

กฎหมายกับสุขภาพจิต : ศึกษาเฉพาะกรณีการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต



นาย กฤษณ์ เจริญธุรกิจ

สถาบันวิทยบริการ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญานิติศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชานิติศาสตร์

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-03-1053-2

ลิขสิทธิ์ของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

LAW & MENTAL HEALTH : A CASE STUDY OF SUICIDE AS A RESULT
OF MENTAL ILLNESS

Mr. Krit Charoenthurakij

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of The Requirements

for The Degree of Master of Laws in Laws

Faculty of Law

Chulalongkorn University

Academic Year 2001

ISBN 974-03-1053-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์ กฎหมายกับสุขภาพจิต : ศึกษาเฉพาะกรณีการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต
โดย นาย กฤษณ์ เจริญธุระกิจ
สาขาวิชา นิติศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร. อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม นายแพทย์ ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล

คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะนิติศาสตร์
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ธิตินันท์ เข็อบบุญชัย)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ วีระพงษ์ บุญโญภาส)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร.อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นายแพทย์ ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล)

.....กรรมการ
(รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอก วีระพล กุลบุตร)

กฤษณ์ เจริญธุรกิจ : กฎหมายกับสุขภาพจิต : ศึกษาเฉพาะกรณีการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต
 (LAW & MENTAL HEALTH : A CASE STUDY OF SUICIDE AS A RESULT OF MENTAL
 ILLNESS) อ.ที่ปรึกษา : รองศาสตราจารย์ ดร. อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ,อ.ที่ปรึกษาร่วม : นายแพทย์ ประเวศ
 ตันติพิวัฒน์สกุล, 229 หน้า. ISBN 974-03-1053-2

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาและวิเคราะห์ว่า จะสามารถนำกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการ
 บำบัดรักษาผู้ป่วยมาใช้แก้ไขหรือป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต ได้เพียงใดหรือไม่ และการเสนอ
 ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต(ด้านการบังคับรักษา)เพื่อแก้ไขหรือป้องกันปัญหาดังกล่าวจะสม
 ประโยชน์แก่ผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือไม่

จากการศึกษาพบว่า ประการแรก การฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตสามารถป้องกันได้โดยใช้เครื่องมือ
 ทางกฎหมายที่เอื้ออำนวยต่อการค้นหาและนำผู้ป่วยทางจิตมาบำบัดรักษา การวิจัยเปรียบเทียบกฎหมาย
 สุขภาพจิตของ มลรัฐนิวยอร์ก อังกฤษและญี่ปุ่นทำให้พบวิธีการทางกฎหมายที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเร็ว
 ขึ้นเพื่อลดโอกาสหรือความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจฆ่าตัวตาย และ ประการที่สอง จากการศึกษายังพบอีกว่ามีประเด็น
 ทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายสุขภาพจิตที่จำกัดสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยอยู่ด้วย ได้แก่ สิทธิส่วนบุคคล
 ที่จะปฏิเสธการรักษาที่ได้แย้งกับผลประโยชน์สาธารณะที่รัฐได้รับจากการรักษาชีวิตผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่
 จะฆ่าตัวตาย และแนวคิด Parens Patriae ที่ให้รัฐในฐานะผู้ปกครองมีอำนาจนำบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตที่
 มีพฤติกรรมที่น่าจะเป็นอันตรายต่อตนเองไปรักษาเพื่อประโยชน์แก่บุคคลนั้น ส่วนเครื่องมือที่เป็นกฎหมายของ
 ประเทศไทยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชคดีและไม่ครอบคลุมเพียงพอ ขาดความชัดเจน ไม่
 สอดคล้องกับการนำผู้ป่วยมารักษาเพื่อแก้ไขหรือป้องกันการฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ อย่างไรก็ตามก็ได้มีความ
 พยายามเสนอร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตด้านการบังคับรักษาที่ยึดถือตามแนวทางของต่างประเทศ
 หากแต่ผลการวิจัยพบว่า โครงสร้างของกฎหมายฉบับนี้ยังไม่สมประโยชน์กับผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่า
 ตัวตายอย่างมีนัยสำคัญ

ดังนั้นเพื่อประโยชน์ที่ผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายจะได้รับจากการรักษาตามร่าง
 พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสนอแนะให้ มีการปรับปรุง แก้ไขและเพิ่มเติมข้อ
 กฎหมายโดยนำหลักเกณฑ์ การกำหนดประเภท หรือลักษณะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู
 สุขภาพจิตกรณีฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตในชุมชนหลังการรักษาในศูนย์ฟื้นฟูฯ การจำกัด
 ขอบเขตการใช้ดุลพินิจของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย การกำหนดองค์กรที่มีความเป็นกลางในการทบทวนความ
 จำเป็นในการรักษาผู้ป่วย การกำหนด ความรับผิดชอบของแพทย์กรณีละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการ
 ปลดปล่อยตัวไป ความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วยตามความเป็นจริง กรณีไม่ใช้ความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยที่มี
 พฤติกรรมการฆ่าตัวตายมาแล้ว และความรับผิดชอบของผู้ที่รับผิดชอบ กรณีทอดทิ้งผู้ป่วยไปจากการดูแลในชุมชน
 ซึ่งการนำหลักเกณฑ์ดังกล่าวมาบัญญัติไว้ในกฎหมายจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่

สาขาวิชา นิติศาสตร์

ปีการศึกษา 2544

ลายมือชื่อผู้คิด.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4186051434 : MAJOR LAWS

KEYWORDS : MENTAL HEALTH / SUICIDE AS A RESULT OF MENTAL ILLNESS

KRIT CHAROENTHURAKIJ : LAW & MENTAL HEALTH : A CASE STUDY OF SUICIDE AS A RESULT OF MENTAL ILLNESS. THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. APIRAT PETCHSIRI, Ph.D., CO-ADVISOR DR.PRAWATE TANTIPIWATANASKUL, 229 PP. ISBN 974-03-1053-2

The purpose of this thesis is to study and analyse the probability of solving the problem of suicide by using the law relating to the treatment of patient and whether the proposed Draft Bill on the Rehabilitation of the Mentally Ill Patients (Involuntary Commitment to Mental Institution) will truly benefit the patient of suicidal risk.

This study reveals that, firstly, an instrument of law that allows early warning and early treatment of patient can prevent suicide as a result of mental illness. Comparative study of Mental Health Law of New York, UK., and Japan shows the methods of rapid detection for treatment that greatly reduce the risk of suicide. Secondly, there are sensitive issues concerning the right to refuse treatment that must be considered, particularly when the treatment shall be in contrast with public interest. Moreover, the concept of *parens patriae* may over-ride individual right when the treatment is given for the patients interest. Existing legal instruments in Thailand concern mostly with psychiatric disordered patients and perpetrators of crime. The laws are not complete, lack of clarity which usually resulted in different modes of practical treatment. The proposed Draft Mental Health Bill under consideration of the Ministry of Health that may be of much help in this regard is also silence in dealing with suicidal person.

This thesis proposes the amendments of the pending Draft Mental Health Bill as follows: There must be provisions for the classification of special group of patient in emergency case; after-care under supervision; limitation of discretion of medical officers; establishment of neutral organization to review treatment methods; providing for an offence for any medical officer who fails to comply with the standard of practice and cause premature discharge of patient; provide for an offence for person who is responsible for the suicidal patient and does not given due care; provide for an offence for any person who is willfully neglect patient who is under community after-care supervision.

Field of Study Law

Academic Year 2001

Student's Signature.....

Advisor's Signature.....

Co-Advisor's Signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จได้โดยได้รับความช่วยเหลือและความเมตตาอย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อภิรัตน์ เพ็ชรศิริ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์ นายแพทย์ ประเวศ ตันติพิวัฒนสกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้สละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำ ให้ข้อคิดเห็นและวิธีการคิดต่างๆ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือด้านต่างๆแก่ผู้เขียนด้วยดีโดยตลอด ผู้เขียนรู้สึกสำนึกในพระคุณเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ ที่นี้

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ วีระพงษ์ บุญโญภาส ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ พันตำรวจเอก วีรพล กุลบุตร ที่ได้สละเวลาอันมีค่าเป็นคณะกรรมการในการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์และวิทยานิพนธ์รวมทั้งให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆจนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ดังเช่นที่ปรากฏในขณะนี้ นอกจากนี้ ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ มัทยา จิตติรัตน์ ที่ได้สละเวลาอันมีค่าเป็นกรรมการในการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ ด้วย

ผู้เขียนขอขอบคุณ คุณดวงใจ ตียวสิทธิ์ คุณสุนีลา รัฐสุกิจกุล คุณอรุณรัตน์ ตริสิริเกษม คุณวรพจน์ รจิตวานิช คุณอุดม ภัคมงคล ที่ให้ความช่วยเหลือผู้เขียนในด้านต่างๆ ตลอดจนบรรดาเพื่อนๆที่เป็นกำลังใจให้ผู้เขียนตลอดมา

ท้ายนี้ ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา ที่ให้กำลังใจและสนับสนุนในด้านการศึกษแก่ผู้เขียนตลอดมาจนสำเร็จการศึกษา อาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้แก่ผู้เขียน อย่างไรก็ตาม หากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ยังมีข้อบกพร่องและข้อผิดพลาดประการใด ผู้เขียนขอรับไว้แต่เพียงผู้เดียวและขออภัยมา ณ โอกาสนี้ด้วย

กฤษณ์ เจริญธุรกิจ

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
สมมติฐานของการวิจัย.....	4
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	5
คำนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย.....	7
บทที่ 2. แนวความคิดทางกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตาย เพราะป่วยทางจิต.....	9
แนวความคิดทางกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย.....	9
ผลกระทบของการฆ่าตัวตายที่มีต่อสังคมและรัฐ.....	12
แนวความคิดในการใช้อำนาจรัฐและ"สิทธิที่จะตาย"กับการฆ่าตัวตาย.....	13
ความหมายของการฆ่าตัวตาย.....	21
ความหมายของความเจ็บป่วยทางจิต.....	21
สาเหตุของการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต.....	21
อาการของโรคของความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย.....	24
การรักษา.....	29
บทที่ 3. อำนาจและหน้าที่ของรัฐในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิด การฆ่าตัวตาย.....	38

อำนาจและหน้าที่ของรัฐในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิด	
การฆ่าตัวตายในต่างประเทศ.....	38
1. อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญในการเข้าไปควบคุม	
และป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย.....	38
1.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	38
1.2 ประเทศอังกฤษ.....	40
1.3 ประเทศญี่ปุ่น.....	41
2. อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามกฎหมายสุขภาพจิตในการเข้าไปควบคุม	
และป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย.....	42
2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา.....	42
2.1.1 ประวัติของกฎหมายสุขภาพจิต.....	42
2.1.2 กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา.....	44
2.1.3 กฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์ก.....	47
2.2 ประเทศอังกฤษ.....	60
2.2.1 ประวัติความเป็นมาของกฎหมายสุขภาพจิต.....	60
2.2.2 กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษ.....	61
2.3 ประเทศญี่ปุ่น.....	73
2.3.1 ประวัติความเป็นมาของกฎหมายสุขภาพจิต.....	73
2.3.2 กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศญี่ปุ่น.....	74
อำนาจและหน้าที่ของรัฐในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิด	
การฆ่าตัวตายในประเทศไทย.....	79
1. อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญในการเข้าไปควบคุม	
และป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย.....	79
2. การรับผู้ป่วยทางจิตไว้รักษาในโรงพยาบาล.....	81
3. อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามประมวลกฎหมายอาญาในการเข้าไป	
ควบคุมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทางจิตเวชทำอันตรายต่อตนเอง.....	86

4.	อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทางจิตเวชทำอันตรายต่อตนเอง.....	91
5.	ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...(ด้านการบังคับรักษา).....	92
บทที่ 4	วิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เป็นอันตรายต่อตนเองและการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต.....	100
1.	บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายที่ต้องรักษา.....	100
2.	การนำผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายมารักษา.....	102
3.	การรักษาและการจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย.....	111
4.	การทบทวนความจำเป็นในการรักษา.....	115
5.	บทกำหนดโทษ.....	120
บทที่ 5.	บทสรุปและข้อเสนอแนะ.....	139
	บทสรุป.....	139
	ข้อเสนอแนะ.....	144
	รายการอ้างอิง.....	152
	ภาคผนวก.....	156
	ภาคผนวก ก.....	157
	ภาคผนวก ข.....	159
	ภาคผนวก ค.....	197
	ภาคผนวก ง.....	219
	ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	229

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัญหาการฆ่าตัวตายถือเป็นปัญหาสำคัญที่เกิดขึ้นในประเทศไทย และหลาย ๆ ประเทศ ซึ่งก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมากต่อสังคมในแง่ของการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่สามารถทำประโยชน์ให้แก่ประเทศได้ นอกจากนี้ยังเป็นการสูญเสียในทางเศรษฐกิจอีกด้วย

จากปัญหาการฆ่าตัวตาย องค์การอนามัยโลกได้กำหนดหลักเกณฑ์อัตราการฆ่าตัวตายที่ต่ำกว่า 5 ต่อ 100,000 ประชากร จัดอยู่ในระดับต่ำ ระหว่าง 5-15 ต่อ 100,000 ประชากร อยู่ในระดับปานกลาง ระหว่าง 15-30 ต่อ 100,000 ประชากร อยู่ในระดับสูง และมากกว่า 30 ต่อ 100,000 ประชากร อยู่ในระดับสูงมาก

ข้อมูลอัตราการฆ่าตัวตายระหว่างประเทศขององค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.1993 พบว่า ประเทศฮังการี มีอัตราการฆ่าตัวตายสูงที่สุด ประมาณ 40 ต่อ 100,000 ประชากร ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย ประกอบด้วย ประเทศฟินแลนด์ มีอัตราสูงถึง 29.2 ต่อ 100,000 ประชากร, ประเทศเดนมาร์ก มีอัตรา 21.4 ต่อ 100,000 ประชากร, ประเทศสวีเดน มีอัตรา 18 ต่อ 100,000 ประชากร และประเทศนอร์เวย์ มีอัตรา 15.5 ต่อ 100,000 ประชากร ส่วนประเทศที่มีอัตราการฆ่าตัวตายต่ำที่สุดอยู่ในประเทศอิตาลี คือ 7.2 ต่อ 100,000 ประชากร, บราซิล 5.3 ต่อ 100,000 ประชากร และจาไมกา 0.4 ต่อ 100,000 ประชากร สำหรับประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุขพบว่า อัตราการฆ่าตัวตายในอดีต (ต่อประชากรแสนคน) ของประชากรทั้งประเทศ พ.ศ.2520-2526 มีดังนี้ ปี พ.ศ. 2520 มีอัตรา 5.9, ปี พ.ศ. 2521 มีอัตรา 5.9, ปี พ.ศ. 2522 มีอัตรา 6.7, ปี พ.ศ. 2523 มีอัตรา 7.6, ปี พ.ศ. 2524 มีอัตรา 7.3, ปี พ.ศ. 2525 มีอัตรา 6.7 และปี พ.ศ. 2526 มีอัตรา 6.6 และเมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการฆ่าตัวตายในปัจจุบัน และเกณฑ์แบ่งระดับอัตราการฆ่าตัวตายขององค์การอนามัยโลกแล้วพบว่า การฆ่าตัวตายอยู่ในระดับ ปานกลาง และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ จากในปี พ.ศ. 2533 มีอัตรา 6.7 ในปี พ.ศ. 2541 มีอัตรา 8.1⁷

การฆ่าตัวตายเกิดจากสาเหตุสำคัญซึ่งแบ่งออกเป็น

1. สาเหตุทางสังคม เช่น ปัญหาความรัก ปัญหาเศรษฐกิจ เป็นต้น
2. สาเหตุทางจิตใจ โดยผู้ที่คิดฆ่าตัวตายมักมองว่าตนเองเป็นคนไร้ค่า ไม่มี

⁷ สุชาติ พหลภาคย์, ความผิดปกติทางอารมณ์, พิมพ์ครั้งที่ 1 (ขอนแก่น : โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542), หน้า 151.

ความสามารถ เกิดความรู้สึกท้อแท้สิ้นหวัง เบื่อหน่าย เศร้าใจ เป็นต้น

3. สาเหตุทางชีววิทยา คือการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมองของผู้ป่วยทางจิตเวช เป็นกระบวนการทางชีววิทยา โดยการศึกษาทางการแพทย์พบว่าผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 9 ใน 10 มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่ง ขณะทำการฆ่าตัวตายโดยสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากภาวะซึมเศร้า(Depression) ปัญหาการฆ่าตัวตายที่เกิดจากบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตหรือที่เรียกว่า “ผู้ป่วยทางจิต” เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มมากขึ้น ความเจ็บป่วยทางจิต (Mental Illness) ที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตาย ทางระบาดวิทยาสามารถจำแนกได้ดังนี้

3.1 Mood Disorders หรือ ความผิดปกติทางอารมณ์

3.2 Anxiety Disorders หรือ ความวิตกกังวลผิดปกติ

3.3 Substance Use Disorders หรือ การติดสารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิด

3.4 Schizophrenia หรือ โรคจิตเภท

3.5 Personality Disorders หรือ บุคลิกภาพผิดปกติ

3.6 Adjustment Disorders หรือ ภาวะการปรับตัวผิดปกติ

จากการศึกษาหลายแห่งในประเทศไทยพบว่าประมาณ 50-90% ของผู้ฆ่าตัวตายมีปัญหาทางอารมณ์และจิตใจก่อนจะเสียชีวิต สถิติของผู้พยายามฆ่าตัวตายมีมากกว่าการฆ่าตัวตายถึง 10 เท่า ประมาณ 60% ของคนที่ฆ่าตัวตาย มักจะมีประวัติการพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน ดังนั้นอาจจะกล่าวได้ว่าผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่จะส่งสัญญาณเตือนบางประการก่อนการฆ่าตัวตาย เช่น รายงานการศึกษาการฆ่าตัวตายในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าในระยะ 1 เดือน ก่อนเสียชีวิต ผู้ฆ่าตัวตายจากทั้งหมด 241 คน มีจำนวน 102 ราย (42.3%) ไปพบแพทย์ ส่วนผลการศึกษาการฆ่าตัวตายในต่างประเทศ เช่น ของประเทศอังกฤษ พบว่าในกลุ่มผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จ 90% มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชชนิดใดชนิดหนึ่ง, 66% พบแพทย์ในระยะหนึ่งเดือนก่อนการฆ่าตัวตาย, 40% พบแพทย์ในระยะหนึ่งสัปดาห์ก่อนฆ่าตัวตาย, 33% แสดงความคิดจะฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน และ 25% เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก⁸

ปัจจุบัน จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตแพทย์ มีข้อจำกัดทางกฎหมายในการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวช ทั้งนี้ เนื่องจากปัญหาเรื่องสิทธิของ

⁸ ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุลและสุรสิงห์ วิศรุตรัตน์, ฆ่าตัวตาย การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน, พิมพ์ครั้งที่ 2 (นนทบุรี : ศูนย์พัฒนาวิชาการปรึกษาเรื่องเอดส์ กรมสุขภาพจิต, 2542), หน้า 4.

⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 8.

ผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา (The patient's right to refuse treatment) ที่ทำให้แพทย์ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อควบคุมคุณภาพการรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย แม้ว่าผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองอยู่ก็ตาม ประกอบกับแพทย์ผู้ให้การรักษาและรักษาอาจมองข้ามปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตเวชที่เป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตาย

การพิจารณาปัญหาในเรื่องนี้จะเห็นได้ว่าปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายเฉพาะ บัญญัติคุ้มครองแพทย์และกำหนดอำนาจหน้าที่แก่แพทย์เพื่อควบคุมและบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายและไม่มีผู้มีความสามารถตามกฎหมายให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยทางจิตได้ การที่แพทย์บังคับรักษาผู้ป่วย แพทย์อาจต้องรับผิดชอบทั้งทางอาญาและทางแพ่ง

สำหรับมาตรการทางกฎหมายมีเพียงประมวลกฎหมายอาญาในส่วนของวิธีการเพื่อความปลอดภัย มาตรา 48 ที่กำหนดให้รัฐสามารถนำผู้ป่วยทางจิตมาบังคับรักษากรณีผู้ป่วยกระทำผิดทางอาญา และศาลได้มีคำพิพากษาแล้วว่าไม่ต้องรับโทษ หรือได้รับการลดโทษ แต่การปล่อยตัวจะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน และมาตรา 49 กรณีที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุก หรือว่ามีความผิดแต่รอการกำหนดโทษ หรือรอการลงโทษบุคคลใด ถ้าศาลเห็นว่าบุคคลนั้นกระทำความผิดเกี่ยวเนื่องกับการเสพสุราเป็นอาชญา หรือการเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ศาลจะกำหนดในคำพิพากษาว่าบุคคลนั้นจะต้องไม่เสพสุรา ยาเสพติดให้โทษอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง ภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี และกรณีที่บุคคลดังกล่าวไม่ปฏิบัติตาม ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวในสถานพยาบาลเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี ก็ได้ และในส่วนของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ที่กำหนดให้เจ้าหน้าที่ของรัฐนำผู้ป่วยทางจิตและอยู่ในระหว่างถูกสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณา กรณีกระทำผิดอาญาไปควบคุมและบำบัดรักษาก่อนที่จะดำเนินคดีอาญาต่อไป ซึ่งกฎหมายดังกล่าว รัฐไม่สามารถนำมาปรับใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะผู้ป่วยทางจิตโดยการควบคุมเพื่อบำบัดรักษาผู้ป่วยได้เนื่องจากส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่ได้กระทำผิดทางอาญา

จากการศึกษากฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันพบว่า มาตรการทางกฎหมายในการแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตยังไม่เหมาะสมที่จะสามารถนำมาปรับใช้กับปัญหาที่เกิดขึ้น ทำให้เกิดปัญหาเรื่องสิทธิหน้าที่และอำนาจของแพทย์ในการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ดังนั้น เพื่อวัตถุประสงค์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตและเพื่อทำให้คุณภาพการรักษาของแพทย์มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น โดยแพทย์ได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย รัฐจึงควรให้ความสำคัญกับปัญหานี้ที่เกิดขึ้นในสังคมเป็นอย่างยิ่งและควรบัญญัติกฎหมายสำหรับการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายโดยคำนึงถึงเรื่องการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยทางจิตในฐานะพลเมืองตามรัฐธรรมนูญแห่ง

ราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ที่ให้การรับรองสิทธิที่จะได้รับการนำเข้ามาสู่ระบบบริการสุขภาพ
 อย่างเป็นธรรมและเสมอภาค ไม่ว่าจะเจ็บป่วยทางด้านร่างกายหรือจิตใจด้วย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาถึงแนวคิดทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของต่างประเทศและ
ประเทศไทยและปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต
2. เพื่อศึกษาถึงอำนาจและหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญในการควบคุมและป้องกันมิให้
มีการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตของต่างประเทศและประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาถึงกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต
4. เพื่อศึกษาถึงวิธีการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้อง
กับการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตรวมทั้งความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพ
5. เพื่อศึกษาร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตของประเทศไทยที่ใช้สำหรับการ
แก้ไข หรือป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย

ขอบเขตของการวิจัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้จะทำการศึกษาถึงปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต แนวความคิดทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของประเทศไทยและต่างประเทศ อำนาจและหน้าที่ของรัฐในการควบคุมการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต โดยวิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมตัวผู้ป่วยทางจิตเพื่อบำบัดรักษา อันได้แก่พระราชบัญญัติสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา พระราชบัญญัติสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษ 1983 กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศญี่ปุ่น 1988 กับร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตของประเทศไทย

สมมติฐานของการวิจัย

การใช้กฎหมายเป็นเครื่องมือในการแก้ไข หรือป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต ถือเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับสังคมในยุคปัจจุบัน การเสนอร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตด้านการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและสมประโยชน์แก่ผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย น่าจะเป็นวิธีการที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ได้กำหนดวิธีการศึกษาวิจัย จากเอกสาร (Documentary research) ดังนี้

กฎหมายไทย ได้แก่

1. ศึกษาบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540
2. ศึกษาบทบัญญัติของประมวลกฎหมายอาญา
3. ศึกษาบทบัญญัติของประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา
4. ศึกษาบทบัญญัติของประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์
5. ศึกษาบทบัญญัติของพระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ. 2523
6. ศึกษาบทบัญญัติของพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2525 และ

ข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ พ.ศ. 2526

7. ศึกษาร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ....

กฎหมายต่างประเทศ ได้แก่

1. ศึกษาบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญของประเทศสหรัฐอเมริกา
2. ศึกษาบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญของประเทศอังกฤษ
3. ศึกษาบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญของประเทศญี่ปุ่น
4. ศึกษาบทบัญญัติของกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา
5. ศึกษาบทบัญญัติของกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษ 1983
6. ศึกษาบทบัญญัติของกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศญี่ปุ่น 1988
7. India Penal Law on Suicide
8. Suicide Act 1961 ของ ประเทศอังกฤษ
9. Crime Act 1900 ของรัฐ New South Wales ประเทศออสเตรเลีย
10. ศึกษาจากเอกสารอื่นที่เกี่ยวข้องกับมาตรการทางกฎหมายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต

กันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต

คำนิยามศัพท์เฉพาะที่ใช้ในการวิจัย

ความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorders) หมายถึง ภาวะทางคลินิกที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติเป็นอาการที่สำคัญ อารมณ์ผิดปกติมี 2 ชนิดคือ อารมณ์ซึมเศร้า (Depression) และอารมณ์บ้าคลั่ง (Mania) อารมณ์ที่ผิดปกติหมายความว่าผิดปกติจนผู้ป่วยควบคุมไม่ได้และรู้สึกทรมาน¹⁰

ความวิตกกังวลผิดปกติ (Anxiety Disorders) หมายถึง ความวิตกกังวลมากผิดปกติต่อสถานการณ์ในชีวิตพร้อมกับมีอาการ เนื่องจากความเครียดและระบบประสาทอัตโนมัติทำงานมากกว่าปกติ โดยที่ไม่มีโรคทางกายหรือพิษจากยาเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว¹¹

Substance Use Disorders *หมายถึง การติดสารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิด ทำให้มีการใช้สารนั้นๆอยู่เรื่อยๆ แม้ว่าจะเกิดผลเสียหายตามมา อาการที่เกิดขึ้นนั้นแสดงออกในรูปแบบของความคิด พฤติกรรมและร่างกาย¹²

โรคจิต (Psychosis) หมายถึง ความผิดปกติทางจิตใจชนิดรุนแรงอย่างหนึ่ง ซึ่งมีผลทำให้ความสามารถในทางความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การจำ การสื่อสาร การตีความหมาย ความจริง และการแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเกิดผิดปกติมากจนกระทั่งเป็นอุปสรรคอย่างมากต่อความสามารถที่จะดำเนินชีวิตตามธรรมดา ความผิดปกติเช่นนี้มีลักษณะเฉพาะคือพฤติกรรมถดถอย อารมณ์ไม่เหมาะสม การควบคุมแรงผลักดันลดลง และเนื้อหาของความคิดที่ผิดปกติ เช่น อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน¹³

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีพื้นฐานผิดปกติของบุคลิกภาพ, แนวความคิด, หลงผิดในลักษณะ bizarre, ประสาทหลอน, การแสดงออกของอารมณ์ไม่สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อม, แยกตัวเองไม่สนใจผู้อื่น (Autism), โดยทั่วไปสติปัญญาดี, มักแสดงความประพจน์ในลักษณะแปลกมาก (Bizarre), ประสาทหลอนทางหูบ่อย, อาจมีลักษณะเหม่อลอย, โต้ตอบไม่ได้

¹⁰ World Health Organization, The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : clinical descriptions and diagnostic guidelines (Geneva : World Health Organization, 1992), p. 31.

¹¹ ความหมายตามคำนิยามของนายแพทย์สมภพ เรื่องตระกูล (จากหนังสือคู่มือจิตเวชศาสตร์ กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2536, หน้า 22.)

¹² ความหมายตามคำนิยามของนายแพทย์จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (จากหนังสือจิตเวชศาสตร์รามธิบดี กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539, หน้า 89.)

* ประกอบด้วย Substance Dependence และ Substance Abuse

¹³ ความหมายตามคำนิยามของนายแพทย์จำลอง ดิษยวณิช (จากหนังสือตำราจิตเวชศาสตร์ กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536, หน้า 283.)

เรื่องราว ไม่ตรงคำถาม, มีความรู้สึกหลาย ๆ อย่างเกิดขึ้นพร้อม ๆ กัน (Ambivalence), ดี้อ, ซึม อาจแสดงอาการของ catatonia ซึมจัดหรือคั่ง¹⁴

บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorders) หมายถึงการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนอย่างชัดเจน จากพฤติกรรมปกติในสังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยนั้นๆ พฤติกรรมมีลักษณะ ไม่ยืดหยุ่นและมีการปรับตัวไม่เหมาะสม ทำให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่การงานหรือมีปัญหาด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น มีความรู้ความเข้าใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อมคลาดเคลื่อนไปจากความเป็นจริง¹⁵

ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment Disorders) หมายถึง ภาวะความกดดันก่อให้เกิดความเครียด จนไม่สามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสม เกิดอาการทางคลินิกตามมาโดยมีอาการนานไม่เกิน 6 เดือน จัดอยู่ในกลุ่มโรคทางจิตเวชที่เป็นแบบ non-psychotic ซึ่งสามารถหายเป็นปกติได้ โดยที่อาการทางจิตเวชมักจะเกิดขึ้นภายในเวลา 3 เดือนหลังจากมีภาวะความกดดันมากระทบ¹⁶

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. ทำให้ทราบและเข้าใจถึงแนวความคิดทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายของต่างประเทศและประเทศไทยและปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต
2. ทำให้ทราบและเข้าใจถึงหลักการใช้อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญในการควบคุมและป้องกันมิให้มีการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตของต่างประเทศและประเทศไทย
3. ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจกฎหมายของต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต
4. ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงวิธีการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและกฎหมายของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตรวมทั้งความรับผิดชอบทางอาญาของผู้ประกอบวิชาชีพ

¹⁴ คำนิยามขององค์การอนามัยโลก (จากหนังสือคู่มือทางการแพทย์ โรคประสาทและการรักษา กรุงเทพฯ : 2523, หน้า 5.)

¹⁵ ความหมายตามคำนิยามของนายแพทย์รณชัย คงสกนธ์(จากหนังสือจิตเวชศาสตร์ รวมฉบับดี กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539, หน้า 239.)

¹⁶ ความหมายตามคำนิยามของนายแพทย์รณชัย คงสกนธ์(จากหนังสือจิตเวชศาสตร์ รวมฉบับดี กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539, หน้า 2.)

5. เป็นข้อเสนอแนะร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตของประเทศไทยที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตเพื่อให้สมประโยชน์แก่ผู้ป่วยจากการบำบัดรักษา



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

แนวความคิดทางกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายและการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต

บทนี้ทำการศึกษา 2 ส่วน ส่วนแรกจะกล่าวถึงแนวความคิดทางกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ผลกระทบของการฆ่าตัวตายที่มีต่อสังคมและรัฐ แนวความคิดการใช้อำนาจรัฐ และ “สิทธิที่จะตาย” กับการฆ่าตัวตาย เพื่อแสดงให้เห็นถึงวิวัฒนาการทางกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย ส่วนที่ 2 จะศึกษาความหมายของการฆ่าตัวตายและความเจ็บป่วยทางจิตเพื่อทราบคำจำกัดความและชี้ให้เห็นถึงลักษณะสำคัญของโรคทางจิตเวช สาเหตุของการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตเพื่อชี้ให้เห็นถึงสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้เกิดการฆ่าตัวตาย อาการของโรคเกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และแนวทางการรักษา

แนวความคิดทางกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายเดิมมี 2 แนวความคิด ดังนี้

1. แนวความคิดที่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิดทางอาญา

เดิมในต่างประเทศ รัฐส่วนใหญ่มีแนวความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายว่าบุคคลที่กระทำการฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ ผู้นั้นจะถูกลงโทษทางอาญา โดยมองว่าการฆ่าตัวตายเป็นอาชญากรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐที่ได้รับอิทธิพลของศาสนาคริสต์ ที่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นการทำลายสิ่งทีพระเจ้าประทานให้ (คือชีวิตมนุษย์) เนื่องจากในสมัยจักรวรรดิโรมัน ได้มีการฆ่าตัวตายกันอย่างแพร่หลาย จักรพรรดิโรมันจึงได้ออกกฎหมายลงโทษผู้ที่ฆ่าตัวตายเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการถูกปรับสินไหมในการกระทำความผิดทางอาญา หรือเพื่อที่จะหลีกเลี่ยงการถูกลงโทษทางอาญา และได้ออกกฎหมายลงโทษ ทหารที่พยายามจะฆ่าตัวตายโดยถือว่าเป็นความผิดฐานพยายามละทิ้งหน้าที่ในกองทัพ ซึ่งได้บัญญัติไว้ใน “Digest of Justinian, 48.21.3, 48.19.33, 49.16.6”¹

ทางคริสต์จักรได้ออกข้อบัญญัติห้ามการฆ่าตัวตายเป็นครั้งแรกในปี ค.ศ. 452 คือ

“The Council of Arles A.D.452” โดยได้บัญญัติถึงกรณีห้ามคนรับใช้ (Servants) ฆ่าตัวตาย โดยเกรงว่าจะกระทบกระเทือนต่อผู้เป็นนาย และต่อมาในปี ค.ศ. 533 ทางคริสต์จักรก็ได้ออกข้อบัญญัติ “The Second Council of Orleans, A.D.533” โดยมีสาระสำคัญว่า การฆ่าตัวตายเป็นการทำลายสิ่งทีพระเจ้าประทานให้ เลวกว่าอาชญากรรมอื่น ๆ ทุกประการ²

ต่อมาในปี ค.ศ. 673 ประเทศอังกฤษก็ได้นำเอาแนวความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายเป็นอาชญากรรมมาใช้โดยในสมัยของ “King Edgar” ได้ออกกฎหมาย “Edgar's Canon” ให้ถือว่าการ

¹ Glanville Williams, The Sanctity of Life and the Criminal Law (London : Faber and Faber, 1958), P.229.

² Ibid., P. 231.

ฆ่าตัวตายเป็นอาชญากรรม โดยให้เหตุผลว่าการฆ่าตัวตายเท่ากับเป็นการยอมรับหรือสารภาพว่าตนได้กระทำความผิดแต่จุดประสงค์ที่แท้จริงของการออกกฎหมายฉบับนี้ก็เพื่อที่จะทำการปรับโทษหรือปรับทัณฑ์ของบุคคลที่ฆ่าตัวตาย อันจะทำให้ฐานะทางการคลังของกษัตริย์มีความมั่นคง มีทรัพย์สินเพิ่มมากขึ้นนั่นเอง³

หลังจากนั้นประเทศต่าง ๆ ในยุโรปส่วนมากที่นับถือศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิกโดยคริสต์จักรได้เข้ามามีบทบาทและอิทธิพลในทุก ๆ ด้านต่อราชอาณาจักรในยุโรป ทำให้ราชอาณาจักรต่าง ๆ ในยุโรปปรับเอาแนวความคิดเรื่องการฆ่าตัวตายเป็นอาชญากรรมมาจากคริสต์จักร เช่นเดียวกับประเทศอังกฤษ อาทิ ประเทศฝรั่งเศส เยอรมัน อิตาลี สวิสเซอร์แลนด์ กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย โสเวียต สกอตแลนด์ เป็นต้น ทั้งนี้ก็เพื่อให้ฐานะทางการคลังของประเทศมั่นคงเช่นเดียวกัน

ส่วนประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอาณานิคมต่าง ๆ ของประเทศอังกฤษเช่นประเทศออสเตรเลีย เป็นต้นก็รับเอาแนวความคิดดังกล่าวมาบัญญัติไว้ในกฎหมายของตนเช่นกัน

ต่อมาจนกระทั่งถึงประมาณปลายศตวรรษที่ 19 ประเทศที่มีแนวความคิดที่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นอาชญากรรมส่วนใหญ่ได้บัญญัติกฎหมายอาญาลงโทษผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จไม่ว่าเพราะเหตุใด ๆ ถือว่าได้กระทำความผิดที่มีโทษ (Punishable) เช่นประเทศอังกฤษมีพระราชบัญญัติกฎหมายอาญาลงโทษจำคุกผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายโดยถือว่าถ้าผู้กระทำการฆ่าตัวตายโดยเจตนาแต่ไม่ตาย ผู้นั้นมีความผิดฐานพยายามฆ่าคน หรือในกรณีใช้อาวุธปืนยิงตัวเองกระสุนปืนพลาดไปถูกผู้อื่นถึงแก่ความตาย แต่ตนเองไม่ตายก็มีความผิดฐานฆ่าคน ตามหลักกระทำโดยพลาด (Dortrine Of Transferred Malice)⁴ โดยหลักดังกล่าวก็มีปรากฏอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาหลายมลรัฐ เช่นมลรัฐนิวยอร์กตาม New York the penal code of 1882 (มาตรา 178) เป็นต้น และในช่วงระยะเวลาปลายศตวรรษที่ 19 หลังจากที่得有ผู้ศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายทางจิตเวชศาสตร์ (Psychology) ซึ่งประกอบด้วย Sigmund Freud, Meninger, Edwin Schneidman and Neal Farberow โดยบุคคลดังกล่าวอธิบายสรุปได้ว่าการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งเกิดจากความรู้สึกซึมเศร้าหรือเป็นการลงโทษตัวเองหรือเป็นวิธีการที่จะหนีจากความซึมเศร้าเรื้อรัง ท้อแท้หมดหวังหรือเนื่องมาจากโรคจิตเป็นต้น ประกอบกับเริ่มมีการพัฒนาทางการแพทย์ด้านจิตเวชศาสตร์ (Psychology) มากขึ้น เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกาเริ่มมีการจำแนกโรคทางจิตเวชครั้งแรกในปี ค.ศ. 1896 ภายใต้อmerican Medico-Psychological Association ต่อมาประเทศที่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นอาชญากรรมเริ่มที่จะเห็นว่า การลงโทษผู้ที่กระทำความผิดฐานฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่ไม่เป็นธรรมต่อบุคคลนั้น เป็นการกระทำที่ทารุณโหดร้ายต่อบุคคลที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ และเป็น

³ Ibid., P. 245.

⁴ Smith and Hogan, Criminal Law (London : Butterworths, 1983), P. 335.

การลงโทษที่ไม่ได้ผลชะงักคือไม่สามารถที่จะระงับ หรือป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายได้เพราะผู้ที่ฆ่าตัวตายย่อมไม่กลัวที่จะถูกลงโทษหรือแม้ว่าจะถูกลงโทษก็ยิ่งทำให้ผู้นั้นพยายามที่จะฆ่าตัวตายอีก เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการลงโทษนั้น ๆ จึงบัญญัติยกเลิกกฎหมายลงโทษผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น ประเทศออสเตรเลีย รัฐ New South Wales ได้มีการแก้ไขกฎหมายอาญา Crime Act, 1900 มาตรา 31 A⁵ ให้ยกเลิกความผิดฐานฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย ,มลรัฐนิวยอร์ก ประเทศสหรัฐอเมริกา ปี 1919 ได้ยกเลิกความผิดฐานพยายามฆ่าตัวตายและประเทศอังกฤษ มีพระราชบัญญัติ Suicide Act 1961⁶ บัญญัติว่าการฆ่าตัวตายไม่มีความผิดทางอาญาอีกต่อไป แต่บัญญัติให้ผู้ที่ยุยงส่งเสริม หรือช่วยเหลือให้ผู้อื่นฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นความผิด เป็นต้น

ปัจจุบันมีเพียงประเทศอินเดียที่ยังมีกฎหมายเพื่อควบคุมและลงโทษทางอาญาบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ เนื่องมาจากเหตุผลทางศาสนา

2. แนวความคิดที่ถือว่าการฆ่าตัวตายไม่มีความผิดทางอาญา

เนื่องจากรัฐที่มีแนวความคิดดังกล่าวมองว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายเป็นผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจและทางสังคม การลงโทษผู้ที่พยายามจะฆ่าตัวตายไม่ใช่วิธีการป้องกัน ยับยั้ง หรือแก้ไขปัญหาให้กระทำการฆ่าตัวตาย ซึ่งประเทศที่ไม่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิดทางอาญาส่วนใหญ่จะเป็นประเทศที่ศาสนาไม่ได้มีอิทธิพลต่อระบอบการปกครอง ดังเช่นประเทศในยุโรปสมัยกลาง หรือประเทศในเอเชียยกเว้นประเทศอินเดีย

ส่วนประเทศไทย แนวความคิดทางกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายปรากฏในสมัยต้นรัตนโกสินทร์กล่าวคือ ถ้ามีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ณ ที่ใด บ้านเรือนที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานที่เกิดเหตุ นั้นโดยปริณทลหกลีบตัวช้โดยรอบ จะต้องรับผิดชอบด้วยและถูกปรับไหมอย่างแรงและ ปี 2458 มีพระบรมราชโองการของพระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลราชกุมาร ดังต่อไปนี้⁷

“ฯลฯ พระบาทสมเด็จพระปรเมนทรมหาอานันทมหิดลราชกุมาร ฯลฯ มีพระบรมราชโองการมานพระสุรสิงหนาทดำรงตำแหน่งเกล้าฯว่า ได้ทรงทราบฝ่าละอองธุลีพระบาทว่า ฯลฯ ได้ทำลายชีวิตตนเอง ฯลฯ ทรงพระราชดำริเห็นว่า อันการปลงชีพตนเองเช่นนี้ ย่อมไม่เป็นที่นิยมทั้งในพุทธศาสนาและอาณาจักรโลก คือในทางพระพุทธศาสนาย่อมถือว่าเป้นอัตตะวินิบาตในทางอาณาจักร ก็ถือ

⁵ Crime Act, 1900 Section 31A “The rule of law that it is a crime for a person commit, or the attempt to commit, suicide is abrogated”

⁶ Section 2 “A person who aids, abets, counsels or procures the suicide of another or an attempt by another to commit suicide, shall be liable or conviction on indictment to imprisonment”

⁷ โอสถ โกศิน, “ควรมีกฎหมายควบคุมการฆ่าตัวตายหรือไม่,” ในหนังสืออนุสรณ์ 60 ปี สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา (กรุงเทพฯ), หน้า 163.

ว่าเป็นอันทำลายชีวิตมนุษย์หนึ่งเหมือนกัน และในทางโลกนับว่าเป็นคนวิปริตผิดธรรมดา ซึ่งเป็นกรรมอันพระราชวงศ์ แลข้าราชการผู้มีบรรดาศักดิ์ไม่พึงประพฤติ เมื่อผู้ใดประพฤติกกรรมอันลามก เห็นปานนี้แล้ว ผู้นั้นเป็นผู้มีความผิด หากควรได้รับเกียรติยศอย่างหนึ่งอย่างใดในทางราชการไม่ เพราะฉะนั้น ขอให้เจ้าพนักงาน จัดเครื่องประดับเกียรติยศพระราชทานสำหรับศพ ฯลฯ เลย”

จากความในพระราชกฤษฎีกาดังกล่าว ซึ่งปรากฏในสมัยสมบูรณาญาสิทธิราชย์ มีผลเป็นกฎหมาย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงสังคมไทยและศาสนาพุทธที่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิด และไม่ให้เกียรติแก่ศพของผู้นั้น

อย่างไรก็ตาม แม้จะมีแนวความคิดทางกฎหมายดังกล่าว ประเทศไทยก็ไม่ได้ถือว่าการฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายเป็นความผิดทางอาญาตามกฎหมายลักษณะอาญา รศ 127 (พ.ศ. 2451) ส่วนที่ 7 ว่าด้วยความผิดที่ประทุษร้ายแก่ชีวิตและร่างกาย หมวดที่ 1 ความผิดฐานประทุษร้ายแก่ชีวิตตั้งแต่มาตรา 249-253 โดยคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 64/2465 ได้วินิจฉัยให้เหตุผลประกอบคำพิพากษาว่า “... การประทุษร้ายแก่ร่างกายหรือชีวิตนั้น ถ้าผู้ใดทำแก่ตัวเองหาจะมีบทลงโทษไม่”

ส่วนตามประมวลกฎหมายอาญาที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบัน (พ.ศ. 2500) ลักษณะ 10 ความผิดเกี่ยวกับชีวิตและร่างกาย หมวด 1 ความผิดต่อชีวิต ตั้งแต่มาตรา 288-294 การฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตายก็ไม่เป็นความผิดทางอาญา

ผลกระทบของการฆ่าตัวตายที่มีต่อสังคมและรัฐ

เมื่อมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นทำให้เกิดความเศร้าโศกเสียใจ และสะท้อนใจแก่บุคคลในครอบครัวญาติพี่น้อง และเพื่อนฝูง ตลอดจนบุคคลใกล้ชิดผู้ตายโดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ฆ่าตัวตายเป็นบิดามารดาหรือบุตร หรือสามี หรือภรรยา ซึ่งมีหน้าที่อุปการะเลี้ยงดูซึ่งกันและกันทั้งตามสภาพความเป็นจริงและตามกฎหมาย ดังที่บัญญัติไว้ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ดังนี้

มาตรา 1563 “บุตรจำต้องอุปการะเลี้ยงดูบิดามารดา”

มาตรา 1564 “บิดามารดาจำต้องอุปการะเลี้ยงดูและให้การศึกษาตามสมควรแก่บุตรในระหว่างที่เป็นผู้เยาว์”

มาตรา 1564 วรรค 2 “บิดามารดาจำต้องอุปการะเลี้ยงดูบุตรซึ่งบรรลุนิติภาวะแล้วแต่เฉพาะผู้ทุพพลภาพและหาเลี้ยงตนเองมิได้”

มาตรา 1461 วรรค 2 “สามี ภรรยา ต้องช่วยเหลืออุปการะเลี้ยงดูกันตามความสามารถและฐานะของตน”

การฆ่าตัวตายส่งผลกระทบต่อสังคมและรัฐ อาทิเช่น

1. เป็นการสูญเสียทรัพยากรมนุษย์ที่มีค่าที่สามารถจะทำประโยชน์ให้แก่รัฐได้โดยเฉพาะการฆ่าตัวตายในเยาวชน ที่จะเป็นพลังสำคัญในการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของชาติ
2. ก่อให้เกิดพฤติกรรมเลียนแบบการฆ่าตัวตายขึ้น โดยเฉพาะการฆ่าตัวตายในเยาวชน เช่น การฆ่าตัวตายด้วยการกระโดดตึกเลียนแบบนักร้องขวัญใจวัยรุ่นนุญกิโกะ โอคาดะ ของเยาวชนญี่ปุ่น ซึ่งมีจำนวนผู้กระทำมากกว่า 36 คน ภายในเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ หลังจากนักร้องผู้นั้นกระทำการฆ่าตัวตายสำเร็จ
3. ตามแนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้รัฐต้องจัดการศึกษาอบรม⁸ ให้บุคคลมีสิทธิและโอกาสเสมอกันในการรับการศึกษาขั้นพื้นฐานอย่างทั่วถึงและมีคุณภาพโดยไม่เก็บค่าใช้จ่าย และรัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง⁹ หากมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น รัฐจะต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายจากการให้การศึกษาและจัดระบบสาธารณสุขไปแก่ประชากรของรัฐ
4. ปัญหาสังคม บุคคลที่ยังมีชีวิตอยู่หากไม่มีผู้อุปการะเลี้ยงดู บุคคลดังกล่าวอาจหาทางออกเพื่อความอยู่รอดด้วยวิธีการต่าง ๆ สภาพความเป็นจริงดังกล่าวอาจนำไปสู่การกระทำที่ผิดกฎหมาย

แนวความคิดในการใช้อำนาจรัฐและ“สิทธิที่จะตาย” กับการฆ่าตัวตาย

แนวความคิดในการใช้อำนาจรัฐ

แนวคิดเรื่อง“รัฐเสรีประชาธิปไตย”เกิดจาก การที่มนุษย์ที่มาจากสภาพทางธรรมชาติ ตกลงใจมารวมอยู่ในสังคม โดยให้รัฐใช้อำนาจอธิปไตยในการปกครอง เพื่อรับรองสิทธิและเสรีภาพให้แก่พลเมืองของรัฐ และ ดำรงรักษาหรือปกป้องไว้ซึ่ง”ประโยชน์สาธารณะ” (Public Interest)¹⁰ โดยการสร้างหลักประกันความมั่นคง ด้านความปลอดภัยในชีวิต ร่างกายและทรัพย์สิน รวมทั้ง ส่งเสริมบริการสาธารณะพื้นฐานที่จำเป็นในรัฐด้วย

⁸ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 81

⁹ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 82

¹⁰ วรพจน์ วิศรุตพิชญ์, สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพฯ : วิญญูชน, 2538), หน้า 16.

รัฐธรรมนูญของรัฐเสรีประชาธิปไตยรับรองสิทธิและเสรีภาพให้แก่ประชาชนไว้ 2 ลักษณะด้วยกัน คือ บางกรณีก็บัญญัติรับรองไว้อย่างสัมบูรณ์ (Absolute) กล่าวคือ ไม่มีเงื่อนไขหรือข้อจำกัดใด ๆ แต่บางกรณีก็บัญญัติรับรองไว้อย่างสัมพัทธ์ (Relative) กล่าวคือ รัฐสงวนไว้ซึ่งอำนาจในอันที่จะจำกัดการใช้สิทธิ หรือเสรีภาพนั้น ๆ ในภายหลังได้¹¹ สำหรับสิทธิและเสรีภาพในการกระทำ รัฐธรรมนูญไม่ได้บัญญัติรับรองอย่างสัมบูรณ์ การใช้สิทธิและเสรีภาพกระทำการใด ๆ ที่มีผลกระทบต่อประโยชน์ส่วนรวม (General Interest) หรือประโยชน์สาธารณะ (Public Interest) รัฐมีอำนาจจำกัดการใช้สิทธิและเสรีภาพของประชาชนแต่ละคน โดยบังคับให้แต่ละคนกระทำการบางอย่าง หรือห้ามมิให้แต่ละคนกระทำการบางอย่างได้ ทั้งนี้ เพื่อรักษาไว้ซึ่งประโยชน์มหาชน

สำหรับประเทศไทย รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยฉบับปัจจุบันได้กำหนดหน้าที่หลักของรัฐ กล่าวคือ บทบัญญัติหมวดที่ 3 ว่าด้วยเรื่อง สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย กำหนดให้การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อการที่รัฐธรรมนูญกำหนดไว้และเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และจะกระทบกระเทือนสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้¹² และบุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย ...การกระทำใดอันกระทบต่อสิทธิและเสรีภาพ ...จะกระทำมิได้เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย¹³ รวมทั้งสิทธิของบุคคลในครอบครัว เกียรติยศ ชื่อเสียง หรือความเป็นอยู่ส่วนตัว ย่อมได้รับความคุ้มครอง¹⁴ และบทบัญญัติหมวดที่ 5 ว่าด้วยเรื่อง แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ กำหนดให้รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง¹⁵

ดังนั้น รัฐมีหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญในการให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนเป็นหลัก ส่วนกรณีการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคล หรือกระทำการใด ๆ อันกระทบกระเทือนต่อสิทธิและเสรีภาพของบุคคล ถือเป็นข้อยกเว้น และต้องอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติของกฎหมายเท่านั้นโดยต้องกระทำไปเพื่อประโยชน์ของประชาชนส่วนใหญ่หรือของรัฐ ขณะเดียวกันรัฐก็ต้องรับรองสิทธิที่จะได้รับการส่งเสริมทางสาธารณสุขแก่ประชาชนที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพ ซึ่งถือว่าเป็นบริการสาธารณะพื้นฐานที่จำเป็นเช่นกัน

¹¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 49.

¹² รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 29

¹³ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 31

¹⁴ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 34

¹⁵ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 82

การให้บริการสาธารณสุขพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขหมายความว่ารวมถึงการรักษาความเจ็บป่วยทางจิตด้วย โดยรัฐมีหน้าที่ที่จะให้บริการหรือบังคับให้ ถ้ารัฐไม่สามารถบังคับให้ก็ไม่สามารถแทรกแซงสิทธิส่วนบุคคลหรือสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาได้แต่ถ้ารัฐมีหน้าที่ดูแลก็มีอำนาจแทรกแซงทางด้านการแพทย์โดยอ้างเหตุผลอันชอบธรรมที่จะบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายได้

แนวความคิด” สิทธิที่จะตาย” กับการฆ่าตัวตาย

“สิทธิในชีวิต” เป็นทั้งสิทธิตามธรรมชาติ สิทธิทางศีลธรรมและสิทธิตามกฎหมาย เป็นสิทธิขั้นมูลฐานของบุคคลในการที่จะมีชีวิตอยู่โดยปราศจากการรบกวน หรือแทรกแซงจากบุคคลอื่นหรือรัฐ อันหมายรวมถึงสิทธิที่จะไม่ถูกฆ่าหรือถูกทำร้ายร่างกายโดยไม่ชอบด้วยกฎหมาย ด้วยเป็นสิทธิที่ไม่อาจละโอนให้แก่กันได้ แต่สิทธิในชีวิตนี้อาจถูกระงับ หรือยกเลิกในกรณีที่มีกฎหมายบัญญัติไว้โดยชัดแจ้ง อาทิ กรณีนักโทษประหารจะไม่สามารถอ้างถึงสิทธิในชีวิตของตนเพื่อให้งดเว้นการประหารชีวิตได้ หรือสิทธิในชีวิตอาจถูกระงับในบางพฤติการณ์ หากเป็นกรณีที่สิทธิตามกฎหมายอื่น ๆ ซึ่งขัดแย้งกับสิทธิในชีวิตมีอำนาจในการบังคับได้มากกว่า¹⁶

“สิทธิที่จะตาย” (The right to death) โดยการฆ่าตัวตาย ขัดแย้งกับ “สิทธิในชีวิต” (The right to life) และไม่เป็นสิทธิตามกฎหมายที่ชัดแจ้ง แต่เป็นสิทธิที่แทรกอยู่หรือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิตามกฎหมายอื่น คือ สิทธิส่วนบุคคล (The right of privacy) และสิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา (The patient's right to refuse treatment)

1. สิทธิส่วนบุคคล (The right of privacy)¹⁷

สิทธิส่วนบุคคลเป็นทั้งสิทธิตามธรรมชาติ สิทธิทางศีลธรรม และสิทธิตามกฎหมาย¹⁸ เป็นสิทธิที่รัฐธรรมนูญของอารยประเทศได้ให้การรับรองและคุ้มครอง กับทั้งเป็นสิทธิที่มีระบุไว้ในปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน ค.ศ.1948 กติการะหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางแพ่ง และทางการเมืองขององค์การสหประชาชาติอีกด้วย

สิทธิส่วนบุคคล หมายถึง สิทธิประจำตัวของแต่ละบุคคลที่จะเป็นอิสระจากการล่วงละเมิดโดยไม่มีเหตุผลจากบุคคลอื่น หรือรัฐ สิทธิส่วนบุคคลถือได้ว่าเป็นสิทธิขั้นมูลฐานที่สำคัญยิ่งของ

¹⁶ ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์, “การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร,” (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529), หน้า 95.

¹⁷ เรื่องเดียวกัน, หน้า112-114.

¹⁸ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 34

มนุษย์ ดังจะเห็นได้จากคำพิพากษาของศาลสูงสุดของประเทศสหรัฐอเมริกา (The U.S. Supreme Court State) ในคดี “Union Pacific V. Botsford” (141 U.S. 250, 251, 1891) ซึ่งเป็นการวินิจฉัยของศาลในการปฏิเสธความพยายามที่จะบังคับให้โจทก์ผู้ได้รับความเสียหายต้องเข้ารับการตรวจสอบทางการแพทย์ โดยศาลได้วินิจฉัยไว้ว่า

“...ไม่มีสิทธิอันใดที่จะถือว่าศักดิ์สิทธิ์หรือได้รับการคุ้มครองอย่างเข้มงวดจากกฎหมายมากไปกว่าสิทธิส่วนบุคคลของคนทุกคนในการเป็นเจ้าของและควบคุมตัวของเขาเองเป็นอิสระโดยปราศจากการหน่วงเหนี่ยว หรือแทรกแซงจากบุคคลอื่นเว้นแต่การหน่วงเหนี่ยว หรือการเข้าแทรกแซงนั้นได้มีกฎหมายให้อำนาจได้อย่างชัดแจ้ง...”

และคำพิพากษาของศาลสูงสุดแห่งมลรัฐ Connecticut ในกรณี “Griswold V. Connecticut” ได้วินิจฉัยว่าสิทธิส่วนบุคคลได้รับการรับรองตามรัฐธรรมนูญและได้รับการสนับสนุนข้ออ้างที่ว่าบุคคลมีสิทธิที่จะตัดสินใจขอเบ็ดเตล็ดที่เขาควรจะมีชีวิตอยู่

บางกรณีรัฐได้รับประโยชน์จากการปกป้องรักษาชีวิตของประชาชนและกฎหมายได้บัญญัติขึ้นเพื่อป้องกันความปลอดภัยของประชาชน แต่การใช้อำนาจของรัฐก็ต้องคำนึงถึงสิทธิของประชาชนที่ต้องการความปลอดภัยทางร่างกายและชีวิตที่ปราศจากการรบกวนนี้ด้วยเช่นกัน ในกรณีที่สิทธิส่วนบุคคลขัดแย้งกับผลประโยชน์ของรัฐ และเมื่อได้พิจารณาถึงความสมดุลกันระหว่างผลประโยชน์ของรัฐกับสิทธิส่วนบุคคล หากผลประโยชน์ของรัฐมีน้ำหนักหรือมีความสำคัญมากกว่าสิทธิส่วนบุคคลของเอกชน สิทธิส่วนบุคคลนั้นก็อาจถูกระงับ หรือยับยั้งโดยรัฐ รัฐจะเข้าแทรกแซงการใช้สิทธิส่วนบุคคลนั้น ๆ เพื่อรักษาผลประโยชน์ของรัฐโดยส่วนรวม เช่น

คดี “Commissioner Of Correction V. Myers”, 399 N.E. 2d 452 (Mass 1979)

ศาลสูงได้ยืนยันคำสั่งของศาลชั้นต้นซึ่งบังคับให้นักโทษคนหนึ่งซึ่งเป็นบุคคลที่มีความสามารถตามกฎหมายและได้ชัดเจนในการรักษา โดยให้นักโทษยอมรับการรักษาโดยวิธีการขจัดของเสียออกจากโลหิต ซึ่งเป็นวิธีการที่จะช่วยชีวิตของนักโทษผู้นี้เอาไว้ได้ ศาลได้วินิจฉัยผลประโยชน์ของรัฐในการปกป้องรักษาชีวิต การบริหารคุกที่มีระเบียบ หน้าที่ของแพทย์ตามวิชาชีพ มีน้ำหนักและมีความสำคัญมากกว่าสิทธิส่วนบุคคลของนักโทษในการปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์

แต่บางกรณีหากพิจารณาถึงความสมดุลกันระหว่างผลประโยชน์ของรัฐกับสิทธิส่วนบุคคล ปราศจากว่าสิทธิส่วนบุคคลนั้น ๆ มีน้ำหนักหรือมีความสำคัญมากกว่าผลประโยชน์ของรัฐโดยส่วนรวม รัฐจะต้องยอมรับสิทธิส่วนบุคคลนั้น และจะต้องไม่เข้ามาแทรกแซงหรือขัดขวางการใช้สิทธิส่วนบุคคล เช่น

คดี “Matter Of Quinlan” Supreme court of New Jersey, 1976. 70 N.J. 10, 355A 2d 647 โดยศาลสูงได้วินิจฉัยโดยกล่าวอ้างถึงสิทธิส่วนบุคคลว่าหมายรวมถึงการตัดสินใจของคนที่

จะปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ และสิทธิส่วนบุคคลของ Quinlan ชนะ หรือ อยู่เหนือผลประโยชน์ของรัฐ

กล่าวโดยสรุป

“สิทธิที่จะตาย” โดยการฆ่าตัวตาย ถือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิส่วนบุคคลที่รัฐจะต้องให้การคุ้มครอง หรือเข้าไปแทรกแซงเพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายที่เพิ่มขึ้นหรือไม่ ก็ขึ้นอยู่กับว่ารัฐได้ให้สิทธิเสรีภาพแก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง หรือมีขอบเขตมากน้อยเพียงใด และรัฐธรรมนูญของแต่ละรัฐได้ให้สิทธิและเสรีภาพโดยการรับรองและคุ้มครอง “สิทธิส่วนบุคคล” ของประชาชนไว้เพียงใด หากรัฐให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิส่วนบุคคลมาก “สิทธิที่จะตาย” โดยการฆ่าตัวตายก็ย่อมอยู่เหนือการแทรกแซงของรัฐในการรักษาชีวิตของผู้ที่จะพยายามฆ่าตัวตาย แต่หากรัฐให้ความสำคัญในเรื่องผลประโยชน์สาธารณะของรัฐที่จะได้รับหากรักษาชีวิตของผู้ที่จะพยายามฆ่าตัวตายไว้ อยู่เหนือสิทธิส่วนบุคคลและรัฐธรรมนูญให้อำนาจไว้ รัฐก็สามารถใช้มาตรการเข้าแทรกแซงก่อนที่จะมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นในรัฐได้

2. สิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา (The patient's right to refuse treatment)

จรรยาแพทย์ที่แพทย์ได้ยึดถือมาตั้งแต่สมัยก่อนตรารบจนปัจจุบัน คือ “The Oath Of Hippocrates” ให้แพทย์ทุกคนถือว่าตนมีหน้าที่ที่จะต้องพยายามรักษาชีวิตมนุษย์ตั้งแต่ปฏิสนธิจนถึงวันตาย¹⁹ กับความสัมพันธ์ตามกฎหมายของแพทย์ผู้ให้บริการกับผู้ป่วย ผู้รับบริการ เป็นไปในลักษณะของสัญญาจ้างทำของ²⁰ ที่มุ่งถึงผลสำเร็จเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย โดยผู้ให้บริการ (แพทย์) ได้รับค่าตอบแทน หรือสินจ้างนั้น เป็นสิ่งที่ทำให้แพทย์ไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วยที่จะมาให้แพทย์รักษาได้ แต่ในแง่ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีการใด ๆ ก็ตาม ที่ตนเห็นว่าไม่เหมาะสมและไม่ยินยอม เช่น การรักษาโดยการให้ยาอันตราย, การรักษาด้วยไฟฟ้า, การผ่าตัด²¹ เป็นต้น รวมถึงปฏิเสธแพทย์ผู้รักษาด้วย หากแพทย์ทำการรักษาโดยฝืนเจตนาของผู้ป่วย และเป็นการกระทำต่อเนื้อตัวร่างกายหรือจิตใจของผู้ป่วย ตามหลักกฎหมายอาญาถือ

¹⁹ สันต์ หัตถิรัตน์, การดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง (กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช คณะศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521), หน้า 125.

²⁰ ดูประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 587

²¹ เป็นการทำร้ายโดยสภาพ ได้แก่ การกระทำที่ผู้กระทำประสงค์ให้เกิดหรืออาจแลเห็นผลว่าจะเกิดอันตรายแก่กายของผู้ถูกกระทำ(ดู วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, “การกระทำของแพทย์ต่อร่างกายผู้ป่วยในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพกับความผิดฐานทำร้ายร่างกาย,” วารสารนิติศาสตร์ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 (กันยายน 2530) : 191.)

ว่า เป็นการกระทำผิดฐานทำร้ายร่างกาย²² โดยแม้จะมีพระราชบัญญัติการแพทย์ และพระราชบัญญัติควบคุมการประกอบโรคศิลป์ กำหนดคุณสมบัติและการออกใบอนุญาตแก่แพทย์ ก็เป็นการควบคุมของรัฐต่ออาชีพประเภทนั้น การอนุญาตโดยกฎหมายประเภทนี้ไม่ทำให้ผู้รับอนุญาตมีสิทธินอกเหนือ เป็นการยกเว้นการรับผิดตามกฎหมายแพ่งและกฎหมายอาญาทั่วไปแต่ประการใด ตรงกันข้าม กับจะต้องใช้ความรู้และมีฝีมือพิเศษในอาชีพ ฉะนั้น การที่แพทย์รักษาผู้ป่วยตามใบอนุญาตของตน เช่น ทำการผ่าตัด จึงต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย เว้นแต่ผู้ป่วยจะไม่สามารถให้ความยินยอมได้และการรอช้าไปจะเป็นอันตรายแก่ผู้นั้น²³ แพทย์ก็สามารถทำการรักษา โดยอ้างเหตุจำเป็น²⁴ตามหลักกฎหมายอาญาเพื่อมิให้ต้องรับโทษได้ นอกจากนี้การกระทำ การรักษาด้วยวิธีการที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโดยไม่ได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย แพทย์มีความเสี่ยงต่อความรับผิดทางแพ่งฐานละเมิด²⁵ทำให้ผู้ป่วยเสียหายแก่ร่างกาย อนามัย เสรีภาพ ด้วย

ประเทศที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนอย่างมาก เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ได้คุ้มครองสิทธิและเสรีภาพแก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “สิทธิส่วนบุคคล” (The right of privacy) ซึ่งมีความหมายครอบคลุมไปถึงสิทธิในการปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ แม้ว่าจะเป็นการเสี่ยงต่อการเสียชีวิตก็ตาม²⁶

อย่างไรก็ตามในกรณีผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายหรือต้องการจะตาย อ้างสิทธิในการปฏิเสธการรักษาทางการแพทย์ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและชีวิตของตนเอง ถือว่าการตัดสินใจของผู้ป่วยในช่วงเวลาดังกล่าว เป็นการตัดสินใจที่ไม่ตรงกับความต้องการที่แท้จริงของตนเองเนื่องจากอยู่ในภาวะที่สับสน ขาดความเป็นอิสระ โดยรัฐจะยอมรับการปฏิเสธดังกล่าวเมื่อมนุษย์มีสภาวะจิตใจที่ปกติเท่านั้น เช่น

ในคดี “Shloendorff” ปี ค.ศ. 1914 ได้มีคำวินิจฉัยของศาลว่า “...มนุษย์ทุกคนที่บรรลุนิติภาวะและมีจิตใจที่ปกติ มีสิทธิที่จะกำหนดว่าจะทำอย่างไรกับร่างกายของตนเอง” และในคดี “Natanson” ปี ค.ศ.1960 ศาลมลรัฐเท็กซัส ได้มีคำวินิจฉัยสนับสนุนว่า “...มนุษย์แต่ละคนถือว่า

²² ดูประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 295, 391

²³ จิตติ ดิงศรัทีย, กฎหมายอาญา ภาค 1, พิมพ์ครั้งที่ 8 (กรุงเทพฯ : 2529), หน้า 782.

²⁴ ดูประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 67

²⁵ ดูประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 420

²⁶ Jonas Robitscher, the problems in prolongation of life, biomedical Ethics and the law, Edited by James M. Humber and Robert F.Almeder (New York and London : Plenum press, 1976), P. 430.

เป็นเจ้าของร่างกายของตนเอง และถ้าผู้นั้นเป็นบุคคลที่มีจิตใจปกติ ผู้นั้นอาจจะห้ามการผ่าตัดเพื่อทำการช่วยชีวิต หรือห้ามการรักษาด้วยยาอย่างอื่น...”²⁷

สิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา (The patient's right to refuse treatment) เป็นส่วนหนึ่งของสิทธิส่วนบุคคล (The right of privacy) ดังนั้น สิทธิที่จะตายโดยการฆ่าตัวตายจึงแทรกอยู่หรือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิของผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษา และสิทธิส่วนบุคคล ส่วนประเด็นปัญหาที่น่าพิจารณาคือ รัฐจะให้การรับรอง “สิทธิที่จะตาย” โดยการฆ่าตัวตาย มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับว่าแต่ละรัฐให้ความสำคัญในเรื่องสิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาครอบคลุมไปถึงสิทธิที่จะตายโดยการฆ่าตัวตายที่รัฐจะเข้าไปแทรกแซงหรือขัดขวางหรือไม่ เช่นเดียวกับปัญหาเรื่อง “สิทธิส่วนบุคคล”

ความชอบธรรมตามกฎหมายในการนำผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย มาบังคับรักษาภายใต้อำนาจของรัฐ

กฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศกำหนดให้รัฐมีอำนาจนำผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต หรือผู้ป่วยทางจิตมาบังคับรักษา โดยไม่สมัครใจ หากผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง เหตุผลของกฎหมายสุขภาพจิตเพื่อปกป้อง คุ้มครอง ให้ความปลอดภัยผู้ป่วยภายใต้หลักของ *Parens Patriae* ซึ่งได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของรัฐในฐานะผู้ปกครองบุคคล ซึ่งได้รับการพิจารณาว่าเป็นอันตรายต่อตนเอง รัฐจึงอาศัยความชอบธรรมในการบังคับรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต หรือผู้ป่วยทางจิต โดยไม่สมัครใจ

แนวความคิด *Parens Patriae*²⁸

แนวความคิด *Parens Patriae* มีความหมายว่าลักษณะของการกระทำในฐานะผู้ปกครอง โดยแนวความคิดนี้ กำเนิดขึ้นมาในกฎหมายแองโกล อเมริกัน จากอำนาจของกษัตริย์อังกฤษ ผู้มีทัศนคติที่เหมือนกับบิดาของผู้อยู่ใต้ปกครองที่จะกระทำการปกป้องรักษาสิทธิพลเมืองผู้อยู่ใต้

²⁷ O. Ruth Russell, Freedom to Die, Moral and Legal Aspects of Euthanasia, Revised Edition (New York : Human science press, 1977), P. 233.

²⁸ สุรีย์ จงเสรีจิตต์, “อำนาจและหน้าที่ของเจ้าพนักงานในกระบวนการยุติธรรมในการควบคุมตัวผู้ป่วยโรคจิตเภท,” (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2539), หน้า 26.

ปกครอง เมื่อผู้อยู่ใต้ปกครองไม่สามารถปกป้องตนเองได้หรือไร้ความสามารถ ความชอบธรรมสำหรับการคุมตัวผู้ป่วยโรคจิตโดยบังคับในประเทศอังกฤษสมัยที่มีเมืองขึ้น มีการคุมตัวผู้ที่เป็นโรคจิตในบ้าน และยอมให้ชุมชนจัดให้ความช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่รัฐบัญญัติต่าง ๆ เริ่มที่จะบัญญัติถึงความจำเป็นเพื่อการรักษาตามหลักเกณฑ์ที่สำคัญสำหรับการนำบุคคลไว้ในโรงพยาบาลโรคจิต ...Parens Patriae กลายเป็นเหตุผลที่กำหนดในกฎหมายการคุมตัวบุคคลไว้รักษาในโรงพยาบาลโรคจิต (Commitment Law)

พื้นฐานเหตุผลของแนวคิด Parens Patriae คือ บุคคลจะถูกนำส่งโรงพยาบาลโรคจิต เมื่อเขาปราศจากความสามารถในการตัดสินใจด้วยตนเอง ถึงเหตุผลที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการรักษา หรือการควบคุมดูแลที่เหมาะสมที่ใช้เป็นประโยชน์ต่อตัวเขามากที่สุด รัฐจึงมีอำนาจในการตัดสินใจว่าบุคคลใดควรจะถูกบังคับส่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโรคจิต แนวความคิด Parens Patriae ของรัฐนี้เป็นการตัดสินใจว่าเขาสามารถถูกบังคับ เพื่อยอมรับการรักษาหากพบว่าเป็นประโยชน์ต่อบุคคลคนนั้นมากที่สุด

แนวความคิด Parens Patriae ให้รัฐมีอำนาจในฐานะผู้ปกครองบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งไม่สามารถปกป้องตนเองได้ หรือไร้ความสามารถ หรือขาดความสามารถในการตัดสินใจในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือมีพฤติกรรมที่น่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง โดยนำบุคคลดังกล่าวไปรับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์แก่บุคคลดังกล่าว

ความคิดด้านการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทย

หลังจากประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มีการเรียกร้องสิทธิของผู้ป่วยและมาตรฐานของการประกอบวิชาชีพเวชกรรมให้อยู่ในระดับที่ดีที่สุดเนื่องจากปัญหาผู้ป่วยทางจิตที่ไม่มีคดีแต่มีความจำเป็นต้องบังคับรักษา (Involuntary civil commitment) ที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นโดยผู้ป่วยไม่ได้ถูกนำเข้าสู่กระบวนการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่องประกอบกับมาตรการทางกฎหมายที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันยังไม่มีชัดเจนเพียงพอในการให้อำนาจบุคลากรที่เกี่ยวข้องของทางกฎหมายควบคุมผู้ป่วยเพื่อบำบัดรักษาหากผู้ป่วยไม่ยินยอมรักษา การพัฒนากฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพจิตจึงเป็นแนวทางหนึ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและคนในสังคมดีขึ้น²⁹ ซึ่งเป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยในฐานะพลเมืองตามรัฐธรรมนูญที่จะได้รับการนำเข้าสู่ระบบบริการด้านสุขภาพจิตอย่างเป็นธรรมและเสมอภาค

²⁹ ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตของไทย, วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 42 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2540) : 157.

แนวความคิดเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตของไทย³⁰ มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสิทธิมนุษยชนในด้านการรักษาพยาบาล โดยพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น, เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยในสังคมจากผู้ป่วยจิตเวชที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นและเพื่อให้การรับรองสิทธิและหน้าที่ของบุคลากรทางจิตเวช

ความหมายของการฆ่าตัวตาย

การฆ่าตัวตาย (Suicide) มาจากคำว่า sui ซึ่งหมายถึง self และ cide หมายถึง murder (Webster, 1986) ส่วนภาษาไทยใช้คำว่า อุตวินิบาตกรรม ซึ่งเป็นคำประสมมาจากคำว่า อุตฺรา+ วินิบาต+กรรม

ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 คำว่า “อุตวินิบาตกรรม” หมายถึง การฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการกระทำด้วยวิธีใดก็ตามจนเป็นเหตุให้ถึงแก่ความตายด้วยตนเอง

ความหมายของความเจ็บป่วยทางจิต

Oxford Concise Medical Dictionary ได้ให้คำจำกัดความของ Mental Illness หรือ ความเจ็บป่วยทางจิตว่าหมายถึง ความผิดปกติอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างเกี่ยวกับหน้าที่ของสติปัญญา(เช่น อารมณ์, ความเข้าใจ, ความจำ, ความคิดเป็นต้น) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เกิดความเสียหายแก่ผู้ป่วยหรือผู้อื่น

สาเหตุของการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต

ความเจ็บป่วยทางจิตคือสาเหตุสำคัญของการฆ่าตัวตายโดยผู้ที่ฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีโรคทางจิตเวชอยู่ขณะที่กระทำ ผู้ป่วยมีอัตราเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายเป็น 3-12³¹ เท่าของประชากรทั่วไป อัตราเสี่ยงนี้จะแปรผันตาม เพศ อายุ ชนิดของความผิดปกติทางจิตเวช สำหรับโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้ที่ฆ่าตัวตาย คือ³²

³⁰ เรื่องเดียวกัน.

³¹ สุชาติ พหลภาคย์และผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, “วิจัยการฆ่าตัวตายในสังคมไทย,” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 29 (2527) : 29.

³² มานิต ศรีสุรภานนท์, “ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช,” ในตำราจิตเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 1 (เชียงใหม่ : มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวานิช. 2542), หน้า 454.

1. Mood Disorders : เป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในผู้ที่ฆ่าตัวตาย จากการศึกษพบว่าร้อยละ 45-77 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายป่วยเป็น Mood Disorders

2. Anxiety Disorders : อาการวิตกกังวลรุนแรงหรือ panic attacks จัดว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงระยะสั้นที่สำคัญที่สุด (Major short-term risk factor) จากการศึกษพบว่าร้อยละ 12 ของผู้ป่วยกลุ่ม Panic Disorder เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อน

3. Substance Dependence : ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายมีปัญหา Alcohol Dependence ร่วมด้วย

4. Schizophrenia : ร้อยละ 10 ของผู้ป่วย Schizophrenia มีการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ (completed suicide)

5. Personality Disorders : ร้อยละ 3-8 ของผู้ป่วยกลุ่ม Borderline Personality Disorder มีการฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ (completed suicide)

6. Adjustment Disorders : เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้ที่ฆ่าตัวตาย ซึ่งอยู่ในกลุ่ม Adjustment Disorder with Depressed Mood

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า 90% ของผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายเป็นสำเร็จ ป่วยทางจิตเวช ซึ่งประกอบด้วย

1. อารมณ์ผิดปกติ (Mood Disorders)

15 – 20 % ของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ฆ่าตัวตายในที่สุด

2. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

ประมาณ 10% ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะฆ่าตัวตาย

3. บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorders)

บุคคลผู้ที่มีบุคลิกภาพผิดปกติมักจะมีพฤติกรรมฆ่าตัวตายโดยในกลุ่ม Borderline Personality Disorder บางครั้งทำร้ายตัวเองโดยพยายามฆ่าตัวตายโดยวิธีต่าง ๆ ส่วนอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยในกลุ่ม B.P.D คือ ประมาณเกือบ 10%

4. ความวิตกกังวลผิดปกติ (Anxiety Disorders)

การศึกษาในระหว่างปี 1980 ถึงปี 1990 มีหลักฐานว่าอัตราของการฆ่าตัวตายเป็นสูงในผู้ป่วยที่เป็นความวิตกกังวลผิดปกติ กลุ่ม Panic Disorder (โรคแพนิก), และ Obsessive – Compulsive Disorder (โรคย้ำคิดย้ำทำ)

5. การเสพสารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิด (Substance Use Disorders)

การเสพแอลกอฮอล์ หรือ สารเสพติดชนิดอื่นมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้นโดยร้อยละ 25-50 % ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย มีปัญหาแอลกอฮอล์ และสูงถึง 15% ของผู้ติดยาฆ่าตัวตายในที่สุด

การเสพยาเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิดเป็นปัจจัยร่วมที่ก่อให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายโดยลำพังหรือเกี่ยวข้องกับความคิดปกติทางจิตอย่างอื่นร่วมอยู่ด้วย การใช้สารเสพติดอาจจะก่อให้เกิดความกังวล หรือจิตพิการซึ่งมีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายเพิ่มขึ้น

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันโรคทางจิตเวชที่พบมีอยู่มากมายในทางการแพทย์ การจำแนกโรคทางจิตเวชศาสตร์มีจุดมุ่งหมายเพื่อการสื่อสารระหว่างบุคคลากรทางการแพทย์ในแง่ของความผิดปกติทางจิตเวชทำได้สะดวกขึ้น และทำให้สามารถศึกษาความผิดปกติแต่ละชนิดได้อย่างเฉพาะเจาะจง ทราบถึงการดำเนินโรคและทำให้มีการพัฒนาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมได้มากขึ้น

ระบบในการจำแนกโรคทางจิตเวชปัจจุบันมีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก ก)

1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder 4th edition (DSM-IV) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 4 เริ่มใช้ ค.ศ.1994

2 International Classification of Diseases and Related Health Problem,10 revision (ICD-10) เป็นการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก ปัจจุบันใช้ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 10 เริ่มใช้ ค.ศ.1992³³

โดยทั้ง 2 ระบบนี้แนวคิดการจำแนกส่วนใหญ่คล้ายคลึงกันโดยระบบของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (American Psychaitric Association)แบ่งประเภทโรคทางจิตเวชออกเป็น 17 กลุ่ม ส่วนของระบบสากลแบ่งประเภทโรคทางจิตเวชออกเป็น 10 กลุ่ม

ในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์อธิบายสาเหตุความเจ็บป่วยทางจิตใจแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ทฤษฎีที่เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากกรรมพันธุ์ (Hereditary Factor)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากการถ่ายทอดทางพันธุกรรมโดยตรง มีผู้ศึกษาเพื่อพิสูจน์ทฤษฎีนี้มากมาย เช่น ฟรานซ์ คอลล์แมน (Franz Kollman) พอลลิน (Pollin) และคณะ (Kaplan and Sadock, 1985) พบว่ากลุ่มคนแฝดไข่ใบเดียวกัน (Monozygotic twin) ที่คนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท คู่แฝดอีกคนหนึ่งจะเป็นโรคจิตเภทด้วยในอัตราสูงกว่าของพวกแฝดไข่คนละใบ นอกจากนี้ จากการศึกษาของคอลล์แมน ในกลุ่มโรคจิตอารมณ์แปรปรวนยังพบว่าผู้ป่วยจะมีพี่น้องพ่อแม่เดียวกันที่ป่วยเป็นโรคนี้ด้วยมากกว่ากลุ่ม ผู้ป่วยที่มีพี่น้องต่างพ่อแม่กัน

³³ มาโนช หล่อตระกูล, “การจำแนกโรคและการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช,” ในหนังสือจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (กรุงเทพฯ : มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2539), หน้า 66.

ปัจจุบันพบว่าพันธุกรรมมีบทบาทในการเกิดโรคทางจิตเวชอย่างมาก ได้แก่ Mood Disorders, Schizophrenia, Alcohol Abuse³⁴ เป็นต้น

2. ทฤษฎีที่เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากสาเหตุทางร่างกาย(Organic Factor)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าโรคทางจิตเวชมีสาเหตุมาจากความผิดปกติของร่างกายในระบบใดระบบหนึ่ง เช่น พยาธิสภาพของสมอง หรือมีความผิดปกติของเมแทบอลิซึม (Metabolism) หรือเป็นความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ

ปัจจุบันมีการศึกษาสมองทั้งในแง่ของกายวิภาค (Neuroanatomy) สรีรวิทยา (Neurophysiology) และชีวเคมี (Neurobiochemistry) โดยเฉพาะทางชีวเคมีพบว่า การเปลี่ยนแปลงระดับสารสื่อประสาท (Neurotransmitters) พวกแอมีน (Amine) ตัวใดตัวหนึ่ง ประกอบด้วย เซโรโทนิน โดปามีน และแอสเซทิลโคลีน ชนิดใดชนิดหนึ่ง ถ้าเกิดความไม่สมดุลของสารพวกนี้ จะเกิดอาการผิดปกติทางจิตใจ

3. ทฤษฎีที่เชื่อว่าความผิดปกติทางจิตเกิดจากสิ่งแวดล้อม (Environmental Factor) สิ่งแวดล้อมที่มีอำนาจต่อจิตใจและพฤติกรรมของมนุษย์มีมากมายแต่ที่สำคัญที่สุดคือครอบครัวซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่หล่อหลอมให้คนมีบุคลิกนิสัยเป็นแบบใดแบบหนึ่งและสร้างสมรรถภาพในการปรับตัว การที่คนมีความรู้สึกนึกคิดแตกต่างกัน มีความสามารถในการปรับตัวได้ไม่เท่ากันก็เนื่องจากการเลี้ยงดูอบรม ที่ได้รับซึมซับมาจากครอบครัวหรือจากพ่อแม่ตั้งแต่วัยเด็ก สิ่งแวดล้อมที่เป็นเหตุการณ์เปลี่ยนแปลงในชีวิตก็มีผลกระทบต่อจิตใจได้ เช่น ความผิดหวังในเรื่องต่าง ๆ ของชีวิต ได้แก่ ความรัก การทำงาน หรือเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญอันตรายร้ายแรงเหล่านี้ ก็มีผลกระตุ้นให้คนมีบุคลิกภาพอ่อนแอหรือมีความเจ็บป่วยทางกายอยู่แล้ว เกิดความคับข้องใจมากขึ้นจนปรับตัวไม่ได้ เกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิตหรือมีจิตผิดปกติได้³⁵

อาการของโรคของความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย

อาการของโรคของความเจ็บป่วยทางจิตที่ทำให้เกิดความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยเป็นโรคทางจิตเวชชนิดใดหรือหลายชนิดรวมด้วย ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น

1. โรคความผิดปกติทางอารมณ์หรือโรคอารมณ์แปรปรวน (Mood Disorders) แบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 กลุ่มคือ

³⁴ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, “สาเหตุของความผิดปกติทางจิตเวช,” ในหนังสือจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี (กรุงเทพฯ : มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2539), หน้า 22.

³⁵ อัมพร โอตระกูล, สุขภาพจิต, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ : วิทย์พัฒนา, 2540), หน้า 39.

1.1 Depressive Disorders หรือ โรคอารมณ์เศร้า แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1.1.1 โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)

ลักษณะทางคลินิก

อาการที่สำคัญ คือ มีอารมณ์เศร้า หงุดหงิด โกรธง่าย รู้สึกเบื่อหรือหมดความสนใจในสิ่งต่าง ๆ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ อ่อนเพลียไม่มีแรง มีความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงช้า หรือรู้สึกพลังผ่านกระวนกระวายใจ รู้สึกไร้ค่าหรือตำหนิตัวเองมากผิดปกติ สมาธิเสียหรือมีความลึกลับใจ มีความคิดอยากตาย คิดฆ่าตัวตาย หรือพยายามฆ่าตัวตาย

1.1.2 โรคอารมณ์เศร้าเรื้อรัง (Dysthymic Disorder)

ลักษณะทางคลินิก

อาการต่าง ๆ คล้ายกับใน Major Depressive Disorder แต่ความรุนแรงน้อยกว่าอาการที่พบบ่อยส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านอารมณ์และความคิด โดยผู้ป่วยจะมีอารมณ์เบื่อหน่าย ท้อแท้ มองโลกในแง่ลบ มีแนวโน้มที่จะโทษตนเอง

1.2 Bipolar Disorders หรือโรคไบโพลาร์ หรือโรคอารมณ์ผิดปกติทั้ง 2 ด้าน (Depression และ Mania)

อาการที่สำคัญ คือ มีอาการบ้าคลั่ง (Mania) ครั้งเดียวหรือหลายครั้ง และมีอาการของโรคซึมเศร้า (Major Depression) ซึ่งอาจเป็นครั้งเดียวหรือหลายครั้งด้วย

2. โรคกลุ่มอาการกังวล (Anxiety Disorders) โรคที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายในกลุ่มนี้คือ กลุ่ม Panic Disorder (โรคแพนิก) และ Agoraphobia และกลุ่ม Obsessive – Compulsive Disorder (โรคย้ำคิดย้ำทำ)

ลักษณะอาการทางคลินิกกลุ่ม Panic Disorder และ Agoraphobia

อาการสำคัญ คือ ใจสั่น เหงื่อแตก ตัวสั่น หายใจขัด เจ็บหน้าอก คลื่นไส้ มีนงงกลัวคุมตนเองไม่ได้ กลัวว่าตนกำลังจะตาย หรือที่เรียกว่า panic attack ซึ่งเกิดขึ้นซ้ำบ่อยๆ และเกิดขึ้นเองอย่างรวดเร็ว รุนแรง บางรายอาจมีอาการกลัวการอยู่ในสถานที่ซึ่งตนอาจเกิดอาการ panic attack ขึ้นมาแล้วจะไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ หรือจะหนีไปไหนไม่ได้

ลักษณะอาการทางคลินิกกลุ่ม Obsessive – Compulsive Disorder

อาการสำคัญ คือ โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมาพบแพทย์ด้วยอาการของโรคทางกายมากกว่าที่จะมาพบจิตแพทย์โดยตรง อาการที่นำมาพบแพทย์ได้บ่อยๆ เช่น แผลถลอกที่มือ มือเปื่อย เหงือกอักเสบ จากการแปรงฟันซ้ำๆ บ่อยๆ พ่อแม่ นำเด็กมาตรวจสอบพฤติกรรมซ้ำๆ ของเด็ก

ในกลุ่มผู้ป่วยที่มาพบจิตแพทย์โดยตรง มักจะมาด้วยอาการ obsession ที่เกี่ยวกับเรื่องความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อย พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมรุนแรง และ

compulsion เช่น ตรวจเช็คกลอนประตู ตามเรื่องเดิมซ้ำซาก ล้างมือ นับสิ่งของ การจัดวางของให้เป็นระเบียบซ้ำ ๆ ในผู้ป่วยบางรายจะมาด้วยอาการ Multiple obsession หรือ Multiple compulsion ซึ่งทำให้รบกวนการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมาก

3. การติดสารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิด (Substance Dependence) กลุ่มอาการทางจิตเวชเนื่องจากสารที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ซึ่งมีทั้งหมด 11 ชนิด คือ สุรา แอมเฟตามีน คาเฟอีน ฝิ่น ยา โคเคน สารหลอนประสาท สารระเหย นิโคติน ฝิ่น phencyclidine และยานอนหลับ หรือยาคลายกังวล โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายคือ กลุ่มติดสุรา หรือ Alcohol Dependence

ลักษณะอาการทางคลินิกกลุ่ม Alcohol Dependence³⁶

ผู้ป่วยที่ติดสุราจะมีอาการดื้อสารหรืออาการขาดสาร โดยจะเกิดภายหลังจากลดปริมาณการดื่มลงมาเป็นเวลา 12 ชั่วโมง ซึ่งจะเกิดกับผู้ที่ดื่มจำนวนมากและเป็นเวลานาน เนื่องจากอาการขาดสุราจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกไม่สบายอย่างมากและรุนแรง ดังนั้นผู้ป่วยจึงยังคงดื่มสุราต่อไปเพื่อมิให้เกิดอาการขาดสารหรือเพื่อลดอาการดังกล่าว แม้จะเกิดผลเสียตามมาก็ตาม ด้วยเหตุนี้ จึงมีผู้ป่วยติดสุราจำนวนเพียงเล็กน้อยที่เกิดอาการขาดสาร และมีผู้ป่วยเพียงร้อยละ 5 เท่านั้น ที่เกิดอาการขาดสารอย่างรุนแรง เช่น อาการเพ้อ และอาการชัก เมื่อผู้ป่วยเริ่มดื่มสุราจัดจนไม่สามารถยับยั้งใจได้ ผู้ป่วยจะใช้เวลาส่วนใหญ่หมดไปกับการแสวงหาและดื่มสุรา และจะดื่มอย่างต่อเนื่อง แม้จะมีปัญหาทางจิตใจและทางกาย เช่น อารมณ์ซึมเศร้า สูญเสียความจำ (Blackouts) โรคตับ หรือโรคทางกายอย่างอื่น

4. โรคจิตเภท (Schizophrenia)

ลักษณะอาการทางคลินิก

อาการที่สำคัญของโรคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการทางด้านบวก และอาการทางด้านลบ

4.1 อาการด้านบวก

อาการทางด้านบวกมีดังต่อไปนี้

1. ความคิดหลงผิด (Delusion)

อาการหลงผิดชนิดที่พบบ่อย คือ หลงผิดคิดไปเองว่ามีคนปองร้าย คิดไปเองว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตน เช่น เห็นคนคุยกันก็คิดว่าเขานินทาว่าร้ายตน อาการหลงผิดบางชนิดมีความสำคัญมาก เพราะพบในโรคจิตเภทบ่อยกว่าโรคจิตชนิดอื่น คือ ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดและ

³⁶ สมภพ เรื่องตระกูล และ อรพรรณ ทองแดง, "โรคทางจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด," ใน ตำราจิตเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 6(กรุงเทพฯ : สมภพ เรื่องตระกูล. 2542), หน้า 134.

การกระทำของตนถูกควบคุม โดยอำนาจภายนอกบางอย่าง เชื่อว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมองด้วยอำนาจบางอย่าง เชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตน แต่เป็นความคิดของคนอื่นได้เข้ามาในสมองตน เชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียง ทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของผู้ป่วย

2. อาการประสาทหลอน (Hallucination)

ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ชนิดที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว โดยเสียงแว่วที่ได้ยินอาจเป็นเพียงเสียงหรือคำพูด คำพูดที่พบบ่อย คือเสียงคนพูดว่า หรือสบประมาท หรือพูดเรื่องเกี่ยวกับผู้ป่วย อาจเป็นเสียงคน ๆ เดียว หรือหลายคน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉย ๆ พูดโต้ตอบ หรือรู้สึกกลัว

3. ความผิดปกติของคำพูด

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีปัญหาในด้านความคิดขาดการเชื่อมโยงของเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ ดังนั้นเวลารับฟังผู้ป่วยพูด หรือตอบคำถาม จึงไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง เพราะคำพูดจะไม่ต่อเนื่องกันเป็นเรื่องราว โดยเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเรื่องหนึ่ง

4. ความผิดปกติของพฤติกรรม

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่าง ๆ ตั้งแต่มีพฤติกรรมเหมือนเด็ก จนถึงพลังพ่วนกระวนกระวายอย่างรุนแรง อาจไม่สนใจดูแลตัวเอง แต่งตัวสกปรก หรือแต่งตัวในลักษณะแปลกประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม เช่น ทำ Masturbation ในที่สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้องตะโกน หรือกล่าวคำหยาบ

4.2 อาการทางด้านลบ

ลักษณะของอาการทางด้านลบมีดังต่อไปนี้

1. อารมณ์เฉยเมย สีหน้าของผู้ป่วยเรียบเฉย ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ไม่มีการสบตาหรือการแสดงกิริยาท่าทาง วิธีการตรวจอาการนี้ คือสังเกตดูขณะผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2. พูดน้อยหรือไม่พูด แสดงออกโดยการตอบคำถามสั้น ๆ ใช้คำพูดน้อย และไม่สนใจที่จะตอบ

3. ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ผู้ป่วยไม่สามารถริเริ่มในการทำกิจกรรมทุกชนิด โดยจะนั่งเฉย ๆ เป็นเวลานาน ๆ และไม่สนใจที่จะเข้าร่วมในการทำงาน หรือกิจกรรมด้านสังคม

อาการของผู้ป่วยต้องมีติดต่อกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน และในช่วงเวลาดังกล่าวต้องมีอาการในระยะที่โรคกำลังเป็นรุนแรง (Active phase) อย่างน้อย 1 เดือน

ผู้ป่วยอาจมีอาการไม่สบายนำมาก่อน (Prodromal symptoms) เช่น มีความเชื่อที่แปลก ๆ เช่น คิดว่าคนอื่นพูดเรื่องเกี่ยวกับตน หรือมีความคิดเกี่ยวกับเรื่องลึกลับ หรือมีการรับรู้ผิดปกติ เช่น รับรู้ว่ามีอำนาจที่ลึกลับ คำพูดของผู้ป่วยมักฟังไม่เข้าใจ พูดออกไปนอกประเด็น ขาดเหตุผล มีลักษณะเป็นนามธรรม หรือรูปธรรมมากเกินไป พฤติกรรมมีลักษณะแปลก ๆ เช่น พูดพิมพ์คำคนเดียว หรือเก็บสะสมวัตถุสิ่งของแปลก ๆ และไม่มีค่า นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการคล้ายอาการทางด้านลบ ผู้ป่วยซึ่งเคยมีกิจกรรมเกี่ยวกับสังคมอย่างดีอาจแยกตัวออกจากผู้อื่น ขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ดังเช่นเคย พูดน้อยลง เจ็บข้อม และนอนเฉย ๆ โดยไม่ได้ทำอะไรเลย

5. บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorders) ชนิดของความผิดปกติของบุคลิกภาพมีอยู่หลายกลุ่ม โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายอยู่ในกลุ่ม Borderline Personality Disorder

ลักษณะอาการทางคลินิกกลุ่ม Borderline Personality Disorder³⁷

ผู้ป่วยไม่ยอมรับความจริง โดยกลัวการถูกทอดทิ้ง หรือพลัดพรากจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วยอย่างมาก กลัวว่าจะต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ซึ่งอาจเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงหรือคิดไปเอง ความกลัวนี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกี่ยวกับเอกลักษณ์ อารมณ์ การรับรู้การเข้าใจ (Cognition) และพฤติกรรม มีความรู้สึกหวั่นไหวเป็นอย่างมากเมื่อต้องประสบกับภาวะดังกล่าว และผู้ป่วยอาจทำร้ายตนเอง หรือพยายามฆ่าตัวตาย

ผู้ป่วยขาดการมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีอย่างมาก อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย และรวดเร็ว เปลี่ยนจากรัก เชิดชู เป็นเกลียด ดูถูก จะมีความรู้สึกที่ตีเฉพาะต่อผู้ที่ตนพึ่งพาได้เท่านั้น มีความสับสนเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตนโดยจะเปลี่ยนทั้งเป้าหมาย และคุณค่าของชีวิต แนวความคิด อาชีพ และเรื่องเกี่ยวกับเพศ (Sexual identity) รวมทั้งกลุ่มเพื่อนที่คบกันอยู่จะเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว อาจเปลี่ยนนิสัยจากเดิมซึ่งเคยเป็นคนที่ต้องพึ่งพา และต้องการกำลังใจจากผู้อื่น มาเป็นผู้ที่มีความคิดผูกพยาบาท ส่วนใหญ่จะมองตนเองเป็นคนไม่ดี หรือชั่วร้าย บางขณะอาจคิดว่าไม่มีตัวตนอยู่ในโลก ความรู้สึกดังกล่าวจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยต้องอยู่อย่างโดดเดี่ยว ขาดผู้ช่วยเหลือสนับสนุน มีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่น ควบคุมตัวเองไม่ได้ (Impulsivity) อย่างน้อย 2 อย่าง เช่น เล่นการพนัน ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย รับประทานอาหารมากผิดปกติ (Binge

³⁷ สมภาพ เรื่องตระกูล และ อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, “บุคลิกภาพผิดปกติ,” ในตำราจิตเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 6 (กรุงเทพฯ : สมภาพ เรื่องตระกูล, 2542), หน้า 185.

eating) ใช้สารเสพติด ขับรถโดยประมาท หรือมีเพศสัมพันธ์ที่ละเลยต่อความปลอดภัย มีความคิดหรือพฤติกรรมที่แสดงว่าไม่อยากมีชีวิตอยู่ พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 8-10 ฆ่าตัวตายสำเร็จ อาจทำร้ายตนเอง เช่น ตัดนิ้ว หรือเผาตนเอง และเชื่อว่าฆ่าตัวตายพบได้เสมอ ๆ ซึ่งการทำร้ายตนเองดังกล่าวเป็นการร้องขอความช่วยเหลือ และความเห็นใจจากบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย การทำร้ายตนเองจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่ผู้ป่วยถูกขู่ว่าจะทอดทิ้ง หรือต้องมีความรับผิดชอบเพิ่มขึ้น หรืออาจเกิดในระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการ dissociation

ผู้ป่วยมีอาการแปรปรวนง่าย โดยมีอารมณ์หงุดหงิดง่าย หรือวิตกกังวลอย่างมาก สลับกับอารมณ์โกรธ มีอาการตื่นตระหนก หรือกลัวอย่างมาก (panic) หรือท้อแท้สิ้นหวัง เนื่องจากผู้ป่วยขาดการมีมนุษย์สัมพันธ์ที่ดีอย่างมาก ทำให้รู้สึกเบื่อหน่ายเจ็บเหงาเปล่าเปลี่ยว อยู่เสมอ ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์โกรธของตนได้และจะรู้สึกโกรธมากเมื่อไม่ได้รับความสนใจ ความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลที่คาดหวัง ภายหลังจากต่อมาผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกผิด ซึ่งจะเสริมความคิดของผู้ป่วย ว่าตนเป็นคนไม่ดี และชั่วร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยชอบพูดจาเสียดสีผู้อื่น และมีความรู้สึกขมขื่นใจอยู่ลึก ๆ

6. ภาวะการปรับตัวผิดปกติ (Adjustment Disorders) โดยกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายอยู่ในกลุ่ม Adjustment Disorders with Depressed Mood

ลักษณะอาการทางคลินิกกลุ่ม Adjustment Disorders with Depressed Mood

อาการสำคัญคือ เมื่อมีปัญหาทางด้านจิตใจหรือความเครียด ผู้ป่วยจะรู้สึกไม่แจ่มใส กังวล ไม่สบายใจ ครุ่นคิด มีอารมณ์เศร้า พฤติกรรมก้าวร้าว เสียใจ เบื่ออาหาร

การรักษา

ประเทศไทยได้มีการตั้งโรงพยาบาลแห่งแรกสำหรับดูแลคนไข้โรคจิตที่คลองสาน ธนบุรี ใช้ชื่อว่า “สถานี่ดูแลคนไข้โรคจิต” ได้เปิดรับคนไข้ครั้งแรก 30 คน เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2432 การดูแลใช้วิธีกักขัง คนคลั่งก็ถูกล่ามโซ่ตรวน มีการรักษาโดยใช้ยาต้ม ยานัตถ์ และเวทย์มนต์คาถา³⁸ โดยในปี พ.ศ. 2448 ได้มีการรวมสถานี่ดูแลคนไข้โรคจิตไว้ในโรงพยาบาลคนเสียจริตปากคลองสานแต่การดูแลก็ไม่แตกต่างจากเดิมมากนัก และหลังจากที่ได้เริ่มมีการสร้างโรงพยาบาลคนเสียจริต ขึ้นใหม่ในปี พ.ศ. 2455 ก็ได้มีการเปลี่ยนวิธีการดูแลจากแบบคุมขังและการรักษาแผนโบราณมาเป็นการรักษาด้วยยาตามแบบใหม่ เลิกการล่ามโซ่ และมีความพยายามที่จะจัดให้เป็นรูปโรงพยาบาล

³⁸ วีระ ไชยศรีสุข, สุขภาพจิต, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ : ต้นอ่อน แกรมมี่, 2539), หน้า 21.

อย่างแท้จริง ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลโรคจิตธนบุรี และมีการขยายงานสุขภาพจิตในรูปของโรงพยาบาลจิตเวชเพิ่มขึ้น 4 แห่งทุกภาค คือ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลสวนปรุง เชียงใหม่ โรงพยาบาลศรีบุญญา นนทบุรีและโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี³⁹ โดยเริ่มมีการตรวจวินิจฉัยทางจิตเวชด้านวิชาการสมัยใหม่ การรักษามีการใช้ ยา Paraldehyde, Barbitol, Hyoscine , Metrazol Shock Treatment, Insulin Shock Treatment และการรักษาด้วยไฟฟ้า และตั้งแต่ปี พ.ศ.2497 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งมีโรงพยาบาลสมเด็จพระยา และโรงพยาบาลจิตเวชอื่นๆ การรักษาทางกาย เริ่มมีการใช้ยาทางจิตเวชโดยเฉพาะ การผ่าตัดสมองและการรักษาด้วยแสงไฟ ส่วนการรักษาทางด้านจิตใจมีการใช้ วิธีจิตบำบัด พฤติกรรมบำบัด เป็นต้น และมีการพัฒนาการรักษาทางสังคมโดยใช้ ครอบครัวบำบัด นิเวศน์บำบัด เป็นต้น

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตาย โดยทั่วไป มักใช้วิธีการรักษาหลายประเภผสมผสานกัน

การรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การรักษาทางร่างกาย (Somatic treatment)

การรักษาประเภทนี้ได้แก่ การรักษาโดยใช้วิธีการทางชีวภาพ หรือสรีระวิทยา เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เช่น จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy), การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy), การรักษาด้วยแสงไฟ (Light therapy) และจิตศัลยกรรม (Psychosurgery)

1.1 จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacotherapy) คือ

การใช้ยาในทางจิตเวชศาสตร์ หรือในผู้ป่วยที่มีความแปรปรวนทางจิตใจ (Mental disorders) โดยวิธีการดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตมีอาการดีขึ้นเร็ว และสามารถออกจากโรงพยาบาลไปสู่สังคมภายนอกได้ในระยะเวลาอันสั้น⁴⁰

³⁹ วรลักษณ์ ธีราโมกษ์, “ประวัติความเป็นมาของงานจิตเวช,”วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 34 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2532) : 271.

⁴⁰ จำลอง ดิษยวณิช, การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเวช, พิมพ์ครั้งที่ 1 (เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2531), หน้า 52.

ยาประเภทจิตเภสัชบำบัดที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย สามารถจำแนกตามความเจ็บป่วยทางจิตได้ดังนี้

ความเจ็บป่วยทางจิต	กลุ่มอาการ	กลุ่มยาตามอาการที่ปรากฏ
1. ความผิดปกติทางอารมณ์ หรือ Mood Disorders	- Depressive Disorders - Bipolar Disorders	- Tricyclics (imipramine amitriptyline และ nortriptyline) - SSRIs (fluoxetine, paroxetine, sertraline, fluvoxamine) - Lithium หรือ Carbamazepine รักษาได้ผลดีในระยะ Mania และให้ antipsychotic ร่วมด้วย ในระยะ depressed อาจให้ antidepressant ร่วมด้วย
2. ความวิตกกังวลผิดปกติ หรือ Anxiety Disorders	- Panic Disorder และ Agoraphobia - Obsessive – Compulsive Disorder	- Tricyclics Antidepressant (imipramine, clomipramine, benzodiazepine, clonazepam) - clomipramine ในกรณีที่มีผู้ป่วยทนผลข้างเคียงของยา clomipramine ไม่ได้ เช่น ง่วงนอน ความดันเลือดตก และ anticholinergic side effects จึงเปลี่ยนไปใช้ยาในกลุ่ม SSRIs เช่น fluoxetine หรือ กลุ่ม RIMA เช่น moclobemide
3. การติดสารชนิดใดชนิดหนึ่ง หรือหลายชนิด หรือ Substance Use Disorders	- Alcohol Dependence	- Disulfuram (antabuse)
4. โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia	-	- chlorpromazine, haloperidol benzodiazepine
5. บุคลิกภาพผิดปกติ หรือ Personality Disorders	- Borderline Personal Disorder	- ตามอาการเช่น ถ้ามีอาการซึมเศร้า ก็ใช้ยา antidepressants เป็นต้น
6. ภาวะการปรับตัวผิดปกติ หรือ Adjustment Disorders	- Adjustment Disorder with Depressed Mood	- lorazepam, nortriptyline, fluoxetine

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) หรือ ECT

การรักษาด้วยไฟฟ้า ใช้รักษาโรคทางจิตเวชหลายชนิดได้ดี โดยเฉพาะอาการซึมเศร้าอย่างรุนแรงและโรคจิตเภทชนิด catatonia หรือ อาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน แม้ในปัจจุบันนิยมใช้ยาจิตเภสัชบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชเป็นส่วนใหญ่ แต่การรักษาด้วยไฟฟ้าก็ยังได้ผลและจำเป็นในหลายโรค⁴¹

ECT ใช้ในการรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย จำแนกตามความเจ็บป่วยทางจิต ดังนี้⁴²

1. ความผิดปกติทางอารมณ์ หรือ Mood Disorders

- อาการซึมเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้าใช้รักษาได้ผลดีมากในผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่รุนแรง หรือมีอาการของโรคจิตด้วย และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย อาการที่จะได้ผลดีคือนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร อารมณ์เพศลดลง ความรู้สึกไร้ค่า สิ้นหวัง ความคิดตำหนิและโทษตัวเอง ความคิดฆ่าตัวตาย อาการเชื่องช้า หรือพลุ่งพล่าน กระวนกระวาย และอาการหลงผิดคิดว่าเป็นโรคทางกาย (Hypochondriac delusion)

- Mania หรือบ้าคลั่ง การรักษาด้วยไฟฟ้าจะลดการเคลื่อนไหวมาก และอาการพลุ่งพล่าน กระวนกระวายให้เป็นปกติได้

2. โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia ชนิดที่ได้ผลดีต่อการรักษาด้วยไฟฟ้า คือ catatonia

1.3 การรักษาด้วยแสงไฟ (Light therapy)

การรักษาด้วยแสงไฟ (Light therapy) เป็นการรักษาด้วยการนำผู้ป่วยตากแสงจ้าที่ประดิษฐ์ขึ้น (Bright artificial light) ทุกวัน

การตากแสงจะรบกวน bodily rhythm เช่น รบกวนการคิดหลังฮอริโมน และรบกวนการนอนหลับ การรบกวนจะขึ้นกับว่าเกิดขึ้นที่เวลาใด เป็นต้นว่าการตากแสงในช่วงเช้าจะทำให้เกิด phase advance คือทำให้จังหวะต่าง ๆ รุดหน้าเร็วขึ้น การตากแสงในช่วงเย็นจะทำให้เกิด phase delay คือ ทำให้จังหวะต่าง ๆ ช้าออกไป

การตากแสงที่ประดิษฐ์ขึ้นทำให้ผู้ป่วย Major Depressive Disorder with Seasonal Pattern ดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยมี circadian rhythm ที่ช้ากว่าปกติ การตากแสงในช่วงเช้าจะทำให้ circadian rhythm กลับสู่ปกติ และอาจจะส่งผลทำให้อารมณ์ซึมเศร้าดีขึ้น

⁴¹ สมภพ เรื่องตระกูล, คู่มือจิตเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 5 (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2536), หน้า 179.

⁴² เรื่องเดียวกัน.

ฤทธิ์ที่ไม่พึงประสงค์จากการตากแสงที่ประดิษฐ์ขึ้น ได้แก่ ปวดศีรษะ ปวดตา หงุดหงิด อากา
 รดังกล่าวจะลดลงถ้าให้ผู้ป่วยตากแสงแดดด้วยระยะเวลาสั้นลง

1.4 จิตศัลยกรรม (Psychosurgery)

จิตศัลยกรรม (Psychosurgery) เป็นการผ่าตัดสมองเพื่อลดอาการให้แก่
 ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรงมากที่สุด และป่วยเรื้อรังมานานกว่า 5 ปี อาจจะเป็นการผ่าตัดที่
 บริเวณที่เป็นรอยโรค (Lision-specific) ในสมอง ปัจจุบันความนิยม Psychosurgery ได้เพิ่มขึ้น
 เนื่องจากวิทยาการเกี่ยวกับการผ่าตัดสมองดีขึ้น การวินิจฉัยโรคแม่นยำขึ้น และความรู้เกี่ยวกับ
 การกำหนดตำแหน่งของสมองที่น่าจะเป็นรอยโรคดีขึ้น

Major Depressive Disorder ที่รักษาไม่หายและเป็นอย่างเรื้อรังนานเกิน
 5 ปี อาจจะได้ดีขึ้นด้วย Psychosurgery ยิ่งถ้ามี Vegetative symptom และอาการวิตกกังวลยิ่งจะ
 ได้ผลดี ผู้ป่วย Major Depressive Disorder ชนิดรุนแรงและเรื้อรัง ประมาณร้อยละ 50-70 จะดี
 ขึ้นด้วย Psychosurgery อาการที่ดีขึ้นจะนาน 1-2 ปี ผู้ป่วยมักจะตอบสนองต่อเภสัชบำบัดดีขึ้น
 กว่าก่อนหน้าการผ่าตัด ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 1 จะมีอาการชักหลังผ่าตัด อาการชักรักษาได้
 ด้วยยาฟีนีโทอิน (Phenytonin) ผู้ป่วยมักจะมีค่าไอคิว (IQ) สูงขึ้นเพราะมีสมาธิดีขึ้น

2. การรักษาทางจิตใจ (Psychological treatment)

การรักษาประเภทนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยวิธีการทาง
 จิตใจโดยการอาศัยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้รักษาโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยผู้ป่วย
 ที่มีความผิดปกติทางจิตใจและอารมณ์ให้รู้จักเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อจะได้ปรับตัวต่อ
 สิ่งแวดล้อมได้ โดยหลักการรักษาทางจิตใจมักต้องใช้ในการรักษาสมาคมผสมผสานกับวิธีการรักษาประเภท
 อื่นคือ การใช้จิตเภสัชบำบัด และหรือการรักษาทางสังคม

2.1 จิตบำบัดแบบประคับประคอง (Supportive psychoanalysis)

จิตบำบัดแบบประคับประคองมุ่งหมายเพื่อบรรเทาอาการผู้ป่วยทันทีที่
 หรือแก้ปัญหาโดยเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่ง ช่วยให้คืนสู่สภาวะสมดุลทางจิตใจ เพิ่มกลวิธีทาง
 จิตให้แข็งแรงขึ้น จัดการกับปัญหาในระดับจิตสำนึก ลดความกดดันจากสิ่งแวดล้อมภายนอก และ
 แนะนำวิธีใหม่ที่ดีกว่าในการควบคุมอารมณ์

ข้อบ่งชี้ของจิตบำบัดชนิดนี้ในการรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะ
 ฆ่าตัวตาย คือ

1. ในผู้ป่วยที่แสดงท่าทีคุกคาม หรือเป็นอันตรายต่อตนเองอย่างรุนแรง
 จิตบำบัดชนิดนี้อาจช่วยป้องกันแรงกระตุ้นที่จะทำร้ายตนเอง (Suicidal impulse) ทำให้ความวิตก
 กังวลอย่างรุนแรงและสุดขีดสงบลง

2. ในผู้ป่วยซึ่งไม่สามารถจะทนต่อความวิตกกังวลและความปวดร้าวที่เกิดขึ้นเมื่อมีการชุดค้นลงไปถึงความขัดแย้งในจิตไร้สำนึก จิตบำบัดชนิดนี้จะช่วยเปลี่ยนกลไกทางจิตบางอย่างให้เหมาะสมมากขึ้น เช่นผู้ป่วย Schizophrenia, Major Depressive Disorder

2.2 พฤติกรรมบำบัด (Behavior therapy)

การรักษาด้วยวิธีนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ปรับตัวไม่ดี (Maladaptive) ไม่เหมาะสม (Inappropriate) โดยใช้กรรมวิธีที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ใหม่แทนของเดิมที่ผิดปกติ

2.3 การรักษาด้วยการรู้ (Cognitive therapy)

เป้าหมายของการรักษาด้วยวิธีนี้คือ การช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจในความเชื่อและความคิดที่ไม่มีเหตุผล และผู้รักษาต้องพยายามช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขความบิดเบือนความคิดและพฤติกรรมผิดปกติซึ่งเป็นผลมาจากความคิดดังกล่าว

ข้อบ่งชี้ของ Cognitive therapy ในผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย คือ ผู้ป่วย Anxiety Disorders และใช้รักษาเสริม (Adjunctive treatment) ในผู้ติดสารเสพติดและช่วยเพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา (Compliance with medication) ของผู้ป่วย

ปัจจุบันมีการนำเอาเทคนิคของพฤติกรรมบำบัดมาผสมผสานกับ Cognitive therapy โดยเรียกว่า Cognitive-behavior therapy

3. การรักษาทางสังคม (Social treatment)

การรักษาประเภทนี้ เป็นการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยทางจิต

3.1 จิตบำบัดกลุ่ม (Group psychotherapy)

จิตบำบัดกลุ่ม เป็นการรักษาความแปรปรวนทางจิตใจและพฤติกรรมโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการหรือกลไกกลุ่ม (Group processes or mechanisms) การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมอาจอยู่ในขอบเขตที่จำกัดหรือขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่จำเพาะเจาะจงบางอย่าง แต่ในเวลาเดียวกัน กระบวนการกลุ่มอาจช่วยส่งเสริมพัฒนาการและความงอกงามของบุคลิกภาพให้ดีขึ้น⁴³ วิธีการ เช่น การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การระบายความไม่สบายใจ การช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม หรือชุมชนที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น

⁴³ จำลอง ดิษยวณิช และ พร็ิมเพรา ดิษยวณิช, "การรักษาทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่," ในตำราจิตเวชศาสตร์ (เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2542), หน้า 554.

ผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายที่เหมาะสมกับจิตบำบัดกลุ่ม คือ Substance Use Disorders โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตที่ติดเหล้า

3.2 ครอบครัวบำบัด (Family therapy)

ครอบครัวบำบัด มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้การกระทำหน้าที่ของครอบครัวทั่ว ๆ ไป ดีขึ้น และมีการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพื่อลดปัญหาหรือความไม่ลงรอยกันที่เกิดขึ้น เพื่อส่งเสริมครอบครัว พัฒนาทักษะ แก้ไขปัญหา และในการรับมือกับความเครียดของชีวิต ซึ่งรวมถึงความเจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต และเพื่อรักษาหรือลดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือรักษา หรือลดอารมณ์ที่ผิดปกติของสมาชิกในครอบครัว วิธีการเช่นผู้รักษาทำให้ตนเองเข้ากับครอบครัวของผู้ป่วยและทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยในการแก้ไขปัญหาโดยการให้สมาชิกให้ข้อมูลจนกระทั่งผู้รักษาสาารถนำมาประเมินได้ว่าครอบครัวทำให้ผู้ป่วยทางจิตได้อย่างไร และครอบครัวมีผลอย่างไรต่อการดำเนินโรค หลังจากนั้นให้สมาชิกในครอบครัวทุกคนมานั่งพร้อมหน้ากันอภิปรายปัญหาเพื่อให้สมาชิกสามารถบรรลุข้อสรุปร่วมกันและนำไปปฏิบัติเพื่อแก้ไข้ปัญหา

3.3 คู่สมรสบำบัด (Marital therapy)

วิธีการนี้คือ การให้การรักษาทางจิตใจแก่สามี ภรรยา พร้อม ๆ กัน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ทั้ง 2 ฝ่าย ร่วมมือกันในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

3.4 นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy)

การรักษาโดยใช้สิ่งแวดล้อมช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีอาการดีขึ้น การรักษาเน้นไปที่การปรับปรุง และการดัดแปลงสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย (Wards), โรงพยาบาล (Hospitals) หรือสถาบัน (Institutions) ให้เหมาะสมกับสภาพจิตใจของผู้ป่วย

การรักษาทั้ง 3 ประเภท ดังกล่าวมานี้ มักใช้วิธีการร่วมกันในการรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งจะได้ผลดีกว่าการรักษาด้วยวิธีการประเภทใดประเภทหนึ่งแต่เพียงอย่างเดียว

จากการศึกษาในบทนี้แสดงให้เห็นถึง

1. แนวความคิดทางกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายในอดีต ซึ่งมี 2 แนวความคิด คือ แนวความคิดที่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิดทางอาญา และแนวความคิดที่ถือว่าการฆ่าตัวตายไม่มีความผิดทางอาญา โดยแนวความคิดแรกส่วนใหญ่ได้รับอิทธิพลจากศาสนาคริสต์ ที่ถือว่าการทำลายชีวิตมนุษย์ที่พระเจ้าประทานให้โดยการฆ่าตัวตายเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย (Unlawful) และเป็นผลเสียหายในทางเศรษฐกิจจึงมีการออกกฎหมายเพื่อที่จะทำการปรับไหมทรัพย์สินของบุคคลที่ฆ่าตัวตาย อันจะทำให้ฐานะทางการเงินของประเทศมั่นคง ซึ่งต่อมากฎหมายของประเทศที่มีแนวความคิดแรกส่วนใหญ่มีบทบัญญัติลงโทษจำคุกผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังจากนั้นประมาณศตวรรษที่ 19 หลังจากที่ Sigmund Freud, Meninger,

Edwin Schneidman and Neal Farberow ได้ศึกษาทางจิตเวชศาสตร์ (Psychology) พบว่าการฆ่าตัวตายส่วนหนึ่งเกิดจากความรู้สึกซึมเศร้า หรือเป็นการลงโทษตัวเอง หรือเป็นวิธีการที่จะหนีความซึมเศร้าจริงๆ ท้อแท้ หมดหวัง หรือเนื่องมาจากโรคจิต ประกอบกับมีการพัฒนาทางการแพทย์ด้านจิตเวชศาสตร์ (Psychology) มากขึ้น ต่อมาประเทศที่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิดทางอาญา เริ่มที่จะเห็นว่าการลงโทษทางอาญาผู้ที่กระทำผิดฐานฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย ไม่สามารถป้องกันไม่ให้ผู้นั้นพยายามฆ่าตัวตายอีก เนื่องจากบุคคลที่พยายามฆ่าตัวตายส่วนใหญ่มีปัญหาทางจิตใจ จึงมีการยกเลิกกฎหมายลงโทษผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย เช่น พระราชบัญญัติ Suicide Act 1961 ของประเทศอังกฤษ เป็นต้น ส่วนแนวความคิดที่สองที่ไม่ได้รับอิทธิพลทางศาสนาคริสต์ เห็นว่า ผู้ที่ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย เป็นผู้ที่มีปัญหาทางอารมณ์ จิตใจ และสังคม จึงถือว่าการฆ่าตัวตายไม่เป็นความผิดทางอาญา สำหรับประเทศไทยก็ไม่ถือว่าการฆ่าตัวตายเป็นความผิดทางอาญาตามแนวความคิดที่สอง แต่ในสมัยต้นรัตนโกสินทร์ มีกฎหมายลงโทษและปรับใหม่บุคคลในบ้านเรือนที่อยู่ใกล้เคียงกับสถานที่ที่มีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นโดยปริณทณตหกสิบตัวช้โดยรอบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าในอดีตประเทศไทยให้ความสำคัญกับทรัพยากรมนุษย์ดังนั้นการฆ่าตัวตายจึงเป็นสิ่งต้องห้ามและสังคมต้องเดือดร้อนจากการฆ่าตัวตาย

2. แนวความคิดการใช้อำนาจรัฐ และ “สิทธิที่จะตาย” กับการฆ่าตัวตาย

รัฐเสรีประชาธิปไตย มีหน้าที่ตามรัฐธรรมนูญในการให้การรับรองและคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน การจำกัดสิทธิและเสรีภาพจะกระทำมิได้เว้นแต่เพื่อรักษาไว้ซึ่งประโยชน์สาธารณะส่วน “สิทธิที่จะตาย” (Right to Death) โดยการฆ่าตัวตาย ขัดแย้งกับสิทธิ

ในชีวิต (The right to life) และไม่เป็นสิทธิตามกฎหมายที่ขัดแย้งแต่เป็นสิทธิที่แทรกอยู่หรือเป็นส่วนหนึ่งของสิทธิตามกฎหมายอื่น คือ สิทธิส่วนบุคคล (The right of privacy) ที่จะเป็นอิสระจากการล่วงละเมิด โดยไม่มีเหตุผลจากบุคคลอื่นหรือรัฐ และสิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา (The patient's right to refuse treatment) ที่รัฐให้การรับรองและคุ้มครอง อย่างไรก็ตาม ผลประโยชน์สาธารณะที่รัฐได้รับจากการปกป้องรักษาชีวิตของผู้ป่วยทางจิตย่อมเหนือกว่า “สิทธิที่จะตาย” (The right to death) โดยการฆ่าตัวตาย เนื่องจากการฆ่าตัวตาย ก่อให้เกิดความเสียหายอย่างมากต่อสังคมและรัฐ จึงทำให้รัฐมีอำนาจบัญญัติกฎหมายบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยทางจิต

จากวิวัฒนาการของแนวความคิดทางกฎหมายเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย และการพัฒนาทางด้านการแพทย์ จนถึงปัจจุบัน สาเหตุของการฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย พบว่า ส่วนใหญ่มาจากความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็นความผิดปกติทางอารมณ์ (Mood Disorders), ความวิตกกังวลผิดปกติ (Anxiety Disorders), การติดสารชนิดใด

ชนิดหนึ่ง หรือหลายชนิด (Substance Use Disorders), โรคจิตเภท (Schizophrenia), บุคลิกภาพผิดปกติ (Personality Disorders) และ ภาวะการปรับตัวที่ผิดปกติ (Adjustment Disorders) โดยความเจ็บป่วยทางจิตดังกล่าว มีแนวโน้มมากขึ้น เนื่องจากมีหลายสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตได้ง่าย ได้แก่ ทางกรรมพันธุ์, ทางร่างกาย และสิ่งแวดล้อม แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันด้วยการพัฒนาทางการแพทย์ ความเจ็บป่วยทางจิตดังกล่าวสามารถรักษาให้ดีขึ้นด้วยวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ แต่กระบวนการนำตัวผู้ป่วยทางจิตมารักษา กลับมีข้อจำกัดทางกฎหมาย เช่น ปัญหาเรื่องสิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษาโดยผู้ป่วยมักจะไม่คิดว่าตนเองต้องรักษาหรือไม่ยอมรับความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งอาจทำให้แพทย์ไม่สามารถทำหน้าที่ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจาก หากมีการปฏิเสธดังกล่าว และแพทย์กระทำการรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ ที่อาจเป็นอันตรายต่อชีวิต หรือ ร่างกาย ของผู้ป่วย แพทย์อาจมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดชอบต่อ เช่น ฐานทำร้ายร่างกาย เป็นต้นและความรับผิดชอบทางแพ่งฐานละเมิด สิ่งเหล่านี้ จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษา ประกอบกับการรักษาความเจ็บป่วยทางจิต ส่วนใหญ่จะต้องใช้ระยะเวลาานพอสมควร ซึ่งแพทย์เองไม่สามารถกักตัวผู้ป่วยไว้รักษาเว้นแต่จะมีกฎหมายให้อำนาจ

การใช้อำนาจรัฐในการบัญญัติกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะการฆ่าตัวตาย เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะความเจ็บป่วยทางจิตและแก้ไขปัญหาก็กล่าวถึงข้างต้น มาจากแนวความคิด *Parens Patriae*, ความสำคัญในเรื่องผลประโยชน์แห่งสาธารณชนที่เหนือกว่า “สิทธิที่จะตาย” โดยการฆ่าตัวตาย ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ “สิทธิส่วนบุคคล” และ “สิทธิของผู้ป่วยที่จะปฏิเสธการรักษา” นอกจากนี้การบำบัดรักษาผู้ป่วยก็เป็นการรับรองสิทธิของผู้ป่วยทางจิตในฐานะพลเมืองตามรัฐธรรมนูญที่จะได้รับการส่งเสริมทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพด้วย โดยต่างประเทศมีกฎหมายสุขภาพจิต ที่กำหนดกระบวนการนำส่งตัวผู้ป่วยมาบำบัดรักษา และการรักษาทางการแพทย์ เป็นต้น ส่วนของประเทศไทยก็มีร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ยึดถือตามแนวทางของต่างประเทศ ซึ่งเกิดจากแนวคิดการใช้อำนาจรัฐ โดยผู้เขียนจะได้ศึกษาถึง อำนาจหน้าที่ของรัฐในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายทั้งของไทยและต่างประเทศ รวมถึงร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต ในบทต่อไป

บทที่ 3

อำนาจและหน้าที่ของรัฐในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย

บทนี้จะทำการศึกษากฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศสหรัฐอเมริกา, อังกฤษ และญี่ปุ่น ที่ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพแก่พลเมืองของรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอังกฤษ แต่ประเทศดังกล่าวก็มีมาตรการทางกฎหมายในการจำกัดสิทธิเสรีภาพของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่อาจทำอันตรายตนเองหรือฆ่าตัวตายโดยการบังคับรักษา โดยผู้เขียนจะศึกษากฎหมายสุขภาพจิตของประเทศดังกล่าวที่เกี่ยวข้องกับการให้อำนาจและหน้าที่แก่รัฐในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย และศึกษากฎหมายรัฐธรรมนูญและกฎหมายอื่นของไทยที่เกี่ยวข้องว่าให้อำนาจและหน้าที่อย่างไร สามารถนำมาปรับใช้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายได้เพียงใด

อำนาจหน้าที่ของรัฐในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายในต่างประเทศ

1. อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย

ในส่วนนี้จะกล่าวถึงการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพตามกฎหมายรัฐธรรมนูญของต่างประเทศ เพื่อแสดงให้เห็นถึงประเทศที่ให้ความสำคัญในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพแก่พลเมืองของรัฐ โดยศึกษากฎหมายรัฐธรรมนูญของประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศอังกฤษ และประเทศญี่ปุ่น

1.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

สหรัฐอเมริกาสมัยเป็นเมืองขึ้นของประเทศอังกฤษมีชาวอังกฤษเดินทางไปยังดินแดนอเมริกาซึ่งเป็นผู้เกิดทุนในสิทธิเสรีภาพ รวมถึงเสรีภาพในการตัดสินใจตนเอง (Right to self determination) โดยชาวอาณานิคมเรียกเสรีภาพนี้ว่าเป็น “สิทธิเสรีภาพตามธรรมชาติ” (natural right) ต่อมาได้วิวัฒนาการเป็นส่วนหนึ่งของ “สิทธิมนุษยชน” (human right)

ชาวอาณานิคมได้รับอิทธิพลโดยการเสริมสร้างแนวความคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนจากชาวอังกฤษ นักนิติศาสตร์ และนักปรัชญาในยุโรปเป็นส่วนใหญ่ เช่น จอห์น ลอค (John Locke) ฮิวโก โกรติอุส (Hugo Grotius) เป็นต้น แต่ตามประวัติศาสตร์ รัฐธรรมนูญอเมริกันนั้นมิได้กำหนดเรื่องสิทธิไว้ เนื่องจากเชื่อว่ารัฐธรรมนูญได้กำหนดการแบ่งแยกอำนาจไว้แล้ว อันเป็นการจำกัดการใช้อำนาจเกินขอบเขตของรัฐบาลอยู่แล้ว อย่างไรก็ตามรัฐธรรมนูญก็ได้ปรับและเปลี่ยนแปลงไปตามกาลเวลา ในปี ค.ศ. 1791 รัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกาจึงได้กำหนดเป็นบทแก้ไขที่ 1-10

ซึ่งเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ได้แก่ สิทธิต่าง ๆ ต่อมารัฐธรรมนูญได้ขยายขอบเขตเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนไปสู่มลรัฐต่างๆ อันเป็นการควบคุมรัฐบาลมลรัฐในการที่ใช้อำนาจเป็นขอบเขตกับประชาชนในรัฐนั้น¹ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการรับรอง และคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนอย่างกว้างขวาง

ปัจจุบันรัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกาได้ให้หลักประกันสิทธิและเสรีภาพของปัจเจกชนมากขึ้น โดยมีการแก้ไขบทบัญญัติรัฐธรรมนูญ* ให้บุคคลที่เกิดหรือมีสัญชาติอเมริกันเป็นพลเมืองของสหรัฐอเมริกาและของมลรัฐที่อาศัยอยู่ โดยไม่มีมลรัฐใดจะบัญญัติหรือบังคับใช้กฎหมายใด ๆ ซึ่งทำให้สิทธิพิเศษหรือความคุ้มกันของพลเมืองของสหรัฐอเมริกาด่น้อยลง หรือจะไม่มีมลรัฐใดจำกัดสิทธิเสรีภาพ หรือทรัพย์สินโดยปราศจากกระบวนการอันชอบธรรมตามกฎหมายและในรัฐธรรมนูญของมลรัฐต่าง ๆ ก็ได้บัญญัติรับรองสิทธิดังกล่าวไว้เช่น

มลรัฐ Washington DC. บัญญัติว่า “ไม่มีบุคคลใดถูกตัดสิทธิในชีวิต, เสรีภาพ... โดยปราศจากกระบวนการอันชอบธรรมตามกฎหมาย”

มลรัฐ New York บัญญัติว่า “สิทธิของบุคคลที่จะได้รับความปลอดภัยในตัวตนจากการยึดโดยไม่มีเหตุผล จะไม่ถูกฝ่าฝืน...”

มลรัฐ Connecticut บัญญัติว่า “ประชาชนจะได้รับความปลอดภัยในตัวตนจากการยึดโดยไม่มีเหตุผล...” เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม ประเทศสหรัฐอเมริกาก็ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต โดยมีมาตรการทางกฎหมายในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของผู้เจ็บป่วยทางจิต เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยโดยตรากฎหมายสุขภาพจิตในมลรัฐต่าง ๆ ซึ่งไม่ขัดแย้งกับบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญของมลรัฐและรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกาทั้งนี้ตามคำวินิจฉัยของ Supreme Court of Errors of Connecticut, 1968 ในคดี Mayock v Martin สรุปว่า “การกักตัวผู้ป่วยทางจิตซึ่งอาจทำอันตรายต่อตนเองไว้สำหรับการรักษาตามกฎหมายไม่เป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยตามรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกาและของมลรัฐ Connecticut”²

¹ โภคิน พลกุล, “เสรีภาพของปัจเจกชน,” ในรัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกา...ทัศนะจากเมืองไทย (กรุงเทพฯ : วริยา ศ. ชินวรรณโณ, ชัยชนะ อิงคะรัก, 2533), หน้า 134-135.

* The constitutional of United States Amendment IV บัญญัติว่า “สิทธิของประชาชนที่จะได้รับความปลอดภัยในตัวตน จากการยึดโดยไม่มีเหตุผล จะไม่ถูกฝ่าฝืน” โดยคำว่า “การยึด” ศาลสูงสุดของสหรัฐอเมริกาตีความว่าเป็น “การยึดตัวบุคคล”(seizure of person) และขณะเดียวกันก็ได้กำหนดมาตรฐานคำว่า “โดยไม่มีเหตุผล” (unreasonable) อย่างเคร่งครัด

² Miller, Dawson, Dix and others, The Mental Health Process, p.1516.

1.2 ประเทศอังกฤษ

รัฐธรรมนูญของประเทศอังกฤษเป็นแม่แบบของการปกครองระบอบประชาธิปไตยสมัยใหม่ที่มีรากฐานทางประวัติศาสตร์ที่ยาวนานกว่ารัฐธรรมนูญของประเทศอื่น ๆ ในตะวันตก ในด้านที่เกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพของพลเมืองอังกฤษเริ่มต้นมีหลักประกันมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 13 โดยอาศัยกฎบัตร (Magna Carta) ซึ่งได้วิวัฒนาการต่อมาจนกลายเป็นกฎหมายทั่วไปใน Common Law³

ข้อกำหนดในมหาบัตรค่อย ๆ วิวัฒนาการไปเป็นมูลบทของสิทธิตามธรรมชาติในเวลาต่อมา และกลายเป็นหลักการพื้นฐานของสิทธิเสรีภาพของชาวอังกฤษ ซึ่งประเทศอื่น ๆ ได้นำไปบัญญัติเป็นหลักการในรัฐธรรมนูญลายลักษณ์อักษรของตน Magna Carta เป็นมูลบทของสิทธิเสรีภาพในสมัยใหม่ 4 ประการ คือ⁴

- 1) หลักความเสมอภาคภายใต้กฎหมาย
- 2) สิทธิเสรีภาพส่วนตัว
- 3) สิทธิในทรัพย์สิน
- 4) สิทธิที่จะเคลื่อนไหวไปมาโดยเสรี

มหาบัตร (Magna Carta ค.ศ. 1215) ส่วนหนึ่งมีสาระสำคัญในการให้ความคุ้มครองแก่สิทธิเสรีภาพขั้นพื้นฐานของชาวอังกฤษ ซึ่งเป็นกฎหมายที่กษัตริย์อังกฤษประกาศรับรู้สิทธิบางประการของชาวอังกฤษ

รัฐธรรมนูญของประเทศอังกฤษในปัจจุบันได้แก่กฎหมายซึ่งกล่าวถึงกฎเกณฑ์การปกครองประเทศที่มีที่มาจากพระราชบัญญัติของรัฐสภา (Acts of Parliament) รวมเรียกว่า Statutes คำพิพากษาของศาลยุติธรรม (Common Law) และจารีตประเพณี (Customs)⁵

แต่เนื่องจากประเทศอังกฤษไม่ได้นำกฎเกณฑ์การปกครองประเทศที่มีสภาพเป็นจารีตประเพณี หรือที่ปรากฏอยู่ในคำพิพากษาของศาล หรือที่มีลักษณะเป็นธรรมเนียมปฏิบัติมาจัดทำเพื่อรวบรวมไว้ในเอกสารฉบับหนึ่งหรือหลายฉบับ ด้วยเหตุนี้ รัฐธรรมนูญของประเทศอังกฤษจึงอยู่ในประเภท “รัฐธรรมนูญที่ไม่ได้รวบรวมไว้เป็นลายลักษณ์อักษร” (Unwritten Constitution) ดังนั้น จึงทำให้ไม่สามารถพบเห็นรัฐธรรมนูญที่กำหนดในมาตราต่าง ๆ แต่

³ สมยศ เชื้อไทย, คำอธิบายหลักรัฐธรรมนูญทั่วไป, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ : โครงการตำราและเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535), หน้า 17.

⁴ เรื่องเดียวกัน, หน้า 21.

⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 32.

จะปรากฏอยู่ในรูปแบบของพระราชบัญญัติต่าง ๆ เช่น พระราชบัญญัติสิทธิมนุษยชน ปี ค.ศ. 1689 พระราชบัญญัติสืบสันตติวงศ์ ปี ค.ศ. 1701 เป็นต้น หรือในรูปของขนบธรรมเนียม

หลักการเบื้องต้นที่สำคัญของรัฐธรรมนูญของอังกฤษก็คือหลักการปกครองโดยกฎหมายหรือ Rule Of Law โดยความหมายหนึ่งหมายถึง “คนอังกฤษถูกปกครองโดยกฎหมายเท่านั้น” ตามหลักการนี้ คนอังกฤษจึงมีสิทธิเสรีภาพในชีวิต ร่างกาย และทรัพย์สินของตนเอง ซึ่งถือได้ว่าเป็นหลักประกันสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล

อย่างไรก็ตาม ประเทศอังกฤษ ก็ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต โดยมีกฎหมายจำกัดสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยทางจิตเพื่อการควบคุมดูแลและป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 เป็นต้นมา โดยบัญญัติใช้ Vagrancy Acts 1713, 1744, The Criminal Lunatics Act 1800 และ The Lunacy Act 1845 เป็นต้น ซึ่งอาศัยอำนาจตามรัฐธรรมนูญและกฎหมาย Common law เช่น ใน Shuttleworth's case (1846) 9 Q.B. 651 และคดี Coleridge J. in R.v. Pinder, Re Greenwood (1855) 24 L.Q.B.148 ศาลให้เหตุผลประกอบคำวินิจฉัยว่า “กฎหมาย Common law โดย The Lunacy Act of 1845 อนุญาตให้รัฐปฏิเสธการปล่อยตัวบุคคลที่จิตไม่ปกติ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเอง”⁶ จากหลักกฎหมายดังกล่าว ปัจจุบันกลายเป็นพระราชบัญญัติสุขภาพจิต หรือ The Mental Health Act 1983

1.3 ประเทศญี่ปุ่น

รัฐธรรมนูญฉบับแรกของญี่ปุ่นคือรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2432 (ค.ศ. 1889) ซึ่งพระเจ้าเมจิ จักรพรรดิแห่งญี่ปุ่นจัดให้มีขึ้น โดยพระองค์ตั้งพระบรมราชปณิธานว่าจะปกครองประเทศตามหลักการแบ่งแยกอำนาจอธิปไตยสมัยใหม่ รัฐธรรมนูญฉบับนี้มีชื่อเรียกเป็นภาษาอังกฤษว่า “Imperial Japanese Constitution Of 1889” อย่างไรก็ตาม รัฐธรรมนูญฉบับนี้ไม่ได้มีลักษณะเป็นประชาธิปไตยมากนัก เพราะยังหวงกั้นพระราชอำนาจบางประการไว้⁷

รัฐธรรมนูญฉบับนี้ได้ใช้สืบมาจนถึงปลายเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2488 (ค.ศ. 1945) จึงได้มีการปฏิรูปเพื่อการปกครองระบอบประชาธิปไตยและจัดทำรัฐธรรมนูญฉบับที่สองขึ้นใหม่⁸ ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญที่มีลักษณะเป็นประชาธิปไตยมากที่สุดฉบับหนึ่ง

⁶ Brenda Hoggett, Mental Health Law (London : Swett & Maxwell, 1996), P.78.

⁷ วิษณุ เครืองาม, กฎหมายรัฐธรรมนูญ, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพ : นิติบรรณการ, 2530), หน้า 160.

⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 160 – 161.

รัฐธรรมนูญแห่งประเทศญี่ปุ่นฉบับปัจจุบันได้กำหนดหลักประกันสิทธิเสรีภาพของประชาชนไว้ดังนี้ “บุคคลใดก็ตาม หากมิได้เป็นไปโดยกระบวนการตามที่กฎหมายบัญญัติ ย่อมไม่ถูกริดรอนซึ่งชีวิตและเสรีภาพ...”⁹

อย่างไรก็ตามประเทศญี่ปุ่นเองก็ได้ให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพจิต โดยมีมาตรการทางกฎหมายในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยทางจิต เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยโดยอาศัยอำนาจตามรัฐธรรมนูญ ตราพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิต เช่นพระราชบัญญัติ Lunatic confinement เป็นต้นซึ่งมีการปรับปรุงแก้ไขเรื่อยมาจนปัจจุบันเป็น The Mental Health Law 1988

2. อำนาจหน้าที่ของรัฐตามกฎหมายสุขภาพจิตในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้มีการฆ่าตัวตาย

ในส่วนนี้จะกล่าวถึงอำนาจหน้าที่ของรัฐในการเข้าไปควบคุมและบังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่ฆ่าตัวตายเพื่อแสดงให้เห็นถึงหลักเกณฑ์ในการบังคับรักษา ตลอดจนสิทธิของผู้ป่วย และหน้าที่ของแพทย์ตามกฎหมายสุขภาพจิต ซึ่งจากการศึกษาของผู้เขียนพบว่ามีผู้ทาวิจัย¹⁰ เกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา (มลรัฐนิวยอร์ก) ประเทศอังกฤษ และประเทศญี่ปุ่นมาแล้ว โดยผู้เขียนจะนำกฎหมายสุขภาพจิตดังกล่าวที่เกี่ยวข้องและที่ศึกษาเพิ่มเติมเพื่อนำมาปรับใช้กับการป้องกันและแก้ไขปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตโดยเฉพาะต่อไป

2.1 ประเทศสหรัฐอเมริกา

2.1.1 ประวัติของกฎหมายสุขภาพจิต

ในช่วง 25 ปีที่ผ่านมาความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพของประชาชนและสุขภาพจิตได้รับความสนใจมากขึ้น โดยก่อนหน้านี้ในช่วงระหว่างปลายศตวรรษที่แล้วและต้น ๆ ศตวรรษนี้ การดำเนินการในเรื่องของสุขภาพประชาชนได้รับความสนใจและมีประสิทธิภาพ ในขณะที่ไม่ได้มีการให้ความสนใจในเรื่องของจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตเท่าใดนัก จนกระทั่งศูนย์บริการผู้อพยพ (The Federal Immigration Services) ได้ให้ความสนใจในเรื่องความเจ็บป่วยทางจิตของผู้อพยพ และได้มีการก่อตั้ง narcotic “farms” ขึ้นหลายแห่ง ต่อมาในปี 1930

⁹ รัฐธรรมนูญแห่งประเทศญี่ปุ่น มาตรา 31 (จากหนังสือรัฐธรรมนูญแห่งประเทศญี่ปุ่น กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2541), หน้า 14.

¹⁰ โดยสุรีย์ จงเสรีจิตต์ เรื่อง “อำนาจหน้าที่ของเจ้าพนักงานในกระบวนการยุติธรรมในการควบคุมตัวผู้ป่วยโรคจิตเภท,” (วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539)

Narcotics Division ของการสาธารณสุขของสหรัฐอเมริกา ได้เปลี่ยนชื่อใหม่เป็น The Division of Mental Hygiene และต่อมา ภายใต้การนำของ Dr. Lawrence Kolb, Sr. (1938-1944) ได้เสนอความคิดเกี่ยวกับสถาบัน National Neuropsychiatric Institute ซึ่งได้ออกเป็นกฎหมายเมื่อวันที่ 3 กรกฎาคม 1946 ที่รู้จักกันในนามของกฎหมายสุขภาพจิตแห่งชาติ (The National Mental Health Act)

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (The Mental Health Act) กำหนดให้มีกองทุนของชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการพัฒนาและการช่วยเหลือรัฐในการใช้วิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดทำให้ การป้องกัน การวินิจฉัย และการรักษาความผิดปกติทางจิต โดยเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบต่อสาธารณสุขของรัฐ (The State Health Authority) จะได้รับเงินช่วยเหลืออย่างเต็มที่ พระราชบัญญัตินี้ได้ให้นิยามคำว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐด้านสุขภาพจิต (State Mental Health Authority) หมายถึง เจ้าหน้าที่ของรัฐด้านสุขภาพจิต (The State Health Authority) ซึ่งกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบสำหรับการบริหารโครงการสุขภาพของรัฐ

ในช่วงปี 1950 ปัญหาด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์อย่างมากกับปัญหาสังคมและมีโครงการสุขภาพจิตหลายโครงการที่มุ่งเน้นไปในแง่ของการป้องกัน รวมทั้งในบางสถานที่ได้ให้การรักษาเบื้องต้น หน่วยงาน NIMH (National Institute of Mental Health) ได้กล่าวว่าปัญหาสังคมมากมายก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาชญากรรม การกระทำความผิดของเด็ก การหย่าร้างและการติดสุราเรื้อรัง

ในปี 1954 รัฐต่าง ๆ ได้เริ่มมีการบัญญัติกฎหมายสุขภาพจิตชุมชน โดยในปีนั้นรัฐนิวยอร์ก ได้ตรากฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิตชุมชนฉบับแรกสุด เพื่อจัดให้มีการสนับสนุนทางการเงินสำหรับกิจกรรมต่าง ๆ ต่อมาในปี 1957 รัฐแคลิฟอร์เนีย และรัฐมินนิโซตา ได้ตราพระราชบัญญัติดังกล่าวด้วย และในรัฐอื่น ๆ ก็มีการบัญญัติกฎหมายขึ้นเพื่อจัดให้มีกองทุนสำหรับสุขภาพจิตชุมชน กฎหมายของรัฐนิวยอร์กต้องการให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตท้องถิ่น (local mental health boards) สำนักงานส่วนกลางของรัฐด้านสุขภาพจิต (the State mental health central offices) ได้ประกาศกฎและข้อบังคับเพื่อใช้เป็นกฎหมาย จัดให้มีการช่วยเหลือทางเทคนิคและรับผิดชอบในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติ

การควบคุมผู้ป่วยในโรงพยาบาลโรคจิต (Committal)

การควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยไม่สมัครใจมีความเป็นมา

ดังนี้

การวางแผนของรัฐบาลสหรัฐอเมริกาในด้านกฎหมายสุขภาพ คือ ให้อำนาจแต่ละรัฐในการบัญญัติกฎหมาย โดยเจตนาจะสนองตอบความต้องการของประชาชนในท้องถิ่นนั้นโดยเฉพาะ โดยทั่วไปรัฐบาลกลางเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับเฉพาะกรณีที่มีปัญหากฎหมายของรัฐละเมิดสิทธิที่ได้รับรองโดยรัฐธรรมนูญของสหรัฐอเมริกา

จนกระทั่งประมาณ 25 ปีที่ผ่านมา มลรัฐส่วนใหญ่มีกฎหมายบังคับตรวจรักษา (commitment law) ซึ่งกำหนดให้แพทย์รับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยไม่สมัครใจ ถ้าแพทย์เห็นว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยปฏิเสธ โดยไม่รู้ว่าตนเองป่วยหรือจำเป็นต้องได้รับการรักษา การบังคับรักษาผู้ป่วยโรคจิตในขั้นแรกต้องมีคำรับรองถึงความจำเป็นต้องได้รับการรักษาจากแพทย์ 1 หรือ 2 คน ผู้ซึ่งเป็นจิตแพทย์ ระยะเวลาในการรักษาแตกต่างกัน แต่สามารถขยายระยะเวลาออกไปได้ถ้ามีข้อบ่งชี้ถึงความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง กฎข้อบังคับอาจแตกต่างกันในแต่ละมลรัฐ แต่แนวโน้มนโยบายพื้นฐานเหมือนกัน คือ ถ้าแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยต้องได้รับการรักษา ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติภายใต้ Parens Patriae Role ของรัฐ เมื่อมีการเคลื่อนไหวในเรื่องสิทธิมนุษยชน และเสรีภาพส่วนบุคคลเพิ่มขึ้น เริ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงจากการให้ความสำคัญในการรักษาผู้ป่วยโดยทางการแพทย์มาเป็นรัฐให้ความสำคัญที่สิทธิของผู้ป่วย การให้คำรับรองถึงความจำเป็นในการรักษาจึงไม่เพียงพออีกต่อไปจะต้องมีการตั้งหลักเกณฑ์ที่แน่นอน แคลิฟอร์เนียเป็นรัฐแรกที่ทำกรเปลี่ยนแปลงและเป็นแบบอย่างสำหรับรัฐอื่น ๆ ด้วย The Lanterman-Petris-Short Act พระราชบัญญัตินี้กำหนดว่าผู้ป่วยต้องเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือไร้ความสามารถ (ต่อมากำหนดเป็นไม่สามารถจัดหาอาหาร เสื้อผ้า หรือที่อยู่อาศัย) เพื่อที่ควบคุมไว้สำหรับการประเมินเบื้องต้นภายในกำหนดเวลา 72 ชั่วโมง ถ้าผู้ป่วยนั้นเป็นอันตรายต่อผู้อื่นควบคุมอยู่ได้ 3 เดือน แต่ถ้าผู้ป่วยมีความคิดฆ่าตัวตายจะได้รับการปล่อยภายใน 31 วัน แนวโน้มในช่วงหลายปีเน้นไปถึงสิทธิของผู้ป่วยและจำกัดการรักษาโดยบังคับ

2.1.2 กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา

ผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องบังคับตรวจรักษาได้แก่ Mental disease, Mental defect (Mental retardation)¹¹

การนำเข้ารักษาในโรงพยาบาล (Hospitalization)

การที่ผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลโรคจิตหรือเป็นผู้ป่วยในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไป โดยความสมัครใจเป็นสิ่งที่ดีกว่าการบังคับนำเข้ารักษาในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามในทุกรัฐก็จัดให้มีรูปแบบของการนำเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ ซึ่งปกตินำมาใช้เมื่อผู้ป่วยจิตเวช (Psychiatric Patients) แสดงให้เห็นว่าเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้ป่วยอื่นในระดับที่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

¹¹ ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, “แนวคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตของไทย,” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 42 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2540) : 162.

วิธีการรับไว้ในโรงพยาบาล (Procedures of Admission)

วิธีการรับไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งสถาบันกฎหมายแห่งอเมริกา (The American Bar Association) ได้ให้การรับรองเพื่อคุ้มครองเสรีภาพของประชาชนและเป็นหลักประกันในการนำบุคคลส่งโรงพยาบาลโรคจิต ถึงแม้ว่าแต่ละมลรัฐใน 50 มลรัฐ มีอำนาจที่จะบัญญัติกฎหมาย ของตนเองเกี่ยวกับการนำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีวิธีการรับไว้ในโรงพยาบาลซึ่งได้รับการยอมรับอย่างมากมายอยู่ 4 วิธี ได้แก่

1) Informal admission การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลวิธีนี้กระทำโดยโรงพยาบาลทั่วไป (general hospital) ซึ่งผู้ป่วยจะถูกรับไว้ในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไปเหมือนกับผู้ป่วยแผนกอื่น ๆ ที่ถูกรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลโดยผู้ป่วยมีอิสระที่จะเข้าและออกจากโรงพยาบาลถึงแม้จะขัดต่อคำแนะนำของแพทย์

2) Voluntary admission การเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลโดยสมัครใจ ผู้ป่วยร้องขอให้รับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลโดยทำเป็นหนังสือลายลักษณ์อักษรต่อโรงพยาบาลโรคจิต ผู้ป่วยนั้นจะมาโรงพยาบาลโดยคำแนะนำจากแพทย์ หรือผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง ทั้งสองกรณีผู้ป่วยได้รับการตรวจจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาล และจะได้รับเข้าในโรงพยาบาล ถ้าผลการตรวจพบว่าจำเป็นต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล

3) Temporary admission (Emergency admission) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉินโดยได้รับการรับรองจากแพทย์เพียงคนเดียว การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลวิธีนี้จะนำมาใช้กับผู้ป่วยที่สูงอายุ หรือสับสนจนกระทั่งไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง และผู้ป่วยที่อาการรุนแรงมาก จำเป็นที่จะต้องรับไว้ในโรงพยาบาลทันที การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลด้วยวิธีนี้จะต้องมีคำแนะนำเป็นลายลักษณ์อักษรของแพทย์ 1 คน โดยทั่วไปจะเป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉิน ซึ่งจะถูกระเมินอีกครั้งจากจิตแพทย์ของโรงพยาบาลนั้นถึงความจำเป็นต้องนำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

4) Involuntary admission การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ จนต้องพิจารณาว่าผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองหรือไม่ เช่น ผู้ป่วยที่จะฆ่าตัวตายหรือเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เช่น จะฆ่าผู้อื่น เพราะผู้ป่วยเหล่านี้ไม่ยอมรับความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล การร้องขอให้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะทำโดยญาติพี่น้อง หรือเพื่อน เมื่อมีการร้องขอ ผู้ป่วยจะต้องได้รับการตรวจโดยแพทย์ 2 คน และถ้าแพทย์ยืนยันว่าจำเป็นต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะต้องถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 60 วัน หลังจากครบกำหนดเวลาดังกล่าว ถ้าผู้ป่วยยังคงอยู่ในโรงพยาบาล วิธีการรักษาผู้ป่วยต้องได้รับการตรวจซ้ำเป็นระยะ ๆ โดยมีคณะกรรมการซึ่งประกอบด้วยจิตแพทย์ แพทย์ที่ไม่ใช่จิตแพทย์ นักกฎหมาย และประชาชนทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาล การรับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจนี้

จะต้องแจ้งเป็นหนังสือไปให้ญาติพี่น้องและผู้ป่วยสามารถปรึกษาทนายเพื่อยื่นคำร้องต่อศาลได้ ถ้าศาลพิจารณาว่าไม่มีข้อบ่งชี้ที่จะนำเข้ารักษาในโรงพยาบาล ศาลจะมีคำสั่งปล่อยตัวผู้ป่วย

ประเภทของการรับรักษาทางจิตเวชไว้ในโรงพยาบาล¹²

การรับไว้ในโรงพยาบาล	ระยะเวลา	สิทธิ	เหตุผล
การรับไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจ	1-10 วัน	การปล่อยตัวอาจจะริเริ่มโดยผู้ป่วย	ผู้ป่วยที่สมัครใจขอความช่วยเหลือ
การรับไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ หรือการคุมตัวบุคคลไว้รักษาในโรงพยาบาล			
กรณีฉุกเฉิน	3-60 วัน	การปล่อยตัวริเริ่มโดยโรงพยาบาลหรือศาล	เพื่อคุ้มครองผู้ป่วยและบุคคลอื่นจากผู้ป่วย
กรณีชั่วคราว	2 – 6 เดือน	การปล่อยตัวริเริ่มโดยโรงพยาบาลหรือศาล	วินิจฉัยโรค/รักษาช่วงระยะเวลาสั้น ๆ
กรณีไม่มีกำหนด	ไม่มีกำหนดเวลา(ตรวจเป็นประจำทุกปี)	การปล่อยตัวริเริ่มโดยโรงพยาบาลหรือศาล	วินิจฉัยโรค/รักษาช่วงระยะเวลาสั้น ๆ

นอกจากวิธีการรับผู้ป่วยทางจิตไว้ในโรงพยาบาลแล้ว กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกาได้บัญญัติถึงขอบเขตของสิทธิของผู้ป่วยและหน้าที่ของแพทย์ ซึ่งมีส่วนสำคัญทำให้ผู้ป่วยได้รับความคุ้มครอง แต่ขณะเดียวกันก็สามารถนำมาปรับใช้ป้องกันสถานการณ์ที่บุคคลอาจจะทำอันตรายต่อตนเองได้ ดังนี้

การรักษาทางการแพทย์

ผู้ป่วยทางจิตที่อยู่ในโรงพยาบาลไม่ว่าจะรับไว้โดยสมัครใจหรือไม่สมัครใจ มีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาที่อาจจะก่อให้เกิดผลกระทบในทางลบต่อผู้ป่วย เช่น การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroshock Treatment), จิตเภสัชบำบัด (Psychopharmacology) เป็นต้น และมีสิทธิที่จะปฏิเสธการรักษาด้วยวิธีการดังกล่าว

การเก็บรักษาความลับ

ผู้ป่วยทางจิตมีสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ป่วย รวมถึงสิทธิที่จะได้รับการเก็บรักษาความลับของตนเอง อย่างไรก็ตามจิตแพทย์อาจจะมี

¹² Patricia D. Barry, Mental Health & Mental Illness (New York : Lippincott, 1998), P.448.

หน้าที่เปิดเผยข้อมูลที่ได้รับจากผู้ป่วยเมื่อมีความเป็นไปได้ที่ผู้ป่วยจะทำอันตรายต่อบุคคลที่ 3 ดังเช่นในคดี Tarasoff v. Regents of the University of California et al., 1976 แต่หน้าที่ในการเปิดเผยข้อมูลไม่ขยายไปถึงสถานการณ์ซึ่งบุคคลอาจจะทำอันตรายต่อตนเอง¹³ เช่น คดี “Bellah v. Greenson (1978)” ศาลแห่งมลรัฐ California ได้วินิจฉัยว่าจิตแพทย์ไม่มีหน้าที่ที่จะป้องกันการฆ่าตัวตายในการรักษาแบบผู้ป่วยนอกเหมือนอย่างเช่นการรักษาในโรงพยาบาล ดังนั้นจิตแพทย์จึงไม่ได้ละเลยหน้าที่พิเศษที่จะดูแลผู้ที่ฆ่าตัวตาย... จิตแพทย์ไม่จำเป็นต้องเปิดเผยให้บุคคลที่ 3 ทราบว่าจะมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ศาลให้เหตุผลว่าคุณค่าของการรักษาความลับของผู้ป่วยมีน้ำหนักมากกว่าคุณค่าของการเปิดเผย¹⁴ แต่จากคำพิพากษาของศาลในคดี Bellah v Greenson จะเห็นได้ว่าหากเป็นกรณีผู้ป่วยทางจิตถูกรักษาไว้ในโรงพยาบาล จิตแพทย์ก็มีหน้าที่ที่จะเปิดเผยหรือเตือนให้บุคคลที่ 3 ทราบถึงความเสี่ยงที่อาจจะมีการฆ่าตัวตายเกิดขึ้น ซึ่งหน้าที่ดังกล่าวได้บัญญัติอยู่ในกฎหมายสุขภาพจิต เช่น ในกฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์ก บัญญัติว่า “ข้อมูลของผู้ป่วย... บันทึกในคลินิกจะต้องไม่แสดงต่อบุคคลใด ยกเว้น... เมื่อมีความจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายร้ายแรงที่ใกล้จะถึงตัวผู้ป่วย”¹⁵ เป็นต้น

การทบทวนความจำเป็นในการรักษา

ถ้าบุคคลไม่เห็นด้วยกับการที่ตนเองถูกควบคุมตัวเพื่อบังคับรักษาความเจ็บป่วยทางจิตในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ ผู้นั้นหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เช่น ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน เป็นต้น อาจจะยื่นคำร้องขอให้ศาลมีหมายให้ส่งตัวผู้ถูกควบคุมไปให้ศาลพิจารณา คำร้องขอให้ศาลหมายเรียก มีวัตถุประสงค์เพื่อความจำเป็นโดยทันทีให้ศาลพิจารณาประเมินความผิดปกติทางจิตของผู้ถูกควบคุมนั้น ถ้าผู้นั้นมีจิตปกติ ผู้นั้นจะต้องถูกปล่อยตัวจากโรงพยาบาลทันที

2.1.3 กฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์ก

กฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์กกำหนดให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอยู่ในข่ายที่จะถูกบังคับรักษาโดยบัญญัตินิยามของความผิดปกติทางจิตและความเจ็บป่วยทางจิตไว้ดังนี้ (มาตรา 1.03)

“ความผิดปกติทางจิต” หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิต, บัญญาอ่อน, พัฒนาการทางร่างกายบกพร่อง, พิษสุราเรื้อรัง, ติดสารเสพติด หรือติดสารทางเคมี ผู้ที่พิจารณาทางจิตเป็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต

¹³ Dave capuzzi and Larry Golden, Preventing Adolescent suicide (Indiana : Accelerated development inc, 1988), P. 457.

¹⁴ Ibid., PP. 457-458.

¹⁵ Mental Hygiene Law Article 33.3.

“ความเจ็บป่วยทางจิต” หมายถึง โรคทางจิต หรือสภาวะทางจิต ซึ่งแสดงออกโดยความผิดปกติหรือความสับสนทางพฤติกรรม, ความรู้สึก, ความคิด หรือการตัดสินใจถึงขนาดที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟู

นอกจากนี้กฎหมายสุขภาพจิตยังได้บัญญัตินิยามของความจำเป็นในการรักษาหรือควบคุมไว้ดังนี้

“ความจำเป็นในการดูแลรักษา” หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตซึ่งสมควรได้รับการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล (มาตรา 9.01)

“ความจำเป็นในการดูแลและรักษาโดยไม่สมัครใจ” หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่จะต้องได้รับการดูแลและรักษาในฐานะผู้ป่วยในโรงพยาบาลตามความจำเป็นต่อสวัสดิภาพของบุคคลนั้น และการตัดสินใจของผู้ป่วยบกพร่องที่ไม่สามารถเข้าใจถึงความจำเป็นสำหรับการดูแลและรักษา (มาตรา 9.01)

“ความจำเป็นสำหรับการควบคุม” หมายถึง บุคคลซึ่งถูกรับไว้ในโรงพยาบาลตามหมวดนี้ (การรับผู้ป่วยทางจิตไว้ในโรงพยาบาล) เป็นความจำเป็นในการดูแลและรักษาโดยไม่สมัครใจในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน (มาตรา 9.01)

วิธีการรับผู้ป่วยทางจิตไว้ในโรงพยาบาล (Hospitalization of Mental Ill) มี 5 วิธีดังนี้

1. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจ (Voluntary admission)

ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจะรับบุคคลที่สมัครใจอยู่โรงพยาบาล ถ้าบุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและบุคคลนั้นได้ทำคำร้องขอเป็นหนังสือ ในกรณีที่ผู้ป่วยประสงค์จะออกจากโรงพยาบาลก็ต้องทำหนังสือบอกกล่าวต่อผู้อำนวยการ และผู้อำนวยการจะต้องปล่อยตัวผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลทันที อย่างไรก็ตาม ถ้ามีเหตุผลอันสมควร เชื่อว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยไม่สมัครใจ ผู้อำนวยการจะควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ในช่วงระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับจากได้รับหนังสือบอกกล่าว โดยก่อนสิ้นสุดระยะเวลา 72 ชั่วโมงนี้ ผู้อำนวยการจะปล่อยตัวผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือไม่ก็ยื่นหนังสือบอกกล่าวต่อศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่นในเขตที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ ซึ่งศาลจะกำหนดวันทำการพิจารณาไม่เกิน 3 วัน นับจากวันที่ศาลได้รับหนังสือบอกกล่าว ถ้าศาลวินิจฉัยว่าผู้ป่วยนั้นเป็นโรคจิตและมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยไม่สมัครใจในโรงพยาบาล ศาลจะมีคำสั่งให้อำนาจโรงพยาบาลรักษาผู้ป่วยไว้สำหรับระยะเวลาไม่เกิน 60 วัน นับจากวันที่มีคำสั่งนั้น (มาตรา 9.13)

2. การรับไว้ในโรงพยาบาลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal admissions)

ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลใดก็ตามที่คณะกรรมการ (The commissioner) เห็นด้วยสำหรับวัตถุประสงค์ที่จะรับผู้ป่วยอย่างไม่เป็นทางการในกรณีนี้ บุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาตามคำขอร้องในการรับไว้ในโรงพยาบาล และผู้ป่วยมีอิสระที่จะออกจากโรงพยาบาลในเวลาใดก็ตามหลังจากการรับไว้ในโรงพยาบาล (มาตรา 9.15)

3. การรับไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจและไม่เป็นทางการ (Voluntary and informal admissions)

การรับไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจและไม่เป็นทางการนี้ ผู้อำนวยการจะต้องรับผู้ป่วยทั้งหมดไว้ในโรงพยาบาลในฐานะเป็นผู้ป่วยโดยสมัครใจหรือผู้ป่วยไม่เป็นที่ปรึกษาและผู้ป่วยนั้นจะได้รับการแจ้งให้ทราบถึงสถานะและสิทธิ รวมทั้งสิทธิที่จะใช้หน่วยงานให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายสุขภาพจิตภายในระยะเวลา 120 วัน ของการรักษาในโรงพยาบาล และต้องได้รับความยินยอมเป็นหนังสือจากผู้ป่วยภายในระยะเวลาดังกล่าวด้วย (มาตรา 9.19)

การรับไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจและไม่เป็นทางการจะมีการทบทวนสถานะของผู้ป่วยหลังจากระยะเวลา 12 เดือน นับจากวันที่รับไว้ในโรงพยาบาล ผู้อำนวยการจะทำการทบทวนความเหมาะสมของสถานะผู้ป่วย และหน่วยงานให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายสุขภาพจิตจะทบทวนความตั้งใจของผู้ป่วยที่ยังจะอยู่ในสถานะนั้น ถ้ามีคำร้องขอสำหรับคำสั่งศาลที่ให้นำผู้ป่วยรับการรักษาต่อไปในฐานะเป็นผู้ป่วยโดยสมัครใจหรือผู้ป่วยโดยไม่เป็นที่ปรึกษา หากศาลพบว่าผู้ป่วยไม่สมควรหรือไม่ประสงค์ที่จะอยู่โรงพยาบาลต่อไป ศาลจะมีคำสั่งปล่อยตัวผู้ป่วย (มาตรา 9.25)

4. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ แบ่งออกเป็น

4.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองแพทย์ (Involuntary admission on medical certification) (มาตรา 9.27)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะรับบุคคลไว้รักษาในฐานะเป็นผู้ป่วย เมื่อบุคคลนั้นน่าสงสัยว่าเจ็บป่วยทางจิตและมีความจำเป็นในการดูแลและการรักษาโดยไม่สมัครใจ ตามใบรับรองของแพทย์ 2 คนที่ทำการตรวจแบบมากับคำร้องขอ เพื่อการรับบุคคลไว้ในโรงพยาบาล โดยคำร้องขอดังกล่าวต้องทำภายใน 10 วัน ก่อนจะมีการรับผู้ป่วย และคำร้องขอนั้นกระทำโดยบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ดังนี้ ได้แก่ บุคคลใดก็ตามซึ่งอาศัยอยู่กับบุคคลที่ถูกสงสัยว่าเป็นโรคจิต บิดา หรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง บุตรหรือญาติสนิทที่สุดเท่าที่จะหาได้ หรือผู้ปกครองของบุคคลนั้น หรือจิตแพทย์ที่ทำการดูแลรักษา เป็นต้น ซึ่งคำร้องขอดังกล่าวต้องแถลงถึงความจริงตามข้ออ้างว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและรักษามิฉะนั้นจะถูกดำเนินการตามความผิดฐานให้การเท็จ

ก่อนที่แพทย์ผู้ตรวจจะทำหนังสือรับรองการตรวจบุคคลเพื่อการดูแลและรักษาโดยไม่สมัครใจ แพทย์จะต้องพิจารณาเลือกรูปแบบของการดูแลและรักษาที่เหมาะสมและจำเป็นต่อบุคคลโดยไม่ต้องมีการนำเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ ถ้าแพทย์ผู้ตรวจทราบว่าบุคคลนั้นเคยได้รับการดูแลและรักษาโดยไม่สมัครใจมาก่อนหน้านี้แล้ว แพทย์ผู้นั้นจะต้องปรึกษากับแพทย์หรือนักจิตวิทยาซึ่งทำการรักษาก่อนหน้านี้ เท่าที่สามารถจะทำได้ก่อนที่จะทำหนังสือรับรองเสร็จสมบูรณ์

ภายหลังจากทำคำร้องขอเพื่อรับบุคคลไว้ในโรงพยาบาลเสร็จแล้ว แพทย์ 2 คนจะทำการตรวจบุคคลนั้น ถ้าแพทย์แต่ละคนได้ให้การรับรองว่าบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยทางจิตและจำเป็นต้องได้รับการดูแลและรักษาในโรงพยาบาล แพทย์ที่มีอำนาจจะร้องขอให้เจ้าพนักงานตำรวจทำการควบคุมตัวบุคคลนั้นส่งมายังโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้อำนวยการพิจารณาว่าบุคคลดังกล่าวควรจะถูกปรับไว้ในโรงพยาบาลหรือไม่

นอกจากนี้กฎหมายได้กำหนดถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการพิจารณาโดยก่อนที่จะสิ้นสุดระยะเวลา 60 วัน นับแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ ตามคำร้องขอและไปรับรองแพทย์ ผู้ป่วย ญาติ เพื่อนหรือหน่วยงานให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายสุขภาพจิต (the mental hygiene legal service) จะทำหน้าที่สอบถามต่อผู้อำนวยการเพื่อร้องขอให้มีการพิจารณาถึงปัญหาความจำเป็นสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจ เมื่อผู้อำนวยการได้รับหนังสือบอกกล่าวแล้ว ก็จะทำสำเนาหนังสือยื่นต่อศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่นในเขตที่ระบุในคำร้องขอและเขตที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ และยื่นต่อหน่วยงานให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมายสุขภาพจิต เมื่อศาลได้รับหนังสือบอกกล่าวแล้วต้องกำหนดวันในการพิจารณา ซึ่งไม่เกิน 5 วัน นับแต่วันที่ได้รับหนังสือ ในการพิจารณาศาลจะต้องพิจารณาคำเบิกความและตรวจบุคคลซึ่งถูกอ้างว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต ถ้าศาลวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการคุมตัวไว้ ศาลก็จึงจะปฏิเสธคำร้องขอปล่อยตัวของผู้ป่วย (มาตรา 9.13)

4.2 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามหนังสือรับรองของผู้อำนวยการหน่วยบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ (มาตรา 9.37)

ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจะรับบุคคลไว้ดูแลรักษาในฐานะผู้ป่วยถ้าผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากผู้อำนวยการมีความเห็นว่า

บุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งต้องได้รับการดูแลรักษาในทันทีและอาจก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น¹⁶

ก่อนที่จะรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล คณะแพทย์ผู้ร่วมงานในโรงพยาบาลจะต้องรับรองถึงความจำเป็นในการนำผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วน ภายในเวลา 72 ชั่วโมง (ยกเว้นวันอาทิตย์และวันหยุด) หลังจากการรับไว้ในโรงพยาบาล ถ้าหลังจากระยะเวลา 72 ชั่วโมง ผู้ป่วยจะต้องได้รับการคุมตัวไว้เพื่อดูแลรักษา แพทย์อีกคนหนึ่งซึ่งเป็นสมาชิกของคณะผู้ร่วมงานจิตเวชของโรงพยาบาลมีหนังสือรับรองว่า ผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาโดยไม่สมัครโดยยื่นเสนอต่อโรงพยาบาล นับตั้งแต่วันที่ทำการรับไว้ในโรงพยาบาลตามวิธีการนี้ การคุมตัวผู้ป่วยไว้สำหรับดูแลและรักษาจะต้องดำเนินการตามบทบัญญัติการรับไว้ในโรงพยาบาลและการคุมตัวผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจ ทั้งในเรื่องหนังสือบอกกล่าว การพิจารณาการทบทวน และการพิสูจน์ทางศาล เพื่อดำเนินการคุมตัวผู้ป่วยต่อไป

ถ้าผู้ป่วยถูกตรวจและวินิจฉัยว่าป่วยทางจิตโดยได้รับความทนทุกข์ทรมานอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์ หรือการใช้สารเสพติดชนิดใดชนิดหนึ่งก็จะไม่นำมาบังคับรักษาตามมาตรานี้

4.3 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉินสำหรับการสังเกต การดูแล และการรักษาโดยทันที (มาตรา 9.39)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลใดก็ตามที่มีคณะผู้ร่วมงานและเครื่องมืออย่างเพียงพอสำหรับการสังเกต การตรวจ การดูแล และการรักษาบุคคลที่ถูกอ้างว่าเจ็บป่วยทางจิต และได้รับความเห็นชอบจาก The Commissioner เพื่อที่จะรับและควบคุมตัวผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 15 วัน ซึ่งบุคคลที่อ้างว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งสมควรได้รับการสังเกต การดูแล และการรักษาในโรงพยาบาล และน่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น

¹⁶ (แก้ไขเพิ่มเติมมีผลใช้บังคับ 1 ก.ค.2547) บัญญัติว่าความน่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงในมาตรานี้ หมายถึง

1. ความเสี่ยงอย่างมากในการทำร้ายร่างกาย ตัวผู้ป่วยเองตามที่ปรากฏอย่างชัดแจ้งโดยการขู่เข็ญหรือพยายามที่จะฆ่าตัวตายหรือทำร้ายร่างกายอย่างร้ายแรง หรือการกระทำอื่นใดที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเองหรือ

2. ความเสี่ยงอย่างมากในการทำร้ายร่างกายผู้อื่นตามที่ปรากฏชัดแจ้งโดยการฆ่าตัวตาย หรือพฤติกรรมที่รุนแรงอื่น ๆ ซึ่งมีเหตุผลสมควรให้กลัวว่าจะทำร้ายร่างกายอย่างร้ายแรง

ผู้อำนวยการจะรับบุคคลไว้ในโรงพยาบาล ถ้าแพทย์ของโรงพยาบาลตรวจบุคคลนั้นแล้วพบว่าบุคคลนั้นอยู่ภายใต้ข้อกำหนดของกฎหมายในส่วนนี้ บุคคลนั้นจะถูกควบคุมตัวภายในระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมง

ภายหลังจากการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วย ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือหน่วยงานให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมายสุขภาพจิตยื่นหนังสือบอกกล่าวต่อผู้อำนวยการ เพื่อร้องขอให้ศาลพิจารณาถึงประเด็นปัญหาความจำเป็นสำหรับการสังเกต การดูแล และการรักษาในทันที การพิจารณาจะเริ่มขึ้นภายใน 5 วัน หลังจากได้รับการร้องขอ เมื่อศาลพิจารณา หลักฐานและตรวจบุคคลที่ถูกอ้างว่าเจ็บป่วยทางจิต แล้วศาลวินิจฉัยว่ามีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตสมควรได้รับการดูแล รักษาในโรงพยาบาลโดยทันที และมีความน่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ศาลจะออกคำสั่งให้คุมตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลภายในเวลาไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่รับผู้ป่วย ภายในเวลา 15 วัน ในโรงพยาบาลถ้ามีการวินิจฉัยว่าบุคคลไม่มีความจำเป็นสำหรับการดูแลและรักษาโดยไม่สมัครใจ บุคคลนั้นจะถูกปล่อยตัว เว้นแต่บุคคลนั้นจะยินยอมเป็นผู้ป่วยแบบสมัครใจหรือไม่เป็นทางการ ผู้ป่วยฯ อาจจะถูกควบคุมเพียงระยะเวลา 15 วัน โดยการรับไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองแพทย์ ถ้าบุคคลถูกตรวจและวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตโดยได้รับความทนทุกข์ทรมาน เนื่องจากแอลกอฮอล์ หรือการใช้สารเสพติดก็จะไม่นำมาพิจารณานี้มาใช้รักษา

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉินเพื่อการสังเกต ดูแล และการรักษาโดยทันที กฎหมายสุขภาพจิตได้กำหนดให้อำนาจแก่เจ้าหน้าที่รักษาความสงบฯ เจ้าพนักงานตำรวจ ศาล ผู้อำนวยการงานบริการชุมชน จิตแพทย์ และแพทย์ในท้องฉุกเฉินไว้ ซึ่งได้มีการแก้ไขเพิ่มเติมบทบัญญัติและจะมีผลใช้บังคับในวันที่ 1 กรกฎาคม 2547 ดังต่อไปนี้

อำนาจของเจ้าหน้าที่รักษาความสงบฯ และเจ้าพนักงานตำรวจ
(มาตรา 9.41)¹⁷

เจ้าหน้าที่รักษาความสงบฯ (มีหน้าที่เฉพาะ) หรือเจ้าพนักงานตำรวจอาจจะควบคุมบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและการกระทำของบุคคลนั้นน่าจะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

¹⁷ แก้ไขโดยยกเลิกบัญญัติเดิมที่ให้อำนาจเจ้าหน้าที่รักษาความสงบฯ หรือเจ้าพนักงานตำรวจ ควบคุมบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตที่น่าจะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เคลื่อนย้ายไปเข้าโรงพยาบาลจิตเวชฉุกเฉิน หรือจิตเวชฉุกเฉิน

อันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น¹⁸ เจ้าหน้าที่หรือเจ้าพนักงานนั้นอาจจะสั่งเคลื่อนย้ายไปยังโรงพยาบาลหรือควบคุมตัวในสถานที่ปลอดภัยเป็นการชั่วคราวจนกว่าจะได้มีการตรวจหรือรับไว้ในโรงพยาบาล และเจ้าหน้าที่ฯ หรือเจ้าพนักงาน จะต้องแจ้งต่อผู้อำนวยการงานบริการชุมชน ถ้าไม่มีบุคคลดังกล่าวให้แจ้งต่อเจ้าพนักงานสาธารณสุขโดยทันที

อำนาจศาล (มาตรา 9.43)¹⁹

เมื่อใดก็ตามที่ศาลที่มีเขตอำนาจโดยทั่วไปได้รับแจ้งให้มีการพิสูจน์ข้อความจริงว่าบุคคลมีความเจ็บป่วยทางจิตอย่างชัดแจ้งและเป็นการกระทำที่ผิดปกติ หรือน่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น ศาลนั้นจะออกหมายให้ควบคุมบุคคลนั้นมายังศาล เมื่อปรากฏต่อศาลจากพยานหลักฐานว่าบุคคลนั้นมีหรืออาจจะมีอาการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งน่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น และจะมีคำสั่งทางแพ่งให้ย้ายบุคคลนั้นไปยังโรงพยาบาลโดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะเป็นผู้พิจารณาในการรับควบคุมบุคคล

อำนาจของผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน (มาตรา 9.45)²⁰

ผู้อำนวยการของงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากผู้อำนวยการมีอำนาจในการส่งย้ายบุคคลไปยังโรงพยาบาลที่รับรองโดย The commission ถ้าบิดาหรือมารดา คู่สมรส บุตร แพทย์ เจ้าพนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่รักษาความสงบ หรือเจ้าพนักงาน

¹⁸ เพิ่มเติมโดยบัญญัติว่าความน่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงในมาตรานี้ หมายถึง

1. ความเสี่ยงอย่างมากในการทำร้ายร่างกายต่อผู้ป่วยเอง ตามที่ปรากฏอย่างชัดแจ้งโดยการชู่เข็ญ หรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายอย่างร้ายแรง หรือการกระทำอื่นใดที่แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือ

2. ความเสี่ยงอย่างมากในการทำร้ายร่างกายผู้อื่นตามที่ปรากฏชัดแจ้ง โดยการฆ่าคนหรือพฤติกรรมที่รุนแรงอื่น ๆ ซึ่งมีเหตุผลสมควรให้กลัวว่าจะทำร้ายร่างกายอย่างร้ายแรง

¹⁹ แก้ไขโดยยกเลิกบทบัญญัติที่ให้อำนาจศาลมีคำสั่งทางแพ่งให้ย้ายบุคคลที่มีหรืออาจมีความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งน่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่นไปเข้าโครงการจิตเวชฉุกเฉิน

²⁰ แก้ไขอำนาจของบุคคลผู้ที่จะรายงานต่อผู้อำนวยการฯ และยกเลิกอำนาจของผู้อำนวยการฯ ให้ส่งตัวผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและน่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่นไปเข้าโครงการจิตเวชฉุกเฉิน

ตำรวจ รายงานต่อผู้อำนวยการพบว่าบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งสมควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนในโรงพยาบาลและน่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น

อำนาจของจิตแพทย์ (มาตรา 9.55)²¹

จิตแพทย์มีอำนาจสั่งให้ย้ายบุคคลซึ่งรักษาความเจ็บป่วยทางจิตไปยังโรงพยาบาลที่รับรองโดย The Commissioner ถ้าจิตแพทย์ตรวจบุคคลนั้นแล้ววินิจฉัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิตซึ่งสมควรได้รับการสังเกต การดูแล และการรักษาโดยทันทีในโรงพยาบาล และน่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น โดยร้องขอต่อเจ้าหน้าที่รักษาความสงบ (ที่มีหน้าที่เฉพาะ) หรือเจ้าพนักงานตำรวจ และเจ้าหน้าที่ฯ หรือเจ้าพนักงานตำรวจก็จะควบคุมและนำส่งบุคคลนั้นไปยังโรงพยาบาล

อำนาจของแพทย์ในห้องฉุกเฉิน (มาตรา 9.57)²²

แพทย์ผู้ทำการตรวจบุคคลในห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาล โดยทั่วไปมีอำนาจร้องขอต่อผู้อำนวยการหรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาล เพื่อสั่งให้ย้ายบุคคลไปยังโรงพยาบาลที่รับรองโดย The Commissioner ถ้าแพทย์ตรวจและวินิจฉัยว่าบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยทางจิตซึ่งสมควรได้รับการดูแลและรักษาโดยทันทีในโรงพยาบาลและน่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่น เมื่อมีคำร้องขอของแพทย์ในห้องฉุกเฉิน ผู้อำนวยการหรือผู้ที่ได้รับแต่งตั้งจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจะมีอำนาจสั่งให้เจ้าหน้าที่รักษาความสงบ (ที่มีหน้าที่เฉพาะ) หรือเจ้าพนักงานตำรวจควบคุมและนำส่งบุคคลและบุคคลนั้นจะถูกรับไว้ในโรงพยาบาล

ส่วนความเจ็บป่วยทางจิตอันเนื่องมาจากแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดมีวิธีการรับไว้สำหรับการรักษาดังนี้

1. การช่วยเหลือฉุกเฉินสำหรับบุคคลที่มึนเมาและขาด

ความสามารถเพราะแอลกอฮอล์ (มาตรา 21.09)

- 1) “บุคคลที่มึนเมา” หมายถึง บุคคลซึ่งภาวะทางจิตหรือทางร่างกายมีความบกพร่องอย่างมากเพราะมีแอลกอฮอล์อยู่ในร่างกาย

²¹ ยกเลิกอำนาจของจิตแพทย์ในการสั่งให้ย้ายบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและน่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่นไปเข้าโครงการจิตเวชฉุกเฉิน

²² ยกเลิกอำนาจของแพทย์ในห้องฉุกเฉินในการร้องขอต่อผู้อำนวยการ หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการของโรงพยาบาล เพื่อสั่งย้ายบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและน่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหรือผู้อื่นไปเข้าโครงการจิตเวชฉุกเฉิน

2) “แอลกอฮอล์ทำให้ขาดความสามารถ” หมายถึง บุคคลที่ขาดสติสัมปชัญญะ หรือการตัดสินใจอีกนัยหนึ่งบกพร่องมากจนกระทั่งบุคคลขาดความสามารถทางความจำและการตัดสินใจด้วยเหตุผลในเรื่องที่จำเป็นสำหรับการรักษาเนื่องมาจากการใช้แอลกอฮอล์

3) ความน่าจะเป็นไปได้ที่จะก่ออันตราย หมายถึง

- ความเสี่ยงอย่างมากในการทำร้ายร่างกายของผู้นั้นเองตามที่ปรากฏอย่างชัดเจน โดยการขู่เข็ญ หรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายอย่างร้ายแรง หรือการกระทำอื่นใดที่แสดงให้เห็นว่าผู้นั้นเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

- ความเสี่ยงอย่างมากในการทำร้ายร่างกายผู้อื่นตามที่ปรากฏชัดเจนโดยการฆ่าคน หรือพฤติกรรมที่รุนแรงอื่น ๆ ซึ่งมีเหตุผลสมควรให้กลัวว่าจะทำร้ายร่างกายอย่างร้ายแรง

เจ้าหน้าที่รักษาความสงบ เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้อำนวยการศูนย์บริการชุมชน สามารถนำตัวบุคคลที่ขาดความสามารถเพราะแอลกอฮอล์ที่มีพฤติการณ์ถึงระดับที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นไปยังศูนย์รักษาแอลกอฮอล์สำหรับการสังเกตดูแล และรักษากรณีฉุกเฉินโดยทันที ถ้าไม่มีศูนย์รักษาแอลกอฮอล์ The Commissioner มีอำนาจส่งไปยังที่อื่นเพื่อรักษากรณีฉุกเฉินโดยคำนึงถึงการป้องกันสุขภาพและความปลอดภัยของบุคคลก่อนที่จะนำบุคคลมารักษาที่ยังศูนย์รักษาแอลกอฮอล์ แพทย์ผู้ตรวจจะทำการตรวจทันทีที่เป็นไปได้ ถ้าแพทย์ผู้ตรวจประเมินว่าแอลกอฮอล์ทำให้บุคคลขาดความสามารถถึงระดับที่น่าจะเป็นไปได้ที่ก่ออันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น บุคคลนั้นอาจจะต้องถูกคุมตัวไปรักษากรณีฉุกเฉิน ถ้าแพทย์ผู้ตรวจประเมินว่าผู้นั้นไม่ไร้ความสามารถถึงระดับที่น่าจะเป็นไปได้ที่ก่ออันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ผู้นั้นจะต้องได้รับการปล่อยตัว ไม่มีกรณีที่จะคุมตัวบุคคลโดยฝ่าฝืน วัตถุประสงค์ของกฎหมายเกินกว่า

1) ระยะเวลาที่บุคคลไม่ขาดความสามารถเพราะแอลกอฮอล์ถึงระดับที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

2) ช่วงระยะเวลาเกินกว่า 48 ชั่วโมง

2. การช่วยเหลือฉุกเฉินสำหรับบุคคลที่บกพร่องเพราะสารเสพติดและขาดความสามารถเพราะสารเสพติด (มาตรา 23.01)

1) บุคคลที่บกพร่องเพราะสารเสพติด หมายถึง บุคคลซึ่งภาวะทางจิตหรือทางกายเสียหายอย่างมากเพราะมีสารเสพติดอยู่ในร่างกาย

2) การขาดความสามารถเพราะสารเสพติด หมายถึง บุคคลที่ขาดสติสัมปชัญญะ หรือการตัดสินใจอีกนัยหนึ่งบกพร่องมากจนกระทั่งบุคคลขาดความสามารถ

เกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่แท้จริง และการตัดสินใจด้วยเหตุผลในเรื่องที่จำเป็นสำหรับการรักษา เนื่องจากการใช้สารเสพติด

3) ความน่าจะเป็นไปได้ที่ก่ออันตราย หมายถึง

- ความเสี่ยงอย่างมากในการทำร้ายร่างกายของผู้นั้นเองตามที่ปรากฏอย่างชัดเจน โดยการขู่เข็ญ หรือพยายามที่จะฆ่าตัวตาย หรือทำร้ายร่างกายอย่างร้ายแรง หรือการกระทำอื่นใดที่แสดงให้เห็นว่าผู้นั้นเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือ

- ความเสี่ยงอย่างมากในการทำร้ายร่างกายผู้อื่นตามที่ปรากฏอย่างชัดเจนโดยการฆ่าคน หรือพฤติกรรมที่รุนแรงอื่น ๆ ซึ่งมีเหตุผลสมควรให้กลัวว่าจะทำร้ายร่างกายอย่างร้ายแรง

เจ้าหน้าที่รักษาความสงบฯ, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้อำนวยการศูนย์บริการชุมชนสามารถนำตัวบุคคลที่ขาดความสามารถเพราะสารเสพติดที่มีพฤติกรรมถึงระดับที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นไปยังโรงพยาบาลสำหรับการสังเกต ดูแล และรักษากรณีฉุกเฉินโดยทันที

ก่อนที่จะนำบุคคลมารักษาในโรงพยาบาล แพทย์ผู้ตรวจจะทำการตรวจทันทีที่เป็นไปได้ ถ้าแพทย์ผู้ตรวจประเมินว่าบุคคลขาดความสามารถเพราะสารเสพติดถึงระดับที่น่าจะก่ออันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นบุคคลนั้นอาจจะต้องถูกคุมตัวไปรักษากรณีฉุกเฉิน ถ้าแพทย์ผู้ตรวจประเมินว่าผู้นั้นไม่ขาดความสามารถเพราะสารเสพติดถึงระดับที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ผู้นั้นจะต้องถูกปล่อยตัว ไม่มีกรณีที่จะคุมตัวบุคคลโดยฝ่าฝืนวัตถุประสงค์ของกฎหมายเกินกว่า

1) ระยะเวลาที่บุคคลไม่ขาดความสามารถเพราะสารเสพติดถึงระดับที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

2) ช่วงระยะเวลาเกินกว่า 48 ชั่วโมง

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่ากฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ วิธีการในการรับผู้ป่วยทางจิตที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเอง ไว้ในโรงพยาบาล โดยการบังคับรักษา ได้แก่ วิธีการในการรับผู้ป่วยฯ ไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองแพทย์ หรือตามหนังสือรับรองของผู้อำนวยการงานบริการชุมชน, การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉินเพื่อการสังเกต การดูแล และการรักษาโดยทันที และมีวิธีการรับไว้ที่ศูนย์รักษาแอลกอฮอล์กรณีฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่มีเมามาและขาดความสามารถเพราะแอลกอฮอล์ รวมทั้งการรับไว้ในโรงพยาบาลเพราะสารเสพติดกรณีฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยที่บกพร่องเพราะสารเสพติด และขาดความสามารถเพราะสารเสพติด โดยผู้เขียนจะได้ทำการศึกษาเปรียบเทียบวิธีการดังกล่าว

กับวิธีการรับไว้ในโรงพยาบาลตามกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษ ญีปุ่น และร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...(ด้านการบังคับรักษา) ของประเทศไทยในบทที่ 4 ต่อไป

การรักษา,การจำกัดการเคลื่อนไหว และการรักษาความลับของผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองตามกฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวยอร์ก

คุณภาพของการดูแลเอาใจใส่และการรักษา (Quality of care and treatment) (มาตรา 33.03)มีดังนี้

1.1) ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตซึ่งอยู่ในศูนย์รักษาพยาบาล จะต้องได้รับการดูแลและการรักษาที่มีทักษะชำนาญเหมาะสมต่อความจำเป็น เป็นไปอย่างปลอดภัย มีเมตตาและเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

1.2) ภายใต้ระเบียบของ Commissioner; ผู้อำนวยการของศูนย์รักษาพยาบาลควรจัดทำตามหัวข้อข้างล่างนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการคุ้มครองตลอดการดูแลและรักษา ดังนี้ คือ

1. มีการตรวจร่างกายซ้ำและประเมินผู้ป่วยอย่างละเอียดอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

2. ทำการประเมินสภาวะสุขภาพร่างกายและสุขภาพพันรวมทั้งประเมินสภาวะความโดยผู้เชี่ยวชาญที่ทรงคุณภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

3. การทำหัตถการใด ๆ ของเจ้าหน้าที่ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของผู้เชี่ยวชาญจะต้องสอดคล้องกับการตรวจร่างกายอย่างเหมาะสม

4. ต้องมีการลงนามแสดงความยินยอมสำหรับการผ่าตัด, การรักษาด้วยการช็อค, การให้ยาปริมาณมากร่วมกับการผ่าตัด และการใช้ยาหรือกระบวนการใด ๆ ที่ยังอยู่ในขั้นทดลองใช้

5. มีการบันทึกการรักษาผู้ป่วยซึ่งรวมถึงแผนการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร บันทึกการตรวจ, แผนการรักษาเฉพาะบุคคล, การประเมินผู้ป่วยและการตรวจซ้ำคำสั่งการรักษา, การรักษาที่ให้เป็นพิเศษ ซึ่งทั้งหมดนี้จะต้องให้บุคคลที่เกี่ยวข้องลงนามไว้ด้วย

2) การมัดยึดผู้ป่วย (การจำกัดการเคลื่อนไหว) (Restraint of patients) (มาตรา 33.04)

1. ในที่นี้ “การมัดยึด” หมายถึง การใช้อุปกรณ์ใด ๆ ก็ตามกับผู้ป่วยเพื่อมิให้มีการเคลื่อนไหวของแขน 2 ข้าง หรือขา 2 ข้าง หรือจำกัดการเคลื่อนไหวทั้งหมดของร่างกาย และผู้ป่วยไม่สามารถกำจัดออกได้ง่าย

2. การมัดยัดจะกระทำเมื่อจำเป็นเท่านั้นเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำให้ตัวเองได้รับบาดเจ็บ อาจใช้การมัดยัดเมื่อวิธีจำกัดการเคลื่อนไหวอื่นซึ่งเข้มงวดน้อยกว่าได้รับการประเมินในคลินิกแล้วว่าใช้ไม่ได้ผล ไม่ถือว่าการมัดยัดเป็นการลงโทษผู้ป่วย แต่เป็นเพียงการอำนวยความสะดวกในการทำงานให้เจ้าหน้าที่หรือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษา

3. การใช้เสื้อรัดตัว, แผ่นยึดชนิดบางส่วน/ชนิดเต็มตัว หรือวิธีอื่นที่เข้มงวดน้อยกว่า ซึ่งได้รับอนุญาตจาก Commissioner จัดให้เป็นวิธีที่สามารถใช้ได้อย่างอิสระ

4. การมัดยัดจะกระทำเฉพาะกรณีที่มีการเขียนคำสั่งแพทย์หลังการตรวจแล้ว ยกเว้นผู้ป่วยในสถานการณฉุกเฉิน ซึ่งจะอธิบายต่อไปในข้อ 5 ในคำสั่งแพทย์ต้องมีการประเมินการมัดยัด, ระบุประเภท และการคงสภาพ รวมทั้งระยะเวลาซึ่งไม่ควรเกิน 4 ชั่วโมง แต่ถ้าหากมีคำสั่งหลัง 21.00 น. ก็สามารถคงสภาพการมัดยัดได้จนถึง 09.00 น. ของวันรุ่งขึ้น และต้องมีบันทึกอย่างละเอียด มีคำสั่งที่มีการลงนามของแพทย์ จัดเก็บไว้ในแฟ้มข้อมูลของผู้ป่วย และมีการตรวจสอบโดยผู้มีอำนาจ

5. ถ้าเกิดสถานการณ์ฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือ...และไม่มีแพทย์ปฏิบัติงานในขณะนั้น ให้เจ้าหน้าที่ซึ่งมีหน้าที่รับผิดชอบสูงสุด (เจ้าหน้าที่อาวุโส) ในขณะนั้น เป็นผู้สั่งการให้ทำการมัดยัด เพื่อป้องกันอันตรายและดำเนินการเรียกแพทย์ทันทีโดยบันทึกเวลาที่เรียก และบุคคลที่ติดต่อดังกล่าวหรือแพทย์มาตรวจเฝ้าดูอาการผู้ป่วยตลอดเวลา หากแพทย์ไม่ปรากฏตัวภายใน 30 นาที หรือตามให้เจ้าหน้าที่อาวุโสบันทึกความล่าช้าในบันทึกของผู้ป่วยและเขียนอธิบาย (บรรยาย) ข้อเท็จจริงในการมัดยัดผู้ป่วยอย่างฉุกเฉิน โดยระบุประเภทและสภาวะของการมัดยัดจนกระทั่งแพทย์มาถึง รวมทั้งบอกเหตุผลที่ไม่ใช้วิธีการอื่นที่เข้มงวดน้อยกว่านี้ และต้องมีการอธิบายขั้นตอนการมัดยัดเพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ปลอดภัย สะดวกสบายเป็นไปตามความจำเป็นและแพทย์ต้องให้คำอธิบายถึงสาเหตุที่มาดูอาการผู้ป่วยล่าช้า

6. ระยะเวลาที่ผู้ป่วยถูกมัดยัด ควรมีการเฝ้าดูความจำเป็นของร่างกาย ความสะดวกสบาย และความปลอดภัยว่าเป็นไปอย่างเหมาะสม ทำการประเมินสภาวะผู้ป่วยทุก ๆ 30 นาที หรือน้อยกว่านั้นหากมีคำสั่งแพทย์และบันทึกผลการประเมินลงในแฟ้มของผู้ป่วย ให้คลายผู้ป่วยจากการมัดยัด ผู้ป่วยมิได้แสดงพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองก็ไม่ควรมัดยัดผู้ป่วยซ้ำ และแจ้งให้แพทย์ทราบทันที ในสถานการณ์เช่นนี้ไม่ควรมัดยัดผู้ป่วยต่อไป ยกเว้นแพทย์มีความเห็นว่าหากปล่อยผู้ป่วยเป็นอิสระจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ตนเอง

7. ให้ผู้อำนวยการสถานพยาบาลเป็นผู้เก็บรักษาบันทึกเกี่ยวกับการมัดยัดผู้ป่วย

8. ในที่นี้ไม่ห้าม (จำกัด) การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือซึ่งจำเป็นต่อการทำให้ผู้ป่วยซึ่งทุพพลภาพให้อยู่ในภาวะที่ปลอดภัยหรือสะดวกสบาย หรือเพื่อคงสภาพการรักษา เช่น การยึดสภาวะแตกหัก (เช่น กระดูกหัก) การให้สารน้ำทางเส้นเลือดดำ หรือการรักษาทางการแพทย์ที่จำเป็นอื่น ๆ

3) บันทึกในคลินิก, การเก็บความลับ (Clinical records; confidentiality) (มาตรา 33.13)

ข้อมูลของผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ รวมถึงหลักฐานแสดงตัวบันทึกในคลินิก หรือข้อมูลใด ๆ ที่ระบุตัวผู้ป่วย/ผู้รับบริการได้ จะต้องไม่แสดงอย่างเปิดเผย และไม่แสดงข้อมูลดังกล่าวต่อบุคคลหรือหน่วยงานภายนอกใด ๆ ยกเว้นกรณีดังต่อไปนี้

- ความยินยอมตามที่ Commissioner เห็นสมควรให้แก่บุคคลที่เหมาะสมและสมควรที่จะได้รับรู้เมื่อมีความจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายร้ายแรงที่ใกล้จะถึงตัวผู้ป่วย

การทบทวนความจำเป็นในการรักษา

กฎหมายให้อำนาจศาลควบคุมและทบทวนการรักษาผู้ป่วยดังนี้

1) ถ้าผู้อำนวยการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองแพทย์ (Involuntary admission on medical certification) กรณีมีความจำเป็นในการควบคุมและผู้ป่วยไม่เห็นด้วยที่จะอยู่ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจ ผู้อำนวยการต้องร้องขอต่อศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ เพื่อให้ศาลมีคำสั่งให้อำนาจควบคุมผู้ป่วยต่อไป ผู้ป่วยต้องทำคำร้องขอดังกล่าวภายใน 60 วันนับตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองแพทย์ หรือภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่ศาลมีคำสั่งปฏิเสธคำร้องขอปล่อยตัวของผู้ป่วย

ถ้าไม่มีคำร้องขอให้พิจารณาในฐานะผู้แทนผู้ป่วยภายใน 5 วัน (ไม่รวมวันอาทิตย์และวันหยุด) นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับหนังสือบอกกล่าวและหน่วยงานให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายสุขภาพจิต (The mental hygiene legal service) ไม่ได้ร้องขอให้พิจารณา ศาลที่รับคำร้องจะมีคำสั่งให้โรงพยาบาลควบคุมผู้ป่วยต่อไปเป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่ศาลมีคำสั่ง หากผู้อำนวยการเห็นว่าผู้ป่วยต้องได้รับการควบคุมตัวไว้ในโรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยไม่เห็นด้วย ผู้อำนวยการจะต้องยื่นคำร้องต่อศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่นโดยคำสั่งศาลที่ให้ควบคุมตัวผู้ป่วยต่อไป ครั้งแรกต้องไม่เกิน 1 ปีและครั้งต่อไปต้องไม่เกิน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่ศาลมีคำสั่งศาล (มาตรา 9.33)

2) กฎหมายกำหนดให้ผู้ป่วย หรือญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่ไม่พอใจกับคำสั่งศาลสามารถยื่นคำร้องขอให้พิจารณาใหม่และทบทวนกระบวนการพิจารณาของศาลภายใน 30 วันนับตั้งแต่ศาลมีคำสั่ง โดยยื่นคำร้องขอต่อผู้พิพากษาศาลชั้นต้นคนอื่นและผู้พิพากษาจะเรียกประชุมคณะลูกขุนพิจารณาประเด็นปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตและความจำเป็นในการควบคุมผู้ป่วยๆ เพื่อมีคำสั่งตัดสินของคณะลูกขุนหรือของศาลว่าจะปล่อยตัวหรือควบคุมผู้ป่วยๆต่อไป(มาตรา 9.35)

2.2 ประเทศอังกฤษ

2.2.1 ประวัติความเป็นมาของกฎหมายสุขภาพจิต

กฎหมายในปัจจุบันที่ครอบคลุมถึงการนำผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตเข้ารับการรักษาโดยไม่สมัครใจ เริ่มมีมากขึ้นเป็นลำดับตั้งแต่ศตวรรษที่ 18 ได้มีพระราชบัญญัติฉบับแรกสุดของสภา บัญญัติให้มีการกักกันคนจรจัดได้แก่ Vagrancy Acts ค.ศ. 1713 และ ค.ศ. 1744 ต่อมา The Criminal Lunatics Act 1800 อนุญาตให้มีการควบคุมผู้ป่วยโรคจิต และ The County Asylums Act 1808 ได้เริ่มมีการก่อตั้งโรงพยาบาลโรคจิตในท้องถิ่นขนาดใหญ่ ซึ่งดำเนินการจัดให้มีการดูแลรักษาผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลได้มากที่สุดในประเทศอังกฤษ แม้ว่าปัจจุบันรัฐบาลเริ่มดำเนินการตามนโยบายทั่วไปที่สนับสนุนให้มีการดูแลผู้ป่วยในระดับชุมชน

ในระหว่างปี 1808 ถึงปี 1891 สภาได้ออกพระราชบัญญัติมากกว่า 20 ฉบับ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในสถาบัน และใน 65 ปีที่ใช้กฎหมาย The Lunacy Act 1890 ยังมีพระราชบัญญัติออกมาอีก 7 ฉบับ รวมทั้งมีการแก้ไขเพิ่มเติมอีกหลายครั้ง การบัญญัติกฎหมายแยกออกมาสำหรับจิตบกพร่อง (Mental defectives) ตาม Mental Deficiency Acts ค.ศ. 1913 และ ค.ศ. 1927 และในที่สุดสถาบันที่แยกออกมาได้กลายเป็นโรงพยาบาลสำหรับ ผู้พิการทางจิต (Mentally handicapped)

The Royal Commission on Lunacy and Mental Disorder (ปี 1924 ถึง 1926) ได้นำคำว่า mental hospital มาใช้แทน asylum และนำไปสู่การออกกฎหมาย The Mental Treatment Act 1930 ซึ่งเป็นครั้งแรกที่จัดให้มีการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจ หรือการรับผู้ป่วยเข้ารักษาเป็นการชั่วคราว หรือเป็นผู้ป่วยที่ถูกคุมตัวตามคำสั่งการรับไว้ในโรงพยาบาลที่ทำโดยผู้พิพากษานายเดี่ยว ในส่วนของ The Mental Deficiency Acts 1913 ถึง 1938 จัดให้มีการรับไว้ในโรงพยาบาล การดูแลและการรักษาผู้มีความบกพร่องทางจิต ภายใต้คำสั่งที่ทำให้ศาล หรือโดย Secretary of State หรือพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ให้อำนาจเป็นลายลักษณ์อักษร

หลังสงครามโลกครั้งที่สอง ได้ปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนว่า กฎหมายในอดีตนั้นล้าสมัย มีความจำเป็นต้องปฏิรูปโดยเร็วและอันนี้เป็นการก่อให้เกิดความก้าวหน้าในขอบเขตของการศึกษาเกี่ยวกับยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิต และการพัฒนาวิธีการการดูแลรักษาทางจิต

พระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1959 ได้รับการพิจารณาเป็นอย่างมากว่าเป็นบทบัญญัติที่มีการให้เหตุผลใหม่ในการนำผู้ที่เป็นโรคจิตออกไป และเน้นถึงหลักเกณฑ์ในการติดตามวัดผลอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้การดูแลสุขภาพจิตบรรลุผลอย่างมีประสิทธิภาพ ถึงแม้ว่าพระราชบัญญัติฉบับนี้จะสนองตอบต่อการเปลี่ยนแปลงอย่างฉับพลันในนโยบายทางสังคมและการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้ยึดถือทฤษฎี civil libertarian ซึ่งมีผลให้มีการทบทวนการบัญญัติกฎหมาย และมีการเริ่มต้นทางด้านจริยธรรมและการปฏิบัติของโรงพยาบาลซึ่งดำเนินต่อเนื่องตั้งแต่ปี 1960 ไปจนถึงปี 1980 อย่างไรก็ตามยังคงมีความเคลื่อนไหวให้มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยในตอนแรกเริ่มจากการปรับกฎหมายให้เหมาะสมในศาลสหรัฐ (Federal court) และต่อมาได้มีวิธีกาปฏิรูปบทบัญญัติการบังคับรักษา (Commitment statutes) ในหลาย ๆ รัฐ ตามขอบเขตอำนาจของกฎหมาย อย่างไรก็ตามในประเทศอังกฤษและเวลส์ ได้มีการใช้เหตุผลพอสมควรในการรับผู้ป่วยเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ และยังคงถูกจำกัดไว้เพื่อความจำเป็นในการรักษาสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและเพื่อที่จะคุ้มครองประชาชนทั่ว ๆ ไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องอันตรายของผู้ป่วย

ต่อมาได้มีพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1983 ซึ่งเป็นการรวมกันของบทบัญญัติในพระราชบัญญัติปี 1959 และพระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับแก้ไขเพิ่มเติม) 1982 เพราะฉะนั้น บทบัญญัตินี้จึงมีหลักการพื้นฐานมากมายที่รวมพระราชบัญญัติสุขภาพจิต 1959 ไว้ด้วยกันโดยการแก้ไขและเพิ่มเติมนี้มีจุดมุ่งหมายที่จะปรับปรุงสิทธิของพลเมือง (civil rights) และขยายออกไปถึงการคุ้มครองเสรีภาพของผู้มีความผิดปกติทางจิต

2.2.2 กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษกำหนดให้ผู้ที่ผิดปกติทางจิตอยู่ในข่ายที่จะถูกบังคับรักษาโดยบัญญัตินิยามของความผิดปกติทางจิตไว้ดังนี้ (มาตรา 1)

"ความผิดปกติทางจิต" (Mental disorder) หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิต, บุคคลที่พัฒนาการทางจิตบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์, บุคคลที่มีพฤติกรรมผิดปกติแบบ Psychopathic disorder คือ ปัญญาความคิดปกติแต่สติทราวม และความผิดปกติทางจิตอื่น ๆ หรือบุคคลที่ไม่สามารถรู้ผิดชอบ อันได้แก่ บุคคลที่มีอาการดังต่อไปนี้

Severe mental impairment หมายถึง บุคคลที่การพัฒนาการทางจิตบกพร่อง หรือยังไม่สมบูรณ์ รวมทั้งความบกพร่องของเขาวินิจฉัยและบกพร่องในการปรับตัว

ให้เข้ากับสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผิดปกติแบบก้าวร้าว หรือขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดีอย่างรุนแรง

Mental impairment หมายถึง บุคคลที่การพัฒนากายทางจิตบกพร่อง หรือไม่สมบูรณ์ (ไม่รวมถึงบุคคลที่เป็น Severe mental impairment) รวมทั้งมีความบกพร่องอย่างชัดเจนของเชาวน์ปัญญาและการปรับตัวให้เข้ากับสังคมซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมผิดปกติแบบก้าวร้าว หรือขาดความรู้สึกผิดชอบชั่วดี

Psychopathic disorder หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติต่อเนื้อ หรือความสามารถของจิตใจ (ไม่ว่าจะมีความบกพร่องทางสติปัญญาด้วยหรือไม่ก็ตาม) ซึ่งมีผลให้เกิดความก้าวร้าวที่ผิดปกติ หรือความประพฤตินี้ไม่รับผิดชอบอย่างรุนแรงของบุคคลนั้น

จากคำนิยามตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต ผู้ที่มีความเจ็บป่วยทางจิตซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญของปัญหาการฆ่าตัวตายอยู่ในข่ายที่จะถูกบังคับรักษาตามกฎหมาย เพื่อให้หายจากความเจ็บป่วยทางจิต

ส่วนวิธีการในการรับผู้ป่วยทางจิตไว้ในโรงพยาบาลนั้น มีดังนี้

1. การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ (Admission for assessment) (มาตรา 2)

ผู้ป่วยอาจถูกรับไว้ในโรงพยาบาลและควบคุมตัวภายในระยะเวลาไม่เกิน 28 วัน นับตั้งแต่วันที่ถูกรับตัวไว้ในโรงพยาบาลตามคำร้องขอสำหรับการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ

คำร้องขอฯ ต้องประกอบด้วยเหตุว่า

1) ผู้ป่วยกำลังได้รับความผิดปกติในลักษณะหรือระดับซึ่งมีเหตุผลในการควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ (หรือเพื่อประเมินอาการและติดตามด้วยการรักษาทางการแพทย์) โดยใช้ระยะเวลาที่จำกัดให้น้อยที่สุด และ

2) ผู้ป่วยควรจะถูกควบคุมเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือมุ่งหมายที่จะคุ้มครองผู้อื่น

คำร้องสำหรับการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือตามรูปแบบที่กำหนดที่ทำโดยแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียน 2 คน รวมทั้งข้อความที่เป็นความเห็นของแพทย์แต่ละกรณี

2. การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษา (Admission for treatment) (มาตรา 3)

ผู้ป่วยอาจถูกรับไว้ในโรงพยาบาลและควบคุมภายในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน ตามคำร้องขอสำหรับการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษา

คำร้องขอต้องประกอบด้วยเหตุว่า

1) ผู้ป่วยกำลังได้รับความเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness), พัฒนาการทางจิตบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์อย่างรุนแรง (Severe mental impairment) บุคคลที่มีความผิดปกติต่อเนื่องหรือความไม่สามารถของจิตใจ (Psychopathic disorder) หรือพัฒนาการทางจิตบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ (Mental impairment) และความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยอยู่ในลักษณะหรือระดับซึ่งสมควรที่ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาทางการแพทย์ในโรงพยาบาล

2) ในกรณีของผู้ป่วยที่มีความผิดปกติต่อเนื่อง หรือความไม่สามารถของจิตใจ (Psychopathic disorder) หรือพัฒนาการทางจิตบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์ (Mental impairment) การรักษาน่าจะบรรเทาหรือป้องกันการเสื่อมลงของสภาวะผู้ป่วย

3) เป็นความจำเป็นเพื่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือเพื่อคุ้มครองผู้อื่นซึ่งผู้ป่วยควรได้รับการรักษาและควบคุมภายใต้มาตรการนี้

คำร้องขอฯ ต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือตามรูปแบบที่กำหนด 2 ฉบับ ที่ทำโดยแพทย์ที่ขึ้นทะเบียน 2 คน รวมทั้งข้อความที่เป็นเหตุผลในแต่ละกรณีของแพทย์ และคำแนะนำจะต้องประกอบด้วย

- รายละเอียด ประกอบด้วยเหตุสำหรับความเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขตามข้อ 1) และ 2)

- เหตุผลสำหรับความเห็นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเงื่อนไขข้อ 3

3. การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการในกรณีฉุกเฉิน (Admission for assessment in case of emergency)

ในกรณีที่มีความจำเป็นเร่งด่วน คำร้องขอสำหรับการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการตามที่กำหนดไว้ในมาตรานี้ อาจทำโดยนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรอง (approved social worker) หรือ ญาติใกล้ชิด (nearest relative) ของผู้ป่วย และคำร้องขอต้องประกอบด้วยข้อความที่แสดงถึงความจำเป็นเร่งด่วนสำหรับการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและควบคุมตัวภายใต้มาตรา 2 และการได้รับความเห็นและคำแนะนำของแพทย์ตามคำร้องขอที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ 2 คน จะเป็นการล่าช้า

คำร้องขอกรณีฉุกเฉินจะต้องมีเหตุผลเพียงพอและมีคำแนะนำทางการแพทย์ (medical recommendation) จากแพทย์ 1 คน ซึ่งเป็นแพทย์ที่มีคำแนะนำในการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการประเมินอาการ ถ้าสามารถหาได้โดยเคยเป็นแพทย์ที่รับการรักษาผู้ป่วยมาก่อน หรือมิฉะนั้นก็เป็นแพทย์ที่ได้รับการรับรองโดย The Secretary of State ว่ามีประสบการณ์เป็นพิเศษในการวินิจฉัยหรือการรักษาความผิดปกติทางจิต ตามมาตรา 12 ในส่วนเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับคำแนะนำและมีข้อความที่อ้างถึงความจำเป็นเร่งด่วน

คำร้องขอกรณีฉุกเฉินจะสิ้นสุดเมื่อครบกำหนดระยะเวลา 72 ชั่วโมง นับแต่เมื่อผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาล เว้นแต่มีคำแนะนำทางการแพทย์ของแพทย์คนที่ 2 ที่มีเหตุผลตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 2 โดยต้องรายงานคำแนะนำดังกล่าวต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายในระยะเวลาดังกล่าว

4. คำร้องขอให้รับไว้ในโรงพยาบาลตามมาตรา 2 หรือมาตรา 3 กรณีผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว (Applications in respect of patients already in hospital) (มาตรา 5)

เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน และแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย หรือแพทย์อื่นในโรงพยาบาลนั้นที่ได้ขึ้นทะเบียน (ไม่เกิน 1 คน) ที่ได้รับการแต่งตั้งจากแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยยื่นคำร้องขอว่าควรจะได้รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิต และแพทย์ดังกล่าวได้รายงานคำแนะนำเป็นหนังสือไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้ทำการแทนแล้ว กรณีเช่นนี้ผู้ป่วยอาจถูกควบคุมไว้ในโรงพยาบาลเป็นเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่วางส่งไปถึงผู้อำนวยการ หรือผู้ทำการแทนแล้วแต่กรณี

หากปรากฏข้อเท็จจริงแก่พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตในระดับที่มีความจำเป็นสำหรับการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือเพื่อผู้อื่น โดยจะต้องควบคุมผู้ป่วยในทันทีเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล และแพทย์ไม่สามารถเฝ้าดูแลผู้ป่วยได้ทันทั่วทั้งที่ให้ได้รับความปลอดภัย พยาบาลอาจบันทึกความเห็นเป็นหนังสือและขณะนั้นผู้ป่วยอาจถูกควบคุมในโรงพยาบาลไม่เกิน 6 ชั่วโมง นับตั้งแต่วันที่ที่ โดยพยาบาลจะต้องส่งบันทึกดังกล่าวไปยังผู้อำนวยการ หรือผู้ทำการแทนเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ หลังจากนั้น ระยะเวลาการควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเป็นเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง จะเริ่มนับ

นอกจากนี้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษยังมีบทบัญญัติให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนโดยกำหนดให้ ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย อาจได้รับการดูแลหลังจากการบังคับรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งเป็นวิธีการรักษาทางจิตใจ²³ (Psychological treatment) ผสมผสานกับการรักษาทางสังคม²⁴ (Social treatment) โดยมีวิธีการดังนี้

คำร้องขอสำหรับการดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาล
(Application for supervision) (มาตรา 25a)

²³ มีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฯ รู้จักเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อจะได้ปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้

²⁴ มีจุดมุ่งหมายเพื่อการเปลี่ยนแปลงสังคมและสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยฯ

ผู้ป่วยที่ถูกควบคุมในโรงพยาบาลตามคำร้องขอสำหรับการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาและมีอายุครบ 16 ปี บริบูรณ์ แพทย์ผู้รับผิดชอบอาจทำคำร้องขอควบคุมตามมาตรานี้ หลังจากที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน โดยมุ่งหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย

คำร้องขอจะต้องมีเหตุผลว่า

1) ผู้ป่วยได้รับความผิดปกติทางจิต เป็นผู้ป่วยทางจิต บุคคลที่การพัฒนาทางจิตบกพร่อง หรือไม่สมบูรณ์อย่างรุนแรง บุคคลที่มีความผิดปกติต่อเนื่องหรือความสามารถของจิตใจ หรือบุคคลที่มีการพัฒนาทางจิตบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์

2) เป็นความเสี่ยงอย่างมากที่จะเป็นอันตรายร้ายแรงแก่สุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย หรือต่อผู้ป่วยจากเหตุการณ์ที่รุนแรง ถ้าไม่ได้รับการดูแลเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว

3) การดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาลน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

คำร้องขอจะถูกส่งไปยัง The Health Authority ซึ่งมีหน้าที่จัดเตรียมการดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเมื่อออกจากโรงพยาบาล และก่อนที่ The Health Authority จะยอมรับตามคำร้องขอจะต้องปรึกษา (ขอความเห็น) หน่วยงานบริการทางสังคมท้องถิ่น (Local Social Services Authority) ซึ่งมีหน้าที่นั้น

การทำคำร้องขอสำหรับการดูแล (มาตรา 25b)

แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยจะต้องไม่ทำคำร้องขอสำหรับการดูแล เว้นแต่

1. จะได้ปรึกษานักจิตแพทย์ต่อไปนี้ก่อน

1) ผู้ป่วย

2) บุคคลคนหนึ่งหรือหลายคนซึ่งประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับ

การรักษาทางการแพทย์ผู้ป่วยในโรงพยาบาล

3) บุคคลคนหนึ่งหรือหลายคนซึ่งประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาลที่ถูกเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยตามมาตรา 117²⁵ และ

4) บุคคลอื่นซึ่งแพทย์ผู้รับผิดชอบเชื่อว่ามีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาล แต่จะต้องไม่เป็นผู้ที่ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลใด ๆ หลังการรักษาในโรงพยาบาลที่ถูกเตรียมไว้

โดยแพทย์ผู้รับผิดชอบจะพิจารณาความเห็นของบุคคลที่ได้ปรึกษา

2. พิจารณาสาระสำคัญโดยเฉพาะ คือการดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาลได้ถูกเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยตามมาตรา 117 และความจำเป็นอื่น ๆ ได้ถูกกำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยแล้วตามมาตรา 25d

คำร้องขอฯ จะต้องมีข้อความ ดังนี้

1. ผู้ป่วยต้องถูกควบคุมในโรงพยาบาลตามคำร้องขอสำหรับการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษา

2. อายุของผู้ป่วยหรือถ้าไม่รู้อายุที่แน่นอนที่จะทำคำร้องขอ ก็จะต้องเชื่อแน่ว่าผู้ป่วยมีอายุครบ 16 ปี บริบูรณ์

3. ความเห็นตามคำร้องขอ (พิจารณาจากประวัติของผู้ป่วยอย่างละเอียด) ตามเงื่อนไขของมาตรา 25a (1), (2)

4. ชื่อของแพทย์ชุมชนผู้รับผิดชอบ และผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ออกจากโรงพยาบาล และ

²⁵ มาตรา 117(การดูแล) นำมาใช้กับผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาตามมาตรา 3 โดย Health Authority และหน่วยงานบริการทางสังคมท้องถิ่น (Local Social Services Authority) เป็นผู้เตรียมการดูแลผู้ป่วยหลังการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งเป็นที่พอใจว่าผู้ป่วยไม่มีความจำเป็นสำหรับการดูแลอีกต่อไป และเป็นหน้าที่ของ Health Authority ที่จะทำให้เกิดความปลอดภัยแก่ผู้ป่วยตลอดเวลาในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาลโดย

1. แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนรับรองตามมาตรา 12 โดย Secretary of state ซึ่งมีประสบการณ์พิเศษในการวินิจฉัยโรค หรือรักษาความผิดปกติทางจิต เป็นผู้ดูแลรักษาทางการแพทย์ที่ถูกเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยตามมาตรา 117 และ

2. บุคคลซึ่งประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาล เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งหมายเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยที่จะได้รับจากการดูแล

5. ชื่อของบุคคลที่แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วยเชื่อว่ามีส่วนสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยหลังจากผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล แต่จะต้องไม่เป็นผู้ซึ่งประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลใด ๆ หลังการรักษาในโรงพยาบาลที่ถูกเตรียมไว้

คำร้องจะต้องประกอบด้วย

1. คำแนะนำที่ทำเป็นหนังสือตามรูปแบบที่กำหนดของแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล และ

2. คำแนะนำเป็นหนังสือตามรูปแบบที่กำหนดของนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรอง

คำแนะนำของแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนจะต้องประกอบด้วยความเห็นของแพทย์ (มีการพิจารณาจากประวัติของผู้ป่วยอย่างละเอียดตามเงื่อนไขในมาตรา 25a (1) (2) (3) และคำแนะนำของนักสังคมสงเคราะห์จะต้องประกอบด้วยความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์ (มีการพิจารณาจากประวัติผู้ป่วยอย่างละเอียด) รวมทั้ง เงื่อนไขตามมาตรา 25a (2) (3)

นอกจากนี้ คำร้องขอจะต้องประกอบด้วยข้อความเป็นหนังสือโดยแพทย์ชุมชนผู้รับผิดชอบผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลว่าเป็นผู้ดูแลรักษาทางการแพทย์ผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาลที่ถูกเตรียมไว้ตามมาตรา 117, ข้อความเป็นหนังสือโดยผู้ดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลที่ดูแลว่าเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งหมายเพื่อความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการดูแล, รายละเอียดของการดูแลที่ถูกเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยตามมาตรา 117 และรายละเอียดเกี่ยวกับความจำเป็นอื่น ๆ ที่ถูกกำหนดไว้สำหรับผู้ป่วยตามมาตรา 25d

ความจำเป็นเพื่อความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับหลังการรักษาในโรงพยาบาลภายใต้การดูแล (มาตรา 25d)

สถานที่ที่ผู้ป่วยอยู่ภายใต้การดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาล Health Authority และหน่วยงานบริการทางสังคมท้องถิ่น (Local Social Services Authority) ซึ่งมีหน้าที่นั้นมีอำนาจที่จะกำหนดความจำเป็นอื่น ๆ โดยเฉพาะ ดังนี้

- 1) สถานที่ที่อยู่ของผู้ป่วยโดยเฉพาะ
- 2) ให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลในสถานที่และเวลาโดยเฉพาะเพื่อวัตถุประสงค์ของการรักษาทางการแพทย์, การประกอบอาชีพ, การศึกษาหรือการอบรม และ
- 3) ให้ผู้ดูแลหรือแพทย์อื่น ๆ ที่ได้ขึ้นทะเบียนหรือนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรอง หรือบุคคลอื่นที่ได้รับอนุญาตจากผู้ดูแลอนุญาตให้ผู้ป่วยไปยังสถานที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย

ทั้งนี้ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อความปลอดภัยที่ผู้ป่วยจะได้รับการดูแล หลังการรักษาในโรงพยาบาลตามที่กำหนดไว้ในมาตรา 117

ผู้ดูแลหรือบุคคลอื่นที่ได้รับอนุญาตอาจจะพาผู้ป่วยภายใต้การดูแลหลัง การรักษาในโรงพยาบาลไปยังสถานที่อื่น ซึ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยในการอยู่อาศัยหรือรักษาพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการรักษาทางการแพทย์, การประกอบอาชีพ, การศึกษา หรือการอบรม

จากการศึกษากฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษ จะเห็นได้ว่า มีวิธีการรับไว้ในโรงพยาบาลและการดูแลหลังจากรักษาในโรงพยาบาล (ฟื้นฟู) กรณีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายต่อตนเอง มีดังนี้

- การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ ตามมาตรา 2 หลังจากได้รับคำร้องขอ พร้อมกับคำแนะนำทางการแพทย์เป็นหนังสือของแพทย์ 2 คน ที่ได้ขึ้นทะเบียนโดยแพทย์ดังกล่าวเห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตสมควรได้รับการควบคุมเพื่อ ประเมินอาการ ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย กฎหมายกำหนดให้ รับและควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ประเมินโดยให้ใช้ระยะเวลาสั้นที่สุดเท่าที่จะทำได้ แต่ต้องไม่เกิน 28 วัน นับตั้งแต่ผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาล

- การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษา ตามมาตรา 3 หลังจากได้ รับคำร้องขอ พร้อมกับคำแนะนำทางการแพทย์เป็นหนังสือของแพทย์ 2 คน ที่ได้ขึ้นทะเบียน โดย แพทย์ดังกล่าวเห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิต²⁶ ในส่วนของความเจ็บป่วยทางจิต (Mental illness) สมควรได้รับการรักษา ทั้งนี้เพื่อความจำเป็นด้านสุขภาพ หรือความปลอดภัยของผู้ป่วย กฎหมายกำหนดให้รับและควบคุมตัวผู้ป่วยไว้รักษาโดยให้ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน นับตั้งแต่ ผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ

- การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการในกรณีฉุกเฉิน ตาม มาตรา 4 หลังจากได้รับคำร้องขอ ของนักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรอง (approved social worker) หรือญาติใกล้ชิด (nearest relative) ของผู้ป่วยที่ระบุถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องรับ ไว้ในโรงพยาบาลและควบคุมเพื่อประเมินอาการโดยไม่สามารถทำตามวิธีการตามที่มาตรา 2 กำหนดได้ พร้อมกับคำแนะนำทางการแพทย์ จากแพทย์ 1 คน ซึ่งเป็นแพทย์ที่เคยรับการรักษาผู้ป่วย

²⁶ ชนิดความผิดปกติทางจิตจากความเห็นของแพทย์ผู้วินิจฉัย ประกอบด้วย ความเจ็บป่วยทางจิต (Mental Illness), พัฒนาการทางจิตบกพร่องหรือไม่สมบูรณ์อย่างรุนแรง (Severe mental impairment), พัฒนาการทางจิตบกพร่อง (Mental impairment), ความผิดปกติต่อเนื้อง หรือความไม่สามารถทางจิตใจ (Psychopathic disorder)

มาก่อน หรือเป็นแพทย์ที่มีประสบการณ์เป็นพิเศษในการวินิจฉัย หรือการรักษาความผิดปกติทางจิตที่ได้รับการรับรองโดย The Secretary of State กฎหมายกำหนดให้รับและควบคุมผู้ป่วยไว้เพื่อประเมินอาการกรณีฉุกเฉิน โดยให้ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง นับตั้งแต่ผู้ป่วยได้ถูกรับไว้ในโรงพยาบาล ถ้าเกินกำหนดถือว่าคำร้องขอฯ ล้มผล เว้นแต่มีคำแนะนำทางการแพทย์จากแพทย์ 2 คน ว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิต สมควรได้รับการควบคุมเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย ในระหว่างที่ระยะเวลา 72 ชั่วโมง ยังไม่สิ้นสุด และมีการรายงานคำแนะนำของแพทย์ต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลภายในระยะเวลาดังกล่าว กฎหมายได้กำหนดให้ผู้ป่วยอาจถูกควบคุมเป็นระยะเวลาได้เกิน 28 วัน เสมือนว่าเป็นการเริ่มการรับไว้ในโรงพยาบาล และควบคุมเพื่อประเมินอาการตามมาตรา 2

- การรับและควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลตามมาตรา 2 หรือมาตรา 3 เมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลแล้วตามมาตรา 5 เป็นกรณีเมื่อผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในโดยไม่ได้มีการรับไว้ในโรงพยาบาลตามที่กำหนดในพระราชบัญญัติสุขภาพจิต และแพทย์ผู้ทำการรักษาเห็นว่าจำเป็นต้องบังคับรักษาผู้ป่วยไว้เมื่อผู้ป่วยต้องการออกจากโรงพยาบาล แพทย์ผู้ทำการรักษาหรือแพทย์คนอื่นในโรงพยาบาลที่ได้รับแต่งตั้งไม่เกิน 1 คน จะยื่นคำร้องขอให้ควบคุมตัวไว้ในโรงพยาบาลต่อผู้อำนวยการหรือผู้ทำการแทน ผู้ป่วยอาจถูกควบคุมไว้ในโรงพยาบาลเป็นเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง หรือพยาบาลผู้ดูแลเห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตในระดับที่มีความจำเป็นสำหรับการคุ้มครองสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย และแพทย์ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทันท่วงทีให้ได้รับความปลอดภัย หลังจากพยาบาลบันทึกความเห็นเป็นหนังสือ ผู้ป่วยอาจถูกควบคุมในโรงพยาบาลไม่เกิน 6 ชั่วโมง นับตั้งแต่บันทึก และหลังจากส่งบันทึกดังกล่าวไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาล หรือผู้ทำการแทน ถือว่าช่วงระยะเวลา 72 ชั่วโมงจะเริ่มนับ อย่างไรก็ตามกรณีแพทย์ผู้ทำการรักษา หรือแพทย์คนอื่นในโรงพยาบาลผู้ได้รับการแต่งตั้งยื่นคำร้องขอตามมาตรา 5 ด้วย ระยะเวลา 6 ชั่วโมง จะถูกนับรวมเป็นส่วนหนึ่งของ 72 ชั่วโมง

การควบคุมตามมาตรา 5 จะสิ้นสุดในทันทีเมื่อแพทย์วินิจฉัยว่าไม่มีความเป็นไปได้ที่จะรับไว้ในโรงพยาบาล ตามมาตรา 2 หรือมาตรา 3

- การดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาล (ฟื้นฟู) จะนำมาใช้กับผู้ป่วยที่ถูกควบคุมในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาตามกฎหมายสุขภาพจิต โดยจะอยู่ภายใต้การดูแลปกติหลังจากการปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลและเป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยที่ได้รับความทุกข์ทรมานจากความผิดปกติทางจิตชนิดใดชนิดหนึ่ง

การรักษาและการจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยทางจิตที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองตามกฎหมายสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ

การรักษาทางการแพทย์ ผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองในโรงพยาบาลบางกรณีไม่จำเป็นต้องใช้กำลังบังคับ เช่น การ

ฝึกสอน หรือการรักษาทางจิตใจ เป็นต้น แต่วิธีการดังกล่าวต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยด้วย ส่วนการรักษาและการจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยทางจิตตามกฎหมายสุขภาพจิต แพทย์ผู้ทำการรักษาและกระทำการใด ๆ ที่เป็นการจำกัดการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยก็จะได้รับความคุ้มครองจากความรับผิดชอบทั้งทางอาญาและทางแพ่งโดยไม่ต้องอาศัยความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (Informed consent) จากผู้ป่วยหรือญาติหรือผู้มีอำนาจให้ความยินยอมตามกฎหมายแทนผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษก็ได้บัญญัติให้วิธีการรักษาบางกรณีนี้อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัย "ความยินยอมในการรักษา" ด้วย ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- มาตรา 63 ได้กำหนดให้การรักษาผู้ป่วยที่มีความผิดทางจิตตามคำสั่งของแพทย์ผู้รับผิดชอบ (แพทย์เจ้าของไข้) ผู้ป่วยไม่ต้องให้ความยินยอม เว้นแต่เป็นการรักษาตามมาตรา 57 และมาตรา 57 มาตรา 58 ซึ่งเป็นการรักษาที่ต้องการความยินยอมของผู้ป่วยและหรือความเห็นของบุคคลที่ 2 (second opinion)

การรักษาที่ต้องการความยินยอมและความเห็นที่ 2 (second opinion) (มาตรา 57)

มาตรานี้นำมาใช้กับรูปแบบการรักษาทางกายภาพสำหรับความผิดปกติทางจิต ดังนี้

1. การผ่าตัดศัลยกรรม (Surgical operation)²⁷ กรณีเนื้อเยื่อสมองกำลังถูกทำลาย หรือหน้าที่ของเนื้อเยื่อสมองกำลังถูกทำลาย

2. การรักษารูปแบบอื่น ๆ ที่ Secretary of State กำหนดในกฎระเบียบ

ภายใต้มาตรา 62 (การรักษาในกรณีฉุกเฉิน) ผู้ป่วยจะไม่ถูกรักษาด้วยรูปแบบใด ๆ ตามมาตรานี้ เว้นแต่ผู้ป่วยให้ความยินยอมและ

1) แพทย์ 1 คน ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดย Secretary of State (มิใช่เป็นแพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย) และบุคคลอีก 2 คน ที่ได้รับแต่งตั้งโดย Secretary of State (มิใช่แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้) ได้รับรองเป็นหนังสือว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจสภาพ วัตถุประสงค์ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษานี้ และได้ให้ความยินยอม และ

²⁷ การผ่าตัดศัลยกรรม (Surgical operation) ปัจจุบันเรียกว่า จิตศัลยกรรม (Psychosurgery) หมายถึง การผ่าตัดสมองเพื่อลดอาการให้แก่ผู้ป่วยทางจิตที่มีอาการรุนแรงและป่วยเรื้อรังมานานกว่า 5 ปี เช่น เป็นการผ่าตัดที่บริเวณที่เป็นรอยโรค (Lision specific) ในสมอง เป็นต้น

2) แพทย์ 1 คน ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ตามข้อ 1) ได้รับรองเป็นหนังสือว่าได้วินิจฉัยแล้วเห็นว่าควรจะทำการรักษาเพื่อบรรเทาหรือป้องกันสภาพความเสื่อมลงของผู้ป่วย ก่อนที่แพทย์ 1 คน ที่ได้ขึ้นทะเบียนจะให้ความยินยอม จะต้องปรึกษากับบุคคลอีก 2 คน ซึ่งประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วย โดยคนหนึ่งจะต้องเป็นพยาบาลและอีกคนหนึ่งต้องไม่เป็นทั้งพยาบาลและแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้

Secretary of State จะกำหนดการรักษาในรูปแบบอื่น ๆ ในกฎระเบียบได้จะต้องปรึกษากับบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องก่อน

การรักษาที่ต้องการความยินยอมหรือความเห็นที่ 2 (second opinion) (มาตรา 58)

มาตรานี้นำมาใช้กับรูปแบบการรักษาทางการแพทย์สำหรับความผิดปกติทางจิต ดังนี้

1. รูปแบบต่าง ๆ ของการรักษาโดยวิธีการเฉพาะที่ Secretary of State อาจกำหนดไว้ในกฎระเบียบ²⁸

2. การให้ยาโดยวิธีการใด ๆ (ไม่รวมถึงรูปแบบของการรักษาตามข้อ 1 และตามมาตรา 57) ในเวลาใด ๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยถูกควบคุม ถ้าเป็นระยะเวลา 3 เดือน หรือมากกว่านั้น นับตั้งแต่ครั้งแรกที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยโดย Secretary of State อาจมีคำสั่งเปลี่ยนแปลงระยะเวลาดังกล่าวได้

ตามมาตรา 62 (การรักษากรณีฉุกเฉิน) ผู้ป่วยจะไม่ถูกรักษาด้วยรูปแบบใด ๆ ตามมาตรานี้ เว้นแต่

1. ผู้ป่วยให้ความยินยอมและแพทย์ผู้รับผิดชอบหรือแพทย์ 1 คน ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ ซึ่งได้รับแต่งตั้งโดย Secretary of State รับรองเป็นหนังสือว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงสภาพ วัตถุประสงค์ และผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา และได้ให้ความยินยอม หรือ

2. แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ (มิใช่แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย) รับรองเป็นหนังสือว่าผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจถึงสภาพ วัตถุประสงค์ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา หรือผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอม และแพทย์ได้วินิจฉัยแล้วเห็นว่าควรจะทำการรักษาเพื่อบรรเทาหรือป้องกันสภาพความเสื่อมลงของผู้ป่วย

ก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาตามข้อ 2) แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้จะต้องปรึกษากับบุคคล 2 คน ซึ่งประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วย โดยคนหนึ่งจะต้องเป็นพยาบาลและอีกคนหนึ่งต้องไม่เป็นทั้งพยาบาลและแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้

Secretary of State จะกำหนดรูปแบบของการรักษาโดยวิธีการเฉพาะไว้ในกฎระเบียบได้จะต้องปรึกษากับบุคคลที่เกี่ยวข้องก่อน

²⁸ รวมถึงการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือ Electroconvulsive therapy (ETC)

การรักษากรณีฉุกเฉิน (มาตรา 62)

การรักษาที่ต้องการความยินยอมและหรือความเห็นที่ 2 (second opinion) ตามมาตรา 57 หรือมาตรา 58 จะไม่นำมาใช้ในการรักษากรณี ดังต่อไปนี้

1. มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิตของผู้ป่วย หรือ
2. มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อป้องกันสภาพการเสื่อมลงอย่างรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งมีใช้การรักษาที่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ หรือ
3. มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อบรรเทาความทรมานอย่างรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งมีใช้การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ หรือ
4. มีความจำเป็นเร่งด่วน และการรักษาทำให้เกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากพฤติกรรมที่รุนแรง หรือการกระทำที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ซึ่งมีใช้การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมหรือเป็นอันตราย

การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ (irreversible treatment) เป็นการรักษาที่ทำให้ไม่เป็นที่พอใจ เนื่องจากไม่สามารถแก้ไขให้สภาพทางร่างกายหรือจิตใจกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และอันตราย (hazardous) เป็นการรักษาที่เป็นอันตรายแก่ร่างกายอย่างมาก

อย่างไรก็ตาม กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษก็ได้บัญญัติให้ผู้ป่วยฯ ถอนความยินยอมในการรักษาทางการแพทย์ได้ตามมาตรา 60

การถอนความยินยอม (มาตรา 60)

ความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาตามวัตถุประสงค์ของมาตรา 57 เช่น การผ่าตัดสมอง เพื่อรักษาอาการทางจิตหรือจิตศัลยกรรม (Psychosurgery) และมาตรา 58 การใช้ยารักษาความผิดปกติทางจิตถ้าเป็นระยะเวลา 3 เดือนหรือมากกว่านั้น นับตั้งแต่ครั้งแรกที่ให้ยาแก่ผู้ป่วย ในระหว่างช่วงระยะเวลาที่ควบคุมตัวและการรักษาด้วยรูปแบบอื่น ๆ สำหรับควบคุมตัวผู้ป่วยที่อาจใช้วิธีการเฉพาะ รวมถึงการรักษาด้วยไฟฟ้า หรือ ECT

ผู้ป่วยอาจจะอยู่ภายใต้การรักษากรณีฉุกเฉิน (ไม่ต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วยและความเห็นของแพทย์ (second opinion)) ที่จะถอนความยินยอมในเวลาใดก็ได้ก่อนการรักษาสิ้นสุดลง และการรักษาที่ต้องการความยินยอม หรือ second opinion ตามมาตรา 57 และมาตรา 58 ได้ถูกแยกรูปแบบของการรักษาจากส่วนที่เหลือออกไป

การทบทวนความจำเป็นในการรักษา

กฎหมายได้บัญญัติให้สิทธิแก่ผู้ป่วยฯหรือญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยฯ ยื่นคำร้องขอต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต(Mental Health Review Tribunals) เพื่อขอให้ทบทวนการรับผู้ป่วยฯไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ หรือ เพื่อการรักษา หรือ การดูแลตาม มาตรา 25a ดังนี้(มาตรา66)

กรณีผู้ป่วยที่ถูกจับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการตาม มาตรา 2 หรือผู้ป่วยที่ถูกจับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาตาม มาตรา 3 จะต้องทำคำร้องขอขึ้น ต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตภายในระยะเวลา 14 วันและ 6 เดือนนับแต่ผู้ป่วยถูกจับไว้ใน โรงพยาบาลตามลำดับแล้วแต่กรณี

กรณีผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลตาม มาตรา 25a ผู้ป่วยหรือญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยจะต้องทำคำร้องขอขึ้นต่อคณะกรรมการทบทวน สุขภาพจิต ภายในระยะเวลา 6 เดือนนับตั้งแต่ The Health Authority ยอมรับคำร้องขอตาม มาตรา 25a

คณะกรรมการฯจะมีอำนาจในการปล่อยตัวผู้ป่วยออกจาก โรงพยาบาล หรือ ภายใต้อาการดูแลตาม มาตรา 25a ดังนี้ (มาตรา 72)

1) คณะกรรมการฯจะต้องสั่งปล่อยตัวผู้ป่วยที่ถูกจับไว้ใน โรงพยาบาลเพื่อการประเมินอาการ (มาตรา 2) ถ้าเป็นที่พอใจแก่คณะกรรมการฯว่าผู้ป่วยไม่ได้มี ความผิดปกติทางจิตในลักษณะ หรือ ระดับซึ่งผู้ป่วยสมควรที่จะถูกควบคุมไว้ในโรงพยาบาลเพื่อ ประเมินอาการ(หรือเพื่อประเมินอาการและติดตามด้วยการรักษาทางการแพทย์)โดยใช้ระยะเวลา น้อยที่สุด หรือการควบคุมผู้ป่วยไม่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยของ ผู้ป่วย

2) คณะกรรมการฯต้องสั่งปล่อยตัวผู้ป่วยที่ถูกควบคุมตาม มาตราอื่นนอกเหนือจาก มาตรา 2 ถ้าเป็นที่พอใจแก่คณะกรรมการฯว่าผู้ป่วยไม่ได้รับความเจ็บป่วย ทางจิต (Mental Illness) ในลักษณะหรือระดับที่สมควรจะถูกควบคุมเพื่อการรักษาในโรงพยาบาล หรือการควบคุมผู้ป่วยไม่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย

3) คณะกรรมการฯมีดุลพินิจโดยทั่วไปที่จะสั่งปล่อยตัว ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม มาตรา 25a

2.3 ประเทศญี่ปุ่น

2.3.1 ประวัติความเป็นมาของกฎหมายสุขภาพจิต

ก่อนสงครามโลกครั้งที่ 2 ผู้ป่วยจิตเวชจะถูกคุมตัวขังไว้ในห้องโดย อยู่ภายใต้การควบคุมของตำรวจและมีทัศนคติที่แพร่หลายเป็นการตราหน้าผู้ป่วยทางจิต รวมทั้งมี ความเชื่อว่าความเจ็บป่วยทางจิตเป็นการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ อีกทั้งหากปรากฏว่ามีสมาชิกใน ครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตจะถือเป็นเรื่องน่าละอายใจ

ส่วนในด้านของกฎหมายได้มีการปรับปรุงแก้ไขที่สำคัญใน พระราชบัญญัติ Lunatic Confinement และพระราชบัญญัติ Protection และพระราชบัญญัติ โรงพยาบาลโรคจิต ซึ่งกฎหมายดังกล่าวได้กำหนดให้มีการควบคุมบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต

ไว้ในบ้านโดยแยกบุคคลนั้นออกจากสังคมเพื่อวัตถุประสงค์ในการคุ้มครองสังคม ต่อมาในปี 1950 ได้มีการประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต ซึ่งเป็นการปรับปรุงกฎหมายจำนวนมากที่มีมาก่อนหน้านั้น และเป็นกฎหมายที่บัญญัติห้ามดำเนินการควบคุมบุคคลแยกต่างหากไว้ในบ้าน โดยพระราชบัญญัติสุขภาพจิตนี้ได้บัญญัติให้มีการนำผู้ป่วยจิตเวชเข้ารักษาในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามคำสั่งของผู้ว่าราชการจังหวัด (The provincial governors) หรือตามคำขอร้องจากญาติของผู้ป่วย (เรียกว่า “การรับไว้ในโรงพยาบาลด้วยความยินยอม”) แต่เกือบจะไม่มีหลักประกันให้กับผู้ป่วยเหล่านั้นในการทบทวน หรือการปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาลถ้าผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ตามพระราชบัญญัตินี้กำหนดให้ Perfectures ต้องจัดให้มีโรงพยาบาลโรคจิต สำนักงานให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต (Mental health consultation offices) และระบบที่จัดให้มีพยานผู้เชี่ยวชาญที่เป็นอิสระ ต่อมาในปี 1965 ได้มีการปรับปรุงแก้ไขพระราชบัญญัติโดยเริ่มมีศูนย์สุขภาพจิต (mental health centers) และสภาสุขภาพของท้องถิ่น (local health councils) และต่อมาก็ได้มีการปรับปรุงแก้ไขกฎหมายเรื่อยมาจนถึงปัจจุบันโดยมีการออกกฎเกณฑ์ข้อบังคับในการบังคับใช้ตามกฎหมายสุขภาพจิต

2.3.2 กฎหมายสุขภาพจิตประเทศญี่ปุ่น

กฎหมายสุขภาพจิตญี่ปุ่นกำหนดให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอยู่ในข่ายที่จะถูกบังคับรักษา โดยบัญญัตินิยามของความผิดปกติทางจิตไว้ดังนี้ (มาตรา 3)

“บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต” หมายถึง บุคคลที่เป็นโรคจิต (รวมถึงบุคคลที่เป็นโรคจิตระหว่างที่มีเมามา) บุคคลปัญญาอ่อน หรือบุคคลที่มีบุคลิกภาพต่อต้านสังคม

วิธีการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล ซึ่งมี 5 วิธี ดังนี้

1. การรับไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจ (Voluntary Admission)

กรณีโรงพยาบาลโรคจิตได้รับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจ เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลได้รับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตไว้ในโรงพยาบาลจะต้องแจ้งให้บุคคลนั้นทราบถึงกระบวนการสำหรับการร้องขอให้ปล่อยตัวออกจากโรงพยาบาล และเรื่องอื่น ๆ ที่กำหนดโดยกฎกระทรวงสาธารณสุขที่เป็นลายลักษณ์อักษร (Health and Welfare Ministerial Ordinance) และต้องได้รับเอกสารซึ่งมีข้อความว่าการรับไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจ

เมื่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตอยู่ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจได้ร้องขอให้ปล่อยตัว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิตก็จะปล่อยตัวบุคคลนั้นไป แต่เมื่อผู้อำนวยการพิจารณาจากผลการตรวจของแพทย์ที่ได้รับแต่งตั้ง เห็นว่ามีความจำเป็นต้องรับบุคคลไว้ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจอย่างต่อเนื่อง เพื่อการดูแลทางการแพทย์และการควบคุม

ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง ผู้อำนวยการจะรายงานเรื่องที่กำหนดโดยกฎกระทรวง สาธารณสุขเป็นบันทึกการตรวจทางการแพทย์โดยไม่ชักช้า (มาตรา 22-3)

2. การรับไว้ในโรงพยาบาลอย่างไม่สมัครใจโดย Prefectural Governor (Involuntary admission by the Prefectural Governor)

เมื่อ Prefectural Governor ลงความเห็นจากผลการตรวจของ แพทย์ 2 คน หรือมากกว่านั้นที่ได้รับแต่งตั้งโดย Prefectural Governor ลงความเห็นว่าคุณคน ที่ได้รับการตรวจนั้นมีความผิดปกติทางจิต และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นเนื่องจาก ความผิดปกติทางจิต จนกว่าบุคคลนั้นจะถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อดูแลรักษาและควบคุม ทางทางการแพทย์ Prefectural Governor จะรับบุคคลนั้นเข้าโรงพยาบาลโรคจิตที่ตั้งขึ้นโดย National หรือ Prefectural Government หรือโรงพยาบาลที่ได้ระบุไว้

ในกรณีที่ Prefectural Governor นำมาตรการดังกล่าวมาใช้ จะต้องแจ้งต่อบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตถึงผลการตรวจ วิธีการร้องขอปล่อยตัว และอื่น ๆ ตามที่ระบุโดยกฎกระทรวง (Health and Welfare Ministerial Ordinance) (มาตรา 29)

ในกรณีที่ Prefectural Governor ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนกับ บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิต Governor จะรับบุคคลที่มี ปัญหาไว้ในโรงพยาบาลโรคจิต หลังจากที่ Governor ลงความเห็นตามผลการตรวจของแพทย์ที่ ได้รับการแต่งตั้งโดย Governor ว่าบุคคลที่มีปัญหานั้นมีความผิดปกติทางจิต และมีแนวโน้มอย่าง มากที่จะทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่น เนื่องจากความผิดปกติทางจิตของเขา จนกว่าบุคคลนั้นจะได้ รับเข้าโรงพยาบาลโดยไม่ชักช้า กฎหมายได้กำหนดระยะเวลาของการรับไว้ในโรงพยาบาลต้องไม่ เกิน 72 ชั่วโมง (มาตรา 29-2)

เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิตได้รับรายงานในเรื่องบุคคลที่ ได้รับไว้ในโรงพยาบาลตามที่กำหนดในมาตรา 29-2 จาก Prefectural Governor มาตรการในการ รับไว้ในโรงพยาบาลตามที่กำหนดในมาตรา 29 จะไม่นำมาใช้ หรือเมื่อผู้อำนวยการไม่ได้รับ รายงานภายในระยะเวลาเกิน 72 ชั่วโมง ถึงผลว่าจะนำมาตรการการรับไว้ในโรงพยาบาลตามที่ กำหนดในมาตรา 29 มาใช้ ผู้อำนวยการจะจำหน่ายบุคคลที่มีปัญหาออกจากโรงพยาบาลโดยไม่ ชักช้า (มาตรา 29-3)

3. การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุมทาง การแพทย์ (Admission for medical care and custody)

บุคคลที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิตลงความเห็นตามผลการ ตรวจของแพทย์ (ที่ได้รับแต่งตั้ง) ว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิต และมีความจำเป็นต้องรับไว้ ในโรงพยาบาล เพื่อการดูแลรักษาทางการแพทย์และการควบคุม เมื่อผู้ซึ่งรับผิดชอบในการควบคุม

บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตดังกล่าวให้ความยินยอมในการรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้อำนวยการ จะรับบุคคลนั้นไว้ในโรงพยาบาลโดยปราศจากความยินยอมอย่างสมัครใจของบุคคลนั้น

ในการคัดเลือกผู้ซึ่งรับผิดชอบในการควบคุมบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตดังกล่าวจะทำโดยศาลครอบครัว ในกรณีที่การคัดเลือกยังไม่ได้กระทำขึ้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจะรับบุคคลดังกล่าวไว้ในโรงพยาบาล โดยปราศจากความยินยอมอย่างสมัครใจเป็นระยะเวลาไม่เกิน 4 สัปดาห์ จนกระทั่งการคัดเลือกได้กระทำขึ้น

เมื่อผู้อำนวยการของโรงพยาบาลโรคจิตนำมาตราการที่กำหนดไว้ดังกล่าวข้างต้นมาใช้ ผู้อำนวยการต้องแจ้ง Prefectural Governor โดยผ่านผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ใกล้ที่สุด ถึงอาการของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตดังกล่าว หรือเรื่องอื่นที่กำหนด โดยกฎกระทรวงสาธารณสุข (Health and Welfare Ministerial Ordinance) พร้อมกับหนังสือให้ความยินยอมของบุคคลที่เห็นด้วยกับการรับบุคคลนั้นไว้ในโรงพยาบาลภายใน 10 วัน หลังจากนำมาตราการนี้มาใช้ (มาตรา 33)

ในกรณีที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิตได้ปล่อยตัวบุคคลที่ถูกรับเข้ารักษาและควบคุมในโรงพยาบาล ผู้อำนวยการต้องแจ้ง Prefectural Governor โดยผ่านผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพจิตที่ใกล้ที่สุดถึงผลและเรื่องอื่น ๆ ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงสาธารณสุขภายใน 10 วัน หลังจากการปล่อยตัว (มาตรา 33-2)

4. การรับไว้ในโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน (Emergency admission)

ในกรณีที่ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลโรคจิต ลงความเห็นตามผลการตรวจทางการแพทย์ที่กระทำโดยแพทย์ที่ได้รับแต่งตั้งว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิต และมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์ และการควบคุมในโรงพยาบาล ซึ่งไม่สามารถกระทำได้นอกจากจะรับบุคคลนั้นไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่ชักช้า ผู้อำนวยการจัดให้มีการดูแลรักษาทางการแพทย์และการควบคุมอย่างเร่งด่วนกับบุคคลที่ถูกร้องขอต่อผู้อำนวยการ โดยผู้อำนวยการไม่สามารถได้รับความยินยอมจากผู้ซึ่งต้องรับผิดชอบในการควบคุมบุคคลนั้น ผู้อำนวยการจะรับบุคคลนั้นไว้ในโรงพยาบาลได้ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง โดยไม่ได้รับความยินยอมอย่างสมัครใจของบุคคลนั้น

เมื่อผู้อำนวยการของโรงพยาบาลโรคจิตนำมาตราการดังกล่าวมาใช้ จะต้องแจ้ง Prefectural Governor โดยผ่านผู้อำนวยการของศูนย์สุขภาพจิตที่ใกล้ที่สุดถึงเหตุผลที่นำมาตราการดังกล่าวมาใช้โดยไม่ชักช้า (มาตรา 33-4)

5. การรับไว้ในโรงพยาบาลชั่วคราว (Temporary admission)

เมื่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิต ลงความเห็นตามผลการตรวจของแพทย์ (ได้รับการแต่งตั้ง) ที่ว่าบุคคลนั้นน่าสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตและจะต้องใช้ระยะเวลาในการวินิจฉัยนานพอสมควร ในกรณีนี้ผู้อนุบาล (guardian) คู่สมรส ผู้ใช้อำนาจปกครอง หรือผู้ที่รับผิดชอบในการช่วยเหลือบุคคลนั้น เห็นด้วยกับการรับบุคคลนั้นไว้ในโรงพยาบาล ผู้อำนวยการจึงจะรับบุคคลนั้นไว้ในโรงพยาบาลอย่างชั่วคราวสำหรับระยะเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์ โดยไม่มีความยินยอมอย่างสมัครใจของบุคคลนั้น (มาตรา 34)

ส่วนบุคคลที่มีอำนาจตามกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศญี่ปุ่นในการร้องขอเพื่อให้ผู้ป่วยทางจิตถูกบังคับตรวจรักษา มีดังนี้

คำร้องขอสำหรับการตรวจทางกายแพทย์และการควบคุม (มาตรา 23)

บุคคลใดก็ตามที่พบเห็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต หรือสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตอาจจะร้องขอต่อ Prefectural Governor เพื่อให้แพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งทำการตรวจทางกายแพทย์และจัดการควบคุมตัวบุคคลดังกล่าวเท่าที่จำเป็น

คำร้องขอจะถูกเสนอไปยัง Prefectural Governor ผ่านผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพที่ใกล้ที่สุด (Director of the nearest Health Center)

นอกจากนี้กฎหมายสุขภาพจิตยังกำหนดให้เจ้าหน้าที่ตำรวจที่พบเห็นบุคคลที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง...เนื่องจากความผิดปกติทางจิต ต้องรายงานผลโดยไม่มีชักช้าไปยัง Prefectural Governor ผ่านผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพที่ใกล้ที่สุดตาม มาตรา 24

จะเห็นได้ว่ากฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่นกำหนดวิธีการรับผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ กรณีดังต่อไปนี้

-การรับไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ โดย Prefectural Governor ลงความเห็นโดยอาศัยผลการตรวจของแพทย์ 2 คนหรือมากกว่านั้นที่ได้รับการแต่งตั้งโดย Prefectural Governor ว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง เนื่องจากความผิดปกติทางจิต Prefectural Governor ก็จะรับบุคคลนั้นไว้รักษาในโรงพยาบาล

ในกรณี Prefectural Governor ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วนกับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิต Prefectural Governor จะรับบุคคลดังกล่าวไว้ในโรงพยาบาลและลงความเห็นตามผลการตรวจของแพทย์ที่ได้แต่งตั้งว่า บุคคลนั้นมีความผิดปกติและมีแนวโน้มอย่างมากที่จะทำอันตรายต่อตนเองก็จะต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ชักช้าภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงความเห็นตามผลการตรวจของแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งว่า

บุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตและมีความจำเป็นในการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ ผู้ซึ่งรับผิดชอบในการควบคุมบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตเป็นผู้ให้ความยินยอมในการรับไว้ในโรงพยาบาลโดยปราศจากความยินยอมของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต

-การรับไว้ในโรงพยาบาลในกรณีฉุกเฉิน โดยผู้อำนวยการลงความเห็นตามผลการตรวจของแพทย์ว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตและมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์โดยไม่สามารถได้รับความยินยอมจากผู้ซึ่งต้องรับผิดชอบในการควบคุม ผู้อำนวยการจะรับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตไว้ในโรงพยาบาลได้ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง

-การรับไว้ในโรงพยาบาลชั่วคราว โดยผู้อำนวยการโรงพยาบาลลงความเห็นตามผลการตรวจของแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งว่าบุคคลนั้นน่าจะสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตและจะต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการวินิจฉัย กรณีผู้อนุญาต คู่สมรส ผู้ใช้อำนาจปกครองหรือผู้ที่รับผิดชอบในการช่วยเหลือบุคคลนั้นเห็นด้วย ผู้อำนวยการจะรับผู้ป่วยที่ไม่ได้ให้ความยินยอมโดยสมัครใจไว้ในโรงพยาบาลเป็นการชั่วคราวภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์

การรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย

ขอบเขตการรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย ตามกฎหมายสุขภาพจิตของญี่ปุ่นมาตรา 37 กำหนดให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการประกาศ(Health and Welfare Ministerial Notification NO.130 of April 8, 1988)ใช้ โดยการรักษาผู้ป่วยทางจิตจะต้องเคารพในเกียรติของผู้ป่วยและตระหนักถึงสิทธิมนุษยชน ผู้ป่วยทางจิตจะได้รับสิทธิอันเป็นหลักประกันว่าจะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม การจำกัดการเคลื่อนไหวทางร่างกายในสถานที่เฉพาะเพื่อป้องกันชีวิตของผู้ป่วยและป้องกันอันตรายทางร่างกายอย่างรุนแรง

การจำกัดการเคลื่อนไหวทางร่างกายจะถูกใช้เมื่อไม่มีวิธีการอื่นที่มีเหตุผลในกรณีที่ผู้ป่วยทางจิตพยายามฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมที่ทำอันตรายต่อตนเองที่ใกล้จะเป็นอันตรายอย่างยิ่ง โดยแพทย์จะต้องวินิจฉัยทางการแพทย์บ่อยครั้งและจะต้องไม่จำกัดการเคลื่อนไหวต่อไปถ้าไม่มีความจำเป็นเพียงพอ

การทบทวนความจำเป็นในการรักษา

กฎหมายได้บัญญัติให้มีกรทบทวนรายงานการรับไว้ในโรงพยาบาล ดังนี้ (มาตรา38-3)

เมื่อ Prefectural Governor ได้รับรายงานหรือ การแจ้งการรับไว้ในโรงพยาบาลสำหรับการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ตามที่กำหนดในมาตรา 33

Prefectural Governor จะต้องแจ้งคณะกรรมการทบทวนจิตเวช (The Psychiatric Review Board) ในเรื่องเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรับไว้ในโรงพยาบาล ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงสาธารณสุข (Health and Welfare Ministerial Ordinance) และร้องขอให้คณะกรรมการทบทวนจิตเวชทบทวนถึงความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เมื่อคณะกรรมการทบทวนจิตเวชเห็นว่ามีความจำเป็นต้องทำการทบทวนการรับไว้ในโรงพยาบาล คณะกรรมการฯจะต้องแจ้งผลการทบทวนให้ Prefectural Governor ทราบและคณะกรรมการฯ อาจจะได้รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางจิตที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

เมื่อ Prefectural Governor เห็นว่าไม่มีความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลอีกต่อไปตามที่คณะกรรมการฯแจ้งผลการทบทวนให้ทราบ Prefectural Governor ต้องปล่อยตัวผู้ป่วยไปหรือสั่งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางจิตปล่อยตัวผู้ป่วยออกไป

อำนาจและหน้าที่ของรัฐในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตายในประเทศไทย

1. อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามรัฐธรรมนูญในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการฆ่าตัวตาย

ในส่วนี้จะกล่าวถึงการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพตามกฎหมายรัฐธรรมนูญของไทยเพื่อแสดงให้เห็นถึงความสำคัญในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพแก่พลเมืองของรัฐกับปัญหาการฆ่าตัวตาย

หลักการพื้นฐานที่สำคัญของการปกครองในระบอบประชาธิปไตย คือการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนจากการใช้อำนาจของรัฐหรือบุคคลอื่นที่ไม่ชอบธรรม ประเทศไทยหลังจกมีการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชย์ มาเป็นการปกครองในระบอบประชาธิปไตยอันมีพระมหากษัตริย์ทรงเป็นประมุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2475 เป็นต้นมา ได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญมาแล้ว 15 ฉบับ โดยหลายฉบับได้ให้หลักประกันสิทธิและเสรีภาพของประชาชนไว้ อย่างไรก็ตาม รัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบันเป็นรัฐธรรมนูญฉบับแรกที่มีบทบัญญัติอย่างชัดเจนในการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน

สิทธิและหน้าที่ในชีวิตและร่างกาย

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 หมวดที่ 3 เรื่องสิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย มาตรา 29 บัญญัติว่า "การจำกัดสิทธิและเสรีภาพของบุคคลที่รัฐธรรมนูญรับรองไว้ จะกระทำไม่ได้เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเฉพาะเพื่อการที่

รัฐธรรมนูญกำหนดไว้และเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และจะกระทบกระเทือนสาระสำคัญของสิทธิและเสรีภาพนั้นมิได้" และมาตรา 31 บัญญัติว่า "บุคคลย่อมมีสิทธิและเสรีภาพในชีวิตและร่างกาย... การกระทำใดอันกระทบกระเทือนต่อสิทธิและเสรีภาพ... จะกระทำมิได้ เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมาย"

เพื่อให้บทบัญญัติว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของประชาชนมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 ยังได้บัญญัติครอบคลุมการถูกจำกัดเสรีภาพในคดีอาญา และกรณีอื่นด้วย ดังที่มาตรา 240 บัญญัติว่า "ในกรณีที่มีการคุมตัวบุคคลในคดีอาญา หรือในกรณีอื่นใด ผู้ถูกคุมขังเอง พนักงานอัยการ หรือบุคคลอื่นใด เพื่อประโยชน์ของผู้ถูกคุมขัง มีสิทธิร้องต่อศาลท้องถิ่นที่มีอำนาจพิจารณาคดีอาญา ว่าการคุมขังเป็นการอันมิชอบด้วยกฎหมาย เมื่อมีคำร้องเช่นนี้ให้ศาลดำเนินการไต่สวนฝ่ายเดียวโดยด่วน ถ้าศาลเห็นว่าคำร้องนั้นมีมูล ศาลมีอำนาจสั่งผู้คุมขังให้นำตัวผู้ถูกคุมขังมาศาลโดยพลัน และถ้าผู้คุมขังแสดงเป็นที่พอใจของศาลไม่ได้ว่าการคุมขังเป็นการชอบด้วยกฎหมาย ให้ศาลสั่งปล่อยผู้ถูกคุมขังไปทันที"

สำหรับประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 90 ได้บัญญัติคุ้มครองสิทธิของบุคคลที่จะไม่ถูกจำกัดเสรีภาพโดยไม่มีเหตุผลอันสมควร ดังนี้

"เมื่อมีการอ้างว่าบุคคลใดต้องถูกควบคุม หรือขังโดยผิดกฎหมาย หรือถูกจำคุกผิดจากคำพิพากษาของศาล บุคคลเหล่านี้มีอำนาจยื่นคำร้องต่อศาลขอให้ปล่อย คือ

- 1) บุคคลที่ถูกเข้าเช่นนั้น
- 2) สามี ภรรยา หรือญาติของผู้นั้น หรือผู้มีประโยชน์เกี่ยวข้อง
- 3) พนักงานอัยการ
- 4) ผู้บัญชาการ เรือนจำ หรือพัศดี

เมื่อได้รับคำร้องดังนั้น ให้ศาลหมายเรียกเจ้าพนักงานหรือบุคคลอื่นซึ่งก่อให้เกิดการควบคุม ขัง หรือจำคุก และผู้ที่ถูกควบคุม ขัง หรือจำคุกมาพร้อมกัน ถ้าเป็นที่พอใจศาลว่าการควบคุม หรือขังนั้น ผิดกฎหมาย หรือการจำคุกนั้น ผิดจากคำพิพากษา ก็ให้ศาลสั่งปล่อยตัวผู้นั้นไป"

กรณีมีการจำกัดเสรีภาพโดยปราศจากเหตุผลอันสมควร บุคคลผู้ถูกจำกัดเสรีภาพ สามี ภรรยา หรือญาติของผู้นั้น หรือผู้มีประโยชน์เกี่ยวข้อง พนักงานอัยการ หรือผู้บัญชาการเรือนจำ หรือพัศดี สามารถยื่นคำร้องขอต่อศาลขอให้ปล่อยตัวผู้ที่ถูกควบคุม หรือขังโดยผิดกฎหมาย หรือถูกจำคุกผิดไปจากคำพิพากษา

ส่วนการถูกควบคุม หรือขังโดยผิดกฎหมาย ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 90 มีคำพิพากษาศาลฎีกาที่ 1200/2504(ที่ประชุมใหญ่) เคยวินิจฉัยให้เหตุผลประกอบคำพิพากษาว่า การควบคุม หรือขัง อันเป็นการตัดเสรีภาพของบุคคลใดอาจเกิดจาก

บุคคลซึ่งมิใช่เจ้าพนักงานเป็นผู้กระทำ โดยต่อมารัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 จึงบัญญัติให้ชัดเจน ครอบคลุมทั้งการคุ้มครองตัวบุคคลในคดีอาญา หรือในกรณีอื่นใดด้วย²⁹ ตามที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

ตามบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 มาตรา 29, มาตรา 31, มาตรา 240 และประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 90 การควบคุมตัวผู้ป่วยทางจิตเวชที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายมาบังคับรักษาโดยอำนาจรัฐ หรือบุคคลอื่นโดยไม่มีกฎหมายเฉพาะบัญญัติให้อำนาจไว้ จึงเป็นการกระทำที่ผิดต่อหลักการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน และเป็นการกระทำที่ไม่ชอบด้วยกฎหมาย

จากการศึกษากฎหมายที่ใช้บังคับในปัจจุบันพบว่า มีเพียงพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 มาตรา 8 ที่กำหนดให้เจ้าพนักงานสาธารณสุข มีอำนาจแยก กักผู้ที่มีเหตุสงสัยว่าป่วยเป็นโรคติดต่ออยู่ในภาวะซึ่งอาจเป็นเหตุให้เชื้อโรคแพร่หลายจนเป็นอันตรายร้ายแรงแก่ประชาชน ไปรับการรักษาในสถานพยาบาลจนกว่าจะได้รับการตรวจและชันสูตรทางการแพทย์ว่าพ้นระยะติดต่อของโรค หรือหมดเหตุสงสัยเท่านั้น

2. การรับผู้ป่วยทางจิตไว้รักษาในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยทางจิตเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างหนึ่ง การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาทางปฏิบัติ บิดามารดา สามีมภรรยา ผู้ปกครอง ญาติพี่น้อง หรือญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยจะเป็นผู้นำส่ง นอกจากนี้ หากเป็นกรณีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจจะเป็นผู้นำส่งเองหรือบิดามารดา สามีมภรรยา ผู้ปกครอง ญาติพี่น้อง หรือญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยขอความช่วยเหลือให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล หลังจากนั้น จิตแพทย์ผู้ทำการตรวจผู้ป่วยจะเป็นผู้วินิจฉัยว่าควรจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission) หรือไม่ หากเห็นว่าควรจะรับผู้ป่วยไว้เพื่อรักษาในโรงพยาบาล ก็จะต้องปรึกษาหารือกับผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยก่อน เพื่อได้รับความยินยอมในการรักษาพยาบาล หรือ

²⁹ มานิตย์ จุมปา, ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540, พิมพ์ครั้งที่ 3 (กรุงเทพฯ : นิติธรรม, 2543), หน้า 140.

ที่เรียกว่าความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว³⁰ (Informed consent) เว้นแต่กรณีจำเป็นเร่งด่วน เพื่อช่วยชีวิตผู้ป่วย

ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าวโดยหลักไม่จำเป็นต้องทำเป็นหนังสือ แต่ทางปฏิบัติจะมีการบันทึกในเวชระเบียน (Medical record) และกรณีที่ต้องรับไว้ในโรงพยาบาล ก็จะต้องให้ผู้ป่วย หรือญาติลงนามในหนังสือรับรองการรักษาพยาบาลคนไข้ (ร.พ.จ. 23) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

หนังสือสัญญารับรอง

ร.พ.จ. 23

การรักษาพยาบาลคนไข้

โรงพยาบาล

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี เชื้อชาติ.....

สัญชาติ.....ที่อยู่บ้านเลขที่..... ถนน..... ตำบล.....

อำเภอ..... จังหวัด..... เกี่ยวข้องเป็น.....

คนไข้ชื่อ..... อายุ..... ปี ได้นำคนไข้รายนี้มา

รักษาที่โรงพยาบาลนี้ เมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอให้คำรับรองไว้แก่โรงพยาบาล.....

ตามหัวข้อต่าง ๆ ต่อไปนี้

1. หากคนไข้ได้รับอันตรายจากการกระทำใด ๆ ในระหว่างคนไข้ด้วยกัน หรือจาก เหตุสุดวิสัยใด ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นความผิดของโรงพยาบาลแต่ประการใด

³⁰ ความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว หมายถึง ความยินยอมของผู้ป่วยที่ยอมให้ผู้ ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการแพทย์กระทำต่อร่างกายของตนตามกรรมวิธีการประกอบ วิชาชีพแต่ละประเภทนั้น โดยผู้ป่วยจะต้องได้รับการอธิบายหรือบอกเล่าให้เข้าใจว่าการกระทำของ ผู้ประกอบวิชาชีพนั้นมีวัตถุประสงค์อย่างไร รายละเอียดของการกระทำมีอะไรบ้างและผลที่เกิดขึ้น ต่อผู้ป่วยในภายหน้าจะเป็นอย่างไร ตลอดจนอันตรายหรือผลร้ายที่อาจเกิดขึ้นจากการกระทำ นั้น หากมีจะมากน้อยเพียงใด ซึ่งผู้ประกอบวิชาชีพมีหน้าที่ต้องอธิบายหรือบอกกล่าวให้ผู้ป่วย ทราบ (ดูวิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 5 (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย รามคำแหง, 2532), หน้า 113.)

2. หากคนไข้ กระทบการใด ๆ อันก่อให้เกิดความเสียหาย แก่ทรัพย์สินของทางโรงพยาบาลหรือของบุคคลอื่นซึ่งโรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบ ข้าพเจ้ายินยอมชดใช้ค่าเสียหายให้แก่โรงพยาบาลทั้งสิ้นในทันทีที่ได้รับแจ้งจากทางโรงพยาบาล

3. เมื่อแพทย์ทราบว่าอาการคนไข้สมควรที่จะกลับบ้านได้แล้ว และได้แจ้งให้ข้าพเจ้าทราบ หากข้าพเจ้าจะเลยไม่มารับกลับตามกำหนดนัด ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์หรือโรงพยาบาลปล่อยตัวคนไข้กลับเองได้ตามลำพัง และถือว่าคนไข้อยู่ในความรับผิดชอบของข้าพเจ้าทันทีที่คนไข้ออกจากโรงพยาบาล

4. หากแพทย์หรือโรงพยาบาลจำเป็นจะต้องรักษาคนไข้ด้วยวิธีการใด ๆ ซึ่งอาจจะเกิดอันตรายแก่คนไข้ได้แล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้แพทย์ทำการรักษาด้วยวิธีการนั้น ๆ ได้ หากเกิดอันตรายแก่คนไข้ประการใด ๆ ข้าพเจ้าจะไม่ถือว่าเป็นความผิดของแพทย์แต่ประการใด และค่ารักษาพยาบาล รวมทั้งค่าบริการต่าง ๆ ในกรณีนี้ ข้าพเจ้ารับรองว่าจะเป็นผู้ชดใช้ให้แก่โรงพยาบาลทั้งสิ้น

5. ในกรณีคนไข้ถึงแก่กรรมด้วยประการใด ๆ ในระหว่างรับการรักษาพยาบาลอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อทางโรงพยาบาลเห็นความจำเป็นจะทำการผ่าตัดร่างกายและสมองเพื่อประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าทางวิชาการแล้ว ข้าพเจ้ายินยอมให้ทำการผ่าตัดเพื่อการศึกษาได้ โดยแพทย์จะกระทำอย่างประณีต และรักษาส่วนต่าง ๆ ของร่างกายไว้ในสภาพเดิมเท่าที่จะทำได้

(ลงชื่อ) ผู้ให้สัญญา

()

(ลงชื่อ) พยาน

()

(ลงชื่อ) พยาน

()

กรณีที่แพทย์ไม่ได้บอกกล่าว หรืออธิบายให้ผู้ป่วยได้เข้าใจเกี่ยวกับการกระทำของแพทย์ต่อผู้ป่วยในการประกอบวิชาชีพ แม้ผู้ป่วยจะให้ความยินยอม การกระทำของแพทย์จะมีผลทางกฎหมายเกิดขึ้น 2 ประการ คือ³¹

³¹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, นิติเวชศาสตร์, พิมพ์ครั้งที่ 1 (กรุงเทพ : โครงการตำราศิริราช, 2530), หน้า 109.

1. แพทย์มีความผิดฐานทำร้ายร่างกาย (Assault and battery) เพราะความยินยอมของผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ ไม่มีผลทางกฎหมาย เช่น การผ่าตัดที่ไม่ได้รับความยินยอม เป็นต้น

2. แพทย์ต้องรับผิดชอบจากการไม่บอกกล่าวเนื่องจากการกระทำละเมิด ซึ่งละเมิดอาจเป็นผลจากการทำร้ายในข้อ 1 หรือเป็นผลจากการประมาทเลินเล่อ (Negligence) โดยถือว่าไม่ปฏิบัติตามมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพได้ หากผลร้ายหรืออันตรายที่เกิดขึ้นจากการกระทำนั้นจะไม่เกิดขึ้นเพราะเป็นที่เห็นได้ชัดว่าผู้ป่วยไม่ยอมรับการรักษา ถ้าแพทย์ได้อธิบายอัตราการเสี่ยงภัยจากการรักษานั้นให้ผู้ป่วยทราบ

ข้อยกเว้นสำหรับกรณีที่ไม่ต้องบอกกล่าว คือ³²

1. ในกรณีฉุกเฉินรีบด่วนที่จะช่วยชีวิตผู้ป่วย
2. เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยเองในกรณีที่แพทย์เห็นว่าการเปิดเผยอันตรายจากการรักษาให้ผู้ป่วยทราบจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลจนอาจเกิดผลร้ายต่อผู้ป่วยเนื่องมาจากภาวะจิตใจของผู้ป่วยเอง

3. ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเด็ก หรือเป็นผู้ที่มีภาวะทางจิตใจไม่สมประกอบ แพทย์ต้องเปิดเผยอันตรายหรือการเสี่ยงภัยจากการรักษานั้นต่อบิดามารดา ผู้ปกครอง หรือผู้ดูแลรับผิดชอบผู้ป่วยนั้นแทน

4. ผลร้ายที่เกิดขึ้นโดยมิได้คาดหมาย แพทย์ไม่จำเป็นต้องบอกผู้ป่วย
5. ผลร้ายที่อาจจะเกิดขึ้นจากความประมาทเลินเล่อของแพทย์ ไม่จำเป็นต้องบอกให้ผู้ป่วยทราบเพราะไม่ทำให้แพทย์พ้นความรับผิดชอบจากความประมาทเลินเล่อนั้นได้

ความสามารถให้ความยินยอมในการรักษา

โดยหลักผู้ที่จะให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลคือผู้ป่วย แต่สำหรับผู้ป่วยทางจิตบางกรณีไม่อยู่ในภาวะที่จะแสดงเจตนาให้ความยินยอมเพื่อการรักษาได้ตามปกติ หรือรับรู้รายละเอียดเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลจากจิตแพทย์ได้ จึงเป็นปัญหาว่าผู้ที่ให้ความยินยอมแทนคือบุคคลใดในทางกฎหมาย การเข้ารับการตรวจรักษาโรคโดยทั่ว ๆ ไป ในสถานพยาบาลถือเป็นนิติกรรมสัญญาอย่างหนึ่ง ดังนั้นผู้ที่ให้ความยินยอมจะต้องมีความสามารถตามกฎหมายซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กรณี ดังนี้

1. ผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายให้ความยินยอมแทนคือผู้แทนโดยชอบธรรม (บิดา, มารดา) หรือผู้ปกครอง กรณีผู้แทนโดยชอบธรรมไม่มี หรือมีแต่ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้

³² เรื่องเดียวกัน, หน้า 110-111.

2. ผู้ป่วยฯ ที่ไร้ความสามารถ ผู้มีอำนาจตามกฎหมายให้ความยินยอมแทนคือผู้อนุบาล
3. ผู้ป่วยฯ ที่เสมือนไร้ความสามารถ ตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์จะต้องให้ความยินยอมด้วยตนเอง

แต่หากแพทย์เห็นว่าผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาโดยวิธีที่กระทำต่อร่างกายหรือจิตใจ หรือวิธีพิเศษ เช่นการผ่าตัดสมอง (Psychosurgery), การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy หรือ ECT) หรือการใช้ยาอันตราย เป็นต้น ในทางกฎหมาย ความยินยอมในการรักษาดังกล่าว มี 2 ความเห็น ดังนี้

ความเห็นที่ 1 เห็นว่า แพทย์จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยได้ตามกฎหมาย ทราบถึงวิธีการของตนในลักษณะของการเริ่มขั้นตอนการรักษา โดยถือว่าแพทย์ทำคำเสนอซึ่งเป็นนิติกรรมในทางกฎหมายแพ่ง หากผู้ป่วยทางจิตเข้าใจในสาระสำคัญของการรักษา และสามารถให้ความยินยอมได้ หรือผู้มีอำนาจตามกฎหมายให้ความยินยอมแทนเนื่องจาก ผู้ป่วยไม่มีความสามารถที่จะรับรู้ในเรื่องการรักษาและหรือไม่มีความสามารถตามกฎหมายที่จะตัดสินใจได้แล้วแต่กรณี ก็เป็นการแสดงเจตนารับข้อผูกพันตามสัญญาที่แพทย์ได้เสนอ จึงมีลักษณะเป็นการตกลงทำนิติกรรมตามกฎหมายอย่างหนึ่ง ซึ่งผูกพันกับแพทย์ในฐานะคู่สัญญาทั่วไป

ความเห็นที่ 2 เห็นว่า ความยินยอมให้แพทย์กระทำต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้ป่วยฯ มิใช่การทำนิติกรรมในทางแพ่ง³³ ดังนั้นความยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยจึงไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ตามกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์ก็ไม่ต้องถือเกณฑ์อายุว่าบรรลุนิติภาวะหรือไม่ เพียงแต่มีอายุและมีความสามารถที่จะรับรู้ในเรื่องที่ทำการรักษาก็สามารถตัดสินใจได้ เช่น ตาม The family law reform Act 1969 มาตรา 8 กำหนดให้เด็กอายุ 16 ปี สามารถให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลได้ และหากผู้ป่วยทางจิตไม่อยู่ในภาวะที่จะให้ความยินยอมในการรักษาได้ ญาติของผู้ป่วยก็สามารถให้ความยินยอมแทนได้

จะเห็นได้ว่า บุคคลที่สามารถให้ความยินยอมให้แพทย์กระทำต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้ป่วยทางจิตที่ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ ยังเป็นปัญหาในทางกฎหมายเนื่องจาก หากไม่มีความสามารถให้ความยินยอมในการรักษาแทนผู้ป่วยทางจิต และแพทย์ทำการรักษา แพทย์อาจมีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดชอบทางอาญาและทางแพ่งได้ โดย

³³ แสง บุญเฉลิมวิภาสและอเนก ยมจินดา, กฎหมายการแพทย์, พิมพ์ครั้งที่ 2 (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์วิญญูชน 2540), หน้า 67.

ปัจจุบันแพทยสภา สภาการแพทย์ ... และคณะกรรมการควบคุมการประกอบโรคศิลปะได้ร่วมกันออกคำประกาศสิทธิของผู้ป่วย³⁴ เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับแพทย์ ดังนี้

ข้อ 10 บิดา มารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรมอาจใช้สิทธิแทนผู้ป่วยที่เป็นเด็กอายุไม่เกิน 18 ปีบริบูรณ์ ผู้บกพร่องทางกายหรือจิตใจซึ่งไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้

ซึ่งคำประกาศดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการให้ความยินยอมในรักษามีใช้นิติกรรมทางแพ่งโดยหากผู้เยาว์มีอายุเกิน 18 ปีบริบูรณ์ ก็สามารถให้ความยินยอมฯ ด้วยตนเองและบิดา มารดา หรือ ผู้แทนโดยชอบธรรมเท่านั้นสามารถใช้สิทธิแทนผู้บกพร่องทางกายหรือจิตใจ ที่ไม่สามารถใช้สิทธิด้วยตนเองได้ แต่หากผู้ป่วยไม่มีบิดามารดา หรือผู้แทนโดยชอบธรรม แพทย์จะขอความยินยอมจากผู้ใด โดยผู้เขียนจะชี้ให้เห็นถึงในประเทศที่มีกฎหมายสุขภาพจิตที่กำหนดให้มีบุคคลที่สามารถร้องขอแทนผู้ป่วยให้มีการรับผู้ป่วยไว้รักษาและที่กำหนดขอบเขตการรักษาทางการแพทย์ ในบทที่ 4 ต่อไป

3. อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามประมวลกฎหมายอาญา ในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทางจิตเวชทำอันตรายต่อตนเอง

ในตอนนี้จะศึกษาถึงอำนาจและหน้าที่ของรัฐตามประมวลกฎหมายอาญาในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทางจิตเวชทำอันตรายต่อตนเอง โดยจะกล่าวถึงความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลผู้ควบคุมดูแลรักษาผู้ป่วยที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเองรวมทั้งวิธีการเพื่อความปลอดภัยที่นำมาใช้กับบุคคลที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเอง ดังนี้

ความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลผู้ควบคุมดูแลผู้ป่วยที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเอง

1) ความผิดฐานไม่ควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริต

การไม่เอาใจใส่ หรือไม่ระมัดระวังในการควบคุม ดูแล บุคคลวิกลจริตให้พอแก่พฤติการณ์เป็นเหตุให้บุคคลวิกลจริตออกเที่ยวไปโดยไม่มีผู้ควบคุมดูแลตามไปด้วย ผู้ที่ควบคุมดูแลย่อมมีความผิดตามมาตรา 373 ซึ่งบัญญัติไว้ว่า "ผู้ใดควบคุมดูแล³⁵ บุคคลวิกลจริตปล่อยปละละเลยให้บุคคลวิกลจริต³⁶ นั้นออกเที่ยวไปโดยลำพัง ต้องระวางโทษ..."

³⁴ ออกเมื่อวันที่ 14 เมษายน 2541

³⁵ "ควบคุมดูแล" ในที่นี้มีความหมายกว้าง กล่าวคือไม่จำเป็นจะต้องเป็นการควบคุมดูแลโดยมีนิติสัมพันธ์ที่ต้องควบคุมดูแล (ดู คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคความผิด, พิมพ์ครั้งที่ 4 (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535), หน้า 79.)

³⁶ "บุคคลวิกลจริต" หมายถึง บุคคลที่มีพยาธิทางจิตถึงขนาดที่อาจเป็นภัยต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือทรัพย์สินของผู้อื่น (ดู คณิต ณ นคร, กฎหมายอาญาภาคความผิด, พิมพ์ครั้งที่ 4 (กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535), หน้า 79.)

กรณีบุคคลใดหรือแพทย์ผู้ทำการรักษา แม้จะไม่มีเจตนา แต่ปล่อยให้บุคคล วิกฤต หรือผู้ป่วยทางจิตเวชที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเองไปจากการควบคุมดูแล อาจมีความผิดฐานนี้ ได้

2) ความผิดฐานทำร้ายร่างกาย

วิวัฒนาการทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และเทคโนโลยีต่าง ๆ ในปัจจุบัน ได้พัฒนาอย่างรวดเร็ว จึงมีการนำวิธีการใหม่ ๆ มาใช้รักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่อาจจะทำอันตราย ต่อตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำต่อเนื้อตัว ร่างกาย หรือจิตใจ ของผู้ป่วย เช่น การใช้ยาอันตราย, การ รักษาด้วยไฟฟ้า, การผ่าตัดสมอง หรือจิตศัลยกรรม เป็นต้น

กรณีแพทย์ทำการรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเอง ด้วยวิธีการดังกล่าว ซึ่งอาจเป็นอันตรายแก่ร่างกาย หรือจิตใจของผู้ป่วยฯ เป็นการทำร้ายร่างกาย ตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 295³⁷ หรือไม่ พิจารณาได้ 2 กรณี ดังนี้

กรณีที่ 1 ผู้ป่วยฯ ยินยอม

หลักเรื่อง "ความยินยอมไม่เป็นความผิด" หรือ Volenti non fit injuria ถือเป็นหลักกฎหมายทั่วไป แต่บางประเทศได้นำมาบัญญัติไว้ในกฎหมาย เช่น กฎหมายอาญา เยอรมัน (STGB 226a)³⁸ ได้บัญญัติรวมไว้ในหมวดความผิดฐานทำร้ายร่างกาย³⁹ สำหรับประเทศไทย หลักดังกล่าวไม่มีบทบัญญัติไว้ แต่สามารถนำมาใช้ในทางอาญาได้ โดยศาลฎีกาได้เคยวาง หลักเป็นบรรทัดฐาน (คำพิพากษาศาลฎีกา ที่ 1403/2508) ไว้ดังนี้

"มีหลักทั่วไปเป็นเหตุยกเว้นความผิดอาญาอยู่ว่า ความยินยอมอัน บริสุทธิ์ของผู้เสียหายให้ผู้ใดกระทำการที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดนั้น ถ้าความยินยอมนั้น ไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดี และมีอยู่จนถึงขณะกระทำการอันกฎหมายบัญญัติว่าเป็น ความผิดนั้นแล้ว ความยินยอมนั้นเป็นข้อยกเว้นมิให้การกระทำนั้นเป็นความผิดขึ้นได้" ตามคำ พิพากษาศาลฎีกาข้างต้นแยกพิจารณาได้ดังนี้

³⁷ "ผู้ใดทำร้ายผู้อื่นจนเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่กาย หรือจิตใจของผู้อื่นนั้น ผู้นั้น กระทำ ความผิดฐานทำร้ายร่างกาย ต้องระวางโทษ..."

³⁸ มาตรา 226 a (ความยินยอมของผู้ถูกทำร้าย) ผู้ใดทำให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายของ ผู้อื่น โดยความยินยอมของผู้ได้รับอันตรายนั้นจะมีความผิด (Rechtswidrig) ก็ต่อเมื่อการกระทำ นั้นขัดต่อศีลธรรมอันดี

³⁹ วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, "การกระทำของแพทย์ต่อร่างกายผู้ป่วย (ในขอบเขตของการประกอบ วิชาชีพ) กับความผิดฐานทำร้ายร่างกาย," วารสารนิติศาสตร์ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 (กันยายน 2530) : 180.

1. ความยินยอมอันบริสุทธิ์ คือความยินยอมของบุคคลที่ถูกทำร้ายนั้น ต้องให้ด้วยความเต็มใจไม่ได้เกิดจากการบังคับ ชูเชื้อ หลอกลวง หรือเข้าใจผิด
2. ความยินยอมนั้นไม่ขัดต่อความสำนึกในศีลธรรมอันดี เช่น ความยินยอมให้แพทย์ผ่าตัดร่างกายเพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ความยินยอมของนักมวยในการชกตามกติกา
3. เป็นความยินยอมที่มีอยู่ในขณะกระทำความผิด จะเป็นความยินยอมที่ผู้เสียหายแสดงออกในขณะที่มีการกระทำความผิด หรือแสดงออกก่อนและยังคงอยู่ มิได้บอกเลิกเสียก่อนการกระทำความผิดสิ้นสุดลง

กรณีที่ 2 ผู้ป่วยฯ ไม่ยินยอม

เมื่อผู้ป่วยฯ ไม่ให้ความยินยอมในการรักษา แพทย์ไม่มีอำนาจรักษาผู้ป่วยตามใบอนุญาตประกอบโรคศิลป์ หากแพทย์กระทำการรักษาด้วยวิธีการที่อาจเป็นอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้ป่วย ก็เป็นการทำร้ายร่างกายเพราะแพทย์กระทำในขณะรู้ข้อเท็จจริงอันเป็นองค์ประกอบของความผิดและประสงค์ต่อผลหรือยอมเล็งเห็นผลได้ว่าจะเกิดอันตรายแก่กายหรือจิตใจของผู้ป่วยฯ

3) ความผิดฐานทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้

ความผิดฐานนี้ คือการทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้เพราะอายุ ความเจ็บป่วย กายพิการ หรือจิตพิการ โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิตโดยเจตนา ตามมาตรา 307 ที่บัญญัติว่า “ผู้ใดมีหน้าที่ตามกฎหมายหรือตามสัญญา ต้องดูแลผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้เพราะอายุ ความเจ็บป่วย กายพิการ หรือจิตพิการ ทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองมิได้นั้นเสีย โดยประการที่น่าจะเป็นเหตุให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต ต้องระวางโทษ...”

และมาตรา 308 บัญญัติว่า “ถ้าการกระทำความผิดตาม... มาตรา 307 เป็นเหตุให้ผู้ถูกทอดทิ้งถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส ผู้กระทำความผิดต้องระวางโทษ...”

นิติสัมพันธ์ตามกฎหมายระหว่างแพทย์ผู้รักษากับผู้ป่วยเป็นไปในลักษณะของสัญญาจ้างทำของ⁴⁰ ตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ตามมาตรา 587 โดย

⁴⁰ คำพิพากษาฎีกาที่ 287/2507 “สถานพยาบาลและผดุงครรภ์ของโจทก์ ตั้งขึ้นเพื่อรับพยาบาลผู้เจ็บป่วยและรับทำคลอดบุตรให้แก่หญิงมีครรภ์ โดยหญิงมีครรภ์เป็นผู้ว่าจ้างโจทก์เป็นผู้ทำคลอด โจทก์จึงเป็นผู้รับจ้าง การทำงานของโจทก์ในฐานะที่เป็นนางผดุงครรภ์ก็คือ จัดการให้ทารกคลอดเสียจากครรภ์มารดา ทั้งนี้ โดยมีสินจ้างซึ่งทางฝ่ายหญิงมีครรภ์ผู้ว่าจ้างต้องจ่ายให้โจทก์เมื่อโจทก์ได้ทำคลอดให้แล้ว มีลักษณะเป็นสัญญาจ้างทำของ”

ต่างก็มีหน้าที่ต้องปฏิบัติตามสัญญาต่อกัน กล่าวคือ แพทย์ต้องให้การรักษาในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพ และเพื่อให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วยในขณะเดียวกันผู้ป่วยก็มีหน้าที่ต้องจ่ายสินจ้างเป็นค่าตอบแทนสำหรับการรักษานั้น

กรณีแพทย์รักษาผู้ป่วยทางจิตเวชที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเอง มองข้ามปัญหาทางจิตเวชโดยเชื่อว่าการทอดทิ้งจะไม่มีอันตรายแก่ชีวิต และงดเว้น⁴¹ ไม่กระทำการตามหน้าที่เพื่อป้องกันอันตรายแก่ชีวิตของผู้ป่วย แพทย์อาจต้องรับผิดชอบตามมาตรา 307 หรือ มาตรา 308 แล้วแต่กรณี

4) ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกาย

การที่จิตแพทย์รับผู้ป่วยทางจิตเวชไว้รักษาโดยไม่มีเหตุอันควรและผู้ป่วยไม่ยินยอม โดยใช้วิธีการรักษาทางกายภาพอย่างอื่น (Other Somatic Treatment) หรือกักบริเวณ (Room Seclusion) เป็นต้น การกระทำของแพทย์อาจเป็นความผิดต่อเสรีภาพตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 310⁴² และอาจเป็นการกระทำที่ขัดต่อข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ⁴³ ที่ออกตามพระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม⁴⁴

5) ความผิดฐานเปิดเผยความลับของผู้ป่วย

สิทธิส่วนบุคคลที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยถือเป็นสิทธิของผู้ป่วยที่ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องให้ความสำคัญและคำนึงถึงมากที่สุดประการหนึ่ง โดยปกติแพทย์จะต้องปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยไว้เป็นความลับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจิตแพทย์ต้องใช้ความระมัดระวังอย่างมาก เนื่องจากข้อมูลเกี่ยวกับอาการป่วยทางจิตเวชอาจมีผลเปลี่ยนแปลงสถานภาพของบุคคลในสังคมได้ การเปิดเผยข้อมูลความลับของผู้ป่วย

⁴¹ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 59 วรรคท้าย “การกระทำที่หมายรวมถึงการให้เกิดผลอันหนึ่งอันใดขึ้น โดยงดเว้นที่จักต้องกระทำเพื่อป้องกันผลนั้นด้วย

⁴² มาตรา 310 บัญญัติว่า “ผู้ใดหน่วงเหนี่ยวหรือกักขังผู้อื่น หรือกระทำความผิดประการใดให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกาย ต้องระวางโทษ...” และ วรรค 2 บัญญัติว่า “ถ้าการกระทำตามวรรคแรกเป็นเหตุให้ผู้ถูกหน่วงเหนี่ยว ถูกกักขัง หรือต้องปราศจากเสรีภาพในร่างกายนั้นถึงแก่ความตาย หรือรับอันตรายสาหัส ผู้กระทำต้องระวางโทษ...”

⁴³ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 ข้อ 4 กำหนดว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยสุภาพปราศจากการบังคับ ชูเชื้อ...”

⁴⁴ พระราชบัญญัติวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2525 มาตรา 31 บัญญัติว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ ตามที่กำหนดในข้อบังคับแพทยสภา”

อาจเป็นความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 323⁴⁵ และอาจเป็นการกระทำที่ขัดต่อข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพ⁴⁶ อย่างไรก็ตาม บางกรณีแพทย์ก็มีหน้าที่จะต้องเปิดเผยข้อมูลหรืออาการเจ็บป่วย เช่น การให้ความเห็นต่อศาล⁴⁷ เป็นต้น สำหรับจิตแพทย์หากเห็นว่าพฤติการณ์ของผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น จิตแพทย์สามารถเปิดเผยข้อมูลต่อบุคคลอื่นเพื่อความจำเป็นตามกฎหมาย⁴⁸ ในการป้องกันอันตรายแก่ผู้ป่วย หรือผู้อื่น ซึ่งกรณีดังกล่าวกฎหมายอาญาบัญญัติไว้เป็นความผิดแต่ได้รับการยกเว้นโทษ

6) วิธีการเพื่อความปลอดภัย

วัตถุประสงค์ของการใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยประการหนึ่งคือ เพื่อความปลอดภัยของประชาชน โดยพึงเล็งเฉพาะสภาพในตัวบุคคลที่น่าจะเป็นภัยแก่ผู้อื่น⁴⁹ โดยไม่คำนึงถึงจิตใจอันชั่วร้ายของบุคคลนั้น โดยผู้ที่ถูกใช้วิธีการเพื่อความปลอดภัยไม่ถึงว่าได้รับโทษ ไม่ถูกตัดสิทธิใด ๆ ใดๆ ผู้ได้รับโทษ⁵⁰

⁴⁵ มาตรา 323 บัญญัติว่า “ผู้ใดล่วงรู้หรือได้มาซึ่งความลับของผู้อื่นโดยเหตุที่เป็นเจ้าพนักงานผู้มีหน้าที่ โดยเหตุที่ประกอบอาชีพเป็นแพทย์... แล้วเปิดเผยความลับนั้นในประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้หนึ่งผู้ใด ต้องระวางโทษ...”

⁴⁶ ข้อบังคับแพทยสภา ว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ.2526 ข้อ 9 กำหนดว่า “ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย ซึ่งตนได้ทราบมา เนื่องจากการประกอบวิชาชีพ เว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วย หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมาย หรือตามหน้าที่”

⁴⁷ เป็นการเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับโรคและอาการของผู้ป่วย ตลอดจนข้อมูลอื่น ๆ ที่จะเป็นประโยชน์แก่คดีตามหลักวิชา

⁴⁸ ประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 67 บัญญัติว่า “ผู้ใดกระทำความผิดด้วยความจำเป็น (2) เพราะเพื่อให้ตนเองหรือผู้อื่นพ้นจากภัยอันตรายที่ใกล้จะถึง และไม่สามารถหลีกเลี่ยงให้พ้นโดยวิธีอื่นใดได้ เมื่อภัยอันตรายนั้นตนไม่ได้ก่อให้เกิดขึ้นเพราะความผิดของตน

มาตรา 67 วรรค 2 บัญญัติว่า “ถ้าการกระทำนั้นไม่เป็นการเกินสมควรแก่เหตุผู้นั้นไม่ต้องรับโทษ”

⁴⁹ จิตติ ติงศภัทย์, กฎหมายอาญาภาค 1, พิมพ์ครั้งที่ 8 (กรุงเทพฯ : สำนักอบรมศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2529), หน้า 1184.

⁵⁰ เรื่องเดียวกัน.

การคุมตัวบุคคลไว้ในสถานพยาบาลตามประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 48⁵¹ และมาตรา 49⁵² เป็นวิธีการเพื่อความปลอดภัยชนิดหนึ่งที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ประชาชน*จากการกระทำผิดอาญาของบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต หรือเสพยาสุราหรือยาเสพติดให้โทษและศาลใช้ดุลพินิจสั่งให้ส่งไปคุมตัวในสถานพยาบาล

4. อำนาจและหน้าที่ของรัฐตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาในการเข้าไปควบคุมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทางจิตเวชทำอันตรายต่อตนเอง

ในส่วนนี้จะศึกษาถึงอำนาจและหน้าที่ของรัฐตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาในการเข้าไปควบคุมตัวผู้ป่วยทางจิตเวชที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเอง โดยจะกล่าวถึงการส่งตัวผู้ที่วิกลจริตที่ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ไปดูแลบำบัดรักษา ดังนี้

ตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ได้บัญญัติว่า

“ ในระหว่างทำการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้องหรือพิจารณา ถ้ามีเหตุควรเชื่อว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณีสั่งให้พนักงานแพทย์ตรวจผู้นั้น เสร็จแล้วให้เรียกพนักงานแพทย์ผู้นั้นมาให้ถ้อยคำหรือให้การว่าตรวจได้ผลประการใด

ในกรณีที่พนักงานสอบสวนหรือศาลเห็นว่าผู้ต้องหา หรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตและไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ให้งดการสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณาไว้จนกว่าผู้นั้นหายวิกลจริต หรือสามารถจะต่อสู้คดีได้และให้มีอำนาจส่งตัวผู้นั้นไปยังโรงพยาบาลโรคจิต หรือมอบให้แก่ผู้อนุบาล ข้าหลวงประจำจังหวัด หรือผู้อื่นที่เต็มใจรับไปดูแลรักษาก็ได้ตามแต่จะเห็นสมควร...”

⁵¹ มาตรา 48 บัญญัติว่า “ถ้าศาลเห็นว่าการปล่อยตัวผู้มีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือน ซึ่งไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษตามมาตรา 65 จะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ศาลจะสั่งให้ส่งไปควบคุมตัวในสถานพยาบาลก็ได้...”

⁵² มาตรา 49 บัญญัติว่า “ในกรณีที่ศาลพิจารณาลงโทษจำคุก หรือพิพากษาว่ามีความผิดแต่รอการกำหนดโทษ หรือรอการลงโทษบุคคลใด ถ้าศาลเห็นว่าบุคคลนั้นได้กระทำความผิดเกี่ยวเนื่องกับการเสพยาสุราเป็นอาชญา หรือการเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ศาลจะกำหนดในคำพิพากษาว่าบุคคลนั้นจะต้องไม่เสพยาสุรา ยาเสพติดให้โทษอย่างหนึ่งอย่างใด หรือทั้งสองอย่างภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี ...” มาตรา 49 วรรค 2 บัญญัติว่า “ในกรณีที่บุคคลดังกล่าวในวรรคแรกไม่ปฏิบัติตามที่ศาลกำหนด ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวในสถานพยาบาลเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี ก็ได้”

* เป็นประโยชน์ได้บ้างในการนำผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตที่กระทำความผิดทางอาญาและมีโอกาสที่ฆ่าตัวตาย หรือทำอันตรายต่อตนเองด้วย ไปบำบัดรักษาโดยผ่านกระบวนการทางศาล

กฎหมายดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคคลที่ถูกกล่าวหาว่ากระทำ ความผิดอาญา และมีความผิดปกติทางจิตถึงขั้นวิกลจริต⁵³ ไม่สามารถต่อสู้คดีได้ ถูกส่งตัวไป บำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช หรือควบคุมดูแลโดยบุคคลตามที่กฎหมายดังกล่าวระบุไว้

กรณีผู้ป่วยทางจิตเวชที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเอง แต่สามารถต่อสู้คดี ได้ ก็ไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะถูกควบคุมดูแล บำบัดรักษา

5. ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ.... (ด้านการบังคับรักษา) ของ ประเทศไทย

ในส่วนี้จะศึกษาถึงร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตที่เกี่ยวข้องกับการ ควบคุมและป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทางจิตเวชทำอันตรายต่อตนเอง ซึ่งร่างพระราชบัญญัตินี้ตั้งอยู่ ในระหว่างการนำเสนอต่อคณะรัฐมนตรีเพื่อพิจารณาเสนอร่างต่อรัฐสภา โดยมีสาระสำคัญดังนี้

ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตได้กำหนดให้ผู้ที่มีความเจ็บป่วย ทางจิตอยู่ในข่ายที่จะถูกบังคับรักษาโดยบัญญัตินิยามของการฟื้นฟูสุขภาพจิต, ความผิดปกติทาง จิตและผู้ป่วยฯ ไว้ดังนี้ (มาตรา 3)

“การฟื้นฟูสุขภาพจิต” หมายความว่า การกระทำใด ๆ เพื่อบำบัดรักษา ความผิดปกติทางจิตให้กลับคืนสู่สภาพปกติ

“ความผิดปกติทางจิต” หมายความว่า ความเจ็บป่วยทางจิต หรือการ พัฒนาทางจิตบกพร่อง หรือความไม่สมบูรณ์ทางจิต ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ หรือจิตใจ ของตนเองได้ หรือไม่สามารถรู้ผิดชอบในการกระทำของตน หรือมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเป็น อันตรายต่อตนเอง หรือผู้อื่น ทั้งนี้ ไม่ว่าจะเกิดจากสภาพทางจิตโดยตรง หรือเกิดจากการเสพยา สารอื่นที่มีผลถึงสภาพทางจิต

“ผู้ป่วย” หมายความว่า ผู้ที่มีอาการ หรือสงสัยว่ามีอาการผิดปกติทางจิต ส่วนวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิต มีดังต่อไปนี้

⁵³ คำพิพากษาฎีกาที่ 490/2509 (ประชุมใหญ่) โดยวินิจฉัยคำว่า “บุคคลวิกลจริต” ตามที่ บัญญัติไว้ในประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ มาตรา 28 ว่ามิได้หมายความว่าบุคคลผู้มี จิตผิดปกติ หรือตามที่เข้าใจกันทั่ว ๆ ไปว่า เป็นบ้าเท่านั้นไม่ แต่หมายรวมถึงบุคคลที่มีกิริยาอาการ ผิดปกติ เพราะสติวิปลาส คือขาดความรำลึก ขาดความรู้สึกผิดชอบด้วย เพราะบุคคลดังกล่าวนี้ไม่ สามารถประกอบกิจกรรมของตนเอง หรือประกอบกิจการส่วนตัวของตน เช่นผู้ป่วยที่เป็นโรคเนื้องอกในสมอง ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีอาการพูดไม่ได้ หูไม่ได้ยิน ตาทั้งสองข้างมองไม่ เห็น มีอาการอย่างคนไม่มีสติสัมปชัญญะใด ๆ

ขั้นตอนในการใช้อำนาจตามกฎหมาย มีดังต่อไปนี้

1) ลักษณะผู้ป่วยที่จะถูกบังคับเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิต

มาตรา 14 “บุคคลใดที่มีการแสดงอาการว่ามีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรงถึงขั้นที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง หรือบุคคลอื่น หรือมีพฤติกรรมที่เป็นการคุกคามความสงบสุขของบุคคลอื่น หรือไม่อาจดูแลตนเองได้และจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน หรือมีลักษณะตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนดอาจถือว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องถูกส่งตัวไปควบคุมและรับการฟื้นฟูสุขภาพที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต

2) ผู้ส่งตัวผู้ป่วย และวิธีการส่งตัวผู้ป่วย

มาตรา 15 “การส่งตัวบุคคลที่อาจถือว่าเป็นผู้ป่วยตามมาตรา 14 เพื่อเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตให้กระทำได้โดยบุคคลดังต่อไปนี้

- 1) บิดา มารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลผู้รับดูแลบุคคลนั้น
- 2) แพทย์ผู้เคยทำการรักษาบุคคลนั้น และมีความเห็นว่าบุคคลนั้นจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิต
- 3) พนักงานสอบสวน หรือศาล ในกรณีที่มีเหตุการณ์เชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลย เป็นผู้วิกลจริตตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา หรือมีจิตบกพร่อง ไร้จิต หรือจิตฟั่นเฟือนตามประมวลกฎหมายอาญา
- 4) เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้มีอำนาจหน้าที่ดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยหรือดูแลด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน หรือดูแลด้านสังคมสงเคราะห์ในกรณีพบเองหรือได้รับแจ้งว่าบุคคลใดมีอาการที่อาจมีความผิดปกติทางจิต
- 5) พนักงาน เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต ในกรณีที่พบเองหรือได้รับแจ้งว่าบุคคลใดมีอาการที่อาจมีความผิดปกติทางจิต

มาตรา 16 “การส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิตของบุคคล ตามมาตรา 15(1) ให้ดำเนินการโดยทำเป็นคำร้องยื่นต่อศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยต้องมีรายละเอียดของประวัติผู้ป่วยและรายละเอียดของผู้นำส่งตัวให้ชัดเจน พร้อมทั้งมีคำรับรองอาการที่มีการแสดงออกว่า อาจมีความผิดปกติทางจิตและการให้ความเห็นชอบในการฟื้นฟูสุขภาพจิต

การส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิตของบุคคลตามมาตรา 15(2) ให้ดำเนินการโดยการแจ้งขอส่งตัวผู้ป่วยต่อศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตและต้องมีรายงานทางการแพทย์เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย รวมทั้งการให้การรักษาผู้ป่วยนั้น

การส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสุขภาพจิตของบุคคลตามมาตรา 15(3) (4) หรือ (5) ให้ดำเนินการโดยการแจ้งหรือนำส่งต่อศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต พร้อมทั้งคำชี้แจงถึงสภาพอาการของผู้ป่วยที่อาจแสดงว่าเป็นผู้มีความผิดปกติทางจิต

หลักเกณฑ์และวิธีการในการทำคำร้องหรือการแจ้งเพื่อส่งตัวผู้ป่วยเข้ารับการฟื้นฟูสุขภาพจิต และการรับตัวผู้ป่วยของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตให้เป็นไปตามระเบียบที่คณะกรรมการ⁵⁴ กำหนด”

มาตรา 17 “ในกรณีที่มีผู้ป่วยแสดงอาการตามมาตรา 14 ในที่สาธารณะ และเป็นกรณีฉุกเฉินมิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่น บุคคลผู้พบเห็นอาจดำเนินการควบคุมตัวเพื่อนำส่งพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐตามมาตรา 15(4) เพื่อให้ดำเนินการต่อไปตามพระราชบัญญัตินี้

การควบคุมตัวผู้ป่วยตามวรรคหนึ่งให้กระทำได้เท่าที่จำเป็นเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยหลบหนีหรือทำอันตรายต่อตนเองหรือบุคคลอื่น”

3) การตรวจประเมินเบื้องต้น เพื่อให้ทราบว่าเป็นผู้ป่วยที่จะต้องถูกบังคับเข้ารับการฟื้นฟูสุขภาพจิตตามกฎหมายหรือไม่ โดยมีวิธีการคือต้องให้แพทย์ไม่น้อยกว่า 2 คนรับรองอาการ ถ้าเห็นว่าไม่ป่วยก็ให้ปล่อยตัว ถ้าเห็นว่าป่วยให้เสนอคณะกรรมการประจำศูนย์ฯ ในระหว่างนั้น อาจต้องกักตัวผู้ป่วยชั่วคราวก็ให้มีอำนาจทำได้

มาตรา 18 “เมื่อมีการส่งตัวผู้ป่วยให้กับศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแล้ว ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตดำเนินการให้มีการจัดทำบันทึกประวัติผู้ป่วยแล้วให้แพทย์ไม่น้อยกว่าสองคนดำเนินการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นโดยเร็ว

ในกรณีที่ผลการตรวจตามวรรคหนึ่งไม่ปรากฏว่าผู้ป่วยมีอาการที่เป็นความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรง ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตปล่อยตัวผู้ป่วยโดยจะมีเงื่อนไขเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยนั้น หรือกำหนดให้ผู้ป่วยหรือผู้รับดูแลผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามอย่างใดก็ได้ แล้วให้ทำรายงานต่อคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเพื่อทราบ ในการนี้ คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตอาจให้มีการตรวจผู้ป่วยดังกล่าวเพิ่มเติมก็ได้

ในกรณีที่ผลการตรวจตามวรรคหนึ่งปรากฏว่าผู้ป่วยมีอาการที่เป็นความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรง ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตรายงานผลการตรวจต่อคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเพื่อขอให้มีความวินิจฉัยให้ดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตต่อไป

⁵⁴ หมายถึง คณะกรรมการฟื้นฟูสุขภาพจิต

ในการดำเนินการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตได้ไม่เกินเจ็ดสิบสองชั่วโมงนับแต่เวลาเมื่อมีการนำตัวผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตและในกรณีที่มีการเสนอรายงานผลการตรวจตามวรรคสามต่อคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแล้ว ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจควบคุมตัวผู้ป่วยได้ต่อไปแต่เมื่อรวมเวลาทั้งหมดแล้วต้องไม่เกินเจ็ดวันนับแต่วันที่นำตัวผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องควบคุมตัวผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนเกินกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตรายงานต่อพนักงานอัยการเพื่อยื่นคำร้องต่อศาลให้มีคำสั่งควบคุมตัวผู้ป่วยตามระยะเวลาที่เห็นว่าเหมาะสม เพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย แต่ทั้งนี้เมื่อรวมระยะเวลาการควบคุมทั้งหมดแล้วต้องไม่เกินสิบห้าวันนับแต่วันที่นำตัวผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต

ในกรณีที่ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเห็นว่าไม่จำเป็นต้องควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตในระหว่างการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้น อาจมีคำสั่งให้ปล่อยตัวผู้ป่วยชั่วคราวโดยให้อยู่ในความดูแลของบุคคลที่เห็นสมควรก็ได้ ในการนี้อาจกำหนดเงื่อนไขใด ๆ เพื่อให้บุคคลผู้รับดูแลผู้ป่วยปฏิบัติก็ได้

คณะกรรมการอาจกำหนดหลักเกณฑ์การตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยเป็นแนวทางให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตปฏิบัติก็ได้”

4) การพิจารณาของคณะกรรมการประจำศูนย์ฯ ซึ่งอาจสั่งการได้ 2 ประการ คือ

1. การรักษาแบบผู้ป่วยนอก
2. การรักษาแบบผู้ป่วยใน

มาตรา 19 “ในกรณีที่คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเห็นชอบตามผลการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยตามมาตรา 18 วรรคสาม และวินิจฉัยให้ดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยผู้นั้น ให้คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจออกคำสั่งกำหนดมาตรการการบังคับเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยวิธีการอย่างหนึ่งอย่างใด ดังต่อไปนี้

- (1) กำหนดให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในความดูแลรักษาของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยไม่ต้องถูกควบคุมตัวไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต
- (2) กำหนดให้ควบคุมตัวผู้ป่วยเพื่อดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต

ถ้าคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตไม่เห็นควรวินิจฉัยให้ดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ป่วย ให้มีคำสั่งปล่อยตัวผู้ป่วยโดยจะมีเงื่อนไขเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยนั้น หรือกำหนดให้ผู้ป่วยหรือผู้รับดูแลผู้ป่วยต้องปฏิบัติตามอย่างหนึ่งอย่างใดก็ได้”

1. อำนาจของศูนย์ฯ ในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

มาตรา 20 “การออกคำสั่งกำหนดให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในความดูแลรักษาของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยไม่ต้องถูกควบคุมตัวไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตตามมาตรา 19(1) จะกระทำได้อต่อเมื่อคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเห็นว่า การปล่อยตัวจะไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยหรือบุคคลอื่นและผู้ป่วยมีผู้รับดูแลซึ่งมีเหตุเชื่อได้ว่าจะจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

ผู้รับดูแลผู้ป่วยมีหน้าที่นำผู้ป่วยมารับการรักษาที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตตามระยะเวลาและต้องปฏิบัติตามเงื่อนไขที่คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตกำหนด”

2. อำนาจของศูนย์ฯ ในการรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งกำหนดให้มีการควบคุมตัวผู้ป่วยได้ และถือว่าศูนย์ฯ เป็นสถานพยาบาลที่ควบคุมตัวผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญา และให้อำนาจเจ้าหน้าที่ในการติดตามจับกุม กรณีผู้ป่วยฯ หลบหนี

มาตรา 21 “การออกคำสั่งกำหนดให้ผู้ป่วยต้องถูกควบคุมตัวเพื่อดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตตามมาตรา 19(2) ให้คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตกำหนดระยะเวลาการควบคุมตัวตามความร้ายแรงของอาการผิดปกติทางจิตและตามวิธีการรักษาผู้ป่วยนั้น แต่ทั้งนี้ ต้องไม่เกินหนึ่งปีนับแต่วันที่คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีคำวินิจฉัยให้ใช้มาตรการตามมาตรา 19(2)

คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตอาจขยายหรือลดเวลาการควบคุมตัวผู้ป่วยเพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิตได้ตามระเบียบที่คณะกรรมการกำหนด

ภายในระยะตามวรรคหนึ่ง ถ้าคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเห็นว่า ผู้ป่วยยังมีอาการผิดปกติทางจิตอยู่ในขั้นร้ายแรง หรือผู้ป่วยยังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่มีผู้รับดูแลผู้ป่วยนั้น คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตอาจขอให้พนักงานอัยการทำคำร้องยื่นต่อศาลก่อนสิ้นสุดระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง เพื่อให้ศาลมีคำสั่งอนุญาตให้ควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตจนกว่าจะเป็นที่พอใจว่าผู้ป่วยหายจากอาการผิดปกติทางจิต”

มาตรา 22 “ในระหว่างการควบคุมตัวผู้ป่วยเพื่อการตรวจประเมินอาการเบื้องต้นตามมาตรา 18 หรือในระหว่างการควบคุมตัวเพื่อฟื้นฟูสุขภาพจิตตามมาตรา 19(2) แล้วแต่กรณี ให้ถือว่าผู้ป่วยเป็นผู้ถูกคุมขังตามประมวลกฎหมายอาญา”

มาตรา 23 “ในระหว่างการควบคุมตัว ถ้าผู้ป่วยผู้ใดหลบหนีออกนอกเขตศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตให้ถือว่าผู้นั้นหลบหนีการคุมขังตามประมวลกฎหมายอาญา และให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแจ้งให้เจ้าพนักงานตำรวจทราบเพื่อดำเนินการจับกุมผู้นั้น ในการนี้ให้พนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจติดตามจับกุมผู้นั้นได้ด้วย

เมื่อมีการจับกุมผู้ป่วยที่หลบหนีตามวรรคหนึ่งได้ให้ส่งตัวไปยังศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ผู้นั้นหลบหนีเพื่อดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตต่อไป ทั้งนี้ มิให้นับระยะเวลาที่ผู้ป่วยหลบหนีเข้าในกำหนดระยะเวลาการควบคุมด้วย”

5) หลักประกันการรักษา ทั้งกรณีของผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษา

มาตรา 24 “ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีหน้าที่ควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยอาศัยหลักวิชาการแพทย์และจิตเวช และต้องดำเนินการตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตกำหนด”

มาตรา 25 “ในการดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิต ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจกระทำการกับร่างกายของผู้ป่วยโดยวิธีการให้การรักษาด้วยยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า หรือการผ่าตัดหรือโดยวิธีการอื่นใดได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือจากผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่จะให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ถ้าการกระทำนั้นเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของผู้ป่วย”

มาตรา 26 “การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตต้องเป็นไปตามหลักมนุษยธรรมเพื่อการรักษาผู้ป่วยให้หายจากอาการผิดปกติทางจิต แต่การควบคุมตัวผู้ป่วย การใช้มาตรการบังคับเพื่อมิให้ผู้ป่วยทำอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น การให้ทำงานเพื่อบรรเทาอาการผิดปกติทางจิต หรือการอื่นใดอันเป็นการใช้วิธีการรักษาตามหลักวิชาการ มิให้ถือว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามหลักมนุษยธรรม”

มาตรา 27 “ในระหว่างการควบคุมตัวผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตอาจมีคำสั่งให้ปล่อยตัวผู้ป่วยชั่วคราว เพื่อทดสอบอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ ในการนี้ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจกำหนดเงื่อนไขที่ผู้ป่วยหรือผู้รับดูแลผู้ป่วยต้องปฏิบัติก็ได้

การเพิกถอนคำสั่งปล่อยตัวชั่วคราวตามวรรคหนึ่งให้เป็นอำนาจของผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต”

6) การทบทวนการควบคุมหรือรักษาผู้ป่วย

มาตรา 28 “ผู้ป่วย หรือบิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลผู้รับดูแลผู้ป่วยอาจยื่นคำร้องต่อคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตขอให้ทบทวนผลการ

วินิจฉัยของคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตตามมาตรา 19 ระยะเวลาการควบคุมตัว หรือวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตได้

การร้องขอทบทวนตามวรรคหนึ่งต้องกระทำภายในระยะเวลาไม่เกินสิบห้าวันนับแต่วันทราบเหตุแห่งการร้องขอทบทวน และจะร้องขอทบทวนในเหตุการณ์เดียวกันได้ครั้งเดียว"

มาตรา 29 "เมื่อมีการร้องขอให้ทบทวนตามมาตรา 28 ให้คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแต่งตั้งคณะผู้พิจารณาทบทวนขึ้นคณะหนึ่งไม่น้อยกว่าสี่คนประกอบด้วย แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกฎหมายเป็นผู้พิจารณาทบทวน

บุคคลที่จะได้รับแต่งตั้งเป็นคณะผู้พิจารณาทบทวนต้องมีใช่เป็นบุคคลที่เคยเกี่ยวข้องในการพิจารณาเรื่องที่มีการทบทวนหรือเคยเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ป่วยผู้นั้น

เพื่อประโยชน์ในการพิจารณา คณะผู้พิจารณาทบทวนอาจจัดให้มีการตรวจประเมินอาการความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยโดยศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งอื่น หรือคณะผู้เชี่ยวชาญตามที่เห็นสมควรได้

ผลการพิจารณาของคณะผู้พิจารณาทบทวนให้ผู้พ้นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตที่จะต้องปฏิบัติตาม แต่ถ้าคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีความเห็นแตกต่างจากผลการพิจารณาและเห็นว่าเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยอาจเสนอเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณาเป็นที่สุดอีกครั้งหนึ่งได้

ในกรณีที่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย คณะผู้พิจารณาทบทวนหรือคณะกรรมการ แล้วแต่กรณี อาจกำหนดให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ป่วยชั่วคราวในระหว่างการพิจารณาก็ได้ "

มาตรา 30 "ในกรณีที่มีการร้องเรียนต่อคณะกรรมการหรือในกรณีที่คณะกรรมการตรวจสอบพบเห็นเองว่า วิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งใดไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้คณะกรรมการมีอำนาจออกคำสั่งให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งนั้นกระทำหรืองดเว้นการกระทำใด ๆ ได้ หรืออาจมีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งอื่นได้"

7) การรับผู้ป่วยไว้รักษาที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยสมัครใจ

มาตรา 36 "ผู้ป่วยหรือบิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือผู้รับผิดชอบผู้ป่วยนั้น อาจร้องขอให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเป็นผู้ควบคุมดูแลความผิดปกติทางจิตด้วยความสมัครใจก็ได้ ในกรณีเช่นนี้ให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยผู้นั้นตามวิธีการทางการแพทย์และจิตเวชในลักษณะของผู้ป่วยปกติ หรืออาจส่งตัวผู้ป่วยหรือแนะนำให้ไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชหรือสถานที่อื่นที่เห็นว่าเหมาะสมจะดูแลผู้ป่วยก็ได้ เว้นแต่ผู้ป่วย

มีอาการผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรง ให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย
นั้นตามพระราชบัญญัตินี้”

จะเห็นได้ว่าร่างพระราชบัญญัติฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ....ได้กำหนดให้
บุคคลที่มีความผิดปกติซึ่งรวมถึงผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายอย่างร้ายแรงต่อ
ตนเองถูกบังคับตรวจรักษาโดยมีวิธีการตรวจประเมินเบื้องต้นโดยแพทย์ 2 คนหลังจากที่มีการนำ
ผู้ป่วยทางจิตนำส่งที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตและให้ผู้อำนวยการรายงานต่อคณะกรรมการฟื้นฟู
สุขภาพจิตเพื่อวินิจฉัยว่าผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรงสมควรได้รับการดูแลรักษาที่
ศูนย์หรือไม่ และกำหนดวิธีการรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการใดๆก็ตามโดยไม่ต้องได้รับความยินยอม
จากผู้ป่วยหรือจากผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่จะให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ถ้าเป็นไปได้เพื่อ
ประโยชน์แก่สุขภาพของผู้ป่วยตามหลักวิชาการแพทย์และจิตเวช ซึ่งทำให้แพทย์ได้รับความ
คุ้มครองตามกฎหมาย รวมทั้งยังได้กำหนดหลักเกณฑ์การทบทวนความจำเป็นในการควบคุมหรือ
รักษาผู้ป่วยโดยกำหนดให้ ผู้ป่วยหรือบิดามารดา คู่สมรส บุตร หรือบุคคลผู้รับดูแลผู้ป่วย ยื่นคำ
ร้องขอต่อคณะกรรมการฟื้นฟูสุขภาพจิตภายใน 15 วันนับแต่ทราบเหตุแห่งการร้องขอ ให้มีการ
ทบทวนผลการวินิจฉัยของอนุกรรมการ ระยะเวลาการควบคุมตัวหรือวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิต

จากการศึกษาในบทนี้แสดงให้เห็นถึงประเทศที่พัฒนาแล้วที่ให้ความสำคัญ
กับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพของประชาชนในรัฐ เช่นสหรัฐอเมริกา และอังกฤษเป็นต้น ยังมี
กฎหมายสุขภาพจิตที่จำกัดสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยทางจิตโดยการบังคับรักษาซึ่งไม่ขัดต่อกฎหมาย
รัฐธรรมนูญของประเทศนั้นๆ ทั้งนี้ส่วนหนึ่งเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่อาจเป็น
อันตรายต่อตนเองได้แก่ การทำร้ายร่างกายตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตาย โดยกฎหมาย
สุขภาพจิตกำหนด วิธีการนำผู้ป่วยทางจิตส่งโรงพยาบาลและหรือสถานบำบัดโดยเฉพาะและการ
รักษาผู้ป่วยรวมถึงการดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังการรักษาในโรงพยาบาลภายใต้การควบคุมดังเช่น
กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษ นอกจากนี้ยังมีการทบทวนความจำเป็นในการรักษาด้วย
ส่วนกฎหมายของประเทศไทยที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันพบว่ากฎหมายเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทางจิต
ส่วนใหญ่ครอบคลุมผู้ป่วยทางจิตที่มีคดีแต่ไม่ได้ให้อำนาจแพทย์ในการรับผู้ป่วยทางจิตที่ไม่มีคดี
และมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองไว้บังคับรักษา โดยไม่มีรายละเอียดในวิธีการ ขั้นตอน
การปฏิบัติเกี่ยวกับผู้ป่วยไว้โดยเฉพาะซึ่งหากแพทย์บังคับรักษา ย่อมเป็นการกระทำที่ขัดต่อ
บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 และเสี่ยงที่จะต้องรับผิดทางอาญา
อย่างไรก็ตามก็มีร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต ซึ่งมีหลักเกณฑ์การรับผู้ป่วยไว้เพื่อการ
ฟื้นฟูสุขภาพจิต การรักษา การทบทวนการรับไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูและบทกำหนดโทษ ซึ่งจะได้
เปรียบเทียบกับกฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์ก, อังกฤษและญี่ปุ่นในบทที่ 4 ต่อไป

บทที่ 4

วิเคราะห์เปรียบเทียบกฎหมายไทยและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่เป็นอันตรายต่อตนเองและการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิต

จากที่ได้กล่าวมาแล้ว จะเห็นได้ว่าประเทศที่มีการพัฒนาด้านกฎหมายสุขภาพจิตจะมีสาระสำคัญของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาแตกต่างกันไป ซึ่งรวมถึงร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ....ของประเทศไทยด้วย ความแตกต่างดังกล่าวขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของกฎหมายสุขภาพจิตและการให้ความสำคัญกับปัญหาผู้ป่วยทางจิตทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายของแต่ละประเทศ ในบทนี้ผู้เขียนจะได้เปรียบเทียบ บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่ต้องบังคับรักษา การนำตัวผู้ป่วยมารักษาในสถานพยาบาล การรักษาทางการแพทย์ตามกฎหมายสุขภาพจิตและการทบทวนความจำเป็นในการบังคับรักษารวมทั้งความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพในประเทศที่มีการพัฒนาทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขคือ สหรัฐอเมริกา (มลรัฐนิวยอร์ก), อังกฤษและญี่ปุ่นรวมทั้งร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตของประเทศไทย

1. บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายที่ต้องรักษา

กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา (มลรัฐนิวยอร์ก), อังกฤษ, ญี่ปุ่นและร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตของไทยที่ได้กล่าวมาแล้ว ในบทที่ 3 ได้กำหนดหลักเกณฑ์หรือประเภทบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตหรือความผิดปกติทางจิตที่มีความเสี่ยงที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายที่ต้องบังคับรักษา ดังนี้

ประเทศสหรัฐอเมริกา (มลรัฐนิวยอร์ก)

กฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์กบัญญัตินิยามของความผิดปกติทางจิตว่ามีความหมายรวมถึงความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความจำเป็นในการดูแลรักษาโดยไม่สมัครใจโดย

“ความเจ็บป่วยทางจิต” หมายถึง โรคทางจิต หรือสภาวะทางจิต ซึ่งแสดงออกโดยความผิดปกติหรือความสับสนทางพฤติกรรม, ความรู้สึก, ความคิด หรือการตัดสินใจถึงขนาดที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาและฟื้นฟู

ประเทศอังกฤษ

กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษบัญญัตินิยามของความผิดปกติทางจิตว่ามีความหมายรวมถึงความเจ็บป่วยทางจิตแต่ไม่ได้บัญญัตินิยามของความเจ็บป่วยทางจิตไว้ดังนี้

“ความผิดปกติทางจิต” (Mental disorder) หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิต

ประเทศญี่ปุ่น

กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศญี่ปุ่นบัญญัติแต่เพียงความผิดปกติทางจิตที่ต้องถูกบังคับรักษา ดังนี้

“บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต” หมายถึง บุคคลที่เป็นโรคจิต (รวมถึงบุคคลที่เป็นโรคจิตระหว่างที่มีเมามา)

ประเทศไทย

ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตบัญญัตินิยามของความผิดปกติทางจิตว่ามีความหมายรวมถึงความเจ็บป่วยทางจิตไว้ดังนี้

“ความผิดปกติทางจิต”หมายความว่า ความเจ็บป่วยทางจิต...ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์หรือจิตใจของตนเองได้หรือไม่สามารถรู้ผิดชอบในการกระทำของตนหรือมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง... ทั้งนี้ไม่ว่าจะเกิดจากสภาพทางจิตโดยตรงหรือเกิดจากเสพสารอื่นที่มีผลถึงสภาพทางจิต

จะเห็นได้ว่ากฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์กและประเทศอังกฤษและร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตของไทยได้บัญญัติให้ บุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงอย่างมากที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายอยู่ในหลักเกณฑ์ที่จะต้องถูกบังคับรักษา ส่วนประเทศญี่ปุ่นไม่ได้บัญญัติถึงบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตไว้คงบัญญัติแต่เพียงความผิดปกติทางจิต อย่างไรก็ตามก็คงมีความหมายรวมถึงความเจ็บป่วยทางจิตที่พบในผู้ป่วยที่ฆ่าตัวตายหรือพยายามฆ่าตัวตายกล่าวคือ Mood Disorders, Anxiety Disorders, Substance Use Disorders, Schizo- phrenia, Personality Disorders, Adjustment Disorders ทั้งนี้ตามระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชในปัจจุบันคือ Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edition (DSM-IV) ที่ใช้คำว่า Mental Disorders (ความผิดปกติทางจิต) โดยจำแนกโรคทางจิตเวชว่าหมายถึงความเจ็บป่วยทางจิตดังกล่าวรวมอยู่ด้วย

2. การนำผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายมา รักษา

การค้นหาผู้ป่วยทางจิตเวชฯตามกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศเพื่อนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการบังคับรักษาอย่างมีประสิทธิภาพถือตามหลักเกณฑ์การพิจารณาทางการแพทย์ว่าผู้ป่วยสมควรได้รับการดูแลรักษาหรือไม่ ดังนี้

1.สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)ได้กำหนดบุคคลผู้มีสิทธิร้องขอและหลักเกณฑ์ในการพิจารณาทางการแพทย์รับผู้ป่วยทางจิตไว้ในโรงพยาบาล ดังนี้

1) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจ ตามใบรับรองแพทย์ ผู้มีสิทธิร้องขอ ได้แก่ บุคคลซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ที่ถูกสงสัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง บุตร ญาติสนิทเท่าที่จะหาได้ ผู้ปกครอง หรือจิตแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยฯและต้องกระทำภายใน 10 วันก่อนจะมีการรับผู้ป่วยฯ วิธีการคือแพทย์ 2 คนจะทำการตรวจหากแพทย์ดังกล่าวให้การรับรองเป็นหนังสือว่าบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยทางจิตและมีความจำเป็นในการดูแลรักษาโดยไม่สมัครใจ แพทย์มีอำนาจร้องขอให้เจ้าพนักงานตำรวจควบคุมตัวบุคคลนั้นส่งมายังโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้อำนวยการพิจารณาว่าจะรับบุคคลดังกล่าวไว้ในโรงพยาบาลหรือไม่

2) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามหนังสือรับรองของผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ ผู้มีสิทธิร้องขอ ได้แก่ ผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ โดยบุคคลดังกล่าวมีหนังสือรับรองว่าบุคคลมีความเจ็บป่วยทางจิต และต้องได้รับการดูแลรักษาในทันทีและอาจก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเองหลังจากนั้นคณะแพทย์ผู้ร่วมงานในโรงพยาบาลจะต้องรับรองถึงความจำเป็นในการนำผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนภายใน 72 ชั่วโมงหลังการรับไว้ในโรงพยาบาลและผู้อำนวยการจะเป็นผู้พิจารณารับบุคคลไว้ดูแลรักษาในฐานะผู้ป่วยหรือไม่

3) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน เพื่อการสังเกตการดูแลรักษาโดยทันทีผู้มีสิทธิร้องขอ ได้แก่ เจ้าพนักงานตำรวจ ศาล ผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน จิตแพทย์ และแพทย์ในห้องฉุกเฉิน โดยแพทย์ของโรงพยาบาลทำการตรวจบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและเห็นว่าสมควรได้รับการสังเกต การดูแลและการรักษาในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองและผู้อำนวยการจะรับบุคคลไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่เกิน 48 ชั่วโมงหลังจากนั้นผู้ป่วย ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือหน่วยงานให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมาย สุขภาพจิต ต้องยื่นหนังสือบอกกล่าวต่อผู้อำนวยการเพื่อร้องขอต่อศาลให้พิจารณา เมื่อศาลวินิจฉัยว่ามีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตสมควรได้รับการสังเกต ดูแล รักษาในโรงพยาบาลโดยทันทีและมีความน่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเอง ศาลจะออกคำสั่งให้คุมตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่เกิน 15 วันนับตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยฯ

4) การรับผู้ป่วยไว้ในศูนย์รักษาแอลกอฮอล์กรณีฉุกเฉินเพื่อการสังเกต ดูแลและรักษา โดยทันที ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่ เจ้าหน้าที่รักษาความสงบ, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้อำนวยการศูนย์บริการชุมชน โดยแพทย์จะทำการตรวจทันทีที่เป็นไปได้ ถ้าประเมินว่าแอลกอฮอล์ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถถึงระดับที่น่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลนั้นจะต้องถูกคุมตัวไว้รักษากรณีฉุกเฉินไม่เกินกว่าระยะเวลาที่บุคคลขาดความสามารถเพราะแอลกอฮอล์ถึงระดับที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือนานเกินกว่า 48 ชั่วโมง

5) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพราะสารเสพติดกรณีฉุกเฉินเพื่อการสังเกต ดูแลและรักษาโดยทันที ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่ เจ้าหน้าที่รักษาความสงบ, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้อำนวยการศูนย์บริการชุมชน โดยแพทย์จะทำการตรวจทันทีที่เป็นไปได้ ถ้าประเมินว่าสารเสพติดทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถถึงระดับที่น่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลนั้นจะต้องถูกคุมตัวไว้รักษากรณีฉุกเฉินไม่เกินกว่าระยะเวลาที่บุคคลขาดความสามารถเพราะสารเสพติดถึงระดับที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือนานเกินกว่า 48 ชั่วโมง

2. อังกฤษ ได้กำหนดบุคคลที่มีสิทธิร้องขอและหลักเกณฑ์ในการพิจารณาทางการแพทย์รับผู้ป่วยทางจิตไว้ในโรงพยาบาลดังนี้

1) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการประเมินอาการ ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่ ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย, นักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรองหรือตำรวจ โดยต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือโดยแพทย์ 2 คนเห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตในลักษณะหรือระดับซึ่งมีเหตุผลในการควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการหรือเพื่อประเมินอาการและติดตามด้วยการรักษาทางการแพทย์และผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ป่วยจะถูกควบคุมตัวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 28 วัน

2) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษา ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่ ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย, นักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรองหรือตำรวจโดยต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือโดยแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียน 2 คนเห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตในลักษณะหรือระดับซึ่งสมควรได้รับการรักษาทางการแพทย์และมีความจำเป็นเพื่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ป่วยจะถูกควบคุมตัวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน

3) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการในกรณีฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่ ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย, นักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรองโดยต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือโดยแพทย์ 1 คนซึ่งเป็นแพทย์ที่เคยรักษาผู้ป่วยมาก่อนหรือเป็นแพทย์ที่ได้รับการรับรองโดย Secretary of State และคำร้องจะสิ้นสุดผลเมื่อครบ 72 ชั่วโมงนับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเว้นแต่จะมีการให้คำแนะนำทางการแพทย์ของแพทย์คนที่ 2 โดยต้องมีเหตุผลตามที่กำหนดไว้ในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการและต้องรายงานคำแนะนำทางการแพทย์ต่อผู้อำนวยการของโรงพยาบาลในระยเวลาดังกล่าว

4) การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการหรือเพื่อการรักษากรณีผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล(โดยสมัครใจ)แล้ว ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยหรือแพทย์อื่นในโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียน(ไม่เกิน1คน)ที่ได้รับแต่งตั้งจากแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วย โดยบุคคลดังกล่าวรายงานคำแนะนำเป็นหนังสือไปยังผู้อำนวยการของโรงพยาบาลและสามารถควบคุมผู้ป่วยได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมงซึ่งจะได้รับการพิจารณาเปลี่ยนไปเป็นการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการหรือเพื่อการรักษา

นอกจากนี้กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศอังกฤษได้กำหนด วิธีการ ดูแลผู้ป่วยหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลโดยผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย(เจ้าของไข้)¹ และมีเหตุผลว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปได้รับความผิดปกติทางจิต, เป็นความเสี่ยงอย่างมากที่จะเป็นอันตรายร้ายแรงแก่สุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือต่อผู้ป่วยจากพฤติกรรมที่รุนแรง ถ้าไม่ได้รับการดูแลและการดูแลน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยโดย The Health Authority เป็นผู้พิจารณาแต่หากจะยอมรับตามคำร้องขอจะต้องปรึกษา(ขอความเห็น) หน่วยงานบริการทางสังคม(Local Social Service Authority)ซึ่งมีหน้าที่นั้นก่อน

3. ญี่ปุ่น ได้กำหนดบุคคลที่มีสิทธิร้องขอและหลักเกณฑ์ในการพิจารณาทางการแพทย์รับผู้ป่วยทางจิตไว้ในโรงพยาบาลดังนี้

1) การรับไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจโดย Prefectural Governor บุคคลที่มีสิทธิร้องขอได้แก่ บุคคลใดก็ตามที่พบเห็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือตำรวจ โดยแพทย์ผู้ตรวจ 2 คน ที่ได้รับแต่งตั้งจาก Prefectural Governor เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นโรคจิตและมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายต่อตนเองเนื่องจากความผิดปกติทางจิตและผู้ป่วยจะถูกควบคุมตัวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง

2) การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ บุคคลที่มีสิทธิร้องขอได้แก่ บุคคลใดก็ตามที่พบเห็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือตำรวจ โดยแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตและมีความจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุม

¹ ซึ่งได้ปรึกษา 1) ผู้ป่วย , 2) บุคคลที่ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์ผู้ป่วยในโรงพยาบาล , 3) บุคคลที่ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาล ที่ถูกเตรียมไว้สำหรับผู้ป่วยโดย The Health Authority และหน่วยงานบริการทางสังคม (Local Social Service Authority) และ 4) บุคคลอื่นซึ่งแพทย์ผู้รับผิดชอบเชื่อว่า จะมีส่วนสำคัญอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยหลังออกจากโรงพยาบาลและต้องไม่เป็นผู้ที่ประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลใดๆหลังการรักษาในโรงพยาบาลที่ถูกเตรียมไว้

3) การรับไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน บุคคลที่มีสิทธิร้องขอฯ ได้แก่ บุคคลใดก็ตามที่พบเห็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือตำรวจ โดยแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิตและมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาและควบคุมทางการแพทย์ในโรงพยาบาลโดยไม่ชักช้าและผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจะรับบุคคลนั้นไว้ในโรงพยาบาลได้ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง

4) การรับไว้ในโรงพยาบาลชั่วคราว บุคคลที่มีสิทธิร้องขอฯ ได้แก่ บุคคลใดก็ตามที่พบเห็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือตำรวจ โดยแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าบุคคลนั้นถูกสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตและต้องใช้เวลาพอสมควรในการวินิจฉัยและผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจะรับบุคคลนั้นไว้ในโรงพยาบาลชั่วคราวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์

4. ไทย ตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต (มาตรา14) ได้กำหนด บุคคลที่มีสิทธิส่งตัวบุคคลที่มีการแสดงอาการว่ามีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรงถึงขั้นที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยด่วน (มาตรา15) ดังนี้

- (1) บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือ บุคคลผู้รับดูแลบุคคลนั้น
- (2) แพทย์ผู้เคยทำการรักษาบุคคลนั้นและมีความเห็นว่าบุคคลนั้นจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิต
- (3) พนักงานสอบสวนหรือศาล ในกรณีที่มีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาหรือมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนตามประมวลกฎหมายอาญา
- (4) เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้มีอำนาจหน้าที่ดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยหรือดูแลด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนหรือดูแลด้านการสังคมสงเคราะห์ในกรณีพบเองหรือได้รับแจ้งว่าบุคคลใดมีอาการที่อาจมีความผิดปกติทางจิต
- (5) พนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต ในกรณีที่พบเองหรือได้รับแจ้งว่าบุคคลใดมีอาการที่อาจมีความผิดปกติทางจิต

ในกรณีที่ผู้ป่วยแสดงอาการตามมาตรา 14 ในที่สาธารณะและเป็นกรณีฉุกเฉินมิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยฯ บุคคลผู้พบเห็นอาจดำเนินการควบคุมตัวเพื่อนำส่งพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้มีอำนาจหน้าที่ดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยหรือดูแลด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนหรือดูแลด้านการสังคมสงเคราะห์เพื่อดำเนินการต่อไปโดยการควบคุมตัวผู้ป่วยให้กระทำได้ที่จำเป็นเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำอันตรายต่อตนเอง (มาตรา17)

ส่วนหลักเกณฑ์ในการพิจารณาทางการแพทย์รับผู้ป่วยฯไว้ในศูนย์ฟื้นฟูฯเบื้องต้นกระทำโดยแพทย์ไม่น้อยกว่า 2 คนรับรองอาการว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรงถึงขั้นที่อาจ

เป็นอันตรายต่อตนเองและจำเป็นต้องได้รับการรักษาโดยด่วนโดยผู้อำนวยความสะดวกศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต ต่อคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ เพื่อขอให้มีความวินิจฉัยให้ดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิต

การดำเนินการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นให้ผู้อำนวยความสะดวกศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ ได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับตั้งแต่วันที่เริ่มมีการนำผู้ป่วยมายัง ศูนย์ฟื้นฟูฯ และในกรณีที่มีการเสนอรายงานผลการตรวจต่อคณะกรรมการประจำศูนย์ฯ แล้ว ผู้อำนวยความสะดวกศูนย์ฯ มีอำนาจควบคุมผู้ป่วยได้ต่อไปแต่เมื่อรวมระยะเวลาทั้งหมดต้องไม่เกิน 7 วัน นับแต่วันที่นำตัวผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟูฯ ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยในแต่ละ ขั้นตอนเกินกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ ผู้อำนวยความสะดวกศูนย์ฯ ต้องรายงานต่อพนักงานอัยการเพื่อยื่น คำร้องต่อศาลให้มีความคุ้มครองตัวผู้ป่วยตามระยะเวลาที่เห็นว่าเหมาะสมเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย แต่เมื่อรวมระยะเวลาการควบคุมทั้งหมดแล้วต้องไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่นำผู้ป่วยมายังศูนย์ ฟื้นฟูฯ (มาตรา 18)

ในกรณีที่คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ เห็นชอบตามผลการตรวจเพื่อประเมินอาการ เบื้องต้นของผู้ป่วยและวินิจฉัยให้ดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยผู้นั้น คณะกรรมการประจำ ศูนย์ฟื้นฟูฯ มีอำนาจออกคำสั่งกำหนดมาตรการบังคับเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตดังนี้ (มาตรา 19)

1. กำหนดให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในความดูแลรักษาของศูนย์ฟื้นฟูฯ โดยไม่ต้องถูกควบคุมตัวไว้ที่ ศูนย์ฟื้นฟูฯ แต่จะกระทำได้อีกต่อเมื่อคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ เห็นว่าการปล่อยตัวจะไม่ เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยฯ

2. กำหนดให้ควบคุมผู้ป่วยเพื่อดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ โดย คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ จะต้องกำหนดระยะเวลาการควบคุมตัวตามความร้ายแรงของ อาการผิดปกติและตามวิธีการรักษาผู้ป่วยแต่ต้องไม่เกิน 1 ปี นับแต่วันที่คณะกรรมการประจำ ศูนย์ฟื้นฟูฯ มีความวินิจฉัยอย่างไรก็ตามหากคณะกรรมการฯ เห็นว่าผู้ป่วยยังมีอาการผิดปกติทาง จิตอยู่ในขั้นร้ายแรง อาจขอให้พนักงานอัยการทำคำร้องยื่นต่อศาลก่อนสิ้นสุดระยะเวลาเพื่อให้ ศาลมีคำสั่งอนุญาตให้ควบคุมผู้ป่วยไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ จนกว่าจะเป็นที่พอใจว่าผู้ป่วยหายจากอาการ ผิดปกติทางจิต

จะเห็นได้ว่าการนำผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายมารักษาตามกฎหมาย สุขภาพจิตของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ประเทศอังกฤษ ประเทศญี่ปุ่นและร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟู สุขภาพจิตมีหลักเกณฑ์แตกต่างกัน ดังต่อไปนี้

1 การร้องขอ

1.1 กฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวยอร์ก

-การรับไว้ในโรงพยาบาลตามใบรับรองแพทย์ ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่บุคคลซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ที่ถูกสงสัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง บุตร ญาติสนิทเท่าที่จะหาได้ ผู้ปกครอง หรือจิตแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยฯ

-การรับไว้ในโรงพยาบาลตามหนังสือรับรองของผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่ผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ

-การรับไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิร้องขอ ได้แก่เจ้าพนักงานตำรวจ ศาล ผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน จิตแพทย์ และแพทย์ในห้องฉุกเฉิน

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพราะสารเสพติดหรือการรับไว้ในศูนย์รักษาแอลกอฮอล์ กรณีฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่ เจ้าหน้าที่รักษาความสงบฯ, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้อำนวยการศูนย์บริการชุมชน

1.2 พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ เพื่อการรักษา หรือเพื่อประเมินอาการกรณีฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิยื่นคำร้องขอได้แก่ ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย, นักสังคมสงเคราะห์ ที่ได้รับการรับรองหรือตำรวจ

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการหรือเพื่อการรักษากรณีผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล(โดยสมัครใจ)แล้ว ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยหรือแพทย์อื่นในโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียน(ไม่เกิน1คน)ที่ได้รับแต่งตั้งจากแพทย์ผู้ดูแลรักษา

-การดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังการรักษาในโรงพยาบาล ผู้มีสิทธิร้องขอได้แก่ แพทย์เจ้าของไข้

1.3 กฎหมายสุขภาพจิตประเทศญี่ปุ่น

-การรับไว้ในโรงพยาบาล โดย Prefectural Governor หรือ เพื่อการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ หรือกรณีฉุกเฉิน หรือกรณีชั่วคราว กฎหมายกำหนดให้บุคคลทั่วไป หรือตำรวจ ร้องขอต่อ Prefectural Governor

1.4 ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต

-การรับผู้ป่วยไว้เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วยได้แก่

1.บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือ บุคคลผู้รับผิดชอบดูแลบุคคลนั้น

2. แพทย์ผู้เคยทำการรักษาบุคคลนั้นและมีความเห็นว่าบุคคลนั้นจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาฟื้นฟูสุขภาพจิต

3. พนักงานสอบสวนหรือศาล ในกรณีที่มีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาหรือมีจิตบกพร่อง ไร้จิตหรือจิตฟั่นเฟือนตามประมวลกฎหมายอาญา

4. เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้มีอำนาจหน้าที่ดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยหรือดูแลด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนหรือดูแลด้านการสังคมสงเคราะห์ในกรณีพบเองหรือได้รับแจ้งว่าบุคคลใดมีอาการที่อาจมีความผิดปกติทางจิต

5. พนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต ในกรณีที่พบเองหรือได้รับแจ้งว่าบุคคลใดมีอาการที่อาจมีความผิดปกติทางจิต

2 หลักเกณฑ์การพิจารณาทางการแพทย์ในการรับบุคคลไว้ในสถานพยาบาล

2.1 กฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์

- การรับไว้ในโรงพยาบาลตามใบรับรองแพทย์ แพทย์ 2 คนทำการตรวจและเห็นว่าบุคคลมีความเจ็บป่วยทางจิตและมีความจำเป็นในการดูแลรักษาโดยไม่สมัครใจ

- การรับไว้ในโรงพยาบาลตามหนังสือรับรองของผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ โดยบุคคลดังกล่าวต้องรับรองว่าบุคคลมีความเจ็บป่วยทางจิตและต้องได้รับการดูแลรักษาในทันทีและอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง โดยคณะแพทย์ในโรงพยาบาลจะต้องรับรองถึงความจำเป็นในการนำผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนภายใน 72 ชั่วโมง

- การรับไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน แพทย์ของโรงพยาบาลทำการตรวจบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและเห็นว่าสมควรได้รับการสังเกต การดูแลและรักษาในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเอง

- การรับไว้ในโรงพยาบาลเพราะสารเสพติดหรือการรับไว้ในศูนย์รักษาแอลกอฮอล์ กรณีฉุกเฉิน แพทย์จะทำการตรวจทันทีที่เป็นไปได้ ถ้าประเมินว่าแอลกอฮอล์หรือสารเสพติดทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถถึงระดับที่น่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลนั้นจะต้องถูกควบคุมตัวไว้รักษาไม่เกิน 48 ชั่วโมงหรือเกินกว่าความจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายต่อผู้ป่วย

2.2 พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ

- การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ ต้องมีคำต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือโดยแพทย์ 2 คนที่เห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตในลักษณะหรือระดับซึ่งมีเหตุผล

ในการควบคุมตัวผู้ป่วยไว้เพื่อประเมินอาการหรือเพื่อประเมินอาการและติดตามด้วยการรักษา และผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพและความปลอดภัย โดยจะถูกควบคุมตัวไม่เกิน 28 วัน

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษา ต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือโดยแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียน 2 คน ที่เห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตในลักษณะหรือระดับซึ่งสมควรได้รับการรักษาทางการแพทย์และมีความจำเป็นเพื่อสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย โดยจะถูกควบคุมตัวไม่เกิน 6 เดือน

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการกรณีฉุกเฉิน ต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือจากแพทย์ 1 คน ซึ่งเคยรักษาผู้ป่วยมาก่อน หรือได้รับการรับรองจาก Secretary of State โดยควบคุมผู้ป่วยได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการประเมินอาการหรือเพื่อการรักษากรณีผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว ต้องให้แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยหรือแพทย์อื่นในโรงพยาบาลไม่เกิน 1 คนที่ได้ขึ้นทะเบียนและได้รับการแต่งตั้งจากแพทย์ผู้ดูแล รายงานคำแนะนำเป็นหนังสือไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยสามารถควบคุมตัวผู้ป่วยได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

-การดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังการรักษาในโรงพยาบาล ต้องกระทำโดยแพทย์เจ้าของไข้และมีเหตุผลว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไป ได้รับความเจ็บป่วยทางจิต เป็นความเสี่ยงอย่างมากที่จะเป็นอันตรายร้ายแรงแก่สุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วยถ้าไม่ได้รับการดูแลและการดูแล(ฟื้นฟูสุขภาพจิต)น่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย

2.3 กฎหมายสุขภาพจิตประเทศญี่ปุ่น

-การรับไว้ในโรงพยาบาลโดย Prefectural Governor โดยแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งจาก Prefectural Governor เห็นว่าบุคคลเป็นโรคจิตและมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายต่อตนเองเนื่องจากความผิดปกติทางจิตและบุคคลนั้นจะถูกควบคุมตัวไว้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ โดยแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าบุคคลมีความผิดปกติทางจิตและมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องรับไว้เพื่อการดูแลรักษาและควบคุม

-การรับไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน โดยแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าบุคคลมีความผิดปกติทางจิตและมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาและควบคุมทางการแพทย์ในโรงพยาบาลโดยไม่ชักช้าและบุคคลนั้นจะถูกควบคุมตัวไว้ไม่เกิน 72 ชั่วโมง

-การรับไว้ในโรงพยาบาลกรณีชั่วคราว โดยแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าบุคคล ถูกสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตและต้องใช้เวลาพอสมควรในการวินิจฉัยและบุคคลนั้นจะถูก ควบคุมตัวไว้ไม่เกิน 3 สัปดาห์

2.4 ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต

-การรับผู้ป่วยไว้เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตทุกกรณีจะต้องมีการประเมิน เบื้องต้นโดยแพทย์ไม่น้อยกว่า 2 คน รับรองอาการว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรง และจะควบคุมตัวผู้ป่วยได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับตั้งแต่วันที่นำผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟูฯ

3 ผู้มีอำนาจในการรับผู้ป่วยไว้ในสถานพยาบาล

3.1 กฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์

-การรับไว้ในโรงพยาบาลตามใบรับรองแพทย์ หรือ ตามหนังสือรับรอง ของผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการ หรือ กรณี ถูกเงิน ผู้มีอำนาจวินิจฉัย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพราะสารเสพติดหรือการรับไว้ในศูนย์รักษา แอลกอฮอล์ กรณีถูกเงิน ผู้มีอำนาจวินิจฉัย ได้แก่ แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัย

3.2 พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ ผู้มีอำนาจวินิจฉัย ได้แก่ แพทย์ 2 คน

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษา ผู้มีอำนาจวินิจฉัย ได้แก่ แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียน 2 คน

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการกรณีถูกเงิน ผู้มีอำนาจ วินิจฉัย ได้แก่ แพทย์ 1 คน ซึ่งเคยรักษาผู้ป่วยมาก่อน หรือได้รับการรับรองจาก Secretary of State

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการประเมินอาการหรือเพื่อการรักษา กรณีผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลแล้ว ผู้มีอำนาจวินิจฉัย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

-การดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังการรักษาในโรงพยาบาล ผู้มีอำนาจ วินิจฉัย ได้แก่ The Health Authority ซึ่งได้ปรึกษาหน่วยงานบริการทางสังคมท้องถิ่น (Local Social Authority)

3.3 กฎหมายสุขภาพจิตประเทศญี่ปุ่น

-การรับไว้ในโรงพยาบาลโดย Prefectural Governor ผู้มีอำนาจ วินิจฉัย ได้แก่ Prefectural Governor

-การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุมทาง การแพทย์ หรือกรณีฉุกเฉิน หรือ กรณีชั่วคราว ผู้มีอำนาจวินิจฉัย ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรค จิต

3.4 ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต

-การรับผู้ป่วยไว้เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้มีอำนาจวินิจฉัย ได้แก่ คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต

3. การรักษาและการจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย

กฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์, อังกฤษ, ญี่ปุ่นและร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟู สุขภาพจิตได้กำหนดมาตรฐานการรักษาผู้ป่วยทางจิตแตกต่างกันออกไปดังนี้

1. สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวเจอร์ซีย์)

กฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์กำหนดให้ผู้ป่วยในศูนย์รักษาพยาบาลต้องได้รับการ ดูแลและรักษาที่มีทักษะความชำนาญที่เหมาะสมต่อความจำเป็น เป็นไปอย่างปลอดภัย มีเมตตา และเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ภายใต้ระเบียบของ Commissioner ดังนี้

1) ต้องมีการลงนามแสดงความยินยอมสำหรับการผ่าตัด,การรักษาด้วยไฟฟ้า,การให้ยา ปริมาณมากร่วมกับการผ่าตัด

2) มีการบันทึกการรักษาผู้ป่วยซึ่งรวมถึงแผนการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร,บันทึกการ ตรวจ,แผนการรักษาเฉพาะบุคคล,การประเมินผู้ป่วยและตรวจซ้ำคำสั่งการรักษา,การรักษาที่ให้ เป็นพิเศษโดยต้องให้บุคคลที่เกี่ยวข้องลงนามไว้

3) การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยจะกระทำเมื่อจำเป็นเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำให้ตนเอง ได้รับความเจ็บโดยถือเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาแต่ต้องกระทำในกรณีที่มีการเขียนคำสั่งแพทย์ หลังการตรวจแล้วยกเว้นผู้ป่วยในสถานการณฉุกเฉินโดยในระหว่างที่ผู้ป่วยถูกมัดยึดควรมีการ เฝ้าดูความจำเป็นของร่างกายความสะดวสบายและความปลอดภัยให้เป็นอย่างเหมาะสม

4) ข้อมูลของผู้ป่วยรวมถึงหลักฐานแสดงตัว บันทึกในคลินิก หรือข้อมูลใดๆที่ระบุตัว ผู้ป่วย จะต้องไม่แสดงอย่างเปิดเผยและไม่แสดงข้อมูลดังกล่าวต่อบุคคลหรือหน่วยงานภายนอก ยกเว้นชนกรณีที่ได้รับการยินยอมตามที่ Commissioner เห็นว่าสมควร ให้แก่บุคคลที่เหมาะสม และสมควรที่จะได้รับรู้เมื่อจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายร้ายแรงที่ใกล้จะถึงตัวผู้ป่วย

2. อังกฤษ

พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษให้อำนาจแพทย์ผู้ทำการรักษากระทำการใดๆที่เป็นการรักษาหรือการจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยได้โดยไม่ต้องอาศัยความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว(Informed consent)แต่ก็มีข้อยกเว้นบางกรณีที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยฯจำเป็นต้องอาศัย "ความยินยอมในการรักษา"ซึ่งเป็นการรักษาที่ต้องการความยินยอมของผู้ป่วยและหรือความเห็นของบุคคลที่ 2 ดังนี้

1) การรักษาที่ต้องการความยินยอมของผู้ป่วยและความเห็นที่ 2 (second opinion) (มาตรา 57)ดังนี้

- การผ่าตัดศัลยกรรม (surgical operation) กรณีเนื้อเยื่อสมองกำลังถูกทำลายหรือหน้าที่ของเนื้อเยื่อสมองกำลังถูกทำลาย

- การรักษาในรูปแบบอื่นๆที่ Secretary of State กำหนดในกฎระเบียบ

ตามมาตรานี้ผู้ป่วยฯต้องให้ความยินยอมและแพทย์ 1 คนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดย Secretary of State (มิใช่แพทย์เจ้าของไข้) และบุคคลอื่นอีก 2 คน ที่ได้รับการแต่งตั้งโดย Secretary of State (มิใช่แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้) ด้รับรองเป็นหนังสือว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจสภาพ วัตถุประสงค์และผลกระทบบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษาและได้ให้ความยินยอม และแพทย์ 1 คนที่ขึ้นทะเบียนไว้ ด้รับรองเป็นหนังสือว่าวินิจฉัยแล้วเห็นว่าควรจะทำการรักษาเพื่อบรรเทาหรือป้องกันสภาพความเสื่อมลงของผู้ป่วยฯโดยก่อนที่แพทย์ 1 คนที่ขึ้นทะเบียนไว้จะให้ความยินยอมจะต้องปรึกษากับบุคคลอีก 2 คนซึ่งประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วยฯโดยคนหนึ่งจะต้องเป็นพยาบาลและอีกคนหนึ่งต้องไม่เป็นพยาบาลและแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้

2) การรักษาที่ต้องการความยินยอมหรือความเห็นที่ 2 (second opinion) (มาตรา 58) ดังนี้

- การรักษาโดยวิธีการเฉพาะที่ Secretary of State อาจกำหนดขึ้นในกฎระเบียบ รวมถึงการรักษาด้วยไฟฟ้า (ECT)

- การให้ยาโดยวิธีการใดๆในระหว่างที่ผู้ป่วยฯถูกควบคุม ถ้าเป็นระยะเวลา 3 เดือนหรือมากกว่านั้นนับตั้งแต่ครั้งที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยฯโดย Secretary of State อาจมีคำสั่งเปลี่ยนแปลงระยะเวลาดังกล่าวได้

ตามมาตรานี้ผู้ป่วยฯต้องให้ความยินยอมและแพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ 1 คนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ซึ่งได้รับการแต่งตั้งโดย Secretary of State ด้รับรองเป็นหนังสือว่าผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงสภาพ วัตถุประสงค์และผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาและได้ให้ความยินยอม หรือ แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้(มิใช่แพทย์เจ้าของไข้)รับรองเป็นหนังสือว่าผู้ป่วยฯไม่สามารถเข้าใจถึงสภาพ วัตถุประสงค์ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาหรือผู้ป่วยฯไม่ให้ความยินยอมและแพทย์วินิจฉัยแล้ว

เห็นว่าควรจะทำการรักษาเพื่อบรรเทาหรือป้องกันสภาพความเสื่อมลงของผู้ป่วยโดยก่อนที่แพทย์ จะให้การรับรองจะต้องปรึกษาบุคคล 2 คนซึ่งประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทาง การแพทย์ของผู้ป่วยโดยคนหนึ่งจะต้องเป็นพยาบาลและอีกคนหนึ่งต้องไม่เป็นพยาบาลและ แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้

3) การรักษากรณีฉุกเฉิน (มาตรา 62)

การรักษาที่ต้องการความยินยอมและหรือความเห็นที่ 2 (second opinion) จะไม่ นำมาใช้ในการรักษากรณีฉุกเฉินดังนี้

3.1 มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย หรือ

3.2 มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อป้องกันสภาพการเสื่อมลงอย่างรุนแรงของผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้² หรือ

3.3 มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อบรรเทาความทรมานอย่างรุนแรงของผู้ป่วยซึ่ง ไม่ใช่การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้ หรือ

3.4 มีความจำเป็นเร่งด่วนและการรักษาทำให้เกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุดเท่าที่ จำเป็นเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากพฤติกรรมที่รุนแรงหรือการกระทำที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยซึ่งมิใช่ การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้หรือเป็นอันตราย

4) การถอนความยินยอม (มาตรา 60)

ความยินยอมของผู้ป่วยในการรักษาทางการแพทย์ตามมาตรา 57 หรือ มาตรา 58 อาจจะถอนในเวลาใดก็ได้ก่อนการรักษาลิ้นสุดลงโดยการรักษาที่ต้องการความยินยอมและหรือ ความเห็นที่ 2 (second opinion) ได้ถูกแยกรูปแบบของการรักษาจากส่วนที่เหลืออยู่ออกไป

3. ญีปุ่น

กฎหมายสุขภาพจิตญี่ปุ่นได้กำหนดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำ อันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย ในมาตรา 37 โดยให้อำนาจรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการประกาศ(Health and Welfare Ministerial Notification NO.130 of April 8,1988) ใช้ ซึ่งบัญญัติว่าการรักษาผู้ป่วยทางจิตจะต้องเคารพในเกียรติของผู้ป่วยและตระหนักถึงสิทธิ มนุษยชน ผู้ป่วยทางจิตจะได้รับสิทธิอันเป็นหลักประกันว่าจะได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม การจำกัดการเคลื่อนไหวทางร่างกายในสถานที่เฉพาะเพื่อป้องกันชีวิตของผู้ป่วยและป้องกัน อันตรายทางร่างกายอย่างรุนแรง

² การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้(irreversible treatment) เป็นการรักษา ที่ทำให้ไม่เป็นที่พอใจเนื่องจากไม่สามารถแก้ไขให้สภาพทางร่างกายหรือจิตใจกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ และอันตราย(hazardous treatment)เป็นการรักษาที่เป็นอันตรายแก่ร่างกายอย่างมาก

การจำกัดการเคลื่อนไหวทางร่างกายจะถูกใช้เมื่อไม่มีวิธีการอื่นที่มีเหตุผลในกรณีที่ผู้ป่วยทางจิตพยายามฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมที่ทำอันตรายต่อตนเองที่ใกล้จะเป็นอันตรายอย่างยิ่ง โดยแพทย์จะต้องวินิจฉัยทางการแพทย์บ่อยครั้งและจะต้องไม่จำกัดการเคลื่อนไหวต่อไปถ้าไม่มีความจำเป็นเพียงพอ

4. ไทย

ตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตของไทยได้บัญญัติหลักประกันการรักษาไว้ดังนี้

1) ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีหน้าที่ควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยอาศัยหลักวิชาการแพทย์และจิตเวช และต้องดำเนินการตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหรือคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตกำหนด (มาตรา 24)

2) ในการดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิต ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจกระทำการกับร่างกายของผู้ป่วยโดยวิธีการให้การรักษาด้วยยา หรือการบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า หรือการผ่าตัดหรือโดยวิธีการอื่นใดได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือจากผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่จะให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ถ้าการกระทำนั้นเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของผู้ป่วย (มาตรา 25)

3) การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตต้องเป็นไปตามหลักมนุษยธรรมเพื่อการรักษาผู้ป่วยให้หายจากอาการผิดปกติทางจิต แต่การควบคุมตัวผู้ป่วย การใช้มาตรการบังคับเพื่อให้ผู้ป่วยทำอันตรายต่อตนเอง การให้ทำการงานเพื่อบรรเทาอาการผิดปกติทางจิต หรือการอื่นใดอันเป็นการใช้วิธีรักษาตามหลักวิชาการ มิให้ถือว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามหลักมนุษยธรรม (มาตรา 26)

4) ในระหว่างการควบคุมตัวผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต อาจมีคำสั่งให้ปล่อยตัวผู้ป่วยชั่วคราว เพื่อทดสอบอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ ในการนี้ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจกำหนดเงื่อนไขที่ผู้ป่วยหรือผู้รับดูแลผู้ป่วยต้องปฏิบัติก็ได้การเพิกถอนคำสั่งปล่อยตัวชั่วคราวตามวรรคหนึ่งให้เป็นอำนาจของผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต (มาตรา 27)

จะเห็นได้ว่ากฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวเจอร์ซีย์, อังกฤษ, ญี่ปุ่นและร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตของไทยกำหนดหลักประกันการรักษาและการจำกัดสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือพยายามฆ่าตัวตายแตกต่างกันดังนี้

1. การรักษาผู้ป่วย

ตามกฎหมายสุขภาพจิตประเทศญี่ปุ่นและร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต การรักษาทางการแพทย์ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย

ด้วยวิธีการรักษาใดๆก็ตาม ไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจให้ความ
ยินยอมแทนผู้ป่วย

ส่วนกฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์และพระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศ
อังกฤษ การรักษาด้วยวิธีการที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้ป่วยสามารถ
กระทำได้ดังนี้

-ตามกฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ การรักษาโดยการผ่าตัด, ด้วยไฟฟ้า
และการให้ยาปริมาณมากร่วมกับการผ่าตัด ต้องมีการลงนามแสดงความยินยอม

-ตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ การรักษาโดยการผ่าตัด
ศัลยกรรม (surgical operation) ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย, แพทย์ 1 คนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้
และบุคคลอื่นอีก 2 คน (แต่งตั้งโดย Secretary of State) ส่วนการการรักษาด้วยไฟฟ้า (ETC) การ
ให้ยาโดยวิธีการใดๆในระหว่างที่ผู้ป่วยถูกควบคุม ถ้าเป็นระยะเวลา 3 เดือนหรือมากกว่านั้น
นับตั้งแต่ครั้งแรกที่ให้แกผู้ป่วยฯ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้ หรือกรณี
ผู้ป่วยฯไม่สามารถเข้าใจถึงสภาพ วัตถุประสงค์ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาหรือไม่ให้ความ
ยินยอม ก็จะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์ (มิใช่แพทย์เจ้าของไข้) ก่อน

นอกจากนี้กฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ยังมีบทบัญญัติให้อำนาจแพทย์
เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยฯตามที่ Commissioner เห็นสมควร ให้แก่บุคคลที่เหมาะสมและสมควรที่
จะได้รับความรู้เมื่อจำเป็นเพื่อป้องกันอันตรายร้ายแรงที่ใกล้จะถึงตัวผู้ป่วยฯ

2. การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย

การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยตามพระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ
และร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต สามารถกระทำได้โดยไม่ต้องอาศัยความยินยอมจาก
ผู้ป่วย แต่กฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ จะทำได้กรณีเมื่อมีความจำเป็นเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วย
ทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บ ส่วนกฎหมายสุขภาพจิตญี่ปุ่น จะทำได้เมื่อไม่มีวิธีการอื่นที่มีเหตุผลใน
กรณีที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย หรือ มีพฤติกรรมที่ทำอันตรายต่อตนเองที่ใกล้จะเป็นอันตราย
อย่างยิ่ง

4. การทบทวนความจำเป็นในการรักษา

ผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษาอย่างต่อเนื่องในสถานพยาบาล ตามกฎหมายสุขภาพจิตได้
กำหนดกระบวนการปล่อยหรือจำหน่ายผู้ป่วยฯโดยการทบทวนความจำเป็นในการรักษา ดังนี้

1. สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวเจอร์ซีย์)

กฎหมายให้อำนาจศาลควบคุมและทบทวนการรักษาผู้ป่วยดังนี้

1) ถ้าผู้อำนวยการตัดสินใจรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองแพทย์(Involuntary admission on medical certification) กรณีมีความจำเป็นในการควบคุมและผู้ป่วยไม่เห็นด้วยที่จะอยู่ในโรงพยาบาลโดยสมัครใจ ผู้อำนวยการต้องร้องขอต่อศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่ เพื่อให้ศาลมีคำสั่งให้อำนาจควบคุมผู้ป่วยต่อไป ผู้ป่วยต้องทำคำร้องขอดังกล่าวภายใน 60 วันนับตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองแพทย์ หรือภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่คำสั่งปฏิเสธคำร้องขอปล่อยตัวของผู้ป่วย

ถ้าไม่มีคำร้องขอให้พิจารณาในฐานะผู้แทนผู้ป่วยภายใน 5 วัน (ไม่รวมวันอาทิตย์และวันหยุด) นับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับหนังสือบอกกล่าวและหน่วยงานให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายสุขภาพจิต (The mental hygiene legal service) ไม่ได้ร้องขอให้พิจารณา ศาลที่รับคำร้องจะมีคำสั่งให้โรงพยาบาลควบคุมผู้ป่วยต่อไปเป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่ที่มีคำสั่ง หากผู้อำนวยการเห็นว่าผู้ป่วยต้องได้รับการควบคุมตัวไว้ในโรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยไม่เห็นด้วยผู้อำนวยการจะต้องยื่นคำร้องต่อศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่น โดยคำสั่งศาลที่ให้ควบคุมตัวผู้ป่วยต่อไป ครั้งแรกต้องไม่เกิน 1 ปีและครั้งต่อไปต้องไม่เกิน 2 ปีนับตั้งแต่วันที่ที่มีคำสั่งศาล(มาตรา 9.33)

2) กฎหมายกำหนดให้ผู้ป่วย ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนที่ไม่พอใจกับคำสั่งศาลสามารถยื่นคำร้องขอให้พิจารณาใหม่และทบทวนกระบวนการพิจารณาของศาลภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่ศาลมีคำสั่ง โดยยื่นคำร้องขอต่อผู้พิพากษาศาลชั้นต้นคนอื่นและผู้พิพากษาจะเรียกประชุมคณะลูกขุนพิจารณาประเด็นปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตและความจำเป็นในการควบคุมผู้ป่วยเพื่อมีคำตัดสินของคณะลูกขุนหรือของศาลว่าจะปล่อยตัวหรือควบคุมผู้ป่วยต่อไป (มาตรา 9.35)

สำหรับกระบวนการพิจารณาเพื่อประเมินความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วย ศาลจะทำการไต่สวนหาสาเหตุและการควบคุมตามกฎหมายบนประโยชน์ที่เหมาะสมโดยจะตรวจสอบข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับการกล่าวอ้างความผิดปกติทางจิตของบุคคลและการควบคุมพยานหลักฐาน จะรวมถึงบันทึกทางคลินิกของผู้ป่วยและแพทย์หรือพยานหลักฐานอื่นๆที่ศาลเห็นว่าจำเป็น (มาตรา33.15)

2. อังกฤษ

กฎหมายได้บัญญัติให้สิทธิแก่ผู้ป่วยหรือญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยยื่นคำร้องขอต่อ คณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต³ (Mental Health Review Tribunals) เพื่อขอให้ทบทวนการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ หรือ เพื่อการรักษา หรือ การดูแลตามมาตรา 25a ดังนี้(มาตรา66)

กรณีผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการตามมาตรา 2 หรือผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาตามมาตรา 3 จะต้องทำคำร้องขอยื่นต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตภายในระยะเวลา 14 วันและ 6 เดือนนับแต่ผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาลตามลำดับแล้วแต่กรณี

กรณีผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลตามมาตรา 25a ผู้ป่วยหรือญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยจะต้องทำคำร้องขอยื่นต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต ภายในระยะเวลา 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่ The Health Authority ยอมรับคำร้องขอตามมาตรา 25a

คณะกรรมการฯจะมีอำนาจในการปล่อยตัวผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล หรือ ภายใต้การดูแลตามมาตรา 25a ดังนี้ (มาตรา 72)

1) คณะกรรมการฯจะต้องสั่งปล่อยตัวผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการประเมินอาการ (มาตรา 2) ถ้าเป็นที่พอใจแก่คณะกรรมการฯว่าผู้ป่วยไม่ได้มีความผิดปกติทางจิตในลักษณะ หรือ ระดับซึ่งผู้ป่วยสมควรที่จะถูกควบคุมไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ (หรือเพื่อประเมินอาการและติดตามด้วยการรักษาทางการแพทย์) โดยใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด หรือการควบคุมผู้ป่วยไม่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย

2) คณะกรรมการฯต้องสั่งปล่อยตัวผู้ป่วยที่ถูกควบคุมตามมาตราอื่นนอกเหนือจาก มาตรา 2 ถ้าเป็นที่พอใจแก่คณะกรรมการฯว่าผู้ป่วยไม่ได้รับความเจ็บป่วยทางจิต (Mental Illness) ในลักษณะหรือระดับที่สมควรจะถูกควบคุมเพื่อการรักษาในโรงพยาบาลหรือการควบคุมผู้ป่วยไม่เหมาะสมเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วย

³ คณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต(Mental Health Review Tribunals) ประกอบด้วยบุคคล 3 ประเภทได้แก่ 1. นักกฎหมาย 2. จิตแพทย์ หรือแพทย์อื่น ๆ ที่มีประสบการณ์ทางด้านจิตเวชและ 3. บุคคลธรรมดา โดยบุคคลทั้ง 3 ประเภทต้องได้รับการแต่งตั้งโดย Lord Chancellor เพื่อที่จะรับฟังอุทธรณ์การร้องขอของผู้ป่วยหรือญาติที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมผู้ป่วยซึ่งคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตมีอำนาจในการสืบสวนและมีอำนาจในการจำหน่าย ปล่อย ผู้ป่วยเป็นอิสระหรือเปลี่ยนแปลงสถานะของผู้ป่วย

3) คณะกรรมการมีดุลพินิจโดยทั่วไปที่จะสั่งปล่อยตัวผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตาม มาตรา 25a

3. ญี่ปุ่น

กฎหมายได้บัญญัติให้มีการทบทวนรายงานการรับไว้ในโรงพยาบาลดังนี้ (มาตรา 38-3) เมื่อ Prefectural Governor ได้รับรายงาน⁴หรือ การแจ้งการรับไว้ในโรงพยาบาลสำหรับการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ตามที่กำหนดในมาตรา 33 Prefectural Governor จะต้องแจ้งคณะกรรมการทบทวนจิตเวช (The Psychiatric Review Board)⁵ ในเรื่องเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับการรับไว้ในโรงพยาบาล ตามที่กำหนดในกฎกระทรวง สาธารณสุข (Health and Welfare Ministerial Ordinance) และร้องขอให้คณะกรรมการทบทวนจิตเวชทบทวนถึงความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เมื่อคณะกรรมการทบทวนจิตเวช เห็นว่ามีความจำเป็นต้องทำการทบทวนการรับไว้ในโรงพยาบาล คณะกรรมการฯจะต้องแจ้งผลการทบทวนให้ Prefectural Governor ทราบและคณะกรรมการฯอาจจะรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางจิตที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง

เมื่อ Prefectural Governor เห็นว่าไม่มีความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลอีกต่อไปตามที่คณะกรรมการฯแจ้งผลการทบทวนให้ทราบ Prefectural Governor ต้องปล่อยตัวผู้ป่วยไปหรือสั่งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางจิตปล่อยตัวผู้ป่วยออกไป

⁴ ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางจิตหรือของโรงพยาบาลที่ได้รับการแต่งตั้งซึ่งรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและควบคุมทางการแพทย์ ต้องรายงานเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและเรื่องอื่นๆไปยัง Prefectural Governor ผ่านผู้อำนวยการศูนย์สุขภาพที่ใกล้ที่สุด (Director of The Nearest Health Center) ในกรณีนี้เรื่องอื่นๆที่รายงานจะต้องมีผลการตรวจทางการแพทย์โดยแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งโดย Prefectural Governor (มาตรา 38-2)

⁵ ได้รับการแต่งตั้งจาก Prefectural Governor ให้มีอำนาจหน้าที่ในการทบทวนรายงาน (มาตรา 38-2)ตามมาตรา 38-3 โดยแต่งตั้งจากบุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านการดูแลรักษาบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต,บุคคลที่มีความรู้และประสบการณ์ในด้านกฎหมายและบุคคลที่มีความรู้ และประสบการณ์ในสาขาวิชาอื่นๆ คณะกรรมการฯประกอบด้วยบุคคลไม่น้อยกว่า 5 คน แต่ไม่เกิน 15 คน โดยอยู่ในตำแหน่งวาระ 2 ปี (มาตรา 17-3)

4. ไทย

ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตบัญญัติให้มีการทบทวนการควบคุมหรือการรักษาผู้ป่วยดังนี้

1) ผู้ป่วย หรือบิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลผู้รับดูแลผู้ป่วยอาจยื่นคำร้องต่อ คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตขอให้ทบทวนผลการวินิจฉัยของคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตตามมาตรา 19 ระยะเวลาการควบคุมตัว หรือวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตได้ การร้องขอทบทวนต้องกระทำภายในระยะเวลาไม่เกินสิบห้าวันนับแต่วันทราบเหตุแห่งการร้องขอทบทวน และจะร้องขอทบทวนในเหตุการณ์เดียวกันได้ครั้งเดียว (มาตรา 28)

2) เมื่อมีการร้องขอให้ทบทวนตามมาตรา 28 ให้คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแต่งตั้งคณะผู้พิจารณาทบทวนขึ้นคณะหนึ่งไม่น้อยกว่าสี่คนประกอบด้วย แพทย์ นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ และนักกฎหมายเป็นผู้พิจารณาทบทวน บุคคลที่จะได้รับแต่งตั้งเป็นคณะผู้พิจารณาทบทวนต้องมีชื่อเป็นบุคคลที่เคยเกี่ยวข้องในการพิจารณาเรื่องที่มีการทบทวนหรือเคยเกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ป่วยผู้นั้น เพื่อประโยชน์ในการพิจารณา คณะผู้พิจารณาทบทวนอาจจัดให้มีการตรวจประเมินอาการความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยโดยศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งอื่น หรือคณะผู้เชี่ยวชาญตามที่เห็นสมควรได้ ผลการพิจารณาของคณะผู้พิจารณาทบทวนให้ผูกพันศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตที่จะต้องปฏิบัติตาม แต่ถ้าคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีความเห็นแตกต่างจากผลการพิจารณาและเห็นว่าเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยอาจเสนอเรื่องให้คณะกรรมการพิจารณาเป็นที่สุดอีกครั้งหนึ่งได้ ในกรณีที่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย คณะผู้พิจารณาทบทวนหรือคณะกรรมการ แล้วแต่กรณี อาจกำหนดให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ป่วยชั่วคราวในระหว่างการพิจารณาก็ได้ (มาตรา 29)

3) ในกรณีที่มีการร้องเรียนต่อคณะกรรมการหรือในกรณีที่คณะกรรมการตรวจสอบพบเห็นเองว่า วิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งใดไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด หรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้คณะกรรมการมีอำนาจออกคำสั่งให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งนั้นกระทำหรืองดเว้นการกระทำใด ๆ ได้ หรืออาจมีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งอื่นได้ (มาตรา 30)

จะเห็นได้ว่ากรณีผู้ป่วยขงถูกบังคับรักษาในสถานพยาบาล กฎหมายสุขภาพจิตดังกล่าว และร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต ได้กำหนดให้มีการทบทวนความจำเป็นในการรักษาเพื่อคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยที่ถูกจำกัดอย่างมีขอบเขตตามกฎหมายโดยมีหลักเกณฑ์แตกต่างกันดังนี้

1. มลรัฐนิวเจอร์ซีย์ ในกรณีผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองแพทย์ (Involuntary admission on medical certification) ผู้ป่วยมีสิทธิยื่นคำร้องขอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพื่อให้ศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่นเป็นผู้พิจารณา และ ผู้ป่วย ญาติพี่น้อง หรือเพื่อน ที่ไม่พอใจคำสั่งศาลที่ให้ควบคุมตัวผู้ป่วย มีสิทธิยื่นคำร้องขอให้พิจารณาใหม่ต่อผู้พิพากษาศาลชั้นต้นคนอื่นได้

2. อังกฤษ ในกรณีผู้ป่วยถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการตามมาตรา 2 หรือผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาตามมาตรา 3 มีสิทธิยื่นคำร้องขอและในกรณีผู้ป่วยได้รับการดูแลหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลตามมาตรา 25a ผู้ป่วยหรือญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยมีสิทธิทำคำร้องขอ โดยมีคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต (Mental Health Review Tribunals) เป็นผู้มีอำนาจพิจารณา

3. ญี่ปุ่น บัญญัติให้ Prefectural Governor แจ้งการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ตามมาตรา 33 ให้คณะกรรมการทบทวนจิตเวช (The Psychiatric Review Board) ทบทวนความจำเป็นในการรับไว้ในโรงพยาบาล

4. ไทย ร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสุขภาพจิตบัญญัติให้ในกรณีการรับผู้ป่วยไว้ในศูนย์ฟื้นฟูผู้ป่วย หรือบิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลผู้รับดูแลผู้ป่วยมีสิทธิยื่นคำร้องขอต่อคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต

5. บทกำหนดโทษ

ความรับผิดของผู้ประกอบวิชาชีพ หรือผู้ที่รับผิดชอบตามกฎหมายสุขภาพจิตมีดังต่อไปนี้

1. ประเทศสหรัฐอเมริกา (มลรัฐนิวเจอร์ซีย์)

กรณีผู้ประกอบวิชาชีพ ละเว้นที่จะทำตามบทบัญญัติตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ Commissioner อาจกำหนดค่าปรับไม่เกิน 1,000 ดอลลาร์ ซึ่งค่าปรับอาจจะถูกนำมาพิจารณาใหม่โดย Commissioner ในศาลที่มีเขตอำนาจ

2. ประเทศอังกฤษ

กรณีผู้รับผิดชอบในการควบคุมผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ทอดทิ้งผู้ป่วยที่ถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาล หรือ ทอดทิ้งผู้ป่วยไปจากการดูแลในชุมชน ต้องระวางโทษ จำคุกไม่เกิน 6 เดือน หรือปรับไม่เกินจำนวนสูงสุดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้

3. ประเทศญี่ปุ่น

กรณีการกระทำที่เป็นการฝ่าฝืนวิธีการตามที่กฎหมายกำหนด ต้องระวางโทษปรับไม่เกิน 100,000 เยน

4. ไทย

ตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต กำหนดความรับผิด กรณี กรรมการอนุกรรมการ ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ ผู้ใดกระทำการใดๆอันมิใช่ปกติหน้าที่ในการฟื้นฟูสุขภาพจิตเพื่อมุ่งหมายให้บุคคลใดต้องถูกบังคับให้เข้ารับการฟื้นฟูสุขภาพจิตตาม พ.ร.บ. นี้หรือได้รับการปล่อยตัวไปจากการควบคุม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 1 แสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

จากการเปรียบเทียบบทกำหนดโทษ จะเห็นได้ว่าความรับผิดของผู้ประกอบวิชาชีพตามกฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์และประเทศญี่ปุ่น กรณี ละเว้นที่จะทำตามกฎหมาย หรือฝ่าฝืนวิธีการที่กฎหมายกำหนด กำหนดไว้เพียงโทษปรับเท่านั้น ส่วนพระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษและร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต กำหนดโทษไว้หนักกว่า คือ จำคุกหรือปรับหรือทั้งจำทั้งปรับ กรณี ผู้ที่รับผิดชอบ ทอดทิ้งผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ในโรงพยาบาลหรือทอดทิ้งผู้ป่วยไปจากการดูแลในชุมชน หรือ กระทำการเพื่อมุ่งหมายให้บุคคลใดต้องถูกบังคับให้เข้ารับการฟื้นฟูสุขภาพจิตหรือได้รับการปล่อยตัวไป

ผู้เขียนได้ทำการเปรียบเทียบกฎหมายสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้นตามตารางดังนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
บุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายที่ต้องรักษา	มีความเจ็บป่วยทางจิต	มีความเจ็บป่วยทางจิต	มีความผิดปกติทางจิต	มีความเจ็บป่วยทางจิต
การนำผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายมารักษา(โดยไม่สมัครใจ)	<p>1. การรับผู้ป่วย ไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองแพทย์ ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ บุคคลซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ที่ถูกสงสัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต บิดาหรือมารดา สามเณหรือภรรยา พี่หรือน้อง บุตร ญาติสนิทเท่าที่จะหาได้ ผู้ปกครอง หรือจิตแพทย์ที่ทำการรักษาผู้ป่วยฯ และต้องกระทำภายใน 10 วันก่อนจะมีการรับผู้ป่วย</p> <p>วิธีการคือแพทย์ 2 คนจะทำการตรวจหากแพทย์ดังกล่าวให้การรับรองเป็นหนังสือว่าบุคคลนั้นมีความเจ็บป่วยทางจิตและมีความจำเป็นในการดูแลรักษาโดยไม่สมัครใจ แพทย์มีอำนาจร้องขอให้</p>	<p>1. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการประเมินอาการ ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย,นักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรองหรือตำรวจ โดยต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือโดยแพทย์ 2 คนเห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตในลักษณะหรือระดับซึ่งมีเหตุผลในการควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการหรือเพื่อประเมินอาการและติดตามด้วยการรักษาทางการแพทย์และผู้ป่วยควรได้รับการควบคุมเพื่อประโยชน์ด้านสุขภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ป่วย จะถูกควบคุมตัวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 28 วัน</p>	<p>1. การรับไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจโดย Prefectural Governor ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ บุคคลใดก็ตามที่พบเห็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือตำรวจ โดยแพทย์ผู้ตรวจ 2 คนที่ได้รับแต่งตั้งจาก Prefectural Governor เห็นว่าบุคคลนั้นเป็นโรคจิตและมีแนวโน้มที่จะทำอันตรายต่อตนเองเนื่องจากความผิดปกติทางจิตและผู้ป่วยจะถูกควบคุมตัวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง</p> <p>2. การรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ บุคคลใดก็ตามที่พบเห็น</p>	<p>การรับไว้ในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต เบื้องต้นกระทำโดยแพทย์ไม่น้อยกว่า 2 คน รับรองอาการว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรงโดยผู้อำนวยการศูนย์ฯรายงานต่อคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฯเพื่อขอให้มีคำวินิจฉัยให้ดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตและบุคคลที่มีอำนาจส่งตัวได้แก่</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลผู้รับผิดชอบดูแลบุคคลนั้น 2. แพทย์ผู้เคยทำการรักษาบุคคลนั้นและมีความเห็นว่าบุคคลนั้นจำเป็นต้องเข้ารับการรับการฟื้นฟูสุขภาพจิต 3. พนักงานสอบสวนหรือศาล ในกรณีที่มีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ต้องหาหรือจำเลยเป็นผู้วิกลจริตตามประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาหรือมีจิตบกพร่อง โรคจิตหรือจิตฟั่นเฟือนตามประมวลกฎหมายอาญา

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวเจอร์ซีย์)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
	<p>เจ้าพนักงานตำรวจควบคุมตัวบุคคลนั้นส่งมายังโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้อำนวยการพิจารณาว่าจะรับบุคคลดังกล่าวไว้ในโรงพยาบาลหรือไม่</p> <p>2. การรับผู้ป่วย ไว้ในโรงพยาบาล โดยไม่สมัครใจตามหนังสือรับรองของผู้อำนวยความสะดวกหน่วยงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยความสะดวก ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ ผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน หรือผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยความสะดวก โดยบุคคลดังกล่าวมีหนังสือรับรองว่าบุคคลมีความเจ็บป่วยทางจิต และต้องได้รับการดูแลรักษาในทันทีและอาจก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเอง หลังจากนั้นคณะแพทย์ผู้ร่วมงานในโรงพยาบาลจะต้องรับรองถึง</p>	<p>2. การรับผู้ป่วยฯ ไว้ในโรงพยาบาล เพื่อการรักษา ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย, นักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรองหรือตำรวจโดยต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือโดยแพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียน</p> <p>2 คนเห็นว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตในลักษณะหรือระดับซึ่งสมควรได้รับการรักษาทางการแพทย์และมีความจำเป็นเพื่อสุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วยและผู้ป่วย จะถูกควบคุมตัวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน</p> <p>3. การรับผู้ป่วยฯ ไว้ในโรงพยาบาล เพื่อประเมินอาการในกรณีฉุกเฉิน ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ ญาติใกล้ชิดของผู้ป่วย, นักสังคมสงเคราะห์ที่ได้รับการรับรองโดยต้องมีคำแนะนำเป็นหนังสือ</p>	<p>บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือตำรวจ โดยแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิต และมีความจำเป็นต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและการควบคุม</p> <p>3. การรับไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน บุคคลที่มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ บุคคลใดก็ตามที่พบเห็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือตำรวจโดยแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าบุคคลนั้นมีความผิดปกติทางจิต และมีความจำเป็นอย่างมากที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาและควบคุมทางการแพทย์ในโรงพยาบาลโดยไม่ชักช้าและผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจะรับบุคคลนั้นไว้ใน โรงพยาบาลได้ภายในระยะเวลาไม่เกิน 72 ชั่วโมง</p>	<p>4. เจ้าหน้าที่ของรัฐผู้มีอำนาจหน้าที่ดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยหรือดูแลด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนหรือดูแลด้านการสังคมสงเคราะห์ในกรณีพบเองหรือได้รับแจ้งว่าบุคคลใดมีอาการที่อาจมีความผิดปกติทางจิต</p> <p>5. พนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต ในกรณีที่พบเองหรือได้รับแจ้งว่าบุคคลใดมีอาการที่อาจมีความผิดปกติทางจิต กรณีที่ผู้ป่วยแสดงอาการว่ามีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรงถึงขั้นที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองในที่สาธารณะและเป็นกรณีฉุกเฉินมิให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย บุคคลผู้พบเห็นอาจดำเนินการควบคุมตัวเพื่อนำส่งพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐผู้มีอำนาจหน้าที่ของรัฐผู้มีอำนาจหน้าที่ดูแลรักษาความสงบเรียบร้อยหรือดูแลด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนหรือดูแลด้านการ</p>

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวเจอร์ซีย์)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
	<p>ความจำเป็นในการนำผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาลอย่างเร่งด่วนภายใน 72 ชั่วโมงหลังการรับไว้ในโรงพยาบาล และผู้อำนวยการจะเป็นผู้พิจารณารับบุคคลได้ดูแลรักษาในฐานะผู้ป่วยหรือไม่</p> <p>3. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลกรณีฉุกเฉิน เพื่อการสังเกตการดูแลรักษาโดยทันที</p> <p>ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าพนักงานตำรวจ ศาล ผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน จิตแพทย์ และ แพทย์ในหออฉุกเฉิน โดยแพทย์ของโรงพยาบาลทำการตรวจบุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและเห็นว่าสมควรได้รับการสังเกต การดูแลและการรักษาในโรงพยาบาลและมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองและผู้อำนวยการจะรับบุคคลไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่เกิน 48</p>	<p>โดยแพทย์ 1 คนซึ่งเป็นแพทย์ที่เคยรักษาผู้ป่วยมาก่อนหรือเป็นแพทย์ที่ได้รับการรับรองโดย Secretary of State และคำร้องจะสิ้นสุดเมื่อครบ 72 ชั่วโมงนับตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเว้นแต่จะมีการให้คำแนะนำทางการแพทย์ของแพทย์คนที่ 2 โดยต้องมีเหตุผลตามที่กำหนดไว้ในกรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการและต้องรายงานคำแนะนำทางการแพทย์ต่อผู้อำนวยการของโรงพยาบาลในระบะเวลาดังกล่าว</p> <p>4. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการหรือเพื่อการรักษากรณีผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล (โดยสมัครใจ) แล้ว</p> <p>ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ แพทย์ที่ได้ขึ้นทะเบียนผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยหรือแพทย์อื่นในโรงพยาบาลที่ได้ขึ้นทะเบียน(ไม่เกิน1คน)ที่ได้</p>	<p>4. การรับไว้ในโรงพยาบาลชั่วคราว บุคคลที่มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ บุคคลใดก็ตามที่พบเห็นบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตหรือตำรวจ โดยแพทย์ผู้ตรวจเห็นว่าบุคคลนั้นถูกสงสัยว่ามีความผิดปกติทางจิตและต้องใช้ระยะเวลาพอสมควรในการวินิจฉัยและผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจะรับบุคคลนั้นไว้ในโรงพยาบาลชั่วคราวเป็นระยะเวลาไม่เกิน 3 สัปดาห์</p>	<p>สังคมสงเคราะห์เพื่อดำเนินการต่อไปโดยการควบคุมตัวผู้ป่วยให้กระทำได้เท่าที่จำเป็นเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำอันตรายต่อตนเอง</p> <p>การดำเนินการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นให้ผู้อำนวยความสะดวกฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจควบคุมตัวผู้ป่วยไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูฯได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับตั้งแต่วะเวลาเมื่อมีการนำผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟูฯและในกรณีที่มีการเสนอรายงานผลการตรวจต่อ คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฯแล้ว</p> <p>ผู้อำนวยการศูนย์ฯมีอำนาจควบคุมผู้ป่วยได้ต่อไปแต่เมื่อรวมระยะเวลาทั้งหมดต้องไม่เกิน 7 วันนับแต่วันที่นำตัวผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟูฯ ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนเกินกว่าระยะเวลาที่กำหนดไว้ ผู้อำนวยการศูนย์ฯต้องรายงานต่อพนักงานอัยการเพื่อยื่นคำร้องต่อศาลให้ มีคำสั่งควบคุมตัวผู้ป่วยตามระยะเวลาที่เห็นว่าเหมาะสมเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วยแต่เมื่อรวมระยะ</p>

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวเจอร์ซีย์)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
	<p>ชั่วโมงหลังจากนั้นผู้ป่วย ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือหน่วยงานให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมายสุขภาพจิต ต้องยื่นหนังสือบอกกล่าวต่อผู้อำนวยการเพื่อร้องขอต่อศาลให้พิจารณา เมื่อศาลวินิจฉัยว่ามีเหตุอันควรเชื่อว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตสมควรได้รับการสังเกต ดูแลรักษาในโรงพยาบาลโดยทันทีและมีความน่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายอย่างร้ายแรงต่อตนเอง ศาลจะออกคำสั่งให้คุณตัวผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่เกิน 15 วันนับตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยฯ</p> <p>4. การรับผู้ป่วยไว้ในศูนย์รักษา แอลกอฮอล์กรณีฉุกเฉินเพื่อการสังเกต ดูแลและรักษาโดยทันที ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่รักษาความสงบฯ, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้อำนวยการศูนย์บริการชุมชน</p>	<p>รับแต่งตั้งจากแพทย์ผู้ดูแลรักษาผู้ป่วยโดยบุคคลดังกล่าวรายงานคำแนะนำเป็นหนังสือไปยังผู้อำนวยการของโรงพยาบาลและสามารถควบคุมผู้ป่วยได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมงซึ่งจะได้รับการพิจารณาเปลี่ยนไปเป็นการรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการหรือเพื่อการรักษา</p> <p>5. การดูแลผู้ป่วยหลังจากการรักษาในโรงพยาบาล ผู้มีสิทธิร้องขอ ได้แก่แพทย์ผู้รับผิดชอบผู้ป่วย (เจ้าของไข้) และมีเหตุผลว่าผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปีขึ้นไปได้รับความผิดปกติทางจิต, เป็นความเสี่ยงอย่างมากที่จะเป็นอันตรายร้ายแรงแก่สุขภาพหรือความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือต่อตัวผู้ป่วยจากพฤติกรรมที่รุนแรงถ้าไม่ได้รับการดูแล และการดูแลน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย</p>		<p>เวลาการควบคุมทั้งหมดแล้วต้องไม่เกิน 15 วัน นับแต่วันที่นำผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟูฯ</p> <p>ในกรณีที่คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ เห็นชอบตามผลการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นของผู้ป่วยและวินิจฉัยให้ดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยผู้นั้น คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ มีอำนาจออกคำสั่งกำหนดมาตรการบังคับเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> กำหนดให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในความดูแลรักษาของศูนย์ฟื้นฟูฯ โดยไม่ต้องถูกควบคุมตัวไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ แต่จะกระทำได้อีกเมื่อคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ เห็นว่าการปล่อยตัวจะไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย กำหนดให้ควบคุมผู้ป่วยเพื่อดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ศูนย์ฟื้นฟูฯ โดย <p>คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ จะต้องกำหนดระยะเวลาการควบคุมตัวตามความร้ายแรงของอาการผิดปกติและตามวิธีการรักษาผู้ป่วยแต่ต้องไม่เกิน 1 ปี นับตั้งแต่วันที่</p>

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
	<p>โดยแพทย์จะทำการตรวจทันทีที่เป็นไปได้ ถ้าประเมินว่าแอลกอฮอล์ทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถถึงระดับที่น่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลนั้นจะถูกควบคุมตัวไว้รักษากรณีฉุกเฉินไม่เกินกว่าระยะเวลาที่บุคคลขาดความสามารถเพราะแอลกอฮอล์ถึงระดับที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง หรือนานเกินกว่า 48 ชั่วโมง</p> <p>5. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพราะสารเสพติดกรณีฉุกเฉินเพื่อการสังเกต ดูแลและรักษาโดยทันที</p> <p>ผู้มีสิทธิร้องขอส่งตัวผู้ป่วย ได้แก่ เจ้าหน้าที่รักษาความสงบฯ, เจ้าหน้าที่ตำรวจ, ผู้อำนวยการศูนย์บริการชุมชน</p> <p>โดยแพทย์จะทำการตรวจทันทีที่เป็นไปได้ ถ้าประเมินว่าสารเสพติดทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถ</p>	<p>โดย The Health Authority เป็นผู้พิจารณาแต่หากจะยอมรับตามคำร้องขอฯจะต้องปรึกษา(ขอความเห็น) หน่วยงานบริการทางสังคม(Local Social Service Authority)ซึ่งมีหน้าที่นั้นก่อน</p>		<p>คณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูผู้มีคำวินิจฉัยอย่างไรก็ตามหากคณะกรรมการเห็นว่าผู้ป่วยยังมีอาการผิดปกติทางจิตอยู่ในขั้นร้ายแรง อาจขอให้พนักงานอัยการทำคำร้องยื่นต่อศาลก่อนสิ้นสุดระยะเวลาเพื่อให้ศาลมีคำสั่งอนุญาตให้ควบคุมผู้ป่วยไว้ที่ศูนย์ฟื้นฟูฯจนกว่าจะเป็นที่พอใจว่าผู้ป่วยหายจากอาการผิดปกติทางจิต</p>

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
	ถึงระดับที่น่าจะเป็นไปได้ที่จะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเอง บุคคลนั้นจะต้องถูกคุมตัวไว้รักษากรณีฉุกเฉินไม่เกินกว่าระยะเวลาที่บุคคลขาดความสามารถเพราะสารเสพติดถึงระดับที่น่าจะก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือนานเกินกว่า 48 ชั่วโมง			
การรักษาและการจำกัดความเคลื่อนไหวผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย	ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลและรักษาที่มีทักษะความชำนาญที่เหมาะสมต่อความจำเป็น เป็นไปอย่างปลอดภัยและมีเมตตาและเคารพเกียรติและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ภายใต้ระเบียบของ Commissioner ดังนี้ 1. ต้องมีการลงนามแสดงความยินยอมสำหรับการผ่าตัด, การรักษาด้วยไฟฟ้า, การให้ยาปริมาณมาก ร่วมกับการผ่าตัด 2. มีการบันทึกการรักษาผู้ป่วยซึ่งรวมถึงแผนการรักษาเป็นลายลักษณ์อักษร, บันทึกการตรวจ,	การกระทำใดๆ ที่เป็นการรักษาหรือการจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วยสามารถกระทำได้โดยไม่ต้องอาศัยความยินยอมที่ได้รับการบอกกล่าว (informed consent) ยกเว้นการรักษาบางกรณีที่น่าจะเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยๆ จำเป็นต้องอาศัยความยินยอมของผู้ป่วยและหรือความเห็นของบุคคลที่ 2 ดังนี้ 1. การรักษาที่ต้องการความยินยอมของผู้ป่วยและความเห็นที่ 2 (second opinion)	การรักษาผู้ป่วยทางจิตจะต้องเคารพในเกียรติของผู้ป่วยและตระหนักถึงสิทธิมนุษยชน การจำกัดการเคลื่อนไหวทางร่างกายในสถานที่เฉพาะก็เพื่อป้องกันชีวิตของผู้ป่วยและป้องกันอันตรายทางร่างกายอย่างรุนแรงและจะถูกใช้เมื่อไม่มีวิธีการอื่นที่มีเหตุผลในกรณีที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตายหรือมีพฤติกรรมที่ทำอันตรายต่อตนเองที่ใกล้จะเป็นอันตรายอย่างยิ่ง โดยแพทย์จะต้องวินิจฉัยทางการแพทย์บ่อยครั้งและจะต้องไม่จำกัด	1. ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีหน้าที่ควบคุมดูแลให้มีการปฏิบัติต่อผู้ป่วยตามวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยอาศัยหลักวิชาการแพทย์และจิตเวช และต้องดำเนินการตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์ที่คณะกรรมการหรือคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตกำหนด 2. ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต หรือ พนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต มีอำนาจกระทำกรกับร่างกายของผู้ป่วย โดยวิธีการให้การรักษาด้วยยา หรือ การบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า หรือการผ่าตัด หรือ โดยวิธีการอื่นใดได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอม

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
	<p>แผนการรักษาเฉพาะบุคคล, การประเมินผู้ป่วยและคำสั่งตรวจซ้ำ คำสั่งการรักษา, การรักษาที่ให้เป็นพิเศษโดยมีบุคคลที่เกี่ยวข้องลงนามไว้</p> <p>3. การจำกัดการเคลื่อนไหวยุติผู้ป่วย จะกระทำได้เมื่อจำเป็นเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำให้ตนเองได้รับบาดเจ็บแต่ต้องกระทำในกรณีที่มีการเขียนคำสั่งแพทย์หลังการตรวจแล้ว ยกเว้นผู้ป่วยในสถานการณฉุกเฉิน โดยในระหว่างที่ผู้ป่วยถูกมัดยึด ควรมีการเฝ้าดูความจำเป็นของ ร่างกายความสะอาดกสบายและ ความปลอดภัยให้เป็นไปอย่างเหมาะสม</p> <p>4. ข้อมูลของผู้ป่วยรวมถึงหลักฐาน แสดงตัว บันทึกลงในคลินิก หรือข้อมูลใดๆที่ระบุตัวผู้ป่วยจะต้องไม่แสดง อย่างเปิดเผยและไม่แสดงต่อบุคคล หรือหน่วยงานภายนอกยกเว้น เช่น</p>	<p>1.1 การผ่าตัดคีัลยกรรม(surgical operation)</p> <p>1.2 การรักษาแบบอื่นที่ Secretary of Stateกำหนดในกฎระเบียบ</p> <p>ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมและ แพทย์ 1 คนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ซึ่ง ได้รับการแต่งตั้งโดย Secretary of State(มิใช่แพทย์เจ้าของไข้)และ บุคคลอื่นอีก 2 คนที่ได้รับการแต่งตั้งโดย Secretary of State(มิใช่ แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้)ได้รับการรับรองเป็นหนังสือว่าผู้ป่วยสามารถ เข้าใจสภาพ วัตถุประสงค์และผล กระทบที่อาจจะเกิดขึ้นจากการ รักษาและได้ให้ความยินยอมและ แพทย์ 1 คนที่ขึ้นทะเบียนไว้ได้รับ รองเป็นหนังสือว่าวินิจฉัยแล้วเห็น ว่าควรจะทำการรักษาเพื่อบรรเทา หรือป้องกันสภาพความเสี่ยงมลง ของผู้ป่วย โดยก่อนที่แพทย์จะให้</p>	<p>การเคลื่อนไหวยุติผู้ป่วยถ้าไม่มีความ จำเป็นเพียงพอ</p>	<p>จากผู้ป่วยหรือจากผู้มีอำนาจตามกฎหมาย ที่จะให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ถ้าการกระทำ นั้นเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของผู้ป่วย</p> <p>3. การปฏิบัติต่อผู้ป่วยในศูนย์ฟื้นฟู สุขภาพจิตต้องเป็นไปตามหลักมนุษยธรรม เพื่อการรักษาผู้ป่วยให้หายจากอาการผิดปกติทางจิต แต่การควบคุมตัวผู้ป่วย การใช้ มาตรการบังคับเพื่อมิให้ผู้ป่วยทำอันตราย ต่อตนเอง การให้ทำการทำงานเพื่อบรรเทา อาการผิดปกติทางจิต หรือการอื่นใดอัน เป็นการใช้วิธีการรักษาตามหลักวิชาการ มิให้ ถือว่าเป็นการปฏิบัติที่ไม่เป็นไปตามหลัก มนุษยธรรม</p> <p>4. ระหว่างการควบคุมตัวผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟู สุขภาพจิต ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต อาจมีคำสั่งให้ปล่อยตัวผู้ป่วยชั่วคราว เพื่อ ทดสอบอาการทางจิตของผู้ป่วยได้ ในการนี้ ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีอำนาจ กำหนดเงื่อนไขที่ผู้ป่วย หรือ ผู้รับดูแลผู้ป่วย ต้องปฏิบัติก็ได้</p>

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
	<p>กรณีที่ได้รับความยินยอมตามที่ Commissioner เห็นว่าสมควร ให้แก่บุคคลที่เหมาะสมและสมควร ที่จะได้รับรู้เมื่อจำเป็นเพื่อป้องกัน อันตรายร้ายแรงที่ใกล้จะถึงตัว ผู้ป่วย</p>	<p>ความยินยอมจะต้องปรึกษากับ บุคคลอีก 2 คนซึ่งประกอบวิชาชีพ ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยโดย คนหนึ่งจะต้องเป็นพยาบาลและอีก คนหนึ่งต้องไม่เป็นทั้งพยาบาลและ แพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้</p> <p>2. การรักษาที่ต้องการความ ยินยอมของผู้ป่วยหรือความเห็นที่ 2(second opinion)</p> <p>2.1 การรักษาด้วยไฟฟ้า(ETC)</p> <p>2.2 การให้ยาโดยวิธีการใดๆใน ระหว่างที่ผู้ป่วยถูกควบคุม ถ้าเป็น ระยะเวลา 3 เดือนหรือมากกว่านั้น นับตั้งแต่ครั้งแรกที่ให้แกผู้ป่วย</p> <p>ผู้ป่วยต้องให้ความยินยอมและ แพทย์เจ้าของไข้หรือแพทย์ 1 คนที่ ได้ขึ้นทะเบียนไว้ซึ่งได้รับการ แต่งตั้งโดย Secretary of State รับรองเป็นหนังสือว่าผู้ป่วยสามารถ เข้าใจถึงสภาพ วัตถุประสงค์ และ ผลที่</p>		

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
		<p>อาจขึ้นจากการรักษาและได้ให้ความยินยอมหรือแพทย์(มิใช่แพทย์เจ้าของไข้)รับรองเป็นหนังสือว่าผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจถึงสภาพวัตถุประสงค์ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาหรือผู้ป่วยไม่ให้ความยินยอมและแพทย์วินิจฉัยแล้วเห็นว่าควรจะทำการรักษาเพื่อบรรเทาหรือป้องกันสภาพความเสื่อมลงของผู้ป่วยโดยก่อนที่แพทย์จะให้การรักษาจะต้องปรึกษานุคคล 2 คนซึ่งประกอบวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการรักษาผู้ป่วยโดยคนหนึ่งจะต้องเป็นพยาบาลและอีกคนหนึ่งไม่ต้องเป็นทั้งพยาบาลและแพทย์ที่ขึ้นทะเบียนไว้ การรักษาที่ต้องการความยินยอมและหรือความเห็นที่ 2 (second opinion) จะไม่นำมาใช้ในการรักษากรณีฉุกเฉินดังนี้</p>		

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
		<p>1.มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิตผู้ป่วย หรือ</p> <p>2.มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อป้องกันสภาพการเสื่อมลงอย่างรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งมิใช่การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้หรือ</p> <p>3.มีความจำเป็นเร่งด่วนเพื่อบรรเทาความทรมานอย่างรุนแรงของผู้ป่วยซึ่งมิใช่การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้หรือ</p> <p>4.มีความจำเป็นเร่งด่วนและการรักษาทำให้เกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุดเท่าที่จำเป็นเพื่อป้องกันผู้ป่วยจากพฤติกรรมที่รุนแรงหรือการกระทำที่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยซึ่งมิใช่การรักษาที่ไม่อาจแก้ไขให้กลับคืนสู่สภาพเดิมได้หรือเป็นอันตราย</p>		

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวเจอร์ซีย์)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
การทบทวนความจำเป็นในการรักษา	ผู้ป่วยจะต้องทำคำร้องขอให้ทบทวนความจำเป็นในการควบคุมผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลโดยไม่สมัครใจตามใบรับรองทางการแพทย์ภายในเวลา 60 วันนับตั้งแต่วันที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือภายใน 30 วันนับตั้งแต่วันที่มีการสั่งปฏิเสธคำร้องขอปล่อยตัวผู้ป่วย โดยผู้อำนวยการต้องร้องขอต่อศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่นที่โรงพยาบาลตั้งอยู่เพื่อให้ศาลมีคำสั่งให้มีอำนาจควบคุมผู้ป่วยต่อไป ถ้าไม่มีคำร้องขอให้พิจารณาในฐานะผู้แทนผู้ป่วยภายใน 5 วันนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับหนังสือบอกกล่าวและหน่วยงานให้ความช่วยเหลือทางกฎหมายสุขภาพจิต (The mental hygiene legal service) ไม่ได้ร้องขอให้พิจารณา	1.ผู้ป่วยที่ถูกจับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการหรือผู้ป่วยที่ถูกจับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาจะต้องทำคำร้องขอขึ้นต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตภายในระยะเวลา 14 วันและ 6 เดือนนับแต่ผู้ป่วยถูกจับไว้ในโรงพยาบาลตามลำดับแล้วแต่กรณี คณะกรรมการจะต้องสั่งปล่อยตัวผู้ป่วยที่ถูกจับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการประเมินอาการถ้าเป็นที่พอใจแก่คณะกรรมการว่าผู้ป่วยไม่ได้มีความผิดปกติทางจิตในลักษณะ หรือ ระดับซึ่งผู้ป่วยสมควรที่จะถูกควบคุมไว้ในโรงพยาบาลเพื่อประเมินอาการ (หรือเพื่อประเมินอาการและติดตามด้วยการรักษาทางการแพทย์) โดยใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด หรือ การควบคุมผู้ป่วยไม่เหมาะสม เพื่อ	เมื่อ Prefectural Governor ได้รับรายงานหรือ การแจ้งการจับไว้ในโรงพยาบาลสำหรับการดูแลรักษาและการควบคุมทางการแพทย์ Prefectural Governor จะต้องแจ้งคณะกรรมการทบทวนจิตเวชในเรื่องเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยและเรื่องอื่นที่เกี่ยวข้องกับการจับไว้ในโรงพยาบาล ตามที่กำหนดในกฎกระทรวงสาธารณสุข และร้องขอให้คณะกรรมการทบทวนจิตเวชทบทวนถึงความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เมื่อคณะกรรมการทบทวนจิตเวชเห็นว่ามีความจำเป็นต้องทำการทบทวนการจับไว้ในโรงพยาบาล คณะกรรมการจะต้องแจ้งผลการทบทวนให้ Prefectural Governor ทราบและคณะกรรมการอาจจะรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย	1. ผู้ป่วย หรือบิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลผู้รับดูแลผู้ป่วยอาจยื่นคำร้องต่อคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตภายใน 15 วันนับตั้งแต่วันที่ทราบเหตุแห่งการร้องขอทบทวน(ในเหตุการณ์เดียวกันได้ครั้งเดียว)เพื่อขอให้ทบทวนผลการวินิจฉัยของคณะกรรมการฯ ระยะเวลาการควบคุมตัว หรือวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตได้ เมื่อมีการร้องขอให้ทบทวน ให้คณะกรรมการฯแต่งตั้งคณะผู้พิจารณาทบทวนและเพื่อประโยชน์ในการพิจารณา คณะผู้พิจารณาทบทวนอาจจัดให้มีการตรวจประเมินอาการความผิดปกติทางจิตของผู้ป่วยโดยศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งอื่นหรือคณะผู้เชี่ยวชาญตามที่เห็นสมควรได้ ผลการพิจารณาของคณะผู้พิจารณาทบทวนให้ผูกพันศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตที่จะต้องปฏิบัติตาม แต่ถ้ามติของคณะกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตมีความเห็นแตกต่างจากผลการ

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวเจอร์ซีย์)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
	<p>ศาลที่รับคำร้องฯจะมีคำสั่งให้โรงพยาบาลควบคุมผู้ป่วยต่อไปเป็นระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่ที่มีคำสั่ง หากผู้อำนวยการฯเห็นว่าผู้ป่วยต้องได้รับการควบคุมตัวไว้ในโรงพยาบาลแต่ผู้ป่วยไม่เห็นด้วย ผู้อำนวยการฯจะต้องยื่นคำร้องฯต่อศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่น โดยคำสั่งศาลที่ให้ควบคุมตัวผู้ป่วยต่อไปครั้งแรกต้องไม่เกิน 1 ปีและครั้งต่อไปต้องไม่เกิน 2 ปีนับตั้งแต่วันที่ศาลมีคำสั่ง</p> <p>ผู้ป่วย ญาติพี่น้อง หรือ เพื่อนที่ไม่พอใจกับคำสั่งศาล สามารถยื่นคำร้องขอให้พิจารณาใหม่และทบทวนกระบวนการพิจารณาของศาล</p> <p>ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่ศาลมีคำสั่ง โดยยื่นคำร้องขอต่อผู้พิพากษาศาลชั้นต้นคนอื่นและผู้พิพากษาจะเรียกประชุมคณะลูกขุนพิจารณา</p>	<p>ประโยชน์ด้านสุขภาพ หรือ ความปลอดภัยของผู้ป่วย</p> <p>2. ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลหลังการรักษาในโรงพยาบาลตามมาตรา 25a ผู้ป่วยฯหรือญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วยจะต้องทำคำร้องขอยื่นต่อคณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิตภายในระยะเวลา 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่ The Health Authority ยอมรับคำร้องขอฯ</p> <p>คณะกรรมการมีดุลพินิจโดยทั่วไปที่จะสั่งปล่อยตัวผู้ป่วย</p>	<p>ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลที่รักษาโรคทางจิตที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้อง</p> <p>เมื่อ Prefectural Governor เห็นว่าไม่มีความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลอีกต่อไปตามความเห็นของคณะกรรมการฯ Prefectural Governor ต้องปล่อยตัวผู้ป่วยไปหรือสั่งให้ผู้อำนวยการโรงพยาบาลปล่อยตัวผู้ป่วยออกไป</p>	<p>พิจารณาและเห็นว่าเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย อาจเสนอเรื่องให้คณะกรรมการฟื้นฟูสุขภาพจิตพิจารณาเป็นที่สุด</p> <p>ในกรณีที่มีความจำเป็นเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย คณะผู้พิจารณาทบทวนหรือคณะกรรมการ อาจกำหนดให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตเปลี่ยนแปลงวิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้ป่วยชั่วคราวในระหว่างการศึกษา ก็ได้</p> <p>2. กรณีที่มีการร้องเรียนต่อคณะกรรมการหรือในกรณีที่คณะกรรมการตรวจสอบพบเห็นเองว่า วิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งใดไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดหรืออาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย ให้คณะกรรมการมีอำนาจออกคำสั่งให้ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งนั้นกระทำหรืองดเว้นการกระทำใด ๆ ได้ หรืออาจมีคำสั่งให้ส่งตัวผู้ป่วยไปรับการฟื้นฟูสุขภาพจิตที่ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแห่งอื่นได้</p>

	สหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)	อังกฤษ	ญี่ปุ่น	ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต พ.ศ...
	ประเด็นปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตและความจำเป็นในการควบคุมผู้ป่วย			
บทกำหนดโทษ ผู้ประกอบวิชาชีพหรือ ผู้ที่รับผิดชอบในการกระทำ การตามกฎหมายสุขภาพจิต	Commissioner อาจจะกำหนดค่าปรับไม่เกิน 1,000 ดอลลาร์หากพบว่าผู้ประกอบวิชาชีพละเว้นที่จะทำตามบทบัญญัติตามกฎหมาย กฎ ระเบียบ	ผู้ที่รับผิดชอบในการควบคุมผู้ป่วย หากทอดทิ้งผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ โรงพยาบาลหรือทอดทิ้งผู้ป่วยไปจากการดูแลในชุมชน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 6 เดือนหรือปรับไม่เกินจำนวนสูงสุดตามที่กฎหมายบัญญัติไว้หรือทั้งจำทั้งปรับ	การกระทำที่เป็นการฝ่าฝืนวิธีการที่กฎหมายกำหนด ต้องรับโทษปรับไม่เกิน 100,000 เยน	กรรมการ อนุกรรมการ ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ ผู้ใด กระทำการใดๆอันมิใช่ปกติหน้าที่ในการฟื้นฟูสุขภาพจิตเพื่อมุ่งหมายให้บุคคลใดต้องถูกบังคับให้เข้ารับ การฟื้นฟูสุขภาพจิตตาม พ.ร.บ. นี้หรือได้รับการปล่อยตัวไปจากการควบคุม ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือปรับไม่เกิน 1 แสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ

จากการศึกษาเปรียบเทียบกฎหมายสุขภาพจิตในบทนี้ จะเห็นได้ว่า กฎหมายสุขภาพจิตได้กำหนด ประเภทของผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายที่จะต้องนำมาบำบัดรักษา โดยมีวิธีการให้บุคคลตามที่กฎหมายบัญญัติ เช่น บิดามารดา ญาติที่ใกล้ชิดผู้ป่วย ผู้ปกครอง เป็นต้น สามารถนำบุคคลมาตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ว่า บุคคลดังกล่าวมีความเจ็บป่วยทางจิต หรือ มีความผิดปกติทางจิต ถึงระดับที่อาจจะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายและสมควรได้รับการรับไว้บำบัดรักษาในสถานพยาบาลหรือไม่ โดยข้อมูลของประเทศอังกฤษในปี 1990-1991 พบว่าการรับผู้ป่วยซึ่งถูกวินิจฉัยว่าได้รับความเจ็บป่วยทางจิตไว้รักษาในโรงพยาบาล มีจำนวน 17,781 คน จากทั้งหมด 18,385 คน ซึ่งวิธีการตามกฎหมายดังกล่าวจะมีส่วนช่วยในการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตาย เนื่องจากมาตรการที่สำคัญ คือ การค้นหาและให้การรักษาโรคทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพ⁶ นอกจากนี้ในส่วนของกฎหมายสุขภาพจิตประเทศอังกฤษได้บัญญัติให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชนหลังการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำ⁸ อย่างไรก็ตามกฎหมายสุขภาพจิตยังได้กำหนดขอบเขตการรักษาทางแพทย์ การทบทวนความจำเป็นในการบังคับรักษาและความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพ เพื่อให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพแก่ผู้ป่วยจากการรักษา ซึ่งประเทศที่ให้ความสำคัญกับปัญหาที่ผู้ป่วยทางจิตอาจทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายโดยคำนึงถึงสิทธิและประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา คือ ประเทศสหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก)และอังกฤษที่กฎหมายสุขภาพจิตกำหนดให้การรักษาที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย เช่น การผ่าตัดตัดศัลยกรรม(surgical operation) จำเป็นต้องอาศัยความยินยอมของผู้ป่วยก่อนเป็นต้น ซึ่งเป็นการจำกัดขอบเขตการใช้อำนาจของแพทย์ในการรักษา

⁶ ในประเทศไทยมีผู้ศึกษา พบว่า 70-80% ของผู้ฆ่าตัวตายจะสื่อความตั้งใจที่จะฆ่าตัวตายให้บุคคลอื่นทราบ (นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์, จิตเวชผู้ใหญ่:ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต, ความเครียดและสุขภาพจิต (2541), หน้า 71.) ส่วนในต่างประเทศ เช่นประเทศอังกฤษ พบว่า 33% แสดงความคิดเห็นว่าจะฆ่าตัวตายอย่างชัดเจน (ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุลและสุรสิงห์ วิศวรัตน์, ฆ่าตัวตาย การสอบสวนหาสาเหตุและการป้องกัน, พิมพ์ครั้งที่ 2(นนทบุรี : ศูนย์พัฒนาวิชาการ ปรึกษาเรื่องเอดส์ กรมสุขภาพจิต, 2542), หน้า 8.)

⁷ ประเวศ ดันติพิวัฒน์สกุล, “ฆ่าตัวตาย ปัญหาของใคร,” วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 8 ฉบับที่ 1 (ตุลาคม 2542-มกราคม 2543).

⁸ ผู้ป่วยทางจิตเวชชนิดต่างๆที่ฆ่าตัวตายเคยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลมาก่อน โดยระยะ 3 เดือนนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลจะเป็นระยะที่มีความเสี่ยงที่สุดต่อการฆ่าตัวตาย สำหรับผู้ป่วยที่เพิ่งออกจากโรงพยาบาล (สุชาติ พหลภาคย์, ความผิดปกติทางอารมณ์ (ขอนแก่น : โรงพิมพ์ศิริภรณ์ ออฟเซ็ท, 2542), หน้า 154.)

ผู้ป่วยฯ ส่วนของประเทศญี่ปุ่นและร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิตของไทย พบว่า ให้ความสำคัญกับสิทธิและประโยชน์ที่ผู้ป่วยฯจะได้รับจากการรักษาน้อยกว่ากล่าวคือ ประเทศญี่ปุ่นกำหนดแต่เพียงว่าการรักษาผู้ป่วยฯจะต้องเคารพในเกียรติของผู้ป่วยฯและตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนเท่านั้น ไม่ได้กำหนดขอบเขตในวิธีการรักษาที่ชัดเจนและร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิตของไทยก็เช่นกันที่กำหนดให้ ในการดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูฯหรือพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์มีอำนาจรักษาด้วยวิธีการใดๆแม้อาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยฯเช่น การบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้าหรือการผ่าตัด โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยฯหรือจากผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่จะให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยฯ

ประเทศไทยแม้จะมีร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิตแต่ก็ยังไม่เป็นกฎหมาย โดยกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการบังคับรักษาผู้ป่วยฯส่วนใหญ่ก็บัญญัติกระจัดกระจายในประมวลกฎหมายอาญา และกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาโดยส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชคดีเท่านั้นและยังไม่ครอบคลุมเพียงพอ ไม่มีคำจำกัดความ ไม่มีรายละเอียดในขั้นตอนการปฏิบัติ ดังนี้

-กฎหมายอาญาในส่วนของวิธีการเพื่อความปลอดภัย มาตรา 48 ที่กำหนดให้สามารถนำผู้ป่วยทางจิตมาบังคับรักษากรณีผู้ป่วยกระทำผิดทางอาญา และศาลได้มีคำพิพากษาแล้วว่าไม่ต้องรับโทษ หรือได้รับการลดโทษ แต่การปล่อยตัวจะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน ซึ่งไม่มีระยะเวลาในการควบคุมบังคับรักษา ไม่มีการทบทวนความจำเป็นในการบังคับรักษาและไม่มีหลักเกณฑ์การประเมินภาวะอันตรายต่อตนเองของผู้ป่วยฯและมาตรา 49 กรณีที่ศาลพิพากษาลงโทษจำคุก หรือว่ามีความผิดแต่รอการกำหนดโทษ หรือรอการลงโทษบุคคลใด ถ้าศาลเห็นว่าบุคคลนั้นกระทำความผิดเนื่องจากการเสพสุราเป็นอาชญา หรือการเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษ ศาลจะกำหนดในคำพิพากษาว่าบุคคลนั้นจะต้องไม่เสพสุรา ยาเสพติดให้โทษอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสองอย่าง ภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี และกรณีที่บุคคลดังกล่าวไม่ปฏิบัติตาม ศาลจะสั่งให้ส่งไปคุมตัวในสถานพยาบาลเป็นเวลาไม่เกิน 2 ก็ได้ปี ซึ่งต้องเป็นกรณีที่มีการฝ่าฝืนคำสั่งศาลที่ห้ามเสพสุรา ยาเสพติดให้โทษอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง ก่อนจึงจะมีการบังคับรักษาผู้ป่วยฯ นอกจากนี้ยังมีบทบัญญัติความรับผิดชอบทางอาญาของบุคคลที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่ดูแล รักษาผู้ป่วยฯใน มาตรา 373 ความผิดฐานไม่ควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริต, มาตรา 295 ความผิดฐานทำร้ายร่างกาย, มาตรา 307 ความผิดฐานทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้, มาตรา 310 ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกาย , มาตรา 323 ความผิดฐานเปิดเผยความลับของผู้ป่วย

-กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา มาตรา 14 ที่กำหนดให้พนักงานสอบสวนหรือศาลแล้วแต่กรณีนำผู้ป่วยทางจิตและอยู่ในระหว่างถูกสอบสวน ใต้สวนมูลฟ้อง หรือพิจารณา กรณีกระทำผิดอาญาไปควบคุมและบำบัดรักษาก่อนที่จะดำเนินคดีอาญาต่อไปซึ่งไม่มีการกำหนดหลักเกณฑ์วิธีการขั้นตอนในการตรวจสุขภาพจิตและการให้ความเห็น

กฎหมายดังกล่าวข้างต้นไม่ใช่มาตรการที่สามารถนำมาใช้บังคับรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายโดยเฉพาะ

ส่วนวิธีการและขั้นตอนการรับผู้ป่วยทางจิตไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษา ทางปฏิบัติ บิดามารดา สามีภรรยา ผู้ปกครอง ญาติพี่น้อง หรือญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยจะเป็นผู้นำส่ง แต่หากเป็นกรณีผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตมีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น เจ้าหน้าที่ตำรวจอาจจะเป็นผู้นำส่งเองหรือบิดามารดา สามีภรรยา ผู้ปกครอง ญาติพี่น้อง หรือญาติใกล้ชิดของผู้ป่วยขอความช่วยเหลือให้เจ้าหน้าที่ตำรวจเป็นผู้นำส่งโรงพยาบาล หลังจากนั้นจิตแพทย์ผู้ทำการตรวจผู้ป่วยจะเป็นผู้วินิจฉัยว่าควรจะได้รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล (Admission) หรือไม่ หากเห็นว่าควรจะได้รับผู้ป่วยไว้เพื่อรักษาในโรงพยาบาลก็ต้องปรึกษาหารือกับผู้ป่วย หรือญาติผู้ป่วยก่อน เพื่อได้รับความยินยอม และหลังจากมีการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลแล้วหากจำเป็นต้องรักษาโดยใช้วิธีการพิเศษ เช่น การผ่าตัด การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น แพทย์จะต้องขอความยินยอมจากผู้ป่วย หรือญาติก่อน แต่ตามกฎหมายแพ่งและพาณิชย์การให้ความยินยอมในการรักษาพยาบาลทั่วไปเป็นนิติกรรมอย่างหนึ่ง ดังนั้นผู้ให้ความยินยอมจะต้องมีความสามารถตามกฎหมาย ส่วนการรักษาที่มีความจำเป็นต้องกระทำต่อร่างกายหรือจิตใจหรือใช้วิธีพิเศษ เช่น การผ่าตัดผสมสมอง (Psychosurgery), การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy หรือ ECT) หรือการใช้ยาอันตราย เป็นต้น ในทางกฎหมายมี 2 ความเห็น ดังนี้

1. แพทย์จะต้องอธิบายให้ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยได้ตามกฎหมาย ทราบถึงวิธีการของตนในลักษณะของการเริ่มขั้นตอนการรักษาใหม่ โดยถือว่าแพทย์ทำคำเสนอซึ่งเป็นนิติกรรมในทางกฎหมายแพ่ง หากผู้ป่วยทางจิตเข้าใจในสาระสำคัญของการรักษา และสามารถให้ความยินยอมได้ หรือผู้มีอำนาจตามกฎหมายให้ความยินยอมแทนเนื่องจากผู้ป่วยไม่มีความสามารถที่จะรับรู้ในเรื่องการรักษาและหรือไม่มีความสามารถตามกฎหมายที่จะตัดสินใจได้แล้วแต่กรณี ก็เป็นการแสดงเจตนารับข้อผูกพันตามสัญญาที่แพทย์ได้เสนอ จึงมีลักษณะเป็นการตกลงทำนิติกรรมตามกฎหมายอย่างหนึ่ง ซึ่งผูกพันกับแพทย์ในฐานะคู่สัญญาทั่วไป

2. ความยินยอมให้แพทย์กระทำต่อร่างกายหรือจิตใจของผู้ป่วย มิใช่การทำนิติกรรมในทางแพ่ง ดังนั้นความยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยจึงไม่อยู่ในหลักเกณฑ์ตามกฎหมาย เช่น ผู้ป่วยที่เป็นผู้เยาว์ก็ไม่ต้องถือเกณฑ์อายุว่าบรรลุนิติภาวะหรือไม่ เพียงแต่มีอายุและมีความสามารถที่จะรับรู้ในเรื่องที่ทำการรักษาก็สามารถตัดสินใจได้และหากผู้ป่วยทางจิตไม่อยู่ในภาวะที่จะให้ความยินยอมในการรักษาได้ ญาติของผู้ป่วยก็สามารถให้ความยินยอมแทนได้

จะเห็นได้ว่า การขอความยินยอม เรื่อง การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลและการรักษาด้วยวิธีพิเศษ ยังไม่เป็นไปตาม กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ และ ในทางกฎหมาย ความสามารถในการให้ความยินยอมด้านการรักษาด้วยวิธีพิเศษยังขาดความชัดเจน ซึ่งแตกต่างกับประเทศที่ใช้กฎหมายสุขภาพจิตโดยได้กำหนดให้มีบุคคลตามที่กฎหมายกำหนด เช่น บิดา มารดา ญาติ ใกล้ชิดผู้ป่วย ผู้ปกครอง เป็นต้น มีสิทธิร้องขอให้มีการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลและหลังจากมีการรับผู้ป่วยไว้แล้ว กฎหมายสุขภาพจิตของแต่ละประเทศก็ได้กำหนดขอบเขตการรักษาผู้ป่วยว่าสามารถทำได้เพียงใด ตามที่ผู้เขียนได้กล่าวไว้แล้วในบทนี้



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

บทสรุป

จากการศึกษาวิจัยพบว่า การฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตสามารถป้องกันได้โดยใช้เครื่องมือทางกฎหมายที่เอื้ออำนวยต่อการค้นหาและนำผู้ป่วยทางจิตมาบำบัดรักษา การวิจัยเปรียบเทียบกฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษและกฎหมายสุขภาพจิตประเทศญี่ปุ่นทำให้พบวิธีการทางกฎหมายซึ่งให้อำนาจบุคคลตามที่กฎหมายกำหนด ให้สามารถนำตัวผู้ป่วยมายังสถานพยาบาล หลังจากนั้นจะมีการตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์ การพิจารณาจับผู้ป่วยไว้รักษาและการกำหนดวิธีการรักษา โดยวิธีการดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือเร็วขึ้นเพื่อลดโอกาสหรือความเสี่ยงที่ผู้ป่วยอาจทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย และจากการศึกษาวิจัยพบอีกว่ามีประเด็นทางกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายสุขภาพจิตที่จำกัดสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยอยู่ด้วยคือ สิทธิส่วนบุคคล (The right of privacy) ที่จะปฏิเสธการรักษา (The right to refuse treatment) ที่ได้แย้งกับผลประโยชน์สาธารณะ (Public interest) ที่รัฐจะได้รับจากการรักษาชีวิตผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย และ แนวคิด Parens Patriae ที่ให้รัฐในฐานะผู้ปกครองมีอำนาจนำบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตที่มีพฤติกรรมที่น่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง ไปรับการรักษา เพื่อประโยชน์แก่บุคคลนั้น

ส่วนเครื่องมือที่เป็นกฎหมายของประเทศไทยในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายนั้น พบว่า พอมจะมีอยู่บ้างได้แก่

1. กฎหมายอาญาในส่วนของวิธีการเพื่อความปลอดภัย มาตรา 48 ที่บัญญัติให้ศาลมีอำนาจนำผู้ป่วยทางจิตที่กระทำผิดทางอาญามาบังคับรักษาหากมีคำพิพากษาแล้วว่าผู้ป่วยไม่ต้องรับโทษหรือได้รับการลดโทษแต่การปล่อยตัวจะเป็นการไม่ปลอดภัยแก่ประชาชน และมาตรา 49 กรณีศาลเห็นว่าผู้ป่วยกระทำความผิดทางอาญาเกี่ยวเนื่องกับการเสพสุราเป็นอาชญากรรมหรือเป็นผู้ติดยาเสพติดให้โทษอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้ง 2 อย่าง ศาลมีอำนาจที่จะกำหนดในคำพิพากษาว่าผู้ป่วยจะต้องไม่เสพสุราและหรือยาเสพติดให้โทษภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี หากฝ่าฝืน ศาลจะสั่งให้ส่งผู้ป่วยไปรักษาในสถานพยาบาลเป็นระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี นอกจากนี้ยังมีบทบัญญัติในส่วนของการรับผิดทางอาญาของบุคคลที่เกี่ยวข้องที่มีหน้าที่ดูแล รักษาผู้ป่วยในมาตรา 373 ความผิดฐานไม่ควบคุมดูแลบุคคลวิกลจริต, มาตรา 295 ความผิดฐานทำร้าย

ร่างกาย, มาตรา 307 ความผิดฐานทอดทิ้งผู้ซึ่งพึ่งตนเองไม่ได้, มาตรา 310 ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกาย, มาตรา 323 ความผิดฐานเปิดเผยความลับของผู้ป่วย

2. กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญาที่บัญญัติให้พนักงานสอบสวนหรือศาลมีอำนาจนำผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างถูกดำเนินคดีไปควบคุมและบำบัดรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถต่อสู้คดีได้

3. กฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ในส่วนของความสามารถของผู้ให้ความยินยอมแทนผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในภาวะที่จะแสดงเจตนาให้ความยินยอมเพื่อการรักษาได้ตามปกติ ในการรับไว้ในโรงพยาบาลหรือการรักษาที่ต้องใช้วิธีพิเศษ เช่น การผ่าตัด การรักษาด้วยไฟฟ้า การให้ยาปริมาณมากร่วมกับการผ่าตัด เป็นต้น ซึ่งหากไม่เป็นไปตามกฎหมาย แพทย์ก็มีความเสี่ยงที่จะต้องรับผิดชอบทางอาญา เช่น ความผิดฐานทำให้ผู้อื่นปราศจากเสรีภาพในร่างกายหรือความผิดฐานทำร้ายร่างกาย เป็นต้น หรือ ทางแพ่งฐานทำให้ผู้ป่วยได้รับความเสียหายแก่ร่างกายหรือจิตใจได้ นอกจากนี้ยังเป็นการกระทำที่ขัดต่อรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540 เรื่องสิทธิในชีวิตและร่างกาย มาตรา 31 ที่บัญญัติให้การกระทำใดอันเป็นการกระทบกระเทือนต่อสิทธิและเสรีภาพ จะกระทำไม่ได้เว้นแต่โดยอาศัยอำนาจตามบทบัญญัติแห่งกฎหมายเท่านั้น

โดยกฎหมายดังกล่าวส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชคดี จึงไม่ครอบคลุมเพียงพอ ขาดความชัดเจนและไม่สอดคล้องกับการนำผู้ป่วยมารักษาอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อแก้ไขหรือป้องกันการทำร้ายตัวเองโดยเฉพะ อย่างไรก็ตามมีแนวทางที่จะเสนอกฎหมายที่เป็นเครื่องมือเฉพาะ ได้แก่ ร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสุขภาพจิต(ด้านการบังคับรักษา)ผู้ป่วยทางจิต ที่ยึดถือแนวทางของกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศ

จากการศึกษากฎหมายสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา(มลรัฐนิวยอร์ก), อังกฤษ, ญี่ปุ่นและร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต พบว่า มีข้อดีและข้อบกพร่อง ดังนี้

1. กฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวยอร์ก

ข้อดี

1. การพิจารณาทางการแพทย์ในการรับผู้ป่วยไว้รักษา กฎหมายคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยที่อาจจะถูกจำกัดโดยการบังคับรักษา กล่าวคือ กฎหมายไม่ให้ใช้ดุลพินิจแพทย์เพียงคนเดียวในการตรวจวินิจฉัยยกเว้นกรณีฉุกเฉิน โดยการรับผู้ป่วยไว้ตามใบรับรองแพทย์ กำหนดวิธีการให้แพทย์ 2 คนทำการตรวจรับรอง หรือ การรับผู้ป่วยไว้ตามหนังสือรับรองของผู้อำนวยความสะดวกชุมชน กำหนดวิธีการให้มีคณะแพทย์ของโรงพยาบาลรับรองถึงความจำเป็น

2. มีการจำกัดขอบเขตการใช้ดุลพินิจแพทย์ในการรักษา ซึ่งเป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย โดยบัญญัติให้การรักษาด้วยวิธีการพิเศษที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วย คือ การผ่าตัด,การรักษาด้วยไฟฟ้าและการให้ยาปริมาณมากร่วมกับการผ่าตัด จะต้องมีการลงนามแสดงความยินยอมก่อน

3. การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย กฎหมายคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยโดยบัญญัติขอบเขตให้กระทำได้เฉพาะกรณีเมื่อจำเป็นเพื่อป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำอันตรายแก่ตนเองหรือผู้อื่น

4. การทบทวนความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้ตามใบรับรองแพทย์ กฎหมายบัญญัติให้ ศาลชั้นต้น หรือ ศาลท้องถิ่นเป็นผู้มีอำนาจทบทวน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเป็นกลางในการพิจารณาทบทวน

5. มีบทบัญญัติความรับผิดชอบของผู้ประกอบวิชาชีพกรณีละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายสุขภาพจิต ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยจากการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพ

ข้อบกพร่อง

1. การรับผู้ป่วยไว้กรณีฉุกเฉิน เพื่อการสังเกต การดูแลและการรักษาโดยทันที และ การรับผู้ป่วยไว้กรณีฉุกเฉิน เพราะสารเสพติดหรือแอลกอฮอล์ การร้องขอกระทำโดย เจ้าพนักงานตำรวจ ผู้อำนวยการหน่วยงานบริการชุมชน เป็นต้น แต่กฎหมายไม่ได้บัญญัติให้อำนาจบุคคลใกล้ชิด หรือ บุคคลซึ่งอาศัยอยู่กับผู้ที่ถูกสงสัยว่ามีความเจ็บป่วยทางจิต บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง บุตร ญาติสนิทเท่าที่จะหาได้ ผู้ปกครอง ทำการร้องขอให้ผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาอย่างเช่น การรับผู้ป่วยไว้ตามใบรับรองแพทย์ ซึ่งอาจเกิดปัญหาในการนำผู้ป่วยมารักษากรณีฉุกเฉิน หากผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบุคคลใกล้ชิดและไม่ได้อยู่ในที่สาธารณะ

2. การรักษาทางการแพทย์ด้วยวิธีการพิเศษที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วย กฎหมายบัญญัติแต่เพียงว่าต้องมีการลงนามแสดงความยินยอมสำหรับ การผ่าตัด,การรักษาด้วยไฟฟ้าและการให้ยาปริมาณมากร่วมกับการผ่าตัด แต่หากเป็นกรณีผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมหรือไม่เข้าใจสาระสำคัญของการให้ความยินยอม กฎหมายไม่ได้บัญญัติถึงวิธีการดังกล่าวไว้

2. พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ

ข้อดี

1. การพิจารณาทางการแพทย์ในการรับผู้ป่วยไว้เพื่อการประเมินอาการหรือเพื่อการรักษา กฎหมายคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยที่อาจจะถูกจำกัด โดยให้ แพทย์ 2 คนเป็นผู้ตรวจวินิจฉัยผู้ป่วย

2. กฎหมายได้บัญญัติให้มีการดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่อเนื่องหลังการรักษาในโรงพยาบาลซึ่งเป็นวิธีการรักษาทางจิตใจผสมผสานกับการรักษาทางสังคมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้จักเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วยฯ

3. มีการจำกัดขอบเขตการใช้ดุลพินิจแพทย์ในการรักษา ซึ่งเป็นกรให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย โดยบัญญัติให้การรักษาด้วยวิธีการพิเศษที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วย คือ การผ่าตัดศัลยกรรม (surgical operation) ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย, แพทย์ 1 คนที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้และบุคคลอื่นอีก 2 คน(แต่งตั้งโดย Secretary of State) ส่วนการการรักษาด้วยไฟฟ้า (ETC) การให้ยาโดยวิธีการใดๆในระหว่างที่ผู้ป่วยฯถูกควบคุม ถ้าเป็นระยะเวลา 3 เดือนหรือมากกว่านั้นนับตั้งแต่ครั้งแรกที่ให้แก่ผู้ป่วยฯ ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและแพทย์เจ้าของไข้ หรือกรณีผู้ป่วยฯไม่สามารถเข้าใจถึงสภาพ วัตถุประสงค์ ผลที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาหรือไม่ให้ความยินยอม ก็จะต้องได้รับการรับรองจากแพทย์ (มิใช่แพทย์เจ้าของไข้) ก่อน

4. การทบทวนความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้เพื่อการประเมินอาการ หรือ เพื่อการรักษา หรือ การดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังการรักษาในโรงพยาบาล กฎหมายบัญญัติให้คณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต ซึ่งไม่ได้เป็นผู้พิจารณาผู้ป่วยไว้ หรือ เป็นผู้พิจารณาให้มีการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีอำนาจทบทวน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเป็นกลางในการพิจารณาทบทวน

5. มีบทบัญญัติความรับผิดชอบของผู้ที่รับผิดชอบกรณีทอดทิ้งผู้ป่วยที่ถูกรับไว้ในโรงพยาบาล หรือ ทอดทิ้งผู้ป่วยไปจากการดูแลในชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์กับผู้ป่วยจากการรักษาหรือดูแลในชุมชนของผู้ที่รับผิดชอบ

ข้อบกพร่อง

การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย กฎหมายไม่ได้บัญญัติขอบเขตไว้ ซึ่งอาจทำให้สิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยไม่ได้รับการคุ้มครองเท่าที่ควร

3. ประเทศญี่ปุ่น

ข้อดี

1. การจำกัดการเคลื่อนไหวผู้ป่วย กฎหมายคำนึงถึงสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยโดยบัญญัติขอบเขตให้กระทำได้เฉพาะเมื่อไม่มีวิธีการอื่นที่มีเหตุผลในกรณีที่ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย

2. การทบทวนความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้เพื่อการรักษาและควบคุมทางการแพทย์ กฎหมายบัญญัติให้คณะกรรมการทบทวนจิตเวช ซึ่งไม่ได้เป็นผู้พิจารณาผู้ป่วยไว้ มีอำนาจทบทวน ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเป็นกลางในการพิจารณาทบทวน

ข้อบกพร่อง

1. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เพื่อการดูแลรักษาและควบคุมทางการแพทย์ หรือ กรณีชั่วคราว กฎหมายให้ดุลพินิจแพทย์เพียงคนเดียวในการตรวจวินิจฉัย ซึ่งอาจเกิดความผิดพลาดได้
2. การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลรักษาและควบคุมทางการแพทย์ กฎหมายไม่ได้กำหนดระยะเวลาไว้ อาจทำให้ผู้ป่วยถูกควบคุมตัวไว้เกินความจำเป็น ซึ่งเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย
3. การรักษาผู้ป่วยด้วยวิธีการรักษาใดๆ แม้อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อร่างกายหรือชีวิต ก็ไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วย หรือ ผู้มีอำนาจให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย
4. การทบทวนความจำเป็นในการรักษา กฎหมายบัญญัติให้มีการทบทวนเพียง รายงานการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อการรักษาและการควบคุมทางการแพทย์เท่านั้น ส่วนการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลกรณีอื่น กฎหมายไม่ได้บัญญัติไว้

4. ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต

ข้อดี

1. การรับผู้ป่วยไว้เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต จะต้องให้แพทย์ 2 คน เป็นผู้ตรวจเพื่อประเมินเบื้องต้น ซึ่งเป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้ป่วยที่อาจจะถูกจำกัดโดยการบังคับรักษา
2. การควบคุมผู้ป่วยเกินกว่าระยะเวลาตามที่ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตกำหนด ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูฯ จะต้องรายงานต่อพนักงานอัยการเพื่อยื่นคำร้องต่อศาลให้มีคำสั่งควบคุมตัวผู้ป่วยตามระยะเวลาที่เห็นว่าเหมาะสมเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย เป็นการให้ความคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วย

ข้อบกพร่อง

1. ไม่มีการกำหนด ประเภท หรือลักษณะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสุขภาพจิตกรณีฉุกเฉิน ซึ่งผู้ป่วยอาจไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีกรณีที่เป็นอันตรายร้ายแรงต่อร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วย
2. ไม่มีการกำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูในชุมชนอย่างต่อเนื่องหลังการรักษาในศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต(โรงพยาบาล) เพื่อป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายซ้ำ
3. ไม่มีการจำกัดขอบเขตการใช้ดุลพินิจของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย แม้วิธีการรักษานั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงแก่ร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วย

4. การทบทวนความจำเป็นในการรักษาผู้ป่วย ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตกำหนดให้ต้องยื่นต่อคณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต¹ เพื่อแต่งตั้งคณะผู้พิจารณา ทบทวนโดยคณะกรรมการอาจมีความเห็นแย้งได้ จึงทำให้การทบทวนอาจมีความไม่เป็นกลาง ในการพิจารณา

5. บทกำหนดโทษ ไม่ครอบคลุมถึงกรณีที่แพทย์ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปล่อยตัวไป ซึ่งต่อไปผู้ป่วยอาจฆ่าตัวตายได้

ข้อเสนอแนะ

จากปัญหาการฆ่าตัวตายเพราะป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นในประเทศไทย พบว่า เครื่องมือทางกฎหมายตามร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสุขภาพจิต ก็เป็นส่วนหนึ่งของการช่วยแก้ไขหรือป้องกันปัญหา ได้ดังเช่นเครื่องมือทางกฎหมายตามกฎหมายสุขภาพจิตของต่างประเทศที่กล่าวถึงในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ แต่อย่างไรก็ตาม ร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสุขภาพจิต(ด้านการบังคับรักษา) ยังมีข้อบกพร่องและไม่สมประโยชน์กับผู้ป่วยทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตาย โดยโครงสร้างของกฎหมายฉบับนี้ ผู้เขียนเห็นว่า การกำหนด บุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายที่จะต้องบังคับรักษามีความเหมาะสมแล้ว ส่วนการพิจารณาทางการแพทย์ในการรับและการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต การรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยฯ การทบทวนความจำเป็นในการบังคับรักษารวมถึงความรับผิดชอบของผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยฯ ยังมีข้อควรแก้ไข ปรับปรุงและเพิ่มเติม ดังที่จะเสนอต่อไปนี้

1. บุคคลที่มีความเสี่ยงที่จะฆ่าตัวตายตามความหมายของความผิดปกติทางจิต

ตามร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสุขภาพจิตได้บัญญัตินิยามของความผิดปกติทางจิตไว้ดังนี้

“ ความผิดปกติทางจิต หมายความว่า ความเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ หรือจิตใจของตนเองได้หรือไม่สามารถรู้ผิดชอบในการกระทำของตน หรือมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเอง ทั้งนี้ไม่ว่าจะเกิดจากสภาพทางจิตโดยตรงหรือเกิดจากการเสพยาอื่นที่มีผลถึงสภาพทางจิต”

ผู้เขียนเห็นว่า นิยามของความผิดปกติทางจิตให้ความหมายครอบคลุมความเจ็บป่วยทางจิตที่เป็นสาเหตุของการฆ่าตัวตายคือ ความผิดปกติทางอารมณ์, ความวิตกกังวลผิดปกติ, การ

¹ ผู้วินิจฉัยออกคำสั่งมาตรการเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต

ติดสารชนิดใดชนิดหนึ่งหรือหลายชนิด, โรคจิตเภท, บุคลิกภาพผิดปกติและภาวะการปรับตัวผิดปกติ ดังที่ผู้เขียนได้ศึกษาไว้แล้ว

2. การพิจารณาทางการแพทย์ในการรับและการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต

การพิจารณาทางการแพทย์ในการรับและการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต พบว่า ไม่มีการกำหนด ประเภท หรือลักษณะผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสุขภาพจิตกรณีฉุกเฉิน และไม่มีการกำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตในชุมชนอย่างต่อเนื่องหลังการรักษาในศูนย์ฟื้นฟู(โรงพยาบาล)

การรับผู้ป่วยไว้เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต ตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตมีหลักเกณฑ์ในการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นโดยแพทย์ไม่น้อยกว่า 2 คน เพื่อวินิจฉัยต่อไปว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรงถึงขั้นที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและสมควรที่จะถูกบังคับรักษาตามกฎหมายหรือไม่ โดยแต่ละขั้นตอนมีการกำหนดระยะเวลาในการควบคุมตัวผู้ป่วย ดังนี้

1. การตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้น ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูมีอำนาจควบคุมผู้ป่วยได้ไม่เกิน 72 ชั่วโมงนับแต่วันที่นำผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟู
2. กรณีมีการเสนอรายงานผลการตรวจต่อคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟู ผู้อำนวยการมีอำนาจควบคุมผู้ป่วยได้ต่อไปไม่เกิน 7 วัน นับแต่วันที่นำผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟู
3. กรณีมีความจำเป็นต้องควบคุมผู้ป่วยในแต่ละขั้นตอนเกินกว่าเวลาที่กำหนดไว้ ผู้อำนวยการต้องรายงานต่อพนักงานอัยการเพื่อยื่นคำร้องต่อศาลให้มีคำสั่งควบคุมผู้ป่วยตามระยะเวลาที่เห็นว่าเหมาะสมเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย ไม่เกิน 15 วันนับแต่วันที่นำผู้ป่วยมายังศูนย์ฟื้นฟู
4. กรณีคณะอนุกรรมการ วินิจฉัยให้ดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยที่ศูนย์ฟื้นฟู คณะอนุกรรมการจะต้องกำหนดระยะเวลาการควบคุมผู้ป่วย ตามความร้ายแรงของอาการผิดปกติและตามวิธีการรักษา ไม่เกิน 1 ปีนับแต่วันที่มามีคำวินิจฉัย
5. กรณีคณะอนุกรรมการเห็นว่าผู้ป่วยยังมีอาการผิดปกติทางจิตอยู่ในระดับร้ายแรง คณะอนุกรรมการอาจขอให้พนักงานอัยการยื่นคำร้องต่อศาลก่อนสิ้นสุดระยะเวลาที่มีคำวินิจฉัยเพื่อให้ศาลมีคำสั่งอนุญาตให้ควบคุมผู้ป่วยไว้ที่ศูนย์จนกว่าผู้ป่วยจะหายจากอาการผิดปกติทางจิต

จะเห็นได้ว่า การพิจารณาทางการแพทย์เพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตไม่มีการกำหนดประเภทความร้ายแรงของความผิดปกติทางจิตที่มีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตาย กรณีการรับไว้ฟื้นฟูสุขภาพจิตเพื่อการ

ดูแลรักษา หรือกรณีฉุกเฉิน ซึ่งแตกต่างจากกฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์ก อังกฤษหรือญี่ปุ่นโดยในกรณีฉุกเฉิน กฎหมายสุขภาพจิตของมลรัฐนิวยอร์ก และอังกฤษ การรับไว้ในสถานพยาบาลกระทำโดยแพทย์ 1 คน ตรวจและวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะก่อให้เกิดอันตรายร้ายแรงต่อตนเองและมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ผู้ป่วยสมควรได้รับการดูแลรักษา ส่วนกรณีไม่ฉุกเฉิน การรับไว้ในโรงพยาบาลกระทำโดยแพทย์ 2 คน เป็นผู้ตรวจวินิจฉัยและเห็นว่าผู้ป่วยมีความเจ็บป่วยทางจิตหรือความผิดปกติทางจิตในระดับที่จำเป็นหรือสมควรได้รับการดูแลรักษาทางการแพทย์โดยไม่สมัครใจ ซึ่งผู้เขียนเห็นว่าควรจะกำหนดประเภท หรือลักษณะผู้ป่วยทางจิตที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยพิจารณาจากความเสี่ยงหรือแนวโน้มที่ผู้ป่วยอาจทำอันตรายต่อตนเองดังนี้

1. กรณีมีความจำเป็นหรือสมควรเพื่อการดูแลรักษาทางการแพทย์ ให้แพทย์ไม่น้อยกว่า 2 คน ทำการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นและเป็นผู้วินิจฉัยต่อไปว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและสมควรที่จะถูกบังคับรักษาหรือไม่

2. กรณีฉุกเฉิน ให้แพทย์ 1 คน ทำการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นและเป็นผู้วินิจฉัยต่อไปว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรงถึงขั้นที่อาจเป็นอันตรายต่อตนเองและสมควรที่จะถูกบังคับรักษาโดยไม่ชักช้าหรือไม่

การกำหนดประเภท หรือลักษณะผู้ป่วยทางจิตที่สมควรได้รับการดูแลรักษาเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตดังกล่าวเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยในแง่ของการได้รับการดูแลรักษาอย่างเร่งด่วนในกรณีฉุกเฉิน

นอกจากที่กล่าวมาข้างต้น จากข้อมูลการฆ่าตัวตายของต่างประเทศและประเทศไทย พบว่าภายในระยะเวลา 3 เดือนหลังการรักษาในโรงพยาบาลจะเป็นระยะที่มีความเสี่ยงที่สุดของผู้ป่วยต่อการฆ่าตัวตายซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมหลังการรักษาเป็นเวลานานในโรงพยาบาล โดยประเทศอังกฤษมีเป้าหมายที่จะลดอัตราการฆ่าตัวตายกรณีดังกล่าว พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ จึงมีบทบัญญัติให้ แพทย์เจ้าของไข้สามารถยื่นคำร้องขอต่อ The Health Authority ว่า ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไปได้รับความผิดปกติและเป็นความเสี่ยงอย่างมากที่จะเป็นอันตรายร้ายแรงแก่สุขภาพ หรือความปลอดภัยของผู้ป่วยถ้าไม่ได้รับการดูแลและการดูแลน่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยมีหน่วยงานบริการทางสังคม (Local Social Service Authority) ให้ความเห็นและมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในชุมชนด้วย ดังนั้น ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต จึงควรที่จะกำหนดให้มีการดูแลผู้ป่วยในชุมชนหลังการรักษาในศูนย์ฟื้นฟูฯ ดังเช่นประเทศอังกฤษ ซึ่งวิธีการดังกล่าวนอกจากจะเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยจากการรักษาในชุมชนและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตแล้วก็ยังคงเป็นการกำหนดอำนาจหน้าที่ของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเพื่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติหน้าที่มากขึ้น

3. การรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย

การรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วย ตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต พบว่า ไม่มีการจำกัดขอบเขตการใช้ดุลพินิจของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วย

การดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิต ตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต มีอำนาจกระทำการกับร่างกายของผู้ป่วยด้วยวิธีการใดๆ ได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือจากผู้มีอำนาจตามกฎหมายที่จะให้ความยินยอมแทนผู้ป่วย ถ้าเป็นไปเพื่อประโยชน์แก่สุขภาพของผู้ป่วย แม้วิธีการรักษานั้นอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือจิตใจของผู้ป่วยเช่น การบำบัดด้วยกระแสไฟฟ้า หรือการผ่าตัดเป็นต้น

การกำหนดหลักประกันการรักษาดังกล่าว จะทำให้นุเคราะห์ทางการแพทย์มีความมั่นใจในการปฏิบัติหน้าที่โดยไม่ต้องเสี่ยงที่จะต้องรับผิดชอบทางอาญาและทางแพ่ง หากรักษาตามปกติหน้าที่ ซึ่งส่งผลดีต่อการรักษาผู้ป่วยทางจิตให้ดีขึ้นหรือหายจากความเจ็บป่วยทางจิต แต่การไม่จำกัดขอบเขตการใช้ดุลพินิจของแพทย์ในการรักษาผู้ป่วยบางกรณี อาจทำให้สิทธิของผู้ป่วยทางจิตไม่ได้รับการคุ้มครองเท่าที่ควร โดยผู้เขียนเห็นว่า การรักษาทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยทางจิตจะต้องคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยควบคู่กันไป โดยการรักษาด้วยวิธีการพิเศษที่ไม่ใช่กรณีฉุกเฉินที่อาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกายหรือชีวิตของผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถเข้าใจถึงสภาพวัตถุประสงค์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ควรที่จะได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยด้วย ดังเช่นกฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวเจอร์ซีย์ที่กำหนดให้ การผ่าตัด การรักษาด้วยไฟฟ้า การให้ยาปริมาณมากกว่าการผ่าตัด จะต้องมีการลงนามแสดงความยินยอม หรือ พระราชบัญญัติสุขภาพจิตอังกฤษ ที่บัญญัติ ให้การผ่าตัดศัลยกรรมสมอง จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและแพทย์ที่ไม่ได้เป็นแพทย์เจ้าของไข้และบุคคลอื่นอีก 2 คนที่ได้รับการแต่งตั้งจาก Secretary of State หรือการรักษาด้วยไฟฟ้า การให้ยาโดยวิธีการใด ๆ ระหว่างที่ผู้ป่วยถูกควบคุม ถ้าเป็นระยะเวลา 3 เดือน หรือมากกว่านั้น นับตั้งแต่ครั้งแรกที่ให้ยาแก่ผู้ป่วยต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยและแพทย์ผู้รับผิดชอบหรือแพทย์ที่ได้รับการแต่งตั้งจาก Secretary of State แต่หากผู้ป่วยไม่สามารถเข้าใจ สภาพ วัตถุประสงค์และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น ก็ต้องได้รับความยินยอมจากแพทย์ที่ไม่ใช่แพทย์เจ้าของไข้ก่อน

4. การทบทวนความจำเป็นในการรักษา

การทบทวนความจำเป็นในการรักษาตาม ร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสุขภาพจิต พบว่า องค์การที่มีอำนาจทบทวนอาจมีความไม่เป็นกลางในการพิจารณา

ร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสุขภาพจิต กำหนดให้ ผู้ป่วย หรือ บิดามารดา คู่สมรส บุตร ญาติ หรือบุคคลผู้รับดูแลผู้ป่วยสามารถ ยื่นคำร้องขอให้ทบทวนผลการวินิจฉัย² ของ คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ ต่อคณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ เพื่อแต่งตั้งคณะผู้พิจารณาทบทวน ผู้เขียนเห็นว่าอาจไม่เป็นกลางและปราศจากองค์การตรวจสอบการใช้อำนาจ เนื่องจากการรับไว้รักษาเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ฟื้นฟูฯ เป็นผู้วินิจฉัย ออกคำสั่งมาตรการเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิตและแม้จะต้องมีการแต่งตั้งคณะผู้พิจารณาทบทวนก็ เป็นการได้รับการแต่งตั้งจากคณะอนุกรรมการฯ จึงเสมือนว่าคณะอนุกรรมการฯ เป็นผู้พิจารณา ทบทวนเอง และการที่จะเสนอเรื่องให้คณะกรรมการฟื้นฟูสุขภาพจิตพิจารณาเป็นที่สุด ร่าง พระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตก็กำหนดให้ต้องเป็นกรณีที่คณะอนุกรรมการประจำศูนย์ ฟื้นฟูฯ มีความเห็นแตกต่างจากผลการพิจารณาของคณะผู้พิจารณาทบทวนและเพื่อประโยชน์แก่ ผู้ป่วยเท่านั้น ดังนั้น การทบทวนความจำเป็นในการรักษาจึงยังไม่เหมาะสมเพื่อประโยชน์อย่าง แท้จริงแก่ผู้ป่วยทางจิต โดยผู้เขียนเห็นว่า ควรจะให้องค์การอื่นที่ไม่ได้เป็นผู้ออกคำสั่งมาตรการ บังคับเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต เช่น คณะกรรมการฟื้นฟูสุขภาพจิต หรือ ศาล เป็นผู้ทบทวน ดังเช่น กฎหมายสุขภาพจิตของประเทศสหรัฐอเมริกา (มลรัฐนิวยอร์ก) ประเทศอังกฤษ หรือ ประเทศญี่ปุ่น ที่ กำหนดให้ ศาลชั้นต้นหรือศาลท้องถิ่น คณะกรรมการทบทวนสุขภาพจิต (The Mental Health Review Tribunals) หรือ คณะกรรมการทบทวนจิตเวช (The Psychiatric Review Board) ตามลำดับ มีอำนาจพิจารณาทบทวน

5. บทกำหนดโทษ

บทกำหนดโทษ ตามร่าง พ.ร.บ. การฟื้นฟูสุขภาพจิต พบว่า ไม่ครอบคลุมถึง กรณีที่ แพทย์ละเว้นการปฏิบัติหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปล่อยตัวไป และ ควรกำหนด ความรับผิดชอบของผู้ ที่ดูแลผู้ป่วยตามความเป็นจริง กรณีไม่ใช้ความระมัดระวังในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าว ้าวตายมาแล้วและความรับผิดชอบ กรณีทอดทิ้งผู้ป่วยไปจากการดูแลในชุมชน

² ระยะเวลา การควบคุมตัว หรือ วิธีการฟื้นฟูสุขภาพจิตของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต

ร่าง พ.ร.บ การฟื้นฟูสุขภาพจิต กำหนดความรับผิดชอบทางอาญาของ กรรมการอนุกรรมการ ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิต หรือพนักงานเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ฟื้นฟู ทัศน กระทำการใดๆอันมิใช่ปกติหน้าที่ในการฟื้นฟูสุขภาพจิตเพื่อมุ่งหมายให้บุคคลใดต้องถูกบังคับให้ เข้ารับการฟื้นฟูสุขภาพจิต หรือได้รับการปล่อยตัวไปจากการควบคุม ซึ่งมีโทษจำคุกไม่เกิน 5 ปี หรือ ปรับไม่เกิน 1 แสนบาทหรือทั้งจำทั้งปรับ โดยบทกำหนดโทษดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันมิให้ ผู้ที่รับผิดชอบในการฟื้นฟูสุขภาพจิตใช้อำนาจหน้าที่โดยมิชอบให้บุคคลใดต้องถูกบังคับให้เข้ารับ การฟื้นฟูสุขภาพจิตหรือได้รับการปล่อยตัวไปจากการควบคุม อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลเกี่ยวกับการฆ่าตัวตายที่กล่าวมาแล้วพบว่า ผู้ป่วยทางจิตบางรายไปพบแพทย์ก่อนที่จะฆ่าตัวตาย ซึ่งตาม ร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต การนำผู้ป่วยมาตรวจทางการแพทย์เพื่อประเมินอาการ เบื้องต้น³ว่าผู้ป่วยสมควรได้รับการฟื้นฟูสุขภาพจิตหรือไม่ ถือว่าแพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัยมีหน้าที่ตาม กฎหมายที่จะประเมินว่าผู้ป่วยจะทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายหรือไม่ ดังนั้นการปล่อยตัว ผู้ป่วยไป อาจเป็นความผิดตามกรณีนี้ แต่เนื่องจากองค์ประกอบภายนอกของความผิดตามร่าง พระราชบัญญัติดังกล่าว ที่กำหนดให้ “การกระทำการใดๆอันมิใช่ปกติหน้าที่ในการฟื้นฟูสุขภาพจิต เพื่อมุ่งหมายให้บุคคลใดต้องถูกบังคับให้เข้ารับการฟื้นฟูสุขภาพจิตตามพระราชบัญญัตินี้หรือ ได้รับการปล่อยตัวไปจากการควบคุม ต้องระวางโทษ” นั้น ไม่ครอบคลุมถึงกรณีแพทย์ละเลยหรือละ เว้นการกระทำตามหน้าที่ทำให้ผู้ป่วยได้รับการปล่อยตัวไปจากการควบคุม ซึ่งต่อไปอาจทำให้ ผู้ป่วยทำอันตรายต่อตนเองหรือฆ่าตัวตายได้ การละเว้นตามกรณีดังกล่าว ในประมวลกฎหมาย อาญามีบทบัญญัติที่เกี่ยวข้อง คือ มาตรา 374⁴ และถึงแม้ว่าแพทย์อาจต้องรับผิดชอบทางอาญา กรณี ละเว้นไม่ช่วยตามความจำเป็นตามกฎหมายมาตรานี้ แต่ตามกฎหมายอาญา มาตรา 374 เป็น การบัญญัติโดยทั่วไป ไม่ได้กำหนดความรับผิดในฐานะที่เป็นแพทย์ผู้มีหน้าที่ ประกอบกับ ใน กรณีดังกล่าวกฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวยอร์กได้บัญญัติความรับผิดของผู้ประกอบวิชาชีพ กรณี ละเว้น(เพิกเฉย)ที่จะทำตามบทบัญญัติตามกฎหมาย ดังนั้นผู้เขียนเห็นว่า สมควรเพิ่มเติมฐาน ความผิด ดังนี้

“ผู้อำนวยการ แพทย์ผู้ตรวจวินิจฉัย ตามมาตรา 18⁵ ละเว้นการปฏิบัติตามหน้าที่

³ ถือว่าอยู่ในระหว่างการควบคุมตัวผู้ป่วย

⁴ มาตรา 374 “ผู้ใดเห็นผู้อื่นตกอยู่ในภยันตรายแห่งชีวิตซึ่งตนอาจช่วยได้โดยไม่ควรกลัว อันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น แต่ไม่ช่วยตามความจำเป็น ต้องระวางโทษ...”

⁵ มาตรา 18 “เมื่อมีการส่งตัวผู้ป่วยให้กับศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตแล้ว... ให้แพทย์ไม่น้อยกว่า สองคนดำเนินการตรวจเพื่อประเมินอาการเบื้องต้นโดยเร็ว

ทำให้บุคคลที่ถูกควบคุมเพื่อดำเนินการฟื้นฟูสุขภาพจิต ตามพระราชบัญญัตินี้ได้รับการปล่อยตัวไป ต้องระวางโทษ...”

ส่วนโทษที่จะกำหนดนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรเป็นเพียงระดับโทษเท่านั้นดังเช่นในประมวลกฎหมายอาญา มาตรา 374

และนอกจากการกำหนดความรับผิดชอบของแพทย์กรณีละเว้นการปฏิบัติตามหน้าที่แล้ว ก็ควรกำหนดความรับผิดชอบของผู้ดูแลผู้ป่วยตามความเป็นจริงด้วย เช่น ญาติ โดยการบัญญัติความรับผิดชอบทางอาญาที่มีสภาพบังคับ กรณีรู้ว่าบุคคลที่อยู่ในความดูแล มีพฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตาย หรือ ทำอันตรายต่อตนเองมาแล้ว แต่ไม่ได้ใช้ความระมัดระวังในการดูแลตามสมควรแก่เหตุ ทำให้บุคคลนั้น ฆ่าตัวตาย หรือทำอันตรายต่อตนเองอีก โดยบัญญัติความรับผิดชอบดังนี้

“ ผู้ใดที่ดูแลผู้ป่วย รู้ หรือ ได้รับการบอกกล่าวจากแพทย์ ว่าผู้ป่วยเคยมี พฤติกรรมการพยายามฆ่าตัวตายหรือทำอันตรายต่อตนเองมาแล้ว แต่ผู้นั้นไม่ใช้ความระมัดระวังในการดูแลตามวิสัยและพฤติการณ์ จนเป็นเหตุให้บุคคลนั้น ฆ่าตัวตาย หรือ ทำอันตรายต่อตนเอง ต้องระวางโทษ...”

ส่วนโทษที่จะกำหนดนั้น ผู้เขียนเห็นว่า ควรเป็นเพียงระดับโทษเท่านั้น นอกจากนี้ผู้เขียนยังมีความเห็นเพิ่มเติมอีกว่า หากร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตมีการกำหนดให้มีการดูแล(ฟื้นฟูสุขภาพจิต)ผู้ป่วยในชุมชนหลังการรักษาในศูนย์ฟื้นฟูตามข้อเสนอแนะ เรื่อง การพิจารณาทางการแพทย์ในการรับและการดูแลผู้ป่วยเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพจิต ก็ควรเพิ่มฐานความผิด กรณี ผู้ที่รับผิดชอบทอดทิ้งผู้ป่วยไปจากการดูแลในชุมชน ดังเช่นพระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ

ทั้งนี้การเพิ่มเติมฐานความผิดดังกล่าวทั้งหมดก็เพื่อประโยชน์ที่ผู้ป่วยทางจิตจะได้รับตามร่างพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิต

การฆ่าตัวตายเป็นตัวชี้วัดปัญหาความเจ็บป่วยทางจิตอย่างหนึ่ง โดยสังคมไทยมีแนวโน้มที่จะที่จะเผชิญปัญหาสุขภาพจิตมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมอย่างรวดเร็วและปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาวะทางจิตใจโดยคนในสังคมต้องเผชิญกับภาวะความกดดันและความเครียดจากการแข่งขันและต่อสู้ในชีวิตประจำวันมากขึ้นเรื่อยๆ การใช้เครื่องมือทางกฎหมายที่เหมาะสมเพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขหรือป้องกันปัญหาการฆ่าตัวตายโดยคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยจะได้รับจากการรักษา ดังเช่นข้อเสนอแนะของวิทยานิพนธ์ฉบับ

ในกรณีที่เกิดการตรวจตามวรรคหนึ่งไม่ปรากฏว่าผู้ป่วยมีอาการที่เป็นความผิดปกติทางจิตอย่างร้ายแรง ให้ผู้อำนวยการศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจิตปล่อยตัวผู้ป่วย...”

นี้ นอกจากจะเป็นการเชื่อมต่อการบริหารงานสุขภาพจิตให้มีประสิทธิภาพ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทางจิต เช่น ด้านการป้องกันความเจ็บป่วยทางจิต การบำบัดรักษาอย่างมีคุณภาพและได้มาตรฐาน การรักษาในชุมชนและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต เป็นต้นแล้ว การมีพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสุขภาพจิตจะนำไปสู่การปรับปรุงกฎหมายเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องได้ เช่น กฎหมายด้านสาธารณสุข กฎหมายอาญา หรือ กฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา เป็นต้น



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- คณิต ฒ นคร. กฎหมายอาญาภาคความผิด. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.
- จำลอง ดิษยวณิช และ พริ้มเพรา ดิษยวณิช. “การรักษาทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่.” ในตำราจิตเวชศาสตร์. หน้า 554. โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : รวบรวม. เชียงใหม่ : 2542.
- จำลอง ดิษยวณิช. การวินิจฉัยและการใช้ยาทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1. เชียงใหม่ : โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2531.
- จิตติ ติงศภัทย์. กฎหมายอาญา ภาค 1. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร : สำนักหอบรรณศึกษากฎหมายแห่งเนติบัณฑิตยสภา, 2529.
- นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์. จิตเวชผู้ใหญ่ : ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยทางจิต ความเครียดและสุขภาพจิต, 2541.
- ประทีป ลิขิตเลอสรวง. “แนวความคิดเบื้องต้นเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตของไทย.” วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 42 ฉบับที่ 3 (กรกฎาคม-กันยายน 2540) : 156-173.
- ประพัฒน์พงศ์ สุคนธ์. “การยกเว้นความรับผิดชอบในการทำให้ผู้ป่วยตายด้วยความสงสาร.” วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทบริหารจิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2529.
- ประกาศ อัครานันท์. สัมภาษณ์. 11 มกราคม 2545.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล และ สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์. ฆ่าตัวตาย การสอบสวนสาเหตุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : ศูนย์พัฒนาวิชาการปรึกษาเรื่องเอดส์ กรมสุขภาพจิต, 2542.
- ประเวช ตันติพิวัฒนสกุล. “ฆ่าตัวตาย ปัญหาของใคร.” วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย ปีที่ 8 ฉบับที่ 3 (ตุลาคม 2542-มกราคม 2543).
- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. “สาเหตุของความผิดปกติทางจิตเวช.” ในหนังสือจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. หน้า 22. มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ : บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : 2539.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525.
- โกคิน พลกุล. “เสรีภาพของปัจเจกชน.” ในรัฐธรรมนูญสหรัฐอเมริกา ทัศนะจากเมืองไทย. หน้า 134-135. วริยา ศ. ชินวรรณโณ และ ชัยชนะ อิงคะรัก : รวบรวม. กรุงเทพมหานคร : 2533.

- มานิต ศรีสุรภานนท์. "ภาวะชุกเฉินทางจิตเวช." ในตำราจิตเวชศาสตร์. หน้า 454. มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช : บรรณาธิการ. เชียงใหม่ : 2542.
- มานิตย์ จุมปา. ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2540. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : นิติธรรม, 2543.
- มาโนช หล่อตระกูล. "การจำแนกโรคและวินิจฉัยโรคทางจิตเวช." ในหนังสือจิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. หน้า 66. มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ : บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : 2539.
- วรพจน์ วิศรุตพิชญ์. สิทธิและเสรีภาพตามรัฐธรรมนูญ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : วิญญูชน, 2538.
- วรลักษณ์ อีราโมกษ์. "ประวัติความเป็นมาของงานจิตเวช." วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 34 ฉบับที่ 4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2532) : 269-272.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. "การกระทำของแพทย์ต่อร่างกายผู้ป่วย(ในขอบเขตของการประกอบวิชาชีพ) กับความผิดฐานทำร้ายร่างกาย." วารสารนิติศาสตร์ ปีที่ 17 ฉบับที่ 3 (กันยายน 2530) : 171-201.
- วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. นิติเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราศิริราช, 2530.
- วิชญ์ เครื่องงาม. กฎหมายรัฐธรรมนูญ. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : นิติบรรณการ, 2530.
- วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ต้นอ่อนแถมมี, 2539.
- สมภพ เรื่องตระกูล และ อรพรรณ ทองแดง. "โรคทางจิตเวชเนื่องจากสารเสพติด." ในตำราจิตเวชศาสตร์. หน้า 134. สมภพ เรื่องตระกูล : บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : 2542.
- สมภพ เรื่องตระกูล และ อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม. "บุคลิกภาพผิดปกติ." ในตำราจิตเวชศาสตร์. หน้า 185. สมภพ เรื่องตระกูล : บรรณาธิการ. กรุงเทพมหานคร : 2542.
- สมภพ เรื่องตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เวียนแก้ว, 2536.
- สมยศ เชื้อไทย. คำอธิบายหลักรัฐธรรมนูญทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำรา และเอกสารประกอบการสอน คณะนิติศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535.
- สันต์ หัตถิรัตน์. การดูแลรักษาผู้ป่วยที่หมดหวัง. กรุงเทพมหานคร : โครงการตำราศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2521.
- สุชาติ พหลภาคย์ และ ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. "วิจัยการฆ่าตัวตายในสังคมไทย." วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ปีที่ 29 (2527).
- สุชาติ พหลภาคย์. ความผิดปกติทางอารมณ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : โครงการตำราคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2542.

สุริย์ จงเสรีจิตต์. “อำนาจและหน้าที่ของเจ้าพนักงานในกระบวนการยุติธรรมในการควบคุมตัวผู้ป่วยโรคจิตเภท.” วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

แสวง บุญเฉลิมวิภาส และ อเนก ยมจินดา. กฎหมายการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์วิญญูชน, 2540.

รัฐธรรมนูญแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2541.

อัมพร โอตระกุล. สุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วิทยพัฒนา, 2540.

ไอสธ โกคิน. “ควรมีกฎหมายควบคุมการฆ่าตัวตายหรือไม่.” ในหนังสืออนุสรณ์ 60 ปี สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา. กรุงเทพมหานคร.

ภาษาอังกฤษ

Brenda Hoggett. Mental Health Law. London : Sweet & Maxwell, 1996.

Dave Capuzzi and Larry Golden. Preventing Adolescent Suicide. Indiana : Accelerated Development Inc, 1988.

David Elkin, Susan Scheidt and Amedia J. Wilcose. Introduction to Clinical Psychiatry. London : Prentice Hall International, 1998.

Department of Health. The Prevention of Suicide. Edited by Rachel Jenkins, Sian Griffiths, Ian Wylie, Keith Hawton, Gethin Morgan and others. London : HMSO, 1994.

Glanville Williams. The Sanctity of Life and The Criminal Law. London : Faber and Faber, 1958.

Jean Mchale, Marie Fox and John Murphy. Health Care Law and Materials. London : Sweet & Maxwell, 1997.

Jonas Robitscher. The Problems in Prolongation of Life. Biomedical Ethics and The Law. Edited by James M. Humber and Robert F. Almeder. New York and London : Plenum Press, 1976.

Miller, Dawson, Dix and others. The Mental Health Process.

O. Ruth Russell. Freedom to Die. Moral and Legal Aspects of Life Euthanasia. Revised Edition. New York : Human Science Press, 1977.

Patricia D. Barry. Mental Health & Mental Illness. New York : Lippincott , 1998.

Smith and Hogan. Criminal Law. London : Butterworths ,1983.

The Mental Health Division of The Health Service. The Mental Health Law. Bureau of
The Ministry of Health and Welfare of Japan, 1998.

World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural
Disorders : Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva
: World Health Organization,1992.

World Health Organization. Suicide Prevention : Emergency from Darkness. World
Health Organization Regional Office for South-East Asia, 2001.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก
การจำแนกโรคทางจิตเวช

การจำแนกโรคทางจิตเวชเป็น 16 กลุ่มใหญ่ตาม DSM-IV หรือ The Fourth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence

Delirium, Dementia, Amnesic, and Other Cognitive Disorders

Mental Disorder Due to a General Medical Condition Not Elsewhere Classified

Substance-Related Disorders

Schizophrenia and Other Psychotic Disorders

Mood Disorders

Anxiety Disorders

Somatoform Disorders

Factitious Disorders

Dissociative Disorders

Sexual and Gender Identity Disorders

Eating Disorders

Sleep Disorders

Impulse and Control Disorders Not Elsewhere Classified

Adjustment Disorders

Personality Disorders

Other Conditions That May Be a Focus of Clinical Attention

การจำแนกโรคทางจิตเวชแบบ ICD-10 หรือ The Tenth Revision of the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Organic, including symptomatic, mental disorders

Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use

Schizophrenia, schizotypal, and delusional disorders

Mood(affective)disorders

Neurotic, stress-related, and somatoform disorders

Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors

Abnormalities of adult personality and behaviour

Mental retardation

Disorders of psychological development

Behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข

กฎหมายสุขภาพจิตมลรัฐนิวยอร์ก

Mental Hygiene Law

ARTICLE 1

SHORT TITLE AND DEFINITIONS

Section 1.03 Definitions

When used in this chapter, unless otherwise expressly stated or unless the context otherwise require:

"Mental disability" means mental illness, mental retardation, developmental disability, alcoholism, substance dependence, or chemical dependence. A mentally disabled person is one who has a mental disability.

"Services for the mentally disabled" means examination, diagnosis, care, treatment, rehabilitation, or training of the mentally disabled.

"Mental illness" means an affliction with a mental disease or mental condition which is manifested by a disorder or disturbance in behavior, feeling, thinking, or judgment to such an extent that the person afflicted requires care, treatment and rehabilitation.

"Substance abuse services" shall include services to inhibit the onset of substance abuse or substance dependence; to address the social dysfunction, medical problems and other disabilities associated with substance abuse or substance dependence, and to rehabilitate persons suffering from substance abuse or dependence.

S 9.01 Definitions. As used in this article:

"in need of care and treatment" means that a person has a mental illness for which in-patient care and treatment in a hospital is appropriate.

"in need of involuntary care and treatment" means that a person has a mental illness for which care and treatment as a patient in a hospital is essential to such person's welfare and whose judgment is so impaired that he is unable to understand the need for such care and treatment. "likelihood to result in serious harm" or "likely to result in serious harm" means

(a) a substantial risk of physical harm to the person as manifested by threats of or attempts at suicide or serious bodily harm or other conduct demonstrating that the person is dangerous to himself or herself, or

(b) a substantial risk of physical harm to other persons as manifested by homicidal or other violent behavior by which others are placed in reasonable fear of serious physical harm.

"need for retention" means that a person who has been admitted to a hospital pursuant to this article is in need of involuntary care and treatment in a hospital for a further period.

S 9.13 Voluntary admissions.

(a) The director of any hospital may receive as a voluntary patient any suitable person in need of care and treatment, who voluntarily makes written application therefor. If the person is under sixteen years of age, the person may be received as a voluntary patient only on the application of the parent, legal guardian, or next-of-kin of such person, or, subject to the terms of any court order or any instrument executed pursuant to section three hundred eighty-four-a of the social services law, a social services official or authorized agency with care and custody of such person pursuant to

the social services law, the director of the division for youth, acting in accordance with section five hundred nine of the executive law, or a person or entity having custody of the person pursuant to an order issued pursuant to section seven hundred fifty-six or one thousand fifty-five of the family court act. If the person is over sixteen and under eighteen years of age, the director may, in his discretion, admit such person either as a voluntary patient on his own application or on the application of the person's parent, legal guardian, next-of-kin, or, subject to the terms of any court order or any instrument executed pursuant to section three hundred eighty-four-a of the social services law, a social services official or authorized agency with care and custody of such person pursuant to the social services law, the director of the division for youth, acting in accordance with section five hundred nine of the executive law, provided that such person knowingly and voluntarily consented to such application in accordance with such section, or a person or entity having custody of the person pursuant to an order issued pursuant to section seven hundred fifty-six or one thousand fifty-five of the family court act.

(b) If such voluntary patient gives notice in writing to the director of the patient's desire to leave the hospital, the director shall promptly release the patient; provided, however, that if there are reasonable grounds for belief that the patient may be in need of involuntary care and treatment, the director may retain the patient for a period not to exceed seventy-two hours from receipt of such notice. Before the expiration of such seventy-two hour period, the director shall either release the patient or apply to the supreme court or the county court in the county where the hospital is located for an order authorizing the involuntary retention of such patient. The application and proceedings in connection therewith shall be in the manner prescribed in this article for a court authorization to retain an involuntary patient, except that notice of such application shall be served forthwith and, if a hearing be demanded, the date for hearing to be fixed by the court shall be at a time not later than three days from the date such notice has been received by the court. If it be determined by the court that the patient is mentally ill and in need of retention for involuntary care and treatment in the hospital, the court shall forthwith issue an order authorizing the retention of such patient

for care and treatment in the hospital, or, if requested by the patient, his guardian, or committee, in such other non-public hospital as may be within the financial means of the patient, for a period not exceeding sixty days from the date of such order. Further application for retention of the patient for periods not exceeding six months, one year, and two year periods thereafter, respectively, may thereafter be made in accordance with the provisions of this article. In the case of a patient under eighteen years of age, such notice requesting release of the patient may be given by the patient, by the person who made application for his admission, by a person of equal or closer relationship, or by the mental hygiene legal service. If such notice be given by any other person, the director may in his discretion refuse to discharge the patient and in the event of such refusal, such other person or the mental hygiene legal service may apply to the supreme court or to a county court for the release of the patient.

Sec. 9.15 Informal admissions.

The director of any hospital approved by the commissioner for such purpose may receive therein as an informal patient any suitable person in need of care and treatment requesting admission thereto. Such person may be admitted as a patient without making formal or written application therefor and any such patient shall be free to leave such hospital at any time after such admission.

S 9.17 Voluntary and informal admissions; suitability.

(a) In order for a person to be suitable for admission to a hospital as a voluntary or informal patient, or for conversion to such status he must be notified of and have the ability to understand the following: 1. that the hospital to which he is requesting admission is a hospital for the mentally ill. 2. that he is making an application for admission. 3. the nature of the voluntary or informal status, as the case may be and the provisions governing release or conversion to involuntary status.

(b) The department shall have the power to examine the patients admitted pursuant to this section and determine if they belong to the voluntary or informal class. If it be determined that any such patient does not belong to the voluntary or informal class, the department shall determine whether the patient shall be discharged or whether procedures shall be commenced for the admission of such patient to a hospital pursuant to other sections of this article. The decision of the department shall be forthwith complied with by the director or person in charge of any such hospital. Any failure to conform to the requirements of this section shall be considered a sufficient cause for revocation of an operating certificate theretofore issued to a hospital.

S 9.19 Voluntary and informal admissions; notices.

The director shall cause all patients admitted as voluntary or informal patients to be informed once during each one hundred twenty days of hospitalization of their status and rights, including their right to avail themselves of the facilities of the mental hygiene legal service. At the time of such periodic notification, the written consent of a patient to his continued stay as a voluntary or informal patient shall be obtained and a copy thereof shall be given to the mental hygiene legal service.

S 9.21 Voluntary and informal admissions; encouragement of.

(a) It shall be the duty of all state and local officers having duties to perform relating to the mentally ill to encourage any person suitable therefor and in need of care and treatment for mental illness to apply for admission as a voluntary or informal patient.

(b) No requirement shall be made by rule, regulation, or otherwise as a condition to admission or retention that any person applying for admission shall have the legal capacity to contract.

(c) A person requesting admission to a hospital, who is suitable for admission on a voluntary or informal status, shall be admitted only on such a voluntary or informal status. The hospital shall, in such case, have the discretion to admit the person on

either such status, except that, if the person specifically requests admission on an informal status and is suitable therefor, he shall be admitted only on such informal status.

S 9.23 Voluntary and informal admissions; conversion to.

(a) Nothing contained in this article shall be construed to prohibit any director from converting, and it shall be his duty to convert, the admission of any involuntary patient suitable and willing to apply therefor to a voluntary status. The mental hygiene legal service shall be given notice of every conversion from an involuntary status to a voluntary status. (b) Any patient converted from an involuntary status to a voluntary status shall have the right to a judicial hearing before the supreme court or a county court on the questions of his suitability for such conversion and on his willingness to be so converted. The procedure for requesting such a hearing, except as to time limitations and questions to be determined, shall be pursuant to subdivisions (a) and (b) of section 31.31.

S 9.25 Voluntary and informal admissions; review of status.

(a) No voluntary or informal patient, whether admitted on such status or converted thereto, shall be continued in such status for a period beyond twelve months from the date of commencement of such status or beyond twelve months from the effective date of this statute, whichever is later, unless the suitability of such patient to remain in such status and his willingness to so remain have been reviewed. The director shall review the suitability of such patient to remain in such status, and the mental hygiene legal service shall review the willingness of such patient to remain in such status. Notice of the determination of the patient's suitability made by the director shall be given to the mental hygiene legal service. If the mental hygiene legal service finds that there is any ground to doubt the director's determination of the suitability of such patient to remain in a voluntary or informal status or the willingness of the patient

to so remain, it shall make an application upon notice to the patient and the director of the hospital, for a court order determining those questions. In any such proceeding, the patient or someone on his behalf or the mental hygiene legal service may request a hearing. If the mental hygiene legal service finds no grounds to doubt the determination of the director as to the suitability, or the willingness of the patient to continue in a voluntary or informal status, it shall so certify and the patient may be continued in the hospital in such status. A copy of such certification of review shall be filed in the patient's record.

(b) If an application for a court order has been made and a hearing is requested, the provisions governing hearings contained in section 31.31 shall be applicable.

(c) If an application for a court order has been made, the court, in determining the proceeding, may approve the continued hospitalization of the patient as a voluntary or informal patient or, if the court finds that the patient is not suitable or willing to continue as a voluntary or informal patient, it may order the discharge of the patient or make such other order as it may deem appropriate in the circumstances.

(d) Prior to the termination of twelve months from the date of the certification on such first review by the mental hygiene legal service or, if an application for a court order has been made, from the date of the first order and, thereafter, prior to the termination of twelve months from any subsequent certification or subsequent order, as the case may be, the director and the mental hygiene legal service shall conduct another review of the patient's suitability and willingness to remain as a voluntary or informal patient as set forth in the foregoing subdivisions.

S 9.23 Voluntary and informal admissions; conversion to.

(a) Nothing contained in this article shall be construed to prohibit any director from converting, and it shall be his duty to convert, the admission of any involuntary

patient suitable and willing to apply therefor to a voluntary status. The mental hygiene legal service shall be given notice of every conversion from an involuntary status to a voluntary status. (b) Any patient converted from an involuntary status to a voluntary status shall have the right to a judicial hearing before the supreme court or a county court on the questions of his suitability for such conversion and on his willingness to be so converted. The procedure for requesting such a hearing, except as to time limitations and questions to be determined, shall be pursuant to subdivisions (a) and (b) of section 31.31.

S 9.25 Voluntary and informal admissions; review of status.

(a) No voluntary or informal patient, whether admitted on such status or converted thereto, shall be continued in such status for a period beyond twelve months from the date of commencement of such status or beyond twelve months from the effective date of this statute, whichever is later, unless the suitability of such patient to remain in such status and his willingness to so remain have been reviewed. The director shall review the suitability of such patient to remain in such status, and the mental hygiene legal service shall review the willingness of such patient to remain in such status. Notice of the determination of the patient's suitability made by the director shall be given to the mental hygiene legal service. If the mental hygiene legal service finds that there is any ground to doubt the director's determination of the suitability of such patient to remain in a voluntary or informal status or the willingness of the patient to so remain, it shall make an application upon notice to the patient and the director of the hospital, for a court order determining those questions. In any such proceeding, the patient or someone on his behalf or the mental hygiene legal service may request a hearing. If the mental hygiene legal service finds no grounds to doubt the determination of the director as to the suitability, or the willingness of the patient to continue in a voluntary or informal status, it shall so certify and the patient may be continued in the hospital in such status. A copy of such certification of review shall be filed in the patient's record.

(b) If an application for a court order has been made and a hearing is requested, the provisions governing hearings contained in section 31.31 shall be applicable.

(c) If an application for a court order has been made, the court, in determining the proceeding, may approve the continued hospitalization of the patient as a voluntary or informal patient or, if the court finds that the patient is not suitable or willing to continue as a voluntary or informal patient, it may order the discharge of the patient or make such other order as it may deem appropriate in the circumstances.

(d) Prior to the termination of twelve months from the date of the certification on such first review by the mental hygiene legal service or, if an application for a court order has been made, from the date of the first order and, thereafter, prior to the termination of twelve months from any subsequent certification or subsequent order, as the case may be, the director and the mental hygiene legal service shall conduct another review of the patient's suitability and willingness to remain as a voluntary or informal patient as set forth in the foregoing subdivisions.

S 9.27 Involuntary admission on medical certification.

(a) The director of a hospital may receive and retain therein as a patient any person alleged to be mentally ill and in need of involuntary care and treatment upon the certificates of two examining physicians, accompanied by an application for the admission of such person. The examination may be conducted jointly but each examining physician shall execute a separate certificate.

(b) Such application must have been executed within ten days prior to such admission. It may be executed by any one of the following:

1. any person with whom the person alleged to be mentally ill resides.
2. the father or mother, husband or wife, brother or sister, or the child of any such person or the nearest available relative.
3. the committee of such person.

4. an officer of any public or well recognized charitable institution or agency or home in whose institution the person alleged to be mentally ill resides.

5. the director of community services or social services official, as defined in the social services law, of the city or county in which any such person may be.

6. the director of the hospital or of a general hospital, as defined in article twenty-eight of the public health law, in which the patient is hospitalized.

7. the director or person in charge of a facility providing care to alcoholics, or substance abusers or substance dependent persons.

8. the director of the division for youth, acting in accordance with the provisions of section five hundred nine of the executive law.

9. subject to the terms of any court order or any instrument executed pursuant to section three hundred eighty-four-a of the social services law, a social services official or authorized agency which has, pursuant to the social services law, care and custody or guardianship and custody of a child over the age of sixteen.

10. subject to the terms of any court order a person or entity having custody of a child pursuant to an order issued pursuant to section seven hundred fifty-six or one thousand fifty-five of the family court act.

11. a qualified psychiatrist who is either supervising the treatment of or treating such person for a mental illness in a facility licensed or operated by the office of mental health.

(c) Such application shall contain a statement of the facts upon which the allegation of mental illness and need for care and treatment are based and shall be executed under penalty of perjury but shall not require the signature of a notary public thereon.

(d) Before an examining physician completes the certificate of examination of a person for involuntary care and treatment, he shall consider alternative forms of care and treatment that might be adequate to provide for the person's needs without requiring involuntary hospitalization. If the examining physician knows that the person he is examining for involuntary care and treatment has been under prior treatment, he shall, insofar as possible, consult with the physician or psychologist furnishing such

prior treatment prior to completing his certificate. Nothing in this section shall prohibit or invalidate any involuntary admission made in accordance with the provisions of this chapter.

(e) The director of the hospital where such person is brought shall cause such person to be examined forthwith by a physician who shall be a member of the psychiatric staff of such hospital other than the original examining physicians whose certificate or certificates accompanied the application and, if such person is found to be in need of involuntary care and treatment, he may be admitted thereto as a patient as herein provided.

(f) Following admission to a hospital, no patient may be sent to another hospital by any form of involuntary admission unless the mental hygiene legal service has been given notice thereof.

(g) Applications for involuntary admission of patients to residential treatment facilities for children and youth or transfer of involuntarily admitted patients to such facilities shall be reviewed by the pre-admission certification committee serving such facility in accordance with section 9.51 of this article.

(h) If a person is examined and determined to be mentally ill, the fact that such person suffers from alcohol or substance abuse shall not preclude commitment under this section.

(i) After an application for the admission of a person has been completed and both physicians have examined such person and separately certified that he or she is mentally ill and in need of involuntary care and treatment in a hospital, either physician is authorized to request peace officers, when acting pursuant to their special duties, or police officers, who are members of an authorized police department or force or of a sheriff's department, to take into custody and transport such person to a hospital for determination by the director whether such person qualifies for admission pursuant to this section. Upon the request of either physician an ambulance service, as defined by subdivision two of section three thousand one of the public health law, is authorized to

transport such person to a hospital for determination by the director whether such person qualifies for admission pursuant to this section.

S 9.29 Involuntary admission on medical certification; notice of admission to patients and others.

(a) The director shall cause written notice of a person's involuntary admission on an application supported by medical certification to be given forthwith to the mental hygiene legal service.

(b) The director shall cause written notice of the admission of such person, including such person's rights under this article, to be given personally or by mail not later than five days, excluding Sunday and holidays, after such admission to the following: 1. the nearest relative of the person alleged to be mentally ill, other than the applicant, if there be any such person known to the director. 2. as many as three additional persons, if designated in writing to receive such notice by the person so admitted.

S 9.31 Involuntary admission on medical certification; patient's right to a hearing.

(a) If, at any time prior to the expiration of sixty days from the date of involuntary admission of a patient on an application supported by medical certification, he or any relative or friend or the mental hygiene legal service gives notice in writing to the director of request for hearing on the question of need for involuntary care and treatment, a hearing shall be held as herein provided. The patient or person requesting a hearing on behalf of the patient may designate the county where the hearing shall be held, which shall be either in the county where the hospital is located, the county of the patient's residence, or the county in which the hospital to which the patient was first admitted is located. Such hearing shall be held in the county so designated, subject to application by any interested party, including the director, for change of venue to any other county because of the convenience of parties or witnesses or the condition of the

patient upon notice to the persons required to be served with notice of the patient's initial admission.

(b) It shall be the duty of the director upon receiving notice of such request for hearing to forward forthwith a copy of such notice with a record of the patient to the supreme court or the county court in the county designated by the applicant, if one be designated, or if no designation be made, then to the supreme court or the county court in the county where such hospital is located. A copy of such notice and record shall also be given the mental hygiene legal service.

(c) The court which receives such notice shall fix the date of such hearing at a time not later than five days from the date such notice is received by the court and cause the patient, any other person requesting the hearing, the director, the mental hygiene legal service, and such other persons as the court may determine to be advised of such date. Upon such date, or upon such other date to which the proceeding may be adjourned, the court shall hear testimony and examine the person alleged to be mentally ill, if it be deemed advisable in or out of court. If it be determined that the patient is in need of retention, the court shall deny the application for the patient's release. If the patient is in a psychiatric hospital maintained by a political subdivision of the state or in a general hospital the court, upon notice to the patient and the mental hygiene legal service and an opportunity to be heard, may order the patient transferred to the jurisdiction of the department for retention in a hospital operated by the state designated by the commissioner or to a private facility having an appropriate operating certificate for retention therein for the balance of the period for which the hospital is authorized to retain the patient. If it appears, however, that the relatives of the patient or a committee of his person are willing and able properly to care for him at some place other than a hospital, then, upon their written consent, the court may order the transfer of the patient to the care and custody of such relatives or such committee. If it be determined that the patient is not mentally ill or not in need of retention, the court shall order the release of the patient.

(d) If the court shall order the release of the patient, such patient shall forthwith be released.

(e) The department or the director of the hospital authorized to retain or receive and retain such patient, as the case may be, shall be immediately furnished with a copy of the order of the court and, if a transfer is ordered, shall immediately make provisions for the transfer of such patient.

(f) The papers in any proceeding under this article which are filed with the county clerk shall be sealed and shall be exhibited only to the parties to the proceeding or someone properly interested, upon order of the court.

S 9.33 Court authorization to retain an involuntary patient.

(a) If the director shall determine that a patient admitted upon an application supported by medical certification, for whom there is no court order authorizing retention for a specified period, is in need of retention and if such patient does not agree to remain in such hospital as a voluntary patient, the director shall apply to the supreme court or the county court in the county where the hospital is located for an order authorizing continued retention. Such application shall be made no later than sixty days from the date of involuntary admission on application supported by medical certification or thirty days from the date of an order denying an application for patient's release pursuant to section 9.31, whichever is later; and the hospital is authorized to retain the patient for such further period during which the hospital is authorized to make such application or during which the application may be pending. The director shall cause written notice of such application to be given the patient and a copy thereof shall be given personally or by mail to the persons required by this article to be served with notice of such patient's initial admission and to the mental hygiene legal service. Such notice shall state that a hearing may be requested and that failure to make such a request within five days, excluding Sunday and holidays, from the date that the notice was given to the patient will permit the entry without a hearing of an order authorizing retention.

(b) If no request is made for a hearing on behalf of the patient within five days, excluding Sunday and holidays, from the date such notice of such application was

given such patient, and if the mental hygiene legal service has not requested a hearing, the court receiving the application may, if satisfied that the patient requires continued retention for care and treatment or transfer and continued retention, immediately issue an order authorizing continued retention of such patient in such hospital for a period not to exceed six months from the date of the order or, if such patient is in a psychiatric hospital operated by a political subdivision of the state or in a general hospital, such order may direct the transfer of such patient to the jurisdiction of the department for retention in a hospital operated by the state or to a private facility having an appropriate operating certificate, to be retained therein for a period not to exceed six months from the date of such order.

(c) Upon the demand of the patient or of anyone on his behalf or upon request of the mental hygiene legal service, the court shall, or may on its own motion, fix a date for the hearing of the application, in like manner as is provided for hearings in section 9.31. The provisions of such section shall apply to the procedure for obtaining and holding a hearing and to the granting or refusal to grant an order of retention by the court, except that if the patient has already had a hearing, he shall not have the right to designate initially the county in which the hearing shall be held.

(d) If the director of a hospital, in which a patient is retained pursuant to the foregoing subdivisions of this section, shall determine that the condition of such patient requires his further retention in a hospital, he shall, if such patient does not agree to remain in such hospital as a voluntary patient, apply during the period of retention authorized by the last order of the court to the supreme court or the county court in the county where the hospital is located for an order authorizing further continued retention of such patient. The procedures for obtaining any order pursuant to this subdivision shall be in accordance with the provisions of the foregoing subdivisions of this section; provided that the patient or anyone on his behalf or the mental hygiene legal service may request that the patient be brought personally before the court, in which case the court shall not grant an order for periods of one year or longer unless such patient shall have appeared personally before the court. The period for continued retention pursuant to the first order obtained under this subdivision shall authorize further continued

retention of the patient for not more than one year from the date of the order. The period for the further continued retention of the patient authorized by any subsequent order under this subdivision shall be for periods not to exceed two years each from the date of the order.

S 9.35 Review of court authorization to retain an involuntary patient.

If a person who has been denied release or whose retention, continued retention, or transfer and continued retention has been authorized pursuant to this article, or any relative or friend in his behalf, be dissatisfied with any such order he may, within thirty days after the making of any such order, obtain a rehearing and a review of the proceedings already had and of such order upon a petition to a justice of the supreme court other than the judge or justice presiding over the court making such order. Such justice shall cause a jury to be summoned and shall try the question of the mental illness and the need for retention of the patient so authorized to be retained. Any such patient or the person applying on his behalf for such review may waive the trial of the fact by a jury and consent in writing to trial of such fact by the court. No such petition for rehearing and review shall be made by anyone other than the person so authorized to be retained or the father, mother, husband, wife, or child of such person, unless the petitioner shall have first obtained the leave of the court upon good cause shown. If the verdict of the jury, or the decision of the court when jury trial has been waived, be that such person is not mentally ill or is not in need of retention the justice shall forthwith discharge him, but if the verdict of the jury, or the decision of the court where a jury trial has been waived, be that such person is mentally ill and in need of retention the justice shall certify that fact and make an order authorizing continued retention under the original order. Such order shall be presented, at the time of authorization of continued retention of such mentally ill person, to, and filed with, the director of the hospital in which the mentally ill person is authorized to be retained, and a copy thereof shall be forwarded to the department by such director and filed in the office thereof. Proceedings under the order shall not be stayed pending an appeal

therefrom, except upon an order of a justice of the supreme court, made upon a notice and after a hearing, with provisions made therein for such temporary care or confinement of the alleged mentally ill person as may be deemed necessary.

S 9.37 Involuntary admission on certificate of a director of community services or his designee. *

(a) The director of a hospital, upon application by a director of community services or an examining physician duly designated by him or her, may receive and care for in such hospital as a patient any person who, in the opinion of the director of community services or the director's designee, has a mental illness for which immediate inpatient care and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or herself or others. The need for immediate hospitalization shall be confirmed by a staff physician of the hospital prior to admission. Within seventy-two hours, excluding Sunday and holidays, after such admission, if such patient is to be retained for care and treatment beyond such time and he or she does not agree to remain in such hospital as a voluntary patient, the certificate of another examining physician who is a member of the psychiatric staff of the hospital that the patient is in need of involuntary care and treatment shall be filed with the hospital. From the time of his or her admission under this section the retention of such patient for care and treatment shall be subject to the provisions for notice, hearing, review, and judicial approval of continued retention or transfer and continued retention provided by this article for the admission and retention of involuntary patients, provided that, for the purposes of such provisions, the date of admission of the patient shall be deemed to be the date when the patient was first received in the hospital under this section. * NB Effective until July 1, 2004 *

(a) The director of a hospital, upon application by a director of community services or an examining physician duly designated by him, may receive and care for in such hospital as a patient any person who, in the opinion of the director of community services or his designee, has a mental illness for which immediate inpatient

care and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or others; "likelihood of serious harm" shall mean:

1. substantial risk of physical harm to himself as manifested by threats of or attempts at suicide or serious bodily harm or other conduct demonstrating that he is dangerous to himself, or

2. a substantial risk of physical harm to other persons as manifested by homicidal or other violent behavior by which others are placed in reasonable fear or serious physical harm. The need for immediate hospitalization shall be confirmed by a staff physician of the hospital prior to admission. Within seventy-two hours, excluding Sunday and holidays, after such admission, if such patient is to be retained for care and treatment beyond such time and he does not agree to remain in such hospital as a voluntary patient, the certificate of another examining physician who is a member of the psychiatric staff of the hospital that the patient is in need of involuntary care and treatment shall be filed with the hospital. From the time of his admission under this section the retention of such patient for care and treatment shall be subject to the provisions for notice, hearing, review, and judicial approval of continued retention or transfer and continued retention provided by this article for the admission and retention of involuntary patients, provided that, for the purposes of such provisions, the date of admission of the patient shall be deemed to be the date when the patient was first received in the hospital under this section. * NB Effective July 1, 2004

(b) The application for admission of a patient pursuant to this section shall be based upon a personal examination by a director of community services or his designee. It shall be in writing and shall be filed with the director of such hospital at the time of the patient's reception, together with a statement in a form prescribed by the commissioner giving such information as he may deem appropriate.

(c) Notwithstanding the provisions of subdivision (b) of this section, in counties with a population of less than two hundred thousand, a director of community services who is a licensed psychologist pursuant to article one hundred fifty-three of the education law or a certified social worker pursuant to article one hundred fifty-four of the education law but who is not a physician may apply for the admission of a patient

pursuant to this section without a medical examination by a designated physician, if a hospital approved by the commissioner pursuant to section 9.39 of this chapter is not located within thirty miles of the patient, and the director of community services has made a reasonable effort to locate a designated examining physician but such a designee is not immediately available and the director of community services, after personal observation of the person, reasonably believes that he may have a mental illness which is likely to result in serious harm to himself or others and inpatient care and treatment of such person in a hospital may be appropriate. In the event of an application pursuant to this subdivision, a physician of the receiving hospital shall examine the patient and shall not admit the patient unless he or she determines that the patient has a mental illness for which immediate inpatient care and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or others. If the patient is admitted, the need for hospitalization shall be confirmed by another staff physician within twenty-four hours. An application pursuant to this subdivision shall be in writing and shall be filed with the director of such hospital at the time of the patient's reception, together with a statement in a form prescribed by the commissioner giving such information as he may deem appropriate, including a statement of the efforts made by the director of community services to locate a designated examining physician prior to making an application pursuant to this subdivision. (d) After signing the application, the director of community services or the director's designee shall be authorized and empowered to take into custody, detain, transport, and provide temporary care for any such person. Upon the written request of such director or the director's designee it shall be the duty of peace officers, when acting pursuant to their special duties, or police officers who are members of the state police or of an authorized police department or force or of a sheriff's department to take into custody and transport any such person as requested and directed by such director or designee. Upon the written request of such director or designee, an ambulance service, as defined in subdivision two of section three thousand one of the public health law, is authorized to transport any such person.

(e) Reasonable expenses incurred by the director of community mental hygiene services or his designee for the examination and temporary care of the patient and his transportation to and from the hospital shall be a charge upon the county from which the patient was admitted and shall be paid from any funds available for such purposes.

(f) The provisions of this section shall not be applicable to continue any patient in a hospital who has already been admitted to the hospital under this or any other section of this article.

(g) If a person is examined and determined to be mentally ill the fact that such person suffers from alcohol or substance abuse shall not preclude commitment under this section.

S 9.39 Emergency admissions for immediate observation, care, and treatment.

(a) The director of any hospital maintaining adequate staff and facilities for the observation, examination, care, and treatment of persons alleged to be mentally ill and approved by the commissioner to receive and retain patients pursuant to this section may receive and retain therein as a patient for a period of fifteen days any person alleged to have a mental illness for which immediate observation, care, and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or others. "Likelihood to result in serious harm" as used in this article shall mean:

1. substantial risk of physical harm to himself as manifested by threats of or attempts at suicide or serious bodily harm or other conduct demonstrating that he is dangerous to himself, or

2. a substantial risk of physical harm to other persons as manifested by homicidal or other violent behavior by which others are placed in reasonable fear of serious physical harm. The director shall cause to be entered upon the hospital records the name of the person or persons, if any, who have brought such person to the hospital and the details of the circumstances leading to the hospitalization of such person. The director shall admit such person pursuant to the provisions of this section only if a staff physician of the hospital upon examination of such person finds that such

person qualifies under the requirements of this section. Such person shall not be retained for a period of more than forty-eight hours unless within such period such finding is confirmed after examination by another physician who shall be a member of the psychiatric staff of the hospital. Such person shall be served, at the time of admission, with written notice of his status and rights as a patient under this section. Such notice shall contain the patient's name. At the same time, such notice shall also be given to the mental hygiene legal service and personally or by mail to such person or persons, not to exceed three in number, as may be designated in writing to receive such notice by the person alleged to be mentally ill. If at any time after admission, the patient, any relative, friend, or the mental hygiene legal service gives notice to the director in writing of request for court hearing on the question of need for immediate observation, care, and treatment, a hearing shall be held as herein provided as soon as practicable but in any event not more than five days after such request is received, except that the commencement of such hearing may be adjourned at the request of the patient. It shall be the duty of the director upon receiving notice of such request for hearing to forward forthwith a copy of such notice with a record of the patient to the supreme court or county court in the county where such hospital is located. A copy of such notice and record shall also be given the mental hygiene legal service. The court which receives such notice shall fix the date of such hearing and cause the patient or other person requesting the hearing, the director, the mental hygiene legal service and such other persons as the court may determine to be advised of such date. Upon such date, or upon such other date to which the proceeding may be adjourned, the court shall hear testimony and examine the person alleged to be mentally ill, if it be deemed advisable in or out of court, and shall render a decision in writing that there is reasonable cause to believe that the patient has a mental illness for which immediate inpatient care and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or others. If it be determined that there is such reasonable cause, the court shall forthwith issue an order authorizing the retention of such patient for any such purpose or purposes in the hospital for a period not to exceed fifteen days from the date of admission. Any such order entered by the court shall not be deemed to

be an adjudication that the patient is mentally ill, but only a determination that there is reasonable cause to retain the patient for the purposes of this section.

(b) Within fifteen days of arrival at the hospital, if a determination is made that the person is not in need of involuntary care and treatment, he shall be discharged unless he agrees to remain as a voluntary or informal patient. If he is in need of involuntary care and treatment and does not agree to remain as a voluntary or informal patient, he may be retained beyond such fifteen day period only by admission to such hospital or another appropriate hospital pursuant to the provisions governing involuntary admission on application supported by medical certification and subject to the provisions for notice, hearing, review, and judicial approval of retention or transfer and retention governing such admissions, provided that, for the purposes of such provisions, the date of admission of the patient shall be deemed to be the date when the patient was first received under this section. If a hearing has been requested pursuant to the provisions of subdivision (a), the filing of an application for involuntary admission on medical certification shall not delay or prevent the holding of the hearing.

(c) If a person is examined and determined to be mentally ill the fact that such person suffers from alcohol or substance abuse shall not preclude commitment under this section.

* S 9.40 Emergency observation, care and treatment in comprehensive psychiatric emergency programs.

(a) The director of any comprehensive psychiatric emergency program may receive and retain therein for a period not to exceed seventy-two hours, any person alleged to have a mental illness for which immediate observation, care and treatment in such program is appropriate and which is likely to result in serious harm to the person or others. The director shall cause to be entered upon the program records the name of the person or persons, if any, who have brought the person alleged to have a mental illness to the program and the details of the circumstances leading the person or persons to bring the person alleged to have a mental illness to the program.

(b) The director shall cause examination of such persons to be initiated by a staff physician of the program as soon as practicable and in any event within six hours after the person is received into the program's emergency room. Such person may be retained for observation, care and treatment and further examination for up to twenty-four hours if, at the conclusion of such examination, such physician determines that such person may have a mental illness for which immediate observation, care and treatment in a comprehensive psychiatric emergency program is appropriate, and which is likely to result in serious harm to the person or others.

(c) No person shall be involuntarily retained in accordance with this section for more than twenty-four hours, unless (i) within that time the determination of the examining staff physician has been confirmed after examination by another physician who is a member of the psychiatric staff of the program and (ii) the person is admitted to an extended observation bed, as such term is defined in section 31.27 of this chapter. At the time of admission to an extended observation bed, such person shall be served with written notice of his status and rights as a patient under this section. Such notice shall contain the patient's name. The notice shall be provided to the same persons and in the manner as if provided pursuant to subdivision (a) of section 9.39 of this article. Written requests for court hearings on the question of need for immediate observation, care and treatment shall be made, and court hearings shall be scheduled and held, in the manner provided pursuant to subdivision (a) of section 9.39 of this article, provided however, if a person is removed or admitted to a hospital pursuant to subdivision (e) or (f) of this section the director of such hospital shall be substituted for the director of the comprehensive psychiatric emergency program in all legal proceedings regarding the continued retention of the person.

(d) If at any time it is determined that the person is no longer in need of immediate observation, care and treatment in accordance with this section and is not in need of involuntary care and treatment in a hospital, such person shall be released without regard to the provisions of section 29.15 of this chapter, unless such person agrees to be admitted to another appropriate hospital as a voluntary or informal patient.

(e) If at any time within the seventy-two hour period it is determined that such person continues to require immediate observation, care and treatment in accordance with this section and such requirement is likely to continue beyond the seventy-two hour period, such person shall be removed within a reasonable period of time to an appropriate hospital authorized to receive and retain patients pursuant to section 9.39 of this article and such person shall be evaluated for admission and, if appropriate, shall be admitted to such hospital in accordance with section 9.39 of this article, except that if the person is admitted, the fifteen day retention period of subdivision (b) of section 9.39 of this article shall be calculated from the time such person was initially registered into the emergency room of the comprehensive psychiatric emergency program. Any person removed to a hospital pursuant to this paragraph shall be removed without regard to the provisions of section 29.11 or 29.15 of this chapter and shall not be considered to have been transferred or discharged to another hospital.

(f) Nothing in this section shall preclude the involuntary admission of a person to an appropriate hospital pursuant to the provisions of this article if at any time during the seventy-two hour period it is determined that the person is in need of involuntary care and treatment in a hospital and the person does not agree to be admitted to a hospital as a voluntary or informal patient. Efforts shall be made to assure that any arrangements for such involuntary admissions in an appropriate hospital shall be made within a reasonable period of time.

(g) If a person is examined and determined to be mentally ill the fact that such person suffers from alcohol or substance abuse shall not preclude receipt or retention under this section.

(h) All time periods referenced in this section shall be calculated from the time such person is initially registered into the emergency room of the comprehensive psychiatric emergency program. * NB Repealed July 1, 2004 *

*S 9.41 Emergency admissions for immediate observation, care, and treatment; powers of certain peace officers and police officers.

Any peace officer, when acting pursuant to his or her special duties, or police officer who is a member of the state police or of an authorized police department or force or of a sheriff's department may take into custody any person who appears to be mentally ill and is conducting himself or herself in a manner which is likely to result in serious harm to the person or others. Such officer may direct the removal of such person or remove him or her to any hospital specified in subdivision (a) of section 9.39 or any comprehensive psychiatric emergency program specified in subdivision (a) of section 9.40, or, pending his or her examination or admission to any such hospital or program, temporarily detain any such person in another safe and comfortable place, in which event, such officer shall immediately notify the director of community services or, if there be none, the health officer of the city or county of such action. * NB Effective until July 1, 2004

* S 9.41 Emergency admissions for immediate observation, care, and treatment; powers of certain peace officers and police officers.

Any peace officer, when acting pursuant to his special duties, or police officer who is a member of the state police or of an authorized police department or force or of a sheriff's department may take into custody any person who appears to be mentally ill and is conducting himself in a manner which is likely to result in serious harm to himself or others. "Likelihood to result in serious harm" shall mean

(1) substantial risk of physical harm to himself as manifested by threats of or attempts at suicide or serious bodily harm or other conduct demonstrating that he is dangerous to himself, or

(2) a substantial risk of physical harm to other persons as manifested by homicidal or other violent behavior by which others are placed in reasonable fear of serious physical harm. Such officer may direct the removal of such person or remove him to any hospital specified in subdivision (a) of section 9.39 or, pending his examination or admission to any such hospital, temporarily detain any such person in another safe and comfortable place, in which event, such officer shall immediately

notify the director of community services or, if there be none, the health officer of the city or county of such action.

* NB Effective July 1, 2004 *

*S 9.43 Emergency admissions for immediate observation, care, and treatment; powers of courts.

(a) Whenever any court of inferior or general jurisdiction is informed by verified statement that a person is apparently mentally ill and is conducting himself or herself in a manner which in a person who is not mentally ill would be deemed disorderly conduct or which is likely to result in serious harm to himself or herself, such court shall issue a warrant directing that such person be brought before it. If, when said person is brought before the court, it appears to the court, on the basis of evidence presented to it, that such person has or may have a mental illness which is likely to result in serious harm to himself or herself or others, the court shall issue a civil order directing his or her removal to any hospital specified in subdivision (a) of section 9.39 or any comprehensive psychiatric emergency program specified in subdivision (a) of section 9.40, willing to receive such person for a determination by the director of such hospital or program whether such person should be retained therein pursuant to such section.

(b) Whenever a person before a court in a criminal action appears to have a mental illness which is likely to result in serious harm to himself or herself or others and the court determines either that the crime has not been committed or that there is not sufficient cause to believe that such person is guilty thereof, the court may issue a civil order as above provided, and in such cases the criminal action shall terminate.

* NB Effective until July 1, 2004 *

*S 9.43 Emergency admissions for immediate observation care, and treatment; powers of courts.

(a) Whenever any court of inferior or general jurisdiction is informed by verified statement that a person is apparently mentally ill and is conducting himself in a manner which in a person who is not mentally ill would be deemed disorderly conduct or which is likely to result in serious harm to himself or others as defined in section 31.39, such court shall issue a warrant directing that such person be brought before it. If, when said person is brought before the court, it appears to the court, on the basis of evidence presented to it, that such person has or may have a mental illness which is likely to result in serious harm to himself or others, the court shall issue a civil order directing his removal to any hospital specified in subdivision (a) of section 31.39 willing to receive such person for a determination by the director of such hospital whether such person should be retained therein pursuant to such section.

(b) Whenever a person before a court in a criminal action appears to have a mental illness which is likely to result in serious harm to himself or others and the court determines either that the crime has not been committed or that there is not sufficient cause to believe that such person is guilty thereof, the court may issue a civil order as above provided, and in such cases the criminal action shall terminate.

* NB Effective July 1, 2004 *

*S 9.45 Emergency admissions for immediate observation, care, and treatment powers of directors of community services.

The director of community services or the director's designee shall have the power to direct the removal of any person, within his or her jurisdiction, to a hospital approved by the commissioner pursuant to subdivision (a) of section 9.39 of this article, or to a comprehensive psychiatric emergency program pursuant to subdivision (a) of section 9.40 of this article, if the parent, adult sibling, spouse or child of the person, the committee of the person, a licensed psychologist, registered professional nurse or certified social worker currently responsible for providing treatment services to the person, a licensed physician, health officer, peace officer or police officer reports to him that such person has a mental illness for which immediate care and treatment in a

hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or herself or others. It shall be the duty of peace officers, when acting pursuant to their special duties, or police officers, who are members of an authorized police department or force or of a sheriff's department to assist representatives of such director to take into custody and transport any such person. Upon the request of a director of community services or the director's designee an ambulance service, as defined in subdivision two of section three thousand one of the public health law, is authorized to transport any such person. Such person may then be retained in a hospital pursuant to the provisions of section 9.39 or in a comprehensive psychiatric emergency program pursuant to the provisions of section 9.40 of this article.

* NB Effective until July 1, 2004 *

*S 9.45 Emergency admissions for immediate observation, care, and treatment; powers of directors of community services.

The director of community services or his designee shall have the power to direct the removal of any person, within his jurisdiction, to a hospital approved by the commissioner pursuant to subdivision (a) of section 9.39 of this article if the parent, spouse, or child of the person, a licensed physician, health officer, peace officer or police officer reports to him that such person has a mental illness for which immediate care and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or others, as defined in section 9.39 of this article. It shall be the duty of peace officers, when acting pursuant to their special duties, or police officers, who are members of an authorized police department or force or of a sheriff's department to assist representatives of such director to take into custody and transport any such person. Upon the request of a director of community services or his designee an ambulance service, as defined in subdivision two of section three thousand one of the public health law, is authorized to transport any such person. Such person may then be retained pursuant to the provisions of section 9.39 of this article. * NB Effective July 1, 2004

S 9.55 Emergency admissions for immediate observation, care and treatment; powers of qualified psychiatrists.

A qualified psychiatrist shall have the power to direct the removal of any person, whose treatment for a mental illness he or she is either supervising or providing in a facility licensed or operated by the office of mental health which does not have an inpatient psychiatric service, to a hospital approved by the commissioner pursuant to subdivision (a) of section 9.39 of this article or to a comprehensive psychiatric emergency program, if he or she determines upon examination of such person that such person appears to have a mental illness for which immediate observation, care and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or herself or others. Upon the request of such qualified psychiatrist, peace officers, when acting pursuant to their special duties, or police officers, who are members of an authorized police department or force or of a sheriff's department shall take into custody and transport any such person. Upon the request of a qualified psychiatrist an ambulance service, as defined by subdivision two of section three thousand one of the public health law, is authorized to transport any such person. Such person may then be admitted to a hospital in accordance with the provisions of section 9.39 of this article or to a comprehensive psychiatric emergency program in accordance with the provisions of section 9.40 of this article. * NB Effective until July 1, 2004

* S 9.55 Emergency admissions for immediate observation, care and treatment; powers of qualified psychiatrists.

A qualified psychiatrist shall have the power to direct the removal of any person, whose treatment for a mental illness he is either supervising or providing in a facility licensed or operated by the office of mental health which does not have an inpatient psychiatric service, to a hospital approved by the commissioner pursuant to subdivision (a) of section 9.39 of this article, if he determines upon examination of such person that such person appears to have a mental illness for which immediate observation, care

and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or others, as defined in section 9.39 of this article. Upon the request of such qualified psychiatrist, peace officers, when acting pursuant to their special duties, or police officers, who are members of an authorized police department or force or of a sheriff's department shall take into custody and transport any such person. Upon the request of a qualified psychiatrist an ambulance service, as defined by subdivision two of section three thousand one of the public health law, is authorized to transport any such person. Such person may then be admitted in accordance with the provisions of section 9.39 of this article. * NB Effective July 1, 2004

* S 9.57 Emergency admissions for immediate observation, care and treatment; powers of emergency room physicians.

A physician who has examined a person in an emergency room or provided emergency medical services at a general hospital, as defined in article twenty-eight of the public health law, which does not have an inpatient psychiatric service, or a physician who has examined a person in a comprehensive psychiatric emergency program shall be authorized to request that the director of the program or hospital, or the director's designee, direct the removal of such person to a hospital approved by the commissioner pursuant to subdivision (a) of section 9.39 of this article or to a comprehensive psychiatric emergency program, if the physician determines upon examination of such person that such person appears to have a mental illness for which immediate care and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or others. Upon the request of the physician, the director of the program or hospital or the director's designee, is authorized to direct peace officers, when acting pursuant to their special duties, or police officers, who are members of an authorized police department or force or of a sheriff's department to take into custody and transport any such person. Upon the request of an emergency room physician or the director of the program or hospital, or the director's designee, an ambulance service, as defined by subdivision two of section three thousand one of the public health law, is authorized to take into custody and transport any such person. Such person may then be admitted to a hospital in accordance with the provisions

of section 9.39 of this article or to a comprehensive psychiatric emergency program in accordance with the provisions of section 9.40 of this article. * NB Effective until July 1, 2004

*S 9.57 Emergency admissions for immediate observation, care and treatment; powers of emergency room physicians.

A physician who has examined a person in an emergency room or provided emergency medical services at a general hospital, as defined in article twenty-eight of the public health law, which does not have an inpatient psychiatric service, shall be authorized to request that the director of the hospital, or his designee, direct the removal of such person to a hospital approved by the commissioner pursuant to subdivision (a) of section 9.39 of this article, if the physician determines upon examination of such person that such person appears to have a mental illness for which immediate care and treatment in a hospital is appropriate and which is likely to result in serious harm to himself or others, as defined in section 9.39 of this article. Upon the request of the physician, the director of the hospital or his designee, is authorized to direct peace officers, when acting pursuant to their special duties, or police officers, who are members of an authorized police department or force or of a sheriff's department to take into custody and transport any such person. Upon the request of an emergency room physician or the director of the hospital, or his designee, an ambulance service, as defined by subdivision two of section three thousand one of the public health law, is authorized to take into custody and transport any such person. Such person may then be admitted in accordance with the provisions of section 9.39 of this article. * NB Effective July 1, 2004 S 9.58 Transport for evaluation; powers of approved mobile crisis outreach teams. (a) A physician or qualified mental health professional who is a member of an approved mobile crisis outreach team shall have the power to remove, or pursuant to subdivision (b) of this section, to direct the removal of any person to a hospital approved by the commissioner pursuant to subdivision (a) of section 9.39 or section 31.27 of this chapter for the purpose of evaluation for admission if such person appears to be mentally ill and is conducting himself or herself in a manner which is likely to result in serious harm to the person or others. (b) If the team physician or qualified mental

health professional determines that it is necessary to effectuate transport, he or she shall direct peace officers, when acting pursuant to their special duties, or police officers, who are members of an authorized police department or force or of a sheriff's department, to take into custody and transport any persons identified in subdivision (a) of this section. Upon the request of such physician or qualified mental health professional, an ambulance service, as defined in subdivision two of section three thousand one of the public health law, is authorized to transport any such persons. Such persons may then be evaluated for admission in accordance with the provisions of section 9.27, 9.39, 9.40 or other sections of this article, provided that such admission decisions shall be made independent of the fact that the person was transported pursuant to the provisions of this section and, provided further, such transport shall not create a presumption that the person should be involuntarily admitted to a hospital. (c) The commissioner shall be authorized to develop standards, in consultation with the commissioner of the division of criminal justice services, relating to the training requirements of teams established pursuant to this section. Such training shall, at a minimum, help to ensure that the provision of crisis and emergency services are provided in a manner which protects the health and safety and respects the individual needs and rights of persons being evaluated or transported pursuant to this section. (d) As used in this section: (1) "Approved mobile crisis outreach team" shall mean a team of persons operating as part of a mobile crisis outreach program approved by the commissioner of mental health, which may include mobile crisis outreach teams funded pursuant to section 41.55 of this chapter. (2) "Qualified mental health professional" shall mean a licensed psychologist, certified social worker or registered professional nurse

ARTICLE 21

ALCOHOLISM FACILITIES

Section 21.09 Emergency service for intoxicated persons and persons incapacitated by alcohol

(a) As used in this article:

(1) "Intoxicated persons" means a person whose mental or physical functioning is substantially impaired as a result of the presence of alcohol in his or her body.

(2) "Incapacitated by alcohol" means that a person, as a result of the use of alcohol, is unconscious or has his or her judgment otherwise so impaired that he or she is incapable of realizing and making a rational decision with respect to his or her need for treatment.

(3) "Likelihood to result in harm" or "likely to result in harm" means (i) a substantial risk of physical harm to the person as manifested by threats of or attempt at suicide or serious bodily harm or other conduct demonstrating that the person is dangerous to himself or herself, or (ii) a substantial risk of physical harm to other persons as manifested by homicide or other violent behavior by which others are placed in reasonable fear of serious physical harm.

(c) A person who appears to be incapacitated by alcohol to the degree that there is a likelihood to result in harm to the person or others may be taken by a peace officer, when acting pursuant to his special duties, or a police officer who is a member of the state police or of an authorized police department or force or of a sheriff's department or by the director of community services or a person duly designated by him to an alcoholism facility for immediate observation, care, and emergency treatment or, if no alcoholism facility is available, to any other place authorized by the commissioner to give emergency treatment. Every reasonable effort shall be made to protect the health and safety of such person.

(e) A person who is brought to any such facility and who previously objected to being brought thereto, shall be examined as soon as possible by an examining physician. If such examining physician determines that such person is incapacitated by alcohol to the degree that there is a likelihood to result in harm to the person or others, he or she may be retained for emergency treatment. If the examining physician determines that such person is not incapacitated by alcohol to the degree that there is a likelihood to result in harm to the person or others, he or she must be released. In no event may such person be retained against his or her objection beyond (1) the time

that he or she is no longer incapacitated by alcohol to the degree that there is a likelihood to result in harm to the person or others, or (2) a period longer than forty eight hours.

ARTICLE 23 SUBSTANCE ABUSE SERVICES

Section 23.02 Emergency services for substance impaired persons and persons incapacitated by substances

(a) As used in this article:

(1) "Substance impaired persons" means a person whose mental or physical functioning is substantially impaired as a result of the presence of substances in his or her body.

(2) "Incapacitated by substances" means that a person, as a result of the use of substances, is unconscious or has his or her judgment otherwise so impaired that he or she is incapable of realizing and making a rational decision with respect to his or her need for treatment.

(3) "Likelihood to result in harm" or "likely to result in harm" means (i) a substantial risk of physical harm to the person as manifested by threats of or attempt at suicide or serious bodily harm or other conduct demonstrating that the person is dangerous to himself or herself, or (ii) a substantial risk of physical harm to other persons as manifested by homicide or other violent behavior by which others are placed in reasonable fear of serious physical harm.

(c) A person who appears to be incapacitated by substances to the degree that there is a likelihood to result in harm to the person or others may be taken by a peace officer, when acting pursuant to his special duties, or a police officer who is a member of the state police or of an authorized police department or force or of a sheriff's department or by the director of community services or a person duly designated by him to a hospital by the commissioner, for immediate observation, care, and emergency treatment

(e) A person who is brought to any such facility and who previously objected to being brought thereto, shall be examined as soon as possible by an examining physician. If such examining physician determines that such person is incapacitated by substances to the degree that there is a likelihood to result in harm to the person or others, he or she may be retained for emergency treatment. If the examining physician determines that such person is not incapacitated by substances to the degree that there is a likelihood to result in harm to the person or others, he or she must be released. In no event may such person be retained against his or her objection beyond (1) the time that he or she is no longer incapacitated by substances to the degree that there is a likelihood to result in harm to the person or others, or (2) a period longer than forty eight hours.

ARTICLE 31
REGULATION AND QUALITY CONTROL OF SERVICES FOR
THE MENTALLY DISABLE

Section 31.16 Suspension, revocation, or limitation of an operating certificate and imposition of fines.

(b) The commissioner may impose a fine of up to one thousand dollars upon a finding that the holder of the certificate has failed to comply with the terms of its operating certificate or with the provisions of any applicable statute, rule or regulation

(c) The penalty provided for in paragraph (b) of this section may be recovered by an action brought by the commissioner in any court of competent jurisdiction

ARTICLE 33
RIGHT OF PATIENTS

Section 33.03 Quality of care and treatment

(a) Each patient in a facility and each person receiving services for mental disability shall receive care and treatment that is suited to his needs and

skillfully, safely, and humanely administered with full respect for his dignity and personal integrity.

(b) Subject to regulations of the commissioner, the director of a facility shall require the following in order to assure protection of patients in their care and treatment:

1. careful reexamination and evaluation of each patient not less than once a year.

2. medical and dental evaluations and evaluations of mental disabilities of inpatients by qualified professionals no less frequently than once a year.

3. the order of a staff member operating within the scope of a professional license for any treatment or therapy based on appropriate examination.

4. consent for surgery, shock treatment, major medical treatment in the nature of surgery, or the use of experimental drugs or procedures.

5. inclusion in the patient's clinical record of all written treatment plans and notation of examinations, individualized treatment programs, evaluations and reexaminations, orders for treatment, and specific therapies, signed by the personnel involved.

(c) A patient who is removed, but not discharged, from a hospital to receive medical or surgical care at a facility, at a hospital as defined in article twenty-eight of the public health law, or at the offices of a health care professional, shall remain subject to the provisions of article nine of this chapter. During the period of time that the patient is removed for the purpose of receiving such medical or surgical care, all of the patient's rights enumerated by article nine of this chapter shall be preserved. Nothing in this subdivision shall be construed to affect the status or rights of a patient pursuant to article nine of this chapter, who is removed, but not discharged from a hospital for other purposes.

(d) The commissioner shall promulgate and administer regulations and policies for the establishment of minimum standards for the active programming of patients in adult psychiatric centers.

1. Such standards shall take into account the: medical, psychological, social, vocational, educational and recreational needs of patients including the specialized needs of patients such as those whose mental illness is combined with chemical dependency, mental retardation or developmental disability. The standards

shall also take into account the type and mix of programs required at a given facility, and the availability of programming at a variety of times and locations.

2. Such standards shall include but not be limited to, a minimum number of required hours of programming per patient per week and staff requirements based on the type of programming and the needs of patients served. Such standards shall provide for programming exemptions for patients whose clinical or medical condition renders program participation inappropriate and for the regular review of those exemptions. Additionally, a patient may refuse participation in programming provided however that such refusal is consistent with applicable provisions of law. The regulations shall also provide for routine evaluations of the implementation of scheduled programming as well as its effect on identified patient needs.

S 33.04 Restraint of patients.

(a) As used in this section, "restraint" means the use of an apparatus on a patient which prevents the free movement of both arms or both legs or which totally immobilizes such patient, and which the patient is unable to remove easily.

(b) Restraint shall be employed only when necessary to prevent a patient from seriously injuring himself or others. It may be applied only if less restrictive techniques have been clinically determined to be inappropriate or insufficient to avoid such injury. It may not be employed as punishment, for the convenience of staff, or as a substitute for treatment programs.

(c) The "camisole" and the "full or partial restraining sheet", or such other less restrictive restraints authorized by the commissioner, shall be the only permissible forms of restraint.

(d) Restraint shall be effected only by written order of a physician after a personal examination of the patient except in an emergency situation, as provided by subdivision (e) of this section. The order shall set forth the facts justifying the restraint and shall specify the nature of the restraint and any conditions for maintaining the restraint. The order shall also set forth the time of expiration of the authorization, with such order to apply for a period of no more than four hours,

provided, however, that any such order imposing restraint after nine o'clock p.m. may extend until nine o'clock a.m. of the nextday. A full record of restraint, including all signed orders of physicians, shall be kept in the patient's file and shall be subject to inspection by authorized persons.

(e) If an emergency situation exists in which the patient is engaging in activity that presents an immediate danger to himself or others and a physician is not immediately available, restraint may be effected only to the extent necessary to prevent the patient from injuring himself or others at the direction of the senior member of the staff who is present. The senior staff member shall cause a physician to be immediately summoned and shall record the time of the call and the person contacted. Pending the arrival of a physician, the patient shall be kept under constant supervision. If a physician does not arrive within thirty minutes of being summoned, the senior staff member shall record any such delay in the patient's clinical record and also place into the patient's clinical record a written description of the facts justifying the emergency restraint which shall specify the nature of the restraint and any conditions for maintaining the restraint until the arrival of a physician, the reasons why less restrictive forms of restraint were not used, and a description of the steps taken to assure that the patient's needs, comfort and safety were properly cared for. Such physician shall place in the clinical record an explanation for any such delay. (f) During the time that a patient is in restraint, he shall be monitored to see that his physical needs, comfort, and safety are properly cared for. An assessment of the patient's condition shall be made at least once every thirty minutes or at more frequent intervals as directed by a physician. The assessment shall be recorded and placed in the patient's file. A patient in restraint shall be released from restraint at least every two hours, except when asleep. If at any time a patient upon being released from restraint makes no overt gestures that would threaten serious harm or injury to himself or others, restraint shall not be reimposed and a physician shall be immediately notified. Restraint shall not be reimposed in such situation unless in the physician's professional judgment release would be harmful to the patient or others.

(g) A record of all restraints shall be kept by the director of the facility.

(h) Nothing in this section shall prevent the use of mechanical supports necessary to keep an infirm or disabled patient in a safe or comfortable position or to

provide stability necessary for therapeutic measures such as immobilization of fractures, administration of intravenous or other medically necessary procedures.

S 33.13 Clinical records; confidentiality

(c) Such information about patients or clients reported to the offices, including the identification of patients or clients, and clinical records or clinical information tending to identify patients or clients, at office facilities shall not be a public record and shall not be released by the offices or its facilities to any person or agency outside of the offices except as follows:

- with the consent of the appropriate commissioner, to:

(v) appropriate persons and entities when necessary to prevent imminent serious harm to the patient or client or another person.

ภาคผนวก ค

พระราชบัญญัติสุขภาพจิตประเทศอังกฤษ

The Mental Health Act 1983

Application of Act: "Mental Disorder"

1.- (1) The provisions of this Act shall have effect with respect to the reception, care and treatment of mentally disordered patients, the management of their property and other related matters.

(2) In this Act-

"mental disorder " means mental illness, arrested or incomplete development of mind, psychopathic disorder and any other disorder or disability of mind and " mentally disordered " shall be construed accordingly;

"severe mental impairment " means a state of arrested or incomplete development of mind which includes severe impairment of intelligence and social functioning and is associated with abnormally aggressive or seriously irresponsible

conduct on the part of the person concerned and "severely mentally impaired" shall be construed accordingly;

"mental impairment" means a state of arrested or incomplete development of mind (not amounting to severe mental impairment) which includes significant impairment of intelligence and social functioning and is associated with abnormally aggressive or seriously irresponsible conduct on the part of the person concerned and "mentally impaired" shall be construed accordingly

"psychopathic disorder" means a persistent disorder or disability of mind (whether or not including significant impairment of intelligence) which results in abnormally aggressive or seriously irresponsible conduct on the part of the person concerned .

(3) Nothing in subsection (2) above shall be construed as implying that a person may be dealt with under this Act as suffering from mental disorder, or from any form of mental scribed in this section, by reason only of promiscuity or other immoral conduct, sexual deviancy or dependence on alcohol or drugs.

PART II

COMPULSORY ADMISSION TO HOSPITAL AND GUARDIANSHIP

Procedure for hospital admission

Admission for assessment

2.- (1) A patient may be admitted to a hospital and detained there for the period allowed by subsection (4) below in pursuance of an application (in this Act referred to as "an application for admission for assessment") made in accordance with subsections (2) and (3) below-

(2) An application for admission for assessment may be made in respect of a patient on the grounds that-

(a) he is suffering from mental disorder of a nature or degree which warrants the detention of the patient in a hospital for assessment (or for assessment followed by medical treatment) for at least a limited period -, and

(b) he ought to be so detained in the interests of his own health or safety or with a view to the protection of other persons.

(3) An application for admission for assessment shall be founded on the written recommendations in the prescribed form of two registered medical practitioners, including in each case a statement that in the opinion of the practitioner the conditions set out in subsection (2) above are complied with.

(4) Subject to the provisions of

29(4) below, a patient admitted to hospital in pursuance of an application for admission for assessment may be detained for a period not exceeding 28 days beginning with the day on which he is admitted, but shall not be detained after the expiration of that period unless before it has expired he has become liable to be detained by virtue of a subsequent application, order or direction under the following provisions of this Act.

Admission for treatment

3.- (1) A patient may be admitted to a hospital and detained there for the period allowed by the following provisions of this Act in pursuance of an application (in this Act referred to as an application for admission for treatment") made in accordance with this section.

(2) An application for admission for treatment may be made in respect of a patient on the grounds that-

(a) he is suffering from mental illness, severe mental impairment, psychopathic disorder or mental impairment and his mental disorder is of a nature or degree which makes it appropriate for him to receive medical treatment in a hospital; and

(b) in the case of psychopathic disorder or mental impairment, such treatment is likely to alleviate or prevent a deterioration of his condition; and

(c) it is necessary for the health or safety of the patient or for the protection of other persons that he should receive such treatment and it cannot be provided unless he is detained under this section.

(3) An application for admission for treatment shall be founded on the written recommendations in the prescribed form of two registered medical practitioners, including in each case a statement that in the opinion of the practitioner the conditions set out in subsection (2) above are complied with; and each such recommendation shall include

(a) such particulars as may be prescribed of the grounds for that opinion so far as it relates to the conditions set out in paragraphs (a) and (b) of that subsection and

(b) a statement of the reasons for that opinion so far as it relates to the conditions set out in paragraph (c) of that subsection, specifying whether other methods of dealing with the patient are available and, if so, why they are not appropriate.

Admission for assessment in cases of emergency

4 - (1) In any case of urgent necessity, an application for admission for assessment may be made in respect of a patient in accordance with the following provisions of this section, and any application so made is in this Act referred to as " an emergency application"

(2) An emergency application may be made either by an approved social worker or by the nearest relative of the patient ; and every such application shall

include a statement that it is of urgent. necessity for the patient to be admitted and detained under **section 2** above, and that compliance with the provisions of this Part of this Act relating to applications under that section would involve undesirable delay.

(3) An emergency application shall be sufficient in the first instance if founded on one of the medical recommendations required by **section 2** above, given, if practicable, by a practitioner who has previous acquaintance with the patient and otherwise complying with the requirements of **section 12** below so far as applicable to a single recommendation, and verifying the statement referred to in subsection (2) above.

(4) An emergency application shall cease to have effect on the expiration of a period of 72 hours from the time when the patient is admitted to the hospital unless-

(a) the second medical recommendation required by **section 2** above is given and received by the managers within that period; and

(b) that recommendation and the recommendation referred to in subsection (3) above together comply with all the requirements of **section 12** below (other than the requirement as to the time of signature of the second recommendation).

(5) In relation to an emergency application, **section 11** below shall have effect as if in subsection (5) of that section for the words " the period of 14 days ending with the date of the application " there were substituted the words " the previous 24 hours ".

Application in respect of patient already in hospital

5 - (1) An application for the admission of a patient to a hospital may be made under this Part of this Act notwithstanding that the patient is already an in-patient in that hospital or, in the case of an application for admission for treatment that the patient is for the time being liable to be detained in the hospital in pursuance of an application for admission for assessment; and where an application is so made the patient shall be treated

for the purposes of this Part of this Act as if he had been admitted to the hospital at the time when that application was received by the managers.

(2) If, in the case of a patient who is an in-patient in a hospital, it appears to the registered medical practitioner in charge of the treatment of the patient that an application ought to be made under this Part of this Act for the admission of the patient to hospital, he may furnish to the managers a report in writing to that effect; and in any such case the patient may be detained in the hospital for a period of 72 hours from the time when the report is so furnished.

(3) The registered medical practitioner in charge of the treatment of a patient in a hospital may nominate one (but not more than one) other registered medical practitioner on the staff of that hospital to act for him under subsection (2) above in his absence.

(4) If, in the case of a patient who is receiving treatment for mental disorder as an in-patient in a hospital, it appears to a nurse of the prescribed class-

(a) that the patient is suffering from mental disorder to such a degree that it is necessary for his health or safety or for the protection of others for him to be immediately restrained from leaving the hospital; and

(b) that it is not practicable to secure the immediate attendance of a practitioner for the purpose of furnishing a report under subsection (2) above, the nurse may record that fact in writing ; and in that event the patient may be detained in the hospital for a period of six hours from the time when that fact is so recorded or until the earlier arrival at the place where the patient is detained of a practitioner having power to furnish a report under that subsection.

(5) A record made under subsection (4) above shall be delivered by the nurse (or by a person authorised by the nurse in that behalf) to the managers of the hospital as soon as possible after it is made, and where a record is made under that subsection the period mentioned in subsection (2) above shall begin at the time when it is made.

(6) The reference in subsection (1) above to an in-patient does not include an in-patient who is liable to be detained in pursuance of an application under this Part of this Act and the references in subsections (2) and (4) above do not include an in-patient who is liable to be detained in a hospital under this Part of this Act.

(7) In subsection (4) above " prescribed " means prescribed by an order made by the Secretary of State.

After-care under supervision

Application for supervision

25A.-(1) Where a patient-

(a) is liable to be detained in a hospital in pursuance of an application for admission for treatment; and

(b) has attained the age of 16 years, an application may be made for him to be supervised after he leaves hospital, for the period allowed by the following provisions of this Act, with a view to securing that he receives the aftercare services provided for him under section 117 below.

(2) In this Act an application for a patient to be so supervised is referred to as a "supervision application"; and where a supervision application has been duly made and accepted under this Part of this Act in respect of a patient and he has left hospital, he is for the purposes of this Act "subject to after-care under supervision" (until he ceases to be so subject in accordance with the provisions of this Act).

(3) A supervision application shall be made in accordance with this section and sections [25B](#) and [25C](#) below.

(4) A supervision application may be made in respect of a patient only on the grounds that-

(a) he is suffering from mental disorder, being mental illness, severe mental impairment, psychopathic disorder or mental impairment;

(b) there would be a substantial risk of serious harm to the health or safety of the patient or the safety of other persons, or of the patient being seriously exploited, if he were not to receive the after-care services to be provided for him under [section 117](#) below after he leaves hospital; and

(c) his being subject to after-care under supervision is likely to help to secure that he receives the after-care services to be so provided.

(5) A supervision application may be made only by the responsible medical officer.

(6) A supervision application in respect of a patient shall be addressed to the Health Authority which will have the duty under [section 117](#) below to provide after-care services for the patient after he leaves hospital.

(7) Before accepting a supervision application in respect of a patient a Health Authority shall consult the local social services authority which will also have that duty.

(8) Where a Health Authority accept a supervision application in respect of a patient the Health Authority shall-

(a) inform the patient both orally and in writing-

(i) that the supervision application has been accepted; and

(ii) of the effect in his case of the provisions of this Act relating to a patient subject to after-care under supervision (including, in particular, what rights of applying to a Mental Health Review Tribunal are available);

(b) inform any person whose name is stated in the supervision application in accordance with sub-paragraph (i) of paragraph (e) of [section 25B\(5\)](#) below that the supervision application has been accepted; and

(c) inform in writing any person whose name is so stated in accordance with sub-paragraph (ii) of that paragraph that the supervision application has been accepted.

(9) Where a patient in respect of whom supervision application is made is granted leave of absence from a hospital under [section 17](#) above (whether before or after the supervision application is made), references in-

(a) this section and the following provisions of this Part of this Act; and

(b) Part V of this Act, to his leaving hospital shall be construed as references to his period of leave expiring (otherwise than on his return to the hospital or transfer to another hospital

Making of supervision application

25B. - (1) The responsible medical officer shall not make a supervision application unless-

(a) subsection (2) below is complied with; and

(b) the responsible medical officer has considered the matters specified in subsection (4) below.

(2) This subsection is complied with if-

(a) the following persons have been consulted about the making of the supervision application-

(i) the patient;

(ii) one or more persons who have been professionally concerned with the patient's medical treatment in hospital;

(iii) one or more persons who will be professionally concerned with the after-care services to be provided for the patient under [section 117](#) below; and

(iv) any person who the responsible medical officer believes will play a substantial part in the care of the patient after he leaves hospital but will not be professionally concerned with any of the after-care services to be so provided;

(b) such steps as are practicable have been taken to consult the person (if any) appearing to be the nearest relative of the patient about the making of the supervision application; and

(c) the responsible medical officer has taken into account any views expressed by the persons consulted.

(3) Where the patient has requested that paragraph (b) of subsection (2) above should not apply, that paragraph shall not apply unless-

(a) the patient has a propensity to violent or dangerous behaviour towards others; and

(b) the responsible medical officer considers that it is appropriate for steps such as are mentioned in that paragraph to be taken.

(4) The matters referred to in subsection (1)(b) above are-

(a) the after-care services to be provided for the patient under

[section 117](#) below; and

(b) any requirements to be imposed on him under [section 25D](#) below.

(5) A supervision application shall state-

(a) that the patient is liable to be detained in a hospital in pursuance of an application for admission for treatment;

(b) the age of the patient or, if his exact age is not known to the applicant, that the patient is believed to have attained the age of 16 years;

(c) that in the opinion of the applicant (having regard in particular to the patient's history) all of the conditions set out in [sections 25A\(4\)](#) above are complied with;

(d) the name of the person who is to be the community responsible medical officer, and of the person who is to be the supervisor, in relation to the patient after he leaves hospital; and

(e) the name of -

(i) any person who has been consulted under paragraph (a)(iv) of subsection (2) above; and

(ii) any person who has been consulted under paragraph (b) of that subsection.

(6) A supervision application shall be accompanied by-

(a) the written recommendation in the prescribed form of a registered medical practitioner who will be professionally concerned with the patient's medical treatment after he leaves hospital or, if no such practitioner other than the responsible medical officer will be so concerned, of any registered medical practitioner; and

(b) the written recommendation in the prescribed form of an approved social worker.

(7) A recommendation under subsection (6)(a) above shall include a statement that in the opinion of the medical practitioner (having regard in particular to the patient's history) conditions set out in [section 25A\(4\)](#) above are complied with.

(8) A recommendation under subsection (6)(b) above shall include a statement that in the opinion of the social worker (having regard in particular to the patient's history) both of the conditions set out in [section 25A\(4\)\(b\)](#) and (c) above are complied with.

(9) A supervision application shall also be accompanied by-

(a) a statement in writing by the person who is to be the community responsible medical officer in relation to the patient after he leaves hospital that he is to be in charge of the medical treatment provided for the patient as part of the after-care services provided for him under [section 117](#) below;

(b) a statement in writing by the person who is to be the supervisor in relation to the patient after he leaves hospital that he is to supervise the patient with a view to securing that he receives the after-care services so provided;

(c) details of the after-care services to be provided for the patient under [section 117](#) below; and

(d) details of any requirements to be imposed on him under [section 25D](#) below.

(10) On making a supervision application in respect of a patient the responsible medical officer shall-

(a) inform the patient both orally and in writing;

(b) inform any person who has been consulted under paragraph (a)(iv) of subsection (2) above; and

(c) inform in writing any person who has been consulted under paragraph (b) of that subsection, of the matters specified in subsection (11) below.

(11) The matters referred to in subsection (10) above are-

(a) that the application is being made;

(b) the after-care services to be provided for the patient under [section 17](#) below;

(c) any requirements to be imposed on him under [section 25D](#) below; and

(d) the name of the person who is to be the community responsible medical officer, and of the person who is to be the supervisor, in relation to the patient after he leaves hospital.

Requirements to secure receipt of after-care under supervision

25D. - (1) Where a patient is subject to after-care under supervision (or, if he has not yet left hospital, is to be so subject after he leaves hospital), the responsible after-care bodies have power to impose any of the requirements specified in subsection (3) below for the purpose of securing that the patient receives the after-care services provided for him for under [section 117](#) below.

(2) In this Act "the responsible after-care bodies", in relation to a patient, means the bodies which have (or will have) the duty under [section 117](#) below to provide after-care services for the patient.

(3) The requirements referred to in subsection (1) above are -

(a) that the patient reside at a specified place;

(b) that the patient attend at specified places and times for the purpose of medical treatment, occupation, education or training; and

(c) that access to the patient be given, at any place where the patient is residing, to the supervisor, any registered medical practitioner or any approved social worker or to any other person authorised by the supervisor.

(4) A patient subject to after-care under supervision may be taken and conveyed by, or by any person authorised by, the supervisor to any place

where the patient is required to reside or to attend for the purpose of medical treatment, occupation, education or training.

(5) A person who demands-

(a) to be given access to a patient in whose case a requirement has been imposed under subsection (3)(c) above; or

(b) to take and convey a patient in pursuance of subsection (4) above, shall if asked to do so, produce some duly authenticated document to show that he is a person entitled to be given access to, or to take and convey, the patient.

Treatment requiring consent and second opinion

57. - (1) This section applies to the following forms of medical treatment for mental disorder-

(a) any surgical operation for destroying brain tissue or for destroying the functioning of brain tissue; and

(b) such other forms of treatment as may be specified for the purposes of this section by regulations made by the Secretary of State.

(2) Subject to [section 62](#) below, a patient shall not be given any form of treatment to which this section applies unless he has consented to it and -

(a) a registered medical practitioner appointed for the purposes of this Part of this Act by the Secretary of State (not being the responsible medical officer) and two other persons appointed for the purposes of this paragraph by the Secretary of State (not being registered medical practitioners) have certified in writing that the patient is capable of understanding the nature, purpose and likely effects of the treatment in question and has consented to it; and

(b) the registered medical practitioner referred to in paragraph (a) above has certified in writing that, having regard to the likelihood of the treatment

alleviating or preventing a deterioration of the patient's condition, the treatment should be given.

(3) Before giving a certificate under subsection (2)(b) above the registered medical practitioner concerned shall consult two other persons who have been professionally concerned with the patient's medical treatment, and of those persons one shall be a nurse and the other shall be neither a nurse nor a registered medical practitioner.

(4) Before making any regulations for the purpose of this section the Secretary of State shall consult such bodies as appear to him to be concerned

Treatment requiring consent or a second opinion

58. - (1) This section applies to the following forms of medical treatment for mental disorder-

(a) such forms of treatment as may be specified for the purposes of this section by regulations made by the Secretary of State;

(b) the administration of medicine to a patient by any means (not being a form of treatment specified under paragraph (a) above or [section 57](#) above) at any time during a period for which he is liable to be detained as a patient to whom this Part of this Act applies if three months or more have elapsed since the first occasion in that period when medicine was administered to him by any means for his mental disorder.

(2) The Secretary of State may by order vary the length of the period mentioned in subsection (1)(b) above.

(3) Subject to [section 62](#) below, a patient shall not be given any form of treatment to which this section applies unless-

(a) he has consented to that treatment and either the responsible medical officer or a registered medical practitioner appointed for the purposes of this Part of this Act by the Secretary of State has certified in writing that the patient is capable of understanding its nature, purpose and likely effects and has consented to it; or

(b) a registered medical practitioner appointed as aforesaid (not being the responsible medical officer) has certified in writing that the patient is not capable of understanding the nature, purpose and likely effects of that treatment or has not consented to it but that, having regard to the likelihood of its alleviating or preventing a deterioration of his condition, the treatment should be given.

(4) Before giving a certificate under subsection (3)(b) above the registered medical practitioner concerned shall consult two other persons who have been professionally concerned with the patient's medical treatment, and of those persons one shall be a nurse and the other shall be neither a nurse nor a registered medical practitioner.

(5) Before making any regulations for the purposes of this section the Secretary of State shall consult such bodies as appear to him to be concerned.

Withdrawal of consent

60.--(1) Where the consent of a patient to any treatment has been given for the purposes of [section 57](#) or [58](#) above, the patient may, subject to [section 62](#) below, at any time before the completion of the treatment withdraw his consent, and those sections shall then apply as if the remainder of the treatment were a separate form of treatment.

(2) Without prejudice to the application of subsection (1) above to any treatment given under the plan of treatment to which a patient has consented, a patient who has consented to such a plan may, subject to [section 62](#) below, at any time withdraw his consent to further treatment, or to further treatment of any description, under the plan.

Urgent treatment

62.--(1) **Sections 57** and **58** above shall not apply to any treatment-

(a) which is immediately necessary to save the patient's life; or

(b) which (not being irreversible) is immediately necessary to prevent a serious deterioration of his condition; or

(c) which (not being irreversible or hazardous) is immediately necessary to alleviate serious suffering by the patient; or

(d) which (not being irreversible or hazardous) is immediately necessary and represents the minimum interference necessary to prevent the patient from behaving violently or being a danger to himself or to others.

(2) **Sections 60** and **61(3)** above shall not preclude the continuation of any treatment or of treatment under any plan pending compliance with **section 57** or **58** above if the responsible medical officer considers that the discontinuance of the treatment or of treatment under the plan would cause serious suffering to the patient.

(3) For the purposes of this section treatment is irreversible if it has unfavourable irreversible physical or psychological consequences and hazardous if it entails significant physical hazard.

Treatment not requiring consent

63. The consent of a patient shall not be required for any medical treatment given to him for the mental disorder from which he is suffering, not being treatment falling within **section 57** or **58** above, if the treatment is given by or under the direction of the responsible medical officer.

Discharge of patients

Powers of tribunals

72.- (1) Where application is made to a Mental Health Review Tribunal by or in respect of a patient who is liable to be detained under this Act, the tribunal may in any case direct that the patient be discharged, and-

(a) the tribunal shall direct the discharge of a patient liable to be detained under **section 2** above if they are satisfied -

(i) that he is not then suffering from mental disorder or from mental disorder of a nature or degree which warrants his detention in a hospital for assessment (or for assessment followed by medical treatment) for at least a limited period; or

(ii) that his detention as aforesaid is not justified in the interests of his own health or safety or with a view to the protection of other persons;

(b) the tribunal shall direct the discharge of a patient liable to be detained otherwise than under **section 2** above if they are satisfied-

(i) that he is not then suffering from mental illness, psychopathic disorder, severe mental impairment or mental impairment or from any of those forms of disorder of a nature or degree which makes it appropriate for him to be liable to be detained in a hospital for medical treatment; or

(ii) that it is not necessary for the health or safety of the patient or for the protection of other persons that he should receive such treatment; or

(iii) in the case of an application by virtue of paragraph (g) of **section 66(1)** above, that the patient, if released, would not be likely to act in a manner dangerous to other persons or to himself.

(2) In determining whether to direct the discharge of patient detained otherwise than under **section 2** above in a case not falling within paragraph (b) of subsection (1) above, the tribunal shall have regard-

(a) to the likelihood of medical treatment alleviating or preventing a deterioration of the patient's condition; and

(b) in the case of a patient suffering from mental illness or severe mental impairment, to the likelihood of the patient, if discharged, being able to care for himself, to obtain the care he needs or to guard himself against serious exploitation.

(3) A tribunal may under subsection (1) above direct the discharge of a patient on a future date specified in the direction; and where a tribunal do not direct the discharge of a patient under that subsection the tribunal may-

(a) with a view to facilitating his discharge on a future date, recommend that he be granted leave of absence or transferred to another hospital or into guardianship; and

(b) further consider his case in the event of any such recommendation not being complied with.

(3) Where, in the case of an application to a tribunal by or in respect of a patient who is liable to be detained in pursuance of an application for admission for treatment or by virtue of an order or direction for his admission or removal to hospital under Part 111 of this Act, the tribunal do not direct the discharge of the patient under subsection (1) above, the tribunal may-

(a) recommend that the responsible medical officer consider whether to make a supervision application in respect of the patient; and

(b) further consider his case in the event of no such application being made.

(4) Where application is made to a Mental Health Review Tribunal by or in respect of a patient who is subject to guardianship under this Act, the tribunal may in any case direct that the patient be discharged, and shall so direct if they are satisfied-

(a) that he is not then suffering from mental illness, psychopathic disorder, severe mental impairment or mental impairment; or

(b) that it is not necessary in the interests of the welfare of the patient, or for the protection of other persons, that the patient should remain under such guardianship.

(4) Where application is made to a Mental Health Review Tribunal by or in respect of a patient who is subject to after-care under supervision (or, if he has not yet left hospital, is to be so subject after he leaves hospital), the tribunal may in any case direct that the patient shall cease to be so subject (or not become subject), and shall so direct if they are satisfied-

(a) in a case where the patient has not yet left hospital, that the conditions set out in [section 25A\(4\)](#) above are not complied with; or

(b) in any other case, that the conditions set out in [section 25G\(4\)](#) above are not complied with.

(5) Where application is made to a Mental Health Review Tribunal under any provision of this Act by or in respect of a patient and the tribunal do not direct that the patient be discharged [or, if he is (or is to be) subject to after-care under supervision, that he cease to be so subject (or not become so subject), the tribunal may, if satisfied that the patient is suffering from a form of mental disorder other than the form specified in the application, order or direction relating to him, direct that that application, order or direction be amended by substituting for the form of mental disorder specified in it such other form of mental disorder as appears to the tribunal to be appropriate.

(6) Subsections (1) to (5) above apply in relation to references to a Mental Health Review Tribunal as they apply in relation to applications made to such a tribunal by or in respect of a patient.

After-care

117.-(1) This section applies to persons who are detained under [section 3](#) above, or admitted to a hospital in pursuance of a hospital order made under [section 37](#) above, or transferred to a hospital in pursuance of [a hospital direction made under [section 45A](#) above or a transfer direction made under [section 47](#) or [48](#) above, and then cease to be detained and [(whether or not immediately after so ceasing)] leave hospital.

(2) It shall be the duty of the [Health Authority] and of the local social services authority to provide, in co-operation with relevant voluntary agencies, after-care services for any person to whom this section applies until such time as the [Health Authority] and the local social services authority are satisfied that the person concerned is no longer in need of such services; [but they shall not be so satisfied in the case of a patient who is subject to after-care under supervision at any time while he remains so subject].

(2A) It shall be the duty of the Health Authority to secure that at all times while a patient is subject to after-care under supervision -

(a) a person who is a registered medical practitioner approved for the purposes of [section 12](#) above by the Secretary of State as having special experience in the diagnosis or treatment of mental disorder is in charge of the medical treatment provided for the patient as part of the after-care services provided for him under this section; and

(b) a person professionally concerned with any of the aftercare services so provided is supervising him with a view to securing that he receives the after-care services so provided. I

(2B) Section 32 above shall apply for the purposes of this section as it applies for the purposes of Part II of this Act.

(3) In this [section "the Health Authority" means the Health Authority, and "the local social services authority" means the local social services authority, for the

area] in which the person concerned is resident or to which he is sent on discharge by the hospital in which he was detained.

Ill-treatment of patients

127. (1) It shall be an offence for any person who is an officer on the staff of or otherwise employed in, or who is one of the managers of, a hospital or mental nursing home-

(a) to ill-treat or willfully to neglect a patient for the time being receiving treatment for mental disorder as an inpatient in that hospital or home; or

(b) to ill-treat or willfully to neglect, on the premises of which the hospital or home forms part, a patient for the time being receiving such treatment there as an out-patient.

(2) It shall be an offence for any individual to ill-treat or willfully to neglect a mentally disordered patient who is for the time being subject to his guardianship under this Act or otherwise in his custody or care (whether by virtue of any legal or moral obligation or otherwise).

(2A) It shall be an offence for any individual to ill-treat or willfully to neglect a mentally disordered patient who is for the time being subject to after-care under supervision.

(3) Any person guilty of an offence under this section shall be liable-

(a) on summary conviction, to imprisonment for a term not exceeding six months or to a fine not exceeding the statutory maximum, or to both;

(b) on conviction on indictment, to imprisonment for a term not exceeding two years or to a fine of any amount, or to both.

(4) No proceedings shall be instituted for an offence under this section except by or with the consent of the Director of Public Prosecutions.

ภาคผนวก ง
กฎหมายสุขภาพจิตประเทศไทย
The Mental Health Law

Definition

Article 3. The term, a “mentally disordered person” in this Law refers to a psychotic person (including those who are psychotic due to intoxication), a mentally retarded person or a psychopathic person.

Voluntary admission

Article 22-2 . In case the superintendent of a mental hospital (including a hospital other than a mental hospital with a psychiatric room : the same shall apply, hereinafter) intends to admit a mentally disordered person, the former shall endeavor to admit the latter based on the latter’s consent.

Article 22-3. In case a mentally disordered person has been admitted to a mental hospital voluntarily, the superintendent of the hospital shall, at the time of the admission inform him of the procedures for requesting discharge from the hospital, etc. prescribed in Art. 38-4, and other matters specified by a Health and Welfare Ministerial Ordinance, in writing, and shall receive the document, which bears a statement that he has been admitted voluntarily.

2. In case a voluntarily admitted mentally disordered person (referred to as a “voluntarily admitted person” hereinafter) has requested to be discharged, the superintendent of the mental hospital shall discharge him.

3. With regard to the cases prescribed by the preceding Paragraph, when the superintendent of the mental hospital has, as a result of a medical examination made by a Designated Physician deemed it necessary to continue the admission of the voluntarily admitted person concerned for medical care a custody, the superintendent may despite the provisions in the same paragraph refrain from discharging him for a period of not longer than 72 hours. In this case, the

Designated Physician shall report the matters specified by a Health and Welfare Ministerial Ordinance on the medical examination record, without delay.

4. In case the superintendent of a mental hospital takes the measure prescribed by the preceding Paragraph he shall inform the voluntarily admitted person concerned, of that effect. He shall also inform him of the procedure for the request for discharge, etc., as prescribed in Art. 38-4, and other matters, as specified by a Health and Welfare Ministerial Ordinance, in writing.

Application for the medical examination and custody

Article 23. Any person, who has discovered a person who has been mentally disordered, or is suspected to be mentally disordered, may apply to the Prefectural Governor for a medical examination by a Designated Physician, and for making arrangements for the necessary custody for the said person.

2. When a person intends to file an application as enumerated in the preceding Paragraph, an application form with the following items on it shall be submitted to the Prefectural Governor via the Director of the nearest Health Center:

- (1) The address, the name and the birthday, of the applicant
- (2) A place where the person in question resides at present ; the place of residence, the name, sex, and the birthday, of the person in question
- (3) An outline of the symptoms of the person in question
- (4) The address and the name of a person, if any, who is actually exercising custody over the person in question

Report by a policeman

Article 24. When a policeman, in the execution of his duties, has discovered a person whom he deems to be liable to injure himself or others because of his

mental disorder, judging from his abnormal behavior or other surrounding circumstances, the policeman shall report that effect without delay to the Prefectural Governor via the Director of the nearest Health Center.

Involuntary admission by the Prefectural Governor

Article 29. When a Prefectural Governor, as the result of the medical examination prescribed in Art. 27, has deemed that the examined person is mentally disordered and is liable to injure himself or others because of his mental disorder unless he is admitted to a hospital for his medical care and custody, the Governor may admit him to a mental hospital established by the National or Prefectural Government, or a Designated Hospital.

2. Only when the results of the medical examinations, made by two Designated Physicians or more, designated by the Prefectural Governor concerned, have agreed on the fact that the examined person has been deemed to be mentally disordered and to be liable to injure himself or others because of his mental disorder unless he is admitted to a hospital a hospital, after the said Physicians medical examinations, the Prefectural Governor may then admit him to a hospital in the case, as enumerated in the preceding Paragraph.

3. In case a Prefectural Governor takes the measure prescribed in Par. 1 of this Article, he shall inform the mentally disordered person concerned, of that effect, the procedure for the request for discharge, etc., as prescribed in Art. 38-4, and other matters specified by a health and Welfare Ministerial Ordinance, in writing.

4. The superintendent of a mental hospital established by the National or Prefectural Government, or a Designated hospital, shall accommodate the mentally disordered person enumerated in Par. 1 of this Article, except in the case where there is no vacancy because of the fact that the beds (the beds

involved in the designation in the case of a Designated Hospital of which a part of the Hospital facilities is designated under Art. 5) are already occupied by those admitted, as prescribed in Par. 1 of this Article or Par. 1 of the following Article.

5. A person who is actually admitted to a hospital, as prescribed in Art. 2 of the Mental Hospital Law (Law No. 25 of 1919), at the time of the enforcement of this Law, shall be regarded as the one admitted to the hospital, as prescribed in Par. 1 of this Article.

Article 29-2. In case a Prefectural Governor has been required to take urgent action with regard to a person who has been mentally disordered, or is suspected to be mentally disordered, and has been deemed to fall into the requirements, as enumerated in Par. 1 of the preceding Article, and has been unable to take the procedure prescribed in Arts. 27 and 28 and the preceding Article, the Governor may admit the person in question to a mental hospital, as prescribed in Par. 1 of the preceding article or a Designated Hospital, after the Governor deemed, as a result of directing a Designated Physician designated by the Governor himself to conduct a medical examination, that the person in question has been a mentally disordered one and has been extremely liable to injure himself or others because of his mental disorder unless he is admitted to a hospital without delay.

2. When a Prefectural Governor has taken the measure, as enumerated in the preceding Paragraph, he shall make a decision promptly on whether he will direct the admission of the person concerned, as prescribed in Par. 1 of the preceding Article.

3. The duration of the admission prescribed in Par. 1 of this Article shall last for a period of not longer than 72 hours.

4. The provisions in Pars. 4 to 6 of art. 27 and Art, 28-2, those in Par. 3 of the preceding Article, and those in Par. 4 of the same Article, shall

apply mutatis mutandis to the medical examination prescribed in Par. 1 of this Article, the cases where the measure prescribed in Par. 1 of this Article is taken, and the accommodation of the person admitted, as prescribed in Par. 1 of this Article respectively.

Article 29-3. When the superintendent of a mental hospital or a Designated Hospital prescribed in Par. 1 of Art. 29 has received a report, with regard to a person admitted, as prescribed in Par. 1 of the preceding Article, from the Prefectural Governor to the effect that a measure for the admission prescribed in Par. 1 of Art. 29 would not be taken, or when he has not received a report within the period enumerated in Par. 3 of the preceding Article, to the effect that a measure for the admission prescribed in Par. 1 of Art. 29 would be taken, he shall discharge the person in question without delay.

Admission for medical care and custody

Article 33. With regard to a person who has been deemed by the superintendent of a mental hospital, as a result of the medical examination of a Designated Physician, to be mentally disordered, and thus, to be in need of admission to a hospital for medical care and custody. When a person responsible for his custody has consented to the admission, the superintendent may admit him to the hospital without his own voluntary consent.

2. In case the selection of a person responsible for the custody of the person, as prescribed in the preceding Paragraph, by a Family Court, as prescribed in Item 4 of Par. 2 of Art. 20, is required, and the selection concerned has not been made the superintendent of a mental hospital may admit the said person to the hospital without his voluntary consent for a period of not longer than for weeks until the selection concerned is made, if the person responsible for his support has consented to the admission.

3. The person responsible for support who has agreed on the admission enumerated in the preceding Paragraph, shall be regarded as the one who falls into the provision of Item 4 of Par. 2 of Art. 20, during the admission prescribed by the same Paragraph and shall be regarded as a person responsible for custody prescribed by the same Article, except in the cases to which the provisions of Par. 1 of this Article applies.

4. When the superintendent of a mental hospital has taken the measure prescribed in Par 1 or 2 of the Article, he shall notify the Prefectural Governor via the Director of the nearest Health Center, of the symptoms of the person concerned, and other matters, as specified by a Health and Welfare Ministerial Ordinance, with a letter of consent of the person who has agreed on the admission, within 10 days after the measure was taken.

Article 33-2. When the superintendent of a mental hospital has discharged a person, who was admitted, as prescribed in Par. 1 of the preceding Paragraph (referred to as a "person admitted for medical care and custody" hereinafter), he shall notify the Prefectural Governor via the Director of the nearest Health Center, of that Effect and other matters, as specified by a Health and Welfare Ministerial Ordinance, Within 10 days after the discharge.

Emergency admission

Article 33-4. In case the superintendent of a mental hospital designated by a Prefectural Governor as one in compliance with the criteria specified by the Minister of Health and Welfare, has been required to take urgent action, with regard to a person for whom the superintendent has been requested to provide medical care and custody, and has been unable to obtain the consent of a person responsible for custody (A person responsible for support of the person concerned in the cases prescribed in Par. 2 of Art. 33), may admit the person

concerned to a hospital for a period of not longer than 72 hours, without the consent of the mentally disordered person himself, after the superintendent has concluded as a result of the medical examination conducted by a Designated Physician, that the person in question is mentally disordered, and there would be extreme interference with his medical care and custody unless he is admitted to the hospital without delay.

2. When the superintendent of a mental hospital prescribed in the preceding Paragraph has taken the measure prescribed in the same Paragraph, he shall notify the Prefectural Governor via the Director of the nearest Health Center, of the reasons for his taking the measure concerned, and other matters specified by a Health and Welfare Ministerial Ordinance without delay.

3. When a Prefectural governor has concluded that a mental hospital designated under Par. 1 of this Article is no longer in compliance with the criteria in the same Paragraph, he may cancel the designation.

Temporary admission

Article 34. In case a guardian, a spouse, a spouse, a person who exercises parental power, or any other person responsible for the support of a person who has been deemed by the superintendent of a mental hospital, as a result of the medical examination conducted by a designated Physician, to be suspected to be mentally disordered, and will require a reasonably long time for his diagnosis, has agreed on his admission, the superintendent may admit him to the hospital temporarily for a period of not longer than three weeks without his own voluntary consent.

Regular report

Article 38-2. The superintendent of a mental hospital or a Designated Hospital, which has accommodated a person who was involuntarily admitted by a Prefectural Governor, shall report his symptoms and other matters specified by a Health and Welfare Ministerial Ordinance (referred to as "matters to be reported" hereinafter in this Paragraph), regularly to the Governor via the Director of the nearest Health Center, as specified by a Health and Welfare Ministerial ordinance. In this case, the matters specified by a Health and Welfare Ministerial Ordinance, among other matters to be reported, shall be based on the result of a medical examination conducted by a Designated Physician.

2. The provisions in the preceding Paragraph shall apply mutatis mutandis to the superintendent of a mental hospital which has accommodated a person admitted for medical care and custody. In this case a "person involuntarily admitted by the Prefectural Governor" in the same Paragraph shall read a "person admitted for medical care and custody".

Review based on the regular report, etc.

Article 38-3. 1. When a Prefectural Governor has received a report prescribed in the preceding Article, or a notification prescribed by Par. 4 of Art. 33 (This shall be limited to the one concerning a measure prescribed in Par. 1 of the same Article.), he shall inform the Psychiatric Review Board, of the symptom and other matters, specified by a Health and Welfare Ministerial Ordinance, related to the person admitted, concerning the report or the notification and shall request the Board to review the necessity of the admission.

2. When the Psychiatric Review Board has been requested to conduct a review prescribed by the preceding Paragraph, the Board shall review the necessity of admission, and shall inform the Prefectural Governor of the result of the review.

3. When the Psychiatric Review Board has deemed it necessary in conducting review enumerated in the preceding Paragraph, the Board may listen to the

opinions of the admitted person concerning the review, the superintendent of the mental hospital which has admitted him, and other concerned.

4. When a Prefectural Governor has concluded that there is no necessity for the continuation of admission of an admitted person, based on the result of which the Governor was informed as prescribed in Par.2 of this Article, of the review conducted by the Psychiatric Review Board, he must discharge the admitted person concerned, or must direct the superintendent of the mental hospital to discharge the said person.

Criteria on the Treatment Specified by the Minister of Health and Welfare, Based on the Provision in Par. 1 of Art.37 of the Mental Health

(Health and Welfare Ministerial Notification No.130 of April 8, 1998)

The criteria on the treatment to be specified by the Minister of Health and Welfare, based on the provisions in Par.1 of Art.37 of the Mental Health Law (Law No.123 of 1950) shall be as specified below ,and shall be applicable from July 1,1998.

No.1. Basic Philosophy

The treatment of inpatients shall respect the dignity of the individual patients, and take their human rights into consideration, thereby contributing to the assurance of appropriate psychiatric care and the promotion of their social rehabilitation. In providing treatment, even in cases where a restriction on the freedom of the patients is necessary, the hospitals concerned shall endeavor to explain the restriction to the patients as much as possible , and the restrictions shall be carried out by methods which impose the minimum level of necessary restrictions, depending upon the severity of the symptoms of the patient.

No.4. Physical Restraint

1. Basic Concept

(1) Physical restraint is a restriction on the patients' freedom of movement, which is used out of sheer necessity until an alternative method can be employed, because the degree of restriction in physical restraint is extreme and physical restraint can possibly cause a secondary physical disorder. The hospital concerned shall endeavor to switch to other methods, as early as possible.

(2) Physical restraint is the restriction on the patients' freedom of movement, with emphasis placed on the protection of the life of the patient concerned, and the prevention of serious physical injuries. Physical restraint shall never be used in order to punish, chastise, or make an example, of the patient

(3) When imposing physical restraint, such articles as clothing, a cotton-stuffed belt, etc., which are made with special consideration for the purpose of imposing physical restraint, shall be used. Implements of punishment, such as handcuffs, or a cord, a rope or and other article or device, which is used for purposes other than physical restraint, shall not be used.

2. Matters relating to the patients who be compelled to receive physical restraint

The patients who may be compelled to receive physical restraint shall be those who fall into the following cases primarily. Physical restraints shall be used when there is no other reasonable alternative method available.

a. A case where an attempt of suicide or a self-injurious behavior is extremely imminent.

ประวัติผู้เขียน

นาย กฤษณ์ เจริญธุรกิจ เกิดเมื่อ วันที่ 12 สิงหาคม 2517 ที่จังหวัด สงขลา จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาตอนต้นจากโรงเรียนเทพมิตรศึกษาและโรงเรียนสุราษฎร์ธานี ตามลำดับ สอบเทียบได้ระดับมัธยมศึกษาตอนปลายและสำเร็จการศึกษาเป็นนิติศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ปี 2538 เนติบัณฑิตไทยสมัยที่ 50 ปี 2540 อดีตเคยรับราชการใน ตำแหน่ง นิติกร สำนักงานปลัดกระทรวงเกษตรและสหกรณ์



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย