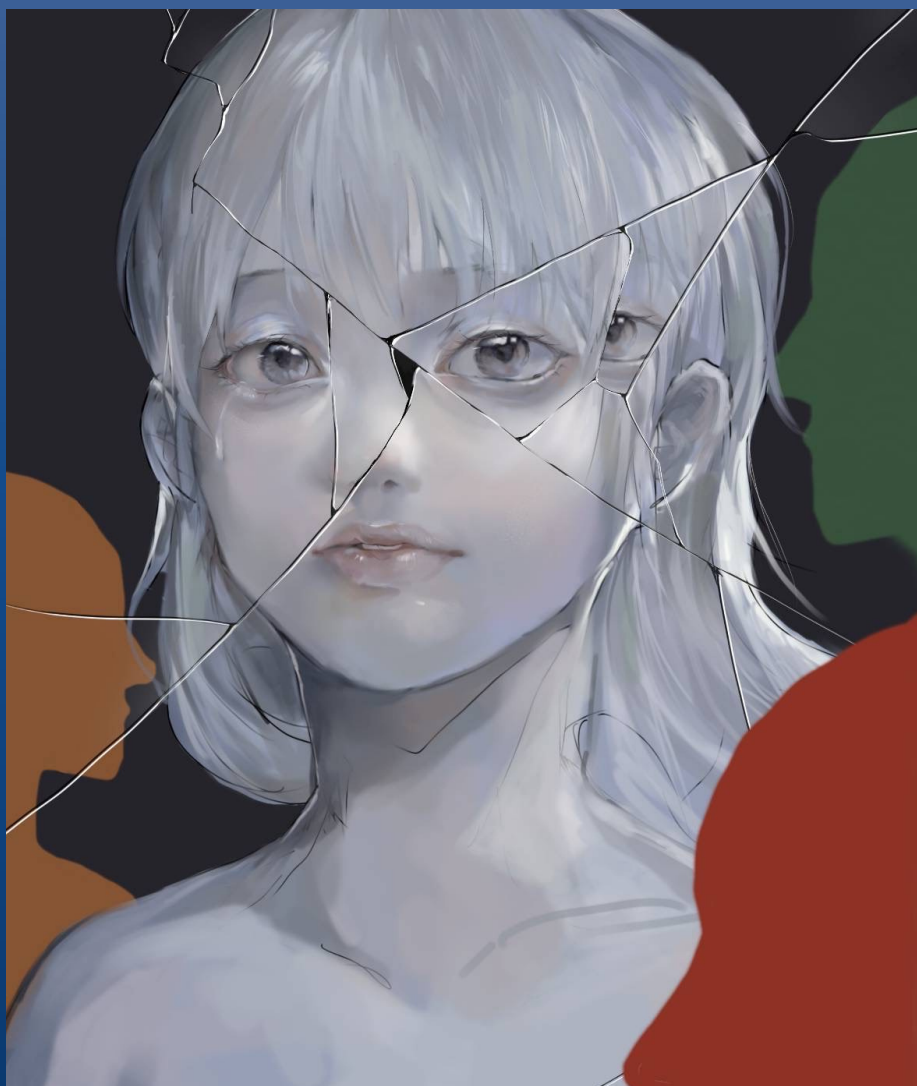


การพยาบาลจิตเวช

โครงการพัฒนาตำราฯ คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น

PSYCHIATRIC NURSING



เนตรชนก แก้วจันทา
ชมพูนุท กาบคำบา

โครงการพัฒนาคำรการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

การพยาบาลจิตเวช

PSYCHIATRIC NURSING

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เนตรชนก แก้วจันทา, ปร.ด. (การพยาบาล)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชมพูนุท กาบคำบา, พยม.

(การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

Editors

Netchanok Kaewjanta, RN, Ph.D. (Nursing), Assistant professor

Chompoonoot Kabkumba, RN, MNS,

(Mental Health and Psychiatric Nursing), Assistant professor

การพยาบาลจิตเวช (PSYCHIATRIC NURSING)

บรรณาธิการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เนตรชนก แก้วจันทา, ปร.ด. (การพยาบาล)

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชมพูนุท กาบคำบา, พยม. (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช)

ข้อมูลทางบรรณานุกรมของหอสมุดแห่งชาติ

เนตรชนก แก้วจันทา.

การพยาบาลจิตเวช = PSYCHIATRIC NURSING.-- ขอนแก่น : โครงการพัฒนาตำรา

การพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2566.

506 หน้า.

1. การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. I. ชมพูนุท กาบคำบา, ผู้แต่งร่วม. II. ชื่อเรื่อง.

610.7368

ISBN 978-616-604-079-1

- พิมพ์ครั้งที่ : 1 / 2566 (รูปแบบอิเล็กทรอนิกส์)
- ราคา : 350 บาท
- จัดทำโดย : ผู้ช่วยศาสตราจารย์เนตรชนก แก้วจันทา
: ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชมพูนุท กาบคำบา
โครงการพัฒนาตำราการพยาบาลจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ออกแบบปก : ชมพูนุท กาบคำบา
- ภาพประกอบปกหน้า : จูฑิตาพา แสนชัย
- ภาพประกอบปกหลัง : ชวนากร แสนชัย

คำนิยม

ตำราเรื่อง “การพยาบาลจิตเวช” เล่มนี้ ผู้เขียนทั้งสองท่าน ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก แก้วจันทา และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชมพูนุท กาบคำบา เขียนด้วยความมุ่งมั่นตั้งใจ ที่จะให้นักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นได้มีตำราที่เขียนขึ้นโดยอาจารย์ผู้สอน เมื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เนตรชนก มาปรึกษาว่าอยากให้คณาจารย์ในสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเขียนตำราเล่มนี้ ดิฉันรู้สึกดีใจมาก เพราะนี่คือหนึ่งในเป้าหมายที่ทางสาขาวิชาฯของเรามีความตั้งใจอยากจะทำมาเป็นเวลานาน แต่ด้วยภารกิจที่หลากหลายของอาจารย์ในสาขาทำให้ยังไม่สามารถมีตำราการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชออกมาได้ เมื่อ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เนตรชนก และ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ชมพูนุทมีความตั้งใจดีเช่นนี้ดิฉันมีความรู้สึกยินดีและพร้อมให้การสนับสนุนอาจารย์ทั้งสองอย่างเต็มที่

ตำราเรื่อง “การพยาบาลจิตเวช” ที่อาจารย์ทั้งสองท่านเขียนมีจุดเด่น คือ มีตัวอย่างการนำความรู้เชิงทฤษฎีไปประยุกต์ใช้ในการวิเคราะห์การเจ็บป่วย และกระบวนการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละกลุ่มโรค ซึ่งสอดคล้องกับที่สภาการพยาบาลกำหนดในหลักสูตรปริญญาตรี นอกจากนี้ในแต่ละบทยังมีคำถามชวนคิด เพื่อให้ผู้อ่านได้เกิดกระบวนการคิดวิเคราะห์ การสะท้อนคิดทบทวนตนเองถึงความรู้ความเข้าใจในแต่ละบทเรียน อันจะเป็นประโยชน์กับนักศึกษาพยาบาลและพยาบาลที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมาก

สุดท้ายแม้ว่าตำราเล่มนี้จะมีจำนวนหน้าที่มาก แต่ผู้เขียนได้วางเนื้อหาไว้อย่างครอบคลุมและอ่านเข้าใจง่าย ต้องขอขอบคุณอาจารย์ทั้งสองท่านอีกครั้งที่มีความมุมานะพยายาม จนสามารถให้สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นมีตำรา “การพยาบาลจิตเวช” ให้กับนักศึกษาและผู้สนใจใฝ่อ่านและศึกษาต่อไป

รองศาสตราจารย์ ดร. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ

12 กรกฎาคม 2566

คำนำ

ตำรา “การพยาบาลจิตเวช” เล่มนี้ ผู้เขียนได้พัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ของตัวผู้เขียนเองและจากการรวบรวมข้อมูลงานวิจัยและงานวิชาการต่าง ๆ เพื่อรวบรวมและเรียบเรียงชุดความรู้ให้ครอบคลุมเนื้อหาการจัดการเรียนการสอนในรายวิชา การพยาบาลจิตเวช โดยเนื้อหาทั้งหมด 19 บทที่มีเนื้อหาสาระสำคัญเช่น มโนทัศน์ของการพยาบาลจิตเวช แนวคิดทฤษฎีทางจิตเวช บำบัดรักษาด้วยวิธีการต่าง ๆ โรคทางจิตเวชและกระบวนการพยาบาล รวมถึงตัวอย่างการอธิบายการเจ็บป่วยทางจิตจากกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มโรคจิตเวชที่พบบ่อย ผู้เขียนจึงหวังเป็นอย่างยิ่งว่าตำราเล่มนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับนักศึกษาพยาบาลศาสตร์บัณฑิตเพื่อใช้ประกอบการเรียนการสอนรายวิชาการพยาบาลจิตเวช ตลอดจนเป็นประโยชน์สำหรับผู้อ่านที่สนใจนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อไป

