



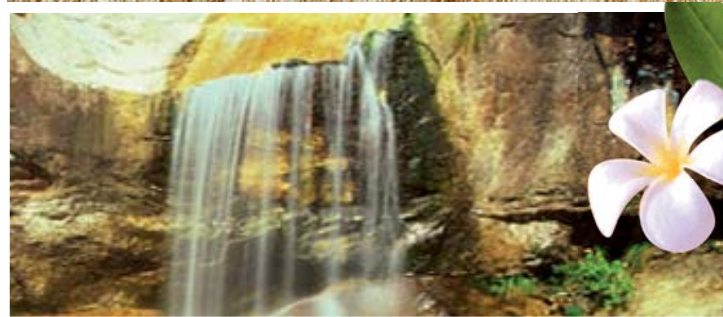
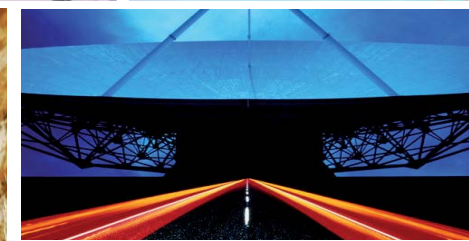
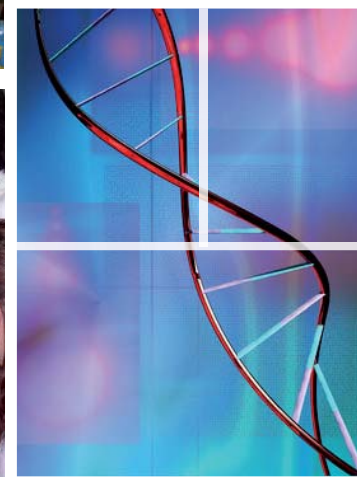
ข่าวสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

จิตแพทย์สัมพันธ์

[The Newsletter of the Psychiatric Association of Thailand] ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2551



จากอดีต... ปัจจุบัน... สู่อนาคต
55 ปี สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
จะก้าวไกลไปสู่หนึ่งรอบศตวรรษ
ด้วยความฝันใหญ่ ของจิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคต





จิตแพทย์สัมพันธ์

สมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

บรรณาธิการ : พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์

น.อ.วศิน บำรุงชีพี ร.น.

นพ.สมนึก หลิมศิริวัฒน์

สำนักงานจดสาร : ศูนย์สุขภาพจิตที่ 13 กรมสุขภาพจิต

E - mail : ampombenja@yahoo.com

บรรณาธิการแถลง

สวัสดีค่ะ...

ว่างเว้นกันไปบ้างสำหรับจดสารจิตแพทย์สัมพันธ์ แต่ที่สุดแล้วก็มีโอกาสกลับมาทักทายพี่น้องผองเพื่อนในการก้าวสู่ปีที่ 11 ของจดสารที่เชื่อมโยงสัมพันธ์ภาพของเรา พร้อมกับการครบรอบ 55 ปี ของสมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ที่ได้พิสูจน์ว่าวิชาชีพที่เราภูมิใจนี้มีบทบาทมากมายในการร่วมสร้างสรรค์สังคม...

มากมายแค่ไหน... ลองสำรวจตัวอย่างเล็กๆ น้อยๆ ในจดสารฉบับนี้กันได้เลยค่ะ และหากมีข้อแลกเปลี่ยนอย่างไร อย่าลังเลใจที่จะสื่อสารกันเข้ามานะคะ

พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์

content

จากอดีต... ปัจจุบัน... สู่ออนาคต 55 ปี สมาคมนจิตแพทย์แห่งประเทศไทยจะก้าวไกลไปสู่หนึ่งรอบศตวรรษ ด้วยความฝันใหญ่ของจิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคต

3



.....รู้จักกฎหมายสุขภาพจิต.....



6

รู้จัก "สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตและเครือข่าย"

10



เข้าใจแบบคุณหมอ

12

มองเพื่อนบ้าน

14



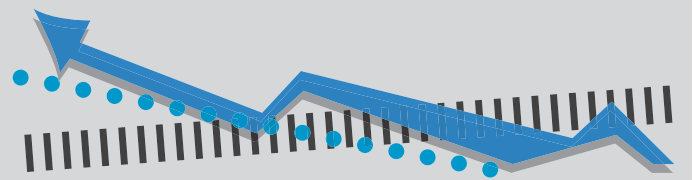
จากอดีต... ปัจจุบัน... สู่อนาคต
55 ปี สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
จะก้าวไกลไปสู่หนึ่งรอบศตวรรษ
ด้วยความฝันใหญ่ ของจิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคต

ศ.นพ.ฝน แสงสิงแก้ว ได้เป็นผู้ก่อตั้งสมาคมจิตแพทย์ฯ และจดทะเบียนสมาคมฯ ไว้เมื่อปี พ.ศ. 2496 นับจนถึงปัจจุบันสมาคมจิตแพทย์ฯ ก็มีอายุยืนยาวถึง 55 ปีแล้ว นับว่าเป็นสมาคมจิตแพทย์ที่มีอายุยืนยาวมากที่สุดในภูมิภาคอาเซียน

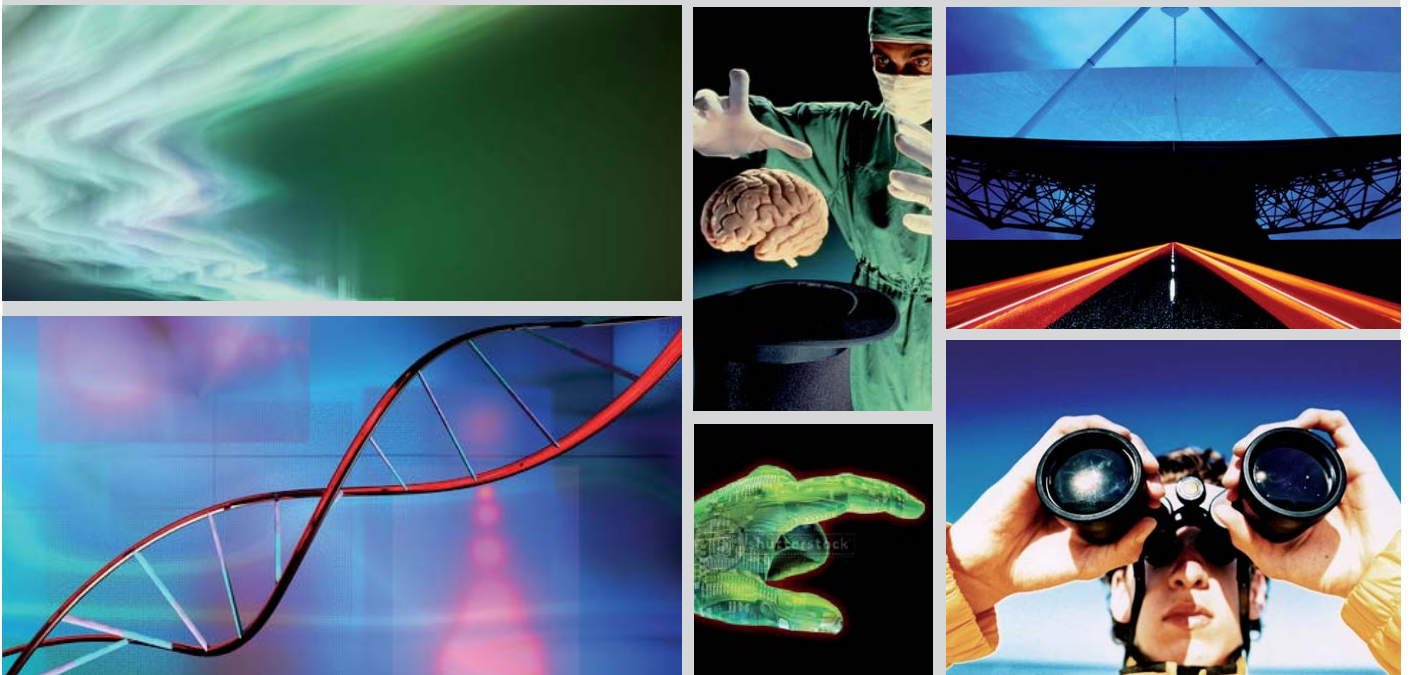
ตลอดเวลา 55 ปีที่ผ่านมา สมาคมจิตแพทย์ฯ ได้ทำหน้าที่ตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ 4 ประการ คือ

- บำรุงและส่งเสริมการแพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย
- เผยแพร่ความรู้ในวิชาการจิตเวชศาสตร์ทั้งผ่านวารสารสมาคมจิตแพทย์ฯ และตำราที่จัดพิมพ์โดยสมาคมฯ
- ร่วมมือกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในประเทศไทย
- ร่วมมือกับสมาคม องค์กรและสถาบันการแพทย์สาขาจิตเวชศาสตร์ในต่างประเทศ

สมาคมจิตแพทย์ฯ ได้จัดให้มีการประชุมวิชาการประจำปีขึ้นทุกปี จนเมื่อมีราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยแล้ว สมาคมจิตแพทย์ฯ จึงได้ร่วมมือกับราชวิทยาลัยจิตแพทย์ฯ และกรมสุขภาพจิตในการจัดประชุมวิชาการประจำปีโดยสมาคมจิตแพทย์ฯ จะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในงานเลี้ยงสังสรรค์ประจำปีแทน นอกจากนี้สมาคมฯ ยังจัดให้มีกิจกรรมรณรงค์สงกรานต์ขอพรจิตแพทย์อาวูโส งานเลี้ยงแสดงความยินดีกับแพทย์ประจำบ้านที่สำเร็จการศึกษาเป็นประจำทุกปี รวมทั้งการคัดเลือกจิตแพทย์ดีเด่นในสาขาต่าง ๆ ทุก 2 ปี และการมอบรางวัลทุนวิจัย ศ.หลวงวิเชียรแพทยาคมทุก 2 ปีด้วย

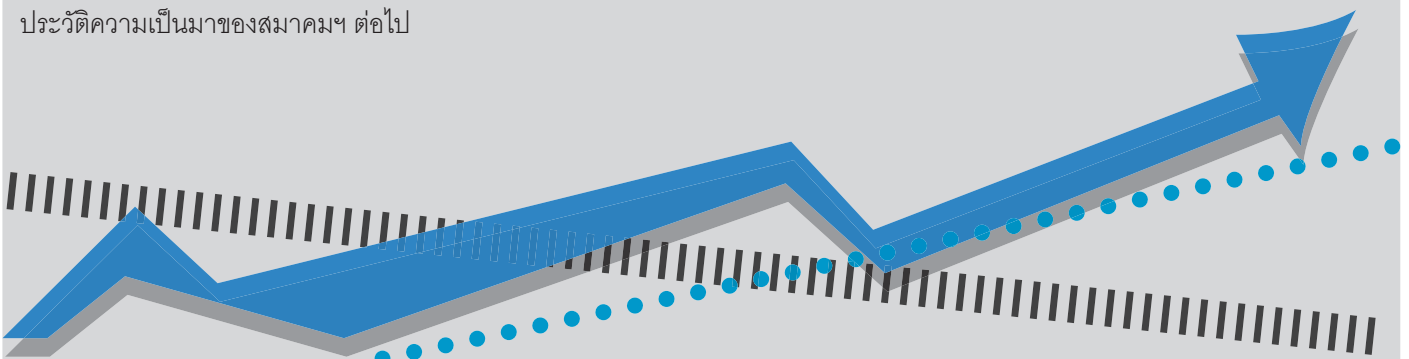


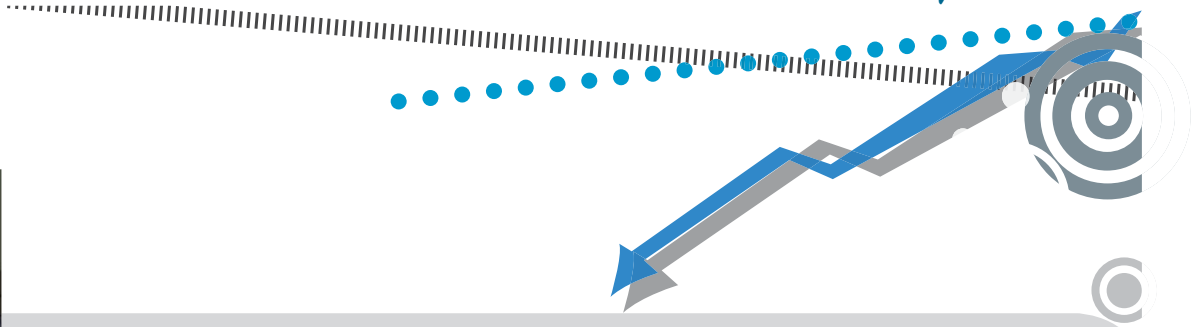
ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา สมาคมฯ ได้ปรับรูปแบบในการบริหารงานใหม่ รวมทั้งการจัดให้มีกิจกรรมใหม่ๆ เพิ่มเติม โดยยึด 2 ยุทธศาสตร์หลักคือ “เชื่อมโยงจิตแพทย์ทั่วโลกเชื่อมไป จิตแพทย์ทั่วโลก” และ “สนับสนุนจิตแพทย์รุ่นเยาว์ของไทย ให้ก้าวไกลไปสู่เวทีโลก” จึงมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์นี้เช่น “จิตแพทย์สัมพันธ์สัญจร” โดยคณะกรรมการสมาคมฯ ส่วนหนึ่งจะไปพบปะกับสมาชิกตามจังหวัดในภูมิภาคต่าง ๆ ปีละ 3-4 ครั้ง รวมทั้งร่วมกับจิตแพทย์ในจังหวัดนั้น จัดบรรยายให้ความรู้แก่ประชาชน ตามโครงการที่เรียกว่า “จิตเวชนำร่องสู่ประชาชนสัญจร” และได้เชื่อม website ของสมาคมฯ ไปสู่ website ของสมาคมจิตแพทย์โลก (World Psychiatric Association, WPA) รวมทั้งมีการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มองค์กรอื่น ๆ ในต่างประเทศ เช่นกลุ่ม South Asian Forum (SAF) กลุ่มสมาคมจิตแพทย์ในภูมิภาคอาเซียน และได้กระชับความสัมพันธ์กับสมาคมจิตแพทย์ เกาหลี, ญี่ปุ่น, ไต้หวัน โดยเชิญนายกสมาคมและกรรมการสมาคมของประเทศเหล่านี้มาร่วมในการประชุมวิชาการประจำปีหรือการประชุมนานาชาติวิชาการภาคฤดูร้อน (Summer Variety Meeting) ดังกรณีของสมาคมจิตแพทย์ญี่ปุ่น (JSPN) ซึ่งถือเป็นหนึ่งในกิจกรรมฉลองครบรอบ 120 ปี ความสัมพันธ์ทางการทูตระหว่างไทยกับญี่ปุ่นด้วย



ส่วนกิจกรรมที่สนับสนุนจิตแพทย์รุ่นเยาว์สมาคมฯ ได้จัดให้มีทุนไปฝึกอบรม / ดูงานระยะสั้น ที่มหาวิทยาลัยเมลเบิร์น และมหาวิทยาลัยโตรอนโต, ทุนไปดูงานด้านจิตเวชชุมชนที่เกาหลี และโครงการพัฒนาศักยภาพการวิจัยของจิตแพทย์รุ่นเยาว์ โดยมีจิตแพทย์รุ่นพี่ทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง (mentor) ตามโครงการที่เรียกว่า Mentor & Mentee (M&M) Program และในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ได้คัดเลือกจิตแพทย์รุ่นเยาว์ของไทยให้เป็นตัวแทนของสมาคมจิตแพทย์ฯ ไปประชุม และหรือนำเสนอผลงานทางวิชาการในการประชุม WPA International Congress (IC) ทั้งที่เมืองอิสตันบูล ประเทศตุรกี ในปี พ.ศ. 2549 และที่เมืองเมลเบิร์น ประเทศออสเตรเลีย ในปี พ.ศ. 2550 รวมทั้งการประชุม WPA Regional Meeting (RM) ที่กรุงโซล เกาหลีด้วย

ในปี พ.ศ. 2551 ซึ่งเป็นปีที่สมาคมจิตแพทย์ฯ ครบ 55 ปีนี้ คณะกรรมการอำนวยการสมาคมฯ ชุดที่แล้ว และชุดใหม่ เห็นว่าควรคงกิจกรรมดังกล่าวข้างต้นต่อไป และเห็นชอบให้จัดทำบัตรสมาชิกสมาคมจิตแพทย์ฯ เพื่อเป็นการ update ข้อมูลของสมาชิก พร้อมมอบ password ให้กับสมาชิก เพื่อสามารถเข้าไปใน website สมาคมฯ ในส่วนที่เปิดเฉพาะให้สมาชิกได้ รวมทั้งจัดทำโปสเตอร์ เพื่อเผยแพร่ประวัติความเป็นมาของสมาคมฯ ต่อไป





มุมมองจากอดีตนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย พลโท อรุณ เชาวนาชัย

...สมาคมจิตแพทย์เปลี่ยนไปแยะ ตั้งแต่ 2497 – 2498 ผมอยู่กับอาจารย์หมอฟันที่สมเด็จพระเจ้าพระยา ต่อมาปี 2503 ไปเรียนต่ออเมริกา... ก็มีการเปลี่ยนแปลงไปเรื่อย ๆ จนถึงเมื่อสักครู่นี้เพิ่งไปสอนที่ศิริราช คนก็เข้าใจเรื่องจิตเวชกันดีมากขึ้น รู้จัก psychopharmacology ได้ละเอียดขึ้นวิทยาศาสตร์ก็พัฒนาไปมากทำให้จิตแพทย์หลายคนก็เป็น organic psychia-trist มากขึ้น แต่ก็อยากให้เราไม่ละเลย dynamic psychiatry ไม่มี defense และ coping mechanism.....อยากให้จิตแพทย์ให้ความสำคัญทั้งสองส่วนนี้ประกอบกับเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดูแลคนไข้สูงที่สุด

หวังว่าความก้าวหน้าของเราจะยังมีอีกมาก ไม่หยุดยั้ง เช่น forensic psychiatry จิตแพทย์จะเข้าไปเกี่ยวพันกับการสืบสวนและช่วยเรื่องคดีความมากขึ้นและอีกเรื่องคือ Euthanasia ใน death and dying ที่เราจะช่วยผู้คนที่ได้อีกมากเลย

อยากให้จิตแพทย์ดูแลผู้เจ็บป่วยทางจิตใจที่มีความทุกข์ กลุ่มผู้ป่วย suicide ผู้ที่กำลังสับสน ต้องแก้ไขปัญหาชีวิต จะต้องทำ abortion มีอีกหลายบทบาทที่เราช่วยสังคมได้....

...แต่ที่สำคัญการเรียนรู้จิตเวชนั้น ควรต้องรู้จักตัวเองด้วย...ว่า Where am I?

และอยากฝากให้นึกถึงเสมอว่า.. I want you to become a psychiatrist.ไม่ใช่เพียงแต่..... learning psychiatry.



ศ.นพ.พิเชฐ อุดมรัตน์ สารจากนายกสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย

สิ่งที่ผมอยากฝากให้สมาชิกช่วยกันคิดก็คือ สมาคมฯ ได้ถือกำเนิดเมื่อ 55 ปีที่แล้ว ในยุคสมัยที่เทคโนโลยีสารสนเทศ และโลกาภิวัตน์ยังไม่เจริญก้าวหน้าเช่นในปัจจุบัน ทำให้ตำแหน่งของคณะกรรมการอำนวยการไม่ได้ครอบคลุมถึงภารกิจในยุคดิจิทัล เช่น ไม่มีตำแหน่ง webmaster, ไม่มีตำแหน่งของฝ่ายจุลสาร (จิตแพทย์สัมพันธ์) หรือฝ่ายตำรา, ไม่มีตำแหน่งอุปนายกภายใน (หรืออุปนายกคนที่ 1) กับอุปนายกภายนอก (หรืออุปนายกคนที่ 2) ด้วยภารกิจของสมาคมที่หลากหลายขึ้น สมาชิกคงต้องช่วยกันมาคิดว่า สมาคมฯ ควรจะ re-engineering ทั้งโครงสร้าง, การบริหารงาน, พันธกิจ, วิสัยทัศน์, ยุทธศาสตร์ และกิจกรรมต่าง ๆ หรือไม่ เพื่อให้สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้ “ก้าวไกล” ไปสู่ 1 รอบศตวรรษ ในอีก 45 ปีข้างหน้าได้อย่าง สมความตั้งใจ

อนาคตของสมาคมฯ จะเป็นเช่นใด ไม่ได้เกิดจากใคร แต่เกิดจากความร่วมแรงร่วมใจของสมาชิกของเราทุกคน จึงขอเชิญชวนสมาชิกสมาคมฯ ทุกท่านช่วยกันเขียนเล่าความฝันใหญ่ (big dream) ของจิตเวชศาสตร์ไทยในอนาคต ในทัศนะของท่าน มาเผยแพร่ในจุลสารจิตแพทย์สัมพันธ์ด้วยครับ

รู้จักคุณมาจากคุณภาพจิต.....

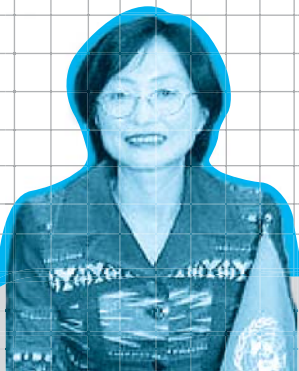


นพ.มด.สมพงษ์ จิตพันธ์
อธิบดีกรมสุขภาพจิต

นับตั้งแต่กรมสุขภาพจิตได้จัดทำร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 จนกระทั่งขณะนี้ได้ประกาศในพระราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551 และมีผลบังคับใช้ในวันถัดไปคือ วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นไป พระราชบัญญัตินี้จึงเป็นกฎหมายใหม่ที่มีความเกี่ยวข้องกับชีวิตการทำงานของพี่น้องชาวจิตแพทย์อย่างยิ่งยวด ทั้งนี้ กฎหมายนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อคุ้มครองผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตให้ได้รับการบำบัดรักษา รวมทั้งเป็นการป้องกันอันตรายอันเกิดจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อตนเอง ผู้อื่น และสังคม

สาระสำคัญของพระราชบัญญัตินี้ได้ถูกแบ่งออกเป็น 6 หมวดที่ครอบคลุมถึงคณะกรรมการสิทธิผู้ป่วยการบำบัดรักษาทางสุขภาพจิต การอุทธรณ์ พนักงานเจ้าหน้าที่ และบทกำหนดโทษ

ขณะนี้ รายละเอียดของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 ได้ถูกเผยแพร่ใน website ของกรมสุขภาพจิตคือ www.dmh.go.th และ website ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย คือ www.psychiatry.or.th อย่างครบถ้วนแล้ว และเป็นที่น่าคาดหวังได้ว่าพระราชบัญญัติจะเป็นอีกองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้บุคคลที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนและประชาชนทั่วไปจะได้เห็นความสำคัญเกิดความตระหนักและมีความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายสุขภาพจิต และสามารถดำเนินไปสู่การคุ้มครองสุขภาพจิตของประชาชนและสังคมต่อไป



พ.ศ.ฉวต ๖กรภ๖สรพวษ
สวณภ๖ค๖ข๖ส๖ร๖น๖คร๖น๖ทร๖กร๖ม๖ส๖ภ๖พ๖จ๖ต

**ห้องจริง ๆ ห้องจริง ๆ ห้องจริง ๆ : แรกรกระตุ้นของสังคม
สู่การมีกฎหมายสุขภาพจิตของประเทศไทย**

ต้นฤดูร้อนปีที่แล้ว (พ.ศ. 2550) มีข่าวการฟ้องโรงพยาบาลศรีธัญญาซึ่งดังกระฉ่อนไปทั่วโลก (เนื่องจากเดี๋ยวนี้นคนไทยต่างแดนรับข่าวสารทางอินเทอร์เน็ต) เมื่อครอบครัวของคนที่ดังอย่างคุณหมอต่านหนึ่งได้นำคุณหมอส่งรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มผู้ที่บอกว่าเป็นเพื่อนสนิทและพนักงานสอบสวนร่วมกันฟ้องว่าโรงพยาบาลศรีธัญญากักขัง หน่วงเหนี่ยวผู้ที่ปกติดีทุกอย่าง เป็นการกระทำโดยมิชอบด้วยกฎหมาย ขอให้ศาลได้ให้ความยุติธรรม สั่งปล่อยตัวคุณหมอด้วย ดิฉันต้องไปหลบร้อน นั่งในห้องพิจารณาคดีติดเครื่องปรับอากาศเย็นฉ่ำที่ศาลอาญาตั้งสองวัน ไปในฐานะพยานผู้เชี่ยวชาญของศาล จิตแพทย์หลายคนพอทราบว่าศาลใช้มาตรการความเห็นที่สองก็รู้สึกหงุดหงิด คิดว่าศาลไม่เชื่อใจโรงพยาบาลศรีธัญญา แต่ที่จริงแล้วศาลต้องการให้มีการไต่สวนพยานที่ไม่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อที่จะไม่ถูกสังคมเคลือบแคลงในการตัดสิน เพราะสิ่งที่เป็นความจริง ไม่ว่าจะตรวจโดยทีมจิตเวชสถาบันใด หากมีมาตรฐานเช่นเดียวกัน ผลที่ได้ก็ต้องไปในทางเดียวกัน ศาลรับฟังความเห็นของแพทย์อย่างมาก เมื่อมีการเรียนให้ศาลทราบว่าหากมีการไต่สวนอาการของผู้ป่วยต่อหน้าผู้ที่เข้าฟังในห้องพิจารณาคดีจะทำให้ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องได้รับความเสียหายได้ ศาลจึงให้มีการไต่สวนแพทย์ทั้งสองสถาบันเป็นการลับ นอกจากนี้เมื่อได้แจ้งข้อมูลปัจจัยด้านจิตสังคมที่จะเอื้อต่อการบำบัดรักษาเพื่อขอให้ศาลพิจารณานุญาตดำเนินมาตรการที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ศาลรับฟังและอนุญาต ผลการพิจารณาของศาลเป็นอย่างไร ทุกท่านก็ได้ทราบโดยการนำเสนอข่าวของสื่อมวลชนแล้ว

ต่อมาเมื่อกรณีที่มาชิกครอบครัวนำส่งบุคคลในครอบครัวรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์อีกหนึ่งรายที่มีลักษณะคล้ายกับกรณีแรก แม้ว่ารายนี้ผู้ที่เป็น “เพื่อน” กับผู้ป่วยจะไม่ได้ฟ้องศาลอาญา แต่ก็ได้ยื่นหนังสือร้องเรียนต่อรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงยุติธรรม เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทุกฝ่าย ทางสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ได้เชิญ

จิตแพทย์ที่เป็นกรรมการราชวิทยาลัยจิตแพทย์ จิตแพทย์จากโรงพยาบาลศรีธัญญาและจิตแพทย์นอกราชการได้ร่วมตรวจวินิจฉัยและให้ความเห็นต่อแผนการรักษาด้วย สำหรับการดำเนินการตามที่อยู่ร้องได้ยื่นเรื่องไว้ ยังไม่ทราบว่าแล้วเสร็จหรือไม่

ในระหว่างที่กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้มีความผิดปกติทางจิตและกรมสุขภาพจิตร่วมกันดำเนินการพัฒนาและร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตเพื่อให้ประเทศไทยได้มีกลไกทางกฎหมายที่คุ้มครองให้ผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตได้รับความคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงบริการบำบัดรักษา สามารถอยู่ในสังคมได้โดยไม่ถูกกีดกันและมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกับบุคคลทั่วไปนั้น แม้ว่าสังคมเริ่มตระหนักเห็นความสำคัญของการป้องกันอันตรายที่กระทำโดยผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตจากกรณีที่มีผู้ป่วยหญิงแทงเด็กนักเรียนในโรงเรียนชื่อดังย่านถนนสาทรก็ตาม แต่แล้วกระแสการสนับสนุนจากทางการเมืองและสังคมยังไม่หนุนเนื่องแรงพอ จนกระทั่งเกิดเหตุการณ์ทั้งสองเรื่องดังกล่าวตั้งต้นก่อปรกบมีการเปลี่ยนแปลงทางการเมือง รัฐบาลภายใต้การสนับสนุนของคมช. ได้เห็นความสำคัญของร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิต คณะรัฐมนตรีจึงได้ผ่านกฎหมายฉบับดังกล่าวเพื่อให้คณะกรรมการกฤษฎีกาได้ตรวจจสอบ ทบทวนและปรับแก้ไข จากนั้นจึงนำเข้าสู่การพิจารณาของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ หลังจากผ่านการรับหลักการในวาระหนึ่งแล้ว ร่างกฎหมายฉบับนี้ได้ผ่านการแก้ไขอีกครั้งโดยคณะกรรมการวิสามัญของสภา มีตัวแทนจิตแพทย์ที่เป็นกรรมการชุดนี้ ได้แก่ รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ธนชัย คงสกนธ์ ซึ่งเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทั้งด้านจิตเวชและด้านกฎหมาย และนายแพทย์ศรีโรจน์ เตชะมีเกียรติชัย ซึ่งเป็นตัวแทนจากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ส่วนแพทย์ที่เกี่ยวข้องกับงานสุขภาพจิตที่มาจากฝ่ายบริหารได้แก่ นายแพทย์ปราษฎ บุญยวงศิริโรจน์ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อดีตอธิบดีกรมสุขภาพจิตและสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติกับนายแพทย์อภิชาติ มงคล รองอธิบดีกรมสุขภาพจิตซึ่งทำหน้าที่ผู้ช่วยเลขาธิการคณะกรรมการวิสามัญชุดนี้ งานนี้ต้องขอขอบคุณนายแพทย์อำพล จินดาวัฒนะ สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติและ

เลขานุการฯ ซึ่งมีส่วนในการติดตาม ผลักดันให้สามารถนำร่างกฎหมายฉบับนี้สู่การพิจารณาของสภาฯ ในวาระสองและวาระสามได้ทันตามกำหนด คงเป็นเพราะสภาฯ เห็นว่าถึงวาระแล้วที่ประเทศไทยต้องมีกฎหมายสุขภาพจิตและเป็นกฎหมายที่ไม่ได้มีประเด็นขัดแย้งทางความคิดและผลประโยชน์ทางการเมืองและทางธุรกิจแต่ประการใด ร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตจึงผ่านความเห็นชอบจากสภาฯ วาระสองและวาระสามอย่างรวดเร็วในวันที่ 20 ธันวาคม 2550 เป็นของขวัญปีใหม่สำหรับประชาชนชาวไทย ผู้ที่อยู่ทั้งเบื้องหน้าและเบื้องหลังของการผลักดันพระราชบัญญัติฉบับนี้ที่ต้องเอยนามท่าน ก็คือ นายแพทย์หม่อมหลวงสมชาย จักรพันธุ์ อธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ท่านได้ผลักดันนโยบายที่สำคัญนี้อย่างแน่วแน่

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดชมีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยคำแนะนำและยินยอมของสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ณ วันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2551 ซึ่งเป็นปีที่ 63 ในรัชกาลของพระองค์ มีการประกาศในราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 125 ตอนที่ 36 ก วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2551 จึงมีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2551 เป็นต้นมา

การนำกฎหมายฉบับนี้ไปบังคับใช้ในทางปฏิบัติที่เป็นจริงนั้น ยังมีขั้นตอนของการเลือกตั้งและแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ คณะกรรมการสถานบำบัดรักษาคณะกรรมการอุทธรณ์ พนักงานเจ้าหน้าที่การจัดทำระเบียบประกาศหลักเกณฑ์และวิธีการรวมทั้งหนังสือ (แบบฟอร์ม) ในขั้นตอนการปฏิบัติตามข้อกำหนดที่ปรากฏในพระราชบัญญัติ เนื่องจากทำให้มีการกำหนดหลักการสำคัญ ๆ ในกฎหมายระดับพระราชบัญญัตินั้น ๆ จะไม่ลงรายละเอียดในการปฏิบัติเพราะอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงได้เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลง การที่ต้องมีกฎหมาย กฎเกณฑ์ในระดับรองลงมาก็คือเพื่อให้มีการปฏิบัติไปในทางเดียวกันซึ่งกฎดังกล่าวจะต้องผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติก่อน แล้วจึงจะประกาศให้ใช้อย่างเป็นทางการกฎเกณฑ์ที่สำคัญบางฉบับต้องมีการประกาศในราชกิจจานุเบกษาด้วย โดยเฉพาะประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการจำกัดเสรีภาพของบุคคล ส่วนระเบียบ หลักเกณฑ์และวิธีการที่ไม่ได้กระทบถึงเสรีภาพของประชาชนโดยตรงนั้นก็สามารถผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติแล้วประกาศใช้ได้ หลักเกณฑ์และหนังสือที่ต้องประกาศในราชกิจจานุเบกษา ได้แก่ หนังสือให้ความยินยอมกรณีที่ต้องรับผู้ป่วยไว้เป็นแบบผู้ป่วยใน (ซึ่งหมายถึงว่าต่อไปการลงนามในหนังสือยินยอมเป็นผู้ป่วยในต้องใช้แบบฟอร์มเดียวกันทั่วประเทศ) ตามมาตรา 21

วรรคสี่ หลักเกณฑ์และวิธีการในการพิจารณาและมีคำสั่งบังคับรักษากรณีที่มีผู้มีความผิดปกติทางจิตมีภาวะอันตรายหรือมีความจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาตามมาตรา 29 ทั้งนี้หลักการพื้นฐานนั้นการให้การรักษาผู้มีความผิดปกติทางจิตต้องได้รับความยินยอมจากผู้ป่วยหรือผู้ทำหน้าที่แทนกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถให้ความยินยอมได้ แต่ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะอันตรายทั้งต่อตนเอง ต่อผู้อื่นและต่อทรัพย์สิน ตลอดจนผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา (เช่น ผู้ป่วยโรคจิตที่เรื้อรัง ผู้ป่วยสมองเสื่อม) ตามมาตรา 22 และไม่สามารถรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง และ/หรือผู้ดูแลก็ไม่มีความรู้ ไม่ตระหนักและไม่สามารถนำผู้ป่วยส่งรักษาได้ เมื่อมีผู้แจ้งต่อพนักงานเจ้าหน้าที่ตามพระราชบัญญัตินี้ (ซึ่งในกฎหมายฉบับนี้ หมายถึงผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ให้บริการบำบัดรักษาดูแลประชาชนที่มีความเจ็บป่วยตั้งแต่บริการระดับปฐมภูมิจนถึงตติยภูมิ) หรือพนักงานฝ่ายปกครองหรือตำรวจว่ามีบุคคลที่เข้าข่ายดังกล่าว ก็ให้ผู้มีหน้าที่รับผิดชอบดังกล่าวนำตัวผู้ที่สงสัยว่าจะมีความผิดปกติทางจิตไปยังสถานพยาบาลของรัฐ เพื่อให้มีการประเมินเบื้องต้นหรือนำส่งสถานบำบัดรักษา (ตามกฎหมายฉบับนี้หมายถึง โรงพยาบาลที่มีทีมบริการจิตเวชเฉพาะทาง) กรณีที่สถานบำบัดรักษาอยู่ไกลกว่า เพื่อประเมินสภาพจิตอันนำไปสู่การวินิจฉัยและการดำเนินการช่วยเหลือตามความจำเป็นและเหมาะสม เมื่อสถานพยาบาลของรัฐที่ไม่มีทีมเฉพาะทางประเมินเบื้องต้นแล้วและผู้ถูกนำส่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินและวินิจฉัยจากทีมจิตเวชเฉพาะทางก็ให้ส่งต่อไปยังสถานบำบัดรักษา เมื่อมีการประเมินจากคณะกรรมการสถานบำบัดรักษาแล้วเห็นควรต้องมีการบังคับรักษาซึ่งอาจจะแบบผู้ป่วยนอก หากว่าบุคคลนั้นไม่มีความอันตรายแต่มีความจำเป็นต้องได้รับการรักษาและมีผู้รับดูแลโดยอาจจะกำหนดเงื่อนไขที่จำเป็นเกี่ยวกับการบำบัดรักษาให้ผู้ป่วยหรือผู้รับดูแลต้องปฏิบัติตามก็ได้ (เช่น ผู้รับดูแลติดตามกำกับเรื่องการรักษาพยาบาลของแพทย์พบแพทย์ตามกำหนดนัดหมาย การลดการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมรุนแรงต่อกัน) แต่ถ้าหากบุคคลนั้นมีภาวะอันตรายไม่ว่าจะต่อตัวเขาเอง ต่อบุคคลอื่นหรือต่อทรัพย์สินและมีความจำเป็นต้องได้รับการรักษา ก็ให้มีคำสั่งรับไว้เป็นผู้ป่วยในได้

ขั้นตอนที่มีความจำเป็นเร่งด่วนซึ่งปรากฏในบทเฉพาะกาล คือ การดำเนินการให้มีคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติภายในหนึ่งร้อยยี่สิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัติฉบับนี้ใช้บังคับ คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ ประกอบด้วย นายกรัฐมนตรีหรือรองนายกรัฐมนตรีที่นายกรัฐมนตรีมอบหมายเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน มีอธิบดีกรมสุขภาพจิตเป็นกรรมการและเลขานุการข้าราชการของกรมสุขภาพจิตซึ่งอธิบดีแต่งตั้งจำนวนไม่เกินสอง

คนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ คณะกรรมการที่เหลือประกอบด้วย 3 ส่วน คือ (1) ข้าราชการประจำ ได้แก่ ปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ปลัดกระทรวงมหาดไทย ปลัดกระทรวงยุติธรรม ปลัดกระทรวงแรงงาน ปลัดกระทรวงศึกษาธิการ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข อัยการสูงสุด ผู้บัญชาการตำรวจแห่งชาติ และเลขาธิการคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (2) ผู้แทนองค์กรภาคเอกชนที่เป็นนิติบุคคล (มูลนิธิ สมาคม) และมีวัตถุประสงค์เกี่ยวกับการคุ้มครองดูแลบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ซึ่งเลือกกันเองจำนวนสี่คน (3) ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนหกคน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ในสาขาการแพทย์จิตเวช จิตวิทยาคลินิก สังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช กิจการรพบำบัดและกฎหมาย สาขาละหนึ่งคน วิธีการคัดเลือกและแต่งตั้งกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติในสองและสามนั้นคงจะได้ประกาศและดำเนินการในเร็ว ๆ นี้ เมื่อได้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติแล้ว ภาระหน้าที่ที่ต้องดำเนินการโดยเร็ว คือ การกำหนดแบบหนังสือยินยอมรับการบำบัดรักษา การวางระเบียบหรือประกาศเกี่ยวกับการปฏิบัติการตามพระราชบัญญัติฉบับนี้ รวมทั้งการกำหนดหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการ กรณีที่ผู้ป่วยที่ถูกบังคับรักษาแบบผู้ป่วยใน เมื่อผลการบำบัดรักษาดีขึ้นจนสามารถจำหน่ายสู่ชุมชนได้แล้ว แต่ไม่มีผู้รับดูแล ก็ต้องมีการประสานงานส่งต่อไปยังหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการต่อไป ภาระหน้าที่สำคัญที่คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติต้องดำเนินการต่อไปซึ่งนับว่าเป็นภารกิจที่ทำหายและสำคัญมาก คือ การกำหนดนโยบายและมาตรการในการคุ้มครองสิทธิของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตรวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคม (ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพจิตก็ทราบกันอยู่แล้ว ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระบบประกันสังคมยังถูกกีดกันเรื่องค่ารักษาพยาบาลทางจิตเวชอยู่) นอกจากนี้คณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติยังต้องวางหลักเกณฑ์และวิธีการในการให้คำปรึกษาแนะนำและประสานงานกับหน่วยงานของรัฐและเอกชนเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต และการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพจิตรวมทั้งการอยู่ร่วมกันในสังคมอีกด้วย ดังนั้นตัวแทนที่ได้รับการเลือกตั้งและการแต่งตั้งในคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติจึงมีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีของผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตอย่างมาก ต้องเป็นผู้ที่พร้อมจะเสียสละเพื่อเป็นกระบอกเสียงให้แก่ผู้ป่วยด้วยความเต็มใจและเข้าใจ ในพระราชบัญญัติฉบับนี้นอกจากต้องมีผู้ทรงคุณวุฒิและตัวแทนภาคเอกชนในคณะกรรมการสุขภาพ

จิตแห่งชาติแล้วยังต้องมีการเลือกตั้งและแต่งตั้งผู้แทนให้เข้ามาเป็นคณะกรรมการอัครมนตรีด้วย

พร้อม ๆ กับการดำเนินการเพื่อให้มีการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ คณะทำงานที่ทำร่างกฎระเบียบหลักเกณฑ์ วิธีการที่ระบุในพระราชบัญญัติก็ดำเนินการควบคู่กันไป โดยมีผู้ทรงคุณวุฒิด้านกฎหมายที่เกี่ยวกับการสาธารณสุขเป็นคณะทำงานด้วย จากนั้นจะเชิญให้ตัวแทนผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในแต่ละชั้นตอนได้พิจารณาให้ความเห็น เมื่อปรับปรุงแก้ไขแล้วจะได้นำเสนอคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติพิจารณา ลงความเห็นและประกาศใช้ต่อไปโดยต้องมีการเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องได้ทราบ นอกจากนี้ยังจะต้องมีการผลักดันนโยบายเรื่องงบประมาณในการดำเนินการด้วย เช่น งบค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการประชุมของคณะกรรมการชุดต่าง ๆ การพัฒนาและปรับปรุงสถานพยาบาลของรัฐและหน่วยงานด้านสงเคราะห์และสวัสดิการให้เพียงพอและได้มาตรฐานอีกด้วย

การผลักดันกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิในการบำบัดรักษาและเข้าถึงบริการสุขภาพจิตของผู้ป่วยได้บรรลุแล้ว แต่จะได้ตั้งเจตนาารมณ์ที่ตั้งไว้หรือไม่ ยังมีภารกิจที่จะต้องทำอีกมาก ซึ่งความสำเร็จจะเกิดขึ้นได้ก็ต้องเกิดจากความเข้าใจ การเปิดใจยอมรับ ความสามัคคีร่วมมือกันจากทุกฝ่าย และที่สำคัญคือการเคารพและนับถือในสิทธิ เสรีภาพและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

รู้จัก “สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตและเครือข่าย”

พ.ญ.ปัทมา ศิริเวช

ความเป็นมา เริ่มต้นจากกลุ่มเล็ก ๆ ของญาติและผู้ป่วย ที่มารวมตัวกันในการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน และแลกเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยในโครงการป้องกันอาการกำเริบของโรคจิตเภท ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 จากนั้นมีการจัดตั้งเป็นชมรมต่าง ๆ เช่น ชมรม กัลยาณมิตร กลุ่มตะวันใหม่ ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ชมรม เอื้ออาทรฯ อุบลราชธานี ชมรมสานสัมพันธ์ เชียงใหม่ ชมรม ญาติมิตรสัมพันธ์สุราษฎร์ธานี เป็นต้น ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 ได้จดทะเบียนเป็น “สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต”

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การปรึกษาและช่วยเหลือผู้บกพร่องทางจิต และครอบครัวให้สามารถดำเนินชีวิตอิสระในสังคม
2. เพื่อพิทักษ์สิทธิในด้านต่าง ๆ ของผู้บกพร่องทางจิต และครอบครัว

ผู้ป่วยมาสู่การทำงานแบบเครือข่ายที่มีแกนนำมาจากหลากหลาย อาชีพเช่น ผู้ป่วยจิตเวชญาติ พระ ผู้มีจิตอาสาในชุมชน ได้แก่ บุคคลทั่วไป อสม. อบต. เป็นต้น

เครือข่ายฯ จึงได้ทบทวนการทำงานก้าวต่อไปเมื่อเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2550 ได้ข้อสรุปจุดมุ่งหมาย วิสัยทัศน์ของเครือข่าย คือ

“ผู้บกพร่องทางจิตมีคุณภาพชีวิตที่ดี สังคมยอมรับมีเครือข่ายทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิ และสนับสนุนกิจกรรมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต”

เครือข่ายได้จัดทำการพัฒนาแกนนำเครือข่าย ภายใต้โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งองค์กรและเครือข่ายเพื่อผู้บกพร่องทางจิตที่ได้รับทุนสนับสนุนจากแผนงาน สสพ.สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขศูนย์สิทธิธรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการ



3. รณรงค์ให้ครอบครัว ชุมชนและสังคมมีความรู้ความเข้าใจ มีเจตคติเชิงสร้างสรรค์ และยอมรับผู้บกพร่องทางจิต
4. ประสานงานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ ของผู้บกพร่องทางจิต
5. ส่งเสริมการวิจัยเพื่อป้องกันรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ การศึกษาสังคม อาชีพแก่ผู้บกพร่องทางจิต
6. ส่งเสริมค่านิยมและวัฒนธรรมอันดีในมวลสมาชิกและสังคม

เครือข่ายเพื่อผู้บกพร่องทางจิตได้ทำงานฝ่าฟันอุปสรรคและมีผู้เอื้ออำนวยในการเป็นพี่เลี้ยงทางวิชาการและการให้กำลังใจในการทำงานร่วมจากภาคีพันธมิตรหลัก คือ กรมสุขภาพจิตและเครือข่ายบริการสาธารณสุขที่ร่วมทำงาน ร่วมทุกข์ ร่วมสุขมายาวนาน เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัยจากอดีตจนถึงปัจจุบัน เครือข่ายฯ ได้มีการพัฒนาการทำงานกลุ่มเล็ก ๆ ของญาติและ





แพทย์แห่งชาติ กองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้องค์กรเครือข่ายผู้บกพร่องทางจิตมีความเข้มแข็งและดำเนินกิจกรรมที่เป็นประโยชน์แก่ผู้บกพร่องทางจิต ครอบครัว และสังคมอย่างต่อเนื่องได้กิจกรรมที่เครือข่ายได้ทำมา คือ การอบรมแกนนำ การปฏิบัติงานลงพื้นที่กระจายตัวทั่วประเทศ และการสรุปบทเรียนที่เกิดขึ้นในระดับภาคจนมาสู่การสัมมนาระดับประเทศภายใต้ชื่อ “เครือข่ายจิตร่วมใจสร้างพลังไทสู่วิถีเรียนรู้” ที่มีวัตถุประสงค์ของการจัดงาน คือ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานองค์กรเครือข่ายเพื่อผู้บกพร่องทางจิตในการพัฒนาความเข้มแข็งต่อไป ผลการดำเนินงานมีความหลากหลายและประเด็นน่าสนใจตามบริบทพื้นที่ของเครือข่ายที่ตั้งอยู่ เช่น องค์กรเครือข่ายเพื่อผู้บกพร่องทางจิตที่ดำเนินการโดยพระสงฆ์เป็นแกนนำที่วัดห้วยพรหม อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดนครราชสีมา การเปลี่ยนแปลงจากกลุ่มญาติเล็ก ๆ สู่การทำงานเป็นสมาคมสัมพันธ์ที่มีที่ตั้งอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่และมีเครือข่ายครอบคลุม 17 จังหวัดพื้นที่ภาคเหนือ ชมรมพิทักษ์จิตของสระแก้วและปราจีนบุรี ที่มีการขยายพื้นที่ไปทุกตำบล และใช้ระบบอินเตอร์เน็ตเข้ามาช่วยในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากนั้น มีการขยายเครือข่ายตามปัญหาความต้องการของชุมชน การมีแกนนำจิตอาสาและญาติเข้าไปผลักดันจนเกิดเครือข่ายในพื้นที่ใหม่ ๆ เช่น ชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ประจวบคีรีขันธ์ ชมรมสายใยรักษ์สัมพันธ์ สุราษฎร์ธานี เป็นต้น

ขณะนี้ภาคีพันธมิตรประกอบด้วย 93 เครือข่ายเพื่อผู้บกพร่องทางจิตที่กระจายอยู่ในพื้นที่ 32 จังหวัดของประเทศไทย ซึ่งจะทำหน้าที่ต่อไปเพื่อคุณภาพชีวิตที่เท่าเทียม ศักดิ์ศรีมนุษย์ที่เท่ากันของผู้บกพร่องทางจิต ขอให้จิตแพทย์ทุกท่านร่วมเป็นกำลังใจและแบ่งปันกำลังกายให้ตามสมควรด้วยคะ

[นำแบบคุณหมอ]

เรื่องที่ 1

คนไข้ผู้หนึ่งได้แสดงความกล้าหาญกระโดดลงไปช่วยผู้ป่วยอีกคนหนึ่งให้รอดพ้นจากการจมน้ำตาย หมอเรียกคนไข้มาพบและบอกเขาว่า

หมอ : ยินดีด้วยนะครับ การกระทำอันกล้าหาญของคุณ แสดงว่าคุณหายเป็นปกติแล้ว คุณจะกลับบ้านแล้วครับ

คนไข้ : (ตื่นเต้น) จริง ๆ ครับ โอ้...วิเศษที่สุด...

หมอ : แต่...ผมเสียใจด้วยเรื่องหนึ่งนะครับ

คนไข้ : (สีหน้างง) เรื่องอะไรหรือครับคุณหมอ

หมอ : คนไข้ที่คุณเสี่ยงชีวิตลงไปช่วยนั้นเขาผูกคอตายเสียแล้ว!

คนไข้ : (ยิ้ม ถอนหายใจโล่งอก) โอ้! นึกว่าจะไร เขาไม่เป็นไรหรือครับ ผมเห็นเขาตัวเปียกน้ำ ก็เลยจับแขวนกับข้อนี้ล้มให้แห้งนะครับ

หมอ : !?!?!?!?

เรื่องที่ 2

ผู้ป่วยคนหนึ่งไปพบแพทย์โดยใส่ถุงเท้า 2 ข้าง ไม่เหมือนกัน

หมอ : (เสียงอ่อนโยน) ทำไมใส่ถุงเท้าแบบนี้ล่ะครับ

คนไข้ : ก็มันมีแต่แบบนี้ครับคุณหมอ

หมอ : คุณมีถุงเท้าคู่เดียวหรือครับ

คนไข้ : เปล่า...ที่บ้านก็มียังอีกคู่เหมือนกันเปี้ยวเลย

หมอ : ?!?!?!?

จิตแพทย์รื้อนวิชาออกเดินเยี่ยม

ผู้ป่วยในตึกเพื่อหาทางจับผิดการรักษาของแพทย์อื่น เห็นชายคนหนึ่งแต่งตัวดี นั่งอยู่ที่ระเบียงจึงเดินเข้าไปชวนคุย

หมอ : วันนี้อากาศน่าสบายนะครับ

คนไข้ : ผมก็สบายของผมทุกวันแหละ พวกคุณมาบอกผมไม่สบาย ผมผิดตรงไหนนะ กะอีแค่ชอบรองเท้าหนังหุ้มสันมากกว่ารองเท้าแตะฟองน้ำ

หมอ : (ตาลุก มองเห็นช่องทางจับผิด) นั่นนะสิ ! เกิดเข้าใจอะไรผิดหรือเปล่า ใครเป็นเจ้าของไข้ของคุณ ผมไม่เห็นว่าจะผิดปกติตรงไหนเลย หากคุณจะชอบรองเท้าหนังหุ้มสัน ผมเองก็ชอบรองเท้าหนังหุ้มสันครับ

คนไข้ : (ตื่นเต้นดีใจ) โอ...จริงนะครับคุณหมอ ผมอยากพบมานานแล้วคนที่ชอบอะไรเหมือนกันเนี่ย

หมอ : จริงครับ สบายใจได้

คนไข้ : ถ้าจั้นคุณหมอบแบบปิ้งหรือต้มล่ะครับ

เรื่องที่ 3

หมอ : ?!?!?!?

ใครเล่า!?!?



มองเพื่อนบ้าน

พญ.อัมพร เบญจพลพิทักษ์

จากแต่จังกึม สู่หมอโฮจุนจนกระทั่งถึงอิมซังอิก ต้องยอมรับว่ากลืนอายุจากดินแดนกิมจิได้ส่งอิทธิพลทางใจต่อจิตแพทย์จำนวนไม่น้อยทีเดียว เช่นเดียวกับที่ดารานักร้องชาวเกาหลีต่างก็มีผลต่อรูปแบบความคิดและค่านิยมการแสดงออกของวัยรุ่นบ้านเราอย่างยิ่งในส่วนของบรรดาแม่บ้านทั้งหลายนั้นแทบไม่ต้องพูดถึง ซีรีส์เกาหลีกลายเป็นสนทนาการที่ครอบครองช่วงเวลาพักผ่อนอย่างเหนียวแน่นมากที่สุดชนิดหนึ่ง

เกาหลีมาแรงขนาดนี้ จิตแพทย์อย่างเรา ๆ ท่าน ๆ อาจสนใจใคร่รู้กันบ้างแล้วว่าสถานการณ์สุขภาพจิตและงานบริการจิตเวชของบ้านเขาเป็นอย่างไรกันบ้าง งานนี้จึงต้องขอบคุณ...

WHO Collaborating Center for Psychosocial Rehabilitation and Community Mental Health, Yongin Mental Hospital, Kyonggi Province, Korea ได้มอบทุนให้แก่จิตแพทย์ที่เป็นสมาชิกของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย จำนวน 2 ทุนเพื่อเข้ารับการศึกษาอบรมด้าน Psychosocial rehabilitation and community mental health ที่ Yongin Mental Hospital ซึ่ง พ.ญ.กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ และ พ.ญ.กมลเนตรวรรณเสวก ได้รับการคัดเลือกจากทางสมาคมฯ โดยเข้ารับการศึกษาอบรมตั้งแต่วันที่ 31 สิงหาคม ถึงวันที่ 20 กันยายน 2007 ภายหลังจากเสร็จสิ้นการฝึกอบรมแล้วจึงได้รวบรวมเรื่องราวมาบอกเล่า

“...สถานการณ์ปัญหาทางด้านสุขภาพของประเทศเกาหลีพบปัญหาสุขภาพจิตได้ร้อยละ 8.4 โดยไม่ได้รวมปัญหาการติดสุราที่คิดเป็นร้อยละ 6.8 ส่วนโรคทางจิตเวชส่วนที่พบมากได้แก่โรคเครียดวิตกกังวล โรคอารมณ์แปรปรวน โรคจิตตามลำดับมีแนวโน้มว่าจะพบปัญหาทางจิตเวชเพิ่มขึ้น จากสถิติจำนวนเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านจิตเวชของประเทศเกาหลีในปัจจุบันพบว่าจำนวนจิตแพทย์ 2,221 คน จำนวนพยาบาลด้านจิตเวช 3,228 คน จำนวนนักสังคมสงเคราะห์ด้านจิตเวช 942 คน และจำนวนนักจิตวิทยาคลินิก 850 คน โดยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 48 ล้านคนโดยประมาณ...”

“...ในส่วนของระบบการให้บริการด้านจิตเวช จะแบ่งเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่ให้บริการภาครัฐบาลกับสถานที่ให้บริการ

ภาคเอกชน เช่น คลินิก โรงพยาบาล ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน residential facilities, half way house, club house ซึ่งประชากรส่วนใหญ่จะใช้บริการของภาคเอกชนมากกว่า ส่วนระบบสวัสดิการและสถานที่ให้บริการ แบ่งเป็น

- ระบบประกันสุขภาพหรือจ่ายเองโดยคุ้มครองโรคจิตเวช ได้แก่ โรงพยาบาลเอกชน คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลรัฐ มีข้อดี คือ สามารถเลือกเข้ายาจิตเวชกลุ่มใหม่ได้ ส่วนข้อเสีย คือ ขาดการดูแลเชื่อมโยงกับชุมชน
- ระบบที่รัฐจัดให้ไม่เสียค่าใช้จ่าย ได้แก่ แผนกจิตเวชในโรงพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน, residential facilities, half way house, club house มีข้อดี คือ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย มีการเชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบรวมทั้งการดูแลในชุมชนส่วนข้อเสีย คือ ไม่สามารถเข้ายาจิตเวชกลุ่มใหม่ได้...”

สำหรับ Yong-In Psychiatric Rehabilitation Center ที่คุณหมอได้ไปเยี่ยมชมนั้นสามารถปฏิบัติได้จริง เน้น vocational rehabilitation program มีการพัฒนาโปรแกรมที่เชื่อมกับที่ปฏิบัติงานในชุมชน เริ่มจัดขึ้นในปี ค.ศ. 1991 และมีการสร้างเครือข่ายระหว่างในโรงพยาบาลกับนอกโรงพยาบาล ได้แก่ หน่วยงานของทางราชการ ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน แหล่งที่อยู่อาศัย สถานที่ทำงานในชุมชน เช่น โรงงาน ร้านค้า บริษัท ซึ่งกระบวนการฟื้นฟูในโรงพยาบาล เริ่มจากการรักษาอาการป่วย การฝึกทักษะทางสังคมการฝึกทักษะการทำงาน จนอาการป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยที่สามารถดูแลตัวเองและทำงานได้ จะมีการติดต่อหน่วยงานนอกโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือทางด้านที่อยู่อาศัยและจัดหางานที่เหมาะสมต่อไป ส่วนเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในทีมการรักษาประกอบด้วย จิตแพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลจิตเวช ผู้จัดการวางแผนการทำงาน นักจิตวิทยาคลินิก เจ้าหน้าที่ศูนย์ฟื้นฟู นักศึกษาฝึกงานอาสาสมัคร และชุมชน

รายละเอียดของโปรแกรมฟื้นฟูภายในโรงพยาบาล YongIn ได้แก่ social skills training, daily living skills training, family education, vocation rehabilitation, milieu treatment, patient education, cognitive rehabilitation โดยมีการจัดตารางกิจกรรมหมุนเวียนในแต่ละวันและจัดการประชุมวางแผนกำหนดเป้าหมายในระยะสั้นกับระยะยาว รวมทั้งการติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ

นอกจากข้อมูลน่าสนใจในส่วนของคุณภาพใจและการให้บริการของประเทศเกาหลีแล้ว คุณหมอทั้งคู่ยังสรุปสาระของ Psychosocial rehabilitation ให้จิตแพทย์ชาวไทยได้อ่านกันสบาย ๆ แถมยังอาจได้แนวคิดในการพัฒนางานของบ้านเราได้ด้วยหากสนใจก็สามารถแวะเข้าไปหาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.psychiatry.or.th



ONCE-DAILY
EFEXOR^{XR}
(venlafaxine extended release)

Simply Effective

Now in the treatment of Depression,
One therapy is taking patients
Beyond **response** to

Remission

Dual mechanism of actions

- X Effective in the treatment of depression.³**
- X Achieved consistently higher remission rates in head-to-head studies vs leading SSRIs^{6-8†}**
- X Promotes patient compliance**
 - Favorable safety profile²
 - Once-daily formulation²
- X Low potential for drug interaction⁵**

† SSRIs Studied were fluoxetine, paroxetine, and fluvoxamine in depressed patients.

Further information is available upon request

Wyeth

23Fl., Silom Complex Bldg., 191 Silom Rd., Bangkok 10500 Tel. 0-2353-7700

References: 1. Guelfi J.D., White C., Hackett D., Guichoux J.Y., and Magni G., Effectiveness of venlafaxine in patients hospitalized for major depression and melancholia, J. Clinical Psychiatry, 1995, Volume 56 No. 10, pp 450-458. 2. Horst W.D. and Preskorn S.H., The Pharmacology and Mode of action of venlafaxine, Reviews in contemporary Pharmacology, 1998, Volume 9 No. 5, pp.293-302. 3. Thase M.E., Efficacy and tolerability of once-daily venlafaxine extended release (XR) in outpatients with major depression, J. Clinical Psychiatry, September 1997, Volume 58 No.9, pp 393-398. 4. Schwartz J.L., A Dual-Action Antidepressant, Psychiatric Times, January 1997, pp 6-12. 5. Sinclair J., Birtwistle J. and Baldwin D., The Tolerability of venlafaxine, Reviews in contemporary pharmacotherapy, 1998, Volume 9 No. 5, pp 333-344. 6. Rudolph RL, Feiger AD, A double-blind, randomized, placebo-controlled trial of once-daily venlafaxine extended release (XR) and fluoxetine for the treatment of depression. J Affect Disord 56: 171-181, 1999. 7. Poirier M-F, Boyer P, Venlafaxine and paroxetine in treatment-resistance depression: Double-blind, randomised comparison. Br J Psychiatry 175: 12-16, 1999. 8. Mehtonen O-P, Sogaard J, Roponen P et al, Randomized, double-blind comparison of venlafaxine and sertraline in outpatients with major depressive disorder. J Clin Psychiatry 61: 95-100, 2000.

Available now ! The once daily **PATCH**

For Alzheimer's disease and Parkinson's disease with dementia



Rivastigmine patch : Efficacy touching every moment of the day

- Continuous delivery of Exelon over 24 hours
- Proven efficacy that helps keep patients engaged
- Design with compliance in mind
- Achieves optimal therapeutic dose



NEW **EXELON® PATCH** (rivastigmine transdermal system)

Continuous delivery. Continued reassurance.

Novartis (Thailand) Limited, Pharmaceutical division
622 Emporium Tower, 15th Fl. Sukhumvit Rd. Klongton, Klongtoey,
Bangkok 10110 Tel 0 2685 0990 Fax 0 2685 0788



หมายเหตุ เป็นยาใหม่ใช้เฉพาะสถานพยาบาล
แพทย์ควรติดตามผลการรักษา

ใบอนุญาตโฆษณาเลขที่ พศ.707/2551
EXE PATCH 05:0408

โปรดอ่านรายละเอียดเพิ่มเติมในเอกสารกำกับยา
For medical professional only
Medical information contact
Tel.No.02-685 0865

Further information is available on request

EXELON Patch

Indication: Exelon Patch is indicated for the treatment of mild to moderate Alzheimer's disease and Parkinson's disease with dementia.

Contraindications: Known hypersensitivity to rivastigmine, carbamate derivatives, or other ingredients of the formulation.

Warnings: If treatment is interrupted for longer than several days, treatment should be re-initiated with Exelon Patch 6. Gastrointestinal adverse effects have been observed at initiation of therapy and shortly after dose increase. Exaggerated symptoms may be associated with discontinuation and worsening of parkinsonian symptoms. Particularly bruxism has been observed in patients with Parkinson's disease treated with oral rivastigmine. Adverse effects may respond to removing the patch. If they persist, the daily dose should be temporarily reduced to the previous well-tolerated dose. Patients' weight should be monitored during therapy with Exelon Patch.

Precautions: All with other cholinesterase inhibitors. It is recommended in patients with sick sinus syndrome, conduction defects (sino-atrial block, atrio-ventricular block), gastrointestinal ulcerative conditions, history of or current respiratory disease, urinary obstruction, and seizure in pre-eclampsia patients.

Use in special populations: Caution in patients with clinically significant hepatic impairment and in patients with body weight below 60 kg. The safety of Exelon Patch is not established in pregnant and lactating women. Not recommended in children.

Interactions: Caution in case of concomitant use with cholinergic drugs, anticholinergic medications, succinylcholine-type muscle relaxants during anaesthesia.

Adverse reactions: Very common: vomiting, nausea.

Common: stomach, decreased appetite, anxiety, depression, insomnia, dizziness, headache, diarrhea, dyspepsia, abdominal pain, application site reactions (itchiness, pruritus, redness, blisters, irritation, weight decrease).

Uncommon: agitation, delirium, hallucinations, cerebrovascular accident, syncope, constipation, cardiac arrhythmia (e.g. bradycardia, supraventricular arrhythmia), gastro ulcers, gastrointestinal haemorrhage, hypotension, contact dermatitis, malaise.

Packs and prices: Country specific.

Note: Before prescribing, please read full prescribing information.

NOVARTIS
NEUROSCIENCE