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชได้รับบริการตามมาตรฐานจนหายทุเลา สามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการทางกฎหมาย สังคมและสวัสดิการ

เป้าประสงค์ 3.1 ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการคุ้มครองสิทธิ ส่งเสริมสุขภาพจิตป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิตได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างถูกต้องเหมาะสม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาวิชาการและกลไกการดำเนินงานด้านสุขภาพจิต

เป้าประสงค์ 4.1 หน่วยบริการด้านสุขภาพจิตมีการบริหารจัดการองค์กรที่มีประสิทธิภาพและธรรมาภิบาล

เป้าประสงค์ 4.2 หน่วยบริการด้านสุขภาพจิต มีการพัฒนาองค์ความรู้และวิชาการ

โดยกรมสุขภาพจิตจะดำเนินการประชุมคณะอนุกรรมการจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์สุขภาพจิตแห่งชาติ เพื่อจัดทำแผนปฏิบัติการ (Action plan) ในวันที่ 17 กรกฎาคม 2561 ต่อไป

การขับเคลื่อนงานพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ในอนาคต

1. ประชาสัมพันธ์เรื่องการใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิตสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

2. แผนการดำเนินงานระดับเขตสุขภาพหรือจังหวัดและพื้นที่ที่รับผิดชอบ และการชี้แจงกิจกรรมและเป้าหมายในการดำเนินงานให้ชัดเจน

3. สนับสนุนผลักดันโรงพยาบาลในระดับ A S M1 (ที่มีจิตแพทย์ประจำ) ได้รับการขึ้นทะเบียนเป็นสถานบำบัดรักษา

4. อบรมให้ความรู้แก่บุคลากรทุกภาคส่วนเพื่อเป็นวิทยากร และเป็นผู้รับผิดชอบการขับเคลื่อนโครงการในระดับเขตสุขภาพหรือจังหวัด

5. พัฒนาระบบรับ-ส่งต่อผู้ป่วย เข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยอาจจะมีผู้ประสานประจำจังหวัดในการประสานส่งต่อ

6. พัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวช หลังการบำบัดรักษา ก่อนออกไปสู่สังคม

7. บูรณาการแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเร่ร่อนในพื้นที่เชิงรุก จำนวน 13 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร เพื่อกลับสู่ชุมชน นำไปสู่วิสัยทัศน์ของแผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2560 - 2579) ที่ว่าคนไทยมีปัญญา อารมณ์ดี และมีความสุข อยู่ในสังคมอย่างทรงคุณค่า

- **การบรรยายในหัวข้อ กฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวช**

  โดย นายภัทรพงศ์ ไชยยา นิติกร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

สาระสำคัญกฎหมายอาญาที่เกี่ยวข้องกับงานด้านนิติจิตเวช

1. คำนิยาม ความผิดปกติทางจิต

กลุ่มของโรคทางจิตเวชทางการแพทย์ (แพทย์จะมองอาการทางจิตของบุคคลในมุมกว้าง เพราะมองในแง่ของการบำบัดรักษา ดังนั้นการจำแนกหรือแบ่งกลุ่มโรคทางจิตเวชตามหลักสากลซึ่งจัดทำโดยองค์การอนามัยโลกตามระบบ ICD10) สามารถจำแนกได้ 10 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 ความผิดปกติทางจิตใจที่เกิดจากโรคทางกาย

กลุ่มที่ 2 ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรมเนื่องจากการใช้สารออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

กลุ่มที่ 3 โรคจิตเภทและหลงผิด

กลุ่มที่ 4 ความผิดปกติทางอารมณ์

กลุ่มที่ 5 กลุ่มโรคประสาท โรคที่เกิดจากความเครียดและอาการของโรคทางกาย

กลุ่มที่ 6 กลุ่มพฤติกรรมที่เกิดจากความผิดปกติทางสรีรวิทยา

กลุ่มที่ 7 บุคลิกภาพและพฤติกรรมผิดปกติในผู้ใหญ่

กลุ่มที่ 8 ปัญญาอ่อน

กลุ่มที่ 9 ความผิดปกติของการพัฒนาการทางจิต

กลุ่มที่ 10 พฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติที่เกิดในเด็กและวัยรุ่น

ประมวลกฎหมายอาญามาตรา ปรากฏคำว่า “จิตบกพร่อง” “โรคจิต” และ“จิตฟั่นเฟือน”

“**จิตบกพร่อง**” หมายถึง ผู้ที่สมองไม่เจริญเติบโตตามวัยหรือบกพร่องมาแต่กำเนิดหรือเสื่อมลงเพราะความชราจิตบกพร่อง จึงหมายถึง **คนปัญญาอ่อน**

“**โรคจิต**” หมายถึง เป็นภาวะที่มีการสูญเสียหน้าที่การทำงานของจิตใจถึงระดับที่ทำให้เสียความสามารถในการหยั่งรู้ตนเอง ความสามารถที่จะสนองความต้องการที่เป็นในการดำรงชีพ หรือความรู้สึกนึกคิดและพฤติกรรมต่างๆ ที่อยู่ในกรอบของความเป็นจริง

“จิตฟั่นเฟือน” คำนี้เป็นความสับสนตั้งแต่ชั้นยกร่างกฎหมายที่ไม่ได้ตรวจสอบถึงความหมาย และไม่มีใช้ในทางการแพทย์ ดังนั้น การบังคับใช้กฎหมายในคำพิพากษาจึงมักไม่อธิบายถึงคำว่า จิตฟั่นเฟือน

กฎหมายจะยกเว้นโทษให้ในความผิดปกติทางจิตบางประเภทเท่านั้น <u>โดยถือหลักว่าความผิดปกติทางจิตจะต้องถึงขนาด ประกอบกับขณะกระทำความผิดผู้นั้นไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้เท่านั้น</u> กฎหมายจึงจะยกเว้นโทษให้ (ประมวลกฎหมายอาญามาตรา 65 วรรค 1) ทั้งนี้ความผิดปกติทางจิตที่ถึงขนาดที่ทำให้ผู้กระทำความผิดไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ ได้แก่ โรคจิตและปัญญาอ่อน (จิตบกพร่อง)

สำหรับผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตบางอย่าง เช่น ผู้ที่เป็นโรคประสาท ผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติ ผู้ที่มีความผิดปกติทางเพศ หรือผู้ที่ติดยาเสพติด ไม่อยู่ในข่ายที่จะได้รับการยกเว้นโทษตามมาตรา 65 วรรค 1 เว้นแต่ผู้ป่วยดังกล่าวจะมีความผิดปกติอย่างอื่น เช่น มีอาการของโรคจิตปนอยู่ด้วย ซึ่งเหตุผลที่กฎหมายไม่ยกเว้นโทษให้บุคคลเหล่านี้ เนื่องจากบุคคลเหล่านี้ยังมีความรู้ผิดชอบหรือสามารถบังคับตนเองได้อยู่ แม้ว่าจะมีความผิดปกติในทางจิตใจที่จะชักนำให้ทำอะไรต่างไปจากคนธรรมดาได้ง่าย แต่สิ่งจูงใจนั้นก็ไม่ถึงขนาดทำให้ความรู้ผิดชอบและความสามารถบังคับตนเองสูญเสียไป (อย่างไรก็ตามแม้จะไม่ได้รับการยกเว้นโทษ แต่ศาลอาจกำหนดลดโทษให้ได้ตามมาตรา 65 วรรค 2)

2. ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งถูกกล่าวหาว่ากระทำความผิด

2.1 ผู้ป่วยคดีและความสามารถในการต่อสู้คดี

‘‘ผู้ป่วยคดี’’ หมายความว่า ผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณาในคดีอาญาซึ่งพนักงานสอบสวนหรือศาลสั่งให้ได้รับการตรวจหรือบำบัดรักษา รวมทั้งผู้ป่วยที่ศาลมีคำสั่งให้ได้รับการบำบัดรักษาภายหลังมีคำพิพากษาในคดีอาญาด้วย (พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 3)

- ความผิดปกติทางจิตเป็นสาเหตุสำคัญทำให้ความสามารถในการรับรู้และตัดสินใจบิดเบือนผิดปกติไปจากที่ควรจะเป็น
- การดำเนินคดีจะต้องหยุดลงหรือเลื่อนออกไปเพื่อประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี

2.2 ขั้นตอนการส่งผู้ป่วยจิตเวชไปตรวจและบำบัดรักษา

กรณี<u>มีเหตุอันควรเชื่อ</u>ว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ <u>ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 วรรคหนึ่ง ประกอบกับ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 35</u>

❖ ในระหว่างทำการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา

❖ มีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้

❖ พนักงานสอบสวนหรือศาล สั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้น (ส่งตัวไปรับการตรวจที่สถานบำบัดรักษาพร้อมรายละเอียดพฤติการณ์แห่งคดี)

❖ สถานบำบัดรักษารับตัวไว้ และให้จิตแพทย์ตรวจวินิจฉัยความผิดปกติทางจิตและประเมินความสามารถในการต่อสู้คดี (แบบ ผค.1)

❖ รายงานพนักงานสอบสวนหรือศาลภายใน 45 วัน (ขยายเวลาได้ 1 ครั้ง แต่ไม่เกิน 45 วัน)

❖ ศาลสามารถเรียกแพทย์มาให้ถ้อยคำหรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด เพื่อดำเนินการทางกระบวนยุติธรรมต่อไป

กรณีเห็นว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 วรรคสอง ประกอบกับ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 36

❖ ในระหว่างทำการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา

❖ พนักงานสอบสวนหรือศาล เห็นว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้

❖ พนักงานสอบสวนหรือศาล สั่งให้งดการสอบสวน ไต่สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา

❖ ส่งตัวผู้นั้นไปยังสถานบำบัดรักษา โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ต้องหาหรือจำเลย

❖ รักษาจนกว่าจะหายหรือทุเลา และให้จิตแพทย์รายงานผลการบำบัดรักษาภายใน 180 วัน (แบบ ผค. 2)

❖ หากเห็นว่ายังต่อสู้คดีไม่ได้ ให้รายงานผลการบำบัดรักษาทุก 180 วัน (แบบ ผค.2)

❖ หากเห็นว่าต่อสู้คดีได้แล้ว ให้รายงานผลต่อพนักงานสอบสวนหรือศาลโดยไม่ชักช้า เพื่อดำเนินการทางกระบวนยุติธรรม ต่อไป (แบบ ผค.2)

❖ กรณีศาลสั่งงดพิจารณา หากเกินกำหนดอายุความ ตามมาตรา 95 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ให้ถือว่าคดีขาดอายุความ

3. ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งศาลพิพากษาว่ากระทำความผิด

ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งศาลพิพากษาตามประมวลกฎหมายอาญามาตรา 48 และมาตรา 65 หรือตามมาตรา 49 ประกอบ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 37 และมาตรา 38

- วิธีการเพื่อความปลอดภัย กรณีศาลพิพากษาว่าผู้ป่วยไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษ

- ผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิต หรือจิตฟั่นเฟือน กระทำความผิดในขณะไม่สามารถรู้ผิดชอบหรือไม่สามารถบังคับตนเองได้ **ไม่ต้องรับโทษ**

- แต่หากขณะกระทำความผิดยังสามารถรู้ผิดชอบอยู่บ้างหรือยังสามารถบังคับตนเองได้บ้าง ศาลจะ **ลดโทษ**ให้เพียงใดก็ได้

- ถ้าศาลเห็นว่าการปล่อยตัว จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลก็ได้ และคำสั่งนี้ศาลจะเพิกถอนเสียเมื่อใดก็ได้

- ให้ศาลส่งสำเนาคำสั่งไปพร้อมกับผู้ป่วยคดีและให้สถานบำบัดรักษารับผู้ป่วยคดีไว้ควบคุมและบำบัดรักษาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยคดี

- ให้จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษา รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลภายใน 180 วัน (แบบ ผค.2)

- หากเห็นว่ามีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีต่อไปให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลทุก 180 วัน(แบบ ผค.2)

- หากเห็นว่าหายหรือทุเลาและไม่มีภาวะอันตรายแล้ว ให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นเพื่อจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลต่อศาลโดยไม่ชักช้า และรายงานผลการบำบัดรักษาให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ (แบบ ผค.2)

- วิธีการเพื่อความปลอดภัย กรณีศาลพิพากษาว่าบุคคลที่กระทำความผิดเกี่ยวกับเสพสุราเป็นอาจิณ หรือผู้ติดยาเสพติดให้โทษต้องรับโทษแต่ให้รอการกำหนดโทษลงโทษ หรือรอการลงโทษไว้

- ผู้กระทำความผิดเกี่ยวเนื่องกับการเสพสุราเป็นอาจิณ หรือการเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ
- ศาลพิพากษาลงโทษจำคุก หรือพิพากษาว่ามีความผิดแต่รอการกำหนดโทษหรือรอการลงโทษ
- ศาลกำหนดในคำพิพากษาว่าผู้นั้นจะต้องไม่เสพสุรา ยาเสพติดให้โทษ ภายในระยะเวลาไม่เกินสองปีนับแต่วันพ้นโทษหรือวันปล่อยตัวเพราะรอการกำหนดโทษ หรือรอการลงโทษก็ได้
- หากไม่ปฏิบัติตาม ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวไว้ในสถานพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่เกินสองปีก็ได้
- ให้ศาลส่งสำเนาคำสั่งไปพร้อมกับผู้ป่วยคดีและให้สถานบำบัดรักษารับผู้ป่วยคดีไว้ควบคุมและบำบัดรักษาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยคดี

- ให้จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษา รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลภายใน 180 วัน (แบบ ผค.2)

- หากเห็นว่ามีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีต่อไปให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลทุก 180 วัน (แบบ ผค.2)
- หากเห็นว่าหายหรือทุเลาและไม่มีภาวะอันตรายแล้ว ให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นเพื่อจำหน่ายออกจาก สถานพยาบาลต่อศาลโดยไม่ชักช้าและรายงานผลการบำบัดรักษาให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ (แบบ ผค.2)

3.2 ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งศาลพิพากษาลงโทษ แต่ให้รอการลงโทษหรือรอการกำหนดโทษ ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 56 วรรคสอง (4) ประกอบ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มาตรา 39

- ผู้กระทำความผิดซึ่งมีโทษจำคุกหรือปรับ และในคดีนั้นศาลจะลงโทษจำคุกไม่เกินห้าปีไม่ว่าจะลงโทษปรับด้วยหรือไม่ก็ตาม

- ปรากฏว่าผู้นั้น (1) ไม่เคยรับโทษจำคุกมาก่อน หรือ (2) เคยรับโทษจำคุกมาก่อนแต่เป็นโทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำโดยประมาท หรือความผิดลหุโทษ หรือเป็นโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือ (3) เคยรับโทษจำคุกมาก่อนแต่พ้นโทษจำคุกมาแล้วเกินกว่าห้าปีแล้วมากระทำความผิดอีก โดยความผิดในครั้งหลังเป็นความผิดที่ได้กระทำโดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ และเมื่อศาลได้คำนึงถึง อายุ ประวัติความประพฤติ สติปัญญา การศึกษาอบรม สุขภาพ ภาวะแห่งจิต ฯลฯ

- ศาลจะพิพากษาว่าผู้นั้น มีความผิดแต่รอการกำหนดโทษหรือกำหนดโทษแต่รอการลงโทษไว้ โดยจะกำหนดเงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติของผู้นั้นด้วยหรือไม่ก็ได้

- ถ้าศาลกำหนดเงื่อนไขเพื่อคุมความประพฤติของผู้กระทำความผิด ซึ่งอาจกำหนดให้ไปรับการบำบัดรักษาการติดยาเสพติดให้โทษ ความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจ หรือความเจ็บป่วยอย่างอื่น ณ สถานที่และตามระยะเวลาที่ศาลกำหนดให้ศาลส่งผู้ป่วยคดีพร้อมทั้งสำเนาคำพิพากษาไปยังสถานบำบัดรักษา

- ให้จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษารายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ได้รับผู้ป่วยคดีไว้ในกรณีที่จิตแพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีต่อไปให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลทุกเก้าสิบวัน

- หากเห็นว่าหายหรือทุเลาและไม่มีภาวะอันตรายแล้ว ให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นเพื่อจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลต่อศาลโดยไม่ชักช้าและรายงานผลการบำบัดรักษาให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ (แบบ ผค.2)

4. ผู้ป่วยจิตเวชซึ่งต้องรับโทษอยู่ในเรือนจำ

4.1 การทุเลาการบังคับโทษจำคุก (ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 246 (1)) ในกรณีดังต่อไปนี้

1) เมื่อจำเลยวิกลจริต และสามี ภริยา ญาติของจำเลย พนักงานอัยการ ผู้บัญชาการเรือนจำ หรือเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่จัดการตามหมายจำคุก ร้องขอ หรือเมื่อศาลเห็นสมควร

2) ศาลมีอำนาจสั่งให้ทุเลาการบังคับให้จำคุกไว้ก่อนจนกว่าเหตุวิกลจริตจะหมดไป

3) ในระหว่างทุเลาการบังคับ ศาลจะมีคำสั่งให้บุคคลดังกล่าวอยู่ในความควบคุมในสถานที่อันควรนอกจากเรือนจำหรือสถานที่ที่กำหนดไว้ในหมายจำคุกก็ได้ (สถานบำบัดรักษา)

4) ให้ศาลส่งสำเนาคำสั่งไปพร้อมกับผู้ป่วยคดีและให้สถานบำบัดรักษารับผู้ป่วยคดีไว้ควบคุมและบำบัดรักษาโดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยคดี

5) ให้จิตแพทย์ผู้บำบัดรักษา รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลภายใน 180 วัน (แบบ ผค.2)

6) หากเห็นว่ามีความจำเป็นต้องบำบัดรักษาผู้ป่วยคดีต่อไปให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นต่อศาลทุก 180 วัน (แบบ ผค.2)

7) หากเห็นว่าหายหรือทุเลาและไม่มีภาวะอันตรายแล้ว ให้รายงานผลการบำบัดรักษาและความเห็นเพื่อจำหน่ายออกจากสถานพยาบาลต่อศาลโดยไม่ชักช้า และรายงานผลการบำบัดรักษาให้คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาทราบ (แบบ ผค.2)

8) หากภายหลังมีพฤติการณ์เปลี่ยนแปลงไป ให้ศาลมีอำนาจเปลี่ยนแปลงคำสั่งหรือให้ดำเนินการตามหมายจำคุกได้

4.2 การทุเลาการบังคับโทษประหารชีวิต (ประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 248)

ในกรณี ตาม**มาตรา 248** ถ้าบุคคลซึ่งต้องคำพิพากษาให้ประหารชีวิตเกิด **วิกลจริตก่อนถูกประหารชีวิตให้รอการประหารชีวิตไว้ก่อนจนกว่า ผู้นั้นจะหาย** ขณะทุเลาการประหารชีวิตอยู่นั้นศาลมีอำนาจยกมาตรา 46 วรรค (2) แห่งกฎหมายลักษณะอาญามาบังคับ ถ้าผู้วิกลจริตหายภายหลังปีหนึ่งนับแต่วันคำพิพากษาถึงที่สุดให้ลดโทษประหารชีวิตลงเหลือจำคุกตลอดชีวิต

มาตรา 42 ในกรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา มีคำสั่งตามมาตรา 29 (1) หรือ (2) หรือมีคำสั่งให้ขยายระยะเวลาการบำบัดรักษาตามมาตรา 30 ให้**ผู้ป่วยหรือคู่สมรส ผู้ บุพการีผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย แล้วแต่กรณีมีสิทธิ อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภาย**ในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่ง ดังกล่าว การอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่งไม่เป็นเหตุทุเลาการบังคับตามคำสั่ง เว้นแต่คณะกรรมการอุทธรณ์จะเห็นสมควรให้มีการทุเลาการบังคับตามคำสั่งนั้นไว้ชั่วคราว ให้คณะกรรมการอุทธรณ์พิจารณาอุทธรณ์ให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ ได้รับอุทธรณ์ คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด หลักเกณฑ์และวิธีการในการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ให้เป็นไปตาม ระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

5. การตรวจสอบการใช้อำนาจของเจ้าหน้าที่

มาตรา 42 ในกรณีที่คณะกรรมการสถานบำบัดรักษา มีคำสั่งตามมาตรา 29 (1) หรือ (2) หรือมีคำสั่งให้ขยายระยะเวลาการบำบัดรักษาตามมาตรา 30 ให้ผู้ป่วยหรือคู่สมรส ผู้บุพการีผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลผู้ป่วย แล้วแต่กรณีมีสิทธิ อุทธรณ์เป็นหนังสือต่อคณะกรรมการอุทธรณ์ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งคำสั่ง ดังกล่าว การอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่งไม่เป็นเหตุทุเลาการบังคับตามคำสั่ง เว้นแต่คณะกรรมการอุทธรณ์จะเห็นสมควรให้มีการทุเลาการบังคับตามคำสั่งนั้นไว้ชั่วคราว ให้คณะกรรมการอุทธรณ์พิจารณาอุทธรณ์ให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ ได้รับอุทธรณ์คำวินิจฉัยของคณะกรรมการอุทธรณ์ให้เป็นที่สุด หลักเกณฑ์และวิธีการในการยื่นอุทธรณ์และวิธีพิจารณาอุทธรณ์ให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

มาตรา 90 เมื่อมีการอ้างว่าบุคคลใดต้องถูกคุมขังในคดีอาญาหรือในกรณีอื่นใด โดยมิชอบด้วยกฎหมาย บุคคลเหล่านี้มีสิทธิยื่นคำร้องต่อศาลท้องที่ที่มีอำนาจพิจารณาคดีอาญาขอให้ปล่อย คือ

(1) ผู้ถูกคุมขังเอง

(2) พนักงานอัยการ

(3) พนักงานสอบสวน

(4) ผู้บัญชาการเรือนจำหรือพัศดี

(5) สามีภริยา หรือญาติของผู้นั้น หรือบุคคลอื่นใดเพื่อประโยชน์ของผู้ถูกคุมขัง

เมื่อได้รับคำร้องดังนั้น ให้ศาลดำเนินการไต่สวนฝ่ายเดียวโดยด่วน ถ้าศาลเห็นว่า คำร้องนั้นมีมูล ศาลมีอำนาจสั่งผู้คุมขังให้นำตัวผู้ถูกคุมขังมาศาลโดยพลัน และถ้าผู้คุมขังแสดงให้ เป็นที่พอใจแก่ศาลไม่ได้ว่าการคุมขังเป็นการชอบด้วยกฎหมาย ให้ศาลสั่งปล่อยตัวผู้ถูกคุมขังไปทันที

มาตรา 5 หน่วยงานของรัฐต้องรับผิดต่อผู้เสียหายในผลแห่งละเมิดที่เจ้าหน้าที่ของตนได้กระทำในการปฏิบัติหน้าที่ในกรณีนี้ผู้เสียหายอาจฟ้องหน่วยงานของรัฐดังกล่าวได้โดยตรงแต่จะฟ้องเจ้าหน้าที่ไม่ได้ ถ้าการละเมิดเกิดจากเจ้าหน้าที่ซึ่งไม่ได้สังกัดหน่วยงานของรัฐแห่งใดให้ถือว่ากระทรวงการคลังเป็นหน่วยงานของรัฐที่ต้องรับผิดตามวรรคหนึ่ง

- **การบรรยายในหัวข้อ กฎหมายแพ่งและพาณิชย์กับงานด้านนิติจิตเวช**

โดย นางสาวกิตติมา สุรพงษ์พิวัฒนะ นิติกร กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

ผู้หย่อนความสามารถตามกฎหมายไทย

1. ผู้เยาว์
2. คนวิกลจริต
3. คนเสมือนไร้ความสามารถ
4. คนไร้ความสามารถ

ผลของการทำนิติกรรมตามกฎหมาย มีได้ 2 รูปแบบ ได้แก่

โมฆะ = เสียเปล่า ไม่เกิดผลผูกพันระหว่างคู่สัญญาตามกฎหมาย ไม่เกิดสิทธิ หน้าที่ ระหว่างคู่สัญญา

โมฆียะ = มีผลสมบูรณ์ เพียงแต่ว่าความสมบูรณ์ของโมฆียกรรมเป็นความสมบูรณ์ที่ไม่เด็ดขาด เพราะอาจถูกบอกล้างได้ ซึ่งจะมีผลให้นิติกรรมนั้นตกเป็นโมฆะไป ทั้งนี้ อาจให้สัตยาบันได้ ซึ่งจะมีผลทำให้นิติกรรมนั้นมีผลสมบูรณ์โดยเด็ดขาด

1. ผู้เยาว์

ผู้เยาว์ หมายถึง บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์ (มาตรา 19) ผู้เยาว์จะทำนิติกรรมใด ๆ ต้องได้รับความยินยอมของผู้แทนโดยชอบธรรมก่อนการใดๆ ที่ผู้เยาว์ได้ทำลงปราศจากความยินยอมเช่นว่านั้นเป็นโมฆียะ เว้นแต่จะบัญญัติไว้เป็นอย่างอื่น (มาตรา 21)การบำบัดรักษาจะกระทำได้ต่อเมื่อผู้ป่วยได้รับการอธิบายเหตุผลความจำเป็นในการบำบัดรักษา รายละเอียดและประโยชน์ของการบำบัดรักษา และได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่เป็นผู้ป่วยตามมาตรา 22

ถ้าต้องรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาลของรัฐหรือสถานบำบัดรักษา ความยินยอมตามวรรคหนึ่งต้องทำเป็นหนังสือ และลงลายมือชื่อผู้ป่วยเป็นสำคัญ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจให้ความยินยอมรับการบำบัดรักษา ให้คู่สมรส ผู้บุพการี ผู้สืบสันดาน ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้น แล้วแต่กรณี เป็นผู้ให้ความยินยอมตามวรรคสองแทน

ผู้เยาว์ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ให้ความหมายไว้ว่า“เด็ก” คือ บุคคลที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ แต่ไม่รวมถึงบุคคลที่บรรลุนิติภาวะโดยการสมรส และมาตรา 26 กำหนดว่า ห้ามมิให้กระทำการโดยจงใจหรือละเลยไม่ให้สิ่งจำเป็นแก่การดำรงชีวิตหรือการรักษาพยาบาลแก่เด็กที่อยู่ในความดูแลของตน จนน่าจะเกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจของเด็ก ทั้งนี้พ.ร.บ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 ได้กำหนดให้บิดา มารดา หรือผู้ปกครอง ต้องดูแลเด็กที่อยู่ในความดูแลของตน ซึ่งรวมถึงการรักษาพยาบาลด้วย ฉะนั้น การคอยสังเกตเด็กที่มีอาการเข้าข่ายเป็นโรคทางจิตเวชจึงเป็นหน้าที่ของผู้ปกครองที่ต้องดูแล และพาเด็กพบจิตแพทย์เพื่อทำการบำบัดรักษา ทั้งนี้ รวมถึงเด็กที่อยู่ในสถานสงเคราะห์

กล่าวโดยสรุปผู้เยาว์มีสิทธิเข้ารับการปรึกษาด้านสุขภาพจิตกับจิตแพทย์ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากการรับการปรึกษาจากจิตแพทย์ ไม่ถือว่าเป็นการทำนิติกรรมจึงไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมก่อน

2. คนวิกลจริต

ไม่มีการให้คำนิยามของคำว่า “คนวิกลจริต” ไว้ตามกฎหมาย แต่ตีความได้จากคำพิพากษาศาลฎีกาดังนี้ **ไม่รู้สภาพการกระทำของตน ไม่มีสติรู้ว่าอะไรถูกผิด ไม่สามารถประกอบกิจการงานใดได้**

ความสามารถในการทำนิติกรรมของคนวิกลจริต ตามมาตรา 30 การทำนิติกรรมในขณะจริตวิกล <u>และ</u> คู่กรณีอีกฝ่ายรู้ว่าเป็นคนวิกลจริต นิติกรรรมนั้นจะเป็นโมฆียะ

3. คนเสมือนไร้ความสามารถ

คนเสมือนไร้ความสามารถ ตามมาตรา 32 หมายถึง กายพิการ จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ ประพฤติสุรุ่ยสุร่ายเสเพลเป็นอาจิณ ติดสุรายาเมา ไม่สามารถจัดทำการงานโดยตนเองได้ หรือ จัดกิจการไปในทางที่อาจเสื่อมเสียแก่ทรัพย์สินตนเองหรือครอบครัว

คู่สมรส, ผู้บุพการี (บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย ทวด), ผู้สืบสันดาน (ลูก หลาน เหลน ลื่อ), ผู้ปกครอง, ผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้นอยู่, พนักงานอัยการ ร้องขอต่อศาล ให้ศาลสั่งให้บุคคลดังกล่าวเป็น “คนเสมือนไร้ความสามารถ” และอยู่ในความดูแลของ ผู้พิทักษ์

4. คนไร้ความสามารถ

คนไร้ความสามารถ หมายถึง คนวิกลจริต โดยศาลสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ อาการวิกลจริตที่จะเป็นเหตุให้ศาลสั่งบุคคลเป็นคนไร้ความสามารถนั้นจะต้องมีลักษณะ 2 ประการประกอบกัน คือ

1.ต้องเป็นอย่างมาก คือ ไม่สามารถรู้ว่าอะไรถูกอะไรผิด ไม่มีความรู้สึกรับผิดชอบแต่อย่างใด ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดจากอาการทางจิตหรือทางสมองหรือโรคภัยต่างๆ

2.ต้องเป็นอยู่เป็นประจำ คือ เป็นเรื่องประจำตัวของผู้นั้น มิได้หมายความว่าต้องมีอาการวิกลจริตอยู่ตลอดเวลา อาจมีอาการปกติสลับกับจริตวิกลเป็นบางช่วง หรือที่เรียกว่าเป็นอาการคุ้มดีคุ้มร้ายก็ได้

คู่สมรส, ผู้บุพการี (บิดา มารดา ปู่ย่า ตายาย ทวด), ผู้สืบสันดาน (ลูก หลาน เหลน ลื่อ), ผู้ปกครอง, ผู้ซึ่งปกครองดูแลบุคคลนั้นอยู่, พนักงานอัยการ, ผู้พิทักษ์ ร้องขอต่อศาล ให้ศาลสั่งให้บุคคลดังกล่าวเป็น“คนไร้ความสามารถ” และอยู่ในความดูแลของ ผู้อนุบาล โดยถ้าคนไร้ความสามารถทำนิติกรรม ผลการการทำนิติกรรมจะเป็นโมฆียะ

ตารางเปรียบเทียบ คนวิกลจริต คนเสมือนไร้ความสามารถ คนไร้ความสามารถ ดังนี้

หัวข้อ	คนวิกลจริต	คนเสมือนไร้ความสามารถ	คนไร้ความสามารถ
ลักษณะ	1.ไม่รู้สภาพการกระทำของตน 2. ไม่มีสติรู้ว่าอะไรถูกผิด 3. ไม่สามารถประกอบกิจการงานใดได้	1.กายพิการ 2.จิตฟั่นเฟือนไม่สมประกอบ 3.ประพฤติตนสุรุ่ยสุร่าย เสเพลเป็นอาจิณ 4.ติดสุรายาเมา 5.ไม่สามารถจัดทำการงานได้เอง หรือจัดกิจการไปในทางที่เสื่อมเสียแก่ทรัพย์สินตนหรือครอบครัว	1. เป็นคนวิกลจริต 2. มีอาการวิกลจริตอย่างมาก 3. มีอาการวิกลจริตเป็นประจำ
ผู้ดูแลตามกฎหมาย	-	ผู้พิทักษ์	ผู้อนุบาล
เงื่อนไขในการทำนิติกรรม	ขณะทำนิติกรรมต้องไม่มีอาการจริตวิกล และอีกฝ่ายไม่ทราบว่าเป็นคนวิกลจริต	เฉพาะนิติกรรมตามมาตรา 34 เท่านั้นที่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้พิทักษ์ก่อน	ไม่มีความสามารถในการทำนิติกรรม ผู้อนุบาลมีหน้าที่ทำการแทน
ผลของการทำนิติกรรมที่ฝ่าฝืน	โมฆียะ	โมฆียะ	โมฆียะ

กรณีผู้หย่อนความสามารถทำละเมิดต่อบุคคลอื่น

ละเมิด หมายถึง การกระทำโดย จงใจ หรือประมาทเลินเล่อ ต่อบุคคลอื่นโดยผิดกฎหมาย เกิดความเสียหาย แก่ชีวิต ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ทรัพย์สิน หรือสิทธิอย่างหนึ่งอย่างใด ผู้ทำละเมิดต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนให้กับผู้ต้องเสียหายเพราะการทำละเมิดของตน

ในการกรณีผู้เยาว์ หรือ ผู้วิกลจริต (คนไร้ความสามารถ คนวิกลจริต) ทำละเมิดต่อบุคคลอื่น

1) รับผิดในผลที่ตนทำละเมิด = ชดใช้ค่าสินไหมทดแทน

2) บิดา มารดา ผู้อนุบาล ต้องร่วมรับผิดกับต่อบุคคลผู้ต้องเสียหายเพราะ การทำละเมิดนั้นเว้นแต่พิสูจน์ได้ว่าตนได้ใช้ความระมัดระวังตามสมควรแก่หน้าที่ดูแลแล้ว

กรณีผู้หย่อนความสามารถทำละเมิดต่อบุคคลอื่น

ผู้เยาว์ทำละเมิด	ผู้วิกลจริตทำละเมิด
ผู้เยาว์ หมายถึง บุคคลผู้มีอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์	**ผู้วิกลจริต หมายถึง คนไร้ความสามารถ คนวิกลจริต**
หลักในการรับผิด 1. ผู้เยาว์รับผิดในผลแห่งการทำละเมิดของตน 2. บิดา มารดา ต้องร่วมรับผิดในการทำละเมิดของผู้เยาว์ *ต่อเมื่อ* - เป็นบิดา มารดา ชอบด้วยกฎหมาย หรือ เป็นผู้รับบุตรบุญธรรม - บิดามารดานั้นมีหน้าที่ดูแลผู้เยาว์ในขณะที่ผู้เยาว์ทำละเมิด	หลักในการรับผิด 1. คนไร้ความสามารถ หรือคนวิกลจริต ต้องรับผิดในผลแห่งการทำละเมิดของตน 2. ผู้ร่วมรับผิด - ผู้อนุบาล (กรณีผู้ทำละเมิดเป็นคนไร้ความสามารถ) - ผู้ซึ่งดูแลคนวิกลจริต (กรณีคนวิกลจริตมีผู้ดูแล)
ข้อยกเว้นความรับผิด บิดา มารดา ได้ใช้ความระมัดระวังตามสมควรแก่หน้าที่ซึ่งดูแลผู้เยาว์แล้ว	ข้อยกเว้นความรับผิด 1. การกระทำละเมิดนั้นคนไร้ความสามารถ หรือคนวิกลจริตไม่ต้องรับผิด 2. ผู้อนุบาล หรือ ผู้ซึ่งดูแลคนวิกลจริตได้ใช้ความระมัดระวังตามสมควรแก่หน้าที่ดูแลแล้ว

ประเด็นถาม-ตอม จากผู้เข้าร่วมอบรม

1. คนไข้ที่เสพยาแล้วมีอาการก้าวร้าวทางอารมณ์ อาละวาด ทางโรงพยาบาลมีการใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ในการนำผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา แต่จากที่ฟังบรรยาย ยังมีคำถามว่าสามารถใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิตในการนำบุคคลที่ติดยาเสพติดและมีการอาละวาดเข้ารับการบำบัดรักษาได้หรือไม่

ตอบ : คนไข้ที่เสพยาเสพติดและมีการอาละวาด คือ บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา เนื่องจากมีภาวะอันตรายตามมาตรา 22 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และตามคำสั่งคณะรักษาความสงบแห่งชาติ ที่ 108/2557 ให้บุคคลที่ติดยาเสพจิตเข้ารับการบำบัดรักษาโดยใช้อำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้ แต่หากเป็นผู้เสพยาเสพติดที่ก่อความคดีความ ย่อมเป็นผู้ป่วยคดีตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หากเป็นผู้เสพยาเสพติดและก่อคดี ไม่อาจยกเว้นโทษได้

2. แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชไม่มีญาติ หรือเร่ร่อน ควรดำเนินการอย่างไร เนื่องจากไม่อาจส่งต่อไปยังชุมชนหรือสถานสงเคราะห์ได้ และจะทำอย่างไรให้ผู้ป่วยจิตเวชเร่ร่อนมีผู้ดูแลที่เป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

ตอบ : เนื่องจากสถานสงเคราะห์มีจำนวนน้อย และกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ไม่มีนโยบายเพิ่มจำนวนสถานสงเคราะห์ จึงทำให้ไม่เพียงพอต่อการรองรับผู้ป่วยจิตเวชไร้บ้านที่อาการทุเลาแล้ว

3. กรณีทำหมันผู้ป่วย ต้องได้รับความยินยอมจากตัวผู้ป่วยโดยมีการลงลายมือชื่อยินยอม สามีผู้ป่วยอ้างว่าผู้ป่วยไม่มีอำนาจลงลายมือชื่อ เนื่องจากไม่มีความสามารถ ผู้ถามเห็นว่าขัดแย้งกับพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ที่ให้อำนาจผู้ป่วยลงลายมือชื่อยินยอมให้ทำหมัน

ตอบ : หากผู้ป่วยยังไม่เป็นคนไร้ความสามารถตามกฎหมาย กล่าวคือ ศาลมีคำสั่งให้เป็นคนไร้ความสามารถ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชยังมีความสามารถในการตัดสินใจภายใต้บริบทของการเข้าใจ และผู้ป่วยย่อมมีอำนาจในการลงลายมือชื่อยินยอมให้ทำหมันได้ด้วยตนเอง ไม่ขัดต่อพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

4. ผู้ป่วยจิตเวชเข้ารับการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 แล้วอาการดีขึ้น แต่ต่อมาต้องการออกจากสถานบำบัดรักษา และประสงค์ลงนามไม่สมัครใจให้รับการบำบัดรักษา

ตอบ : ถ้าเป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 กล่าวคือ มีภาวะอันตรายตามมาตรา 22 เป็นอำนาจของคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาในการประชุมร่วมกันเพื่อลงมติว่าจำหน่ายผู้ป่วยออกได้หรือไม่

5. คนไข้ที่ทำร้ายตนเอง จิตแพทย์ลงความเห็นว่าต้องนอนโรงพยาบาล และจำเป็นต้องส่งต่อโรงพยาบาลอื่น แต่คนไข้และญาติไม่ยินยอม (ก่อเหตุซ้ำภายในหนึ่งปีและมีแนวโน้มจะทำร้ายตนเองอีก)

ตอบ : ถือว่าเป็นบุคคลที่มีภาวะอันตรายต่อตนเอง ตามมาตรา 22 มีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษา

6. กรณีเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ บิดา มารดา ต้องให้ความยินยอมในการบำบัดรักษาแทน

ตอบ : ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้บังคับให้ผู้แทนโดยชอบธรรมต้องให้ความยินยอมแทนผู้เยาว์ แต่ทางกรมสุขภาพจะปรึกษากับนักกฎหมายและดำเนินการหาทางแก้ไขในประเด็นปัญหานี้ต่อไป

7. หากเครือข่ายมีการดำเนินการจัดอบรม จะสามารถนำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ไปเผยแพร่ต่อได้หรือไม่

ตอบ : ควรนำไปเผยแพร่ต่อในประเด็นที่ว่า ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... มีการแก้ไขเพิ่มเติมในหัวข้อใดบ้าง เนื่องจากร่างพระราชบัญญัติฯ ยังไม่มีผลบังคับใช้

- **การบรรยาย เรื่อง "การขอมีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ.2551"**

โดย นางสาววนิดา อินทรสังขาร์ นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต

การแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง แต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ลงวันที่ 30 มีนาคม พ.ศ. 2552 ฉบับที่ 2 วันที่ 8 เมษายน พ.ศ. 2553 และฉบับที่ 3 เมษายน พ.ศ. 2555

<u>สังกัดหน่วยงาน</u>

1. กรมสุขภาพจิต
2. กรมการแพทย์
3. สำนักงานการอุดมศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ
4. กรมราชทัณฑ์
5. สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
6. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
7. เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย
8. ส่วนราชการภูมิภาค สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

<u>ตำแหน่ง</u>

- แพทย์
- พยาบาลวิชาชีพ
- นักจิตวิทยา
- นักสังคมสงเคราะห์
- นักวิชาการสาธารณสุข
- นักกิจกรรมบำบัด
- นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ
- นักวิชาการสุขาภิบาล

- นักบริหารงานท้องถิ่น
- เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพ
- เจ้าพนักงานสาธารณสุข
- เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน

ขั้นตอนการขอมีบัตร

- **สมัครสมาชิกใหม่**
    1. ตรวจสอบคุณสมบัติพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ ก่อนการสมัคร (รับราชการในตำแหน่งตามประกาศฯ)
    2. เข้าเว็บไซต์ www.omhc.dmh.go.th เพื่อสมัครสมาชิก
    3. เมื่อสมัครสมาชิกเรียบร้อยแล้ว ระบบจะให้กรอกข้อมูลส่วนตัว (กรุณาจดบันทึก/จดจำ USER NAME ที่ระบบให้ไว้ และ PASSWORD ที่ท่านกำหนดในหน้าข้อมูลส่วนตัว) ให้ครบถ้วนสมบูรณ์ แล้วกดบันทึก
    4. ให้กรอกข้อมูลส่วนตัว/ข้อมูลหน่วยงานให้ถูกต้องและครบถ้วน แล้วกดบันทึก
    5. สั่งพิมพ์แบบฟอร์มบนหน้าเว็บไซต์นั้นออกมา (กดปุ่ม “คลิกเพื่อพิมพ์แบบฟอร์มการสมัครสมาชิก และส่งมาที่ สคสช./สสจ.”) และให้ผู้บังคับบัญชาลงนามเพื่อรับรองการปฏิบัติงานในหน่วยงานสังกัดนั้น
    6. ติดรูปถ่าย ขนาด 1 นิ้ว 1 รูป และแนบมาอีก 1 รูป เพื่อใช้ติดบัตรฯ (รวมรูปถ่าย 2 รูป) ส่งให้กับผู้ประสานงาน (ผู้รับผิดชอบใน หน่วยงาน/สังกัดของท่าน หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
- **บัตรหมดอายุ/บัตรหาย/แก้ไขข้อมูลบัตร**

    1. เข้าสู่ระบบด้วย USER NAME เดิม (เลขบัตร) และ PASSWORD เดิม (ที่ตั้งเอง) โดยไม่ต้องสมัครสมาชิกใหม่

    2. ปริ้นท์แบบคำขอ ลงนาม และแนบบัตรเก่าหรือบันทึกแจ้งว่าขอทำบัตรใหม่

กรณีลงข้อมูลผิด

- ให้ดำเนินการต่อไปให้สิ้นสุดการลงข้อมูล เพื่อให้ระบบบันทึกข้อมูลได้สมบูรณ์ แล้วเข้าสู่ระบบด้วย USER NAME และ PASSWORD ที่ท่านกำหนดเพื่อแก้ไข
- ห้ามกด Back หรือ กลับ ก่อนที่การบันทึกข้อมูลจะเสร็จสิ้น มิฉะนั้นข้อมูลที่ลงสมัครไว้จะ Error
- หากข้อมูล Error ให้ติดต่อสอบถามเจ้าหน้าที่กรมสุขภาพจิต (ไม่ควรสมัครสมาชิกใหม่ เพื่อป้องกันการซ้ำซ้อนของรายชื่อ) โทรศัพท์ 02 590 8130 หรือ 02 590 8041

สำหรับผู้ประสานงาน

สังกัดกรมสุขภาพจิต/สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร/กรมราชทัณฑ์ ในกรุงเทพมหานคร

1. รวบรวมเอกสารแบบฟอร์มคำขอต่อ/ขอมีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ (ที่พิมพ์จากเว็บไซต์ พร้อมรูปถ่าย 2 รูป) และสรุปรายชื่อตามแบบฟอร์ม ส่งมาที่ กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
2. รอรับบัตร โดยกรมสุขภาพจิตจะดำเนินการจัดทำบัตร ปีละ 2 ครั้ง คือ เดือนมีนาคม และเดือนกันยายน

สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1. รวบรวมเอกสารแบบฟอร์มคำขอต่อ/ขอมีบัตรพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ (ที่พิมพ์จากเว็บไซต์ พร้อมรูปถ่าย 2 รูป) เก็บไว้ที่สสจ.
2. สรุปรายชื่อผู้ขอต่อ/ขอมีบัตรตามแบบฟอร์ม ส่งมาที่ กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
3. **แบบเดิม** ผู้ที่ดำเนินการในปี 2560 – 2561 รอรับบัตร จากนั้นสสจ.ดำเนินการติดรูปประทับตรา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนาม

   แบบใหม่ (กำลังพัฒนาระบบ) กรมสุขภาพจิต แจ้งเวียนให้สสจ.ดำเนินการจัดทำบัตรตามขั้นตอนดังนี้

   1) เข้าเว็ปไซต์ www.omhc.dmh.go.th
   2) เข้าสู่ระบบ โดยใช้ Password ตามที่กรมสุขภาพจิตแจ้ง
   3) ดำเนินการปริ้นท์บัตร
   4) ติดรูป ประทับตรา นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดลงนาม
   5) ส่งบัตรให้หน่วยงานภายในจังหวัด

   จากนั้นรายงานการจัดทำบัตรให้อธิบดีรับทราบตามแบบฟอร์ม

ประเด็นถาม-ตอบ จากผู้เข้าร่วมอบรม

1. กรณีอนุญาตให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิมพ์บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่เอง กระดาษที่ใช้จะต้องเป็นกระดาษอะไร

ตอบ : กระดาษที่ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดใช้เป็นประจำตามมาตรฐานของสำนักงานสาธารณสุขังหวัด แต่เนื่องจากบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่เป็นบัตรราชการ ทางกรมสุขภาพจะดำเนินการกำหนด ขนาดกระดาษ ลักษณะกระดาษ เพื่อให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ประสงค์พิมพ์บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่เองได้พิมพ์บัตรฯที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน

2. ปัจจุบันพนักงานราชการเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่จำนวนมาก ควรเปิดให้พนักงานราชการเป็นพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551

ตอบ : เนื่องจากผู้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 มีความเห็นว่าผู้ปฏิบัติหน้าที่ในตำแหน่งพนักงานราชการมีการโยกย้ายงานบ่อยครั้ง อาจทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน แต่อนุบัญญัติภายใต้ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ ..) พ.ศ. .... ได้มีการเพิ่มกรอบของพนักงานเจ้าหน้าที่ฯ ให้รวมถึงพนักงานราชการด้วย

- **การบรรยาย เรื่อง “การบริหารจัดการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง”**

โดย นายประดิษฐ์ ชัยชนะ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสวนปรุง

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช ความหมาย เป็นภาวะที่มีความผิดปกติอย่างรุนแรงของอารมณ์ (mood) ความคิด (thought) หรือพฤติกรรม (Behavior) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยรีบด่วน ปัญหาทางจิตเวชที่พบมักจะถูกกระตุ้นด้วยเหตุการณ์ หรือจากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ มีลักษณะต่างจากภาวะจิตเวชทั่วไปใน 3 ลักษณะ ได้แก่

1. คาดเดาไม่ได้ (unpredictable)
2. ไม่ร่วมมือ (un co -operation)
3. มีภาวะอันตราย (being to threatening condition)

1. การจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (management in psychiatric emergencies)

1. การทราบถึงพฤติกรรมหรือความคิดผิดปกติ (Recognition of abnormal behavior or thought)
2. การควบคุมผู้ป่วยและสถานการณ์ (Stabilization of the patient & the situation)
3. การระมัดระวังภาวะฉุกเฉินทางกาย (Alertness for medical emergencies)
4. การสัมภาษณ์ (Interview)
5. การตรวจร่างกาย (physical examination)
6. การทดสอบ (Testing)
7. การจัดการหรือการให้การปรึกษาในกรณีที่จำเป็น (disposition or consultation if needed)
8. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือการให้กลับ (Admission or discharge)

2. การทราบถึงพฤติกรรมหรือความคิดผิดปกติ (Recognition of abnormal behavior or thought)

ทีมผู้ดูแลต้องประเมินสภาพทั่วไปและพฤติกรรม (general appearance & behavior) ได้แก่

1. ประเมินอารมณ์แสดง (affect)
2. ประเมินการ (speech)
3. ประเมินเนื้อหาความคิด (content of thought)
4. ประเมินการหมกมุ่น (preoccupation)
5. ประเมินการรู้สภาพแวดล้อม (disorientation)

3. การควบคุมผู้ป่วยและสถานการณ์ (Stabilization of the patient & the situation)

3.1 ความเสี่ยงต่อการทำร้ายตัวเองทันที (Dagadakis CS, 1993) พิจารณาจาก

1. ประวัติพยายามทำร้ายตัวเอง
2. พูดว่าตนเองคิดที่จะฆ่าตัวตายและหรือตั้งใจจะทำร้ายตนเอง
3. ประสาทหลอนสั่งให้ทำร้ายตัวเอง
4. ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน และหรือสับสน
5. รู้สึกสิ้นหวัง
6. การใช้หรือการสูญเสียในการทำหน้าที่อันมาจากการใช้สุรา/สารเพติด

3.2 ความเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่นทันที (Dagadakis CS, 1993) พิจารณาจาก

1. ประวัติมีพฤติกรรมรุนแรงต่อผู้อื่นในระยะเวลาไม่นานมานี้
2. คุกคามข่มขู่ผู้อื่นในระยะเวลาไม่นานมานี้
3. แสดงออกความโกรธอย่างรุนแรงเช่น เสียงดัง กำหมัด คำพูดและสีหน้าเต็มไปด้วยความโกรธแค้น
4. มีร่องรอยของการทะเลาะวิวาท เช่นแผลที่หน้า รอยฟกช้ำ
5. มีประวัติพฤติกรรมรุนแรงในอดีต
6. เสื่อมเสียหน้าที่จากการใช้สุรา/สารเสพติด
7. การสับสน
8. บุคลิกภาพต่อต้าน (Antisocial personality disorder)
9. อาการโรคจิตโดยเฉพาะที่เกี่ยวกับการหวาดระแวง

4. การระมัดระวังภาวะฉุกเฉินทางกาย (Alertness for medical emergencies)

โรคทางกายบางอย่างทำให้เกิดอาการทางจิตได้ ได้แก่

1. Hyperglycemia (น้ำตาลในเลือดสูง)

2. Meningitis (เยื่อหุ้มสมองอักเสบ)

3. Hypertensive encephalopathy (ความดันโลหิตสูง)

4. Drug overdose (การใช้ยาเกินขนาด)

5. การสัมภาษณ์ (Interview)

ในกรณีผู้ป่วยให้ความร่วมมือดีและมีเวลามากพอก็สามารถทำได้เหมือนการตรวจทางจิตเวชทั่วไป แต่ส่วนมากมักต้องให้การดูแลภายใต้ข้อมูลที่จำกัดหลังการสัมภาษณ์แล้ว ควรจะสรุปถึงระดับความเป็นอันตรายของผู้ป่วยได้ หลักในการสัมภาษณ์ ใช้ Mental status examination

6. การตรวจร่างกาย (physical examination)

เป็นหน้าที่ของแพทย์ในการตรวจร่างกาย โดยตรวจจาก ชีพจร (Vital signs) และการวินิจฉัยโรคทางระบบประสาท (Neurological examination) รวมถึงประวัติโรคทางกาย

7. การทดสอบ (Testing)

1. การตรวจขั้นพื้นฐานทางห้องปฏิบัติการ CBC Electrolyte, Blood glucose, BUN, Cr, LFT

2. CT scan , Skull x-Ray

3. แบบประเมินทางจิตเวช ภาวะ suicide / Aggressive

8. การจัดการหรือการให้การปรึกษาในกรณีที่จำเป็น (disposition or consultation if needed) ได้แก่

1. การจัดการ การเจรจาต่อรอง และการให้การปรึกษา ทำได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์นั้นๆ หรืออาจส่งต่อ

2. การผูกมัด (Restraint)

2. การให้ยาสงบประสาท (Chemical restraint)

3. การใช้ห้องแยก (Seclusion)

9. การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือการให้กลับ (Admission or discharge)

การรับไว้รักษาในโรงพยาบาล การส่งต่อ หรือการให้กลับ ขึ้นอยู่กับแพทย์ผู้ทำการรักษา

ลักษณะภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

มี สองลักษณะได้แก่ 1. การฆ่าตัวตาย (Suicide) 2. การมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior)

1. การฆ่าตัวตาย (Suicide)

ในต่างประเทศ (USA) มีจำนวน 12 ต่อ แสนของประชากร ส่วนในประเทศไทยประมาณ 6 ต่อ แสนของประชากร ซึ่ง 90% ของผู้ที่ฆ่าตัวตายสำเร็จป่วยด้วยโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยโรคซึมเศร้าและโรคติดสุรา โดยเขตสุขภาพที่ 1 >10 ต่อแสนของประชากร ทั้งนี้ จากสถิติขององค์การอนามัยโลกระบุว่า “คนไทยฆ่าตัวตายมากเป็นอันดับที่ 71 ของโลก”

ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO-SUPRE 2009) มีผู้เสียชีวิตจากการฆ่าตัวตายปีละประมาณ 1 ล้านคน หรือเฉลี่ย 1 คน ในทุกๆ 40 วินาที ในขณะที่ในแต่ละปีมีผู้พยายามฆ่าตัวตายสูงถึง 10-20 ล้านคน

และคาดว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีคนฆ่าตัวตายสูงถึง 1.5 ล้านคน จนกระทั่งองค์การอนามัยโลกได้เห็นถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว และได้กำหนดให้ในทุกวันที่ 10 กันยายน ของทุกปี เป็น “วันป้องกันการฆ่าตัวตายโลก (World Suicide Prevention Day)” โดยประกาศเป็นครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ.2546

2. การมีพฤติกรรมก้าวร้าว (Aggressive Behavior)

การมีพฤติกรรมก้าวร้าว หมายถึง เป็นการแสดงออกทางด้านความคิด คำพูดและการกระทำที่รุนแรงขาดความยับยั้งชั่งใจ ไม่เป็นมิตร คุกคามและรุกรานผู้อื่น เพื่อระบายความโกรธ ความคับข้องใจ หรือปกปิดความกลัว ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อมรอบตัว

ระดับการมีพฤติกรรมก้าวร้าว

1. ระดับน้อย (MILD ANGER) สีหน้าบึ้งตึง โกรธ แววตาไม่เป็นมิตร แสดงท่าทางไม่พอใจ พูดโต้ตอบด้วยนำเสียงห้วน ขึ้นเสียง

2. ระดับปานกลาง (MODERATE AGGRESSIVE) ส่งเสียงดังกระแทก หรือกระทำด้วยความรุนแรง เอะอะวางอำนาจ ขู่ตะคอก

3. ระดับรุนแรง (SEVERE VIOLENCE) ขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ชกต่อย ทุบตีทำร้ายผู้อื่นทำลายข้าวของ

ทั้งนี้ สิ่งสำคัญในการประเมินผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว คือความปลอดภัยของผู้รักษา และบุคลากรทีมการดูแลถ้ามีอาวุธควรปลดอาวุธก่อน ห้องตรวจต้องไม่มีวัสดุอุปกรณ์ที่จะใช้เป็นอาวุธ กรณีมีความจำเป็นต้องควบคุมต้องใช้ทีมช่วยในการผูกมัด และจะยกเลิกต่อเมื่อแน่ใจว่าผู้ป่วยสามารถควบคุมตัวเองได้แล้ว

การจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว

1. การผูกมัด (Physical restraint)
2. การใช้ห้องแยก (Seclusion)
3. การใช้ยาควบคุมผู้ป่วย (Chemical restraint)
4. การแก้ปัญหา (Problem solving) เช่นการแทรกแซงวิกฤตการณ์ (crisis intervention)
5. การรับรักษาในโรงพยาบาล (Admission)
6. การส่งต่อโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (refer)

การให้ผู้ป่วยอยู่ห้องแยกและการผูกมัด (Seclusion & Physical restraint)

<u>วัตถุประสงค์</u>

1. เพื่อป้องกันการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น (หลังใช้วิธีอื่นไม่ได้ผล)
2. เพื่อป้องกันผู้ป่วยรบกวนแผนการรักษา หรือไปทำลายสิ่งของ
3. อาจใช้เป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมบำบัด

ขั้นตอนการผูกมัด (Lion & Soloff, 1984)

1. หนึ่งในทีมผู้รักษาจะเป็นหัวหน้าทีม คอยสั่งการในการผูกมัด
2. เตรียมบุคลากรในทีมที่จะผูกมัด อย่างน้อย 4 คน
3. จัดเตรียมพื้นที่และสภาพแวดล้อมในการผูกมัดให้พร้อม
4. ขออนุญาตจากญาติผู้ป่วยก่อน แล้วบอกถึงวัตถุประสงค์และเหตุผลในการผูกมัดต่อญาติ
5. นัดแนะทีม ในการเข้าจับ/ควบคุมตัวผู้ป่วย
6. บอกถึงวัตถุประสงค์และเหตุผลในการผูกมัดต่อผู้ป่วย
7. ผูกมัดผู้ป่วยด้วยอุปกรณ์ โดยอาจใช้ยาร่วมด้วย

กลุ่มงานเลขานุการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ

ผู้สรุป

รูปประกอบการดำเนินโครงการฯ