บรรณาธิการ
มีนาคม พ.ศ.2566

กิตติกรรมประกาศ

ตำรา “การพยาบาลจิตเวช” เล่มนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา ช่วยเหลือ ให้คำปรึกษา ตลอดจนคำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างดียิ่งจาก รองศาสตราจารย์สมพร รุ่งเรือง กลกิจ ซึ่งท่านเป็นอาจารย์ของผู้เขียนทั้งสองคน ท่านมีความเมตตา ให้ความรู้ ให้โอกาส ส่งเสริม สนับสนุน เอื้ออาทร ให้กำลังใจในการพัฒนาเนื้อหาทุกบทจนทำให้ตำราเล่มนี้สำเร็จตามเป้าหมายที่ผู้เขียนตั้งใจไว้ ผู้เขียนใคร่ขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูง

ผู้เขียนขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้งสองท่านที่กรุณา อ่าน ตรวจสอบเนื้อหาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ยิ่งเพื่อการปรับปรุงตำราการพยาบาลจิตเวชเล่มนี้ให้มีเนื้อหาที่สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ผู้เขียนขอขอบพระคุณ เจ้าของผลงานหรือผู้ประพันธ์ทุกท่านที่ผลิต หนังสือ ตำรา บทความวิชาการ และบทความวิจัย ทุกเล่ม ทุกฉบับ อันเป็นประโยชน์ทางวิชาการสำหรับผู้เขียนในการนำมาศึกษา วิเคราะห์ สังเคราะห์ เรียบเรียงเพื่อพัฒนาเป็นตำรา “การพยาบาลจิตเวช” คุณค่าและอานิสงค์ที่เกิดกับตำราเล่มนี้ ขอให้เกิดกับเจ้าของผลงานทุกท่าน

ผู้เขียนขอขอบพระคุณคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่กรุณาสนับสนุนทุนสำหรับการพัฒนาตำราการพยาบาลจิตเวชเล่มนี้ให้สำเร็จได้ตามเป้าหมาย

คุณค่าที่ได้รับจากตำราเล่มนี้ ผู้เขียนขอมอบเป็นกตัญญูแก่เวทีแต่บิดามารดา ครอบครัว บุพคณาจารย์ทั้งหลายที่ท่านเคยอบรมสั่งสอน ประสิทธิ์ประสาท วิชาการแก่ข้าพเจ้า รวมทั้งผู้มีพระคุณทุกท่าน

เนตรชนก แก้วจันทา

ชมพูนุท กาบคำบา

สารบัญ

	หน้า
คำนิยม	ก
คำนำ	ข
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทที่ 1 ประวัติและวิวัฒนาการของการพยาบาลจิตเวช	1
1. ประวัติศาสตร์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการพยาบาลจิตเวชโลก	1
2. ประวัติศาสตร์จิตเวชในประเทศไทย	3
3. ประวัติศาสตร์การพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย	7
4. การพยาบาลจิตเวชไทยในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต	9
5. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	11
บทที่ 2 มโนคติทางการพยาบาลจิตเวช	13
1. การพยาบาลจิตเวช	13
2. การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช	19
3. การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	21
4. การสื่อสารเพื่อการบำบัด	26
5. กระบวนการพยาบาลจิตเวช	34
6. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	48
บทที่ 3 แนวคิดการเจ็บป่วยทางจิตและทฤษฎีพื้นฐานทางจิตวิทยา	53
1. ความหมายของโรคทางจิตเวช	54
2. แนวคิดทฤษฎีกับการอธิบายสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิต	54
3. การวิเคราะห์กระบวนการเกิดโรคทางจิตเวช	94
4. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	100
บทที่ 4 ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวช	106
1. ระบบการจำแนกโรคทางจิตเวช (Classification of mental disorder)	106
2. ความแตกต่างของการวินิจฉัยปัญหาทางจิตเวชของแพทย์และพยาบาลจิตเวช	110
3. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	112

สารบัญ

	หน้า	
บทที่ 5	การรักษาด้วยยาและการรักษาด้วยไฟฟ้า	114
1.	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา	114
2.	บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยา	127
3.	ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล	137
4.	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy)	139
5.	การตรวจทางห้องปฏิบัติการก่อนรักษาด้วยไฟฟ้า	141
6.	หลักการพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า	142
7.	ข้อควรระวังสำหรับผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับยาทางจิตเวช	149
8.	คำถามชวนคิดวิเคราะห์	150
บทที่ 6	การบำบัดด้านจิตสังคม	154
1.	ความหมายการบำบัดด้านจิตสังคม	154
2.	การบำบัดด้านจิตสังคมแบบรายบุคคล	155
3.	บทบาทพยาบาลในการบำบัดด้านจิตสังคมแบบรายบุคคล	156
4.	ครอบครัวบำบัด	156
5.	การบำบัดด้านจิตสังคมแบบกลุ่ม	159
6.	กลุ่มกิจกรรม	166
7.	การให้สุขภาพจิตศึกษา	168
8.	คำถามชวนคิดวิเคราะห์	172
บทที่ 7	การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy)	174
1.	ความหมายของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	174
2.	วัตถุประสงค์ของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด	175
3.	องค์ประกอบของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดและบทบาทพยาบาล	175
4.	การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการจำกัดพฤติกรรม	178
5.	บทบาทพยาบาลในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดตามโรคทางจิตเวชที่พบบ่อย	180
6.	คำถามชวนคิดวิเคราะห์	182

สารบัญ

		หน้า
บทที่ 8	กลุ่มโรคจิตเวชเด็กและวัยรุ่นที่พบบ่อยและกระบวนการพยาบาล	185
	1. ภาวะบกพร่องทางปัญญา	185
	2. โรคออทิสติก	190
	3. โรคสมาธิสั้น	194
	4. โรคพฤติกรรมเกราะ	197
	5. แนวทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	200
	6. กระบวนการพยาบาลจิตเวชเด็กและวัยรุ่น	205
บทที่ 9	กลุ่มโรคจิตเภทและกระบวนการพยาบาล	223
	1. ระบาดวิทยา	223
	2. ความหมาย	224
	3. อาการและอาการแสดงที่พบบ่อย	225
	4. ระยะการดำเนินโรค	227
	5. ปัจจัยทำให้เกิดโรคหรืออาการผิดปกติ	229
	6. ผลกระทบที่เกิดจากอาการเจ็บป่วย	231
	7. แนวทางการรักษาและฟื้นฟู	231
	8. กระบวนการพยาบาล	232
	9. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	269
บทที่ 10	กลุ่มโรคซึมเศร้าและกระบวนการพยาบาล	275
	1. ระบาดวิทยา	275
	2. ความหมาย	276
	3. การจำแนกกลุ่มโรคซึมเศร้า	276
	4. อาการและอาการแสดงของโรคซึมเศร้า	277
	5. สาเหตุหรือปัจจัยการเกิดโรคซึมเศร้า	281
	6. แนวทางการดูแลและบำบัดรักษาโรคซึมเศร้า	283
	7. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	286
	8. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	302

สารบัญ

	หน้า	
บทที่ 11	กลุ่มโรคอารมณ์สองขั้วและกระบวนการพยาบาล	306
1.	ระบาดวิทยา	306
2.	ความหมายของโรคอารมณ์สองขั้ว	307
3.	การจำแนกกลุ่มโรคอารมณ์สองขั้ว	308
4.	อาการและอาการแสดงของโรคอารมณ์สองขั้ว	309
5.	สาเหตุหรือปัจจัยการเกิดโรคอารมณ์สองขั้ว	310
6.	แนวทางการดูแลและบำบัดรักษาโรคอารมณ์สองขั้ว	311
7.	กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้ว	312
8.	คำถามชวนคิดวิเคราะห์	330
บทที่ 12	กลุ่มโรคจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลและเครียดผิดปกติและกระบวนการพยาบาล	332
1.	กลุ่มโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลและเครียดแบบผิดปกติ	333
2.	ปัจจัยทำให้เกิดโรคหรืออาการผิดปกติ	339
3.	แนวทางการรักษาและบำบัดฟื้นฟู	340
4.	การพยาบาลผู้ป่วยกลุ่มโรคทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับอาการวิตกกังวลและเครียดแบบผิดปกติ	341
5.	คำถามชวนคิดวิเคราะห์	354
บทที่ 13	กลุ่มโรคความผิดปกติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและกระบวนการพยาบาล	358
1.	โรคอะนอเร็กเซีย (Anorexia nervosa)	359
2.	โรคบูลิเมีย (Bulimia nervosa)	362
3.	กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคอะนอเร็กเซียและโรคบูลิเมีย	366
4.	คำถามชวนคิดวิเคราะห์	379
บทที่ 14	กลุ่มโรคบุคลิกภาพผิดปกติและกระบวนการพยาบาล	381
1.	ระบาดวิทยา	382
2.	ความหมายของความผิดปกติทางบุคลิกภาพ	382
3.	การจำแนกกลุ่มโรคของความผิดปกติทางบุคลิกภาพ	383
4.	อาการและอาการแสดงของความผิดปกติทางบุคลิกภาพ	384
5.	สาเหตุของความผิดปกติทางบุคลิกภาพ	385

สารบัญ

	หน้า
6. การบำบัดรักษาผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ	387
7. กระบวนการพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางบุคลิกภาพ	388
8. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	401
บทที่ 15 ความผิดปกติทางเพศและกระบวนการพยาบาล	403
1. การตอบสนองทางเพศที่ผิดปกติ	403
2. ภาวะไม่พึงพอใจในเพศของตน	408
3. ความวิปริตทางเพศ	412
4. กระบวนการพยาบาลกลุ่มโรคที่ผิดปกติทางเพศ	415
5. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	427
บทที่ 16 ความผิดปกติทางการรู้คิดและกระบวนการพยาบาล	430
1. ภาวะสมองเสื่อม	430
2. ภาวะเพ้อ	436
3. กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางการรู้คิด	438
4. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	452
บทที่ 17 กระบวนการพยาบาลในภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช	455
1. ระบาดวิทยา	455
2. ความหมาย	456
3. ประเภทของภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช	456
4. สาเหตุหรือปัจจัยการเกิดภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช	457
5. อาการและอาการแสดงของภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช: กรณีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	458
6. แนวทางการจัดการกับภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช: กรณีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	459
7. กระบวนการพยาบาลภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช: กรณีผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	460
8. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	466

สารบัญ

	หน้า
บทที่ 18 การดูแลและฟื้นฟูต่อเนื่องสู่ครอบครัวและชุมชน	467
1. ความสำคัญ	467
2. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง	469
3. วัตถุประสงค์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชต่อเนื่อง	470
4. การบริการการคืนสู่สภาวะสำหรับผู้ป่วยจิตเวช	471
5. การฝึกทักษะทางสังคม	472
6. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	476
บทที่ 19 กฎหมายและจริยธรรมทางการแพทย์จิตเวช	479
1. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับนิติจิตเวชและพระราชบัญญัติสุขภาพจิต	480
2. การพยาบาลผู้ป่วยนิติจิตเวช	485
3. การพยาบาลจิตเวชกับประเด็นปัญหาทางจริยธรรม	490
4. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	494
ดัชนี	497

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ 1.1	แสดงช่วงเวลาเหตุการณ์สำคัญของประวัติศาสตร์จิตเวชและการพยาบาลจิตเวชไทย	8
ตารางที่ 2.1	แสดงตัวอย่างการใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด และเหตุผลในการเลือกใช้	28
ตารางที่ 2.2	แสดงตัวอย่างการสื่อสารที่ไม่ใช่เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด	33
ตารางที่ 2.3	แสดงข้อมูลองค์ประกอบในการตรวจประเมินสภาพจิต (MSE) และตัวอย่างการตรวจประเมินสภาพจิตกรณีศึกษาที่ 1	39
ตารางที่ 3.1	แสดงกลไกการป้องกันทางจิต ที่พบบ่อย	61
ตารางที่ 3.2	แสดงระยะพัฒนาการของจิตใต้สำนึกทางด้านเพศ ตามแนวคิดของฟรอยด์	65
ตารางที่ 3.3	แสดงระยะพัฒนาการทางจิตสังคมตามแนวคิดทฤษฎีของเอริกสัน	70
ตารางที่ 3.4	แสดงระยะพัฒนาการตามแนวคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของ แฮร์ริสแตค ซัลลีแวน	74
ตารางที่ 5.1	การแบ่งยาในกลุ่ม Benzodiazepine ตามระยะเวลาการออกฤทธิ์	120
ตารางที่ 6.1	การประยุกต์ใช้ในรูปแบบการบำบัดด้านจิตสังคมตามแนวทฤษฎี	155
ตารางที่ 9.1	สรุปประเด็นปัญหา ผลกระทบ หรือความต้องการการดูแลพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทตามอาการที่ผู้ป่วยแสดงในระยะเฉียบพลัน	240
ตารางที่ 9.2	แสดงตัวอย่างการกำหนดวัตถุประสงค์หลัก วัตถุประสงค์รองและเกณฑ์การประเมิน สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยที่จิตเภท	247
ตารางที่ 11.1	แสดงประเด็นการสอนสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคอารมณ์สองขั้วและครอบครัว	316
ตารางที่ 11.2	ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะคลุ้มคลั่งอย่างเฉียบพลัน (acute mania) : การสื่อสาร	317
ตารางที่ 11.3	ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะคลุ้มคลั่งอย่างเฉียบพลัน (acute mania): ตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย	318
ตารางที่ 11.4	ปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยระยะอาการคลุ้มคลั่งรุนแรง (extreme delirious mania) : เพื่อความปลอดภัย	320
ตารางที่ 14.1	แสดงการจำแนกกลุ่มของความผิดปกติทางบุคลิกภาพ	383
ตารางที่ 14.2	ประเด็นการตรวจประเมินสภาพจิตที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ	389
ตารางที่ 14.3	ประเด็นการประเมินแบบแผนสุขภาพที่สำคัญในกลุ่มผู้ป่วยบุคลิกภาพผิดปกติ	390

สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 16.1 แสดงข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของภาวะแพ้และภาวะสมอง	437
ตารางที่ 16.2 แสดงกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม	442
ตารางที่ 16.3 แสดงกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะแพ้	446
ตารางที่ 17.1 แบบประเมินพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง	460
ตารางที่ 17.2 แนวทางการจัดการภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชตามระดับความรุนแรง	463

สารบัญภาพ

	หน้า	
ภาพที่ 2.1	แสดงเป้าหมายในการพัฒนาตนเองตามแนวคิดหน้าต่างของโจฮารี	20
ภาพที่ 3.1	ลักษณะโครงสร้างของสมองมนุษย์และการทำหน้าที่	56
ภาพที่ 3.2	แสดงความเชื่อมโยงระหว่าง ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และอาการทางกายตามแนวคิดทฤษฎีการรู้คิด	83
ภาพที่ 3.3	แผนภาพแสดงแบบจำลองความเครียดและความเปราะบาง (Stress Diathesis Model)	95
ภาพที่ 3.4	แสดงแผนภาพความคิด 4 P Model กับการวิเคราะห์การเกิดการเจ็บป่วยทางจิต	97
ภาพที่ 3.5	การวิเคราะห์พลวัตรการเกิดอาการทางจิต	99
ภาพที่ 5.1	แสดงการออกฤทธิ์ของยาตาม Dopamine pathway ในสมองของยากลุ่ม First-generation antipsychotic drug	116
ภาพที่ 5.2	แสดงการเปรียบเทียบข้อมูลของยาด้านอาการทางจิตในกลุ่ม first generation และ second generation antipsychotic drugs	119
ภาพที่ 5.3	แสดงการกลไกการออกฤทธิ์ของยาด้านอาการทางจิตกลุ่ม third generation antipsychotic drugs	120
ภาพที่ 5.4	แสดงตำแหน่งของ GABA receptor complex	121
ภาพที่ 5.5	การรักษาด้วยไฟฟ้าแบบ Modified Electroconvulsive Therapy	140
ภาพที่ 5.6	แสดงลักษณะการติด electrode แบบ bilateral และ unilateral ECT	142
ภาพที่ 5.7	ตัวอย่างหนังสือให้ความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า (ส่วนหน้าสำหรับแพทย์)	144
ภาพที่ 5.8	ตัวอย่างหนังสือให้ความยินยอมรับการรักษาด้วยไฟฟ้า (ส่วนหลังสำหรับผู้ป่วยหรือญาติ)	145
ภาพที่ 5.9	แสดงอุปกรณ์และเครื่องมือในการทำ ECT	146
ภาพที่ 5.10	การตรวจ Babinski's sign	147
ภาพที่ 5.11	การช่วยการหายใจของผู้ป่วยด้วย ambu bag	147
ภาพที่ 5.12	แบบประเมิน Modified Postanesthetic Recovery Score	149
ภาพที่ 7.1	แสดงตัวอย่างการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดตามองค์ประกอบด้านความปลอดภัย	176
ภาพที่ 7.2	ตัวอย่างการจัดทำที่เหมาะสมสำหรับการผูกยึด	180
ภาพที่ 7.3	ตัวอย่างการจัดทำที่ไม่เหมาะสมสำหรับการผูกยึด	180

สารบัญภาพ (ต่อ)

	หน้า
ภาพที่ 10.1 กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคซึมเศร้า	295
ภาพที่ 17.1 แสดงลักษณะอาการและอาการแสดงผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว	458

บทที่ 1

ประวัติและวิวัฒนาการของการพยาบาลจิตเวช

ชมพูนุท กาบคำบา

บทนำ

จิตเวชศาสตร์มีมาตั้งแต่สมัยโบราณ ความเชื่อเกี่ยวกับสาเหตุการเจ็บป่วยของผู้คนในแต่ละยุคสมัยย่อมมีผลต่อแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเวลานั้นๆ ประวัติศาสตร์ที่ถูกบันทึกไว้เป็นหลักฐานสำคัญที่บอกเรื่องราวการก่อกำเนิดและวิวัฒนาการประวัติศาสตร์จิตเวชศาสตร์และการพยาบาลจิตเวช รวมถึงทิศทางการพัฒนาในอนาคตเกี่ยวกับงานจิตเวชศาสตร์โดยเฉพาะงานการพยาบาลจิตเวช ดังนั้น ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับข้อมูลประวัติศาสตร์จะช่วยให้นักศึกษาเข้าใจเหตุและผลของการเปลี่ยนแปลง รวมถึงการพัฒนางานทางจิตเวชศาสตร์ในอนาคตได้

เนื้อหา	วัตถุประสงค์การเรียนรู้
1. ประวัติศาสตร์ของจิตเวชและการพยาบาลจิตเวชโลก	เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ
2. ประวัติศาสตร์จิตเวชในประเทศไทย	บอกจุดสำคัญ ของเหตุการณ์ประวัติศาสตร์ จิตเวชและการ
3. ประวัติศาสตร์การพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย	พยาบาลจิตเวชได้
4. การพยาบาลจิตเวชไทยในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต	

1. ประวัติศาสตร์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและการพยาบาลจิตเวชโลก

การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชนั้น ปรากฏให้เห็นตั้งแต่ครั้งโบราณ โดยในสมัยนั้นเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพระเจ้า เป็นการลงโทษจากพระเจ้าเนื่องจากบุคคลทำผิดบาป ต่อมา อริสโตเติล (Aristotle) ได้พยายามอธิบายสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตว่า เกิดจากความไม่สมดุลของของเหลว 4 อย่าง ได้แก่ เลือด น้ำเหลือง น้ำ และน้ำดี ทำให้บุคคลแสดงอารมณ์คลุ้มคลั่ง โกรธโมโหร้าย เศร้า ทำให้การรักษาผู้คนสมัยนั้นเป็นการรักษาด้วยการเปลี่ยนเลือด เอาเลือดออก หรือทำให้อาเจียน เป็นต้น (Videback, 2017)

ต่อมายุคต้นคริสต์ศักราช ผู้ป่วยทางจิตเวชถูกมองเป็นตัวปัญหาเนื่องจากผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่น จึงมีการคุมกักขัง ทุบตี และให้ออดอาหารเพื่อเป็นการลงโทษและไม่ให้สร้างความเดือดร้อน (Videback, 2017) ต้น ค.ศ. 1300 ได้เริ่มมีการแยกผู้ป่วยทางจิตออกจากการผู้ก่ออาชญากรรมในประเทศอังกฤษ โดยแยกผู้ป่วยทางจิตไปอาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกลตัวเมือง แต่ยังคงคุมขังผู้ป่วยไว้ในบ้านหรือสถานกักกัน ต่อมาในปี ค.ศ. 1547 อังกฤษจึงได้สร้างโรงพยาบาลแห่งแรกสำหรับผู้ป่วยทางจิต เพื่อเป็นที่กักขัง ในช่วงศตวรรษที่ 1700 อังกฤษได้ขยายอาณาเขต ทำให้ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตแบบอังกฤษมีอิทธิพลต่อประเทศที่ถูกปกครองรวมถึงสหรัฐอเมริกา (Ruiz, 2008) และในช่วงเดียวกันนี้ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยเริ่มเปลี่ยนแปลงไป ผู้คนเริ่มเชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากแม่มดชั่วร้ายเป็นผู้กระทำ การรักษาจึงเป็นการไล่ล่าผู้คนที่

อาการทางจิต จับเขี่ยนตี หรือจับเผาทั้งเป็น (Shives, 2018) จนกระทั่งปี ค.ศ. 1790 Philippe Pinel และ William Tunk ได้นำหลักมนุษยธรรมมาใช้ในการดูแลผู้ที่มีอาการทางจิต เริ่มในประเทศฝรั่งเศสและอังกฤษ และขยายสู่สหรัฐอเมริกาในช่วงปี ค.ศ. 1802-1887 (Keltner & Steele, 2015; Videback, 2017)

เหตุการณ์สำคัญที่พลิกโฉมความคิดความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต เริ่มต้นในปี ค.ศ. 1856 เมื่อพรอยด์ และนักจิตแพทย์อื่นได้เรียกร้องให้สังคมมองผู้ป่วยทางจิตเป็นมนุษย์เช่นกัน พรอยด์ได้ศึกษาเกี่ยวกับการวินิจฉัย ทฤษฎีที่อธิบายการเจ็บป่วยทางจิต และวิธีการรักษาผู้ป่วยทางจิต นอกจากนี้มียังนักทฤษฎีอื่น ๆ พัฒนาทฤษฎีทางจิตเวชอื่นในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน (Keltner & Steele, 2015; Videback, 2017) ต่อมาในช่วงปี ค.ศ. 1950 มีการพัฒนายาในการรักษาผู้ป่วยอาการทางจิตเป็นอย่างมาก ตัวอย่างยาที่ถูกพัฒนามาใช้ในการรักษาในโรงพยาบาล เช่น Haloperidol, Chlorpromazine, Lithium เป็นต้น (Videback, 2017) ในปี ค.ศ. 1963 เป็นปีที่แวดวงจิตเวชศาสตร์หันมาให้ความสนใจการดูแลผู้ป่วยทางจิตด้วยสิ่งแวดล้อม โดยมองว่าสิ่งแวดล้อม เช่น ครอบครัว เพื่อน สังคม มีอิทธิพลต่อการหาย ปั่นฟู ด้วยแนวคิดนี้ทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยทางจิตแบบชุมชนในโรงพยาบาล (Keltner & Steele, 2015; Videback, 2017) และช่วงค.ศ. 1990 เป็นยุคที่มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองมากขึ้น ทำให้ความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยทางจิตมีสาเหตุเกี่ยวข้องกับสมองมีอิทธิพลมากขึ้น

สำหรับวิวัฒนาการของการพยาบาลจิตเวชนั้นสามารถแบ่งออกเป็น 5 ระยะ ดังนี้ (Shives, 2018)

- ระยะที่ 1** เกิดในช่วงปี ค.ศ. 1773-1881 เป็นระยะก่อร่างสร้างฐาน มีการจัดสถาบันที่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยทางจิต จัดตั้งโรงเรียนพยาบาลขึ้น
- ระยะที่ 2** เกิดในช่วงปี ค.ศ. 1882-1914 เป็นระยะพัฒนาบทบาทงานทางการพยาบาลจิตเวช มีการจัดตั้งโรงเรียนฝึกพยาบาลจิตเวช และเปิดหลักสูตรปริญญาตรีสำหรับพยาบาลจิตเวช และเริ่มมีการจ้างงานพยาบาลจิตเวชทำงานในโรงพยาบาล การทำงานพยาบาลจิตเวชยึดหลัก medical-surgical principles ให้การพยาบาลตามลักษณะอาการทางกาย (Videback, 2017)
- ระยะที่ 3** เกิดในช่วงปี ค.ศ. 1915-1935 เป็นระยะพัฒนาระบบการศึกษาของพยาบาลจิตเวช ในระยะนี้เป็นยุคที่มุ่งเน้นพัฒนาการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาเป็นส่วนใหญ่ มีการพัฒนาหลักสูตรการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เริ่มมีการเขียนตำราทางการพยาบาลจิตเวชขึ้น เริ่มมีการให้นักศึกษาพยาบาลจิตเวชเข้าฝึกภาคปฏิบัติในโรงพยาบาล มีการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่หลากหลาย เช่น การรักษาด้วยอินซูลิน การรักษาด้วยไฟฟ้า ถูกนำมาใช้ในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น
- ระยะที่ 4** เกิดในช่วงปี ค.ศ. 1936-1945 เป็นระยะพัฒนาระบบการศึกษาของพยาบาลจิตเวชในระดับเชี่ยวชาญ มีการพัฒนาแหล่งฝึกให้ได้มาตรฐาน โรงเรียนพยาบาลได้บรรจุหลักสูตรพยาบาลจิตเวชในการเรียนการสอน
- ระยะที่ 5** เกิดในช่วงปี ค.ศ. 1946-1956 เป็นระยะพัฒนาด้านงานวิจัยและการให้คำปรึกษา เริ่มมีการวิจัยการเรียนการสอนของพยาบาลจิตเวช ในช่วงนี้มีการกำหนดให้งานวิจัยทางการพยาบาลจิตเวชควรมุ่งเน้นที่การป้องกันและการพยาบาลผู้ป่วยทางจิต ในปี ค.ศ. 1952 Paplau และ

Mellow ได้เขียนตำราเรื่อง “Interpersonal relations in nursing” ซึ่งเป็นการวางรากฐานในการพัฒนาการปฏิบัติงานการพยาบาลจิตเวชให้มีความจำเพาะต่อการดูแลผู้ป่วยทางจิต (Shives, 2018; Videback, 2017) อย่างไรก็ตามในช่วงปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา แนวคิดด้านชีววิทยาได้ถูกผนวกเข้ากับด้านจิตสังคมที่มีอยู่เดิมในการเรียนการสอนวิชาการพยาบาลจิตเวช เนื่องจากการศึกษาวิจัยด้านสมองเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวางทั้งในแง่การอธิบายสาเหตุและการรักษาอาการทางจิต (Keltner & Steele, 2015)

2. ประวัติศาสตร์จิตเวชในประเทศไทย

เช่นเดียวกับกับโลกทางตะวันตก ความเชื่อเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชในสมัยโบราณ ก่อน ปีพ.ศ. 2432 ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับเรื่องไสยศาสตร์ การเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากผีสิง เวทมนตร์ ไสยศาสตร์ ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยในสมัยนั้นจึงเป็นการรักษาด้วยเวทมนตร์ ผสมผสานกับแพทย์แผนไทยตัวอย่างเช่น การรักษาด้วยยานัตถุ ยาต้ม เป่ามนต์ การเขียนติ ล่ามโซ่ กักขัง (สุชาติา หุณฑสาร, 2551) และเรียกผู้ที่มีอาการทางจิตว่า “คนเสียจริต” ต่อมาใน ปีพ.ศ. 2432 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัว ได้โปรดให้จัดตั้งโรงพยาบาลรักษาคนเสียจริตขึ้น โดยใช้บ้านของพระยาภักดีพัทธากรเป็นอาคารรักษาผู้ป่วยเสียจริต ซึ่งมีลักษณะเป็นบ้านหลังใหญ่ 2 ชั้น จำนวน 3 หลัง และเรือนเล็กๆ รายล้อมอีก 10-12 หลัง (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, 2561)

พ.ศ. 2448 มีการจัดตั้งกองแพทย์สุขภิบาลในเขตพระนคร และมีการรวมสถานที่ที่ใช้ดูแลคนเสียจริตเข้าด้วยกัน และให้ชื่อว่า โรงพยาบาลคนเสียจริตปากคลองสาน โดยมีนายแพทย์ ฮิว แคมป์เบล ไฮเอต เจ้ากรมการแพทย์สุขภิบาลเป็นผู้อำนวยการคนแรก (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์และ นภนาท อนุพงศ์พัฒน์, 2561) ภายใต้การดูแลโรงพยาบาลคนเสียจริตปากคลองสานของนายแพทย์ไฮเอต ท่านได้บันทึกการดูแลผู้ป่วย และทำรายงานเสนอต่อรัฐบาลไทย เกี่ยวกับข้อจำกัดและข้อที่ต้องพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยเสียจริต ทั้งด้านจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น การจัดระเบียบการดูแลผู้ป่วย รวมถึงสถานที่ดูแลผู้ป่วยทางจิต (จำลอง ดิษยวณิช, 2552) รายงานของนายแพทย์ไฮเอตนี้สะท้อนให้เห็นถึงสภาพการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของไทยในสมัยนั้น ตัวอย่างเช่น มีการคัดแยกผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงออกจากผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตไม่รุนแรง อย่างไรก็ตามเนื่องจากห้องที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยมีขนาดเล็ก และจำนวนผู้ป่วยมีมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยถูกขังรวมกันทั้งผู้ที่มีอาการรุนแรงและไม่รุนแรง ผู้ป่วยบางคนทำร้ายกัน บางคนถูกล่ามโซ่ไว้ (จำลอง ดิษยวณิช, 2552; อุดมลักษณะวิจารณ์, 2551) สุขอนามัยไม่สามารถควบคุมได้จนทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคเล่าได้มาก (จำลอง ดิษยวณิช, 2552) ผู้ป่วยนอนเปลือยกับพื้นไม่สวมเสื้อผ้า (สุชาติา หุณฑสาร, 2551) ทำให้เป็นเหตุเร่งด่วนที่ต้องแก้ไข

ต่อมาใน ปีพ.ศ. 2455 พระบาทสมเด็จพระจุลจอมเกล้าเจ้าอยู่หัวได้เล็งเห็นว่าการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยทางจิตเป็นส่วนสำคัญในการพัฒนาประเทศ จึงได้โปรดให้สร้างโรงพยาบาลรักษาคนเสียจริตแห่งใหม่ และเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาดังที่มีการรายงาน ตัวอาคารผู้ป่วยถูกออกแบบเป็นเรือนหลังคาแดง มีห้องที่มีลูกกรงเป็นสัญลักษณ์คล้ายห้องกักขังในปัจจุบันในแต่ละห้องไม่มีหน้าต่าง นายแพทย์ไฮเอตจึงได้เริ่มนำการดูแล

รักษาโดยยึดหลักมนุษยธรรมและศีลธรรมมาใช้อย่างเป็นรูปธรรม โดยเริ่มปลดโซ่ล่ามผู้ป่วยจิตเวช ลดการกักขังผู้ป่วย และจัดสรรสถานที่ใหม่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเน้นการดูแลสถานที่ให้มีความสะอาดมากขึ้น รวมถึงการนำแพทย์แผนใหม่มารักษาผู้ป่วยจิตเวช ลดการรักษาตามความเชื่อโบราณ นอกจากนี้ยังส่งเสริมการดูแลเรื่องอาหารและการหลับพักผ่อนให้แก่ผู้ป่วย ในสมัยนี้นายแพทย์โมเดิร์น คาธิว (Modern Cathews) เป็นผู้ดูแลโรงพยาบาลภายใต้การกำกับของนายแพทย์ไฮเอต (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และนภนาท อนุพงศ์พัฒน์, 2561)

พ.ศ. 2561 เป็นรัชสมัยของพระบาทสมเด็จพระมงกุฎเกล้าเจ้าอยู่หัว พระองค์โปรดเกล้าให้จัดกรมสาธารณสุข และให้ย้ายโรงพยาบาลรักษาคนเสียจริต มาสังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย แต่ยังคงใช้แพทย์ตะวันตกและแพทย์ไทยในการดูแลการทำงานของโรงพยาบาล (จำลอง ดิษยวณิช, 2552; อุดม ลักษณะวิจารณ์, 2551) ต่อมาใน ปีพ.ศ. 2468 ได้มีการยกเลิกการใช้แพทย์ชาวตะวันตกทั้งหมดในการดูแลโรงพยาบาลรักษาคนเสียจริต และมีหลวงวิเชียรแพทยาคม เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนไทยคนแรก ต่อมาท่านได้รับการส่งเสริมให้ไปศึกษาต่อที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในระหว่างนี้มีหลวงพิจิตรภิกษุการรักษากาเป็นผู้อำนวยการ แม้การการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในสมัยนั้นจะมีการพัฒนาอยู่มาก แต่ผู้คนยังมีความหวาดกลัวและรังเกียจผู้ป่วยทางจิต ใน ปีพ.ศ. 2475 โรงพยาบาลคนเสียจริตเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลโรคจิตธนบุรี เพื่อลดความหวาดกลัวของประชาชนที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิต และเริ่มมีการเปิดสอนวิชาโรคจิต ในโรงพยาบาลศิริราช (จำลอง ดิษยวณิช, 2552; อุดม ลักษณะวิจารณ์, 2551)

ในช่วง ปีพ.ศ. 2480-2494 เริ่มมีการขยายโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง และลดความแออัดของจำนวนผู้ป่วยที่ถูกส่งเข้าส่วนกลาง จึงทำให้มีการสร้างโรงพยาบาลเพิ่มทั้งในส่วนภูมิภาคและส่วนกลางดังนี้ (จำลอง ดิษยวณิช, 2552; อุดม ลักษณะวิจารณ์, 2551; Thanaudom, Jampathong & Udomratn, 2018)

พ.ศ. 2480 มีการสร้างโรงพยาบาลโรคจิตภาคใต้ ตั้งอยู่ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี ปัจจุบันคือโรงพยาบาลสวนสราญรมณ์

พ.ศ. 2481 มีการสร้างโรงพยาบาลโรคจิตภาคเหนือ ตั้งอยู่ที่จังหวัดลำปาง ต่อมาได้ย้ายมาอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่ ปัจจุบันคือโรงพยาบาลสวนปรุง

พ.ศ. 2484 มีการสร้างโรงพยาบาลจิตเวชนนทบุรีเพิ่มขึ้นในภาคกลาง เพื่อให้เพียงพอในการรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่เพิ่มขึ้น ปัจจุบันคือโรงพยาบาลศรีธัญญา

พ.ศ. 2489 มีการสร้างโรงพยาบาลโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งอยู่ที่จังหวัดอุบลราชธานี ปัจจุบันคือโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

จุดการเปลี่ยนแปลงของจิตเวชศาสตร์ไทยเมื่อนายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ได้รับตำแหน่งเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลเสียจริตใน พ.ศ. 2485 และในปีเดียวกันนี้ มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้นจึงทำให้โรงพยาบาลจิตเวชถูกย้ายเข้าสู่กระทรวงสาธารณสุข และสังกัดกรมการแพทย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ได้วางแนวทางการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เหมาะแก่การดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยรื้อกรงเหล็กที่

กันห้องต่างๆ เปลี่ยนเป็นการใช้มุ้งลวดแทน เริ่มมีการใช้ชื้อดอกไม้ต่างๆ แทนการเรียกชื่อหอผู้ป่วย เพื่อให้สื่อความหมายที่ดี ส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยที่มุ่งการใช้ความรักความเมตตา ดูแลผู้ป่วยเหมือนคนในครอบครัว นอกจากนี้นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ยังได้วางรากฐานการศึกษาด้านจิตเวชศาสตร์ โดยเป็นผู้พัฒนาวิชาจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิต ด้วยเหตุนี้ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว จึงได้รับการยกย่องให้เป็นบิดาแห่งจิตเวชศาสตร์ไทย

จนกระทั่งใน ปีพ.ศ. 2504 ประเทศไทยเริ่มมีการประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับแรกขึ้นเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการบริหารประเทศ โดยแต่ละแผนนี้มีอายุการทำงานที่ 5 ปี แผนนี้ทำให้แต่ละหน่วยงานกระทรวงต่างๆ ได้จัดทำแผนการทำงานของตนขึ้นเพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งกระทรวง สาธารณสุขได้จัดทำแผนการสาธารณสุขขึ้น (ต่อมาได้เปลี่ยนชื่อเป็นแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ) ทำให้ลักษณะการดำเนินงานทางจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทยเป็นไปตามแผนดังกล่าว ดังรายละเอียดสรุป ดังนี้

แผนการพัฒนาการสาธารณสุข	การดำเนินงานทางจิตเวชศาสตร์
ฉบับที่ 1 (2504-2509)	เน้นการเพิ่มสถานบริการสาธารณสุขให้มากขึ้น ยังไม่สู่ส่วนภูมิภาค ตัวอย่างงาน เช่น การจัดตั้งบ้านกึ่งวิลิเพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ มีการให้บริการจิตเวชศาสตร์ชุมชน แบบเคลื่อนที่ มีการจัดตั้งโรงพยาบาลโรคจิตสำหรับรักษาผู้ป่วยจิตเวชเด็ก
ฉบับที่ 2 (2510-2514)	เน้นการพัฒนาเพิ่มการผลิตบุคลากรสาธารณสุข และการเพิ่มสถานบริการสาธารณสุขสู่ภูมิภาค ตัวอย่างงานที่เกิดขึ้น เช่น การจัดตั้งคลินิกสุขภาพจิต และขยายสู่การปฏิบัติในระดับโรงพยาบาล และขยายการบริการจิตเวชศาสตร์ชุมชน การจัดตั้งศูนย์สุขวิทยาจิตที่เน้นการวิจัยทางจิตเวชเด็กและปัญหาพฤติกรรมแปรปรวนในเด็กและวัยรุ่น การจัดตั้งกองสุขภาพจิตขึ้น เพื่อพัฒนางานด้านจิตเวชและสุขภาพจิต
ฉบับที่ 3 (2515-2519)	เน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตและการขยายเพิ่มการบริการในชุมชน มุ่งเน้นงานสุขภาพจิตในชุมชน (อุดม ลักษณะวิจารณ์, 2551)
ฉบับที่ 4 (2520-2524)	เน้นการดำเนินงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบงานบริการสาธารณสุขต่อเนื่อง
ฉบับที่ 5 (2525-2529)	แผนการพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 3 ทำให้ประชาชนเข้าถึงการรับบริการในโรงพยาบาลได้อย่างทั่วถึง ผ่านโครงการสุขภาพจิตและจิตเวชต่างๆ
ฉบับที่ 6 (2530-2534)	เน้นการดำเนินให้ประชาชนมีส่วนร่วมเป็นสำคัญ ในช่วงเวลานั้น ประเทศไทยประสบกับปัญหาสาธารณสุขใหม่ เนื่องจากมีการระบาดของโรคเอดส์มาก ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิต ในช่วงเวลานี้การดำเนินงานสุขภาพจิตและจิตเวชจึงมุ่งที่การดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชาชนเป็นหลัก

สาธารณสุข

- ฉบับที่ 7 (2535-2539) เน้นการพัฒนางานในสถานีนอนามัย พัฒนาคุณภาพมาตรฐานการดูแล มีการจัดตั้งสถาบันสุขภาพจิต ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาความรู้และเทคโนโลยี ในการดูแลประชาชนทั้งในด้านการป้องกัน ส่งเสริม บำบัดรักษา และฟื้นฟู รวมถึงการถ่ายทอดองค์ความรู้เหล่านี้ด้วย (ต่อมาเปลี่ยนชื่อเป็น กรมสุขภาพจิตใน พ.ศ. 2537) (อุดม ลักษณะวิจารณ์, 2551) มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2556)
- ฉบับที่ 8 (2540-2544) ส่วนใหญ่เป็นการพัฒนาการบริการให้มีมาตรฐาน สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2551)
- ฉบับที่ 9 (2545-2549) ในระหว่างนี้งานสุขภาพจิตและจิตเวชได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง
- ฉบับที่ 10 (2550-2554) งานเกี่ยวข้องกับจิตเวชมุ่งเป้าหมายลดอัตราการฆ่าตัวตายในประชากรไทย และ
- ฉบับที่ 11 (2555-2559) งานส่งเสริมความฉลาดด้านสติปัญญาในเด็ก ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ และมีเหตุการณ์เกิดขึ้นดังนี้
1. เหตุการณ์ภัยพิบัติจากสึนามิในภาคใต้ จากเหตุการณ์นี้ทำให้เกิดการตั้งศูนย์ช่วยเหลือบริการสุขภาพจิตแก่ผู้ประสบภัยจากเหตุการณ์สึนามิ นับเป็นการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตเฉียบพลันที่ได้รับการยอมรับจากต่างชาติ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2551)
 2. เหตุการณ์ผู้ป่วยจิตเวชทำร้ายประชาชน ก่อน พ.ศ. 2548 กรมสุขภาพจิตมีความพยายามยกร่างพระราชบัญญัติสุขภาพจิตแต่ไม่เป็นผล จนกระทั่ง ปี2548 เกิดเหตุการณ์สะเทือนขวัญ ผู้ป่วยจิตเวชหญิงใช้มีดทำร้ายนักเรียนภายในโรงเรียน ทำให้เกิดการสูญเสียจึงเกิดเป็นแรงผลักดันให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานร่างกฎหมายสุขภาพจิตขึ้น ภายใต้การดูแลของกรมสุขภาพจิต (สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2552)
 3. การประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 โดยใน ปีพ.ศ. 2551 มีประกาศบังคับใช้ พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 เพื่อคุ้มครองความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วยจิตเวชเอง ผู้อื่นในสังคม และทรัพย์สินต่างๆ ทั้งยังเป็นการส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงการรักษาทางด้านจิตเวช รวมถึงการรับรองสิทธิและหน้าที่ของบุคลากรทางจิตเวชเพื่อให้ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง, 2550) ผลจากการประกาศใช้พระราชบัญญัตินี้ ทำให้ผู้ป่วยทางจิตได้รับการรักษาอย่างทันที่ว่างที่ ลดความรุนแรงของโรคได้

สาธารณสุข

ฉบับที่ 12 (2560-2564) มุ่งสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชน ให้มีศักยภาพในการช่วยเหลือและดูแลตนเอง หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เพิ่มขีดความสามารถให้กับบุคลากรในหน่วยบริการทุกระดับให้มีคุณภาพ รวมถึงการจัดการความรู้ทางสุขภาพจิตร่วมกับการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลด้านสุขภาพ

ในช่วงระยะเวลานี้ได้มีการแก้ไขและประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562 ด้วยเพื่อให้มีกฎหมายคุ้มครองผู้ป่วยทางจิตในการเผยแพร่ข้อมูลในสื่อต่าง ๆ แก่สาธารณชน (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

3. ประวัติศาสตร์การพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย

สำหรับการพยาบาลจิตเวช ในสมัยก่อนการพยาบาลรวมทั้งการพยาบาลจิตเวชนั้นยังไม่ปรากฏอย่างชัดเจน การพัฒนาส่วนใหญ่เน้นไปทางการรักษาซึ่งเป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์เป็นส่วนใหญ่ จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2439 มีมีการสร้างสถานศึกษาพยาบาลแห่งแรกขึ้น เรียกว่า โรงเรียนหญิงแพทย์ผดุงครรภ์และการพยาบาลไข้ ซึ่งตั้งในเขตโรงพยาบาลศิริราช (บุญทิพย์ สิริรังศรี, 2555; ภาวิณี บุณนาค, 2564) และมีการกำหนดหลักสูตรการสอนวิชาผดุงครรภ์ (เรียนทั้งการผดุงครรภ์และการพยาบาล) โดยใช้เวลาเรียน 3 ปี เป็นการเรียนทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ (ภาวิณี บุณนาค, 2564) ต่อมาใน ปีพ.ศ. 2451-2468 โรงพยาบาลศิริราชได้เปิดการเรียนการสอนเกี่ยวกับวิชาแพทย์ผดุงครรภ์และการพยาบาลสมัยใหม่ (ภาวิณี บุณนาค, 2564) แต่หลักสูตรการเรียนยังไม่ชัดเจนเน้นเป็นการฝึกการอาชีพ (apprenticeship) ที่ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ คลอดบุตรเป็นหลัก (ประภา ลีประสูต, สุลี ทองวิเชียร, จรรยา เสียงเสนาะ, ปัญญรัตน์ ลักวงศ์วัฒนา และ พิมพ์พรรณ ศิลปสุวรรณ, 2560) ในปีพ.ศ. 2469-2498 มีการพัฒนาระบบการเรียนการสอนจากระบบการฝึกการอาชีพเป็นระบบการศึกษาอบรม มีการจัดอบรมผู้เรียนในโรงพยาบาล เน้นเรียนรู้ด้วยการจำและนำไปใช้ โดยหลักสูตรพยาบาลและผดุงครรภ์ในระบบการศึกษาอบรมนี้ระยะเวลาเรียนพยาบาลทั่วไป 3 ปี และวิชาการผดุงครรภ์อีก 6 เดือน จากนั้นในช่วง พ.ศ. 2499- 2528 การเรียนพยาบาลได้พัฒนาเป็นระบบการอุดมศึกษา มุ่งสู่ความเป็นวิชาชีพทางการพยาบาล ทำให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลในระดับอุดมศึกษาระดับปริญญาตรี ในระยะต่อมามีการพัฒนาด้านการศึกษาพยาบาลและเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาลในระดับปริญญาโท เพื่อให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่จำเพาะเจาะจง ที่สามารถให้การพยาบาลขั้นสูง เช่น การบำบัดด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวชได้ ซึ่งรวมถึงการเรียนการสอนในสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพและจิตเวชด้วย นอกจากนี้ในแง่การพัฒนาการพยาบาลสุขภาพและจิตเวชทางด้านการศึกษา สภาการพยาบาลได้จัดให้มีการสอบเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced practice nurse: APN) สาขาการพยาบาล

จิตเวชและสุขภาพจิต (กรปภัทร ศิลปะวิทย์, 2562) ซึ่งมีหน้าที่และสมรรถนะแตกต่างออกไปจากพยาบาลทั่วไป (registered nurse)

ตารางที่ 1.1 แสดงช่วงเวลาเหตุการณ์สำคัญของประวัติศาสตร์จิตเวชและการพยาบาลจิตเวชไทย

พ.ศ.	เหตุการณ์สำคัญ
2432	มีการสร้างโรงพยาบาลรักษาคคนเสียจริตแห่งแรกขึ้น (โรงพยาบาลรักษาคคนเสียจริต 2432)
2439	มีการสร้างโรงเรียนหญิงแพทยผดุงครรภ์และการพยาบาลไข้
2440	มีการกำหนดหลักสูตรการสอนวิชาผดุงครรภ์ (เรียนทั้งการผดุงครรภ์และการพยาบาล)
2448	มีการจัดตั้งกองแพทย์สุขภิบาลและรวมสถานที่ที่ใช้ดูแลคนเสียจริตเข้าด้วยกัน เรียกว่า โรงพยาบาลคนเสียจริตปากคลองสาน
2451-2468	โรงพยาบาลศิริราชได้เปิดการเรียนการสอนเกี่ยวกับวิชาแพทย์ผดุงครรภ์และการพยาบาลสมัยใหม่ มีการกำหนดรูปแบบของนางพยาบาลไทย
2453	นายแพทย์ไฮเดเดเสนอรายงานต่อรัฐบาลไทย เกี่ยวกับข้อจำกัดและข้อที่ต้องพัฒนาในการดูแลผู้ป่วยเสียจริต ทั้งด้านจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น การจัดระเบียบการดูแลผู้ป่วย รวมถึงสถานที่ดูแลผู้ป่วย
2455	สร้างโรงพยาบาลคนเสียจริตแห่งใหม่ (หลังคาแดง) เปลี่ยนการดูแลผู้ป่วยด้วยยาแบบใหม่ ยกเลิกการล่ามโซ่
2461	จัดตั้งกรมสาธารณสุข และให้ย้ายโรงพยาบาลคนเสียจริต มาสังกัดกรมสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย
2468	มีการยกเลิกการใช้แพทย์ชาวตะวันตกทั้งหมดในการดูแลโรงพยาบาลคนเสียจริต โดยมีหลวงวิเชียรแพทยาคม เป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลคนไทยคนแรก
2469-2498	มีการพัฒนาระบบการเรียนการสอนจากระบบการฝึกการอาชีพเป็นระบบการศึกษาอบรม มีการจัดอบรมผู้เรียนในโรงพยาบาล
2475	โรงพยาบาลคนเสียจริตเปลี่ยนชื่อเป็นโรงพยาบาลโรคจิตธนบุรี และเริ่มมีการเปิดสอนวิชาโรคจิต
2480	การสร้างโรงพยาบาลโรคจิตภาคใต้ ตั้งอยู่ที่จังหวัดสุราษฎร์ธานี (โรงพยาบาลสวนสราญรมณ์)
2481	มีการสร้างโรงพยาบาลโรคจิตภาคเหนือ ตั้งอยู่ที่จังหวัดลำปาง (โรงพยาบาลสวนปรุง)
2484	มีการสร้างโรงพยาบาลจิตเวชนนทบุรีเพิ่มขึ้นในภาคกลาง (โรงพยาบาลศรีธัญญา)
2485	มีการจัดตั้งกระทรวงสาธารณสุขขึ้น โรงพยาบาลจิตเวชถูกย้ายเข้าสู่กระทรวงสาธารณสุขและสังกัดกรมการแพทย์ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้วได้วางแนวทางการพัฒนาสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลให้เหมาะสมแก่การดูแลผู้ป่วยจิตเวช
2489	มีการสร้างโรงพยาบาลโรคจิตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งอยู่ที่จังหวัดอุบลราชธานี (โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์)
2499-2528	การเรียนพยาบาลได้พัฒนาเป็นระบบการอุดมศึกษา มุ่งสู่ความเป็นวิชาชีพทางการพยาบาล ทำให้เกิดการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลในระดับอุดมศึกษาในระดับปริญญาตรี ในระยะต่อมามีการพัฒนาทางการศึกษาพยาบาลและเปิดหลักสูตรการเรียนการสอนพยาบาลในระดับปริญญาโท เพื่อให้ผู้เรียนมีสมรรถนะในการดูแลผู้ป่วยที่จำเพาะเจาะจง ที่สามารถให้การพยาบาลขั้นสูง
2504	ประเทศไทยเริ่มมีการประกาศใช้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับแรก
2506	มีการจัดทำบ้านกึ่งวิถี

ตารางที่ 1.1 แสดงช่วงเวลาเหตุการณ์สำคัญของประวัติศาสตร์จิตเวชและการพยาบาลจิตเวชไทย (ต่อ)

พ.ศ.	เหตุการณ์สำคัญ
2507	เริ่มมีการให้บริการจิตเวชแบบเคลื่อนที่ในชุมชนแก่ประชาชน
2508	จัดตั้งโรงพยาบาลดูแลเด็กที่มีอาการจิตประสาทและพฤติกรรมแปรปรวน (โรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์)
2510-2514	จัดตั้งคลินิกสุขภาพจิตในระดับโรงพยาบาล จัดตั้งกองสุขภาพจิตขึ้น เพื่อพัฒนางานด้านจิตเวชและสุขภาพจิต
2515-2519	เกิดการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชน
2520-2524	ผนวกรวมงานสุขภาพจิตเข้ากับระบบงานบริการสาธารณสุข
2530-2534	เกิดการระบาดของโรคเอดส์ส่งผลต่อการปัญหาสุขภาพจิต มุ่งที่การดูแลปัญหาสุขภาพจิตของประชาชน
2535	มีการจัดตั้งสถาบันสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต)
2551	ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551
2562	ประกาศใช้พระราชบัญญัติสุขภาพจิต (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562

จะเห็นว่าแม้ช่วงระยะเวลาประวัติศาสตร์การพยาบาลจิตเวชจะไม่มีการบันทึกที่ชัดเจนมากนัก โดยมากมักเป็นหลักฐานภาพของประวัติศาสตร์ และพัฒนาการการพยาบาลไทย อย่างไรก็ตามช่วงเวลาที่มีการพัฒนาเริ่มงานต่าง ๆ ของจิตเวชศาสตร์ไทย ก็อาจสันนิษฐานได้ว่าวิวัฒนาการพยาบาลจิตเวชอาจมีความสอดคล้องกันตามห้วงเวลานั้น ๆ ดังแสดงในตารางที่ 1.1

4. การพยาบาลจิตเวชไทยในปัจจุบันและแนวโน้มในอนาคต

ปัจจุบันแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มุ่งงานสุขภาพจิตและจิตเวชเกี่ยวข้องโดยตรงกับ ยุทธศาสตร์ที่ 1 “การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์” และยุทธศาสตร์ที่ 2 “การสร้างความเป็นธรรมลดความเหลื่อมล้ำในสังคม” เพื่อให้สอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชของประชาชน กรมสุขภาพจิตจึงได้ทำแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต “แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)” เพื่อให้สอดคล้องกับการแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ภายใต้การกำกับของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีระยะเวลา 20 ปี โดยมุ่งเน้น 4 ประเด็นยุทธศาสตร์ ซึ่งพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีบทบาทเพื่อขับเคลื่อนงานยุทธศาสตร์ดังนี้

1) บทบาทงานส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิตประชาชนทุกกลุ่มวัย โดยยุทธศาสตร์นี้พยาบาลจิตเวชมีบทบาทส่งเสริมให้ประชาชนไทยทุกช่วงวัย ได้รับการเสริมสร้างพัฒนาการทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม และทักษะทางสังคม เน้นการนำงานวิจัยมาใช้ นอกจากนี้พยาบาลจิตเวทยังมีบทบาทในการพัฒนานวัตกรรมและมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ตัวอย่างลักษณะงานสุขภาพจิตและจิตเวชในบทบาทนี้ เช่น การประเมินพัฒนาการในเด็กปฐมวัย การสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช (mental health literacy) แก่ประชาชน เป็นต้น

2) บทบาทพัฒนาคุณภาพระบบบริการและวิชาการสุขภาพจิตและจิตเวช พยาบาลจิตเวชมีส่วนร่วมในการพัฒนาและให้การสนับสนุนการเข้าถึงการรักษาที่รวดเร็ว และต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย หายทุเลา กลับสู่ชุมชน โดยเป็นการดูแลแบบมีส่วนร่วมทั้งครอบครัว ชุมชน และโรงพยาบาล ตัวอย่างลักษณะงานในบทบาทนี้ เช่น การจัดระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิ การพัฒนาระบบเฝ้าระวังและคัดกรองปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช การประกันคุณภาพการให้บริการตามมาตรฐานต่างๆ เป็นต้น

3) บทบาทสร้างความตระหนักและความเข้าใจต่อปัญหาสุขภาพจิต เป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชโดยตรงในการสื่อสารความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ประชาชน โดยเป็นการทำงานร่วมกันทั้งภาครัฐและเอกชน พัฒนาระบบการสื่อสาร รูปแบบการสื่อสาร หรือการสร้างนวัตกรรมที่ช่วยให้ประชาชนเข้าถึงชุดความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ง่ายและเป็นข้อมูลที่ถูกต้องทันสมัย ตัวอย่างเช่น การพัฒนาบุคคลให้มีความสามารถในการสื่อสารเพื่อให้ความรู้แก่ประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ การจัดระบบการให้ข้อมูลผ่านโซเชียลมีเดีย การพัฒนาช่องทางการเข้าถึงความรู้ให้มีความหลากหลาย การพัฒนาความร่วมมือกับเครือข่ายสื่อสารมวลชนในการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้แก่ประชาชน เป็นต้น

4) บทบาทพัฒนาระบบการบริหารจัดการให้มีประสิทธิภาพและมีธรรมาภิบาล

ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตนี้ทำให้เกิดโครงการและแผนงานต่าง ๆ ทั้งในมิติการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันสุขภาพจิต การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง การเข้าถึงบริการการรักษาและฟื้นฟูอย่างรวดเร็ว ทันทีทันที่ และใช้เวลารักษาสั้นในโรงพยาบาล เน้นการดูแลต่อเนื่อง และลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ โดยเฉพาะในโรคจิตเภท โรคซึมเศร้า ผู้ป่วยพยายามฆ่าตัวตาย เป็นต้น ครอบคลุมการดูแลในระดับตำบล อำเภอ จังหวัด และเน้นทำให้เกิดบทบาทหน้าที่พยาบาลจิตเวชในลักษณะการดูแลแบบภาคีเครือข่าย ทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้หน่วยบริการจิตเวชต่าง ๆ ต้องพัฒนางานด้านวิชาการสู่ศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence center) ในการดูแลเฉพาะทางด้านจิตเวชในระดับประเทศ รวมทั้งการพัฒนาสารสนเทศ องค์กรความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และนวัตกรรมทางสุขภาพจิตและจิตเวชด้วย

จากแผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิตที่กล่าวข้างต้น จะเห็นว่านอกจากงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชที่ให้บริการผู้ป่วยโดยตรงแล้ว พยาบาลจิตเวชยังมีส่วนในการพัฒนาการบริการและพัฒนา/สร้างองค์ความรู้ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเวชผ่านการทำวิจัย หรือนำผลวิจัยที่ได้มาตรฐานมาประยุกต์ใช้ การทำวิจัยบนคลินิก การสร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย

แม้ว่าปัจจุบันได้มีการเผยแพร่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 13 (พ.ศ. 2560-2564) แล้วแต่ในทางปฏิบัติคาดว่าลักษณะการดำเนินด้านสุขภาพจิตและจิตเวชน่าจะมีทิศทางเดียวกัน “แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561-2580)” ที่ยังคงดำเนินการอย่างต่อเนื่องดังที่กล่าวมาในข้างต้น

สรุป

วิวัฒนาการจิตเวชศาสตร์นั้นมีมาอย่างยาวนานและมีการพัฒนาเรื่อย ๆ จนถึงปัจจุบัน แนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อดีตมา มีการพัฒนาปรับปรุงในแต่ละยุคสมัยแตกต่างกันตามปัจจัยที่มีอิทธิพล เช่น การ

พัฒนาทางด้านการศึกษา การเมืองการปกครอง เศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตามการวิวัฒนาการงานด้านจิตเวชศาสตร์นี้ล้วนแต่มีเป้าหมายเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมถึงการดูแลป้องกันปัญหาทางจิต และฟื้นฟูจากการโรคทางจิตที่จะเกิดขึ้นกับประชาชนนั่นเอง

5. คำถามชวนคิดวิเคราะห์

1. ใช่หรือไม่

การเมือง การปกครอง ศาสนา วัฒนธรรม มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงและทิศทางของงานการพยาบาลจิตเวช เพราะเหตุใด

.....

เอกสารอ้างอิง

- กรปัทธ ศิลปะวิทย์. (2562). ข่าวสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย). *วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย*, 6(2), 133-134.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *มาตรฐานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. https://www.suanprung.go.th/nurse_standard/pdf/9.pdf
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *รวมกฎหมายพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2562*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ละม่อม.
- จำลอง ดิษยวณิช. (2552). จิตเวชศาสตร์ไทยในอดีต. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 4(ฉบับผนวก 1), 35-115.
- บุญทิพย์ สิริธรรังศรี. (2555). สภาพการณ์การจัดการศึกษาพยาบาลในไทย. *วารสารพยาบาล*, 61(4), 57-64.
- ประทักษ์ ลิขิตเลอสรวง. (2550). ข้อคิดเห็นเกี่ยวกับกฎหมายสุขภาพจิตของไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 52(3), 249-254.
- ประภา ลี้มประสูตร, สุลี ทองวิเชียร, จรรยา เสียงเสนาะ, ปัญญรัตน์ ลักวงศ์วัฒนา, และพิมพ์พรรณ ศิลปะสุวรรณ. (2560). *วิจัยเรื่อง ชีวประวัติของปูชนียบุคคลของวิชาชีพการพยาบาลสาธารณสุข: ผศ. ดร. อังคณา เหมินทร์*. สมาคมพยาบาลสาธารณสุขไทย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. (2551). ประวัติของจิตเวชศาสตร์ในประเทศไทย. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 53(ฉบับผนวก1), 14-21.
- ภาวิณี บุณนาค. (2564). ประวัติศาสตร์การพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสยาม พ.ศ. 2539 ถึง 2478: การทำให้ทันสมัยในบริบทอาณานิคม. *วารสารประวัติศาสตร์ ธรรมศาสตร์*, 8(1), 48-81.
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สาระสำคัญของพระราชบัญญัติสุขภาพจิต พ.ศ. 2551*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2560). *ประวัติพิพิธภัณฑ์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*.
https://www.somdet.go.th/public/his_museum.html
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2560). *ประวัติสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*.
https://www.somdet.go.th/public/his_som.html
- สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564)*. สำนักยุทธศาสตร์สุขภาพจิต.
- สุชาติ หุณทสาร. (2551). วิวัฒนาการงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*, 2(2), 46-53.
- อุดม ลักษณะวิจารณ์. (2551). กองสุขภาพจิตสู่สถาบันสุขภาพจิตและเป็นกรมสุขภาพจิต. *ข่าวสารกรมสุขภาพจิต*, 15(4), 2-6.
- Keltner. N. & Steele. D. (2015). *Psychiatric nursing* (7th ed.). Elsevier Mosby.
- Ruiz. P. (2008). History of psychiatry in America: An American Psychiatric Association perspective. *Journal of the Psychiatric Association of Thailand*, 53(Supplement 1), 7S-13S.
- Shives R. L. (2018). *Basic concepts of psychiatric-mental health nursing*. Wolters Kluwer Health.
- Thanaudom. K., Jampathong. N. & Udomratn. P. (2018). One hundred thirty years of psychiatric care in thailand: past, present, and future. *Taiwanese Journal of Psychiatry (Taipei)*, 32(1), 9-17.

เอกสาร/หนังสือ/บทความ อ่านเพิ่มเติม

- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2560ก). *ประวัติพิพิธภัณฑ์โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*.
https://www.somdet.go.th/public/his_museum.html
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2560ข). *ประวัติสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*.
https://www.somdet.go.th/public/his_som.html

บทที่ 2

มโนคติทางการพยาบาลจิตเวช

เนตรชนก แก้วจันทา

บทนำ

การศึกษามโนคติทางการพยาบาลจิตเวชจะช่วยให้เข้าใจแนวคิดและหลักการเกี่ยวกับความหมาย คุณลักษณะของพยาบาลจิตเวช บทบาทหน้าที่และขอบข่ายความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวช หลักการของการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช และกระบวนการพยาบาล เพื่อนำสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เนื้อหา	วัตถุประสงค์การเรียนรู้
1. การพยาบาลจิตเวช	เมื่อสิ้นสุดการเรียนการสอนนักศึกษาสามารถ
1.1 ความหมายของการพยาบาลจิตเวช	1. อธิบายความหมาย คุณลักษณะ ขอบเขตและบทบาทหน้าที่
1.2 คุณลักษณะของพยาบาลจิตเวช	ของพยาบาลจิตเวชได้
1.3 ขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช	2. อธิบายหลักการการใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัด
2. การใช้ตนเองเป็นเครื่องมือเพื่อการบำบัดทางการพยาบาลจิตเวช	ทางการพยาบาลจิตเวช
2.1 การตระหนักรู้ในตนเอง	3. อธิบายกระบวนการพยาบาลจิตเวช
2.2 การพัฒนาตนเองด้านความรู้และทักษะ	
2.3 การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด	
2.4 การสื่อสารเพื่อการบำบัด	
3. กระบวนการพยาบาลจิตเวช	
4. คำถามชวนคิดวิเคราะห์	

1. การพยาบาลจิตเวช

จากประสบการณ์ของผู้เขียนเมื่อก้าวถึงการพยาบาลจิตเวช นักศึกษาส่วนใหญ่ที่จะเตรียมขั้นฝึกปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชจะบอกว่ารู้สึกวิตกกังวล รู้สึกกลัว เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยจิตเวช ไม่มั่นใจในทักษะและสมรรถนะของตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ไม่แน่ใจว่าพยาบาลจิตเวชเป็นอย่างไร ต้องมี คุณลักษณะอย่างไร และมีบทบาทหน้าที่อะไรบ้างในการดูแลบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต สำหรับหัวข้อนี้จึงขอนำเสนอ 3 ประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ ความหมายของการพยาบาลจิตเวช คุณลักษณะของพยาบาลจิตเวช และขอบเขตและบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวช รายละเอียดดังนี้

1.1 ความหมายของการพยาบาลจิตเวช การพยาบาลจิตเวช (psychiatric nursing) หมายถึง ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในสาขาการพยาบาลที่ให้การดูแลแบบองค์รวมแก่บุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต